

Sziklai István - Miklós Kata (szerkesztette)

„Rendszerhiányok a hétköznapiakban”

Tanulmánykötet a budapesti hajléktalanságban és
pszichiátriai betegséggel, illetve mentális zavarral élő
emberek helyzetéről, támogatórendszereiről

2024.

Készült a Belügyminisztérium és a Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet, továbbá a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Közép-Magyarországi Régiója és a DocRoom – a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egészségügyi Kutatási Programja támogatásával.

Szerzők

Bódy Éva – Dr. Békási Sándor – Dr. Bulyáki Tünde – Dr. Papp Szilvia – Dr. Réthelyi János
Dr. Sziklai István – Dr. Tombor László – Dr. Váradi Enikő – Miklós Kata – Mózer Péter

A kutatócsoport tagjai voltak továbbá:

Simon László Zsolt – Mandalov Balázs –

Varga Sándor

A kötetet szerkesztette:

Dr. Sziklai István

Miklós Kata

Olvasószerkesztő:

Szentkereszty Tamás

ISBN 978-615-6322-33-3

© Szerzők, 2024

© Sziklai István szerkesztő, 2024

© Miklós Kata szerkesztő, 2024

© Magyar Máltai Szeretetszolgálat Közép-Magyarországi Régió, 2024

Kiadja a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Közép-Magyarországi Régiója

Cím: 1011 Budapest, Bem rakpart 28.

Felelős kiadó: Morva Emília, Magyar Máltai Szeretetszolgálat Közép-Magyarországi Régió régióvezetője

A tanulmányban foglaltak nem feltétlenül tükrözik a Belügyminisztérium és a Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet álláspontját.



BELÜGYMINISZTERIUM



MAGYAR MÁLTAI
SZERETETSZOLGÁLAT

A kötet és a kutatás a Belügyminisztérium és a Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet támogatásával valósult meg: a „Területi szakmatámogatási rendszer létrehozása, szakmatámogatási feladatok ellátása- 2021” (TSZR2021) pályázat keretében.

Tartalom

1. Előszó	6
2. dr. Sziklai István – Miklós Kata: A „Rendszerhiányok a hétköznapokban” - a budapesti hajléktalanságban és pszichiátriai betegséggel, illetve mentális zavarral élő emberek helyzetéről, támogatórendszereikről” tanulmánykötet főbb megállapításai, javaslatai	7
Háttér.....	7
A kutatások főbb megállapításai	7
Fejlesztési javaslatok	9
3. Dr. Papp Szilvia - Dr. Tombor László – Dr. Békási Sándor – Dr. Réthelyi János: Hajléktalan személyek mentális egészségének felmérése	10
Bevezetés, háttér.....	10
Problémafelvetés.....	11
Célkitűzés.....	11
Vizsgálati módszer	12
Eredmények, megbeszélés, kitekintés.....	12
Felhasznált irodalom	14
4. Mózer Péter: Kiszolgáltatottság, bizonytalanság	16
Bevezetés – Értelmezési keret.....	16
A kutatás főbb eredményei	17
Hajléktalanságból fakadó bizonytalanságok.....	17
Társadalmi akadályok belső mintázatai.....	23
Hajléktalan csoportok.....	23
A hajléktalanság útvesztői	25
Összefoglalás- Sebezhetőségi zónák.....	28
Felhasznált irodalom	31
5. dr. Sziklai István – Miklós Kata: Mentális zavarral élő hajléktalan emberek szociális és egészségügyi támogatása	32
Háttér.....	32
A kutatás célja.....	34
A kutatás módszere	35
A BUSZSZH 2022 minta főbb demográfiai jellemzői.....	36
Nem, korcsoport, idősödés.....	36
Hajléktalan embernek tartja-e magát? Mióta hajléktalan?	38
Akadályok a hajléktalan emberek körében a munkavállalás területén.....	39
Akadályozottság, egészségi állapot és egészségügyi rendszerhez való hozzáférés kapcsolata	42
Diagnosztizált pszichiátriai betegségek a megkérdezettek körében.....	47

Előfordulás	47
Demográfiai jellemzők	49
Munkavégzés, megváltozott munkaképességű státusz, akadályok	50
Pszichiátriai diagnózissal rendelkező emberek megjelenése az egészségügyi rendszerben.....	50
A pszichiátriai diagnózissal élő hajléktalan emberek rehabilitációjához kapcsolódó további segítségek igénybevétele.....	54
Elégedettség a pszichiátriai betegségével kapcsolatosan kapott kezeléssel.....	55
Összefoglalás	57
Felhasznált irodalom	58
6. Dr. Váradi Enikő - Bódy Éva: Pszichiátriai betegek egészségügyi és szociális ellátása Budapesten – az országos ellátás tükrében	60
A pszichiátriai ellátórendszer elemeinek sajátosságai	60
Ellátási utak.....	64
Betegutak.....	65
Betegutak a hajléktalanellátásban részesülők esetében.....	67
Tipikus szolgáltatási utak feltérképezése a budapesti ellátásában – fókuszcsoport tapasztalatok	69
Ellátási utak elemzése, fókuszcsoport összegző megállapításai.....	74
Összegzés.....	75
Felhasznált irodalom	77
7. Dr. Bulyáki Tünde: Mentális zavarral, hajléktalanságban élő személyek felépülése	79
Absztrakt.....	79
Bevezető	80
Mentális zavarral, hajléktalanságban élő személyek felépülése	81
Kutatás eszköze	82
Eredmények.....	83
Trauma, bántalmazás, stressz.....	83
Stigma	85
Felépülést elősegítő tényezők	85
Elfogadó, támogató segítő kapcsolat	86
Sortárssegítés	87
Mentális zavarral élő személyek számára elérhető szolgáltatások a közösségben.....	88
Összegzés.....	90
Felhasznált irodalom	90
8. Melléklet – Diagrammok a pszichiátriai betegek egészségügyi és szociális ellátásáról	93

Előszó

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat, és annak Közép-Magyarországi Régiója számára kiemelten fontos a szociális problémával élők támogatása. A szegények szolgálata számunka azt is jelenti, hogy folyamatosan kutatjuk azokat az élethelyzeteket, amelyek különösen nehezek; továbbá elemezzük mindazon támogató rendszereket, szolgáltatásokat, amelyek arra hivatottak, hogy segítsék a rászorulókat. Tesszük ezt mindazért, hogy erőforrásaink a lehető legjobban kamatoztathatóak legyenek, a szükséges válaszlépéseket kezdeményezni tudjuk, akár a saját belső szolgáltatásainkról van szó, akár a különféle kormányzati szakpolitikákról.

Külön jó érzés az, hogy e kutatásokban, fejlesztésekben másokkal együttműködhetünk. A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Pszichoterápiás Klinikája fontos partnerünk ebben a kutatássorozatban is, amely a mentális problémák és a hajléktalanság témakörét járja körbe. A Szeretetszolgálatunk Egészségügyi Centruma előremutató megoldásaival folyamatosan jelen van a hajléktalan emberek hétköznapijaiban csakúgy, mint a tudomány, illetve fejlesztések világában.

A Budapesti Szociális Szakmatámogatási Hálózat (BUSZSZH) keretében nagyon elkötelezett partnerekkel dolgozhatunk együtt a szociális szolgáltatások szakmatámogatásán. A BUSZSZH része annak a területi szakmatámogatási rendszernek (TSZR), amely a Belügyminisztérium és a Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet kezdeményezésére és támogatásából működik az ország egész területén. Jelen kutatás ezen szakmatámogatási munka során -többek között – a gyakorló szakemberek által jelzett egyik legnagyobb kihívásra reflektál.

Tapasztalatunk szerint az egyik – utóbbi években erősödő – összetett probléma a mentális zavarral élő emberek társadalmi részvétele. Ezen belül is a hajléktalanságban élő emberek helyzete, továbbá az őket segítő-támogató egészségügyi és szociális szolgáltatások tevékenysége.

Céltott kutatásunkhoz kapcsolódva több elemzést, szakmai műhelyt is szerveztünk. Fontosnak tartottuk tapasztalati szakértő bevonását és mindkét (egészségügy, szociális) ágazatban dolgozók véleményének rögzítését is. Minden partnerünknek és közreműködőnek ezúton is köszönöm a munkáját. Három kutatási tevékenységet valósítottunk meg:

- a célcsoport állapotára irányuló a „Hajléktalan személyek mentális állapotával kapcsolatos attitűdjének vizsgálata” című anonim, önkitöltős kérdőív felvétele a különféle hajléktalan embereknek nyújtott szolgáltatásokat igénybe vevőkkel;
- pszichiátriai és hajléktalanellátásban dolgozó szervezetek együttműködését feltáró fókuszcsoporthoz tartozó kutatás, továbbá
- a mentális zavarral, hajléktalanságban élő személyek felépülés történetét példákön bemutató és a felépülésüket támogató szakmai háttér közös pontjait kiemelő tanulmány.

Bízunk abban, hogy a kutatásainkban feltártak közelebb visznek ahhoz, hogy a problémákra érzékenyebben és értően tudjuk megfelelő válaszokat adni. A rendelkezésünkre álló eszközökkel, erőforrásokkal törekszünk arra, hogy az egészségügyi és szociális szolgáltatások jobban együtt tudjanak működni, a szakemberek felkészültebbek legyenek, s mindehhez a szakmai szabályozás, a finanszírozás megfelelő alapot biztosítson!

Morva Emília

régióvezető

Magyar Máltai Szeretetszolgálat Közép-Magyarországi Régió

dr. Sziklai István¹ – Miklós Kata²: A „Rendszerhiányok a hétköznapiakban” - a budapesti hajléktalanságban és pszichiátriai betegséggel, illetve mentális zavarral élő emberek helyzetéről, támogatórendszereikről” tanulmánykötet főbb megállapításai, javaslatai

Háttér

Tanulmánykötetünk a budapesti hajléktalanságban és pszichiátriai betegséggel, illetve mentális zavarral élő emberek helyzetéről, támogatórendszereik állapotáról szól. A 2022. október – 2023. október közt zajló kutatás a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikája, a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egészségügyi Centruma és a Budapesti Szociális Szakmatámogatási Hálózat együttműködésében valósult meg. További közreműködő partnerek: Baptista Integrációs Központ, Baptista Szeretetszolgálat, Menedékház Alapítvány, Cogito Alapítvány.

A kutatás részben megerősített több, a hazai és nemzetközi szakirodalomban ismert tényt, részben új problémákra és lehetőségekre világított rá a hajléktalan emberek kapcsán, a szociális terület és az egészségügy együttműködésére, továbbá a szociális ellátásokban dolgozók együttműködési lehetőségeire és a szolgáltatások fejlesztéseire vonatkozóan.

A vizsgálódás és az eredmények Budapestre fókuszáltak. Ugyanakkor azt gondoljuk, hogy sok tekintetben az ország egészére is jellemző, érvényes megállapítások születtek.

A kutatások főbb megállapításai

1. A hajléktalanság önmagában is egy összetett, diverz probléma (nem csak a lakás hiánya), csakúgy, mint a pszichiátriai betegségek, súlyos mentális zavarok. E két problémahalmaz összeadódásából származó hátrány nagyon-nagyon nehéz élethelyzethez, a támogatórendszer számára óriási kihíváshoz vezet.
2. A lakhatási bizonytalanság, a hajléktalanság mentális zavarokhoz vezethet és a mentális zavarok könnyen bizonytalan lakhatáshoz, hajléktalansághoz vezethetnek. A kettő egymást felerősíti a megfelelő támogatás hiányában.
3. A pszichiátriai beteg hajléktalan emberek általában (is) betegebbek, mint a nem pszichiátriai beteg hajléktalanok. Az eltérés nem túlzottan jelentős, de egyértelműen megállapítható.
4. A pszichiátriai beteg hajléktalan nők rosszabb helyzetben vannak, ráadásul számukra kevesebb a speciális férőhely, illetve a speciálisan rájuk szabott szolgáltatás.
5. A pszichiátriai betegséggel diagnosztizáltak gyakrabban szorulnak egészségügyi támogatásra (is), valamint nagy(obb) szükségük van az egészségügyi szűréshez, kezeléshez kötődő ügyeik támogatott menedzselésére, vagyis a szakemberektől, segítőtől több, másabb támogatást is igényel(né)nek.
6. Az egészségügyi rendszerhez való hozzáférés esetében azt találtuk, hogy a hajléktalan emberek:

¹ Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar

² Magyar Máltai Szeretetszolgálat Közép-Magyarországi Régió – Budapesti Szociális Szakmatámogatási Hálózat

- 6.1. nagyobb eséllyel nem jutnak el (szak)orvoshoz, ezért nem rendelkeznek diagnózissal, miközben nagy valószínűséggel többüknek (sokuknak) szüksége lenne rá;
- 6.2. azok esetében, akik rendelkeznek (pszichiátriai betegséget megállapító) diagnózissal, gyakran elmarad a rendszeres (szakorvosi) felülvizsgálat, konzultáció;
- 6.3. a felépüléshez, pszichés egyensúly megtartásához szükséges rendszeres gyógyszeres kezelés, terápian való részvétel gyakran ütközik akadályokba (nincs pénz a gyógyszerre, illetve ha van, elfelejti bevenni azt).
7. A nem hajléktalan pszichiátriai beteg emberek felépülésében fontos szereppel bír a természetes támogató közeg hiányában egy hajléktalan érintett esetén a szociális segítőkre hárul(na) a rendszeres gyógyszeres kezelés és terápian való rendszeres részvétel támogatása. Ehhez azonban a feltételek nem adóttak.
8. A hajléktalanszállók működési feltételei, a szakemberek leterheltsége összességében nem teszi lehetővé:
 - 8.1. a mentális egészség visszanyerésében kulcsfontosságú felépülés alapú megközelítés szerinti támogatást;
 - 8.2. a természetes támogató szerepeinek pótlását;
 - 8.3. azon konfliktushelyzetek megelőzését, megfelelő kezelését, amelyek hatványozottan jelentkezik(het)nek pszichiátriai problémával, mentális zavarral élő hajléktalan emberek esetében.
9. A hajléktalan emberek körében egyre nagyobb számban, arányban találunk súlyosan beteg, idős, hosszú évek óta hajléktalanságban élőket.
10. A különféle hajléktalanellátásban lévő szolgáltatásokat igénybe vevők körében egyértelműen kimutatható a pszichiátriai betegségekre, súlyos mentális zavarokra utaló látencia.
11. Az igénybe vevők körében jelen van, több esetben kimutatható a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar (ADHD) valószínűsége. Ennek kimutatása új tudományos eredmény, a korábbiakban célzottan még nem vizsgálták Magyarországon.
12. A demenciával élő hajléktalan emberek gondozása a hajléktalanellátásban is jelenlévő, növekvő probléma.
12. A hajléktalan emberek közt vannak, akik kifejezetten rossz mentális állapotban vannak, s olyan jelentős feladat elé állítják a szociális szolgáltatórendszert, amelyre az ellátórendszer nincs felkészülve, esetenként felhatalmazva.
13. A hajléktalan embereknek jellemzően nincs stabil jövedelemük, holott a helyzetük javulása erre épülne, bár tudjuk azt is, hogy a rendszeres munkajövedelem sem vezet ki automatikusan a hajléktalanságból. A súlyos mentális zavarok azonban kisebb arányban fordulnak elő azoknál a hajléktalan embereknél, akiknek havi bevétele állandó.
14. Az egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférés vegyes képet mutat: sok érintett nem jut megfelelő ellátáshoz, de vannak olyanok is, akik igen. A válaszadó pszichiátriai beteg és hajléktalan emberek közül fele nyilatkozott úgy, hogy megfelelően ellátottnak érzi magát.
15. Azon emberek esetében, ahol van adekvát szociális szolgáltatás, ott ez jellemzően az egészségügyi ellátórendszerrel való szorosabb, jó kapcsolatot is magával hozza.
16. A jelenlegi hajléktalan ellátórendszerben is vannak jó gyakorlatok, előre mutató ágazatközi együttműködések (pl. a telemedicina használatával, az egészségügy és a szociális terület közti szoros együttműködéssel, a mentális problémával küszködő hajléktalan embereknek nyújtott célzott programokkal), ezek azonban egy-egy szervezetre, rendkívül elkötelezett szakember munkájára

korlátozódnak. A rendszerszintű megoldásokhoz mind a személyi mind a tárgyi feltételek fejlesztésére égető szükség van.

Fejlesztési javaslatok

1. A pszichiátriai betegséggel élő hajléktalan emberek esetében a pszichoszociális fogyatékoság okán kulcsfontosságú a Magyarország által is ratifikált ENSZ Fogyatékosággal élő személyekre vonatkozó egyezményének betartása, az abban rögzített jogok biztosítása (kiemelten annak 19. cikkelyére, mely az önálló életvitelre és a közösségbe való befogadásra garantálja a fogyatékosággal élő személyek egyenlő jogát). Már csak ez alapján is a pszichiátriai beteg emberek helyzetének javítása, esetükben a hajléktalanság megelőzése megtörténhet, amennyiben a pszichoszociális fogyatékoság fogalmának hazai gyakorlatba való átültetése együtt jár a stigmatizáció megszüntetésére irányuló programokkal, és az érintettek szociális biztonságának megteremtésével.
2. A hajléktalanságban élők támogatórendszerének változtatásának az Európai Unió tagországai köztük Magyarország által aláírt ún. Lisszaboni Nyilatkozaton kell alapulnia, melyet a hajléktalanság elleni küzdelem európai platformja keretében fogadtak el 2021-ben.
3. A kutatási eredményeink alapján indokolt a szociális szolgáltatások körében működő ún. közösségi ellátások szerepének, kapacitásainak növelése Budapesten. Jelenleg a 23 Budapesti kerületből 6-ban nincs semmilyen (se pszichiátriai betegeknek, se szenvedélybetegeknek szóló) közösségi ellátás.
4. Speciálisan az érintettekre szabott „Elsőként Lakhatást!” típusú programok kialakítása, támogatása, mert a pszichiátriai betegséggel élő hajléktalan emberek felépüléshez fontos lenne a kiszámítható, megfelelő minőségű lakhatás. A jelenlegi (Budapesten elérhető) (tömeg)szállók erre nem/alig-alig alkalmasak. Alternatívaként speciális támogatott lakhatás kialakítása is előremutató megoldás lehetne.
5. Hatékonyabb eszköztárat tudna biztosítani, ha a hajléktalan emberek számára könnyebben, egyszerűbben hozzáférhetővé válna a megváltozott munkaképességű személyekre vonatkozó támogatási rendszer.
6. A COVID-19 következményeként a fővárosban csökkentek az egészségügyi pszichiátriai ágyszámok, kapacitások. A pszichiátriai beteg emberek – és köztük a hajléktalan emberek – számára kiemelten fontos lenne ezen kapacitások visszaépítése, megerősítése.
7. Szorosabb, rendszerszintű, folyamatos együttműködés szükséges az egészségügy és a szociális terület között, amely beépül a protokollokba, finanszírozási rendszerekbe. Mind az egészségügyi, mind a szociális szakembereket célzó speciális felkészítéseket, edukációs, tanácsadási és támogatási programokat kellene szervezni, a tárgyi és személyi feltételek megteremtése, megerősítése érdekében.
8. A pszichiátriai betegséggel, súlyos mentális zavarral élő hajléktalan emberek rehabilitációja, felépülése érdekében jobban céltzott, hatékonyabb komplex egészségügyi ÉS szociális támogatásra van szükség, amely magában foglalja a speciális lakhatási feltételek biztosításán túl a specializált szociális, egészségügyi, foglalkozási (rehabilitációs) elemeket is, a szükséges kapacitások, együttműködések növelésével (pl. a szakorvosi ellátásokhoz való hozzáférés erősítése, szűrés; speciális támogatott lakhatás létrehozása).

Dr. Papp Szilvia³ - Dr. Tombor László⁴ – Dr. Békási Sándor⁵ – Dr. Réthelyi János⁶: **Hajléktalan személyek mentális egészségének felmérése**

Bevezetés, háttér

Bár a hajléktalanság és a lakhatási bizonytalanság előfordulási gyakorisága definíciótól függően változhat, valamint több uniós tagállamban hiányoznak a pontos országos adatok, mégis elmondható, hogy az Európai Unióban egyértelmű tendencia figyelhető meg: növekszik a hajléktalan személyek száma (Fifth Overview of Housing Exclusion in Europe, 2020, Fazel et al., 2014). Kutatók a fenti tendencia folytatását várják a jelenlegi globális gazdasági és lakásválság idején is.

Magyarországon évente, minden februárban keresztmetszeti vizsgálatot végeznek a hajléktalan személyek aktuális állapotáról. A 2022. február 3-ai felmérési adatok alapján a hajléktalanok becsült száma 10 000 körül mozog hazánkban (Februári Harmadika Adatfelvétel, 2022).

Kutatások bizonyítják, hogy a hajléktalan személyek rosszabb fizikai és mentális egészségi állapottal rendelkeznek, mint az átlagpopuláció (Fazel et al., 2008, Fazel et al., 2014), mely népegészségügyi problémaként is megjelenik. A hajléktalanság és a mentális zavarok kapcsolata kétirányú: a mentális problémák lehetnek a hajléktalanság következményei, de az is ismert, hogy mentális zavarokkal küzdők esetén nagyobb a hajléktalanná válás kockázata (Susser et al., 1993, Mojtabai, 2005 in Wagner et al., 2013).

Egy, a nyugati államok hajléktalan lakosságának mentális zavaraira vonatkozó szisztematikus közlemény alapján a vizsgált hajléktalan populáció körében az alkohol- és kábítószer-függőség volt a leggyakrabban előforduló mentális zavar, melynek előfordulási gyakorisága ráadásul az elmúlt évtizedekben növekedett (Fazel et al., 2008). Ugyanebben a vizsgálatban 12,7% volt a pszichotikus betegségek és 11,4% a súlyos depresszió előfordulási gyakorisága (Fazel et al., 2008).

Gutwinski és munkatársai (2021) közelmúltbeli vizsgálatukban aktualizálni kívánták a fenti eredményeket, emiatt áttekintették a témában született közleményeket. Úgy találták, hogy a hajléktalan emberek körében továbbra is a szerfüggőség a leggyakoribb pszichiátriai zavar, melynek előfordulási gyakorisága a korábbi vizsgálatban megállapítottal közelítőleg egyező. Vizsgálatukban a hajléktalan személyek 76,2%-a szenvedett valamilyen mentális zavarban, azaz elmondható, hogy hajléktalanok között a pszichiátriai betegségek előfordulási gyakorisága magas (Gutwinski et al., 2021).

Magyarországon 2015-ben készült egy szisztematikus kutatás, melynek során az Üdvhadsereg három budapesti szállóját keresték fel, és a hajléktalan személyek körében előforduló pszichiátriai betegségek előfordulási arányát vizsgálták. A vizsgálat során a diagnózisalkotáshoz a Strukturált Klinikai Interjú a DSM Zavarok vizsgálatára (SCID) I és II-t használták. A szerzők kutatásukban úgy találták, hogy a minta 86%-a rendelkezett diagnosztizálható mentális zavarral, melyek közül a személyiségzavar és a szorongásos zavar volt a leggyakoribb (50%, illetve 28%). Fontos kiemelni, hogy a pszichiátriai diagnózissal rendelkezőknek mindössze 37%-a állt a vizsgálat ideje alatt pszichiátriai gondozás alatt (Braun és Gazdag, 2015).

A hajléktalanok kábítószer- és egyéb pszichoaktív szerhasználatáról szóló friss jelentésben, amely a hajléktalanok 2017-es (február harmadikai) keresztmetszeti felméréseinek adatain alapult, hajléktalanok között a kábítószer-használat élettartam-prevalenciája 21,7%-os volt. A 2007-es évi

³ Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika

⁴ Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika

⁵ Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egészségügyi Centrum

⁶ Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika

február harmadikai adatfelvételhez képest ezen paraméter tekintetében 5,4%-os növekedést lehetett megfigyelni. Ugyanebben a vizsgálatban a hajléktalan személyek 60%-a számolt be túlzott alkoholfogyasztásról a megelőző évet illetően, míg 26,5%-uk (majdnem) minden nap ivott a vizsgálat előtti hónapban (Paksi et al., 2021).

A hajléktalanok kábítószer-használatán és -függőségén kívüli mentális zavarok elterjedtségéről Braun és Gazdag vizsgálatán (2015) kívül csak közvetett adatok állnak rendelkezésre: a fent említett éves felmérés 2022-es gyorsjelentése (Februári Harmadika Adatfelvétel, 2022) szerint mind az alkoholfogyasztás, mind az „idegállapot”, azaz a mentális státusz akadályozták a hajléktalanok munkavállalását.

Problémafelvetés

Mint a fentiekben olvasható, a hajléktalanság előfordulási gyakorisága hazánkban 10 000 fő körüli. Ez a szám ráadásul az európai tendenciához hasonlóan várhatóan hazánkban is tovább fog növekedni. Hasonló jelenség figyelhető meg a mentális zavarok esetében is: vizsgálatok a pszichiátriai kórképek növekvő előfordulását írták le (WHO, 2022). Kutatásokból ismert, hogy hajléktalanok körében a mentális zavarok előfordulási gyakorisága magasabb, mint az átlagnépesség körében (Gutwinski et al., 2021), tehát az előbbi két, egyenként is releváns tendencia összekapcsolódva tovább hangsúlyozza a téma (a hajléktalan személyek mentális egészsége) jelentőségét. Világszerte ugyan számos keresztmetszeti és áttekintő tanulmány áll rendelkezésre, melyben a fenti témát kutatják, azonban a regionális különbségek meghatározóak: míg a nyugati országokra vonatkozóan több vizsgálat áll rendelkezésre, hazánk esetén alig rendelkezünk adatokkal a hajléktalan személyek mentális egészségét illetően, a téma kritikusan alulreprezentált már a hazai szakirodalomban is. A hajléktalan populációban Magyarországon készült kutatások szisztematikus áttekintése alapján elmondható, hogy nincs olyan vizsgálat, mely nagy mintavételen alapuló adatokkal szolgál a hajléktalanok mentális egészségét illetően.

Mindehhez hozzájárul, hogy a publikációkban gyakran csak bizonyos mentális betegségek gyakoriságát (mint például az alkohol- vagy droghasználat) mérték, így bizonyos kórképek háttérbe szorulnak, ugyanúgy, mint az egyidejűleg fennálló mentális egészségi problémák együttes vizsgálata, valamint egymásra gyakorolt hatásuk felmérése. Nehézséget okoz továbbá a különböző vizsgálatokban alkalmazott egyedi kérdésfeltevések nehézkes összevethetősége (pl.: szerhasználat gyakorisága), vagy a kérdőíves felmérésekben alkalmazott kérdésekre adott válaszok pszichiátriai diagnózisra való „lefordítása” (pl.: az alkoholfogyasztás mértékéből következtetni arra, hogy abúzusról vagy dependenciáról van-e szó), akár szomatikus kórállapotokkal való együttes előfordulásuk elemzése.

A már kialakult mentális zavarok felismerése, kezelése, valamint a mentális egészség megőrzésének érdekében elengedhetetlen, hogy ismerjük a hajléktalanok körében előforduló mentális zavarokra vonatkozó epidemiológiai adatokat, azaz végezzünk olyan, keresztmetszeti, nagy elemszámú vizsgálatokat, melyek eredményei segítségével adatokat gyűjtünk a hajléktalan emberek körében előforduló mentális zavarokról. Fontos továbbá, hogy ezeket az adatokat mind hazai, mind nemzetközi szinten publikáljuk, segítve ezzel nemcsak a jelenlegi helyzet feltérképezését, de a helyzet javítását szolgáló, célzott beavatkozásokat is, melyek segítségével enyhíthető ezen sérülékeny populáció mentális egészségét illető hátrányos helyzete.

Célkitűzés

Vizsgálatunk célkitűzése az volt, hogy egy, a nemzetközi szakirodalomban is jelentős nagyságú mintán, keresztmetszeti, önkitöltős tünetbecslő skálák segítségével, szűrővizsgálati jelleggel becsüljük a hajléktalan emberek körében előforduló mentális betegségek feltételezett előfordulási gyakoriságát, illetve ezek összefüggéseit a kérdőívbeli kinyerhető demográfiai és egyéb adatokkal.

Vizsgálati módszer

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat (MMSz) és a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikájának közös keresztmetszeti vizsgálatába 540 hajléktalan személyt vontunk be. Vizsgálati alanyaink vagy az MMSz hajléktalanellátó intézményeiből és annak társintézményeiből, vagy olyan utcán élő hajléktalan személyek közül kerültek ki, akiket ezen intézmények utcai szociális gondozószolgálatai kerestek fel.

A vizsgálat során használt kérdőívet a kutatócsoport dolgozta ki, etikai engedélyt az Egészségügyi Tudományos Tanács (ETT) Tudományos és Kutatásetikai Bizottságától (TUKEB) kapott az IV/1650-1/2022/EKU ügyiratszám alatt. A kérdőív első részében demográfiai adatok (többek között: nem, életkor, iskolai végzettség, foglalkoztatás, öndefiníált hajléktalanság, a hajléktalanság időtartama), az egészségügyi rendszerhez/rendszeres gyógyszeresedéshez való hozzáférés szükségessége és az erre vonatkozó lehetőségek, valamint a kórtörténetre vonatkozó kérdések szerepeltek.

A felmérés második része pszichiátriai tünetbecslő skálákat tartalmazott: vizsgálatunkban a depresszió, a szorongás és a felnőttkorra fennmaradó ADHD kórképek hajléktalan személyek körében való előfordulási gyakoriságát kívántuk feltérképezni.

A depresszió szűrésére a 9 tételes Rövid Beck Depresszió Kérdőívet (Beck & Beck, 1972, Kopp et al., 1990) használtuk, melynek validálása korábban magyar mintán is megtörtént (Rózsa et al., 2001). A kérdőív kilenc kérdése a depresszió tünetei közül az örömmérsz elvesztésére, a döntésképtelenségre, az alvászavarokra, a krónikus fáradtságérzésre, a testi panaszok miatti aggodalmaskodásra, a munkavégzési képtelenségre, a reménytelenségérzésre, az elégedetlenségérzésre, valamint az önhibáztatásra kérdez rá.

A szorongásos zavarok közé több pszichiátriai kórkép tartozik, emiatt vizsgálatunkban az egyes kórképek külön-külön való szűrőtesztjei helyett a gyorsan felvehető Spielberger Vonás- és Állapotszorongás Kérdőívet (STAI, Spielberger et al., 1970) alkalmaztuk. A STAI egy rövid, önbevallásos kérdőív, melynek segítségével lehetővé válik a szorongás két aspektusának mérése: az állapotszorongást mérő skála 20 tételt tartalmaz, melyek arra kérdeznak rá, hogyan érzik magukat a kitöltők az adott pillanatban, míg a vonásszorongást (szorongásra való hajlamot) mérő skála 20 tételén az állításokat aszerint kell megválaszolni, ahogy a kitöltők általában érzik magukat.

A felnőttkorra fennmaradó figyelemzavaros-hiperaktivitási zavarra (attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD) vonatkozóan a Conners Felnőttkori ADHD Becslőskála (CAARS) önkitöltős, hosszú változatát alkalmaztuk (Conners et al., 2011). A kérdőívnek több alskálája van, melyek közül az ADHD index alskála alkalmas olyan személyek azonosítására, akiknél az ADHD diagnózis fennállhat.

Eredmények, megbeszélés, kitekintés

Vizsgálatunk részletes eredményeit a célkitűzésnek megfelelően nemzetközi tudományos folyóiratokban kívánjuk publikálni, itt az eredmények gyorselemzése olvasható.

A kérdőív segítségével a vizsgált hajléktalan személyek kórtörténetében pszichiátriai betegség igen gyakran, az esetek 27%-ában fordult elő. Kórképekre lebontva az alábbi százalékos előfordulási gyakoriságokat találtuk: depresszió diagnózissal az alanyok 15,9%-a rendelkezett, szorongásra 12,6%-uk, hangulatzavarra vonatkozóan pedig 10,6%-uk válaszolt igennel a meglévő diagnózisokat illetően. Szkizofrénia diagnózisa a vizsgálatba bevont alanyok 3,5%-ának volt a résztvevők önbevallása alapján.

A bevezetésben már említésre került összefoglaló közleményekben (Gutwinski et al., 2021, Fazel et al., 2008) hajléktalanok körében a mentális betegségek összesített előfordulási gyakorisága saját eredményünknel jelentősen magasabb volt. Külföldi vizsgálatok alapján a hajléktalan személyek akár 76,2%-a is rendelkezik valamilyen pszichiátriai diagnózissal. Hasonló eredményekről számolt be Braun és Gazdag (2015) hazánkban is: hajléktalan személyekből álló 50 fős mintájukban a mentális

betegségek előfordulási gyakoriságát 86%-osnak találták. Adataink és az irodalmi adatok közti eltérés oka lehet egyrészt az, hogy kérdőívünkben a hajléktalanok körében leggyakoribb mentális betegség, a szerhasználati zavar nem a pszichiátriai kórelőzmény résznél szerepelt, az alkohol- és droghasználatra vonatkozó kérdések külön tételként szerepeltek. Amennyiben a fenti, 27%-os előfordulási gyakorisághoz hozzáadjuk a mintánk azon részét (31,6%), mely rendszeresen fogyaszt alkoholt, az irodalmi adatokhoz közelítő értéket kapunk. A droghasználat esetén kapott igen alacsony előfordulási gyakoriság valószínűsíthetően egyrészt a kérdőív felvételének módjára, másrészt pedig a vizsgálati minta jellegére vezethető vissza. Szintén nem a pszichiátriai kórképekre vonatkozó résznél szerepelt a demencia, mely 2,8%-ban fordult elő a mintában önbevallás alapján. Az egyes kórképek (depresszió, szorongásos zavarok, szkizofrénia) előfordulási gyakoriságát illetően eredményeink illeszkednek a rendelkezésre álló, külföldi közleményekben közölt adatokhoz (Fazel et al., 2008, Schreiter et al., 2017, Gutwinski et al., 2021). Jelenlegi vizsgálatunkban a Braun és Gazdag által végzett tanulmány eredményeinél alacsonyabb prevalenciával azonosítottunk potenciálisan mentális betegséggel élő hajléktalan személyeket. Az eltéréssel kapcsolatosan fontos azonban kiemelni a következőket:

- 1) az előző vizsgálat elemszáma alacsony, és kizárólag hajléktalanszállón élő populációra vonatkozó adatokat közöl,
- 2) az előző vizsgálat során nem szűrésre, hanem pontos pszichiátriai diagnózisalkotásra használatos strukturált klinikai interjút vettek fel. Ez rendkívül idő-, és képzett humánerőforrás igényes, ennek megfelelően a teljes magyarországi hajléktalanpopulációban vélhetően nem kivitelezhető.
- 3) A jelenlegi vizsgálatban önbevalláson alapuló, gyors, a fontosabb pszichiátriai betegségek panaszaira fókuszáló kérdőívek felvétele történt.

A jelenleg pozitívnak szűrt eseteknél a részletes klinikai vizsgálat vagy strukturált klinikai interjú a szűréssel azonosított mentális zavar tényleges fennállását nem erősítette meg, így eredményeink vélhetően a Braun és Gazdag által közöltekhez képest szakmai szempontból kevésbé pontosak. Ugyanakkor lényeges előny, hogy a megfelelő szűrőkérdőív battéria segítségével releváns célcsoport azonosítható. Ez remélhetőleg a hajléktalan lét során újonnan azonosított és a már megelőzően is fennálló krónikus mentális zavarral élő személyek adekvát gondozásba vételét jelentősen elősegítené.

Magyar populációs mintán a major depresszió előfordulási gyakoriságát Szádócky és munkatársai (2008) 15,2%-osnak találták. Összevetve ezt mintánk adataival elmondható, hogy a hajléktalanok körében a depresszió (15,9%) és a (véltetően részben szintén ebbe a diagnosztikus kategóriába sorolható) hangulatzavar (10,6%) előfordulása némileg magasabb volt, mint a nem hajléktalan személyek esetén.

Az egyes kérdőívekre vonatkozóan úgy találtuk, hogy mind a depressziót, mind a szorongást, valamint az ADHD-t illetően körülbelül a hajléktalan személyekből álló minta egytizede volt a kérdőív felvételekor tünetekkel jellemezhető. Mindhárom vizsgált kórkép/zavar esetén elmondható, hogy a szűrőkérdőívekkel azonosított esetek körülbelül fele nem rendelkezett megelőzően pszichiátriai diagnózissal, azaz esetükben a mentális problémák felismerésére a vizsgálati kérdőívek segítségével kerülhetett sor. Tudomásunk szerint felnőttkori ADHD kérdőíves szűrésére korábban nem került sor a magyar hajléktalan populáció körében. Fontos eredménynek tartjuk ennek a zavarnak hajléktalanok körében való előfordulási gyakoriságának felismerését, mivel az ADHD tüneteinek fennállása a lakástalanságtól függetlenül nehezíti meg hajléktalan embertársaink munkavállalását, szociális kapcsolatait, összefoglalva, boldogulását az életben (Barkley, 2002, Pulay et al., 2016).

Reprezentatív, keresztmetszeti kérdőíves vizsgálatunk eredményei alapján elmondható, hogy

- 1) a hajléktalanok mentális egészségügyi problémái valóban meghaladják az átlagpopulációs mértéket,
- 2) hajléktalan személyek körében jelentős a mentális betegségek aluldiagnosztizáltsága,

- 3) a mindennapi gyakorlatban jól használható standard szűrőtesztek felvétele rávilágíthat a fennálló anomáliákra,
- 4) kérdezőbiztosok segítségével megfelelő adatok nyerhetők a hajléktalanok mentális állapotára vonatkozóan,
- 5) további keresztmetszeti vizsgálatok szükségesek ahhoz, hogy megfelelő adatok birtokában célzott intervenciókra nyíljon lehetőség, javítva ezen sérülékeny populáció kedvezőtlen mentális egészségét.

Felhasznált irodalom

- Barkley, R.A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 63 (SUPPL. 12): 10-15.
- Beck, A.T., & Beck, R.T. (1972). Screening Depressed Patients in Family Practice, *Postgraduate Medicine*, 52:6, 81-85, doi: 10.1080/00325481.1972.11713319
- Braun, E., & Gazdag, G. (2015). Pszichiátriai zavarok előfordulása hajléktalanok között. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata*, 30 (1), 60–67.
- Conners, C.K., Pitkanen, J., & Rzepa, S.R. (2011). Conners 3rd Edition (Conners 3; Conners 2008). In: Kreutzer JS, DeLuca J, Caplan B, editors. *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. New York, NY: Springer New York. p. 675-678.
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS medicine*, 5 (12), e225. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050225>
- Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*, (384(9953), 1529–1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)
- Február Harmadika Adatfelvétel 2020, Report on the Third of February Homeless Survey 2020 Hungary. <http://www.menhely.hu/index.php/hajlektalansag/februar-3>
- FEANTSA. Fifth Overview of Housing Exclusion in Europe, 2020. <https://www.feantsa.org/en/news/2020/07/23/fifth-overview-of-housing-exclusion-in-europe-2020>
- Gutwinski, S., Schreiter, S., Deutscher, K., & Fazel, S. (2021). The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLoS medicine*, 18(8), e1003750. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003750>
- Mojtabai R. (2005). Perceived reasons for loss of housing and continued homelessness among homeless persons with mental illness. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 56 (2), 172–178.
- Kopp, M., Skrabski, Á., Czakó, L. (1990). Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken*, 1 (2),424.
- Paksi, B., Magi, A., & Gurály, Z. (2021). Hajléktalan emberek pszichoaktív szerhasználata, *Esély*, 32 (1), 62–91. doi: 10.48007/esely.2021.1.5
- Pulay, A.J., Bitter, I., Papp, S., Gulácsi, L., Péntek, M., Brodszky, V., Hevér, N.V., Rencz, F., Baji, P. (2016). Exploring the Relationship between Quality of Life (EQ-5D) and Clinical Measures in Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Applied Research in Quality of Life*. 12 (2): 409-424. doi: 10.1007/s11482-016-9467-6.
- Rózsa, S., Szádóczy, E., & Füredi, J. (2001). A Beck depresszió kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16 (4), 384–402.

