

Bakos Péter

Lakhatás, mindenekelőtt

A hajléktalanellátásban több éve dolgozó szakemberek számára a cím sugalmazta válasz túl egyszerűnek tűnhet, a rendkívül komplex problémaként hivatkozott hajléktalan-kérdés kezelésére. Ugyanakkor az ún. *housing first* metódust – amelyet elsőként az USA-ban próbáltak ki – több európai hajléktalan-ellátó szervezet is sikerrel adaptálta, így pl. az amszterdami székhelyű HVO-Querido is. Jóllehet európaiként közelebb állhat hozzánk a holland modell, most, a téma részletesebb kifejtéséhez mégis az eredeti forráshoz nyúlok vissza. És bár a *housing first* jellegű programoknak több ezer oldalnyi irodalma létezik már, különféle kutatási eredményekkel, a témának itt most csupán egy vázlatos összefoglalóját adom.

Mivel ennek a szemléletmódnak még nincs kifejező magyar változata, miközben a címben tettem erre kísérletet, a szövegben végül mégis inkább a kétszavas angol megfogalmazás használata mellett döntöttem, lehetőséget hagyva ezzel találekony nyelvünknek arra, hogy idővel megtaláljuk rá a hasonlóan frappáns magyar terminológiát. (Ésetleg „kapásból lakásba”?)

Véleményem szerint a *housing first* programok nagyszerűsége az egyszerűségükben rejlik. Így e sorok olvasói valószínűleg nem fognak rendkívüli „aha-élményeket” átélni. Ráadásul hasonló kezdeményezés a hajléktalan emberek beilleszkedési támogatása (a köznyelvben támogatott lakhatás vagy külső férőhelyes program) hazánkban is sikerrel zajlik, igaz, jelenleg a valós igényekhez képest limitált résztvevőkkel. A mi modellkísérleti programunk azonban az esetek túlnyomó részében a könnyen önálló lakhatásba helyezhető ügyfeleket kiválogatva, merőben más célcsoportra koncentrált. A *housing first* metódus keretében ugyan családokat is támogatnak, az alább ismertetett modell kifejezetten a mentálisan sérült, és/vagy szenvedélybeteg, krónikus¹ hajléktalan, s elsősorban közterületen élő népességre fókuszál.

Ezzel a kis kitekintővel pusztán tovább szeretném hangsúlyozni az ilyen, és az önálló lakhatást minél hamarabb elérhetővé tevő kezdeményezések fontosságát és további támogatását, érintőlegesen kapcsolódva Győri Péter és Maróthy Márta *Merre tovább? Egy nemzeti hajléktalanügyi stratégia lehetséges keretei*² stratégiai vitaanyagban felvetett, a közterületen élők érdekében alkalmazandó „pozitív zéró tolerancia” ötletéhez.

Az USA-ban a modellt azt követően próbálták ki és vitték sikerre, hogy kidolgozói őszintén szembenéztek az évek során megélt kudarc-

¹ Az amerikai „krónikus hajléktalan” kifejezés a tartósan, akár éveken keresztül kisebb-nagyobb megszakításokkal hajléktalan élethelyzetben élőköt jelöli.

² Győri Péter – Maróthy Márta (2008): *Merre tovább? Egy nemzeti hajléktalanügyi stratégia lehetséges keretei*; Pro Domo füzetek 1.

cal, miszerint a kialakult intézményrendszer a hajléktalan emberek egy bizonyos csoportjával egyszerűen nem tud mit kezdeni, így sokan az életüket kénytelenek folyamatos életveszélyben tölteni, a közterületeken illetve a lakásra alkalmatlan építményekben. Egy merész húzással ennek a helyzetnek a megoldására tettek bizonyíthatóan sikeres kísérletet az USA-ban.

Melyek a *housing first* szemléletmód legfőbb jellemzői?

A különféle módokon felépített programok mindegyike megegyezik az alábbiakban:

- Cél a program célcsoportjába tartozó hajléktalan emberek közvetlen, vagy majdnem közvetlen elhelyezése állandó lakhatásban. A program akkor is az ügyfél tartós és önálló lakhatását tűzi ki célul, ha az elsőként nyújtott lakás átmenetinek tekinthető.

- Bár különböző támogató ellátásokat lehet igénybe venni, a lakhatás megtartásának nem feltétele azok igénybevétele.

