

Dávid Bea – Oross Jolán – Vecsei Miklós

A hajléktalanság és a TBC

Lektorálták:

Dr. Kozma Dezső

Mezei György

Szurkos Mária

Ez a kötet a Soros Alapítvány Egészségügyi Rendszerfejlesztési Programja keretében készült.

©Dávid Bea – Oross Jolán – Vecsei Miklós Soros Alapítvány 1998

ISBN: 963 9049 12 3

A hajléktalanság és a tbc

A programot koordinálta: a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Budapesti Központja

Kiemelt támogatója volt: Az Egészségesebb Életért Alapítvány

A program résztvevői voltak:

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet

SOTE Pulmonológiai Klinika

III., IV., VIII., XIII., XIV. kerület Tüdőgondozó Intézetei

Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat

Fővárosi Szociális Központ és Intézményei

Oltalom Karitatív Egyesület

RÉS Alapítvány

Egészséges Légzésért Alapítvány

Nógrádgyárdonyi Megyei Tüdőszanatórium

Szent János Kórház

Tutor Alapítvány

BEVEZETÉS

1989-1990-ben, a hajléktalan emberek tömeges megjelenésével nyilvánvalóvá vált, hogy a hajléktalan létforma melegágya számos súlyos betegségnek, így a tbc-nek is. A neves alkohológus-tüdőgyógyász professzor, Levendel László — aki haláláig elhivatott orvosa volt a legeleset-tebbeknek —, egyaránt hívta fel az orvostársadalom, a szociális szakma és az átlagpolgár figyelmét a hajléktalanság életveszélyes voltára. „Megviseltségük életútjukból, személyiségfejlődésük traumatizáltságából, egészségi állapotuk többszörös károsodásából, a társadalmi lejtőn a mélypontra csúszásából egyaránt kiviláglik. A hajléktalan ember életveszélyes, krízis-állapotban van. Bár a

probléma tár-sadalmi, szociális eredetű, a helyzet elsősorban egészségügyi, orvosi intervenciót sürget.”¹ Levendel László szoros összefüggést látott a hajléktalanság, az alkoholbetegségek és a tbc között. Míg az alkoholbetegek körében legalább tízszeresre tette a tbc előfordulását, a hajléktalan emberek esetében akár a százszoros arányt is elképzelhetőnek tartotta. A későbbi vizsgálatok, ha ilyen magasat nem is, de az átlag lakossághoz képest sokszoros tbc-s megbetegedési arányokat mutattak ki.

Írásunkban a hajléktalanság és a tbc összefüggéseivel foglalkozunk, részben a korábbi – e témakört is érintő – vizsgálatok tükrében, és nagyobb részben annak a programnak a tapasztalatai kapcsán, amely a fővárosban élő hajléktalan emberek tüdőszűrését tűzte ki célul. Részletesen bemutatjuk a program megtervezésének és lebonyolításának fázisait, a felmerült dilemmákat és megoldási kísérleteket, valamint a program továbbfejlesztésének, illetve elterjesztésének lehetőségeit. A szűrési program során készült „szűrési inter-júk” alapján elemezzük, amit az érintett hajléktalan emberekről megtudtunk, és adatainkat összevetjük korábbi kutatások tapasztalataival is.

¹Levendel László: A hajléktalan ember. OAI, 1993. 116. oldal

A háttér

A tbc újraéledése a világban¹

A nyolcvanas évek elején az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és a Világ Egészségügyi Szervezet és Tbc Ellenes Unió (IUAT) szerint az ezredforduló tájékán a tbc csak szórványos megbetegedésként fordul elő. A WHO 1989-1990-ben a gümőkór helyzetéről az egész világra kiterjedő felmérést végzett és jelentése szerint az újra éledt tbc több ember életét fenyegeti, mint a HÍV fertőzés. A malária mellett ma a tbc a legtöbb áldozatot követelő fertőzőbetegség. A WHO becslései szerint a tbc-vel fertőzöttek száma 1,7 milliárd. Az új megbetegedések száma kb. 8 millió és ennek 95%-a a fejlődő országokban mutatható ki. 1990-ben 3 millió áldozatot szedett a tbc, többet, mint a századforduló körüli mélypontra, amikor 2,1 millió ember életét követelte. A WHO előrejelzése szerint 2000-ben 3,5 millió ember halálát okozza majd a tuberkulózis és elsősorban a fejlődő országokban, amennyiben a jelenlegi WHO stratégia széleskörű alkalmazása elmarad.

A betegség terjedésének általános oka a szegénység – a rossz szociális és egészségügyi körülmények –, az alultápláltság és a gyógyszerhiány, valamint a HÍV fertőzöttek számának emelkedése. (Az AIDS-szel veszélyeztetett országokban a tbc-incidencia³ az előző évekhez képest megduplázódott, megháromszorozódott. Becslések szerint 1993-ban kb. 5 millió ember egyaránt szenvedett tbc-ben és AIDS-ben. Az USA-ból származó adatok szerint 100 tbc-vel fertőzött AIDS-es hajléktalan beteg közül húsz-harminc olyan is akad, akinél hatástalan marad a hagyományos gyógyszerekkel történő kezelés, ami akár 30-szorosára is növelheti az amúgy nem túlságosan drága gyógyszerelés költségeit.)

Nyugat-Európa legtöbb országában minden százezer lakosra mintegy 20 új tbc-s beteget regisztrálnak évente. (Ez alól kivétel Portugália, ahol ez az arány közel 50. Svédországban, Norvégiában és Dániában viszont 8-10 új beteg kerül ki százezer emberből.)

Kelet-Európában az új megbetegedések száma százezer lakosonként közel 50. A WHO 1994-es adatai szerint Magyarországon 41, Romániában, Lengyelországban, a volt szovjet államokban ennél magasabb, Csehországban, Szlovákiában, Bulgáriában, Szlovéniában ennél alacsonyabb.

A tbc újraéledése Magyarországon

Hazánkban a tbc-s járványügyi helyzet századunk első felében rendkívül kedvezőtlen volt. 1910-ben a tbc még az első helyen állt a halálokok között, 1930-ban a harmadik, 1960-ra a hatodik helyre került. A század elején százezer lakosból négyszázan, a második világháború utáni években mintegy százan haltak meg tbc-ben, 1995-ben ez az arányszám 6,16 volt.

Az 1950-es évek elején 30-35 ezer új tbc-s beteget regisztráltak, s közülük több mint 5000 gyermek volt. A tbc-s helyzet javulása az 1960-1980-as évekre esik. A 90-es évektől viszont a tbc-s betegek

száma újra lassan emelkedik, és elsősorban az aktív korban lévők között. A következő két táblázat a Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján a nyilvántartott és az új tbc-s betegek számának alakulását mutatja.

A nyilvántartott tbc-s betegek számának alakulása⁴

1980	1990	1993	1994	1995
15548	11176	11404	11895	12190

Az új tbc-s betegek számának alakulása nemek szerinti bontásban⁵

1980	1980	1990	1993	1994	1995
Férfi	3566	2533	2908	2880	3011
Nő	1846	1055	1301	1283	1328
Összesen	5412	3588	4209	4163	4339

A tízezer lakosra jutó új tbc-s betegek száma 1990-ben 3,50, 1993-ban 4,10, 1995-ben 4,24 volt.

A gümőkóros helyzet rosszabbodását okozó tényezők feltárása a tbc elleni küzdelem szempontjából elengedhetetlen. Dr Schweiger Ottó⁶ négy ilyen tényezőt emelt ki:

- A hiányzó vagy nem hatékonyan működő tbc elleni program.

- Népeségi hatások. (Olyan országokban, ahol a tbc gyakori és a népszaporulat nagy, a lakosság nagyobb fertőzési hatásoknak van kitéve. Hatással van a tbc-járványra az adott lakosság korösszetétele is. Ahol a közép- és időskorúak aránya növekszik ott szintén szaporodik a tbc.)

- A lakosság tbc iránti fogékonysága. (A tbc szaporodásáért felelőssé tehető a szervezet tbc-vel szembeni ellenálló képességét befolyásoló rizikófaktorok. Ezek között nem csupán a korábbi tbc-s vagy akár HIV fertőzések szerepelhetnek, hanem egyéb krónikus betegségek is, mint a diabetes, alkoholizmus stb., amelyek száma állandóan növekszik.)

- A szociális-gazdasági helyzet hatása. (A tbc és a gazdasági helyzet összefüggésein túl a bevándorolt tbc-s betegekre hívja fel a figyelmet a szerző. A 90-es évek elejétől ezzel a jelenséggel is számolni kell a rizikótényezők között.)

Ma már elfogadott – összegzi a szerző –, hogy az utóbbi években a hazai lakosság előregedése és egészségi állapotának rosszabbodása következett be. Rosszabbodott a gazdasági-szociális helyzet. Újként jelentek meg a bevándorló tbc-betegek. Közben változott a hazai egészségügyi struktúra. A kórházi központú ellátás helyett a járóbetegellátás (házi orvosi rendszer) kapott elsőbbséget. Ez a tüdőgyógyászati hálózatban bizonytalansághoz vezetett. A megoldást – a szerző véleménye szerint – az jelentheti, ha az eddig alkalmazott tbc-elleni programot a bekövetkezett változásoknak megfelelően módosítják, és a tbc elleni küzdelem a fertőző tbc-s beteg felkutatására és mielőbbi meggyógyítására irányul.

A tbc miatti halálozás alakulása⁷:

1948	1960	1970	1980	1985	1988	1990	1991	1992	1995
9972	3097	1991	1245	834	670	699	702	727	629

1995-ben 629 ember halt meg tbc-ben.

15-34 éves 24 fő
 35-49 éves 145 fő
 50-59 éves 133 fő
 60 évnél idősebb 327 fő

A százezer lakosra jutó halálozás 6,16

Míg régen főként a csecsemőket, a gyermekeket, a 20-30 év körüli fiatalokat sújtotta a tbc, addig ma az idősebb férfiak számára jelent halálos kórt ez a betegség. Az elhunytak többsége 60 év fölötti, de arányuk egyre csökken. Tíz évvel ezelőtt még csak minden nyolcadik tbc-s halott tartozott a fiatalabb, 35-49-es korosztályhoz, mostanra minden ötödik. Az 1992-ben a tbc miatt meghalt 727 ember 21%-a, 1995-ben a tbc-ben meghalt 629 fő 27%-a volt 50 évnél fiatalabb8.

Meg kell jegyezni azonban, hogy a tbc miatti halálozási adatokat óvatosan kell értékelni, mivel ezek jelentős részében a közvetlen halálok nem tbc volt. Ha a tízezer lakosra jutó tbc halálozásokat nézzük, akkor azt látjuk, hogy míg az 1980-ban 1,2 volt, addig 1990-ben 0,67, 1993-ban 0,68, 1994-ben 0,64 és 1995-ben 0,61, tehát folyamatos csökkenést mutat.

A tuberkulózis ma már gyógyítható betegség. A már ismert tbc-s betegek gyógyítása nemcsak egyéni, hanem járványügyi szempontból is lényeges. A sikertelen kezelésnek többnyire a beteg nem megfelelő együttműködése az oka (a gyógyszereket nem szedi elég ideig vagy rendszertelenül szedi azokat stb.)9

A tüdőszűrések tapasztalatai

Egy 1972-es jogszabály többek között rendelkezett a lakossági szűrővizsgálatokról is. Elővezetést és szabálysértési eljárást, valamint végső esetben kényszergyógykezelést helyezett kilátásba azokra az esetekre, amikor a gümőkóros beteg elmulasztja a kezelési kötelezettségét.