- Schreiter S, Bermpohl F, Krausz M, Leucht S, Rössler W, Schouler-Ocak M, & Gutwinski S (2017). The prevalence of mental illness in homeless people in Germany – a systematic review and meta-analysis. *Dtsch Arztebl Int*, 114: 665–72. doi: 10.3238/arztebl.2017.0665
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Susser, E., Moore, R., & Link, B. (1993). Risk factors for homelessness. *Epidemiologic reviews*, 15 (2), 546–556. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.epirev.a036133>
- Szadoczky, E., Papp, Zs., Vitrai, J., Rihmer, Z., & Furedi, J. (1998). The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. Results from a national epidemiologic survey. *Journal of Affective Disorders*, 50 (2-3), 153-162.
- Wagner, J., Diehl, K., Mutsch, L., Löffler, W., Burkert, N., & Freidl, W. (2014). Health status and utilisation of the healthcare system by homeless and non-homeless people in Vienna. *Health & social care in the community*, 22 (3), 300–307. <https://doi.org/10.1111/hsc.12083>
- World Health Organization (2022). Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

Mózer Péter⁷: Kiszolgáltatottság, bizonytalanság

“Az embernek, amikor elveszti azt a talapatot (mert 'kiment a lába alól a talaj'), amelyben társadalmi identitása felépül, igen nehéz a saját nevében fölemelnie a hangját, még ha csak azért is, hogy nemet mondjon. A küzdésre való hajlandóság feltételezi valamilyen közösség meglétét, és feltételez valamiféle jövőképet.” (Robert Castel)

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat társszervezésében 2022 novemberében 540 hajléktalan ember megkérdezésével adatfelvétel valósult meg. A survey felmérés címe: "Hajléktalan emberek pszichés, pszichiátriai, illetve mentális állapotának felmérése, tovább a kapcsolódó egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférés vizsgálata - 2022" című adatfelvétel. Ebből a gazdag adattömegeből a tanulmány fókuszja: a válaszoló hajléktalan emberek szociális dimenziójuk, mentális állapotuk, valamint az ellátórendszerhez való hozzáférésük – statisztikai eszközök felhasználásával történő – elemzése.

Bevezetés – Értelmezési keret

Robert Castel társadalmi kiilleszkedésnek nevezi ezt a folyamatot, ahol „munkaviszonyon keresztül történő betagozódás (stabil állás, bizonytalan foglalkoztatás, munkaerőpiacról való kirekesztés), és a családi és társas kötelékekbe való beletartozás (erős kapcsolati háló, törékeny kapcsolati viszonyok, szociális elszigetelődés) között áll fenn.” (Castel 1998:375-376). Tulajdonképpen a társadalmi helyzetet egy koordinátarendszerben ábrázolja, ahol az együtt járások jól elkülöníthető „zónákat” (integrációs zóna, sebezhetőségi zóna, kiilleszkedési zóna) határoznak meg. A hajléktalanságot olyan szélsőséges helyzetnek írja le, „ahol a munka világából való teljes kirekesztés szociális elszigetelődéssel társul”, de ez „nem feltétlenül a kötelékek teljes hiányát jelenti, hanem inkább csak a társadalmi jelentéssel bíró struktúrákba való betagozódás hiányát.” (Castel 1998:377, ill. 378)

A korábbi adatfelvételek, valamint az e témában született elemzések megerősítik, hogy a castel-i értelmezés releváns elméleti keret a hajléktalanság mélyebb megértéséhez, mivel „kutatásaink azt mutatják, hogy a hajléktalanná válás személyes megélése leginkább komplex egzisztenciavesztéshez, kiszakadáshoz, „talajtalanná”, „földönfutóvá” váláshoz kapcsolódik, (...) [így ez] egy-egy személyes narratíva sűrítménye” (Győri P. 2020:350). A társas kapcsolatok elvesztésének szerepe többszörösen is felértékelődik, mivel „kapcsolati hiányok két irányból is jellemzik a hajléktalan embereket: egyrészt a hajléktalan helyzetbe vezető út jelentős mérföldköve a kapcsolatok elvesztése, szétesése, a segítő háló beszűkülése, diszfunkciója, eltűnése. Másrészt maga a hajléktalan életforma is a kapcsolatok további erodálódását, jelentős átalakulását eredményezi.” (Fehér B. – Kovács I. 2018:82) Érdemes kiemelni – amint arra Castel is felhívja a figyelmet – ez a társadalmi állapot nem jelent teljes a szociális izolációt, hanem inkább a társas érintkezések törékenységét, esetlegességét, a „társas magányt”, valamint a többségi társadalomtól való kiszakadást jelzi. Ez a társadalmi helyzet soktényezős láncolatok „terméke”, ahol háttérben az esetek döntő százalékban a felnőtt-, gyerekkori traumák, a lakhatás biztonságának elvesztése, a rokoni, családi kötelékek elszakadása, és az alacsony iskolázottság, a jövedelemnélküliség, a pénzbeli

⁷ Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar

ellátások hiánya, valamint szomatikus- és szenvedélybetegségek, pszichés, mentális problémák állnak. Mind a kutatások, mind a felmérések, mind a szakmai tapasztalatok azt igazolják, hogy a hajléktalannak tekintett csoport belső összetételében nagyfokú változékonyságot mutat⁸. Más-más helyzetekben élnek, a többségi társadalomhoz való távolságuk-közelségük is eltérő. Másrészt az alapállapot (hajléktalanság) mellett egy sor olyan társas, társadalmi jelenség sűrűsödik össze, mint a többségi társadalomtól eltérő életmód, életstílus vagy fizikai, mentális állapot. Ami ezekben a helyzetekben közös, az a kiszolgáltatottság.

A kutatás *alapkérdése* egy speciális helyzet vizsgálata, a hajléktalanság helyzetében lévő emberek és a pszichiátriai problémák közötti kapcsolat elemzése. Különösen az, hogy e „kettős teher” milyen kihívások elé állítja a szociális és egészségügyi ellátórendszert. Ennek aktualitására és fontosságára elég egy indokot felhozni, nevezetesen, hogy a 2022. évi hajléktalan-adatfelvétel egyik lényeges megállapítása szerint a „középkorúak közül is nagyon sokan megváltozott munkaképességűek, pszichiátriai betegségben szenvedők, vagy éppen függők” (Február Harmadika Munkacsoport 2022:5. dia). Írásunk is ezt az alapállást követi.

A tanulmány arra is keresi a választ, hogy a különféle élethelyzetben élő hajléktalan ember miként tud hozzáférni a szociális ellátórendszeren belül a pszichiátriai gondozáshoz és egészségügyi közszolgáltatásokhoz. A különféle élethelyzetek tekintetében a főbb kutatási kérdéseink:

- a) Az adatok értelmezése során tudunk-e elkülöníthető hajléktalan-csoportokat képezni?
- b) Léteznek-e, statisztikai eszközökkel megfoghatók-e a különböző hajléktalan pályák, utak?
- c) A különböző társadalmi akadályok és a hajléktalan helyzetből fakadó élethelyzetek között van-e statisztikailag igazolható összefüggés? Ha van, melyek ezek?

Hipotézisünk szerint a különböző hajléktalan élethelyzetek során létrejövő hátrányok halmozódása és az intézményi hozzáférés közötti kapcsolat – társadalomtudományi eszközökkel is – kimutatható. Állításunk szerint az összefüggés fordítottan arányos, azaz minél több időt töltenek el a hajléktalan emberek bizonytalan léthelyzetben, annál inkább növekszik a társas és társadalmi kiszolgáltatottságuk.

A kutatás főbb eredményei

Hajléktalanságból fakadó bizonytalanságok

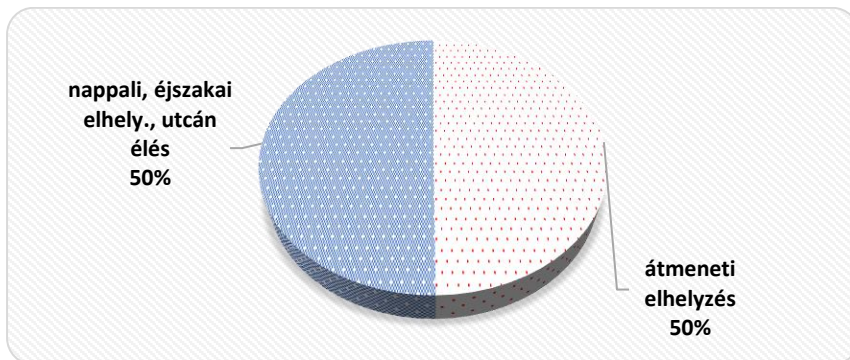
Az *adatfelvétel négyféle helyszínen* valósult meg, amit a jobb statisztikai kezelhetőség érdekében összevontunk⁹. A mintában szereplő hajléktalan emberek közel egyenlő arányban oszlanak meg az átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben, valamint nappali, éjszakai elhelyezésben (éjjeli menedékhely) lévők és a közterületen élők között (1. ábra).

⁸ Ld. erről bővebben: <https://www.bmszki.hu/tudastar>

⁹ változó neve: 'hely', N= 540

1. ábra

Az adatfelvétel időpontja szerinti tartózkodási hely (%)



Forrás: BUSZSZH adatfelvétel, 2022

A *hajléktalanságban töltött időhossz* esetében azt kaptuk, ami logikailag várható volt: aki viszonylag rövid ideig él hajléktalan léthelyzetben, ők inkább átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények lakói. És ennek ellenkezője is igaz, akik hosszú, önbevallás szerint 20 évnél több ideje kénytelenek bizonytalanságban élni, ők inkább éjjeli menedékhelyek ügyfelei, és/vagy közterületen élnek. Itt jegyzünk meg két olyan jellegzetességet, amely megértése szétfeszítené az írás kereteit:

1. Az, hogy ki milyen hosszú ideje hajléktalan, inkább egy jelenség leírásának eszköze, mintsem egzakt szám. Ezért az elemzés is referenciaként és nem abszolút számként kezeli ezt, hiszen életminőség szempontjából a határ nem olyan élés, ha valaki 15 éve, 20, 35 vagy 40 éve hajléktalan.
2. A Február 3-a adatfelvétel tapasztalatai szerint a hajléktalanságban érintett emberek 20-25%-a – öndefiníció szerint – nem tekinti magát hajléktalannak. A BUSZSZH mintában is ez a helyzet: a válaszadók mintegy negyede nem tekint önmagára úgy, mintha hajléktalan lenne.

Az elemzés során, mivel az adatfelvétel hajléktalan intézményekben és közterületen történt, valamint mindkét részsokaság esetében – társadalomtudományi, szociológiai értelemben – több a hasonlóság, mint a különbözőség¹⁰, így a válaszadók egészére hajléktalan emberekként tekintettük. E mellett olyan csoportosítást is használunk, ahol a válaszadók vagy hajléktalannak minősítették (label) önmagukat, vagy – ellenkezőleg – nem fogadták el a kérdőív meghatározását. Magyarán: elfogadtuk a válaszadók öndefinícióját.

Az *egészségi állapot* (önbevallás alapján, ötfokú skálán) összevetéséből az derül ki, hogy a hajléktalanság idejét tekintve, a 6-19 év közötti időszak a jelentős. Az ebben a metszetben lévők egy részének (összesen a válaszadók közel 20,8%-ának¹¹) egészségi állapota kifejezetten rossz. Nem relativizálva a hajléktalanságban töltött időhosszt, a kérdőív adatfelvétele szerint ez közepes időszaknak tekinthető, de – megint csak az előzőekben írtakra és a Február Harmadika kutatássorozat eredményeire hivatkozva – mégis jelentős

¹⁰ Ld. erről magyarul: <https://www.bmszki.hu/hu/kiadvanyaink-1>

¹¹ N=403

időszaknak kell tekintenünk ezt az állapotot, ahol már tetten érhetőek a kiszolgáltatottság jelei.

Ezt húzza alá a *munkavállalást* és a *lakhatást akadályozó* két kérdés¹² is, amelyet a hajléktalanságban töltött idővel vettünk egybe. Mindkét esetben a 11-19 év közötti hajléktalan időszak magas kockázattal rendelkezik, azzal a különbséggel, hogy a munkavállalás során a válaszadók átlagosan nagyjából fele-fele arányban¹³ tekintették akadályozó tényezőnek a mentális, egészségi állapotukat. A hajléktalanságban eltöltött idővel viszont egyenes arányban növekedett a munkavállalási akadályt említők aránya. A lakhatási akadály vonatkozásában másmilyen képet kaptunk. A hajléktalan emberek válaszaiból¹⁴ az derül ki, hogy a többség (56,0%) nem tekinti mentális, egészségügyi állapotát akadályozó tényezőnek, de az öt évnél több hajléktalanságban eltöltött idő után számarányuk jelentősen megnő. A 6-40 éve hajléktalanságban élő emberek 51-55%-a a nem kielégítő egészségügyi állapotukat már lakhatási problémának (is) látja.

A társadalomtudományi kutatások felhívják arra is a figyelmet, hogy a *munkavégzés* nem csupán akadályozó tényezőként merül fel, hanem megélhetési, és ezen túl társadalmi értelemben vett pozíció kérdéseként. Utóbbi esetében a társadalmi integráció vagy társadalmi befogadás¹⁵ egyik elsődleges jellegzetessége. Azaz a munkavégzés nem pusztán jövedelmet, megélhetést jelent, hanem társadalmi tagságot is. Ha valaki rendelkezik rendszeres jövedelemmel, jelentősen megnő az esélye, hogy közel kerülhessen a többségi társadalomhoz. Ezért is fontos áttekinteni, hogy a megkérdezett hajléktalanságban élő embereknek miként alakultak a jövedelmi viszonyai. Arra a kérdésre, hogy „*Hogy dolgozik-e Ön? (több válasz is megjelölhető!)*” összesen 704 válasz érkezett. Volt tehát olyan hajléktalan ember, aki több válaszlehetőséget jelölt meg, azaz jövedelme több csatornából származott. Ennek megoszlása következőképpen alakult:

- rendszeres, bejelentett állás: 27,6%
- alkalmi munka¹⁶: 17,5%
- öregségi nyugdíj¹⁷ 16,6%
- nem dolgozik 38,3%.

A jövedelemkombinációk jellemzően a „rendszeres – alkalmi jövedelem” dimenziókban értelmezhetőek. Ebből az első levonható következtetés, hogy a rendelkezésre álló rendszeres jövedelem (rendszeres jövedelem, öregségi nyugdíj, egészségkárosodási ellátások) mértéke igen alacsonynak tekinthető, amit nem-rendszeres, alkalmi munkával szükséges kiegészíteni. A másik magyarázat az lehet, hogy e jövedelemtípusok időben nem egyszerre, hanem időben elnyúlva jelentkeztek. Ennek kiderítését az adatfelvétel nem tette lehetővé, viszont azt igen, hogy felhívja a figyelmet arra, a hajléktalan emberek közül jelentős azon emberek száma, akik nem rendelkeznek állandó megélhetési forrással, hiszen nem dolgoznak, nincs

¹²A kérdőívben szereplő kérdése az alábbiak:

6. Akadályozza-e a betegsége, idegállapota vagy más egészségügyi indok abban, hogy munkát végezzen?

7. Akadályozza-e a betegsége, idegállapota vagy más egészségügyi indok abban, hogy a jelenleginél jobb körülmények között lakjon?

¹³ N= 539

¹⁴ N= 536

¹⁵ Ennek szociálpolitikai különbségéről lásd Castel (Castel 1998)

¹⁶ E változót két változóból („Bejelentett, alkalmi munkája van”; „Nem hivatalos munkája van”) alakítottuk ki.

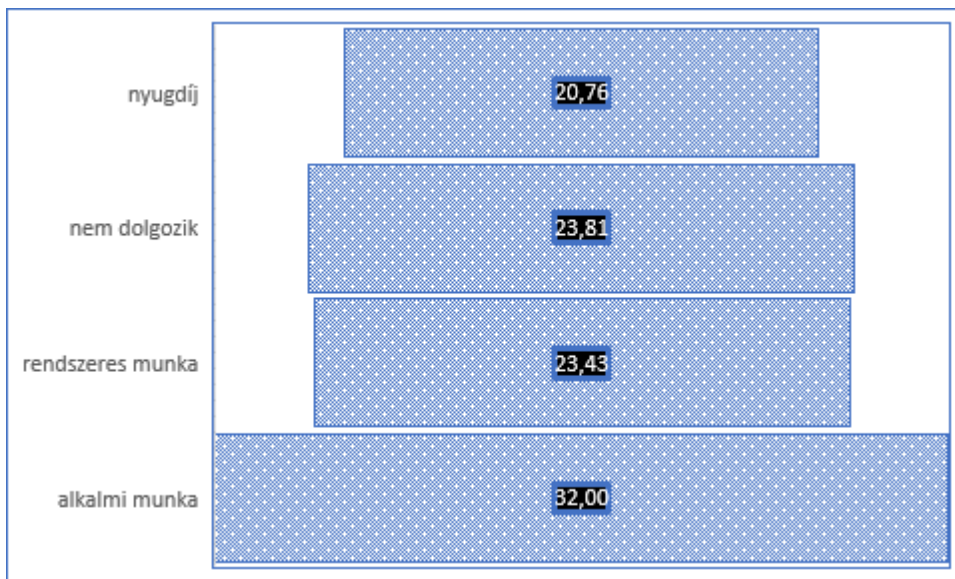
¹⁷ ide soroltuk a „Leszállékolt, megváltozott munkaképességű” opcióra adott válaszokat is.

rendszeres jövedelmük. A jövedelemhiány mellett még az a közös bennük, hogy többségüket menedékhelyen és/vagy a közterületen kérdezték meg.

Visszatérve a kérdőívben kapott válaszokhoz, amikor válaszadás helyett személy a csoportosítás alapja¹⁸, akkor az alkalmi munka (32,0%) dominál, míg a rendszeres munkavégzés (23,4%) és a munkanélküliség („nem dolgozik” – 23,8%) közel egyenlő arányban fordul elő (2. ábra).

2. ábra

Hajléktalanságban élő emberek munkavégzés-típusai (fő, N=525, %)



Forrás: BUSZSZH adatfelvétel, 2022

Az ábra pozitív képet sugall, de – nem győzzük hangsúlyozni –, hogy az adatok arra is rámutattak, hogy:

- a rendszeres jövedelmek értéke nem számottevő;
- nagy valószínűséggel ezen munkatípusok jövedelemtermelő képessége alacsony, és valószínűsíthetőleg nem egyszerre jelentkeznek;
- nagyon sokan vannak és ezért megélhetési és szociálpolitikai szempontból igen aggályos adat, hogy a válaszoló hajléktalan emberek nem egészen ötöde (23,81%) nem dolgozik, kiesett a hazai munkaerőpiacról.

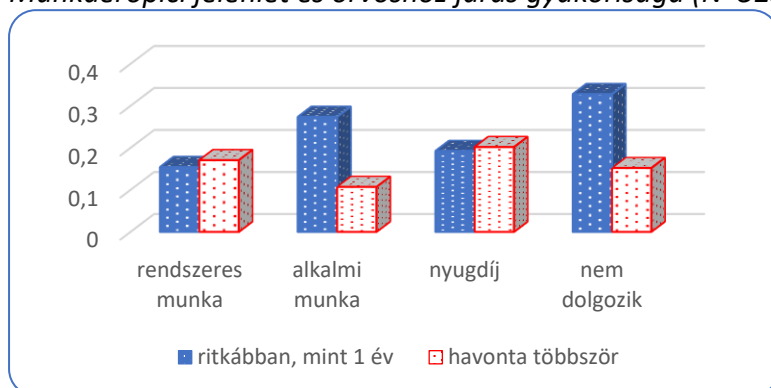
A helyzet akkor sem jobb, ha az *orvoshoz járás gyakoriságát* nézzük. A 3. ábra ismertetéséhez a kérdőív kérdésének két szélső értékét választottuk ki (ritkábban, mint egy éve, ill. havi gyakorisággal jár/jut el orvoshoz), és ezt vetettük egybe a munkaerőpiaci jelenléttel. A kapott megoszlások szerint feltűnően nagy azok száma, akik orvosi kapcsolata ritkább, mint egy év. Ők azok, akik nem rendelkeznek rendszeres jövedelemmel. Ha ehhez hozzávesszük, hogy a megkérdezett hajléktalan ember miként tájékozódik az egészségügyi

¹⁸ N=525

rendszerben¹⁹, tovább erősödik az aggályunk. Ugyanis akik a „rendszeres munka, ill. rendszertelen, nincs munka” skálán mozognak, közülük azon megkérdezettek, akik nem rendelkeznek rendszeres munkával, döntő százalékuk rosszul tájékozódik (24,8%), és csak kis számuk tájékozódik jól (11,6%) az egészségügyi ellátórendszerben²⁰. A biztosabb, rendszeres jövedelemmel rendelkezők 16,2%-a rosszul, 7,6%-a jól tájékozódik.

3. ábra

Munkaerőpiaci jelenlét és orvoshoz járás gyakorisága (N=525, %)



Forrás: BUSZSZH adatfelvétel, 2022

A *közszolgáltatások igénybevételének* oldaláról is megvizsgáltuk a kérdést. A felmérés adatai szerint a hajléktalan emberek döntő többsége úgy nyilatkozott, hogy mentális állapota kapcsán nem vett igénybe sem az egészségügyi, sem a szociális ellátórendszerben pszichiátriai közszolgáltatást.

Mint már írtuk, hogy a Budapesti Szociális Szakmatámogatási Hálózat a kutatás megtervezésekor egy a hajléktalanságon belüli, de a jóléti ellátórendszert kihívás elé állító problémacsoportra is koncentrált. Ez a *hajléktalan emberek pszichiátriai betegsége*. Az ehhez a részhez kapcsolódó kulcskérdés így hangzott: „Az alábbiak közül van-e Önnek diagnosztizált pszichiátriai betegsége”. A válaszopciók hét típusú pszichiátriai betegséget (Depresszió; Szkizofrénia; Kényszerbetegség; Szorongás; Hangulatzavar; Pánikbetegség; Bipoláris zavar), plusz „nincs egy sem” és „egyéb” válaszopciókat ajánlottak fel. A kérdésre adott válaszok egyrészt tehát öndefiníciósak voltak, másrészt több válaszopcióra is lehetőség nyílt. A megkérdezett hajléktalan emberek átlagosan 1,28-szoros érvényes választ adtak, személyre bontva 26,7% legalább egy diagnózist említett, míg 73,3%-uk egyet sem²¹.

Az „igen” válaszokat vizsgálva azt látjuk, hogy azon hajléktalan emberek, akik diagnosztizált pszichiátriai betegséget is visszaigazoltak:

- jellemzően a rövidebb hajléktalan „karrier”-rel bírnak²²;
- munkaerőpiaci jelenlétükre jellemző a rendszeres, alkalmi munkavégzés vagy a munkanélküli lét;
- kedvezőtlen az ellátórendszerben történő tájékozódásuk.

¹⁹ A pontos kérdés így hangzott: „Hogyan érzi, mennyire tud eligazodni az egészségügyi ellátórendszerben?” A válaszokra 1-5 fokú skálát lehetett használni.

²⁰ N=525

²¹ N=535

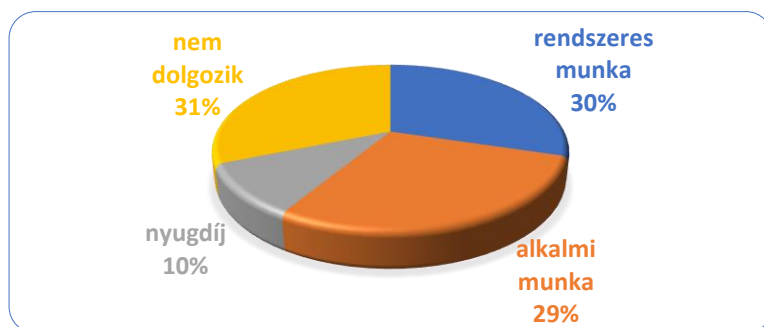
²² átlag=9,4336, (Sd=7,1594), míg teljes mintaátlag=10,7294 (Sd=8,5635). N=401

A munkaerőpiaci jelenlét tekintetében (4. ábra) eltérő helyzettel állunk szemben. Azon pszichiátriai beteg hajléktalan emberek vannak jobb helyzetben, akik valamilyen szintű egzisztenciális biztonságot is meg tudtak teremteni. A rendelkezésre álló adatok szerint e csoport a rendszeres munkát végzők csoportját jelenti. A másik véglet azok, akik „nem dolgoznak”, azaz a munka nélkül lévő hajléktalan-pszichiátriai beteg emberek. Az ő helyzetük valamilyen – nemcsak munkaerőpiaci értelemben vett – perifériás léthelyzettel egyenlő. E csoporton belül mennyi az érintettek létszáma? Az írás más részeiben, többváltozó elemzés (hajléktalan pályák, utak) alkalmazásával igyekszünk erre választ adni. Visszatérve az ábra adataira, e szerint nagyjából harmad-harmad-harmad elosztást mutat a „rendszeres munka” – „alkalmi munka” – „nem dolgozik” csoportosítás.

4. ábra

Munkaerőpiaci jelenlét (%)

(csak öndefiníció alapján pszichiátriai beteg, N=138)



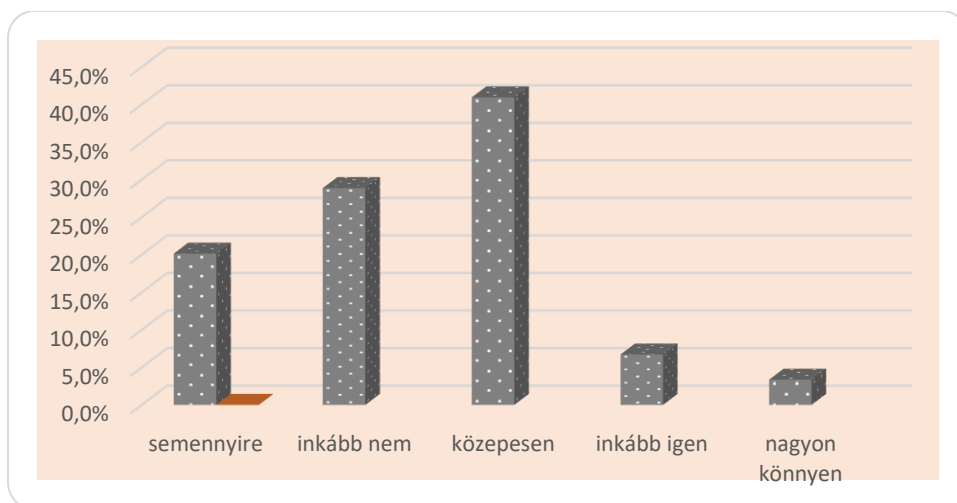
Forrás: BUSZSZH adatfelvétel, 2022

Az egész mondanivalónkkal, így az előzőekben írtakkal is szorosan összefügg annak kiderítése, hogy hajléktalanságban élő pszichiátriai beteg emberek mennyire tudnak kielégítően tájékozódni az ellátórendszerben. Szakmafejlesztés szempontjából kiemelt jelentőségű információ, hiszen szolgáltatásszervezés és kapacitástervezés vonatkozásában nélkülözhetetlen tudás annak feltérképezése, hogy kik azok, akik önmaguktól, valamint kik azok és mennyien vannak, akik csak segítséggel tudnak eligazodni a szociális és egészségügyi ellátórendszerben.

Értékelhető adataink az egészségügyi ellátórendszerrel (5. ábra) állnak rendelkezésre. Ebben az összefüggésben az látható, hogy jelentős azok száma, akik bizonytalanul mozognak a támogatási rendszerben. Az adott szolgáltatások igénybevétele erősen esetleges, alig-alig követhető, az ok-okozati kapcsolat nehezen érthető. Igaz, a szociális ellátórendszerre nincs egzakt, statisztikailag értékelhető adatunk, de mégis a válaszok alapján durva becslést tudunk tenni. E szerint feltételezhető, hogy a szociális ellátórendszerben történő tájékozódás esetében csak egy kicsivel jobb a helyzet.

5. ábra

„Hogyan érzi, mennyire tud eligazodni az egészségügyi ellátórendszerben?” (%)
(csak öndefiníció alapján pszichiátriai beteg, N=149)



Forrás: BUSZSZH adatfelvétel, 2022

Társadalmi akadályok belső mintázatai

Hajléktalan csoportok

Az elmúlt évtizedek hazai társadalomtudományi kutatásaiban egyre inkább megjelenik egy olyan irány, amely szerint a társadalmi rétegződésben egyre inkább „elhalványulnak” a társadalmi helyzetet meghatározó makrostruktúrák. Ezért a társadalmi szerkezet tagoltsága más dimenziókon keresztül érthető meg²³. Ennek ellenére a kutatások és az ezekből készült tanulmányok továbbra is felhívják a figyelmet arra, hogy – Magyarországon – az iskolázottsági szint, ezen keresztül a munkaerőpiaci helyzet és a jövedelmi biztonság erős összefüggést mutat más rétegződési kritériumokkal. Azaz a társadalmi pozíciót és ezzel együtt az életminőséget meghatározó dimenziók, valamint a jövedelmi helyzet abban az értelemben konzisztensek egymással, hogy ahol alacsony a jövedelmi szint, ott általában alacsony iskolai végzettséggel, rossz munkaerőpiaci státusszal (és lakáshelyzettel) találkozunk. Ennek megfelelően a jövedelmi helyzet nemcsak azért alkalmas mutatószám a társadalmi egyenlőtlenségek mérésére, mivel ennek nagysága meghatározza a fogyasztást, hanem azért, mert az esetek többségében a jövedelmi helyzet egy sor, a társadalmi helyzet szempontjából jelentős változó értékét is „magában hordozza”²⁴.

A társadalom sebezhetőségi zónájában egyfelől e hatások felerősödnek, hatványozottan jelentkeznek, másfelől az ott élőkre nem egyformán hatnak. Mint már írtuk, a BUSZSZH adatfelvétel egyik kiemelt kutatási témája a hajléktalan helyzetben lévő pszichiátriai betegséggel élő emberek helyzetének jobb megértése, ezért – első körben – az e társadalmi térben lévők közötti különbözőségekre koncentrálnak.

²³ Ld. erről: Kovách Imre (szerk. 2020a, 2020b)

²⁴ Ld. erről a Társadalmi Riport (Tárki, <https://tarki.hu/tarsadalmi-riport>) tanulmányait.

Amennyiben a mintában lévő hajléktalan embereket²⁵ két csoportra osztjuk²⁶, akkor az első csoportba idős (zömükben 60 év feletti), a mindennapi életkilátásukban átlagosnak mondható válaszadók kerülnek. A második csoport a kapott dimenziók ellentéte. A csoport zöme fiatalabb (40 év körüli) és önmaguk megítélése valamivel jobb.

A csoportokat tovább bontva és újabb elemekkel kiegészítve²⁷ három, egyenként négy klaszterből álló csoportot hoztunk létre, amelyek belső statisztikai mintázata jelentős mértékben hasonlított egymásra.

Összegezve a klaszterek információit²⁸, megállapítható, hogy a hajléktalan emberek egyik elkülöníthető részébe (első csoport – „pesszimisták”) jellemzően olyan válaszadók kerültek, akik rövid ideje hajléktalanok (5-6 éve), korukat tekintve 40-45 év körüliek. A csoport tagjainál, ha visszaigazolt mentális betegség elő is fordul, de ez nem jellemző, illetve az sem jellemző, hogy ez nem fordul elő (értékük a szóban forgó faktor mediánja körüli értéket vett fel). Jövőorientációjuk, valamint a mindennapok életkörülményeiknek menedzselése inkább negatív, de ezekben a dimenziókban is nagyfokú „keveredést” láthatunk. E csoport klasztereken belüli létszáma a bevont minta közel 6-11%-a körül alakul.

A következő jól elkülöníthető csoport (második csoport – „dezintegráltak”) már sokkal tekintélyesebb hajléktalanságban eltöltött időről (14-16 éve) számoltak be. Az átlagos korcentrumuk is magasabb (50 év körül), mint az előző csoport átlagos értékei. Azaz a többségük felnőtt életük nagy részében lakhatási nehézségekkel, hajléktalansággal voltak kénytelenek szembesülni. Így érthető, hogy valamivel többen jelezték, hogy pszichiátriai betegek, de e csoportban még mindig találunk olyan hajléktalan embereket, akik a megkérdezés során nem számoltak be pszichiátriai diagnózisról. A csoport problémamegoldó képessége rendkívül alacsony. Pontosabban fogalmazva, a vizsgált klaszterekben a legalacsonyabb, amihez viszont nem feltétlenül kapcsolódik negatív jövőkép. Létszámuk az előző csoporthoz képest valamivel alacsonyabb, a vizsgált minta mintegy 5-10%-a.

A harmadik jól artikulálható csoport (harmadik csoport – „kiszolgáltatottak”) tagjainak jellegzetessége, hogy sokuk jelezte pszichiátriai diagnózisát. Ez egyben azt is jelenti, hogy e csoportban egyértelműen jelentős azok száma, akikre jellemző a „kettős teher” (mentális problémák plusz hajléktalanság), és ebből kifolyólag a társadalmi kiszolgáltatottság. Ezt erősíti, hogy a csoporttagok döntő része idős (60 év feletti), hosszú hajléktalanságban eltöltött időről számolnak be (17-21 év), valamint jellemző rájuk a jövőtlenség, reménytelenség érzése. A mindennapi életükben az egyénileg vélt vagy észlelt problémák

²⁵ N=504

²⁶ Ez a csoportképzés (klaszteranalízis) szociológiai szempontú volt. Mivel a kérdések a válaszadó hangulatára, érzéseire vonatkoztak, ez abban segített, hogy a pszichés diagnózissal rendelkező és nem rendelkező ügyfelek saját állapotukra vonatkozó kérdéseikre adott válaszai alapján pontosabb képet kaphassunk a pszichés állapotukról.

Természetesen a klaszterek képzésénél az egyének saját pszichés állapotára vonatkozó kérdésekre adott válaszaik alapján más csoportok képzésére is lehetőség nyílhat, lehetőség nyílt.

A csoportképzés során alkalmazott módszertan tehát a klaszteranalízis. A bevont változók a következők voltak: 'kor'; 'Dep_factor1' (A kérdőív Depresszió c. rész kérdéseiből /1-9 kérdések/ faktorkészítése, módszertan: faktorelemzés); Erzi_factor2' (A kérdőív Szorongás – Általában hogyan érzi magát? c. rész kérdéseiből /1-20 kérdések/ faktorkészítése, módszertan: faktorelemzés)

²⁷ Módszertan: Klaszteranalízis. Bevont változók: 'kor'; 'Dep_factor1' (faktor); 'Erzi_factor2' (faktor); 'K26_k29_pszich_beteg' (a kérdőív 26-29 kérdéseiből faktorkészítése, módszertan: faktorelemzés); 'hajléktalan ember', ill. 'mióta hajléktalan' ordinális változók használata.

²⁸ N=388 fő (a teljes minta 71,85%-a)

kezeléséhez, esetleg megoldásához – úgy gondolják – nem rendelkeznek elégséges erőforrásokkal. Az elemzett minta nagysága 4-16%.

A klaszterezés és az elemzés még egy jól beazonosítható kört hozott létre. Amiben ez a csoport (negyedik csoport – „depriváltak”) „kitűnik”, hogy az itt található hajléktalan emberek rendkívül nehezen boldogulnak a mindennapi teendők ellátásában, végiggondolásában. E csoportban vannak a legtöbben, akik bizonytalanságban élnek, egy részük diagnosztizált pszichiátriai betegeknek vallotta magát. Nagy valószínűség szerint a jövőbe vetett hitük igen negatív, a reménytelenség – pozitív jövőkép skálán inkább pesszimisták.

A negyedik csoportot kor szerint két részre lehet osztani. Egy részük fiatal (az értékek 37 év körül sűrűsödnek), más részük azonban bőven 60 év feletti. Hajléktalanságban eltöltött idő viszonylag alacsony, nagyjából 5 év körüli.

A hajléktalanság útvesztői

A társadalomtudományi survey statisztikai elemzés elméleti oldalról igen sok lehetőséget biztosít. Ehhez nem szükséges más, „csak” magas mérési szintű változó. A BUSZSZH adatok rendelkeznek ilyen típusú változókkal (pl. életkor, hajléktalanság időhossza²⁹), de adatredukciós módszerrel (faktorelemzés) mi is készítettünk olyan változókat, amik a fenti kritériumoknak eleget tesznek, mivel viszonylag sok kérdésblokkból sikerült aggregált változókat létrehozunk³⁰. A többváltozós statisztikai elemzések tárháza tehát most is igen széles, a hajléktalan utak megismerésének korlátja az adatok szociálpolitikai relevanciája. A továbbiakban öt olyan hajléktalan utat ismertetünk, amely egyszerre elégíti ki a statisztikai, valamint a szakmai kritériumokat. Minden esetben a hajléktalan emberek hajléktalanságban eltöltött időszakait³¹ vettük alapul (ordinális változó). Majd a különböző utakba vont változók átlagértékeit hasonlítottuk össze a fő átlagokkal, valamint a tipizálható utakkal³². Az így elvégzett elemzés fókusza, a már említett hajléktalanságban töltött időhossz mellett egyrészt (1. út) a különböző hajléktalan csoportok különféle útjai a munka világában (rendszeres – rendszertelen munkavégzés). Másrészt (2. út) a munkavállalási és lakhatási akadályok, valamint a munkaerőpiaci biztonság – bizonytalanság közötti kapcsolat feltérképezése. Harmadrészt (3. út) a hozzáférés és az öndefiníció alapján diagnosztizált pszichiátriai betegségek kérdéskörére koncentrálnak. Negyedrész (4. út) arra keresi a választ, hogy a különböző hajléktalan csoportokba hogyan ágyazódott be a) a pszichiátria diagnózis; b) az életkor; c), az egészségügyi igénybevétele és d) a szociális ellátásokon belül a pszichiátriai segítségnyújtás. Végül, elemezzük (5. út) a munkabiztonság és (szintén önbevallás alapján) az egészségi állapot közötti összefüggést.

Az elemzés alapja tehát minden esetben a különféle átlagok közötti eltérés, és – ahol ez szakmailag értelmes – a létszámok. Ezek alapján tárjuk fel a lehetséges hajléktalan utakat.

1. út – Munkaerőpiaci biztonság, bizonytalanság

²⁹ Változók nevei: 'kor', ill. 'hajléktalan ember', ill. 'mióta hajléktalan' ordinális változók használata.

³⁰ Változók nevei: 'Dep_factor1' (faktor); 'Erzi_factor2' (faktor); 'K26_k29_pszich_beteg' (faktor).

³¹ A változó neve: 'hajléktalan ember'.

³² Módszertan: Means-test értékek összevetése; variancia-analízis (GLM-modell)

Alapvető kérdésselvetés: A hajléktalanságban eltöltött idő mennyire hat a hajléktalan emberek klaszter-csoportokon belüli munkabiztonságra (ez esetben a rendszeres – alkalmi munkavégzésre)?

Ebben az esetben a kapcsolat erős³³, de a bevont összes elemszám alacsonynak tekinthető³⁴. Az adatok elemzése szerint a „pesszimista” és a „deprivált” csoportok esetében a hajléktalanság ideje bőven átlag alatti, majdnem a főátlag fele. Munkabiztonság szempontjából lényegében indifferens, hogy a csoporttagok rendszeres, alkalmi vagy semmilyen munkát nem végeznek. A „dezintegráltak” csoportja munkabiztonság szempontjából az előző csoporthoz képest hasonló képet mutat, azzal a lényeges különbséggel, hogy e csoportra hosszú hajléktalansági időszak jellemző. A „kiszolgáltatottak” csoport tekintetében a hajléktalan-időszak szintén jelentős, viszont számít, hogy van-e a csoporttagoknak állandó munkája vagy sem. Ha van, akkor a csoporton belüli helyzete relatíve kedvezőbb, mint akinek nincs rendszeres munkája.

2. út – A munkavégzés akadályai

A következő hajléktalanság-út lényegében a kérdőívben szereplő hajléktalanság és munkaerőpiaci akadályok (lakhatás, munkavégzés³⁵) közül az egészségügyi, mentális állapot-beli indokokat vizsgálja. A hajléktalan-utat meghatározó elemek közötti kapcsolat ebben a metszetben is erős³⁶, valamint a hajléktalanság és a munkavégzés jelentős tényező. Minél több időt tölt el valaki hajléktalanként, annál nagyobb eséllyel csak alkalmi munkát végez (55,9%), vagy – rosszabb esetben – munkanélküli (44,1%)³⁷. Ezen belül az egészségügyi, mentális állapot-beli munka és lakhatási akadályok is számottevő mértékűek. E tekintetben a főbb utak következőképpen alakulnak:

- Az egészség befolyásolhatja mind a munkavégzést, mind a lakhatást. Az ehhez az úthoz tartozó hajléktalan embereknek jellemzően rendszeres munkájuk van. Ebbe a körbe az összesen 83 fő (20,8%) tartozik. A hajléktalanságban eltöltött idő az almlinta adatai szerint átlagosnak (mintegy 10-11 év) mondható.
- Amikor az egészségi állapot nem jelent akadályt sem a munkavégzés, sem a lakhatás vonatkozásban, valamint a munkavégzés rendszeres, a hajléktalanságban eltöltött idő nem számottevő mértékű, átlag alatti. A modellbe bevont válaszadók közel 22,1%-át lehet így jellemezni.
- Fontos, hogy a hajléktalan személynek van-e rendszeres munkája, mert a rendszeres munkavégzés minden esetben előnyt jelent. A 2. út vonatkozásában is érvényes az előzőekben írt megállapítás, nevezetesen, hogy a hajléktalanság-idő növekedése viszont minden esetben hátrányt jelent. Akik hosszabb ideje élnek meg hajléktalanságot, gyakrabban érzik úgy, hogy egészségi- és mentális állapotuk akadályozza munkavállalásukat, biztonságos lakhatásukat.