- „Rámenős” utcai munkával önálló lakhatást ajánlanak az intézményi ellátást elutasító hajléktalan embereknek, és ezzel egyidejűleg csak nagyon alacsony elvárásokat támasztanak a szerhasználatukat vagy alkoholfüggőségüket illetően

- Az utógondozói csapat folyamatos esetkezelést biztosít, és mindent elkövet annak érdekében, hogy lakásban tartsák a beköltözőket, még akkor is, ha egy rövidebb időszakra az ügyfél elhagyja a program keretében bérelt ingatlant.

A modell legeredményesebb kezdeményezője

A *housing first* modell egyik legismertebb kezdeményezője a New Yorkban működő Pathways to Housing nevű szervezet, amelynek utcai munkásai mindeneelőtt azonnal (akár az első kapcsolatfelvételt követően) önálló lakásban helyezik el a mentálisan sérült és/vagy szenvedélybeteg hajléktalan embereket, és csak azt követően kezdenek el foglalkozni azzal, hogy milyen szociális segítséget igényelnek.

A Pathways to Housing 1992-ben kezdte működését, 50 lakással és 500 000 dolláros támogatással, a New York State Office of Mental Health jóvoltából. Jelenleg egy időben 450 ügyfelet gondoznak teljesen hétköznapi lakóépületekben, jórészt szegények által lakott városrészekben (Queens, West Harlem, Brooklyn), a szervezet által bérelt és az ügyfeleknek további bérletre kiadott ingatlanokban. Nemcsak a saját utcai munkásaik által felderített ügyfeleket helyezik el, hanem kórházakból, menhelyekről, börtönökből kikerülő pszichiátriai beteg vagy szenvedélybeteg hajléktalan embereket is fogadnak. A lakások környezetében 9 főből álló utógondozói csapat gondoskodik az ügyfelek lakásban tartásáról. A 450 fő utógondozói munkájának ellátására összesen hat ilyen csapatot állított ki a szervezet.

Az elsőre talán hajmeresztő módszer bevezetésének háttéréről a

Pathways to Housing alapítója, klinikai szakpszichológus és a pszichiátria professzora, dr. Sam Tsemberis elmondta, hogy a program célcsoportját a krónikus hajléktalan emberek alkotják, akiket hosszú évek alatt sem sikerült hozzásegíteni a visszailleszkedéshez, és akik egyik intézményből a másikba kerülnek, vagy ha rövidebb ideig átmenetileg megoldódott is lakhatásuk, ismét újból utcára kerültek. A hajléktalan populációban 10 százalékra becsülik ennek a csoportnak az arányát, ugyanakkor egy kutatás szerint a menhelyek forrásainak 50 százalékát fordítják rájuk.

A hagyományos lépcsőzetes modell, amely megpróbálta ezeket az embereket az utcai munka során elérni, majd lépésről lépésre felkészíteni az önálló lakhatás elérésére, nem hozott eredményt a krónikus hajléktalan népesség körében. Ennek okát abban látják, hogy az első találkozást követően folyamatosan elvárásokat támasztottak az ügyfelekkel szemben, például a lakhatás feltételeként valamilyen kezelésben való részvételt jelölték meg. A menhelyen való elhelyezéssel az ellátórendszerbe újonnan bekerülő ügyfél az elvárási szinteknek megfelelően lépett egyet előre a gondozási folyamatban, és került átmeneti lakhatásba. Mivel azonban a szenvedélybetegek körében gyakoriak voltak a visszaesések, a gondozási folyamatban is visszaestek egy korábbi gondozási szintre, rosszabb esetben megszakadt az intézményi kapcsolat és újból az utcára kerültek.

Ezzel összefüggésben még az is megjegyzendő, hogy a mentálisan sérült emberek esetében egyébként sem könnyű a kapcsolatok kialakítása és a bizalom elnyerése. Nekik elsőként az utcai munkásokat kell a bizalmukba fogadniuk, ám a velük kiépített kapcsolat valószínűleg megszakad, amikor azok hosszas gyözködései nyomán végül az éjszakáikat a menhelyen töltik. Itt egy újabb segítő veszi át a gondozásukat, majd amikor hónapok múlva az átmeneti szállóra kerülnek, ismét egy új szakembert kell a bizalmukba fogadniuk.

Az önálló lakhatásra lépésről lépésre felkészítő gondozás (ún. continuum of care) – amelyet esetleg „kigondozásnak” hívnak a szociális munka szlengjében – és a *housing first* szemléletmód közötti különbséget dr. Sam Tsemberis vázlatosan így foglalta össze:

A lépésről lépésre haladó gondozás szemléletmódja a kezelést helyezi első helyre, és azután esetleg jöhet a lakhatás, mert vagy eljutnak a folyamat végén az önálló lakhatásig, vagy nem, míg a *housing first* szemléletmód szerint elsőként a lakhatás jön, és aztán talán kezelés, amennyiben az az ügyfél számára kívánatos.

