

PAPP GÁBOR

A magyarországi hajléktalan ellátás rendszerszintű elemzése



BEVEZETÉS

Tizennégy éve dolgozom a hajléktalan ellátásban szociális munkásként. Munkám során napi kapcsolatban állok az ellátórendszer minden egységével, így folyamatosan tapasztalom annak minden nehézségét, melyek szervezeti szinten vannak jelen. 2018-ban részt vettem egy országos szervezetfejlesztési programban, ahol egy tizenkét fős csoport tagjaként az ország különböző településein lévő hajléktalanszállók vizsgálata volt a feladat, megadott szempontrendszer alapján. Ezt követően megalakult az Országos Hajléktalanügyi Munkacsoport, melynek szintén tagja voltam, illetve 2023 januárjától a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület hajléktalanügyi munkaközösség országos társvezetője vagyok. Nemcsak a szóban forgó társadalmi populáció problémáinak mélységét és összetettségét sikerült alaposan megismernem, hanem az ellátórendszer struktúráját, működését is. Jelen tanulmány elsődleges és legfontosabb célja a kutatásban szereplő ellátórendszer részletes bemutatása, melynek körében elsősorban a szegedi és kecskeméti ellátórendszerre, azok működési fogyatékoságaira, hiányosságaira fókuszál.

Témaválasztásomnak van egy másik nagyon fontos aktualitása: a hajléktalan lét egy olyan folyamat következménye, melyet intenzíven felerősít a technológiai fejlődés, ill. az annak következményeképp tartóssá váló munkanélküliség. Az elavult, kevésbé, vagy egyáltalán nem piacképes szakmák, ismeretek birtoklása nem teszi lehetővé a munkaerő-piaci elhelyezkedést, így sokan – még ha átmenetileg is – a hajléktalan ellátásban jelennek meg.

A tanulmányban szigorúan elemzést végzek, vagyis nem minősítek, és főleg nem hibáztatok, vagy értékelek semmiféle irányítást.

Kutatásom során a következő kérdésekre keresem a választ: A jelenlegi ellátórendszernek vannak-e működési fogyatékoságai? A méltóságteljes emberi élet körülményei biztosítottak-e a rendszerben? A hajléktalan lét komplexitását nem vitatva, a rendszer képes-e a kigondozás irányába előmozdító szolgáltatásokat nyújtani? Tanulmányommal hármas célt szeretnék elérni. Ezek közül első a jelenlegi rendszer diagnosztizálását, második az ideálisnak mondható struktúra bemutatását tűzi ki feladatául. Harmadik célom az utóbbiból fakadóan egy olyan intézmény bemutatása, amely nemcsak a hajléktalan populáció problémáinak kezelésére kínál hatékonyabb alternatívát, hanem a társadalom egyéb, marginalizálódott, vagy marginalizálódó egyénei és csoportjai számára is. Szociálpolitikai szempontból stratégiai fontosságú egy ilyen kutatás, melynek két fő okát tudom megkülönböztetni: A hajléktalan állapotnak komplex összetevői vannak – noha ez a lét a depriváció legmagasabb foka (Breitner, 1991), ezért nemcsak a hajléktalanokat közvetlenül segítő, vagy segíteni próbáló intézmények érintettek a problémakezelés során, hanem az egészségügyi ellátórendszer, a rendőrség, a büntetés végrehajtási rendszer is. A másik ok, hogy nem talákoztam olyan kutatással, mely az ellátórendszer ilyen típusú vizsgálatát végezte volna el, ill. azt publikálta volna. Reményeim szerint, a hiányosságok feltárásán túl sikerül felvázolni egy olyan ellátórendszert, amely egyszerre alkalmas az adekvát segítségnyújtás feltételeinek megteremtésére, valamint a XXI. század kihívásaira történő megfelelésre.

A kutatási módszertan rövid bemutatása

Tanulmányom elkészítése során három kutatási módszert használtam. Vizsgálataim alapvetően kvalitatív jellegűek. Az egyik választott módszer a félig strukturált interjúk kérdezés volt. Ezt az intézmények vezetőivel, valamint a szakma országosan ismert, meghatározó személyiségeivel végeztem el. A te-repen dolgozó kollégákkal fókuszcsoporthoz interjúkat készítettem. A kutatói

kérdések e két munkakör mentén differenciálódtak, mivel a mindennapi tevékenységek jelentősen befolyásolják a problémák értelmezésének aspektusait. Végezetül a hazai, és a témában releváns külföldi szakirodalom tanulmányozása mellett az intézmények éves beszámolóinak kigondozási adatait vizsgáltam át, részegységenkénti lebontásban.

1. A HAZAI HAJLÉKTALAN ELLÁTÁS ELEMEI A RENDSZERVÁLTÁSTÓL NAPJAINKIG

1.1. A hajléktalanság hazai és nemzetközi értelmezései

Mielőtt a hajléktalanellátó rendszert elemezném, célszerű annak célcsoportját bemutatni. A hajléktalanság definiálása nem könnyű feladat, noha a probléma egyértelműnek tűnik. Ennek a tanulmánynak nem a jelenség tisztázása a célja, viszont fontos világosan látni, hogy milyen problémahalmazról van szó. Számos hazai és nemzetközi definíció, meghatározás és értelmezés ismert. Mára már egyre inkább kialakult egy konszenzus a szociális szakemberek között azzal kapcsolatban, kit is tekintenek igazán hajléktalan embernek. A vizsgált jelenség szempontjából a legközelebb álló meghatározás, mely szerint a hajléktalan lét a depriváció azon formája, amely a lakástalanságban teljeseedik ki (Breitner, 1999).

A törvényi definíciók az 1993. évi III. törvény (Szociális törvény) alapján (1993. évi III. tv):

1. ellátási szemléletű meghatározás: hajléktalan az, aki éjszakáit utcán, közterületen, vagy nem lakás céljára szolgáló helyiségben tölti.
2. igazgatási szemléletű meghatározás: hajléktalan az, aki bejelentett lakcímmel nem rendelkezik, kivéve, ha bejelentett lakcíme a hajléktalan-szállás.

A definíció tehát kezdetben a lakásviszonyokra, a lakás hiányára korlátozódott, majd később kiterjedt a szociális kapcsolatok hiányára is. A FEANSTA (European Federation of National Organization Working with the Homeless – Nemzetközi Hajléktalanügyi Szervezet) szerint a hajléktalan embereknek négy nagyobb csoportja van:

1. fedél nélküliek (hajléktalanok)
2. lakás hiányában intézményben élő emberek (effektív hajléktalanok)
3. bizonytalan hajlékban lakó emberek
4. a lakhatási standardoknak nem megfelelő lakásban, vagy nem megfelelő lakáskörülmények között élő emberek.

Itt érdemes szemügyre venni néhány külföldi meghatározási kísérletet. Az angol jelentés a homeless szót definiálja, mely szerint azok az emberek hajléktalanok, akik olyan rossz körülmények között élnek, hogy számukra nem lehetséges a civilizált családi élet. Tehát aki a társas emberi együttlét színhelyétől lakáskörülményei miatt megfosztatik: *homeless*. Természetesen vannak más angolszász meghatározások is. Vannak szerzők, akik szerint az tekinthető hajléktalannak, akiknek nincs állandó lakhelye ('with no fixed abode') (Lamb, 1984), 'without a settled way of living' (Baasler, 1983)

Kiemelten fontosnak tartom, hogy Magyarországon a hajléktalan ellátás csak az első két halmazra terjed ki, tehát a hajléktalanok és az effektív hajléktalanok adják az ellátórendszer ügyfélkörét. A kutatástovábbi részében azt tekintem hajléktalannak, aki az ellátórendszer valamelyikét igénybe veszi.

1.2. A hajléktalanellátó rendszer kialakulásának mérföldkövei

Ez az alfejezet lényegesen nagyobb terjedelmet érdemelne, mint amennyit jelen munkában részánhatok, azonban a részletes történeti bemutatás szétfeosztítené a tanulmány kereteit, ill. egy teljesen másik irányba vinné el azt. Éppen ezért – a teljesség igénye nélkül - azokat az eseményeket mutatom be, melyek a rendszerváltás idején elindították az ellátórendszert az intézményesülés útján. Mindenekelőtt fontos megjegyezni, hogy valamennyi megmozdulás, kezdeményezés és szerveződés – mintegy mozgalmi jelleggel – önkéntes alapon indult. A résztvevő „mozgalmárok” semmilyen anyagi vagy egyéb javadalmasra nem számítottak.

A Menhely Alapítvány és a Magyar Máltai Szeretetszolgálat létrejötte.

1989 telén bezárták a budapesti pályaudvarokat, így egy addig szokatlan jelenség tűnt fel. A magukat hajléktalannak nevező emberek akciót szerveztek, hogy valamilyen fedél legyen a fejük felett. Közvetlenül az életük került veszélybe, és mivel ez komoly sajtónyilvánosságot kapott, kialakult egy rájuk szerveződés. Gy. P. így emlékszik vissza az akkor történetekre: *„Az alaptörténet az volt, hogy elkezdtek kizavarni a hajléktalanokat a pályaudvarokról, 1989 tél elején, ezek a hajléktalanok – ez a teljesen új szó, az emberek számára is teljesen új volt –, ezek fogták magukat és elkezdtek akciózni a bezárásra! Ez volt '89 telén, tél elején. Teljes mértékben úgy szólt, hogy lényegében a Keletit és a Délit elkezdtek bezárni, a hajléktalanok praktikusán felültek a metróra, leszálltak a Blahán, fogták magukat és leültek. (...) (-mondja Gy. P. és később így folytatja:) Azután lett egy rájuk szerveződés. Különböző népségek elkezdtek*

pokrócokat, teát, kaját hozni nekik. És az, hogy ezek kik voltak, az nagyon plasztikus. A csírapártok bizonyos képviselői. Aktív emberek, akik aktívak voltak a csírapártokban és ez is meg az is egy érdekes protestálás volt. [Akkor] az egész rendszer borult, időben ez se előbb, se később nem következhetett volna be, csak akkor. Több dolog összejárt. Az biztos, hogy maguk a hajléktalanok abszolút érzékelték, egyrészt azt, hogy most vagy robbanunk, másrészt azt is érzékelték, hogy most le lehet ülni a Blahán. És vannak esélyek. A mindenféle csírapártok képviselői meg vitték a kaját. Ez csak olyan ellátás volt, ami azért volt érdekes, mert nem kelhettek fel, mert akkor lényegében felszámolódik az egész.”(Idézi: Pik, 1994. 43. o.)

Gy. P. egyik alapítója volt a Hajléktalanokért Társadalmi Bizottság elnevezésű szervezetnek, amelyhez a szociális munkás attitűddel bíró, aktívan tevékenykedő segítők fordulhattak. Eközben parlamenti típusú tárgyalások folytak a Blaha Lujza téren. A Menhely Alapítvány szerzett tehát magának egy épületet, egy volt munkásór laktanyát a VIII. kerületben. A budapesti hajléktalan ellátás egyik ágát alkotja ma is a Menhely Alapítvány, mely tehát a hajléktalanok hatóság közreműködésével, saját maguknak megszerzett épületben kezdte el működését.

A gazdasági és társadalmi átalakulás életre hívott egy másik nagy szervezetet, mely szintén tevékenyen vett részt a hajléktalanság kezelésében. Ez a szervezet a Magyar Máltai Szeretetszolgálat. Érdeemesnek tartom idézni Vecsei Miklóst, a szervezet egyik vezetőjét, felzárkóztatásért felelős miniszterelnöki megbízottat, aki a legautentikusabban fogalmazta meg a Magyar Máltai Szeretetszolgálat szerepét, elképzeléseit a fővárosi, később országos hajléktalan ellátás kiépítésében.

„A Magyar Máltai Szeretetszolgálat a Szuverén Máltai Lovagrend Segélyszolgálat, s bár önálló szervezet, a lovagrend 900 éves története, lelkesége meghatározza életét. A nyolcágú kereszt, – amely a Biblia nyolc boldogságát szimbolizálja – a világ minden részén jelen van, s e kereszt alatt dolgozók figyelik, támogatják egymás munkáját. A Magyar Máltai Szeretetszolgálatot a rendszerváltás gazdasági-társadalmi-politikai kihívásai keltették életre. Anélkül, hogy akartuk volna, cseppentünk bele a történelembe az 1989 nyarán lezajlott kelet-német menekültek segítésekor, szervezetünk ekkor alig féléves volt. Aztán pár hónapra már a romániai polgárháború kényszerített minket gyors cselekvésre. (...) Miközben ezek a munkák zajlottak, csendben felépült egy országos hálózat. Ennek elemeként kezdte meg munkáját a budapesti szervezet is

(...) Hajléktalanok részére szállót létesítettünk, idős, beteg, elhagyott embereket segítettünk otthonaikban; nappali melegedőket és ingyen konyhákat szerveztünk, orvosi és szociális szolgáltatásokat nyitottunk, a mozgássérültek gondozásában segédkeztünk, szociális gondozó- és ápolóképző szakiskolát alapítottunk. (...)

A tény, hogy Budapesten jelenleg alig 2 ezer ágy van az ellátásukra, [a hajléktalanokról van szó] e kérdést számunkra cinikussá teszi, ugyanakkor súlyos dilemmát okoz: a mai nap kihívását miként oldjuk meg? Hozzunk létre nagy létszámú, de szakmailag nehezen működtethető szállókat, vagy igyekezzünk valamiféle rendszert kialakítani? Mi az utóbbi mellett döntöttünk. Már 1990 őszén, amikor a Miklós utcai 50 fős szállónkat megnyitottuk – ekkor zárták be a pályaudvarokat a hajléktalanok előtt –, láttuk, hogy lakóink sokszínűsége erőnket meghaladó feladatokat ró ránk. Egy helyen lakott ekkor mozgássérült, hadirokkant, magára maradt nyugdíjas, elmebeteg, alkoholista, drogos és még sorolhatnánk. Ekkor a már működő szervezetek egymás között igyekeznek megoldani a feladatokat. (Így vált közeli jóbaráttá a Menhely Alapítvány, a SZETA és más szervezetek is).(...)

A Szeretetszolgálat számára különös gondot jelent az utcára kerülő családok, leányanyák ellátása. Zuglóban 22, többségükben cigány családdal élünk együtt és segítjük őket az önálló életvezetés kialakításában. (...) Gondozottaink körében nem végzünk térítő munkát... Úgy gondoljuk, hogy – a nem vallási értelemben vett – misszióknak abban áll, hogy a magyar társadalom minél több tagjában ébressze fel a közösség iránti felelősség érzését. A Szeretetszolgálat ezért tartja fontosnak, hogy szakmailag képzett munkatársai mellett minél többen kapcsolódjanak be önkéntesen ebbe a munkába.”(Vecsei Miklós)

A két szervezet kialakulásának történetéből, megfogalmazott céljaiból jól látható, hogy a hajléktalanság kezelését, megoldását főleg tömegszállások létrehozásával képzelték el. Ez az elképzelés akkor logikusnak látszott. A kutatásom során megkérdezett interjúalanyok egy része szerint az akkor hajléktalanná vált emberek problémáját képes lett volna kezelni az a tömegszállás rendszer, azonban a tömeges elszegényedésre és részben emiatti lakásvesztésre nem voltak felkészülve.

A kialakult hajléktalanellátó rendszer részletes bemutatása.

1990 őszén az új kormányzat kormánybiztos vezetésével létrehívta a Népjóléti Minisztériumon belül a Szociális Válságkezelő Programok Irodáját, amelynek

többek között az egyik feladata a hajléktalan ellátás kezeléséhez szükséges intézményrendszer kiépítése lett. Az Iroda az 1990–1991 telén szükséges válságlépések megtétele mellett, a korábbi szakmai műhely ajánlásainak megfelelően *előterjesztést készített* a hajléktalanság jogi rendezését szolgáló szakmai-szabályozási kérdésekről.

Az *előterjesztés* kimondta, hogy a hajléktalanügyi szabályozás valódi alanyai az effektív hajléktalanok – vagyis előtérbe a tűzoltó megoldásokat helyezte, és nem gondolkodott prevencióban, legfeljebb a veszélyzónában élők informálását és esetenkénti szociális gondozását tartotta fontosnak. A hajléktalanság problémáinak kezelését olyan állami feladatnak tekintette, amelyet az állam az önkormányzatokon keresztül valósít meg.

Az előterjesztés az ellátórendszer kiépítésénél három – minimum – feladatot fogalmazott meg:

- a „hajléktalan termelő” intézmények patológiás mechanizmusát csökkenteni és funkcióbővítéssel alkalmassá tenni az általuk hajléktalanná tettek befogadására;
- oldani a hajléktalan emberek fővárosi koncentrációját;
- a szállások mellett létrehozni olyan szociális gondozó szolgáltatásokat, amelyek a felderítést, problémakezelést végzik.

Az ellátórendszer kiépítése gyakorlatilag a nulláról indult. A lökést a hajléktalan emberek demonstrációi adták. Ezek mentén alakult ki egy – azóta is példa nélküli – szakmai összefogás különféle szervezetek, szolgáltatók, civilek, egyházak, állami szereplők együttműködésével, és alapvetően a nem állami szereplők kezdeményezésével. A hajléktalanellátó rendszerben máig domináns a civil részvétel.

1.3. A Szociális törvényben meghatározott hajléktalanellátó rendszer fejlődése

Az 1989–90-ben megalakult „Hajléktalan műhely” magába foglalta a hajléktalan ellátásban dolgozó szakembereket, szervezeteket, egyházakat. Pályázatban kezdték támogatni azokat a civil és állami szervezeteket, amelyek hajléktalan ellátásra vállalkoztak. Ez a támogatás lehetőséget biztosított arra, hogy folyamatosan forráshiánnyal küzdő, hagyományos szociális intézmény is megjelenjen ebben a körben, felemás, sokszor eredeti diszfunkcionális működését átmentő megoldási kísérletekkel.

Az első hajléktalanügyi jogszabály.