3. út – Ellátási helyeken és utcán való tartózkodás

³³ $ETA^2=0,556$

³⁴ $N=119$

³⁵ Ld. a kérdőív 6. és 7. kérdéseit.

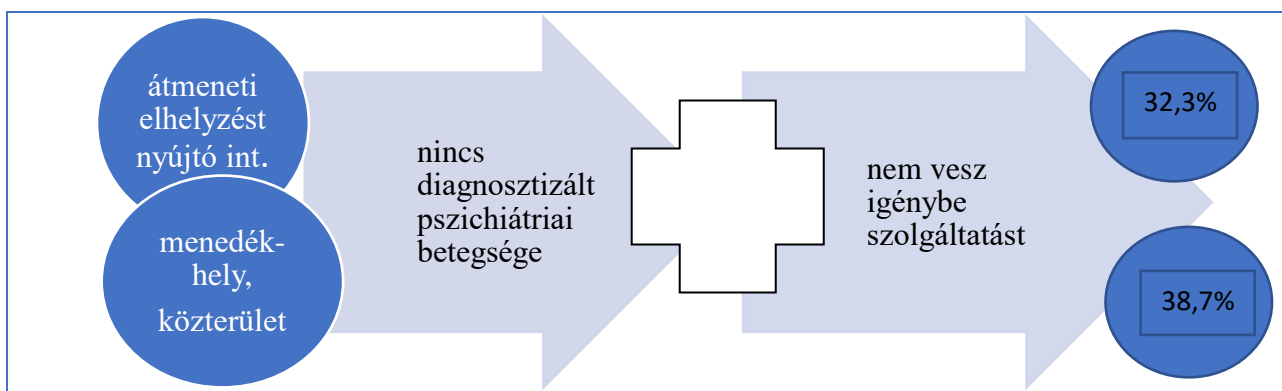
³⁶ $ETA^2=0,992$

³⁷ $N=399$, a teljes minta 73,8%-a.

Igaz az alábbi hajléktalanság-út magyarázó ereje alacsony³⁸, azonban hajléktalan emberek több mint kétharmada jól tipizálható pályán mozog. A kiindulópont – a hajléktalanság időhossza mellett –, hogy hol vették fel a kérdőívet.

6. ábra

Hajléktalan utak (N=375)



Forrás: BUSZSZH adatfelvétel, 2022

4. út – Hajléktalan-csoportok belső mintázata

A feltérképezni kívánt út: hajléktalan-csoportok (négy klasztercsoport) → önbevallás szerint pszichiátriai beteg (igen/nem) → kor-megoszlás (tercilis) → egészségügyi és szociális, pszichiátriai szolgáltatáshoz való hozzáférés (igen/nem).

Ezen út belső kohéziója is erős³⁹, de a résztvevők száma mindösszesen 101 fő, ami a teljes minta alig 18,7%-át teszi ki. Az alacsony esetszám mellett az utak jellemzően divergálnak, jobban mondva a hajléktalan emberek „szétszóródnak” a különböző utak között. Ennek ellenére nagyjából három pálya rajzolódik ki, ahol:

Az első esethez olyan megkérdezettek kerülnek, akik alacsony hajléktalansági időszakot mutatnak, azaz az első csoportba („pesszimisták”) tartoznak. Úgy nyilatkoztak, hogy pszichiátriai betegek, amely mellé alacsony életkor társul. Szolgáltatási oldalról pedig nem vesznek igénybe egészségügyi és szociális-pszichiátriai szolgáltatásokat.

Második eset: minden feltétel ugyanaz, kivéve, hogy igénybe veszik az egészségügyi szolgáltatásokat. Itt az esetszám jóval alacsonyabb és nagyobb hajléktalansági időszakokkal találkozunk.

A harmadik eset szintén hasonló, azzal a lényeges különbséggel, hogy az idekerülnek a „deprivált” csoport tagjai. Jellemzően inkább a fiatal korosztály tagjai, akik alacsony hajléktalan időszakokkal és – öndefiníció szerint – pszichiátriai betegséggel „rendelkeznek”, ám nem vesznek igénybe ellátást. Fontos adat az is, hogy amennyiben a „deprivált csoport” tagjaként mégis az ellátórendszer ügyfele, ebben az esetben a hajléktalanságban eltöltött idő is növekszik.

5. út – Hajléktalan emberek egészsége

³⁸ $ETA^2=0,0384$

³⁹ $ETA^2=0,581$

A kiindulópont a hajléktalan emberek tekintetében az időhossz mellett a munkavégzés típusa (rendszeres vagy alkalmi, munkanélküli) és az egészségi állapot saját önértékelése⁴⁰. Az 5. út magyarázó ereje erős⁴¹ és viszonylag jelentős számú ember – a teljes minta majdnem 75%-a (403 fő) – sorolható ide. A rendszeres munkavégzők között megtalálható a rossz egészségi állapotú hajléktalan ember, de jelentékeny számban (26,1%) fordulnak elő olyanok, akik önbevallás szerint (nagyon) jó egészségnek örvendenek. Ez szakmailag érthető, hiszen dolgoznak és pozitívnak ítélik meg saját egészségi állapotukat. Az is logikus, hogy döntő többségük a hajléktalanságban eltöltött idő szerint átlag alatt helyezkedik el. Az viszont már kevésbé érthető, hogy az al minta huszadát kitevő (tehát jelentős alcsoport) önbevallás szerint (nagyon) jó egészségi állapot mellett vagy alkalmi munkavállaló vagy munkanélküli.

Összefoglalás- Sebezhetőségi zónák

A hajléktalan létből fakadó hátrányok tekintetében lineáris regresszióanalízis módszerével több modellt is építettünk, mert – mint előzőekben láttuk – ezen élethelyzetek nem homogének, hanem empirikus értelemben, igazolhatóan eltérőek. Ráadásul e különbözőség mellett önmagukban logikus mintázatokat alkotnak. A magyarázó modellek azonban nem hozták a várt eredményeket. E társadalomstatisztikai módszerrel kapott eredmények az egész mintára vonatkoztatva érvénytelenek tekinthetők és/vagy alacsony szintű megmagyarázott hányadot képviselnek. Ennek ellenére, más társadalomstatisztikai módszert követve, az egész mintára érvényes adatokkal bőségesen rendelkezünk.

Az általunk választott elméleti keret, a Castel által leírt (Castel 1998) kiilleszkedés folyamat olyan elméletnek bizonyult, amely – a szociálpolitika szempontjából – kielégítő magyarázattal szolgál, hiszen – mint láttuk – a közszolgáltatások területén egy komplex, soktényezős problémacsomaggal állunk szemben. Az adatok elemzése alkalmasnak bizonyult a tanulmány – nem túl bátor – hipotézisének tesztelésére. A hipotézis első részére, hogy a különböző hajléktalan helyzet során létrejövő hátrányok halmozódása és az intézményi hozzáférés közötti kapcsolat kimutatható-e, a válaszuk egyértelműen igen. Ezt az állítást még akkor is érvényesnek kell tekintenünk, ha szociális rendszeren belüli pszichiátriai ellátásról és egészségügyi ellátórendszeréről beszélünk. A pszichiátriai szolgáltatások vonatkozásában a nehézség abból áll, hogy – a társadalompolitika szempontjából – két szektorról beszélünk. Illetve egy viszonylag nagy létszámú társadalmi csoporton belül egy speciális szükségletű és alacsonyabb létszámú, ismeretlen csoportról van szó. Utóbbiak a pszichiátriai betegségben lévő hajléktalan emberek. Ez két jelentős korlát, amely ráadásul két szinten áll (szolgáltatásszervezés és szükségletkielégítés), és így olyan kihívás elé állítja az ellátórendszert, aminek kezelése egyszerre szervezési, allokációs és szakmafejlesztési kérdés. A kutatás, ezen belül a tanulmány, ehhez ad inputokat.

A survey kutatás egyik fő tanulsága, hogy a hajléktalanságban eltöltött időszakot kardinálisnak kell tekintenünk. Ezért a hipotézisünk második részére – minél több időt tölt el valaki bizonytalan lélethelyzetben, annál inkább növekszik a társas és társadalmi kiszolgáltatottságuk – az adatok értelmezése és elemzése azt mutatja, hogy a válaszuk:

⁴⁰ Ld. a kérdőív 8. kérdése.

⁴¹ $ETA^2=0,966$

óvatos igen. Alapvető szabályként azt lehet állítani, hogy a hosszú hajléktalanság a társadalmi térben növeli a le- és kiszakadás kockázatát. A határvonalnak valahol hat-tíz év utáni hajléktalanságban eltöltött időszakot tartjuk. A társas, társadalmi bizonytalanság, igaz sokdimenziós, de lényeges kiemelni, hogy e sok dimenzió az egészségügyi, a munkaerőpiaci és a szolgáltatások szerinti igénybevételt tekintve eltérő súllyal jelenik meg.

A tanulmányban ismertetett empirikus adatok igazolták, hogy:

1. Az egészségi állapot, pontosabban az öndefiníció szerinti *rossz egészségi állapot* hatással van a munkaerőpiaci jelenlétre, valamint megkérdőztettek – eltérő mértékben – akadályozza a munkavégzésben, a lakhatásban, valamint az ellátórendszerhez való hozzáférésben. A feltárt összefüggés: Minél rosszabb a megélt rossz egészségi állapot, annál nehezebb helyzetbe kerülhetnek a jogosultak. Ennek inverze is igaz, azonban ezt az összefüggést korlátozza az, hogy a rendszeres munkavégzők között számos esetben fordul elő rossz egészségi állapotban lévő hajléktalan ember (ld. 5. út). Igaz, a rendszeres munkavégzés és a jó, kielégítő egészségi állapot között a kapcsolat ennél erősebb, egyértelműen pozitív.
Ennek empirikusan igazolt magyarázata, hogy az egészségi állapot és a jelentős hajléktalanságban eltöltött időszak, valamint a munkavégzés típusa együttesen képeznek akadályozó tényezőket. E hatások egymást erősítik (ld. 2. és 5. út), és olyan erős kauzális kapcsolatot alkotnak, amelyek nem szétválaszthatók.
2. Arra a *paradoxonra* már felhívtuk figyelmet, hogy hiába történt az adatfelvétel hajléktalanellátó intézményekben és az utcán (véltetőleg ebben az esetben is létezik intézményi kapocs), a válaszadók elsöprő többsége úgy nyilatkozott, hogy nincs sem egészségügyi, sem szociális-pszichiátriai szolgáltatással kapcsolata. Akit „látanak” ezek az intézmények, a válaszadók közel harmada (kb. 180 fő), a kérdőívben is megerősítették, hogy az előzőekben írt kapcsolat létező. Empirikusan értékelhető adattal csak az egészségügyben való tájékozódásról rendelkezünk. A kapott értékek a szerint vízválasztó volt, hogy miként (pozitívan vagy negatívan) értékelik a munkabiztonságukat, az orvoshoz járásuk gyakoriságát és az ellátórendszerben való tájékozódásukat.
3. A rendszeres jövedelem mindenképpen előnyt jelent. A kérdőív adatai szerint a rendszeres jövedelem a rendszeres munkavégzést, az öregségi nyugdíjat és a valamilyen fokú, de igazolt egészségkárosodási ellátást jelent. Azt bizony állíthatjuk, hogy a rendszeres jövedelem meglehetősen kiemelkedik a többi változó közül, de emellett ismét előtérbe kerül, sőt egyes esetekben a munkabiztonságot háttérbe is szorítja (ld. „kiszolgáltatottak” csoportját) a hajléktalanságban eltöltött időhossz (ld. 2. út).
4. Könnyű belátni, hogy azon hajléktalan embereknek, akiknek nincs állandó bevételük, mert *munka nélkül lévő emberek*, a társadalmi bizonytalanságuk fokozottan jelenik meg. Ezt az összefüggést a tanulmány eredményei is megerősítik.
5. A *hosszú hajléktalan idővel* „rendelkező” csoportok a „dezintegráltak” és a „kiszolgáltatottak” csoportjai. A két csoportban közös még a mindennapi élethez szükséges problémamegoldási készség hiánya. Különbség viszont az életkor (az első csoport centruma 50, míg a másik csoport esetében a 60 év feletti), a jövőorientáció kérdése és a (szintén öndefiníció alapján) pszichiátriai betegségben való érintettség. Előbbi esetben (jövőkép) a „kiszolgáltatottak” csoportba tartozók döntő többsége a „pesszimisták” és a „depriváltak” csoport tagjaihoz állnak közelebb, míg utóbbi esetben (pszichiátriai betegség) nem találtunk erős kapcsolatot.

6. A „kiszolgáltatottak” csoportban lévők számottevő többsége tehát nemcsak hajléktalannak, hanem *pszichiátriai betegek* is vallja magát. E „kettős teher” mellett jellemző még rájuk a reménytelenség érzése, valamint a mindennapi életükben észlelt problémák kezeléséhez szükséges erőforrások hiánya.
Igaz, mikrocsoportról, de jelentős mikrocsoportról beszélünk akkor, amikor az öndefiníció alapján diagnosztizált pszichiátriai betegek és a hajléktalan emberek részsokaságát emeljük ki. Mind a „pesszimista”, mind „deprivált” csoporttagok többsége pszichiátriai betegek jelölte önmagát. További közös jellemzőjük, hogy nem vesznek igénybe sem szociális-pszichiátriai, sem egészségügyi ellátást, valamint életkorukat tekintve a fiatal korosztályról beszélünk.
7. Kiemelésre érdemes összefüggés az is, hogy a pszichiátriai betegként való önjellemzés és a hajléktalan helyzet, egyszerűbben fogalmazva a „kettős teher”, erős határvonalat jelent az *egészségügyi rendszerben való tájékozódás* tekintetében is. E helyzetben lévők közel huszada, öndefiníció szerint kifejezetten rosszul, további mintegy harmaduk „inkább nem” választ adva tájékozódik, azaz kijelenthető, hogy jelentős részük rosszul ismeri ki magát az egészségügyben. Mindössze alig tizedük mondja azt, hogy (könnyen) elboldogul az ellátórendszerben. Ez a helyzet részben független a munkabiztonságtól, de – értelemszerűen – a jövedelembiztonság elvesztése tovább rontja a helyzetet.

Felhasznált irodalom

Castel, Robert (1998) *A szociális kérdés alakváltozásai* Kávé Kiadó, Bp.

Fehér Boróka - Kovács Ivetta (2018) Különbségek és hasonlóságok *Esély* 6. szám

Február Harmadika Munkacsoport (2022) *Gyorsjelentés 2022*
<http://www.menhely.hu/index.php/hajlektalansag/februar-3> letöltés ideje: 2023. február 28.

Győri Péter (2020) Idősorok a hazai hajléktalanságról In: Kolosi T. – Szelényi I. – Tóth I. Gy. (szerk.) *Társadalmi Riport, 2020* Társki, Bp.

Kovács Imre (szerk., 2020a): *Mobilitás és integráció a magyar társadalomban*
Társadalomtudományi Kutatóközpont, Argumentum Kiadó

Kovács Imre (szerk., 2020b): *Integrációs mechanizmusok a magyar társadalomban*
Társadalomtudományi Kutatóközpont, Argumentum Kiadó

dr. Sziklai István⁴² – Miklós Kata⁴³: Mentális zavarral élő hajléktalan emberek szociális és egészségügyi támogatása

Háttér

A Budapesti Szociális Szakmatámogatási Hálózat⁴⁴ (BUSZSZH) célja a Budapesten működési engedéllyel rendelkező szociális szolgáltatások működésének támogatása. Célcsoportok és szolgáltatás-típusok mentén végzi munkáját. Az egy-egy szociális szolgáltatással kapcsolatos speciális szakmai problémákon-támogatáson túl – természetesen – jónéhány olyan téma van, amely több szolgáltatást, ágazatot, területet érint.

Az egyik olyan komplex terület, amely rendre felmerül(t) a szakmai megbeszéléseken a hajléktalan emberekkel kapcsolatban, a mentális zavarok és az ebben segítő támogató szolgáltatások helyzete, szerepe. (A téma nem új, még ha nem is gyakran kutatott, hiszen pl. a Február Harmadika munkacsoport⁴⁵ is visszatérően rákérdez erre a kutatásai során.)

A hajléktalanság önmagában is egy összetett, diverz probléma (nem csak a lakás hiánya), csakúgy, mint a pszichiátriai betegségekkel, súlyos mentális zavarokkal való együttélés kényszere. E két problémahalmaz összeadódásából származó hátrány nagyon-nagyon nehéz élethelyzethez, a támogatórendszer számára óriási kihíváshoz vezet.

A lakhatási bizonytalanság, a hajléktalanság mentális zavarokhoz vezet és a mentális zavarok könnyen bizonytalan lakhatáshoz, hajléktalansághoz vezetnek. A kettő egymást felerősíti megfelelő támogatás hiányában.

A COVID-19 hatásai az egészségügyi és szociális szolgáltatásokat nagyon erősen érintették, a szolgáltatásokat nagyon megterhelték. A pszichiátriai osztályok képezték az egyik elsődleges forrását kórházi kapacitások növelésének, továbbá a szociális szolgáltatások is a korábbinál nagyobb egészségügyi terhelésnek voltak kitéve. Izgalmas kutatási kérdés, hogy ez a helyzet a járvány lecsengése, csendesülése után hogyan rendeződik/rendeződött újjá.

A BUSZSZH partnerségben több kutatást, szakmai műhelyt is szervezett a hajléktalansággal és mentális zavarral is érintett emberek megfelelő támogatása, vizsgálata érdekében.

Jelen kutatással célunk annak körbejárása, hogy a hajléktalan emberek a mentális zavarok vélelmezése esetén hogyan jutnak hozzá a szükséges diagnózishoz, egészségügyi és szociális támogatáshoz. A kutatás megvalósítására együttműködést kötött a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület (MMSZ) és a Semmelweis Orvostudományi Egyetem (SOTE) Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika. A Magyar Máltai Szeretetszolgálat budapesti Egészségügyi Centruma a motorja a Klinikával való együttműködésnek. Jelen vizsgálathoz az Egészségügyi Centrum szerzett kutatási engedélyt a „Hajléktalan személyek alapellátással, krónikus belgyógyászati és mentális betegségekkel kapcsolatos attitűdjének vizsgálata a COVID 19 pandémiával összefüggésben a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület Egészségügyi Centrumában” címmel. Ez a kutatás a depresszió, a szorongás és az ADHD témakörben rendelkezett engedélyezett kérdőívvel, amelynek a demográfiai jellemzőkre, kórelőzményekre, illetve egészségügyi és szociális szolgáltatások igénybevételére vonatkozó kérdéssorát használtuk fel, egészítettük ki. A BUSZSZH csatlakozva a kutatási folyamatba, azokat a kérdéssorokat elemezte, melyek nem igényeltek egészségügyi-pszichiátriai kompetenciát⁴⁶.

⁴² Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar; Magyar Máltai Szeretetszolgálat Közép-Magyarországi Régió – Budapesti Szociális Szakmatámogatási Hálózat

⁴³ Magyar Máltai Szeretetszolgálat Közép-Magyarországi Régió – Budapesti Szociális Szakmatámogatási Hálózat

⁴⁴ A program a Belügyminisztérium és a Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet támogatásával valósul meg.

⁴⁵ Lásd <https://februarharmadika.blog.hu/>

⁴⁶ Kutatási partnereinknek ezúton is köszönjük a segítséget!

A hajléktalan emberek mentális zavaraival foglalkozó kvantitatív kutatások hiányát érezve végeztük kiegészítő elemzésünket. Igyekeztünk minél több adatot rögzíteni a hajléktalan emberek társadalmi hátrányai és az állapotjavulásukat támogató szolgáltatásokhoz való hozzáférésük kapcsán.

Az MMSZ és partnerei (Baptista Integrációs Központ, Menedékház Alapítvány, Baptista Szeretetszolgálat) által működtetett utcai szociális munkát, éjjeli menedékhelyet, hajléktalanok átmeneti szállóját Budapesten igénybe vevő hajléktalan embereket kérdeztünk meg.

Széleskörű nemzetközi (főként a nyugati társadalmakban végzett) kutatások támasztják azt alá, hogy a hajléktalan emberek körében a mentális betegségek, zavarok előfordulása magasabb, mint az az adott társadalomra általában jellemző (lásd Fazel et al, 2008., Martens, 2002.).

Az Európai Uniót alkotó tagországok hajléktalanügyért felelős miniszteri tanácsa 2021 júniusában létrehozta a hajléktalanság elleni küzdelem európai platformját (EPOCH)⁴⁷. Ezen a találkozón minden Uniós tagállam (így Magyarország is) aláírta az ún. Lisszaboni Nyilatkozatot, melyhez számos európai nem kormányzati szervezet is csatlakozott (mint például a legnagyobb ernyőszervezet a FEANTSA⁴⁸, a hajléktalan emberekkel foglalkozó nemzeti szervezetek európai szövetsége is). A nyilatkozatban az aláírók kötelezettséget vállaltak arra, hogy együttműködnek és azon dolgoznak, hogy 2030-ig megszüntessék a hajléktalanságot.

A hajléktalanság elleni küzdelemről szóló Lisszaboni Nyilatkozat öt pontot határoz meg a cél elérése érdekében:

1. „senkinek ne kelljen az utcán aludnia amiatt, hogy nem áll rendelkezésre biztonságos és megfelelő szükségszállás
2. senki se éljen tovább átmeneti vagy szükségszálláson, mint amennyi ideig erre az állandó lakhatási megoldásra való sikeres átálláshoz szükség van
3. senkit se bocsássanak el valamely intézményből (börtönből, kórházból, ápolást vagy gondozást biztosító létesítményből) anélkül, hogy megfelelő lakhatási lehetőséget kínálnának fel számára
4. lehetőség szerint akadályozzák meg a kilakoltatásokat, és senkit se lakoltassanak ki anélkül, hogy szükség esetén segítséget nyújtanának számára a megfelelő lakhatási megoldás megtalálásához
5. senkit se érjen hátrányos megkülönböztetés a hajléktalansága miatt” (Lisbon Declaration, 2021)

A dokumentum leszögezi, hogy hajléktalanság kezelésének és megelőzésének leghatékonyabb módja a lakhatáson alapuló megközelítés lenne.

Fontos előrelépésnek tartjuk, hogy a Nyilatkozat a hajléktalanság definícióját illetően a kirekesztés fogalmából indul ki: „A hajléktalan helyzet a társadalmi kirekesztettség egyik legszélsőségebb formája, mely negatívan befolyásolja ez emberek testi és mentális egészségét, jólétét és életminőségüket, éppúgy, mint a munkához, a gazdasági és szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférést.” – fogalmaz a hajléktalanság elleni küzdelem európai platformja (Lisszaboni Nyilatkozat 2021).

A kirekesztésre fókuszáló szociálpolitikai vagy szakpolitikai megközelítések lényege a társadalmi szerep megjelenése. A hajléktalanság tehát olyan helyzet, melyhez társadalmi folyamatok járultak hozzá. E folyamatok hozzák létre az elkülönült hajléktalan élethelyzetet, melyben az egyén további előítéletekkel, diszkriminációval találkozhat. Ez a társadalmi megközelítés más sérülékeny vagy kisebbségi csoportok értelmezésében is megjelenik, nevezetesen a pszichiátriai betegség és/vagy mentális zavar esetén.

⁴⁷ Lásd <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1061&langId=en>

⁴⁸ <https://www.feantsa.org/en/about-us>

A fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ egyezményt (CRPD)⁴⁹ (a továbbiakban: Egyezmény) 2007-ben a világon elsők közt ratifikálta Magyarország. A mentális, pszichiátriai betegséggel élő emberek ezen Egyezmény alapján a fogyatékossgal élők csoportjába tartoznak (pszicho-szociális fogyatékossgal élőként), s megilletik őket mindazok a jogok, amelyeket deklarál az egyezmény.

Az Egyezmény aláírásával hazánk elfogadta a fogyatékossgal társadalmi kölcsönhatásokra építő definícióját, és a fogyatékos emberek másokkal egyenrangú, önálló, önrendelkező életének biztosításáért az állami kötelezettséget is vállalt.

A hazai szabályozás az Egyezménnyel összhangban a kutatásunk tárgyát jelentő mentális zavarokat, pszichiátriai betegségeket egyértelműen fogyatékossgként nevesíti. A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény értelmezése szerint fogyatékos az a személy, aki tartósan vagy véglegesen olyan érzékszervi, kommunikációs, fizikai, értelmi, pszichoszociális károsodással – illetve ezek bármilyen halmozódásával – él, amely a környezeti, társadalmi és egyéb jelentős akadályokkal kölcsönhatásban a hatékony és másokkal egyenlő társadalmi részvételt korlátozza vagy gátolja. (1998. évi XXVI. tv. 4.§ – kiemelés a szerzőktől). E törvény lefekteti az egyenlő esélyű hozzáférés jogát, a közszolgáltatások akadálymentesítését, az egészségügyi ellátásokhoz és rehabilitációhoz való hozzáférés biztosítását.

Mindezek értelmében a fogyatékossgal élő hajléktalan emberek hátrányai mindkét jellemzőjükhöz kötődően elismertek a szociálpolitikai diskurzusokban, illetve a fogyatékossg tekintetében a vonatkozó nemzetközi és hazai törvényi vállalások rögzítik jogaikat. A kérdés az, hogy melyik hátrányhoz tartozik a hétköznapi életükre valóban hatással lévő kompenzáció.

A kutatás célja

Jelen kutatás célja – kapcsolódva a Lisszaboni Nyilatkozathoz, annak 3. és 5. pontjához, továbbá az ENSZ Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezményében rögzített jogokhoz – a hajléktalan emberek pszichés, pszichiátriai, illetve mentális állapotának felmérése, továbbá a kapcsolódó egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférés vizsgálata⁵⁰. Kutatásunkban Budapesten élő, az adatfelvétel időpontjában valamely hajléktalanoknak nyújtott szociális szolgáltatást igénybe vevő embereket kérdeztünk meg.

A felmérés során rákérdeztünk az egészségi állapotra, a különféle akadályozottságokra, belgyógyászati és (diagnosztizált) pszichiátriai betegségekre, a gyógyszeresedésre (és ennek esetleges akadályaira), a szenvedélybetegségekre, a pszichiátriai problémával kapcsolatos egészségügyi és szociális ellátások igénybevételére. Külön blokkban vizsgáltuk a pszichiátriai betegséggel élő hajléktalan emberek digitális (élő videokapcsolaton alapuló) egészségügyi konzultációval kapcsolatos attitűdjeit, továbbá sztenderdizált eszközökkel a depressziót, a szorongásos tüneteket és az ADHD elfordulását, valamint a COVID-19-cel kapcsolatos félelmeket.

Arra kerestük a választ, hogy a mentális betegségekhez köthető diagnózissal élő emberek milyen hátrányokkal rendelkeznek, nehezen férnek-e hozzá a megfelelő egészségügyi, pszichiátriai és szociális ellátásokhoz. A kérdőív kérdései közül ebben a tanulmányban a kérdőív első feléből nyert válaszokat elemeztük, a pszichiátriai betegségek szűrésére alkalmas tesztek nem.

Jelen elemzésben kitérünk arra, hogy

1. mi jellemző a mintában lévő hajléktalan emberek élethelyzetére a demográfiai kérdésekre adott válaszuk alapján?

⁴⁹ <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0700092.tv>

⁵⁰ Ezúton is köszönjük a válaszadó emberek és a kutatás megvalósításában közreműködő kollégák együttműködését!

2. milyen jellemző krónikus betegségekkel élnek, hogyan férnek hozzá az egészségügyi ellátórendszerhez, mennyire érzik azt, hogy ez befolyásolja őket a munka világában, a lakhatásban?
3. milyen akadályokat tudunk beazonosítani a mentális betegséggel élő hajléktalan emberek esetében a válaszaik alapján?
4. a különféle élethelyzetben élő hajléktalan ember miként tud hozzáférni a különböző – jellemzően egészségügyi, pszichiátriai és szociális – szolgáltatásokhoz?

A kérdőívünk adatait összevettük a magyarországi hajléktalan embereket évi rendszerességgel, ugyanabban az időpontban felmérő ún. Február Harmadika (továbbiakban F3) 2020-as (N=7604) és a rendelkezésünkre álló 2022-es F3 adataival (N=6944)⁵¹.

A kutatás módszere

A kutatási mintába azon emberek kerültek, akik 2022. október 5. és november 5. között – legalább egyszer – Budapesten igénybe vették a Magyar Máltai Szeretetszolgálat, a Baptista Integrációs Központ, a Baptista Szeretetszolgálat, illetve a Menedékház Alapítvány által üzemeltetett utcai szociális gondozás, éjjeli menedékhely, nappali ellátás, hajléktalanok átmeneti szállása szolgáltatások valamelyikét. A továbbiakban „BUSZSZH 2022”-ként hivatkozunk rájuk. Egy válaszadóval csak egyszer került kitöltésre a kérdőív. A felvétel időtartama átlagosan negyvenöt percet vett igénybe.

A mintába 540 válaszadó került. A kérdőívek kitöltését 25 szociális szakember segítette, akik egyébként is kapcsolatban voltak a megkérdezettekkel: azon szociális szolgáltatások munkatársai, amelyeket a válaszadók igénybe vettek a felvétel idején. Ennek előnyeit abban láttuk, hogy így könnyebben elérhetőek, válaszadásra nyitottabbak a megkérdezettek. Ugyanakkor kétségtelenül azzal a hátránnyal is számolnunk kellett, hogy megjelenhettek azok a válaszadói attitűdök, amelyek a vélt kérdezői elvárásoknak próbálnak megfelelni. A kapott adatok által visszaigazolván látjuk ezt, például a droghasználattal kapcsolatban, ahol feltehető a válaszkorlátozás a nagyobb látencia miatt.

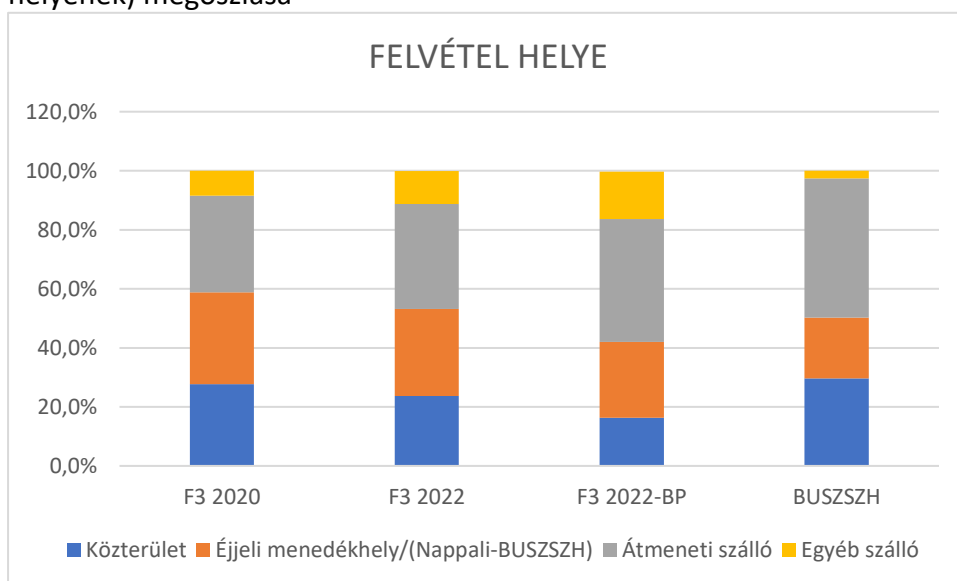
A kérdezőbiztosok mindegyike felkészítéssel vett részt, ahol bemutattuk a kutatás célját, módszerét és átbeszéltük magát a kérdőívet is. Az MMSZ Egészségügyi Centrum vezetője, és a SOTE Klinikájának munkatársa a sztenderdizált mentális állapotra vonatkozó kérdések felvételére vonatkozó speciális szabályokat is ismertette. A munkatársak felkészítése hozzájárult a kérdőív felvételének pontosságához.

A mintavétel helyeit tudatosan úgy választottuk ki, hogy minden típusú szolgáltatásból kerülhessenek emberek a mintába. A szolgáltatásokban dolgozó segítő szakemberek véletlenszerűen választották ki a válaszadókat, egy-egy szolgáltatástípusban az előre meghatározott esetenkénti 20-25 fő eléréséig.

Kutatásunkkor a válaszadás helyszínét rögzítettük. A válaszadók közel fele (47,2%) átmeneti szállón lakott, egyötödük (20,6%) éjjeli menedékhelyet vagy nappali ellátást vett igénybe, majdnem harmaduk (29,6%) pedig utcai gondozószolgálat ügyfélkörébe tartozott. Egyéb szálló kategóriába soroltuk a minta 2,6%-át, akik „lábadozó”-s szolgáltatásokat vettek igénybe. Az F3 2020. évi és 2022. évi felvételében ennél több változóra van felbontva a lekérdezés helyszíne (lábadozó, egészségügyi centrum, hajléktalanok otthona, rehabilitációs intézmény). Az összehasonlító 1. ábrában ezeket a százalékokat összeadtuk, és az „egyéb szálló” kategóriához soroltuk.

⁵¹ Az adatok gazdája a Február Harmadika Munkacsoport. Ezúton is köszönjük Győri Péternek, illetve a munkacsoportnak, hogy az adatokat rendelkezésünkre bocsátották. (A Február Harmadika Munkacsoport adatai, elemzései elérhetőek a <https://februarharmadika.blog.hu/> weboldalon.)

1. ábra Felvétel helyszíneinek (a hajléktalanoknak nyújtott szolgáltatások igénybevételi helyének) megoszlása



Forrás: saját szerkesztés

A diagrammon látható, hogy felmérésünkben (N=540) a közterületen felvett kérdőívek aránya nagyobb, de természetesen ez kisebb elemszámot takar (160 fő), mint az F3 2022-es budapesti almintája (436 fő, a minta 16,3%-a) valamint az országos F3 2020-as (1649 közterületi kérdőív, 23,7%) mintában. Összességében – megítélésünk szerint – a BUSZSZH mintája jól illeszkedik, illeszthető az F3 adatfelvételekhez.

A BUSZSZH 2022 minta főbb demográfiai jellemzői

Az F3 kutatásban a válaszadók száma 2020-ban 7604 fő, 2021-ben 6753 fő, 2022-ben 6944 fő volt. A fővárosi válaszadók száma 2020-ban 3067 fő, 2022-ben 2682 fő volt az F3 keretében. A BUSZSZH adatok elemzése során arra jutottunk, hogy a főbb demográfiai jellemzők megismétlik az F3-as adatok tapasztalatait. Elsősorban az országos adatokhoz viszonyítva sorra vesszük azokat a tendenciákat, mely a hajléktalan emberek mentális állapotára adott rendszerszintű válaszainkat befolyásolják. Érdekes, hogy az F3 adatokat nézve fővárosi és országos adatok között nem találtunk lényegi különbséget (maximum 2-3 százalékpont) a demográfiai adatokat tekintve.

Nem, korcsoport, idősödés

Az adatfelvételünk nem és korcsoportok szerinti bontását mutatja a 2. ábra. A BUSZSZH 2022-es minta túlnyomó többségét, több mint háromnegyedét az idősebb, 50 éves vagy idősebb korosztály alkotja (75,7%), de a 60 év felettek aránya is közel a minta felét (47,4%) adja. A 10 éves kohorszok tekintetében a 60-69 évesek dominálnak (36,7%). A 30 év alattiak aránya elenyésző és a 30-39 évesekkel együtt sem éri el a teljes minta egytizedét (7,8%).

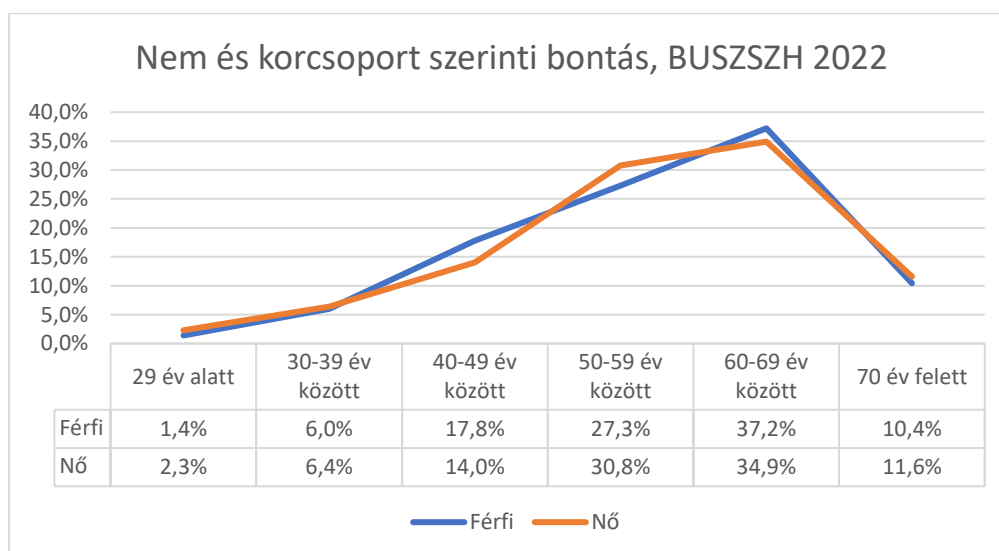
Az életkori összevetés az F3 2022. évi és a BUSZSZH 2022. évi felvételei kapcsán azt mutatja, hogy a BUSZSZH válaszadóinak életkora némiképp magasabb, mint az az F3-ban tapasztalható. A legnagyobb eltérés a két felvétel közt a 30 év alattiak tekintetében van: az F3 esetében az országos minta 3,5%-át teszik ki, a BUSZSZH esetében 1,7%-ot. A többi korcsoport esetében a 30-60 év közötti kohorszban kb. 1,5 százalékponttal kisebb a BUSZSZH mintájába kerülők aránya, míg 60 év felett fordítva, a BUSZSZH válaszadók közt magasabb az idősebbek aránya.

A BUSZSZH kutatásában szereplő hajléktalan emberek iskolai végzettség mutatói alacsonyabbak az átlag hazai népességénél. Bár a mintában szereplő hajléktalan emberek kicsit jobb adatokat hoztak, mint az F3-as kutatás országos adatai, azonban a fő jellegzetességek ugyanazok: 40%-uk legmagasabb iskolai végzettsége maximum 8 általános iskola, jóval elmaradva ezzel az átlagos népességétől⁵².

A nemek szerinti megoszlás tekintetében a mintában némileg több mint kétharmadnyi férfi (68,1%, 368 fő) és nem egészen egyharmadnyi nő (31,9%, 172 fő) szerepel. Ez az arány a BUSZSZH adataiban nagyobb arányú női válaszadót mutat az F3 2022-es felvételében mérthez képest, ahol 75,4% volt a férfiak és 24,6% a nők aránya.

A BUSZSZH 2022 esetében a nők nagyobb arányú részvételét az magyarázhatja, hogy a kiválasztott szociális szolgáltatások közt volt speciálisan a női hajléktalan embereket célzó is. A női válaszadók 28%-a töltötte ki a kérdőívet közterületen utcai gondozó szolgáltatásban dolgozó kolléga bevonásával, míg a férfi válaszadók 30%-a.