Tv. 31. § (2) A gümőkóros fertőzésnek vagy megbetegedésnek kitett, vagy gümőkóros betegségre gyanús, valamint a korábban már gümőkóros megbetegedés miatt gyógykezelt személy köteles az illetékes egészségügyi szerv felhívására orvosi vizsgálaton (gondozáson) részt venni.

GyR. 31. §(1) Az a személy, akinél a szűrővizsgálaton vagy egyéb orvosi vizsgálaton a gümőkóros megbetegedés szempontjából való orvosi vizsgálat szükségességét állapították meg, további gümőkóros beteg és a gümőkóros fertőzésnek kitett személy, valamint az a személy, akit korábban gümőkóros megbetegedés miatt gyógykezelték, köteles az illetékes tüdőbeteg gondozó intézet orvosának vagy kezelő orvosának felhívására a tüdőbeteg gondozó intézetben megjelenni, és magát orvosi vizsgálatnak, illetőleg gyógykezelésnek alávetni.

(3) Ha a gümőkóros beteg az (1) bekezdésben foglalt rendelkezés ellenére a tüdőbeteg gondozó intézetben orvosi vizsgálatra, illetőleg gyógykezelésre nem jelentkezik, vagy a gyógykezelésről elmarad, a tüdőbeteg gondozó intézet orvosa védőnő (gondozónő, körzeti ápolónő) útján, majd zárt ajánlott levélben, határidő kitűzésével és a törvényes következményekre (elővezetés, szabálysértési eljárás) való figyelmeztetéssel felhívja, hogy orvosi vizsgálatra, illetőleg gyógykezelésre végezt a tüdőbeteg gondozó intézetben jelenjék meg. Ha a gümőkóros beteg a tüdőbeteg gondozó intézet írásbeli felhívása ellenére orvosi vizsgálatra, illetőleg gyógykezelésre a kitűzött határidőn belül a tüdőbeteg gondozó intézetben nem jelenik meg, az intézet vezetője megkeresi a területileg illetékes városi rendőrkapitányságot, Budapesten a kerületi rendőrkapitányságot a betegnek orvosi vizsgálata, illetőleg gyógykezelése céljából történő elővezetése iránt. Az elővezetés foganatosításához az ügyész jóváhagyása nem szükséges.

(4) Ha a gümőkóros beteg az egészségügyi rendszabályokat nem tartja meg, a tüdőbeteg gondozó intézet orvosa védőnő (gondozónő, körzeti ápolónő) útján, majd zárt ajánlott levélben, a törvényes következményekre való figyelmeztetéssel felhívja az egészségügyi rendszabályok megtartására.

(5) Ha a gümőkóros beteg a (3) bekezdés alapján foganatosított kényszerintézkedés után sem gyógykezelteti magát, vagy az egészségügyi rendszabályokat írásbeli figyelmeztetés ellenére sem tartja meg, és e magatartásával környezetének tagjait veszélyezteti, a tüdőbeteg gondozó intézet vezetőjének javaslatára az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat kórházban való elhelyezését rendelheti el. A beteget általában három hónapra lehet kórházi osztályra beutalni. Ezt az időtartamot a kórház igazgatójának javaslatára az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat három-hat hónappal meghosszabbíthatja. Ha a beteg a beutalásnak nem tesz eleget, az első fokú egészségügyi hatóság a (4) bekezdésben foglalt rendelkezés szerint intézkedik a betegnek a kórházba történő elhelyezése céljából való elővezetése iránt.

(Részlet az 1972. évi II. törvényből.)

Amíg a korábbi években a lakosság pénzbüntetés terhe mellett volt kötelezve a tüdőszűrésre, addig annak elmulasztása ma már semmilyen büntetést nem von maga után. Napjainkban a magyar lakosság nem tart a gümőkórtól és nem jár szűrésre sem. Amíg húsz évvel ezelőtt mintegy 7 millió ember jelent meg a szűrővizsgálatokon, addig 1995-ben csupán 4,2 millió. Ma Budapesten a felnőtt lakosságnak csak mintegy 60%-a vesz részt szűrésen, és a hiányzók pontosan a legveszélyeztetettebbek körébe tartoznak.

Egy Budapesten zajló modellvizsgálat rámutatott arra, hogy a vizsgált kerületben (Kőbánya) a szociálisan legveszélyeztetettebb réteg (pl. az ideiglenes lakosság — munkásszállók, hajléktalanszállások, szociális otthonok lakói stb.) körében volt a legmagasabb azoknak az aránya, akik nem jelentek meg tüdőszűréseken és e körből kerültek ki később a gyors lefolyású, súlyos tüdő tbc-s betegek is. A vizsgálat tapasztalatai szerint a kerületben élő ideiglenes lakosság körében (12-15 ezer fő) 1981-1993 között 72 fő betegedett meg tbc-ben, akiknek 53%-a nem rendelkezett korábbi ernyőfelvétellel. Ez az arány lényegesen magasabb, mint az állandó lakosok körében, ahol a betegek csupán 8%-nál nem volt ernyőkép előzmény.

A tüdőszűrések számának alakulása ezer főben

1938	1950	1960	1970	1980	1990	1992	1993	1994	1995
269	2560	6448	7366	6480	4828	4720	4492	4418	4226

A leszűrtek közül további vizsgálatra 1980-ban 238 ezer, 1990-ben 169 ezer, 1995-ben 157 ezer embert emeltek ki. 1995-ben ez a leszűrtek 3,7%-át jelentette.

A szűrőprogramunkkal 1995-1996-ban elért hajléktalan emberek körében azt tapasztaltuk, hogy a leszűrtek 6%-át kellett kiemelni további vizsgálatokra.

Tüdőszűrések 1995-ben

Magyar lakosság körében

Leszűrte 4226 ezer

Kiemelt 157 ezer

3,7%

Hajléktalan emberek körében

Leszűrte 2147 fő

Kiemelt 130 fő

6%

Rizikócsoportok

A szakemberek ma a teljes népesség ernyőkép szűrése helyett a rizikócsoportba tartozók szűrését tekintik indokolt és hatékony módszernek. Ennek keresztülvitele viszont sokkal nehezebb. A rizikócsoportba tartozók kiválasztása, regisztrálása komoly szervezést igényel. Ezek a speciális lakossági csoportok nem mindig együttműködők a szűrés tekintetében, ezért nagyobb propaganda és meggyőzés szükséges.

A tbc szempontjából magas rizikójú egyének, csoportok közé tartoznak mindazok, akiknek családjában, környezetében már fordult elő fertőző tuberkulózis, vagy más veszélyeztető

betegségekben szenvednek (pl. cukor-betegség, szilikózis, súlyos vesebetegségek stb.), vagy krónikus köhögők.

A magas rizikójúak csoportjába tartoznak az alkohol-, és drogbetegek, a különböző zárt intézmények vagy személyes gondoskodást nyújtó intézmények lakói (pl. börtönök, szociális otthonok, átmeneti szálláshelyek, hajléktalanmenhelyek stb.).

Az idős kor, a hátrányos szociális helyzet, a nem megfelelő lakáskörülmény, a hiányos táplálkozás is komoly veszélyforrást jelenthet a tbc kialakulásában.

A magyar börtönlakók¹¹ között 1990-ben a tbc fertőzöttség az átlag lakossághoz viszonyítva közel ötszörös, 1994-ben több, mint nyolcszoros volt.

Ugyanakkor 1995 óta nem történt szűrés a budapesti börtönökben. Ennek alapvető oka, hogy a főváros nem rendelkezik mobil szűrőállomással¹².

Budapesti börtönökben

1990

Fogvatartottak 13 562

Tbc-s beteg 26

1994

Fogvatartottak 12 846

Tbc-s beteg 48

A tbc szociális betegség

A rizikócsoportok kapcsán leírtak alapján mondhatjuk, hogy a tbc a rossz szociális helyzetben lévők számára komoly fenyegetést jelent. A tüdő tbc incidencia növekedése, a halálhoz vezető súlyos kórképek kialakulása szoros összefüggést mutat a szociális tényezőkkel. Utaltunk arra, hogy hatással van a tbc-s megbetegedések számának alakulására az adott lakosság korösszetétele, egészségi állapotának, gazdasági helyzetének romlása, de nem hagyható figyelmen kívül magának az egészségügy struktúrájának reagálási képessége sem a megváltozott körülményre.

Losonczy Ágnes, „Ártó-védő társadalom”¹³ című könyvében írja, hogy a tbc, mint „népbetegség” elég korán kapta a „szegénybetegség” minősítést, a társadalom alsó rétegeihez kötődött, a szegénységhez, az elesettséghez, a gyógyítani, illetve legújabbban a gyógyulni nem tudáshoz. A szerző tanulmányában más betegségek mellett (szív- és érrendszeri, emésztőszervi stb.) részletesen elemzi a légzőszervi betegségek társadalmi jellemzőit. Az egyén társadalmi pozícióját meghatározó hat – általa szerkesztett – életszféra mutató közül az anyagi helyzetet meghatározó komplex mutató még az úgynevezett bioszociális (kor, nem) jellemzőknél is erősebb összefüggést mutatott a légzőszervi megbetegedésekkel. Az életszínvonal – ezen belül például a vagyoni helyzet az, ami e betegségek kialakulását nagyban befolyásolja. „...a légzőszervi betegek csoportjában nagyobb arányban vannak azok, akiknek rossz anyagi helyzete relatíve gyerekkoruk óta nem változott, tehát viszonylag ugyanúgy a társadalmi hierarchia alján élnek.” Losonczy Ágnes mintájában 4,6%-ban voltak olyan, főleg középkorú – a társadalom periferiáján élő – férfiak, akiknek élete során volt tbc-je, amiből teljesen meggyógyultak. Bokor Ágnes, „Szegénység a mai Magyarországon”¹⁴ című könyvében külön fejezetet szentelt a szegénység, illetve a depriváció és az egészség-betegség dimenziók összefüggéseinek tárgyalására. A leggyakoribb betegségek közül az elme és az agy betegségei 4,4-szer, a keringési rendszer betegségei 3,6-szor gyakrabban fordulnak elő a depriváltak között. „Viszonylag nagy még az egyenlőtlenség (2,6) a fertőzőbetegségek, valamint a húgy- és ivarrendszeri betegségeknél. Mindkettő jellemző a hagyományos szegénység és a betegstruktúra kapcsolatára (elsősorban a tbc és a szülések magas száma miatt)”.

A kilencvenes évek kutatásai szerint a friss tbc-s betegeknek több mint a fele hátrányos helyzetű volt. A leginkább érintettek az alkoholbeteg, a kábítószeres, a hajléktalan és a munkanélküli emberek. Fővárosi adatok szerint a körülbelül évi 900 új beteg közül 200-an hajléktalanok. A fővárosi

tüdőgondozók összesített adatai szerint a látókörükből eltűnt aktív tbc-sek száma meghaladja a százat, és többségük hajléktalan.

A Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézetben végzett egyik vizsgálat¹⁵ az 1990. január 1. és 1992. június 30. között tbc-ben meghalt 27 beteg adatait dolgozta fel. A betegek szociális állapotát mutatja, hogy közülük egyedül élt 9 fő, alkoholbetegségben szenvedett 16 fő, hajléktalan és munkanélküli volt 1-1 beteg, a betegek több, mint egyharmadának (8 eset) az életkörülményei nem voltak kideríthetőek a kórlapjuk alapján.

A tanulmány szerzői arra a megállapításra jutottak, hogy csaknem kizárólag deviáns életvitelű, alkoholbeteg emberek voltak az áldozatok, akiknél a tbc-t egyáltalán nem vagy csak olyan későn ismerték fel, amikor a folyamat kiterjedése és a beteg rossz általános állapota miatt már nem volt idő és lehetőség az állapotuk rendezésére. A közismert alkoholizmus mellett feltűnő, hogy a betegek egyharmada egyedülálló és egyedül élő, társ nélküli ember volt. Feltételezhető, hogy a tisztázatlan családi háttérű betegek között is többen voltak ilyenek. A betegek csaknem felénél számos kísérő betegséget is találtak, amelyek kezelése lényegesen megnöveli a kórházi kezelési időt, sokszor több kórházi osztályon is megfordulnak, mire a tüdőosztályra kerülnek.

