



VERTIKÁLIS ÉS HORIZONTÁLIS EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ RENDSZEREK A HAJLÉKTALANELLÁTÁSBAN

SIMEK ÁGNES dr., PhD, c. egyetemi docens
(S.E.), főorvos (Oltalom Alapítvány)
E-mail: simek.agnes@gmail.com

DOI 10.23716/TT0.24.2020.27

Absztrakt

A magyar egészségügyi ellátás háromszintű: alapellátás, mely magában foglalja a fogászati, felnőtt és gyermek háziorvosi ellátást, a járóbetegellátás, mely szakágazatokra bontva látja el a rászorulókat és a fekvőbeteg ellátás, mely az akut ellátás mellett biztosítja a krónikus ellátás lehetőségét. Mindhárom ellátási forma magában foglalja a szűrés-megelőzés, a gyógyítás és a rehabilitáció területét.

Ebbe a vertikális — horizontális egészségügyi hálózatba kell beleilleszteni a speciális jellemzőkkel rendelkező és épp emiatt speciális igényeket generáló hajléktalan-populációt.

Az Egészségügyi törvény a hajléktalanokra is vonatkozik: járulékfizetés ellenében (érvényes TAJ szám) a beteget teljeskörű egészségügyi szolgáltatás illeti meg a kullancseltávolítástól a művesekezelésig.

Csakhogy a hajléktalanok jelentős részének nincs TAJ száma. Így a KSH által 1–200 000 főre becsült hajléktalan-tömeg nagy része csak a törvény által előírt sürgősségi-életmentő beavatkozásokra jogosult.

Ennek a helyzetnek a kivédésére alakultak a nagyobb hajléktalanellátó szervezeteken belül a speciális egészségügyi ellátóhelyek. Leképezik a hivatalos egészségügyi ellátórendszert: vertikálisan megtalálható a három ellátási szint — nagy hiányokkal a szakellátás és az akut kórházi ellátás területén. Horizontálisan is túl nagy lyukak találhatók a hálózaton a nagyváros-kisváros-falu tekintetében.

Ezekről az ellátási lehetőségekről, a hiányok pótlásáról, a hajléktalanok ellátásában az egészségügyi-szociális rendszer erőfeszítéseiről szól az előadás.

Kulcsszavak: állami egészségügyi ellátás, hajléktalanellátás, rendszeren kívüli ellátás, önellátás

A magyar egészségügyi ellátás háromszintű: alapellátás, mely magában foglalja a fogászati, felnőtt és gyermek háziorvosi ellátást; a járóbetegellátás, mely szakágazatokra bontva látja el a rászorulókat és a fekvőbeteg ellátás,

mely az akut ellátás mellett biztosítja a krónikus ellátás lehetőségét. Mindhárom ellátási forma magában foglalja a szűrés-megelőzés, a gyógyítás és a rehabilitáció területét.

Az alaptörvényben foglaltak szerint minden magyar állampolgárt egyenlő jogok illetnek meg az egészségügyi ellátás terén is. Kérdés azonban, hogy ezeket a jogokat tudja-e minden magyar állampolgár érvényesíteni.

Különleges és az elszegényedés folytán egyre növekvő réteget képez a hajléktalanok csoportja.

Törvényi megfogalmazás szerint hajléktalan a III./1993. tv. Szociális ellátásokról 4. bekezdés 2. és 3. §-a szerint: „...hajléktalan a bejelentett lakóhellyel nem rendelkező személy, kivéve azt, akinek bejelentett lakóhelye hajléktalan szállás.” [Szt.4.(2)] illetve „...hajléktalan az, aki éjszakáit közterületen vagy nem lakás céljára szolgáló helyiségben tölti”. [Szt.4.(3)]

A KSH 2015. évi statisztikája szerint megközelítőleg 100 000 regisztrált hajléktalan él Magyarországon, több, mint fele Budapesten. Ők azok, akik valamilyen szolgáltatást, (étel, ruházat, szállás, tisztálkodás, egészségügyi ellátás,) igénybe vettek adott évben valamelyik hivatalos szolgáltatónál. Az Önkormányzatoktól nyert adatok alapján nagyjából ugyanennyi azoknak a száma, akik nem vettek igénybe ilyen szolgáltatásokat, de hajléktalanként élnek.