A *housing first* szemlélettel időben előrehozzák az önálló lakhatást, meghítelezve a bizalmat azoknak az embereknek, akik már olyan messzire kerültek az önálló lakhatás reményétől, hogy elriasztja őket a lépésről lépésre haladó talpraállás hosszú, sorozatos feltételeken keresztül elérhető lehetősége. Az utógondozás során ezt a hirtelen jött sikerélményt egyfajta ugródeszkeként kihasználva kezdenek hozzá az ügyfél egyéb problémáinak a rendbetételéhez.

A programban való részvétel „követelményei”

A programba kerülés feltételeként a résztvevők számára nem teszik kötelezővé sem a pszichiáterrel való konzultációt, sem a rendszeres gyógyszereszedést. Legalább ilyen meglepő, hogy sem „tisztának”, sem absztinensnek nem kell lenniük az ügyfeleknek. A jövedelmük 30 százalékát kell lakbérre fordítaniuk, és hozzá kell járulniuk ahhoz, hogy az utógondozók havi két alkalommal személyesen meglátogassák őket.

A költözést követő gondozási folyamat

A költözés után az önkéntes alapon választható, valamilyen kezelésben való részvétel 70 százalékos. Sokan gondolják úgy, hogy így már van értelme a józan vagy szermentes életmódnak, vagy akár a gyógyszeres kezelésben való részvételnek, és szívesebben konzultálnak az utógondozói csapatban dolgozó pszichiáterrel. Természetesen a lakhatás megtartásában rendkívül fontos szerepet kap az utógondozó szakembergárda, mivel a költözés után jön a munka oroszlán része. Az utógondozó team a hét minden napján 24 órában elérhető, így az ügyfelek bármikor hívhatják őket egyes-bajos dolgaikkal.

Az interdiszciplináris utógondozói munkacsoport tagjai között van olyan, aki a pszichiátria, van, aki a szociális munka és van, aki a munka-rehabilitáció területén mozog otthonosan. A csapatban a szociális munkások mellett szenvedélybeteg-tanácsadó, életmód-tanácsadó, ügyintéző, foglalkoztatás-szervező és ápoló-gondozó is dolgozik, így a lakhatásba kerülést követően bármilyen ellátást tudnak az ügyfelek igénye szerint nyújtani. Ha ügyfelük nem a lakhatást választja elsőként, akkor nem kerül a programba. Ezzel a szemléletmóddal pusztán egy meglévő igényre hozták létre egy ellátást. Mivel az utcai munkások által felkérésített ügyfelek közül a „Mire van szüksége?” kérdésre sokan azt válaszolták, hogy „egy házra, ahol élhetek”, egy idő után a *housing first* módszer kidolgozói ezt komolyan vették.

Ha a problémák különféle dimenzióira tekintünk, akkor az látható, hogy a lakhatás égető kérdésének rendeződésével az egészség dimenziója következik, s vagy ezt követve, vagy ezzel egyidejűleg megjelenik a munkavégzés igénye is az ügyfeleknél. Lakhatás, egészség, munka, és ezt követően sokan újra elkezdnek annyi önbizalmat érezni magukban, hogy a szociális dimenzió is elkezdjenek dolgozni, azaz újra felvegyék a kapcsolatot a családtagokkal.

Kutatási eredmények

A *housing first* modellt a Substance Abuse and Mental Health Services Administration által támogatott kontrollcsoportos vizsgálatban hasonlították össze a lépcsőzetes segítségnyújtással.

A kutatásban 225 súlyos mentálisan sérült hajléktalan ember vett részt, akik az utóbbi 30 napból legalább 15-ben szó szerint fedélnélkü-

Hajléktalanellátás külföldön

liek voltak, és lakhatási helyzetükben ez a bizonytalan állapot több mint 6 hónapja fennállt. Átlagéletkoruk 41,5 év volt, 67 százalékuk férfi, 23 százalékuk nő, többségében egyedülállóak voltak. A hajléktalan élethelyzetben töltött idő 6 hónap és 12 év között volt, a medián érték 3 év. A csoport 40 százaléka afrikai amerikai volt. A célcsoport 90 százalékának visszatérő problémája volt az alkoholbetegség vagy a kóros szerhasználat, drogfüggőség. A véletlenszerű választást követően 99 fő a Pathways csoportba, míg 126 fő a kontrol csoportba került. A két minta minden tekintetben azonos paraméterekkel rendelkezett.