A SOTE Pulmonológiai Klinikán¹⁶ 1993-ban mintegy 170 hajléktalan, vagy annak tekinthető beteget kezeltek. Súlyos gondnak értékelték, hogy az akut gyógyítási időszakot követően elsősorban humanitárius okok miatt tovább kellett benntartani a hajléktalan beteget az utókezelő intézmény hiánya miatt. A tbc-s hajléktalan betegek bekerülésükkor a nyomor és az alkohol szülte komoly vitaminhiányban szenvedtek. Járulékos betegségeik súlyossága gyakran a fődiagnózisával ve tekedett.

50 tbc-s beteg részletes személyiségvizsgálatának adataiból az is kiderült, hogy kétharmaduk nem rendelkezik saját lakással, és súlyos alkoholbeteg. Átlagéletkoruk 43 év volt.

A hajléktalan emberek és a tbc¹⁶

A hajléktalan emberek egészségi állapotára vonatkozó külföldi és hazai kutatások egyaránt kiemelik a tüdő-betegségek, és közöttük a tbc előfordulásának nagy arányát. Például Svédországban 1975-ben az átlagnépességhez viszonyítva a hajléktalan emberek halálozási okai között a tbc 6-szor volt gyakoribb.

New-York-ban egy gyermekegészségügyi projekt kimutatásai szerint 1987-ben a városi kórház gyermekosztályán a 3871 légúti megbetegedésben szenvedő csaknem egyharmada hajléktalan volt. A hajléktalan gyermekek között kétszer annyi a légúti megbetegedés a teljes gyermek-populációhoz képest.

Egy Baltimore-ben 1989-ben elvégzett vizsgálat szerint 298 férfi és 230 női hajléktalan között mindkét nemből 40% a légúti megbetegedések aránya.

1991-ben végzett angol mortalitás vizsgálat szerint a hajléktalan emberek körében 2,8-szor gyakrabban fordult elő haláleset, mint az átlag lakosság körében. Ezen belül háromszor nagyobb volt a valószínűsége annak, hogy tüdőmegbetegedésben haljanak meg.

A National Ambulatory Medical Care Survey (NACMS) 1991-és adatai szerint a hajléktalan populációban hatszor több légúti megbetegedés fordul elő, mint az átlaglakosság között.

Oroszországban (Szentpétervárott) 1991-ben 600 hajléktalan embert vizsgáltak meg. A szűrővizsgálaton átesettek 55%-a valamilyen légúti, vagy tüdő megbetegedésben szenvedett.

Hajléktalan emberek körében Budapesten az átlaglakossághoz képest **kétszeres** az állandó köhögés, az állandó idegesség, az álmatlanság, a szívinfarktus, a rossz hallás és a rossz látás aránya **háromszoros**;

a fulladásos panaszok és az epilepszia **négyszeres**, a depressziós panaszok **ötszörös**; a különböző végtag-törések a beszédzavarok aránya **hat-hétszeres**; az öngyilkossági kísérlet előfordulása **tízszeres**; a tbc előfordulása **tizenötszörös**; az esélyük élőködőkre közel **hússzoros**

az alkoholelvonókon előfordulásuk gyakorisága.

Hajléktalan emberek egészségi állapotára vonatkozóan magyarországi adatok is fellelhetők.

A hajléktalanság tömeges újbóli megjelenését követő első vizsgálatok¹⁸ egyike 1991-ben kimutatta, hogy a menhelyre kerüléskor a megkérdezetteknek több mint 60%-áról derült ki, hogy évek óta nem volt tüdőszűrésen. A hajléktalan emberek különféle betegségeit vizsgálva a tüdőmegbetegedések aránya 11,5%-os volt.

1994 tavaszán folyt az első magyarországi, a hajléktalan emberek egészségi állapotát vizsgáló kontrollminta kutatás¹⁹. Tapasztalatai alapján a hajléktalan emberek között a tbc gyakorisága tízszer nagyobb, mint a fővárosi kontroll férfi lakosság körében.

1995 februárjában kezdte meg működését Budapesten a Dankó utcában az Oltalom Kórház, amely hajléktalan emberek gyógyítására rendezkedett be. Egy éves működése alatt 446 felvételre került sor, ebből 43 fő tbc-s beteg volt²⁰.

A hajléktalan emberek tbc és tüdő megbetegedéseinek magas arányához külön veszélyeztető tényezőként járul hozzá a hajléktalan létformából adódó fellelhetési bizonytalanság, a kezelési, utógondozási nehézségek, és az ezekből fakadó fertőzésveszély. Mind a betegek megtalálása (kiszűrése, majd kezelésbe vonása), mind kezelésük és utógondozásuk más megközelítést és speciálisan bővített feltételrendszert igényel, mint az a „lakó” népesség gyógyítása esetén szükséges.

A tbc-beteg hajléktalan emberek kiszűrése és kezelése sokrétű feladat, amely csak az egészségügyi és a szociális hálózat szoros együttműködésével lehet igazán hatékony. A hajléktalan emberek súlyos veszélyeztetettségét és az életformából adódó sajátosságok alapján fokozott fertőzésveszélyt látva a szakterületen dolgozók évek óta egyik legfontosabb feladatuknak tekintik a hajléktalan emberek tüdőszűrését és a kiszűrt betegségek kezelésének megszervezését. Ez részben abban nyilvánul meg, hogy a hajléktalan átmeneti szállásokon a beköltözéskor vagy az azt követő napokban kötelező a tüdőszűrésen való részvétel. Ez azonban nem várható a jelenlegi szállásrendszer 30%-át jelentő éjjeli menedékhelyek, valamint a nappali melegedők, illetve a népkonyhák szolgáltatásait igénybevevőktől. Ezek az intézmények elvileg és amennyiben megfelelő módon működnek, mintegy az „életbenmaradás jogán”, beutalás nélkül kötelesek fogadni azokat, akik szolgáltatásaikat igénylik, és az igénylők forgása ezekben az intézményekben meglehetősen gyors.

Mezei György 1995-ben a budapesti éjjeli menedékhelyeken megforduló hajléktalan emberek alvási szokásait vizsgálva²¹, a menhelyen töltött – egyébként rövid – idő figyelembevételével úgy találta, hogy a fővárosi hajléktalan embereknek kb. a fele jut menhelyi ágyhoz. Egyébként a menhelylátogatók 5-10%-a választ törzshelyének egy-egy éjjeli menedékhelyet, míg minden hetedik menhely látogató „átmozog”, megtalálható más menhelyen is. Ez megnehezíti a beteg, netán tbc-s hajléktalan emberek kiszűrését, megtalálását. Még inkább speciális módszereket igényel ez azoknál a hajléktalan nélkülieknél, akik nem találhatók meg a szállást nyújtó helyeken, hanem a közterületen, illetve valamilyen lakáspótló helyen (bódé, barlang, lépcsőház, pince stb.) lelhetők csak fel.

¹Az adatok forrásai: Magyar Statisztikai Évkönyv 1992., KSH, 1993; Magyar Statisztikai Évkönyv 1995., KSH, 1996.; Levendel László: Deprivált tbc-s betegek társadalmi reha-bilitációjának időszerűsége. In: Tovább... Levendel László tanulmányai. OAI, 1994.; Ábrahám Erzsébet dr., Karácsonyi László dr., Dinya Elek dr.: Népbetegség lehet-e ismét a tuberculosis Magyarországon? (Modellvizsgálat 1968-1993). In: Orvosi Hetilap 1995. június 18.; Vadász Imre dr., Popovics Zsuzsa dr. és Fodor Tamás dr.: Kik hálnak meg tuberkulózisban a 90-es években? In: Orvosi Hetilap, 1993. október 17.; Dr Schweiger Ottó: A tuberkulózis megváltozott arculata. Népegészségügy 1995. 2. szám.; Dr Schweiger Ottó: A tuberkulózisról. In: Forum Pulmonologicum 9. szám; Pünkösti Árpád: Koch mester pálcikái. (Népszabadság, 1996. július 6.); Interjú Dr. Ajkay Zoltánnal (Népszabadság, 1995. szeptember 26.); Gáti Júlia: Újra támad a tuberkulózis. A szegénység fél betegség. HVG 1996. április 6.

²incidencia = az egy évben nyilvántartásba vett új betegek száma

3Magyar Statisztikai Évkönyv 1995. KSH, 1996.

4Magyar Statisztikai Évkönyv 1995. KSH, 1996.

5Dr. Schweiger Ottó: A tuberkulózis megváltozott arculata. Népegészségügy 1995. 2. szám.

6Levendel László: Deprivált tbc-s betegek társadalmi rehabilitációjának időszerűsége. In: Tovább... Levendel László tanulmányai 33. oldal, OAI, és Magyar Statisztikai Évkönyv 1995., KSH, 1996.

7Az 1995-ös halálozási adatok dr. Kozma Dezső közlése.

8Schweiger Ottó dr.: A tuberkulózis megváltozott arculata. Népegészségügy, 1995. 2. szám.

9Ábrahám Erzsébet dr., Karácsonyi László dr., Dinya Elek dr.: Népbetegség lehet-e ismét a tuberculosis Magyarországon? (Modellvizsgálat 1968-1993). In: Orvosi Hetilap 1995. június 18.

10 Interjú dr. Heylmann Katalinnal a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságának egészségügyi igazgatójával és dr. Németh Mihály közegészségügyi főszakorvossal. HÁLÓ 1997. január 12-13. old.

11 Programunk 1997. július 22. és augusztus 7. között a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokságának egészségügyi igazgatója kérésére a budapesti intézeteinkben valamennyi fogvatartott ember szűrését elvégezte. Ez összesen 1969 vizsgálatot jelentett. Közülük 39 főt kellett kiemelni. A betegek további vizsgálatát illetve gyógykezelését a tököli rabkórház végzi.

12A könyvben szereplő eredmények alapjául egy 1977-78-ban, Zala megyében végzett egészségügyi-szociológiai felmérés szolgált. Losonczy Ágnes Ártó-védő tár-sadalom. Budapest, Közgazdasági és Jogi könyvkiadó 1989

13Bokor Ágnes: Szegénység a mai Magyarországon. Magvető, 1987. 169. oldal.

14Vadász Imre dr., Popovics Zsuzsa dr. és Fodor Tamás dr.: Kik halnak meg tuberkulózisban a 90-es években? In: Orvosi Hetilap, 1993. október 17.

15Dr. Gál Katalin: Hajléktalan tbc-sek a budapesti egészségügyi ellátásban. Kézirat, 1994.

16A hajléktalan emberek egészségi állapotával kapcsolatos írásokat lásd: Hajléktalanság sebei (szerk.: László Klára – Oross Jolán). In: Periféria Seria 6. NM, 1996.

17Lásd: Oross Jolán: Itthonatlanul. OAI, 1992.

18Lásd: Dr. Molnár D. László – Dr. László Klára: Budapesti hajléktalanok egészségi állapota. In: A hajléktalanság sebei. Periféria Seria G., NM 1996.

19Lásd: Fővárosi Szociális Központ és Intézetei 1995. évi beszámolója.

20Mezei György: Az álmok kapujában. Periféria Füzetek 96/3.