1. kép

Milyen speciális tulajdonságok jellemzik a hajléktalanokat az egészségügyi ellátások igénybevétele szempontjából?

Alapvető emberi-kommunikációs tulajdonságaik: a rossz önértékelési minták miatt az alacsony stressztűrő-képesség, a konfliktus kezelés agresszív jegyei, a kommunikáció sajátos, nem a társadalmi normákat követő formái.[1.](1. kép)

Mindezek már az elhatározást akadályozzák, hogy elinduljon a hajléktalan egy egészségügyi szolgáltatóhoz, a továbblépést meg szinte lehetetlenné teszik. A kudarctól, elutasítástól való félelmében nem mer, nem akar orvoshoz fordulni, ha pedig az alapellátásnál magasabb szintre küldik, már teljesen elveszettnek érzi magát.

Gazdasági-szociális háttérük pedig gyakran földrajzilag akadályozzák az egészségügyi ellátók elérését.

Mindehhez társul, hogy gyakran információjuk sincs, hol, milyen formában kaphatnak ellátást. Azt többnyire tudják, hogy az ellátáshoz érvényes TAJ-kártya kell, ez is akadályozza az elindulást. Azt már sokkal kevesebben, hogy a hajléktalanellátók enélkül is teljeskörű ellátást nyújtanak, sürgős esetben pedig minden ellátó kötelezett erre.[2.] Szomorú tapasztalat, hogy néhány hajléktalan a sok éve választott háziorvosa nem vállalja tovább az ellátását hajléktalanná válása után. Persze, az érem másik oldala, hogy az "együtt töltött" 20–30 év alatt milyen volt a praxisból kitett hajléktalan viselkedése, compliance-e, hány új plakkot okozott orvosa coronariáján...

A speciális tulajdonságok miatt a hajléktalanoknak speciális igényeik vannak az egészségügyi ellátás tekintetében. Félnek a megaláztatástól, az elutasítástól ezért a rossz kommunikációs technikáik miatt eleve agresszívak.[3.] Nagyon türelmes, együttérző, asszertív magatartás kell, hogy elfogadják azt, ami eleve járna nekik. Valljuk be, egy-egy 3 napos ügyelet, 12 órás sürgősségi, vagy csak a 4 órán túlsúszó 50–80 fő rendelése után nem mindig ezek a tulajdonságok jellemzik az egészségügyi ellátókat.

De a megfelelő gazdasági-financiális háttér is szükséges a speciális hajléktalanellátáshoz. Budapesten és néhány nagyobb városban vannak kifejezetten hajléktalanok számára létesített háziorvosi rendelők, alkalmanként egyéb szakorvosi ellátás lehetőségével. Ez az ellátótól függően többnyire pszichiáter, belgyógyász, sebész, neurológus szaksegítségét jelenti. Néhány nagyobb hajléktalan-ellátó fekvőbeteg részleget is működtet. Itt krónikus betegeket, átlagos körülmények között otthoni ápolást igénylő betegeket gondoznak, illetve egy része hospice-ként működik. Az alap- és kórházi ellátás 24 órában elérhető, állandó sürgősségi ellátást is biztosítva.

Sok kisebb városban a háziorvosi rendelő — szakorvosi segítség működik, kórházi, ügyeleti ellátás csak a városi kórházban biztosított.

A még kisebb városokban már csak a háziorvosi ellátás elérhető, rosszabb financiális háttér esetén nem is a hét minden napján.

És van, ahol még ez sem. Ezekben a városokban és falvakban a háziorvosok látják el alapszinten a hajléktalanokat, és küldik tovább megkülönböztetés nélkül a magasabb ellátási szintekre.

A hajléktalanok vertikális ellátórendszere tehát biztosított. Hol speciális, számukra kialakított keretek közt, a településrendszerben lefelé haladva pedig egyre inkább összeolvadva az állami egészségügyi rendszerrel.