A hajléktalan ellátás első központi szabályozása az előterjesztést követően több mint egy évet váratott magára. A hajléktalanokról gondoskodó egyes szociális intézmények feladatáról és működéséről szóló 2/1992. (I.6.) NM rendelet nem tett arra kísérletet, hogy definiálja a hajléktalanságot, csupán a hajléktalan ellátások két év alatt kialakult (és általában öndefiníciók alapján működő) formáit írta le. (2/1992. (I.6.) NM rendelet)

Az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról. 1993 elején az azóta többször módosított Szociális törvény emelte be a hajléktalan ellátásokat a szociális ellátások rendszerébe és ellátási kötelezettséget is megállapított. A Szociális törvény a hajléktalan emberek esetében kétféle meghatározást ad:

Az első definíció értelmében „... hajléktalan a bejelentett lakóhellyel nem rendelkező személy, kivéve azt, akinek bejelentett lakóhelye hajléktalan szállítás.” [(Szociális törvény 4. (2))]

E definícióból adódóan „a hajléktalan személyek ügyében szociális igazgatási eljárásra az a szociális hatáskört gyakorló szerv illetékes, amelynek illetékességi területét a hajléktalan személy az ellátás igénybevételekor nyilatkozatában tartózkodási helyeként megjelölte.” (Szociális törvény 6.) A hajléktalan emberek részére nyújtott pénzbeli és természetbeni ellátások esetében e szerint e definíció szerint kell eljárnia önkormányzatoknak. A definícióval kapcsolatosan meg kell jegyezni, hogy az a tapasztalatok szerint csupán a hajléktalan embereknek mintegy a negyedére alkalmazható.

- A Szociális törvény második definíciója értelmében: „hajléktalan az, aki éjszakáit közterületen vagy nem lakás céljára szolgáló helyiségben tölti”.(Szociális törvény 6.)

Ez a definíció a szociális ellátás szempontjait követi. Ebből a meghatározásból adódóan a „a települési önkormányzat, tekintet nélkül hatáskörére és illetékességére, köteles az arra rászorulóknak átmeneti segílyt, étkezést, illetve szállást biztosítani, ha ennek hiánya a rászorulóknak az életét, testi épségét veszélyezteti.”

Ehhez a definícióhoz köti a Szociális törvény a hajléktalan emberek részére fenntartott személyes gondoskodást nyújtó ellátásokat. Vagyis ezt a meghatározást köteles alkalmazni az önkormányzat akkor, ha nappali melegedő, éjjeli menhely vagy átmeneti szállás formában nyújt személyes gondoskodást.(Szociális törvény 78., 84., 89. §) Ez azt is jelenti, hogy ezen ellátások igénybevételekor feltételként nem köthető ki lakcím vagy utolsó lakcím szerinti területi illetékesség.

A Szociális törvénynek ez a rendelkezése a gyakorlatban egyértelműsége ellenére is csak korlátozottan valósul meg. Ennek legfontosabb oka az, hogy az igénybejelentés és a kötelező ellátás igénybevételének módja, illetve az ezzel kapcsolatos eljárás alsóbb szintű jogszabályokban nincs meghatározva. Az eljárás főbb eszközeinek, illetve módszereinek meghatározása hiányában nem biztosítható a helyi önkormányzati rendeletek kikényszerítése és egységes szempontok szerinti megfogalmazása sem. Nincs központi irányelv annak meghatározására sem, hogy milyen körülményeket kell úgy tekinteni, amelyek az életet és testi épséget veszélyeztetik.

A törvényi definíciók mellett a hajléktalanság fogalma a szakirodalomban is meglehetősen viszonylagos. Jelenti egyrészt a lakástalanságot, fedélnélküliséget, egy hely – menedék – hiányát, másrészt a társadalmi kapcsolatok és kötelékek hiányát. Magában foglalja a kockázatot és az oksági viszonyt, és általában a társadalmi kirekesztettség egyik arculataként fogalmazódik meg. A Szociális törvény feltárt hiányosságai mellett fontos megvizsgálni, hogy milyen lehetőségeket, pozitívumokat tartalmaz.

- Szállást nyújtó intézménynek az éjjeli menedékhelyet és az átmeneti szállást tekintette, illetve tekinti ma is. Tény, hogy ezek a szállások a

közvetlen életveszély (elsősorban a kihűlés) megelőzésére alkalmasak, továbbá tisztálkodási lehetőséget is biztosítanak.

- Egyéb szociális szolgáltatást nyújtó intézmények között felsorolta a szociális információs szolgálatot, utcai gondozó szolgálatot, népkonyhát, nappali melegeződőt és a hajléktalanok gondozási központját.
- Megjelent a rendeletben, mint lehetséges ellátási forma a rehabilitációs és kríziskezelő intézmény. Ez lehetett volna a rendelet egyik legértékesebb része, ha nemcsak, mint „lehetőségként”, hanem kötelező minimumként épül be. Erről bővebben kifejtem tapasztalataimat és gondolataimat a tanulmány későbbi szakaszában.
- Fontos előrelépést jelentett, hogy elvárásként rögzítette a személyzetre vonatkozó előírásokat. Igazi jelentősége viszont abban volt, hogy a rendeletben előírt nyilvántartási kötelezettség bevezetésén keresztül lehetővé vált a szálláshelyek működtetésének normatív típusú állami támogatása, s ezzel némileg kiegyensúlyozottabb lett a működés. Azt azonban nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a pusztán normatív finanszírozás nem teljesítmény centrikus, és főleg nem végeredmény orientált.

A hajléktalanellátó rendszer felépítése, a szolgáltatások vertikális és horizontális struktúrája. A különböző ellátási formákat nem időrendi megjelenésük szerint, hanem a struktúrában elfoglalt helyük és funkcióik alapján mutatom be, nagy hangsúlyt fektetve a szolgáltatási elemek előnyeinek és hátrányainak, továbbá hiányosságainak ismertetésére.

1. **Átmeneti szálló.** Ez a szolgáltatási forma közvetlen a lakhatás hiányát hivatott orvosolni. Átmeneti időre – Szegeden két évre –, havi térítési díj ellenében biztosítja a nappali és éjszakai benttartózkodás lehetőségét, továbbá lehetőség van tisztálkodásra is. Étkeztetési kötelezettsége a jogszabályok alapján nincs. Ez a szálláslehetőség főleg azoknak az ellátottaknak lehet relatíve nagy segítség, akik rendelkeznek állandó jövedelemmel. A jövedelem gyakoribb esetben valamilyen típusú segély, ritkább esetben munkából származó jövedelem. Előnye, hogy viszonylag olcsó. Hátrányokból ennél jóval több van. A szobák minimum 3–5 ágyasak, a tisztálkodási helyiségek

közösek, így a privát szféra teljes hiányából adódó egészségügyi és pszichikai következmények csak rontják az ellátottak egyébként is deprivált állapotát. Hátrányként újra említenem kell az étkeztetés hiányát.

2. **Éjjeli menedékhely.** Részben hasonlít az átmeneti szállóhoz, de mint nevéből is következik, csak éjszakai tartózkodás lehetőségét biztosítja. Ennek a szolgáltatási formának két pozitívumát tudom megemlíteni. A szolgáltatás teljesen ingyenes, továbbá a törvényi előírásoknak megfelelően biztosítja az ellátottak alapvető higiéniai szükségletei kielégítésének feltételeit. A menedékhelyet reggel el kell hagyni, így az ott éjszakázó ellátottak napközben egyéb ellátási formákat kénytelenek igénybe venni.
3. **Nappali melegedő.** Elsősorban, de nem kizárólag hajléktalan személyek nappali benntartózkodásának lehetőségét biztosító szolgáltatási forma, ami nemcsak télen, hanem egész évben nyitva van (a szolgáltatás elnevezése sok esetben megtévesztő). Itt szintén lehetőség van tisztálkodásra, továbbá a szabadidő értelmes eltöltésére. A törvényi szabályozás sajnos máig nem emelte a melegedők szolgáltatási minimumai közé az étkeztetést. Természetesen nem is tiltja, de ezt csak akkor tudja biztosítani egy melegedő, ha vannak egyéb, a normatíván kívüli forrásai is.
4. **Az utcai szociális munka.** Paradox módon ez az egyik legfiatalabb szolgáltatási forma a magyarországi hajléktalanellátó rendszeren belül, legalábbis a törvényi szabályozás szempontjából. 2006-ban épült be az alapszolgáltatások közé azzal a céllal, hogy az intézményi szolgáltatásokat bármilyen okból kerülő ellátottak is kapjanak alapvető, az életben maradáshoz nélkülözhetetlen szolgáltatásokat. Számos ellátott kerül mind a nappali melegedőt, mind az éjjeli menedékhelyet, illetve minden egyéb tömegszállást, így az utcai szolgálatnak jut az a feladat, hogy felkutassa, majd gondozásba vegye ezeket az ellátottakat. Az utcai munka egyik legfontosabb feladata, hogy az intézményi szolgáltatások igénybevételére ösztönözze ügyfeleit.
5. **Krízisszálló.** Szegeden minden év november 1-től április 30-ig kizárólag éjszakai benntartózkodásra nyújt lehetőséget. Tisztálkodni a folyosó végén található közös tusolóban lehet, aludni pedig az átlag húsz ágyas szobákban. Ez a szolgáltatás – nevéből is

következtethetően – csak a leghidegebb hónapokban nyújt némi védelmet a kihűléstől. Funkciója ezzel gyakorlatilag kimerül. Takarót nem kapnak a kliensek, így jellemzően az egész nap magukon hordott ruhában vészelik át az éjszakát.

- 6. Hajléktalanok Egészségügyi Centruma.** Más néven egészségügyi lábadozó, 2009-ben nyitotta meg kapuit a Magyar Máltai Szeretetszolgálat által. Az egészségügyi centrum komoly hiánypótló funkciót tölt be megalakulása óta. Itt egy speciális ellátási formáról van szó, melynek lényege, hogy a kórházi ellátásra már nem szoruló, de lábadozást még igénylő hajléktalanoknak ne az utcára, vagy a szállóra kelljen menniük, hanem olyan kulturált körülmények közé, ahol mindez kivitelezhető. Az egészségügyi lábadozás ideje alatt megkezdődik a szociális-egzisztenciális kigondozás is. Legfontosabb cél, hogy az oda bekerült ügyfél már ne az utcára kerüljön vissza. Ilyen típusú intézmény Magyarországon csak egy van minden régióban. Szegeden jelenleg harminc engedélyezett férőhellyel működik az Egészségügyi Centrum. Ugyanennek az intézményi egységnek az eleme a hajléktalanok háziorvosi rendelője. Szegeden majdnem mindegyik hajléktalan háziorvosi ellátása itt történik. Ennél a szolgáltatási elemnél megfigyelhető a komplexitás irányába történő elmozdulás, de teljesen mégsem képes odáig eljutni. Főleg finanszírozási okokból sajnos kénytelen nélkülözni számos olyan szolgáltatási elemet, amelyek a kigondozáshoz nélkülözhetetlenek.

1.4. Változó szükségletek és új kigondozási stratégiák

„A hajléktalanokért végzett munka célja az emberi élet alapvető feltételeinek biztosítása és megteremtése, amely arra irányul, hogy enyhítse, illetve megakadályozza a szükségtelen nélkülözést és az értelmetlen szenvedést.” – olvasható a Hajléktalan Szolgálatok Tagjainak 1993-ban megalkotott és elfogadott szakmai-etikai kódexében. (Etikai Kódex 1994)

Az előző fejezetekből kiderül, hogy miután Magyarországon látható, majd egyre szaporodó társadalmi jelenséggé vált a hajléktalanság, kormányzati szinten is felismerték, hogy kezelni kell a problémát. Interjúalanyaim elmondásai szerint a kezelés már kezdetben félrecsúszott. Az 1992-es és főleg az 1993-as szabályozás a meglévő – főleg tömegszállítás jellegű – megoldásokat emelte törvénybe, vagyis az intézményi növekedést és fejlődést ebbe az

irányba determinálta. Az intézmények kötelező szolgáltatási elemei gyakorlatilag még az életben maradás feltételeit sem biztosítják, csak akkor, ha ezeket az elemeket összevontan vizsgáljuk. Ez annyit jelent, hogy a hajléktalan létbe került személynek a rendszeren belül több alrendszer szolgáltatóját kell felkeresnie, hogy az életben maradáshoz szükséges ellátásokat igénybe tudja venni.

A vizsgálat egyik legfontosabb kérdése, hogy miért széttagolt az ellátórendszer. A legalapvetőbb szükségletek kielégítéséhez miért kell két, vagy három egységet felkeresni naponta? Ha minden szakember tisztában van a jelenség heterogenitásával, akkor az ellátórendszer miért homogén egységekből épül fel?

A hajléktalan nők helyzete. Az országos statisztikák minden nagyobb városban azt mutatják, hogy az elmúlt években növekedett a hajléktalan nők aránya a teljes populáción belül. Ez az arány megegyezik az Európai Unió átlagával. 2000-ben 10% volt a nők hajléktalanságon belüli aránya, 2021-ben már 20–22%-ra emelkedik ez a mutató. Egyes városokban, mint például Miskolcon, eléri a 25%-ot is a nők hajléktalanságon belüli aránya. Ennek okát főleg a kapcsolati rendszerek gyengülésében, megszűnésében találjuk, de az is gyakori, hogy egy rossz kapcsolatba történő menekülés következtében válik egy nő hajléktalanná. A hajléktalan világban a nők helyzete az esetek többségében lényegesen rosszabb, mint a férfiaké. A kiszolgáltatottság, az áldozati státusz mivolt, a félelem és a bizonytalanság általában olyan kényszerkapcsolatokba kergetik őket, ahol mindezek jellemzően megmaradnak, de legalább kiszámíthatóbb formában. A hajléktalan nők a szexuális kihasználásnak is ki vannak téve. Vannak, akiket a partnerük prostitúcióra kényszerít, így biztosítva a bevételt. Az ilyen esetekre a szociális munkások legtöbbször csak következtetni tudnak, hiszen az ilyen fajta kihasználásokra jellemző egyfajta protektív magatartás, mely során a futtató személy rendszeresen ellenőrzi, hogy a nő hol tartózkodik, megérkezett-e a szállóra, valamint a bántalmazásokkal együtt is védettebb helyzetben egy „valakihez tartozó” nő, mint aki magányos. A Február Harmadika felmérések alapján a hajléktalan nők:

- iskolázatlanabbak, mint a hajléktalan férfiak,
- gyorsabban válnak alkohol- vagy drogfüggővé,
- gyakran erőszakos párjuk, családjuk miatt menekülnek az utcára,
- többen lehetnek erőszakos cselekedetek áldozatai.

A hajléktalan nők speciális problémáira történő intézményi szintű reakció országos szinten is alacsony, de Szegeden különösen. Az alapvető higiéniai szerek limitált (!) biztosítása, a nőgyógyászati szűrők és vizsgálatok szinte teljes hiánya, valamint az összesen tizenkilenc női férőhely a hajléktalanszállón finoman szólva is változásért kiált. A hajléktalanellátó rendszer valamelyik szolgáltatását igénybe vevő nők száma a nyilvántartási adatok alapján mintegy nyolcvan fő, ennek fele hajléktalan, vagy effektív hajléktalan. A hajléktalanná vált nők kigondozása mind módszertani, mind intézményi (tehát szolgáltatási) szempontból nehéz és speciális feladatok elé állítja a szakma szereplőit.

1.5. Ellátórendszeren kívüli kigondozási stratégiák és azok hiányosságai

A Housing first program.

Ezt a programot az Egyesült Államokban alkalmazták először, 1988-ban Los Angelesben, majd 1992-től New Yorkban. A program elnevezése kifejezi annak módszertani lényegét. Szakít, vagy szakítani próbál a „lépcsőzetes” kigondozási stratégiákkal, helyette az ügyfelet rögtön lakásba helyezi, ahol viszonylag önállóan élve egy team segítségével építi fel önmagát. Ez a team orvosokból, pszichológusokból, szociális szakemberekből és addiktológusokból áll össze. Ezt a programot számos európai ország átvette, sajátosságai mentén adaptálva. Magyarországon, azon belül az általam elsősorban vizsgált régióban is volt egy ilyen kísérlet. Pályázati forrásból tizennyolc hónapra finanszírozta tizenhat fő számára a lakhatást, annak minden költségével együtt a Szeretetszolgálat. A programba bevont személyek (továbbiakban mentoráltak) együttműködési megállapodást kötöttek a Szeretetszolgálattal, melynek keretén belül minimális felelősség és kötelezettségvállalás hárult rájuk.

Az amerikai és nyugat európai gyakorlattól eltérően team nem alakult, hanem mentori feladatokkal megbízott szociális munkások töltötték be ezt a funkciót. Magam is részt vettem a programban mentorként. A program felemás eredményekkel zárult. Főleg azoknál a személyeknél volt sikeres a program, akik fizikailag és főleg lelkileg kellő stabilitást mutattak már a program előtt. A kudarcok okait leginkább a problémakezelés komplexitásának hiányában láttuk. Hiába volt biztosított a kulturált lakhatás – annak minden költségével –, a mentoráltak többsége nem tudott mit kezdeni a hirtelen jött radikális változással. A lakhatás biztosítása által még nem lett piacképes szakmája, nem tudott az utcai életmód beidegződéseitől szabadulni, de főleg lelkileg nem tudta azt a szintet megugrani, ami az önálló élethez szükséges.

A támogatott lakhatás.

A **támogatott lakhatás** – szakosított ellátásként – a fogyatékos személyek, a pszichiátriai betegek (kivétel: demens személyek) és a szenvedélybetegek részére biztosított ellátás, amely az életkornak, egészségi állapotnak és önálló életvitelének megfelelően az ellátott személyek önálló életvitelének fenntartása, elősegítése érdekében biztosít:

- lakhatási szolgáltatást,
- esetvitelt,
- segítségnyújtást a közszolgáltatások és a társadalmi életben való részvételt segítő más szolgáltatások igénybevételéhez,
- továbbá – igény esetén, komplex szükségletfelmérés alapján – felügyeletet, étkeztetést, gondozást, készségfejlesztést, tanácsadást, pedagógiai segítségnyújtást, gyógypedagógiai segítségnyújtást, szállítást, háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtást.

A támogatott lakhatás a jogszabályok szerint nem kifejezetten a hajléktalanok számára nyújtott lakhatási forma, viszont nem is tiltja azok bevonását. A jogszabályban megfogalmazott rászorultsági faktorok valamelyike (sokszor akár mindegyike) a hajléktalanok jelentős számánál jelen van, de a hajléktalan ellátás mégsem tud ezen az úton elindulni. Ennek legfőbb oka, hogy a jogszabályok nem teszik lehetővé az ehhez szükséges munkavégzési mobilitást. Az esetvitel, különösen több bevont ügyfél esetében megvalósíthatatlan egy főállásban utcai szolgálatot, nappali melegedős tevékenységet, vagy bármi egyéb szolgálatot végző szakember munkája során, mert a finanszírozási megállapodások szigorúan behatárolják a szakemberek mozgásterét. További probléma, hogy a támogatott lakhatás nem ingyenes. Átmeneti időre sem előlegezi meg a lakhatást az arra rászorulóknak, így azok a hajléktalanok, akik számára a lakás azonnali és reális ugródeszka lehetne, teljesen kiszorulnak a potenciális igénybe vevői körből.