A HAJLÉKTALAN EMBEREK TÜDŐSZŰRÉSI PROGRAMJA

A szűrési program előkészítése

1995-ben a Soros Alapítvány – a hajléktalanellátásban résztvevő szakemberekkel folytatott előzetes konzultációk után – pályázati felhívást tett közzé hajléktalan emberek tüdőszűrési programjának megvalósítására. A felhívásra számos pályázat érkezett mind a fővárosból, mind nagyobb vidéki városokból, egészségügyi és szociális intézményektől egyaránt.

A rendelkezésre álló anyagi eszközök, valamint a beérkezett pályázatok tartalmának ismeretében, és tekintettel a hajléktalan emberek létformájából fakadó specifikumokra a pályázatok egyenkénti

elbírálása – és ezáltal több, elszigetelt és így bizonytalan hatékonyságú – program finanszírozása helyett egyetlen, a főváros területén zajló és a szociális és egészségügyi szervezetek szoros, koordinált együttműködését igénylő, modellkísérlet indítását javasoltuk. A pályázókkal tartott egyeztető megbeszélések eredményre vezettek. Közös döntés született arról, hogy – 1995-1996 telén – modellkísérlet jelleggel komplex szűrési program szerveződik a fővárosban. A program megtervezésénél a szűrés, a gyógyítás és az utógondozás lépéseit kellett összehangolnunk a hajléktalan létformából adódó sajátosságokkal.

A fővárosi hajléktalan emberek tüdőszűrési programjának átgondolást igénylő elemei a következők voltak:

Hol történjen a szűrés?

Hogyan történjen a hajléktalan emberek felkutatása?

A szűrési program stabil, az utánkövetést is biztosító helyszíneiként kínálkoztak a hajléktalan emberek ellátására szakosodott, személyes gondoskodást nyújtó intézmények és a szállást nem nyújtó, különféle szolgáltatók. Fontos volt figyelembe venni ezeknek a helyeknek a sajátosságait, mert e sajátosságokhoz való alkalmazkodás egyik fő feltétele a program megvalósíthatóságának.

Melyek voltak a szűrési program számba jöhető helyszínei?

Azok a hajléktalan emberek, akik az életvitelszerű tartózkodásra is lehetőséget adó **átmeneti szállásokon** laknak, többségükben a beköltözésüket követő hetekben részt kell vegyenek tüdőszűrésen. Nyomon követésükre, gyógyszerelésükre kialakult a megfelelő rutin. Az átmeneti szállón lakók populációját ezért nem szükséges külön szűrési programmal megcélozni.

Létfontosságú viszont, hogy az átmeneti szállások és a kerületi tüdőgondozók közötti kapcsolat kiegyensúlyozott, a kiszűrt betegek gyógykezeléshez juttatása nehézségek nélkül bonyolítható legyen.

Más a helyzet az **éjjeli menedékhelyek** esetében. Az éjjeli menedékhelyek egy-egy éjszakára adnak alvási, tisztálkodási lehetőséget, jó esetben szerény vacsorát azoknak az utcán rekedt embereknek, akiknek semmilyen más szálláslehetőségük nincsen. Az éjjeli menedékhelyek alapfeladatába és működési rendjébe nem illeszthető be, hogy tüdőszűrési lelethez kössék szolgáltatásukat. Az éjjeli menedékhelyeket többnyire a hajléktalan emberek között is a leghátrányosabb helyzetben lévőek használják – az alkalmazkodni kevésbé tudók, jövedelemmel, munkával nem rendelkezők. Az itt alvók szűrése a program egyik alapfeladata.

Az éjjeli menedékhelyeken éjszakázók szűrését helyben célszerű megoldani szociális munkások bevonásával és kellő felkészítésével, valamint a hajléktalan emberek motiválásával.

Az éjjeli menedékhelyek szűrése mellett szólt, hogy minden éjjeli menedékhelynek kialakult az ún. „törzsközönsege”. Ezért a nagyszámú párhuzamos szűrés elkerülhető. Szükség esetén az éjjeli menedékhelyeket igénybevevő emberek egy jól működő „diszpécsterszolgálat” segítségével elérhetők akkor is, ha más-más menhelyet vesznek igénybe. Az azonosítást viszont nehezíti, hogy az éjjeli menedékhelyek igénybeviteléhez nem szükséges irat, a nyilvántartások többnyire bemondott adatok alapján készülnek. Folyamatos megoldandó feladatot jelent az egyéb betegségek felismerése és kezelése. Ennek nehézségei ismertek, ugyanakkor ezen a téren számítani lehet a már kialakult gyakorlatra, és a hajléktalan mentőszolgálat közreműködésére, valamint a kifejezetten a hajléktalan emberek ellátására létesített háziorvosi rendelőkre és mobil orvosi ellátásra.

Lehetséges szűrési kört jelenthet a hajléktalan emberek **ügyfélszolgálati irodáinak**, „népirodáinak” kliensköre a következők miatt:

– a fővárosi hajléktalan emberek jelentős tömege áll kapcsolatban az irodákkal,

– olyan hajléktalan emberek is kapcsolatban állnak az irodákkal, akik más intézményes szolgáltatást nem vesznek igénybe – éjjeli menedékhelyet sem,

- az irodák folyamatosan regisztrálják a náluk jelentkezőket,
- gyakorlattal rendelkeznek megfelelő orvosi ellátások megszervezésében és a szükséges szociális munka biztosításában.

Hasonlóan nagy számban érhetőek el – más intézményes szolgáltatást igénybe nem vevő – hajléktalan emberek a **köztisztasági-fürdőkben**.

A fürdők használata különösen azok esetében rendszeres, akik semmilyen szállóra nem jutottak be. Ugyanakkor a fertőtlenítési igazolás a szállókon többnyire kötelező, ezért a szállást igénylők is megfordulnak ezeken a helyeken. Előnyt jelent, hogy az egyéb betegségek kezelésére, illetve a betegek szakellátáshoz juttatására igénybe vehetők az ÁNTSZ hajléktalan-háziorvosi rendelői. Hátrányt jelent, hogy az utánkövetés, azonosítás, ismételt feltalálás gyakorlatilag megoldhatatlannak látszik, mivel általában sem a fürdők, sem a rendelők nem rendelkeznek szociális munkással.

A **nappali melegedőkben és népkonyhákban** történő szűrés szintén indokolt. Ezek az ellátások „utcaközeli”, klienskörük nagy része nem szállókon éjszakázik. Mivel azonban ezekben az intézményekben szociális munkások csak kis számban vagy egyáltalán nem dolgoznak, s mivel a kliensek regisztrálása, róluk dokumentáció vezetése sem teljes körű, a szűrési eredmények alapján az ismételt feltalálás, utánkövetés itt is csak nehezen kivitelezhető.

Az **utcán és egyéb helyeken** éjszakázó, intézményes szolgáltatás és egészségügyi szakember közelébe végképp nem kerülő hajléktalan embereket kizárólag az utcai szociális munkának van esélye elérni. A téli „teásjáratok” állomásai az éjjeli menedékhelyekhez hasonlóan ideális és hatékony állomásai a szűrési programnak.

Az elmúlt években már bebizonyosodott, hogy ezeken a helyszíneken – a „teásjáratokat” kísérve – a mobil egészségügyi ellátások is képesek ellátni a minden intézményes segítségből kimaradókat.

Az utcai szűrésnél – az egyébként nagy jelentőséggel bíró motiválás miatt, nagyobb a veszélye az ismételt szűrésnek, ugyanakkor gondot okoz az újbóli feltalálás, éppen ezért kiemelten fontos a korrekt regisztrálás.

Kik és hogyan?

Felkutatás, motiválás, gyógyítás, utógondozás

A korábban említett lehetséges helyeken a **felkutatás** a szociális munkások feladata. Az utcai szociális munkások esetében ez a „mozgó orvosi rendelővel” együtt képzelhető el — a különféle egészségügyi problémák, betegségek kezelésével, ami a mozgó orvosi rendelő vagy a hajléktalan emberek háziorvosi rendelőinek lehetőségeit meghaladó esetekben a mentők és a szükséges gyógyító helyek folyamatos bevonását is jelenti.

A **motiválás** gyakorlatilag a hajléktalan emberek alapvető szükségleteire adott elsődleges válasz mellett a szűrővizsgálatok, az esetleges kezelés elfogadását segítik, – pl. a meleg tea, szendvics, cigaretta, pénz stb. formájában.

A **szűrővizsgálat** részben tüdőgondozó intézetben történő ernyőszűréssel, részben pedig köpet-bakteriológiai vizsgálattal történik. Amennyiben a köpet levételét a hajléktalan emberekkel napi kapcsolatban lévő szociális munkások bonyolítják különböző éjjeli menedékhelyeken és más szűrési pontokon, akkor ezt a munkát megfelelő előzetes felkészítés előzi meg. A szűréshez a köpetvizsgálat mellett mozgó ernyőszűrőbusz beállítása is megszervezhető. A kiszűrt emberek **ismételt megtalálása** és a kezelésre motiválása nem kis feladatot jelent a szociális munkások számára, illetve feltételezi a jól működő „diszpécsterszolgálatot” a szociális és egészségügyi pontok között.

A **gyógykezeléshez juttatás** részben a beteg kórházi, részben a megfelelő tüdőgondozói és gyógyszeres ellátását jelenti. A hajléktalan emberek esetében az egészség nem tartozik a leginkább preferált értékek közé, nem is várható, hogy az legyen magának a létformának életveszélyes volta miatt. Ebből az is következik, hogy a rendszeres gyógyszeresedés és a rendszeres orvosi kontroll kicsi eséllyel, illetve keveseknél valósítható meg ún. „járóbeteg” formában.

A hajléktalan emberek hozzátartozó nélküli és többnyire jövedelem nélküli magányos emberek, akiknek gyógyulása és zavartalan kórházi bentfekvése érdekében, a megfelelő egészségügyi ellátás mellett, nélkülözhetetlen a folyamatos szociális munka, amely a kórházi elszigeteltséggel járó nehézségeket enyhíti oly módon, mint a rendszeres látogatás, szükséges eszközök (pl. tisztasági, csomag, fehérnemű, étel-miszerpótlás, szociális ügyintézés stb.) biztosítása.

Ez a folyamat vezet át az **utógondozás megszervezéséhez**, ami az egészségügyi rehabilitációnak megfelelő, és komoly szociális munkát feltételező, átmeneti szállásnyújtáshoz kapcsolódik. A fertőzőképesség általában 6-8 hetes kórházi kezeléssel megszüntethető. A végleges gyógyulás és a visszaesés elkerülése érdekében azonban a betegnél még több hónapig gyógyszer kell szednie. A hajléktalan tbc-szek folyamatos kezelése a kórházból való távozás után csak úgy biztosítható, ha van olyan intézmény, amelyik tartós kapcsolatot tud tartani a beteggel, szállást és étkezést nyújt. Itt a beteg naponta és ellenőrzött módon kapja meg gyógyszerét. Ha ez nem történik meg, a betegség kiújul, és a gyógyulás esélyei már sokkal rosszabbak.

A fővárosi hajléktalan emberekre irányuló szűrési program a felsorolt lehetséges helyszíneket, az ott megfordulók sajátosságait, valamint a program ebből adódó lépéseit is figyelembe véve nehezen képzelhető el csak egészségügyi intézmény vagy csak szociális szervezet részvételével. A feladat összetettségéből következik, hogy több egészségügyi és több szociális intézmény koordinált együttműködése vezethet csak eredményre. Fontos, hogy a programban résztvevők azt a szelétét végezzék a munkának, amihez a legjobban értenek, így a szociális munkás szociális munkát, az orvos gyógyító munkát.

Ennek a különböző szociális- és egészségügyi ellátásokból egymásra épülő rendszernek az elemei megtalálhatók voltak a Soros Alapítvány által meghirdetett programra beérkezett pályázatokban.