Az viszont tény, hogy sok hajléktalan nem mindig a megfelelő ellátási szintet veszi igénybe. Alapja a már ismertetett önértékelési zavar, a kommunikációs és kapcsolati problémákból és az ismerethiányból adódik.

Utóbbi nagyon egyszerű: még a sok éve a fővárosban lakó hajléktalan sem tudja, hol vannak csak hajléktalanok számára, minden korlátozás nélkül igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások.

A személyiségi-szocializációs problémák miatt a hajléktalan alapvető érzelme minden új, idegen kapcsolat kialakításában a félelem. Fél az ismeretlentől, a visszautasítástól, a mentális bántalmazástól. Sokszor a TAJ kártya hiánya, a volt körzeti orvos elutasítása tarja vissza, és az orvoshoz fordulás helyett inkább visszafordul.

Ezért többnyire csak nagyon súlyos panaszok esetén, a betegség előrehaladott állapotában, sokszor csak a kialakult szövődmények miatt kerül orvoshoz. Nem egy esetben már nem is a saját lábán.

A leggyakoribb panaszok, amik mégis orvoshoz kényszerítik, a fájdalom, ha már napi életvitelét akadályozza, vagy erős mozgáskorlátozottságot okoz, a vérzés, ha a mindenféle nem igazán steril anyagokból összebarkácsolt kötés ellenére nem csillapul, az erős viszketés, sokszor már a vakarás okozta excoriatiók suppurálódása után.

Sok esetben azért kénytelen (kényszerítik) felkeresni a rendelőt, mert másokat zavar állandó köhögésével, jajgatásával, az incontinentiából, gennyedő sebekből adódó kellemetlen szaggal, kóborlásával, matatásával, desorientáltságának egyéb tüneteivel. [4.]

Az ismerethiány miatt a legtöbb esetben akkor sem a beutalási rend szerinti betegutakat veszik igénybe. Az első ellátóhelyre bemennek segítségért, ahol beutaló nélkül fogadják: a háziorvosi rendelőbe, háziorvosi ügyeletre, kórházak sürgősségi osztályára. Van, hogy egy nap több helyen is megfordul a panaszos hajléktalan, hátha valahol fölveszik egy kórházi osztályra. Ott mégis kényelmesebb; napokig, hetekig nem kell gondoskodnia sajátmaga ellátásáról.

A legnehezebb számukra eljutni a járóbetegellátásba. Néhányszor még próbálkoznak az utcáról a szakrendelőbe ellátással, de a legtöbben már tudják,

ehhez beutaló kell. Amiért el kell menni a háziorvoshoz. Talán még ennyi telik az hirtelen elszántságból, de visszamenni, előjegyzést kérni már olyan tevékenység, ami legtöbbször leküzdhetetlen akadály számukra. Ki kell lépni a komfort-zónából, „ügyintézni” kell, a kapott időpontot meg kell jegyezni, és még be is kell tartani. Igaz, hogy hetek, hónapok óta fennáll a panasza, betegsége, de ő most szedte össze a bátorságát, hogy segítséget kérjen, és nem kap. Frusztrált, alapvetően problémás a kommunikációs stílusa, így már az időpontegyeztetés sem mindig sikerül. A hajléktalannak éppen az önbizalomhiánya miatt nagyon alacsony a „megbántási küszöbe”. A legkisebb, félreérthető félmondat, gesztus már legalábbis verbális agressziót válthat ki belőle, és inkább otthagya mindent, minthogy további vélt — sokszor valós — atrocitásnak tegye ki magát. Ha eljut mégis a szakrendelésig, ugyanez a metódus kerül elő: nehezen, terjengősen adja elő a panaszait, rosszul tűri, ha az orvos struktúráltn próbál rákérdezni az objektív tényekre, az meg szinte lehetetlen, hogy további vizsgálatokra menjen — különösen, hogy a szakrendelőből nem átirányítják időponttal egy másik szakrendelésre, hanem visszaküldik a háziorvoshoz új beutalóért rákényszerítve a szakrendelésre bejutás ismételt procedúráját. Így kezdődik/ne előlről az egész körjáték. Akkor már sokkal könnyebb elmenni az ügyeletre, vagy az éppen útba eső kórházba, hogy ellátást kapjon.