2. ábra A BUSZSZH válaszadóinak nem és korcsoport szerinti bontása



Forrás: saját szerkesztés (N=540)

A hajléktalanellátásban évek óta megfigyelhető tendenciának megfelelően (lásd Győri (2021); KSH (2022)) esetünkben is látható, hogy idősödik az ellátást igénybe vevő hajléktalan emberek köre: magas arányban található 60 év feletti hajléktalan emberek a válaszadóink között. Ez egyaránt megfigyelhető a nők és a férfiak körében. Mintánk kapcsán is releváns Győri Péter megjegyzése „Egyre idősebb emberek kerülnek hajléktalan helyzetbe. Minden harmadik hajléktalan ember 60 éves is elmúlt már. Ez a hajléktalanellátók számára is új kihívást jelent. Számukra már nem a munka világa, hanem a tisztességes, méltó öregkor biztosítása lenne 'a megoldás'.” (Győri, é.n.A)

Véleményünk szerint ezen hajléktalan emberek sorsának megnyugtató rendezése mindenképpen túlmutat a hajléktalanellátás jelenlegi keretein, erőforrásain, a megváltozott szükségletekhez igazodva szükséges annak átalakítása. Előre bocsájtanánk pár adatot: a BUSZSZH vizsgálatában a

⁵²Kutatásunkban a válaszoló hajléktalan emberek 40%-ának legmagasabb iskolai végzettsége a legfeljebb nyolc osztályos általános iskolai, míg az F3-as válaszolóknál ez 46%. Az érettségivel rendelkezők aránya a BUSZSZH-nál 18%, míg az F3 budapesti mintájában 13,5%. A 2011-es népszámlálási adatok szerint a 15 éves és idősebb népesség legmagasabb befejezett iskolai végzettségének arányai a következőképpen alakultak: 32%-nak volt legfeljebb 8 általánosa, 30 százalékuknak volt érettségije és 17%-nak volt diplomája. A diplomás hajléktalan emberek száma 3-4,5% körül mozog mindkét mintában.

https://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_iskolazottsag

válaszadók közel 30%-a nyugdíjas korú. A mintánkban szereplő nyugdíjas korú hajléktalan emberek több, mint kétharmada (76%) krónikus betegséggel él és 15%-uk jelzett pszichiátriai betegséget is. A nyugdíjas korú válaszadók közül is jócskán találunk olyanokat, akik napi szállásgondokkal küzdenek (66%), hiszen az utcai gondozó szolgálat, nappali melegedő vagy éjjeli menedékhelyek ügyfelei. A mintában a nyugdíj mellett dolgozók száma elenyésző (4 fő), viszont a teljes mintában 24 fő (4,5%) nyugdíjas korú embert találtunk, aki sem nyugdíjasként, sem megváltozott munkaképességű emberként nem definiálta magát, vélelmezhetően jelenleg nincs semmilyen biztos bevétele.

Fontos kitérnünk a demencia jelenségére is, amely – ahogy a teljes népesség körében is – egyre gyakoribbá válik a hajléktalan emberek körében is. A BUSZSZH 2022 felmérésben 2,8% (15 fő) jelezte, hogy valamilyen fokú demenciával él együtt, közülük 6-an 59 év alattiak.

Hajléktalan embernek tartja-e magát? Mióta hajléktalan?

A hazánkban élő hajléktalan emberek átlagéletkora mellett a hajléktalanságban töltött éveik száma is növekszik. Ezen tendencia az F3 kutatási adatokból nyomon követhető. A BUSZSZH 2022 felmérésben két releváns kérdést is átvettünk az F3 kutatásból e témában: (1) hajléktalannak tartja-e magát, és (2) ha igen, mióta. Értelemszerűen nem mindenki identifikálja magát hajléktalannak csak azért, mert lakhatási krízishelyzete miatt átmenetileg vagy tartósabban kénytelen valamely hajléktalan embereknek szóló szolgáltatást igénybe venni. Az F3 és a BUSZSZH 2022 kutatásban egyaránt a válaszadók mintegy egynegyede nem tartja hajléktalannak önmagát⁵³.

Az F3 és a BUSZSZH 2022 adatbázisainak összevetésében a „Mióta hajléktalan?” kérdésre adott válaszok megoszlása is nagyjából hasonló mintát mutat, bár azok aránya, akik egy évnél kevesebb hajléktalanságról számolnak be, az F3 2022 budapesti és országos mintájában is megközelítőleg 9%, míg a BUSZSZH 2022-ben csak 3,3%. 10 éves vagy ennél hosszabb idejű hajléktalan múlttól az F3 2022 országos minta esetében kicsivel több mint 30% számolt be (31,1%). Ez az arány a BUSZSZH 2022 esetében 37%, az F3 2022 Budapesti mintájában pedig 42%. Mindazonáltal általános tapasztalata volt a BUSZSZH kérdezőbiztos szakembereinek, hogy nagyon sok válaszadó alapvetően bizonytalan a hajléktalansága időhosszának pontos meghatározásában.

Vélelmezhetően mindez oda vezethető vissza, hogy „a hajléktalanná válás személyes megélése leginkább a komplex egzisztenciavesztéshez, kiszakadáshoz, 'talajtalanná' váláshoz köthető” (Győri, 2021). A Cserháti-Keresztély-Pirisi szerzőhármas tanulmányukban az F3 adatok elemzésével arra a következtetésre jutottak, hogy valaki „minél régebb óta hajléktalan, annál rosszabb az esélye a kiemelkedésre” (Cserháti-Keresztély-Pirisi (2021): 283.o.). Kulcsfontosságú kérdés, hogy mennyire tudunk időben és kellően intenzíven segíteni a komplex krízisük megoldásában. A Fővárosi Hajléktalanügyi Stratégia mind a hajléktalanellátás mind a családok átmeneti otthonai ügyfelei kapcsán kiemeli az elhúzódó hajléktalanság, intézményi karrier növekvő tendenciáját. A 2000-es kutatási adatok szerint a hajléktalan válaszadók 17%-a volt legalább 10 éve hajléktalan, ez az arány duplázódott napjainkra (lásd Budapest Főpolgármesteri Hivatal, 2022., 8.o és 53.o.).

A BUSZSZH 2022-es kutatásban a felvétel helyeként szolgáló intézmények típusai szerint osztottuk fel a válaszadókat. Két kategóriát alakítottunk ki. A lakhatásukban biztosabbak (átmeneti szálláson, vagyis tartós intézményi jogviszonyban élnek) és a bizonytalanabbak (utcán élnek, nappali melegedők vagy éjjeli menedékhelyek ügyfelei) közel fele-fele arányt tesznek ki a válaszadókból. Az F3 2022-es kutatás budapesti válaszadói közül „aludt-e egy hétnél hosszabb ideig átmeneti szállón” kérdésre 45,8% válaszolt igennel (N= 2682). 33,3% állította, hogy aludt közterületen és 38,9% jelölte az éjjeli menedékhelyet. A közterületen is alvó budapesti hajléktalan emberek (894 fő) 48,2%-a aludt éjjeli menedékhelyen is, és 25,7%-uk jutott be átmeneti szállásra legalább egy hétnyi időtartamra a

⁵³Az 540 válaszadónk közül majdnem négy emberből három (74,8%) vallotta hajléktalannak magát, s mindössze 3 fő nem válaszolt erre a kérdésre.

válaszadást megelőző egy évben. Mindez mutatja, hogy a hajléktalanellátás különböző ellátási formái között forognak a hajléktalan emberek.

Gyöngyösi Katalin az utcai ellátásban és éjjeli menedékhelyen dolgozó szociális munkások véleményét összegezte kutatótársaival, fókuszcsoportos módszerrel. „A hajléktalan ellátórendszert sokáig használók közt hospitalizálódás figyelhető meg” – összegezték a kollégák válaszait (Gyöngyösi-Erdőhegyi-Balog, 2021). Elismerik, hogy a hajléktalanellátás valamiféle választ ad az alapvető szükségletekre, azonban az önállóságra vonatkozó képességek növelésére és az ellátórendszerből való kilépésre rendkívül kevés program létezik.

Véleményünk szerint a kiutak rendkívül szűkös lehetősége a rendszer minden szereplőjére hat és tovább erősíti az intézményről intézményre vándorlás körforgását.

Akadályok a hajléktalan emberek körében a munkavállalás területén

Kutatásunkban az F3 kérdéseiből átemeltünk két kérdést, mely arra vonatkozott, hogy a hajléktalan emberek saját egészségi-, illetve idegállapotukat mennyire érzik akadálnak a munkavégzésben vagy abban, hogy a jelenleginél jobb körülmények között lakjanak. Több belgyógyászati és pszichiátriai betegségre is rákérdeztünk, valamint a diagnózisok mellett a társadalmi részvételt akadályozó tényezőként a fogyatékoságot is vizsgáltuk. („Van-e fogyatékosága, mely akadályozza önt, hogy részt vegyen a mindennapok közösségi helyzeteiben?” – szöveg a kérdés.)

A válaszadók 69%-a tartotta egészségügyi állapota, fogyatékosága miatt akadályozottnak vagy a közösségi részvételét, vagy a munkavállalását, vagy a lakhatását. A válaszadók közel 40%-a jelölte meg, hogy legalább egy fogyatékosági típusban érintett. A munkavégzésben a válaszadók fele, a lakhatáshoz való jutásban 44% érezte magát akadályozottnak.

Az alábbi táblázatban összefoglaltuk, hogy milyen fogyatékoság típust jelöltek meg az önmagukat fogyatékosnak valló hajléktalan emberek. Nem meglepő módon az átlag népességhez viszonyítottan a hajléktalan emberek közül sokkal többen vallották magukat valamilyen mértékben akadályozottnak, fogyatékosnak. A KSH 2011-es népszámlálási adatai alapján a teljes magyarországi népességben körülbelül 5%-ot mutat⁵⁴, míg a 2022-es népszámlálás 3%-ra teszi a fogyatékos emberek arányát a teljes népesség körében. A fogyatékosággal és/vagy súlyos korlátozottsággal élők aránya együttesen 7,8%, ebből a súlyosan korlátozott kategóriába 6,6% sorolta magát⁵⁵. A BUSZSZH 2022-es mintájában 40% volt ez az arány.

A BUSZSZH válaszadói közül 207-en tartották magukat fogyatékosággal élő embernek, ők összesen 251 fogyatékoság típust jelöltek meg. Leggyakoribb válaszként (105 fő) mozgáskorlátozottságot jelöltek meg, ebből 34 esetben a mozgáskorlátozottsághoz más fogyatékoság is társult. 55 fő nyilatkozott arról, hogy pszichoszociális fogyatékosággal élők. További 146 ember nem vallotta magát ugyan fogyatékosággal élőknek, de egy másik kérdésnél azt válaszolta, hogy idegállapota, betegsége akadályozza a munkavállalás vagy a lakhatás területén.

3. ábra Fogyatékoság a hajléktalan emberek körében

Fogyatékoság típusa	Fő	%
Mozgáskorlátozott	74	14,5
Mozgáskorlátozott és társult fogyatékosága is van (ami nem pszichiátriai betegség)	20	3,9

⁵⁴ Saját számítás a KSH adatai alapján. Forrás: https://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_fogyatekossag (Letöltve: 2023.06.15.)

⁵⁵ Saját számítás a KSH adatai alapján Forrás: <https://nepszamlalas2022.ksh.hu/eredmenyek/vegleges-adatok> (Letöltve: 2023.12.29.)

Autizmus	1	0,2
Beszéd fogyatékoság	9	1,8
Értelmi fogyatékoság	6	1,2
Pszichoszociális fogyatékoság, pszichiátriai betegség	44	8,6
Pszichoszociális fogyatékoság, pszichiátriai betegség és társult fogyatékosága is van	11	2,2
Hallássérült	15	2,9
Látássérült	20	3,9
Siketvak	0	0
Összesen (valamilyen fogyatékoságot megjelölt)	207	40%
Nincs fogyatékosága	311	60%

Forrás: saját szerkesztés (N= 518)

A továbbiakban az akadályok és a munkavégzés adatait vizsgáljuk. A munkaerőpiacon több támogatási formán keresztül ösztönzik a hátrányos helyzetű csoportok foglalkoztatását. A legjellemzőbbek a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás, a közmunka programok és a megváltozott munkaképességű személyek védett, vagy nyílt munkaerőpiaci támogatott foglalkoztatása. A hajléktalan emberek jövedelme, munkavégzése kapcsán kérdőívünkben a munkaerőpiaci státuszra és a munkavégzésre együttesen kérdeztünk rá⁵⁶. A válaszadó hajléktalan emberek közül 20%-nak van rendszeres állása, további 21%-uk nyugdíjasnak vallotta magát. A megváltozott munkaképességű státusz – megfelelő biztosított jogviszony esetén – egyszerre jelenthet(ne) plusz jövedelmet, valamint munkarehabilitációs eszközöket. Ahhoz képest, hogy hányan – a minta kétharmada – mondták magukat betegségükből, fogyatékoságukból kifolyólag akadályozottnak, mindössze a minta 15,6%-a, 85 fő mondta magát megváltozott munkaképességűnek. Azonban közülük csupán 10 embernek volt rendszeres munkája. Se jövedelemmel, se nyugdíjjal, se megváltozott munkaképességű státusszal nem rendelkezik 24%, azaz 129 fő. Jelentős a nem stabil jövedelemszerzés is, mely kiszolgáltatottságot jelent: 34 főnek kizárólag alkalmi munkája, további 68 főnek pedig valamilyen egyéb nem hivatalos jövedelme van, ők a minta 24%-a. A nem dolgozók és a bizonytalan jövedelemmel rendelkezők összesen a megkérdezettek 44%-át adják.

A munkavégzéssel történő összefüggéseket jelen kutatásunk keretében Mózer Péter tanulmánya ismerteti részletesen: a munkát végző hajléktalan emberek között – nem meglepő módon – lényegesen kedvezőbb különféle jellemzőket mértünk. Előrevetítenénk, hogy jelen vizsgálatunk alapján, aki nem rendelkezik jövedelemmel, az ritkábban jut el orvoshoz és rosszabbul tájékozódik az egészségügyi rendszerben.

Fontos kiemelni azt is, hogy a jövedelemmel nem rendelkező, alacsony státuszú munkát végző hajléktalan emberek jellemzően az éjjeli menedékhelyen, illetve utcán éjszakázó válaszadók közül kerültek ki. A 159 fő utcán/éjjeli menedékhelyen válaszoló ember közel 60%-ának nincs rendszeres munkája, se nyugdíjból származó jövedelme, s mindössze 14 %-uk dolgozik rendszeresen.

Korábban már említettük, hogy a mintában 85 fő megváltozott munkaképességű hajléktalan ember közül 10 fő dolgozik. Kérdés tehát, hogy a megváltozott munkaképességű emberek rehabilitációját szolgáló rendszerek mennyire érintik a fogyatékosággal, betegséggel élő hajléktalan emberek munkavállalását. Mennyire tudja a betegséghez, fogyatékosághoz kapcsolódó hátrányokat kompenzálni az erre hivatott rendszer. A megváltozott munkaképességűek átlagéletkora valamivel

⁵⁶Arra nem tértünk ki, hogy milyen bevételre tud szert tenni a válaszadó, mely az önálló lakhatás kialakításához, és az önfenntartáshoz szükséges lehet.

magasabb, mint az átlag mintáé, átlagosan 58 év, 29%-uk nyugdíjas korú. A megváltozott munkaképességűek 64%-a 50-69 éves korú, az F3 2020-as és 2022-es mintájában ez az arány 80% körül mozog.

Az F3 2020 kutatásban a válaszadók 18%-a, a 2022-es felmérésben 13,7%-a válaszolta azt, hogy megváltozott munkaképessége akadályozza a munkavégzését, de közülük 2020-ban csak 458 fő (36%) írta, hogy rokkantsági járulékból él. 2022-ben ez az arány is csökkent, az akadályozottak 33%-a kapott ilyen jövedelmet.

A BUSZSZH 2022-es arányai megegyeznek az F3 kutatások nagyobb mintájának országosan mért értékeivel. Az alábbi táblázat a munkában betegség miatti akadályozottság, a rokkantsági ellátásból élők és a megváltozott munkaképesség mellett dolgozók arányait hasonlítja össze.

4. ábra Akadályozottság és megváltozott munkaképesség a hajléktalan emberek körében

	Betegsége akadályozza a munkavégzést, %	Megváltozott munkaképességű, rokkantnyugdíjból él, %	ebből dolgozik, %
BUSZSZH 2022 (n=540)	50,1 (n=270)	15,6 (n= 86)	11,0 (teljes mintában 1,5) (n= 10)
F3 2020 (n=7268)	40,0 (n=2824)	14,5 (n=1100)	6,0 (teljes mintában 0,8) (n=59)
F3 2022 (n=6955)	35,0 (n=2438)	14,4 (n=999)	5,9 (teljes mintában 0,8) (n=59)

Forrás: saját szerkesztés

A BUSZSZH 2022-es kutatás adatait tovább vizsgálva a dolgozó hajléktalan emberek 60%-a nem jelölt meg semmilyen akadályozottságot az erre vonatkozó kérdésekben, tehát e csoport 40%-a úgy dolgozik, hogy kb. fele-fele arányban fogyatékosággal élő személy vagy akadályoztatva érzi magát a betegsége, állapota által. Figyelemre méltó, hogy a munkanélküli emberek, akik a nem dolgoznak, nem nyugdíjasok, esetleg tudnak alkalmi munkákat vállalni, a dolgozó embereknél másfélszer gyakrabban jelöltek akadályozottságot (67%). 37%-uk fogyatékosnak vallja magát és 56%-uk úgy nyilatkozott, hogy egészségi állapota akadályozza a munkavállalását és/vagy az önálló lakhatását. E csoport harmada nem jelölt meg akadályt, tehát állapota nem akadályozná a munkavégzést.

A kérdőív több krónikus betegségre is rákérdezett. A teljes mintán belül 10% azok aránya, akinek nincs betegsége és rendszeresen dolgozik is. Nem találtunk eltérést a munkanélküli és a dolgozó hajléktalan emberek között a betegség tekintetében. A munkanélküli emberek 49,3%-ának nincs betegsége, további 8%-ának legfeljebb magas vérnyomása van. A dolgozó hajléktalan emberek 50%-ának nincs semmiféle krónikus betegsége. További 12,7% az, akinek „csak” magas vérnyomása van. A 208 fő társult betegséggel élők (aki több belgyógyászati diagnózist is megjelölt egyszerre) 18%-a dolgozik, a teljes mintánál ez az arány 20%.

Az alábbi táblázatban összefoglaltuk a BUSZSZH 2022-es kutatásában az akadályozottságra vonatkozó kérdéseket és azt jelöltük, hogy az egyes akadályokkal élők közül hány főnek nincs rendszeres jövedelme, hányan tudtak élni a megváltozott munkaképességű státusszal.

5. ábra A hajléktalan emberek akadályozottsága, BUSZSZH 2022

	A mintában összesen, fő	A minta %-a (n=540)	Közülük		
			megváltozott munkaképességű, %	munkanélküli (nem megváltozott munkaképességű) %	rendszeresen dolgozik (megváltozott munkaképességűek is), %
Fogyatékossga, mely akadályozza a közösségi részvételt	207	38,0	28,4	39,7	12,8
Akadályozza a betegsége, idegállapota vagy más egészségügyi indok abban, hogy:					
... munkát végezzen	269	49,9	25,0	41,0	8,6
... jelenleginél jobb körülmények között lakjon	236	44,0	25,0	44,0	10,7
Egy akadályozó tényezőt sem jelölt meg	161	31,6	2,5	45,0	35,6

Forrás: saját szerkesztés

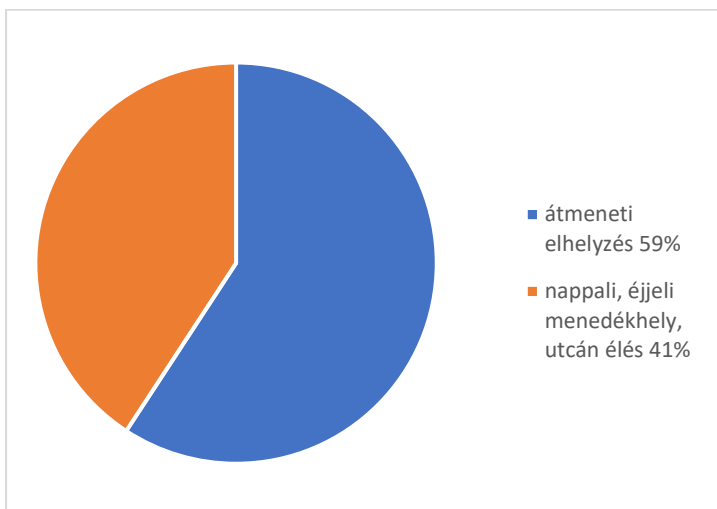
A hajléktalan emberek munkavállalását szociális és egészségügyi tényezők egyaránt akadályozhatják. A megváltozott munkaképességűek foglalkoztatását támogató rendszer 2012-es átalakítása óta arra hivatott, hogy – szociális szempontokat is mérlegelve – segítse a beteg, fogyatékos emberek munkavállalását. A hajléktalan emberek körében a fenti adatok alapján ez a támogatórendszer kevés embert ér el, holott az akadályozottság kimutatható. Különösen kicsi azon emberek köre, akik rokkantsági jövedelem mellett a munkaerőpiacon is meg tudnak jelenni. Meg kell jegyeznünk, hogy jelentős azok száma is (72 fő, 13,3%), akik nem vallották magukat akadályozottnak és nem rendszeres munkavállalók.

Indokoltnak tartanánk, hogy a szociális hátrányok, ezen belül a hajléktalanság ténye, önmagában beépüljön a megváltozott munkaképességűvé minősítés rendszerébe. Emellett tovább kellene erősíteni az olyan egyénre szabott munkaerőpiaci támogatási formákat, amelyek méltó munkához, jövedelemhez juttatják a hajléktalan embereket.

Akadályozottság, egészségi állapot és egészségügyi rendszerhez való hozzáférés kapcsolata

A rendszeres jövedelemmel (nyugdíjjal vagy állandó munkával) rendelkezők aránya az átmeneti elhelyezésben élőkénél magasabb volt. Szintén az átmeneti elhelyezésben voltak többen azok, akik hátrányai halmozódnak: fogyatékossgát vagy több betegséget, illetve fogyatékossgát és akadályozottságot is megjelöltek. Itt meg kell jegyeznünk, hogy a mintánkba tartoztak azok az átmeneti szállók is, amelyek lábadozóként kifejezetten a (krónikus) betegséggel élőket fogadják.

6. ábra Fogytékossággal élő hajléktalan emberek a válaszadás helye szerint



Forrás: saját szerkesztés, N=206

A legutolsó elérhető 2019. évi Európai lakossági egészségfelmérés hazai adatai (ELEF)⁵⁷ alapján a 65 éves és annál idősebb korosztály több mint háromnegyede (77%) számolt be krónikus betegségről. A teljes magyar lakosság 48%-a mondta, hogy krónikus, legalább 6 hónapja fennálló, vagy vélhetően a későbbiekben legalább ugyanennyi ideig tartó betegsége van. Ahogy fentebb utaltunk rá, a BUSZSZH 2022 kutatásunkban rákérdeztünk a hajléktalan emberek diagnosztizált belgyógyászati betegségeire. A válaszadók 62%-a jelölt meg valamilyen betegséget. Az alábbi táblázatban felsorolt betegségek közül 127 fő egy betegséget jelölt meg, 204-en többet is.

7. ábra Belgyógyászati betegségek előfordulása a hajléktalan emberek körében

Betegség	Megjelölők aránya	Fő
NINCS EGY SEM	37.71%	201
Cukorbetegség - gyógyszerrel kontrollált	9.76%	52
Cukorbetegség- inzulinnal kontrollált	3.19%	17
COPD / Asztma	17.26%	92
Lábszárfekély	5.44%	29
Magasvérnyomás	38.27%	204
Szívritmuszavar	15.57%	83
Korábbi szívinfarktus	8.26%	44

57

https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html?fbclid=IwAR0jCuzLivaZF397yr8SWI_n3SG3lf7URW4pqSzvNeahkn44sGC7ZYxrwo4#korltozottsgamindennapitevkenysgekben

Korábbi stroke	10.13%	54
Szívelégtelenség	8.82%	47
Demencia	2.81%	15
Autoimmun megbetegedés	0.75%	4
Májbetegség	5.63%	30
Gyomor-bélbetegség	9.38%	50
Daganatos megbetegedés	4.69%	25
Összes említés		947

Forrás: saját szerkesztés, N=537

Az adataink alapján látható, hogy az aktív korú hajléktalan emberek körében is magas (34,5%) a több betegséggel élő hajléktalan emberek aránya. A társult belgyógyászati betegséggel élő emberek nagyobb arányban jelöltek meg több akadályt, mint a betegséggel nem, vagy csak egy betegséggel rendelkezők. Az alábbi táblázat a fogyatékossgal élő hajléktalan válaszadók társult betegségeit mutatja, valamint a teljes minta arányait.

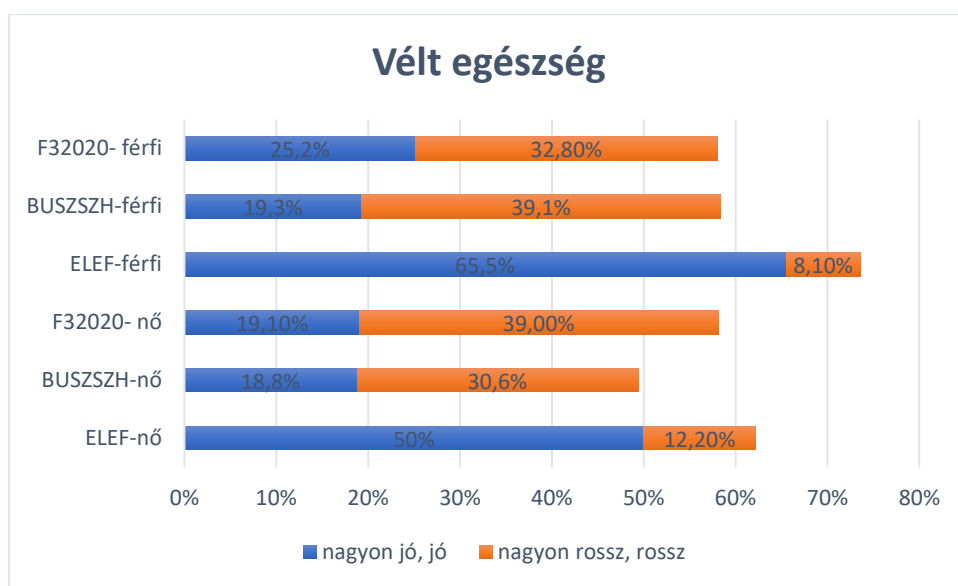
8. ábra Belgyógyászati betegségek előfordulása a hajléktalan emberek körében, a fogyatékossg megléte szerint

	Nincs fogyatékossga	Van fogyatékossga	Összesen
Nincs betegsége	135 fő	57 fő	192 fő
	43,7%	27,8%	37,4%
Magasvérnyomása van	33 fő	23 fő	56 fő
	10,7%	11,2%	10,9%
Egy betegséget jelölt, ami nem magasvérnyomás	42 fő	24 fő	66 fő
	13,6%	11,7%	12,8%
Társult betegségek (két vagy több, de magas vérnyomás nem)	28 fő	29 fő	57 fő
	9,1%	14,1%	11,1%
Magasvérnyomás és társult betegsége is van	71 fő	72 fő	143 fő
	23,0%	35,1%	27,8%
összesen	309 fő	205 fő	514 fő

Forrás: saját szerkesztés

A hajléktalan emberek önbevallása alapján meghatározott egészségi állapotát összevetve az ELEF 2019-es adataival jelentős eltéréseket tapasztaltunk. Az átlagnépességnél hatványozottan rosszabbnak értékelték az egészségi állapotukat a hajléktalan emberek. Míg az átlagnépességben a nők fele, a férfiak 65,5%-a értékelte jónak az egészségét, a hajléktalan emberek válaszai 19-25% között mozogtak a különböző felmérésekben. Hasonlóan, míg az átlagnépességben a nők 12,2%-ra a férfiak 8%-ra mondták rossznak az egészségüket, addig 30-39% között mozognak a hajléktalan emberek válaszai e kategóriában.

9. ábra Az egészség önértékelése az átlagnépesség és a hajléktalan emberek körében



Forrás: saját szerkesztés

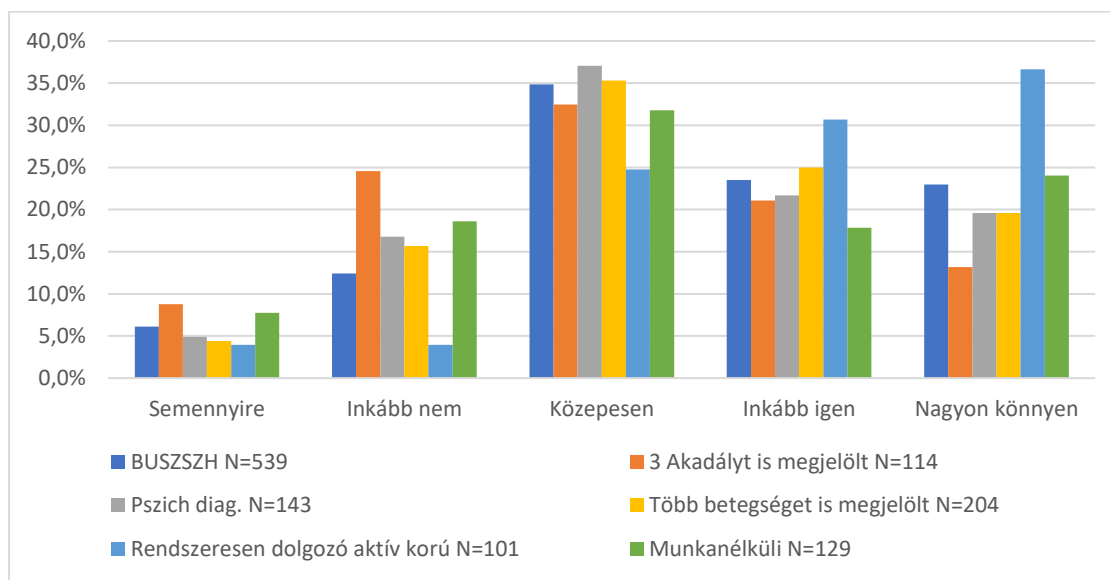
A válaszadók egészségügyi önértékelése nem és korcsoport szerinti bontásban is hasonló értékeket mutat. A BUSZSZH 2022 mintában a nők (N=86) 50,6%-a, a férfiak (N=151) 41,6%-a „közepesre” becsülték saját egészségügyi állapotukat. A korcsoportok szerinti bontásban szintén a középtérték (Total= 44,1%) a meghatározó, ugyanakkor megfigyelhető egyfajta „hullámgörbe”: a 39 év alatti korosztály többsége inkább jónak és nagyon jónak ítéli egészségügyi állapotát, ami szépen lassan a 40-49 év közötti korcsoport körében átfordul az inkább rossz és nagyon rossz állapot felé. Az ELEF az átlagnépesség tekintetében leírja, hogy az egészségügyi állapot önértékelésével összefüggésben az iskolázottabbak és magasabb jövedelemmel rendelkezők gyakrabban nyilatkoznak pozitívan (KSH, é.n.). Ugyanakkor az általunk megkérdezettek körében ez nem mondható el, hiszen az iskolázottság és az egészségügyi állapot megítélése nincs egymással szignifikáns kapcsolatban. A BUSZSZH 2022-es mintában a magukat fogyatékosnak vagy a munkavállalásban, lakhatásban akadályozottnak tartók egészségügyi önértékelése még rosszabb, mint a teljes minta eredménye. A fogyatékos hajléktalan emberek közül 7% mondta inkább jónak az egészségét, több mint felük (56%) pedig rossznak. A hármas akadályt vallók között gyakorlatilag nincs, aki jónak tartaná az egészségét (közel 80% rossznak, 21% közepesnek titulálva azt).

A megkérdezettek közül 338 főnek (a teljes minta 63%-ának) kell rendszeresen gyógyszert szednie. A több betegséget megjelölők között ez az arány 93%. A rendszeresen gyógyszert szedők 23%-a válaszolta azt, hogy van akadálya a gyógyszeresedésének. A leggyakrabban említett ok anyagi volt, de többeknek szüksége lenne segítségre pl. a TB ügyintézésben. Volt, aki az allergiájára hivatkozott, de megjelent néhány ember válaszában, hogy önmagukat okolják a rendszertelen gyógyszeresedésért. A 76 ember, aki nem jut hozzá szükséges gyógyszereihez, döntő többsége (89%-

a) olyan volt, aki munkavállalásában, lakhatásában vagy fogyatékosága miatt akadályozottnak vallotta magát.

Az egészségügyi ellátórendszerben való tájékozódást ötfokú skálán mértük. („Hogyan érzi, mennyire tud eligazodni az egészségügyi ellátórendszerben?”) Az általunk kérdezett hajléktalan emberek közel fele (46%-a) válaszából az derült ki, hogy inkább jól eligazodik az egészségügyi rendszerben. 100 fő (a minta 18%-a), többségében betegséget is megjelölt hajléktalan ember adott negatív választ. Az aktívkorú dolgozó hajléktalan emberek közül csupán 8% volt a negatív választ adó emberek aránya. A mintában a három akadályozottságot is nevesítő csoport tájékozódik a legrosszabbul, ők a fogyatékoságuk mellett munkavállalásukban és lakhatási körülményeikben is akadályozottnak mondták magukat. Utánuk jönnek azok, akiknek se rendszeres jövedelme, se alkalmi munkája nincsen. A lenti diagram mutatja az arányokat a különböző válaszok szerinti csoportosítás mentén. A pszichiátriai beteg hajléktalan emberek, illetve a társult betegséggel élők eredményei is némileg rosszabbnak mondhatóak a vizsgált sokaság átlagától. Összességében tehát az mondható el, hogy minél több akadályozottsággal, nehézséggel él egy hajléktalan ember, annál nehezebben igazodik el az egészségügyben.

10. ábra Az egészségügyi rendszerben való eligazodás mértéke



Forrás: saját szerkesztés

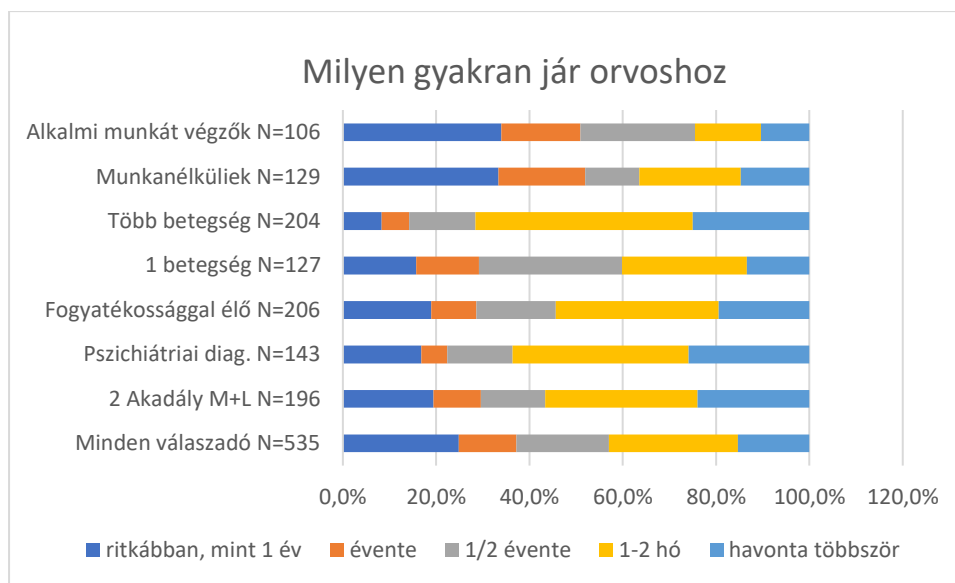
Az F3 2020-as vizsgálata szerint a hajléktalan emberek fele (48,5%-a) gondolja úgy, hogy sokat tud tenni a saját egészségéért. Az ELEF 2019-es felmérés szerint az átlag magyarországi népességben a túlnyomó többség (82%) gondolkodik így (KSH, é.n.).

Szintén az F3 2020-as mintában, 3840 fő (a válaszadók 71%-a) az elmúlt 12 hónapban felkereste háziorvosát. Mindössze 4%-uk válaszolta azt, hogy soha nem lépett kapcsolatba háziorvosával.

A BUSZSZH 2022-es mintában azt kérdeztük, hogy milyen gyakran jár orvoshoz/vesz igénybe bármilyen egészségügyi ellátást? A válaszadók 37%-a fél évnél ritkábban megy orvoshoz, 43%-uk legalább két havonta. Egyértelműen kimutatható, hogy a pszichiátriai diagnózissal élő emberek, a fogyatékos emberek, valamint a legalább egy betegséget megjelölő emberek gyakrabban mennek orvoshoz. Sajnos köztük is vannak, akik ritkábban, mint évente egyszer vesznek igénybe egészségügyi ellátást: ez az arány 16-18% között mozog, függően attól, hogy

e csoporton belül kikre fókuszálunk. A több belgyógyászati betegséget is megjelölők körében volt a legalacsonyabb azok aránya (8%), akik az évenkéntinél ritkább orvoslátogatást jelölték meg. Ha a munkavégzés tekintetében is megvizsgáljuk a kérdést, azt tapasztaljuk, hogy a munkanélküliek és az alkalmi munkát végzők ritkábban mennek orvoshoz.

11. ábra Orvoshoz járás gyakorisága a különféle jellemzővel rendelkező hajléktalan emberek körében



Forrás: saját szerkesztés

Míg a társadalom egészében a családnak, azaz a természetes támogató közegnek van szerepe a gyógyulásban vagy a felépülésben, addig a hajléktalan emberek esetén a szociális ellátórendszerre marad ez szerep is. A támogatásunk része kellene, hogy legyen a rendszeres orvosi vizsgálatokon, konzultációkon való részvételre való ösztönzés. Módszertani kérdés, hogy a nem egészségügyi fókuszú szociális intézmények hogyan tudják támogatni ügyfeleiket az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutásban.

Diagnosztizált pszichiátriai betegségek a megkérdezettek körében

Előfordulás

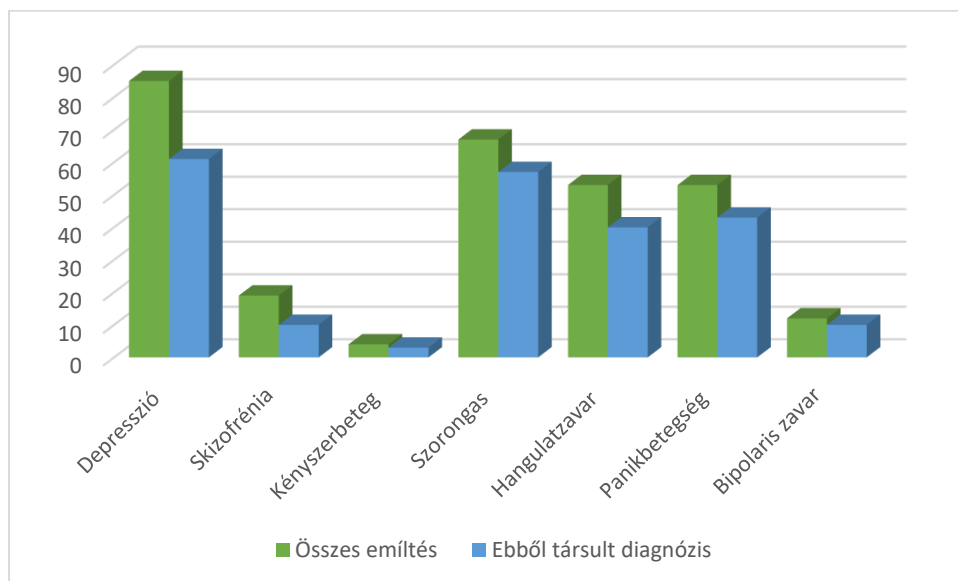
A kutatásunk fókuszában álló mentális zavarok, pszichiátriai betegségek kapcsán a kérdőívünk több kérdése gyűjtött információkat. Összességében egyértelműen állítható, hogy a mentális zavarok a társadalom egészéhez képest lényegesen nagyobb előfordulást mutatnak mintánkban, megfigyelhető a látencia, továbbá az ehhez kötődő akadályok is masszívabbak. (A pszichiátriai problémákkal kapcsolatos kutatási eredményekről részletesen a jelen tanulmánykötet Dr. Papp Szilvia - Dr. Tombor László - Dr. Békási Sándor - Dr. Réthelyi János szerzőnégyes által írt „Hajléktalan személyek mentális egészségének felmérése” tanulmányában lehet olvasni.)

A válaszadók 27%-a (143 fő) önbevallás alapján azt nyilatkozta, hogy van diagnosztizált pszichiátriai betegsége. A mintából 392 fő, a vizsgált sokaság közel háromnegyede, 73% válaszolt nemmel. A válaszadók 12,9%-ának (N=69) egy betegsége van. További 13,8% (N=74) pedig több diagnózissal is rendelkezik. A már idézett 2019. évi európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) „a krónikus betegségek prevalenciája a 2019. évi adatfelvételt megelőző 12 hónapban” adatsora szerint az átlag lakosság körében a diagnosztizált mentális betegség és viselkedészavar 5,5%-ban van jelen (KSH, é.n.,

9. ábra). Az ELEF adatsora is önbevalláson alapul, nem a diagnózisra épül, vagyis más módszertant követ, ugyanakkor más kutatások ennél magasabb eredményeket hoznak a lakosság érintettsége kapcsán.