2. A SZEGEDI ÉS KECSKEMÉTI KUTATÁS MÓDSZEREI

2.1. A vizsgált települések kiválasztásának szempontjai

Kutatásomban elsősorban a szegedi ellátórendszer hiányosságait tárom fel oly módon, hogy azt a kecskeméti szolgáltatási struktúrával hasonlítom össze. Ennek a két városnak van a legnagyobb intézményi lefedettsége a Dél-alföldi

Régió belül, továbbá megtalálható minden olyan intézményi szolgáltatási forma, ami az országban jelen van. A hajléktalan lét és életforma sajátosságai egyezést mutatnak országos szinten, így az esetleges „jó megoldások”, vagy „jó gyakorlatok” reprezentatívvá válhatnak. Félig strukturált interjúkat nemcsak az régió intézményeinek vezetőivel készítettem, hanem olyan országos vezetőikkel is, akik a szakmában meghatározó személyek, mivel a meglévő helyzet kialakulásának okait ők jobban ismerik, de a terepen dolgozókkal készült fókuszcsoporthoz interjúk kifejezetten a Dél-alföldi Régióra koncentráltak.

2.2. A kutatási probléma: célok és kérdések

Vizsgálatom legfontosabb célja, hogy diagnosztizálja az ellátórendszert, annak minden jól és rosszul működő mechanizmusával, továbbá feltárja a rendszer hiányosságait. A hajléktalanok számbeli aránya a többségi társadalomhoz képest nem mondható magasnak, viszont problémáik összetettsége miatt (és persze a jelenség látványossága miatt) mégis jelentős alanyai a szociálpolitikai alrendszerek összességének. Azt szeretném kideríteni, hogy ez a rendszer a saját lokális keretein belül, mennyire képes hatni a hajléktalan lét állapotára, képes-e azt kezelni, adott esetben megoldani. Fontos megjegyezni, hogy a *kezelés* színvonalának értékelése szubjektív megítélés alá esik, akárcsak a *megoldás*. Ennek legfőbb oka az, hogy több szempont, vagy sokkal inkább érdek van jelen egyszerre.

A többségi társadalom (habár az sem egységes) leginkább ismert érdeke, hogy a hajléktalanság ne legyen látható. Ez nem az empátia hiányát jelenti, sokkal inkább a tehetetlenségből adódó harag és sajnálat elegyét.

A szociális szakemberek érdeke – legalábbis a legtöbb és remélhető esetben – az ellátottak kigondozása, ha az nem lehetséges, akkor életminőségének javítása, de minimum az állapotromlás megállítása vagy lassítása. Mind a társadalmi, mind a szakmai szempont és érdek megvalósításához megfelelő hátterintézményi hálóra van szükség, mely felépítését és felszereltségét tekintve is alkalmas funkciójának betöltésére. A funkciót tekintve két fő irányt különböztetek meg. Az egyik a méltóságteljes emberi élet körülményeinek biztosítása. A másik fő irány a kigondozás intézményi feltételeinek biztosítása. Utóbbi lényegesen több szolgáltatási elem meglétét várja el. Ezekben az esetekben már nem szubjektív, hanem objektív szempontokról beszélhetünk. A módszertant mindig az egyén aktuális szintjének bázisán lehet kidolgozni, de

a beavatkozás az intézmény által létrehozott környezetben valósul meg. Az intézményen – vagyis a védett környezeten – kívüli kényszereknek meghatározó szerepe van mind a kigondozási koncepció, mind a stratégia megfogalmazásakor. Tehát ez azt jelenti, hogy a komplex szolgáltatás nyújtása minden ellátott egyéni szintjétől és állapotától függetlenül szükséges.

A kigondozási koncepciókra gyakran jellemző, hogy a modellalkotásuk során alkalmazott struktúráképző elemek szinte mindegyike az ügyfélre és annak aktuálisan meglévő tőkerendszerére fókuszál. Ez nem azt jelenti, hogy a segítő szakember vagy team figyelmen kívül hagyja a tágabb – és itt főleg munkaerőpiaci, gazdasági – mezőket, hanem azt, hogy a rendelkezésre álló eszközrendszer nem tesz lehetővé nagyobb mozgásteret. Az intézményi széttagoltság tehát módszertani széttagoltsághoz vezet, így a sikerességi, és főleg kigondozási mutatók alacsony szinten vannak. Ellátotti szempontból azt is láthatjuk, hogy nem a rendszerek reagálnak az ügyfelek igényeire, hanem az ügyfelek – bizonyos célokról lemondva – alkalmazkodnak a szolgáltatások nyújtotta körülményekhez.

„A rendszerváltás éveiben, a piacgazdaság megszületésével szoros összefüggésben azonnal és tömegesen jelentek meg hajléktalan emberek 1989–90 telén Budapest és a magyarországi nagyvárosok utcáin, pályaudvarain, aluljáróiban. (...) A 90-es évek második felére az emberi alapszükségletek kielégítése és az életet veszélyeztető nyomor enyhítése céljából kialakult és intézményeiben megszilárdult egy országos hajléktalan ellátó rendszer. A magyarországi hajléktalan-ellátás máig magán viseli a kezdeti évek nyomait. Az akkor sürgető teendők ellátása – az életmentés, a nyomor enyhítése, a hajléktalan létből fakadó ártalmak csökkentése – minden energiánkat felemésztette, és nem maradt erőnk, és nem volt segítő eszközünk a hajléktalanok tömegének csökkentésére, az egyén társadalmi tagságának, önbecsülésének, egészségének, hitének visszaszerzésére.”(Vecsei, 2008. 1. o.)

A rendszerváltás idején megtapasztalt hajléktalan-ügyi problémát ekkor pragmatikus eszközökkel próbálták orvosolni. Ahogy a fenti idézetből is kiolvasható, a hajléktalan ellátás máig magán viseli a kezdeti évek nyomait. Egyik legfontosabb kérdés, *hogy kell-e változtatni az ellátórendszeren*. Ha elismerjük a változtatás szükségességét, akkor milyen lenne az ideálisnak mondható ellátórendszer? Annak érdekében, hogy ezekre a kérdésekre választ kapjak, kvalitatív kutatási módszert választottam. A szakemberekkel fókuszcsoporthoz, míg az intézmények vezetőivel félig strukturált interjúkat

készíttem a kutatásetikai szabályok betartásával. A kutatói kérdések is e két csoport mentén differenciálódtak. Ez ad egyfajta szabadságot mind a résztvevőnek, mind az interjú készítőjének is. Az interjú adatfelvétel egy kvalitatív kutatási módszer, mely a minőségi adatokra helyezi a hangsúlyt. Ehhez társulnak az intézmények Szakmai Programjai, illetve saját empirikus tapasztalataim is.

Az interjúkat minden résztvevővel a saját városában készítettem, ami főleg a komfortérzet magasabb szintjét biztosította számukra.

2.3. Félig strukturált interjúk

Félig strukturált interjút hét személlyel sikerült készítenem. Szegeden az Egyesített Szociális Intézmény Hajléktalanellátó Egység vezetőjével, Kecskeméten a Komplex Hajléktalanellátó Intézmény vezetőjével, valamint a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Dél-alföldi Régiójának ügyvezetőjével. Szükségesnek éreztem, hogy ne csak a kutatott terület, vagyis a Dél-alföldi Régió vezetőinek, hanem az ország más területein élő és dolgozó, a szakmában meghatározó és emblemikus személyek véleményét is halljam a témával kapcsolatban, ezért további négy fővel készítettem el az interjút. Időrendi sorrendben *K. I.* volt az első, aki jelenleg a BMSZKI-nál dolgozik, de korábban az országos hajléktalanügyi munkacsoport vezetője, illetve a legújabb hajléktalanügyi stratégia egyik szerzője volt. Ezt követően *G. Z.-al*, a Menhely Alapítvány módszertani munkatársával, a Február Harmadika munkacsoport vezetőjével készült el az interjú. Véletlenszerűen alakult úgy, hogy a Magyar Máltai Szeretetszolgálat két alapító tagjával és egyben alelnöki posztját betöltő személyekkel készített interjúk zárták a kutatás eme szakaszát

A kérdések alapvetően minden interjú esetében megegyeztek, azonban a válaszok és a vélemények különbözőségei miatt elfordult, hogy korábban nem kalkulált kérdések is felvetődtek. Az alábbi kérdéseket fogalmaztam meg a félig strukturált interjúk elkészítéséhez:

1. A jelenlegi hajléktalanellátó rendszernek vannak-e működési fogyatékoságai?
2. A hajléktalan lét komplexitását nem vitatva, tudunk-e a kigondozás irányába ható szolgáltatásokat nyújtani?
3. Mire/mikre lenne szükség a hatékonyabban működő rendszer kiépítéséhez?

4. Azok a szolgáltatási elemek, melyek a klasszikus ellátórendszeri lépcsőn nem helyezhetők el (egészségügyi centrumok, hajléktalanokat rehabilitáló intézmények) evolúciós lépcsőfoknak tekinthetők-e?
5. Véleménye szerint kialakítható-e, és ha igen, milyen feltételrendszerek mellett egy olyan ellátórendszer, amely képes 1. a méltóságteljes emberi élet körülményeit, és 2. a kigondozás intézményi feltételeit biztosítani?
6. Lát-e esélyt arra, hogy olyan egységek jöjjenek létre, ahol a szociális-egzisztenciális kigondozás oktatási, képzési programokkal egészül ki? *(A képzésbe a személyiségfejlesztés és bármilyen egyéb edukatív elem beletartozik.)*
7. A technológiai fejlődés hatására megjelenő munkanélküliség kihívásaira felkészíthető-e a hajléktalan ellátás? (Véleménye szerint fel kell-e készülnie az ellátórendszernek – akár preventív céllal – erre a kihívásra?)
8. Milyen az ideális hajléktalanellátó rendszer?

2.4. Fókuszcsoportos interjúk

A terepen dolgozók ugyanazokat a hiányosságokat vagy hibás működéseket másban látják megnyilvánulni, mint a vezetők, ezért a kérdéseket is ennek a különbségnek megfelelően állítottam össze.

1. Milyen lehetőségeket biztosít a jelenlegi ellátórendszer a kigondozáshoz?
2. A méltóságteljes emberi élet feltételei biztosítottak-e a jelenlegi rendszerben? Milyen feltételeket biztosít ehhez az ellátórendszer?
3. Kigondozás során milyen háttérintézményi hiányosságok tapasztalhatók?
4. Intézményi szinten a hatékonyabb munkavégzéshez mire lenne szükség?
5. Milyen strukturális változások lennének indokoltak a hatékonyabb működés érdekében?

Az interjúk begépelését követően elsősorban az interpretációt választottam, mint interjúelemző technikát, mivel valamennyi interjúalanynál látványosan a mélyebb összefüggések, problémák és hiányosságok megfogalmazása volt jellemző. További elemzési eszközként a kondenzációt emeltem be.

3. A SZEGEDI ÉS A KECSKEMÉTI HELYZETKÉP

Ebben a fejezetben a két vizsgált település, vagyis Kecskemét és Szeged ellátórendszerének hiányosságainak feltárására kerül sor. Először a fókuszcsoportos interjúk, majd a vezetőkkel készített félig strukturált interjúk interpretációja által válik világossá, hogy az ellátórendszert belülről látó, annak minden – főleg a széttagoltságból adódó – hiányosságával szembesülő szakemberek milyen struktúrát tartanak ideálisnak. A válaszokat helyenként szó szerint idézem, de leginkább a témát érintő gondolatok interpretatív és tömörített változatait építem be. A tanulmányban leginkább a szegedi és kecskeméti intézményi struktúrákat mutatom be, de az ellátórendszer országos egészét érintő gondolatokat szintén fontosnak tartom ismertetni, melyeket egy külön erre a célra szánt alfejezetben írok le. Utóbbi interjúalanyai elsősorban budapesti szakemberek.

3.1. Az ellátórendszer hiányosságai a munkatársak nézőpontjából

1. Milyen lehetőségeket biztosít a jelenlegi ellátórendszer a kigondozáshoz?

Az interjúalanyok kezdetben egymásnak látszólag ellentmondó válaszokat adtak a csoporton belül. A kigondozás feltételeit azok a dolgozók látják biztosítottnak, akik egyszerre látják maguk előtt az ellátórendszer valamennyi szereplőjét. Amikor viszont az interjú során szembesülnek mind a térbeli, mind a módszertani széttagoltsággal, akkor már egyre inkább a lehetőségeket tagadó kollégáik véleményét osztják. Az sem volt először világos és egységes, hogy ki mit ért kigondozás alatt. Miután mindez tisztázódott, a válasz egyértelműen az volt, hogy a rendszer inkább beszűkíti az ellátottak mozgásterét, mintsem biztosítaná azt.

Az első kérdésnél legintenzívebben a képzés és oktatás hiányát nevezték meg a szakemberek. A kecskeméti integrált otthon valóban magasabb szintű ellátást nyújt gondozottjainak, de az oktatás itt sem épült be az alapvető szolgáltatási elemek közé. Az egyik interjúalany így fogalmazott: *„Sem a személyi, sem a strukturális feltétel nem adott, még nálunk sem, mert hiányzik egy csomó tényező, ami motiválhatná őket (a klienseket). Elvárásaink vannak, de szakmát nem adunk a kezükbe. A mentális állapot is összetett dolog. Nekem sem lenne kedvem, ha azt sem tudnám, mi vár rám.”*

Nagyon lényeges gondolat, mivel nemcsak a jelent, hanem a jövőt is nézi a válaszadó. A motivációt mindig a jelenben kell megteremteni az ellátottakban, de ez csak akkor lehetséges, ha olyan konkrét célok körvonalazódnak, melyeknek van realitásuk. A képzés és az oktatás hiánya miatt lényegesen kevesebb és főleg alacsonyabb szintű cél fogalmazódik meg ügyfélben és segítőben egyaránt.

2. A méltóságteljes emberi élet feltételei biztosítottak-e a jelenlegi rendszerben? Milyen feltételeket biztosít ehhez az ellátórendszer?

A válasz itt sem volt egységes. Az egyik – általam legfontosabbnak tartott – gondolatot szeretném idézni: *„Ez a kérdés azért nem jó, mert a hajléktalan lét eleve nem méltóságteljes, vagyis mindegy, mit biztosítunk annak, aki bekerül ebbe.”* A válasz bizonyos szempontból teljesen jogos és érthető, viszont mindannyian tudjuk, hogy nem lehetséges minden hajléktalan kigondozása, ezért törekedni kell legalább az állapotromlás megelőzésére, illetve a körülmények javítására.

A szegedi kollégák válaszai alapján nincsenek biztosítva a méltóságteljes emberi élet feltételei. Ennek jelentős szerepe van abban, hogy sokan nem is szeretnének az intézményi ellátással élni, hanem inkább az utcán vagy egyéb közterületeken maradnak. A méltóságteljes emberi élet körülményeit a csoport többsége csak a rehabilitációs részlegen lakóknál látja megvalósultnak, bár itt is fogalmaznak meg hiányosságokat. Az alapvető fiziológiai szükségletek kielégítésén túl a normális élet feltételei nem teljesen adottak. A szobák még a viszonylag kulturáltabb rehabilitációs részlegen is három személyesek.

Ezen kívül a méltóságteljes emberi élet meghatározó feltételeként említették az emberi kapcsolatokat, ami az ellátottak számára legtöbb esetben a segítő. *„Ha az egész rendszert nézzük, lehetne jó, de ahhoz jobban kéne összehangolni. Vagyis nem vagyunk elegenden, mert sok kliens jut kevés dolgozóra, és gyakoriak a viták is, mert mindenkinek a saját kliense a legfontosabb.”* Szociálpolitikai szempontból első olvasatra talán nem tűnik relevánsnak ez a gondolat, azonban fontos látni, hogy mennyire soktényezős egy ügyfél szempontja, amikor intézményi szolgáltatást választ. A segítőtől kapott törődés számára sokszor az egyetlen emberi kapcsolat, amely, ha végképp megszűnik, nagyobb eséllyel választja a teljes utcai életformát.

3. A mindennapi munka során milyen háttérintézményi hiányosságok tapasztalhatók?

A két leggyakrabban említett hiány az ún. küszöb nélküli intézmények, valamint a kifejezetten hajléktalanok számára kialakított és fenntartott egészségügyi intézmények hiánya fogalmazódott meg. Azokon a segítői beavatkozási szinteken, ahol ezek a hiányosságok kirajzolódnak, nem a *kigondozás*, hanem az utcai lét minimális elhagyása fogalmazódik meg célként, de a legtöbb esetben – épp a hiányosságok miatt – ez is megvalósíthatatlan.

Valamivel ritkábban, de mégis megfogalmazott probléma a fertőtlenítő fürdetők hiánya. Speciális szükségleteket speciális szolgáltatási elemek lennének képesek kielégíteni. Ez különösen Szegeden látványos hiányosság, mivel összesen egy fertőtlenítő fürdető konténer van az egész városban. A fertőtlenítő fürdető hiányánál fontos megjegyezni, hogy a közismert sztereotípiák, miszerint a hajléktalanok bűdösek, koszosak, szennyezett a ruhájuk stb., az ellátottak legfeljebb 10% -a esetében igaz. Mivel ez a 10% a populáció leginkább feltűnőbb rétege, így általában mindegyiküket ezzel a képpel azonosítják az emberek. Ennél sokkal aggasztóbb az, hogy ennek a 10%-nak a legalapvetőbb higiéniai ellátása nem megoldott. A háttérintézményi hiányosságok megfogalmazásánál a szegedihez képest lényegesen magasabb szinteken gondolkodtak a kecskeméti kollégák. Ennek oka elsősorban az, hogy az ottani ellátórendszer – komplexitásából adódóan – magasabb szintű szolgáltatások biztosítására alkalmas.