Bár Budapesten sokféle szakrendelés áll a speciális hajléktalanellátókban a rendelkezésükre, még itt sem elérhető mindegyik, itt is ki kell lépni a biztonságos övezetből a „kinti világba”. Kisebb városokban egyre szűkül a speciális ellátás lehetősége, falun pedig csak az állami háziorvosi szolgálat vehető igénybe.

Minél kisebb településeken vizsgáljuk az egészségügyi szolgáltatásokat, annál nagyobb az „átjárás” a járulékfizető állampolgárok és a hajléktalanok betegellátása között. Míg nagyvárosokban elkülönítetten van lehetőségük a háziorvosi ellátástól a kórházi ellátásig igénybe venni a lehetőségeket, falun együtt ülnek a váróban a volt szomszédokkal, a polgármesteri hivatal dolgozóival.

Ez sok esetben az „átlag-beteg”-nek okoz kényelmetlen érzést. Nem könnyű egy áporodott szagú, gondozatlan, esetleg még alkoholos állapotban is lévő betegtárssal együtt várakozni az ellátásra, ugyanazon a padon ülni, ugyanabba a rendelőbe bekerülni. A zsúfolt szakrendelőben talán jobban elvegyül a tömegben ápolatlan külsejével, akárcsak a kórházi sürgősségi osztály előtt várakozók között. Osztályos felvétel esetén kötelező a tisztasági fürdő, kap tiszta, frissen mosott jószagú kórházi ruhát, külsőre már elvegyül a többi beteg közt a kórteremben. De neki nincs szalvétája, WC-papírja, saját

pohara, talán még papucsja sem. Megint kezdődik a megbélyegzés, a kirekesztés — tisztelet a kivételnek.

Hatályos egészségügyi törvényünk szerint sürgős szükség esetén jogviszonytól függetlenül el kell látni a beteget. Emberséges hozzáállás, hogy TAJ szám, és a mögötte lévő járulékfizetés nem feltétlen elvárás a hajléktalanokkal szemben egyéb esetekben sem. A legtöbb helyen e nélkül is ellátják a rászorulókat mindhárom ellátási szinten. Ha pedig mégsem, akkor rendelkezésükre állnak a speciális hajléktalanellátó egységek a mozgó ernyőképszűrő-állomástól a krónikus-ápolási osztályig.

Megvan tehát a lehetőség bármilyen településen, hogy panaszai alapján bármely hajléktalan megfelelő szintű ellátást kapjon. A hálózat vertikálisan és horizontálisan is összeállt, kapcsolódik. Már csak használni kellene, a leghatékonyabban, a legkevesebb költségráfordítással. Ennek a legkevésbé sem felel meg az utolsó pillanatban, előrehaladott állapotban, súlyos szövődeményekkel, vagy a kórházi ellátás reményében szinte naponta jelentkező hajléktalan beteg. Ez az ellátási forma nemcsak az egészségügyben dolgozók munkaerejét, idejét, mentális kapacitását veszi igénybe, de meglehetősen anyag-, eszköz-igényes, főlegesen kerül magasabb — drágább ellátási szintre, és nem mellékesen más, rászoruló betegektől veszi el az időt és a lehetőséget a magas-szintű ellátásra.

Hogyan lehetne ezen a felemás állapoton mindenki üdvére változtatni?

A legegyszerűbb a primer prevenció lenne: NE legyen hajléktalan. Igen, tudnivaló, hogy ez olyan, mint a párhuzamosok találkozása a végtelenben: ideális cél. Mindig lesznek, akik önhibájukon kívül, a körülmények negatív összejátszása folytán időlegesen hajléktalanná válnak. Őket ideális esetben csak egy szociális gondozónak kellene támogatni, hogy a jól méretezett erős szociális háló segítségével, az ügyintézés támogatása és meggyorsítása által mihamarabb kilábaljanak a bajból.