A BUSZSZH 2022 kutatásban mért pszichiátriai betegségek előfordulásait illetően a legnagyobb arányban a depresszió (15,9%) fordult elő, amit a szorongás (12,6%) követ. Egyaránt közel egytizede a jelzett pszichiátriai betegségeknek a hangulatzavar (10,6%) és a pánikbetegség (9,8%). Ahogy az átlagnépességben is, a hajléktalan mintánkban is az előbbi diagnózisoknál alacsonyabb előfordulását mértük a szkizofréniának (3,5%), illetve a bipoláris zavarnak (2,2%). A szkizofrénia tekintetében 0,6%-os éves, hazai prevalencia értékénél jóval nagyobb előfordulásra lehet következtetni a BUSZSZH 2022 mintából (Bitter és szertőtársai, 2023: 1288.) a hajléktalan emberek esetén. Elenyésző arányban jeleztek a válaszadók kényszerbetegséget (0,7%). Az alábbi diagram azt szemlélteti, hányan jeleztek egy-egy diagnózist. A második oszlopban azt tüntettük fel, hogy hányszor jelenik meg az adott diagnózis társult diagnózisként. A kérdésre adott egyéb szöveges válaszokat végül nem kódoltuk hozzá a fenti adatokhoz: egy-egy PTSD-t, kevert személyiségzavart, valamint fóbiát említettek a válaszadók.

12. ábra Diagnosztizált pszichiátriai betegségek előfordulása a hajléktalan emberek körében (fő)



Forrás: saját szerkesztés, BUSZSZH 2022 N=539

Kutatásunk során nemcsak az orvosi diagnózisra voltunk kíváncsiak, hanem mint pszichoszociális fogyatékosra is rákérdeztünk a mentális zavarok meglétére. („Van-e fogyatékosága, mely akadályozza önt, hogy részt vegyen a mindennapok közösségi helyzeteiben?”) Pszichoszociális fogyatékosággal élő, pszichiátriai beteg embernek 55 fő vallotta magát, akik közül mindössze 1 főnek nincs (nem volt) diagnózisa.

Az F3 2020 kutatásban a kérdésre, hogy „volt-e pszichiátriai kezelésen” a megkérdezett személyek (N=3841) 29,3%-a nyilatkozta azt, hogy igen. A BUSZSZH 2022-es mintában hasonló az arány: a válaszadók 26%-a vett igénybe egészségügyi pszichiátriai ellátást az elmúlt egy évben. Később részletesebben írunk az igénybevételről, most csak pár adatot említenénk, mely a látencia arányára utalhat: a teljes minta 5%-a (a diagnózissal nem rendelkezők 7,6%-a), 29 fő vette igénybe a pszichiátriai egészségügyi ellátórendszert úgy, hogy nincs diagnózisuk. 30 főt szállított mentő pszichiátriai osztályra, közülük négynek nincs diagnózisa. E négy ember közül ketten nem vettek igénybe utána másik ellátást, két fő pedig kórházi ellátást jelölt meg. A válaszadók 8,2%-a jelölte meg,

hogy inkább igaz rá, hogy az elmúlt egy évben mások furcsa, bizarr viselkedését visszajelezték, több, mint felüknek volt diagnózisa. Azok, akiknek nincs diagnózisa és kaptak visszajelzést bizarr viselkedésükről, nem voltak sürgősséggel kórházba szállítva.

Arányaiban többen jelölték, hogy diagnosztizált pszichiátriai betegek az átmeneti szállásokon, mint a többi lekérdezési helyen. A mintába kerülő diagnosztizált válaszadók több, mint 65%-a átmeneti szálláson él, összesen 35 fő válaszadónk volt közterületről, 18 fő nappali melegedőből/éjjeli menedékhelyről.

A BUSZSZH 2022-es mintában a válaszadók 75%-a dohányzik. A dohányzók közel 40%-a egy dobozt vagy többet szív el naponta (vagy ennek megfelelő csikket szed össze az utcán).

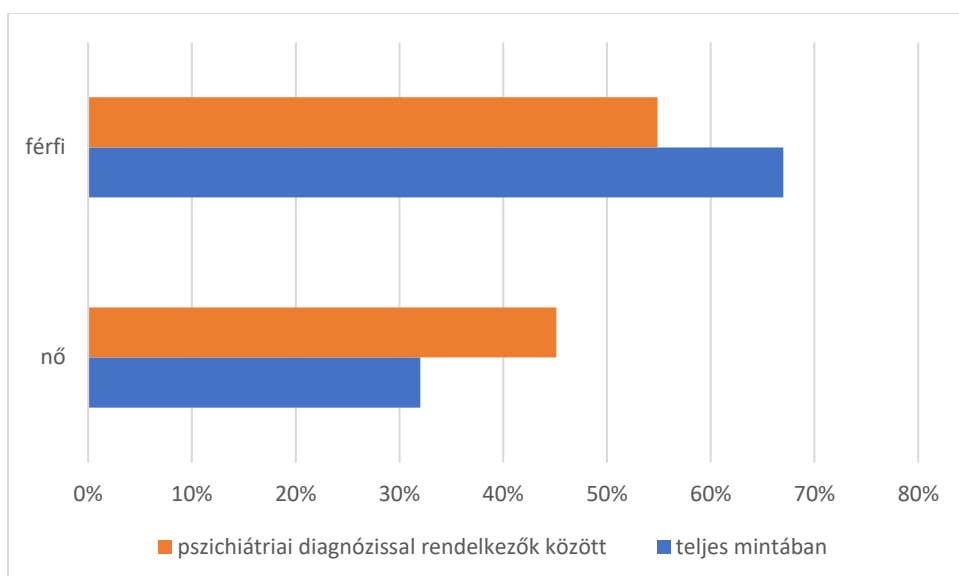
A válaszadók 32%-a nyilatkozott úgy, hogy rendszeres alkoholfogyasztó. A pszichiátriai betegséget jelentő diagnózissal rendelkező emberek alacsonyabb arányban mondták magukat rendszeres fogyasztónak (25%). A teljes minta egynegyedét teszik ki azok, akik rendszeresen isznak alkoholt és nincs pszichiátriai betegség diagnózisuk. Az alkoholfogyasztás mértéket ugyanakkor nem tudtuk jelen kutatás keretei közt elemezni.

Demográfiai jellemzők

A pszichiátriai betegséggel diagnosztizált emberek átlagéletkora majdnem 4 évvel alacsonyabb, 53,1 év, mint a teljes minta átlaga, ami 56,9 év. A medián is 4 évvel volt kevesebb. A teljes minta 71,6%-a aktív korú, míg a pszichiátriai beteg diagnózissal rendelkezők 84%-a még nem töltötte be a nyugdíjkorhatárt.

A teljes mintában a megkérdezettek 32%-a volt nő. A pszichiátriai diagnózissal rendelkezők között a nők aránya magasabb, 45%. 65 fő pszichiátriai betegséggel diagnosztizált nő válaszadónk volt a 143 főből. Ők a nemükből fakadóan is hátrányosabb helyzetben vannak, amihez hozzáadódik, hogy budapesti hajléktalanellátásban arányaiban kevesebb női férőhely van. A válaszadó diagnosztizált férfiak 16%-a élt a hajléktalanellátáson belül is lakhatási bizonytalanságon (utcai gondozó szolgálat, nappali ellátás vagy éjjeli menedékhely ügyfeleként). A diagnosztizált nők körében ez az arány 26%.

13. ábra Nemek aránya a saját bevallás alapján diagnosztizált pszichiátriai beteg hajléktalan emberek körében



Forrás: saját szerkesztés, BUSZSZH 2022 N=533

Munkavégzés, megváltozott munkaképességű státusz, akadályok

A pszichiátriai betegséget megjelelő hajléktalan emberek 20,4%-a megváltozott munkaképességű, míg a teljes BUSZSZH mintában ez az arány 15,8%. Összesen 6 fő dolgozik megváltozott munkaképességű státuszban. A teljes minta 5,6%-a olyan pszichiátriai beteg diagnózissal élő ember, akinek rendszeres munkája van: a 143 mentális zavarral érintett emberből ez 30 főt jelent.

A 104 magát fogyatékosnak mondó mozgáskorlátozott hajléktalan ember 10%-a (11 fő) pszichoszociális fogyatékoságot is megjelölt. Azonban, ha a diagnosztizált pszichiátriai beteg, mozgáskorlátozott embereket nézzük, akkor 29 főt találunk. Tehát a mozgáskorlátozottság volt a leggyakoribb fogyatékoságtípus, amelyet a diagnosztizált pszichiátriai emberek megjelöltek a fogyatékoságot okozó állapotok közül.

Az akadályozottságra vonatkozó kérdések tekintetében elmondhatjuk, hogy a pszichiátriai beteg hajléktalan emberek nagyobb arányban érezték magukat hátrányban. Kétharmaduk jelzett akadályt a munkavállalás, lakhatás, fogyatékoságuk tekintetében. 60% szerint betegsége, idegállapota akadályozza a munkavállalását (vö. 20,4% MMK-s státuszú). A pszichiátriai diagnózissal bíró hajléktalan emberek fele (70 fő) vélte úgy, hogy a munkavégzése mellett a lakhatását is akadályozza egészségügyi állapota. Azonban a diagnosztizáltak 32%-a nem gondolta magát akadályozottnak.

14. Pszichiátriai diagnózissal rendelkező és nem rendelkező hajléktalan emberek akadályozottsága a munkavállalás és a lakhatás területén

	Munkavállalásban akadály		Lakhatásban akadály		Mindkét akadály		Nem jelölt akadályt	
	Fő	%	Fő	%	Fő	%	Fő	%
Diagnosztizált	87	68,0	80	55,9	70	49,0	46	32,2
Nem diagnosztizált	181	46,3	30	39,9	125	32,3	176	45,5

Forrás: saját szerkesztés

Azok, akik hajléktalannak és pszichiátriai betegnek is tartották magukat (114 fő), valamivel rövidebb hajléktalanságban eltöltött időről számoltak be, mint a többi válaszadó. Fontos kiemelni, hogy vannak emberek, akik már eleve pszichiátriai diagnózissal érkeznek a hajléktalanellátásba. Bár kevesen válaszolták azt, hogy 1 éven belül váltak hajléktalanná a válaszadás időpontjához képest, ugyanakkor el kell mondanunk, hogy ezen emberek közel fele már pszichiátriai diagnózissal rendelkezett a hajléktalanná válásakor.

Pszichiátriai diagnózissal rendelkező emberek megjelenése az egészségügyi rendszerben

A pszichiátriai beteg emberek egészségügyi ellátása mentális állapotuk és általános életminőségük tekintetében is kulcskérdés. A pszichiátriai szakrendelésen való részvételük mellett az egészségügy többi szegmensét is igénybe veszik. A pszichiátriai beteg hajléktalan emberek több belgyógyászati betegségről számoltak be, mint a nem diagnosztizált válaszadók: 70%-uk megjelölt legalább egyet az általunk felsorolt belgyógyászati betegségek közül és több, mint felüknek több betegségük is van annak ellenére, hogy valamivel fiatalabbak, mint a diagnózissal nem rendelkezők (akik esetében a legalább egy betegséget említők aránya 58%, két betegséget pedig 33% jelölt meg).

Nem csoda, hogy minden második pszichiátriai betegséggel élő válaszadó inkább rossznak ítéli meg a saját egészségét és csak 10%-uk ítéli inkább jónak. Ezek rosszabb adatok, mint az összmintában

mért adatok, de jobbak, mint ha a fogyatékos vagy a társult krónikus betegség esetében vizsgáljuk a válaszadást.

A pszichiátriai beteg emberek 80%-ának kell rendszeresen gyógyszert szednie az (összmintában ez 62%), és 23%-uk (30 fő) érzi úgy, hogy akadálya van a gyógyszereszedésének. Közel 40%-uk mondta azt, hogy az elmúlt egy évben pszichiátriai gyógyszereit nem mindig tudta beszedni. Ez aggasztó arány, mert a rendszertelenség a gyógyszeres terápia hatékonyságát nagyban csökkentheti, sőt károkat is okozhat a beteg állapota szempontjából. Kiemelnénk, hogy az egészségügyi ellátórendszerben rosszabbul tájékozódnak, mint azok, akiknek nincs diagnózisuk, bár a különbség alacsony. Az alábbi táblázatban bemutatjuk a pontos arányokat, hogy kiemeljük: a diagnosztizált emberek többsége támogatásra szorul az egészségügyi állapotuk menedzselése kapcsán.

15. ábra Az egészségügyi rendszerben való eligazodás mértéke a pszichiátriai diagnózissal rendelkező és nem rendelkező hajléktalan emberek körében

	Hogyan tájékozódik az egészségügyi rendszerben?						Összesen
	(Inkább) rosszul (fő)	%	Közepesen (fő)	%	(Inkább) jól (fő)	%	
Diagnosztizált	31	21,7	53	37,1	59	41,3	143
Nem diagnosztizált	69	17,6	133	34,0	189	48,3	391
Összesen	100	18,7	186	34,8	248	46,4	534

Forrás: saját szerkesztés, N=534

A teljes mintához képest gyakrabban járnak orvoshoz a pszichiátriai diagnózissal élő emberek: 64%-uk minimum 2 havonta elmegy orvoshoz. Sajnos egyötödük csak évente vagy ritkábban jelenik meg az egészségügyi rendszerben.

16. ábra Az orvoshoz járás gyakorisága a pszichiátriai diagnózissal élő és nem diagnosztizált hajléktalan emberek körében

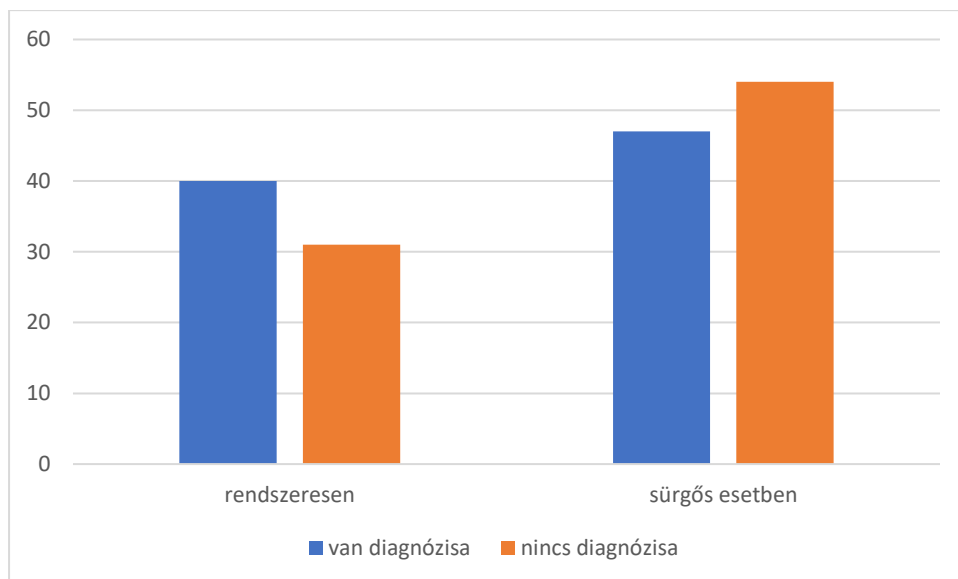
	ritkábban, mint évente	évente	fel évente	1-2 havonta	havonta többször
Diagnosztizált	24 fő	8 fő	20 fő	54 fő	37 fő
	16,8%	5,6%	14,0%	37,8%	25,9%
Nem diagnosztizált	109 fő	58 fő	86 fő	94 fő	45 fő
	27,8%	14,8%	21,9%	24,0%	11,5%

Forrás: saját szerkesztés

Az egészségügyi hozzáférés kapcsán a kérdőív végén öt fokú skálát is alkalmaztunk. Elgondolkodtató, hogy a válaszadók több mint fele jelölte azt, hogy inkább igaz, hogy csak akkor fordul orvoshoz, ha sürgős, akut panasz van. Ha a szélső értéket nézzük arra a kérdésre, hogy az elmúlt 1 évben csak akkor fordult orvoshoz, ha akut/sürgősségi panaszom volt, a pszichiátriai diagnózissal rendelkezők 40%-a mondta, hogy nem igaz, míg a diagnózissal nem rendelkezők 31%-a. Tehát a kérdőív más

kérdéseivel összhangban a pszichiátriai diagnózissal élők jobb arányt mutattak orvoshoz járás szempontjából.

17. ábra Az orvoshoz fordulás oka az elmúlt egy évben



Forrás: saját szerkesztés

A kérdőívünkben két kérdéssel kérdeztünk rá, hogy az elmúlt egy évben milyen egészségügyi (18. ábra), és milyen kiegészítő támogatásban (20. ábra) részesültek a válaszadók. A kérdésekben több ellátás párhuzamos megjelölésére is lehetőség volt.

A BUSZSZH 2022-es mintában 138 fő (a válaszadók több, mint egynegyede, 26%-a) vett igénybe egészségügyi pszichiátriai ellátást az elmúlt egy évben. A pszichiátriai problémával az egészségügyi ellátórendszerhez fordulók 68%-a (94 fő) csak egyféle ellátást kapott, míg 32%-uk több egészségügyi ellátóhelyen is megfordult. Egyötödük csak háziorvosnál járt, 80%-uk szakosított ellátásban, illetve kórházi kezelésben (is) részesült. Az alábbi táblázat tartalmazza, hogy a válaszadók milyen egészségügyi ellátásokat jelölhettek meg, illetve megbontottuk az igénybevételt diagnózis szerint is.

18. ábra A pszichiátriai egészségügyi ellátás igénybevétele az elmúlt egy évben

Az egészségügyi ellátás megnevezése	Csak ezt vette igénybe (fő)	Mást is (fő)	Összes igénybe vevő (fő)	Ebből: diagnózisa van (fő)	Nincs diagnózisa (fő)	Diagnosztizált pszichiátriai betegek (n=142) hány %-a vette igénybe
Kórházi benn fekvés	13	24	35	26	9	18%
Járóbeteg szakrendelés, (SZTK, gondozó)	26	27	53	44	9	31%
A hajléktalanellátás pszichiáter orvosát vettem igénybe	26	17	43	32	11	22%

Háziorvosnál jártam, ott írtak pszichiátriai gyógyszert	17	22	39	38	1	27%
Hajléktalanellátás háziorsosi rendelésén jártam, ott írtak pszichiátriai gyógyszert	10	13	23	21	1	15%

Forrás: saját szerkesztés

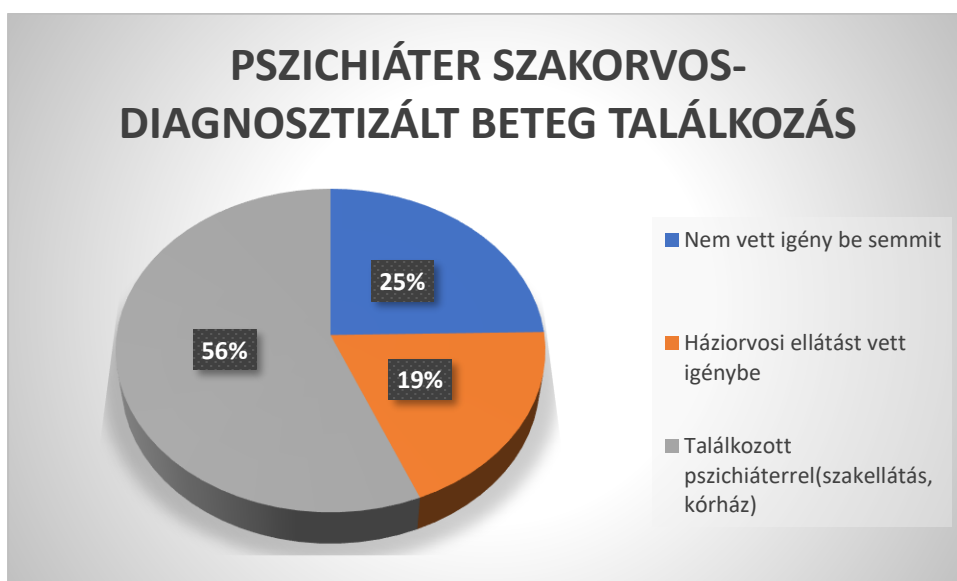
Aggasztó, hogy 35 fő, a diagnosztizált pszichiátriai betegek egynegyede nem vett igénybe egészségügyi ellátást az elmúlt egy évben, és közülük a legtöbben (34 fő) nem vett igénybe szociális ellátást sem.

Az egyik legfontosabb megállapításunk, hogy azok a diagnosztizált pszichiátriai beteg emberek (58 fő), akik valamiféle kiegészítő mentális támogatásban részesültek a szociális ellátórendszerrel vagy az egészségügyi ellátórendszerrel (ld. 20. ábra), egy fő kivételével mind kaptak orvosi segítséget is. Tehát a kiegészítő terápiák, ellátások igénybe vevői az egészségügyi ellátórendszernek is ügyfelei maradtak, amely nagyon fontos az orvos-beteg együttműködés szempontjából. Fordítva is megvizsgáltuk: az egészségügyi ellátásban részesülők több, mint fele (55%-a) vett igénybe ilyen célzott mentális támogatást is: vagy a kórház pszichológusa által vagy a közösségi, nappali ellátás vagy a hajléktalanellátás igénybe vevőjeként.

A teljes minta 10%-a, a pszichiátriai betegek 31%-a járt kerületi pszichiátriai járóbeteg szakrendelésen, azaz pszichiátriai gondozóban. Ha őket egybe vesszük azokkal, akik a hajléktalanellátásban találkoztak pszichiáterrel, akkor 90 fő, azaz a teljes minta 16%-a megfordult ezen ellátások valamelyikében. Hat ember volt, aki mindkét ellátási formát igénybe vette. Ha csak a diagnózissal rendelkezőket nézzük: több, mint a felük, 76 fő jutott el ambuláns kezeléshez. Közülük 38-an vették igénybe a kerületi gondozót és 26-an a hajléktalanellátás pszichiátriáján jártak. Az a hat ember, aki a hajléktalanellátás és az egészségügy pszichiáterével is találkozott, mind diagnosztizált ember volt. A gondozóknak kulcsszerepe van a pszichiátriai beteg ellátásban (ld. Bódy Éva és dr. Váradi Enikő tanulmánya). Számaink azt támasztják alá, hogy a hajléktalan emberek a szociális terület (hajléktalanellátásban elérhető) pszichiáter vizit kapacitásait is megközelítőleg akkora arányban veszik igénybe, mint az egészségügy keretében működő gondozóké. A kutatásunk részeként tartott fókuszcsoporthoz megbeszélésen a szakemberek arról jeleztek vissza, hogy a hajléktalan emberek számára a szociális ellátórendszeren belül fenntartott pszichiátriai ellátások túlterheltek, így az érintettek könnyen kimaradhatnak ebből az ellátásból. A hazai pszichiátriai betegek gondozóhálózatának erősítése tehát kulcsfontosságú.

Az adatelemzésünkben a diagnosztizált emberek és a pszichiáter szakorvossal való találkozásra tudunk adatokat: a pszichiátriai betegek 56%-a (80 fő) találkozott pszichiáterrel, (ha ebbe a kórházat is bele vesszük) további 19%-uk háziorsosnál volt, ott kapott ellátást. Érdekes adat, hogy a kapott ellátásokat azonban a diagnosztizált emberek kevesebb, mint fele (48%) tartja „egyértelműen elegendő”-nek, s ugyancsak mindösszesen felük mondja, hogy betegségük megfelelően karban van tartva.

19. ábra A pszichiáter szakorvos és a pszichiátriai betegséggel diagnosztizált hajléktalan emberek találkozása az elmúlt egy évben



Forrás: saját szerkesztés

Az a 29 fő, aki diagnózis nélkül vette igénybe az egészségügyi pszichiátriai ellátást, egyenlő arányban fordult meg a gondozóban és a hajléktalanellátás pszichiáterénél (10-11 fő), illetve 9 fő kórházi ellátást vett igénybe. Ők jellemzően egyféle ellátást vettek igénybe (26 fő). Összesen 30 fő diagnózissal nem rendelkező kapott pszichiátriai állapota okán egészségügyi ellátást, beleértve a háziorvosnál kapott gyógyszert. Kevés válaszadó jelölte a pszichiátriai kezelés miatti háziorvosi találkozást e csoportban, a teljes minta 8%-a.

A pszichiátriai diagnózissal élő hajléktalan emberek rehabilitációjához kapcsolódó további segítség igénybevétele

A pszichoszociális rehabilitációban szerepet játszó szolgáltatások hozzáférése egy kérdésünk vonatkozott. Az ellátások igénybevételét kérdeztük csak, intenzitásra, tartalmi kérdésekre nem volt módunk. Milyen egyéb (pszichiátriai problémával kapcsolatos) ellátást vett igénybe az elmúlt 1 évben? – kérdésünkből kiderült: a válaszadók 14%-a vette igénybe a felsorolt támogatások valamelyikét, összesen 71 fő. Többségük, 45-en csak egy ellátást jelöltek meg. Az igénybe vevők jelentős részének volt diagnózisa, csupán 12 ember válaszolt a kérdésre diagnózis nélkül. A fókuszcsoportos kutatásban a szakemberek úgy vélekedtek, hogy több egyéni mentális támogatásra (pl. segítő beszélgetésre) lenne szükségük a hajléktalan embereknek.

A diagnosztizált pszichiátriai betegek 24%-a se egészségügyi se szociális kiegészítő ellátást nem vett igénybe. A diagnosztizált emberek közel 60%-a vélhetően nem kapott plusz támogatást a gyógyszeres terápián túl.

A szociális ellátórendszer részeként közösségi vagy nappali ellátásban 17 fő részesült, ők mind jelöltek meg diagnózist. A diagnosztizált hajléktalan beteg emberek 11%-a részesült pszichiátriai beteg emberként szociális alapellátásban. Ez azért is tartjuk jónak, mert módszertanilag itt van lehetőség az állapotuknak megfelelő pszichoszociális rehabilitációra. Ez az arány azonban lehetne magasabb, hiszen a hajléktalanság komplex élethelyzete és a pszichiátriai diagnózis együttes megléte vélelmezhetően nagyobb arányban indukálja rehabilitáció szükségességét, mint azoknál az embereknél, akik stabil egzisztenciával néznek szembe mentális zavarokkal.

20. ábra A felépüléshez köthető további segítség igénybevétele támogatástípusonként (fő)

	Összes válaszoló (fő)	Ebből pszichiátriai diagnózissal rendelkezik (fő)	A felsoroltak közül csak egy támogatástípust vett igénybe (fő)
Pszichológust a kórházban	20	20	6
Közösségi pszichiátria ellátást	5	5	2
Pszichológust a hajléktalanellátásban	28	23	10
Pszichiátriai betegek nappali ellátását	12	12	5
Segítő beszélgetést szakemberrel	42	34	22

Forrás: saját szerkesztés

A segítő beszélgetést önmagában is egy választható kategóriának adtuk meg, és ez volt a legnépszerűbb válasz. Legtöbbször egyféle választ jelöltek meg az adható segítség közül, az együttesen igénybe vett szolgáltatásokról adataink felhasználhatósága korlátozott. Pszichológusi segítséget a hajléktalanellátásban vettek igénybe többen és páran a kórházban és a hajléktalanellátásban is konzultáltak pszichológussal (9 fő). Összesen 37-en fordultak pszichológushoz (kórházban vagy a hajléktalanellátásban). A segítő beszélgetést és a hajléktalanellátásban lévő pszichológus opciót együttesen 13-an választották. 22 fő csak segítő beszélgetést vett igénybe, és a mintában 16 fő volt, akiről tudjuk, hogy csak a hajléktalanellátáson belül kapott segítséget.

Elégedettség a pszichiátriai betegségével kapcsolatosan kapott kezeléssel

Az elégedettségre vonatkozó kérdéseknél ötfokú skálát használtunk. A diagnosztizált hajléktalan emberek fele tartotta inkább igaznak azt, hogy gyógyszereit be tudta venni. 37%-uk inkább volt elégedetlen a gyógyszerzedéssel, ezzel voltak a legkevésbé elégedettek a válaszadók.

A diagnosztizált beteg emberek az előző kérdéssel megegyező arányban (53%) mondta azt, hogy betegsége karban van tartva. Szintén közel felük tartotta pont megfelelőnek a pszichiátriai ellátását, amelyet kapott.

Amikor fordított kérdést tettünk fel: „az elmúlt 1 évben előfordult, hogy gondot okozott, hogy megfelelő pszichiátriai ellátáshoz jussak”, erre 71% elutasító választ adott. A válaszadási mintázatok alapján azt láttuk, hogy ennél a kérdésnél, a többi válasszal összenézve, voltak következetlen feleletek.

21. ábra A pszichiátriai betegséggel diagnosztizált hajléktalan emberek gyógyszereszedési és egészségügyi szolgáltatások igénybevételéhez köthető különféle megállapításainak előfordulása

	Nem igaz		Kevésbé igaz		Valamennyire igaz		Többnyire igaz		Teljesen igaz	
	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
Rendszeresen szedett pszichiátriai gyógyszereimet az elmúlt 1 évben mindig be tudtam venni.	39	28,5%	12	8,8%	14	10,2%	18	13,1%	54	39,4%
Úgy érzem, pszichiátriai betegségem megfelelően karban van tartva.	22	16%	20	14,7%	23	16,8%	24	17,5%	48	35,0%
Az elmúlt 1 évben előfordult, hogy gondot okozott, hogy megfelelő pszichiátriai ellátáshoz jussak.	80	58,4%	18	13,1%	18	13,1%	9	6,6%	12	8,8%
Pont elegendő ellátást kapok pszichiátriai betegségemmel kapcsolatban.	31	22,6%	16	11,7%	23	16,8%	16	11,7%	51	37,2%

Forrás: saját szerkesztés

A kérdéseket összességében a statisztika szabályai szerint nem tudtuk értékskálaként értelmezni. A gyógyszereszedésre, a betegség karbantartására, valamint az elegendő ellátást kapott kérdésekre adott válaszokat azonban összeadtuk. Összesen 33 fő volt, aki mindhárom kérdésnél maximális értékelést (teljesen igaz) adott, és 11 fő volt a teljesen elégedetlen.

Ha első lépésben 3 fokú változót alkotunk (1=nem igaz, kevésbé igaz; 2=valamennyire igaz; 3=többnyire igaz, teljesen igaz) és úgy összegezzük a válaszokat, akkor a diagnosztizált emberek 43%-át soroljuk az inkább elégedettek közé. (Ők legalább 2 kérdésben inkább elégedettséggel (3) voksoltak, egyben közepessel.) Az inkább elégedetlenek (két inkább elégedetlen és maximum egy közepes válasz) a diagnosztizáltak inkább 27%-át alkották.

Annak az 59 embernek, akit az elégedettek közé soroltunk, nagyrésztük (86%-uk) vett igénybe ellátást az egészségügyben (68% volt az eredeti arány). Az elégetlenek közül ez az arány 60%, itt azonban kisebb az esetszám, hiszen eleve csak 37 elégedetlen kategóriába sorolt emberről beszélünk. A kiegészítő támogatások igénybevétele (segítő beszélgetés, pszichológus) összességében nem befolyásolta az összevont elégedettségi válasza vonatkozó arányokat. Aki valamilyen kiegészítő támogatásban részesült, ugyanúgy 42%-ban volt elégedett, és 24%-ban inkább elégedetlen. A

szociális alapellátásba járóknál (közösségi, nappali) mondható nagyobbak az inkább elégedettek aránya (62%) ők azonban kevesen, 17-en vannak.

Az elégedettségre utaló kérdésekből e kérdőívben az a következtetés vonható le, hogy az érintettek jó része javítana a pszichiátriai betegségéhez kapcsolódó ellátásán. Az érintettekkel folytatott közvetlen fókuszcsoportos kutatás adhat értelmező választ az okokra.

Összefoglalás

A kutatás célja hajléktalan emberek pszichés, pszichiátriai, illetve mentális állapotának felmérése, továbbá a kapcsolódó egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférés vizsgálata volt Budapesten. Kiindulásunk alapja az volt, hogy a célcsoport a hajléktalansága és egészségi állapota, fogyatékosága okán is olyan hátrányban van, melyet társadalmi szinten kell kezelni. Számunkra a legfontosabb visszajelzés e kapcsán, hogy a megkérdezett hajléktalan emberek 69%-a tartotta egészségügyi állapota, fogyatékosága miatt akadályozottnak a közösségi részvételét, a munkavállalását vagy a lakhatását.

A hajléktalanság demográfiai adatait nézve azokat az arányokat kaptuk, melyeket más kutatásban is olvashattunk, pl.: az alacsony iskolai végzettség és a hajléktalanságban eltöltött hosszú idő. Az ellátásszervezés kapcsán különösen fontos, hogy nő a gondoskodásra szoruló, idős hajléktalan emberek száma. A minta több mint háromnegyedét az idősebb, 50 éves vagy idősebb korosztály alkotja, de a 60 év felettiek aránya is közel a minta felét (47,4%) adja. A hajléktalanellátásban élő nyugdíjas korú emberek helyzete is további lépéseket kíván, hiszen 76%-uk krónikus betegséggel él és 15%-uk jelzett pszichiátriai betegséget is. A nyugdíjas válaszadók közül is jócskán találunk olyanokat, akik napi szállásgondokkal küzdenek (66%), hiszen az utcai gondozó szolgálat, nappali melegedő vagy éjjeli menedékhelyek ügyfelei.

A hajléktalan emberek egyötödének van rendszeres állása, további egyötödük kap nyugdíjat. A hajléktalan emberek jelentős része számára a megváltozott munkaképességű státusz – megfelelő biztosított jogviszony esetén – egyszerre jelenthet(ne) plusz jövedelmet, valamint munkarehabilitációs eszközöket. Ahhoz képest, hogy a mintánk kétharmada mondta magát betegségükből, fogyatékoságukból kifolyólag akadályozottnak, mindössze a minta kevesebb mint 16%-a jelezte, hogy megváltozott munkaképességű. A jövedelemmel nem rendelkező, alacsony státuszú munkát végző hajléktalan emberekre jellemző inkább az, hogy a (még) bizonytalanabb lakhatási körülményt jelentő éjjeli menedékhelyen, illetve utcán éjszakázik. (Az ezen helyeken éjszakázó emberek közel 60%-ának nincs rendszeres munkája, se nyugdíjból származó jövedelme – mindössze 14%-uk dolgozik rendszeresen.)

Az egészségügyi ellátórendszerben való tájékozódás kapcsán bemutattuk, hogy a hajléktalan emberek egy része támogatást igényel az állapotjavulás/megőrzésének menedzselése kapcsán. A válaszadók 62%-a jelölt meg valamilyen belgyógyászati betegséget. Gyakori a magasvérnyomás, a COPD/asztma, illetve a cukorbetegség. Ugyanakkor előfordul a lábszárfekély és a demencia is. Utóbbi előfordulása „mindössze” 15 embert érint a válaszadóink közül, azonban mégis nagyon fontos jelenségre világít rá, amely új kihívásokat támaszt az ellátórendszer felé.

A BUSZSZH 2022. évi kutatásának eredményei alapvetően visszaigazolták, megerősítették azokat az összeurópai szintű megállapításokat, melyeket közel egy évtizeddel ezelőtt állapítottak meg (ld. Mentál Health Europe, 2013, illetve a hazai Február Harmadika munkacsoport által végzett kutatások).

Egyértelműen állítható, hogy a mentális zavarok a társadalom egészéhez képest lényegesen nagyobb előfordulást mutatnak. Megfigyelhető a látencia, továbbá az ehhez kötődő akadályok is masszívabbak. A válaszadók 27%-a (143 fő) önbevallás alapján azt nyilatkozta, hogy van diagnosztizált

pszichiátriai betegsége. A diagnózissal nem rendelkezők 7,6%-a vett igénybe pszichiátriai egészségügyi ellátást.

A BUSZSZH 2022 kutatásban mért pszichiátriai betegségek előfordulásait illetően legnagyobb arányban a depresszió (15,9%) fordult elő, amit a szorongás (12,6%) követ. Egyaránt közel egytizede a jelzett pszichiátriai betegségeknek a hangulatzavar (10,6%) és a pánikbetegség (9,8%). Ahogy az átlagnépességben is, a hajléktalan mintánkban is az előbbi diagnózisoknál alacsonyabb előfordulását mértük a szkizofréniának (3,5%), illetve a bipoláris zavarnak (2,2%).

Aggasztó, hogy a diagnosztizált pszichiátriai betegek egynegyede nem vett még igénybe sem egészségügyi, sem szociális ellátást. Az igénybe vett egészségügyi ellátások kapcsán kiemelnénk, hogy a diagnosztizáltak 56%-a találkozott pszichiáter szakorvossal az elmúlt egy évben. A gondozóhálózat és a hajléktalanellátás pszichiátriai kapacitásait is igénybe vették az ügyfeleink. A diagnosztizált emberek mindössze fele mondja, hogy betegségük megfelelően karban van tartva. A diagnosztizált hajléktalan emberek jó része nem teljesen elégedett az igénybevett ellátások valamelyik fontos aspektusával.

Kutatásunk korlátai ellenére bízunk benne, hogy hozzájárul ahhoz, hogy a mentális problémával élő hajléktalan emberek helyzetét jobban meg tudjuk érteni, és ennek megfelelően alapot tudunk szolgáltatni a támogatórendszereink fejlesztéséhez!

Felhasznált irodalom

Seena Fazel, Vivek Khosla, Helen Doll and John Geddes (2008): The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries: Systematic Review and Meta-Regression Analysis. In: PLOS Med. 5 (12 b): e225. doi:10.1371/journal.pmed.0050225

Martens, Willem (2002). "Homelessness and Mental Disorders: A Comparative Review of Populations in Various Countries". International Journal of Mental Health. 30 (4): 79–96. doi:10.1080/00207411.2001.11449534

Arias-de la Torre, J., Vilagut, G., Ronaldson, A., Serrano-Blanco, A., Martín, V., Peters, M., Valderas, J. M., Dregan, A., & Alonso, J. (2021). Prevalence and variability of current depressive disorder in 27 European countries: a population-based study. The Lancet. Public health, 6(10), e729–e738. doi:10.1016/S2468-2667(21)00047-5

Lisbon Declaration on the European Platform on Combatting Homelessness (2021) Forrás: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1061&langId=en> (letöltve: 2023.06.01.)

Bitter István dr. - Czobor Pál dr. - Kakuszi Brigitta dr - Réthelyi János dr. (2023): A pszichiátriai betegségekre jelentős korai halálozási arányszámok jellemzők: szomatikus komorbiditás és mortalitás autizmusspektrum-zavarban és szkizofréniában, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest In: ORVOSI HETILAP 1293ORVOSI HETILAP 164. évfolyam, 33. szám

Budapest Főpolgármesteri Hivatal (2022): OTTHON, MINDENKINEK FŐVÁROSI STRATÉGIA AZ OTTHONTALANSÁGÉS A HAJLÉKTALANSÁG CSÖKKENTÉSÉRŐL Forrás: [https://budapest.hu/Documents/civil_iroda/Otthon,%20mindenkinek%20\(Elo%CC%8Bzetes%20va%CC%81tozat\).pdf](https://budapest.hu/Documents/civil_iroda/Otthon,%20mindenkinek%20(Elo%CC%8Bzetes%20va%CC%81tozat).pdf) (letöltve: 2023.03.25.)

Cserhádi Ilona - Keresztély Tibor - Pirisi Károly (2021): A Hajléktalanság Vizsgálata a Február Harmadika Munkacsoport Felmérésének Adataival in: Győri Péter (szerk.) (2021): Húsz Év Után – a Február Harmadika Országos Hajléktalan adatfelvétel elemzése Forrás:

<http://menhely.hu/index.php/hajlektalansag/tanulmanyok/8090-husz-ev-utan-a-februar-harmadika-orzagos-hajlektalan-adatfelvetel-elemzesei> (letöltve: 2023.03.25.)

Gyöngyösi Katalin - Erdőhegyi Márta - Balog Gyula (2021): „Mi vagyunk a legutolsó hely” Pszichoszociális fogyatékoság (pszichés problémák) hajléktalan emberek között, budapesti alacsony küszöbű hajléktalan-ellátásban dolgozó szociális munkások tapasztalatai tükrében In: Esély Vol. 32. (2021) No. 2. szám Forrás: [https://www.esely.org/kiadvanyok/2021_2/esely-2021-2-gyongyosi-114-138\(2\).pdf](https://www.esely.org/kiadvanyok/2021_2/esely-2021-2-gyongyosi-114-138(2).pdf) (letöltve: 2023.03.25.)