A kutatás alanyainak 86 százalékát tudták három éven át nyomon követni, ami nagyon jó arány. A teljes mintában a résztvevők 58 százaléka fedél nélküli volt, az utcáról toborozták őket. Ami az eredményeket illeti, egy év elteltével a kontrollcsoportban 25 százalékra csökkent a fedél nélküliek aránya és a továbbiakban ezen a szinten maradt. Mivel ezek az ügyfelek hajlandóak voltak részt venni a felmérésben, ezért még extra lendületet is kaptak a rendszeren belüli előrehaladásukat illetően. 25 százalékuk azonban mégis fedél nélkül maradt a harmadik év végén is.

A Pathways csoportban a fedél nélküliek 58 százalékos aránya az első év végére 3 százalékra csökkent, és nagyjából ennyi is maradt a harmadik év végére. Ezen felül rendszeresen vezették a résztvevőkről, hogy a kutatás ideje során hány napot töltöttek biztos, stabil lakáskörülmények között. A kutatás kezdetekor a résztvevők az idejük 3-6 százalékát töltötték pl. ismerősnél, barátnál, vagy valamilyen más formában biztosnak mondható lakáskörülmények között. A folyamatos gondozást biztosító csoportban az első hat hónapban 6 százalékról 18 százalékra emelkedett a stabil lakáskörülmények között töltött idő, míg az év végére ez a szám elérte a 23 százalékot. Ezzel szemben a Pathways csoportban az első év végére 80 százalékot értek el.

A szociális munkás szemszögéből

Sheryl Silver, aki 1987 óta dolgozik a hajléktalan-ellátásban és 1992 óta kifejezetten a mentális problémákkal küzdő hajléktalan emberekkel, jelenleg egy olyan, utcai munkás csapat tagja, akiknek lehetőségük van az első találkozáskor lakhatást kínálni a közterületen élők számára. Ő a szociális munkás szemszögéből fogalmazta meg a régi és az új munkája közötti különbséget:

*Emlékszem, amikor még úgy végeztem utcai munkát, hogy a lakhatás nem volt reális lehetőség az ügyfeleink számára és kezdtem elhinni, hogy nincs is igazán remény. Egyszerűen olyan sokáig tartana, mire ezeket az embereket lakásba költöztetnék, már ha egyáltalán történik valaha. Szinte elhiszed, hogy az a helyes kis sátor, amit a folyóparton összeeszkábáltak, ahol kávéval kínálnak, valóban milyen remek, hogy talán ennek így is kell lennie egy ideig. Szóval már-már egy kicsit agyimosottá válsz a rendszertől, amely azt sugallja, hogy azok, akikkel dolgozol, soha nem élhetnek már lakásban, és ezt el is fogadod. *Ellenben most, amikor meglátok néhány ügyfelet, és rájuk nézek, azt mondom: alig várom már, hogy lássam, hogyan néz majd ki a lakásuk és a konyhájuk, mit fognak majd főzni először, amikor meglátogatjuk őket. És ezt az ügyfelek, akikkel dolgozunk, kezdetől fogva megér-**

zik, átragad rájuk a hitünk, hogy az életük megváltozhat, és hogy nem törődünk bele, hogy ott maradnak majd, ahol most tartanak.

Véleményem szerint valóban az a szemlélet a kulcsa az egésznek, hogy nem támasztunk velük szemben egy sor követelményt a lakhatásukat megelőzően. Az utcán éveken keresztül ugyanazokkal az emberekkel találkoztam. Ha valaki azt mondta volna nekik: „Van egy hely, ahol lakhat, itt van a lakáskulcs. Annyi az elvárás, hogy kifizeti a lakbért, és havonta kétszer meglátogatjuk magát”, akkor biztos, hogy nem lettek volna ott az utcán egy hétnél tovább, ahol éveken keresztül láttuk őket. Tartom a kapcsolatot a régi kollégáimmal, így tudom, hogy sokan ezek közül az ügyfelek közül már meghaltak. Meg vagyok róla győződve, hogy ha akkor lakást kaptak volna, akkor most életben lennének, és éppen ebédet főznének a lakásukban valakinek.

A Pathways to Housing vagy rendelkezik szabad, kiadható lakásállománnyal, vagy van arra elkülönített forrása, hogy átmenetileg (kb. 2 hét) pl. panzióban elhelyezze az ügyfelet, aki azonnal költözni szeretne. Azután, amilyen gyorsan csak lehet, megmutatják neki, hová költözhet. Akik nem hisznek az ajánlatnak, azoknak fotókat mutatnak arról a házról, ahová költözhetnek. Ez általában már elég meggyőző. Ha minden a terv szerint megy, akkor két héten belül beköltöztetik az utcáról az ügyfelet.