Már többen, több helyen leírták, elsőként John Wesley tiszteletes az 1700-as évek elején, hogy a hajléktalanság valós megelőzése az oktatásban rejlik. Ő így fogalmazott: Ha azt akarjuk, hogy a földjükről elkergetett parasztok ne útonállók és haramiák legyenek, tanítani kell őket.[5.] Mai átiratban: Az alapismeretek oktatásán túl felkészíteni a gyerekeket a legkisebb kortól a helyes kommunikációra, a kapcsolatteremtés kialakítására és megtartására, a stresszkezelő lehetőségek ismeretére és alkalmazására, és a józan, pozitív egyenlegre törekvő háztartásvezetés elsajátítására. Ezen ismeretek oktatása nagyrészt nem kerülne többletköltségbe, nem igényelne más oktatási anyagoktól elvett időt, nagyon kevés szakirányú képzést-továbbképzést

igényelne a mostani oktatógárdától, vagy akár önkéntes-nyugdíjas szakemberekkel is megoldható lenne.

A pozitív életszemlélet, az asszertív magatartás kialakítása jelenleg még csak egyes magán oktatási intézmények alap-tantervében került nevesítésre, mint például a Budapest School esetében. A háztartástan órákra lebontott oktatási tervét 2018-ban beadta a Pedagógusok Szakszervezete a Nemzeti Alaptantervbe történő beillesztését javasolva. Sikertelenül.

Tudomásul kell tehát vennünk, hogy hajléktalanok egyelőre vannak, és a közeljövőben változatlanul lesznek is.

Mit lehetne tehát tenni, hogy időben, állapotuknak megfelelő szintű és minőségű egészségügyi ellátásban részesüljenek?

A kommunikációs, kapcsolatépítési és stresszkezelési hiányok és hibák kiküszöbölése, korrigálása a jéghegy csúcán az alapjában túlterhelt, mennyiségi és minőségi létszámhiánnyal küzdő egészségügyi ellátórendszerre hárul.

Az alapellátásban fontos a kötődés kialakítása. Ahogy az adófizető állampolgárok számára, úgy a hajléktalanok számára is biztosítani kell az orvosválasztás lehetőségét. Az Oltalom Karitatív Egyesület Kórház-Rendelőjében ezt az teszi lehetővé, hogy minden nap más orvos rendel. (2. kép)



2. kép: Oltalom Karitatív Egyesület Kórház-Rendelője

Így a beteg kiválaszthatja azt a kollégát, aki neki a legszimpatikusabb, akiben a legjobban megbízik. Ő is személyes/személyre szabott ellátást kap így állandó orvostól, ezáltal feltételezhető, hogy nagyobb bizalommal, kevésbé elhanyagolt, szövődménymentes állapotban jelentkezik panaszaival. Természetesen akut esetben bármelyik kolléga ellátja, és rendelési időn kívül is fordulhat bármelyik ügyeletes kollégához hirtelen kialakult panaszaival. A kollégáknál meg semmilyen érdek nem fűződik a magasabb beteglétszám eléréshez, mert a Tb az egész rendelőre egységes átalánydíjat fizet.

A beteg biztonságérzete fokozható, ha a beteget „kézből-kézbe” adjuk a szakrendelések sorában. Erre a betegkövetésre már több nagy projektet készítettek, jobbnál jobb eredménnyel, bevezetésre azonban nem került sor. Az Oltalom Karitatív Egyesületben dolgozó kollégák nagyon jó kapcsolatokat alakítottak ki nemcsak a betegút következő, hivatalos szintjét jelentő területileg illetékes szakellátó intézménnyel, de több más speciális szakrendeléssel, és a hajléktalanok által leggyakrabban igénybe vett kórházakkal, klinikákkal, speciális és rehabilitációs szakintézményekkel is. A betegek gyakran előzetes megbeszélés alapján, több lépcsőben tervezett betegúton, házi orvosuk, a szakellátás orvosai által támogatva, kísérvé járják be a betegutakat egészen a remélhető gyógyulásig.[6.]