A szűrési, kezelési, utógondozási program hatékonyságának, áttekinthetőségének érdekében nélkülözhetetlen és önálló feladatot jelent a megfelelő koordináció biztosítása, a szaklak összefogása, a naprakész információk gyűjtése és továbbítása, az utánkövetés érdekében központi dokumentáció kialakítása stb. E feladat megoldása egyben szolgáltató funkció betöltését is jelenti a programban résztvevők számára.

A program megvalósítása

A Soros Alapítvány által meghirdetett és finanszírozott modellkísérleti program első szakasza a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Budapesti Központjának koordinációjával 1995. december 1-jén indult el és 1996. augusztus 31-én zárult. A programban részt vett öt fővárosi tüdőgondozó (III., IV., VIII., XIII, XIV. ker.), az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, a SOTE Pulmonológiai Klinikája, az Egészséges Légzésért Alapítvány, a Fővárosi Szociális Központ és Intézményei és a RÉS Alapítvány. A program sikere szempontjából döntő jelentőségű volt, hogy az egészségügyi és a szociális ellátást végző intézmények között a program idején napi kapcsolat és párbeszéd alakult ki, ami (sajnos még mindig) úttörő jellegűnek tekinthető.

A program keretében 1996. március 31-ig 3088 hajléktalan emberrel vettük fel a kapcsolatot, elsősorban az éjjeli menedékhelyeken, nappali melegedőkben, ingyenkonyhákban, népfürdőkben és a téli „teásjáratok” által javasolt helyszíneken.

A program négy lépcsőben zajlott.

Első lépcső: a kapcsolatfelvétel

Az első lépcsőt a kapcsolatfelvétel jelentette. Izzalmas feladat volt ez a szociális munkások számára, hiszen több probléma is adódott. Nem volt elég megtalálni azokat a helyeket, amelyeken a hajléktalan emberek nagy számban elérhetők. Meg is kellett nyerni őket a közreműködésre, hiszen köztudott, hogy a hajléktalan embernek a betegség megelőzése vagy korai felismerése nem tartozik a legfontosabb tennivalói közé. A másik oldalról nézve viszont kicsit furcsának tetszhet, hogy egy tüdőszűrésen való részvételért jutalmat osszunk. E nélkül viszont nehezen képzelhető el, hogy egy hajléktalan ember esetleg órákat várakozzon. A rossz érzések eloszlításának érdekében a

hajléktalan emberek a díjazást (egy-egy doboz cigarettát) egy ún. szűrési interjú – rövid kérdőív – kitöltéséért remélhették. A kérdőív kitöltése után mindenki kapott egy beutalót a programba bevont kerületi tüdőgondozók egyikébe és időpontot egy újabb találkozásra, amikor bemutatják a leletet. A kérdőív, ami magán viseli a rövid kérdőívek minden hiányosságát, tartalmazott néhány egészségügyi kérdést, amelyek alapján a jelen lévő szakorvos tájékozódni tudott, és amennyiben tbc-re utaló jeleket talált, azonnal köpetet vétetett, és ezzel felgyorsította a felismerés folyamatát.

Míg az átlag fővárosi férfi lakosságnak a 42%-a, addig a hajléktalan embereknek a 90%-a dohányzik.

A jutalom cigarettára muszáj egy bekezdés erejéig kitérni. Komoly indulatokat váltott ki, és több port kavart, mint a program maga. Mindenki úgy érezte, hogy szót kell emelnie a hajléktalan emberek egészségének védelmében. Több levelet és figyelmeztetést kaptunk szakmai körökből is. Valószínűleg nem sejtették, hogy mi is jól átgondoltuk a dolgot. A legfőbb ok az volt, hogy kb. száz forint állt rendelkezésünkre az első jutalomra (a másodikról később). Ha száz forintot osztunk, az egyrészt kicsit furcsa, másrészt komoly adminisztrációs többlettel jár, az idő pedig komoly faktorként jelentkezett a programnak ezen a részén. Sör, csoki, cigaretta, konzerv voltak a legtámogatottabb javaslatok. Legtöbben azonban úgy gondolták, hogy a hajléktalan ember számára a valutát¹ jelentő cigaretta a legcélravezetőbb. Tudta persze mindenki, hogy nagy dohányzás elleni harc fog indulni ennek ürügyén, de néhány tény azonban fontosnak látszott: a hajléktalan emberek több, mint 90%-a dohányzik. Akkor is, ha nem akarjuk, és akkor is, ha nincs saját cigarettája. A buszmegállók jelentik legtöbbször a gyűjtőhelyet, és a csikkek szívása nem kis fertőzésveszéllyel jár. Ráadásul a legtöbb kórházban, a tüdőosztályokon sem tilos a dohányzás.

Az egyik orvos professzor mesélte vigasztalásul, hogy Németországban a 60-as években egy fiatal orvos kocsmát bérelt és minden reggel fél deci pálinkát adott annak, aki azzal bevette az antituberkulotikumot. Sokan „kitagadták”, de sokakat meggyógyított.

Talán hosszúnak és mellékesnek látszik ez a história, de okulásul talán szolgálhat. Néha a legkörülményesebb és szakmailag jól végiggondolt folyamatokkal sem lehet jó pontokat szerezni a népszerűségi listákon.

Második lépcső: a szűrés

A hajléktalan emberek döntő többsége elment a kijelölt szűrőállomásra, és a legtöbbjük megjelent az általában egy héttel későbbre megbeszélte találkozón is, ahol cserébe egy komolyabb „motivációs csomagot” kaptak. Sajnos ez alkalommal már nem bújhattunk el a rossz érzések elől sem, mivel azt kellett díjaznunk egy-egy ember esetében, hogy elment a szűrésre. (A program folytatásában a szűrőbusz tulajdonképpen ezt a dilemmát is eloszlatja.) Természetesen a szűrés és az újabb találkozás közötti hét sem zajlott eseménytelenül. A munkatársak rendszeresen jártak a kerületi szűrőállomásokra a leletekért.

A 3088 ember közül 2147 (70%) ment el a szűrésre, 7897-en (61%) jöttek vissza a második találkozásra, 941 fő (30%) nem ment el a szűrésre.

Feltételeztük, hogy lesznek hajléktalan emberek, akiket különösebben nem fogja érdekelni a szűrés eredménye és a motivációs csomag kedvéért sem mennek vissza a leletükért. Később kiderült, hogy ez tulajdonképpen nem is baj. Történt, hogy néhányan azok közül a hajléktalan emberek közül akik visszamentek az eredményért, és amikor kiderült a betegségük – és mivel még nem okozott fájdalmat –, a kórháztól, a bezártságtól való félelem miatt elszöktek a gondozóból.

Azok az emberek, akik a második találkozás alkalmával szereztek tudomást a betegségükről, rábeszélhetőbbek voltak a kórházi kezelésre. A kórházi csomag (ami a kórházakat is nagyban segítette), a rendszeres látogatások, és az, hogy a gyógyulás után a kórházból a szállásra jutás biztosítva volt, a legtöbb esetben elégségesnek bizonyult. Komoly gondot jelentettek viszont azok, akik bár betegek voltak, mégsem jelentek meg a második alkalommal. Őket a program egész ideje alatt kerestük a fővárosi hajléktalanszállók közreműködésével.

Másik nagy és előre nem tervezett probléma a tüdőgondozóba visszarendeltek ügye volt. Ők voltak azok, akiknél szintén találtak elváltozást az egészségügyi szakemberek, de kórházi kezelésüket nem

tartották indokoltnak, ugyanakkor szükséges lett volna a gondozóban történő rendszeres megjelenésük. Sajnos a legtöbbjük ezt nem vállalta, aminek következménye a betegségük súlyosbodása lett.

A 2147 szűrésből 2017 lelet volt negatív.
130 főt (6%) kellett kiemelni.
Közülük 50 fő került kórházba.
Ketten a kórházban meghaltak.
A többi 80 kiemelt beteg közül 4 súlyosan fertőzött nem sikerült megtalálni.
76 főt további vizsgálatokra rendeltek vissza.
Közülük 23-an jártak rendszeresen kezelésre,
53 főt pedig nem sikerült megtalálni.

A tuberkulózis gyógyíthatósága²

Megfelelő kezelés nélkül a gümökóros betegek mintegy 50%-a 5-7 éven belül meghal. A kezelésben nem részesülő beteg a fertőzés továbbvitele miatt komoly veszélyt jelent a társadalomra. Az időben felfedezett beteg a rendelkezésre álló gyógyszerekkel megbízhatóan gyógyítható.

A Világegészségügyi Szervezet elvárása az első kezelés során a minimálisan 85%-os gyógyulási arány, azonban ennél jobb, 90%-os gyógyeredmény is elérhető.

A betegeknek többféle, 3-4 fajta tablettát kell szedniük minimálisan hat hónapig, de esetenként ennél hosszabb kezelés is szükséges. Injekciós kezelés csak egyes komplikáltabb eseteknél kerül alkalmazásra. Nagyon fontos a gyógyszer rendszeres bevétele. Ennek hiányában ugyanis a gyógyszerek hatástalanná válhatnak, a baktérium ellenállóvá válik a gyógyszerekkel szemben. A gyógyulás elhúzódik vagy elmarad, és sokkal költségesebb gyógykezelés válik szükségessé.

A gümőkór műtéti kezelésére ma már alig van szükség, a betegek néhány százalékában kerül csak sor tüdőleány vagy egyoldali tüdő eltávolítására, amikor a gyógyszeres kezelés eredménytelen volt. A hazánkban alkalmazott gyakorlat szerint a friss fertőző tbc-s beteg kezelése általában kórházban történik, legalább a fertőző képesség megszűnéséig, mely megfelelő kezelés alkalmazása esetén mint-egy 6-8 hét.

Harmadik lépcső: a kórházi kezelés

A kórházi kezelés időszakában nagy jelentősége volt a szociális és az egészségügyi szakemberek rugalmas együttműködésének. Bár nagyon sok helyzetre nem voltak jól bevált módszerek, ezen a ponton jelentkezett a legkevesebb probléma, sőt a két szakma közötti napi kapcsolatnak köszönhetően sok egyéb gond is megoldást talált.

A kórházak például előre jelezték az utókezelőknek, hogy mikor hány ágyra lesz szükség az utókezeléshez, így a legtöbb esetben a gyógyult (értsd: nem fertőző) beteg azonnal távozhatott a kórházból.

Mindez nyilván annak is köszönhető, hogy a program felismerte, hogy a mai magyar egészségügy nem szívesen látja a hajléktalan emberek nagyobb csoportjait. Ennek oka lehet a hajléktalan betegek normaszegő viselkedése, a „lejmolás”, vagy gyakrabban az alkoholfüggés és a fizetésektelenség. Az előzőeket a szociális munkások gyakori „hozzátartozópótló” látogatásai, az utóbbit a Soros Alapítvány ösztöndíjai orvosolták.

Ennek ellenére 4 fő önkényesen távozott, egyet pedig a rendszeres alkoholfogyasztás miatt a kórházból kizártak. A program ideje alatt a SOTE Pulmonológiai Klinikája és az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet 78 hajléktalan tbc-s beteget kezelte. A 78-ból 50-nek a betegsége a programunknak köszönhetően és szűrés útján derült ki. Ez a 64%-os szűrés arány messze felülmúlja az országos adatokat, amelyek szerint 1995-ben a 100 új beteg közül a szűréssel felkutatottak aránya 42% volt.