Természetesen elhangzott az is, hogy már az alapvető ellátási elemek sem hiánytalanok. *„Vannak hiányosságok. Az elejétől a végéig. De ha a kigondozást kérdezed, akkor én önálló, vagy partnerrel megvalósuló lakásra gondolok. Hát addig még a rehab sem visz el mindenkit. Kellene kiléptető lakás. Több is. Kellene szakma a kezükbe, hogy ne kerüljenek vissza. Megtakarítani csak az tud, aki tovább marad a rehabon. De az önbizalma még nem biztos, hogy tartósan megmarad. Nincs is utógondozás. Pedig azt nemcsak szociális munkásoknak, hanem a pszichológusoknak is kellene csinálni, de mi sem csináljuk.”*

Itt már nemcsak a fiziológiai szükségletek kielégítésének fontossága, hanem az önálló egzisztencia eléréséhez szükséges lakás, piacképes szakma, valamint a mentális kiegyensúlyozottság nélkülözhetetlensége fogalmazódik meg. A csoport egy másik tagja a következőket mondta: *„Elmondanám. Lelkileg is*

készen kell állni. Azt mondják, hogy annyi idő kigondozni valakit, amíg hajléktalan volt. Ez persze nem igaz. Aki tíz éve hajléktalan, még nem kell tíz évig kigondozni. Kellő segítséggel fel lehet építeni úgy, hogy ne kerüljön vissza. Erre jó nekünk a Matkói úti rendszerünk (Rehabilitációs részleg). Csak itt kevés embert tudunk fogadni. Ezt kellene bővíteni. Egyébként általában van szakmájuk, csak az nem már nem használható.” Ebben az alig néhány mondatban is nagyon értékes gondolatok fogalmazódnak meg, továbbá komoly hiányosságokra mutat rá az interjúalany. A mentális stabilitást nem nélkülözheti az, aki integrálódni szeretne a társadalomba. A piacképes szakma hiánya szintén visszatérő gondolat, továbbá a rehabilitációs részleg bővítésének igénye önmagáért beszél.

4. Intézményi szinten a hatékonyabb munkavégzéshez mire lenne szükség?

Itt leginkább a kiléptető lakások hiánya jelent meg válaszként. A kiléptető lakás (ennek több megnevezése is van) egy speciális lakhatási szolgáltatás, amely a hajléktalanságból már kiszakadt, de a többségi társadalom vérkeringésébe még be nem kapcsolódó személyek integrációját segíti. Ez konkrét és egyértelmű jele annak, hogy a szakemberek látnák a fényt az alagút végén, de mégis elakad a folyamat a segítői szakasz egyik legjelentősebb mérföldkövéénél. Ezen kívül jelezték a nem hajléktalansággal foglalkozó intézményekkel – többek között családsegítőkkal – történő együttműködés hiányát is. Az ilyen típusú együttműködéseknek a prevencióban lenne meghatározó szerepük.

Visszatérő gondolat volt az oktatás, képzés hiánya, amit a jelenlegi ellátórendszer nem képes biztosítani. A szakemberek vitán felül egyetértettek abban, hogy az oktatásnak szerves részét kellene képeznie az intézményi szolgáltatások összességének, mivel a hajléktalan lét – mint hiánykomplexum – egyik legnagyobb problémája a munkaerőpiac-releváns tudás hiánya. A kecskeméti dolgozók a hatékonyabb munkavégzéshez elsősorban olyan szolgáltatásbővítéseket javasolnak, amelyek becsalogatják az ellátottakat, majd lehetőleg bent is tartják őket. Itt főleg az étkeztetés és a tisztálkodás kulturált körülményeinek megteremtése lenne az elsődleges az elmondottak alapján. Fontosnak tartják a hajléktalanellátó intézményeken belüli jelzőrendszer fejlesztését, mivel a tapasztalatok alapján sokszor csak akkor érkezik a jelzés, amikor már nagyobb gondok vannak az ügyféllel.

„A hajléktalanosnál legtöbbször az a gond, hogy csak akkor jön az információ, amikor már nagy baj van. Lenne hova bemenni. De akkor miért várja meg a kliens, hogy nagy baj legyen? A hatékonyságot jól fejlesztené, ha kifinomultabb jelzőrendszer lenne. Az utcát (utcai szociális munkásokat) ezekre az ellátottakra kellene teljesen ráállítani. Intézményi szinten a küszöb nélküli fürdető és egész napos (!) menedékhely kellene, hasonlóan, mint a norvégoknál.” Ezek a gondolatok is nagyon értékesek. Érdeemes lenne összehasonlító tanulmányokat végezni olyan országok ellátórendszerével, melyek módszertanilag meghaladták a magyarországi rendszert. Lényeges, hogy nem finanszírozási kérdéssről, hanem adekvát segítői intézményi struktúrákról van szó.

A magyarországi hajléktalanellátó rendszerekben indokolatlanul – és sokszor értelmetlenül – sok az adminisztrációs kötelezettség. A szakembereknek gyakran az a benyomásuk, hogy a tevékenység dokumentálása fontosabb, mint maga a tevékenység. Az egyik kecskeméti interjúalany a következőt mondta: *„Az adminisztrációs terhek (TEVADMIN) csökkentése által akár a kliensekre is juthatna több idő.”* Ez természetesen nem jelenti a dokumentáció teljes elhagyásának igényét, viszont óhatatlanul felveti azt a kérdést, hogy állami, fenntartói szempontból mik a prioritások.

A kecskeméti ellátórendszerből nagyon hiányzik a hajléktalanok egészségügyi centruma. A Dél-alföldi Régióban ilyen intézmény csak Szegeden van.

5. Milyen strukturális változások lennének indokoltak a hatékonyabb működés érdekében?

Ennél a kérdésnél főleg a jelenlegi struktúra hibáiról számoltak be a szakemberek, elsősorban *szociális munkás* aspektusból. A hibák leginkább az intézményi széttagoltság mentén váltak láthatóvá. Ez azért is van így, mert a különböző munkakörök jogilag is lehatároltak, tehát nem érvényesül az *egy ellátott egy esetfelelős* elve, hanem szolgáltatási elemenként van esetfelelőse az ellátottnak. Ez módszertanilag kaotikus, még akkor is, ha a szakemberek próbálják az ügyfél érdekei mentén szintetizálni munkájukat. *„Szörföznek (az ellátottak) a különböző szolgáltatások között. Az átmeneti szállás kolléga nem tudja, hogy hol tart az ügyféllel a nappali melegedős, vagy az utcai szociális munkás. Mindenki csinál neki valamit, aztán látjuk, hogy két év múlva sem történt vele semmi.”* A fenti idézet egy szegedi szociális munkástól származik, de hasonlóan valamennyien megfogalmazták ugyanezt a gondolatot. A

különböző szolgáltatási egységek nem, vagy csak kismértékben képesek meghaladni saját lokális kereteiket, azonban így módszertanilag sem képesek szintet ugrani.

Összességében elmondható, hogy terepen dolgozó kollégák nem azt fogalmazták meg, hogy (sokkal) több pénz kellene a hajléktalanellátó rendszerbe, hanem azt, hogy ezeknek a forrásoknak a felhasználását a szakmára kellene bízni. Az ellátórendszer amennyire hiányos, ugyanannyira széttagolt is, vagyis az integráció lenne az első lépés.

3.2. Az intézményvezetők véleménye és javaslatai

Ebben az alfejezetben a szegedi és a kecskeméti intézményvezetőkkel készített félig strukturált interjúk által igyekszem bemutatni és összegezni mindazokat a hiányosságokat, melyeket tapasztalnak.

1. A jelenlegi hajléktalanellátó rendszernek vannak-e működési fogyatékoságai?

„Van egy pár. A működés akkor lenne hatékonyabb, ha mondjuk, nem kellene külön szervezni az étkeztetést. Nincs is minden ellátottnak megoldva. A Bajai úti szállón és a Moszkvai körúton csak a Covid óta van kiszállítás, mert a népkonyha nyitva tartását felfüggesztették. A krízis is bezár májustól, akkor ők hova fognak menni? Legalább az éjjeli nyitva lehetne egész évben, és a meleg ételt kiszállítanák azoknak, akik bejönnek a szállóra.”

Már az első kérdésre adott válasz is egy nagyon súlyos szolgáltatási hiányosságra mutat rá. Tény, hogy a Covid-járvány miatt sok minden felborult nemcsak a hajléktalan ellátásban, hanem azon kívül is. A krízisszálló május 1-én bezár, mivel az csak a téli időszakban működik, elsősorban a kihülés magas kockázata miatt. Célszerű lenne egész évben működtetni ezt a szolgáltatást, mivel az utcai életforma nem csak télen jelent közvetlen életveszélyt.

Az ellátórendszer működési hibáit leginkább a szerhasználó fiatalok, illetve a mentálisan sérült személyek hajléktalan ellátásban történő tömeges megjelenésében látja mindkét interjúalany. Szakmai oldalról a rengeteg idő és energia elhasználása, fenntartói szempontból pedig az ezzel járó hatalmas költségek fogalmazódtak meg működési hibaként. *„Nagyon összekeveredett a szerhasználó fiatalok, pszichiátriai betegek és egyre inkább idősödő ellátottak ellátása azokkal, akiknek» csak «lakhatási problémája van. Ezt mindenképp külön kéne*

választani. Ez nagyban kihat a működésre. A működés most sokszor a szinten tartást jelenti, ami nagyon sok energiát leköt és nagyon költséges.” Kecskeméten – Szegedhez hasonlóan – szintén gondot okoz, hogy homogén szolgáltatást nyújtanak heterogén ellátotti csoport számára.

2. A hajléktalan lét komplexitását nem vitatva, tudunk-e a kigondozás irányába ható szolgáltatásokat nyújtani?

„Vannak eszközök, de elég gyengék. Az ügyfelek motiváltsága sem éppen kiugró. Azok, akik ki akarnak lépni ebből, szerintem ki tudnak, és segítjük őket mindenben. Hogy komplexen segítünk-e? Azt nem mondanám, de nem is vagyunk komplex eszközökkel ellátva.”

Az ügyfelek motiváltságának alacsony szintje részben a jelenlegi körülményekkel magyarázható. Vecsei Miklós úgy fogalmazott, hogy „a hajléktalanok sokszor nem tudnak akarni.” Elvesztettek valamit, ami szükséges lenne akár kisebb célok kitűzéséhez, majd megvalósításához. Felmerül a kérdés, hogy az intézmények ezzel kapcsolatos felelőssége hol kezdődik, és meddig terjed. A kigondozás irányába ható szolgáltatási elemek nagyobb mértékben vannak jelen a kecskeméti ellátórendszerben, viszont ott sem hiánytalanul.

„Az intézményünkben jelenleg erre a lehetőséget a Hajléktalan Személyek Rehabilitációs Intézménye adja, részben. A munkatársak rávezetik, betartatják a lakókkal a térítési díj, a kötelező megtakarítás rendszeres fizetésére, a háztartás vezetésére, életvezetési tanácsadással segítik őket. De nagy szükség lenne kiléptető lakások működtetésére, illetve hozzájuk kapcsolódó segítő szakemberekre. Védett munkahelyek teremtése is előre tudná vinni a kigondozások sikerességét. Most is vannak védett munkahelynek nevezett lehetőségek, de nagyon kevés van belőlük, viszont az igény nagy lenne rájuk. Sőt a hajléktalan populáció összetétele, állapota is indokolná, hogy minél több ilyen legyen.” –fogalmazta meg a regionális vezető.

A kiléptető lakások hiánya a szegedi és a kecskeméti fókuszcsoporthoz tartozó interjúk során is megfogalmazódott, akárcsak a védett munkahelyek alacsony száma. Munkahelyet a kecskeméti rehabilitációs részleg sem biztosít, azt az ellátottnak önállóan kell szereznie. „A komplex intézményünk abból a megfontolásból alakult, hogy pont komplexen kezelje a problémákat. Ez elég jól megvalósult egy ideig, de aztán a rehabilitációs részre is fel kellett venni mindenkit, mert az átmenetin már nem volt elég hely. Összességében tudunk, de a ki-

gondozás mindig egy magasabb lépcsőfok, ezért elvi síkon is külön kell választani a rehabilitálhatót az éppen még nem rehabilitálhatótól.” Az utolsó mondatban a régióvezető ismét egy neuralgikus pontra mutat rá, miszerint szükséges lenne külön elhelyezni az ellátottakat a segítségnyújtás módszertanilag indokolt módjától függően.

3. Mire/mikre lenne szükség a hatékonyabban működő rendszer kiépítéséhez?

„Amit mondtam, hogy külön kéne kezelni a különböző problémákat. Folyamatos étkeztetésre lenne szükség és kulturáltabb szobákra. Akik egészségileg nem annyira mobilak, vagy életkoruk miatt, szerintem azokat helyezném kívülre, mert nekik már más segítség kellene. A rendszeren belül lehetne valamilyen rehabilitációs programokat beemelni, de csak azoknak persze, akiknél még működné. Kellene több egészségügyi centrum. Nagyon kevés ez a harminc férőhely. Viszont a küszöb nélküli intézmény bevezetését nem támogatnám. Már így sincs küszöb, csak a tüdőszűrő.”

Világosan látszik, hogy a tömegszállások nem képesek heterogén szolgáltatási módokat alkalmazni, pedig a hajléktalanság egyáltalán nem homogén. Az egészségügyi centrum óriási áttörés a magyarországi hajléktalan ellátás történetében, de a meglévőknel jóval több lenne indokolt. A régióvezető az alábbi gondolatokat fogalmazta meg: *„Minél több védett környezetre. Védett munkahelyekre, olyan szakmai team-re, ami védőhálót képez. Ezt csak egységes team-ben tudom elképzelni. Amit mondtál, hogy különböző tőkéi vannak az embernek, csak egy ilyen védett környezetben tudná újra magába szívni. Ha ezeket a tőkéket megadjuk, akkor jó esélye van a kigondozásra.”*

Bourdieu tőkeelmélete a hajléktalanságon belül éppúgy igaz, mint azon kívül. A hatékonyabban működő rendszer párhuzamosan képes emelni az ügyfelek gazdasági, társadalmi és kulturális tőkéjét. Ennek a kérdésnek a leghangsúlyosabb pontja a védett környezet biztosítása, de az egységes szakmai team-ek megalkotása is nélkülözhetetlen.

4. Azok a szolgáltatási elemek, melyek a klasszikus ellátórendszeri lépcsőn nem helyezhetők el (egészségügyi centrumok, hajléktalanokat rehabilitáló intézmények) evolúciós lépcsőfoknak tekinthetők-e?

„Hát igen. Rehabilitáló intézményt, ami kifejezetten hajléktalanos lenne, nem nagyon ismerek, de egészségügyi centrum jöhetne még pár. A

hajléktalanokkal az egészségügy nem szívesen foglalkozik, viszont tőlünk elvárják, hogy csináljunk velük valamit. Azt is elvárják, hogy ne legyenek utcán, közben a szállót érdemben alig fejlesztették. Egészségi szoba is több kellene, minimum ápolóval. Az ellátórendszeri lépcsőt én nem biztos, hogy ugyanúgy látom. Nem feltétlen felfelé haladnak ezek a lépcsők. Sokszor egymás mellett vannak, csak másik napszakban adja ugyanazt a szolgáltatást.”

A hajléktalanok egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférési lehetőségeit jogilag nem korlátozza semmi. Szegeden a Magyar Máltai Szeretetszolgálat biztosítja az ún. Hajléktalanok Háziorvosi Rendelőjét, de a szabad orvosválasztás joga elvileg a hajléktalanokat is megilleti, tehát nem minden ügyfél választja az MMSZ háziorvost. A gyakorlatban más a helyzet a szakorvosi rendelések és kezelések terén. Az ügyfelek életmódjukból adódóan sokszor szennyezett ruhában érkeznek a vizsgálatokra, így nem mindig részesülnek olyan ellátásban, mint mások, ezért általában kerülnek is az egészségügyi intézményeket. A szállókon belüli egészségügyi szobák bővítése jelentős segítség lenne nemcsak az ellátottak, hanem a kórházak számára is.

„Nagyon. Az egészségügyi centrum nem tudom, mennyire tud kigondozni, de hiánypótló volt a magyar hajléktalan ellátásban. Több kellene, ezt tudjuk. A rehabilitációs intézményektől többet várt el mindenki. Nem az ő hibájuk, hogy nem lettek olyan eredményesek. Hajléktalanok rehabilitációja új, és szerintem kidolgozatlan fogalom. Mi sem mondhatjuk a rehabilitációs részlegen, ha van éppen férőhely, hogy ne jöjjön, akinek amúgy az átmenetin lenne a helye.”

Az elmondottak alapján a rehabilitációs intézmény nem tudta hozni az elvárásoknak megfelelő eredményeket. Ez nem azt jelenti, hogy semmilyen eredményt nem hozott. A hajléktalan ellátáson belül a rehabilitáció valóban kidolgozatlan fogalom, ezért magam is inkább a *kigondozás* szót használok, bár nem túl szép.

5. Véleményed szerint kialakítható-e, és ha igen, milyen feltételrendszerek mellett egy olyan ellátórendszer, amely képes 1. a méltóságteljes emberi élet körülményeit és 2. a kigondozás intézményi feltételeit biztosítani?

„Akkor lehet kialakítani, ha nem egyben kezeli ezeket az embereket. Azért nagy különbség van még két hajléktalan között is. A méltóságteljes mit jelent? Ha azt megadjuk, miért akarna kimenni a rendszerből? Így sem akarnak. Persze, lehetnének emberibbek a körülmények. Azt ki lehetne alakítani. Főleg azért, hogy tényleg kevesebben akarjanak az utcán lenni. De az sem tartaná bent egész nap. Egyébként biztos kialakítható. Ahhoz sok szakember kéne, olyanok, akik értenek is hozzá, de mindenképpen a különválasztással kezdeném. A kigondozás csak utána jön. De az most is van, csak kevés eredménnyel. Szerintem akkor is a motiváció hiánya lenne a legnagyobb gond. Szerintem ez nem intézményi probléma.” Újra megjelenik a heterogén állapot homogén intézményi eszközökkel történő kezelésének problémája. Nagyon fontos megjegyzés, hogy amíg a méltóságteljes, vagy egyszerűen csak kulturált emberi körülmények nem adóttak, addig a kigondozás sem valósítható meg. Másik fontos gondolat, hogy az intézmények ilyen irányú fejlesztése által nagyobb arányban mennének be az ügyfelek az utcáról.

