



SZOBOSZLAI KATALIN - PATTYÁN LÁSZLÓ: HAJLÉKTALANOK A KELETI RÉGIÓBAN

A tanulmány megjelent: a Szabolcs-Szatmár-Beregi Szemle 2004/1. p. 93 - 111.

A hajléktalanok intézményes ellátásának „újkori” történetét általában 1989/90 telétől szokták számítani. Az utcán élő emberek tömeges megjelenése társadalmi reakciót váltott ki, és intézményes válaszokat sürgetett. Ennek eredményeképpen az országban 1994-re kiépült a hajléktalan ellátórendszer 50%-a. Az intézmények mennyiségi fejlesztése következtében 1998-ra már mintegy nyolcezer ágy biztosított lehetőséget a hajléktalanok elhelyezésére. Annak ellenére, hogy már az 1980-as évek közepétől születtek kutatások, melyek előre jelezték a hajléktalanok tömeges megjelenésének kockázatát, a hajléktalan ellátás krízis építkezése nem figyelte a probléma jellegére, a hajléktalanok ellátását uniformizáltan, elsősorban átmeneti szállások létrehozásával próbálta megoldani. A rehabilitációs és tartós bentlakást nyújtó intézmények férőhely aránya ma is csak 10% körül mozog. A probléma kezelését oda koncentrálták, ahol a hajléktalanok a legnagyobb tömegben voltak jelen, így az intézmények fele a fővárosban, a másik fele pedig az ország nagyvárosaiban működött. A rohamtempóban kialakított intézmények alkalmassága hamarosan komoly problémákat vetett fel, fizikai állaga, zsúfoltsága következtében nem felelt meg az 1994-ben megjelölt minimum feltételeknek. 2002-ben a hajléktalan ellátó intézményeknek még mindig csak 10%-a felelt meg a működtetés minimum követelményeinek.

Láthatóvá vált tehát, hogy a „hodályok”, a hajléktalanokat megtartó funkciójú intézmények nem tudnak egyénre szabott megoldásokat nyújtani a probléma kezelésében. Felmerült az igény a hajléktalanok összetételének, hajléktalanságuk okainak, hajléktalanná válásukat követő életüknek, migrációjuknak vizsgálatára.

A hajléktalanságot vizsgáló kutatások kérdései, dilemmái

- A hajléktalanokat célzó kutatások éveken keresztül csak a hajléktalan szállókat igénybevevőkre terjedtek ki, hiszen így könnyű volt a célcsoportot elérni. Az így nyert adatok azonban erősen torzíthatnak, mivel nem számolnak azzal, hogy ma hazánkban minden hetedik ember tud ilyen intézménybe bejutni. Feltételezhető az is, hogy az intézmények, vagy a benne élők szelekciója miatt egyes speciális problémákkal küzdő hajléktalan csoportok, pl. fertőző betegek, alkoholbetegek, pszichiátriai betegek stb. kimaradhatnak a vizsgálatból.
- Ha a mintaválasztást a területen dolgozó szakemberekre bizzuk, akkor azok a hajléktalanok maradnak ki belőle, akik nem találkoztak még segítő szervezet képviselőjével.
- A hajléktalanok körében végzett vizsgálatok néhány helyi kivételtől eltekintve mind a fővárosi hajléktalanságot érintik.
- Nehéz tisztázni, hogy ki tekinthető hajléktalannak a vizsgálat során.

A kutatás célja, hipotézisei



A kutatás célja, hogy képet kapjunk a keleti régióban tartózkodó hajléktalanok szociális jellemzőiről. A vizsgálat során külön figyelmet fordítottunk a demográfiai adatok megismerése mellett a hajléktalanná válás körülményeinek és a hajléktalanság idejének felmérésére, az egészségi állapotra, foglalkoztatási helyzetre, jövedelmi viszonyokra, a szociális és egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés vizsgálatára.

A regionális adatok feldolgozása során összevetjük az egyes városok mutatóit, és adatainkat összehasonlítjuk az 1999-ben és 2001-ben készült fővárosi kutatások eredményeivel.

A mintaválasztás kérdése

Kutatásunk négy megyére, Borsod-Abaúj-Zemplén, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Hajdú-Bihar és Jász-Nagykun Szolnok terjedt ki. Kérdőíves vizsgálatot végeztünk, az adatfelvételre a megyeszékhelyeken került sor 2003. július első hetében.

A kutatás tervezése során figyelembe vettük a 1999-ben Nyíregyházán készített vizsgálatunkat, ahol 105 megkérdezett hajléktalan közül 90 fő élt hajléktalanná válása előtt Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, közülük 60 fő Nyíregyházán. Ebből arra következtettünk, hogy a megyében hajléktalanná válók egy része a megyeszékhelyet választja tartózkodási helyként.

Kétségtelen, hogy ezzel a módszerrel nem tudtuk elérni azokat a hajléktalanokat, akik kisebb városokban tartózkodnak, vagy szülőhelyükön maradtak hajléktalanként.

A mintaválasztást nem lehet reprezentatívnak tekinteni. A kérdezőbiztosok a helyi hajléktalanellátó intézmények kollégái segítségével keresték fel a válaszadókat, így az utcán élő és intézményben tartózkodó hajléktalanok megoszlását az adott intézmény kliensköre is meghatározta. A mintából kimaradtak azok a hajléktalanok, akik nem kerültek egyetlen hajléktalan szálló, vagy utcai szociális munka szolgálat ellátotti körébe sem. A kutatás 2003 júniusában zajlott, összesen 375 értékelhető kérdőívet tudtunk feldolgozni.

Fedél nélküli, effektív hajléktalan, lakástalan, otthontalan

A hajléktalanokról készülő kutatások módszertani kérdése, hogy a □hajléktalan□ gyűjtőfogalom mely részcsoportját vizsgáljuk. A lakhatáshoz való viszony alapján egy fővárosban készült kutatás módszertanát követtük:

- Fedél nélküliek: akik éjszakáikat életvitelszerűen közterületen töltik.
- Effektív hajléktalanok: a fedél nélküliek, valamint azok, akiknek semmiféle tartós lakhatási lehetőségük nincsen, átmeneti intézményekben, vagy megtűrtként tartózkodnak valahol.
- Lakástalan: fedél nélküliek, effektív hajléktalanok, vagy akik átmenetileg lakásban töltik éjszakáikat, de a lakás folyamatos használata fölött nem rendelkeznek.
- Otthontalanok (Hajléktalanok): fedél nélküliek, effektív hajléktalanok, lakástalanok, vagy lakással rendelkeznek ugyan, de az alkalmatlan arra, hogy benne otthont rendezzenek be, családot alapítsanak.

A fenti csoportosítást követve a teljes minta 34%-a fedél nélkülinek,



66%-a effektív hajléktalannak tekinthető. Ez utóbbi csoportból a teljes minta 45%-a hajléktalanok átmeneti intézményeiben, 21% más lakhatási formában élt a kérdezés idején.

Ellátási formák megoszlása a vizsgált területeken

Az országos adatokat megvizsgálva megállapítható, hogy a hajléktalanok ellátására (átmeneti, vagy tartós bentlakására) szolgáló intézmények férőhelyszámai 1998-tól csökkentek. A mintegy nyolcezer férőhely 14- 16%-os csökkenésének oka, hogy az intézmények zsúfoltak, nem felelnek meg a minimum elhelyezési irányelveknek. A mintegy 7000 rendelkezésre álló férőhely is egyenlőtlenül oszlik meg hazánk területén. A fővárosban működik a férőhelyek fele, és az ellátás megyénként is megdöbbentő eltéréseket mutat.