Győri Péter (é.n.A): Jelentés a hajléktalan emberek 2020 február 3-kérdőíves adatfelvételéről – Büntető törvény után-világjárvány előtt Hajléktalanná válás – szolgáltatások - perspektívák Forrás: <http://www.menhely.hu/index.php/hajlektalansag/februar-3> (Letöltve: 2023.03.25.)

Győri Péter (é.n.B): Jelentés a hajléktalan emberek 2022. február 3-i országos kérdőíves adatfelvételéről – Járvány – háború – munkaerőpiac Hajléktalanság hármas szorításban Forrás: <http://www.menhely.hu/index.php/hajlektalansag/februar-3> (letöltve: 2023.03.25.)

Győri Péter (2021): Idősorok a hazai hajléktalanságról In: Győri Péter (szerk.) (2021): Húsz Év Után – a Február Harmadika Országos Hajléktalan adatfelvétel elemzése Forrás: <http://menhely.hu/index.php/hajlektalansag/tanulmanyok/8090-husz-ev-utan-a-februar-harmadika-orzagos-hajlektalan-adatfelvetel-elemzesei> (letöltve: 2023.03.25.)

KSH (é.n.): Tehetünk az egészségünkért Forrás: https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html?fbclid=IwAR0jCuzLivaZF397yr8SWI_n3SG3lf7URW4pqSzvNeahkn44sGC7ZYxrwo4#krnikusbetegek (megtekintve: 2022.02.15.)

KSH (2021): Szociális Statisztikai Évkönyv 2020 Központi Statisztikai Hivatal, Budapest

KSH (2022): Szociális Statisztikai Évkönyv 2021 Központi Statisztikai Hivatal, Budapest

KSH (2023): Népszámlálás 2022 online adatbázis Központi Statisztikai Hivatal, Budapest Forrás: <https://nepszamlalas2022.ksh.hu/eredmenyek/vegleges-adatok> (Letöltve: 2023.12.29.)

Lisbon Declaration (2021): Lisbon Declaration on the European Platform on Combatting Homelessness, Forrás: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1550&langId=en> (letöltve: 2023.03.25.)

Mental Health Europe (2013): Acces to services by people with severe Mental Health Problems Who are homeless Forrás: <https://www.mhe-sme.org/access-to-services-by-people-with-severe-mental-health-problems-who-are-homeless/> (letöltve: 2023.09.10.)

Mózer Péter (2021): Kiszolgáltatottság és a Szükségletek Kérdése in: Győri Péter (szerk.) (2021): Húsz Év Után – a Február Harmadika Országos Hajléktalan adatfelvétel elemzése Forrás: <http://menhely.hu/index.php/hajlektalansag/tanulmanyok/8090-husz-ev-utan-a-februar-harmadika-orzagos-hajlektalan-adatfelvetel-elemzesei> (letöltve: 2023. 03. 25.)

Pozsgai Éva (2022): Cikkismertetés: Milyen gyakori a depresszió előfordulása Európában és vannak-e földrajzi különbségek? In: Egészségfejlesztés, 63(1), 78-79. Forrás: <https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7709> (letöltve: 2023.05.10.)

Dr. Váradi Enikő⁵⁸ - Bódy Éva⁵⁹: Pszichiátriai betegek egészségügyi és szociális ellátása Budapesten – az országos ellátás tükrében

Tanulmányunkban a pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos egészségügyi és szociális szolgáltatórendszer elemeit, együttműködését vizsgáljuk. Elemzésünkben Budapestre fókuszálunk, ugyanakkor a megállapításaink az országos folyamatokra, helyzetre is kivetíthetők. Írásunkban a pszichiátriai ellátórendszer sajátosságait emeljük ki az ellátási és betegutak elemzésével. E részben a szakmában leggyakrabban használt, Gordos Erika és Ács Andrea (lásd Gordos Erika, Ács Andrea (2017)) által közzétett folyamatábrát gondoltuk tovább a hajléktalan emberek sajátos helyzetére tekintettel.

Az érintett hajléktalan és egészségügyi, valamint szociális pszichiátriai szolgáltatásban dolgozó szakemberekből álló fókuszcsoporthoz beszélgetések során azokra a jellemzőkre, problémákra kérdeztünk rá, amelyek meghatározók a súlyos mentális problémával élő hajléktalan emberek megfelelő, hatékony ellátása szempontjából.

A pszichiátriai ellátórendszer elemeinek sajátosságai

A mentális zavarok gyakoriságukat és következményeiket tekintve a legjelentősebb népegészségügyi kihívások közé tartoznak. Emiatt az ellátásuk ill. ellátásukért felelős egészségügyi és szociális pszichiátriai intézményrendszer kiemelt jelentőséggel bír. Az elmúlt pár évtizedben a pszichiátriai ellátásban a kezelési lehetőségek fejlődése mára lehetővé tette, hogy a pusztán kuszodiális (vagyis őrző) ellátástól eljussunk a felépülés alapú terápiás szemléletig (erről bővebben lásd pl. Váradi 2020). Ezzel a folyamattal párhuzamosan zajlott/zajlik az elmúlt évtizedekben az ellátórendszer átalakulása, amelynek középpontjában – a WHO és számos nemzetközi irányelv útmutatása szerint – a közösségi szemléletű (lakosságközeli) ellátási forma áll (lásd pl. WHO 2009).

Magyarországon a pszichiátriai ellátásban a rehabilitáció és a felépülés modellje, bár tetten érhető, nem hozzáférhető egyenletesen bárhol és bárki számára, illetve alkalmazása nem rendszerszintű. Hazánkban a pszichiátriai betegek egészségügyi és szociális szolgáltatások között is tudnak pszichiátriai fókuszú ellátást állami finanszírozás mellett igénybe venni.

Az egészségügyi rendszer részéről a pszichiátriai gondozóhálózat adja a pszichiátriai járóbetegellátás gerincét: országszerte, területi ellátási kötelezettséggel a mentális betegségek széles spektrumában akut és hosszútávú ellátást biztosítva.

Ehhez kell(ene), hogy rendeződjön a szociális szolgáltatórendszer részeként működő pszichiátriai ellátás. Azonban a két ellátórendszer ellátási mutatói egymáshoz a területi tervezés szintjén nem illeszkednek. A szociális rendszeren belüli közösségi pszichiátriai ellátás csak a területi pszichiátriai gondozó együttműködésével juthat engedélyhez, viszont – bár mindkettő állami feladat – a kapacitásaik tervezése nem egymásra figyelve, egymáshoz tudatosan viszonyulva történik.

Az egészségügy részeként működő pszichiátriai gondozásról elmondható, hogy lakosságközeli, multidiszciplináris, preventív és rehabilitációs szemléletű, outreach-re⁶⁰ alkalmas, alapellátással, szociális ellátókkal kapcsolatban álló ellátási forma. A pszichiátriai gondozás szakmai irányelvei alapján megfelelő ellátási forma lehet a közösségi szemléletű (lakosságközeli) ellátásban, a WHO nemzetközi irányelveit követve. Magyarországon ezen ellátási forma közel hatvanéves hagyománnyal rendelkezik.

⁵⁸ Cogito Alapítvány

⁵⁹ Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ

⁶⁰ Az outreach az a tevékenység, amely szolgáltatást nyújt minden olyan lakos számára, aki egyébként nem fér hozzá ezekhez a szolgáltatásokhoz.

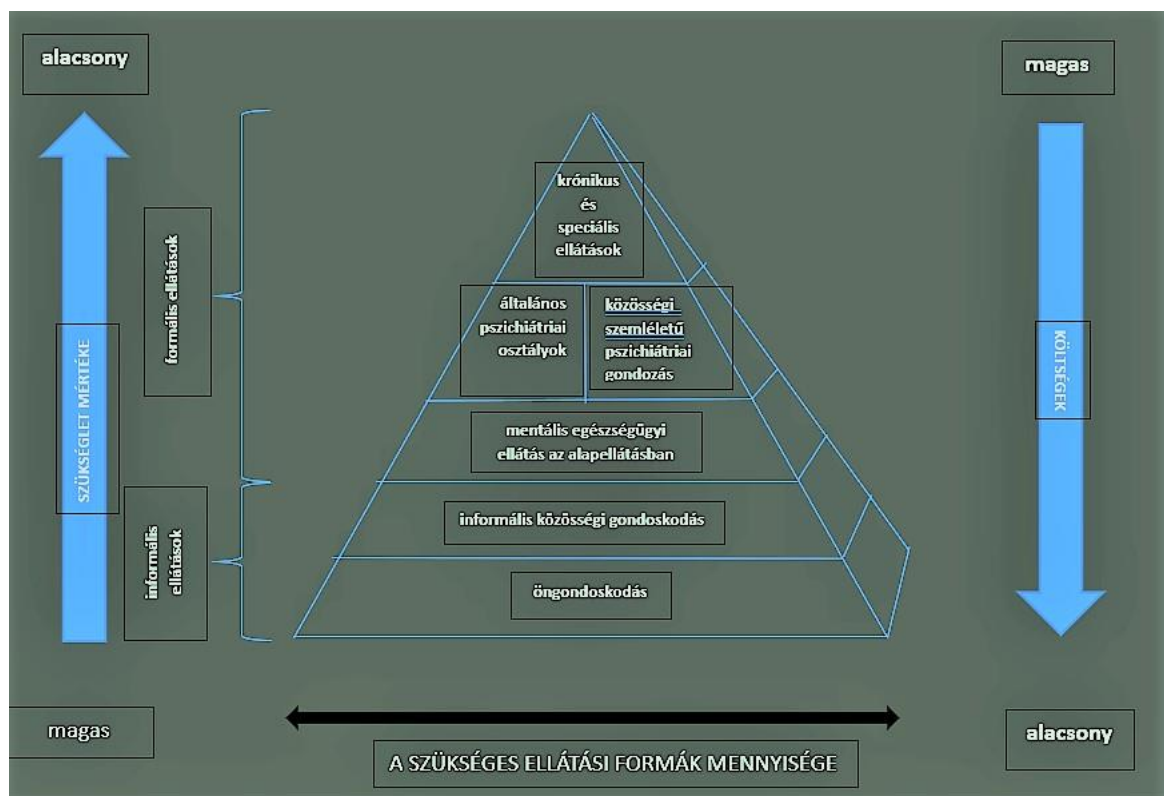
Az egészségügyi pszichiátriai gondozóhálózattal együttműködésben szolgáltatnak szociális rehabilitációt a közösségi pszichiátriai ellátások. E mellett – szintén a szociális szolgáltatórendszer részeként – a pszichiátriai nappali ellátást minden 10.000 fő feletti lakosságú önkormányzatnak kötelező az üzemeltetni. Minden szociális szolgáltatónak a területén működő, a célcsoportját érintő szolgáltatóval együttműködésben kell dolgoznia. Ugyanakkor erre jogszabályi kötelezettség CSAK a pszichiátriai gondozóhálózat és a közösségi ellátások esetében jelenik meg explicit módon.

Szabályozott folyamatok nincsenek, csak az ellátások elérhetőségei, illetve a tárgyi és személyi feltételei szabályozottak, valamint az egyes szolgáltatások egymáshoz való kapcsolódása.

Az állam feladata a lakhatással együtt nyújtott pszichiátriai szociális szolgáltatások biztosítása is. Ez lehet átmeneti intézmény, rehabilitációs intézmény, ápoló-gondozó otthon vagy a legkorszerűbb bentlakást nyújtó szolgáltatástípusként a támogatott lakhatás. Meg kell jegyezzük ugyanakkor, hogy ez utóbbi szolgáltatás nem érhető el Budapesten, a fővárosban nincs egyetlen ilyen férőhely sem (a 2022. évi adatok alapján – lásd KSH, 2023).

A WHO szakpolitikai ajánlásaiban az optimális ellátórendszer struktúráját a következőképpen szemlélteti (lásd WHO, 2009):

1. Ábra A WHO ajánlása az optimális szolgáltatási struktúráról



forrás: WHO, 2009:22, saját fordítás

A fenti ábrából egyértelműen kitűnik, hogy a pszichiátriai bentlakásos intézmények súlya jelentősen visszaszorul egy ilyen – optimálisnak tekinthető – ellátórendszerben. A WHO szerint kiemelten hangsúlyos az alapellátás, illetve a nem-hivatalos közösségi gondoskodás (család, szomszédság, egyéb természetes támogató közösségek) elemei. Sajnálatos módon épp ezek azok az elemek, melyek hazánkban kevésbé/nem jellemzők.

Váradai Enikő korábbi munkájában így ír erről: „A pszichiátriai gondozók a pszichiátriai járóbetegellátás alapvető intézményi egységei, amelyekhez területi elven a szakrendelési feladatok és gondozási tevékenységek tartoznak.

Az elemzést nehezíti, hogy kevés adat és elemzés férhető hozzá, utóbbiak néhány éves adatokra támaszkodnak. Bár rendszerszinten jelentős változások azóta nem történtek, aktualitásuk fenntartásokkal, pontosításokkal értékelhetők. A publikus adatbázisok értékelhetőségét nehezíti, hogy nem látjuk belőlük, hány beteg kerül ellátásra a rendszerben – ehhez TAJ számhoz rendelhető adatokra lenne szükség, helyette az ellátórendszer aktivitása, igénybevétele értékelhető. Hasonlóképp a kapacitások nem fedik a valós humánerőforrás jelenlétét az ellátórendszerben. Az adatforrásoktól függően az adatok közt eltérés észlelhető, így pl. az OSAP jelentések és a NEAK publikus adatai között.” (Váradai, 2020).

Az egészségügyi pszichiátriai fekvőbeteg ellátás akut, rehabilitációs és krónikus ellátásokból áll. A fekvőbetegellátás keretein belül értelmezendők a nappali kórházi férőhelyek is, melyekkel Budapesten minden kórház rendelkezik. A fekvőbeteg ellátás adatai 10.000 lakosra vetítve magasabb arányt mutatnak Budapesten, mint országos viszonylatban. Mégis érezhetjük úgy, hogy ez a kapacitás nem elégséges. Ezt egyrészt azért, mert nincsenek friss adatok, másrészt a fekvőbeteg ellátás átlagos napszáma Budapesten 11,8 nap, amely alacsonyabb az országos számhoz (12,7 nap) képest a 2019-es adatok alapján (adatok forrása: NEAK 2020).

Az egészségügyi fekvőbeteg ellátás a szociális szolgáltatásokkal ritkán mutat zárt, jól egymásra épülő folyamatot. Jellemzően inkább a pszichiátriai gondozó és a szociális szolgáltató között áll fenn együttműködés, egyrészt a gondozás okán, másrészt a jogszabályi kötelezettség okán, harmadrészt a területi ellátás okán. Zavar akkor áll fenn e két szolgáltatói rendszer között, ha azok módszertani tartalma és célrendszere eltérő, nem épül egymásra.

Ha a KSH 2021. évi országos pszichiátriai gondozásban részesülők számát vizsgáljuk – 154.862 fő volt –, akkor ezen populáció 10%-ának⁶¹, azaz 15.486 főnek kellene elérnie speciális alap szociális szolgáltatást, ezzel szemben ez a szám 2021. évben 9.404 kapacitás volt, ami CSAK 6%-a a gondozásba vett klienseknek (saját számítás a KSH online adatbázisa⁶² és Szociális Évkönyve (KSH, 2022) alapján).

A jelen tanulmánykötetben korábban már közzétett kutatási eredmények is azt támasztják alá, hogy az egészségügyi pszichiátriai gondozókat nem minden esetben éri el a hajléktalanellátást igénybe vevő pszichiátria beteg ember. Ők – ha egyáltalán, akkor – a szociális ellátórendszeren belül működtetett hajléktalan egészségügyi centrumokon, vagy a szintén szociális szolgáltatásként működő átmeneti ellátás területén rendelő pszichiátereken keresztül jutnak kezeléshez.

A két ellátórendszer (vagyis az egészségügyi és a szociális terület) rendszeres adatfelvételei nem alkalmasak az összehasonlításra és következtetések levonására. A két ellátórendszer így egymás adataira nem rezonál, nincsenek szabályozott, összekapcsolt folyamataik.

További megállapításunk, hogy a markánsan változó célcsoport jellemzők mellett (változó szükséglet, változó környezet) az ellátórendszer nem, vagy csak lassan változik.

Főbb megállapítások:

⁶¹ A 10% becsült adat, amely szakmai konszenzuson alapul. Az 191/2008. (VII.30.) kormányrendelet előkészítési folyamatában a közösségi ellátások kapacitás kialakításakor a területi elosztás vetítési alapja a pszichiátriai gondozóban gondozott létszám 10%-ában egyezett meg a szociális ágazat irányítása a pszichiátriai szakmai szervezetekkel. Ez alapján született az a konszenzus tehát, amely a pszichiátriai gondozott betegek 10%-át gondolta az egészségügyi rehabilitáció mellett szociális rehabilitációs igénnyel is bírónak.

⁶² A KSH online adatbázisából a 4.1.1.27. tábla - Pszichiátriai gondozókban gondozottak száma tábla elérhető: https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0027.html (utolsó megtekintés: 2023.12.15.)

- Az egészségügyi és pszichiátriai fekvőbeteg ellátás, valamint a szociális szakellátás ellátásszervezése egymással nincs összhangban - miközben mindkettő állami feladat.
- A pszichiátriai ellátás alacsony küszöbű, nem beutaló köteles, területi alapon szervezett.
- Jellemző a területi heterogenitás az ellátás majdnem minden paraméterében, COVID óta több kieső ellátó (fekvő és járó).
- Az elmúlt évtizedekben a kórházi ellátási szükségletek változáson mentek keresztül (lásd 1. melléklet - aktív fekvőbeteg szakellátási esetszám változása 2008-2021 között ábra).
- A pszichiátriai betegek jelentős része az egészségügyi járóbeteg ellátásban kerül ellátásra.
- A hajléktalan pszichiátriai betegek jellemzőit figyelembe véve ez az arány valószínűleg inkább a kórházi ellátás felé tolódik az esetükben. A hajléktalan pszichiátriai betegek, ha együttműködésük alacsony, vagy nincs az egészségügyi ellátással, akkor a szociális ellátórendszerre támaszkodhatnak csak. Ennek igénybevétele azonban mindig attól függ, hogy melyik hajléktalanellátást veszik igénybe az érintettek. Ha váltakozik az egyén szállás/tartózkodási helye, akkor a gondozása már nem egy területi ellátóhoz tartozik, hiszen szálláshelyével a területi ellátási felelősség is változik. Így a gondozás nem tud a rehabilitáció és a felépülés modell rendszerében maradni, annak megfelelni.

Hajléktalan személyek esetében a lakhely nem állandó, így a gondozási folyamat, ha el is indult, sérülékennyé válik. A gondozás területi elv alapján szerveződik, a gondozási folyamat folytonosság a lakhely, mint az egyén relatíve stabil paraméterével függ össze. Ez ütközik a hajléktalan személy lakhatási bizonytalanságával, ellátásszervezési dilemma áll fenn az integráció versus szegregáció elve mentén.

Kapacitáshiány és alulfinanszírozottság jellemzi mindkét szférát. Kapacitási aránytalanságok állnak fenn a szociális ágazaton belül és a pszichiátriai szociális és egészségügyi ágazatok között is. A kapacitások túlsúlyának a lakóhelyközeli ellátások felé kellene, hogy elmozduljanak. Rendszer anomáliák állnak fenn a szociális szolgáltatásokon belül, mert finanszírozási ütközési szabályok vannak a pszichiátriai és hajléktalanellátás között. Módszertani egyenetlenségekkel működnek a szociális és a pszichiátriai szolgáltatások, mert a szakmai folyamatok nincsenek egymáshoz hangolva. Az együttműködések személyfüggők, nem rendszerszintűek. Sok esetben szociális szakmai interakciók és módszerek hiánya jellemzi a szociális szolgáltatásszervezést. Sokkal több professzionális eszköztár használatra van szükség a pszichiátriai szociális szolgáltatásokban.

A pszichiátriai szociális alapszolgáltatások finanszírozott célcsoportja:

- A nappali ellátások esetében nincs meghatározva milyen pszichiátriai diagnózisú kliens a szolgáltatás alanya. Ezt a szolgáltató dönti el a terület szükségletfelmérése alapján⁶³.
- Közösségi pszichiátriai ellátás finanszírozott célcsoportja a nagy pszichiátriai kórképekkel rendelkező krónikus beteg⁶⁴.

Mindkét ellátás fő célja a rehabilitáció a krónikus pszichiátriai betegségekben kezelt igénybe vevők részére. A módszertan elsődleges megközelítése idáig az volt, hogy az egészségügyi pszichiátriai rehabilitáció köré, azt támogatva, kiegészítve, komplexé téve szükséges a két szociális alapszolgáltatásnak szerveződnie, szolgáltatást nyújtania azért, hogy az egyének minél tovább képesek legyenek saját környezetükben maradni, élni.

⁶³ 2024. évtől változás: a pszichiátriai nappali ellátás finanszírozott ellátottja az, aki a schizofrenia, schizotipias és paranoid (delusiv) rendellenességek (F 20–29), hangulatzavarok (affektív rendellenességek) (F 30–39), neurotikus, stresszhez társuló és szomatiform rendellenességek (F 40–45.9), evési zavarok (F 50), illetve a felnőtt személyiség és viselkedés rendellenességei (F 60–69) kórképek valamelyikével rendelkezik. in: <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A2300055.TV&pagenum=6>

⁶⁴ BNO 10 kódkönyv F 00–09 vagy F 20–99 diagnóziskódba tartozó ellátott.

Módszertani változásra is szükség van a kapacitásnövelésen túl:

- a pszichiátriai gondozók és a közösségi ellátások együttműködése garantált jogszabállyal és szakmai protokollal/ajánlással, erre van szükség a többi ellátási területen is
- a fekvőbetegellátás esetében a szociális szolgáltatásokkal való együttműködésnek rendszerszintűvé kell válnia – most személyfüggő – több szociális munkásra van szükség az egészségügyi ellátásban
- a pszichiátriai nappali ellátásokat a hajléktalanellátással lehessen együttesen igénybe venni (finanszírozási szabálmódosítás)
- a közösségi ellátások kapacitását növelni kell a hajléktalanellátásban, s át kell gondolni a közösségi ellátás finanszírozotti célcsoportját (elsősorban a pszichotikus zavarokkal élők krónikus ellátását célozza most)
- a hajléktalanellátásban dolgozó munkatársak számára szociális munka eszköztár növelésre van szükség
- az egészségügyi és a szociális szolgáltatások között erősebb együttműködést szabályzó eszközre és kapacitásra van szükség.

Ellátási utak

Az ellátási utak szerepe – természetesen – a pszichiátriai ellátásban is kulcsfontosságú a hatékony, sikeres felépüléshez. Megállapításunk, hogy jelenleg eseti a kapcsolódás a különféle szolgáltatások, szakemberek közt.

A felépülésalapú modell lényegi elemét adó, közösségi szemléletű szolgáltatások főként a nyugat-európai (angol, olasz, skandináv), ill. angolszász (észak-amerikai, ausztrál) mentális egészségügyi ellátásban terjedtek el. Ezen szolgáltatások elsősorban nem a terápiás módszertani repertoárjukban térnek el egymástól, sokkal inkább az ellátás szervezése tekintetében ölthetnek különböző intézményi, szervezeti formát. (Bővebben lásd Várad 2020.) Természetesen e bizonyítottan hatásosan és hatékonyan működő típusok elemei a hazai pszichiátriai gondozásban is helyet kapnak, ill. kaphatnának.

Várad Enikő korábbi publikációjában a következőképp ír erről: „Az *integrált mentális egészségügyi ellátásban* dolgozó teamhez az alapellátáson keresztül jutnak el a betegek szakellátásra, ám hosszútávon az alapellátás viszi a kezelést, amihez a team konzultációt, míg a páciens környezete számára pszichoedukációt biztosít. Ezek mentén különösen eredményes a korai kezelésbe vételben. Az ellátási formát tehát az alapellátással való szoros kollaboráció jellemzi és egy beteg kezelése csak a szükséges mértékben köti le a szakembereket és erőforrásokat. Az *asszertív közösségi kezelés* teamje ún. outreach, területi munka keretében maga látja el a speciális igényű betegeket, hatékonysága elsősorban a súlyosabb, nehezen együttműködő mentális betegek ellátásában bizonyított. Végül a *személyes szolgáltatást nyújtó szolgáltatások (case management)* elsősorban az egyénre szabott terápiás tervben meghatározott módszerek – és szolgáltatások – közötti zavartalan átmenetet biztosítja, koordinálja. A pszichiátriai szakellátás igénybevétele nem beutaló köteles. Nem ismert olyan regiszter, amely a háziorvosi beutalásokat külön rögzíti, ám gyakorlati tapasztalat, hogy az ellátást igénybe vevő páciensek töredéke érkezik háziorvosa ajánlásával. Ezt a tapasztalatot rögzíti a hazai pszichiátriai ellátórendszert vizsgáló WHO tanulmány, amely szerint egy háziorvos havonta 1-2 beteget utal a pszichiátriai gondozóba. A tanulmány szerint az alapellátás alapvetően nem látja el a kapuőr funkciót a mentális zavarok felismerésében és kezelésében. Ennek hátterében a finanszírozási érdekeltség, ismeretek hiánya, kompetenciák elégtelensége áll az alapellátás részéről, de szerepet játszik a betegek magatartása, pszichopatológiája, illetve stigmatizációtól való félelme (Saxena és mtsai, WHO 2014). A kapuőr funkció így a pszichiátriai

gondozókra hárul, a legtöbb esetben itt történik az ellátórendszerbe kerülő páciens első ellátása. A páciensek kerülhetnek saját iniciatívából, más szakrendelésekről és pszichiátriai osztályokról a gondozói ellátásba, ennek arányai pontosan nem ismertek.” (Váradí 2020)

Dr. Gaál Péter, Dr. Makkos Zoltán, Kovács Tamás szerzőtrío egy korábbi írásában markáns megállapítást tesz: „A fekvő-, járóbeteg-szakellátásban megjelentek és az antipszichotikumot kiváltó szkizofrén betegek számát mutató eredmények arra utalnak, hogy ezen betegek 30-35%-a az adott évben nem jut el az ellátórendszerig és a szakma szabályai szerinti kezelésben nem részesül.” (Dr. Gaál és szerzőtársai, 2018) Elmondható az is, hogy az ellátási kapacitások egyenetlen eloszlása következtében a gondozói teamek összetételében is jelentős eltérések vannak.

A szociális szolgáltatásokat azon igénybe vevők keresik meg, akik pszichiátriai gondozás mellett szociális szolgáltatás támogatását is igénylik, illetve evvel együtt képesek életüket vinni. Azt gondolnánk, hogy a folyamataink így egy jól kijárt úton haladnak, de sajnos ez az út töredezett. Ennek oka a kapacitáshiány mellett, a kliensek motivációs nehézségei, betegség belátása, illetve az egészségügyi és szociális szolgáltatók egymás közötti együttműködéseiben és a finanszírozás módszertanában rejlik.

A szociális pszichiátriai ellátásban a közösségi ellátás célcsoportja azonos a pszichiátriai egészségügyi gondozásával. Ez így összhangot mutat. A nappali ellátásban a fenntartó dönt, milyen betegségcsoport számára nyújt szolgáltatást.

A kórházi ellátás nincs kapcsolatban a szociális alapszolgáltatásokkal, csak akkor, ha a két ellátó intézmény felismerte ennek fontosságát (lásd Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika és a Szigony Utitárs NKft).

Amennyiben a hajléktalanellátást igénybe vevő mentális problémával küzdő diagnózisa nem illeszkedik a közösségi ellátásban megjelölt támogatható diagnózissal, akkor e két szociális szolgáltató nem tud együttműködni egymással.

Betegutak

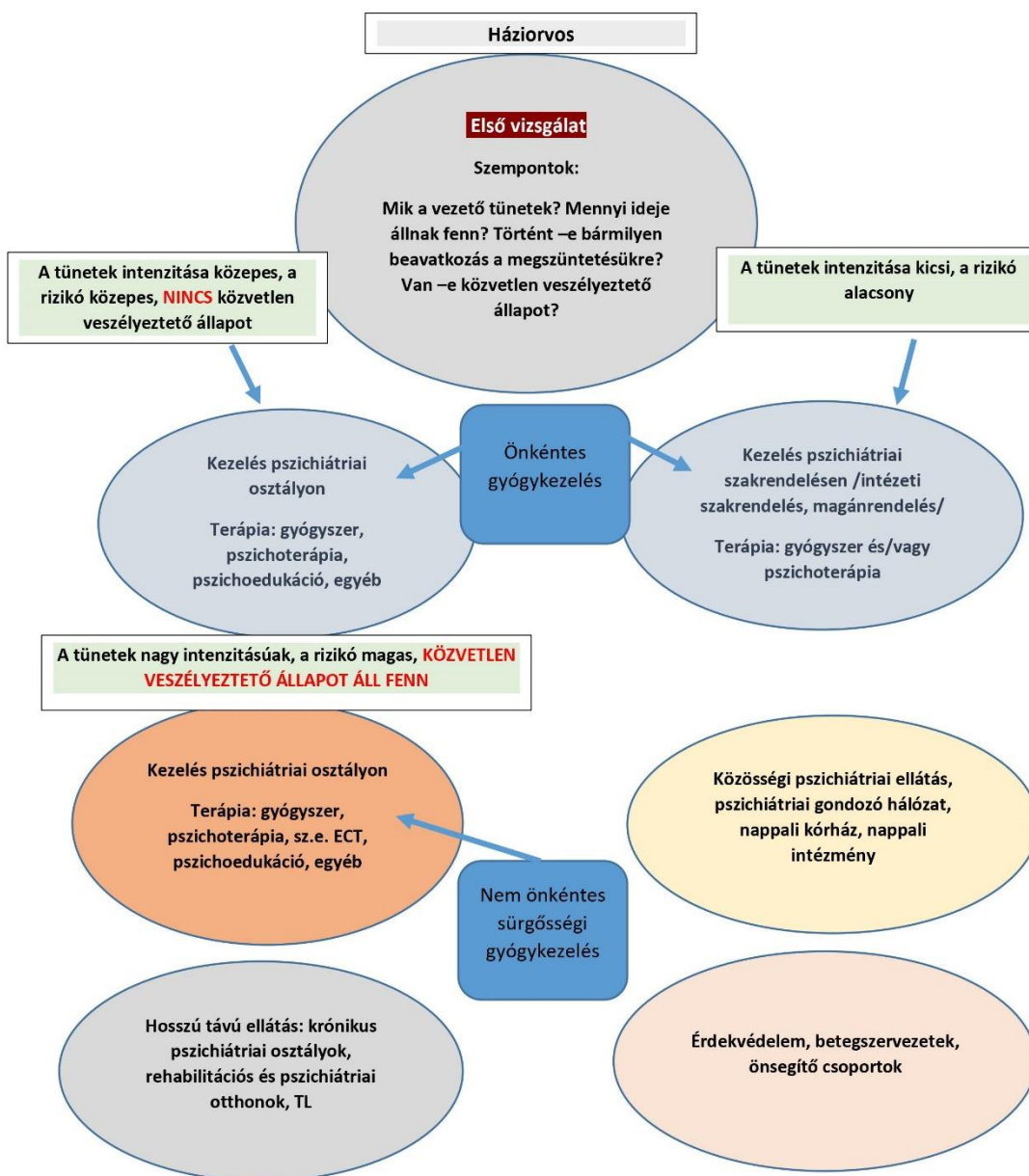
A mentális zavarok sokszínűek. Egy a betegút szempontjából fontos nézőpont a kezelés igénybevételét megváltoztatja. Ez a betegségbelátás. Amennyiben az egyén képes dönteni abban, hogy kér kezelést, van betegségbelátása, akkor az ellátási terület szerinti úton indul a gyógyulás folyamatába, ha nincs betegségbelátása, s tünetei közvetlen veszélyeztetők, akkor a sürgősségi ellátás keretein belül indul a kezelésbe vétel.

Ezen betegút leírását a Gordos Erika - Ács Andrea szerzőpáros tette közzé az egyik legátfogóbb hazai kutatás részeként, mely a hazai elfogadott és szabályozott viszonylatot mutatja be. (Gordos-Ács, 2017)

Ehhez az útvonalhoz vizsgáltuk a további töréspontokat. A mentális problémával élők esetében a betegségbelátás léte vagy nemléte kulcsfontosságú a betegút folyamatában való eredményes működésben.

Ezen betegút tehát a területi ellátáson alapul. A sürgősségi ellátás és a bírói szemle alapján meghatározott nem önkéntes kezelést szintén a területi ellátás valósítja meg. A mentális problémával élő hajléktalan emberek esetében a betegút további magas kockázatát éppen ezért a lakhatás területének változékonysága adja, ez töri meg a folyamatot, többször is akár.

1. ábra A Pszichiátriai ellátás folyamata az ellátórendszerben (Gordos - Ács, 2017:40)



Forrás: Gordos - Ács, 2017:40.o

Betegutak a hajléktalanellátásban részesülők esetében

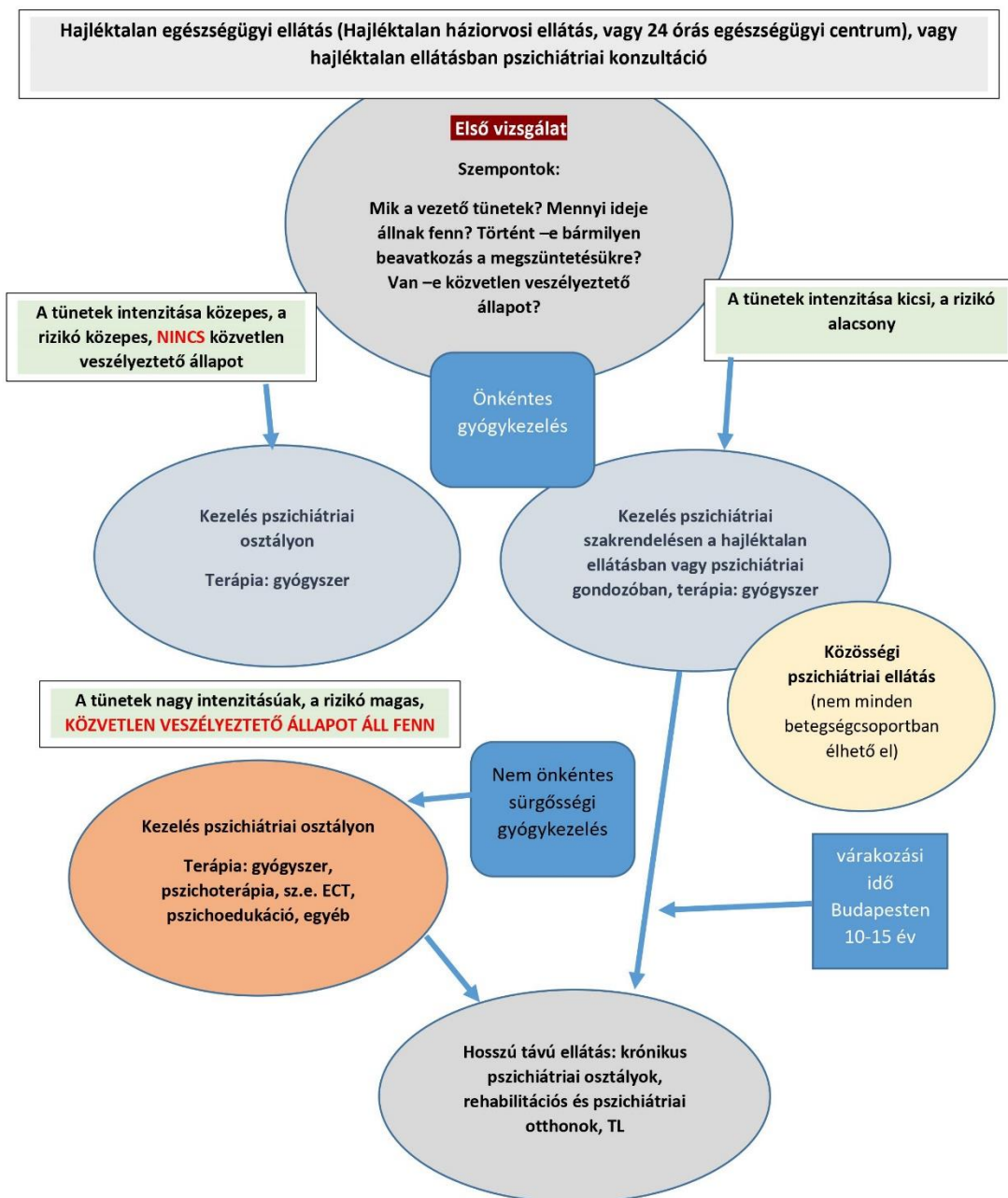
A hajléktalanellátást igénybe vevők esetében sem szabadna más jellemzőkről írunk, mint az otthonunkban élők betegút jellemzőinél tettük, hisz nekik a hajléktalanellátásban van aktuálisan az otthonunk, de legalábbis a szállásuk. Azonban már itt, a kiinduló pontban találunk egy lényeges különbséget. A hajléktalanellátás nem minden szállást nyújtó ellátási formáját tudja (legalább) ideiglenes otthonként értelmezni az igénybe vevő. Az éjjeli menedékhelyek pl. általában csak az adott éjszakára adnak fedezetet, nem pedig (akár csak egy meghatározott ideig) minden napra kiszámíthatóan. Az igénybe vevők tehát egyik éjjeli menedékhelyről – akár minden este – másik éjjeli menedékhelyre járhatnak, vagy igénybe sem veszik a szolgáltatásokat.

Másik fontos kitétel, hogy az otthon feltételez – akár egy beszűkült, vagy minimális, vagy nem mindig hatékonyan működő természetes (tehát nem fizetett, nem professzionális) támogató közeget (családtagok, szomszédság, barátok, stb. formájában).

Mindazonáltal a hajléktalanellátásnak ezen két kitétel biztosítása nem feladata. Mégis, ha a pszichiátriai problémát, tünetet az intézmény érzékeli, akkor a (saját szociális, hajléktalan-specifikus) rendszeren belül működő, nem a hagyományos egészségügyi területi ellátási rendszerhez illesztett hajléktalan egészségügyi centrum, vagy hajléktalan háziorvosi szolgálton keresztül indul a betegút.

Amíg a lakásukban élők esetében a betegút a lakás területi ellátása okán közel állandó módon biztosított (a területileg illetékes egészségügyi pszichiátriai gondozón keresztül), addig egy hajléktalan ember esetében ez az állandóság (nagyon gyakran) nem áll fenn (a változó lakhatási ingadozás okán változnak a szolgáltatók, szakemberek a személy körül), veszélyeztetve a pszichiátriai ellátásban kulcsfontosságú bizalom kialakulását és fenntartását, a stabil, hatékony betegút biztosítását.

2. ábra Betegutak a hajléktalanellátásban részesülők esetében



Forrás: saját szerkesztés Gordos - Ács (2017:40) alapján

A két ábra jól mutatja, hogy a hajléktalanellátást igénybe vevők számára nem érhető el minden pszichiátriai szociális szolgáltatás (pl. nem érhető el a pszichiátriai nappali intézmény), illetve a pszichiátriai gondozás nem elsősorban az egészségügyi pszichiátriai gondozóban, hanem a hajléktalanellátásban elérhető egészségügyi szolgáltatásokon keresztül történik, már amennyiben történik.

További fontos hátrány, hogy amíg a családban élő pszichiátriai beteg kap részben támogatást (e természetes támogatói közegetől), addig a hajléktalan személy vagy a családi támogatás nélkül élő személy e támogatás nélkül marad, amely hátráltatja, nehezebbé, sérülékenyebbé teszi a felépülést.

A hajléktalan személy esetében e (plusz) támogatást a szociális munkás vagy segítő adhatja meg, aki attól is függően, hogy milyen ellátást vesz igénybe a hajléktalan személy – pl. utcai gondozó szolgálat, krízisszállás, éjjeli menedékhely vagy átmeneti szállás –, kompetenciájában, személyi és tárgyi feltételeiben, működésmódjában változó (pl. az éjjeli menedékhely kompetenciájába a jogszabályi kötelezettség alapján nem tartozik sem a szociális esetmunka, sem egyéb alapgondozási feladatok), gyakran egymástól nagyon különböző.

Az alábbi összetevők fontosak a mentális gondozásban, a felépülés érdekében⁶⁵:

- természetes támogató közeg megléte,
- lakhatás biztonsága, alap egzisztencia biztosítása,
- stressz csökkentése.

A hajléktalanellátásban az alábbi változók töredezhetik tovább a gondozásban maradás útját:

- kliens motivációja alacsony,
- betegségbelátás hiánya,
- a különféle ellátások közötti mozgás gyakorisága (amennyiben változik a lakhatás területe),
- hospitalizáció,
- krízis állandósulása,
- stigma,
- gyógyszeresedés önállóságának és biztonságosságának hiánya,
- pszichiátriai szolgáltatások elérhetőségének, kapacitásainak korlátai az adott területen,
- időpontok betartásának problémái,
- hosszú várólista.