A modell kidolgozásának feltételei

A programok indításához három pillérre van szükség. Elsőként biztosítani kell valamiféle rendszeres jövedelmet az ügyfelek számára, hogy kifizethessék a bérleti díjat, nagyjából a jövedelmük 30 százalékát. Erre az USA néhány államában elegendő a rendszeres szociális segély, de van, ahol ez a magasabb bérleti díjak miatt nem elégséges, ezért lakbértámogatásért kell folyamodniuk. Egy másik lehetséges megoldás, hogy az ügyfél bónos támogatással viszi magával a személyes lakhatására fordítható összeget, és ezt használják fel a *housing first* modellben a lakhatási költségeinek fedezésére. Az utógondozói csapat interdiszciplináris összetételéből eredően a *housing first* programok az egészségkasszából is kapnak finanszírozást, mintegy kiszámlázva azt az ellátást, amelyet az egészségügyi ellátórendszer nem tud elvégezni, mert nincs felkészülve a pszichiátriai- és szenvedélybeteg hajléktalan emberek komplex problémáinak hatékony kezelésére.

A program indításának második feltétele az utógondozói csapat finanszírozása, az intézményi ellátás ugyanis nincs felkészülve arra, hogy olyan mélységű és intenzitású utógondozást folytasson, amilyen a program sikeréhez feltétlenül elvárható. Meg kell találni tehát a módját az ellátások átcsoportosításának, és emellett „létszámon felüli” szakembereket (pl. pszichiáter) is szükséges bevonni.

A harmadik feltétel a döntéshozók meggyőzése arról, hogy érdemes ezzel megpróbálkozni. Erre a modell költséghatékonyságának hangsúlyozása volt a legalkalmasabb. Be kellett látniuk, hogy a hajléktalan népesség 10 százalékát kitevő, krónikus hajléktalan emberek esetében a lépcsőzetes kivezetés egyszerűen nem működött, ugyanakkor éveken keresztül jelentős összegeket költöttek az ellátásukra. A *housing first* modell mind a lakhatás, mind a szolgáltatás oldaláról nézve költségha-

tékonyabb az intézményi ellátásnál. Míg a lakhatás és az utógondozói csapat egy fő gondozóra vetített költsége 22 000 dollár/év, addig egy önkormányzati menhely ágyának költsége New Yorkban 25 000–30 000 dollár/fő/év. Ezekon a direkt költségeken kívül szintén a modell előnyére írható, hogy a többségi társadalom szempontjából is sokkal biztonságosabb a kirekesztettek integrációja.

Persze, tudom, hogy „ízléstelen” pénzüsszegekkel előhozakodni, és már csak a méretbeli különbségek miatt is értelmetlen, ráadásul az sem tudott, hogy az alábbi összegekből mennyi programot mennyi ügyféllel finanszíroznak. Így csak merő szöveghűségből említem meg, hogy az USA-ban a fenti program nagy népszerűségnek örvend, és több nagyváros is bekapcsolódott, így pl. New York mellett Denver, San Diego, Seattle és Philadelphia is. Országos szinten az Interagency Council on Homelessness 2004-ben 35 millió dollárt különített el a fenti modell finanszírozására, amely azóta a hivatalos állami hajléktalan stratégiába is bekerült.

Záró gondolatok

Nyilvánvaló, hogy az amerikai *housing first* programok sikerének kulcsa az utógondozói csapat összetételében, az általuk nyújtott professzionális ellátásában és a 24 órás rendelkezésre állásában keresendő, és csak azután a soron kívüli lakásban való elhelyezésben. Más megfogalmazásban: az ötlet meredek mivoltát a professzionális utógondozói munka kompenzálja.

Források

Outreach and the „Housing First” Model: Offering Housing during the First Contact by outreach workers, An Edited Transcript of the PATH National Presentation, March 9, 2004 Presenters: Sam Tsemberis, Ph.D., Pathways to Housing, Sheryl Silver, Pathways to Housing, Ann Denton, M.Ed., Advocates for Human Potential Inc.

The Applicability of Housing First Models to Homeless Persons with Serious Mental Illness final report. Prepared for: U.S. Department of Housing and Urban Development Office of Policy Development and Research. Prepared by: Carol L. Pearson, Ph.D., Walter R. McDonald & Associates, Inc. Gretchen Locke, Abt Associates Inc. Ann Elizabeth Montgomery, Walter R. McDonald & Associates, Inc. Larry Buron, Ph.D., Abt Associates Inc. Walter R. McDonald & Associates, Inc., Rockville, MD. Abt Associates Inc., Cambridge, MA