1. sz. táblázat: A vizsgált területen működő egyes intézmények megoszlása a férőhelyek típusa szerint (zárójelben a megyeszékhely ellátottsági adatai):

Ellátási forma	Hajdú – Bihar megye	Szabolcs – Szatmár – Bereg megye	Jász-Nagykun-Szolnok megye	Borsod - Abauj – Zemplén megye	Országos 1998 ¹² .
Éjjeli menhely	54 (50)	50 (50)	34 (34)	174 (80)	2324
Átmeneti szálló	33 (25)	103 (14)	23 (23)	211 (161)	3616
Nappali melegedő	185 (185)	50 (50)	60 (40)	180 (150)	2000
Bentlakásos + kiléptető	37 (37)	-	10 (10)	65 (53)	435
Családok átmeneti otthona	146 (146)	177 (106)	80 (40)	187 (98)	1452
Egyéb (pl. Albérlők Háza) ¹³	Nincs adat	31 (31)	Nincs adat	Nincs adat	Nincs adat

Az érintett négy megyeszékhely ellátottsági mutatója:

Debrecen: 23,6; Nyiregyháza: 15,4; Szolnok 6, Miskolc: 14

A régió megyéit figyelembe véve látható, hogy Szabolcsban a legjobb a megyeszékhelyen kívül működtetett ellátások száma (5 település), míg

Hajdú-Bihar megyében csak egy, Szolnok megyében kettő településen található valamilyen hajléktalan ellátási forma. Szolnok megyében a megyeszékhelyen kívül csak nappali ellátás, Hajdú-Bihar megyében és Szabolcsban csak átmeneti szálló működik. Kiemelkedő Szabolcs megye, ahol a megyeszékhelyen kívül 90 átmeneti férőhely üzemel. Borsod megyében a legmagasabb a rendelkezésre álló férőhelyek száma, míg Szolnok megyében szállást csak a megyeszékhelyen kaphatnak a hajléktalanok.

További vizsgálatok tárgya lehet a megyeszékhelyen kívül működő ellátások tekintetében az, hogy milyen a férőhelyek hozzáférhetősége. Tapasztalataink szerint a kisebb városokban erősebb az átmeneti férőhelyek bedugulásának lehetősége. A bent lévők tartós lakhatási alternatívaként használják a szállót, míg a kirekedők nem tudnak hozzáférni az ellátáshoz. Szomorú, hogy megyénkben nincsen bentlakásos ellátás, rehabilitációs ellátás, valamint a hajléktalanok kilépését segítő férőhelyek sem működnek, így gyakorlatilag a hajléktalanságból kilábalást segítő intézmények nem funkcionálnak, erősítve ezzel a rendszerben való bennragadást, az átmeneti intézmények diszfunkcióját, bedugulását.



A kutatásról általában

A kutatásba bevont megyeszékhelyeken a válaszadók aránya (N=375) a következőképpen alakult: Nyíregyháza 126 fő (34%), Miskolc 125 fő (33 %), Debrecen 74 fő (20%) és Szolnok 50 fő (13%). A kutatás indításakor nem törekedtünk arra, hogy a jelzett városokban élő teljes hajléktalan populációt felmérjük. Akadályként merült volna fel, hogy nincsenek pontos adatok a településeken élő hajléktalanok számára vonatkozóan. Ez alól kivétel Debrecen, ahol néhány évvel ezelőtt regisztrálták

a hajléktalan-ellátórendszerben segítséget kérő hajléktalanokat, ami alapján kb. ezer főben állapították meg a Debrecenben tartózkodó hajléktalanok számát. A többi városban tudomásunk szerint hasonló regisztráció nem történt, ezért csupán becsült adatok vannak a hajléktalanok számáról. Országos és fővárosi helyzetet tekintve sem lehet pontos számadatokkal találkozni. A becsült adatok mellett, az egyes ellátásokat igénybevevők száma adhat támpontot erre vonatkozóan, valamint a szállást nyújtó ellátások esetében, a férőhely számok, és azok kihasználtsága jelenthet kiindulópontot a hajléktalanok számának meghatározásakor.

A nemek aránya

A mintába került 375 főből 280 fő (75%) férfi és 95 fő (25%) nő. A nemek arányát összehasonlítva, a 2001-ben felvett budapesti adatokkal azt látjuk, hogy vizsgálatunk földrajzi területén magasabb a hajléktalan nők száma, mint a fővárosban. Ismereteink alapján elmondhatjuk, hogy a hajléktalanná váló nők viszonylag gyorsan tudnak olyan lehetőséggel élni, ami eltávolítja őket az utcán lévő vagy átmeneti szálláshelyet igénybevevő hajléktalanok köréből. Ilyen például, új ismeretségből származó szívességi lakhatás, vagy lakhatásért cserébe munkavállalás, vagy a gyermekével együtt lakhatását elveszített nő esetében a családok átmeneti otthonában való ellátás. Ez utóbbi, a hatályos jogszabályok alapján a gyermekvédelem körébe tartozik, ezért az ellátást igénybevevő nők nem jelennek meg a hajléktalanok számára szociális ellátásokat nyújtó intézményekben. Valószínűleg a fővárosban több lehetőség van a hajléktalanná vált nőknek arra, hogy szívességi szálláshoz jussanak, illetve hajléktalanná válásuk esetén, a fővároson kívül keressenek lakhatási megoldást.

Kormegoszlás

A mintába került hajléktalanok átlagéletkora 45 év. Egy 1999-ben, a magyarországi hajléktalan-ellátásról készített értékelésben a szerzők 38 - 44 év közé teszik a hajléktalanok „átlagos életkorát”. Összevetve a regionális kutatás adataival látható, hogy a felső határt tekintve a keleti régió megyéiben lévő hajléktalanok esetében magasabb az átlagéletkor. A hajléktalanok összetételét tekintve ez azt jelenti, hogy többségében a középkorosztályhoz tartozók válnak hajléktalanná. A mintában szereplő hajléktalanok korcsoport megoszlása a következőképpen alakul: 20 - 29 év közötti a hajléktalanok 14%-a, 30 - 60 év közötti 75%-a és 60 év felett 10%-a. Kutatásunk adatait tekintve a 30 - 60 év közöttiek aránya hasonló a Gyuris - Oross által 1999-ben közölt adatokhoz, vagyis a hajléktalanok háromnegyede



tartozik a középkorosztályhoz. Kutatásunk adatai alapján a legidősebb életkor 75 év volt, három fő esetében. A 10%-ot kitevő 60 év feletti csoport aránya magas.

A felvétel helyszíneit tekintve a csoporthoz tartozó személyek utcán, nappali ellátásban vagy átmeneti szállást nyújtó intézményben kapnak ellátást, és nem időskorú hajléktalanok otthonában. Az ok egyszerű. Országosan nagyon kevés férőhely áll rendelkezésre az időskorú hajléktalanok ellátására. Az ún. bentlakásos intézményi férőhelyek száma országosan nem haladja meg az összes férőhely 10%-át.