„Ezt szerintem megcsináltuk. Azért a Matkói úton tényleg van minden, ha meg valaki nem akar bejönni, az utcások rendszeresen látogatják. A méltóságteljes emberi élet feltételei akkor lennének teljesen adottak, ha végre újra tisztáznánk, hogy mi is tartozik a hajléktalan ellátás keretein belülre. Pszichiátriai, addiktológiai, családsegítői, meg a jó ég tudja, mi minden vagyunk már. Nem is mindenki való hajléktalan közösségbe, mivel alapvetően nem az a problémája.” Látható, hogy különböző kérdéseknél tér vissza ugyanaz a probléma. Országos szinten elmondható, hogy a hajléktalan ellátásban rengeteg olyan ügyfél van, akiknek alapvetően nem lakhatási problémáik vannak.

6. Látsz-e esélyt arra, olyan egységek jöjjenek létre, ahol a szociális-egzisztenciális kigondozás oktatási, képzési programokkal egészül ki? (A képzésbe a személyiségfejlesztés és bármi egyéb edukatív elem beletartozik.)

Ilyen típusú szolgáltatási elemek beépítését egységvezető asszony nehezen tudja elképzelni, mivel a jelenleg működő struktúrát látja, amibe ezeket a

programokat szinte lehetetlen beilleszteni, főleg rendszeressé tenni. Tény, hogy a jelenlegi felépítés és intézményi széttagoltság nem teszi lehetővé ezeknek a szolgáltatásoknak a beemelését.

„Szerintem megvalósítható lenne. Így teljes lehetne a kigondozási folyamat. Tanulni, képződni sose késő, ráadásul épülnek a hasznos társas kapcsolatok is, amelyeknek a hajléktalan emberek híján vannak. Sokuknál látom, hogy nyitottak az újra, főleg, ha motiváltak a kikerülésre. Sok munkáltató is képezi a dolgozóit, így talán könnyebben boldogulnának ezekkel a képzésekkel. Kompetenciafejlesztés is jó alapot adhat további, magasabb szintű képzésekhez.”

A regionális vezetőtől szintén igenlő választ kaptam a kérdésre: *„Na, az nagyon kellene. Szerintem már magának a védett környezetnek egy alapvető eleme lenne, mivel a társadalmi együttélésnek mindenhol vannak szabályai. A szállón kívül is. Ha egyszer kikerül, sokszor a szabályok betartásának képtelensége miatt kerül vissza. Képzés? Mondjuk akár szakmát, vagy ilyesmit? Ahhoz oktatói team is kellene. Szervezni talán egyszerűbb. Pénz. De esélyt, azt látok rá.”* A képzés fontossága hosszú távú perspektívákban gondolkodva is vitathatatlan. Egyelőre a forráshiány miatt nem épült be a szolgáltatási elemek közé.

7. A technológiai fejlődés hatására megjelenő munkanélküliség kihívásaira felkészíthető-e a hajléktalan ellátás? (Véleményed szerint fel kell-e készülnie az ellátórendszernek – akár preventív céllal – erre a kihívásra?)

Ennek a kérdésnek nemcsak a jövőre, hanem a jelenre nézve is komoly relevanciája van. A kigondozási nehézségek kapcsán gyakran elhangzó demotivált lelki állapot sokszor azért alakul ki és marad meg tartósan az ügyfelekben, mert azt látják, hogy nincs is hová „kimenniük”. Ez még a fiatalabb, nem túl régóta hajléktalan ügyfelekre is jellemző gondolkodás.

„Szerintem még a nem hajléktalanokat sem lehet felkészíteni erre. Nagyon sok az új, szerhasználó fiatal. Szakmunkás bizonyítványuk sincs. Vagy van, de hagyjuk. Ezeknek hogyan beszéljek digitalizációs problémákról, vagy annak veszélyéről?” A válasz logikus és egyben elszomorító. A társadalmi kiillesztődés egyik legszélsőségebb formája a hajléktalanná válás. A piacképes tudás hiánya ötvöződve a szerhasználattal olyan problémahalmazt teremt, amit a jelenlegi ellátórendszer legfeljebb konzerválni képes.

„Mindenképpen. Amennyire én látom, sok hajléktalan ember alacsony iskolai végzettségű, elég régen kiestek a munkaerőpiacról. Legtöbben, akik aktív korúak, nem is tartoznak a fiatal korosztályba. Nekik ez a fajta technikai fejlődés magas lépcső. Nehezebben tudnak visszakerülni a munka világába. Emiatt is említettem, hogy rájuk való tekintettel, rájuk szabva sokkal több védett munkahelyre lenne szükség. Akik a fejlesztések miatt váltak munkanélkülivé, azoknak valamilyen, rájuk szabott képzési rendszerre lenne szükség. A prevenció talán itt lenne megvalósítható.” A kilátástalanság a perspektivikus gondolkodást teljesen feleslegessé teszi számukra, sőt mi több, maga a hajléktalan közeg válik egyre biztonságosabbá, kiszámíthatóbbá.

8. Milyen az ideális hajléktalanellátó rendszer?

„Szerintem annak csak a hajléktalanságra kell reagálnia. Másra nem tud. Még arra is hiányosan. Éppen ezért kellene külön rakni a nem hajléktalanokat a hajléktalanoktól. Az ideális rendszerben nem lenne ez a káosz. Szerintem a szakmai munka is akkor kezdődhetne meg igazán.” A szelektálás leginkább arra vonatkozik, hogy az inkább addiktív problémákkal küszködő ellátottaknak először azokon a meghatározott pontokon kellene segíteni. Erre a hajléktalanellátó rendszer nem képes. Ez nem nevezhető hiányosságnak, mivel egyszerűen csak egy másik szakmai területről van szó. Fontos kiemelni a káosz kifejezést. A tömegszállásokban történő gondolkodás és kivitelezés ezt törvényszerűen előidézte.

A teljes interjú konklúziója számomra az, hogy a széttagoltság következtében még a méltóságteljes emberi élet feltételei sem adóttak a szegedi ellátórendszerben. A kigondozási arány alacsony, gyakran nem is az intézmény szolgáltatásainak, hanem a szociális szakemberek küzdelmeinek, és természetesen az ügyfél szándékának eredménye az a kevés sikertörténet. A szolgáltatási hiányosságok, a kulturált életkörülmények hiánya gyakran távol tartják az ügyfeleket az intézményi ellátástól. Mindezek következményeként alakul ki az intézményi szolgáltatásokkal szembeni bizalmatlanság, aminek hatására az utcai lét válik vonzóbbá az ellátottak számára. Az utcai szociális munkát ezekre az ügyfelekre dolgozták ki a szakemberek, azonban világosan látszik, hogy jelentős változást, esetleg kigondozási sikert nagyon ritkán lehet megélni ezen a terepen.

„Mindenkét be kell fogadnia, de idea-világot nem szeretnék elképzelni. Mindenképp szinteket tennék, még a rehabon belül is. Az ideális ellátórendszer

minden szintje védett, viszont az élet, ahova kimegy, már nem lesz védett. A képzésadás nagyon jó ötlet, de kell egy idő után egy nagyon éles határ, amikor már nem fogjuk annyira a kezét. Elszórtan lakásokat is elképzelek, ahol már nagyjából önálló életet él.” (R. O. régióvezető)

„Az ideális rendszerben is vannak intézmények, amik nem átalakított épületek, hanem igazodnak a hajléktalan emberekhez mind elrendezésükben, berendezésükben. Kis létszámúak, a szobák is. Nem költöztetnék be egy épületbe 100 embert, csak max. 15-öt. Egyszerű, de kulturált berendezést tennék. Mindenkire jutna egyéni, megfelelő időtartamú figyelem. Az adminisztrációt is egyszerűsítaném. Mindenképpen szükséges lenne egy olyan önkormányzattal való együttműködés, amelynek keretén belül a kihasználatlan önkormányzati lakások ún. kiléptető lakásként funkcionálnának. Azt a koncepciót követném, hogy a hajléktalanság egy átmeneti, nem túl jó állapot, ahonnan lehet kiútni, ha az ellátott is akarja. Ne végállomás legyünk, hanem csak egy állomás.” (Sz. M. intézményvezető)

3.3. Ahogyan az országos vezetők látják

A tanulmány következő szakaszában országosan ismert, emblemikus szakmai vezetőkkel készített félig strukturált interjúk eredményeit mutatom be. Itt a kérdéseket nem sorolnám fel külön, mert a válaszok gyakran visszatértek, illetve nem is feltétlen az adott kérdésre reflektáltak. Az interjúalanyok nagyon régóta dolgoznak az ellátórendszerben, többen közülük minisztériumi szinten próbálnak reformokat megvalósítani, nemcsak a hajléktalan ellátásban, hanem számos egyéb, leszakadó, vagy már leszakadt társadalmi csoport felkarolását illetően is.

A rendszerváltást követően újtára induló ellátórendszer már a kezdetekor sem volt a megfelelő stratégia (ezt tudták is!), de mégsem történt érdemi strukturális változás. A jogszabályok (1993. évi III. törvény, 1/2000. SzCsM rendelet stb.) a meglévő rendszerekre fogalmazódtak meg, így törvényileg is szinte lehetetlenné vált a szolgáltatások adekvát megjelenítése. A jelenlegi ellátórendszernek – annak minden vívmánya ellenére – szinte csak hiányosságai vannak. Képes biztosítani a kigondozáshoz szükséges feltételeket, de az csak a dolgozók heroikus küzdelme által valósul meg, tehát mindenképpen változásért kiált. (K. I.)

A legnagyobb gond, hogy a sikereket produkáló, főleg uniós projektekből finanszírozott programok nem képesek beépülni az alapszolgáltatások közé,

pedig az lenne a természetes (például lakhatási programok, képzések, mentálhigiéniai fejlesztések stb.) Az egészségügyi ellátásuk szinte megoldatlan. Elvileg ugyanazok a jogosultságok illetik meg a hajléktalanokat, mint bárkit, de tudjuk, hogy ez nem így működik a gyakorlatban. Egészségügyi centrum régióként van egy, pedig minimum minden megyében, de inkább minden nagyobb városban lennie kellene. Így tehát az egészségügyi centrum nem lépcsőfok, hanem alapvető szükségleteket és az életben maradáshoz szükséges ellátásokat biztosító intézmény, amit csak ritkasága miatt élünk meg sikeres áttörésként.

A digitalizációs munkanélküliség ismert és ijesztő jelenség a vezetőség körében, illetve azon túl. Az ellátórendszer nincs felkészülve, mivel a jelenlegi problémákat sem képes megfelelően kezelni. Ehhez politikai akarat, a körülmények józan megítélése, továbbá sok pénz kellene. A felsoroltak legalább egyike hiányzik. *„A hajléktalan ellátás megrekedt a kezelés alacsony szintjén, a megoldás jelenleg nincs napirenden.”* (Gy. D. L.) A szakmát nem érdekli meg a különböző politikai és pénzügyi döntéshozók a megoldásról, de még a kezelésről sem.

Az ideális hajléktalanellátó rendszer rugalmas! Ezt némileg eltérően megfogalmazva, de minden vezetőtől hallottam. *„Az adott települések maguk kellene, hogy meghatározzák, milyen szolgáltatást nyújtó intézményekre, azon belül milyen szolgáltatási elemekre lenne szüksége az általuk ellátott célcsoportnak.”* (G. Z.) Beruházásra és átstrukturálásra egyaránt szükség lenne. A jogalkotásnak (szakmai, módszertani kérdésekben természetesen) letről kellene haladnia felfelé. A források ésszerű felosztása és elköltése konkrét feladatokhoz kötött módon valósulhatna csak meg. Angliai és egyéb példákon keresztül a végeredményt kellene finanszírozni és nem az ágyak számát, vagyis a tényleges esetkezelés legyen megfinanszírozva. Ezen kívül az ideális ellátórendszer képes az utcától a lakhatásig vinni az ügyfelet.

A kecskeméti ellátórendszer komplexitásának előnyei. Kecskeméten 2012-ben nyitotta meg kapuit a Komplex Hajléktalanellátó és Rehabilitációs Központ. Nappali melegedő, népkonyha, utcai szolgálat már korábban is volt, de ezt a típusú integrált működést és szolgáltatási struktúrát csak a nevezett időpontban kezdte meg. Mielőtt ismertetem ennek az ellátórendszernek az előnyeit, magát az egységet mutatom be röviden.

Kecskeméten a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Kecskeméti Csoportja által nyílt meg a Komplex Hajléktalanellátó és Rehabilitációs Központ halmozottan hátrányos helyzetű hajléktalan emberek és szociálisan rászorultak részére. Tehát eredendően nem csak a hajléktalan populáció volt a felkarolni kívánt célcsoport. A központ intézményei:

- nappali melegedő
- éjjeli menedékhely
- átmeneti szállás
- szociális otthon hajléktalanok számára
- rehabilitációs otthon
- utcai gondozó szolgálat

A rehabilitációs programon belül az igényeknek megfelelően tanfolyami oktatáshoz, képzéshez nyújt segítséget az intézmény, azon kívül tematikus foglalkozásokat szervez, szabadidős, kulturális és közösségi programokat kínál. A tematikus foglalkozásokon a lakhatásra, pénzkezelésre, életvezetésre készíti fel lakóit az intézmény. A központban hét kiléptető lakást alakítottak ki, melyek mintegy önálló „albérletként” szolgálnak a rehabilitációban részt vevő hajléktalanok számára. Így még intézményi keretek között, szociális munkások segítségével sajátítják el az önálló életet. A következő lépésben a gondozottak már intézményen kívüli, saját albérletet keresnek. A „kiléptetés” után a szociális munkások még fél évig figyelemmel kísérik a már önálló életet élő és már nem hajléktalan személyt.

Ez az egység kétségtől magasabb és jobb minőségű szolgáltatásokat nyújt, mint a régió többi intézménye, azonban néhány dolgot fontos megjegyezni. Az oktatáshoz segítséget nyújt, az nem épült be az alapszolgáltatások közé. Munkahelyet szintén segítenek keresni az intézmény dolgozói, viszont közvetlen és védett munkahelyet nem képes biztosítani. Mindezek nem az intézmény hibái!

Hiányosságok ugyan itt is megfogalmazódtak, de mégsem annyi, mint a szegedi interjúalanyok által. A komplex rendszer a méltóságteljes emberi élet körülményeit – még ha vannak is hiányosságai – jóval magasabb szinten valósítja meg, mint a szegedi széttagolt rendszer. Említették ugyan, hogy az utóbbi években – férőhely hiányában – az egyébként átmeneti szállóra készülők ellátottat is fel kell venni a rehabilitációs részlegre, de még így is lényegesen kul-

turáltabb körülményeket tudnak teremteni az ügyfeleknek. Az étkezést az integrált egységnél minden ügyfél számára biztosítják. *„A jelenlegi rendszer a hajléktalan emberek fizikai szükségleteit maximálisan kielégíti. Az étkeztetésük, az egészségügyi ellátásuk, az igényük szerinti tisztálkodási és ruházkodási lehetőség számukra adott. Ezzel gyakorlatilag a mindennapi létükhöz szükséges dolgok meg is vannak. Ha a saját intézményemre gondolok, akkor nálunk magas színvonalú ellátást kapnak a hajléktalan emberek. Kulturált környezet, kényelem, jó minőségű élelmiszer, biztonság.”* Tehát az étkezés, tisztálkodás, egészségügyi alapellátás egy helyen történik, ezáltal még költséghatékonyabb is az integrált struktúra.

Módszertani szempontból is sokkal nagyobb mozgástere van a kecskeméti kollégáknak, mivel a rehabilitálható ügyfelet elválaszthatja a még nem, vagy már nem rehabilitálhatótól. Az ellátottak egy helyen vannak, ezért gyorsabban és rugalmasabban tudnak reagálni a kollégák az ügyfelek életében bekövetkező változásokra.

4. A KOMPLEX ELLÁTÓRENDSZER MINT A PROBLÉMAKEZELÉS ADEKVÁT ESZKÖZE

A hajléktalan lét heterogén problémahalmaz, így annak homogén módokon történő kezelésének hatékonysága erősen vitatható. A méltóságteljes emberi élet feltételeinek biztosítása elemi kötelességük a segítő intézményeknek, továbbá azok megvalósulásának szociálpolitikai hozadékai is vannak.

4.1. A méltóságteljes emberi élet szociálpolitikai előnyei és intézményi feltételei

A méltóságteljes emberi élet körülményeinek alsó, vagy minimum szintjét szubjektív szempontok szerint is meg lehet határozni, azonban szociálpolitikusként csak objektív mérőket használhatunk. Ehhez fontos tisztázni, hogy melyek azok az objektív eredmények, amelyek igazolják a méltóságteljes emberi élet körülményei megvalósulásának szociálpolitikai relevanciáját. A hajléktalanság számos probléma együttes jelenléte mind az érintett személy saját életében, mind a teljes populációban. Éppen ezért a szociálpolitikai alrendszerek, illetve állami szervezetek (például rendőrség, büntetés végrehajtás) számára fokozott terhet jelent, dacára annak, hogy létszámukat tekintve a hajléktalanok a teljes népesség legfeljebb 0,25%-át teszik ki. (Ez az arány csak a hajléktalanokra és az effektív hajléktalanokra vonatkozik.) Egyáltalán nem

lenne törvényszerű az egészségügyi ellátórendszer – különösen a mentőszolgálat – ilyen fokú túlterhelése, ha az intézményi szolgáltatásokat többen és gyakrabban vennék igénybe a hajléktalanok.

A leggyakoribb egészségügyi problémák – noha életmód betegségeknek nevezzük – nem közvetlenül a hajléktalan létből eredeztethetők, hanem a szolgáltatások mellőzéséből. A Szegeden működő Egészségügyi Centrum 2020-as beszámolója szerint a hajléktalanokat az alábbi megbetegedések érintik leginkább:

- szív és érrendszeri,
- traumatológiai,
- légzőszervi,
- belszervi elváltozások
- bőrbetegségek – élőködők
- rosszindulatú daganatok
- pszichiátriai betegségek
- mozgásszervi,
- érzékszervi (látás, hallás),
- emésztőszervi elváltozások.