Tipikus szolgáltatási utak feltérképezése a budapesti ellátásban – fókuszcsoport tapasztalatok

A fókuszcsoport célja: feltárni és elemezni a hajléktalan pszichiátriai betegek ellátásait. Mire elég, mire nem? Milyen együttműködések mentén eredményes? Milyen akadályok és milyen támogató folyamatok, szabályok stb. vannak? Milyen erőforrásra van/lenne szükség az eredményes működéshez? Mit módosítanánk? Hogy látják ezt a hajléktalan és hogyan a pszichiátriai ellátás szereplői? A teljes kép kialakítása érdekében két fókuszcsoportot tartottunk:

1. A hajléktalanellátók fókuszcsoportjában résztvevő vezető és nem vezető munkatársak az alábbi szolgáltatási formákban dolgoztak:
 - Átmeneti szálló
 - Éjjeli menedékhely
 - Nappali melegedő
 - Lábadozó

⁶⁵ A felépülés alapú modellről, annak hazai alkalmazhatóságáról lásd Bugarszki Zsolt 2013-ban publikált tanulmányát (Bugarszki, 2013).

- 24 órás orvosi szolgálat, egészségügyi munkatárs
 - Utcai szociális munka
 - Hajléktalan ápoló-gondozó otthon.
2. A pszichiátriai ellátók fókuszcsoportja résztvevő vezető és nem vezető, szociális munkás és orvos munkatársak az alábbi egészségügyi és szociális szolgáltatási formákban dolgoznak:
- Pszichiátriai közösségi ellátás
 - Pszichiátriai nappali intézmény
 - Pszichiátriai ápoló-gondozó otthon
 - Pszichiátriai gondozó
 - Pszichiátriai fekvőbeteg ellátás
 - Pszichiátriai nappali kórház

Homogén fókuszcsoportokat szerveztünk, azaz ugyanaz a célcsoport vett részt egy-egy beszélgetésben, nem pedig vegyesen. A résztvevők anonim módon vettek részt a beszélgetésben, a feljegyzésekben sem rögzítettünk semmilyen adatot róluk, amely az azonosításukat lehetővé tenné. Az ülésekre 2023. II. negyedévében került sor, Budapesten.

A fókuszcsoport kérdései:

1. Mekkora súlyúnak látják, tapasztalják a pszichiátriai problémákat a hajléktalan embereknél?
2. Hogyan látják, hogyan tudja a hajléktalanellátás megoldani a pszichiátriai betegek támogatását?
3. A hajléktalan pszichiátriai beteg emberek ellátása kapcsán milyen együttműködések hoztak létre?
4. Mikor igaz az, hogy a hajléktalan pszichiátriai embert a hajléktalanellátásban kell támogatni, gondozni, s mikor az, hogy a pszichiátriai ellátásban?
5. Milyen erőforrásokra van szükség ezen kliensek támogatásában az Ön intézményében?
6. Ki dolgozik külsős pszichiátriai szolgáltatóval? Hogyan előzhető meg a pszichiátriai hajléktalanság?

E fenti kérdésekre adott fókuszcsoport észrevételeket, válaszokat az alábbi táblázatba foglaltan közöljük, az elhangzott kulcsszavak megadásával.

1. táblázat A szolgáltatási utak feltérképezése a budapesti ellátásában – a fókuszcsoportok összesített észrevételei, kulcsszavai

Tématerületek	Válaszok összegzései	Kulcsszavak
<p>1. Mekkora súlyúnak látják, tapasztalják a pszichiátriai problémákat a hajléktalan embereknél?</p>	<p>Hiányos a regisztráció arról, hogy pszichiátriai betegség diagnózisa kinél áll fenn.</p> <p>Diagnózis? Ki a beteg?</p> <p>A hajléktalanellátásban azt észlelik, hogy nem magasabb ezen betegséggel hozzájuk fordulók száma, viszont súlyosabb tünetekkel élnek, rosszabb állapotban vannak, s állandósult az arányuk.</p> <p>Legnagyobb gond a demenciával küzdők száma, s a számukra nyújtott szolgáltatástartalom.</p> <p>Hiányos a regisztráció a hajléktalanságra az egészségügyi ellátásban, nem tudják megítélni ki hajléktalan (volt egy kutatás az egyik kórházban, ott 70% arány jött ki).</p>	<p>Adathiány.</p> <p>Adekvát szolgáltatási tartalom hiánya.</p> <p>Demencia.</p> <p>Megváltozott jellemzők a hajléktalanellátásban, pszichiátriai ellátás a mindennapi ellátás része.</p> <p>Roszbabb állapotú kliensek.</p>
<p>2. Hogyan látják, hogyan tudja a hajléktalanellátás megoldani a pszichiátriai betegek támogatását?</p>	<p>Pszichiáter jelenléte szükséges az ellátásban.</p> <p>Gyógyszertámogatásra van szükség.</p> <p>Együttműködésre a területi ellátással.</p> <p>„Forgóajtós beteg” ellátására esetmenedzsment megoldásokkal lehet eredményesen reagálni.</p> <p>Pszichiátriai átmeneti ellátásra van szükség a fekvőbeteg ellátást követően.</p> <p>Gyógyszer compliance biztosítására a szociális szolgáltatásban.</p> <p>Szakorvosi ellátás kontrolljának biztosítására.</p>	<p>Edukáció a szociális munkásoknak.</p> <p>Pszichiátriai egészségügyi ellátás biztosítása a hajléktalanellátásban.</p> <p>Új kapacitások, új folyamatokkal.</p> <p>Szociális szolgáltatási rendszeren belüli ütközések feloldása.</p> <p>Közösségi pszichiátriai ellátás célcsoport módosítása.</p> <p>Pszichiátriai betegek után kiegészítő finanszírozás a hajléktalanellátásban.</p>

Tématerületek	Válaszok összegzései	Kulcsszavak
	<p>Hiányzó pszichiátriai ismeret, tudás biztosítására a hajléktalan szociális szolgáltatásban.</p> <p>Közösségi pszichiátriai ellátás célcsoportja nem azonos a hajléktalanellátásban megjelenő mentális problémákkal küzdők célcsoportjával.</p> <p>Pszichiátriai nappali ellátás ütközik a hajléktalanellátással, nincs szakmai kapcsolat a két szociális szolgáltatási forma között.</p>	
<p>3. A hajléktalan pszichiátriai beteg emberek ellátása kapcsán milyen együttműködések hoztak létre?</p>	<p>Pszichiátriai közösségi ellátással van kapcsolat több hajléktalanellátó átmeneti intézményben.</p> <p>Személyes kapcsolaton múlik az ellátásbiztosítás.</p> <p>Egészségügyi ellátás részről nyitottság, de nincs kapcsolódás, se kapacitás.</p>	<p>Rendszerszintű együttműködés.</p> <p>Közösségi Pszichiátriai Ellátás biztosítása.</p>
<p>4. Mikor igaz az, hogy a hajléktalan pszichiátriai embert a hajléktalanellátásban kell támogatni, gondozni, s mikor az, hogy a pszichiátriai ellátásban?</p>	<p>Közösségi érdek - egyéni érdek aránya felborul, a pszichiátriai ellátás felé kell irányítani a klienst.</p> <p>Kitiltással érintett kliensek esetében a pszichiátriai ellátásban van a helye.</p> <p>Mentő/rendőr dönti el.</p> <p>Vannak kliensek, akiknek pszichiátriai átmeneti ellátás kellene a fekvőbeteg ellátást követően.</p>	<p>Közösség vs egyén érdeke.</p> <p>Pszichiátriai átmeneti ellátás szükségessége.</p>
<p>5. Milyen erőforrásokra van szükség ezen kliensek támogatásában az Ön intézményében?</p>	<p>Edukáció.</p> <p>Együttműködés szabályozottan.</p> <p>Szükségletek szerinti ellátás.</p> <p>Szakápolók a hajléktalanellátásban.</p> <p>Átmeneti szálló specifikus célcsoportra.</p>	<p>Edukáció.</p> <p>Kapacitás.</p> <p>Specializáció.</p> <p>Pszichiáter jelenlét.</p>

Tématerületek	Válaszok összegzései	Kulcsszavak
	<p>Több pszichiáter óra kapacitás a hajléktalanellátásba.</p> <p>Több kapacitás a pszichiátriai közösségi ellátásra.</p>	
<p>6. Ki dolgozik külsős pszichiátriai szolgáltatóval? Hogyan előzhető meg a pszichiátriai hajléktalanság?</p>	<p>Egészségügyi ellátók kevés hivatalos együttműködéssel rendelkeznek.</p> <p>Belső erőforrással dolgoznak a hajléktalanellátók (saját pszichiátert foglalkoztatnak).</p>	<p>Szabályozott együttműködés.</p>

Forrás: saját szerkesztés

Ellátási utak elemzése, fókuszcsoport összegző megállapításai

Az elmúlt 30 évben megváltoztak a hajléktalanellátás célcsoport jellemzői, a pszichiátriai beteg hajléktalan emberek száma megnőtt az elmúlt 10 évben és napjainkra számuk stagnál. A hajléktalanellátó-rendszer, bár több új szolgáltatási formával bővült ez idő alatt, alapvető célja nem változott: a lakhatási problémára akar választ adni elsősorban, s ez tükröződik az ellátási formák minimumfeltételein is.

A rendszer mozdulatlansága okán az alábbi jellemzők vesznek körül bennünket a szociális és egészségügyi ellátást vizsgálva:

1. Ellátásszervezési folyamatok és ehhez rendelt kapacitások hiánya áll fenn:

- A pszichiátriai egészségügyi és a szociális ellátás ellátásszervezése nincs összehangolva, nem gyűjtenek olyan adatokat, amivel egymás ellátórendszerére rá lehet látni. Kapacitáshiány és alulfinanszírozottság jellemzi mind az egészségügyi, mind a szociális szférát. A pszichiátriai nappali ellátások a hajléktalanellátással nem vehetők együtt igénybe. A közösségi ellátások kapacitása alacsony, s a hajléktalanellátást igénybe vevő pszichiátriai célcsoport nem mindegyike látható el finanszírozottan, mert a közösségi ellátás célcsoportja elsősorban a pszichotikus zavarokkal élők krónikus ellátását célozza. Nincs támogatott lakhatás Budapesten e célcsoport számára.
- Csak a pszichiátriai gondozók és a közösségi ellátások együttműködése garantált jogszabállyal és szakmai protokollal/ajánlással.
- A fekvőbetegellátás esetében a szociális szolgáltatásokkal való együttműködés személyfüggő, kevés a szociális munkás.
- Magas pszichiátriai betegszám a hajléktalanellátásban stagnál, s a betegségcsoportok nem mindig fedik a pszichiátriai szociális alapszolgáltatások finanszírozotti célcsoportját.
- A hajléktalan pszichiátriai betegek, ha együttműködésük alacsony, vagy nincs az egészségügyi ellátással, akkor a területi ellátás igénybevétele mindig attól függ, hogy melyik hajléktalanellátást veszik igénybe. Vagyis ha váltakozik az egyén szálláshelye, gondozása nem egy területi ellátóhoz tartozik, szálláshelyével a területi ellátás is változik. Így a gondozás nem tud a rehabilitáció és a felépülés modell rendszerében maradni.

2. Módszerspecifikus tartalmak hiányosak, nem adekvátak, sokszor pontszerűek:

- A hajléktalanellátásban dolgozó munkatársak számára szociális munka eszköztár növelésre van szükség.
- A hajléktalan ember természetes támogató közege jórészt/szinte kizárólag a hajléktalanellátó rendszer.
- A hajléktalan pszichiátriai betegek jellemzőiről és gondozási támogatásukról több tudást kell szereznünk, mert működés módjaik, döntési helyzeteik nem biztos, hogy minden esetben kizárólag pszichiátriai betegségükkel magyarázhatók. Más személyiségjellemzők is terhelhetik életvitelük nehézségét.
- Szükséges tudás, korszerű ismeret biztosítása a pszichiátriai betegségekről a hajléktalanellátásban, hasonlóan mint a lakásukban élők esetében a családtagok edukálása.
- Módszertani egyenetlenségekkel működnek a szociális és a pszichiátriai szolgáltatások, mert a szakmai folyamatok nincsenek egymáshoz hangolva.
- Sokkal több, szélesebb professzionális eszköztárra van szükség a pszichiátriai szociális szolgáltatásokban.

Összegzés

A pszichiátriai egészségügyi ellátás Budapesten minden kerületben elérhető a gondozói hálózat révén. Minden kerület, ellátásszervezés szintjén, besorolásra került az 566 pszichiátriai fekvőbeteg ágy elérhetőségéhez. A 2019. évi NEAK adatok alapján Budapesten érhető el az országosan összes pszichiátriai fekvőbeteg ellátás – beleértve a nappali kórházi ellátást is – 1/5-e, melyen 2019. évben az ágykihasználtság 60,59% volt.

A fókuszcsoport elemzése alapján láthatóvá vált, hogy a hajléktalan pszichiátriai problémával küzdők a pszichiátriai gondozó hálózatot nem veszik igénybe rendszerszinten, és a fekvőbeteg ellátásba az akut, sürgősségi ellátás irányából érkeznek a kliensek, azt követően a rehabilitációt már egyetlen/bizonytalan, hogy igénybe veszik vagy sem. Az egészségügyi ellátásban – bár lenne rá mód – nincs adat arra, hogy az ellátást igénybe vevő hajléktalan-e, illetve hajléktalanellátást igénybe vesz-e vagy esetleg az utcán él.

A pszichiátriai gondozók Budapesten vegyes képet mutatnak erőforrás szintjén (pszichiáter, pszichológus, pszichoterapeuta, szociális munkás, ápoló jelenléte, kapacitása).

A pszichiátriai egészségügyi ellátás nem beutaló köteles ellátás. Az akut, sürgősségi ellátás a fekvőbetegellátás szintjén érhető el, a pszichiátriai gondozó hálózat pedig előzetes időpont foglalással. Országosan a KSH 2021. évi adatai szerint 154.862 főt gondoznak az egészségügyi járóbeteg ellátásban.

A szociális pszichiátriai ellátás Budapesten mintegy 1430 kapacitással (nappali-, közösségi ellátások, átmeneti ellátás, ápoló-gondozó otthoni ellátás) érhető el, ebből 1269 kapacitás közösségi és nappali szolgáltatás. Ezen túl, a határszéleken 982 férőhely érhető el (Bucsuszentlászló, Szentgotthárd, Bercel, Tompa) állami és non-profit fenntartású szakosított szolgáltatással) (KSH, 2023).

A pszichiátriai szociális szolgáltatások országos kapacitása 17861 férőhely (alap és szakosított szolgáltatás együtt), amelyből szakosított (bentlakásos) szolgáltatás: 8457 férőhely (KSH, 2023).

Az országos kapacitásokhoz képest Budapesten érhető el a kapacitások 7,8%-a, a határszéli ápoló-gondozó otthonokkal együtt ez a szám 13,3% (KSH, 2023).

A pszichiátriai szociális alapszolgáltatások (nappali ellátás és közösségi alapellátás) nem érhetőek el minden kerületben (KSH, 2023).

A szociális szolgáltatás igénybevételéhez pszichiátriai diagnózis szükséges, kivéve a közösségi ellátást, amely a kapcsoltfelvételtől 3 hónapon belül írja elő a diagnózis meglétét. Az igénybevétel önkéntes, illetve amennyiben adott ügycsoportra gondnoksággal (cselekvőképesség korlátozásával) érintett a személy, úgy a gondnokkal együtt igényelhető az ellátás.

Kutatási nézőpontunk a közösségi alapú ellátásokra fókuszál a felépülés modell okán. Így a pszichiátriai gondozóhálózatra, a nappali kórházra, nappali ellátásra, közösségi ellátásokra, támogatott lakhatásra. E nézőpontból különösen sajnálatos, hogy támogatott lakhatás egyáltalán nem érhető el e célcsoport számára Budapesten.

Fontos lépésnek gondoljuk azt, hogy 2017. évben létrejött a mentális zavarokban szenvedő hajléktalan emberek pszichiátriai ellátáshoz való hozzásegítését előmozdító munkacsoport az Emberi Erőforrások Minisztériuma kezdeményezésére. A munkacsoport létrehozását az indokolta, hogy a hajléktalanellátásban régóta komoly problémát okoz a diagnosztizált pszichiátriai problémával is küzdő hajléktalan emberek – főként az utcán élők – szakellátáshoz való hozzáférése, pszichiátriai támogatása.

Megítélésünk szerint az egyik legnagyobb probléma, hogy betegeket – a sürgős esetek kivételével – csak előjegyzéssel fogadnak a pszichiátriai gondozókban, a kapacitáshiányuk miatt pedig nem ritka a hosszú, akár 2-3 hónapos várakozás sem. Mindazonáltal mind az átmeneti intézményekben mind az utcán élő hajléktalan emberek esetében nagyon nehéz fenntartani ilyen hosszú ideig a motivációt a felépülésre. Ráadásul az akut, sürgősségi kórházi ellátás csak igen rövid, intenzív ellátást nyújt, és bár

rögtön felveszik a kórházi ágyra a betegeket, akár pár óra múlva már el is bocsátják őket, mert egészségügyi pszichiátriai szempontból nem biztos, hogy indokolt a sürgősségi ellátás.

A 2017-es munkacsoport az alábbi fő témákat fogalmazta meg⁶⁶ a hajléktalan pszichiátriai betegekkel kapcsolatban:

1. eljuttatni a pszichiátriai kezelésre az erre motivált pszichiátriai betegeket és a motiváltságukat fenntartani esetenként biztosításával a közösségi ellátás keretében,
2. azon pszichiátriai betegek, akik betegségbelátással nem rendelkeznek, pszichiátriai ellátásba vételének, ellátásuk folyamatosságának biztosítása,
3. azon hajléktalan személyek pszichiátriai vizsgálata, ellátás felé való motiválása, támogatása, akik napi életvitelük, magatartásuk, viselkedésük alapján vélhetően pszichiátriai kezelésre szorulnának,
4. a szociális pszichiátriai alap és szakellátáshoz kapcsolódó kapacitásbővítési lehetőségek megvizsgálása.

A kutatásunkban zajlott fókuszcsoport megerősítette, hogy szükség lenne a folyamatok szabályozására, edukáció biztosítására a hajléktalanellátásban dolgozók számára, az egészségügyi és a szociális kapacitások növelésére, s a szociális területi tartós ápoló-gondozó otthoni ellátás igénybevételének könnyebbé tételére. Ezek közül a 2017 óta eltelt időszakban a pszichiátriai közösségi ellátások kapacitás-növelése és a hajléktalan átmeneti ellátással való összekötése megtörtént (noha korántsem elég kapacitással), illetve a hajléktalan szolgáltatóknak szóló rendszere téli krízis pályázatokba a mentális problémával élő emberek kiegészítő támogatása is bekerült. Azonban a szükséges további lépések elmaradtak, hiányoznak.

Összességében elmondható, hogy jelentős aránytalanság látható a lakosságszám és az ellátás elérése, ill. a kapacitások kapcsán a szociális szolgáltatások és az egészségügyi ellátások viszonyában Budapesten. Becslések⁶⁷ szerint a gondozott pszichiátriai betegek mintegy 10%-a nagy valószínűséggel speciális szociális szolgáltatások igénybevételére is szorul. Ehhez képest ez a szám napjainkban csak a gondozott pszichiátriai betegek 6%-át éri el. (Saját számítás a KSH és a NEAK adatai alapján – adatok forrása: NEAK 2020 és KSH 2023.) Pedig a pszichiátriai közösségi ellátásnak a hajléktalanná válás megelőzésében is nagy szerepe van.

A kapacitások erősítésén túl módszertani változásra is szükség van, mert:

- a fekvőbetegellátás esetében a szociális szolgáltatásokkal való együttműködés személyfüggő (Magyarországon a KSH 2021. évi adatai szerint az egészségügyben 212 fő kórházi szociális munkás dolgozott.)
- a pszichiátriai nappali ellátások a hajléktalanellátással nem vehetők együtt igénybe
- a közösségi ellátások kapacitása alacsony, s a hajléktalanellátást igénybe vevő pszichiátriai célcsoport nem mindegyike látható el közfinanszírozottan
- a szociális szolgáltatások módszertana nem kerül mérésre, nem tudjuk mennyire hatékony a rehabilitáció terén nyújtott tartalom
- a hajléktalanellátásban dolgozó munkatársak számára szociális munka eszköztár növelésre van szükség
- az egészségügyi és a szociális szolgáltatások között erősebb együttműködést szabályzó eszközre és kapacitásra van szükség
- nincs szociális szakosított ellátásból rehabilitációs intézményi ellátás Budapesten, s országosan is csak 95 férőhely működik (KSH 2023)
- a hajléktalanellátás elkezdte kiépíteni helyben, saját rendszerén belül a pszichiátriai ellátás elérhetőségét, ami nem a legszerencsésebb, nem a leghatékonyabb

⁶⁶A munkacsoport nem publikálta tevékenységét, azonban a javaslatokról emlékeztető készült. A munkacsoport tagjaként jelen tanulmány szerzőjének rendelkezésére állnak saját feljegyzései, kéziratként.

⁶⁷A 10% becsült adat, amely szakmai konszenzuson alapul. Lásd bővebben az 59. lábjegyzetet.

- a pszichiátriai beteg emberek hajléktalanná válásának megelőzése érdekében szükség lenne a pszicho-szociális fogyatékoság fogalmának átvezetésére, és olyan intézkedések kialakítására, amely segíti az embereket abban, hogy pszichiátriai betegségük ne növelje a hajléktalanná válás kockázatát.

Felhasznált irodalom

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

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

Ács Andrea, Gordos Erika (2017): Az ellátórendszerek működése és egymáshoz való viszonya In: Perlusz Andrea (szerk.) (2017): A pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról – kutatási beszámoló Forrás: https://www.eltereader.hu/media/2018/09/ELTE_2018_Kutatasi_beszamolo_READER.pdf (Letöltve: 2023. 06.01.)

Ács Andrea, Petri Gábor (2017): Szemléletbeli különbségek a pszichiátriai betegek megítélésében és a szektorközi együttműködések szerepe In: Perlusz Andrea (szerk.) (2017): A pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról – kutatási beszámoló Forrás: https://www.eltereader.hu/media/2018/09/ELTE_2018_Kutatasi_beszamolo_READER.pdf (Letöltve: 2023. 06.01.)

Bugarszki Zsolt (2013): A mentális problémák felépülés alapú megközelítése in: Esély 2013. évi 5. szám Forrás: https://www.esely.org/kiadvanyok/2013_5/bugarszki.pdf (Letöltve: 2023.06.15.)

Dr. Gaál Péter, Dr. Makkos Zoltán, Kovács Tamás (2019): Szkizofrenia betegségben szenvedő betegek követése az egészségügyi ellátórendszerben pseudo-TAJ betegforgalmi adatbázis és gyógyszerkiváltási adatok alapján a 2010-2017-es időszakban Forrás: https://www.imeonline.hu/article.php?article=2019.XVIII./3/szkizofrenia_betegsegben_szenvedo_betegek_kovetese_az_egeszsegugyi_ellatorendszerben_pseudo_taj_betegforgalmi_adatbazis_es_gyogyszerkivaltasi_adatok_alapjan_a_2010_2017_es_idoszakban (Letöltve: 2023. 06.01.)

Dr. Váradi Enikő (2020): A pszichiátriai gondozói ellátás korszerűsítésének lehetőségei és nehézségei, SE MSc szakdolgozat (Kézirat)

Emlékeztető a mentális zavarban szenvedő hajléktalan emberek ellátását segítő munkacsoport üléséről (2017.) (Kézirat)

Gordos Erika, Ács Andrea (2017): A mentális problémával küzdő emberek és a magyar pszichiátriai ellátórendszer bemutatása In: Perlusz Andrea (szerk.) (2017): A pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról – kutatási beszámoló Forrás: https://www.eltereader.hu/media/2018/09/ELTE_2018_Kutatasi_beszamolo_READER.pdf (Letöltve: 2023. 06.01.)

KSH (2023): Szociális Statisztikai Évkönyv 2022

NEAK (2020): Kórházi Ágyszám- és Betegforgalmi Kimutatás 2019 Forrás: https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/altfin_dok/altfin_virt_dok2/besorolo/fekvo_sta_t/Korhazi_agyszam-es_betegforgalmi_kimutatas_2019.&inline=true (letöltve 2023.03.01.)

Országgyűlés Hivatala (2021): Mentális egészség – Info Tabló Forrás: https://www.parlament.hu/documents/10181/39233533/Infotablo_2021_5_mentalis+egeszseg.pdf/ccae69ba-1044-d770-7110-c3593ff93810?t=1615535905486 (Letöltve: 2023. 06.01.)

Papházi Tibor (2017): Pszichiátriai betegek ellátásának statisztikája a szociális alap és a nappali ellátásokban In: Perlusz Andrea (szerk.) (2017): A pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek

társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról – kutatási beszámoló Forrás:
https://www.eltereader.hu/media/2018/09/ELTE_2018_Kutatasi_beszamolo_READER.pdf (Letöltve:
2023. 06.01.)

Perlusz Andrea (szerk.) (2017): A pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek társadalmi helyzetét
feltáró országos kutatásról – kutatási beszámoló Forrás:
https://www.eltereader.hu/media/2018/09/ELTE_2018_Kutatasi_beszamolo_READER.pdf (Letöltve:
2023. 06.01.)

Saxena S., Muijen M., Chrisholm D., Brown M. (2014): An Assessment of the Hungarian Mental Health
Care. WHO HQ and WHO Regional Office for Europe (kézirat)

WHO (2009): Improving health systems and services for mental health (Mental health policy and
service guidance package) Forrás:
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44219/9789241598774_eng.pdf;jsessionid=DFB1D23288893064B652E593FB1F6EF1?sequence=1 (Letöltve: 2023.07.15.)

Dr. Bulyáki Tünde⁶⁸: Mentális zavarral, hajléktalanságban élő személyek felépülése

HONTALAN

„Hontalan árván,
kitagadva botorkál.
A lélek mi néha,
szívembe hasítja
Testemet átjárja,
reszkető félelem.
Verejtékem gyógyítja be sebemet.
Vérem mindenfele, fodrozódva látszik,
csapkodja a házak oldalát is.
Esik az eső, szakadni kezd,
mi elmossa kínzó szenvedésemet.
S nem hagyok magam után semmit,
mert földi javam s ingóságom sincs.
Csak egy valamit, mely örök a szeretett,
mi tombol s átölel.
Hagyatékként e érzést hagyom a világnak,
ne legyen többé hiány a szív e részében,
a lélek mi mozgasson minden embert.
Nem voltam se Isten se emberfeletti lény,
egy ember lennék mély érzésekkel,
ki saját bőrén tapasztalta meg a kegyetlenséget.”
(Kaszás Jánosné: Hontalan, részlet)

Absztrakt

Háttér és célkitűzések: A mentális zavarral⁶⁹, hajléktalanságban élő személyek különösen sérülékenyek. Halmozottan hátrányos helyzetben vannak. A hajléktalanság stigmájához hozzáadódik a mentális zavarhoz kapcsolódó stigmatizáció. A mentális zavarból való felépülés útján legnagyobb akadályként szerepelhet a stigma. A mentális zavarral élő személyek más-más tényezőket emelnek ki a saját élettörténetükben a felépülés kapcsán. A felépülés-út megértését legjobban a mentális zavarral élő személyek tapasztalati tudása világítja meg (Bulyáki és mtsai, 2020). Vajon miben lehet más a felépülés útja egy hajléktalanságban, mentális zavarral élő személynek szemben az otthonában, természetes támaszként jelenlévő családtagokkal rendelkező sorstársnak? Jelen munka keretében erre keressük a választ. Milyen felépülést elősegítő tényezőket emelnek ki a mentális zavarral, hajléktalanságban élő személyek?

Módszer: A kutatásban félig strukturált életútinterjúk készültek hajléktalanságban, mentális zavarral élő személyekkel. Továbbá egy korábbi felépülés útját, felépülést elősegítő tényezők

⁶⁸ Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar

⁶⁹ A WHO Regional Committee for Europe: Fact sheet – Mental health (2013) dokumentum definíciója szerint a mentális rendellenességek közé a különböző tünetekkel jellemezhető problémák széles köre tartozik, azonban általánosságban elmondható róluk, hogy a zavart gondolatok, érzelmek, magatartás és a másokkal való zavart kapcsolatok jelenléte jellemzi. A dokumentum példaként említi a gyermekkori magatartászavart, depressziót, a szorongást, a bipoláris zavart és a szkizofréniát (WHO, 2013).

A pszichiátriai betegek részére nyújtott közösségi alapellátás esetén a külön jogszabályban szabályozott a BNO 10 kódkönyv F 20-29, 31-32 vagy 40-42 diagnózisba tartozó ellátott (Herold, Bulyáki, Szabóné Csizmadia, 2018).

feltárására szolgáló saját kutatás (Bulyáki, 2021a) másodelemzése valósult meg. Összesen 14 otthonában élő és 4 hajléktalanságban, egy fővárosi integrált pszichiátriai ellátást nyújtó szervezet közösségi pszichiátriai ellátását igénybe vevő személlyel. *Eredmények:* Az életútinterjúk feldolgozása igen színes képet ad a felépülésről, mégis elmondható, hogy vannak jellegzetességek, melyek a felépülés útján fontos előre vivő szerepet játszanak függetlenül attól, hogy az otthonában él vagy hajléktalanságban az adott személy. Ugyanakkor markáns különbségként megjelenik a természetes erőforrás, a család jelentősége az otthonukban élő személyek esetében, míg a hajléktalanságban, mentális zavarral élő személyek esetében a professzionális segítők és a sortárs segítők hangsúlyosabb szerepe a felépülés útján.

Elmondható, hogy a felépülést elősegítő tényezők között szerepel a természetes támasz, a komplex bio-pszichoszociális rehabilitáció, spiritualitás, önsegítés, humanisztikus segítő jelenléte a változási folyamatban.

Bevezető

A mentálhigiénés ellátórendszer fő értékévé vált a felépülés. Ennek eredményeként olyan ellátási formákat kell előnyben részesíteni mind az egészségügyi mind a szociális ellátásban, amelyek elősegítik az emberek életében folyamatban lévő változásokat (Bulyáki, 2021b).

Mit is jelent a felépülés?

A felépülés fogalmát nem egyszerű meghatározni, sok egymáshoz kapcsolódó definíciók összessége alkotja. Az egyik meghatározás, amelyre leggyakrabban hivatkoznak a szakemberek és a mentális zavarral élő felhasználók az Anthony (1993) által kínált definíció. Anthony szerint (1993) a felépülés mélyen személyes, egyedülálló folyamat a hozzáállás, értékek, érzések, célok, készségek, szerepek módosításához. Ez egy személyes felelősséget vállaló hozzájáruló élet megélhetésének módja, még a mentális zavar által okozott akadályokkal is (Bulyáki, 2021a). A felépülés magában foglalja az új élet értelmének és céljainak kifejtését, amikor az ember túllép a mentális zavar katasztrófájának következményein (Francis, 2014; Bulyáki, 2021a). A felépülés jelenségét objektív és szubjektív módon is meg lehet közelíteni. Objektív szempontból akkor tekintünk valakit felépültnek, ha nincsenek olyan tünetei, melyek:

- akadályozzák a mindennapi tevékenységeiben,
- képes az önálló életvitelre,
- önállóan menedzseli a pénzügyeit,
- gyógyszereit önállóan kezeli,
- ha munkaerőpiaci aktivitása van, vagy tanul,
- ha képes baráti, társas kapcsolatok kialakítására és megtartására,
- ha viszonylag bensőséges családi kapcsolatokat tart fent (Lieberman 2010; Bulyáki, 2021a).

Szubjektív szempontból a felépülés magában foglalja a jobb jövőbe vetett hitet, azt, hogy a személy felelősséget vállal a saját életért és rendelkezik olyan készségekkel, amelyek segítik őt a döntéseiben, hogy az életét nem kórházakban, egészségügyi intézményekben vagy bentlakásos intézetekben tölti, ahol mások ellenőrzik. A felépülő mentális zavarral élő személy számos szubjektív érzést és objektív tényezőt él át a felépüléshez vezető folyamatban. Többek

között a reményt, felhatalmazottságot, spirituális erőt, önségítést, a stigmatizáció leküzdését (Bulyáki, 2021a).

A mentális zavarból felépülők sokféleképpen fogalmazzák meg, hogy mit jelent a felépülés. Mit is jelent a felépülés?

„Hát felépülés az egy életre szóló folyamat szerintem, tehát hogy felépülés útján vagyok valamilyen szinten felépültem, de szerintem még van hova tudok már úgy létezni, hogy nem kórházból be, kórházba ki, tudok önálló életvitelt folytatni és ilyesmi „ (Irén)

„Felépülés? Hogy ne akadályozza az én mentális problémám mindennapokban.” (Zsanett)

„Tünettől vagy tünet nélkül történik ez, az nagyjából lényegtelen, a lényeg az, hogy jól érzem magam. Az örömben és az életemben. Nekem ez a felépülés.” (Jakab)

Mi a véleményük a mentális zavarral élő személyek a felépülésről? Hogyan látják, hogy milyen tényezők segítik elő a felépülést? Ezekre adott válaszok megismerése elősegítheti azt, hogy jobban megértsük a felépülés folyamatát. A felépülést elősegítő tényezők ismerete elősegíti, hogy olyan szolgáltatásokat biztosítsunk, amelyek a felépülésértékekre alapozva a felépülést elősegítik.

Mentális zavarral, hajléktalanságban élő személyek felépülése

Felépülhet valaki a mentális zavarából a hajléktalanság talaján? Vajon milyen különbözőségeket és hasonlóságokat láthatunk az otthonukban élő, támogató családtagokkal rendelkező személyek és a hajléktalanságban élő személyek felépülésének útján? Erre próbálunk választ találni jelen tanulmány keretében.

A tanulmány alapjául négy (két férfi és két nő) hajléktalanságot megtapasztalt, mentális zavarral élő személlyel készült félig strukturált életútinterjú szolgált. Az életútinterjúk struktúrája egy korábbi saját kutatásra épült. A korábbi (2015-ös) kutatás célja az volt, hogy közelebb jussunk a felépülés szubjektív értelmezésében, ahhoz, hogy a mentális zavarral élő személyek mit gondolnak a felépülésről, számukra mit jelent a felépülés, továbbá feltárjuk, hogy milyen tényezők segítik elő a mentális zavarral élő személyek felépülését.

A korábbi és jelen munka hipotézisei:

- A mentális zavarral élő személyek felépülését elősegíti, ha motiváltak a változás iránt és hisznek benne.
- A mentális zavarral élők felépülésének útján fontos szerepe van a családnak, a természetes támaszként jelenlévő barátoknak.
- A felépülésre hatással van a társadalmi elfogadás, a támogató környezet⁷⁰. A stigmatizáció akadályozza, nehezíti a mentális zavarral élő személyt a felépülésben.
- A felépülést elősegíti a személyes, örömteli célokra épülő, azok elérését elősegítő, hatékony pszichoszociális rehabilitáció. Elérhető közösségi pszichiátriai szolgáltatások.

⁷⁰ A felépülés folyamatára hat a kliens külső és belső erőforrásainak milyensége, a „megerősítő” vagy „csapdába ejtő” környezet. A környezet részéről érkező elfogadás vagy épp ellenkezőleg a kirekesztés, stigmatizáció (Szabó, 2014; Bulyáki és mtsai, 2020).

- A felépülésben az önsegítő aktivitásoknak fontos szerepe van.
- A felépülés egyik kulcsa a segítő, akinek fontos a mentális zavarral élő személy felépüléshez segítése (Bulyáki, 2021a).

Kutatási minta:

Jelen munka alapjául szolgáló interjúkban és a másodelemzés alapjául szolgáló korábbi (2015) kutatásban Budapesten a Semmelweis Egyetem Közösségi Pszichiátriai Centrum - Ébredések Alapítvány közösségi pszichiátriai ellátást igénybe vevő személyek vettek részt. Az interjúalanyok BNO besorolás szerint szkizofrénia (F20)⁷¹, szkizoaffektív pszichózis (F25)⁷² vagy bipoláris zavar (F31)⁷³ diagnózissal rendelkeznek. Jelen munkában szereplő interjúalanyok egy fő kivételével már önálló lakhatással rendelkeznek és nem vesznek igénybe szolgáltatást a hajléktalanellátás keretében. A korábbi kutatásban részt vevő interjúalanyok a közösségi pszichiátriai ellátás keretében családjuk, barátaik bevonásával kaptak támogatást a felépülés útján. A kutatásban önkéntesen vettek részt az interjúalanyok.

Olyan mentális zavarral élő személyekkel készült életútinterjú, akiket a kutatás helyszínéül szolgáló szervezet közösségi pszichiátriai ellátásban koordináló-terápiás munkatárs feladatait betöltő intézetvezető pszichiáter objektív szempontok⁷⁴ alapján felépültnek tekintett, illetve akik felépültként tekintettek önmagukra (Bulyáki, 2021b).

Kutatás eszköze

A kutatás során félig strukturált életútinterjúk készültek. A félig strukturált életútinterjú pillérjei a következők voltak:

- 1, Élettörténeti csomópontok áttekintése, jelen helyzet.
- 2, Az interjú alany mentális zavarának megismerése.
- 3, Identitás, viszony a megélt mentális zavarhoz. Stigmatizáció kezelése.
- 4, Életviteli készségek, önállóság, hatékonyság, kompetenciák.
- 5, Tevékenységek, aktivitás (mivel foglalja el magát): munka, tanulás, szabadidős tevékenység.
- 6, Kapcsolati háló, kötődések, társas támogatás, szociális kompetencia tényezők.
- 7, Önbecsülés, önértékelés, önhatékonyság.

⁷¹ A szkizofrénia kifejezés a lelki élet összerendezetlenségére utal. Ezen kifejezés megalkotói arra gondoltak, hogy a bántalmazások, traumák, kellemetlen érzések látszólag elfelejtődnek, de mégis a tudattalanból is befolyással vannak a lelki működésünkre (Harangozó és mtsai, 2018). A lakosság 0.5-1.2%-a érintett a problémával világszerte.

⁷² Szkizoaffektív pszichózis: Tüneteiben a szkizofréniára emlékeztet, lefolyása azonban az affektív pszichózisok dinamikáját követi (Tringer, 2010).

⁷³ A bipoláris zavarokra két egymástól elkülönülő állapot: a depresszió és a mánia a jellemző (Tringer, 2010).

⁷⁴ A felépülés objektív szempontjai, kritériumai: Az adott személy rendelkezik előzetesen felállított pszichiátriai diagnózissal, jelen állapotban az ahhoz kapcsolódó pszichiátriai diagnosztikai kritériumok nem állnak fenn, több mint 5 év telt el az utolsó kórházi kezelés óta, pszichoszociális funkciói jelenleg „normál sávban” vannak (GAF (Global Assessment of Functioning) pontérték pl. 65 pont, antipszichotikus gyógyszerek alacsony szinten kerülnek alkalmazásra (Bulyáki, 2021b).

- 8, Szerep identitás, az interjúalany helye a világban.
- 9, Személyes felelősségvállalás, „önmenedzselés”.
- 10, Belső erőforrások: vágyak, törekvések, célok.
- 11, Család, mint erőforrás.
- 12, Külső erőforrások megléte/szükséges anyagi és intézményi források, segítő hálózat, önszorgatás.
- 13, Megerősítő környezeti tényezők. Befogadás, az individualitás és személyes szükségletek akceptálása, ösztönzés, inspiráció, fejlődés lehetősége.
- 14, Az élet élésének külső realitásai, keretei. A mai magyar társadalmi viszonyok között milyen lehetősége van a mentális zavarral élő embereknek?
- 15, Mit gondol a felépülésről?
- 16, A változás iránti attitűd/kimeneti várakozás, remény, optimizmus.

Az életútinterjú feldolgozása igen változatos képet ad a felépülésről, a felépülést elősegítő tényezőkről. Ugyanakkor látható, hogy bizonyos tényezők kulcsfontosságú szerepet játszanak a felépüléshez vezető úton. Az interjúk elemzése mellett a korábbi saját kutatás másodelemzése tovább árnyalja a hajléktalanságban élő mentális zavarral küzdők felépülés útjának megértését. A hajléktalanságban, mentális zavarral élő személyek esetében a felépülést elősegítő tényezők tekintetében sok hasonlóság van az otthonukban élő személyek felépülés útjával. Markáns különbség a biztonságot nyújtó otthon és a természetes támasz által nyújtott erőforrás hiánya, szűkös elérhetősége.