Az életkorra vonatkozó adatoknál fontos még kiemelni, hogy az utcán és az éjjeli menedékhelyen tartózkodó hajléktalanok átlagéletkora 45 - 46 év. Ők azok a hajléktalanok, akiknek naponta meg kell küzdeniük az életben maradásért, intézményi vagy intézményen kívüli szállásért. Ez az életkor, figyelembe véve a hajléktalanok kedvezőtlen egészségi állapotát és a szállást nyújtó intézmények férőhelyeinek szűkösségét, évről évre csökkenti a hajléktalanok életesélyeit.

Családi állapot

A hajléktalanok családi állapot szerinti összetételét vizsgálva legmagasabb arányban az elváltak (43%) szerepelnek, őket a nőtlenek és hajadonok követik, arányuk együttesen 26 %. Az élettársi kapcsolatban élők és a házások aránya a mintában közel hasonló, mindkettő 10 % körüli értéket mutat. Az özvegyek aránya 7%, míg a különélőké 4%. Az elváltak magas aránya igazolja azoknak a kutatásoknak az adatait, amelyek a hajléktalanság okai között említik a megromlott családi kapcsolatokat, házastársi konfliktusokat és a válást. A Bényei - Gurály - Györi - Mezei vizsgálat 1999-ben felvett adatai szerint a fővárosban lévő hajléktalanok, a hajléktalanná válás okai között első helyen a személyes okokat, konfliktusokat említették (64%) .

A regionális kutatás városaiban külön-külön is jellemző, hogy az elvált hajléktalanok száma a legmagasabb. A magányos, társ nélküli hajléktalanok száma ebben a mintában is kiugróan magas, közel 80%, ami kedvezőtlenül hat a hajléktalanok esetében a társas kapcsolatok kialakítására és társadalmi integrációjukra. Nőknél figyelhető meg, hogy hajléktalanként viszonylag hamar alakítanak ki élettársi kapcsolatot, mivel biztonságot nyújt nekik, ha valakihez tartozhatnak. Az élettársi kapcsolatban élőket városenként tekintve Nyíregyházán jellemző leginkább az élettársi kapcsolat.

Iskolai végzettség

A mintába került hajléktalanok iskolai végzettségét tekintve többségben a 8 általános, illetve szakmunkás végzettséggel rendelkezők teszik ki a hajléktalanok közel háromnegyedét (74%). Ez az eredmény megegyezik a Gyuriss-Oross (1999) által közölt adatokkal. Az érettségivel rendelkezők aránya 12%, míg a diplomásoké 4%. Érdekes adat azoknak a jelenléte, akik nem fejezték be a 8 általános iskolát, akik a minta közel 10%-át (36 fő) jelentik. A vizsgált városok adatai alapján 8 általános iskolát be nem fejezők száma



Miskolcon a legmagasabb (16 fő). Összevetve a nemre jellemző adatokkal azt látjuk, hogy többségében a férfiak nem fejezték be az alapfokú oktatási intézményt.

Előző éjszaka

Kutatásunk során választ kerestünk azokra a kérdésekre melyek az éjszakai szálláshelyek formáiról adnak információt, illetve arról, hogy esetenként mennyi időt töltenek el ott a hajléktalanok. Feltételeztük, hogy a szállást nyújtó intézményi férőhelyek a jelentkező szükségleteket képtelenek kielégíteni, ezért többen kirekesztődnek az ellátásból. Mivel az adatfelvételre nyáron került sor, a szállást nyújtó intézmények annyi férőhelyet működtetnek, amennyiről működési engedélyük szól. Az átmeneti férőhelyek országos adatát tekintve összesen 5011 férőhely van (2002), míg a vizsgált területen a megyék összesített adatai alapján az átmeneti szállást nyújtó férőhelyek száma 682, aminek 46%-a éjjeli menedékhely és 54 %-a átmeneti szállás. A mintában szereplő hajléktalanok 1/4-e éjjeli menedékhelyen töltötte az előző éjszakát, 1/5-e átmeneti szálláson aludt. Ez alapján megállapítható, hogy a hajléktalanok közel fele (45 %) intézményi férőhelyen töltötte az előző éjszakát. Jelentős azok száma, akik az utcát jelölték meg az előző éjszaka helyszínéül. Ők a minta 34%-át jelentik. A városokat tekintve Nyíregyházán a legmagasabb az utcát megnevezők száma, a 126 főből 53 fő (42%). Számunkra ez az adat azért nem meglepő, mivel a férőhely adatokat tekintve a vizsgált időszakban Nyíregyháza városban a legkevesebb az átmeneti elhelyezést nyújtó szálláshelyek száma.

Gondolhatná az Olvasó, hogy nyári időszakban ez elviselhető, és akár a hajléktalanok maguk is választhatták ezt a megoldást. Valóban, sokszor a hajléktalan ember saját döntése alapján nem veszi igénybe a szállást nyújtó intézmények szolgáltatásait. Több kutatás rávilágított erre és elemezte ennek okait, ami összefügg a szállókon megjelenő deviáns viselkedési formákkal és a házirend megsértéséből eredő konfliktusokkal. A hajléktalanok egy része éppen ezért tartja távol magát a szállóktól. Nagyon leegyszerűsödne a probléma, ha a hajléktalanok saját döntésével magyaráznánk a férőhelyek igénybe nem vételét. Véleményünk szerint a férőhelyek alacsony száma és a szálláshelyek működési problémái együttesen járulnak hozzá ahhoz, hogy a hajléktalanok több mint 1/3-a az utcát választja szálláshelyként. Tapasztalataink alapján a téli időszakban a férőhelyszámok jelentős emelkedésével jóval kevesebb az utcán, lépcsőházakban, bódékban, lakhatás céljára nem alkalmas épületekben alvók száma, azonban a hajléktalanok ilyenkor is fenntartásokkal fogadják az intézményi szállást, és többen csak nulla fok alatti hőmérséklet esetén veszik azt igénybe. A kutatásban összevetettük az előző éjszaka helyszínét és az ott tartózkodás idejét. Az éjjeli menedékhelyre vonatkozó adatok azt mutatják, hogy az 1 éjszakára szóló szállást, az előző éjszaka éjjeli menedékhelyen alvók 50%-a legalább egy éve naponta igénybe veszi, és közülük minden második személy több mint két éve rendszeres lakója az éjjeli menedékhelynek.

Az 1999-ben felvett fővárosi kutatásból egyértelműen megfogalmazódik, hogy a hajléktalanok - hasonlóan más emberekhez - lakni, szeretni és élni szeretnének. Mindehhez



szükség van egy lakhatást biztosító helyre, ahol egyedül vagy társsal együtt lehet élni. Az intézményi férőhelyeket állandó jelleggel használó hajléktalanok ezt az igényüket elégitik ki akkor, amikor naponta, több hónapon keresztül, sokszor ugyanazt az ágyat veszik igénybe éjszakai szállásra. A társsal való együttélést az intézmények házirendje nem engedélyezi. Külön férfi és női szálláshelyek működnek, ezért az élettársi vagy házastársi kapcsolatban lévők inkább választják az utcai életet a közös élet érdekében.