A traumatológiai és bőrgyógyászati problémák egyértelműen azoknál az ellátottaknál a leggyakoribbak, akik szinte teljesen kerülnek az intézményi szolgáltatásokat. Ugyanez elmondható a mozgásszervi, emésztő- és belszervi elváltozásoknál. Előbbiek jellemzően fagyásos eredetűek, utóbbi kettő a rendszeretlen és egyoldalú táplálkozás következménye. Ezek a leépülések – bár fokozatosan, egyénekenként eltérő ütemben mennek végbe – az egészségügyi ellátórendszernek okoznak további leterhelést, pedig mindez nagy arányban megelőzhető lenne. Általában a mentőszolgálat viszi az ellátottakat a kórházba, mivel a hajléktalanok jellemzően kerülnek az egészségügyi ellátórendszerbe. A kórházból kikerülve az állapotromlás folytatódik, így egyre kisebb a felépülés és a társadalmi integráció esélye.

A mentőszolgálat nemcsak az említett panaszok miatt találkozik gyakran a hajléktalanokkal, hanem a különböző addikciók miatt is. Az életmód gyakori velejárója az alkoholfogyasztás, illetve az utóbbi években az olcsó, utcai drogok használata. Érdekes, hogy a tíz leggyakoribb betegség listáján – legalábbis közvetlenül – nem szerepel az alkohol okozta dependencia szindróma, valamint az egyéb, pszichoaktív szerek okozta függőség, azonban ismert tény, hogy a

hajléktalan populációban a tudatmódosító szerek használóinak aránya magas. Ezt mind az ellátottak, mind a szakemberek a körülmények elviselhetetlenségével, valamint a jövőkép hiányával magyarázzák. Így azonban gyakori páciensek a klinikán, nemcsak a pszichiátriai és az addiktológiai részlegen, hanem a traumatológia és a belgyógyászati osztályokon is. A teljesen utcai életet élő hajléktalanok között jóval magasabb az alkohol- és drogfogyasztók aránya, mint az átmeneti szálló lakói között. Bátran kimondhatjuk, hogy a hajléktalan-ellátó rendszerben a kulturált körülmények megteremtése nagyban hozzájárulna az egészségügyi ellátórendszer tehermentesítéséhez.

Közvetlenül nem a szociálpolitikai alrendszerek közé tartozik a büntetés végrehajtás, viszont annak fenntartása minden egyes elítélt által többre kerül. Egy rab napi költsége a börtönben 12.000 Ft, ha a gyógyszerköltségeket nem számoljuk. A szegedi nappali melegedő ügyfeleivel készített interjúkból és beszélgetésekből kiderült, hogy a negyven év feletti ellátottak 30%-a, a negyven év alattiak 45%-a volt már többször elítélve, többségük szabálysértések miatt. Legalább 25%-uk folyamatosan, vagyis évente többször is visszajár a börtönbe. Ezek jellemzően köztisztasági szabálysértések, de gyakoriak az utcán történő alkoholfogyasztás miatt, vagy kisebb bolti lopásokból összeszedett pénzbírságok, melyeket kifizetés hiányában szabadságvesztésre vált a bíróság. Napi 12.000 Ft-tal számolva egy ötven napos elzárás – ami átlagosnak mondható – 600.000 Ft-ba kerül az államnak. Minél többször éli meg mindezt egy ember, annál inkább elveszíti motivációját, és kerül egyre távolabb a civilizált társadalomtól. A visszailleszkedésnek egy idő után már nem lesz realitása.

A rendőrség és az igazságszolgáltatási rendszer szempontja érthető, mivel az a dolguk, hogy védjék és fenntartsák a társadalmi rendet és a közbiztonságot, azonban felvetődik a kérdés, miszerint mennyire logikus ez a problémakezelő metódus pénzügyi szempontból. Ezeket a problémákat, akárcsak az egészségügyi ellátórendszerét, szintén jelentős mértékben redukálná a magasabb szintű szolgáltatásokat nyújtó – ebből kifolyólag több ügyfelet magához hívó – intézmény. Mindehhez azonban élhetőbb, egyben vonzóbb körülményeket kellene kialakítani. A létminimum fogalmának alkalmazása és intézményi szintű megvalósítása a hajléktalan ellátás világán belül nem pusztán praktikus, de szükségszerű is. Elsősorban a már meglévő szolgáltatások integrálása, kiegészítése nem igényelne különösebb anyagi ráfordítást. A kulturált(abb) élet körülményeihez az alábbi feltételek minimum szükségesek:

- A hajléktalan nők számára egészségügyi csomagok állandó biztosítása.
- Az alapvető szolgáltatási elemek közé kellene emelni az étkeztetést minden ellátott számára.
- A megfelelő élettér biztosítása a szobák ágyszámának csökkentésével. A szobánkénti ideális létszám két fő. Nem emeletes ágyakon!

Ez a három szolgáltatás máris jelentősen csökkentené a konfliktusok számát a szállókon belül, így még több ellátott venné igénybe, nemcsak éjszakára.

- Minden ellátottnak saját, zárható szekrényt kellene biztosítani. Ez helyenként megvan, de kicsik.
- Állandó fehérnemű és zokni készletek tárolására alkalmas raktárszobák kialakításával azok cseréje megoldhatóvá válna, így számos bőr- és egyéb betegséget lehetne megelőzni.
- Koedukált szobák párok részére.
- Orvosok bevonásával legalább havonta kötelező egészségügyi ellenőrzés, alapvető vizsgálat. A megelőzés mindig a leghumánusabb és egyben legolcsóbb beavatkozás.

A felsorolás vélhetően nem teljes, de itt csak azoknak a szolgáltatásoknak a bemutatására törekedtem, amelyek a kulturált körülmények legalapvetőbb feltételei. Az önkormányzatok és egyéb fenntartók részéről ezek a kiegészítések nem okoznának jelentős többletkiadást. Éppen ellenkezőleg. Összességében, állami szinten a már említett alrendszerek jelentős tehermentesítése által lényegesen kevesebb pénzbe kerülnének. A felsorolt szolgáltatási elemeket csak a bentlakásos intézményekben lehet bevezetni, krízisszállókon – azok működési lehatároltságai miatt – nem.

4.2. A kigondozás intézményi szintű feltételei, szakmai team-je, eszközei

A méltóságteljes, kulturált élet feltételeinek biztosítása alapvető feladata kell, hogy legyen az ellátórendszernek, azonban ezzel párhuzamosan egy másik fontos funkciót is szükséges betöltenie. Az ügyfelek kigondozása, mint feladat gyakran megfogalmazódik a szociális munkában, azonban láthatóan súlyos hiányosságok vannak az ehhez szükséges intézményi feltételek területén. A korábbi interjúk bemutatásában olvasható, hogy a ritka sikertörténetek a dolgozók heroikus küzdelmei által valósulnak meg, viszont az ellátórendszerben ér-

demi strukturális változás nem történt az elmúlt évtizedekben. Márpedig a kigondozás egyik alapvető feltétele a megfelelő intézményi háttér. Kizárólag a megfelelő, magas szintű szolgáltatások tehetik alkalmassá az intézményt arra, hogy a legjobb értelemben *kelepcébe csalja* az ellátottakat, ahol megkezdődik a hajléktalan létből történő kigondozás.

Az ismertetett interjúk, valamint saját tapasztalataim alapján megállapítom azt a tényt, hogy mindazok a kiemelt programok, melyek általában valamilyen projekt-program keretében valósulnak meg, nem képesek állandósulni az ellátórendszerben. Győri Péter a 2013-as Országjelentésben a következőt írja: *„A hajléktalanok/fedélnélküliek esetében nem történt meg a szembenézés azaz, hogy a hajléktalanság nem csak a fedélnélküliség problémája, hanem a szociális lakáspolitikai és az összehangolt segítő rendszerek hiányából adódó élethelyzet, mely csak sokéves, szisztematikus lépések sorozatával lenne csökkenthető. A változás, a megelőzés az egyén felelőssége mellett számos más szereplő, szervezet felelőssége is.”* (Győri 7. o.) Az ellátórendszer intézményei tekintetében az idézett szöveg legfontosabb fogalmai az *„összehangoltság”*, valamint a *„szisztematikus lépések sorozata”*. Intézményi szinten, sajnos Szegeden mindkettő hiányzik. Térben és módszertanilag egyaránt széttagolt, így a kigondozás irányába ható legnagyobb erőfeszítések is képtelenek szintetizálódni.

Az alábbiakban olyan konkrét szolgáltatási elemeket mutatok be, melyek a kigondozás alapkövei.

A munkaképesség állapotának javítása. A fejlesztő foglalkoztatás bevezetése komoly előrelépés Magyarországon. Az ide vonatkozó jogszabály lehetővé teszi hajléktalan személyek bevonását, azonban a kifejezetten erre a célra kialakult intézmények főleg fogyatékos, továbbá pszichiátriai és szenvedélybeteg személyek segítésére specializálódtak. Kifejezetten hajléktalanok számára, azok speciális igényeire kialakított ilyen jellegű intézmény nincs.

A munka releváns állapot javítása éppen olyan fontos, mint a piacképes tudás elsajátítása. Az uniós projektek leggyakoribb hibája, hogy csak a munkaerőpiacra próbálják integrálni az érintetteket, viszont azok foglalkoztathatóságának növelését nem emelik be a programba. Egy évek óta hajléktalanként élő személy munkába állításának semmiféle realitása nincs. A munkavállaláshoz szükséges kondíciókkal egyáltalán nem rendelkezik, ezért szinte teljesen felesleges intézményen kívüli munkavállalásra ösztökélni. Ezzel szemben, ha egy

integrált szolgáltatású intézmény képes úgy munkát biztosítani, hogy az ügyfelek állapotjavulásának megfelelően, fokozatosan növeli a munkaterheket, miközben garantálja a védett környezetet, hosszú távon lényegesen jobb eredményekre számíthatunk. A fokozatosság kulcsfontosságú, viszont azt csak védett környezetben lehet alkalmazni.

Nagy szükség lenne tehát olyan intézmények kialakítására, amelyek lehetőséget biztosítanak a munkavégzésre ellátottaik számára. Nem a gazdasági rentabilitás az elsődleges cél, hanem a rendszerességre történő ráhangolás, valamint az egyén hasznosságtudatának erősítése. Szolgáltatásait integráló (és kiegészítő) intézmények esetében mindez már csak szervezés kérdése. Hosszabb távon, amikor már nagyobb az ügyfelek munkabírása, szociális szövetkezetek kialakítása is reális cél lehet.

A munkaképes állapot elérése elengedhetetlen a kigondozáshoz. A munka releváns állapot elérésének szociálpolitikai előnyei számos ponton tetten érhetők. A különböző segélyek felvétele helyett az adóztatható jövedelemszerzéshez történő eljutás, a szociális ellátórendszer forrásainak kímélése, valamint az egyre növekvő fogyasztás csak néhány kiragadott példa. Ehhez viszont nemcsak a fizikai állapot javítása, hanem a mentális kiegyensúlyozottság elérése is megfogalmazott cél kell, hogy legyen.

Mentális fejlesztés. Azoknak a pszichiátriai betegeknek, akiknek állapota már nem rehabilitálható, külön erre a célra specializálódott intézményekre lenne szükségük. Tanulmányomban azon hajléktalan személyek számára kialakítandó ellátórendszer bemutatását vállalom, akik esetében a mentális fejlesztés rendszeres és szakszerű alkalmazása, mint kigondozási eszköz tényleges eredményeket hozhat.

A hajléktalanná vált emberek között jelentős a pszichiátriai betegek aránya, aminek legalább két fő oka van. Az egyik, hogy az elmúlt évtizedekben bezárt bentlakásos pszichiátriai otthonok egykori betegei a hajléktalan ellátásban jelentek meg. A másik fő ok, hogy az utcai életmód következtében komoly fizikai, de lelki bántalmak is érik a hajléktalanokat, gyakran még egymást is traumatizálva, így mentálisan egyre sérülékenyebbé és sérültebbé válnak. A pszichológiai mechanizmusoknak a kigondozás kapcsán is hatalmas jelentősége van, mivel az egyén önértékelésének romlása következtében egyre demotiváltabbá válik.

„A hajléktalanság sajátos veszteség, amely identitáskrizist idéz elő. A stabil lakóhely megszűnésével az egyén bizonyos szociális szerepeit is automatikusan elveszítheti, pl. családon belüli, szomszédsági kapcsolataiban. Egyre kevesebb eséllyel bír a munkaerőpiacon: ha már eddig is munkanélküli volt, szinte lehetetlen alkalmazást nyernie, de ha van állása, valószínűleg nem képes annak megtartására. A biztos szerepek elvesztésével párhuzamosan a »hajléktalan« életformához kapcsolódó viszonyok alakulnak ki.” (Barabásné, 2006)

A *tanult tehetetlenség*, mint diagnosztizálható pszichológiai és neurológiai defektus a hajléktalan társadalom esetében jelentős számban, és ami még rosszabb, annak súlyos fokozatában fordul elő. A fogalmat Martin E. P. Seligman alkotta meg az 1960–70-es években. Ennek az alapvetően mentális problémának a legfőbb okozója a kívülről érkező negatív ingerek összessége, melyek kiszámíthatatlan módon és időben érkeznek. Az alany egy idő után arra a következtetésre jut, hogy képtelen az ingerek hártására, ezért nem is próbálkozik vele. Törvényszerű következményként kialakul a reményvesztés és a passzív viselkedés. A hajléktalan létben élő ember folyamatos fizikai és lelki traumáknak van kitéve, így nem meglepő módon a *tanult tehetetlenség* legtöbbszörnél bekövetkezik. Az egyik legnagyobb gond, hogy a *tanult tehetetlenség* egy idő után képes a különböző agykémiai és neurológiai mechanizmusokra is hatást gyakorolni, vagyis idegrendszeri elváltozásokat okozni.

Az egyik legfontosabb kutatási eredmény a *tanult tehetetlenséggel* kapcsolatban, hogy sem jutalmazással, sem tanácsadással nem kezelhető, hanem kizárólag a negatív ingerek teljes megszüntetése vezet eredményre. A negatív ingereket építő ingerekre kell kicserélni, miközben az alany szemléletét úgy próbálják formálni, hogy képes legyen a körülményeitől függetleníteni érzelmeit és gondolatait. A *tanult tehetetlenség* helyére így a *tanult optimizmust* léptetik, persze fokozatosan.

Itt meg kell jegyezni, hogy a mentális problémák megfelelő kezelését illetően nemcsak az ellátórendszerben, hanem a társadalom általános szemléletében is vannak korrigálandó elképzelések. V. M. úgy fogalmaz, hogy „*a hajléktalanok nem tudnak akarni*”. Elveszett valami, amit nem képes egy olyan ellátórendszer visszaadni, amely a legtöbbször csak a pillanatnyi szükség kielégítésére törekszik, de azon túl már nincs mozgástere. Egy bentlakásos intézmény falain belül a „*biztos szerepeket*” újra lehet építeni, de az utcán nem. Itt is hangsúlyt kell, hogy kapjon a fokozatosság és a párhuzamosság pszichológiai és pedagógiai szempontból egyaránt. Az elvesztett szociális szerepeket újra

kell tanítani, ezzel párhuzamosan a jövőképet reális kereteken belül kialakítani. Fontos, hogy az ügyfél mindezt maga tegye meg, de erre csak szakember segítségével lehet képes.

Amennyiben valódi előrelépést szeretnénk az ügyfelek életében, úgy nélkülözhetetlen a mentális fejlesztés az alapvető programelemek listájáról. Az ellátottak ilyen irányú, intézményen belüli fejlesztése és támogatása szintén jelentős mértékben tehermentesíti az egészségügyi ellátórendszer egyik tagját, mégpedig a klinika pszichiátriai rendelőit és osztályait. Az ellátottak életmódjukból adódóan gyakran keresik fel a pszichiátriai rendelőket. A szegedi Egészségügyi Centrum adatai alapján legalább egyharmaduk folyamatos konzultációra jár a pszichiátriára, azonban láthatóan ez legfeljebb – jó esetben – a szinten tartásra elegendő kezelés. Az Egészségügyi Centrum és a szegedi Nappali Melegedő adatai alapján az ellátottak további egynegyedének szerepel az egészségügyi aktájában a pszichiátriai kezelés javaslata, de mégsem járnak ezekre a kezelésekre. Ennek oka főleg az, hogy rossz tapasztalataik vannak a bánásmódot illetően, vagy kifejezetten szégyellik egzisztenciális és egészségügyi helyzetüket, de olyanok is vannak, akik már teljesen bizalmukat veszítették és lemondtak minden reményről a jövőt illetően.

„A hajléktalanság sajátos veszteség, amely identitáskrizist idéz elő.” Ebben a krízishelyzetben nem is lehet reális elvárás, hogy az ügyfél önállóan, minden segítség nélkül akarjon felépülni az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásai által. A mentális fejlesztésnek az alapvető szolgáltatási elemek részévé kell válnia. A tanult tehetetlenség, a generalizált szorongás, a depresszió és minden egyéb mentális zavar kezeléséhez a megfelelő szakemberek sem tudnak hatékony segítséget nyújtani, ha az érintettek széttagolt alrendszerekben küzdenek a túlélésért. Egy ember személyiségének újraépítése, skilljeinek megtalálása és aktivizálása elképzelhetetlen úgy, hogy az illető a terápia és a fejlesztés közben gyakorlatilag az utcán él, vagy olyan tömegszálláson, ahol még a kulturált körülmények feltételeit sem biztosítja az adott intézmény.

Oktatás, képzés. *„Az, hogy valaki milyen iskolai végzettséggel rendelkezik, jelentősen meghatározza az életben kínálkozó lehetőségeket, és lényegesen meghatározza az egyén további boldogulását.”* (Győri, 2002. 10. o.) A munkába állás az arra alkalmas ügyfelek esetében hosszú távon megkerülhetetlen cél, viszont annak számos feltétele van. A hajléktalanság rendszerváltáskori és jelenlegi sajátosságai sok mindenben eltérnek, azonban van némi hasonlóság a

piacképes tudás hiányának tekintetében. Ez persze nem jelenti azt, hogy akik akkor (és még a rendszerváltás előtt) hajléktalanok lettek, mindnyájan nélkülöztek volna szakmát, érettségi bizonyítványt, vagy akár felsőfokú végzettséget (ahogyan ma sem), de sok esetben a meglévő tudás nem bizonyult piac-képesnek.