Eredmények

Jelen és a másodelemzés alapjául szolgáló kutatás célja ugyan nem a mentális zavar kialakulásában szerepet játszó tényezők feltárása, mégis a felépülést előmozdító tényezők ismertetése előtt szót kell, hogy ejtsünk a traumákról és a stigmatizációról.

Trauma, bántalmazás, stressz

Fontos, hogy lássuk a traumák szerepét a mentális zavarok kialakulásában, továbbá a stigmák felépülésre gyakorolt negatív hatását a felépülés útján haladó emberek életében.

A mentális zavarral hajléktalanságban, illetve az otthonukban élő személyekkel készült interjúk elemzésekor két fontos tényező körvonalazódott a mentális zavar élettörténeti feldolgozása során. Ez a két tényező a stressz és a trauma, amit a mentális zavarral élő személyek megéltek. A mentális zavarok kialakulása kapcsán korábban a biológiai tényezőket emelték ki, az agy eltéréseit hangsúlyozták. Napjainkban már tudjuk, hogy a mentális zavarok nem csak biológiai tényezőkkel függenek össze, hanem a mindennapi életben keletkezett stresszek is hatnak rájuk (Harangozó, 2018; Bulyáki, 2021a). Harangozó szerint (2018) szinte minden mentális zavar mögött megtalálható bántalmazás, trauma. Patricia Deegan (tapasztalati szakértőből vált pszichológussá) véleménye szerint többnyire korai gyermekkorban jelenlévő traumatikus, stresszes életkörülményekből eredeztethetőek a mentális zavarok (Mérey, 2019; Bulyáki, 2021a).

„9 éves koromtól minden nyáron két hetet egy rokon családnál, idős házaspárnál kellett töltenem, és a 9 éves koromtól 14 éves koromig tehát nyolcadikos koromig a bácsi az egy két héten keresztül szexuálisan molesztált tehát ez megint csak egy mély nyom az életemben.” (Zsanett)

„Szülők nélkül nőttem föl személyiségzavarom volt már gyerekkoromban, aztán későbbiekben a férjem bántalmazása következtében paranoid váltam..... állami intézményben éltem, ott azért volt bántalmazás, bántott a nevelő.” (Irén)

„És akkor bepörgött valamiért és nekem esett a sodrófával.” (Sámuel)

A hajléktalanságban, mentális zavarral élő személyek többszörösen traumatizálódhatnak. A gyermekkori traumák mellett a hajléktalanság további traumákat eredményezhet.

„Hajléktalan ellátórendszerben laktam sokáig, most már arra törekszem, hogy albérletben lakjak, mert számomra nagyon-nagyon nehéz, amilyen körülmények vannak a szállókon, ahhoz alkalmazkodni és nem biztos, hogy tudnám.” (Irén)

„Úgy nőttem fel és felnőtként is úgy érzem, hogy mindig megmondták, hogy mit szabad tennem, mit nem szabad, milyen ruhát vehetek fel, mit nem mit csinálhatok, mit nem, tehát soha nem volt szabad akaratom és ugye és egy olyan helyen lakom egy olyan szálló, vagyis egy olyan szállónak egy olyan részén részlegén, ahol olyan emberek vannak, akik erőszakosak és például bekerülésem után 3 napra kegyetlenül megverték egy éjszaka.” (Zsanett)

Szembe kell néznünk azzal a ténnyel, hogy a mentális zavarral élő emberek gyakran a segítőiktől, a mentális egészségügyi és szociális ellátásban dolgozóktól is elszenvednek bántalmazást, traumatizálást. Az interjúrészletek jól illusztrálják, hogy az érzelmi és fizikai bántalmazás egyaránt tetten érhető a segítőik oldaláról.

„Kórházba kerültem mindig, ahol hát voltak erőszakos kezelési módok és ez aztán meg is pecsételte a pszichiátriával való viszonyomat.” (Zsanett)

A trauma a biológiai szinttől a társas szintig az emberi funkciók minden területére kihat, ezért a segítségnek komplexnek kell lenni. A Bleuler-Jung koncepciót követve a felépüléselví kritikái pszichiátria abból a feltételezésből indul ki, hogy a traumák feldolgozhatóak, a traumatizációs körülmények megváltoztathatóak, és mindez elvezethet a felépüléshez (Harangozó et al. 2015). Fontos, hogy a traumatizált személy az értelmes világban való hitének visszaszerzése érdekében másokkal is megoszthassa traumatikus élményeit. A családtagokon, barátokon kívül a tágabb közösség segítségét is igényli ez. A közösség két reakciója az elismerés és a jóvátétel szükséges a traumatizált személy igazságérzetének újjáépítéséhez (Hermann 2011).

A hajléktalan, mentális zavarral élő személyek az esetek nagyrésztében nem rendelkeznek támogató családtaggal, így a traumák feldolgozásában nagyobb szerepet kapnak a segítő szakemberek és az önszorgató erőforrások (sorstárssegítés, önszorgató csoport).

„Decemberben lettem a közösségi pszichiátria betege és januárban kezdtük el az XY-nal a terápiát, ami azzal járt, hogy napi szinten csaptam szét a csuklóm vagy törtem, rugdostam meg kukákat, kézzel vertem oszlopokat. Tehát borzasztó felkavaró volt és olyan gyerekkori régi emlékek is előjöttek, amire én nem is emlékeztem. Ez persze felkavart nagyon, tehát én ezt-azt szoktam írni erről interneten, mikor javasolom valakinek a traumafeldolgozást, hogy nem egy rózsakertbe fogsz beszélni, sőt azok a rózsák nagyon fognak szúrni, de úgy fogsz kijönni belőle, hogy nem lesznek rajtad már sebek.” (Zsanett)

Stigma

„Másképp bánik a közvélemény egy szívbeteggel, vagy azzal, akinek idegösszeroppanása van. Nem vagyunk tisztába a szavak valódi jelentésével. Az emberek félnek, kirekesztik az ilyen embereket. Végig élni ezt is nagyon nehéz.” (Dalma) (Bulyáki, 2021)

A mentális zavarral élő személyeknek a felépüléshez vezető úton a legnagyobb akadályként a stigma állhat. A hajléktalan, mentális zavarral élő személyek esetében a stigmák halmozódhatnak.

Thornicroft (2009) a stigma fogalmát három összetevővel jellemzi: tudást érintő problémák (vagyis tudatlanság), attitűdben felmerülő problémák (vagyis előítélet) és viselkedésben jelentkező problémák (azaz diszkrimináció) (Bulyáki, 2021a). Amint egy személy megkapja egy mentális zavar valamely diagnózisát, a degradáló attitűdök, amelyeket eddigi élete során társadalmilag elfogadottnak érzékelt, relevánssá válnak a számára. Ha az ő hozzáállásában, viselkedésében is megmutatkoztak korábban az előítéletek, még inkább úgy érezheti, hogy a mentális zavar kettétöri életét (Szabó, 2017; Bulyáki, 2021a). Az érzékelt stigma az önértékelés csökkenéséhez vezethet. A stigmatizációtól való félelem alááshatja a mentális zavarral élő személyek motivációját a segítségkérés tekintetében. Jól példázta ezt a hajléktalanságban élő mentális zavarral élő személyek esete, akik a hajléktalanság stigmáján túl nem szeretnék újabb stigmát magukra venni, ezért a mentális problémájuk kapcsán nem vesznek igénybe segítséget, szolgáltatást.

„Egy megváltozott munkaképességű helyen dolgoztam, ahol olyan lekezelően beszéltek, mint a kutyával.” (Irén)

„Stigmatizáció? Hát teljesen civil munkahelyen, ami nem rehabilitációs munkahely volt, ott ért, meg a szállón szokott. Tehát szállón is szokott érnei elég sok.” (Zsanett)

A stigma csökkentése javítja a mentális zavarral élő személy életminőségét. Ezért kulcsfontosságú, hogy ismerjük, alkalmazzuk azokat a stratégiákat, melyek a stigmatizáció mérséklését idézhetik elő. Corrigan és Penn három alapvető stigmacsökkentő stratégiát különít el, melyek a közösségi stigma csökkentését célozzák meg: a tiltakozást, az oktatást és a személyes kontaktust (Szabó, 2017; Bulyáki, 2021a).

Az interjúalanyok meglátása szerint a stigmatizáció kezelését elősegítik tájékoztató előadások szervezése tapasztalati szakértők aktív részvételével.

„Jobban kellene mutatni magunkat. Eljárni ugyanúgy érzékenyítő előadásokat tartani minél többet, minél fiatalabb korban elkezdni ezeket.” (Zsanett)

Felépülést elősegítő tényezők

A felépüléshez vezető út sokszínű, vannak olyan tényezők, amelyek a felépülésben kulcsfontosságúak. Ezen tényezők az interjúalanyok meglátása szerint:

- akaraterő, önhatékonyság hite
- örömteli célok
- támogató családi és baráti kapcsolatok
- inspiráló, támogató személyek
- közösségi pszichiátriai ellátás, családgondozás (hatékony pszichoszociális

- rehabilitációs stratégiák)
- elfogadó, támogató, reményt adó segítő kapcsolatok
- önségítés, sorstársi segítség
- spiritualitás
- munkavállalás (Bulyáki, 2021a).

A hajléktalanságban, mentális zavarral élő személyek felépülését elősegítő tényezők rácsengenek a korábbi (2015) saját kutatás eredményeire. Különbséget a támogató családi és baráti kapcsolatok terén láthatunk. A családi kapcsolatok hiánya tetten érhető mind a négy hajléktalanságot megélt felépült mentális zavarral élő személynél. A felépülést elősegítő tényezők közül nagyobb hangsúllyal van jelen az elfogadó segítő kapcsolat és az önségítés, sorstársi segítség, a közösségi pszichiátriai ellátás.

Elfogadó, támogató segítő kapcsolat

Sutherland és Locke kutatásukban (1936) azt találták, hogy a hajléktalanságban élő személyek el vannak szigetelve a természetes támaszuktól, családjuktól és más csoportoktól. Több, mint 50%-uk alig vagy egyáltalán nem ápol kapcsolatot a családtagjaival, kevesen rendelkeztek szoros személyes kapcsolattal. Későbbi kutatások megerősítik ezeket az eredményeket (Albert-Dávid, 2011). A mentális zavarral élő hajléktalan személyek a többi hajléktalan személynél is kevesebb támogatásra számíthatnak mind a családtól, mind a barátoktól (Bassuk et al., 1984) kapcsolati hálójukat nem rokoni kapcsolatok dominálják (Garrison, 1978; Albert-Dávid, 2011). A hajléktalanságban a hagyományos kapcsolati hálózat felbomlását követően a hajléktalan emberek közösségében kialakuló kapcsolathálózatok mind összetételükben, mind térbeli szerveződésükben eltérnek a lakhellyel rendelkező személyek kapcsolathálózatától. A hajléktalanságban élő személyek kapcsolathálózatának két fő összetevője van: a sorstárscsoport és a lakhellyel rendelkező kapcsolathálózat (a korábbi kapcsolatok maradványa, alkalmi munkatársak, szociális munkások, hivatalos ellátók) (Albert-David, 2011).

A hajléktalanságban, mentális zavarral élő személyeknél a felépülést elősegítő kapcsolati erőforrások között kimagasló jelentőséggel bír a közösségi pszichiátriai ellátásban dolgozó szakemberekkel való kapcsolat.

„Kulcsfontosságú az Ébredések Alapítványtól, hogy kaptam lehetőséget arra, hogy segítséget kaphassak..... folyamatosan elérhető az orvos és a szakember.” (Iré)

„Depressziós időszakomban olyankor van, hogy 2-3 napig nem mozdulok ki. A szobából sem nagyon, aztán jön valami, amibe belekapaszkodok, egy szál és akkor lehet megrázom magam: Zsanett ne csináld már ezt és akkor helyreáll, de volt olyan, hogy az XY-t (közösségi pszichiátriai ellátás terápiai munkatársa)⁷⁵ hívtam fel Skypeon. Most már itt fekszem egy hete, nem merek most már a mosdóba se kimenni, annyira félek az emberektől és akkor az XY kijött hozzám elvitt sétálni és onnantól kezdve már megint ment.” (Zsanett)

A felépüléshez vezető úton meghatározó, hogy milyen kapcsolat van a mentális zavarral élő személy és a vele segítő kapcsolatban lévő szakember között. A segítő kapcsolatra hatással van, hogy hogyan tekintünk a mentális zavarral élő embertársunkra. Hiszünk-e abban, hogy az életében elakadt embertársunk képes a változásra? Hiszünk-e abban, hogy a felépülés a mentális zavarral élő személyek számára elérhető? Akikkel együtt dolgozunk, hogy tekintünk

⁷⁵ A szerző megjegyzése.

rájuk? Mint egy munkadarabra, vagy mint segítségre szoruló embertársunkra?

„Nem nagyon volt maradásom és mindent megtettek azért, hogy elmenjek onnan arról a szállóról és az történt, hogy hogy azt mondta a szocmunkás, hogy ha nem tudok benne megbízni teljes mértékig, akkor viszontlátásra. Na most egy nehéz sorsú ember az kiben tud megbízni, tehát ilyet nem lehet kérni, ez egy olyan kérés volt számomra, ami teljesíthetetlen.” (Irén)

A mentális zavarral élő embertársainkat segítő szakemberként a felépülést elősegítő, pszichoszociális rehabilitációs folyamatban, ha teljes valójában el tudjuk fogadni a másikat, ha át tudjuk érezni mások érzéseinek személyes jelentését – a változás, a fejlődés annál nagyobb valószínűséggel történhet meg. Egy partneri viszony adja az alapot a pozitív fejlődés elindulásához. A mentális zavarral élő személy a legnagyobb szakértője a saját nehézségének. A segítő szakember facilitálja a kliens erőforrásait és eszközöket ad a felépülés útján megjelenő lélektani fejlődéshez. A partneri viszony kialakításának alapfeltétele a kliens autonómiájának tiszteletben tartása (Bulyáki, 2021a).

„Az alapítványba nagyon kedvesek aranyosak velem mindannyian és mindenki és nagyon szeretem mindannyijukat és ez azért egyetlen egy olyan hely, ahol úgy érzem, hogy önmagam lehetek.” (Zsanett)

Sortárssegítés

A professzionális segítők mellett a sortárssegítés, az önsegítő csoportok, a tapasztalati szakértők által nyújtott támogatás hangsúlyos jelentőségét láthatjuk az életútinterjúk elemzése során.

A mentális zavarral élő személyt és hozzátartozóit traumatizálhatja a mentális probléma megjelenése. Az önsegítő csoportok lehetőséget adnak, hogy hasonló élethelyzetben lévő emberek találkozassanak egymással és megélhessék, hogy nincsenek egyedül a problémáikkal és sorstársi segítséget kaphatnak a problémákkal való megbirkózásban. Az önsegítő csoportok keretében a résztvevők a mentális zavarral kapcsolatos tapasztalataikat meg tudják osztani hasonló élményekkel rendelkezőkkel.

„Az AA tagjának tartom magam, de most nem tudok járni a gyűlésekre, de az interneten tagja vagyok a levelező csoportnak, meg egy szintén ilyen típusú 12 lépéses embereket tömörítő csoportnak a Facebookon mondjuk, ahol írhatok vagy hozzászólhatok sorstársi észrevételeket aktuális életekről.” (Jakab)

„Csoportok is részt veszek az önsegítő csoportokon.” (Irén)

„- Kivel beszéled meg a személyes céljaidat és problémáidat?

- Hát a pszichológusommal, önsegítő csoportokon.” (Irén)

„Az önsegítő csoport nagyon sokat jelent. ... a Hanghalló csoport⁷⁶ nekem nagyon hasznos.... nem vagyok egyedül a problémámma, I sokat jelent..... sokat szokott segíteni, hogy olyankor

⁷⁶ Hanghalló csoport: A Hanghalló módszer (Hearing voices approach) kidolgozása felhasználók inspirálására kezdődött el 1987-ben Marius Romme holland pszichiáter vezetésével. Magyarországon az Ébredések Alapítvány vezette be egy kísérő szakértő vezetésével. A Hanghalló önsegítő csoport utat mutathat a

beülök egy Hanghalló csoportba, elmondom a többieknek, aztán jól kisérom magam, aztán elkezdem boncolgatni magam, akkor beülök egy Hanghalló csoportba.” (Zsanett)

Mentális zavarral élő személyek számára elérhető szolgáltatások a közösségben

A szociális alapellátás körében a közösségi pszichiátriai ellátás és a pszichiátriai betegek nappali ellátása szolgál a mentális zavarral élő személyek ellátására. 2013. január 1-jétől a szociális szolgáltatások rendszere kiegészült a támogatott lakhatási szolgáltatással, mint szakosított, de nem intézményi ellátási formával.

Az életútinterjúk elemzése a közösségi pszichiátriai ellátás és a támogatott lakhatás jelentőségére hívja fel a figyelmünket. A hajléktalanságot megélt, mentális zavarból felépülők életében, hasonlóan a másodelemzés alapjául szolgáló kutatásban szereplő, otthonában élő, támogató családtaggal bíró személyeknél, a felépülést elősegítő tényezőként jelenik meg a közösségi pszichiátriai ellátás keretében megvalósuló rehabilitáció.

A közösségi pszichiátriai ellátás a mentális zavarral élő személyek lakókörnyezetében, természetes támaszuk (családtagok, barátok) bevonásával megvalósuló komplex rehabilitáció, melynek célja a mentális zavarral élő személyek társadalmi integrációjának elősegítése. A közösségi pszichiátriai ellátás keretében létrejövő segítői kapcsolatban a komplex rehabilitáció kulcsszemélye maga a kliens. A rehabilitáció kiindulópontja a mentális zavarral élő személy céljai. A közösségi pszichiátriai ellátás keretében szoros kapcsolat van a mentális zavarral élő személyt gondozó pszichiáterrel, illetve más pszichoszociális szolgáltatóval, mint például a pszichiátriai betegek nappali ellátását biztosító szolgáltatókkal.

Az Emberi Erőforrások Minisztériumának szociális ügyekért és társadalmi felzárkózásért felelős államtitkárának a javaslatára 2018 óta a szociális alapellátás keretében közösségi pszichiátriai ellátást nyújtó szolgáltatók kapacitásbővítést kaphatnak, amennyiben hajléktalanságban élő mentális zavarral küzdő személyeknek is nyújtanak a közösségi pszichiátriai ellátás módszertanára épülő pszichoszociális rehabilitációt (Bulyáki, 2023). A közösségi pszichiátriai szolgáltatás elérhetővé vált a hajléktalanságban, mentális zavarral élők számára is.

„Közösségi gondozásban vagyok itt az Ébredések Alapítványnál, pszichiáter, pszichológus, szociális munkás segít.... ilyeneket.” (Irén)

„Ha valami olyan, amiben elakadok vagy úgy érzem, hogy csúszok lefele, akkor rögtön doktornőnek meggy egy skype üzenet, hogy most nappali kórház kéne vagy gyógyszeres beavatkozás nem kell csak az XY-nal (közösségi pszichiátriai ellátás terápiás munkatársa)⁷⁷ többet beszélni.” (Zsanett)

„Kálvária térre jártam kezelésre. Ott sok mindent megtanultam. Megtanultam, hogy mi a szkizofrénia. Milyen módszerrel lehet ellene tenni, hogy ne kerüljek megint vissza

A gyógyulással kapcsolatos információkat kaptam. És én akartam gyógyulni. Nem csak dumáltam a gyógyulásról, tettem is érte. A gyógyszereket is szedtem utána.” (Sámuel)

felépüléshez oly módon, hogy foglalkozik a hanghallók által leírt fő problémával, a fenyegetettség, a tehetetlenség érzésével és segít nekik abban, hogy visszataláljanak érzéseikhez (Bulyáki, 2021a).

⁷⁷ A szerző megjegyzése.

A hajléktalanságban mentális zavarral élő személyeknél a közösségi pszichiátriai ellátás keretében megjelenő rehabilitációs folyamatban kiemelt jelentőséggel bír az intézményen felüli team munka, a közösségi ellátásban dolgozó gondozó szakemberek és a hajléktalanellátás intézményében dolgozó segítő szakemberek között (Bulyáki, 2023). A hajléktalanellátásban dolgozó szociális munkásoknak, segítő szakembereknek nem kell közösségi pszichiátriai gondozóvá válniuk, viszont fontos, hogy a mentális zavarral élő személyek célcsoportjára vonatkozó speciális ismeretekkel rendelkezzenek és intézményen felüli teammunkában a mentális egészségügyben és a közösségi ellátásokban, nappali ellátásban dolgozó szakemberekkel együttműködjenek.

A mentális felépülés feltétele a hajléktalanság élethelyzetének a megszűnése?

„A hajléktalanság borzasztó sok és nagy energiát elvesz az emberből, sok méltóságot elvesz az embertől és ezt pszichésen még rosszabb megélni, mint egyébként” (Zsanett)

A korábbiakban ismertetésre kerültek a felépülés objektív kritériumai. A felépülés objektív kritériumait közül az önálló otthonban való élet mondhatjuk, hogy szinte lehetetlen, ha nem biztosított a lakhatás. A lakhatás nem csak a személy felépülés céljainak alapvető feltétele, de megalapozója is. A lakhatás biztosítása lehetőséget ad arra is, hogy a mentális zavarral élő személy részt vegyen a közösségi életben (Lieberman, 2010).

A szubjektív felépülés létrejöhet a hajléktalanság talaján is, de a felépülés kiteljesedéséhez és a kiegyensúlyozott mentális állapot megtartásához nélkülözhetetlen az önálló lakhatás. Lieberman szerint (2010) a mentális zavarral élő személyek szívesebben élnek olyan kevésbé korlátozó támogatott lakhatásokban, amelyek a szokványos lakókörnyezetben érhetőek el, mint hajléktalanszállókon vagy mentális zavarral élő személyek számára elkülönített helyeken. A szegregáló elhelyezés akadályokat teremt a baráti kapcsolatok kiépítése, a társas és szabadidős tevékenységekben való részvétel, a családi élet élése, vagy a munkavégzés elé. A szegregáló elhelyezés megakadályozhatja a felépülőt abban, hogy felelősséget vállaljon az önálló életvitelért (Lieberman, 2010).

„Nagyon nehéz, nagyon nehéz most manapság pszichés betegként élni és létezni ebben a világban és ha ez még halmozva is van mással, az az szörnyű.” (Zsanett)

A hajléktalanságot megtapasztalt interjúalanyok megemlítik a támogatott lakhatás lehetőségét, mint a hajléktalanságból kivezető a mentális zavarból való felépülés egyik támogató eszközét.

„Hát volt egy támogatott lakhatás, akkor oda mentem ki először. Aztán amikor így egészségileg jobban lettem, akkor ugye nyilván több bevétel is volt és így tudom a mostani albérletemet fenntartani, hogy dolgozom több helyen, tehát akkor a támogatott lakhatás akkor egy lehetőség, az egy ugródeszka volt.” (Iré)

Sajnos azt láthatjuk, hogy ugyan a hajléktalanságban élők legnagyobb számban Budapesten élnek, ugyanakkor a támogatott lakhatási lehetőségek mentális zavarral élő személyek számára, így a hajléktalanságban élő mentális zavarral élők számára sem biztosítottak. Sok esetben a közösségi pszichiátriai ellátások is kapacitáshiánnyal küzdenek, így a közösségben elérhető erőforrások bővítése, elérhetőségének biztosítása elengedhetetlen.

A tanulmányban szereplő négy hajléktalanságot megélt mentális zavarral élő személy közül egy fő jelenleg is egy átmeneti szállón él, egy fő albérletben, egy fő önkormányzati bérlakásban, egy főnek barátai támogatásával és egy kis saját pénzzel sikerült egy telket vásárolnia Budapeستől nem túl távol, amin épített egy kis házat, és ott él. Mind a négy fő felépülteként tekint önmagára.

Összegzés

A mentális zavarral élő személyek felépüléséhez vezető út sokszínű, mégis elmondható, hogy vannak tényezők, amiknek kimagasló szerepe lehet a felépülésben, mint például az önhatékonyságnak; a támogató családi, baráti kapcsolatoknak; a reményt adó segítő kapcsolatnak; a sorstárssegítésnek, önségítésnek; a közösségben hozzáférhető rehabilitációs lehetőségeknek; a társadalomban integrált életet elősegítő szolgáltatásoknak.

A biztonságot nyújtó saját otthon és a támogató erőforrásként jelenlévő családtagok nélkül is lehetséges a felépülés, ezt jól példázza a tanulmányban szereplő hajléktalanságot megélt mentális zavarral élő személyek felépülése. Ami láthatóvá válik számunkra az, hogy a hajléktalanságot megélt mentális zavarral élő személyeknél markánsabb szerepe van a felépüléshez vezető úton a közösségi pszichiátriai ellátásban megjelenő rehabilitációnak, a humanisztikus segítőnek, a sortárs és önségítő erőforrásoknak. Ezeknek az erőforrásoknak a bővítése nélkülözhetetlen.

Fontos, hogy a hajléktalanságban, mentális zavarral élő személyeket segítőket a hajléktalanellátó rendszerben, a közösségi pszichiátriai ellátásban és a mentális egészségügyben egymással dolgozó szakemberek együttműködő kapcsolatban legyenek és intézményen felüli teamben közösen segítsék a klienseiket. Ne azért kelljen hajléktalanellátásban szolgáltató intézményt váltania a mentális zavarral élő személynek, mert pszichotikus állapotában nem kap megfelelő segítséget. Ne azért kerüljön krízisbe a felépülő hajléktalanságban élő személy, mert letelt az adott átmeneti szállón való tartózkodási ideje. Párbeszédre van szükség az ellátó-, szolgáltatórendszerek között.

A támogatott lakhatás, a lakhatási alternatívák bővítése is elengedhetetlen, hozzájuk kapcsolva közösségben elérhető felépülést elősegítő rehabilitációs szolgáltatásokat.

„Hát jó lenne, ha kapnánk egy lakáskulcsot.” (Irén)

Felhasznált irodalom

Albert, F., Dávid, B. (2011): A hajléktalanság az emberi kapcsolatok szemszögéből: szakirodalmi áttekintés. In.: Társadalmi kapcsolathálózatok elemzése. Szerk.: Takács Károly. Budapesti Corvinus Egyetem

Anthony, W. (1993): Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Services in the 1990's. Psychosocial Rehabilitation Journal 16(4), pp 11-23.

Bassuk, E. The Homelessness Problem. 1984. Scientific American, 251, July. 40-45.

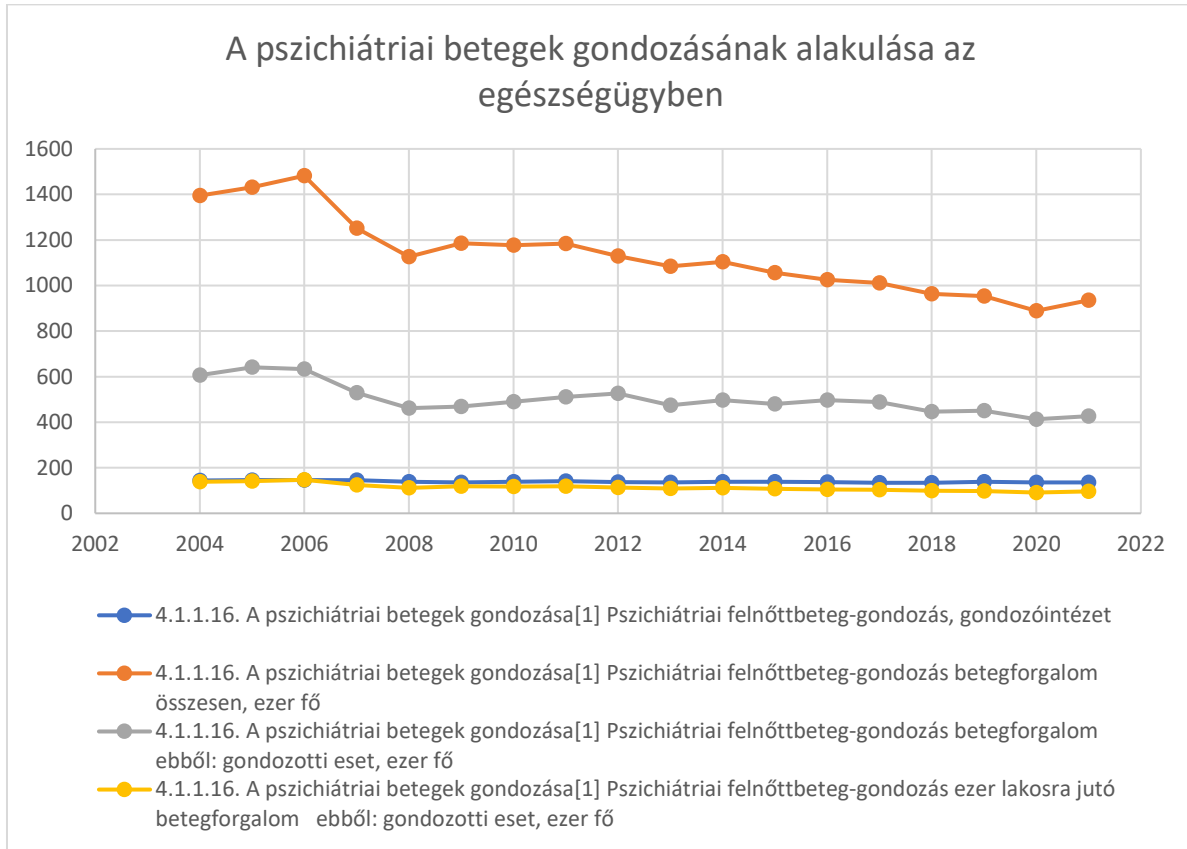
Bulyáki, T (2021b): A felépülés értelmezése a mentális zavarral élők nézőpontjából. Esély. Társadalom és szociálpolitikai folyóirat. Vol.32(2021) No.4. DOI 10.48007. 2021/4 pp 93-110

- Bulyáki, T (2023): Mentális zavarral, hajléktalanságban élő személyek segítése - a BMSZKI gyakorlatának rövid bemutatása. In: Párbeszéd 2023 Évf. 10.szám 1. Forrás: <https://ojs.lib.unideb.hu/parbeszed/article/view/13138/11492> (letöltve: 2024.01.14)
- Bulyáki, T. (2021a): Utazás a mentális zavarból a felépülés irányába. Doktori értekezés. Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Kar.
- Bulyáki, T., Gallai, I., Harangozó, J., Kaszás, J., Szabó, L. (2020): Felépülés a mentális zavarból. *Alkalmazott Pszichológia*, 2020/2. pp 59-76
- Corrigan, P.W., et al. (2001): Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr. Bull.*, 2001. 27(2):pp. 219-25.
- Francis, A. (2014): Strengths-based Assessments and Recovery in Mental Health: Reflections from Practice. *International Journal of Social Work and Human Services Practice* 2(6), 264-271
- Garrison, V. Support Systems of Schizophrenic and Non-Schizophrenic Puerto Rican Migrant Women in New York City. 1978. *Schizophrenia Bulletin*, 4. 561-596.
- Harangozó J., Szita B., Bese B., Mérey Zs., Gallai I. (2015): Trauma, dissociation, schizophrenia, and the split mind of professionals. *Annals of Psychiatry and Mental Health*, 14 Sept.
- Harangozó, J. (2018): A stressz szerepe. In: Bulyáki T., Harangozó J. (szerk.), *Közösségi Pszichiátria Kézikönyve. Ébredések Alapítvány*, Budapest. pp 73-79
- Herold Krisztián, Bulyáki Tünde, Szabóné Csizmadia Mária (2018): *Pszichiátriai Betegek Közösségi Ellátásának Ajánlása* Forrás: http://kozossegiellatasok.hu/doc/Pszichiatriai_Betegek_Kozossegi_Ellatasanak_Ajanlasa.pdf (letöltve: 2023.01.14)
- Lieberman, R.P. (2010): A pszichiátriai rehabilitáció alapelvei és gyakorlata. In: *Felépülés a betegségből. A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve. Oriold és Társai*, Budapest 2010. pp 37-89
- Mérey, Zs. (2019): A felépülés elvű pszichiátria térnyerése. In: *Hanghallás példatár. A hang szimbólikus üzenetének megfejtése. Ébredések Alapítvány Budapest*. pp 7-10
- Sutherland, E. Locke, H. *Twenty Thousand Homeless Men: A Study of Unemployed Men in the Chicago Shelters*. 1936. J. B. Lippincott. Chicago.
- Szabó, Gy. (2017): A mentális zavarokkal élőket sújtó stigma kutatása. Konzulens: Dr. Harangozó Judit a Semmelweis Egyetem Közösségi Pszichiátriai Centrumának vezető pszichiátere.
- Szabó, L. (2014): Felépülés alapú megközelítés. In: Balog-Urbanovszky Zs. és mtsai: Új életvezetési modell a pszichoszociális fogyatékosokkal élőknél számára a támogatott lakhatásban. Intézményi férőhely kiváltás. *Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft.*, Budapest. pp 61–65. Forrás: <https://fszk.hu/kiadvany/uj-életvezetési-modell-a-pszichoszociális-fogyatekosokkal-elok-számara-a-támogatott-lakhatásban/> (letöltve: 2023.01.14)
- Thornicroft, G., et al., Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 2009. **373** (9661): p. 408-15.
- Tringer, L. (2010): *A pszichiátria tankönyve. Semmelweis Kiadó*, Budapest 2010

WHO Regional Committee for Europe: Fact sheet – Mental health (2013) Forrás:
https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/404851/MNH_FactSheet_ENG.pdf
(letöltve: 2023.01.14)

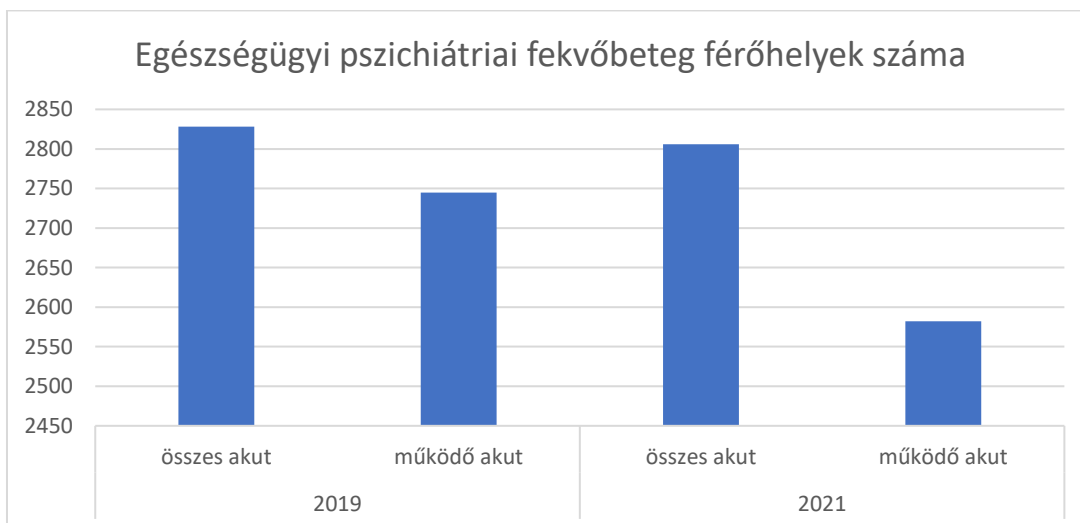
Melléklet – Diagrammok a pszichiátriai betegek egészségügyi és szociális ellátásáról

1. ábra



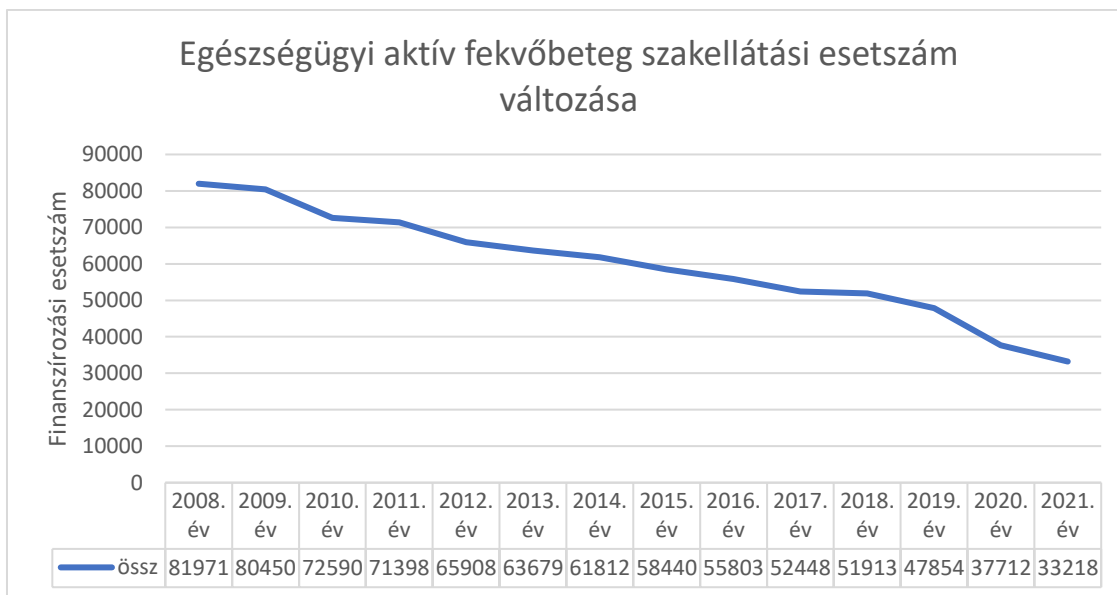
Forrás: KSH

2. ábra



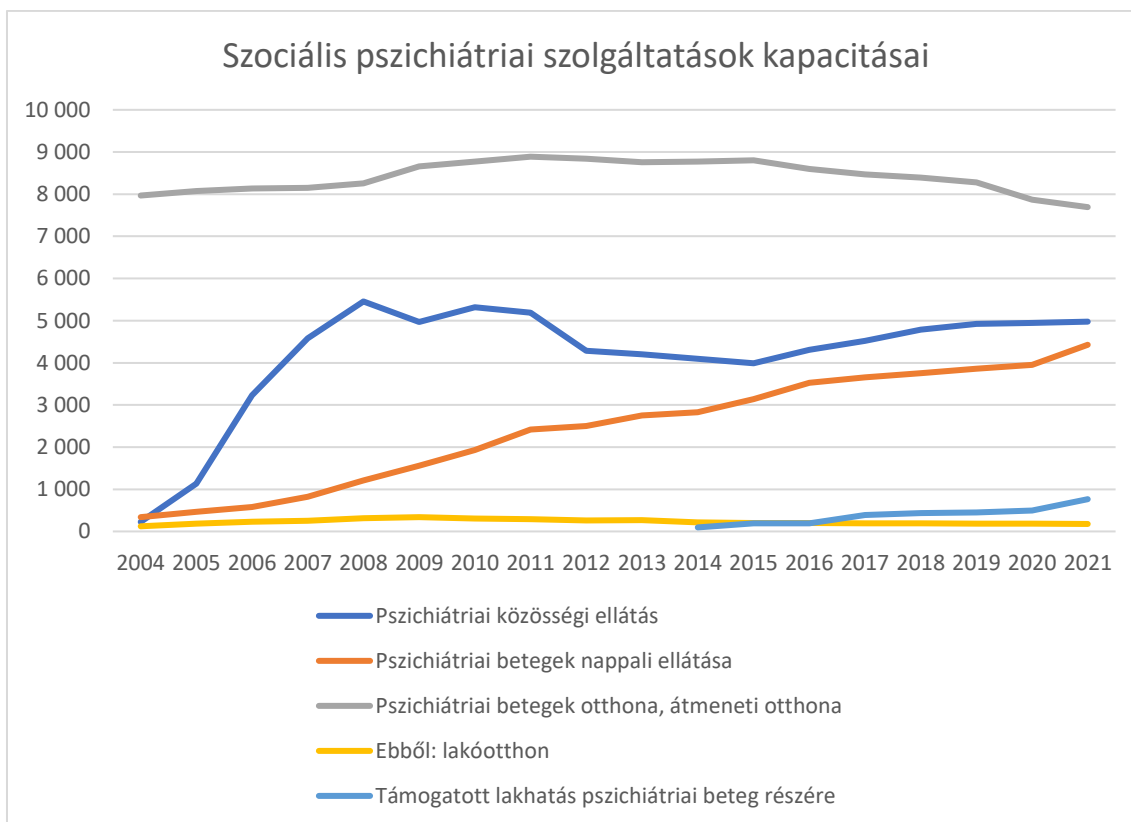
Forrás: KSH

3. ábra



Forrás: KSH

4. ábra



Forrás: KSH