3. kép

A kórházi ellátás során is sok frusztráció éri a hajléktalant. Megjegyzések érik elhanyagolt állapotát, különösen, ha még élőködők is vannak benne. (3. kép) Akkor sem fogadják tárt karokkal, ha sokadszorra kerül ugyanazokkal a panaszokkal a sürgősségi osztályra. Tovább rontja a helyzetet, ha a panaszok megalapozatlanok, csak ki akarja zsarolni a kórházi ellátást, vagy a sürgősségi ellátás indoka az alkoholos, drogos állapot, esetleg a sokadszorra elkövetett, banális elváltozásokat okozó szuicid kísérlet. Az ingerültség jogos az egészségügyi személyzet részéről, az értéktétel, a személyeskedő, peioratív megjegyzések, netán tettelegesség az ellátottal szemben megengedhetetlen.

Ha már felvételt nyert a hajléktalan valamelyik aktív kórházi osztályra, elmosódik a határ az átlagos beteg felé. Tisztasági fürdő, a kórházi készletből kapott tiszta hálóruga, papucs használatával már csak személyes holmijainak hiánya, (tisztálkodószerek evőeszköz, ivópohár,) emlékeztetnek a másféle kiindulási pontra.

Az aktív ágyról krónikus, ápolási osztályra kerülő hajléktalan óriási gondot jelent a kórháznak.[7.] Állandó lakóhely hiányában a folyamatos gondozást igénylő beteget nem tudja az osztályról kitenni, a 3 hónap után kötelező fizetős ellátást pedig ez a beteg nem tudja finanszírozni.

Itt lépnek be az ellátásba a nagyobb városokban és a fővárosban lévő speciálisan hajléktalanok számára fenntartott krónikus betegellátó, ápolási és hospice osztályok. Ezek többnyire csak funkciójukban szeparáltak, lényegében egyetlen, nem akut ellátó osztályt jelentenek 20–30 fővel, megfelelő szakszeméllyel. Kialakításukról a nagyobb hajléktalan-ellátó szervezetek (önkormányzati vagy alapítványi formában) gondoskodnak, fenntartásukról a Tb, a normatív finanszírozási szabályoknak megfelelően.

Ezek az osztályok hosszabb ideig, gyógyulásukig, végleges szociális ellátásba kerülésükig, halálukig tartózkodhatnak a hajléktalanok. Ellátásuk a szakma szabályainak megfelelő felszereltséggel, eszköz és anyagigénnyel, megfelelő szakszeméllyel történik.

Emellett létesítettek ugyancsak az önkormányzatok és/vagy alapítványok úgynevezett Lábadozókat. Ezek a kisebb városok egy részében is megtalálhatók. Nincs egészségügyi személyzet, az itt tartózkodók teljes ellátást, szükség esetén megfelelő gyógyszereket is kapnak. Ide azok a hajléktalan betegek kerülnek, akiket házi orvosuk állandó munkaviszony esetén táppénzes állományba venne. Csak gondoskodás, ellátás szükséges számukra, melyet a szociális munkások biztosítanak. Egészségi állapotukat időnként a rendelőben vagy a hajléktalan-kórház sürgősségi részlegén ellenőrzik.

Falun közvetlenebbül jutnak egészségügyi ellátáshoz a hajléktalanok. Mivel csak a házi orvoshoz fordulhatnak, ezt meg is teszik. A falu jobban

figyel rájuk, személyes kapcsolatuk van velük, sokszor szomszédok, ismerősök figyelmeztetik a falu orvosát, hogy valamelyik hajléktalannak egészségügyi problémája van. Falun sem szívesen látják a csatagos, rossz kipárolgású embert a rendelőben, de itt is lehetőség van a tisztálkodásra, a tiszta ruha beszerzésére — akár „összeadják”, akár a helyi Vöröskereszt tartalékaiból adják. Mosdatás után már ugyanolyan betegként mehet a járóbetegellátásba vagy kórházi kivizsgálásra, mint bármely más beteg társa. Ami legtöbbször a fentebb leírt félelmek és frusztrációk miatt mégsem történik meg. Falusi hajléktalan már csak akkor fogadja el a magasabb szintű ellátást, ha mentővel viszik sürgősségi ellátásra.

