ALTERNATÍV TÁMOGATÁS

Zárótanulmány

A kiadványért felel:
Varga Péter

Lektorálás:
Borszéki Zsófia

Grafika:
Harsányi Tamás

Kiadja:
Hajléktalanokért Közalapítvány

1067 Budapest, Szobi u.3.
www.hajlekot.hu; http://hajlekot.hu/index.php/rsztop
telefon: +36 1 200-1002
e-mail: rsztop@rsztop.org

ISBN 978-615-01-0060-9

ALTERNATÍV TÁMOGATÁS

ZÁRÓTANULMÁNY

Az RSZTOP-3.1.1.
„Közterületen élők számára természetbeni juttatás biztosítása”
elnevezésű projekt keretében megvalósított
Kísérő intézkedések
részprogram tapasztalatairól

•

A pszichiátria
és az addiktológia
lehetőségei
a hajléktalanellátásban

•

Dr. Tóth András –
Dr. Sugár András, PhD – Stépán Virág

Szerkesztette:
Szücs-Varsányi Nóra

Tartalom

Előszó 7

A megvalósítás fő keretei és a tervezés feltételei 8

Financiális keretek és a tervezés főbb lépései 8

A szakmai program kidolgozásának alapjai 10

A részprogram célértékei és a kapcsolódó elérési folyamatok számadatai 14

Az alkalmazott szakemberek végzettségspecifikuma alapján összegzett szolgáltatásnyújtási attribútumok 15

A részprogram szereplői és feladataik 16

A helyszíni megvalósítás, a helyi szintű programok kialakítása 18

Az adatszolgáltatás eljárása és célja 19

A megvalósítás környezeti státusza 20

Az egyes programmegvalósítási helyszínek (intézmények és megvalósított részprogram) rövid jellemzése 32

A részprogram tervezésekor felállított hipotézisek és a megvalósítás kockázatai a két szféra működési folyamatainak és eszköztárának tükrében 51

Szociális téren tett hipotézisek, előzetesen megjelölt megvalósítási kockázatok 51

Pszichiátriai, addiktológiai szemszögből megfogalmazott hipotézisek és kockázatok 53

A tapasztalati konferenciák szakanyagainak összegzése Tematika szerint 58

I. Statisztikai adatok értékelése 58

II. A részt vevő szakemberek visszajelzéseinek értékelése 76

Szakértői kiemelés a statisztikai elemzések eredményei, valamint az interjúkból levont következtetések alapján 92

Előre mutatás, szakmai javaslatok a tapasztalatok tükrében 93

A pszichiátriai, addiktológiai szakterület szempontjai 93

A szociális szakterület szempontjai 95

Felhasznált irodalom 99

Irodalomajánló 100

Köszönetnyilvánítás 102

ELŐSZÓ

Jelen tanulmány célja, hogy összegezze a Rászoruló Személyeket Támogató Operatív Program (RSZTOP) hajléktalan embereket természetbeni juttatással segítő, a Hajléktalanokért Közalapítvány (továbbiakban Közalapítvány) által az RSZTOP-3.1.1-16-2016-00001 azonosítószámú, kiemelt projekt részprogramjaként pilot jelleggel megvalósított, ún. *Kísérő intézkedések* programjának pszichiátriai, addiktológiai és szociális téren tett szakmai tapasztalatait a kétéves megvalósítási időszak tükrében.

A *Kísérő intézkedések* részprogram megvalósításának alapvető szakmai szándéka volt, hogy hajléktalanellátó intézményekben megjelenő, pszichiátriai és/vagy addiktív betegségekkel küzdő emberek számára a saját életterükben biztosítsa a társadalmi visszailleszkedést elősegítő, mentális állapotukat javító szakellátást egészségügyi szakemberek alkalmazásával.

A fentiekben megjelölt szakmai kitétel megvalósítása érdekében a pszichiátriai és addiktológiai jellegű szakellátás megvalósulásának helyszínét és a szakellátás megvalósulásának szociális háttértámogatását a Közalapítvánnyal meghívásos pályázati eljárás után partnerségi megállapodást kötő hajléktalanellátó szervezetek adták. A hajléktalan embereknek úgynevezett rendelési alkalmakon nyújtott pszichiátriai és/vagy addiktológiai szolgáltatás tehát egészségügyi és szociális szakemberek együttműködésével valósult meg a Hajléktalanokért Közalapítvány koordinálásával a részprogramban együttműködő partnerként részt vevő hajléktalanellátó szervezetek intézményeiben.

Jelen tanulmány mintegy vázlatszerű összegzésként kívánja bemutatni a részprogram elméleti, strukturális és működtetési felépítését és megvalósításának logikáját az indítást megelőző tervezési szakasztól a program megvalósítási tapasztalatainak összegzésén keresztül a levont egészségügyi és szociális ellátást érintő következtetéseken át a program indulása előtt megfogalmazott hipotézisek kapcsán tett tapasztalati cáfolatok és verifikációk áttekintéséig.

A részprogram keretfeltételeinek ismertetésén felül a tanulmány szükségszerűen kitér a megvalósítás „tágabb" szociológiai környezetrajzának leírására, hogy bemutassa, milyen társadalmi közegben valósult meg a *Kísérő intézkedések* részprogram, és hogy ezen körülmények és feltételek milyen módon befolyásolták a megvalósíthatóságot és a program eredményességét.

A részprogram keretében végzett, egészségügyi szaktevékenységek nyomon követését biztosító adatgyűjtés eredményeinek összegzése nyomán a tanulmányban kitérünk a célcsoportként megjelölt hajléktalan-betegpopuláció sajátosságaira, mind a pszichiátriai és addiktológiai diagnosztika, mind pedig az egészségügyi és szociális ellátások, részprogramban alkalmazott „egészségügyi" kezelés(ek) és szociális háttértámogatás biztosításának miként-jére, azok eredményességének és hatékonyságának tapasztalataira.

Végezetül a megvalósítás szakmai tapasztalatainak tükrében kívánjuk megtenni szakmai észrevételeinket, mind a hajléktalanpopuláció pszichiátriai és addiktológiai jellegű ellátásának tárgyában, mind pedig a szociális szféra témában megjelölt hatékony szerepvállalásának tekintetében. Mivel a *Kísérő intézkedések* részprogram megvalósítása a szociális és az egészségügyi szféra együttműködésével, közös munkájával valósult meg, a tanulmány kitér az említett két szféra együttműködésének tapasztalati nehézségeire és az azok kezelésére kialakult jó gyakorlatok leírására is.

A MEGVALÓSÍTÁS FŐ KERETEI ÉS A TERVEZÉS FELTÉTELEI

A Hajléktalanokért Közalapítvány a 1347/2016. (VII. 6.) Korm. határozat alapján vesz részt a Rászorult Személyeket Támogató Operatív Program végrehajtásában, és ennek megfelelően támogatásban részesül a „Közterületen élők számára természetbeni juttatás biztosítása" elnevezésű, RSZTOP-3.1.1-16-2016-00001 azonosítószámú projekt (továbbiakban RSZTOP-3 vagy kiemelt projekt) megvalósítására.

A Közalapítvány a program végrehajtása keretében a hajléktalan emberek részére napi egyszeri étkezés biztosítása mellett ún. *Kísérő intézkedések* részprogramot valósított meg. A részprogram megvalósítása a kétéves időszakban összesen 17 partnerségben álló hajléktalanellátó szervezet együttműködésével zajlott. Az ellátórendszer intézményi felépítésére és ügyfélspecifikumaira jellemző területi sajátosságok alapján a program a Közép-Magyarország régióban 2017. október 16. és 2019. október 15. között 2 szervezet, míg a konvergenciarégiókban 15 szervezet bevonásával 2018. január 2. és 2020. január 1. között valósult meg.

A *Kísérő intézkedések* részprogram a hajléktalan emberek társadalmi beilleszkedésének feltételeit kívánta segíteni, elsősorban a mentális és pszichés zavarokkal és/vagy addiktológiai problémákkal küzdő hajléktalan emberek kezelésbevételét és terápiáját elősegítő intézkedésekkel.

A részprogram célcsoportja és egyúttal kedvezményezettjei azon – az ellátóhelyeken az étkezési csomagok osztása és a kapcsolódó szolgáltatások igénybevétele miatt megjelenő – hajléktalan emberek voltak, akik a célcsoporti meghatározás értelmében érintettek a mentális és pszichés és/vagy addiktológiai problémák terén.

FINANCIÁLIS KERETEK ÉS A TERVEZÉS FŐBB LÉPÉSEI

A *Kísérő intézkedések* részprogram fentiekben meghatározott szakmai céljának – azaz a pszichiátriai és/vagy addiktológiai problémákban érintett hajléktalan emberek számára történő egészségügyi szakellátás biztosításának – megvalósítására fordítható keretösszeg százalékos korlátozással került meghatározásra és maximalizálásra a kiemelt projekt elsődleges céljára – azaz a kiegészítő étkezés szolgáltatásának biztosítására – felhasznált támogatási összegkeret arányában. Ezáltal a részprogram keretében történő nem anyagi természetű szolgáltatásnyújtást megvalósító egészségügyi szakellátás (pszichiátriai, addiktológiai és mentális állapotot javító) szolgáltatás biztosítására felhasznált támogatási összegrész a projekt keretében étkezési csomagokra költött pénzösszeg maximum 5%-a lehetett.

A kiemelt projekt felhívása további financiális feltételként meghatározta, hogy a százalékos korláttal rendelkező támogatási összegből kizárólag közvetlenül a célcsoportnak nyújtott szolgáltatás volt finanszírozható. A tervezési szakaszban már megjelölt megvalósítási kockázatként szerepelt, hogy a két szféra munkájának összehangolására, szakmaközi egyeztetésére, a helyszíni megvalósításban részt vevő szociális és egészségügyi dolgozók egyeztetési platformjainak anyagi támogatására nem lesz lehetőség, miközben a két szféra együttműködési minősége döntően befolyásolhatja az elvégzett közös segítői munka hatékonyságát.

A célcsoport elérését, az egészségügyi szakellátás (szolgáltatásnyújtás) célcsoport általi igénybevételének lehetőségét értelemszerűen csak a hajléktalanellátás szereplőinek megszólításával és majdani közreműködésével lehetett kivitelezni. A részprogramba együttműködő partnerként bevonni kívánt hajléktalanellátó szervezetek technikai elérése, az egészségügyi szakellátás célcsoporti környezetbe, élettérbe helyezése a következőkben vázolt megvalósítási lépések mentén alakult.

A kiemelt projekt a *Kísérő intézkedések* részprogram indulásakor már létező együttműködési megállapodásokkal rendelkezett országszerte mintegy 48 hajléktalanellátó szervezettel a természetbeni juttatás (étkezési csomagok) célcsoporthoz való eljuttatásának tekintetében. Ezen szervezetek nyílt pályázatos eljárást követően kötötték meg 2017. január 2-án együttműködési megállapodásaikat a Közalapítvánnyal mint megvalósítóval.

Mivel a *Kísérő intézkedések* részprogram a főprogramtól függő – fix financiális határokkal és egy megvalósítási időkerettel tervezett – komplex pilot program, ezért megvalósítása a főprogram indítását követően kezdődhetett el.

A *Kísérő intézkedések* tartalmi előkészítése alapján körvonalazódtak azok az attribútumok, intézményi feltételek és jellemzők, amelyek alkalmassá teszik az egyes – a főprogram tekintetében már partnerségi megállapodással rendelkező – hajléktalanellátó szervezeteket az eredményes megvalósításra, és így a részprogramba való behívásra.

A célcsoportelérési szám maximalizálása érdekében olyan együttműködő partnerszervezet részvételének támogatása volt indokolt, amely kiépített, több ellátási formát megvalósító szolgáltatási típussal rendelkezik, ügyfélköre nagy számra tehető, és bizonyos értelemben véve az ellátási formák mentén heterogenitást mutat (pl. aktív korú női és férfi kliensek ellátása az éjjeli menedékhelyen, valamint idősebb korú, rosszabb egészségügyi állapotban lévő ügyfelek ellátása az átmeneti szállón). Másik meghatározható jellemző volt, hogy a szervezet földrajzi értelemben adott térségben (megye) biztosítsa az ellátandó célcsoporti kör elérését – tehát optimális esetben legyen székhelyszintű ellátó, vagy vonzáskörzetében infrastrukturálisan legyen alkalmas az ügyfélelérésre. Továbbá a részprogram felépítése, keretei és logikája alapján olyan szervezetek kiválasztása volt szükségszerű, amelyek strukturálisan rendelkeznek olyan személyi és tárgyi feltételekkel, amelyek garantálják a megvalósításban mozgósítható önrészt mind a humánkapacitás, mind pedig az infrastrukturális, technikai feltételek viszonylatában.

Ezek tükrében tehát azokat a szervezeteket szólítottuk meg a részprogram megvalósítása kapcsán, amelyek a főprogram, a kiemelt projekt keretében (természetbeni juttatás – étkezési csomag – célcsoport részére) már együttműködési megállapodással rendelkeztek, illetve a fent megnevezett intézményi feltételek és részvételi hajlandóság felmérését követően alkalmasnak mutatkoztak a közreműködésre.

A SZAKMAI PROGRAM KIDOLGOZÁSÁNAK ALAPJAI

A részprogram tervezési szakaszában feldolgoztuk és összegeztük a témában már létező kutatási eredményeket is, amelyek ismeretében általánosságban meghatároztuk a megvalósítás főbb környezeti feltételeit és várható kockázatait is.

Az Országos Addiktológiai Intézet 2006-os szakanyagának[1] feldolgozása nyomán megállapítottuk, hogy a hazai addiktológiai és pszichiátriai ellátás a hozzáférés tekintetében területi különbözőséget mutat, és általánosságban elmondható, hogy financiális és humánkapacitást érintő nehézségekkel küzd. Ennek következtében jelentős a diagnosztizálatlan és kezeletlen betegek száma, mind az addiktológiai, mind pedig a pszichiátriai betegségek tekintetében. A *Kísérő intézkedések* részprogram esetében az ellátatlanság problémakörét fokozza az egészségügyi és szociális ellátás összehangoltságának hiánya, a beteg- és kliensutak nehézkes átjárhatósága, a módszertanok és protokollok különbözősége és kölcsönös nem ismerete a két szféra tekintetében.

Az ország ellátási lefedettségéről az Országos Addiktológiai Intézet 2006-os adatai alapján a következő főbb számadatokat tudtuk rögzíteni: több mint 500 pszichiátriai és addiktológiai tevékenységre engedéllyel rendelkező egészségügyi ellátó van, amelyekből ténylegesen 85 intézmény lát el illegálisszer-fogyasztókat, 53 szolgáltató végez alacsony küszöbű ellátást, országosan összesen 415 férőhelyen. 72 szolgáltató végez szenvedélybeteg közösségi ellátást, tűcsereprogram 12 megyében és 7 régióban hozzáférhető. További megállapítás, hogy az addiktológiai ellátáskapacitás az országos átlag 40%-a alatt van Borsod-Abaúj-Zemplén, Jász-Nagykun-Szolnok, Komárom-Esztergom, Somogy, Tolna, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékben. Hiány van pszichiáter szakorvosból, addiktológus szakorvosból, pszichológusból, addiktológiai konzultánsból.

Az Országos Addiktológiai Intézet által közölt adatokból azokat a számokat emeltük ki, amelyeket a célcsoport szempontjából előzetesen relevánsnak ítéltünk, akár az ellátási forma, akár a szakemberszükséglet, akár a hozzáférhetőség szempontjából.

A hivatkozott szakanyag nyomán megállapítottuk, hogy egy teljeskörűen hiánypótló szakmai program megvalósításához szükséges lenne az alapszolgáltatások, az elő- és utógondozás megerősítése, a hozzáférés tekintetében mutatott területi egyenlőtlenségek csökkentése, a kezelő- és ellátórendszerek együttműködésének javítása, ágazatközi és módszertani koordináció megvalósítása, a két szférát érintő kölcsönös érzékenyítő és továbbképzési lehetőségek kialakítása. Szintén szükségesnek mondható a felépülés-központú kezelési formák intézményi hozzáférésének javítása és a rehabilitáció teljes intézményi rendszerének, terápiás láncolatának kiépítése. A járó- és fekvőbeteg-ellátás mellett szükséges a szociális alapszolgáltatások, valamint a szakosított ellátási formák, a közösségi és nappali ellátási formák fejlesztése is.

A részprogram tervezési szakaszában az RSZTOP-3 projektiroda előzetes kutatási anyagként értékelte az első magyarországi, 1994-ben végezett, a hajléktalan emberek egészségi állapotát vizsgáló kontrollmintás kutatást is,[2] amely 350 fővárosi hajléktalan ember és 1000 budapesti, 18 évnél idősebb, bejelentett állandó lakással rendelkező kont-

1 Dr. Buda Béla: Népegészségügyi alkoholpolitika. Budapest, 2006, Országos Addiktológiai Intézet.
2 Dr. Molnár D. László – dr. László Klára: Budapesti hajléktalanok egészségi állapota. In: *A hajléktalanság sebei.* Periféria Seria 6. 1996, NM.

rollszemély reprezentatív mintáját vette alapul. A kutatás nyomán megállapítást nyert, hogy a vizsgált hajléktanpopulációban 19-szeres előfordulással volt jelen az alkoholelvonás, 6-7-szeres volt az öngyilkossági kísérletek száma, négyszeres pedig a depresszió aránya az „átlag budapesti" populációhoz képest. Kétszer annyi hajléktalan ember panaszkodott álmatlanságra és állandó idegességre, mint a kontrollcsoportban megkérdezett budapestiek. Saját egészségi állapotukat betegségeik ellenére a hajléktalan emberek alig minősítik roszszabbnak, mint a kontrollcsoport tagjai. A hajléktalan emberek egészségi állapotát – ezen belül pszichés és mentális egészségét – érintő kutatások tapasztalata, hogy a hajléktalan létállapot oka és eredője is sokszor lelki eredetű sérülés, betegség, feldolgozatlan trauma. A hajléktalan emberek nagy számban sérült, diszfunkcionális származási családból érkeznek, nagy arányban éltek át gyermekként komolyabb családi konfliktust és/vagy kerültek állami gondozás alá, nevelőintézetbe. A kutatás óta eltelt időszakban nincs okunk jelentős változásokat feltételezni a fentebb felsorolt megállapítások kapcsán, és a hajléktalan emberekkel folytatott szociális munka tapasztalata is megerősítik ezeket az állításokat.

A szintén kutatási előzményként kezelt, jelen helyzetet jellemző adatokkal dolgozó, 2017-es Február Harmadika kutatási csoport gyorsjelentése[3] is ezt a megállapítást támasztotta alá, amelynek a részprogram szempontjából releváns adatait és megállapításait a következőkben vázlatszerűen összegezzük. A jelentés pszichés és mentális állapotot érintő kérdéseire fókuszálva a következő megállapításokat emelhetjük ki.

- A megkérdezett hajléktalan emberek 22%-a állami gondozásban nevelkedett.

- A válaszadók 55%-a az önálló lakhatás esélyét csökkentő, előéletet érintő kérdések esetében a megromlott rokoni, baráti vagy párkapcsolati eseményre vezette vissza mostani helyzetét, 30% egy régi tragédián nem tudta túltenni magát, 15% egy érzelmi, fizikai, lelki vagy szexuális bántalmazásban látta a kialakult helyzete eredőjét.

- A válaszadók 26%-a mondta, hogy tud arról, hogy van valamilyen lelki/pszichiátriai problémája, vagy hallotta másoktól, hogy neki ilyen problémája lehet.

A gyorsjelentés idézett megállapításai is alátámasztották a kiemelt projekt hipotézisét, miszerint a hajléktalanpopuláció nagy arányban lehet érintett mentális, pszichés és addiktológiai jellegű megbetegedésekben, amelyek a hajléktalan létállapot okának és/vagy következményének is tekinthetők, és ezen lelki betegségek, feldolgozatlan traumák, függőségi állapotok kezeletlensége nehezíti vagy ellehetetleníti a társadalmi reintegrációt.

Az előzetes feldolgozás során érzékelhető volt, hogy a témában kevés kutatási anyag született, és azoknak is egy része több mint 20 éves adatokkal számolt, így a kiemelt projekt szükségességét látta egy saját felmérés elvégzésének, amely konkrétan a részprogram tematikájára, tartalmára fókuszálva szólította meg az adatközlőket. A „saját" kutatás elvégzését indokolta az a körülmény is, hogy számolni kellett a helyi szintű megvalósíthatósági körülmények és feltételek, valamint a célcsoporti igények és szükségletek különbözőségeivel.

3 https://februarharmadika.blog.hu/2017/03/31/kezeletlen_krizisek_megoldatlan_hianyok#more14536008

A kiemelt projekt a szakmai programok kialakításának helyi, célcsoporti igényekhez való igazítását több lépésben igyekezett támogatni. 2017 februárjában a hajléktalanellátó szervezetek együttműködésével lebonyolított online, becslésalapú kérdőíves igényfelmérés adatközlői a szociális munkások voltak, a felmérés tárgyát pedig a célcsoport pszichés és mentális állapotának felmérése, a szakellátási igények körvonalazása adta.

A felmérés országosan 7 régióra, 19 megyére terjedt ki, 52 település hajléktalanellátó intézményének közvetlen ügyfélkapcsolattal rendelkező szociális munkásainak lekérdezésével. A felmérésben 203 szociális munkás vett részt, akik intézményi szinten összesen 13 455 ellátottal voltak kapcsolatban. A közvetett adatnyerés oka egyrészt a megvalósíthatóság volt, mivel a szociális munkások az online kérdőív kitöltésébe könnyebben bevonhatók voltak, mint maga a célcsoport lehetett volna, másrészt a pszichiátriai betegségek és az addikciók természete. (A feltételezett pszichiátriai és addiktív betegségek természete nevezetesen, hogy a beteg nem rendelkezik reális képpel saját mentális állapotáról.) A közvetett adatnyerés további oka volt, hogy elinduljon egy párbeszéd a szociális szférával annak a témában érzékelt eszköztelenségéről, vagyis hogy a szociális szféra nem rendelkezik azzal a szaktudással és eszközrendszerrel, amely a mentális betegségben szenvedő emberek „gondozását" lehetővé tenné.

A hajléktalanszállókon napi ügyfélkapcsolattal rendelkező szociális munkás kollégák az alábbi kérdéskörökre adott válaszaikkal alakították a program szakmai alapfelvetéseit: a diagnosztizált és diagnosztizálatlan pszichiátriai betegségek jelenlétének aránya; az életvezetési problémát okozó alkoholfogyasztás klienskör esetében érzékelt aránya; a drogfogyasztás érzékelhető aránya; az agresszív magatartás érzékelhető mértéke (egymással és az intézmény dolgozóival szemben); az ügyfelek körében észlelt stresszkezelési, viselkedési és alkalmazkodási zavarok mértéke és specifikumai; az ügyfelek körében érzékelt csökkent gondolkodási, koncentrálási és döntési képesség mértéke.

A felmérésből kirajzolódó eredményekről az egyes intézmények visszajelzést kaptak, konkretizálva és alátámasztva az addiktológiai és pszichiátriai ellátásra való célcsoporti igényeket és szükségleteket.[4]

A részprogram elméleti fő tartalmának alapjait az RSZTOP-3 projektiroda által felkért pszichiáter szakértő, dr. Tóth András, a Nyírő Gyula Kórház Addiktológiai Osztály, *és* a BMSZKI hajléktalanellátó szervezet által működtetett pszichiátriai szakrendelés pszichiáter szakorvosa dolgozta ki. A részprogram elméleti alapjait a megvalósítás keretfeltételeinek ismeretében állapítottuk meg, és a szakértő a kiemelt projekt munkatársaival egyeztetve szakmai alapon határozta meg a programmegvalósításban „egészségügyi oldalról" behívható szakemberek körét, és jelölte ki az elvégezhető szakmai tevékenységek skáláját.

Ennek alapján a programban szolgáltatást nyújtó egészségügyi szakemberként alkalmazhatók: pszichiáter szakorvosok, addiktológus szakorvosok, pszichológusok, addiktológiai konzultánsok és mentálhigiénés egészségfejlesztő végzettséggel rendelkező szakemberek, akik az együttműködési megállapodás keretében megvalósítási helyszínül szolgáló – és abban szociális oldalról támogatólag részt vevő – hajléktalanellátó szervezetek intézményeiben biztosítják a célcsoport számára a szolgáltatásnyújtás igénybevételének lehetőségét.

Az elméleti tartalom fő vonalainak kidolgozása után számolni kellett a helyi szintű megvalósíthatóság feltételeinek és lehetőségeinek különbözőségével, amely egyrészt a

4 http://hajlekot.hu/index.php/rsztop/kisero-intezkedesek?start=10

tágabb „környezeti” tényezők (terültre jellemző egészségügyi ellátórendszer kiépítettsége, célcsoporti hozzáférhetősége, elérhető programba bevonható egészségügyi szakemberek köre stb.), másrészt a helyi, intézményi adottságok, valamint a célcsoporti igények mentén alakultak. Így a részprogram megvalósításának előkészítése, lehetőségekhez és igényekhez való igazítása további lépések megtételét igényelte a kiemelt projekttől. Ennek egyik lépése a megvalósító helyszínek, azaz az együttműködő hajléktalanellátó szervezetek kiválasztására tervezett meghívásos pályázat előkészítését célzó, valamint a helyi szintű programok kialakításának szakmai támogatására szolgáló munkacsoport kialakítása volt.

A 2017 áprilisától két alkalommal megtartott munkacsoport résztvevői már azon RSZTOP-3 projekt főprogramjában együttműködő partnerként szereplő hajléktalanellátó szervezetek voltak, amelyek országos szinten székhelyszintű ellátást nyújtanak a területükön élő ellátottak számára és/vagy jelentősebb térségi ellátók, amelyek integrált intézményi formában működnek, és érdeklődést mutattak a *Kísérő intézkedések* részprogram megvalósításában való együttműködésre.

A munkacsoportok elsősorban az együttműködési hajlandóság felmérésére, a részprogram megvalósítási kereteinek és feltételeinek ismertetésére, valamint a helyi szintű igények meghatározására, a szakellátások keretében megvalósítandó alternatív szolgáltatásnyújtási paletták/programok áttekintésére szolgáltak. Az elhangzott előadásokat és a résztvevők tapasztalati ismereteinek konklúzióit a már ismertetett kutatások eredményeinek tükrében feldolgozták, továbbá áttekintették a leendő együttműködő partnerek által kidolgozandó, a helyi igényekre és szükségletekre reagáló szolgáltatási tervek alternatíváit a projektfeltételek és elvárások mentén.

A fő keretek bemutatását követően az együttműködésre jelentkező szervezetek képviselői az RSZTOP-3 projektiroda által biztosított adatlap segítségével tervezték meg a részprogramban való együttműködésük alapjául szolgáló helyi szintű szolgáltatásnyújtás szakmai kereteit,[5] azaz megjelölték a tervezett helyszíni szolgáltatások szakmai specifikumait, valamint a kapcsolódó szakvégzettségeket. Rögzítették a rendelési formákat, az elvégzendő főbb szakmai tevékenységeket, valamint a projekt által célértékként megjelölt szolgáltatási mutatókat is (lásd továbbiakban).

Természetesen a helyi szintű szakellátás/szolgáltatásnyújtás tervezésénél nem csak az igény és szükséglet oldal dominált. A megvalósítás helyi szintű lehetőségei esetén sok esetben számolni kellett a térségben elérhető, a részprogram megvalósításába behívható egészségügyi humánkapacitás hiányával, valamint a hajléktalanellátó szervezet intézményi önrészének (szociális humánkapacitás, infrastrukturális, technikai háttér) a megvalósításhoz nem elégséges mértékével is.

A szolgáltatástervezést követően az RSZTOP-3 projektiroda lebonyolította a részprogram együttműködési partnereinek kiválasztását célzó meghívásos pályázatát.[6] Ennek eredményeként a Közép-Magyarország régióban 2017. október 16-tól két együttműködő

5 Szolgáltatástervezést elősegítő munkacsoport témái http://hajlekot.hu/index.php/rsztop/kisero-intezkedesek/276-kisero-intezkedesek-masodik-munkacsoport-2017-07-06

6 Meghívásos pályázat dokumentumai: Pályázati felhívás; Együttműködési ajánlat; Együttműködési megállapodás) http://hajlekot.hu/index.php/rsztop/kisero-intezkedesek/269-meghivasos-palyazati-felhivas-es-kapcsolodo-dokumentumok

partnerrel, a konvergenciarégiókban pedig 2018. január 2-ától 15 együttműködő partnerrel indult el a szolgáltatást nyújtó szakemberek alkalmazása a szolgáltatás biztosítására.

A helyi szintű szolgáltatási programok alapját tehát – a kiemelt projekt által körvonalazott szakmai főtartalom mellett – az együttműködési partnerségben álló hajléktalanellátó szervezet által biztosított tárgyi és személyi (szociális szakemberek együttműködése) feltételek, valamint az általuk kidolgozott szolgáltatási tervek szerint megvalósítandó szakmai tevékenységek alapján a Közalapítvány részmunkaidős feltételek felajánlásával alkalmazásába vette a – többségében az együttműködő partner által megjelölt – egészségügyi szakembereket. A helyi szintű szolgáltatási programok szakmai egyediségét pedig a szolgáltatást nyújtó szakember végzettségspecifikuma(i), a megvalósítás helyszínéül kiválasztott intézmény szakmai működtetése, valamint a célcsoport szükségletei körvonalazták.

A RÉSZPROGRAM CÉLÉRTÉKEI ÉS A KAPCSOLÓDÓ ELÉRÉSI FOLYAMATOK SZÁMADATAI

A következőkben számszakilag és terminológiailag összegezzük néhány táblázatban a megvalósított részprogram főbb jellemzőit.

A részprogram szolgáltatási mutatói a kiemelt projekt 2015-ben íródott *Megvalósíthatósági tanulmány*ában megjelölt célértékeivel, a *Kísérő intézkedések* szolgáltatásai által érintettek tervezett számával.

	Közép-Magyarország régió	Konvergencia régiók
Pszichiátriai kezelésbevétel (db)	1600	7900
Egyéni vagy csoportos terápiás kezelésbe bevont személyek száma (fő)	40	190

A *Megvalósíthatósági tanulmány*ban kijelölt szolgáltatási mutatók rövid terminológiai meghatározása, a részprogram fő alaptevékenységei:

1. **Pszichiátriai kezelésbevétel:** pszichiátriai kezelésbevételnek számít minden, a projekt keretein belül megvalósuló célcsoport tagjainak nyújtott szolgáltatási tevékenység, amely a mentális állapot javítását célozza. Az így összesített „tevékenységeknek” egy „részét” alkotja az egyéni vagy csoportos terápiába vonás mint szolgáltatási tevékenység.

2. **Egyéni terápiába vonás:** ülésszámtól függetlenül minden pszicho- vagy szocioterápiás jellegű beavatkozás. Idetartozik (nem kizárólag) a krízisintervenció, pszichoedukáció, tanácsadás, illetve bármilyen alap- vagy szakpszichoterápiás ülés. Egy egyéni terápiás folyamat kimenetele, annak a szerződés szerinti végigvitele nagyobbrészt a páciensen múlik, ezért minden megkötött terápiás szerződést célszerű idesorolni, függetlenül attól, hogy milyen részben és mértékben teljesül.

3. **Csoportos terápia:** a pszichoterápia egy olyan formája, amely során egy vagy akár több terapeuta a páciensek egy kisebb csoportját egy csoportként kezeli. Általában a pszichoterápia csoportosan megtartott formái, mint a kognitív viselkedési terápia vagy az interperszonális terápia, de pszichodinamikus terápiát is jelenthet, ahol a csoport környezetét és a csoport folyamatait használják a csoporton belüli interperszonális kapcsolatmechanizmusok változásainak feltárására, felderítésére és vizsgálatára.

AZ ALKALMAZOTT SZAKEMBEREK VÉGZETTSÉGSPECIFIKUMA ALAPJÁN ÖSSZEGZETT SZOLGÁLTATÁSNYÚJTÁSI ATTRIBÚTUMOK

A kiemelt projekt pályázati dokumentációjában meghatározott, a részprogram szakmai célját körvonalazó célértékek és alaptevékenységek mentén a pszichiáter szakértő által, a hajléktalanellátó szervezetek segítségével rögzített célcsoporti igények és szakmai elvárások alapján kerültek meghatározásra az alkalmazandó, szolgáltatásnyújtást végző szakemberek végzettségei és képzettségükből adódóan az általuk végezhető főbb szakmai tevékenységek, ellátási formák és tevékenységspecifikumok. Az alábbiakban vázlatszerűen foglaljuk össze a szakmai végzettséghez rendelten meghatározott, végezhető szaktevékenységek körét.

- **Pszichiáter és/vagy addiktológus szakorvos:** Pszichiátriai és/vagy addiktológiai szakvizsgálat elvégzése; diagnózis felállítása; szakvélemény kiadása; pszichiátriai gyógyszerek felírása; javaslat adása háziorvos felé; szakorvosi kezelések, egyéb gyógyító eljárások végzése; a betegek más szakorvosi kezelésekre utalása; páciensek és érintettek tájékoztatása a kezelésről; kapcsolattartás a beteg mentális állapotának változásában érintettekkel (szociális munkásokkal); orvosszakértői tevékenység végzése, egyéni és csoportos terápiás rendelési alkalmak biztosítása.

- **Pszichológiai szakellátás:** Kliens állapotának felmérése, a felmerülő problémák, betegségek beazonosítása; diagnózis alapján a szükséges kezelési módszerek megjelölése, kezelési terv elkészítése; terápiás ülések megtartása; kapcsolattartás a kliens mentális állapotának változásában érintettekkel; amennyiben szükséges, a kliens irányítása.

- **Addiktológiai konzultáns által nyújtott szolgáltatás:** Kliens támogatása a szenvedélyállapottal és -betegséggel kapcsolatos döntések meghozatalában; tanácsadás; orvosi, szakpszichológusi beavatkozást nem igénylő diagnosztikai, beavatkozási, veszteségkezelési teendők ellátása; megfelelő információ nyújtása a kliensek problémájával kapcsolatban; a szenvedélybeteg állapotának és a kezelés folyamatának követése, illetve szükség esetén a kliens orvosi, szakpszichológusi kezelésre irányítása. A szakember a rehabilitációs munka során alkalmazza a közösségi ellátás, közösségi rehabilitáció eszközeit, ártalomcsökkentő programokat.

- **Mentálhigiénés szakember által biztosított szolgáltatás**: Páciens állapotának felmérése; tesztvizsgálatok felvétele; tájékoztatás a szóba jövő kezelési formákról, más szakemberekhez irányítás; terápiás ülések, tanácsadás, családi konzultációk, krízisintervenció.

A meghívásos pályázat során benyújtott szakmai programok, a részprogram megvalósításában részt vevő szakemberek végzettsége és regionális eloszlásuk alapján a következőkben jelöltek szerint alakultak a szolgáltatások:

	Közép-Magyarország régió	Konvergencia régiók
Szakemberek száma (fő)	1600	7900
Végzettség szerinti megoszlás – *a végzettség szerinti megoszlást átfedések jellemezhetik, így egy szakember több szaktudást is alkalmaz a szolgáltatásnyújtás során*		
pszichiáter és/vagy addiktológus	2	8
pszichológus	1	4
klinikai szakpszichológus	–	3
addiktológus konzultáns	1	6
mentálhigiénés szakember	–	1
fülakupunktúrás addiktiológiai szakember	–	1
Együttműködő partnerek száma (db)	2	15
Megvalósító helyszínek száma (db)	4	16

1. tábla: A megvalósítás jellemzői, az alkalmazott szakemberek száma és végzettség szerinti megoszlása

A RÉSZPROGRAM SZEREPLŐI ÉS FELADATAIK

A *Kísérő intézkedések részprogram országos lefedettséget célzó működtetésének, valamint a kiemelt projekt felhívásában meghatározott megvalósítói kitételeinek teljesítése érdekében az RSZTOP-3 projektiroda a* főprogram alapszükségleteket kielégítő tevékenysége mentén már együttműködő partnerként részt vevő hajléktalanellátó szervezetekkel folytatta le *„Együttműködő partnerek kiválasztása a* »*Közterületen élők számára természetbeni juttatás biztosítása RSZTOP*« című program már meglévő együttműködő partneri köréből, a *Kísérő intézkedések körébe tartozó szolgáltatások biztosításához a konvergenciarégiók területén, illetve a Közép-Magyarország régió területén*” című meghívásos pályázatát, amelynek keretében együttműködési ajánlattételre kérte fel a hajléktalanellátó szervezeteket.

A megszólított hajléktalanellátó szervezetek jellemzőik alapján lehetőség szerint:

- székhelyszintű ellátást végeztek az adott régióban
- működtettek egészségügyi centrumot
- integrált intézményi ellátás keretében többlépcsős szolgáltatást nyújtottak
- kiépített technikai feltételekkel rendelkeztek.

A részprogram tervezését bemutató fejezetben már említettük, hogy a helyi szintű szakmai programok kialakítását természetesen nem csak a megjelölt igények és szükségletek formálták, hanem a megvalósítás lehetőségei és annak korlátai is. A kialakítást keretekbe

foglaló – akár korlátozó – financiális feltételek, valamint a regionálisan is különböző, az egészségügyi és a szociális szektorra egyaránt jellemző humánkapacitás-hiány újabb – a tervezési szakaszban kockázatként is megjelölt – akadályokat jelentett a helyi szintű programok felállításában és működtetésében.

A programok kialakítását természetesen a financiális keretek is befolyásolták, és az a financiális körülmény, hogy a megvalósításra fordítható keretösszeg kizárólag a szakellátást biztosító, szolgáltatást nyújtó szakemberek bérezésére volt fordítható, és az a megkötés, hogy csak az ügyfelekkel elvégzett szaktevékenységek voltak honorálhatók. Ezen megvalósítási feltétel alapján tehát nem kerülhettek finanszírozásra a különböző egyeztetési alkalmak a hajléktalanellátó, szolgáltatást „befogadó" intézményi szociális munkások és a szakellátást biztosító egészségügyi dolgozók között, akik munkaügyileg sem az intézménybe tagozódtak, hanem a Közalapítvány alkalmazásába kerültek.