Az utcán alvók közel 1/3-a legalább egy éve naponta az utcán, közterületen tölti éjszakáit, és 1/5-e az utcán alvóknak több mint két éve teszi ezt. Véleményünk szerint ez az adat is jól mutatja a szükségleteket ki nem elégitő férőhelyszámokat, az intézményi ellátás bedugulását.

Lakhatás - hajléktalanság

Kutatásunkban kitértünk annak vizsgálatára, hogy a hajléktalan személy mikor lakott utoljára lakásban és milyen utat járt be a lakás elvesztése óta.

A lakásban élés óta eltelt idő hossza véleményünk szerint csökkenti a lakhatásba való visszakerülés esélyét, mivel a hajléktalan lét és a környezeti ártalmak következményei úgymint egészségügyi, jövedelmi, társas kapcsolati és a kirekesztődés problémái növelik a hajléktalanok deprivációját.

Az eredmények alapján a hajléktalanok közel 2/3-a legalább egy éve nem lakik lakásban, 1/4-e több mint öt éve lakott utoljára lakásban. A hajléktalanok 18%-a féléven belül veszítette el lakhatását. Erre az adatra azért érdemes odafigyelni, mert a hajléktalanságból leginkább azoknak van kitörési esélye, akik relatíve kevés időt (0 - 6 hónap) élnek hajléktalanként. Érdekes adat, hogy a mintában 5% azoknak az aránya, akik soha nem laktak lakásban.

Közöttük találjuk azokat, akiknek megszűnt a munkásszállón való lakhatása, vagy szociális, illetve gyermekvédelmi intézményi ellátásból kikerülve váltak hajléktalanná.

Azok, akik hajléktalanná válásuk előtt lakásban éltek, több mint 1/3-uk házastárs vagy élettárs lakásában élt, és a megromlott kapcsolat miatt kellett elhagynia a lakást. A hajléktalanok közel 1/4-e albérletben élt, mielőtt hajléktalanná vált. Saját tulajdonú lakással a 18%-uk rendelkezett. Tapasztalataink alapján mondhatjuk, hogy ezeket a lakásokat a volt feleségnek, élettársnak és gyermeknek hagyják hátra a lakásból távozóknak. Az esetek egy részében a válást kísérő vagyonmegosztás kedvezőtlen a további lakhatást illetően a férfiak számára, mivel a bíróság a gyermeket nevelő szülő számára biztosítja a lakáshasználatot.

Hajléktalanút a lakhatás elvesztése után

A hajléktalanság fontos összetevőjének gondoljuk azt az utat, amit a hajléktalan ember a lakása, lakhatása elvesztése után bejár. Ez az út jelzés értékű arra vonatkozóan, hogy hová került közvetlenül a lakhatás elvesztése után, és információkat nyújt a természetes és a mesterséges (intézményi) támogatórendszer elérésének lehetőségéről és igénybeviteléről. Az összesített adatokat tekintve a hajléktalanok 21%-a a lakhatás elvesztését követően közvetlenül az utcára került, és a felvétel időpontjában is ott tartózkodott. A következő út a lakásból az utcára és onnan a szállóra vezet a hajléktalanok 17%-ánál. A hajléktalanok 12%-a lakhatása elvesztése után hajléktalan szállón kapott elhelyezést. A természetes támogatórendszer tagjainak segítségével kezdetben jellemző, mivel a hajléktalanok 25%-a, a lakhatás elvesztése után ismerősénél (testvér, szülő, rokon, barát) lakott, csak később lett az



utca vagy a szálló az „otthona”. A hajléktalanok 4%-a a lakhatás után hajléktalan szálláshelyen aludt és később került utcára. Az esetek 5%-ában a lakhatásból utcára, majd szállóra és onnan ismét utcára vezetett az út. Ez utóbbi két út esetében a szállóról az utcára kerülést a szálláshelyeken tapasztalható személyes konfliktusok és a normák megszegéséből eredő okok váltják ki. Ilyenkor az intézmény kizárással bünteti a normasértő módon viselkedő személyt, vagy a hajléktalan ember az őt ért atrocitások és a kialakuló problémák elkerülése érdekében nem veszi igénybe a szálláshelyet. Összességében az látszik, hogy aki utcán kezdi a hajléktalan életet, nagy valószínűséggel ott marad, és minimális esélye van annak, hogy intézményi ellátást vegyen igénybe. Az ebbe a csoportba tartozók egyedül, társsal vagy kiscsoportban (3-4 fő) küzdenek meg naponta a túlélésért, és ők azok - figyelembe véve a környezeti ártalmakat - akiknek elérésére és az ellátásokba történő bevonására fokozottan oda kell figyelni. A szállóra kerülés számait értékelve elmondhatjuk, hogy azok a hajléktalanok, akiknek lehetőségük adódott több éjszakán keresztül szállón aludni, igyekeznek megtartani ezt a lehetőséget.

Külön említést kell tennünk azokról a hajléktalanokról, akik intézményi lakhatásból váltak fedél nélkülivé. Az ő esetükben kevesebb azok száma, akik az intézményből utcára kerültek, a minta 4%-a. Az intézményből a vizsgált hajléktalanok 12%-a hajléktalanok átmeneti elhelyezését szolgáló szálláshelyre került, és ott tölti éjszakáit. Az intézményi lakhatásból kikerülő emberek hajléktalanná válása több tipikus esetet hordoz magában. Az egyik ilyen, a bentlakásos szociális intézményekből, az intézményi jogviszony megszűntetését követően hajléktalanná vált emberek csoportja. Sajnos előfordul, hogy időskorúak otthonából, pszichiátriai betegek vagy szenvedélybetegek otthonából kikerülve válnak hajléktalanná emberek. Ezekben a bentlakást nyújtó intézményekben, ahol az ellátottak számára sokszor teljes körű ápolást, gondozást nyújtanak, az ellátottal kapcsolatos problémákat az intézményi jogviszony megszűntetésével oldják meg. Amennyiben erre sor kerül, és az ellátott személynek nincs lakása, vagy ismerőse, aki befogadja, akkor egyenesen az utcára kerül.

A vizsgálat során 21 fő számolt be arról, hogy korábban valamilyen ápolást, gondozást nyújtó intézmény lakója volt. A csekély elemszám ellenére ez az információ mindenképpen fontos, a hajléktalanok szociális kirekesztésének intézményes módszerét jelenti. A következő csoportba tartoznak a gyermekotthonokból kikerülő fiatalok közül azok, akik 1997 előtt váltak felnőtt korúvá, és akiknek más alternatíva hiányában, a hajléktalan-ellátás intézményeiben elfoglalt férőhely jelenti a lakhatást. A „fiatalok” jelenléte (25 - 30 év közötti) együttélési és generációs problémákat vet fel a szálláshelyeken tartózkodók között. Sok esetben az idős hajléktalanok a fiatalok negatív viselkedése miatt utasítják el a szálláshely igénybevételét. Nyilvánvaló, hogy a hajléktalan-ellátás alkalmatlan a gyermekvédelem anomáliájának kezelésére, ezért erre a szakembereknek együttesen kellene megoldást találni.