A szűréssel felkutatott tüdő tbc-s betegek aránya:
A magyar lakosság körében a hagyományos szűrési módszerekkel 42%

A hajléktalan emberek körében a mobil szűrési programmal 64%

Negyedik lépcső: az utókezelés

Az utókezelő intézmények léte kulcsfontosságú volt a program sikere szempontjából, hiszen a végleges gyógyuláshoz, a visszaesés elkerülése érdekében a betegnek még több hónapig gyógyszert kell szednie, és megfelelően kell táplálkoznia. Az otthonnal nem rendelkező, vagyonát egy zacskóban őrző, rendszertelen életet élő és minden biztonságot nélkülöző ember számára ez segítség nélkül megvalósíthatatlan. Pedig az utógondozás fázisa nélkül az ezt megelőző összes szakasz értelme megkérdőjeleződik.

A program keretében a kórházba került 50 főből (a fentebb már említett 2 haláleset, 4 önkényes távozás és 1 kizárás mellett) 15 fő más egészségügyi intézménybe került, így 28-an igényelték az utókezelést.

Ebbe a fázisba három teljesen eltérő adottságú intézmény kapcsolódott be. Egy kórházi osztály (Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet „L” pavilonja) és két hajléktalanellátó intézmény (Fővárosi Szociális Központ és Intézményei valamint a RÉS Alapítvány). A hajléktalan intézmények esetében sajnos a kórházi finanszírozástól messze elmaradó anyagi körülmények behatárolták a lehetőségeket. Az azonban kiderült, hogy a személyesebb kapcsolatokat biztosító, kisebb méretű, jól szeparálható és átlátható intézmények nagyobb sikerben reménykedhettek a betegek gyógyulásának terén. Az utógondozás fázisában – mivel az intézmények, egy kivételtől eltekintve kórházon kívül helyezkedtek el –, nagy fontossággal bírt a kerületi gondozókkal való együttműködés. A program során ezen a területen mindennemű segítség a rendelkezésre állott.

A kutatás lezárásakor az utókezelésre vonatkozóan – annak időigényes volta miatt – pontos adatokkal nem rendelkezünk.

Az azonban bizonyos, hogy az ilyen típusú szociális munkával és rehabilitációval megerősített intézmények nélkül a program sikertelen lenne.

Összegezve

Az 1995-1996 évi modellkísérleti programban elért 3088 hajléktalan ember közül 2147-en (70%) mentek el valamelyik kijelölt tüdőgondozóba szűrésre. 1897 fő (61%) jelentkezett vissza a második találkozáskor a szűrésen való részvétel igazolásával. A szűrés eredményéről a gondozók folyamatos tájékoztatást adtak. A 2147 szűrésből 2017 lelet volt negatív, és 130 főt (6%) emeltek ki. A 130 esetből 50 fő kórházba került. (15 fő a SOTE Pulmonológiai Klinikára, 35 fő a Korányi TBC és Pulmonológiai Intézetbe.) Az 50-ből ketten meghaltak a kórházban. Az utógondozókba (FSZKI, RÉS Alapítvány, Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet) 28 főt irányítottak. A kezelésre került személyek között előfordult, hogy önkényesen távoztak a kórházból vagy az utógondozóból.

A 80 kiemelt, de kórházba nem került hajléktalan ember közül 4 fő – súlyosan fertőző beteg – eltűnt, nem sikerült megtalálni. A többi 76 főt vizsgálatokra visszarendelték. Közülük 23-an jártak rendszeresen a kezelésre. A többi 53 emberről nem sikerült információt szerezni. Ők azok, akiket a gondozók kiemeltek, de fertőzőnek, kórházba utalandóak nem találták őket. Ugyanakkor a felfedezett rendellenességek okán ők a legveszélyeztetettebbek közé tartoznak. A kiemelték nem feltétlenül tbc-sek, lehet, hogy bordatörés, lehet, hogy tüdőgyulladás vagy hasonló bajok állnak a háttérben.

Összesen 941 fő (30%) nem ment el a szűrésre. Többségük alkalmi munkából vagy legalábbis a nap nagy részét igénybevevő tevékenységből (kukázás, papírgyűjtés, üvegyűjtés és visszaváltás, koldulás) él. Részben és feltehetően az életben maradásukat jelentő rendszeres elfoglaltságuk miatt nem mentek el a szűrésre, másrészt nem is érezték magukat betegnek, harmadrészt érdektelenek is

a saját egészségi állapotukat illetően. Ők azok, akik ugyanakkor a legrosszabb állapotban vannak. Bár szűrésekre nem mentek el, sokukkal mégis találkoztunk a tüdőosztályokon. Más kórházi osztályokról kerültek át – pl. közúti baleset vagy akut egészségi problémák kapcsán derült ki róluk, hogy tbc-sek, s ekkor már általában súlyos volt az állapotuk.

Tüdőszűrési programunk hatékonyságát mutatja az is, hogy a hagyományos szűrési módokhoz képest e mobil szűrés során a 100 új beteg közül szűréssel felkutatottak száma másfélszer magasabb volt.

Az első mobil szűrések

Korábban már említettük, a legnagyobb gondok egyike a második találkozás kivitelezése volt. Nem csupán azért, mert sokan erre már nem jöttek el, és a fertőző betegek felkutatása rengeteg többletmunkát eredményezett, hanem mert a „motivációs csomag” is nagyon költséges volt. A megoldást egy olyan mozgó szűrőállomás jelentette volna, amely azonnal képes eredményt produkálni, tehát a két találkozás helyett csupán egyre lett volna szükség. Nógrádgárdonyból a Nógrád Megyei Önkormányzat Tüdőgyógyintézetétől a program kölcsön kapott egy szűrőbuszt, amelyre egy sötétkamrát és egy előhívót telepítettünk. Természetesen a képek minősége meg sem közelítette a jól felszerelt kerületi szűrőállomásokon készült felvételeket, arra azonban jók voltak, hogy a súlyos betegségeket kiszűrjük és még inkább arra, hogy bebizonyosodjon: ezen az úton lehet továbbhaladni.

Az 1996. június 3-a és 7-e között a nógrádgárdonyi tüdőgyógyintézetétől kölcsönkapott busszal még 7 helyen történt szűrés. Újabb 494 hajléktalan ember közül 50 főt kellett kiemelni. 11-en igényeltek különféle kórházi kezelést, közülük ketten friss tbc-sek voltak, ketten pedig még a vizsgálatok előtt elűntek.

A folytatás

A Soros Alapítvány és a Magyar Máltai Szeretetszolgálat erőfeszítései nem voltak hiábavalók. Az 1997-ben már lényegesen nagyobb figyelem kíséri a programot. A közreműködők száma is nőtt, sok új elemmel bővült az ellátás. A Soros Alapítvány továbbra is finanszírozza a programot. Az egész folyamatot végig követő szociális munkát a kifejezetten erre a feladatra szerveződött Tutor Alapítvány végzi. Új eleme a programnak, hogy kérdéses eseteknél (amikor további vizsgálatokra volna szükség) az ÁNTSZ egy gyorseszti segítségével néhány óra leforgása alatt jelezni tudja a fertőző tuberkulózis meglétét. E néhány órát, esetleg teljes éjszakát az Oltalom Karitatív Egyesület vállalta fel, ami döntő abból a szempontból is, hogy itt biztosított az orvosi jelenlét.³ Az utókezelésben új állami (!) szereplőként vesz részt 1997-től a Szent János Kórház. Az utókezelést és a rehabilitációt a legkényesebb esetekben továbbra is a RÉS Alapítvány végzi. S ami a legfontosabb: 1997. február végén munkába állt a Szeretetszolgálat vadonatúj szűrőbusza, amely „Az Egészségesebb Életért Alapítvány” ajándéka. Korszerű felszerelése mellett néhány percen belül kiváló minőségű képet készít. A busz költségeit 1997-ben (és remélhetőleg továbbra is) a Népjóléti Minisztérium vállalta.

Reményeink

A tbc újraráadásának problémája, ha nem is mindenki számára, de az egészségügy számára mindenképpen nyilvánvaló. Voltak is figyelemreméltó próbálkozások (Ajkay-program⁴, Dr. Ungár Anna⁵ erőfeszítései stb.), de a probléma – súlyának megfelelő – kezeléséhez a civil szervezetek összefogása és egyet akarása, az egészségügy és a szociális szféra közös fellépése egyaránt szükséges.

Tapasztalataink szerint a fővárosban élő 15-20 ezer hajléktalan ember mintegy 2%-a tekinthető gyógykezelésre szoruló – többségében fertőző – tbc-s betegnek. Ez komoly fertőzési veszélyt jelent szűkebb és tágabb környezetükre egyaránt. A betegek idejében történő kiszűréséhez mobil szűrőállomásunk nagyban hozzájárulhat, gyógykezelésük infrastrukturális hátterének megteremtése (megerősítése) azonban égetően fontos feladat. Programunk során számos elkötelezett egészségügyi szakemberrel dolgozhattunk, dolgozhatunk együtt. Az a kórházi háttér (megfelelő

számú kórházi ágy) azonban, amely elegendő számban képes befogadni a betegeket, s amelynek megléte elengedhetetlen feltétele a kór feltartóztatásának, egyelőre még csak részben áll rendelkezésre.

A program folytatódik, s reményeink szerint a Budapest utcáin bolyongó több száz (!) tbc-s beteg mielőbb gyógyulást nyerhet.

1A cigaretta jelentése a hajléktalan emberek között tágabb, nem pusztán egy szál elfüstölhető dohányrudacsként jelent, hanem mindenre beváltható csereeszközt, amelynek csereértéke a valóságosnál lényegesen magasabb – akár a hajdani frontkatonáknál –, sőt a közösségen belül komoly státuszt jelenthet, ha valakinek kínálható mennyiség van a birtokában.

2Dr. Kozma Dezső összegzése.

3Az Oltalom Karitatív Egyesület háziorvosi rendelőt és krízisosztályt „kiskórházat” is működtet hajléktalan emberek számára.

4Dr. Ajkay Zoltán már korábban szorgalmazta a hajléktalan emberek új módszerrel történő szűrését, amelynek középpontjába a civil szervezetekkel való együttműködést és az utókezelést állította.

5Dr. Ungár Anna úttörő jellegű munkát végzett a tüdőgondozók látóköréből eltűnt hajléktalan tüdőbetegek felkutatásában, és ennek érdekében a tüdőgyógyászok közül először épített ki szerteágazó kapcsolatot a hajléktalan embereket ellátó intézményekkel.

AMIT A SZŪRÉSI INTERJÚKBÓL TUDUNK

A Soros Alapítvány által támogatott tüdőszűrő program segítségével először sikerült a legvesélyeztetettebb fővárosi hajléktalan populációnak jelentős hányadát elérni, és körükben a tbc-s és más súlyos betegségeket kiszűrni és kezelni. A szűrés télen és olyan helyszíneken történt, ahova azok a hajléktalan emberek is elmentek, akik egyébként mind a szociális, mind az egészségügyi intézményes gondoskodás számára elérhetetlenek. Őket csak ezzel a módszerrel lehet elérni, megvizsgálni, illetve rábírní arra, hogy törődjenek egészségükkel.

Az adatokról

Az adatok alapját gyakorlatilag a szűrési programhoz kötődő és alapvetően egészségügyi célokat (pl. a köpet levételének szükségessége) szolgáló „szűrési interjú” képezte.¹ A közel 3000 kérdőívnek – bármilyen jelentős adatbázist jelent is – néhány adatát fenntartással kell kezelnünk, ezért **az eredmények inkább csak jelzesszerűek**. Rejtőzködő populációról lévén szó, bármilyen hajléktalan emberekre vonatkozó kutatásnál fennáll, hogy a mintát nem tekinthetjük reprezentatívnak.

A tanulságokat levonva az 1996. decemberében újra induló szűrési programban lekérdezésre kerülő kérdőív pontosításra, illetve átdolgozásra került.