Ez a „hármas megvalósítói szereposztás" adta a részprogram strukturális és működtetési vázát, amelynek értelmében a Közalapítvány végezte: a megvalósítás keretszintű paramétereinek meghatározását; a pályáztatási folyamat lefolytatását; együttműködésre vonatkozó szerződések megkötését; a szolgáltatást végző egészségügyi szakemberek alkalmazását és a munkáltatói feladatok ellátását; valamint a helyi szintű programok megvalósulásának nyomon követését, monitorozását, féléves rendszerességgel megvalósított tapasztalati konferenciák keretében a végrehajtás szakmai támogatását stb.

A megvalósítás másik szereplője az együttműködő partneri kör volt, azaz a hajléktalanellátó szervezetek, akik: részt vettek a szakmai programok kialakításában; az egészségügyi szakemberek kiválasztásában; biztosították a szolgáltatásnyújtás helyszínét, technikai és személyi feltételeit; valamint intézményi adottságukból kifolyólag a célcsoporti elérés lehetőségét az egészségügyi ellátás kapcsán.

A megvalósítás harmadik szereplője az egészségügyi szakellátást biztosító, szolgáltatást nyújtó szakemberek köre, amelyek: az ügyfelek szakellátását biztosították az egyes helyszíneken, és elvégzett szakmai tevékenységüket az RSZTOP-3 projektiroda által kidolgozott eljárásrend alapján rögzítették és küldték meg.

Ezen háromoldalú strukturális és működtetési felépítés nem volt a legoptimálisabb formája a megvalósításnak, mivel egy központi irányításba rendezett („vízfej effektus") munkáltatói és szakmai vezetéssel kellett koordinálni egy kihelyezett, országos lefedettséget célzó, helyi szinten közvetett partnerségben álló résztvevők által végzett programmegvalósítást. További nehezítő tényező volt az a megvalósítási körülmény, hogy a finanszírozási keret kizárólag a Közalapítvány által alkalmazott, a helyi szintű programok megvalósításában szolgáltatást nyújtó szakemberek bérezésére volt fordítható, és így a megvalósítás jelentős önrésszel terhelte az együttműködő partnereket, mind a technikai feltételek megléte, mind pedig a szociális segítői jelenlét tekintetében, mely önrészbefektetés a Közalapítvány által nem volt kompenzálható.

A HELYSZÍNI MEGVALÓSÍTÁS, A HELYI SZINTŰ PROGRAMOK KIALAKÍTÁSA

A kiemelt projekt célja – hogy a részprogram országos lefedettséggel valósuljon meg – nem teljesült maradéktalanul. A szociális intézményi rendszer kiépítettsége, az együttműködői feltételek, a hajlandóság az egyes intézmények tekintetében, valamint az elérhető egészségügyi és szociális szférára jellemző humánkapacitás, illetve annak hiánya akadályozta a program elindítását Nógrád, Csongrád és Tolna megyében.

Tolna megyében 2018. januártól az étkezési csomagok kiosztásában együttműködő partneri intézményt megszüntették, és más ellátók nem reagáltak a projekt pályázati felhívására, így ezen a területen a *Kísérő intézkedések* részprogram nem indult el.

Nógrád és Csongrád megye programmegvalósító hajléktalanellátó szervezetei esetében a részprogramban való együttműködést elsősorban a területre jellemző szakemberhiány, valamint az intézmények munkaerő-kapacitásának hiánya akadályozta.

A helyi szintű programmegvalósításba együttműködő partneri viszonnyal bekapcsolódó hajléktalanellátó szervezetek

KÖZÉP-MAGYARORSZÁG RÉGIÓ
Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei (Budapest)
Hajléktalanokért Közalapítvány (Budapest)

KONVERGENCIARÉGIÓK
Békés Városi Szociális Szolgáltató Központ (Békés)
Fogyatékkal Élőket és Hajléktalanokat Ellátó Nonprofit Kft. (Szombathely)
Hajléktalanokat Segítő Szolgálat (Győr)
Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület (Hatvan)
Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület (Veszprém)
Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület (Kecskemét)
Magyar Vöröskereszt Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Szervezete (Miskolc)
Magyar Vöröskereszt Somogy Megyei Szervezete (Kaposvár)
Magyar Vöröskereszt Zala Megyei Szervezete (Zalaegerszeg és Nagykanizsa)
Oltalom Szeretetszolgálat (Nyíregyháza)
Önkormányzati Szociális Szolgálat (Oroszlány)
Rehabilitációs Foglalkoztatási és Szociális Szolgáltató Nonprofit Közhasznú Kft. (Debrecen)
Szolnoki Kistérség Többcélú Társulása Humán Szolgáltató Központ (Szolnok)
SZMJVÖ Kríziskezelő Központ (Székesfehérvár)
TÁMASZ Alapítvány (Pécs)

2. tábla: Együttműködő partnerségben részt vevő hajléktalanellátó szervezetek

AZ ADATSZOLGÁLTATÁS ELJÁRÁSA ÉS CÉLJA

A *Kísérő intézkedések* részprogram szakmai alapját adó, a hajléktalanellátásban körvonalazott, a hajléktalan emberek reintegrációját hátráltató eszközhiányok, valamint a részprogram által arra adott, helyi szintű szakmai programban meghatározott „válaszok" eredményeinek mérése érdekében a Közalapítvány kidolgozta a megvalósítás adatszolgáltatásának eljárását.

Az elvégzett szaktevékenységekhez kapcsolódó adatok rögzítésének eszközhátterét az RSZTOP-3 projektiroda Excel-alapú táblarendszer segítségével alakította ki a részprogram megvalósításának financiális feltételei miatt. A táblák tartalmi kialakításánál figyelembe vettük a részprogram megvalósítása során megtartott rendelések szakmai tematikáját, az ügyfélkör anonimitásának megtartását, valamint a felhasználóbarát alkalmazás feltételeit. Az adatok helyi szintű kezelésének és beszolgáltatásának felelősei a rendeléseket végző, alkalmazott egészségügyi szakemberek voltak.

A részprogram tervezésekor két fő célértéket, a korábbiakban már tárgyalt szolgáltatási mutatót jelöltünk ki az adatszolgáltatás viszonylatában: 1.) pszichiátriai kezelésbevétel (db), 2.) egyéni vagy csoportos terápiás kezelésben részt vevők száma (fő).

A projektiroda az adatgyűjtés tervezésekor és az adatszolgáltatás működtetése, valamint a megvalósítás nyomon követése során is törekedett arra, hogy az adatvédelmi rendelkezések betartása mellett statisztikai kimutatások segítségével képet kapjon a kezelésbevételek során körvonalazódó diagnózisokról, az egyes betegségek azonosítását követően elvégzett szakmai tevékenységekről, kezelési formákról és azok hatékonyságáról, illetve akár egyéni azonosítókhoz kapcsoltan az egyedi betegutakról.

Mindez az Excel-alapú adatszolgáltatási eszközökkel nehézkesnek és bizonytalannak mutatkozott, továbbá nem volt vállalt célja a részprogram megvalósításának. Ugyanakkor a program megvalósítása közben kiderült, hogy az alkalmazott adatgyűjtés eredményeként „értékes" adatbázis alakult ki a hajléktalanpopuláció pszichiátriai és addiktológiai terheltségének témakörében. A szakorvosi diagnosztizálás által és az alkalmazott kezelési formák nyomon követésével egyéb szakorvosi következtetések (kezelési módok és hatékonyságuk) is levonhatóvá váltak az adatok feldolgozásával.

Az adatgyűjtés eredményeinek feldolgozására, statisztikai szintű kimutatására a kiemelt projekt 2018. július 20-án árajánlatkérő felhívást tett közzé, amelyre nyertes ajánlattétel a Variancia Gazdasági Szolgáltató Bt.-től érkezett dr. Sugár András szociológus, közgazdász, egyetemi docens képviseletében. Az adatszolgáltatásból kinyert adatok statisztikai feldolgozása ezzel professzionálisabb szintre került, és különböző statisztikai összefüggések kimutatása, azok értelmezése is megvalósult.

A szakértő munkája nyomán lehetővé vált a megjelenések számának és alakulásának kronológiai és intézményi nyomon követése, láthatjuk a megjelenések dinamikájának alakulását, a fluktuációt, az egyes rendelési formák és az elvégzett szaktevékenységek, szolgáltatási típusok igénybevételének viszonylatában is. A megjelenések demográfiai jellemzői az életkori sajátosságok függvényében is rögzítésre kerültek, valamint az egyes diagnózisoknál látható, hogy hány fő érintett az adott betegség tekintetében, az egyes diagnózisok együttjárása, illetve az egyes diagnózisok alapján történő irányítások és a beavatkozások statisztikai elemzése (lásd lentebb részletesen) is megtörtént.

A MEGVALÓSÍTÁS KÖRNYEZETI STÁTUSZA

A *Kísérő intézkedések* részprogram keretében országszerte 17 helyszínen zajlott a helyi szintű megvalósítás. Ezen helyszínek rövid, szociológiai jellemzését kívánjuk a következőkben megtenni, hogy bemutassuk az egyes helyszínekre vitt szakellátások tágabb társadalmi, gazdasági, szociológiai környezetét. A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) indikátorai segítségével jellemezzük az egyes helyszínek gazdasági-társadalmi különbségeit, ha úgy tetszik, bemutatjuk a társadalmi peremfeltételeiket, azok hasonlóságait és különbözőségeit az egyes programmegvalósító helyszínek térségi viszonylatában.

A *Kísérő intézkedések* részprogram tervezésekor hipotézisként kezeltük, hogy a hajléktalanellátásban megjelennek a különböző pszichiátriai és addiktológiai betegségekkel küzdő emberek is, akiknek mentális betegsége nem diagnosztizált és/vagy sok esetben kezeletlen. Ezen populáció jelenlétéhez kapcsolódóan újabb hipotézissel éltünk, miszerint az említett mentális betegségekkel küzdő emberek társadalmi reintegrációja nem, vagy csak részben és nehézkesen sikerülhet a betegségük kezelése, a mentális állapotuk rendezése nélkül. Feltételeztünk egyfajta sorrendiséget is: első helyen a mentális egészségi állapot rendezése kell hogy álljon, és ennek megléte esetén, erre alapozva léphet előbbre az egyén akár egzisztenciális, akár munkaerőpiaci helyzetét tekintve. A pszichiátriai és addiktológiai problémákon túl természetesen a hajléktalan emberek más irányú és jellegű deficitekkel is küzdenek, amelyek rendezése szintén elengedhetetlen feltétele a reintegrációnak, és visszahatnak a mentális állapotra is.

Tartósan nem lehet mentális jóllét állapotban az az egyén, akinek nincs rendezett lakhatása, munkája, és folyamatosan megélhetési gondokkal küzd. A pszichés jóllét állapotra ható és visszaható további hiányállapotokat – szociális, egészségügyi, egzisztenciális, lakhatási, iskolázottsági, képzettségi, munkaerőpiaci –, amelyekkel a hajléktalan emberek többsége küzd, deficitként jelölhetjük meg. Ezen hiátusok nem értelmezhetők pusztán az egyén szintjén, bármely értelmezés és vizsgálat a megjelöltekhez kapcsolódóan csak társadalmi dimenzióban, a közösségi létezés valamely formájában értelmezhető és kezelhető.

A társadalmi közeg bemutatásához jellemeztük az adott járások társadalmi-gazdasági helyzetét – ehhez a KSH járásszintű, 2018-as adatait használtuk. Az adatok forrása a KSH 2018-ra vonatkozó Területi Statisztikai Évkönyve, illetve bizonyos esetekben a 2016-os Mikrocenzus.[7] Az alábbiakban a megjelölt két forrás adatainak felhasználásával dolgoztunk.

A részprogram 17 helyszíne közül kettő Budapesten található. A fővárosban a kerületekre bontást és az a szerinti jellemzést nem találtuk relevánsnak, és a két fővárosi megvalósítási helyszín tekintetében összevont budapesti mutatókkal dolgoztunk. Ezt indokolta a vidékihez képest kiépítettebb tömegközlekedési struktúra is, ami a fővárost jellemzi, és könnyebb elérést biztosít a szolgáltatáshoz való hozzáférés tekintetében. A többi helyszín közül kettő (Nagykanizsa, Zalaegerszeg) egy megyén belül van, de a járási szint megkülönbözteti a környezetüket, a többi helyszín nagyobb része megyeszékhely, kivéve az oroszlányi, hatvani és a békési helyszíneket. Pár megye esetében nincs helyszín, ezek Pest, Csongrád, Nógrád, Tolna megyék.

7 https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2018.pdf
https://www.ksh.hu/mikrocenzus2016/

Ezt követően meghatároztuk azokat az indikátorokat, amelyeket a célcsoporthoz kapcsolódóan relevánsnak ítéltünk, és leginkább alkalmasnak tartottunk egy-egy terület társadalmi-gazdasági adottságainak jellemzéséhez.

Terület jellemzésére kijelölt indikátorok:

- befizetett személyi jövedelemadó egy főre jutó nagysága
- regisztrált munkanélküliek aránya
- foglalkoztatást helyettesítő támogatásban részesítettek ezer főre jutó száma
- közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők ezer főre jutó száma
- idősek nappali intézményeinek férőhelyszáma ezer fő 65 évesnél idősebb lakosra vetítve
- működő vállalkozások ezer főre jutó száma
- egy háziorvosra jutó lakosok száma

Az alábbi táblázatban láthatók az egyes helyszínek járásainak, illetve Budapestnek azok az indikátorai, amelyek megítélésünk szerint (az adott KSH kínálatból) leginkább jellemezhetik a gazdasági-társadalmi helyzetet, illetve a részprogram megvalósulásának társadalmikörnyezet-vizsgálata és a célcsoporti reintegráció szempontjából releváns környezeti tényezőkként rögzíthetők.

Járás	Szja-alap ezer Ft/fő	Regisztrált munka-nélküliek aránya %	Foglalkoztatást helyettesítő támoga-tásban részesítettek átlagos száma/ ezer fő	Közgyógy-ellátási igazolvánnyal rendelkezők/ ezer fő	Idősek nappali intézménye férőhelyei/ezer 65 éves és idősebb lakosra	Működő vállalko-zások száma/ ezer fő	Egy házi-orvosra jutó lakos
Békési	2 111	7,2	18,2	35,9	52,6	49	1 556
Nagykanizsai	2 420	4,6	8,4	26	14	66	1 609
Kaposvári	2 461	4,6	12,9	28,4	28,5	67	1 460
Nyíregyházai	2 569	3,9	9,3	41,9	30,3	84	1 638
Zalaegerszegi	2 693	3,3	5,1	21	18,2	75	1 755
Miskolci	2 733	5	10,4	40,1	15,2	63	1 364
Szolnoki	2 804	4,7	11,5	16,1	16,1	62	1 594
Pécsi	2 804	3,4	14,1	28,4	20,1	86	1 252
Kecskeméti	2 845	3,2	6,2	21,4	19,1	82	1 560
Debreceni	2 892	5	11,8	29	13,4	86	1 441
Hatvani	2 907	4,3	7,6	28,9	6,8	49	1 969
Szombathelyi	2 910	2,2	4,5	17,5	14,8	81	1 612
Veszprémi	3 001	1,8	2,1	14,2	19,5	93	1 511
Oroszlányi	3 019	2,5	2,9	33,8	8,9	51	1 622
Székesfehérvári	3 147	2,1	1,7	20,9	6,7	78	1 700
Győri	3 288	1,1	0,6	16,1	12,2	86	1 805
Budapest	3 597	2,7	1,9	16,1	17,3	113	1 459

3. tábla: Terület jellemzésére kijelölt indikátorokat összesítő tábla

Az első oszlopban lévő, egy főre jutó személyijövedelemadó-alapot képező jövedelem alapján raktuk növekvő sorrendbe a járásokat, azaz a Békési járást jellemzi a legalacsonyabb összeg, itt egy adóbevallásra kötelezett munkavállaló átlagosan évi 2111 E Ft-os bruttó jövedelemmel rendelkezett (ez havi 176 E Ft/fő), ugyanez az összeg Budapesten 3597 E Ft/fő (havi 300 E Ft), ami a békési összegnél 70%-kal magasabb. 2018-ban 5,1 millióan fizettek személyi jövedelemadót Magyarországon, 13%-kal többen, mint 2010-ben. Ezer lakosra 509 adófizető jutott, ez az arány a Dunántúl északi, valamint az Észak-Alföld középső részén volt a legmagasabb. A járások háromnegyedében a mutató viszont nem érte el az országos átlagot, a legalacsonyabb értékek – összefüggésben a munkaerőpiaci helyzettel – az ország északkeleti és déli, (nagyrészt) határ menti járásait jellemezték.

A többi gazdasági-társadalmi jelenséget mérő indikátor egy része ezzel szorosan, egy részük közepes erősséggel, egy mutató pedig gyengén kapcsolódik az elsőként megjelölt mutató értékéhez. A következő táblázat mutatja, hogy az egyes indikátorok között milyen erős a kapcsolat.

Sor-szám	Indikátor	1	2	3	4	5	6	
1	Szja-alap ezer Ft/fő	1						
2	Regisztrált munkanélküliek aránya %	-0,767	1					
3	Foglalkoztatást helyettesítő támogatásban részesítettek átlagos száma/ezer fő	-0,780	0,891	1				
4	Közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők száma/ezer fő	-0,567	0,595	0,568	1			
5	Idősek nappali intézménye férőhelyeinek száma/ezer 65 éves és idősebb lakosra	-0,664	0,603	0,649	0,368	1		
6	Működő vállalkozások száma/ezer fő	0,610	-0,552	-0,442	-0,501	-0,143	1	
7	Egy háziorvosra jutó lakosok száma	0,114	-0,226	-0,431	-0,185	-0,287	-0,311	1

4. tábla: Az egyes indikátorok közötti korrelációs együtthatók értéke

Zölddel jelöltük az erős kapcsolatokat, sárgával a viszonylag gyengéket, fehérrel a közepes erősségűeket. Ezek szerint szorosan együtt mozog a személyijövedelemadó-alapot képező bruttó jövedelem és a járásra jellemző regisztrált munkanélküliek aránya. Minél magasabb a munkanélküliek aránya, annál alacsonyabb a bruttó jövedelem nagysága és a foglalkoztatást segítő támogatásban részesítettek átlagos arányszáma. Ez utóbbi együttjárás is könnyen értelmezhető, hiszen minél több a munkanélküli, annál több munkanélküli-segély kerül kifizetésre, illetve a munkáltató könnyen talál alkalmazható munkavállalót esetlegesen alacsonyabb bérezési összeggel is. Ez a három mutató hasonló módon jellemzi az egyes járások munkaerőpiaci helyzetét, valamint ehhez kapcsolódóan az egy főre jutó bruttó bérezést.

A működő vállalkozások ezer főre jutó számának indikátora erőteljesen jellemzi az adott térség gazdasági helyzetét, munkaerőpiaci, foglalkoztatási lehetőségeit. A fentebb megjelölt és tárgyalt indikátorokhoz hasonlóan ezen mutató esetén is nagy különbségeket találunk az egyes járások között. 2017-ben a működő vállalkozások több mint felének a

fővárosban (28%), illetve megyei jogú városban (23%) volt a székhelye. A legalább 250 főt foglalkoztató vállalkozások esetében a tendencia még erőteljesebb, hiszen 63%-uk ezeken a településeken koncentrálódott.

Az országrészek közötti különbségek is meghatározóak: a működő vállalkozások ezer lakosra jutó száma a nyugati és a középső térségekben jellemzően magasabb, keleten pedig – különösen az ország északi és keleti peremvidékein, de a közép-tiszai térségben is – alacsonyabb volt.

A vállalkozások több mint felét kitevő egyéni vállalkozók nagyvárosi előfordulása szintén elég jelentős, 43%-uk található Budapesten és megyei jogú városokban. Az egyéni vállalkozók ezer lakosra vetített száma a nagyvárosokon kívül főként a Balaton környékén és Zala megyében, az ország északnyugati járásaiban, a fővárosi agglomeráció egy részében, valamint a Duna–Tisza közén, a Homokhátságon magas. A magyar gazdaságban a nagyvállalatok mellett a kis- és közepes vállalkozások is meghatározó szerepet játszanak: 2017-ben a foglalkoztatottak közel kétharmadát alkalmazták, és a hozzáadott érték 43%-át állították elő a kis- és közepes vállalkozások.

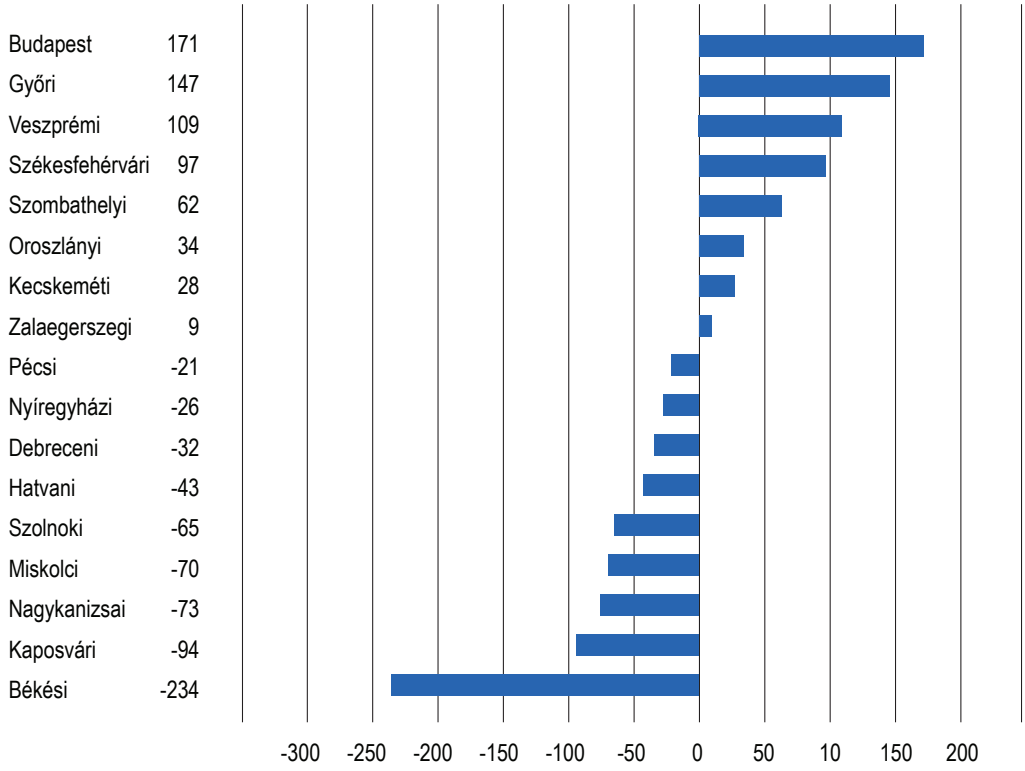
Az egyes járások munkaerőpiaci helyzetének megjelenítésére egy úgynevezett összevont, mértékegység nélküli mutatót hoztunk létre az alábbi négy változó figyelembevételével:

- befizetett személyi jövedelemadó egy főre jutó nagysága
- regisztrált munkanélküliek aránya
- foglalkoztatást helyettesítő támogatásban részesítettek ezer főre jutó száma
- a működő vállalkozások ezer főre jutó száma

Az összevont mutató konkrét értéke azt fejezi ki, hogy az adott járás a magyar átlaghoz képest a szórás hányszorosával tér el lefelé vagy felfelé.

Budapest értéke – mint várható volt – a legjobb, továbbá Győr, Veszprém, Székesfehérvár helyzete is jó ebben a tekintetben. Zalaegerszeg az átlagnak megfelelő értéket mutat, míg a békési adatok – jelentősen lemaradva a többitől – a legalacsonyabbak.

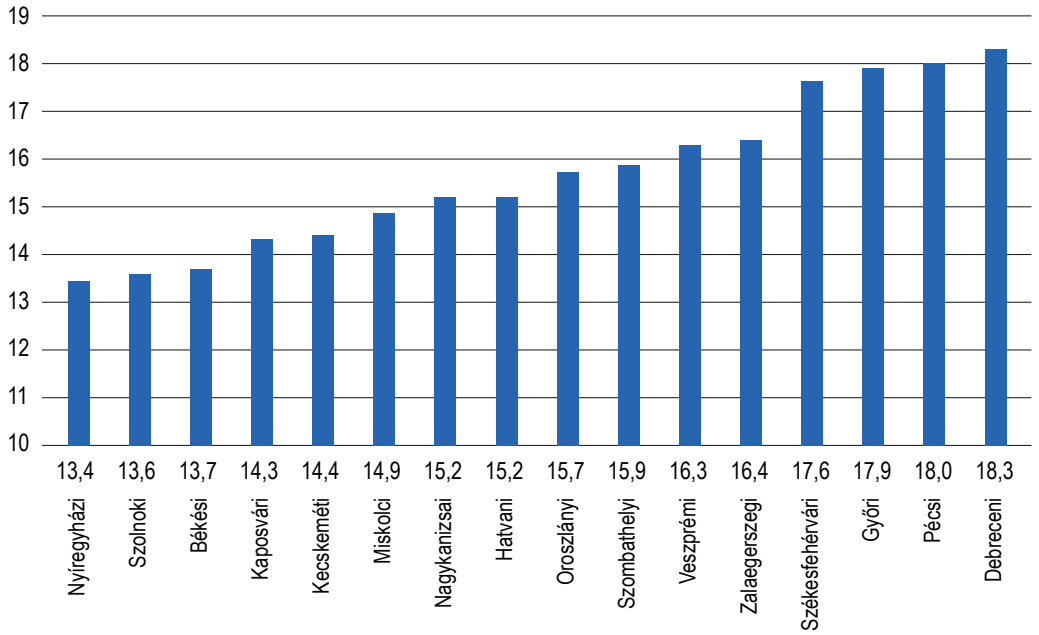
Érdemes még megjegyezni, hogy az egy megyében levő zalaegerszegi és nagykanizsai helyszín ebben a dimenzióban jelentősen eltér egymástól: Zalaegerszeg helyzete országos viszonylatban átlagosnak mondható, míg Nagykanizsa a legalacsonyabb értékek között van.



1. ábra: Az egyes járások munkaerőpiaci/jövedelmi helyzete alapján az összevont mutató az átlaghoz képest hányszoros (%)

Az iskolai végzettség szintje is erősen befolyásolja a munkaerőpiaci helyzetet, és tágabb értelemben az élet minőségét. A részprogram vonatkozásában is relevánsnak tekinthető a végzettséget érintő változó vizsgálata. Ahhoz, hogy az adott járást az iskolai végzettség szempontjából jellemezzük, a Mikrocenzusból válogattuk le az egyes járásokra a diplomások arányát a 15 éves és idősebb népesség körében, és ezzel a mutatóval jellemezzük ezt a dimenziót.

A Mikrocenzus egy úgynevezett kis népszámlálás, amely két teljes körű összeírás között követi nyomon a társadalmi folyamatokat mintavételes felméréssel. A 2016-os Mikrocenzus, amelynek adataival dolgoztunk, a háztartások 10%-ára terjedt ki – az ország 2148 településén mintegy 440 ezer háztartást érintően történt az adatfelvétel. A változó vizsgálatával megállapítást nyert, hogy a felsőfokú végzettségűek aránya Budapesten kiemelkedően magas, a 15 éves és idősebb népesség 37,3%-ának van diplomája (az országos átlag 20,5%). Egyébként az egyes járásokban a sorrend nagyjából megfelel a munkaerőpiaci/jövedelmi dimenzió alapján kialakult sorrendnek – ahogy az alábbi ábra mutatja –, de némi különbség tapasztalható: az egyetemvárosok előrébb kerültek (Pécs, Debrecen), míg Szolnok, Nyíregyháza hátrébb.



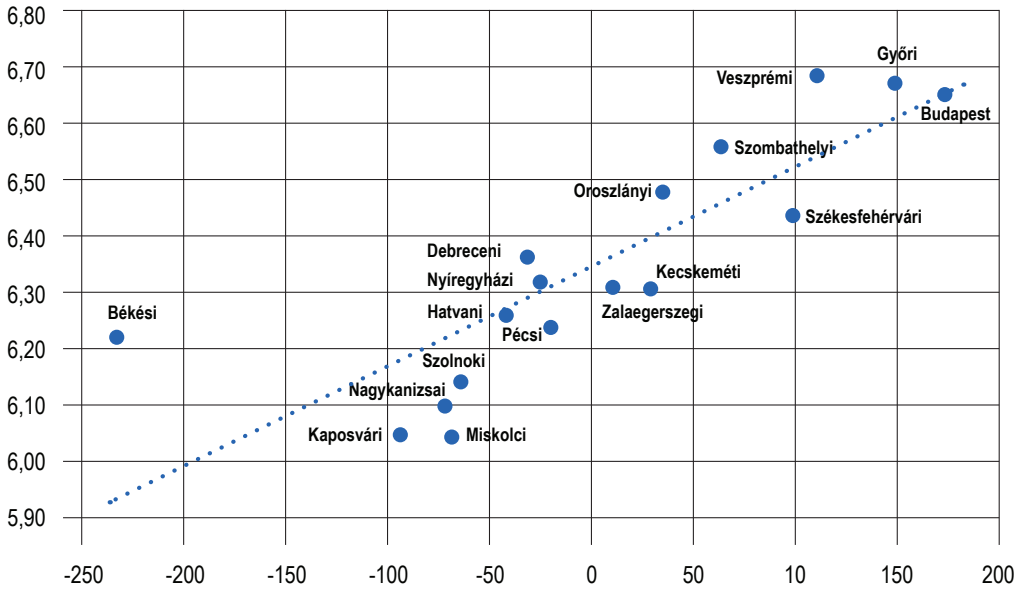
2. ábra: A diplomások aránya (%) a népesség körében a járásokban (2018, Budapest nélkül)

Témánk szempontjából fontos lenne az olyan szegénységi mutató elemzése is, ami közvetlenül méri a szegénység abszolút és/vagy relatív mértékét. Ezeket a mutatószámokat Magyarországon (az EU szabályoknak megfelelően) az EU-SILC (European Union Survey on Income and Living Conditions – az Európai Unió jövedelmekre és életkörülményekre vonatkozó háztartás-statisztikai felmérése) keretein belül számszerűsítik, ami 6-7 ezer háztartásra kiterjedő minta. Így a mintaelemszám miatt már megyékre lebontva sem közölnek mutatószámokat, mert a kis mintaelemszám értelmezhetetlenné tenné az eredményeket.[8]

A Mikrocenzusból a szubjektív jóllétre vonatkozó egyik alapvető mutatószámot választottuk az élettel való elégedettség átlagértékének. (A szubjektív jóllét felmérésénél 1-től 10-ig terjedő skálán kell értékelni a megkérdezetteknek különböző dimenziókat, mint pl. az élettel való elégedettséget, a társas kapcsolatok minőségét, a munkába járás körülményeit, a jövőbe vetett bizalom szintjét.)

Az élettel való elégedettség országos átlagértéke ezen az 1-től 10-es skálán mérve 6,41 volt. Az utolsó ábra mutatja, hogy a munkaerőpiaci/jövedelmi helyzetet jellemző összevont mutató és az élettel való elégedettség átlagos értéke alapvetően együtt mozognak. Azaz a jobb munkaerőpiaci helyzet az élettel való szubjektív elégedettségérzetet is növeli, de a fő tendenciától vannak eltérések. Látható, hogy a Veszprémi, Győri járásban a legmagasabb az elégedettség átlagos mértéke, Budapesten egy kissé alacsonyabb. Még két szembeötlő eltérésre érdemes felhívni a figyelmet, Békésben az elégedettség szintje jóval magasabb, mint a munkaerőpiaci/jövedelmi helyzet alapján várható lenne, és a kaposvári, miskolci elégedettség szintje alacsonyabb, olyannyira, hogy ez a két terület kerül az elégedettségi szint alapján kialakított rangsor aljára.

8 https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions



3. ábra: A munkaerőpiaci/jövedelmi helyzet összevont mutatója és az élettel való elégedettség szerinti elhelyezkedés

A *Kísérő intézkedések* megvalósításának környezeti sajátosságait a fentebb elemzett adatokkal kívántuk jellemezni, és röviden bemutatni a társadalmi-gazdasági közeget, amelyben a célcsoport élethelyzetét és reintegrációs kilátásait a részprogramban biztosított szakellátással javítani kívántuk.

Összességében elmondható, hogy az egzisztenciálisan, szociálisan perifériára került hajléktalanpopuláció az említett dimenziókban (munkaerőpiaci pozíció, jövedelem stb.) való társadalmi felzárkózása adott térségekben eltérő környezeti tényezők befolyása alatt áll. A Békési, Nagykanizsai, Kaposvári járás tekinthető a leghátrányosabb helyzetűnek, míg a munkaerőpiaci és jövedelmi viszonyok a Székesfehérvári, Győri járásban, valamint a fővárosban a legkedvezőbbek.

A társadalmi-gazdasági környezet rövid jellemzésén felül pár sorban kitérünk a hazai egészségügyi ellátórendszer, az ahhoz való hozzáférés, valamint a lakosság általános egészségügyi és mentális állapotának rövid jellemzésére. Szükségesnek érezzük ezt a részprogram tematikai meghatározottsága okán is, hiszen a *Kísérő intézkedések* keretében az egyes programmegvalósítási helyszíneken egy, a célcsoporti igényekre és szükségletekre reflektálni kívánó egészségügyi szakellátás valósult meg. Az egészségügyi szakellátás természetéből adódóan általában nem „izoláltan", hanem egy ellátási rendszer részeként, más egészségügyi ellátásokhoz kapcsolódóan működik (irányítás), és csak egy kiépített egészségügyi ellátórendszerbe kapcsolódóan képes optimális és teljes körű ellátás biztosítására.

A WHO meghatározása szerint „az egészség a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya". A lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog alapvető emberi jogként deklarálható. A testi-lelki jóllét meghatározza az egyén életét, az egyes ember életminőségét, miközben társadalmi szinten meghatározó tényezője adott közösség, társadalom jövedelemtermelő képességének is.

Az utóbbi két évtizedben három reprezentatív, országos kérdőíves felmérést készítettek az egészségügy területén, 1994-ben a Központi Statisztikai Hivatal vezetésével, majd 2000-ben és 2003-ban az Országos Epidemiológiai Központ szakmai felügyeletével. Az eredmények összehasonlíthatósága azonban korlátozott volt, mivel a vizsgált populációból vett minta, a kérdések és a válaszlehetőségek egy része eltért egymástól.[9]

Az Európai Parlament és Tanács 2008 decemberében rendeletben írta elő a lakossági kikérdezésen alapuló egészségiállapot-felmérés végrehajtását a tagországokban.[10] A tervek szerint az egységes módszertani előírások alapján lebonyolított felmérések ötévente megismétlődnek, így uniós szinten is összehasonlítható információkhoz juthatunk a lakosság egészségi állapotának és életmódjának alakulásáról. Magyarországon a KSH a 2009. évben készítette az első, nemzetközileg standardizált Európai lakossági egészségfelmérést (ELEF). Ennek keretében a 15 éves és az idősebb népességet vizsgálták. A született eredmények tekintetében jelen írásban (terjedelmi korlátok okán) főként a mentális állapotra vonatkozó adatok ismertetésére szorítkozunk, témánk szempontjából ezt ítéljük relevánsnak.

A 2009-es felmérésben a válaszadók 6%-a krónikus depresszióban, 3%-a egyéb mentális betegségben szenvedőnek vallotta magát.[11] A felmérést követően a nemzetközi és a hazai megbetegedési adatok alapján a pszichiátriai szakma közös állásfoglalásban hívta fel a figyelmet arra a tényre, hogy a pszichiátriai zavarok gyakorisága elérte a népbetegség szintjét.

Magyarországon a pszichiátriai krónikus betegségek (pl. a skizofrénia, a depresszió, a demencia) sok százezer embert érintenek, a lakosság mentális állapota rosszabb az európai átlagnál. Kedvezőtlenebb a helyzetünk az európai átlagnál a férfiak depressziója, a kóros alkoholfogyasztás, a bipoláris betegségek és a befejezett öngyilkosság tekintetében is. Az alkoholfogyasztáshoz köthető halálesetek száma Magyarországon a harmadik legmagasabb az EU-n belül. Az öngyilkosságok száma 2009-ig csökkent, a 2010. évben ismét emelkedett. Hazai és nemzetközi kutatások is bizonyították, hogy a pszichiátriai és a közösségi ellátás fejlesztése kedvező irányú változásokat eredményez az öngyilkosságok számának csökkenésében. Hangsúlyozandó, hogy a mentális betegségek gyógyításának teljes költsége, a betegség által előidézett összes társadalmi veszteség – az Európai Parlament 2006. szeptember 6-i strasbourgi plenáris ülésén elfogadott jelentés becslése szerint – eléri a GDP 34%-át.

A fentiekben csak szórványosan kiragadott kutatási eredmények és szakpolitikai megállapítások alapján kimondható, hogy általánosságban szükséges az egészségügy fejlesztése, mivel az egészségügyi ellátórendszer kapacitása, struktúrája, működése és

9 https://www.nnk.gov.hu/
10 http://www.ksh.hu/elef/archiv/2009/pdf/eurendelet.pdf
11 https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/jel/jel310021.pdf

infrastrukturális állapota alapvetően befolyásolja a „humán erőforrás” egészségi állapotát, életminőségét és hatékonyságát, ami közvetlenül hatást gyakorol a foglalkoztatásra, a gazdaság teljesítőképességére, versenyképességére.

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést vizsgáló kutatások eredményei nyomán elmondható, hogy a kielégítetlen egészségügyi szükségletek szintje viszonylag alacsony Magyarországon, azonban nagy eltérés mutatkozik a különböző jövedelmi csoportok között a hozzáférés tekintetében. Ez a megállapítás alátámasztja a részprogram hipotézisét, miszerint a jövedelmi és szociális deficittel élő hajléktalan emberek egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése sok esetben akadályozott, betegségeik diagnosztizálatlanok és/vagy kezeletlenek.