A városok adatait vizsgálva azt találtuk, hogy a Nyíregyházán lévő hajléktalanok esetében jellemző leginkább, hogy lakhatásból közvetlenül utcára kerülnek (53%), míg a többi városban 10 - 20% közötti értékeket találunk. A nyíregyházi adatokat tekintve magas értéket képvisel az ismerős szívességi befogadása után az utcára kerülés, ami Nyíregyházán 40%, míg a többi városban ennél alacsonyabb. Az okokat keresve azt gondoljuk, hogy ezekben az



esetekben a természetes támogatórendszer nem képes megtartani a lakhatásukat elveszítő embereket, és ők azok, akik férőhely hiány miatt nem kerülnek be szállást nyújtó helyre, illetve előfordul, hogy maguk a hajléktalanok utasítják el az intézményi ellátást. Az is jellemző, hogy a vizsgált városok közül éppen Nyíregyházán kerülnek legtöbbször utcáról szállást nyújtó intézménybe (48%). Ez csak látszólagos ellentmondás az előzőhöz képest, ugyanis a többi városban más utak erősebbek, úgymint ismerőstől szállóra vagy éppen utcára kerülés (Miskolc és Debrecen vonatkozásában). Kiemeljük még a lakhatásból szállóra kerülés útját, ami Miskolc 41%, Debrecen 26% és Szolnok 18% és ez Nyíregyházán 15%.

Az értékek jól igazolják, hogy jelentős különbségek vannak a városok között a szállást nyújtó intézmények férőhelyszámait tekintve. A felvétel időpontjában a szállást nyújtó intézményekben a férőhelyszámok a következőképpen alakultak : Miskolcon 110, Debrecenben 50, Szolnokon 34 és Nyíregyházán 50 férőhely. Mint látható, hiába kedvezőbb a férőhelyek száma Nyíregyházán, mint Debrecenben, mégis erősebb a lakásból az utcára kerülése a hajléktalanoknak a szabolcsi megyeszékhelyen és csak később válik alternatívává az éjszakai szálláshely igénybevétele.

Külön kíváncsiak voltunk arra, hogy vajon mennyi idő telik el a lakhatás elvesztésétől a szállóra kerülés időpontjáig. Az előző gondolatra visszautalva már nem meglepő, hogy a hajléktalanok 28%-a egyáltalán nem aludt még átmeneti elhelyezést nyújtó szálláshelyen. Figyelemre méltó, hogy a válaszadók közül majdnem minden ötödik személy (19%) a lakhatás elvesztésétől számított egy hónapon belül járt szállást nyújtó intézményben. További 25%-nak 1-6 hónapon belül sikerült férőhelyhez jutni. Jelzés értéke van annak a 10%-nak, ahol több mint két év telt el az első szállóra kerülés időpontjáig. Valószínűleg ők azok, akik elutasítják az intézményi szálláshelyeket, és kívül rekednek.

Foglalkoztatási, jövedelmi viszonyok

A társadalmi integráció egyik leghathatósabb eszköze a társas kapcsolatok mellett a munka. Miből élnek a keleti régióban a hajléktalanok?

Kutatásunkban sorra vettük a munkából és szociális transzferekből származó jövedelmeket, bevételi lehetőségeket egyaránt. Jelen kutatásunk előzményeként Nyíregyháza városban végzett vizsgálatunk alapján bejelentett rendszeres munkából a hajléktalanok 25%-a élt. Jelen kutatásunkban a jövedelemszerzés módjait megbontottuk. Ennek alapján rendszeres bejelentett munkából származó jövedelme a teljes minta 12%-ának volt, nem bejelentett (fekete) munkából 7%, rendszeresen végzett alkalmi munkából a megkérdezettek 6%-a, alkalmi munkából a válaszadók 20%-a élt, tehát munkából származó jövedelme a hajléktalanok 45%-ának volt.

Korábbi vizsgálatunkban a hajléktalanok megközelítőleg 39%-a társadalombiztosítási, 17%-a rendszeres szociális ellátásban részesült, és közel 40%-uk kapott átmeneti támogatást a vizsgálatot megelőző évben.

A regionális mintában szociális ellátásban a hajléktalanok 25%-a részesült, melyből



rendszeres támogatást 23%-uk, átmeneti támogatást (is) 23%-uk kapott a vizsgálatot megelőző 6 hónapban. Társadalombiztosítási juttatást a hajléktalanok 25%-a kapott a vizsgálatot megelőző időszakban.

Jövedelemmel és szociális ellátásból származó juttatással olyan kevesen rendelkeznek, hogy abból százalékos adatokat bontani nehéz lenne, mégis érdemes megtekinteni a településenkénti és az ellátásonkénti elemszámot a következő táblázatokon:

2. sz. táblázat: A jövedelem típusai a megyeszékhelyek megoszlásában (esetszám)

Település	Rendszeres munka	Rendszeresen végzett alkalmi munka	Fekete munka	Alkalmi munka	TB ellátás	Munka nélküli járadék	Rendszeres segély	Átmeneti támogatás	Egyéb
Nyíregyháza	25	2	14	20	12	2	32	54	17
Miskolc	11	6	4	15	52	0	34	9	15
Debrecen	4	8	0	24	17	3	9	16	23
Szolnok	5	5	9	16	13	1	11	9	0
Összes:	45	21	27	75	94	6	86	88	55
Teljes minta N=375 %-ában	12%	6%	7,2%	20%	25%	1,6%	23%	23,4%	15%

A mintába került hajléktalanok közül Nyíregyházán a legmagasabb a munkát végzők aránya. Sajnos ez a munka leginkább alkalmi, vagy fekete munka. Az alkalmi munka igazodik a hajléktalanok szociális körülményeihez, hiszen a nap végén jövedelemhez juthat a munkavállaló. A hajléktalanok által végzett alkalmi munkák leginkább olyan feladatok, melyet a munkaerőpiacon más nem végezne el alulfizetettsége, vagy alantassága miatt. A jobban fizető munkák pedig alkalmi, idényjellegű feladatok, amelyek nem biztosítják a kiszámítható jövedelmet, így a gazdasági stabilitást. A fentiek következtében alig lehet olyan hajléktalant találni, aki munkanélküli járadékot kapna.

A szociális ellátáshoz való hozzáférés adatai meglepőek. Átmeneti és rendszeres szociális ellátást Nyíregyházán kaptak legnagyobb számban a hajléktalanok, míg társadalombiztosítási juttatásokban a Miskolcon tartózkodók részesülnek magasabb számban.



3. sz. táblázat Jövedelemtípusok a tartózkodási hely (hol aludt tegnap) szerint (esetszám)

Hol aludt tegnap este?	Rendszeres munka	Rendszeresen végzett alkalmi munka	Fekete munka	Alkalmi munka	TB ellátás	Munkánélküli járadék	Rendszeres segély	Átmeneti támogatás	Egyéb
Menhely	17	6	7	17	22	3	20	26	8
Átmeneti szálló	9	3	5	22	24	0	16	15	12
Ismerős	6	1	3	7	4	0	11	15	7
Utca	5	10	5	26	36	1	27	28	20
Összes:	37	20	20	72	86	4	74	84	47
Teljes minta N=375 %-ában	10%	5,3%	5,3%	19%	23%	1%	20%	22%	13%

A táblázat adatai sokkal kiegyenlítettebb képet mutatnak, mint azt 1999-ben Nyíregyházán láthattuk. Különösen figyelemreméltó az, hogy az utcán élő és az intézményes ellátást igénylő ügyfelek ellátáshoz, illetve jövedelemhez jutása között nagyon kicsi az eltérés. Ezeket az elemszámokat a kutatás teljes mintájához viszonyítva azonban megállapítható, hogy a munka világában, és a szociális ellátásokban kevesen tudnak részt venni. További kérdés lehet, hogy ilyen jövedelemszerzési mutatók mellett mennyi jövedelemből élnek meg a hajléktalanok? Erre a válaszadók egy része csak nehezen tud válaszolni. Ennek egyszerű oka, hogy a jövedelem beosztás nem hónapra történik, gondoljunk például az alkalmi munkára. További jövedelem beosztásra vonatkozó sajátosság a hajléktalanok körében gyakran tapasztalt vagyonszűkösség. Az együttélési közösségek a közösen megszerzett bevételt közösen használják fel, tehát amit egy ember kap, azt egy - gyakran változó összetételű - csoport kapja. Ezzel kapcsolatban sok tapasztalatot szereztünk a -99-es nyíregyházi kutatás során, ahol a napi bevételt a megkérdezettek könnyebben meg tudták mondani, mint azt, mennyi pénzből él egy hónapban.