Az adatok túlnyomó része azonban önmagában is, és más hasonló kutatásokkal összehasonlítva is elemezhető. A demográfiai változókat elsősorban Sarlós Katalin – Mezei György „Nyomorskála”² című tanulmányában leírtakkal, az egészségi állapotra vonatkozó adatokat pedig Molnár D. László³, 1994-ben a budapesti hajléktalan emberek egészségügyi állapotát elemző tanulmányában leírtakkal vetjük össze.

A két tanulmányt az alábbi két szempont miatt emeljük ki:

– Mindkét esetben a mintába bekerült hajléktalan embereket – a mi felmérésünkhöz hasonlóan – véletlenszerűen, több különböző helyszínről választották ki. Vagyis több más, az utóbbi években végzett vizsgálatól⁴ eltérően nem kizárólagosan a szállókon lakó hajléktalan emberek körét érintik.

– A jelenlegi és a másik két kutatás között viszonylag kevés idő telt el.

A teljes mintát (N=2998) nemcsak a két említett kutatással hasonlítottuk össze, hanem a mintán belül két almintát is megkülönböztettünk. Tüdőszűrési program lévén az almintákat a tbc szűrés eredményei alapján hoztuk létre. Az első, legnagyobb almintába (N=2906) azok tartoznak, akik csak kitöltötték a kérdőívet⁵, illetve azok, akiknek a lelete negatív volt. Őket a továbbiakban „egészséges” alcsoport-nak hívjuk. A második almintába (N=92)⁶ azok tartoznak, akiknek a lelete pozitív volt. Ebbe a mintába nemcsak a tbc-s, hanem más tüdőbetegség miatt kiemelt embereket is találunk. Ők a „nem egészséges” alcsoport.

A program révén és a hajléktalan-intézmények által kórházba utalt összesen 78 tbc-s beteggel egy hosszabb kérdőív is készült (ezek tapasztalatait a 4. fejezetben írtuk le).

A hajléktalan emberek demográfiai adatai

Nemek

A teljes mintában a férfiak aránya 91% (2718 fő), a nőké 9% (278 fő). A két almintában ehhez hasonló arányokat találunk.

Míg a magyar népességben a nők aránya több, mint 50%, a különböző hajléktalan emberek körében végzett vizsgálatok esetében ez az arány 9-22%⁷ között van.

Korcsoportok

A hajléktalan emberek kormegoszlása nemek szerint

1. táblázat

	20-29	30-39	40-49	50-59	60<	Összes
Férfi	273	640	1032	570	141	2656
%	10	24	39	22	5	100
Nő	33	63	111	48	16	271
%	12	23	41	18	6	100
Összes	306	703	1143	618	157	2927
%	10	24	39	21	6	100

Népességi adatok 1996 (%-ban)

2. táblázat

	20-29	30-59	40-49	50-59	6<X	Összes
Férfi	22	19	22	17	20	100
Nő	18	16	20	16	30	100
Összes	20	17	21	16	26	100

Amint azt a fenti táblázatokból láthatjuk, amíg a 20 éven felüli magyar népesség 54%-a tartozik a 30-59 éves korcsoportba, addig a tüdőszűrő programunk során kérdezett hajléktalan embereknek több, mint a 80%-a. Valamennyi, korábban már említett vizsgálat adatai megegyeznek abban, hogy a hajléktalan emberek túlnyomó része középkorú (30-59 év), és a magyar népességhez képest ebben a populációban jóval kisebb az idős emberek aránya.

Életkori adatok %-os összevetése a különféle vizsgálatokban⁸

3. táblázat

--	--	--	--	--	--

	Népesség	Soros	Mezei	Molnár D.
20-29	20	10	15,5	(18-39 évesek) 41
30-39	17	24	28	
40-59	37	60	47,5	52
60>	26	5	9	7

A hajléktalan emberek „másságai” a statisztikai adatok tükrében

Népesség⁹

Nők aránya 52%

30-59 évesek 54%

Szakmunkások 15%

Bp.-en született 19%

Hajléktalan emberek¹⁰

Nők aránya 9%

30-59 évesek 84%

Szakmunkások 50%

Bp.-en született 34%

Életkor tekintetében a nemek között nem találtunk különbséget¹¹. A teljes mintánk átlagéletkora 43, a férfiaké 43, a nőké 42 év volt. (Mezei-Sarlós tanulmányban a hajléktalan emberek átlagéletkora 43,9 év volt.)

Születési hely szerinti megoszlás

Jól tudjuk, hogy a hajléktalan populáció születési hely szerinti megoszlása önmagában nem sokat mond. Adataink összehasonlítását a teljes népességgel, is fenntartással kell kezelni, pontos összehasonlítható adatok híján.

Ezek az adatok sajnos nem elégségesek ahhoz, hogy megállapíthassuk, hogy az egyén hajléktalanná válásában mekkora a szerepe a különböző strukturális (munkanélküliség, romló életszínvonal, kevesebb munkásszálló) okoknak és mekkora a szerepe a különböző egyéni, személyes, pszichés (alkalmazkodási készség hiánya) okoknak. Reméljük, hogy az 1997-es adatfelvétel segítségével, ahol többek között azt is megkérdeztük, hogy az egyén hajléktalanként jött-e Budapestre, vagy csak Budapesten vált hajléktalanná, erre a nagyon izgalmas kérdésre is választ kapunk.

Néhány adat azonban még így is figyelemre méltó. A hajléktalan emberek 34%-a Budapesten¹² született.

Ez az arány, mind Mezei felméréséhez (közel 25%), mind a teljes népességhez (19%) viszonyítva magasnak tűnik.

A negyedik táblázat 1. oszlopában **a vidékről származó hajléktalan emberek születési hely szerinti megoszlása látható**. A táblázat 2. oszlopa a vidékről származó magyar népesség Budapestre vándorlásának arányait, a 3. oszlop a vidéki származású magyar népesség lakóhely szerinti megoszlását mutatja.

4. táblázat

	1	2	3
--	---	---	---

	Hajléktalan emberek születési helye	Budapestre vándorló népesség kiinduló helye ¹³	Vidéki felnőtt népesség lakóhelye ¹⁴
Néhány kiemelt megye			
Borsod	11	9	9
Hajdú-Bihar	7	4	6.5
Jász-Nagykun-Szolnok	9	5	5
Szabolcs	17	7	7
Kelet-Mo. összesen:	64	42	50
Nyugat-Mo. összesen	26	27	38
Pest megye	10	31	12

A hajléktalan emberek között népességbeli arányukhoz képest több a kelet- és kevesebb a nyugat-magyarországi, valamint Pest megyei születésű. Ez nyilvánvalóan összefüggésbe hozható a keleti megyék rosszabb gazdasági körülményeivel és a nagyobb arányú munkanélküliséggel. Kiemeltük azt a négy megyét, amelyek a legnagyobb arányban fordultak elő a hajléktalan emberek születési helyei között. Ezek között is kiemelkedik Szabolcs-Szatmár megye: az itt született hajléktalanok aránya az összes többi megyéhez képest önmagában is jelentősnek tűnik. A gazdaságilag prosperálóbb nyugati megyék népességükhöz képest kisebb arányban képviseltetik magukat a budapesti hajléktalanok között.

A hajléktalanná válás ideje

A tüdőszűrési program során rákérdeztünk arra, hogy mióta hajléktalan, 15 mikortól tartja magát hajléktalannak az adott egyén. A kérdésre adott válaszokat fenntartással kell kezelnünk több ok miatt is. Egyrészt a válaszok nem pontos dátumhoz kötődtek, másrészt a hajléktalan lét ideje sem határozható be egyértelműen – van aki a lakásából való kiköltözéséhez, vagy az állandó lakhatás megszűnéséhez köti, van aki az albérlete megszűnéséhez vagy a munkásszállóról való elbocsátásához, más a börtönből szabaduláshoz vagy a családi kapcsolatainak felbomlásához. Az is gyakran előfordul, hogy az átmeneti szállón tartósan lakó hajléktalan ember nem tekinti magát hajléktalannak a szállóra költözés időpontjától.

A hajléktalanná válás ideje nemek szerinti bontásban

5. táblázat

	<1 hónap	féléve	1 éve	2 éve	3 éve	4-6 éve	7-10 éve	10 év<	Összes
Férfiak	226	153	351	409	367	669	262	149	2586
%	9	6	73	16	14	26	10	6	700
Nők	36	20	44	39	40	45	12	3	239
%	15,1	8,4	18,4	16,3	16,7	18,8	5,0	1,3	700
Összes	262	173	395	448	407	714	274	152	2825
%	9	6	14	16	14	25	W	6	100

A hajléktalanként eltöltött hónapok átlaga a teljes mintánál 43,416 hónap, a férfiaknál 44,4 hó és a nőknél 32,5 hó. Magas az egy éven belül hajléktalanná váltak aránya, ami a négy éve mért eredményekkel megegyezik, és most is a megkérdezetteknek közel a 30%-át teszi ki. Sajnos arra vonatkozóan nincsenek a szakmának adatai, hogy az újonnan hajléktalanná váltak mely okok mentén kerülnek a hajléktalan létbe.

A táblázatból az is kiderül, hogy nők és férfiak arányát szignifikáns módon befolyásolja a hajléktalanság kezdetének időpontja. A nők 42%-a egy éven belül vált hajléktalanná, a férfiaknál ez az arány csak 28%.

Míg az egy éven belül hajléktalanná váltak 12%-a nő, addig azok között, akik 10 évnél régebben hajléktalanok a nők aránya már csak 2%.

A fenti adatok azt a hipotézist támasztják alá, miszerint a frissen hajléktalanná váltak körében növekszik a nők aránya.

A hajléktalanná válás ideje 1992

1 éven belül 28,9%
1-4 éve 36,5%
4-nél több éve 34,6%

Átlagidő 51 hónap
Férfiaknál 54 hónap
Nőknél 27 hónap

Forrás: Mezei-Sarlós (1995)

Az „egészséges” és a „nem egészséges” hajléktalan emberek

Az adatfeldolgozás során azokat a hajléktalan embereket, akiknek szűrési eredménye negatív lett, a továbbiakban „egészségesek”-nek, akiké pozitív lett azokat „nem egészségesek”-nek nevezzük.

Kormegoszlás a két almintában

6. táblázat

	<19	20-29	30-39	40-49	50-59	>60	Összes
Egészséges	54	303	693	1099	590	154	2893
%	2	n	24	38	20	5	700
Nem egészséges	1	3	10	45	29	3	91
%	7	3	77	50	32	3	700
összesen	55	306	703	1144	619	157	2984
%	2	10	24	38	21	5	700

A két almintá kormegoszlása különbözik. Az „egészséges almintában a kérdezettek 63%-a, a „nem egészséges” almintában az emberek 85%-a 40 év feletti. Az átlagéletkor a „nem egészséges” alcsoportban 48 év, ami 4 évvel több mint a teljes populációé.

A hajléktalanná válás ideje a két almintában

7. táblázat

	<1	fél éve hónap	1 éve	2 éve	3 éve	4-6 éve	7-10 éve	<10 év	Összes
Egészséges	260	170	386	436	396	683	260	149	2740
%	10	6	14	76	14	25	10	5	700
Nem egészséges	3	3	9	12	11	32	14	3	87
%	3	3	10	74	72	37	76	3	700

Összesen	263	173	395	448	407	715	274	152	2827
%	9	6	7	16	75	25	10	5	100

Nemek tekintetében nem találtunk különbséget az „egészséges” és a „nem egészséges” alcsoportok között. Ugyanakkor figyelemre méltó az eltérés a hajléktalanként eltöltött idő hosszúsága tekintetében: az „egészséges” alcsoportba tartozók 40%-a, a „nem egészséges” alcsoportnak viszont 56%-a több mint 4 éve hajléktalan. Az „egészséges” alcsoport hajléktalanként eltöltött átlagideje 43,1 hónap, a „nem egészséges”-é 51,6 hónap. Rossz életkörülményeiknek köszönhetően, az utcán élők egészségi állapota és ellenállóképessége az idő múlásával egyre romlik. A hosszú ideje hajléktalanként élők, teljesen legyengült szervezetük miatt súlyosabb betegek, nehezebben gyógyulnak és könnyebben visszaesnek. A „nem egészséges” alcsoport 17%-át már kezelték korábban tbc miatt, és 23%-uknak van egyéb betegsége is (lásd később).