Az EU-SILC adatai alapján 2015-ben a magyarok viszonylag kis hányada, összesen kevesebb mint 3%-a számolt be orvosi vizsgálat vagy kezelés iránti kielégítetlen szükségletről (ez az uniós átlag alatt van). Megállapításra került ugyanakkor, hogy az ellátáshoz való hozzáférést akadályozó tényezők a legalacsonyabb jövedelmű csoportot érintik. Az alacsony jövedelemmel rendelkezők 6,8%-a, míg a legmagasabb jövedelműek 0,8%-a számolt be kielégítetlen egészségügyi szükségletekről, a legnyomósabb okként pedig az anyagi akadályokat jelölték meg a megkérdezettek. A jövedelemcsoportok hozzáférési lehetőségeinek különbözőségén túl jelentős területi eltérések figyelhetők meg az előre tervezett beavatkozások esetén a várakozási idők tekintetében. Több mint háromszoros a különbség a leghosszabb és a legrövidebb várakozási időt jegyző térségek között.[12]

Az egészségügyi szakemberek hiánya is korlátozza az ellátáshoz való hozzáférést, különösen a közfinanszírozott egészségügyben és a vidéki térségekben. (A részprogram tervezési szakaszában szintén megvalósítási kockázatként jelöltük meg az egészségügyi szférát érintő humánkapacitás-hiányt, vagyis hogy egyes térségek esetén nem lesz elérhető, megvalósításba bevonható, foglalkoztatható egészségügyi szakember.)

Sok esetben nem elégséges szinten valósul meg az ellátás koordinációja, és ez a működtetési jellemző is hozzájárul ahhoz, hogy korlátozott a krónikus betegségektől szenvedők személyközpontú ellátáshoz való hozzáférése. Indokolt a több krónikus betegségtől szenvedők, az összetett szükségletekkel rendelkező betegek betegútját érintő koordináció javítása.

További általános problémát jelent az egészségügy egészét érintően a paraszolvencia „intézménye”, amely meghatározó tényezője a magyar egészségügynek, és a becslések szerint az összes egészségügyi kiadás legalább 2,1%-át teszi ki. Ez az arány sokkal magasabb, mint a legtöbb uniós országban.

Az egészségügyi rendszer kiépítettségét, működését, hozzáférhetőségét és a lakosság egészségi állapotának vizsgálatát érintő, 2009-től hazánkban is 5 évente lefolytatott, Európai Tanács által standardizált felmérések eredményeit a következő főbb megállapításokban összegezhetjük:

- Magyarországon a várható élettartam közel négy évvel, 75,7 évre emelkedett 2000 és 2015 között, azonban ezzel az eredménnyel is még mindig öt évvel az uniós átlag alatt van. Jelentős eltérések vannak a férfiak és a nők között a várható élettartam

12 EU-SILC https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions

tekintetében: a férfiak átlagosan csaknem hét évvel rövidebb ideig élnek, mint a nők. Még ennél is nagyobb eltérés figyelhető meg a várható élettartamban a különböző társadalmi-gazdasági helyzetű csoportok esetében: a legalacsonyabb végzettséggel rendelkező magyar férfiak átlagosan kilenc évvel kevesebbet élnek, mint a legmagasabb iskolai végzettséggel rendelkező társaik.

- A nemek közötti és a társadalmi-gazdasági helyzet szerinti nagy eltérések nem új keletűek. Az eltérések oka továbbra is leginkább abban keresendő, hogy a férfiak nagyobb mértékben ki vannak téve az egészséget fenyegető kockázati tényezőknek, úgymint a dohányzás, a káros alkoholfogyasztás és az elhízás.

- A magyar egészségügyi rendszer alulfinanszírozott. Az egy főre jutó egészségügyi kiadás a legalacsonyabbak között van az EU-n belül, és csupán az uniós átlag felét teszi ki (Magyarországon 1428 EUR/fő, szemben a 2797 eurós uniós átlaggal). Magyarországon az egészségügyi kiadások csupán kétharmada közkiadás (szemben az EU egészével, ahol ez az arány csaknem 80%-os), így a rendszer nagymértékben a közvetlen, zsebből fizetett, „illegális" lakossági hozzájárulásra támaszkodik. Ebből következően az alacsony jövedelemmel rendelkező háztartások viszonylag magas arányban számolnak be kielégítetlen egészségügyi ellátási szükségletekről anyagi okok miatt.

- A magyar egészségügyi rendszer továbbra is erősen kórházközpontú, amint azt a kórházi elbocsátások, ápolási idők és krónikus állapotok miatti, elkerülhető kórházi kezelések uniós átlagot meghaladó arányai mutatják. Ez nem csupán az alapellátást biztosító szolgáltatók gyenge kapuőri szerepére hívja fel a figyelmet, de arra is, hogy hiányoznak a kórházon kívüli megfelelő ellátás nyújtásához szükséges kapacitások. A közösségi ellátás felé történő elmozdulás, az alapellátás megerősítésével párhuzamosan, nagyobb fokú esélyegyenlőséget biztosíthat az ellátáshoz való hozzáférés tekintetében, valamint további hatékonyságnövekedést és minőségjavulást eredményezne.[13]

Hasonlóan a hazai egészségügyi rendszer egészéhez, a pszichiátriai és addiktológiai ellátáshoz való hozzáférés is különbözőséget mutat az ország egyes területein. Az ellátási formának egy földrajzi területen lévő előfordulása (vagy esetlegesen elő nem fordulása), kapacitása, valamint igénybevételének feltételei befolyásolják a hozzáférést. A földrajzi hozzáférés jelentős különbözőségei a pszichiátriai ellátás minden területén megtalálhatóak (fekvőbeteg-, járóbeteg-ellátás, bentlakásos szociális ellátás és közösségi ellátás).

A 2012-ben nyilvánosságra hozott állami számvevőszéki (ÁSZ) jelentés a 2006 és 2011 közötti időszak pszichiátriai ellátásra vonatkozó működtetési, finanszírozási, kapacitásbeli jellemzőit vizsgálta, különös tekintettel a megjelölt intervallumban a betegellátás átalakítására fordított források hasznosulási mutatóira. A pszichiátriai betegellátás hazai helyzetét az ÁSZ ezt megelőzően még nem ellenőrizte.[14]

13 EU-SILC https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions

14 Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről 1286 sz. 2012. június, Állami Számvevőszék https://www.asz.hu/

A jelentés a következőkben vázolt megállapításokban és javaslatokban összegezte a felmérés eredményeit:

Magyarországon mind az egészségügyi, mind a szociális ágazat végez feladatokat a pszichiátriai betegek ellátásában és gondozásában, ugyanakkor az ellátás szempontjából ezek nem képeznek összehangolt, egységes rendszert.

A vizsgált időszakban nem született az egészségügyi és a szociális ágazat képviselőinek részvételével döntés arról, hogy a mentális problémákkal élők ellátása az intézményközpontú egészségügyi ellátórendszer vagy a területi, közösségi szolgáltatások rendszerének túlsúlya mellett történjen.

Megállapításra kerül az is, hogy az egészségügyi és szociális szféra kapacitásai nem összehangoltak, az ellátást a törvényi szabályozások, a hagyományok, az egészségügyi és a szociális intézmények nem szinkronizált fejlesztési törekvései, valamint a különböző szakmai nézetek, érdekek együtt alakították. Nem történt meg az ellátások harmonizációja, nem jött létre fenntartható, modern szolgáltatási rendszer.

Az ellátások keretszabályait elkülönülten, ágazatonként (egészségügyi és szociális) szabályozták. Az egészségügyről szóló törvényben a pszichiátriai beteg jogaként rögzítik, hogy ellátására, gyógykezelésére lehetőség szerint lakóhelyi, illetve családi környezetében kerüljön sor. Ezt leginkább a pszichiátriai gondozókban, valamint a szociális ellátások közé sorolt közösségi ellátásban tudják biztosítani. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló törvény 2003-tól vezette be a közösségi pszichiátriai ellátást.

A jelentésbe foglalt kapcsolódó, kiemelten fontos megállapítás, hogy a két szféra munkája és együttműködése a koordináció, a munkamegosztás, a célszerű betegirányítás tekintetében – mindkét szférában – hiányosságokat mutat. A betegirányítást a hagyományok, az ellátást nyújtó szervezetek közötti egyedi megállapodások, valamint az éppen adódó lehetőségek határozzák meg. A teljes ellátás folyamatát koordináló ellátásszervezés nem jött létre.

A 2012-es állami számvevőszéki jelentés a népegészségügyi és pénzügyi mutatók alakulásának elemzése és a kirajzolódó tendenciák értékelése alapján megállapította, hogy a 2006. évhez viszonyítva a pszichiátriai betegellátást szolgáló közpénzfelhasználás költséghatékonysága és eredményessége romlott.

Az egy pszichiátriai betegre jutó közfinanszírozás a 2006. és a 2010. évek összehasonlításában a skizofréniás betegeknél 1228 E Ft/év/főről 1224 E Ft/év/főre, a depressziós betegeknél 603 E Ft/év/főről 433 E Ft/év/főre csökkent.

A bentlakásos szociális pszichiátriai otthonokban az egy gondozott ellátásának közfinanszírozása 1561 E Ft/év/főről 1403 E Ft/év/főre csökkent. Az elemzés szerint a fajlagos közfinanszírozási mutatók kedvező irányba változtak (csökkentek), de az ellátáshoz való hozzáféréssel, a betegszámmal és az ellátási minőséggel együttes értékelés már nem igazolta a költséghatékonyság növekedését.

A pszichiátriai ellátás színvonalának kedvezőtlen körülményeit, minőségének romlását elsősorban az ellátási feltételek és a különféle minőségi kifogások számának kedvezőtlen alakulása jelzi. A pszichiátriai betegellátás minőségi romlására utal az is, hogy tárgyalt időszakban az OTH (Országos Tisztifőorvosi Hivatal) növekvő számú panaszos ügyet regisztrált.

A pszichiátriai ellátórendszert vizsgáló felmérések nyomán hasonló megállapításokat tehetünk, mint az egészségügy egészét érintő jellemzéskor. A szakellátás kiépítettsége, kapacitása, hozzáférhetősége a különböző ellátási formák tekintetében földrajzilag különbözőséget mutat.

A hozzáférés az egyes ellátási formák tekintetében térségenként változik, az alacsonyabb jövedelemmel rendelkező csoportokat érintően a fentebb tárgyalt ellátáshoz való hozzáférési akadályozottság a pszichiátria terén is jellemző, amit csak fokoz az a körülmény, hogy a szakorvosok egy része magánszférában működik, az államilag finanszírozott szakellátási formák pedig túlterheltek, kapacitáshiánnyal küzdenek, a várakozási idők hosszúak, kevés minőségi idő jut egy-egy páciensre.

A pszichiátriai szakellátást is érinti a humánkapacitás-hiány mind a szakorvosok, mind a szakdolgozók tekintetében, ami sok esetben az ellátási formák szűkítéséhez, az ellátottak számának csökkentéshez, szakellátások redukálásához vezet. További általános jellemző az alulfinanszírozott működtetés, azaz a strukturális, személyi és tárgyi feltételek nem optimálisak.

Az egészségügyi rendszert érintő átalakítási törekvések mentén sok esetben csak finanszírozási, férőhely- és kapacitásbeli csökkentések valósultak meg, amely újabb minőségi romlást hozott magával az egyes ellátási formák tekintetében és a hozzáférési adatokban is. A pszichiátriai betegek ellátását, gondozását az egészségügyi és a szociális szféra együttesen végzi, de működésük nem áll egymással szinkronban, a betegutak koordinációja nem egységes elvek alapján zajlik, hanem sok esetben ad hoc megállapodások mentén történik az irányítás és az ellátás. Nem tisztázottak az ellátói kötelezettségek, a kompetenciahatárok, különböznek a szakmai protokollok, a szakmaközi egyeztetéseknek nem alakult ki rendszeresen működő fóruma.

A kórházi ellátás sokszor egészségügyi értelemben indokolatlanul elhúzódik, mivel nincs szociális ellátási forma a páciens továbbléptetésére, további ápolására, rehabilitációjára, vagy éppen a szociális ellátóhelyre kerülnek olyan kliensek, akik egészségügyi ellátásra szorulnának. Sok esetben a két szféra működését, kötelezettségeit szabályozó jogi rendelkezések is ellentmondanak egymásnak, és a két szféra segítői munkáját koordináló, egységes ellátásszervezés sem került kialakításra.[15]

Ezen megállapítások összecsengenek a részprogram célkitűzéseivel, hipotéziseivel, megvalósítási kockázataival, miszerint az egészségügyi szakellátás hozzáférhetőségét javítani kívánta a jövedelmi és szociális periférián élő célcsoporti tagok esetén, feltételezve azt, hogy a hozzáférésük a szakellátáshoz akadályozott. Szintén megfogalmazott célja volt a programnak a két szféra együttműködésének helyi szintű megvalósítása, a „szakmák" közelítése, kommunikációjuk erősítése, az együttműködés javítása, a betegellátás és szociális gondozás koordinációjának, egymásra épülésének javítása.

15 Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről 1286 sz. 2012. június, Állami Számvevőszék https://www.asz.hu/storage/files/files/%C3%96sszes%20jelent%C3%A9s/2012/1286j000.pdf?download=true

AZ EGYES PROGRAMMEGVALÓSÍTÁSI HELYSZÍNEK RÖVID JELLEMZÉSE

(INTÉZMÉNYEK ÉS MEGVALÓSÍTOTT RÉSZPROGRAM)

Az előzményekben leírt jellemzők és hipotézisek, valamint financiális keretek alapján felvázolt együttműködési feltételek mentén a szakmai tervezésbe és a megvalósításba partneri együttműködésre felkért hajléktalanellátó szervezetek intézményeinek ellátási specifikumait és működési jellemzőit az alábbiakban részletezzük a megvalósítási helyszínek sajátosságainak és ezáltal a programok attribútumainak bemutatása érdekében.

BUDAPESTI MÓDSZERTANI SZOCIÁLIS KÖZPONT ÉS INTÉZMÉNYEI

Budapest / Pest megye / Közép-Magyarország régió

Szervezeti, intézményi jellemzők és a részprogramban megvalósuló ellátás rövid leírása:

A Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei a legnagyobb budapesti hajléktalanellátó szervezet. Az ország és a közép-európai régió egyik legnagyobb szociális szolgáltató szervezete több, profiljában eltérő intézménnyel.

A szakellátás a kétéves időszakban három intézményben valósult meg két pszichiáter szakorvos közreműködésével.

A három intézmény főbb paraméterei a következők:

- **Alföldi utcai átmeneti szállás** – 221 férőhelyet biztosít főként alacsony jövedelmű, inaktív férfiak és nők részére. A szálló jellegzetességéhez hozzájárul, hogy azok közé az elenyésző számban előforduló intézmények közé tartozik, amelyek képesek kerekesszékes, mozgásukban korlátozott kliensek fogadására is.

- **Dózsa György úti integrált intézmény** – a szervezet legrégebbi és legnagyobb befogadóképességű átmeneti szállása. Az épületben éjjeli menedékhely, nappali melegedő és átmeneti szállás is működik. Az átmeneti elhelyezés különlegessége, hogy 326 férőhelyet biztosít, többségében egyágyas és néhány esetben kétágyas, pár négyzetméteres szobákban. Férfiak és nők elhelyezését egyaránt biztosítja. Az intézményben információs irodával és egyéb speciális szolgáltatással próbálják az ügyfeleket önálló lakhatás felé segíteni.

- **Táblás utcai átmeneti szálló** – 80 férőhelyen, 4 és 2 ágyas szobákban főként alacsony jövedelmű, mentális betegségekben érintett hajléktalan nőket és férfiakat fogadnak.

Az egészségügyi szakemberekkel folytatott személyes interjúk során a fenti intézményekben dolgozó pszichiáter addiktológus szakorvos az Alföldi szállón folytatott szakorvosi tevékenységei közül az ügyfél-motivációt és az előgondozást emelte ki az elvégzett munka kapcsán.

Egyéni terápiás jellegű beszélgetésekkel próbálta elérni azt a mentális állapotot, amely hajlandóvá és alkalmassá teszi az itteni klienseket egy osztályos addiktológiai vagy rehabilitációs kezelésre, és az előgondozás jelentőségét hangsúlyozta a klienskör esetén.

Az alkalmazott szakember több évtizedes szakmai múlttal rendelkezik, jól tudta alkalmazni a különböző egészségügyi intézményekkel kiépített munkakapcsolatait az irányítás terén.

Hangsúlyozta, hogy többféle terheltséggel rendelkező ügyfelekkel találkozik, akik pszichés-testi-lelki betegségekkel küzdenek, és sok esetben ehhez társul még a függőségük. Ezekből az állapotokból nem lehet „egy lépésből" felállni. Fokozatosságra van szükség, lépcsőzetes ellátásra, de rendszerszinten ennek nincsenek meg a feltételei az ellátórendszerben. Lépcsőfokok hiányoznak a rehabilitációs rendszerből és a meglévő intézmények is kis számban tudják csak az ügyfeleket fogadni, a várakozási idő hosszú, sok esetben pedig a leépültségi fok nem teszi lehetővé a rehabilitációt. A szociális otthonok száma is igen kevés, többéves várakozási listákkal működnek ezek az intézmények, sok kliens elhelyezése így szinte lehetetlen feladatnak számít.

A részprogram megvalósításába bevont másik szakorvos is kiemelte az előgondozás jelentőségét. Hangsúlyozta az ügyfelek alulmotiváltságát és a mentális állapot javulásához szükséges, mozgósítható önrészt, a belső és külső erőforrások hiányából fakadó akadályokat. A sok esetben alulképzett és alulszocializált ügyfelek kapcsán hangsúlyozta a szakember a tanácsadás, edukáció, a puszta információátadás jelentőségét a betegségekkel, addikciókkal kapcsolatban. Ezek mellett a szupportív jellegű terápiás ülés, a krízisintervenció és maga az empatikus, emberi odafordulás is jelentős segítség ezeknek az embereknek, és mentális állapotjavulást eredményez.

Skizoid kórképek esetén gyógyszeres kezeléssel jelentős állapotjavulásról számolt be mindkét szakember.

HAJLÉKTALANOKÉRT KÖZALAPÍTVÁNY

Budapest / Pest megye / Közép-Magyarország régió

Szervezeti, intézményi jellemzők és a részprogramban megvalósuló ellátás rövid leírása:

A Hajléktalanokért Közalapítvány a kétéves megvalósítási időszak során a Szobi utcai speciális éjjeli menedékhelyen működtette a szakellátást egy addiktológiai konzultáns és egy pszichológus által. A speciális éjjeli menedékhely lábadozó jelleggel működő, rossz szociális és egészségi állapotban lévő kliensek ellátására szakosodott. Az egészségügyi ápolást is biztosító szállón a háziorvosi rendelő mellett ápolószemélyzet segíti az ügyfeleket.

A pszichológus egyéni rendelési alkalmakat biztosított a klienseknek, és jó munkakapcsolatot, együttműködést alakított ki a háziorvossal. Egyes betegségek szűrésével, tesztek felvételével (pl. demencia, depresszió) a pszichológus segítségével a területi gondozóba és különböző szakellátókba sikerült irányítani az ügyfeleket. A szűrések alapján született orvosi diagnózisok a különböző támogatások igénybevételét is segítették. A szakember tevékenységében kiemelte még az intervenció, edukáció, szupportálás jelentőségét.

A szálló klienskörét jobbára idős emberek teszik ki, akik nagyon rossz egészségügyi állapotban vannak. A kliensek többségénél előfordulnak a stroke utáni szív- és érrendszeri szövődmények különböző fajtái, különböző mozgáskorlátozott állapotok, alkohol okozta elbutulás és demencia is. Az intézmény ügyfelei nagy százalékban társadalmilag már nem rehabilitálhatók, munkaerőpiaci elhelyezésükre sok esetben már koruk és leromlott egészségi állapotuk miatt sincs lehetőség. Ezekre az „állapotokra” rakódnak rá a pszichés terheltségek és addikciók (illetve azoknak sok esetben már csak a következményei, a leromlott egészségügyi, fizikális állapot miatt már nincs aktív szerhasználat).

Rövid időszakot érintetett, amikor a pszichológus a Jászberényi úti átmeneti szállón is egyéni rendelési alkalmakat biztosított. Ezen a szállón fiatalabb, aktív korú, nagy arányban alkoholbeteg klienseket látnak el, a szálló 31 férőhelyes. A klienseket ez utóbbi intézményben nem lehetett terápiába vonni, így pár hónap után a pszichológus teljes óraszámban megint csak a speciális éjjeli menedékhelyen biztosította az ellátást.

Az addiktológiai konzultáns szintén a Szobi utcai speciális éjjeli menedékhelyen kezdte meg működését egyéni konzultációs alkalmak biztosításával. 2018 júniusától került át a szolgáltatás az ugyanazon a címen működő – de más szolgáltatást nyújtó és más jellegű hátrányokban szenvedő klienskört ellátó – nappali melegedőbe. A melegedő ügyfeleinek addiktológiai jellegű „ellátását”, leginkább csoportos terápiás alkalmakkal biztosította a szakember, de egyéni konzultációs alkalmakra is volt lehetőségük a klienseknek, amennyiben ezt igényelték. A nappali melegedő ügyfélköre egyrészt jobb egészségügyi állapotban van az éjjeli menedékhely klienseinél, nagyobb számban vannak köztük aktív korúak, nagyobb fluktuációt mutat az ügyfélkör összetétele, és sok utcán élő hajléktalan ember is megjelenik a melegedőben az intézményi szolgáltatások miatt (étkezés, fürdési lehetőség stb.). A csoportos alkalmak kis létszámban, de működtek, viszont pár hónap elteltével a szakember tartós betegállományban kényszerült. A szolgáltatási alkalmak elmaradtak.

SZOLNOKI KISTÉRSÉG TÖBBCÉLÚ TÁRSULÁSA HUMÁN SZOLGÁLTATÓ KÖZPONT

Szolnok / Jász-Nagykun-Szolnok megye / Kelet-Magyarország régió

Szervezeti, intézményi jellemzők és a részprogramban megvalósuló ellátás rövid leírása:

Adott intézmény Jász-Nagykun-Szolnok megyében egyedüli, megyeszékhelyszintű ellátó, integrált intézmény, leginkább nappali ellátások biztosítására specializálódva, átlag napi 90 fős ügyfélforgalommal.

A részprogram keretében megvalósuló addiktológiai konzultációs alkalmak az intézmény Prizma utcai nappali melegedőjéből fokozatosan kerültek át a jellegében szenvedélybetegek alacsony küszöbű szociális ellátására is fókuszt helyező Tószegi úti részlegre, amelynek egy épülete átmeneti szállóként, egy pedig éjjeli menedékhelyként üzemel.

Az addiktológia konzultánsnak a telephelyen egyéni konzultációs alkalmakon rendszerességgel megjelenő ügyfélköre alakult ki. Az alkalmazott szakember a program indulása előtt több éve szociális munkásként dolgozott az intézményben, így megfelelő ügyfélismerettel rendelkezett, és a személyes interjúban ezt előnynek értékelte. A kettős szerepvitel (szociális munkás és addiktológiai konzultáns) tekintetében a szerepköröket sikeresen elkülönítette és működtette. Helyi szinten megfelelő kapcsolati tőkével rendelkezett a civil lakosság körében (kórházba menetelhez lakossági adománycsomagok összeállítása).

Az egészségügyi ellátórendszer munkatársaival viszont a részprogram során is nehezen épült ki a munkakapcsolat, a szakember arról számolt be, hogy az irányítás nehézkesen működött. Szupportív terápiát, konzultációt, addikciókkal kapcsolatos edukációt folytatott, sok esetben megvalósult az ártalomcsökkentés és az absztinencia, valamint a felépülés irányába való motiválás is.

FOGYATÉKKAL ÉLŐKET ÉS HAJLÉKTALANOKAT ELLÁTÓ NONPROFIT KORLÁTOLT FELELŐSSÉGŰ TÁRSASÁG

Szombathely / Vas megye / Nyugat-Dunántúl régió

Szervezeti, intézményi jellemzők és a részprogramban megvalósuló ellátás rövid leírása:

Az intézmény székhelyszintű ellátó, napi ügyfélforgalma átlag 180 fő, a régió kiépített ellátórendszerrel rendelkezik a hajléktalanellátás terén. Ettől függetlenül magas ügyfélforgalom jellemzi az integrált intézményt, amelyben átmeneti szálló, nappali melegedő és foglalkoztató részleg is működik. Havi 20 órában, 1 éven át egy klinikai szakpszichológus, majd szintén 1 éven keresztül egy pszichológus biztosított egyéni rendelési alkalmakat.

Utóbbi szakemberrel készült személyes interjú, amelyben az emberi odafigyelés jelentőségét hangsúlyozta. Véleménye szerint a „szakmaiság" a klienskör esetén háttérbe szorul, ami lehetővé teszi azt, hogy a meglévő szakmai tudással emberileg „elfogadóbb" tudjon lenni a szakember a kliensekkel. Szakmai tudása révén érti, tudja betegségeik „működését", „dinamikáját", „viselkedésbeli következményeit", így „hitelesebb" odafordulást tud biztosítani. Ennek révén a bizalom kiépül, és sok esetben együttműködővé válik a kliens. Ha nem a klasszikus terápiás értelemben mozgósítható terápiás önrésszel lehet is számolni, de elmozdulás figyelhető meg a mentális állapotban, a kommunikációban, a viselkedésben.

A szakember összességében hangsúlyozta, hogy az intézményben megismert betegpopuláció kisebb önrésszel tud a terápiás munkában részt venni, és a motiváció kérdésköre is problémás. A pszichológus rendelési alkalmain a szupportív terápia, a krízisintervenció dominált. Az ügyfélkör állapotát tekintve a szakember tapasztalatai szerint csak kis százalékban rehabilitálható, több esetben visszafordíthatatlan állapotokkal találkozott, ahol csak a mentális állapot javítása/megőrzése lehet cél, rehabilitációra és társadalmi reintegrációra kevés az esély.

MAGYAR MÁLTAI SZERETETSZOLGÁLAT EGYESÜLET BEFOGADÁS HÁZA

Hatvan / Heves megye / Észak-Magyarország régió

Szervezeti, intézményi jellemzők és a részprogramban megvalósuló ellátás rövid leírása:

Hatvanban és környékén kizárólagosan a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Gondviselés Háza foglalkozik hajléktalanellátással. Legközelebb Gyöngyösön és Egerben van hasonló intézmény. Az integrált intézményben átmeneti szálló, nappali melegedő és ideiglenes jelleggel krízisidőszakban „éjjeli menedékhelyszerű szolgáltatással", átmeneti férőhelyeken látják el a rászorulókat.

A részprogramban egy pszichiáter szakorvos és egy pszichológus vett részt havi 24 órában. A személyes interjúk során a két egészségügyi szakember elmondta, hogy ez egy kisebb ellátotti körrel rendelkező szálló, és kevés volt a terápiába vonható ügyfél. A kezdeti időszakban azt tapasztalták, hogy a terápiába vont ügyfelek sem igénylik az egyéni terápiát, sok esetben hiányzik a betegségbelátás, az egyéni terápiás munka szükségességének belátása, és eredményesebbnek gondolták, ha csoportot alakítanak – így sikerült klienseket bevonni, akik rendszeresen jártak a foglalkozásokra.

A terápiába vont ügyfelek addiktológiai betegek, organikus zavarban, hangulatzavarban és kognitív zavarban szenvedők, akik valamilyen baleset vagy elszenvedett agyvérzés következtében vannak az adott állapotban, és nem feltétlenül az alkohol okozta az egészségügyi állapot, a memória és a kognitív képességek leromlását.

A kétéves megvalósítási időszakban a kettős csoportvezetéssel nyitott csoportként működő, kognitív készségeket, memóriát fejlesztő, viselkedésterápiás jellegű, csoportkohéziót erősítő foglalkozásokat tartottak.

A pszichiáter szakorvos főállásban a Hatvan várost és környékét ellátó pszichiátriai gondozó szakorvosa, ezen rendelésein fogadta azokat az ügyfeleket, akiknek gyógyszeres kezelésre volt szüksége. Személye könnyebb hozzáférést biztosított a hajléktalanszálló ügyfeleinek ehhez az egészségügyi ellátáshoz. A szociális munkásokkal jó munkakapcsolat alakult ki, a szociális kollégák visszajelzése nyomán is megerősítést nyert, hogy a terápiás foglalkozások eredményeként javult az ügyfelek mentális állapota, egy ügyfélnél absztinenciát sikerült elérni, összességében a kommunikációjuk egymás közt és a szálló dolgozóival szemben is asszertívabbá vált.

Az egészségügyi szakemberek véleménye szerint viszont mélyebb érzelmi témákat érintő, megnyílást, őszinteséget követelő pszichoterápiás munkát nem lehetett az ügyfelekkel folytatni egymással szemben mutatott bizalmatlanságuk okán – ugyanakkor ezen a téren is történt kisebb előrelépés a második év végére.

MAGYAR MÁLTAI SZERETETSZOLGÁLAT EGYESÜLET BEFOGADÁS HÁZA

Veszprém / Veszprém megye / Közép-Dunántúl régió

Szervezeti, intézményi jellemzők és a részprogramban megvalósuló ellátás rövid leírása:

Székhelyszintű ellátó, az adott régió kiépítettnek mondható a hajléktalanellátás tekintetében. A veszprémi intézmény az egyesület integrált intézménye, egymáshoz földrajzilag közel álló épületeiben különböző „profillal" működő részlegek vannak kialakítva, általánosságban magas kihasználtsággal, átlag 140 fős ügyfélforgalommal. Éjjeli menedékhely, átmeneti szállás és hajléktalanok otthona működik egymás szomszédságában, és mindhárom intézmény ügyfélkörének elérhető volt a pszichológus egyéni rendelési alkalma, havi 20 órában.

A kezdeti nehézségek az ügyfélbehívás terén idővel oldódtak, de ehhez szükséges volt a szakember „rugalmassága", emberi „odafordulási készsége". (Például odament beszélgetni a dohányzó ügyfelekhez, bement a szobákba, megszólította a klienseket.) Ezt a fajta terápiás „határátlépést" a szakember a hajléktalan betegpopuláció tekintetében szükségesnek tartotta. A szakember legfőbb szakmai tevékenysége a szupportív terápia, a krízisintervenció volt. Egyéni rendelésein ezenfelül ventilációs felületet is biztosított az ügyfeleknek, és stresszoldási technikákat javasolt.

SZMJVÖ KRÍZISKEZELŐ KÖZPONT

Székesfehérvár / Fejér megye / Közép-Dunántúl régió

Szervezeti, intézményi jellemzők és a részprogramban megvalósuló ellátás rövid leírása:

A Kríziskezelő Központ 1992 áprilisában kezdte meg működését mint önálló intézmény, korábban az Egyesített Szociális Intézményhez tartozott. A megnövekedett igény és az ellátandó feladat jellege miatt szükségessé vált a hajléktalanellátás különválása.

Székhelyszintű ellátó, a régió kiépített és együttműködő intézményrendszerrel rendelkezik. Az integrált intézmény 31 fős átmeneti szállással, 40 fős éjjeli menedékhellyel működik, az utcai hajléktalanok gondozása érdekében pedig szociális információs szolgálat alakult. A nappali melegedő befogadóképessége 50 fő, a részlegek kihasználtsága magas.

A részprogramba bevont két szakember havi 20 órás ügyfélfogadása az igényekhez képest redukált. Az átmeneti szálláson inkább az idősebb korosztály van jelen, jellemzően demenciával, stroke-ból maradt károsodással, alkoholfüggőséggel és egyéb pszichiátriai terheltségekkel. Az éjjeli menedékhelyen a fiatalabb korosztály is megjelenik, főként drog- és alkoholproblémákkal, de a részprogramban rendelési alkalmakat biztosító pszichiáter diagnózisai alapján a többes diagnózis jellemző, és az addikciók mellett jellemző a személyiségzavar, a hangulatzavar, a szorongásos zavarok, a depresszió is.

A személyes interjúkban előkerült a másod-, harmadgenerációs hajléktalanság problémaköre. A jelenség valahol az ellátórendszer hiányosságaira is rámutat: a kigondozás, az önálló lakhatáshoz való segítés sok esetben nem valósul meg. Szakemberek problémaként jelölték meg a helyi egészségügyi ellátók fogadókészségének nem megfelelő szintjét a hajléktalan emberek esetén, ami az irányítás nehézkessé válását eredményezte a programban is.

Mindkét interjúban rámutattak a szakemberek a szociális munkatársak érzékenyítésének fontosságán túl az össztársadalmi érzékenyítés szükségességére is. A két szakember együtt tudott működni, egymáshoz tudták irányítani szükség esetén a klienseket, és a szociális munkásokkal is össze tudtak dolgozni a motiváció, ügyfélbehívás és a terápiában tartás területén. Ugyanakkor felhívták a figyelmet, hogy a szociális munkásokkal való egyeztetés csak informális keretek között működött (telefonon, munkaidő után stb.), a részprogram erre nem különített el sem időkeretet, sem finanszírozást.

TÁMASZ ALAPÍTVÁNY

Pécs / Baranya megye / Dél-Dunántúl régió

Szervezeti, intézményi jellemzők és a részprogramban megvalósuló ellátás rövid leírása:

Székhelyszintű ellátó, 1990-es alapítása óta kiépült integrált intézmény, amely nappali centrumot, népkonyhát, férfi és női átmeneti szállást, valamint éjjeli menedékhelyet, utcai gondozószolgálatot, ápolóotthont, háziorvosi rendelőt, valamint régióra kiterjedő diszpécserszolgálatot is működtet. Az ügyfélforgalom magas.

Havi 20 órában egy pszichiáter és addiktológus szakorvos lett bevonva a részprogramba. A megvalósítási helyszín a nappali centrum volt, ahol a háziorvosi rendelő is üzemel.

A személyes interjú keretében az ügyfélkör tekintetében a szakember beszámolt arról, hogy az addikciók és pszichiátriai betegségek széles skálájával találkozik. A szakember a betegségeket inkább kezelhetőség és a kezelés eredményessége szempontjából látta érdemesnek differenciálni. A személyes interjúban elmondta, hogy a skizofrén eseteknél, amelyek ezt megelőzően nem kerültek diagnosztizálásra, gyógyszeres kezeléssel jelentős állapotjavulás volt elérhető, ami minőségileg jobb életvitelt tesz lehetővé a kezelt embereknél.

Az alkoholbetegek száma itt is magas, eredmények – a szakember tapasztalatai szerint – nehezen érhetők el addikciós terheltség esetén, ráadásul a többes diagnózisok (alkoholizmus mellett pszichiátriai betegségek megléte és leromlott egészségügyi állapot) jellemzi az ügyfelek jelentős részét. Ezekben az esetekben nagyon nehéz eredményt elérni, és elengedhetetlen a szociális és egészségügyi szféra együttműködése az esetvitelben, a terápiás folyamatokba való behívás és a terápiában tartás kapcsán is.

A szakember a részprogram indulása előtt is munkakapcsolatban volt az intézménnyel, volt szakmai tapasztalata a hajléktalan betegpopuláció tekintetében. A szakorvos kiemelte, hogy az addikciók kapcsán a betegségbelátás hiánya akadályozza a terápiát. Leírta azt a mechanizmust is, miszerint a szakma 5-10 évet kivár, míg az egyén életében olyan veszteségeket nem hoz a szerhasználat, hogy nehéz „letagadni” az állapotát. Ebben a fázisban viszont már nagyon nehéz erőforrásokat találni, amelyekre támaszkodva a felépülés elindulhat. A családi, szociális támogató közeg ekkorra már elfordul az alkoholbeteg klienstől, leromlik az egészségügyi helyzet, sokan elérik a munkaképtelen fizikai, mentális, egészségügyi állapotot, a kilátástalan élethelyzetekben pedig nehéz a motiváció is, a „miért ne igyon” kérdés megválaszolása.

MAGYAR VÖRÖSKERESZT SOMOGY MEGYEI SZERVEZETE

Kaposvár / Somogy megye / Dél-Dunántúl régió

Szervezeti, intézményi jellemzők és a részprogramban megvalósuló ellátás rövid leírása:

Az intézmény székhelyszintű ellátó, de a városban több hajléktalanellátó nem is működik. Integrált intézmény, amelyben nappali melegedő, átmeneti szállás és éjjeli menedékhely, valamint háziorvosi rendelő üzemel. A férőhelyek száma és ezáltal a forgalom is alacsony. A régiós szintű ellátás nem kiépített, főleg a szükségletekhez és igényekhez képest. Az intézmény 2008-tól biztosítja a hajléktalan emberek ellátását.

A részprogramban egy lelki gondozói végzettséggel rendelkező, az intézményben évek óta szociális munkásként dolgozó szakember és egy addiktológiai konzultáns vett részt. A térségben érzékelhető a humánerőforrás-kapacitás hiánya az egészségügy és a szociális munka terén is. Havi 23 órában két szakember egyéni konzultációs alkalmakat biztosított a kliensek számára.

Nehézséget okozott itt is az addikciós problémákkal küzdők motiválása, a „nincs miért változni" feloldhatatlan problémaköre. A klienskörben az alkoholbetegek nagy része alulképzett, munkaerőpiaci helyzetük átlag alatti, a szociális rendszer lakhatási téren is kevés előrelépési és kilépési lehetőséget biztosít.

A két szakember a személyes interjú keretében arról számolt be, hogy az együttműködés a térségi egészségügyi ellátókkal nehézkes, ennek egyik oka a két szféra különböző protokollja. A „közeledés" érdekében mindkét irányban lehetne érzékenyítő platformokat, fórumokat tartani. A lelki gondozó kifejtette, hogy véleménye szerint minden eset kicsit különböző, és más-más egyedi megoldást igényel a probléma, a kliens hatékony segítése. Ugyanakkor a frontális, ámde asszertív kommunikáció jó alap lehet az együttműködés kialakítására, az együtt gondolkodás elindítására.