Jelen kutatásunkban mégis a havi bevételre koncentráltunk, mivel a napi bevétel olykor nem ad pontos információkat, pl. ha van munka 5000 forintot keres a megkérdezett, ha nincsen 500 forintot szerez guberálással.

Egy fővárosi kutatásban Mezei György azt találta, hogy a kérdezés időpontjában a megkérdezett hajléktalanok jelentős részének jövedelme elérte az akkori minimálbér mértékét.

Adataink alapján a válaszadók 15%-a havi 10 ezer forint alatti jövedelemből él (7%-nak nincsen semmiféle jövedelme). 33%-uk havi 25 ezer forint alatti jövedelemmel rendelkezik, míg 35%-uk havi 25-50 ezer forint közötti bevétellel rendelkezhet. További 10% ennél magasabb jövedelemről számolt be.



A havi bevételt a városokkal összevetve szignifikánsan nincsen eltérés egyik település irányában sem. Sokkal érdekesebb a kép, ha a tartózkodási hellyel vetjük össze a havi bevételt. Egyértelműen magasabb a jövedelme az átmeneti szállón élőknek, míg alacsonyabb a menhelyen és az utcán alvóknak, valamint azoknak, akik ismerősöknél töltik éjszakáikat. Az utcán élés, vagy menhelyen tartózkodás, de nyugodtan mondhatjuk, hogy a hajléktalan életvitel nem kedvez a jövedelem időbeli átrendezésének, vagyis a felhalmozásnak, spórolásnak. A hajléktalanok közötti vagyonszétválásról már szóltunk, a hajléktalanok nem tudják vagyonukat megőrizni, sajnos gyakori az idősebb ügyfelek kifosztása, mely leggyakrabban a látencia homályában marad.

Egy hajléktalan ember példáján keresztül szeretnénk érzékeltetni, hogy a társadalmi kirekesztődés hogyan teremt egyfajta sajátos gazdálkodási módot. A hajléktalan ember 56 éves, rossz egészségi állapotnak örvend, gyenge fizikumú. Amikor havi rokkantnyugdíját megkapta taxival érkezett a hajléktalan szállóra, amit egy gondozó szóvá tett neki. Az ügyfél elmondta, hogy reggel kapott nyugdíját, és az utolsó forintokból kérte a szállítást. Napirendje a következő volt: a pénz felvétele után mindenkinek szívésségből fizetett ételt, italt, napi fogyasztási cikket, majd maga is bevásárolt, evett egy jó meleg gulyást és taxit hívott. Holnap már nem lesz nála készpénz. Elmondása szerint, ha a szálló közelébe megy a nyugdíjával, akkor mindezt más tette volna meg a pénzéből. Másnap aztán felkerekedik, hogy ismerőseit végigjárva visszakapja a tegnapi szívésségi meghívásokat. Ez a jövedelem időbeli átrendezése.

A példa természetesen egyedi, csak azért választottuk ki, hogy láthatóvá váljon, az otthontalan ember másként gazdálkodhat, mint ahogyan mi azt elképzeljük.

Mindazonáltal megfontolandó, hogy a kérdezettek elmondása alapján a minta 40%-ának magasabb a havi bevétele 50 ezer forintnál. Ha a hajléktalanok lakástól való megfosztottságát, mint egyik alapproblémát tekintjük, úgy tűnik, ügyfeleink egy része képes lenne alacsonyabb fokozatú lakhatásban élni, azt fenntartani. A szükséglakás nem új fogalom a hajléktalan ellátásban, a két világháború között elsősorban családostok elhelyezésére használták. A kérdés szociálpolitikai és egyben humanitárius értékek között dől el: mi az emberhez méltóbb? Alacsony fokozatú, de önállóan használható támogatott lakásokban élni, vagy hodályokban aludni, utcán kóborolni, utcán, közterületeken élni életvitelszerűen?

A jelenlegi intézményes elhelyezési lehetőségeket is figyelembe véve látható, hogy a megőrző típusú ellátás nem képes a problémát kezelni, így kilépés gyanánt csak a rehabilitáció erősítése, az ellenőrzött és támogatott foglalkoztatás, valamint a lakhatási alternatívák nyújtása apaszthatja a hajléktalanok tömegét. Kutatásunk rámutatott arra, hogy akár a fővárost, akár a keleti régió adatait nézzük, a hajléktalanság ugyanazokkal a megfosztásokkal jár.



Hely-idő

Kutatásunkban kíváncsiak voltunk arra, hogy a hajléktalanok 2003. január és június között mennyi időt töltöttek el különböző intézményi helyeken és szálláshelyeken. A helyek kiválasztásában szakmai tapasztalataink mellett szerepe volt annak, hogy eloszlassuk azt a tévhitet, miszerint a hajléktalanok állandó ügyfelei az egészségügyi, szociális és egyéb ellátásoknak, intézményeknek.

4. sz. táblázat: Mennyi időt töltött 2003. január – június között?

Hely / Hónap (%)	Éjjeli menedék-hely	Átmeneti szálló	Kórház	Szociális intézmény	Büntetés-végrehajtási Intézet	Utca	Ismerős	Albérlet
nem ment	60	68	83	86	90	50	67	85
0-1	9	6	12	9	7	9	13	5
1-3	13	10	4	1	2	15	12	4
4-6	18	13	1	4	1	23	8	4
Össz.	100	97*	100	100	100	97*	100	98*

* A hiányzó %-ot a nem válaszolók teszik ki.

Az összesített adatokból kitűnik, hogy a hajléktalanok kevesebb, mint 50%-a járt szociális és egészségügyi intézményben. A hajléktalan szállások esetében ez 30 - 40%, míg az egyéb szociális intézményekben (pl. idősök otthona, szenvedélybetegek átmeneti otthona) a hajléktalanok 14%-a járt a vizsgált időszakban. A vizsgált félév adatait tekintve a hajléktalanok alig több mint 10%-a feküdt kórházban. Tapasztalataink alapján többször volna szükség a szakorvosi ellátásra, mint ahányszor ténylegesen sor kerül rá. Az egészségi állapot jellemzőivel és az ellátások kérdéseivel a tanulmányban még foglalkozunk.