Ugyancsak nagyon emberközelit az Ausztráliában működő Street-doctor. Mozgó kamionjuk a városok utcáin cirkál, és leparkolva ellátnak minden hozzájuk fordulót — lényegében a hajléktalanoknak nyújtva ezzel egészségügyi ellátási lehetőséget.[8.]

És mit tudunk tenni, hogy a hajléktalan betegek hasonlóan érezzék magukat átlagos betegtársaikhoz viszonyítva?

Folyamatos gondozás keretében gondoskodnunk kell megnyugtató szociális és mentálhygiénés ellátásokról. Ennek biztosításához megfelelő szakembergárda szükséges: szociális gondozó, diplomás idős-ellátó, diplomás demencia-ellátó.

Egyéni, személyre szabott terápiás terv keretében lehet megpróbálni a disszociális életforma korrigálását, speciális zeneterápiával, az érzelmi kultúra fejlesztésével irodalmi és képzőművészeti alkotásokon keresztül, de legfőképp stresszmentes környezet biztosításával, akár blue room [kifejezetten erre a célra kialakított relaxáló, megnyugtató környezetet biztosító helyiség,] igénybevételével.

Segít a reszocializációban a közösségi események szervezése (Ki mit tud?, örökzöld slágerek karaoke előadása, képző- és iparművészeti fesztivál) rekreációs manager közreműködésével.

És hogy hol található ez az ideális szakembergárda és a lehetőségek tárháza? Nem messze, Stocktonban, a kaliforniai állami börtön rehabilitációs részlegén.⁹ Erről a LAO, Legislative Analyst's Office hivatalos, állami börtönökben végzett felmérése tájékoztat.[10.] Nálunk is tökéletesen megfelelne a társadalomból demarkálódott, beilleszkedni képtelen, együttműködni nehezen tudó hajléktalanjaink visszailleszkedésének elősegítésére.

Addig is, amíg a mi szociális rehabilitációs hálózatunk szakembergárdája létszámban és képzettségben valamint financiális ellátottságában megközelíti egy amerikai börtönét, nézzük, mi mit tudunk nyújtani a hajléktalanok rehabilitációjához.



4. kép

A szociális biztonságot a különböző ellátási szintű hajléktalanszállók nyújtják. Ezekben lakhatás, tisztálkodási lehetőség, ruhavételezés és ételosztás biztosítja a hajléktalanok napi életvitelét. Ez csak a nagyobb városokban elérhető, és ott sem elegendő létszámban. Míg a KSH 2015-ös felmérése szerint több mint 54 ezer hajléktalan regisztrált Budapesten, addig az ismert hajléktalanszállók létszáma nem egészen 13 000 fő.

Itt szociális munkások gondoskodnak a békés együttélésről, művészterapeuták, önkéntes szakemberek próbálnak kulturális, művészeti elemeket vinni a mindennapjaikba, adományokból eljutnak színházba, állatkertbe, múzeumba. Sok helyen alakulnak önképzőkörök, képzőművészeti vagy sportkörök az ott dolgozó szociális munkások öntevékeny munkájának következtében. (4. kép)

A végső megoldás a végleges lakhatás többnyire csak az időskori szociális otthonokban biztosított. 2018-ban megszűnt a hajléktalanok elsőbbsége a szociális otthoni elhelyezésben, így a család számára már terhet jelentő, saját lakásában vagy gyermekeivel élő idős nagymama és az utcán lézengő hajléktalan ugyanolyan eséllyel indul a szociális otthoni elhelyezésért.

Fontos pedig, hogy visszailleszkedjenek a társadalomba, néha csak egy-egy szegmensébe, hogy igénybe tudják venni azokat a szolgáltatásokat, melyek őket is megilletik.[11.] Ezek között az egyik legfontosabb az egészségügyi ellátás.