OLTALOM SZERETETSZOLGÁLAT

Nyíregyháza / Szabolcs-Szatmár-Bereg megye / Észak-Alföld régió

Szervezeti, intézményi jellemzők és a részprogramban megvalósuló ellátás rövid leírása:

Az Oltalom Szeretetszolgálat a Magyarországi Evangélikus Egyház fenntartásával, a Nyíregyháza Megyei Jogú Város Önkormányzatával kötött ellátási szerződés keretében végez szociális munkát. Az intézmény feladata a halmozottan hátrányos helyzetben lévő személyekre és családokra kiterjedő szeretetszolgálat, különös tekintettel a hajléktalanság megelőzésére, kezelésére és a segítséget kérők utógondozására. A kezdeti infrastruktúra-fejlesztés után az intézmény elsődleges céljának a segítséget kérők integrációját, valamint társadalmi reintegrációját tekinti. A székhelyszintű ellátó a városban a legkiépítettebb intézmény, amely integrált ellátást ad. Népkonyha, nappali melegedő, szenvedélybetegek nappali ellátása, éjjeli menedékhely és átmeneti szállás, családok átmeneti otthona is működik az intézményben. Az ügyfélszám kiemelten magas: napi átlag 140 fő.

A részprogramban foglalkoztatott szakember havi 20 órában egyéni rendeléseket, valamint tematikus csoportfoglalkozásokat tartott, ahol szenvedély- és pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos témákat edukatív jelleggel dolgoztak fel. Az egyéni rendelési alkalmakon diagnózis felállítása, kezelésbevétel, esetvitel, gyógyszerelés, szükség esetén irányítás és pár esetben pszichoterápiás folyamat is megvalósult.

A személyes interjú keretében a szakember említette az itt is megjelenő másod-, illetve harmadgenerációs hajléktalan emberek problémakörét, akik halmozottan hátrányos helyzetben vannak. Általában alkoholista szülők gyermekei, akik semmilyen funkcionális családi mintával nem rendelkeznek, alulszocializáltak, általában alulképzettek, sokszor önmaguk is fiatal felnőttkoruktól szerhasználók, és függőségükhöz személyiségzavar és egyéb pszichés terheltségek társulnak.

Nagyon problémás réteget képeznek azok a fiatalok is, akik nevelőotthonból kikerülve csapódnak le a hajléktalanellátásban. Az állami gondozásból kikerült fiataloknál is jellemző a drog- és alkoholfüggőség, a feldolgozatlan traumák okozta pszichés terheltség, a személyiségzavar. Ezek az emberek nem éltek családban, az „intézményeket” tekintik otthonuknak, így az önálló lakhatásra, a családalapításra nincs mintájuk, nagyobb fokú a hospitalizálódás veszélye, mint a családból „érkezők” esetén.

MAGYAR VÖRÖSKERESZT ZALA MEGYEI SZERVEZETE – HAJLÉKTALANOK ÁTMENETI GONDOZÁSI KÖZPONTJA (Zalaegerszeg)

Zalaegerszeg / Zala megye / Nyugat-Dunántúl régió

Szervezeti, intézményi jellemzők és a részprogramban megvalósuló ellátás rövid leírása:

Székhelyszintű ellátó, a napi ügyfélforgalom magas, a régió kiépített ellátórendszerrel rendelkezik. Integrált intézmény, amelyben átmeneti szállás, éjjeli menedékhely, nappali melegedő, népkonyha, utcai szociális szolgálat és megyére kiterjedő diszpécserszolgálat működik.

A részprogram két város telephelyén valósult meg: Zalaegerszegen és Nagykanizsán egy-egy pszichiáter szakorvos havi 8-8 órában és egy pszichológus mindkét helyszínen 8-8 órában biztosított egyéni rendelési alkalmakat az ügyfeleknek.

A zalaegerszegi telephelyen rendelési alkalmakat biztosító orvos, a városban működő klinikum osztályos orvosa, így személye egyfajta könnyebb irányítási lehetőséget is garantált az ügyfeleknek, bár sokan közülük már megfordultak pszichiátriai és addiktológiai osztályokon. A szakorvos diagnosztizálást, gyógyszeres kezelést, irányítást, krízisintervenciót stb. végzett. A pszichológussal együtt tudott működni a szakember, szükség esetén egymáshoz is tudták delegálni az ügyfeleket, és a szociális munkatársakkal is sikerült megvalósítani az oda-vissza működő információcserét az esetvitelek kapcsán.

A pszichológus tapasztalatai alapján elmondta, hogy a terápiás gyógyító jellegű beszélgetések helyett sok ügyfél inkább „gyógyszeres” kezelést szeretett volna, „bevesz egy tablettát, és megoldódnak a lelki gondjai”. Sokan közülük nehezen motiválhatók egy jelentősebb önrészt kívánó terápiás munkára. A szakember véleménye szerint a helybe vitt szolgáltatással viszont lehetőség van az „azonnali” elérésre, visszacsatolásra, krízisintervencióra stb.

MAGYAR VÖRÖSKERESZT ZALA MEGYEI SZERVEZETE (Nagykanizsa)

Nagykanizsa / Zala megye / Nyugat-Dunántúl régió

Szervezeti, intézményi jellemzők és a részprogramban megvalósuló ellátás rövid leírása:

A nappali melegedő 40 fővel, az éjjeli menedékhely férfiak esetén 30 férőhellyel, nők esetén 20 férőhellyel működik, az átmeneti szálló 35 fő befogadására képes. Az intézmény ezeken a részlegeken felül még népkonyhát és utcai gondozószolgálatot működtet. Nem székhelyszintű ellátó, de integrált intézmény, napi ügyfélforgalma magas. A régió kiépített ellátórendszerrel rendelkezik.

A részprogramban foglalkoztatott szakorvos egyéni rendelési alkalmakon diagnosztizálást, gyógyszeres kezelést, krízisintervenciót végzett, és több esetben egyéni pszichoterápiás folyamatokat is sikerült elindítani a kliensekkel.

Mindkét helyszínen sikerült az adott szakembereknek a pszichológussal összedolgozni, de itt is hiányzott a szociális munkásokkal és a szakemberekkel folytatott bármilyen konzultációs lehetőség, amelyre a program nem különített el sem időbeli, sem pedig anyagi kereteket.

A szakorvos a téma tekintetében kiemelten hangsúlyozta, hogy szükséges lenne a két szakma közeledéséhez, hogy egy nyelvet beszéljenek, hogy a segítés terén jóval hatékonyabb együttműködést tudjanak megvalósítani a két szféra képviselői.

A szakorvos a részprogramban végzett főbb szakmai tevékenységét a zömmel egyenetlen életvitelt folytató, szerhasználó, érzelmileg elhanyagolt, abuzált kliensek személyközpontú üléseiben jelölte meg, ahol leginkább asszertív tréningek, feszültségkezelési technikák, az adekvát érdekérvényesítést elősegítő tréningek történtek. A szakorvos hangsúlyozta az irányú szakmai tapasztalatát, amikor a szenvedélybeteg klienseit az absztinencia elérésében, a felépülésben a spiritualitás segítette.

BÉKÉS VÁROSI SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÓ KÖZPONT

Békés / Békés megye / Dél-Alföld régió

Szervezeti, intézményi jellemzők és a részprogramban megvalósuló ellátás rövid leírása:

Nem székhelyszintű ellátó, de a megyében az egyetlen együttműködő hajléktalanellátó intézmény, átmeneti szállással, egymás szomszédságában lévő családi házakban, kevés férőhellyel. A megye egészére igaz, hogy az igényekhez képest nem kiépített az ellátórendszer.

Havi 21 órában sikerült a programba egy pszichológust bevonni, aki egyéni rendelési alkalmakat biztosított a hajléktalan embereknek, főleg rövid pszichoterápiás ülések formájában.

Az egyéni üléseken leginkább tanácsadás és egyéni pszichológiai esetvezetés valósult meg, illetve egy filmklub is működött csoportos foglalkozás keretében. Az átmeneti szálláson élőkkel támogatói, szupportív terápia jellegű beszélgetések zajlottak, frissen bekerültek esetén krízisintervenciós eljárások is megvalósultak. Az ügyfelek a szakember tapasztalatai szerint megnyíltak, és szívesen beszéltek nehézségeikről, az ülések egyfajta ventilációs térként is funkcionáltak.

Az ügyfélkör pszichológiai szűrése is lezajlott különféle tesztek felvételével, kiértékelésével. A tartózkodóbb, gyanakvóbb kliensek motiválása több síkon történt – együttműködve a szociális munkásokkal –, de a szakember tapasztalata az volt, hogy a leghatékonyabb „behívó erő” a lakók egymás közti pozitív kommunikációja a pszichológusról és az ülésekről. A 20-30 fővel működő csoport tematikájában olyan filmeket dolgozott fel, amelyek problémaköre a hajléktalan embereket is érinti. A szereplők sorsával azonosulva mintát kaptak ezen problémák megoldására. Az azonosulással könnyebben megoszthatóvá váltak a kliensek számára az őket érintő terhek. A konfliktuskezelési készség, az érzelemszabályozás, az önismeret is fejlődött.

Résztvevői létszámában és időtartamában is a részprogram legsikeresebb csoportja valósult meg Békésben.

REHABILITÁCIÓS FOGLALKOZTATÁSI ÉS SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÓ NONPROFIT KÖZHASZNÚ KFT.

Debrecen / Hajdú-Bihar megye / Észak-Alföld régió

Szervezeti, intézményi jellemzők és a részprogramban megvalósuló ellátás rövid leírása:

A székhelyszintű ellátó integrált intézmény, amelyben éjjeli menedékhely, átmeneti szálló, nappali melegedő, egészségügyi központ, háziorvosi rendelő, valamint egy rehabilitációs tanya működik. A régió kiépített, de az igényeket nem képes lefedni. Az integrált intézmény ügyfélforgalma magas.

A részprogramban egy pszichológus vett részt havi 20 órában, és egy fülakupunktúrás addiktológiai szakember 26 órában.

A pszichológus az egy cím alatt több épületben működő egészségügyi centrum, nappali melegedő és éjjeli menedékhely telephelyén biztosított egyéni rendelési alkalmakat. Az egészségügyi részleg kliensei nagyon rossz egészségügyi állapotban vannak (végstádiumban lévő daganatos betegek, visszafordíthatatlan állapotok, amputációk és krónikus betegségek), nem egy esetben így a szakember az „utolsó útjukon" segítette a klienseket.

A szakember a személyes interjú keretében elmondta, hogy a pszichológián belül is vannak speciális területek, és más szakmai készségeket, tudást igényel egy motivációs tréning megtartása, és mást a végstádiumos idős emberek lelki támogatása stb. Elvégzett főbb szakmai tevékenységét anamnézis felvételében, tesztelésben (Beck-féle depressziós skála, demenciateszt) EPQ életvezetési tanácsadásban, szupportív terápiában jelölte meg.

A pszichológus is kiemelte, hogy nemcsak a behívásnál, de a terápiában tartásnál is szerepük van a szociális munkásoknak. Az intézménnyel már előzőekben munkakapcsolatban volt a szakember, de akkor egy fiatalabb korosztályt képviselő, még aktív korú és munkaképes klienskörrel foglalkozott csoportos motivációs foglalkozások keretében. Az akkori munkafolyamatok kapcsán sikerekről számolt be: kiépült a csoporttagok között egyfajta bizalom, összetartás, és több kliensnek sikerült munkát szerezni és önálló lakhatásba kerülni. A részprogram megvalósítási helyszínén bevonható, jóval idősebb, rosszabb egészségi állapotú kliensekkel a csoportos foglalkozást viszont nem látta alkalmazható terápiás formának.

A fülakupunktúrás addiktológiai szakember magas óraszámban, több telephelyen az absztinencia elérésében, főként az alkoholfüggőségben, valamint a dohányzással való felhagyásban támogató jelleggel segítette az ügyfeleket. Az alkalmazott technika kapcsán a szakember elmondta, hogy a kezelés nagyban elősegíti a természetes stresszoldást, ami a függők esetében nagy segítség lehet az absztinencia elérésére irányuló törekvésükben. Sok esetben a szakember segítségével az ügyfeleknél ártalomcsökkentés valósult meg, a dohányzással pedig pár kliens sikeresen felhagyott.

MAGYAR VÖRÖSKERESZT BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN MEGYEI SZERVEZETE HAJLÉKTALANOKAT GONDOZÓ KÖZPONT

Miskolc / Borsod-Abaúj-Zemplén megye / Észak-Magyarország régió

Szervezeti, intézményi jellemzők és a részprogramban megvalósuló ellátás rövid leírása:

Székhelyszintű ellátó, a régió kiépített, de nem az igényeknek megfelelően. Integrált intézmény, amelyben éjjeli menedékhely, átmeneti szállás, nappali melegedő, utcai gondozószolgálat üzemel. Az ügyfélszám magas. A városban más, nagy létszámú férőhellyel rendelkező ellátó szervezet is működik, de az összes intézményi kapacitása kihasznált.

Havi 24 órában két szakember vett részt a részprogramban. Mindkét szakember adott intézmény szociális munkása volt, a szociális szakirányú végzettség mellett addiktológiai és mentálhigiénés végzettséggel rendelkeztek. Az addiktológiai és mentálhigiénés területen megszerzett képzettség a szociális munkások körében egyre gyakoribb. Ez a jelenség is mutatja, hogy a hajléktalanpopuláció erősen érintett a mentálhigiénés és addiktív problémák vonatkozásában. Ugyanakkor a hajléktalanellátásnak nincs szaktudása és kapacitása a probléma oldására, az egészségügyi ellátás pedig sok esetben – legalábbis ilyen „tömeges" szinten – nem érhető el a hajléktalan emberek számára, így a szociális szakma „elkezdte kitermelni ezt a fajta szaktudást".

A két szakember a részprogram keretében csoportos foglalkozásokat és egyéni konzultációs alkalmakat biztosított a klienseknek. Az addiktológiai konzultáns felmondott az intézményben, így a programmegvalósításból is kilépett egy év után. A csoportos foglalkozások kettős vezetéssel zajlottak a kolléga kilépése után, az egyéni konzultációs alkalmak maradtak elérhetőek a kliensek számára. A csoportfoglalkozásokon meghatározott interperszonális készségek elsajátításán, a csoportkohézió, a valós segítői támogatói közeg, a bizalmi légkör kialakításán dolgoztak a szakemberek a tagokkal.

A személyes interjú során a mentálhigiénés szakember hangsúlyozta, hogy az alkoholbetegséggel küzdőknél jellemző a tagadáson, a betegségbelátás hiányán túl, hogy kevés külső és belső erőforrással rendelkeznek (alulképzettség, szociális és családi közeg hiánya stb.) az ügyfelek, és nehéz motivációs eszközöket találni, ami változásra, felépülésre indítaná a szenvedélybeteg klienseket. Nincsenek meg az egyénben a felépüléshez szükséges erőforrások, illetve nincs miért változni (nincs megfelelő egészségi állapot, család, munkalehetőség, lakhatási kilátások stb.). A motiváció hiányát személyes, egyéni segítői kapcsolat kialakításával oldani lehet a kliensekben a szakember tapasztalata szerint. A mentálhigiénés szakember az utcai gondozószolgálat munkájában is részt vesz. A személyes interjú során felhívta a figyelmet arra a rétegre, ahol az érintettek alkoholbetegségének már visszafordíthatatlan következményei vannak, és nem rehabilitálhatók. A motiváláson túl sok esetben krízisintervenció, egyfajta előgondozás és ártalomcsökkentés is történt az egyéni konzultációs alkalmakon.

HAJLÉKTALANOKAT SEGÍTŐ SZOLGÁLAT

Győr / Győr-Moson-Sopron megye / Nyugat-Dunántúl régió

Szervezeti, intézményi jellemzők és a részprogramban megvalósuló ellátás rövid leírása:

Székhelyszintű ellátó, a régió kiépített, az intézmény a részprogram tekintetében együttműködő volt. Integrált intézmény, a városban más ellátó nincs, vagy csak minimális jelenléttel. Az intézményben nappali centrum, átmeneti szálló, éjjeli menedékhely, hajléktalanok otthona és rehabilitációs otthon is működik. A város szélén, egymás mellett helyezkednek el a különböző profilú részlegek szabad földterülettel, ahol termelés és állattartás is zajlik a kliensek foglalkoztatásával.

A részprogramba bevont pszichiáter szakorvos és addiktológiai konzultáns egyéni rendelési és konzultációs alkalmai könnyen elérhetőek voltak az ügyfeleknek. A pszichiáter szakorvos leszűrte az itt élőket, majd megjelölte a lehetséges kezelési formákat. Egyéni terápiás folyamatok is elindultak főleg szupportív jellegű ülések, támogató beszélgetések formájában. A két szakember össze tudott dolgozni, egymáshoz tudták irányítani a klienseket.

A személyes interjúkból kiderült, hogy a dizájnerdrogok használata a városban és a szállón is magasabb arányú, mint másutt az tapasztalható, a kliensek egy része a terjesztésben is érintett. Más tekintetben nem találunk nagy különbséget a betegpopuláció, az alkalmazható kezelések, terápiák és általános kockázatok, akadályok terén. A térségben egy új terápiás intézmény alakult a közelmúltban alkoholbetegek részére, és a bentlakásos intézménybe már sikerült is klienseket irányítania a részprogramban foglalkoztatott két szakembernek. Megyei szinten probléma a függőségek tekintetében, hogy a térségben kevés az elérhető, rehabilitációs és terápiás intézmény.

A pszichiáter szakorvos az elvégzett szakmai tevékenység főbb vonalait a következőkben jelölte meg: anamnézis felvétele, exploráció, ennek megfelelően terápiás terv készítése, gyógyszeres és szupportív terápia alkalmazása. Az addiktológiai problémákkal küzdők kiszűrése az addiktológiai konzultáns segítségével, tesztek felvételével zajlott. A kliensek bevonásakor egy kérdőívet is kitöltetett a szakember, amely az egészségügyi állapotuk, az esetleges társbetegségek feltérképezésben is segítette a diagnosztizálást. A fennálló szenvedélybetegségek esetén probléma volt a rapszodikus megjelenés, az együttműködés hiánya. A két szakember nemcsak együtt, hanem egymás „alá” is dolgozott a programban, egymás hatékonyságát növelték. Az orvosi jelenlétre nagy szükség volt, mert a megyei addiktológiai és pszichiátriai osztályok túlterheltek, a betegek ellátása, rendszeres kontrollja nehezen kivitelezhető a klinikumra jellemző humánkapacitás-hiány miatt.

MAGYAR MÁLTAI SZERETETSZOLGÁLAT EGYESÜLET KOMPLEX HAJLÉKTALANELLÁTÓ ÉS REHABILITÁCIÓS KÖZPONT

Kecskemét / Bács-Kiskun megye / Dél-Alföld régió

Szervezeti, intézményi jellemzők és a részprogramban megvalósuló ellátás rövid leírása:

Székhelyszintű ellátó, ügyfélforgalma magas. A régió az igényekhez képest nem kiépített, a szervezeti együttműködési hajlandóság minimális volt a térségben a részprogram tekintetében, amit az elérhető pszichiátriai és addiktológiai szakemberek hiányával indokoltak az intézmények. A térségben nemcsak az egészségügyi szféra vonatkozásában okoz problémát a humánkapacitás-hiány, hanem a szociális szférát is érinti. Kevés az elérhető, képzett szociális szakember, és több kolléga elhagyta az intézményt a kétéves megvalósítási időszak során is.

Egy pszichiáter szakorvost sikerült bevonni a megvalósításba, de csak csökkentett, havi 10 órás munkaidőben. Az integrált intézmény éjjeli menedékhelyet, nappali melegedőt, háziorvosi rendelőt, utcai gondozószolgálatot, átmeneti szállást működtet.

A személyes interjúban a betegségek szűrése, diagnózisállítás, gyógyszeres kezelés, rövid támogató jellegű ülések, krízisintervenció jelent meg főbb szakmai tevékenységként. Az addikciók kapcsán a szakember megemlítette, hogy nagy segítség lehet a spirituális háttér valamely formája a kliensek számára az absztinencia elérésében (a Máltai Szeretetszolgálat ezen intézményeiben rendszeres a református istentisztelet és a katolikus mise is). Az irányítás során a szakember függőségek esetén gyakorta alkalmazta a szenvedélybetegek 12 lépéses felépülési programmal rendelkező, anonim önsegítő csoportok felé terelését. A spirituális „gyógymód” sokaknak segítség lehet az absztinencia elérésében, erre példaként saját, kliensekkel megélt tapasztalatait is megemlítette a szakember.

ÖNKORMÁNYZATI SZOCIÁLIS SZOLGÁLAT

Oroszlány / Komárom-Esztergom megye / Közép-Dunántúl régió

Szervezeti, intézményi jellemzők és a részprogramban megvalósuló ellátás rövid leírása:

Nem székhelyszintű ellátó, de integrált intézmény, amelyben nappali melegedő, népkonyha és éjjeli menedékhely működik szerényebb befogadókapacitással és férőhelyszámmal, viszont maximális kihasználtsággal. A három részleg egy épületben működik.

Havi 20 órában addiktológiai konzultáns biztosított egyéni konzultációs alkalmakat. Az alkalmazott szakember főállásban a Nyírő Gyula Kórház OPAI Addiktológiai Osztályának Minnesota-részlegén dolgozik, ahol alapjában véve csoportterápiás megközelítésű, tünetcentrikus módszerrel nemcsak a „szárazság", hanem a józanság és a felépülés céljával foglalkoznak a függőkkel (játék, alkohol), és a 12 lépéses önsegítő csoportok szellemiségében közelítenek a szenvedélybetegséghez.

A leírt modell alkalmazhatóságát a hajléktalanpopuláció esetén a szakember csak elenyésző százalékban tartja alkalmazhatónak. A szálló ügyfélkörével kapcsolatban az volt a tapasztalata, hogy a függőségek kezelésének vonatkozásában kevés az az erőforrás, amire támaszkodni lehet. A tartós absztinenciához és a tényleges felépüléshez a kliensek erőforrásai nem elegendőek. A külső környezeti tényezők – pl. elérhető munkahely, támogató családi és szociális közeg – hiánya, illetve a felépülés érdekében mozgósítható belső erőforrások (képzettség, munkaképesség, értelmi és szociális készségek) sok kliens esetében nem teszik lehetővé a Minnesota-modell hatékony alkalmazását.

A szakember ártalomcsökkentést és mentálhigiénés gondozást végzett, valamint ventilációs teret biztosított az egyéni konzultációs alkalmakon. A személyes interjúban itt is megfogalmazódott a szociális szférával való együttműködés nehézségei kapcsán, hogy az intézményi humánkapacitás-hiány miatt a kollégák nagyon leterheltek, sok esetben az ügyfelek „biológiai" ellátására, a működtetésre kényszerülnek szorítkozni munkájukban.

Ez a jelenség a részprogram megvalósítása kapcsán nemcsak ezen a helyszínen, hanem másutt is azt eredményezte, hogy a szociális munkások leterheltségük miatt kevésbé tudták az egészségügyi szakember munkáját az ügyfelek „rendelési alkalmakra" irányításával, motiválásával, valamint közös esetvitellel a terápiában maradást segíteni.[16]

16 Hajléktalanellátó intézmények Magyarországon. 2017, TÁMASZ Alapítvány Pécs Dél-dunántúli Regionális Diszpécserszolgálat és a szakemberekkel készített személyes interjúk anyagai.

A RÉSZPROGRAM TERVEZÉSEKOR FELÁLLÍTOTT HIPOTÉZISEK ÉS A MEGVALÓSÍTÁS KOCKÁZATAI A KÉT SZFÉRA MŰKÖDÉSI FOLYAMATAINAK ÉS ESZKÖZTÁRÁNAK TÜKRÉBEN

Jelen fejezetben kifejtjük azon alapállításokat, valamint a program megvalósításához kapcsolódó kockázatokat, amelyek – tekintve a részprogram egyediségét és specialitásait – alapjaiban meghatározták és/vagy befolyásolhatták a szolgáltatásnyújtás körülményeit, minőségét és tervezett eredményeit.

Mivel a megvalósítás egyik alapja a célcsoport életterében történő közvetlen aktív kapcsolatfelvétel, azaz az egészségügyi szakember által nyújtott szolgáltatás szociális intézményben való biztosítása, ezért első körben a szociális, majd az egészségügyi szféra szemszögéből részletezzük a tervezés szakmai feltételezéseit.

SZOCIÁLIS TÉREN TETT HIPOTÉZISEK, ELŐZETESEN MEGJELÖLT MEGVALÓSÍTÁSI KOCKÁZATOK

A tervezés feltételezése volt, hogy a szociális szféra, azon belül a hajléktalanellátás túlterhelt, a (férőhelybeli, infrastrukturális, személyi, tárgyi) kapacitásokhoz képest nagy számban jelennek meg az ellátásra szoruló hajléktalan emberek a szállókon.

Az ellátás terheltségét csak fokozza az ügyféligények differenciáltsága, és hogy sok esetben koruk, egészségi és mentális állapotuk miatt az ellátásban megjelenő emberek – a lakhatási és szociális ellátáson felül – az említett dimenziókban is segítségre szorulnak. A felsorolt és megjelenő, növekvő igényeket rendszerszinten nem követte fejlesztés a hajléktalanellátásban, és bár a szociális szféra érzékelte a megjelenő igényeket, ezekre szinte csak „ad hoc” jelleggel, egyes intézményi többletforrások ráfordításával, pályázatok keretében tudott reagálni (pl. pályázati pénzből finanszírozott pszichiáterek megjelenése egyes szállókon).

A hajléktalanellátásra rendszerszinten jellemző financiális és személyi korlátok mellett a párhuzamosan növekvő igényekkel egyre jobban „tömegellátásra” kényszerültek az ellátóhelyek. Leginkább a fővárosban érzékelhető az a működtetés terén végbemenő folyamat, hogy a növekvő ügyfélszámot nem követi a financiális források növekedése, így a szállók sem infrastrukturálisan, sem a humánkapacitás terén nem tudják lekövetni az igényeket. Egyre inkább a működtetésre és az ügyfelek „biológiai” ellátására (férőhely, étel, tisztálkodás biztosítása) kényszerülnek szorítkozni, miközben az ügyfelek nagy része rossz egészségügyi és mentális állapotban van, nemcsak lakhatási és szociális deficitekkel, hanem mentális és egészségügyi problémákkal küzd.

A szféra dolgozói érzékelték a problémát, több szociális munkás képezte tovább magát ebbe az irányba, és szerzett mentálhigiénés, addiktológiai konzultáns képesítést, ugyanakkor a megszerzett tudást intézményi szinten már nem sikerült beépíteni az ellátásba, nem sikerült időt és financiális kereteket elkülöníteni a szociális munkás ez irányú segítői tevékenységének elvégzésére és honorálására.

A részprogram célja volt, hogy egy pszichiátriai, addiktológia jellegű szaktudás kerüljön az egyes intézményekbe, hogy a szociális munka kiegészülhessen „mentális", pszichiátriai, addiktológiai gondozással, növelve annak hatékonyságát. A részprogram megvalósítása a szociális munka szemszögéből értelmezhető volt egyfajta eszközként, amikor a szociális munkás segítői feladatai, szakmai tudása és kompetenciahatárai között maradhat, és ha az ügyfelénél pszichiátriai és addiktológiai problémát érzékel, amely gátolja a segítésben, kigondozásban, akkor az adott ellátottat az egészségügyi szakemberhez tudja irányítani.

A megvalósítástól a szociális munkás tehermentesítését várta a programtervezés az ügyfelek mentális, addiktológiai, pszichés gondozása tekintetében. Feltételezhető volt, hogy az egészségügyi szakellátás biztosításával javul az ügyfél mentális állapota, amely kihat a kommunikációjára, a szociális munkással való együttműködési hajlandóságára, így bizonyos értelemben megkönnyíti a szociális munkát, nagyobb eséllyel lesz az sikeres, és nagyobb eséllyel léphet előre a kliens szociális, lakhatási, munkaügyi téren is.

A fentebb vázolt elképzelés egy optimista verzió, amikor a szociális munkás észleli a mentális/pszichés/addiktív problémát az adott kliensen, ezt visszajelzi felé, majd az egészségügyi szakemberhez irányítja, az adott szakember pedig mentális állapotjavulást tud elérni a klienssel. A leírt folyamat kapcsán a megvalósításról már a részprogram tervezési szakaszában megjelöltünk bizonyos kockázati tényezőket, melyeket a következőkben vázlatszerűen rögzítünk.

1. A szociális szféra túlterhelt, a kliensek egészségügyi szakemberekhez irányítása többletfeladatot jelent a szociális munkásnak, amelyet meglévő feladatai mellett nem tud ellátni. A pszichiátriai és addiktológiai betegségek esetén gyakori jellemző, hogy a beteg nem rendelkezik reális önképpel, nincs tisztában betegségével, mentális állapotával, így maga az irányítás – a beteg eljuttatása a szakemberhez – komolyabb előkészítést igényel, ilyen esetekben egyfajta előgondozás, motivációs munka hárul a szociális munkásra. Jelentősebb feladatról van tehát szó, mint hogy elküldi a beteget az orvoshoz.

2. Nem csak az irányítás igényel odafigyelést, többletmunkát a szociális munkástól. Adott esetben az egész terápiás folyamatot kell egyfajta hozzátartozói szerepkörben figyelemmel kísérnie, az ügyfél terápiában maradását támogatnia, kapcsolatot tartania az egészségügyi szakemberrel – mindez jelentős többletteherként jelenik meg az amúgy is túlterhelt szociális munkási szerepkörben.

3. A fentebb megjelölt többletfeladatok elvégzése a részprogram megvalósításában a szociális munkások esetében nem került finanszírozásra, így félő volt, hogy ez a tényező is a „teher" érzetet erősíti az intézményi dolgozókban.

4. Kockázati elemként jelöltük meg azt a megvalósítási eshetőséget, hogy nem alakul ki megfelelő kommunikáció az esetvitel(ek) kapcsán, a két szféra képviselői „nem beszélnek egy nyelvet", nem közeledik a kommunikáció, egymás munkájának kompetenciahatárait nem sikerül közösen megjelölni és ezen határok között maradni, nem alakul ki megfelelő együttműködés a szociális és egészségügyi szakember között.

PSZICHIÁTRIAI, ADDIKTOLÓGIAI SZEMSZÖGBŐL MEGFOGALMAZOTT HIPOTÉZISEK ÉS KOCKÁZATOK

A részprogram kapcsán első ízben valósult meg a hajléktalan emberek számára pszichiátriai és addiktológiai ellátás úgy, hogy a megvalósítás szakmai nyomon követése is megtörtént. Az adatgyűjtéssel egybekötött nyomon követés célja az volt, hogy a megjelenő tapasztalatokat összegezze, és tanulmány keretében rögzítse egy később indítandó állandó, széles körű program megvalósításához.

Ennek megfelelően már a program tervezési fázisában felmértük a szóba jöhető személyi és tárgyi feltételeket, a megvalósítás eszköz- és szakemberigényeit, amelyek kapcsán természetes módon merültek fel olyan problémák, amelyeknek kezelésére a program megvalósítása során fel kellett készülni.

Kirajzolódtak olyan lehetséges kockázatok, nehézségek, amelyek részben az ellátott ügyfélkör sajátosságaiból adódtak, részben a részprogram pilot jellege miatt kerültek szóba. Ugyanakkor körvonalazódtak a részprogram kapcsán várható előnyök, hasznok, nyereségek is, amelyek mind a részt vevő szakembereket (az egészségügyi és a szociális szférában egyaránt), mind az ellátottakat érintették. A projekt indítása előtti konferenciákon ezek a kérdéskörök is felmerültek – esetenként megoldási javaslatokkal –, hogy a részt vevő szakemberek is felkészülhessenek ezekre.

Az alábbiakban azon témaköröket tárgyaljuk részletesen, amelyek a programindítás előtt láthatóak voltak, de korábbi tapasztalatok hiányában – mivel a *Kísérő Intézkedések*hez hasonló program nem zajlott korábban – ebben az időben még pusztán feltételezések és várakozások voltak; az itt taglalt kérdésekre a megvalósítás tapasztalatai hozták el a válaszokat.

Bevezetés

A pszichiátriában az elmúlt évtizedekben a korábbi paradigma fokozatos változását, bővülését tapasztalhatjuk. A tudományág biológiai megközelítése a kezdetektől fogva kiegészült a pszichológiai ismeretekkel, majd ezek mellé a szociológiai hátteret, körülményeket is beemelték mint a patogenezisben és a kezelésben egyaránt fontos faktort.

A legutóbbi időkben vált egyre szélesebb körben elfogadottá az ember negyedik dimenziója, a spiritualitás is mint komolyan számba veendő tényező, amely kimondatlanul bár, de minden bizonnyal kezdetektől fogva jelen volt a segítő-segített kapcsolatokban, viszont tudatos vizsgálata és alkalmazása bizonyítottan javítja a szakember és páciense közötti együttműködés minőségét.

A jelen tanulmányban taglalt részprogram az ember első három dimenzióját (a biológiai, pszichológiai és szociális tényezőt) deklaráltan célba veszi, azzal a kiegészítéssel, hogy megfelelően elfogadó és empatikus hozzáállás mellett a negyedik, a spiritualitás is minden bizonnyal megjelenik a kliens és segítője viszonyában.

A biológiai megközelítést képviselik a részt vevő orvosok (pszichiáterek, addiktológusok) a szomatikus vizsgálatokkal, testi panaszok számbavételével, a gyógyszeres kezelési lehetőségekkel.

A pszichológiai síkon értelemszerűen valamennyi részt vevő egészségügyi szakember dolgozik a megjelentekkel: az orvosokon kívül a pszichológusok, addiktológiai konzultánsok és mentálhigiénés szakemberek egyaránt.

A szociális dimenzió a program megvalósításának helyszínéül szolgáló együttműködő intézmények munkatársain keresztül kerül a rendszerbe: elképzeléseink szerint a szociális szféra dolgozóival szoros együttműködésben zajlik a munka, amely így a pszichés javuláson túl a társadalmi reintegráció hatékonyabb elérését is célozza.

Nehézségek az egészségügyi és a szociális ellátórendszer határán

Általános tapasztalat a segítő szakmákban, hogy a segítő – dolgozzon akár a szociális, akár az egészségügyi szférában – gyakran eljut arra a határra, ahol lehetőségei, jogosultságai, kompetenciái véget érnek, holott a kliens további fejlődéséhez szükség volna egy másik síkon történő segítségnyújtásra is.

A szociális szféra az élet hétköznapi, praktikus terén sokszor jelenthet hatékony segítséget, de ezen túl, például lélektani elakadások, gátak esetében eszköztelenné válik. Hasonlóképpen az egészségügy, ha betegségről van szó, segíthet, de amikor egy ügyfél az alacsony szocioökonómiai státusz okozta nehezen viselhető körülmények és a romló lelkiállapot ördögi körébe kerül, az előbbiek változtatása nélkül csekély az esély, hogy utóbbiak mozdulhassanak.

A gondozásba vett kliensek közül van, aki azért nem képes együttműködni, mert testileg vagy lelkileg beteg, tehát a szociális ellátás nem lesz elegendő a számára, ugyanakkor nem mindenki beteg, aki szenved, tehát önmagában az egészségügyi ellátás kevésnek bizonyul az esetében.

Az ellátáshoz jutás paradoxonja és nehézségei

A laikusok számára is sejthető tényeket megerősítve számos kutatás igazolja (RSZ-TOP-3 online felmérés, FEB3-kutatások stb.), hogy a hajléktalanpopuláció igen jelentős hányada érintett pszichiátriai vagy addiktológiai szempontból. Ugyanakkor ezek a több szempontból is rászoruló személyek mégsem jutnak ellátáshoz, aminek hátterében három tényezőt azonosíthatunk.

Első ezek között a kliensek motiválatlansága, amelyet a későbbiekben részletesen tárgyalunk majd. Elöljáróban megjegyezhető, hogy ez szoros összefüggésben áll a hajléktalan létformával, illetve a hajléktalansághoz vezető egészségügyi, személyiségbeli és szociális faktorokkal.

Egy másik tényező az információhiány: a kliensek nagy része azzal sincs feltétlenül tisztában, hogy nehézségeit betegség okozza, illetve hogy ezekre kérhetne megfelelő segítséget, amely a tünetek, a szenvedés csökkentése révén életminőségének javulásához, erőforrásainak bővüléséhez vezethetne.

A harmadik ok pedig az ellátás megléte, elérhetősége, illetve megközelíthetősége lehet: az ellátások sok esetben a leküzdendő távolságok miatt nem elérhetők ezen réteg számára, illetve ahol mégis, ott a hajléktalan páciensekhez az egészségügyi ellátórendszer sokszor elutasítóan áll hozzá, ezért nem részesülnek a rászorulók adekvát kezelésben.

Az ellátáshoz jutás előnyei a kliens számára

Ezt a kérdéskört aszerint csoportosítva vizsgáltuk, hogy milyen szakemberhez juthat el egy-egy kliens a részprogram megvalósulása során, a részt vevő szakembereknek a tervezési szakaszban meghatározott szakmaspecifikumai alapján.

Pszichiáter szakorvos: A már említett információhiány enyhítése, azaz a megfelelő betegségtudat kialakítása révén akár régóta fennálló, de fel nem ismert kórkép rendezésére kerülhet sor, ami túlzás nélkül egy új világba vezetheti a pácienst. Amennyiben ismert, de nem megfelelően kezelt betegségben szenved valaki, ennek rendezése is jelentősen javíthatja az egyén problémamegoldó vagy munkavégző képességét. A kliens emellett információt kaphat további ellátási formákról (rehabilitációs intézmények, nappali kórházak, önsegítő csoportok, tb-alapon működő egyéb ellátóhelyek, közösségi pszichiátria stb.). Segítséget kaphat praktikus ügyei rendezésében is: leszázalékolási, fogyatékossági támogatással vagy gondnokság alá vétellel kapcsolatos, illetve egyéb hivatalos ügyekben.

Addiktológus szakorvos: Bár ebben az esetben kifejezetten gyakran fordul elő, hogy „küldött betegként" jelentkezik a kliens, ami általában kedvezőtlen előjel az együttműködésre nézve, mégis lehetnek kedvező hozadékai egy ilyen találkozásnak is. Sokszor a szakember szava többet számít, mint amit akár évek óta is mondogat az illető környezete, családja, szociális munkása. A páciens új nézőpontokat kaphat, egy motivációs interjú előmozdíthatja a szerhasználattal kapcsolatos problématudatát, és változásra ösztönözheti. Fontos az ítélkezés és elvárás nélküli informálás a betegség mibenlétéről, valamint az önsegítés lehetőségeiről és a józan élet előnyeiről.