A társadalmi normák megsértésével együtt járó felelősségre vonásra, szabadságvesztésre az esetek 10%-ában került sor. Korábban már foglalkoztunk a természetes támogatórendszer hiányosságaival, amivel kapcsolatban a hely - idő adatai is megerősítik megállapításainkat, ugyanis többségében (67%) nem kerestek fel ismerőst (ide tartozik a rokon, barát is) az elmúlt fél évben a hajléktalanok. Lakhatási alternatívaként albérlet az esetek 85%-ában nem jön számításba. Az utca adatait elemezve látjuk, hogy minden második hajléktalan nem az utcán töltötte éjszakáit. Ez kedvező, viszont 23%-ban 4-6 hónap közötti időt töltött el a hajléktalan ember az utcán. Ez az adat mindenképpen megerősíti azt a megállapításunkat, hogy a hajléktalanok egy része még a téli időszakban sem választja a szállást nyújtó intézményekben való pihenést. A városokat tekintve Nyíregyházán a legmagasabb a 4-6 hónapot utcán töltő hajléktalanok száma, ami egyértelműen összefüggésbe hozható a férőhelyek hiányosságaival.

Hajléktalanná válás ideje és helye

Izgalmas kérdésnek találtuk annak megismerését, hogy mikor és hol váltak hajléktalanná az emberek, és miért éppen abban a városban tartózkodnak, ahol a kérdőív felvételekor voltak. A



hajléktalanná válás időpontját tekintve a minta a következőképpen alakult: 0 - 6 hónappal korábban vált hajléktalanná 16%, 6 hónap 1 év között 11%, 1-3 éve 21%, 3-5 éve 18% és több mint öt éve hajléktalan 37%. Az utóbbi adat súlyos problémaként mutatja a hajléktalanságot, hiszen a hajléktalanok közel negyven százaléka öt év elteltével is effektív hajléktalan. Továbbmenve, ha ehhez hozzáadjuk a legalább három éve hajléktalanok arányát, akkor azt látjuk, hogy minden második hajléktalan (55%) bennragad ebben a helyzetben.

A hajléktalanságban eltöltött idő kitolódásának oka a hajléktalanság társadalmi kezelésének problémájaként definiálható, úgymint a tartós lakhatás hiányát fenntartó hajléktalan-ellátórendszer, reintegrációs programok

(pl. rehabilitációs intézményi férőhelyek, foglalkoztatási, képzési lehetőségek), kilépést jelentő lakhatási formák hiánya (pl. támogatott albérlet, bérlakás).

A hajléktalanná válás helyét tekintve a hajléktalanok 61%-a abban a városban vált hajléktalanná, ahol a kérdezés időpontjában tartózkodott, további 15% korábban a megye valamelyik településének volt állandó lakosa. Korábbi 1999-ben végzett kutatásunk a Nyíregyházán található hajléktalanokra vonatkozóan már igazolta ezt a ténytet. Arra is választ kaptunk, hogy miért maradnak abban a városban a hajléktalanok. A válaszok 43%-ában a településhez való kötődés az a tényező, amiért maradnak (itt született, itt élt), és csak ezután merül fel a nagyváros kínálta több lehetőség és a személyes kapcsolatok (ismerős, élettárs) miatt való maradás (22-22%).

Kutatásunk eredményei egyrészt megerősítették korábbi megállapításunkat, másrészt ismételten felhívjuk a figyelmet arra, hogy a hajléktalanná vált emberek abban a közösségben veszítették el lakhatásukat, ahol jelenleg hajléktalanként élnek. A hajléktalanok ellátásáért felelős önkormányzatoknak elsősorban helyi szinten kell megoldani a lakhatás nélkül maradt emberek problémáinak kezelését. Ehhez egy elem lehet a hajléktalan ellátások működtetése, emellett szükséges más produktív eszközök alkalmazása, úgymint lakhatáshoz jutás helyben történő megoldásának segítése a rendelkezésre álló intézmények és támogatási formák felhasználásával.

Az egészségi állapot összefüggései

A hajléktalan emberek egészségi állapota rossz. Ez a megállapítás nemzetközi tendenciákat figyelembe véve is megállja a helyét. Az egészségügyi problémákat általában két csoportra szokták osztani:

- a hajléktalanná válás előtt létező problémák gyakran a hajléktalanná válás hajlamosító tényezői (pl. szenvedélybetegség, pszichiátriai problémák stb.)
- a másik csoportba a hajléktalan életmóddal kapcsolatban megjelenő betegségek tartoznak (alultápláltság, légzőszervi megbetegedések, baleset, bántalmazás, fagyás, stb.).

A nemzetközi irodalom sokat foglalkozott a „tyúk, vagy a tojás” dilemmával a hajléktalanok egészségkárosodásával kapcsolatban, megnyugtató eredményeket azonban nem sikerült produkálni. Kétségtelen, hogy egyes megbetegedések, (pl. pszichiátriai betegségek,



szenvedélybetegségek) esetében a társadalmi, közösségi kirekesztődés folyamata az egészségügy rendszerén át ível az utcára.

A hajléktalanok egészségi állapotát vizsgáló kutatások eredményeiből egyértelműen kiderül, hogy a hajléktalanság egyben egészségtől való megfosztottságot is jelent. Egy Nagy-Britanniában készült vizsgálat szerint egy embernek 3-szor nagyobb az esélye meghalni, 150-ször nagyobb halált okozó bántalmazást elszenvedni, 8-szor nagyobb balesetet szenvedni, 3-szor nagyobb kihűlni, ha hajléktalan. Hazai kutatási eredmények alapján a budapesti hajléktalanok (férfiak) 44%-a tartósan rokkant, 45%-a szenved állandó légúti betegségtől, 89%-a rendszeresen dohányzik, és a hajléktalanok körében 10-szer gyakoribb a tuberculosissal előfordulása.

A szerabúzus előfordulása alapján a hajléktalanok 80%-a fogyaszt rendszeresen alkoholt, 45%-nak jelent súlyos problémát az alkohol az életében és 21%-uk volt valaha alkohol elvonó kezelésen.

A beteg emberek kirekesztődését fokozzák az egészségügy finanszírozását újraszabályozó reformok, melynek következtében sok hajléktalan kerül utcára úgy, hogy utókezelése az utcán nem megoldott. Hasonló helyzet alakult ki az alkoholbetegek aktív kezelésével, ahol 14 napot finanszíroz a társadalombiztosítás. Az átfogó reform következtében mintegy 6000 krónikus pszichiátriai ágy került felszámolásra.

Kutatásunk során megvizsgáltuk a hajléktalanok egészségi állapotát, kiemelve három gyakori problémát, a légzőszervi betegségeket, az alkoholbetegséget, valamint a pszichiátriai betegséget.

Arra a kérdésre, hogy „van-e egészségügyi problémája” a megkérdezettek 46%-a válaszolt igennel. A betegség típusai szerint kiemelkedő a belgyógyászati problémák száma (21%), de megjelentek a mintában a mozgásszervi betegségek (12%), a pszichiátriai, neurológiai kórképek, valamint a fertőző betegségek is.

A pszichiátriai és szenvedélybetegségekkel kapcsolatban igen alacsony volt a válaszadási hajlandóság, ezért a betegség tényét nem a válaszadók szubjektív érzéseire bíztuk. Csak azokat tekintettük betegnek, akik korábban hosszabb kezelésen vettek részt az említett problémák miatt.