A hajléktalan populáció iskolai végzettsége az utóbbi években egyre alacsonyabb a többségi társadaloméhoz képest. Az egyik ilyen változás a 8 általános iskolai végzettséggel sem rendelkezők arányának megduplázódása az elmúlt két évtized alatt (5-ről 10%-ra). A teljes hajléktalan helyzetben lévő népességben belüli részarányuk ugyan nem tűnik meghatározónak, azonban például a hajléktalan roma nők körében a teljesen iskolázatlanok aránya (azoké, akik nem fejezték be az általános iskolát) már 25%, s közülük a 30 évesnél fiatalabbak körében ez az arány 30% fölött van. A hajléktalanok fele rendelkezik valamilyen középfokú végzettséggel, de ezek legnagyobb része valamilyen alacsony presztízsű, vagy elavult szakmát jelent.

A hajléktalanság magyarországi megjelenése és főleg láthatóvá válása óta a hajléktalanná válás egyik lépcsőfokának a munkahely elvesztését tartják a szakemberek. A rendszerváltást követően a piacosodás térnyerése, a gazdaság és így a társadalom átstrukturálódása következtében néhány év alatt a munkanélküliség tömeges jelenséggé vált. Természetesen ennek következményeként a hajléktalanok már korábban is létezett, de jóval alacsonyabb létszáma is jelentősen megnőtt. Ez nem azt jelenti, hogy a munkanélküliség közvetlen hajléktalan létet eredményez, de munka hiányában ebből a létből kiszakadni képtelenség. Kivételt képeznek az életkoruk vagy egészségi állapotromlásuk okán valamilyen intézménybe bekerült ügyfelek, akik a felsorolt okok miatt – szerencsés esetekben – időskorúak otthonába kerülnek.

A munkanélküliség szerencsére ma már nem olyan arányú, mint a kilencvenes évek első felében (különösen 1993-ban), de az aktív korú hajléktalan személyek minimum 90%-a nem rendelkezik állandó, bejelentett munkahellyel Szegeden. Ez nem azt jelenti, hogy egyáltalán nem dolgoznak. A Február Harmadika kérdőív alapján egyharmaduk rendszeresen vállal alkalmi munkát. Tartósan sajnos nem képesek megmaradni még olyan munkahelyeken sem, ahol viszonylag jól lehet keresni. Részben a leromlott fizikai állapot, részben a közösségben elvárt alkalmazkodási hajlandóság hiánya, de leginkább a rendszerességtől való szinte teljes elszokás miatt. Kisebb arányban ugyan, de szerepe van a különböző addiktív problémáknak is.

Fontos látni, hogy ezek az emberek akarnak dolgozni, de nem tudnak! További probléma, hogy amennyiben munkát vállalnak, napközben nem tudják igénybe venni az ellátórendszer szolgáltatásait, vagyis nincs mit enniük. Ha valamilyen segítséggel sikerül egy hónapon keresztül megoldani az étkezést, a kifizetett munkabérüket nem tudják hol félretenni, mivel többségüknek nincs bankszámlája. Általában építőipari vagy egyéb, olyan munkákat vállalnak, ahol készpénzben fizetnek. Ennek számos kockázata van, mivel a hajléktalan életforma nem a spórolási szándéknak kedvez. Szomorú tény, hogy az ellátórendszer – hiányosságaiból és strukturális hibáiból adódóan – nem képes intézményi szinten jelentősen támogatni még azokat az ügyfeleket sem, akik erejükön felül próbálkoznak kitörni a hajléktalan létből. Ennél a problémánál is látható, hogy nem az anyagi források hiánya gördít akadályokat a megoldás útjába, hanem az intézményi szolgáltatások széttagoaltsága.

Az oktatás és képzés intézményi szinten történő bevezetése és állandósítása legalább az általános iskola befejezését tudná garantálni, de a munkaügyi szervezetekkel való szoros együttműködés során szakmák elsajátítására is lehetőség nyílna. Ebben az esetben ismét egy olyan szolgáltatásról van szó, amelyet jelenleg is próbálnak igénybe venni ügyfeleik számára a szociális munkások, azonban a lakhatás megoldatlansága miatt mindez elérhetetlennek bizonyul. Mindezekből következik, hogy nem az oktatási intézmény felé kell orientálni az ügyfeleket, hanem pont fordítva. A már védett intézményben lakó ügyfelekhez célszerű elvinni az oktatást, képzést, mivel csak így lehet realitása a tanulás által történő felzárkóztatásnak.

Az általános iskolai bizonyítvány megszerzése óriási lépés az érintett ellátottak életében, azonban itt nem szabad megállni. A robotizáció és a digitalizáció térnyerésével már most is folyamatos a munkaerő-piaci lemorzsolódás, mely folyamat a jövőben minden előrejelzés szerint fokozódni fog. Ezzel párhuzamosan a nagyarányú kivándorlás miatt jelentősen megnőtt a hiányszakmák (valójában a hiányzó szakmunkások) aránya. Ezt az űrt képesek lehetnének legalább részben betölteni azok a jelenleg ellátott személyek, akik most is mindent elkövetnek a kitörés és a felzárkózás érdekében. Védett környezetben számítástechnikai és minden egyéb piacképes tudás elsajátításának van realitása, azon kívül viszont nincs.

A szakmai team és annak működése. A jelenlegi ellátórendszer az intézményi széttagoaltságon kívül egy másik, igen jelentős problémával is küzd, ez pedig a

szakmai team-ek hiánya. Nem az adott szolgáltatói egységekből hiányoznak ezek a team-ek (bár sok helyen onnan is), hanem az ügyfelek által bejárt teljes ellátórendszerben. Ez leginkább a már említett intézményi széttagoaltságból adódik. Egy optimálisan működő, térbeli és szolgáltatási szempontból integrált intézmény egyik legalapvetőbb feltétele a hatékony szakmai team.

A jelenlegi rendeleti szabályozások meglehetősen szűk mozgásteret biztosítanak az ügyfelekkel foglalkozó szakembereknek. Bár az ügyfelek több különböző szolgáltatást is igénybe vesznek, esetfelelőse csak egy lehet minden el látottnak, legalábbis egy fenntartón belül. Ez önmagában nem lenne probléma, ha az ügyfeleknek elegendő volna egy ellátói egység szolgáltatásait igénybe venni, azonban azok fentebb összefoglalt hiányosságai miatt kénytelenek valamennyi lehetőséget kihasználni. Ez nem zárja ki sem a team, sem a stáb működését, azonban kb. háromszáz ellátott esetében (Szegeden), az intézmények diffúzitása miatt ezeknek a szakmai csoportoknak az állandósított működése irreális elképzelés.

Egy integrált intézmény falain belül könnyedén megvalósítható – sőt, törvényi előírás is – az *„egy ügyfél egy esetfelelős”* régóta várt módszere. Az esetfelelős mozgásteret nem ér véget a szolgáltatási egység határainál, hanem a reá bízott 25, de legfeljebb 30 ügyfél esetét kell vinnie függetlenül attól, hogy azok éppen melyik kigondozási periódusban tartanak. Ennek az egész folyamatnak a felülvizsgálata és elbírálása a team feladata. A team tagjainak természetesen rendelkezniük kell mindazokkal a kompetenciákkal, amelyek a célcsoport fejlesztéséhez szükségesek. A célcsoport heterogenitása, illetve a fent említett szolgáltatások különbözősége megköveteli a team sokszínű összetételét is, tehát ebben az esetben már nem elégséges, ha például csak szociális munkások alkotják a team-et.

Az első és legfontosabb lépés a kulcsinterjú elkészítése. Ennek az interjúnak a konklúziója mentén dől el, hogy az ügyfél az adott pillanatban rehabilitálható-e, vagy nem. Amennyiben az interjú alapján felállítható diagnózis szerint egyelőre nem rehabilitálható, akkor az alapellátásokat biztosító intézményi egységben helyeznék el. Ha viszont magasabb eredmények elérésére lehet következtetni, akkor a kigondozáshoz szükséges elemekkel rendelkező egységbe kerülne az ügyfél, ahol természetesen már a vele szemben támasztott elvárások is nagyobbak. Menet közben mindkét esetben lehetnek változások, ezért fontos a team rendszeres esetmegbeszélése, valamint az esetfelelős folyamatos, ügyfél centrikus jelenléte.

A problémák összetettsége miatt a szakmai team-nek is viszonylag sokszínűnek kell lennie. A munkaképes állapot javítása érdekében nélkülözhetetlen az addiktológiai konzulens, a mentálhigiénés munkatárs, pszichológus és munkaügyi tanácsadó jelenléte. Ezeknek a szakembereknek ismerniük kell az ellátotti kör sajátosságait a hajléktalan életmódból adódó beidegződésekkel együtt.

A munkaképes állapot javítása és a mentális fejlesztés – mivel edukatív eszközök is alkalmaz – szervesen összekapcsolódik az oktatással. Míg az első kettő inkább egyéni szinten, terápiás jelleggel, utóbbi csoportos formában, a jövőbe tekintő célokat kitűzve valósul meg. Mind a három kigondozási elemnél kulcsfogalom a rendszeresség.

A munkatársak motiválása csapatban mindig könnyebb és hatékonyabb. A megfelelő összetételű team lehetővé teszi az intézményen belüli képzést és mentorálást a munkatársak részére, jelentősen csökkentve a kiégés kockázatát.

4.3. Továbblépni vagy bent maradni? Az „elég jó” intézmény

Az ügyfelek intézményi ellátásban történő bennragadásának veszélyétől való félelem a segítő szakma egyik leggyakoribb jelensége. Kicsit pontatlanul ezt gyakran hospitalizációnak is szokták hívni. Ez a félelem nem teljesen alaptalan, mivel az intézményi elhelyezés – legyen az egészségügyi, szociális, de akár büntetés végrehajtási –, már középtávon is képes az egyént *izolálni*, aminek következtében egyre kevésbé lesz alkalmas a *szociális adaptációra*.

„A hospitalizmus vagy hospitalizáció tágabb értelemben olyan magatartászavar, mely hosszabb intézeti (kórház, nevelőotthon, szociális otthon, intézet stb.) tartózkodásra vezethető vissza. Minden hospitalizációs ártalom, testi-lelki károsodás kimutatható a hosszabb ideig intézeti körülmények között élő gyermekek és felnőttek esetében egyaránt.”

A hajléktalan ellátás esetében nem igazán a hospitalizmus fent megfogalmazott eseteivel találkozhatunk, de a mechanizmusok között jelentős átfedések vannak. Kétségtelen, hogy egy optimálisan működő, komplex szolgáltatásokat nyújtó intézménynek számolnia kell ennek kockázatával, azonban nem lenne szerencsés, ha pusztán erre hivatkozva tartanánk alacsony szinten az intézményi szolgáltatások összességét. Ha a magas színvonalú szolgáltatások valóban „bennragasztanak” az ügyfeleket, akkor az alacsony színvonalúnak tömeges

sikereket kellene produkálnia. Természetesen nem produkál tömeges kigondozási sikereket a jelenlegi rendszer, így az ebből a szempontból megfogalmazott magasabb szintű ellátással szembeni kritikák alaptalanok.

A tanulmány korábbi szakaszaiban megfogalmazott szolgáltatási – valójában kigondozási – elemek (a munkaképes állapot elérése, mentális fejlesztés, oktatás) mindegyike a többségi társadalom vérkeringésébe történő visszailleszkedést szolgálják. A lépcsőzetes kigondozás nélkülözhetetlen foka a kiléptető lakások használata. Ezt az interjúalanyok többsége is megfogalmazta, dolgozók és vezetők egyaránt. A hospitalizáció tehát nem az intézményi szolgáltatások alacsony szinten tartásával előzhető meg, hanem épp ellenkezőleg, azok emelése által csökkenthető. A jelenleg működő intézmények, mivel nem képesek a kigondozáshoz szükséges feltételeket biztosítani, sokkal inkább hospitalizálnak, noha egyáltalán nem ez a szándék fogalmazódik meg szakmai programjaikban.

Egy ideális intézményben a szakmai team-ek kiemelt feladatai közé tartozik az ügyfelek kivezetése az ellátórendszerből. A kivezetés feltételeinek egyike a többször említett kiléptető lakás, de nélkülözhetetlenek mindazok a képzési és egyéb fejlesztő elemek, amelyek az önálló életvitelhez szükségesek. A jelenlegi rendszerből nemcsak a rövidtávú célok megvalósításához szükséges feltételek hiányoznak, hanem a végső cél – vagyis a reintegráció – eléréséhez nélkülözhetetlen ún. *kivezető technikák* sem épültek be az egységesen elfogadott módszertani stratégiák közé. Kimondható, hogy szinte teljesen hiányoznak.

5. ÖSSZEGRZÉS

Bár a szakmai könyvekben, beszámolókbán *hajléktalan ellátásról* szoktunk beszélni, valójában csak *hajléktalan ellátók* léteznek elsősorban. Gondolok itt a magyarországi hajléktalan ellátás történelmi datálására (első hullám: az 1993. évi III. törvény előtti időszak, második hullám: az azt követő, harmadik: az 1/2000-es SzCsM rendelet stb.), de a jelenlegi pluralitására is, aminek „egységét” a *szakmai korrektség* közös elfogadása teremti meg.

Ezt jelzi az is, hogy gyakorlati és elméleti ellentéteik vitáit is a szakmai korrektségen, annak elméleti és szókészletén keresztül vívják: áldozati státuszról, kiváltságosság skáláról, tárgyasításról, tolerancia-hiányról/többletről, kizárításról, triggerokról, kizárólagosan x-eknek fenntartott terekről stb. hallunk, ha egymás közt összezsapnak. Elismerhetjük valamennyi létjogosultságát, azonban pluralizmusuk szakmai, módszertani diffúzitáshoz vezet, melynek következtében alkalmatlanná válnak a kliens kigondozására. Szigorú, de reális megfogalmazásban a *rendszerek bizonyítékok* a kigondozás meg nem valósulására.

Ha elfogadjuk, hogy a hajléktalanságot nem „*létrehozták*”, hanem „*lett*”, akkor azt is el kell fogadnunk, hogy nem lehet pragmatikus, módszertanilag behatárolt eszközökkel felszámolni. Mivel a hajléktalan populáció igen heterogén, a rendszerek pedig homogének, ezért a jelenség teljes felszámolása naivan utópisztikus kísérlet lenne (egyelőre). De mi történik az egyénnel, aki nem a kb. 25.000 fős (?) populáció öntudatos tagja? Egy magának jobb életet áhító (vagy már nem) individuum, aki sodródik a különböző rendszerek szolgáltatásai között. Az ellátást megkapja ugyan, de ezek együttesen sem képesek valódi szociális, egzisztenciális *liftként* működni az alany életében. Társadalmi helyzete, munkaerő-piaci inaktivitása, demotivált élete inkább csak konzerválódik, az ellátórendszer minden erőfeszítése dacára.

Tényleges változást a komplex rehabilitáló intézmények képesek elérni, melynek magyarázata szinte kézenfekvő. A hajléktalanság is egy összetett jelenség. Komplex társadalmi depriváció, tehát hiába is próbálják a különböző akadályokat leküzdeni, a hiányosságokat pótolni/pótoltatni, mire az egyik lyukat betömné valamelyik alrendszer, újabb keletkezik máshol, feladva a leckét egy másik alrendszernek.

A hajléktalanná válás társadalmi, gazdasági, valamint egyéni okait különösebben már nem szükséges taglalni, sokkal fontosabb, hogy az egyén külső és

belső erőforrásait, tartalékait egyszerre kell (kellene) mozgósítani, illetve az előrejutásban őt akadályozó tényezőket ezzel párhuzamosan kiiktatni. A jelenlegi rendszerek, vagy inkább alrendszerek erre nem, vagy csak nagyon kis részben alkalmasak.

Komplex társadalmi depriváció: Tehát nem lesz senki hajléktalan azért, mert alkoholista, elvált, munkanélküli, depressziós, esetleg pszichiátriai defektusok terhelik, vagy éppen kriminalitási hajlamai vannak, ahogy azt sokan sokszor gondolják, hanem a felsoroltak együttes megléte hordozza az ilyen irányú lecsúszás veszélyét. Amikor a kliens bejön a melegedőbe, vagy megtalálják az utcán, addigra már szinte biztos, hogy a társadalmi kiilleszkedés olyan fokára jutott, ahonnan csak lefelé vezet az útja. A rehabilitáló intézmény tehát nemcsak a már régen az utcán élő kliensek esetében indokolt, hanem az újonnan ellátásra szorulóknál is. Természetesen nem minden, a hajléktalanságot kiváltó és konzerváló tényezőt lehet „intézményi úton” visszaszorítani. Az okok közt gyakran szerepet játszó kapcsolati rendszerek felbomlását, rossz működését nem tudja semmilyen intézmény helyreállítani, viszont az egyént alkalmassá teheti új, számára előnyös kapcsolatok kialakítására.

Szakmailag tehát a hajléktalanokat rehabilitáló intézmények kiépítését tartom szerencsés lépésnek. A szenvedélybetegségektől való megszabadulás közben piacképes szakmát szerezni, valamint szociális kompetenciákat is elsajátítani, újratanulni komoly kihívás kliensnek és segítőnek egyaránt, de ha a kellő feltételek megvannak, már nem lehetetlen. Ez persze költséges „befektetés”, de vélhetően hatékonyabb, hosszú távon talán még olcsóbb is, mint a jelenlegi rendszer és annak finanszírozása.

Valamennyi jelenleg működő alrendszer szükséges, de hatékonyabb lenne, ha meghatározott területenként lennének kifejezetten hajléktalanokat rehabilitáló intézmények. Szükség van az egyén testi, lelki szükségleteinek kielégítésére, függőségeinek kezelésére, munkaerő-piaci esélyeinek radikális növelésére, egyéni kompetenciáinak fejlesztésére egyszerre, párhuzamosan. Ha mindez megvalósul, jó esély van a kliens kigondozására, így az ellátórendszer egyéb egységei is jobban működnének.

6. KITEKINTÉS

Melyek azok a XXI. századi problémák, melyekre a jelenlegi, komplexebb ellátórendszerek sem kínálnak megoldást? Az Ipar 4.0 a negyedik ipari forradalom nemzetközileg elfogadott megnevezése. Ez az ipari forradalom a technológiai robbanás, a robotizálás, amely egyes szakértők szerint már az ötödik ipari forradalom előszobája, ami a mesterséges intelligencia totális térhódítása lesz.