Pszichológus: A pszichológus egyfelől segítségére lehet az orvosoknak a szűrés, a tesztek, valamint a diagnosztika révén, amelyek szakvéleményeknél felhasználhatók, és a beteg mindennapi életviteléhez, minimális anyagi biztonságának megteremtéséhez nyújthatnak alapot. Ugyanakkor könnyebb lehet a szakemberhez fordulás, ha nem orvosról van szó („Nem vagyok bolond!"), azonban ha szükséges, mégis orvoshoz irányíthatja a jelentkezőket. Emellett terápiás foglalkozásokat tarthatnak a pácienseknek (egyéni, csoportos, krízisintervenció stb.).

Mentálhigiénés szakember: A mentálhigiénés szakemberek szintén jelenthetnek diagnosztikai segítséget az orvosok számára, pl. önkitöltő tesztek átadásával és értékelésével. A mentálhigiénés szakember sokszor helyben dolgozik a szóban forgó ellátóhelyen (szociális területen), ezért már van kialakult személyes kapcsolat, ismeretség, ami megkönnyíti a kapcsolatfelvételt és a segítségkérést. Ezen a bizalmi alapon könnyebb elfogadni az orvosi vagy kórházi segítséget, ha javasolják.

Addiktológiai konzultáns: Mivel a hajléktalanpopulációt a szakemberek szubjektív tapasztalatai, valamint a fent említett felmérések egybehangzó tanúsága szerint kiemelten érintik a függőségek, kifejezett előny ezen szakemberek speciális jártassága a függőségekben. Segíthetik a klienseket az igen gyakran hiányzó motiváció érlelésében, miközben

a konzultációkon az érdemi megoldásra fókuszálás lehet hangsúlyos, pl. a gyógyszeres terápia részletkérdései helyett. A továbbirányítás szempontjából nagy előny az egyéb segítő lehetőségek ismerete (kórház, önsegítés, közösségi pszichiátria, absztinensszállók stb.).

Az ellátáshoz juttatás előnyei a szociális dolgozó számára

Meglátásunk szerint a kliensek mentálhigiénés kezelésbevétele a szociális szféra számára is előnyökkel járhat. A pszichés állapot rendezése révén jobb együttműködés várható, ami a szociális munka hatékonyságát is növeli. Mivel számos kérdést megbeszélhet a kliens a szakemberrel, és a kezelésbevétel hatására várhatóan feszültségei is enyhülnek, csökken a teher a szociális ellátórendszeren. A fent már részletezett módon a kezelésbevétel segítséget jelent leszázalékolási, fogyatékossági támogatási és egyéb hivatalos ügyekben.

Az ellátásba juttatás módja: ki és hogyan vehet részt?

A szociális ellátórendszerben megjelenő mindazon kliensek esetében ajánlható volt a részprogram, akikről tudható, hogy addiktológiai, pszichológiai vagy pszichiátriai nehézségeik vannak. Idetartozhatnak azok is, akikről a szociális szakember tapasztalatai alapján feltételezhető ilyen állapot megléte, illetve akik fennakadnak az egyszerű, önkitöltős teszteken alapuló szűrővizsgálatokon. Természetesen a szolgáltatás elérhető volt bárki számára, aki ezt kifejezetten kérte.

A szóba jövő kórképek elsősorban a hangulatzavarok (főként depresszió, ritkán mánia); szorongásos problémák (pánik, fóbia, kényszer); alvászavarok; skizofrénia és egyéb pszichotikus kórképek; demencia, oligofrénia; addikciók (kémiai és viselkedéses).

Miben tud segíteni az egészségügy a szociális ellátónak?

Az ellátásba irányított klienseknél megállapítja, fennáll-e pszichiátriai betegség, és az kezelhető, javítható-e. Ha igen, terápiás javaslatot ad, vagy magát a terápiát is megkezdi (gyógyszeres kezelés, beutalás, egyéb terápia, önsegítő csoport felé irányítás stb.). Fontos feladat a különféle igazolások, szakvélemények kiadása, például elhelyezés, leszázalékolás, fogyatékossági támogatás, gondnokság alá vétel, rendőrségi/bírósági ügyek, kiemelt támogatás, adókedvezmény ügykörökben. Ezeken felül fontos szempont, hogy az egészségügyi szakember átveszi – pontosabban visszaveszi – a felelősséget és időt azért, ami nem tartozik a szociális ellátó kompetenciájába, hanem egészségügyi kérdés, mint ahogyan pl. a magas vérnyomás kezelését sem várja senki a szociális munkástól.

Miben tud segíteni a szociális ellátó az egészségügynek?

Az ellátásba irányítandók kiválasztásánál hasznos eszköz lehet az előszűrés, a feltehetően ellátásra szorulók felkutatása, majd az ellátásba irányítottak esetében az egészségügyi szakember informálása, ami a rendelkezésre álló dokumentumok bemutatását, a meglévő gyógyszerelés ismertetését, valamint a szociális szakember saját tapasztalatait és megfigyeléseit tartalmazza.

Ide tartozhat legyengült vagy zavart állapotú páciensek kísérete, támogatása is, valamint a kezelési alkalmak között visszajelzés adása az egészségügyi szakember számára, hiszen a páciens nem mindig objektív a saját állapota megítélésében, illetve egyes esetekben erre képtelen.

Kommunikáció az egészségügyi és a szociális szféra között

Fontos kérdés az egészségügyi szakember közvetlen informálása, hiszen a kliens gyakran pontatlanul adja át az információkat, mint a közismert gyermekjátékban a „rossz telefon", amely eltorzítja az eredeti mondanivalót. A visszafelé irányuló információáramlásra is szükség lehet, akár személyesen, akár írásosan ambuláns lap vagy kísérőlevél formájában.

A részprogrammal kapcsolatos várakozások, célkitűzések

A hajléktalan állapot és a leromló szomatopszichés állapot jelentette, fentiekben taglalt „róka fogta csuka" helyzet megtörhető lehet, ha mindkét oldalról, azaz a szociális és az egészségügyi részről egyszerre dolgoznak rajta. Várható, hogy a pszichés állapot javulásával a kliens együttműködése is javul, ezáltal csökken a teher mindkét szférán, miközben mindkét oldalon növekedhet a hatékonyság.

A részprogram végrehajtása során várható előnyök, valamint nehézségek, kockázatok

A fő nehézséget várhatóan az jelenti a résztvevők számára, hogy olyan kliensekkel kell együtt dolgozniuk, akiknek a motivációja elmarad az ellátóhelyeken megszokott megjelentekétől, hiszen javarészt irányított, küldött kliensekről lesz szó. Problémás lehet a tanult tehetetlenség megtörése, amihez az egészségügyi és a szociális szféra összehangolt erőfeszítéseire lesz szükség, de még a legjobb szándék és adekvát szakmai hozzáállás mellett is jelentős lemorzsolódási, illetve sikertelenségi rátára számíthatnak a részprogram résztvevői.

Ennek kapcsán a célkitűzések alapos megfontolására és inkább könnyebben elérhető részcélok kitűzésére hívjuk fel a figyelmet, amivel elkerülhető mind a kliensek, mind az ellátást nyújtó szakemberek indokolatlan és irreális nyomás alá helyezése, illetve frusztrálása, ami páciensoldalról könnyebb és gyorsabb lemorzsolódáshoz, segítői oldalról pedig kiégéshez vezetne.

Ugyanakkor pozitívumként említhető, hogy a részprogram révén olyan személyekhez is eljuttatható a mentálhigiénés ellátás, akik egyébként nem jutnának segítséghez, és mindenképpen jelentős kérdés, hogy az ő esetükben milyen változásokat képes elindítani a megfelelő szakmai segítség elérhetővé tétele. Remélhető, hogy ha ezeknél a klienseknél javítható a pszichés állapot, az a szociális szférával való együttműködésüket, illetve a szociális gondozásban történő előrehaladásukat is kedvezően befolyásolja majd.

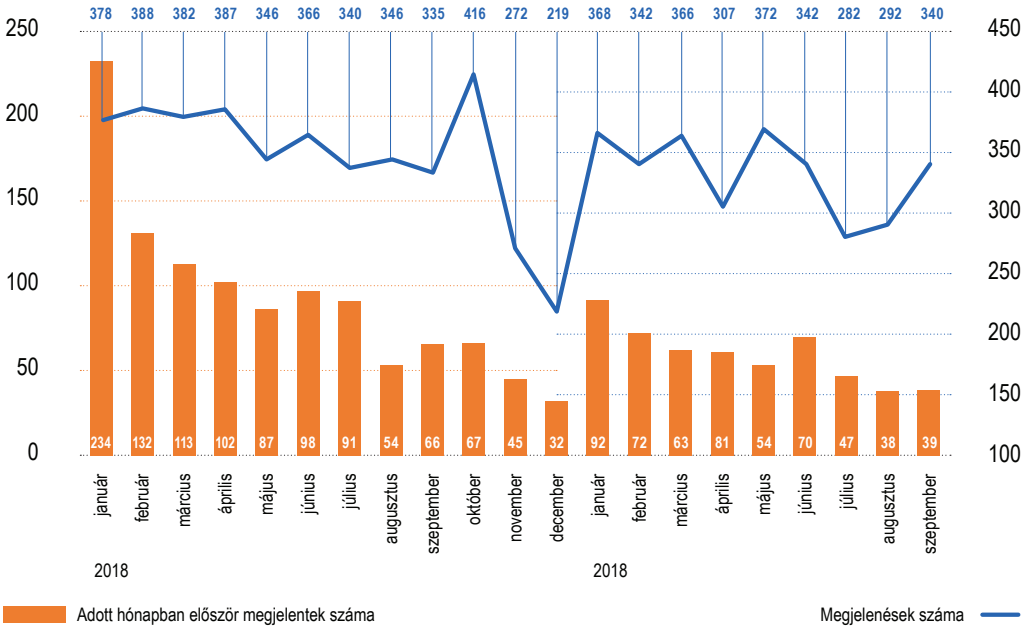
A TAPASZTALATI KONFERENCIÁK SZAKANYAGAINAK ÖSSZEGZÉSE TEMATIKA SZERINT

Készítette: dr. Tóth András

I. STATISZTIKAI ADATOK ÉRTÉKELÉSE[17]

A program kezdete óta az összes ellátási alkalom 9891-re, az összesen ellátott személy száma 1919-re emelkedett 3,72-es egy főre vetített átlagos megjelenésszám mellett.

Az alábbi táblázatokban, illetve grafikonokban megjelenített adatok azonban nem tükrözik a részprogram egészét. Ennek oka, hogy a Közép-Magyarország régióban és a konvergenciarégiókban 3 hónap eltéréssel indult meg a részprogram megvalósítása, ezért bizonyos statisztikai elemzések esetén csak azt az időszakot vizsgálatuk, amikor valamenynyi ellátóhelyen egyidejűleg működött a program, hogy az adatok egymással összevethetők legyenek.



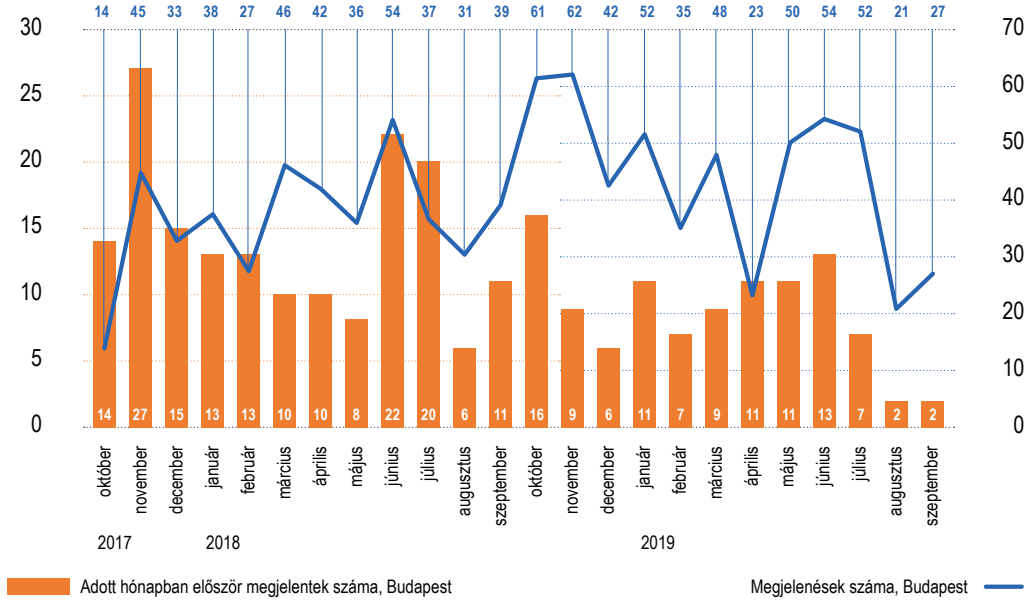
4. ábra: Az először megjelentek és az összes megjelenés számának alakulása havonta

Az először megjelent ügyfelek száma értelemszerűen a részprogram kezdetén mutatta a legmagasabb értéket, majd fokozatosan csökkent év végéig. Az új megjelenésekben az augusztus jelentett mélypontot, illetve a november-decemberi időszak mind az új, mind az összes megjelenés tekintetében jelentős esést hozott.

17 Adatforrás: A szakemberek által havi rendszerességgel végzett Excel-alapú adatszolgáltatás statisztikai elemzésekkel (dr. Sugár András).

Mindez azért különösen meglepő, mivel a karácsonyi-újévi időszak a pszichés betegek és a hajléktalan emberek számára egyaránt jellemzően kritikus, érzelmileg nehezen megélt időszak, hiszen mindkét populációra jellemző az izoláltság, a rendezetlen családi és emberi kapcsolatok. Az itt szóban forgó személyek pedig e két populáció metszetét jelentik, rájuk tehát kiemelten igaznak kellene lennie, hogy éppen ezen időszakban igénylik és keresik jobban a pszichés, mentálhigiénés támogatást. Az ellentmondás feloldását annak a gyakorlati részletnek az ismerete adja, hogy az egészségügyi szakemberek – a munkavállalók többségéhez hasonlóan – ezen időszakban előszeretettel veszik ki az éves szabadságuk egy jelentősebb részét, így a rendelési alkalmak híján nem is lehetett volna magasabb a megjelenésszám az esetleg megnövekedett igények ellenére sem. Ez fontos tanulság a későbbiekre nézve: a helybe vitt szolgáltatást nem szerencsés éppen a leginkább szükséges időben csökkenteni, ezt a szempontot a szabadságok alakításánál figyelembe kell venni.

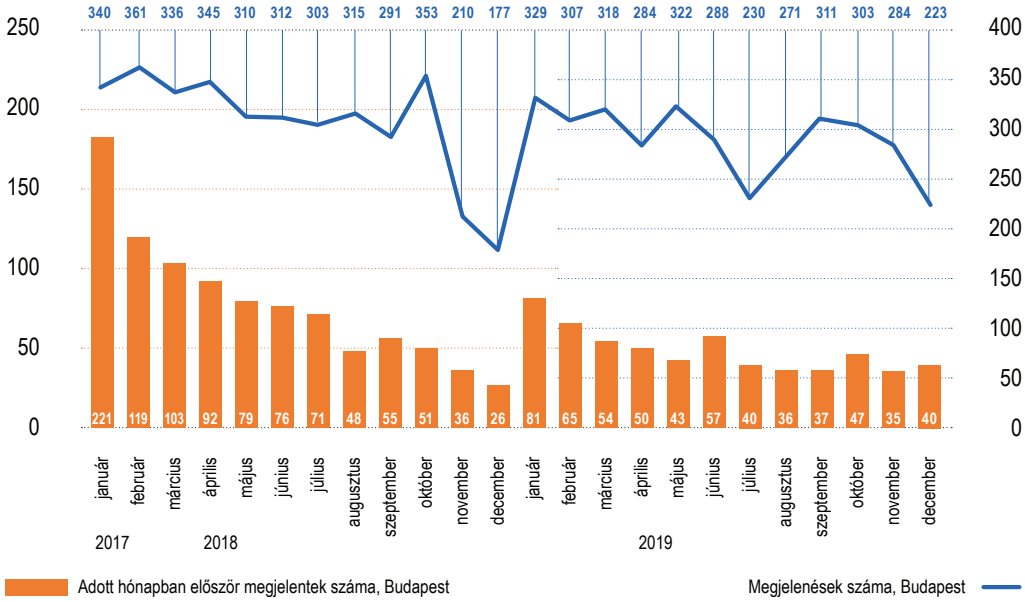
Az összes megjelenés száma 2018 októberében mutat kiugrást, ahol azt láthatjuk, hogy az újonnan érkezők száma nem változik lényegesen a korábbiakhoz képest, tehát ezt a csúcsot a nyár után visszatérő korábbi, ismert kliensek megjelenése magyarázza. Ez összefüggésben lehet azzal, hogy az ősziesebbre forduló időjárás miatt többen jelennek meg a szállókon, ezáltal a szolgáltatáshoz is jobban hozzáférnek.



5. ábra: Az összes megjelenés jellemzői a 2017. október – 2019. december időszakban

A megjelenések más-más dinamikát mutatnak Budapesten, illetve vidéken. A fővárosban jellemzően nagyobb a fluktuáció a kliensek között, és ez az először megjelentek, valamint az összes megjelenés számában is megmutatkozik. Ez az eltérés visszavezethető arra, hogy a fővárosi hajléktalanellátásra jellemző a magas ellátotti szám, valamint az ellátórendszer kiépítettsége, és így az ügyfélkör mozgástere jóval nagyobb.

A program utolsó két hónapjában tapasztalható visszaesést a még megmaradt szabadságok kivétele miatt lecsökkent rendelésszám, illetve egyes munkatársak tartós betegállománya magyarázhatja.



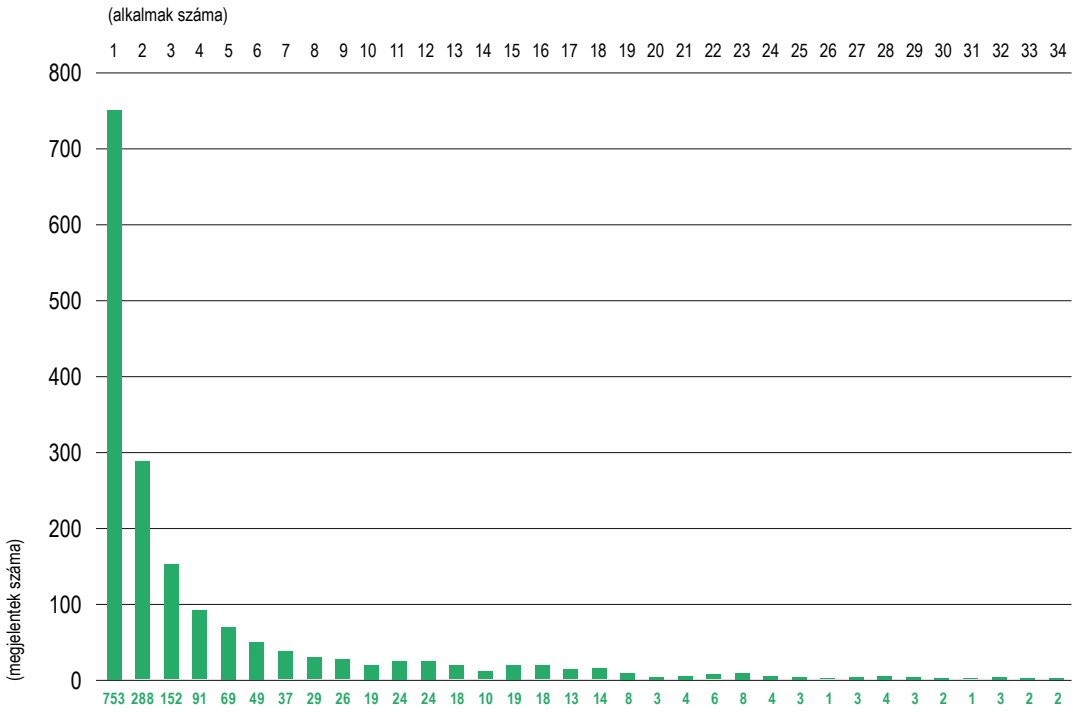
6. ábra: Az összes megjelenés jellemzői a 2018. január – 2019. december időszakban

A vidéki helyszíneken a fluktuáció lényegesen kisebb, a jellemző tendencia az év eleji több jelentkezés (ami nemcsak a program indulásakor, hanem egy évvel később is észlelhető volt), majd ezt követően az új jelentkezők száma stabilan 40, az összes megjelenés 200-300 körül ingadozott.

Helyszín	Város	Ellátott fő	Ellátási alkalom	Átlagos megjelenésszám
Budapesti Módszertani Szociális Központ	Budapesst	241	716	3,0
Hajléktalanokért Közalapítvány	Budapest	32	254	7,9
Szolnoki Kistérség Többcélú Társulása	Szolnok	42	358	8,5
Fogyatékkal Élőket és Hajléktalanokat Ellátó Közhasznú Nonprofit Kft.	Szombathely	106	432	4,1
Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület	Hatvan	29	87	3,0
Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület	Veszprém	81	522	6,4
SZMJVÖ Kríziskezelő Központ	Székesfehérvár	98	373	3,8
TÁMASZ Alapítvány	Pécs	142	568	4,0
Magyar Vöröskereszt Somogy Megyei Szervezete	Kaposvár	136	618	4,5
Oltalom Szeretetszolgálat	Nyíregyháza	41	455	11,1
Magyar Vöröskereszt Zala Megyei Szervezete	Zalaegerszeg, Nagykanizsa	218	828	3,8
Békés Városi Szociális Szolgáltató Központ	Békés	30	374	12,5
Rehabilitációs Foglalkoztatási és Szociális Szolgáltató	Debrecen	96	866	9,0
Magyar Vöröskereszt Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Szervezete	Miskolc	155	313	2,0
Hajléktalanokat Segítő Szolgálat	Győr	281	898	3,2
Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület	Kecskemét	95	226	2,4
Önkormányzati Szociális Szolgálat	Oroszlány	12	204	17,0
Összesen:		1835	8092	4,4

5. tábla: Megjelenések száma helyszínenként és személyenként

Összesen több mint 1800 fő kereste fel a rendelési alkalmakat, összesen több mint 8000 alkalommal. Az átlagos megjelenésszám 4,4 volt fejenként, ami helyszínenként jelentős szórást mutat: 2 és 17 között. Az országos átlag az idő előrehaladtával fokozatosan emelkedik, 2018 augusztusában 3 alatti értéket detektáltunk, majd fokozatosan növekedve érte el a 4,4-es értéket. Ez arra utal, hogy a programmegvalósítás során kialakult egy visszajáró klienskör, akik rendszeresen igénybe vették a szolgáltatásokat.



7. ábra: Megoszlás a megjelenések száma szerint

A fenti ábra a 4,4-es átlag mögötti egyedi értékeket mutatja. Látható, hogy a leggyakoribb érték az egyszeri megjelenés: az összes kliens 44%-a egy alkalommal jelent meg, amibe beleértendők a szűrővizsgálatok is. Ugyanakkor nem minden esetben lehet cél egy hosszú távú terápiás folyamat kialakítása, mivel erre nem minden páciensnek van szükség, igénye, lehetősége vagy képessége.

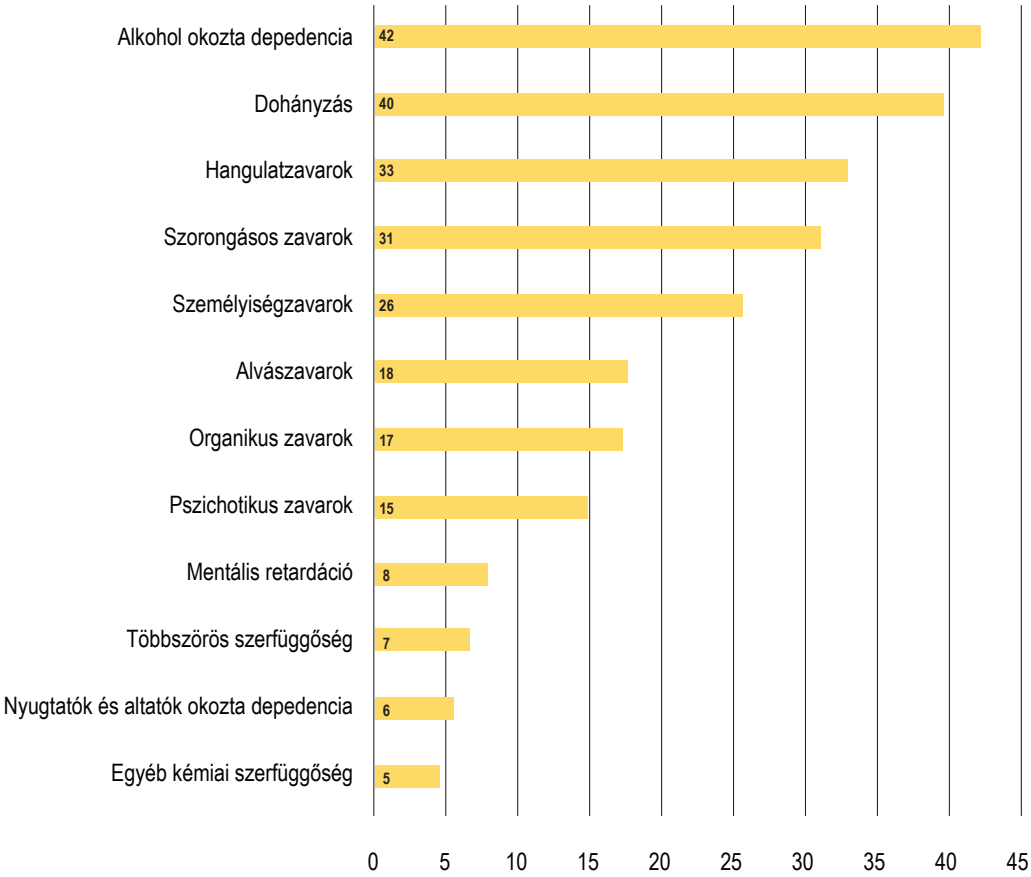
Ugyanakkor jelentős azoknak a száma, akik legalább 5 alkalommal jelentek meg, itt tehát már mindenképpen páciens és kezelője közötti kapcsolatról, sok esetben terápiás folyamatról is beszélhetünk. A legalább 6-szor visszatérők száma 356 (az összes megjelent 19%-a), a legalább 10-szer visszatérők száma pedig 215 fő (11%), ami – tekintetbe véve a szűrővizsgálatok nagy számát és a szóban forgó betegpopuláció sajátosságait – arra utal, hogy a részt vevő szakembereknek kifejezetten jó terápiás kapcsolatot sikerült kiépíteniük a megjelentekkel.

Diagnózis	Összesen (%)	Legalább 5-ször megjelent	Legalább 10-szer megjelent	Legalább 15-ször megjelent
Organikus zavarok	17	22	23	22
Pszichotikus zavarok	15	26	28	29
Hangulatzavarok	33	52	54	52
Szorongásos zavarok	31	50	51	50
Evészavarok	4	12	16	16
Alvászavarok	18	37	40	43
Személyiségzavarok	26	35	36	35
Mentális retardáció	8	13	14	18
Sine morbo	3	5	4	3
Alkohol okozta depedencia	43	53	55	56
Dohányzás	40	52	57	63
Egyéb kémiai szerfüggőség	5	10	11	17
Nyugtatók és altatók okozta depedencia	6	13	15	17
Többszörös szerfüggőség	7	13	15	15
Kóros játékszenvedély	1	1	2	2
Egyéb viselkedéses függőség	4	10	13	13
Egyéb vagy bizonytalan	12	15	14	14

6. tábla: A legtöbbször visszajáró páciensek diagnózisai

A leggyakrabban visszajáró kliensek az alkoholfüggők és dohányosok (e két diagnózis rendszerint együtt jár), valamint a hangulati és szorongásos zavarral küzdők közül kerültek ki. Ugyanakkor az alvászavarokra jellemző még, hogy több alkalommal is visszajárnak a kezelésekre, minden bizonnyal a tünet által okozott jelentős szenvedésnyomás miatt. Hasonlóan magas arányban jelentek meg a visszajáró kliensek között a személyiségzavarban szenvedők, ami a fentiekhez hasonlóan szintén a jó terápiás kapcsolat kiépítésére utal, hiszen ennek a betegcsoportnak elsősorban kapcsolati nehézségei vannak, amelyek rendszerint fokozott odafordulás-igénnyel járnak, ami a terápiában maradás alapját képezi náluk.

A pirossal kiemelt sorokban látható, hogy bizonyos diagnózisok esetében a visszatérőkre jellemzőbb az adott diagnózis, mint a megjelentek átlagára.



8. ábra: A leggyakoribb diagnózisok

A fenti ábra alapján látható, hogy az addikciók messze a leggyakrabban diagnosztizált kórképek, ami megfelel a hajléktalanellátásban dolgozó egészségügyi és más szakemberek azon szubjektív benyomásainak, hogy a kliensek jelentős hányada szenved valamilyen függőségben, ami részben oka, részben következménye is a hajléktalan létállapotnak és életmódnak.

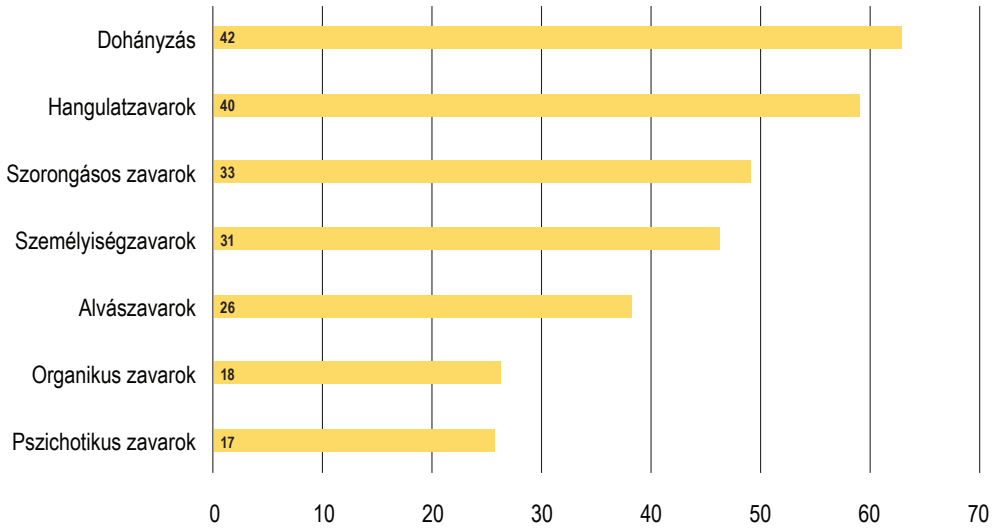
Az addikciókat az átlagpopulációhoz hasonlóan a hangulati és szorongásos zavarok követik, amelyek szintén körkörös ok-okozati viszonyban állnak az addikciókkal, azaz a függőség tekinthető a szorongásos és hangulati zavarok inadekvát öngyógyítási kísérletének, illetve ezen zavarok következhetnek a szerhasználat okozta veszteségekből, károkból, a használat okozta bűntudatból, de ugyanígy a megvonás és szerhasználat ördögi köréből is.

Ezeket a diagnózisokat a személyiségzavarok követik, az átlagpopulációhoz (10-20%) képest felülreprezentált mértékben (26%). A hajléktalansághoz vezető faktorok között a gyakorlati problémamegoldó-képesség mellett kulcsfontosságúak a társas kapcsolatok terén tapasztalt nehézségek, amelyek a személyiségzavarok központi problémáját jelentik, így a statisztikáinkban megjelenő adatok még alacsonynak is tűnnek a várakozásokhoz képest.

Az organikus zavarok esetében részben a nagyarányú szerhasználat (alkohol és dohányzás), részben a hajléktalan életmóddal együtt járó, inkább minőségileg, mint mennyiségileg elégtelen táplálkozás is fontos faktor.

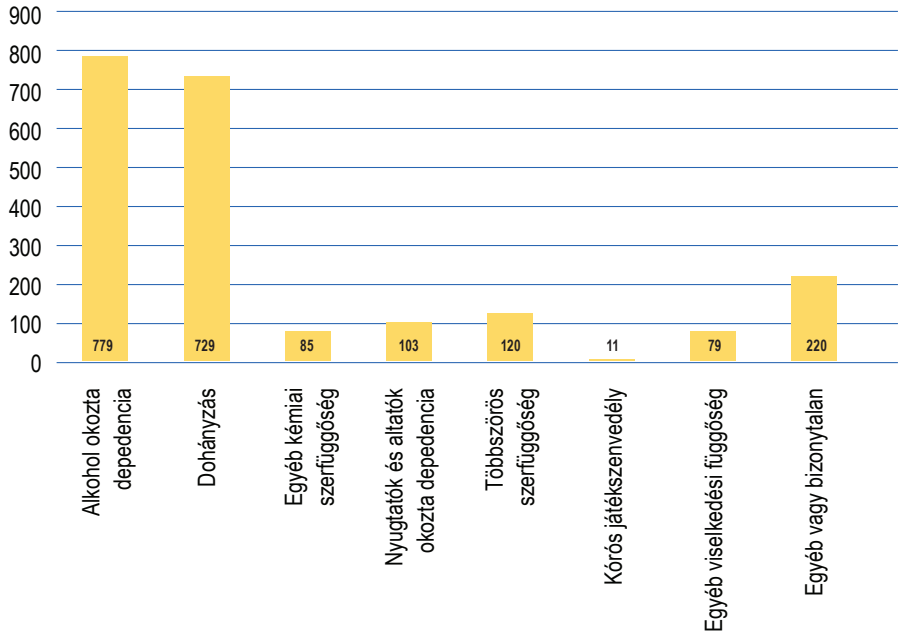
Az alvászavarok tekintetében több tényezőt is figyelembe kell venni. Egyfelől a szállást nyújtó hajléktalanellátó intézményekben (éjjeli menedékhelyeken vagy átmeneti szállásokon) rendszerint többágyas szobákban vannak elhelyezve a lakók, ami az éjszakai mozgások, zajok miatt megnehezíti a pihentető alvást. Másfelől a pszichiátriai alapbetegségek (ld. a fentebb felsoroltakat) eleve hajlamosítanak az alvászavarra, sokuk tünetei között előkelő helyen szerepel.

A mentális retardációk erősen felülreprezentáltak (8%) a megjelentek között a normál populációban tapasztalt arányhoz (1%) képest. Nyilvánvaló, hogy a csökkent értelmi képességek megnehezítik a személy számára a társadalomba való beilleszkedést, az anyagi boldogulást, különösen a korábbi gondviselők (jellemzően a szülők) elvesztését követően, ezért nem meglepő a mentálisan retardáltak magas aránya.



9. ábra: Alkoholizmushoz leggyakrabban társuló diagnózisok

A megjelentek körében leggyakrabban megállapított diagnózis az alkoholfüggőség volt. Vizsgáltuk ennek együttjárását más diagnózisokkal, ahol kimagaslóan vezetett a dohányzás, majd ezt olyan pszichés zavarok követik, amelyek gyakori megjelenése két oldalról is magyarázható, amint azt a 4. pontban már kifejtettük.



10. ábra: A leggyakoribb diagnózisként szereplő addikciók szer szerinti megoszlása (fő)

Amint látható, az alkoholizmus és a dohányzás aránya közel hasonló, a megjelentek többségénél a két szer együtt jár. Mivel ezek a legkönnyebben hozzáférhető szerek, érthetően messze gyakoribbak az összes többinél. A többszörös szerfüggőség az esetek többségében gyógyszer, alkohol és drogok kombinációja lehet; a kezelt populációban leggyakrabban alkohol és gyógyszer együttes vagy váltott használatát jelenti.

Vannak tisztán gyógyszerfüggő páciensek is, azonban a közhiedelemmel ellentétben ez sem veszélytelenebb bármely más szerfüggőségnél. Egyfelől ezek a gyógyszerek önmagukban sem veszélytelenek (hosszú távon májkárosító és kognitív funkciókat rontó hatással bírnak), másfelől könnyű a váltás más, még ártalmasabb szerekre, és nem utolsósorban a háttérben meghúzódó pszichés mozgatórugók és deficitek azonosak a többi addikció esetén megfigyeltekkel, és a teljes felépüléshez ugyanúgy ezek korrekciójára van szükség.

Egyéb kémiai szerfüggőség alatt elsősorban az illegális drogok szerepelnek, az előbbiekhez képest érthetően kisebb arányban, azonban a dizájnerdrogoknak[18] a „hagyományos” drogokhoz képest jóval könnyebb a hozzáférhetőségük, alacsonyabb az áruk, ezért

18 A dizájnerdrogok olyan illegális tudatmódosító szerek, amelyeket már ismert, tiltólistás szerek apró kémiai változtatásaival hoznak létre illegális laboratóriumokban. A változtatások célja, hogy olyan vegyületet alkossanak, amely nem szerepel a tiltott szerek listáján, így forgalmazásuk (növényvédő szer vagy fürdősó megnevezéssel), illetve birtoklásuk nem ütközik törvénybe. Ugyanakkor a kémiai szerkezet megváltoztatása a hatás megváltozásával is járhat, azonban ezek a változások előre megjósolhatatlanok, még a vegyületet megalkotó vegyész számára is ismeretlenek, és sokszor csak hosszú távon, illetve a használók kisebb hányadánál jelentkeznek. Ezekben az esetekben viszont olykor rendkívül súlyos, akár a használó vagy mások életére, testi épségére is veszélyes hatások jelentkeznek, ezek teszik ezeket a szereket kiemelkedően veszélyessé.

ezek megjelenésével a droghasználat is emelkedő tendenciát mutat, akár az alkohol vagy a gyógyszerek pótlásaként is. Ez a jelenség egyébként nemcsak a hajléktalanellátásban, hanem az addiktológiai ellátásban is megfigyelhető tendenciához illeszkedik: a dizájnerdrogok használata alacsony áruk és relatíve csekély büntetőjogi kockázatuk miatt általánosságban véve tért hódít. A szegénynegyedekben, gettószerű telepeken vagy háztömbökben terjed leginkább, de a fiatalok (középiskolások) között is egyre gyakoribb a használata, és az addiktológiai ellátásban megjelenő droghasználók között is lassan többségbe kerülnek azok, akik a „klasszikus" szerek mellett dizájnerdrogokkal is élnek.