És fontos nekünk is, a társadalom adófizető részének, mert ha konszolidált körülmények között él a hajléktalan, hozzájutva a számára elérhető szolgáltatásokhoz, akkor nekünk kell kevesebb ápolatlan, saját ürülékében üldögélő potenciális fertőzőforrással együtt élnünk, a mi egészségügyi

ellátásunk lesz kevésbé túlterhelt a sok fölösleges, ismételt, nagy eszköz-, anyag- és szakember igényű vizsgálatokkal, hamarabb jutunk időponthoz a minket megillető vizsgálatokra, az egészségügy pedig sokkal kevesebb ráfordítással, sokkal költséghatékonyabban éri el a hajléktalan emberek lehető legjobb, de legalábbis életminőséget nem rontó, elfogadható egészségi állapotát.

Ez mindannyiunk érdeke, és mindannyiunk felelőssége is, hogy a magunk területén, hatósugarában megtegyünk mindent ennek érdekében.

Vertical and horizontal medical care services in the homeless-care

The Hungarian medical care system exists in three levels: primary care, which includes the dental, the adult and the paediatric family doctor's services, the outpatient care, which provides special services in different areas of medical care and the in-patient care, which provides also the opportunity of the services for chronic patients beside the acute care. All three types provide screening-prevention, the curing and the rehabilitation.

Services for homeless population with special characteristic features and therefore with special claims must be fit with this official vertical - horizontal health care network.

The Health Care Law concerns the homeless people too: in return for payment of contribution (valid TAJ number /Social Insurance Identification Code/) the patient is entitled to the complete health service from the tick removal to the dialysis.

However a considerable part of the homeless people has not TAJ number. This group (estimated about 1–200 000 persons by KSH/Central Statistical Office/) is eligible only for emergency-lifesaving interventions by the law.

Special health care provider places were established in the bigger homeless care institutes. These providers are modelling the official health care system: vertically can be found the three levels — with huge deficiencies in the area of the special outpatient care and the acute hospital care. Horizontally there are too big holes on the network regarding with the health care facilities in the cities, small towns and villages.

This presentation is about these opportunities of services, about the replacement of the deficiencies and about the efforts of the health care-social-supply system in the homeless care.

Keywords: official health services, homeless care, outside the health care system, self-sufficiency

Irodalom

- [1.] MOLNÁR Gábor: A hajléktalanok pszichés állapota, *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, (1999) 1. évf. 1–2. sz. 38–44. o.
- [2.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 77.§ 1. bek.
- [3.] KÁNTOR Árpád, DÜLL Andrea: A hajléktalanság láthatatlan arca: a lelki otthon és a lelki otthontalanság, *Magyar Pszichológiai Szemle* (2018) 73. évf. 4. sz., 643–667.
- [4.] NAGY-BORSY Emese et al.: A szubjektív egészségkép és a betegségek előfordulása közti összefüggés a magyarországi hajléktalan emberek és az átlagpopuláció körében, *Népegészségügy*, (2017)) 95. évf. 2. sz., 139.
- [5.] John WESLEY: *Sermons and Notes* [In his Journals, originally published in London, 1740–89; new ed. by N. Curnock vols. I–II, London and New York, 1909–11];
- [6.] SIMEK Ágnes: Hypertonia-gondozás a magyar lakosság legalsó jövedelmi quintilisében, In: *Magyar Belorvosi Archivum* (2018) 71. évf. 6. sz., 399.
- [7.] BERKES Gabriella, VERES Ezsébet: A hajléktalan betegek ellátásának nehézségei az egészségügy tükrében, In.: *Ápolásügy* (2019) 33. évf. 3. sz., 8.
- [8.] <https://www.360.org.au/streetdoctor>
- [9.] https://web.archive.org/web/20090825014000/http://www.cdc.ca.gov/Visitors/Facilities/ASP-Inmate_Programs.html
- [10.] <https://lao.ca.gov/Publications/Report/3720>
- [11.] EÖRY Ajándok: Teréz Anya Kalkuttája: a mi Budapestünk: a hajléktalanság nemzetünk szégyene! In: *Szociális Menedzser*, (2003) 5. évf. 6. sz., 38–40.