A szerző megjegyzi, hogyha van Ipar 4.0, akkor szükség van társadalmi kohézió 4.0-ra is. Ez nem jelent mást, mint a digitalizáció következtében a munkaerőpiacról kiszoruló tömegek életszínvonal esésének megakadályozását. Ennek egyik lehetséges módja a piacképes tudás megszerzése feltételeinek biztosítása. Ez főleg oktatáspolitikai stratégia. A másik mód a digitalizáció előnyeinek felhasználása és beépítése a szociális ellátórendszerbe. A társadalmi kohézió fontosságának gazdasági aspektusból történő vizsgálata a közgazdasági és szociológiai szempontrendszerrel kiválóan összehozza. Egyik sincs meg a másik nélkül.

„Ipar 4.0-ról beszélni önmagában olyan, mint amikor valaki a gazdasági növekedés és a jólét garanciáit egyedül a gazdaságban keresi, és úgy gondolja, hogy a szociálpolitika csak elosztja azt, amit a gazdaságpolitika megtermel. Ez a szemlélet nem veszi figyelembe, hogy a társadalompolitikai rendszereknek fontos szerepe van a gazdasági újratermelés szempontjából nélkülözhetetlen humán tőke megóvásában. Jól működő családpolitika és oktatáspolitikai nélkül a szükségesnél és a társadalmilag elvárhatónál alacsonyabb színvonalú humán tőke jön létre, egy jól funkcionáló foglalkoztatáspolitikai és egészségpolitika pedig meg tudja védeni a humántőkét a munkaerőpiacon hasznosító embert a különböző veszélyeztető faktorokkal szemben (baleset, betegség, munka elvesztése, stb.), illetve képes segíteni a gyors regenerációban és a munkaerőpiacra történő mielőbbi visszatérésben.” (Czibere, 2019. 301. o.)

Szociális szolgáltatások alatt az egyén autonóm életviteléhez szükséges anyagi javak biztosítását értjük. Ezek a szolgáltatások lehetnek pénzbeli és természetbeli ellátások. Legfőbb funkciójuk a (rászoruló) egyén életkörülményeinek javítása, illetve állapotomlásának megakadályozása. A szociális rászorultság tág fogalom. A rászorultság ténye nem feltétlenül és kizárólag anyagi, jövedelmi viszonyok mértéke alapján állapítható meg. Számos egyéb tényező, mint például egészségi állapot, életkor stb. alakítja a rászorultak körét. Magyarorszá-

gon a szociális ellátórendszer *univerzális*, tehát senki, aki bármilyen okból rá-szorulóvá válik, nem helyezhető a rendszeren kívülre. E struktúra fenntartásának egyik legfontosabb feltétele a biztosítási rendszer. Értelemszerűen minél többen fizetnek a közös kasszába, annál nagyobb mozgástere van a szociálpolitikai döntéshozóknak. Van azonban egy aggasztó jelenség, mégpedig a *technológiai munkanélküliség*. A szociális ellátórendszerek „keresleti” oldalán elsősorban azok jelennek meg, akik a digitalizáció terjedése miatt váltak munkanélkülivé. A „kínálati” oldal megpróbálja ezt átképzésekkel, vagy akár eszközök (laptop stb.) biztosításával kezelni, vagyis nem problémaként, hanem lehetőségként értelmezi a technikai vívmányokat.

„Szociális szempontból megkerülhetetlen kérdés, hogy a hátrányos helyzetű családok hozzáférnek-e az okos eszközökhöz, mert az új technológiák a mainál nagyobb lehetőséget biztosítanak számukra a munkaerőpiaci bekapcsolódásra. Magyarországon a KSH adatai szerint a lakosságnak csupán 1,2%-a nem rendelkezik telefontal. Szintén erősítheti a szociális védelmet, ha az új technológiák nemcsak az idősek, hanem a tanyán vagy más izolált, szegregált településen, településrészen élők számára biztosítják a lehetőséget arra, hogy információt, szolgáltatásokat, és szükséges esetén segítséget kapjanak az infokommunikációs eszközök segítségével.” (Czibere, 2019. 307. o.)

Kétségtelen, hogy a kínálati oldal hatékonyabban és magasabb szinten tud szolgáltatást nyújtani, azonban a keresleti oldal (és annak problémahalmaza) annál sokkal heterogénebb, mint amit néhány rendelkezésükre álló technikai eszközzel kezelni tudnának. További gond, hogy az így kiilleszkedett személyek jelentős részét nem tudja sem a szociális, sem más rendszer integrálni. Ebből az következik, hogy az állami – esetünkben a szociális – rendszer lesz egyre leterheltebb. Ez talán a legneuralgikusabb pontja az egész folyamatnak. A technológiai munkanélküliség növekedésének hatására egyre kevesebb adóztatható jövedelemmel kell számolnia a mindenkori kormányzatnak, így viszont az ellátórendszerek hatékony működése is kétségessé válik.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Albert Fruzsina – Dávid Beáta (2001): *Ha elszakad a háló... A hajléktalanság kapcsolathálózati megközelítésben*. Új Mandátum Kiadó, Budapest.

Bakos Péter (é.n.): *Hajléktalan emberek társadalmi integrációját célzó gyakorlatok az Európai Unióban*.

Bakos Péter (2011): Lakhatás, mindenekelőtt. *Esély*, 3. 106–112.

Bakos Péter (2006): *Az Egészséghez való emberi jog: Az egészség biztosítása a hajléktalan emberek számára Magyarországon*. Készült a hajléktalanokkal foglalkozó egészségügyi dolgozók és a hajléktalanellátó szervezetek FEANTSA kérdőívére adott válaszai alapján a FEANTSA számára.

Bakos Péter – Győri Péter (ford.): ETHOS – A hajléktalanság és lakhatásból való kirekesztettség európai tipológiája. FEANTSA.

Bakos Péter (2007): *Összetett problémák, összetett megoldások: A hajléktalan emberek integrációja a foglalkoztatás által Magyarországon*. Készült a hajléktalanellátó szervezetek FEANTSA kérdőívére adott válaszai alapján a FEANTSA számára.

Bényei Zoltán – Gurály Zoltán – Győri Péter – Mezei György (2003): *Tíz év után – Gyorsjelentés a fővárosi hajléktalanokról – 1999. Otthontalanul... Tégy az emberért! 2*. Budapest. Menhely Alapítvány és Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei: 5–40.

Bíró Gyula–Vadász Anikó (2003): A hajléktalan személyek sérelmére elkövetett bűncselekmények egyes kérdései. *Esély*, 4. 31–55.

Borza Beáta (2008): „Emberi méltóság – korlátok nélkül” Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának hajléktalansággal foglalkozó projektje. *Kapocs*, 7. 4.

Breitner Péter (1999): A hajléktalanná válás lépcsőfokai. *Esély*, 1. 84–108.

Breitner Péter (2013): A hajléktalanság lakástörténeti előzményei. In: *Változó és változatlan arcú hajléktalanság. Otthontalanul... Tégy azt emberért! 9*. Menhely Alapítvány és Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei, Budapest. 87–99.

Breitner Péter (2016): Lakáshasználat a hajléktalanságban – jelentés a szociálpolitika senki földjéről. In: *Dialógusok a hajléktalanságról. Otthontalanul... Tégy az emberért! 11*. Menhely Alapítvány és Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei, Budapest. 83–102.

Breitner Péter – Kepe Róbert – Nacsa Dániel – Rábay Zsuzsanna – Rész Levente – Szívós Rita – Virág Zoltán (2010): *Mentés másként. Tanulmányok a Van Esély Alapítvány programjáról*. Van Esély Alapítvány, Budapest.

Budai Erzsébeth (2004): Női homoszexualitás a hajléktalanellátásban. *Háló*, 10. 8–9.

Castel, Robert (1993): A nélkülözéstől a kivetettségig – A kiilleszkedés pokoljárása. *Esély*, 3. 3–23.

Czibere Károly (2019): *Ipar 4.0 Jogi- társadalmi-gazdasági kihívások és válaszok*. Károli Gáspár Református Egyetem, Állam- és Jogtudományi Kar, Budapest.

Csikós Tímea – Kiss Bernadett (2014): A (téli) krízisidőszak tereptapasztalatai az ombudsman szemével. *Esély*, 3. 100–110.

Darvas Ágnes – Farkas Zsombor – Győri Péter – Kósa Eszter – Mózer Péter – Zolnay János (2013): A szociálpolitika egyes területeire vonatkozó szakpolitikai javaslatok. *Esély*, 6. 3–137.

Fadgyas-Freyler Petra (2017): A hajléktalan emberek általános jellemzői és egészségi állapotuk egy adminisztratív adatbázis alapján. *Esély*, 3. 102–122.

Fehér Boróka (2011): Hajléktalanság és térbeli kirekesztés. *Replika*, 2. Esély 6. 118–120.

Fehér Boróka (2012): Közterületen élők lakhatási programjai. *Esély*, 4. 65–89.

Fehér Boróka (2009): *Hajléktalan emberek traumás élményei és azok feldolgozása narratív eszközökkel*. „Mit kellene tudni egy szociális munkásnak ahhoz, hogy a hajléktalannal dolgozni tudjon?” PhD értekezés, kézirat. ELTE Társadalomtudományi Kar, Szociális munka – Szociálpolitika Doktori Program.

Fehér Boróka – Balogi Anna (2017): *A Habitat For Humanity Magyarország Elsőként Lakhatást! programjának értékelése*. Zárótanulmány kivonat. Habitat for Humanity, Budapest.

Fehér Boróka – Koltai Luca – Németh Balázs – Szabó Andrea – Caputová, Katerina – Scotková, Gabriela – Tilling, Ian – Wygnnanska, Julia (2016): *Ways out of homelessness in Central Europe*.

Fehér Boróka – Kovács Ivetta (2018): Különbségek és hasonlóságok. Hajléktalan helyzetű nők és férfiak összehasonlító vizsgálata a 2016. február 3-ai adatfelvétel alapján. *Esély*, 6. 33–64.

Fehér Boróka – Somogyi Eszter – Teller Nóra (é.n.): *Támogatott lakhatási programok kiterjesztésének és más lakástámogatásokkal való összehangolásának lehetőségei*. Készült a Hajléktalan emberek társadalmi és munkaerő-piaci integrációjának szakmai és módszertani megalapozása (TÁMOP–5.3.2-08/1-2008-0001) kiemelt program keretében.

Fehér Boróka – Tatár Babett – Vida Judith (szerk.) (2014): *Képzés – lakhatás – foglalkoztatás. Integrációs programok hajléktalan élethelyzetben lévő emberek számára. Otthontalanul... Tégy az emberért! 10*. Menhely Alapítvány és Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei, Budapest.

Ferge Zsuzsa (2000): A társadalom pereme és az emberi méltóság, *Esély*, 1.

Forrai Erzsébet – Ladányi Erika (2008): Beszámoló az éjjeli menedékhelyet és átmeneti szállót igénybe vevő hajléktalan emberek körében végzett kutatásról. *Kapocs*, 7. 4.

Gacs Katalin (2014): Lakhatás helyet börtön. A hajléktalanság kriminalizációjának alkotmányossági problémái. *Fundamentum*, 3. 22–38.

Gurály Ottó (2013): A hajléktalanná válás dinamikája. In: *Változó és változatlan arcú hajléktalanság. Otthontalanul... Tégy az emberért! 9.* Menhely Alapítvány és Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei, Budapest. 185–188.

Gurály Zoltán (2013): Mennyi az annyi? Hajléktalanság és amivel nem számolunk. In: *Változó és változatlan arcú hajléktalanság. Otthontalanul... Tégy az emberért! 9.* Menhely Alapítvány és Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei, Budapest. 143–149.

Gurály Zoltán – Török Ágnes – Udvarhelyi Tessza (2003): A kihúlésről. *Kapocs*, 2. 6.

Győri Péter (2013): Amit tudunk – 10 év. In: *Változó és változatlan arcú hajléktalanság. Otthontalanul... Tégy az emberért! 9. kötet*, Menhely Alapítvány és Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei, Budapest. 118–142.

Győri Péter (2017): Hajléktalanság – romák – gyermekszegénység. *Esély*, 4. 17–44.

Győri Péter (2014): *Hajléktalanügyi országjelentés, 2013.*

Győri Péter (2016): Margó szélén billegő életek. Kérdések és feleletek a számok nyelvén. In: *Dialógusok a hajléktalanságról. Otthontalanul... Tégy az emberért! 11.* Menhely Alapítvány és Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei, Budapest. 63–81.

Győri Péter (2016): Nyolc óra munka, nyolc óra pihenés, nyolc óra szórakozás. Hajléktalan emberek időmérlege, 2014. In: *Dialógusok a hajléktalanságról. Otthontalanul... Tégy az emberért! 11.* Menhely Alapítvány és Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei, Budapest. 37–54.

Győri Péter (2013): Töréspontok. Bevezető gondolatok a tanulmánykötethez. In: *Változó és változatlan arcú hajléktalanság. Otthontalanul... Tégy az emberért! 9.* Menhely Alapítvány és Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei, Budapest. 5–9.

Győri Péter – Gurály Zoltán (2013): A titkos lista. In: *Változó és változatlan arcú hajléktalanság. Otthontalanul... Tégy az emberért! 9.* Menhely Alapítvány és Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei, Budapest. 189–201.

Győri Péter (összefogl., 2015): *Hajléktalanügyi teendők 2015. Utcától lakásig.* Javaslatok a hajléktalan emberek ellátásának átalakítására. 4.0 munkaváltozat.

Hajas Barnabás – Szabó Máté (2009): Emberi méltóság – korlátok nélkül. In: *Emberi méltóság korlátok nélkül.* A gyermekek, a hajléktalanok és a gyülekezők jogai. Országgyűlés Hivatala, Budapest. 9–17.

Hammarberg, Thomas (2009): Senki sem válhat hajléktalanná – a megfelelő lakhatás külön jogot jelent. In: *Emberi méltóság korlátok nélkül: a gyermekek, a hajléktalanok és a gyülekezők jogai.* Országgyűlés Hivatala, Budapest. 133–136.

Háy János (szerk.) (2004): *Alkonyzóna – Hajléktalan művészek antológiája.* Barrus Könyvkiadó, Budapest.

Horváth Olga (2018): Befogadás és rehabilitáció - hajléktalanok munkában. In: *Rendszer és váltás. A Szociális Törvény első 25 éve.* L'Harmattan – SZOSZAK, Budapest. 459–470.

- Horváth Olga (2001): Hajléktalan emberek rehabilitációja. In: *Utak és lehetőségek a szegénység visszaszorítására*. Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest. 123–127.
- Horváth – Takács Bernadett – Maróthy Márta – Varga Péter (2018): Hajléktalanellátás. In: *Rendszer és váltás. A Szociális Törvény első 25 éve*. L'Harmattan – SZOSZAK, Budapest. 241–253.
- Iványi Gábor (1997): *Hajléktalanok*. Sík Kiadó, Budapest. Magyarország felfedezése.
- Merton, Robert K. (1993): Társadalmi struktúra és anomia. In: Gönczöl Katalin – Kerecsi Klára (szerk.): *A deviancia szociológiája. Szöveggyűjtemény*. ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitika Tanszék – T-Twins, Budapest. 9–37.
- Misetics Bálint (2014): Hajléktalanság és méltóság. A kriminalizáció tilalmától a lakhatáshoz való jogig. *Fundamentum*, 3. 58–62.
- Misetics Bálint (2017): Lakáspolitikai és hajléktalanság. In: Ferge Zsuzsa (szerk.): *Magyar társadalom- és szociálpolitika 1990–2015*. Osiris, Budapest. 338–363.
- Oross Jolán (szerk., 2000): *Apró lépésekben... Szenvedélybetegség, hajléktalanság, rehabilitáció*. Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest. Periferia Seria 7.
- Pik Katalin (1995): Kik a hajléktalanok és mit tehetünk értük? *Esély*, 5. 60–80.
- Piketty, Thomas (2013) *A tőke a 21. században*. Kossuth Könyvkiadó, Budapest.
- Schermann Márta (főszerk.) (2010): *HajléktaLand. Útikalauz*. Szubjektív Értékek Alapítvány, Budapest.
- Szoboszlai Katalin (2010): Nők fedél nélkül. In: *A megértés útjai. Hajléktalan sorsok, traumák és a segítő kapcsolat. Otthontalanul... Tégy az emberért! 8*. Menhely Alapítvány és Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei, Budapest. 99–147. o.
- Szoboszlai Katalin – Fábián Gergely – Hüse Lajos (2008): Hogyan válnak áldozattá a hajléktalanok? Hajléktalanok sérelmére elkövetett cselekmények feltárása és a megelőzés módjainak keresése. *Esély*, 4. 94–106.
- Szociális Munka Etikai Kódexe (Elfogadta a Szociális Szakmai Szövetség Küldöttgyűlése 2016. április 15-én.)
- Tamási Erzsébet (2004): Egy férfinyira a hajléktalanságtól. Nőpolitika és hajléktalan nők az Európai Unióban. *Esély*, 3. 26–57.
- Udvarhelyi Éva Tessza (2014): *Az igazság az utcán hever. Válaszok a magyarországi lakhatási válságra*. Napvilág Kiadó, Budapest.
- Vecsei Miklós (2008): „Merre tovább?”
- Waldron, Jeremy (2010): Hajléktalanság és közösség. *Replika*, 71. 131–161.

Jogszabályok

2/1992. (I. 6.) NM rendelet a hajléktalanokról gondoskodó egyes szociális intézmények feladatáról és működéséről (Hatályban volt 1992.I.15-től 1994.II.06-ig)

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

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

Internetes források

<http://www.refomix.hu/tanulmányok-kutatasi-beszamok.html>
letöltés: 2021. 09. 07.

http://www.refomix.hu/cikkek/ETHOS_hungary.pdf
letöltés:2021. 09. 19.

http://www.refomix.hu/cikkek/Hungary_empl_report_2007_HU.pdf
letöltés:2021. 09. 22.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ezúton szeretnék köszönetet mondani témavezetőimnek, Dr. Duró Annamáriának és Sánta Tamásnak a sok segítségért és tanácsért, melyekkel hozzájárultak diplomamunkám létrejöttéhez.

Külön köszönöm a segítséget mindazoknak a kollégáknak, akik a tanulmány elkészítéséhez nélkülözhetetlen információkat és személyes tapasztalatokat, véleményeket osztottak meg velem az interjúk során. Itt külön kiemelném Kovács Ivettát, Rigó Orsolyát, Vecsei Miklóst, Győri-Dani Lajost és Gurály Zoltánt. Köszönet illeti meg Győri Pétert, aki bizalommal bocsátotta rendelkezésemre az általa készített tanulmányokat dolgozatom megírásához.