A grafikon alján szerepel a kóros játékszenvedély (vagy a DSM-5 meghatározás szerint szerencsejáték-zavar), amely a többi függőséghez képest csekélyebb arányban jelenik meg. Az átlagpopuláció közel 3%-os arányához képest magasabb az előfordulása, azonban figyelembe kell venni, hogy itt a szakrendeléseken megjelent páciensek közötti előfordulást vizsgáljuk, nem pedig a teljes népességhez, illetve még csak nem is a hajléktalanpopuláció összességéhez mérjük. Az alacsony esetszám miatt messzemenő statisztikai jellegű következtetéseket nem tudunk levonni a hajléktalanok körében megfigyelhető előfordulásra, illetve a szerencsejáték-zavarban szenvedő hajléktalan személyek egyéb jellemzőire vonatkozóan. A felismerést nehezíti az is, hogy bár az utóbbi években szakmai körökben egyre elfogadottabb, hogy a többi függőséghez hasonlóan a szerencsejáték-zavar is betegség, a köztudatban egyáltalán nincs benne ez a gondolkodásmód. Ezért sokszor maguk az érintettek sincsenek tisztában azzal, hogy ez a kérdés egészségügyi szakemberekre tartozhat, azaz akár eszükbe sem jut megemlíteni, mert pusztán rossz szokásként tekintenek rá, nem pedig egészségügyi, mentálhigiénés problémaként.

11. ábra: Beavatkozások megoszlása a megjelentek körében

Leggyakoribb beavatkozásként az állapotfelmérő beszélgetés szerepel, hiszen ezt ez első alkalommal kivétel nélkül, de az ismételt megjelenések során is gyakran elvégzi a szakember. Ehhez csatlakozik az állapotfelmérő és egyéb diagnosztikus tesztek felvétele, amely szintén főként az első találkozásra jellemző beavatkozási forma. A második helyen álló „egyéb beavatkozás" elsősorban a listába fel nem vett fülakupunktúrás kezeléseket takarja.

Az egyéni pszichoterápiás ülések is nagy arányban fordultak elő, ami a projekt célkitűzésével összhangban a hosszú távú változást tudja megcélozni. Ettől elválnak a krízisintervenciós alkalmak, amelyek szintén egyszemélyes, pszichoterápiás jellegű beavatkozások, de limitált időkerettel történnek, és az akut szenvedés csökkentését, elviselését segítik elő.

Az esetek közel 20%-ában történt gyógyszeres kezelés, illetve valamivel kisebb arányban szakvélemény, feleennyi esetben pedig terápiás javaslat kiállítása. A szociális szférában dolgozó munkatársak visszajelzései alapján tudhatjuk, hogy ezen, kifejezetten orvosi kompetenciába tartozó beavatkozások jelentős része nem történt volna meg a helybe vitt szolgáltatás nélkül, miközben a páciensek egészségi, anyagi és jogi helyzete szempontjából egyaránt igen komoly következményekkel járhatnak.

Megnevezés	Fő	%	Alkalom (db)
Önsegítő csoport	259	14	824
Pszichiátriai fekvőbeteg osztályos beutalás	81	4	109
Addiktológiai fekvőbeteg osztályos beutalás	41	2	57
Pszichiátriai rehabilitációs osztályra utalás	33	2	39
Addiktológiai rehab. osztály vagy intézet	160	9	196
Egyéb ambuláns ellátás	129	7	283
Más szekrendelésre irányítva	267	15	533
Visszarendelve	1050	57	4483
Csoportos pszichoterápiára irányítás	196	11	381

7. tábla: A megjelent kliensek továbbirányítása

A táblázatban szereplő „egyéb" megnevezésen a programon belül működő másik szakemberhez, az ellátás helyszínéül szolgáló intézmény szociális munkásaihoz történő továbbirányítás értendő. Ezek egyértelmű túlsúlya utal arra, hogy jó együttműködés alakult ki az egyes ellátóhelyeken a párhuzamosan dolgozó egészségügyi szakemberek, illetve az egészségügyi szakemberek és a szociális szféra között egyaránt.

Gyakran irányították tovább a pácienseket más szakrendelésekre elsősorban nem orvosi végzettségű szakemberek orvoshoz (pszichiáterhez, addiktológushoz) gyógyszeres kezelés vagy egyéb, orvosi kompetenciába tartozó ellátás céljából.

Harmadik helyen az önsegítő csoportokba történő irányítás áll, amelyek hatékony, megbízható és költségkímélő megoldást jelentenek elsősorban az addikt betegek számára. A csoportos terápiákat gyakran az adott szakember szervezte és tartotta a jelentkezőknek, legtöbbször edukatív (elsősorban mindenkinek saját betegségük mibenlétéről, kezelésé-

ről), demenciában szenvedők számára kognitív készségfejlesztő vagy szinten tartó, illetve szocioterápiás (pl. filmklub jellegű) csoportokról volt szó.

Az intézménybe irányítás esetében az addiktológiai rehabilitációs intézmények voltak a leggyakoribbak, ami a szenvedélybetegek esetében a problématudat kialakítására és sikeres motiválásra utal. Az egyéb ambuláns ellátás többnyire a betegek által mintegy mellékesen megemlített fizikális panaszokkal függ össze, ezek kezelésének vagy kivizsgálásának céljából történik.

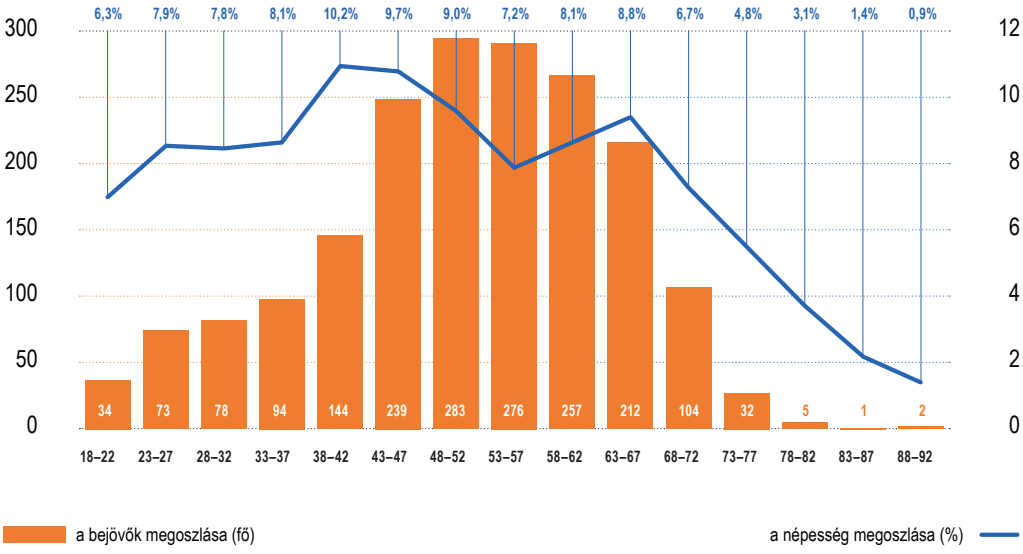
A lista végén szerepelnek az akut addiktológiai, illetve akut és rehabilitációs pszichiátriai ellátások, amelyek még így is viszonylag nagy számban szerepeltek a későbbi betegutak között.

12. ábra: A beavatkozás fajtájának hatása a visszatérésre

A legerősebb, csaknem 100%-os hatása a visszatérésre az egyéni pszichoterápiának van. Érthető, hiszen ez kellő előkészítést követően hosszú távú szerződést feltételez egy elkötelezett klienssel. A krízisintervenció jelentős lemaradással követi, vélhetőleg azért, mert esetenként egy-egy alkalom is elegendő lehet a krízishelyzetből való kilábalásra, esetleg a lélektani krízist okozó állapot vagy helyzet rövid úton rendeződik, ezáltal a páciens nem igényli a további beavatkozást.

A rövid pszichoterápiás ülés nem feltétlenül jelent hosszú távú elköteleződést, adott esetben a szerződés akár csak egyetlen alkalomra szól, és szupportív beavatkozást jelent, amelyet nem szükségszerűen követnek további ülések.

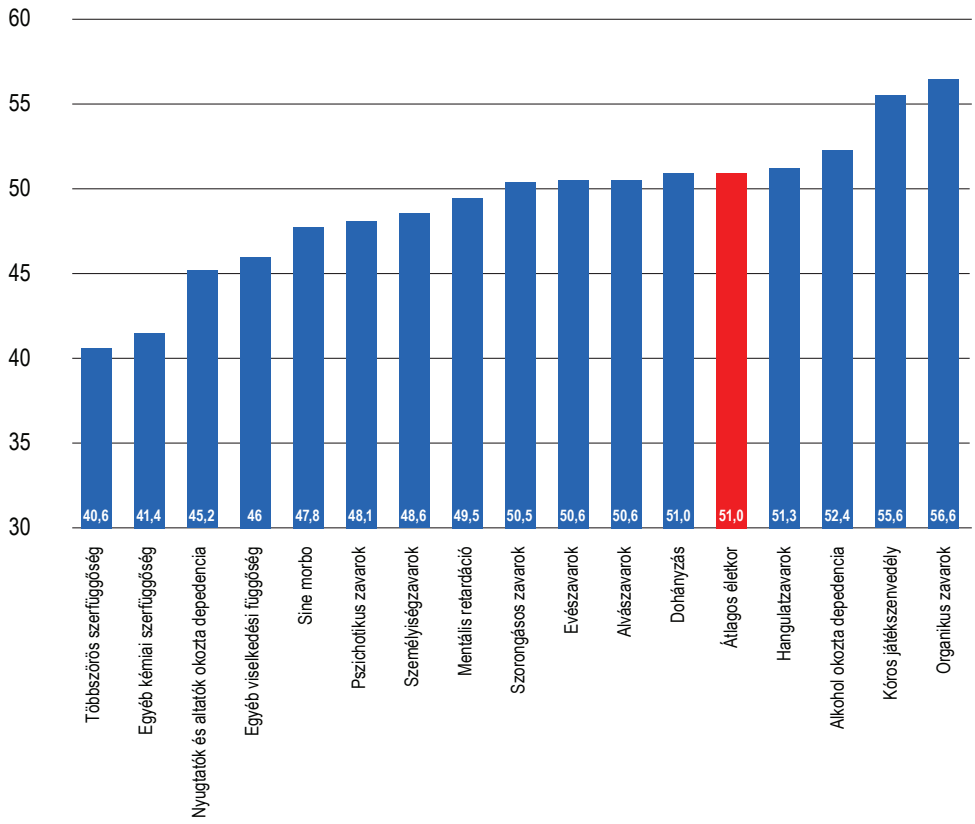
Az adatok alapján a legcsekélyebb megtartó ereje a gyógyszerrendelésnek van. Mindezek statisztikai úton is alátámasztják az ellátást végző szakembereknek a személyes interjúk során széles körben kifejtett szubjektív benyomását, hogy a páciensek legfőképpen az emberi odafordulást, a személyes kapcsolatot keresik és értékelik ezekben a helyzetekben – ez a legfőbb vonzerő, amellyel egy szakember hatni tud a kliens körére. A legnagyobb eséllyel a páciensek lélektani munkára tértek vissza, hétköznapibb nyelven megfogalmazva az emberi szóért, amit a szakirodalom gyógyító beszélgetésként ismer.



13. ábra: A megjelentek életkori megoszlása

Az ábrából látható, hogy a megjelentek között a legnépesebb korosztály a 48–57 év közöttieké, ők az összes bejövő egyharmadát teszik ki. A fekete vonal a teljes népesség életkori megoszlását mutatja, ahol a két csúcsot a Ratkó-korszak korosztálya és gyermekeik képviselik, azonban a projekt során ellátásban megjelentek görbéje nem követi ezt az eloszlást. Messzemenő következtetéseket ebből nem vonhatunk le, hiszen a hajléktalan-populációnak is csak egy kis szeletét látjuk, azon belül is csupán az ellátási alkalmakon megjelent személyeket, tehát semmiképpen nem tekinthető reprezentatívnak ez a minta.

Ugyanakkor a megjelentek életkori megoszlása tekintetében figyelembe kell venni azt a körülményt, hogy ez a korosztály még nem jogosult az öregségi nyugdíjra, miközben munkavégző-képessége mind szociális, mind egészségügyi (pszichiátriai-addiktológiai) adottságai okán is jelentősen csökkent. Már említettük azt a célt, hogy az ellátásba vont kliensek egy részét, ahol ez indokolt, a szakemberek beavatkozása fogyatékossági támogatás vagy rokkantellátás címén rendszeres jövedelemhez juttathatja. Ezen túlmenően azonban kiemelt szempontként kell kezelni, hogy a mentális egészség javulása, legfőképpen a függőségektől való megszabadulás, a józanság elérése révén a munkaképesség jelentősen javítható. Ez részint az öregségi nyugdíj eléréséig jelent rendszeres, kiszámítható jövedelmet az érintettek számára, részint az öregségi nyugdíj megállapításánál is annak összegét emelő tényezőként játszik szerepet. Az így létrejött munkaügyi reintegráció révén a szociális ellátórendszerre háruló teher is csökken, és végső soron elérhetővé válik a szociális ellátás ideális végcélja, a teljes reintegráció, ami sok esetben a pszichiátriai-addiktológiai rehabilitáció nélkül elképzelhetetlen.



14. ábra: A diagnosztizáltak átlagéletkora diagnózisonként

A fenti ábra két végpontján az átlagnál jelentősen idősebb, illetve fiatalabb részpopulációkra jellemző diagnózisok jelennek meg. Az organikus zavarok esetében az időskori ateroszklerózis (érelmeszesedés), illetve az élet során elszenvedett különböző károsító tényezők (stroke, TIA, krónikus toxikus ártalmak, pl. alkohol) kumulálódása észszerű és a hétköznapi megfigyelésekkel is egybevágó magyarázatot ad. A kóros játékszenvedély eltolódása az alacsony esetszám miatt nem értékelhető statisztikailag relevánsnak.

A drogfüggőség, gyógyszerfüggőség és többszörös szerfüggőség (politoxikománia) a megjelentek legfiatalabb rétegére jellemző, ami ezen betegségek korai mortalitásával függhet össze, valamint azzal, hogy a drogfogyasztás, bár az olcsó és könnyen hozzáférhető dizájnerdrogok az idősebb korosztály körében is terjedésnek indultak, még mindig jellemzően a fiatalabb korosztályt jellemzi.

Jellemzően együtt járó diagnózisok

A megjelenteknek adott diagnózisokat együttjárásuk alapján statisztikai eszközökkel csoportokba rendeztük, és az alábbi, együtt járó diagnóziscsoportok alakultak ki:

1. hangulatzavarok, szorongásos zavarok, alvászavarok
2. alkoholfüggőség, dohányzás
3. organikus zavarok, pszichotikus zavarok, mentális retardáció, egyéb viselkedéses függőség
4. nyugtatók, altatók, egyéb kémiai szerfüggőség, többszörös szerfüggőség
5. kóros játékszenvedély

Különálló, semmi mással nem társuló diagnózisnak bizonyult a kóros játékszenvedély, míg két diagnózis esetében ellentétes összefüggést figyelhettünk meg: az egyik megléte esetén a másik valószínűsége csökken és viszont. E két diagnózis adta a 6. csoportot:

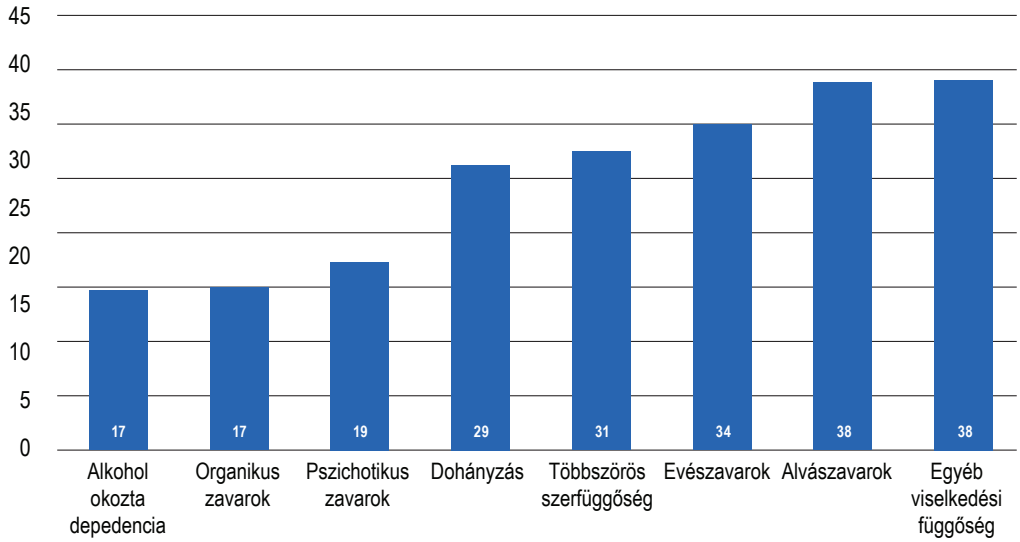
6. evészavarok, ill. személyiségzavarok

A diagnózis hatása a visszatérésre

Vizsgáltuk, hogy az egyes diagnózisok mennyivel növelik annak esélyét, hogy az illető ismételten megjelenik a kezelésben, feltételezve minden más paraméter állandóságát. Az alábbi diagnózisok a számítások szerint nem befolyásolják szignifikánsan a visszatérés esélyét:

- hangulatzavarok
- szorongásos zavarok
- személyiségzavarok
- mentális retardáció
- egyéb kémiai szerfüggőség
- nyugtatók és altatók okozta dependencia

A következő grafikon pedig a visszatérés esélyét szignifikánsan befolyásoló diagnózisokat ábrázolja:



15. ábra: A visszatérés esélyét szignifikánsan befolyásoló diagnózisok

A lista élén az egyéb viselkedéses függőségek és az alvászavarok állnak. Utóbbiak közismerten nagy szenvedésnyomást jelentenek, ugyanakkor felvállalásuk nem jár a stigmatizáció veszélyével, ezért a kliensek könnyebben is kérnek segítséget ilyen esetekben. (A részprogramban részt vevő egészségügyi szakemberek tapasztalatai szerint is könnyebb a klienseket a legkínzóbb, de kevésbé stigmatizáló tünetek kapcsán megszólítani, majd később, a bizalmi kapcsolat kialakulásával haladhat a problématudat kialakítása a mélyebb, lényegibb, de nehezebben feltárható, nehezebben elérhető és kimondható nehézségek, például az addikciók felé.)

A viselkedéses függőségek előkelő helyét az magyarázhatja, hogy akinél kialakult a problématudat, és segítséget tud kérni ilyen problémával, valószínűleg nagy szenvedésnyomást él át, és erősen elkötelezett a változás mellett, ezért várható a kezelésben maradása.

A pszichotikus zavarok esetében is igen magas lehet a szenvedésnyomás, még ha a betegségbelátás sokszor csökkent vagy inadekvát is. A viselkedéses függőségeken kívül az egyéb függőségek is jó prediktorai a kliensek visszatérésének – ez minden bizonnyal annak is köszönhető, hogy a programban számos, addiktológiai területen képzett és gyakorló szakember (addiktológus, addiktológiai konzultáns) is dolgozott. Ugyanakkor figyelembe kell venni azt a körülményt is, hogy az addikciók olyan, a szociális szakemberek és általában véve a páciens környezete számára is feltűnő és zavaró tüneteket, jelenségeket produkálnak, amelyek megnehezítik a társas együttélést, ilyen módon pedig elősegítik, hogy a szociális munkások hamarabb ellátásba irányítsák az érintett ügyfeleiket.

A továbbirányítás főbb útjai diagnóziscsoportok szerint

A statisztikai adatok alapján kíváncsiak voltunk arra, hogy az egyes diagnózisokhoz jellemzően milyen továbbirányítás társul. Ehhez azonban szükség volt a diagnózisok „tisztítására”, azaz egyfajta egyértelműsítésre, mivel egy-egy páciensnek több diagnózisa is lehet,

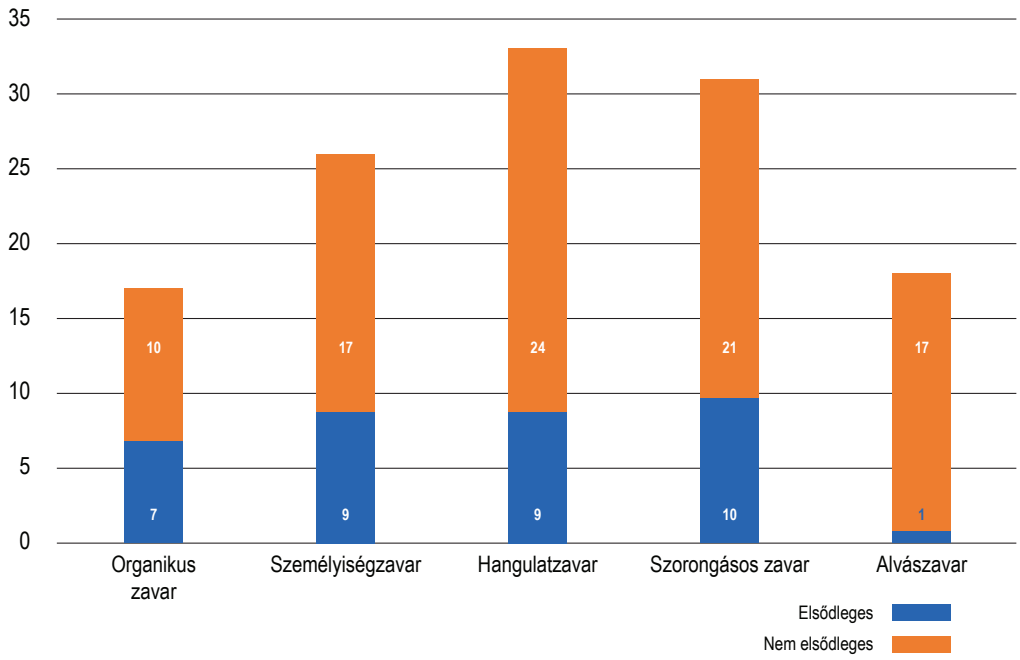
amelyek egymással sokszor ok-okozati viszonyban állnak, azonban önálló diagnózisként kezelve torzítják a továbbküldési tendenciákra vonatkozó adatokat. (A nyers diagnózisadatok alapján pl. organikus zavar diagnózissal nagyobb arányban irányítottak a szakemberek önsegítő csoportokba, mint alkoholfüggőséggel, ami nyilvánvalóan irreális adat, hiszen az önsegítő csoportok jellemzően az addikciókkal való megküzdést tűzik ki célul, esetenként a gyász vagy traumák feldolgozását, de kifejezetten organikus pszichiátriai zavarokkal foglalkozó önsegítő csoportok nem léteznek.)

Mivel a leíró diagnosztikában egyes betegségek tünetei magukban foglalhatják más betegségek tüneteit, ezért az alábbi, egyre kisebb halmazoknak megfelelő „erősorrendet" állítottuk fel a diagnózisok között:

- kémiai függőségek
- organikus és személyiségzavarok
- hangulatzavarok
- szorongásos zavarok
- alvászavar

Ennek alapján pl. elsődleges organikus vagy személyiségzavarnak azt tekintettük, ahol nem állt fenn kémiai függőség (alkohol, drog, gyógyszer), hangulatzavarnak azt, ahol nem állt fenn kémiai függőség, valamint organikus és személyiségzavar, és így tovább.

Az alábbi ábra mutatja a fentiek alapján megállapított elsődleges, illetve nem elsődleges diagnózisok arányát:



16. ábra: Elsődleges és nem elsődleges diagnózisok aránya

Az ily módon egyértelműsített diagnózisok alapján az alábbi továbbküldési tendenciák voltak megfigyelhetők az egyes diagnózisok esetében.

Irányítás/diagnózis	Függőség	Organikus zavar	Személyiség-zavar	Hangulat-zavar	Szorongásos zavar	Alvás-zavar	Össz.
Önsegítő csoport	21	3	7	17	14	0	17
Pszichiátriai fekvőbeteg-osztályos beut.	6	5	5	4	2	6	5
Addiktológiai fekvőbeteg-osztályos beut.	5	0	1	0	0	0	3
Pszichiátriai rehabilitációs osztályos beut.	3	2	1	0	1	0	3
Addiktológiai rehab. oszt. vagy intézet	16	3	1	1	1	0	11
Egyéb ambuláns ellátás	10	5	7	9	7	0	9
Más szakrendelésre irányítva	17	20	14	19	18	19	17
Visszarendelve	72	60	74	70	59	25	69
Csoportos pszichoterápiára irányítás	15	4	7	10	8	0	12

8. tábla: A továbbirányítás diagnóziscsoportok szerinti főbb útjai

Látható, hogy az önsegítő csoportba irányítás túlnyomórészt függőknél fordul elő, de egyes szakemberek gyászfeldolgozó és bipoláris önsegítő csoportok felé is irányítanak betegeket. A visszarendelés az addiktológiai betegeknél kiemelkedő, ami érthető, hiszen rendszeres gondozás nélkül nem képzelhető el felépülés a függőségből. Hasonlóképpen magas az arány a személyiségzavaroknál, amit indokolhat, hogy a korai sérülésekkel járó zavarokban a terápiás kapcsolatnak elsődleges jelentősége van. Egyéb szakrendelésekre jellemzően organikus zavarok, hangulatzavarok és alvászavarok miatt irányították a pácienseket, ez gyakran nem orvosi végzettségű szakember esetén pszichiáterhez vagy neurológushoz történő irányítást jelent.

II. A RÉSZT VEVŐ SZAKEMBEREK VISSZAJELZÉSEINEK ÉRTÉKELÉSE

A programmegvalósítás során a havi rendszerességű, Excel-alapú statisztikai adatgyűjtésen kívül három alkalommal került sor felmérésre a részt vevő szakemberek között a felhalmozott személyes szakmai tapasztalatok összegzése és kiértékelése céljából.

Az első adatgyűjtés a 2018 áprilisában lefolytatott, szakembereket érintő elektronikus tapasztalati lekérdezés volt szabadon kifejthető, megválaszolandó kérdésekből álló online kérdőív segítségével. Ezenkívül 4 fővel történt narratív interjús monitorozás.

A második lekérdezés egy 2018 szeptember-októberében bonyolított online kérdőív volt, amelyben a helyi szintű programmegvalósítást végző egészségügyi és szociális szakemberek egyaránt részt vettek. Ezen kérdőív mellékletét képezték az esetismertetések, amelyeket a részprogramban részt vevő egészségügyi szakemberek (orvosok, pszichológusok, addiktológiai konzultánsok, mentálhigiénés szakemberek) írtak megadott szempontok alapján, egy-egy sikeresnek, illetve sikertelennek ítélt kezelés alapján.

E két utóbbi felmérés hasonló kérdéseket járt körbe, azonban az elsőre röviddel a program indítását követően került sor, így a kezdeti, első benyomásokat tükrözték a válaszok, míg a második felmérés esetében több mint félévnyi tapasztalattal és a szociális szféra képviselőinek megfigyeléseivel kiegészített megfigyelések szerepelnek.

2019 júniusa és októbere között a részprogramban részt vevő valamennyi egészségügyi szakemberrel (orvosok, pszichológusok, addiktológiai konzultánsok) készült személyes, félig strukturált interjú, míg egyes helyszíneken az ellátóhely képviselői (a megvalósításban közreműködő szociális szakemberek) is részt vettek az interjún.

A 2018. tavaszi és őszi felmérések eredményei

Mivel a két felmérés tematikájában igen hasonló volt, ezeket közösen tárgyaljuk a hasonlóságok és különbségek kiemelésével.

A monitorozások célja az összegyűlt szakmai tapasztalatok összegzése volt, amelynek révén láthatóvá váltak egyfelől a megvalósítás során megjelenő legjellemzőbb nehézségek, amelyek akár a projektgazda részéről kívánhattak technikai jellegű beavatkozásokat, változtatásokat, akár új iránymutatásokat, a gyakorlati megvalósítás útjainak kijelölését tehették szükségessé, másfelől kirajzolódtak a szakmai eredmények, sikerek, a program hasznossága, pozitív kimenetelei.

A visszajelzések alapján három nagy témakör körvonalazódott, amelyek a részt vevő szakembereket foglalkoztatták:

- együttműködés a szociális és az egészségügyi szféra között
- az ügyfélkör és esetkezelés sajátosságai
- jó gyakorlatok

Együttműködés a szociális és az egészségügyi szféra között

Lényeges és örömteli eredmény, hogy az esetek többségében mindkét fél kiválónak értékelte az együttműködést. A helybe vitt szolgáltatásnak köszönhetően a korábbi esetleges találkozások és információcserék rendszeressé váltak, ugyanakkor a mindkét oldalon fennálló (humán, időbeli és anyagi) kapacitáshiány sokszor akadálya volt ezeknek a rendszeres találkozásoknak, megbeszéléseknek. Ennek ellenére legtöbbször megvalósult a kétirányú információcsere az egészségügyi és a szociális szféra között, sok esetben akár informális csatornákon keresztül, mivel a projekt keretei nem tették lehetővé az ilyen megbeszélések rendszerszintű beemelését. Emellett a szociális szféra munkatársai részéről erős igény jelentkezett a belső szupervízióra, mentálhigiénés támogatásra mind egyéni, mind csoportos formában, ám a jelen részprogram keretei között ez sem volt megvalósítható.

A két szféra képviselőinek közös tapasztalata volt, hogy a program hatékony végrehajtása csak akkor lehetséges, ha a két szféra együtt tud működni, így lehet a célként kitűzött többdimenziós esetkezelést megvalósítani, amikor is az egyes szakemberek nem egymás mellett, egymástól függetlenül, hanem egymás munkájához kapcsolódóan dolgoznak.

A legtöbb ellátóhelyen megvalósult, hogy az esetkezelő szociális munkás a pácienst a rendelési alkalomra elkísérte, emlékeztette, ami a hajléktalan betegpopuláció esetében különösen fontos eszköz a kezelésbevétel és a megmaradás érdekében. Hasznosnak és hatékonynak ítélték a szakemberek, hogy pácienseikkel praktikus és pszichés szinten egyszerre foglalkoznak, így nagyobb az esély a kimozdulásra a tanult tehetetlenség és pszichés hanyatlás ördögi köréből.

A nem helybe vitt szolgáltatással szemben a részprogramban megvalósult, hogy a szociális szféra jobban részesült az egészségügy szolgáltatásaiból. Az együttműködés a programon kívül általában jellemzően egyirányú szokott lenni, azaz az egészségügyi ellátásban részesült személyek ezt követően a szociális ellátórendszerbe kerülnek, a visszafelé történő utak azonban nehezebben járhatók, míg a programon belül ez is megvalósítható volt.

A megfigyelések szerint szerencsés lehetett, ha voltak átfedések a stábokban, azaz a részt vevő egészségügyi szakember egyszersmind az ellátóhely alkalmazottjaként is dolgozott, azonban ez a helyzet speciális kérdéseket vet fel a határtartás tekintetében.

Az ügyfélkör és az esetkezelés sajátosságai

A részt vevő szakemberek egy részének nem volt előzetesen kapcsolata a hajléktalanellátással, ezért a rendelési alkalmakon megjelenő betegpopuláció vonatkozásában addig nem látott kihívásokkal szembesültek.

A helybe vitt ellátást igénybe vevő kliensek alapvetően három csoportra oszthatók: egyfelől a rendszeresen bent alvó, esetgazdával rendelkező, könnyen nyomon követhető személyek, másfelől az egészségügyi ellátást nyújtó szakemberhez személyesen kötődő páciensek, harmadrészt az utcán élő, esetleg esetfelelőssel rendelkező kliensek, akik megjelenése kevésbé kiszámítható, követésük, kezelésben tartásuk emiatt jóval nehezebb. Ugyanakkor mégiscsak megjelenik ez a réteg is az ellátottak között (a Közép-Magyaror-

ság régióban a szakemberek szubjektív megítélése szerint 10%-ra teszik az arányukat az összes megjelentek között), ami jóval magasabb, mint a hagyományos, nem helybe vitt ellátóhelyek esetében, tehát a projekt révén az ellátás olyanokhoz is eljut, akik egyébként csak szórványosan részesülnének belőle.

Sok esetben megjelenik az ellátottaknál a hajléktalanság mint öndefiníció, amikor a személy önmagára elsősorban hajléktalanként tekint, és ebből akár az sem mozdítja ki, hogy albérletben él, munkát vállal, és minden tekintetben olyan életet él, mint bárki más, aki nem is gondol rá, hogy önmagát hajléktalannak tekintse. Ennek a hozzáállásnak a veszélye, hogy a tanult tehetetlenség érzését és működésmódját erősíti: ha hajléktalan vagyok, kevesebbet érek, mások is kevesebbre értékelnek, kevesebbre is vagyok képes, és így kevesebbet is teszek magamért, hiszen úgyis kudarcra vagyok ítélve.

A hajléktalan létforma is ezeket a tendenciákat tartja fenn, illetve erősíti. A könnyen megfizethető szállók és az ingyenkonyhák rendszere kevés ráfordítással is elérhető, ugyanakkor a továbblépésnek, a reintegrációnak az esélye sincs meg ebben az egyik napról a másikra gondolkodó életmódban. Az illető igényszintjével együtt a képességei is folyamatosan csökkennek, erodálódnak, és ebből a negatív spirálból az idő előrehaladtával egyre nehezebb kikerülni. Ráadásul ilyen esetekben rendkívüli nehézséget jelent a szakembernek, hogy a terápiához a páciens önrészét mozgósítsa, ami nélkül pedig elképzelhetetlen az érdemi változás. Jelentős kérdés, hogy sikerül-e a pácienseket a változásra motiválni, azaz rövid és hosszú távú célokat kitűzni velük az együttműködésben. E tekintetben a fent említett hajléktalan élet- és gondolkodásmód komoly akadályozó tényező, mégis a legfontosabb, hogy a kliens és segítője találjanak olyan reális célokat, amelyekért tudnak együtt dolgozni.

A hajléktalanok világára jellemző a bizalmatlanság, ami kisebb részben bár, de a segítő szakemberek felé is megnyilvánul, de még inkább megjelenik egymás felé, emiatt a csoportba vonás különösen nehéz. Amikor azonban legalább a kezelésbevételhez sikerül megnyerni a kliens bizalmát, az odafordulást, a személyes figyelmet igen nagyra értékelik a páciensek – azaz elsősorban aspecifikus terápiás hatások figyelhetők meg. Megjegyzendő, hogy a szakemberek ezen, már egész korai stádiumban megtett megfigyeléseit később a statisztikai adatok is alátámasztották (vö. beavatkozások és visszatérés kapcsolata).

A terápiában maradás és visszatérés tekintetében jelentős szerepet játszott a kliensek leromlott testi és lelkiállapota, amely miatt elfelejtik a megbeszélt találkozókat vagy instrukciókat, illetve eltévednek, nem találják meg az ellátóhelyet.

Sok szakembernek okozott nehézséget a problématudat és a betegségtudat kialakítása – különösen függőknél –, azaz első megközelítésben annak a tudatosítása, hogy az illető szerhasználata káros, és jelentős hatással van az egészségére, illetve élete szinte minden aspektusára, majd ezen túlmenően annak megfogalmazása, hogy a kóros és káros szerhasználat betegségnek tekintendő és mentálhigiénés eszközökkel kezelendő probléma.

A helybe vitt szolgáltatással kapcsolatban a szakemberek benyomása az volt, hogy összességében inkább előnyös, mint hátrányos, de felvet nehézségeket, kérdéseket is. Az biztosnak látszik, hogy ha nem lenne helyben, a legtöbben, akiket bevontak a részprogramba, nem vennék igénybe a szolgáltatást – itt utalunk a már korábban tárgyalt jelenségre, miszerint a hajléktalanok körében nehezebb az ellátáshoz jutás az átlagpopulációhoz képest.

Szerencsés körülmény, hogy mivel a szociális munkás helyben dolgozik, elkísérheti, emlékeztetheti a klienseket a megbeszélt találkozókra. A helybe vitt szolgáltatás révén a kliensek hamarabb kerülnek az egészségügy látóterébe, mint egyébként történne, ezáltal elkerülhetők a súlyosabb állapotok okozta károk, illetve csökkenhet az egészségügyi ellátórendszerre, elsősorban a kórházakra háruló ellátási teher. Ugyanakkor, mivel a helybe vitt szolgáltatás kényelmesen elérhető, csökkenhet a kliens befektetése a saját javulásába, könnyen „küldött beteggé" válhat, aki igénybe veszi az ellátást.

A dilemma feloldásában segítségünkre lehet, ha számba vesszük, hogy a hajléktalanpopuláció legnagyobb nehézsége éppen a belső (és egyébként külső) erőforrásainak elégtelensége, ami miatt a szociális munka is kevés eredménnyel kecsegtet. Emiatt a siker fogalmának újragondolása szükséges: minden részeredményt, minden apró előmozdulást értékelünk és visszajelzünk a kliens felé. Mivel a cél az önerő létrehozása szinte nulláról, az általános szakmai elvekkel szemben itt megengedhető bizonyos mértékű „utánanyúlás", a motiválatlan kliensek némileg mesterségesen történő kezelésben tartása.

Egy szociális szakember megfogalmazása szerint „az élethelyzet lerombolja az érintettek önbecsülését, és olyan mértékű önérzetet alakít ki a kliensekben, amely erős falként áll ellen a segítségnek". Ebben szerepet játszanak a leépült társas kapcsolatok, amelyek jellemzően érdekkapcsolatokra szűkülnek, a napi szinten megjelenő negatív interakciók a lakóközösségben, illetve a többségi társadalommal, azaz folyamatos a traumatizáció. Ebben a helyzetben a tiszteletteljes, empatikus odafordulás, a határok világos kijelölése és betartása, illetve betartatása segíthet. Fontos, hogy nem kell tökéletes, „túl jó" segítőnek lenni, csak „elég jó" segítőnek, hosszú távon ez szolgálja mindkét fél érdekét.