Pszichiátriai kezelésen a teljes minta 25%-a esett át, tüdőosztályon tartósan feküdt a minta 14%-a, 20%-uk volt legalább egy alkalommal alkoholelvonó kezelésen. Egyéb, elsősorban belgyógyászati problémák miatt a teljes minta 40%-a állt tartósan kórházi kezelés alatt. Ezek az adatok igazodnak az országos tendenciákhoz.

A hajléktalan ellátás szelekciós mechanizmusát több fővárosi kutatás is vizsgálta.

Eredményeik szerint az utcán élők idősebbek és betegebbek, mint a szállókon élők. Az egészségi állapotot összevetettük azzal, hol töltötte a válaszadó az előző éjszakáját. Adataink szerint a keleti régióban az utcán élők harmada (31%) számolt be egészségügyi problémáról, míg a menhelyen alvók 23%-a, az átmeneti szállón élők 23%-a említett egészségügyi problémát.



5.sz. táblázat: Az egészségi állapot és tartózkodási hely összehasonlítása (%)

Hol aludt tegnap este	Kezelték – e már		
	Alkoholgondozóban	Pszichiátrián	Tüdőgondozóban
Utcán	43%	38%	33%
Menhelyen	23%	15%	19%
Átmeneti szállón	13%	28%	25%
Egyéb helyen	21%	19%	30%

Az a feltételezésünk, hogy egyes betegségekben (pl. pszichiátriai, szenvedélybeteg) szenvedők inkább az utcára szorulnak, beigazolódni látszik. Feltételezhetjük, hogy a szállást nyújtó intézményekben azok az ügyfelek élnek, akik jelenleg nincsenek a betegségük aktív fázisában.

Megvizsgáltuk a fenti változókat városok szerint is, de nem találtunk szignifikáns eltéréseket. Általában a miskolci és nyíregyházi hajléktalanok egészségi állapota volt rosszabb.

A legjellemzőbb egészségügyi problémák mellett vizsgáltuk a hajléktalanok egészségkárosodásának mértékét is. Az 1999-ben és 2001-ben készült fővárosi kutatások meglepő eredményeket mutatnak. Az első vizsgálat idején a hajléktalanok 34%-a, 2001-ben a válaszadók 46%-a volt munkaképtelen. A jelen vizsgálatban válaszoló hajléktalanok 33%-a számolt be igazolt (orvosi bizottság által megállapított) egészségkárosodásról. A munkaképesség csökkenés mértéke az esetek túlnyomó többségében 50-67% között mozog. A munkaképesség csökkenés megállapítására leggyakrabban valamilyen keresetpótló juttatás megigénylése során kerül sor, így azok az ügyfelek, akik nem rendelkeznek elegendő járulékfizetésben eltöltött idővel, nem sürgetik az eljárást, nem beszélve arról, hogy a munkaképesség csökkenés megállapítása beszűkíti a foglalkoztatási lehetőségeket is.

Az egészségi állapotot figyelembe véve logikusan következik a kérdés: milyen esélye van a hajléktalanoknak egészségügyi ellátáshoz jutni?

A válaszadók 73%-a nyilatkozott arról, hogy bármikor egészségügyi ellátáshoz juthat! Az ellátás igénylésével kapcsolatos ellenérvék: nem tudja gyógyszerét kiváltani (19%), nem tud pénzt adni az orvosnak (13%), csúnyán, megalázóan bánnak vele hajléktalansága miatt (13%). Betegség esetén a hajléktalanok fele a hajléktalan ellátásban tevékenykedő ún. hajléktalanok orvosához fordul, harmaduk háziorvost keres fel.

Az orvoshoz jutás lehetősége meglehetősen fölülreprezentáltak tűnik a gyakorlati tapasztalataink alapján, így érdemes összevetni azzal, mikor járt utoljára orvosnál a válaszadó. A válaszadók 13%-a fél évnél régebben, 24%-a 1 évnél régebben látogatta meg orvosát (egy válaszadó utoljára 27 éve volt orvosnál). Az orvos látogatásánál azt is figyelembe kell venni, hogy a szállón élőknek (jelen minta 25%-a) az ellátás igényléséhez orvosi igazolás szükséges a fertőzésmentességről.



A kutatás eredményei, összegzés

A hajléktalanok szociális és demográfiai mutatói nem térnek el lényegesen az országos mutatóktól, és a regionális kutatásban vizsgált megyeszékhelyek között sem tapasztalható számottevő eltérés. A hajléktalan utak tekintetében megállapítható, hogy a fővárosinál erőteljesebb az a tendencia, miszerint ha a hajléktalan ember szállóra kerül, akkor tartósan ott marad, ami a szállást nyújtó intézmények bedugulását okozza. Azok a hajléktalanok pedig, akik a lakhatás elvesztése után az utcán élnek, tartósan az utcán rekednek. Nem győzzük elégszer hangsúlyozni, hogy átmeneti szállások elégtelen férőhelyszáma miatt az intézményes szálláshelyek képtelenek kielégíteni a szükségleteket, valamint hiányoznak az effektív hajléktalanságot megszüntető rehabilitációs és kiléptető megoldások. Figyelem felhívó tapasztalat, hogy

Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében nem találunk kiléptető, rehabilitációs célú ellátást, illetve nem működik időskorú hajléktalanok ápolását, gondozását végző intézmény sem. Így a jog által biztosított lehetőségekkel, ellátásokkal a hajléktalanok nem tudnak élni. Az ellátások hiányosságai inadekvát ellátást eredményeznek, mivel az utcán maradnak, átmeneti szálláson élnek, illetve idősek vagy szenvedélybetegek otthonaiba kerülnek, ahonnan hamar kiszorulnak.

Az átmeneti szálló tartós használata arra enged következtetni, hogy az átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben lévő hajléktalanok egy része lakhatási alternatívaként használja az ellátást, mivel számukra a lakás hiánya a legnagyobb probléma. Összevetve a jövedelmi helyzettel, azt látjuk, hogy van egy csoportja a hajléktalanoknak, akik képesek arra, hogy nem piaci alapon működő lakbért fizessenek. Számukra a hajléktalanságból való kilépést jelentheti az alacsony komfortfokozatú és támogatott lakásokban való lakhatás.

Annak ellenére, hogy a hajléktalanok többsége könnyen hozzáfér egészségügyi ellátáshoz, az egészségügyi állapot és az utolsó orvosi ellátás időpontjából kiderül, hogy fokozottan oda kell figyelni a hajléktalanok egészségügyi ellátására. Tekintettel arra, hogy a hajléktalanok többsége nem rendelkezik rendszeres bejelentett munkával, azonban a munkavégzés iránt elkötelezett, ezért szükséges a hajléktalanok egészségügyi állapotához igazított, támogatott foglalkoztatási programok indítása.

Összegzésként megállapítjuk, hogy a szakemberek és a döntéshozók közös felelőssége, hogy a hajléktalan lét és a környezeti ártalmak következményeiből kialakuló problémák, úgymint lakhatás, munkavégzés, jövedelmi, társas kapcsolati és egészségügyi, ne a kirekesztődést és a hajléktalanok deprivációját növelje, hanem a társadalom (közösség) megtartó képessége erősödjön az által, hogy gondoskodik embertársairól.