Jó gyakorlatok

Segítette mindkét fél, azaz a szociális és egészségügyi szakemberek munkáját egyaránt, hogy egymás jelenléte révén tisztább kompetenciahatárok voltak kijelölhetők, hiszen sem az egészségügyi szakembernek nem kellett szociális ügyekben, sem a szociális szakembernek nem kellett egészségügyi problémákban szerepet vállalnia. Fontos volt a két szféra kölcsönös megerősítése, támogatása, ami növelte a szakemberek biztonságérzetét.

A szakemberek beszámolói alapján azonosítani lehetett bizonyos, a motiválhatóságot elősegítő tényezőket az ügyfelek oldaláról. Kézenfekvő lehetőség a szakember számára, ha az ügyfél szeretné családi vagy egyéb (baráti, szakmai) kapcsolatait helyreállítani. Több szakember egybehangzó megfigyelése, hogy az a kliens, aki csoportos munkába bevonható, jobb eséllyel próbál előrelépni, kitörni a hajléktalan életből. Ugyanakkor fontos megvizsgálni, mely tényezők segítik elő a motiválhatóságot a szakember részéről. Fontos a páciens visszakapcsolása a realitáshoz az aktuális élethelyzet felmérésével és reális célok kitűzésével, miközben saját szempontjából a siker és az előrelépés fogalmának újraértékelése szükséges az átlagpopulációhoz képest jóval alacsonyabb küszöb miatt. Lényeges minden apró változás, előrelépés, erőfeszítés észrevételezése, visszajelzése, verbális és érzelmi módon történő megerősítése, jutalmazása. Fontos tisztázni a klienssel, hogy a mentálhigiénés kezelésnek nem az egzisztenciális helyzet javítása a célja, hanem a lelkiállapot, hozzáállás, motiváció, énerő javítása, mozgósítása, miközben folyamatosan hangsúlyozandó az öngondoskodás, a kliens saját szerepe és az énhatékonyság jelentősége.

A beszámolók alapján azonosítottunk néhány jó gyakorlatot és eszközt az önrész erősítésére. Egyes esetekben hosszas előkészítő fázis lehet szükséges a szociális szféra részéről, mielőtt egészségügyi ellátásba kerül a kliens, megfontolandó gyakorlat bizonyos foglalkozások látogatásának házirendbe iktatása. Jelentős hatással lehet az önrészre, a saját felelősség erősítésére a pácienssel végzett erőfeszítések „teammunka" jellege, és a páciens bevonása az őt érintő döntésekbe annak hangsúlyozásával, hogy nélküle nem sikerülhet a változás. Ebben segítség az együttműködés kereteinek közös kialakítása, majd azok szigorú betartása és betartatása, valamint egyértelmű visszajelzés keretszegés, határ- vagy házirendsértés esetén, aminek nem mond ellent az erőteljes támogató hozzáállás, azaz sok, de reális dicséret, a saját kontrollra vonatkozó megerősítő visszajelzések alkalmazása.

A konfrontáció és visszatükrözés ritkán és óvatosan használandó a kliensek már említett bizalmatlansága, érzékenysége miatt. A terápia indulásakor az akadémiai szakmai szabályok és sztenderdek erőltetése helyett adott esetben szerényebb, de reális terápiás cél kitűzése a kívánatos, lehetőleg rövid távú, jól mérhető célokkal és az ezek eléréséhez szükséges lépések tisztázásával, amelyek sikerélményt és további ösztönzést adnak.

A betegekkel való kapcsolat kialakításában előnyt jelent, ha valaki segítőként saját élménnyel is rendelkezik, azaz pl. felépülő függő. Emellett a függőségeknél a betegségbelátás főként csoportfoglalkozás során tud kialakulni, a sorstársak megosztásai révén, „vállalva a vállalhatatlant" ébresztik rá egymást problémáik mélységére. Egyes esetekben nehezen eldönthető, de fontos kérdés, hogy a kliens tényleg nem tudja, hogy beteg (pl. mentális állapota miatt nem képes felmérni), vagy hárítja. Előbbi esetben a konkrét problémákra, tünetekre fókuszálás elegendő, utóbbi esetben kísérletet kell tenni a betegségtudat kialakítására, a nehézségek betegség kontextusába helyezésére.

Volt olyan szakember, aki dohányzásról leszoktató csoportfoglalkozásokat indított, amelyek szintén a kisebb stigmatizáció elvén vonzották a páciensek egy részét, majd az itt kialakult kapcsolat és a megszokottá vált terápiás légkör alkalmat adott a további, mélyebb, akár egyéni, akár csoportos munkára. (A kapudrogok fogalmának mintájára a „kaputerápiák" elnevezést kapta ez a módszer.)

A csoportos kezelésbevételt nehezíti, hogy a kliensek jellemzően elidegenedettek az emberektől, kapcsolataik beszűkültek, kommunikációjuk egysíkú, a hétköznapi praktikus dolgokra korlátozódik, érzelmi megnyilvánulások ritkán kapnak helyet. A bevonást elősegítheti, ha az ellátást nyújtó szakember, csoportvezető már korábbról ismert a csoporttagok számára. További előny, ha az intézménynél már hagyománya van a csoportfoglalkozásoknak, hiszen a kliensek már ismerik ezt a fajta működésmódot. A csoport vezetése során elsődleges a csoportkohézió és a bizalom kialakítása, kevésbé a terápiás intervenciók, értelmezések, visszajelzések. A már említett dohányzásról leszoktató csoport előnye, hogy kevésbé tűnik stigmatizálónak a kliensek számára, ezért alkalmas lehet a csoportterápiás működésre történő rátanulás eszközének. A páciensek visszatérését előmozdítja, ha önként, érdeklődési kör alapján lehet részt venni – ezt azáltal is biztosítani lehet, ha a csoportvezető a pácienskört érdeklő témákat ajánl, a következő foglalkozás témáját közösen határozzák meg az alkalom végén. Egyes szakemberek éltek a már korábban szintén említett juttatásokkal (ajándék, étel, cigaretta) a bevonás és a megtartás érdekében.

A megszólított klienskör korábban már említett sajátosságai miatt nyitott csoportok voltak működtethetőek, amelyekhez bármikor lehet csatlakozni, illetve a távolmaradás nem

jár kizárással vagy szankcióval. A leginkább látogatott csoportok az edukatív jellegű csoportfoglalkozások voltak a függőségek vagy a klienseket érintő egyéb mentális betegségek témakörében. Megfelelő képzettség esetén szóba jöttek és a kliensek által is látogatottak voltak a teológiai alapú beszélgetések. A legszerencsésebb elrendezés a csoportok páros vezetése volt (egészségügyi + szociális szakemberrel), ezáltal mindkét fél rálátása növekedett a kliensekre.

A már bevont kliensek kezelésben tartása további nehézséget jelentett. Ebből a szempontból előnyös, ha a kezeléssel párhuzamosan létrejön a kapcsolattartás a családdal, a gyerekekkel, esetleg munkába áll a kliens. Könnyebb kapaszkodót találni, ha sikerül pozitívumot fellelni a páciens élettörténetében, amelyhez visszanyúlhat, illetve ezáltal felsejlik előtte egy régen talán megtapasztalt emberibb élet lehetősége, a testi-lelki szükségletek nagyobb arányú kielégítésének esélye.

Sok szakember beszámolt arról, hogy az odafordulás, a terápia révén kialakult a kliensben az az érzés, hogy komolyan veszik, hogy fontos. A közös munka értékét pedig a jutalmazással, a minél gyakrabban és erőteljesebben alkalmazott pozitív megerősítéssel lehet aláhúzni. Ezzel szemben a problémás viselkedés kliens számára megjelenő előnyeinek és hátrányainak számbavétele a visszarendeződés esélyét csökkenti. Az itt követendő attitűd a hibáztatás helyett a kiút, a segítség nyújtása.

A szociális szféra képviselőinek megfigyelése, hogy jelentős változásokat észleltek azoknál az ellátottaknál, akik igénybe vették a szolgáltatást: határozottan, könnyebben és nyíltabban, konstruktívabban kommunikáltak. Voltak olyan intézmények, ahol a szociális munkásokkal való kommunikációban figyeltek meg némi változást. Megemlítettek olyan ügyfeleket is, akik toleránsabbak lettek sorstársaikkal a terápiás munkában való részvétel nyomán, és ezeknél az ügyfeleknél megfigyelhető volt, hogy a szociális munkával való együttműködési hajlandóságuk is javult.

Közös tapasztalata a két szféra képviselőinek, hogy a legfontosabbak az aspecifikus terápiás hatások, azaz önmagában az odafordulás, az elfogadás, az empátia megtapasztalása a kliensek részéről. Éppen ezért a terápiás célkitűzésekben is igen óvatosnak kell lenni, önmagában a bizalmi kapcsolat kialakításának ténye is komoly előrelépés ebben a pácienskörben, és a keretek szokásosnál némileg rugalmasabb kezelésére van szükség a kliensek megtartása érdekében.

A 2018. őszi esetismertetések közös vonásai, tanulságai

A 2018 szeptember-októberében bonyolított online kérdőív mellékletét képző esetismertetések célja az volt, hogy a projektgazda betekintést nyerjen a szolgáltatást nyújtó szakemberek mindennapos munkájába, annak sikeres és nehézségekkel teli oldalába egyaránt. Ezenfelül célul tűztük ki olyan visszatérő jellemzők azonosítását, amelyekkel leírhatók a sikerre, illetve kudarchoz vezető utak, ami által a kliensek bevonásától a kezelésben alkalmazott technikákon át a szociális szférával való együttműködésig feltárhatók azok a faktorok, amelyek ezeket a kimeneteleket jellemzik.

A szakemberek által ismertetett esetek az alábbi szempontok szerint kerültek feldolgozásra:

- az ellátást nyújtó szakember végzettsége
- hajléktalankarrier lefolyása
- betegség típusa (pszichiátriai vagy addiktológiai)
- a páciens motivációja és annak változása
- célkitűzés
- megjelenés rendszeressége, minősége, kezelésben maradás
- kezelési eszközök
- eredmény, a kezelés kifutása

Előnyösnek értékeltük azokat a jellegzetességeket, amelyek a sikeres kimenetelű kezeléseket jellemzik, és hátrányosnak azokat, amelyek jellemzőbben a sikertelen eseteknél fordultak elő.

A hajléktalankarrier lefolyása szempontjából előnyösnek bizonyult, ha a kliens korábban rendelkezett rendezett anyagi, kapcsolati háttérrel, ami egybecseng a motiváció kérdésével kapcsolatban is megfogalmazott szakértői vélekedéssel. Szintén előny, ha az illető nem régóta él hajléktalanként, hiszen ekkor még a már korábban taglalt élet- és gondolkodásmódbeli eltérések nem alakulhattak ki nála. Ezzel szemben hátrányos tényező, ha valaki hosszú hajléktalan-előélettel rendelkezik, társadalmi-szociális szempontból izolálódott – de ezek nem determinálják sem az egyént, sem a segítőt, hiszen a tapasztalatok szerint akár utcán élőknél is lehet részeredményt elérni.

A betegségtípusok tekintetében elmondható, hogy igen nagy arányban jellemző az addiktológiai érintettség. A kimenetel szempontjából kedvező az akut krízisállapot, gyászreakció, az egyszeres (nem halmozott) diagnózis és a kialakult, adekvát betegségtudat. Ugyanakkor hátrányos a többes diagnózisok megléte, a súlyos személyiségzavar (különösen, ha antiszociális vonásokkal jár), valamint a leromlott testi egészség.

A páciens motivációja esetében kedvező kimenetelre lehet számítani, ha konkrét célokkal rendelkezik a kliens, és ez a cél és motiváció saját, belülről fakadó. Segítség, ha valamilyen nyereség reményével vág neki a változásnak (azaz valamit meg vagy vissza akar szerezni), nem pusztán a szenvedéstől akar megszabadulni. Hátrányosan érinti a motivációt, ha gyenge vagy nem belső, ha homályos, nem megfogató, túl általános, illetve ha a pácienst másvalaki, a részprogram vonatkozásában jellemzően a szociális munkása delegálja.

A célkitűzés tekintetében akkor volt várható kedvező kimenetel, ha az nemcsak a kezelő elképzeléseit tartalmazta, hanem a páciens motivációját is magába foglalta – lehetőleg rövid távú, reális, logikusan egymásra épülő célokat megfogalmazva, és célszerű, ha ez a célkitűzés a kliens számára jobb életminőséget kínál (anyagilag, érzelmileg vagy más téren). Hátrányos a kimenetelre nézve, ha nem egyezik a segítő és a segített célja, és a célkitűzés kizárólag menekülést, valamilyen hátránytól, tünettől, szenvedéstől, veszteségtől való megszabadulást jelent pozitívum, nyereség nélkül.

A megjelenések rendszeressége, minősége és a kezelésben maradás tekintetében, amint az várható volt, a rendszeres és gyakori megjelenés esetén kedvezőbb kimenetelre lehet számítani, és a tapasztalatok szerint a megjelenés gyakorisága és a motiváció kölcsönösen erősítik egymást. Ha a célkitűzés megfelelő volt, a folyamat közben elért részeredmények is elősegítik a kezelésben maradást. Ezzel szemben – nem meglepő módon – a ritkán megjelenő és kimaradozó klienseknél lényegesen kisebb a siker esélye.

Végezetül a kezelések során alkalmazott eszközöket vizsgáltuk az esettanulmányok alapján. Megállapítható volt, hogy a kimenetel nagyobb eséllyel lesz pozitív, ha edukatív elemek alkalmazása is helyet kap az eszköztárban, amelyek kialakítják vagy növelik a betegségtudatot, illetve a siker esélyét növeli, ha a segítő képes a terápiás eszközök vegyítésére, váltogatására, lehetőleg személyre szabva a terápia eszközeit, mélységét. Kedvezőtlenül alakulhat viszont a kezelés, ha a megválasztott eszközök nem találkoznak a páciens elvárásaival, előzetes várakozásaival. A kezelőnek itt nehéz dolga van, hiszen szakmai alapon természetesen jobban meg tudja ítélni, mire lenne szüksége a kliensének, egy bizonyos fokú rugalmasságra azonban szükség van, ha kezelésben akarja tartani őt.

Az esettanulmányokból kirajzolódott a leggyakoribb, leghatékonyabbnak talált kezelési eszközök és stratégiák köre is. Ezek között az első helyen áll az edukáció, illetve minden, a betegség- és problématudat kialakítását, erősítését célzó intervenció, beleértve függők esetében a józanság előnyeinek és a szerhasználat hátrányainak hangsúlyozását, a pácienssel közös megbeszélését. Alapvető fontosságú a szupportálás, a támogató, elfogadó, ítéletmentes hozzáállás. Többnyire az egyéni beszélgetés bizonyult hatékonyabbnak, ami sokszor pusztán ventilálási lehetőség biztosítását jelentette a kliensek számára, azonban ez a szelep is sok feszültséget tudott levezetni. A kivételesebb technikák közé tartozott az autogén tréning, amelynek gyakorlása speciális képzettséget igényel, illetve a sport (boksz) alkalmazása a feszültség levezetésére. Végül, de nem utolsósorban a függőségek kezelésében hatékonynak bizonyult az önsegítő csoportok felé irányítás.

Amikor az eredmény, eredményesség kérdését próbáljuk megítélni, fontos kimondani, hogy a részeredmény is eredmény. Ezt nem csak a páciensnek, hanem a szakembernek is tudatosítania kell mindkét fél motivációjának fenntartásához. Éppen ezért egymásra épülő eredményekben célszerű gondolkodni. Ami a tényleges eredményeket illeti, változhat a kliens működése társas (konfliktus)helyzetekben, ami kedvezően hat a szálló légkörére, megkönnyíti és hatékonyabbá teszi a szociális munkát is. A végcél természetesen a reintegráció (munka, családi-baráti kapcsolatok stb.), ez is lépésekben történhet, az egyén lehetőségeihez, adottságaihoz mérten.

A 2019 nyarán végzett személyes interjúk tapasztalatainak összegzése

A 2019 II-III. negyedévében készült személyes, félig strukturált interjúk célja a részprogram zárásához közeledve a felhalmozódott tapasztalatok minél pontosabb, részletesebb összegyűjtése volt, mivel ezek nagyban hozzájárulnak a program megvalósításából levont következtetésekhez, jövőre vonatkozó útmutatásokhoz. Az alábbiakban az interjúk során visszatérően megjelent motívumokat vesszük sorra az érintett témák szerint.

Az ügyfélkör sajátosságai

Általános megfigyelés volt a megrekedés a hajléktalan életmódban, ennek következtében a kliensek motiválatlansága. Sokan bár fizikailag munkaképesek lennének, lelkileg nem azok, mivel nehezen tűrik a stresszt, a frusztrációt, a szükségletek kielégítésének késleltetését, amelyek viszont alapfeltételei lennének egy munkahelyen való megmaradásnak. Sok kliensnek egyenesen az egészségügyi ellátásban vagy különböző otthonokban lenne a helye, azonban ezek kapacitáshiánya miatt a szállókon rekednek, ami mind nekik, mind az ellátórendszernek hátrányos.

Gyakori jelenség a hajléktalan állapotból következő szégyen és önbizalomhiány megjelenése, amely az önbecsülés lerombolásához vezet, helyette erős önérzet alakul ki a kliensben, amely aztán akadálya a segítség kérésének vagy akár a felajánlott segítség elfogadásának is. Emellett mind külső (barátok, család, emberi kapcsolatok, közösségek), mind belső (énerő, tudás, tapasztalat, önbizalom, motiváció, hatékonyságérzet) erőforrásoknak híján vannak a kliensek, ezért nehéz feladat megtalálni, hogy mire lehet építeni a velük végzett munka során. Az általános nehézségként megfogalmazott csekély motiváció is ezekre az okokra vezethető vissza: mivel semmiféle kiút nem látszik az ügyfél számára: bár távoli, gyakran irreális célokat meg tud fogalmazni, az ahhoz vezető út végigjárását esélytelennek érzi, ezért nem látja értelmét, hogy bármibe is belefogjon.

A szakemberek közül többen észrevételezték, hogy a kliensek jó része hajléktalanná válása előtt is alacsony szocioökonómiai státuszból érkezett, az ő esetükben ügyelni kell arra, hogy a megfogalmazások, esetleges utasítások, feladatok biztosan érthetőek legyenek a számukra. Sokan érkeznek diszfunkcionális családokból vagy ezekkel analóg személyiségfejlődési nehézségeket támasztó helyzetekből (pl. nevelőszülőktől, állami gondozásból), ezért megküzdési stratégiáik elégtelenek, és gyakori esetükben a személyiségzavarok kialakulása, a gyermekkori érzelmi hiányok, a megküzdéshez és fejlődéshez szükséges minták elsajátításának elmaradása a megfelelő nevelés hiányának következtében. Az elviselhetetlen, ráadásul kilátástalannak megélt helyzetből sokak számára az egyetlen menekvésnek a szerhasználat (alkohol, nyugtató, drog) tűnik.

Észrevehető volt, hogy másod- vagy akár harmadgenerációs hajléktalan személyek is megjelennek – ami az ellátórendszer hiányosságára hívja fel a figyelmet – feltehetően egyre mélyebben rögzült torz megküzdési stratégiákkal. Emellett szép számmal mutatkoztak idősebb korú személyek is, akiknél a reintegráció nem járt sikerrel, és igen csekély esély látszik a rehabilitációra.

Az ügyfélkör bevonhatósága, együttműködése

Észrevehető a hajléktalan kliensek között, hogy négyszemközti, egyéni beszélgetésben könnyebben nyílnak meg, mint csoportos helyzetben. Bizonytalan élethelyzetükből fakadóan erős igényt mutatnak az állandóság iránt, és bár fokozott gyanakvás és távolságtartás jellemzi a működésüket, megfelelő helyzetben képesek a bizalom kialakítására. A szakemberek szubjektív beszámolóin túl a statisztikai adatokból is visszatükröződik, hogy szükségük is van erre a bizalommal teli kapcsolatra, amely egyfajta külső megtartó erőt jelent a számukra, amely szerencsés esetben – legalábbis részben – belsővé alakítható.

Ugyanakkor az is igaz, hogy sokan – akár tudatosan, akár nem – pusztán betegségelőnyökért vagy a rendszer vélt vagy valós gyengeségeinek kihasználása céljából keresik fel a szakembert. Ilyen fals motivációk lehet a függőséget okozó gyógyszerek felíratásának igénye, illetve inadekvát vagy indokolatlan, egyes esetekben kifejezetten hamis igazolások vagy felmentések kérése. Ezek az esetek kellően szilárd határtartással, az efféle igények kielégítésének határozott elutasításával (egyszersmind az adekvát segítség felajánlásával) megelőzhetőek.

Összességében elmondható, hogy speciális betegpopulációról van szó, amely speciális hozzáállást és kezelési eszköztár alkalmazását követeli meg a szakembertől, ahol az emberség és a szakmaiság egyaránt jelentős szerephez jut.

A szolgáltatást nyújtó szakember együttműködése az ellátóhelyekkel

Az esetek túlnyomó többségében jól működő és hatékony együttműködésről számoltak be a szakemberek. Ez leginkább abban nyilvánul meg, hogy a szociális munkások az egészségügyi szakember felé irányítják a megfelelő klienseket. Ha van esetfelelőse az adott kliensnek, az egészségügyi szakemberrel együttműködve hatékonyabban lehet nyomon követni a haladását. Adott esetben akár a rendelési időn kívül is elérhetőek lehetnek az egészségügyi szakemberek tanácsadás céljából, ha nehézséget okoz egy helyzet vagy a kliens viselkedésének kezelése (pl. küldjék-e azonnal ellátásba az illetőt, hívjanak-e mentőt, lehet-e esetileg változtatni a gyógyszerelésen stb.). Mindezek által hatékonyabbnak látták a közös munkát, mint amikor a szociális munkásoktól függetlenül dolgoztak, ami egyébként utóbbiak visszajelzéseiben is megjelent.

Hiányként jelent meg ugyanakkor, hogy a program nem biztosított deklaráltan lehetőséget az egyeztetésre, közös gondolkodásra, ezeket az alkalmakat, időket a projekten kívüli időkeretből lehetett csak biztosítani.

Jó gyakorlatok a kliensekkel végzett munkában

Az interjúkban e téren elsődlegesen és szinte általánosan jelent meg, hogy a páciensek legfőképpen az emberi odafordulást értékelték, amelyet egyes szakemberek szinte fontosabbnak ítéltek a szakmai jelenlétnél vagy a szakmai eszközök használatánál. Ugyanakkor kiemelendő, hogy ezekben az esetekben is nagy szerepe van olyan aspecifikus hatásoknak, amelyekhez szükség van a professzionális hozzáállásra és olyan eszközök használatára, amelyek egy gyakorlott, jól képzett szakember számára szinte természetes-

nek tűnhetnek, és mintegy alapműködésként vannak jelen a konzultáció során. A laikus beszélgetéshez képest azonban mindez a másik fél számára minden bizonnyal sokkal biztonságosabb és megtartóbb közeget eredményez. Ezért bár a szakember szakmai eszköztárának csak kisebb szeletét alkalmazza a beavatkozás során, szaktudása mégsem vonható ki az egyenletből ebben az esetben sem; ha úgy érzi is, hogy nincs szüksége tudása legjavára, a háttérben meglévő képzettség biztosítja az alapot ahhoz, hogy bármi is elindulhasson egy-egy ilyen alkalom során – tehát a szakember semmi esetre sem lenne behelyettesíthető egy jó szándékú laikussal.

A segítő beszélgetésekben legfőképpen azt emelték ki a szakemberek pozitív hatásként, hogy lehetőséget biztosítottak a pácienseknek a ventilációra, a feszültséglevezetésre, illetve támogatást, megerősítést nyújthattak a klienseknek, tehát elsősorban szupportív elemeket használtak. Ezek jelentőségét a szakmában talán alábecsülik a képzéseken sokszor szinte alapvető célként megjelenő személyiségátformáló szakmai bravúrokhoz képest, és bár valóban nem eredményeznek mélyreható változást, egyes esetekben ez a legtöbb, amit a szakember célként tűzhet ki maga elé, és a kliensnek ez is óriási segítséget jelenthet.

Számos páciens esetében krízisintervencióra van szükség, még ha a krízisállapot nem is akut módon, közelmúltbeli történés kapcsán alakult ki, hanem akár hosszabb ideje fennáll, a pszichés működések (beszűkültség, kilátástalanságérzés, ambivalens érzések, rendezetlen, ellentmondásos gondolkodás, a racionális gondolkodásra való képtelenség stb.) mégis krízis képét rajzolják ki. Ilyenkor az egyén hozzáférhetősége csökken, a megfelelő beavatkozással azonban nyitható az alternatív gondolatok, az érzések rendezése, a megoldáskeresés felé.

Gyakran megfogalmazott pozitív változás és hatás a szakember az irányú elvárása, hogy a kliensek rendezetten, józan állapotban jelenjenek meg a rendelésen, ami által az erre vonatkozó igényük is megjelenhet, ha megtapasztalják ennek előnyeit önmagukon és a másokra gyakorolt hatás tekintetében.

Fontos a gyakori megerősítés szerepe a kezelési folyamatban, hogy a már említett csekély belső motivációt megtámogassa a szakember, és ezáltal fenntartsa, növelje azt a lendületet, amely az újabb és újabb nehézségek leküzdéséhez, vagy akár csak a terápia folytatásához szükséges. Minden apró sikert, előrelépést értékelni kell, pl. a rendezett megjelenést is, hiszen ezek a páciens részéről erőfeszítést jelentenek, és apró lépéseket a változás útján.

Az általánosan jellemző bizalmatlanság miatt a szokásosnál lassabb haladásra, óvatosabb intervenciókra van szükség ennél a klienskörnél. Kezdetben legfeljebb kevés és enyhe konfrontatív jellegű visszajelzés adható, és fokozatosan lehet mélyíteni, erősíteni ezeket. Némiképp kivételt jelentenek ez alól a függő kliensek, akiknél a problématudat kialakítása az elsődleges cél, ezért a tagadás felől („nekem ez nem okoz gondot”, „más is megissza” stb.) a realitás irányába kell mozdítani az illető gondolkodását. Ez az énvédő mechanizmusok irrealitásával való szembesítés által lehetséges, de természetesen ezt is kellő figyelemmel kell végezni – mint minden függő esetében –, a túl gyors haladás ugyanis fokozhatja az eleve jelentős ellenállást.

Több szakembernél is előkerült a mentalizáció kérdése, ugyanis ennek kialakítása, illetve erősítése révén a kliensek egymás közötti interakciói, kommunikációja is javul,

ennek pozitív hatásait a szállók légkörére a szociális munkások is visszajelezték korábbi felméréseinkben.

Egyes ellátóhelyeken edukációs csoportokat indítottak a klienskör jellemzői alapján a szenvedélybetegségek, illetve pszichiátriai betegségek témakörében. Ezekre, mivel mély önfeltárásra nem szólítanak fel, könnyebben be lehetett hívni a klienseket, és a későbbiekben ezek a csoportok a bizalmi légkör fokozatos kialakulásával továbbfejlődhettek az egyre intimebb megosztások mentén egy mélyebb önreflexió irányába is.

A betegségtudat kialakításán túl ezek a könnyen elsajátítható praktikus eljárások eszközt is adnak a páciens kezébe a tünetekkel való megküzdés vagy az absztinencia megtartása terén. Előfordult önsegítő csoportokra történő ráhangolás is egyes csoportos foglalkozásokon, hiszen ha a páciens megtapasztalja, hogy előzetes hiedelmeivel ellentétben mások meghallgatása vagy saját nehézségeinek megosztása igenis segítséget jelenthet, könnyebben határozza el magát, hogy mindezt egy még elfogadóbb és megértőbb közegben, a sorstársi közösségben is megtapasztalja.

A reintegráció során elsődleges külső erőforrásként a család jön szóba, ezért is törekedtek a szakemberek ezen kapcsolatok helyreállítására. Esetenként sikerült elérni az ismételt kapcsolatfelvételt a családdal, egyes esetekben egyfajta mediációt, illetve amennyiben a család bevonható volt, családterápiás elemek beemelése révén a kapcsolatok megszakadásához vezető régi sérelmek feldolgozása, hatékonyabb kommunikáció kialakítása is lehetségessé vált.

További külső erőforrásként a spiritualitást és az egyházi közösségeket emelhetjük ki, amelyek szintén több esetben jelentek meg jelentős hatótényezőként a terápiás munkában, illetve annak folyományaképpen a páciens későbbi „önálló” (azaz a terapeutától és a szociális ellátórendszertől független) élete során.

A projekt kapcsán gyakran hangzott el, hogy akár egy átlagos pszichiátriai gondozóhoz vagy egyéb közellátást biztosító ellátóhelyhez képest is jóval több idő jut egy-egy kliensre, ami a munka minőségét jelentősen javítja. Ráadásul széles körű megfigyelés, hogy ez a speciális populáció sok esetben több idő ráfordítását igényli a bizalom kiépítéséhez, a terápiás haladáshoz.

Határátlépések a kliensekkel való munkában

Szinte minden interjúban felmerült, hogy a hajléktalanpopuláció esetében a hagyományos, tankönyvi eljárásmenetek, szabályok nem alkalmazhatók mereven, tekintve a korábban már tárgyalt sajátosságokat. Elsősorban a bizalom megnyerése, illetve a motiváció felkeltése igényelte olyan eszközök alkalmazását, amelyek bizonyos értelemben ellentmondanak a kezelésbevétel általánosan megfogalmazott szabályainak, azonban ezen határátlépések nélkül ezekkel a kliensekkel elképzelhetetlen a munka.

Gyakori, hogy azokat a klienseket, akik a szociális munkások jelzései alapján igényelték a mentálhigiénés segítséget, a szakember közvetlenül megkereste („Szeretnék önnel beszélgetni”), vagy a szociális munkás irányította a rendelésre, miközben az illető magától nem kért volna segítséget. Ez a gyakorlat azt az első akadályt hidalta át, hogy a kliensek – különösen a férfiak – gyakran igen nehezen kérnek lelki téren segítséget, mivel azt gyengeségnek tekintik.

Előfordult, hogy az egészségügyi szakemberek megjelentek a kliensek életterében, pl. a közös helyiségekben, akár a dohányzóhelyeken, ami részben a dohányzásra vonatkozó szabályozásból fakadó gyakorlati szükségszerűség, részben azonban tudatos döntés is volt, így a kliensek testközelből, spontán módon ismerhették és szólíthatták meg a szakembert, és nemritkán ezek a beszélgetések folytatódtak aztán egyéni konzultáció keretei között.

Előfordult egyes csoportos foglalkozások esetében, hogy a résztvevők bizonyos „jutalmakban" részesültek: cigarettát, kávét, teát fogyaszthattak, ami részben e légkör oldásának eszköze, részben olyan extra juttatás, amely vonzóbbá teszi a részvételt.

Volt olyan szakember, aki egyes páciensenek – meghatározott szabályokkal – megadta e-mailes elérhetőségét, hogy a kliens további segítséget kérhessen két találkozás között is, ha elakad a megkezdett folyamatokban, akár praktikus kérdésekben is.

Az ilyen határátlépéseknél felmerül a túlgondozás veszélye: vajon ha csökken, illetve elvész a páciens saját önrésze a folyamatban, lesz-e tartós és érdemi eredmény? Vajon ez a megengedőbb hozzáállás nem erősíti az egyébként is markánsan megfigyelhető „ez nekem (ingyen, azonnal, mindenképpen) jár" attitűdöt? A mérleg másik serpenyőjében ugyanakkor azt látjuk, hogy ezek nélkül a kezelés egyszerűen nem jut el azokhoz, akiknek valójában égető szükségük van a segítségre a továbblépéshez.

A kliensekkel végzett munka egyik legnagyobb nehézsége azoknál mutatkozik meg, akik egyszerre vannak jelen szociális és egészségügyi szakemberként a kliensek életében. Azaz egyszerre kell a praktikus szinten beavatkozniuk (hol segítő, hol korlátozó, a keretek betartásáért felelős szerepkörben), és lelki téren támogatást nyújtaniuk klienseiknek (pl. este kizárni a szállóról az ittasan érkező ügyfelet, majd a következő napon addiktológiai konzultánsként megértő attitűddel fogadni őt a rendelésen).

Együttműködés külső intézményekkel

Az interjúk tapasztalatai alapján ezek az együttműködési utak akkor voltak igazán működőképesek, ha a projektben részt vevő egészségügyi szakember már eleve a szóban forgó külső intézmény dolgozója, vagy legalábbis szoros munkakapcsolatot tart fenn azzal. A program végén szerencsés esetben ezek az együttműködések megerősödtek, azonban új utak kialakulására nemigen volt példa.

A kliensek áramlása gyakran egyirányú (az egészségügyi felől a szociális szféra felé), a visszairányítás komoly ellenállásba ütközik. Mindezeket a hiányosságokat a közösségi pszichiátriai ellátási formák fejlesztése, erősítése legalábbis részben orvosolhatná.

Figyelemre méltó kivételek, egyedi jelenségek

A hajléktalan emberek élethelyzeti, valamint fizikai és mentális állapotának sajátosságai következtében a hajléktalanellátás különböző speciális szolgáltatások kialakítására kényszerült – az alapszükségletek kielégítését célzó szolgáltatásokat biztosító intézményeken felül – az illetékességet meghatározó rendeletek alapján kialakuló ellátási vis maior kezelésének érdekében.

Ilyen szolgáltatásokat biztosít például a hajléktalan emberek számára létrehozott munkaügyi központ, vagy az ellátórendszeren belül kiépített kórházi ellátás, vagy a krónikus

betegek egészségügyi ellátását végző intézmények. Ez utóbbi ellátóhelyeken a kigondozás, a reintegráció nem reális célkitűzés, azonban egy ilyen speciális ügyfélkörrel rendelkező intézmény esetén is szükséges a mentálhigiénés szakember jelenléte. Elsődleges feladata segíteni a közelgő halál tudatának feldolgozását, illetve csökkenteni a lelki szenvedést. Azonban legfontosabb az emberi méltóság megerősítése egy olyan klientúra esetén, amelynek tagjai évek hosszú sora alatt megalázó módon és akár visszavonhatatlanul elvesztették azt.

A megvalósítás során a szakemberek sokszor olyan banális, hétköznapi nehézségekbe ütköztek, amelyek jelentősen megnehezítik a kitűzött célok elérését, ugyanakkor viszonylag könnyen elháríthatók. Volt olyan projektben részt vevő szakember, aki a környezetében kialakított kapcsolatok révén tudott olyan anyagi erőforrásokat mozgósítani, amelyek a páciensei továbblépését, terápiában maradását segítették elő: adományként kaptak a kliensek esetileg olyan csomagokat, amelyek a kórházi tartózkodáshoz szükséges alapvető kellékeket (papucs, tisztálkodószerek, törülköző stb.) tartalmazták, így megnyílt a kórházi kezelés lehetősége azok számára is, akiknek ez anyagi szempontból áthidalhatatlan nehézséget jelentett volna.

Az előző pontban említett szerepzavar (szociális és egészségügyi munkakör összehangolása, ill. szétválasztása egyazon intézményen belül) megoldására használt a projekt egyik résztvevője egy kék színű dossziét, amelyet egészségügyi szakemberként vett magához – ennek meglétéből tudhatták a kliensek, hogy éppen ezen minőségében van jelen, így az adott pillanatban ilyen jellegű nehézségeikkel fordulhatnak hozzá.

Bizonyos intézmények esetében egy adott kliensnek hosszú távon is azonos esetkezelője van, ami a felhalmozódott tapasztalatok és információk hatékonyabb kezelését eredményezi, ezáltal az egészségügyi szakemberrel is hatékonyabban tud együtt dolgozni a szociális szakember. Ugyanakkor ez a rendszer a szociális munkások idő előtti kiégésében is szerepet játszhat, mivel az újra és újra visszatérő kliensek megjelenése azt az érzetet kelti, hogy minden ügyfél visszajár, tehát a szociális munkának nincs értelme hosszú távon.

Az egyik közreműködő szakember – megfelelő képzettség birtokában – légzésmeditációs, illetve légzésfigyeléses kezelési módot alkalmazott sikerrel a feszültség, szorongás csökkentésére, alvászavarok enyhítésére. Más ellátóhelyen demens betegek számára tartottak memória- és kognitív tréningeket.

Sikerek, eredmények

Alapvető és általános megfigyelés, hogy a siker fogalma a tankönyvi fogalmakhoz és az átlagpopulációval végzett mentálhigiénés munkához képest jelentős átértékelést igényel. Amint már korábban említettük, minden apró változást érdemes visszajelezni és hangsúlyozni a páciens felé, ezzel is erősítve csökkent önértékelését, önkorlátozó hiedelmeinek erejét.

Egyértelmű sikernek tekinthető, hogy olyan személyek is ellátáshoz jutnak a projekt által, akik egyébként biztosan nem kapnának ilyen jellegű segítséget – még utcán élő hajléktalanok is előfordulnak ezen esetek között.

A legközvetlenebbül észlelhető hozadéka az egészségügyi szakember jelenlétének és munkájának a konzultációk révén történő feszültségcsökkenés a ventilálás lehetősége

miatt, illetve függők esetében az ártalomcsökkentés. Korábban nem kezelt pszichotikus betegek esetében pedig az adekvát terápia bevezetésével igen látványos eredmények is elérhetők voltak.

A legtöbb ellátóhelyen megfigyelhető az egészségügyi és szociális szféra közötti intenzívebb kommunikáció, és egymás helyzetének, rendszerének, működésmódjának jobb megismerése.

Inkább a szociális szféra képviselőinek megfigyelése – de igen fontos, és ezért idekívánkozik – a szállón élő lakók közötti interakciók és kommunikáció javulása, a konfliktushelyzetek ritkulása, enyhülése, javuló készségek megjelenése azok rendezésére a lakók között.

Már említettük a családdal való kapcsolat helyreállítását, illetve javítását, ami alapvető fontosságú, sokszor egyenesen nélkülözhetetlen a kliens reintegrációja szempontjából.

Az első lépés a pozitív irányú változás felé a problématudat, a betegségtudat megjelenése, és ennek folyományaképpen a változásra irányuló motiváció kialakulása és a segítségkérés, illetve a segítség és a változás elfogadása.

A gyakorlati szinten a megfelelő végzettségű szakemberek (pszichológus, ill. pszichiáter) jelenléte bizonyos tesztek elvégzése és ezek alapján szakvélemény kiállítása révén hozzájuttathatja a pácienst munkaképesség-csökkenés megállapításához, vagy fogyatékossági támogatás, esetleg gondnokság alá vétel eléréséhez.

Észrevehető, hogy a kliensek egymásnak adják át a kezelésről, illetve a kezelőről szerzett tapasztalataikat, amelyek alapján egymásnak ajánlják a kezeléseket és a szakembereket, amelyekkel és akikkel kapcsolatban számos tévhit és előítélet kering a társadalom valamennyi színterén, nem csak a hajléktalan személyek között.

Általános megfigyelés, hogy főként a fiatalabb korú, a szociális ellátórendszerbe frissen bekerült személyeknél remélhető érdemi és mélyreható változás, a reintegráció felé való elmozdulás, de ettől függetlenül az egyéb részpopulációk esetében is kimutatható – a fentiekben vázolt módon értelmezendő – siker vagy előrelépés. Éppen ezért ez a megállapítás természetesen semmi esetre sem jelentheti azt, hogy életkori vagy bármely más alapon bárkit is akár pozitív, akár negatív értelemben diszkriminálni lehetne vagy kellene.

Dilemmák, hiányosságok, jövőbeli fejlődési utak

Felmerült, hogy szerencsés lenne minél többféle szakember jelenléte az egyes ellátóhelyeken, hogy a kliensek eltérő igényeihez lehessen igazítani, kihez irányítsák őket. Az egészségügy jelenlegi magyarországi kapacitását tekintve azonban már az is jelentős eredményként értékelendő, ha minden tervezett ellátóhely meg tud szólítani a projekt számára egy-egy szakembert.

Gyakori a szociális ellátórendszerbe kerülteknél a hospitalizáció kialakulása, emiatt jelentősen csökken a változásra irányuló motiváció, hiszen sok esetben a kliens jóval több befektetéssel is alig vagy egyáltalán nem érhetne el változást az életminőségében. A hospitalizáció jelenségével egyidejűleg azonban az arra mégis érettek számára csekély a kimenetelt, a reintegrációt elősegítő lépcsőzetes intézmény- vagy segítségtípus. Azaz a rendszerből reintegrálódni szándékozó hirtelen légüres térben találja magát, ami egészséges megküzdési mechanizmusok és megtartott szociális készségek birtokában is embert próbáló élethelyzet lenne.

A szakemberek részéről óvatosságot igényel, hogy bár helybe vitt szolgáltatásról beszélünk, és a motiválás, bevonás tekintetében gyakran a határok átlépésére van szükség, mégse szolgálják ki kényszeresen a kliensek elvárásait pl. a gyógyszerrendelés tekintetében.

Mivel maga a projekt – már csak az egészségügyi szakember rendszeres jelenléte és a velük való interakciók, testközelben zajló munkájuk miatt is – mintegy melléktermékként hozta a szociális szféra dolgozói számára az egészségügyi ellátórendszerrel és a mentálhigiénés szakmákkal kapcsolatos tapasztalatok, ismeretek bővülését, ennek számos pozitív hozadékát tapasztalták. Több szakemberben is felmerült annak a lehetősége, hogy ismeretátadó, érzékenyítő előadások, képzések révén hasznos lenne a szociális szféra azon résztvevőihez is eljuttatni ezt az ismeretanyagot, akik közvetlenül nem részesülnek ebből a projekt révén, de a mindennapi gyakorlatban hasznát vennék ennek a tudásnak.

Az ellátóhelyek jelentős részében észlelték mind az egészségügyi szakemberek, mind a szociális ellátóhely munkatársai, hogy egymás közötti egyeztetésekre, valamint belső szupervízióra is szükség lenne. Utóbbit egyes ellátóhelyeken önerőből megoldják, de szerencsésebb lenne, ha ezt a szociális ellátórendszer integráns részévé tennék.

Az elhangzottak alapján levonható következtetések

Az egészségügyi szakemberek és a szociális szféra munkatársainak visszajelzései alapján egyaránt kirajzolódik, hogy a projekt által megvalósított, helybe vitt mentálhigiénés szolgáltatásoknak van létjogosultságuk a magyarországi hajléktalanellátásban: összességében szükségesnek és eredményesnek is ítéli mindkét szféra a projekt által megvalósított ellátási formákat.

Ennek teljes körű, országos szintű megvalósítása csak az igények, szükségletek és a rendelkezésre álló személyi kapacitás átfogó és professzionális felmérése után képzelhető el.

Ezen ellátási forma szélesebb körű bevezetése ugyanakkor ismét reflektorfénybe állítja a hajléktalanpopuláció egészségügyi ellátásának egyik legfőbb dilemmáját, a szegregáció kérdését. Megítélés kérdése lehet ugyanis, hogy ez a fajta, helybe vitt szolgáltatás a hajléktalan betegek kizárását jelenti-e a közellátásból, vagy a fentiekben vázolt speciális igényekhez és körülményekhez alkalmazkodó, specializált ellátásként értelmezendő-e. A képet árnyalja, hogy a közellátás – legalábbis elvileg – a korábbiakban is nyitva állt a hajléktalan személyek előtt is, azonban sokuk – akik e projekt révén jutottak először ilyen jellegű ellátáshoz vagy kerültek ismét ellátásba, miután rövidebb-hosszabb időre kikerültek abból – mégsem vette igénybe a társadalombiztosítás által kínált ellátási formákat, ugyanakkor előnyösen tudtak részt venni a helybe vitt mentálhigiénés szolgáltatásokban.

Szakértői kiemelés a statisztikai elemzések eredményei, valamint az interjúkból levont következtetések alapján

A statisztikai elemzésekből levont következtetések

- A statisztikai adatok a legtöbb helyen kifejezetten alátámasztják, de soha nem cáfolják a szakemberek írásos visszajelzéseit és a projektgazda előzetes feltételezéseit, várakozását.

- A legfontosabb terápiában tartó hatás az odafordulás, az emberi tényező.

- Kifejezetten kedvezőnek értékelhetők a kezelésben maradás, visszatérés mutatói, ami feltételezhetően a könnyen elérhető, helybe vitt szolgáltatásnak köszönhető.

Az egyéni interjúk legfőbb tanulságai

- Egyöntetű vélemény mind az egészségügyi, mind a szociális szféra részéről, hogy a helybe vitt mentálhigiénés szolgáltatás szükséges és hasznos mind a kliensek, mind a szociális ellátórendszer és annak dolgozói számára.

- Az ügyfélkör speciális jellemzői és igényei miatt azonban a hagyományos segítő beavatkozásokon túl nagy fokú rugalmasság szükséges az egészségügyi szakemberek részéről az eszközválasztás, a motiválás, a célkitűzés, illetve a siker definiálása tekintetében.

- A szociális szféra elkötelezettsége és aktív részvétele a folyamatban (páciensek delegálása, közös esetkövetés stb. tekintetében) nagyban hozzájárul az egészségügyi szakember tevékenységének sikeréhez, sőt egyes esetekben e nélkül elképzelhetetlen a páciensek kezelésbe vonása.

- Felmerül a dilemma, hogy a jelen ellátási forma általánossá tétele a hajléktalan egészségügyi ellátás további szegregációját jelenti-e, vagy az adott populáció igényeire szabott speciális ellátási forma, amely egyes személyeknél egyedüli módszerként képes ellátáshoz juttatni azokat, akiknek erre szükségük van.

ELŐRE MUTATÁS, SZAKMAI JAVASLATOK A TAPASZTALATOK TÜKRÉBEN

A pszichiátriai, addiktológiai szakterület szempontjai

A részprogram megvalósítása során több módon is igyekeztünk követni az eredményeket, illetve a megszerzett adatokból következtetéseket levonni, a folyamat közben is olyan változtatásokat eszközölni, amelyek előmozdították a program sikerességét. A nyomon követés objektív eleme az ellátást végző szakemberek által szolgáltatott adatok statisztikai elemzése volt. Ezenfelül a részt vevő szakemberekkel egyéni interjúkat készítettünk a részprogrammal kapcsolatos tapasztalataikról, valamint az adatgyűjtés során esetismertetéseket kértünk, amelyek szintén számos tanulsággal szolgáltak. A három forrásból származó adatok érdekessége, hogy jellemzően valamennyi egy irányba mutat, egymást alátámasztják.

Mindezen tanulságok összefoglalásaképpen megfogalmaztuk azokat az ajánlásainkat, amelyek egy később megvalósuló program esetében megfontolandók lehetnek a minél nagyobb hatékonyság és minél gördülékenyebb működés érdekében.

Összességében elmondható, hogy a részprogram megvalósíthatósági tanulmányában meghatározott célkitűzések mind az ellátások számának vonatkozásában, mind az elérendő szakmai célok tekintetében elérhetőnek bizonyultak, megvalósultak. Bár az ellátások számának konkrét meghatározása, elvárása egy hosszú távú program esetében inkább indikátora lehet az egyes szakemberek hatékonyságának, mintsem elvárható, teljesítendő kvóta, a pilot programban egyfajta iránytűként szolgált a megvalósulás ütemének követésében.

Már a részprogram elindítása előtt is jó okkal feltételezhető volt, hogy a tervezett ellátásokra van igény. Ez a feltételezés a megvalósulás közben bebizonyosodott: a nyújtott szolgáltatások beépültek az együttműködő intézmények szolgáltatási körébe és eszköztárába, illetve pozitív eredményeit a mindennapos működés során is észlelték nemcsak az ellátásban részesült személyek, hanem az ellátásoknak helyt adó szociális intézmények munkatársai is.

Felmerül a kérdés, hogy egy, a későbbiekben szélesebb körben megvalósuló program a szociális szféra ellátásai közé beépülve, vagy attól függetlenül, központi irányítással, önálló programként valósuljon-e meg. Előbbi mellett szól, hogy az egyes ellátóhelyek saját hatáskörben, esetleg helyi együttműködésekre alapozva valósíthatnák meg az ellátásokat. Ahol azonban ilyen együttműködői hálózat és kapcsolatrendszer nem áll rendelkezésre, központi projektgazdai segítség révén mégis megtalálhatók és behívhatók lennének a megvalósításhoz szükséges szakemberek. Lehetséges, hogy a fenti kettő ötvözésével létrehozott, a helyi igények és lehetőségek mentén választható rugalmas megvalósíthatósági keretrendszer lenne a legalkalmasabb ezeknek a helyszínenként nagymértékben eltérő igényeknek a kielégítésére.

A statisztikai elemzésekből levont következtetések

A megvalósítást kísérő adatszolgáltatási folyamat eredményei alapján elmondható, hogy a statisztikai adatok alátámasztják, illetve helyenként kiegészítik a szakemberek írásos visszajelzéseit, az interjúk során átadott tapasztalataikat, és a projektgazda korábbi meglátásait, feltételezéseit.

A páciensek kezelésbe vonása és megtartása, illetve problématudatuk kialakítása és a változásra motiválás visszatérő nehézség volt. A visszatérés és a diagnózis kapcsolatából kiolvasható, hogy a szakembernek célszerű megkeresni a legnagyobb szenvedésnyomást okozó tünetet, pl. az alvászavart, és ebből kiindulni – így könnyebben bevonható és megtartható az ügyfél a kezelésben.

Ugyanakkor a legfontosabb terápiában tartó hatás az odafordulás, az emberi tényező, és ebben a tekintetben a részprogram tapasztalatai kifejezetten jónak mondhatók, ugyanis az eredmények szerint – különösen hajléktalan betegpopulációt tekintve – kifejezetten kedvezőek a kezelésben maradás és a visszatérés mutatói, ami feltételezhetően a könnyen elérhető, helybe vitt szolgáltatásnak köszönhető.

A megjelenések számából kitűnik, hogy fokozott odafigyelésre van szükség a karácsonyi, év végi időszakban, hogy az egyébként is szokásos szabadságolások ellenére is a lehető legjobban tudjon a projekt reflektálni az ilyenkor közismerten megnövekvő igényekre.

Az esetismertetések tanulságai

Az esetismertetéseket sikeres és sikertelen esetekre bontottuk, az ezek során felfedezett ismétlődő, jellemző elemekből vontunk le általános következtetéseket.

Szinte valamennyi esetismertetésben szerepet kapott a megfelelő motiváció kialakításának kérdése, amely elengedhetetlen a sikeres kezeléshez, így ennek felkeltése és fenntartása is kiemelt feladat a hajléktalan betegpopuláció esetében.

Szintén általános tapasztalat, hogy a megszokott hozzáállás és szabályok a legtöbb esetben nem alkalmazhatóak a megszokott módokon, ezért nagy fokú rugalmasság szükséges az eszközök megválasztásában, a szakma szabályai szerint elfogadott és bevett módszerek és megközelítések mellett egyebek is szóba jönnek (pl. természetbeni juttatások).

Mindenféle betegpopulációra igaz, hogy könnyebb akkor dolgozni, ha megvan a kellő szenvedésnyomás. Ha kialakult a megfelelő kapcsolat a segítő és kliense között, elősegítheti a folyamatot annak tudatosítása, hogy a páciens, illetve a tünetei mennyiben járulnak hozzá a mindennapi életben nehézséget, szenvedést okozó eseményekhez, ismétlődő történésekhez.

A helybe vitt szolgáltatás mind az egészségügyi, mind a szociális szféra szakemberei számára új, eddig ismeretlen helyzetet teremt az eddigi munkamódszereik és -stílusuk tekintetében. Ennek a nehézségnek a kezelésében sokat segít a szakemberek közötti közvetlen kapcsolat, ti. hogy a kliensek követése közben történő információcserék révén belelátnak a másik szféra munkájába, gondolkodásmódjába, eszközrendszerébe.

Az eredmény, eredményesség megítélésében és kezelésében a páciensek felé fontosak a gyakori, reális, de ösztönző jellegű visszajelzések, hogy az egyébként is nehezen

felkeltett és ingatag motivációt fenntartsuk. Ugyanakkor a megszokott szakmai keretek újradefiniálására itt is szükség van a segítői oldalról is, hogy a frusztrációt, kiégést elkerülhessük. Így például adott esetben józanság és teljes absztinencia helyett ártalomcsökkentés, teljes társadalmi reintegráció helyett az addigi életminőség és a még meglévő képességek megtartása lehet a reális alternatíva.

A SZOCIÁLIS SZAKTERÜLET SZEMPONTJAI

A szociális szféra oldaláról megfogalmazott – az esetlegesen jövőben megvalósuló hasonló tematikájú és jellegű programokra irányuló – szakmai javaslatok, a pilot jellegű részprogram megvalósítási tapasztalatainak tükrében.

Bevezetés

Magyarországon adott egy körülbelül három évtizede felépített, 1992-1993-tól törvényi alapköveken nyugvó,[19] intézményi keretek között működő szolgáltatási rendszer, amelyet szociális ellátásnak hívunk. A részprogram megvalósítása kapcsán elsősorban a hajléktalanellátás rendszerére hivatkozunk, amelynek létrejöttét olyan mozgalmak[20] alapozták meg, amelyek szembesítették a társadalmat és a döntéshozókat a hajléktalanság mértékével és a helyzet kezeletlenségével.

Kezdetben az ellátórendszer elsődleges célja volt az ügyfélkör lakhatási és alapszükségleteinek kielégítéséhez kapcsolódó problémák megoldása, amelyet éjszakai és nappali szolgáltatást nyújtó telephelyek létrehozásával biztosítottak. Az ezekben a szolgáltatási egységekben működő szakmai munka célja – az egyént érintő krízishelyzetre való azonnali reagálás mellett – a reintegrálás alapjait jelentő hiányok és igények feltárása, valamint az arra adható válasz módszertanának kidolgozása és gyakorlati megvalósítása volt. A feltáró szakmai munka egyik igen fontos megállapítása, hogy a hajléktalan emberek a társadalom – akár generációkon átívelő – „veszteségattitűdjeit" hatványozottan leképező rétegét adják, ezáltal gyorsan „fejlődő" és a szociális szakma kompetenciahatárán túlmutató szükségletekkel bírnak.

További fontos megállapítás, hogy a – merev és esetenként túlzottan bürokratikus – törvényi keretek között kiépített és elsősorban normatív financiális háttérrel rendelkező intézmények rögzített alapformái ezen változásokhoz nehézkesen igazodnak. Ezenfelül akadályozó tényező a szféra eszköztelensége, hiszen az ügyfélkör összetett igényeire való komplex reagálás akkor kivitelezhető, ha a célcsoport (és vele együtt a szociális szakember) nem vész el a feje fölött párhuzamosan elbeszélő szakterületek hierarchia- és illetékességi vitáiban.

A hajléktalan emberek érdemi reintegrációját megalapozó és a szociális szféra kompetenciájának megfelelő eszközbázist valójában a törvényi szinteken harmonizált ágazati

19 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.tv

20 Ajánlott irodalom: Oross Jolán: A hajléktalanság kezelése Magyarországon. https://www.eukn.eu/fileadmin/Lib/files/HU/2010/175-oross_jolan-hajl--ktalans--g.pdf

együttműködés adhat. A megállapítás lehet utópisztikus, ámde kivitelezhető,[21] mint például Írországban, ahol a hajléktalansággal foglalkozó, a témában ágazatok közötti egyeztetéseket, igényfelmérést és eszközharmonizálást koordináló munkacsoport (Cross Departmental Team on Homelessness, National Consultative Committee) fókuszál az adott kérdéskör rendezésére, egy befogadó kormányzati környezetben.

A hajléktalanellátás magyarországi berendezkedésének tükrében tehát kiemelt fontossággal bírnak azon projektek, programok, amelyek – kilépve a rögzített szolgáltatási keretekből és együttműködési „szokásjogból" – akár pilot módszerrel, de új irányokat valósítanak meg a kezelési folyamatokban, produktív megvalósítási stratégiákat és eredménypalettát mutatva ezzel, a rendszerszintű változást elősegítendő.

Javaslatok a részprogram kialakításának alapjaira

A *Kísérő intézkedések* részprogram témamegjelölésekor a Hajléktalanokért Közalapítvány a rendelkezésre álló szükségletmérési eredmények tükrében választotta a hajléktalan emberek pszichiátriai, addiktológiai és mentális problémáinak kezelésbevételét. Ennek elsődleges oka volt, hogy az ügyfélkörrel végzett szociális munka során elkészített szükségletfelmérések, valamint a szociális munkások tapasztalatainak tükrében feltáruló igénykörök egyértelműen jelzik, hogy ezen témakör a hajléktalan emberek társadalmi rehabilitációjának kiemelten fontos eleme.

A megvalósítás bázisaként pedig a szociális szféra lett megjelölve (ld. „helybe vitt szolgáltatás"), függetlenül attól, hogy jelen programban az egészségügyi és a szociális szférák közötti – amúgy rendezetlen szabályozási háttérrel megvalósuló – együttműködés elengedhetetlen.

A tanulmányban kifejtett, a tervezés szakaszában is ismert kockázati tényezők alapján várható volt, hogy a megvalósítás több akadályba is ütközik majd. Mivel ezek az akadályozó tényezők rendszerszinten jellemzik az ellátást, ezért a pilot program megvalósítása során rájuk adott gyakorlati megoldások körvonalazását is célként jelölte meg a Közalapítvány.

Az alábbiakban vázoljuk azokat a megállapításokat és kapcsolódó javaslatokat, amelyek a szociális szféra szempontjából megnevezhetőek egy jövőbeni, a szociális intézményekben történő programmegvalósítás kapcsán.

Szakmai felépítés javasolt jellemzői a részprogram megvalósításának tükrében

Első körben elengedhetetlen, hogy egy jövőbeni program tervezésének szakaszában újra elvégzésre kerüljenek azok a megvalósítókat és a célcsoportot célzó igényfelmérések, amelyekre a program szolgáltatást kíván biztosítani. Szükséges továbbá a környezeti (értsd: az általános törvényi keretektől a megvalósítók gyakorlati helyzetéről szóló képalkotáson át egészen a helyi szinten működő ellátásig terjedő) jellemzők áttekintése és rögzítése. Ezen tevékenységek szerepe a reális, gyakorlatközpontú helyzetfelmérés, amely nélkül a program fals eredményeket és tapasztalatokat produkál, nem megoldásokat adva így, hanem újabb terheket róva a megvalósítást képviselő ágazatok szakembereire.

21 https://www.bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-274/dublin_2011_szabo_andrea.pdf

Ezek, valamint a program szakmai céljának ismeretében – még mindig az előkészítői szakasz végrehajtásában – fontos a program megvalósítói körének fókuszcsoport vagy munkacsoport szintű behívása. Egy megfelelő mértékű előkészítői időszak esetén, a komplex szolgáltatásbiztosítás érdekében, javasolt a megvalósítás valamennyi résztvevőjét behívni. Jelen részprogram esetén az egészségügyi és a szociális szféra képviselőin felül a tapasztalati szakértőként behívható célcsoporttagok jelenléte is fontos a multidiszciplináris együttműködés megalapozásának szempontjából. A tanulmányban taglalt megvalósítás során – hivatkozva a financiális, valamint az időbeni keretekre – az ügyfelek tapasztalati jelenlétét a program csak közvetett úton tudta biztosítani.

A program további, példaértékű – és egy esetleges majdani komplex program számára is javasolt – megközelítése, hogy a megvalósítás főbb keretein (financiális háttér, szakmai és technikai eszközháttér, szakmai cél, megvalósítók köre, megvalósítók közötti kommunikáció alapjai, az eredmény fogalmának reális meghatározása) túlmutatva a helyi szintű megvalósítás tervezését, azaz a szolgáltatásbiztosítás részleteinek kidolgozását a majdani megvalósítók, a gyakorlati szakemberek kompetenciakörébe helyezte a Közalapítvány. Ezáltal a jövőbeni együttműködő partnerek a saját környezeti és szakmai jellemzőjük alapján fogalmazhatták meg a szolgáltatásnyújtás helyi szintű specifikumait.

A megvalósítás során rögzített, nagy jelentőséggel bíró tapasztalat, hogy a résztvevők közötti kommunikációs fórumoknak mindenképpen helyet kell biztosítani a fő keretek kialakításakor. A jelen programban ezt a kiemelt projekt nem tudta biztosítani a financiális háttérfeltételek alapján, így a helyi szinten zajló, valamint a helyszínek tapasztalati találkozóin megjelenő szakemberek maximális önerővel, a saját szakmai és megvalósítói igényük alapján végezték az esetek, illetve a komplex programfolyamat során felmerülő dilemmáik megvitatását, valamint szervezték meg az információátadásra alkalmas fórumokat.

A résztvevők visszajelzései alapján az alábbi összegzéssel jelöltük a fórumok és a hozzájuk kapcsolódó financiális keret kialakításának szükségességét:

A megvalósítói együttműködés kérdésén belül jelentős attribútumnak tekinthető a kompetenciahatárok kijelölése, a feladatok leosztása, a „közös nyelv” kialakítása. A kommunikációsfelület-kialakítás lehetőségének hiányát a szociális és az egészségügyi dolgozók rugalmassága és alternatív kommunikációs csatornák kialakítása, valamint működtetése és az ad hoc módon megvalósuló egyeztetési alkalmak kompenzálták.

Fentiek alapján javaslatunk a jövőre nézve, hogy a két szféra együttműködését rendszeresen megvalósuló szakmai egyeztetésekkel erősítsük, amelyeket munkaidőben, szervezetten kell megvalósítani a két szféra képviselőinek részvételével és a program alapvető keretei között rögzített finanszírozási háttérrel, a szférák kapacitáshiányának figyelembevételével.

Az együttműködés, a kommunikáció kérdése túlmutat a helyi szinten megvalósuló programok működtetésén, és általános értelemben is fontos a két szakma közeledése, a közös nyelv kialakítása, a kölcsönös érzékenyítés és megértés. A szociális szféra túlterheltségére már több aspektusból rámutattunk írásunkban.

Témánk szempontjából fontos észrevétel, hogy a hajléktalan emberek között nagy számban megjelenő kezeletlen addiktológiai és pszichiátriai betegségekben szenvedő emberek segítése jelentős terhet jelent a szociális ellátásban dolgozó kollégáknak, akik természetszerűleg nem rendelkeznek azzal a szaktudással és eszközrendszerrel, amely

ezen betegségek kezelését lehetővé tenné. Leírt körülmény, a tehetetlenség és az eszköztelenség érzése jelentős belső feszültséget teremt, lelki terhet jelent a kollégáknak, amelyet a témában történő érzékenyítéssel, a betegségek természetére, működésére vonatkozó tudás megszerzésével, szupervízióval vagy kompetens egészségügyi szakemberrel folytatott konzultációs alkalmak biztosításával lehet csökkenteni. Felsorolt alternatív megoldások valamelyikének tapasztalataink szerint a helyi igényekhez igazítva szerepet kell kapnia a jövőbeni programokban.

További hangsúlyos tapasztalat, hogy a projekt pályázati felhívásában megjelölt financiális feltétellel – miszerint a támogatás kizárólag közvetlenül a célcsoportot érintő tevékenységre fordítható –, egy multidiszciplináris együttműködést célzó programot nem lehet megvalósítani. A kiírás alapján jelen program kizárólag a közvetlen szakszolgáltatást nyújtó feladatot ellátó egészségügyi szakember számára tudta biztosítani a tevékenységgel járó díjazást. Ez azt jelentette, hogy a célcsoporttagok bevonását, bennmaradását és a szociális szakterület támogató tevékenységét túlórában vagy munkaidőn kívül végző szociális munkatárs önerőből biztosította a megvalósítás eredményeit.

Összegezve tehát a fejezetben kifejtett tapasztalatok általános jellemzőit kimondható, hogy egy jövőbeni – a *Kísérő intézkedések* program szakmai céljának és szakmai megvalósítási alapjainak megfelelő – program tervezése akkor válhat komplex támogató szolgáltatássá a célcsoport számára, ha a megvalósításhoz rendelt financiális keret lehetővé teszi a technikai feltételek fejlesztését; a személyi feltételek meglétének teljes körű finanszírozását, a szakmai megvalósításhoz rendelhető tapasztalatátadást, és/vagy képzést biztosító találkozók rendszeres megtartását; szakértői kör kialakítását, a szakmai megvalósításhoz kapcsolódó utazások költségeit.

A *Kísérő intézkedések* részprogram egy 2 évig tartó, most még pilot programként jellemezhető, de az ellátórendszere és a két szférára is vonatkoztatható, releváns megállapításokkal és tapasztalatokkal rendelkező kísérleti projekt. A jelen tanulmányban foglalt, fentebb részletesen kifejtett kockázatokat és eredményeket összegző tapasztalatok alapján azonban kijelenthető, hogy ez a programalap egy összetettebb financiális kerettel és a szakmai pillérek megtartásával érdemi, a hajléktalan emberek reintegrációját megalapozó és a szociális munka folyamatába beépíthető eszközzé válhat.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Dr. Buda Béla: *Népegészségügyi alkoholpolitika.* Budapest, 2006, Országos Addiktológiai Intézet.
- Dr. Molnár D. László – dr. László Klára: Budapesti hajléktalanok egészségi állapota. In: *A hajléktalanság sebei.* Periféria Seria, 1996, NM.
- State of Health in the EU – Magyarország egészségügyi országprofil. 2017, Európai Bizottság.
- *Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről* 1286 sz. 2012. június, Állami Számvevőszék.
- ELEF Európai lakossági egészségfelmérés / ELEF2009 felmérésről összefoglaló kiadványok: Európai lakossági egészségfelmérés – Magyarország, 2009.
- Összefoglaló eredmények, KSH, 2012.
- *Hajléktalanellátó intézmények Magyarországon.* Szerk.: TÁMASZ Alapítvány Pécs Dél-dunántúli Regionális Diszpécserszolgálat és a szakemberekkel készített személyes interjúk anyagai. 2017.

Felhasznált anyagok internetes elérhetőségei:

- https://www.asz.hu/
- https://www.asz.hu/storage/files/files/%C3%96sszes%20jelent%C3%A9s/2012/1286j000.pdf?download=true
- https://www.antsz.hu/
- https://www.nnk.gov.hu/
- https://februarharmadika.blog.hu/
- https://www.ksh.hu/mikrocenzus2016/
- https://februarharmadika.blog.hu/2017/03/31/kezeletlen_krizisek_megoldatlan_hianyok#more14536008
- https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2018.pdf
- https://www.ksh.hu/mikrocenzus2016/
- http://hajlekot.hu/index.php/rsztop/kisero-intezkedesek?start=10
- https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions
- https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/jel/jel310021.pdf

IRODALOMAJÁNLÓ

- 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.tv
- Albert Fruzsina – Dávid Bea: *Ha elszakad a háló… A hajléktalanság kapcsolathálózati megközelítésben*. 2001, Új Mandátum.
- Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának jelentésének összefoglalója a hajléktalanok
- egészségügyi ellátásáról Budapesten. *Esély*, 2001/2. 91–97. p.
- Bényei Zoltán–Gurály Zoltán–Győri Péter–Mezei György: Tíz év után. *Esély*, 2000/1.
- Breitner Péter: A hajléktalanná válás lépcsőfokai. *Esély*, 1999/1. 84–108. p.
- Dr. Molnár D. László – Dr. László Klára: *Budapesti hajléktalanok egészségi állapota*. Periferia Seria 6., 1996, NM.
- Gurály Zoltán–Győri Péter–Mezei György–Pelle József: A margó szélén. Hajléktalan emberek
- Budapesten a századforduló éveiben (1999–2000–2001). *Esély*, 2002/3.
- Gurály Zoltán: A Budapesten élő hajléktalan emberek egészsége. *Kapocs*, II. évf. 6. szám 2003.
- Győri Péter: A szociális törvény és a lakásügyi törvény szükséges kapcsolódási pontjai. *Hajszolt Hírlap*, 1999. január-február. 25. oldal
- Győri Péter: El nem évülő (avagy eddig meghallgatásra nem talált) javaslatok a lakásügy-hajléktalanügy szabályozásának határmezsgyéjén. *Hajszolt Hírlap*, 1998. május–június. 61 p.
- Győri Péter: Gyorsjelentés a hajléktalanságról Magyarországon. In: *Társadalmi Riport 1990.*
- Szerk.: Andorka R., Kolosi T., Vukovich Gy. TÁRKI, Budapest, 1990. 430–446. p.
- Győri Péter: Vannak-e jogaik a hajléktalanoknak. *Mozgó Világ*, 1996/6. 96–107. p. és *Hajszolt Hírlap*,
- február.
- Gyuris Tamás: Hajléktalanság 2001–2002. *Kapocs*, 2002. június. 16–23. p.
- Gyuris Tamás: Hajléktalanság nálunk és az Európai Unió országaiban. *Kapocs*, II. évf. 5. szám. 2003. november.
- Gyuris Tamás–Horváth Olga–Oross Jolán: *Hajléktalanellátás* (Hallgatói segédanyag) NCSSZI, 2005.
- Gyuris Tamás–Oross Jolán: *Tények és hátterük. Rövid áttekintés a magyarországi hajléktalanellátásról.*
- Horváth Olga: Hajléktalan emberek rehabilitációja. In: *Utak és lehetőségek a szegénység*
- *visszaszorítására*. Budapest, 2001, Szociális és Családügyi Minisztérium. 123–127. p.
- Horváth Olga: Útkeresés a hajléktalan emberek ellátásában. *Hajszolt Hírlap*, 1998. május–június. 35 p.
- Kassai Melinda: Szenvedélybetegségek és a hajléktalanság. In: *A hajléktalanság sebei*. Periferia Seria 6. Budapest, 1996, Népjóléti Minisztérium. 62–82. p.
- Komáromi Éva: A hajléktalanság mentálhigiénéje. In: *Szenvedélybetegségek*. I. évf. 5. és *A hajléktalanság sebei*. Periferia Seria 6. Budapest, 1996, Népjóléti Minisztérium. 3–32. p.
- Komáromi Éva: A szenvedélybetegek rehabilitációjának tartalmi és szervezeti kérdései. In: *Apró*
- *lépésekben…* Szerk.: Oross Jolán. Szociális és Családügyi Minisztérium és Pro Domo, Budapest, 2000.
- Periferia Seria 7. 39–58. p.
- Mezei György: *Látszólagos analógia a történelem előtti időkkel. Hajléktalanok Magyarországon a*

90-es években. Belügyi Szemle, 1999/2. 79-90. p.
- Mezei György: Vendégségben a polgári világban. A hajléktalanellátás szerepe a hajléktalan életmódban. *Hajszolt Hírlap*, 1998. május–július. 6–13. p.
- Oross Jolán: *A hajléktalanság kezelése Magyarországon. Kézikönyv a szociális munka gyakorlatához.*
- Szociális Szakmai Szövetség, Budapest, 2001. 104–139. p.
- Pik Katalin: Kik a hajléktalanok és mit tehetünk értük? *Esély*, 1995/5.
- Szabó Andrea: *Dublin 2011, Hajléktalanellátás Dublinban, tanulmányút* 2011. május 14 – 2011. július 19. https://www.bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-274/dublin_2011_szabo_andrea.pdf

További irodalom:

- Bácskai Erika (szerk.): *Pokolra kell annak menni...* Népjóléti Minisztérium, Budapest, 1993. Periferia
- Seria 1.
- Castel, R.: A nélkülözéstől a kivetettségig – A kiilleszkedés pokoljárása. *Esély*, 1993.
- Dömsödi Balázs: A menhelyektől a minta-építkezésig. A hajléktalanok Menhelye Egylet és a Soroksári
- úti munkástelep. *Korall Társadalomtörténeti folyóirat*, 5–6. 2001. ősz-tél. 72–113. p.
- Ferge Zsuzsa: A társadalom pereme és az emberi méltóság. *Esély*, 2000/1.
- Ferge Zsuzsa: *Fejezetek a magyar szegénypolitika történetéből*. Budapest, 1998, Magvető.
- Győri Péter: A Hajléktalanok Menhelye Egylet. *Esély*, 1998/5.
- Iványi Gábor: *Hajléktalanok*. Budapest, 1997, Sík Kiadó. (Magyarország felfedezése).
- Lakatos Mária: *Hajléktalanság a nemzetközi irodalom tükrében*. Alkohológiai Füzetek 22. Budapest, 1983, Országos Alkohológiai Intézet.
- Levendel László: *A hajléktalan ember.* Budapest, 1992, Országos Alkohológiai Intézet és Liget 5. 1992.,2. 106–112. p.
- Mezei György–Sarlós Katalin: *Nyomorskála.* Terem a nyomor füzetek 1. Budapest, 1995, Léthatáron Alapítvány.
- Oross Jolán (szerk.): *Apró lépésekben… Szenvedélybetegség, hajléktalanság, rehabilitáció*. Periferia Seria 7. Budapest, 2000, Szociális és Családügyi Minisztérium.
- Pattyán László–Lőrincz Norbert–Szoboszlai Katalin: Az utcai szociális munka jelene és dilemmái.
- *Hajszolt Hírlap*, 1998. május–június. 21–23. p.
- Pelle József: *Beszámoló a fővárosi hajléktalanellátás kiépüléséről és feladatok a továbbfejlesztés*
- *tükrében*. 1999, Fővárosi Önkormányzat.
- Pik Katalin: A Boldog Sziget (néhány adat Írország hajléktalanjairól). *Hajszolt Hírlap*, 1997. szeptember. 20–25. p.
- Pik Katalin: Az összekötő. Egy speciális együttműködés a szociális munkás egyéni esetkezelése kapcsán. *Esély*, 1999/5. 99–108. p.
- Schuler Dezső: *A hajléktalanság kérdése a székesfővárosban*. Statisztikai Közlemények, 76. köt. 1. sz. 1936.

Tisztelettel mondunk köszönetet
a megvalósításban részt vevő kollégáknak!

Egészségügyi szakemberek

- Dr. Baka Gabriella
- Csikász Árpád
- Éger Csaba
- Fazekas Zsolt
- Felméríné Dr. Nagy Róza
- Gajdos Tímea
- Gál Andrásné Dr. Fórizs Éva
- Jakabné Tóth Ibolya
- Jakabovits Zsófia
- Jakodáné Jendrek Zsuzsa
- Jávorszky Eszter
- Kiss Anett
- Kocsor Andrea
- Kovács-Hegedűs László
- Kováts Tibor
- Lakatos Erika
- Dr. Lampérth Melitta
- Dr. Lőrintz Zsuzsanna
- Dr. Miskolczi Terézia
- Dr. Muszil Zita
- Nagy Attila
- Dr. Nemes Gabriella
- Nemesné Somlai Gitta
- Nyakó Melinda
- Dr. Szabó Alíz
- Dr. Sztehney Iván
- Völcsey Mónika

Szociális munkatársak

- Agócs Mara
- Becze Szabolcs
- Benkovics Andrea
- Bíró Henriett
- Dudinszky Nikolett
- Farkas Bíborka Katalin
- Garamszegi Vanda Natasa
- Gnand Evelin
- Guskáné Kiss Mónika
- Gyulai Edit
- Hudanik György
- Dr. Jászfalvi Walter
- Józsa Judit
- Kálló-Kiss Piroska Katalin
- Kila Krisztina
- Kukla Tímea
- Kupai Géza
- Lencz Henrietta
- Lőrincz Andrea
- Magó Béláné
- Maksáné Kernóczi Dóra
- Malasits-Földi Bernadett
- Mátyás Anita
- Mészáros József
- Nagy Ildikó
- Nászai Ágnes
- Palásti Katalin
- Pesti Petra
- Potó Erzsébet
- Rideg Mária
- Dr. Rigó Orsolya
- Soponyai Márk
- Szabó Kata
- Szász Mária Ilona
- Tóth Gabriella
- Tucsek Bernadett
- Varga Róbert
- Vavrek Erzsébet
- Végh Ádám