Egészségi állapot, rizikó tényezők

A szűrési interjúban az egészségügyi ellátásra, az egészségi állapotra és néhány rizikó tényezőre (dohányzás, alkohol) vonatkozó kérdések szerepeltek.

A 8. táblázat a kérdezettek egészségi állapotával kapcsolatos kérdések, illetve válaszok megoszlását mutatja a különböző almintákban.

Az egészségi állapottal kapcsolatos válaszok megoszlása
(Az igen válaszok száma N, és aránya %-ban.)

8. táblázat

	Kezelték-e már tbc-vel?	Van-e egyéb panasza?	Van-e „más betegsége”?	Dohányzik-e?	Fogyaszt-e naponta alkoholt?	Egészségeinek érzi-e magát?
Egészséges	86	452	408	2640	1612	2575
%	3	18	14	91	56	89
Nem egészs.	15	20	23	85	40	73
%	17	21	25	94	45	81
Férfi	92	411	371	2486	1574	2409
%	3	17	14	92	58	90
Nő	9	61	60	237	76	237
%	3	25	22	86	27	86
Teljes minta	101	472	431	2725	1652	2648
%	3	18	14,5	91	55	89

A megkérdezettek 52,5%-ának volt TB kártyája és ezáltal egészségügyi ellátásra jogosultsága.

Arra a kérdésre, hogy tbc miatt korábban kezelték-e, a megkérdezettek 3,3%-a válaszolt igennel. A „nem egészséges” alcsoportban ez az arány 17% volt.

A 4-6 éve hajléktalanná vált emberek között a legmagasabb a tbc miatt már korábban kezelték aránya (5%). (Molnár D. László vizsgálatában a hajléktalan férfiak 4,3%-ánál fordult elő, hogy korábban kezelték tbc miatt, vagy tüdőcsúcshuruttal.)

A „nem egészséges” hajléktalan emberek körében 25% volt azok aránya, akik más betegségekre is panaszkodtak. A teljes mintában ez az arány 18%. A nők közül majdnem kétszer annyian jelöltek meg többféle betegséget is (22%), mint a férfiak (14%). (Molnár D. felmérésében a hajléktalan férfiak 44%-a, a kontroll csoport 26,5%-a panaszkodott többféle betegségre.)

A teljes minta 89%-a arra a kérdésre, hogy „egészségesnek érzi-e magát” igennel válaszolt. A hajléktalan emberek egészségi állapotát ismerve ez az adat bizony meglepő, ugyanakkor a

hajléktalan létformát ismerve már kevésbé az. A teljes minta 91%-a dohányzik és 55%-a naponta fogyaszt alkoholt. A nők közül – saját bevallásuk szerint – keveseb-ben dohányoznak (86%) és szignifikánsan kevesebben fogyasztanak alkoholt (27%). A „nem egészséges” almintában az átlaghoz képest többen dohányoztak, de kevesebben válaszoltak igennel az alkoholfogyasztást érintő kérdésekre.

A terjes minta 74%-a több, mint 10 éve dohányzik, függetlenül attól, hogy mióta hajléktalan. Az alkohol fogyasztás esetében azonban más a helyzet. Minél hosszabb időt töltött valaki az utcán, annál valószínűbb, hogy alkoholt fogyaszt. Míg az egy évnél kevesebb ideje hajléktalan embereknek a negyede, addig a 10 évnél régebben utcán élők 46%-a fogyaszt rendszeresen alkoholt.

„Kitől kaphat segítséget?”

Ennél a kérdésnél intézmények (hajléktalanellátó szervezetek, önkormányzat, egyéb intézményes ellátások) és egyének (szülő, gyerek, házastárs, élettárs, rokon, barát, ismerős, munkatárs, szociális munkás, egyéb) közül választhatta ki a kérdezt, hogy kihez fordulhat segítségért. A válaszok alapján a kérdezttek közül jóval többen fordulnak intézményekhez (63%), mint személyekhez (13%). A nők közül szignifikánsabban többen (22%) érzik úgy, hogy személyektől kaphatnak segítséget, mint a férfiak (12%).

Kihez fordulnak segítségért?

(Az igen válaszok száma N, és aránya %-ban.)

9. táblázat

	Intézménytől (N=2821)	Személytől (N=2315)
Egészséges %	1728 63	295 13
Nem egészséges %	60 69	10 13
Férfi %	1629 64	258 12
Nő %	159 63	47 22
Teljes minta %	1788 63	305 13

Azok, akik azt mondták, hogy segítségért személyekhez fordulnak, az alábbi személyeket jelölték meg:

Rokon	32%
Ismerős	21%
Barát	19%
Szülő	8%
Szociális munkás	8%
Házastárs	4%
Gyerek	3%
Egyéb	3%
Munkatárs	2%

Úgy látszik, hogy a hajléktalan emberek elsősorban rokoni és családon kívüli kapcsolataikra támaszkodnak a leginkább. A szociális munkás, a hivatásos segítő az ötödik helyre került a listán.

A kérdés helyszínei

A szűrési program összesen huszonnégy helyszínen zajlott. Ezeket a helyeket az elemzés során három kategóriába vontuk össze, hogy megnézhessük, voltak-e különbségek nem, egészségi állapot és kor szerint az egyes helyszíneken leszűrt emberek esetében. A különféle átmeneti szálláshelyek képezték a „szálló”, a népkonyhák és a nappali melegedők a „nappali” ellátások kategóriáit, a harmadik kategória pedig a közterület volt.

A leszűrték nem és egészségállapot szerinti megoszlása a szűrési helyszíneken

10. táblázat

Alminták/szűrési helyszínek	„nappali melegedő”	„szálló”	„közterület”	összesen
Férfiak	1346	744	628	2718
%	50	27	23	100
Nők	128	56	94	278
%	46	20	34	100
összesen	1474	800	722	2996
%	49	27	24	100
Egészséges	786	786	706	2278
%	27	49	24	100
Nem egészséges	61	15	16	92
%	67	16	17	100
Összesen	847	801	722	2370
%	36	34	30	100

A táblázatból kiderül, hogy a nők szignifikánsabban nagyobb arányban tartózkodtak közterületen, ami elérhetőségüket és pontos számuk becslését is módfelett nehezíti. A „nem egészséges” alcsoportból pedig szignifikánsan többen tartózkodtak a különböző nappali ellátások helyszínein. Tehát a nők fellelhetősége szempontjából nagyon fontos a közterületeken végzett bármilyen szűrés vagy egyéb vizsgálat, a betegek szempontjából pedig kiemelten jelentősnek látszik a nappali ellátások szerepe.

A 10. táblázat és a részletes eredmények is megerősíteni látszanak azt a hipotézist, miszerint a hajléktalan populáció nem homogén. A különböző hajléktalan csoportok többek között tartózkodási hely, kor, egészségi állapot stb. szerint elég markánsan elkülönülnek egymástól. A szűrés vagy bármilyen más, hajléktalan emberekkel foglalkozó program számára elengedhetetlenül fontos, hogy kiderüljön, hogy a különböző hajléktalan csoportok miben különböznek, és hogy hol érhetők el a legkönnyebben.

Említettük, hogy az elemzések során kiderült, hogy a különböző szűrési helyszíneken megkérdezett hajléktalan közönség összetétele számos paraméter mentén nem volt azonos.

Néhány változó megoszlása a szűrés helyszínei szerint

11. táblázat

Változók (%)	„nappali”	„szálló”	„közterület”	Teljes minta
Pozitív lelet	4	2	2	3
Nők aránya	9	7	13	9
Kor (év átlag)	44	44	43	43
Hajléktalanság kezdete (hó átlag)	44.5	42.5	42	43
Budapesten született	32	33	36	33
Egészségesnek érzi magát (igen)	91	85	90	89
Más betegsége van	14	17	12	14

Egy hónapon belül járt orvosnál	29	37	39	32
Fogyott-e? (igen)	36	33	26	33
Kért-e segítséget szervezettől? (igen)	73	61	48	63
Kért-e segítséget személytől? (igen)	16	10	13	13

A fenti táblázat természetesen nem elegendő ahhoz, hogy a hajléktalantípusokról „tisztá” képet kaphassunk. A szűrés helyszínei nem azonosak a kérdezettek szokásos nappali, illetve az éjszakai tartózkodásának helyszíneivel, amelyek segítségével talán pontosabb képet kaphatnánk az alcsoportokra vonatkozóan. Ennek ellenére a három helyszínen szűrt hajléktalan emberek közt találtunk néhány markáns különbséget.

A szűrés helyszínei alapján elmondható, hogy

- Közterületen volt a legmagasabb a nők aránya.
- A közterületen szűrtek éltek a legrövidebb ideje hajléktalanként.
- Közöttük volt a legmagasabb a budapesti születésűek aránya.
- Ők támaszkodtak a legkevésbé valamilyen szervezetre.
- A szállón szűrtek érezték magukat a legkevésbé egészségesnek és ők panaszkodtak a leginkább különféle betegségekre.
- Ők fordultak a legkisebb arányban személyekhez segítségért.
- A nappali ellátásokban szűrtek éltek a leghosszabb ideje hajléktalanként.
- Közülük fordultak a legtöbben valamilyen szervezethez segítségért.
- Ők vallották magukat a leginkább egészségesnek, ugyanakkor a tbc-s betegek a legnagyobb arányban a nappali ellátásokban fordultak elő.

A beteg (tbc-s) hajléktalan emberek a nem beteg hajléktalan kérdezettekhez képest:

- hosszabb ideje tartózkodtak az utcán és éltek hajléktalanként (átlag 51 hónapja),
- idősebbek (átlag 48 évesek) voltak,
- közel egy ötödükét korábban már kezelték tbc miatt (17%),
- egészségi állapotuk rosszabb volt (a kérdezettek 25%-a panaszkodott egyéb betegségekre is),
- legnagyobb arányban a nappali melegedőkben tartózkodtak (4%-os a pozitív szűrés aránya).

1A szűrési interjút több szociális munkás rögzítette. Az adatokat SPSS pc. program segítségével dolgoztuk fel. Összesen 2998 ember adata került feldolgozásra.

A szűrési interjú kérdése a következők voltak: A kitöltő neve, a kérdezés helye és ideje. A kérdezett neve, anyja neve, születési helye és ideje, szokásos tartózkodási helye vagy szálláshelye. Mióta hajléktalan? Kitől kaphat segítséget? (Az első oszlopban különböző hajléktalanintézmények, a második oszlopban személyek (szülő, házastárs, gyerek, rokon, barát, munkatárs, ismerős, szociális munkás, egyéb) voltak felsorolva. Van-e rendszeres jövedelme? Van-e tb-kártyája? Mikor volt utoljára tüdőszűrésen? Mi volt az eredménye? Kezelték-e már tbc-s megbetegedés miatt? Jelenleg is kezelik-e? Van-e más betegsége? Mikor volt utoljára orvosnál? Egészségesnek érzi-e magát? Láza

van-e? Fogyott-e? Dohányzik-e? Ha igen hány éve? Fogyaszt-e alkoholt naponta? Ha igen melyet: töményét, sört, bort?

2 Mezei György és munkatársai 1992-1993-ban 457 hajléktalan embert kérdeztek meg Budapest pályaudvarain valamint a Deák téren és különféle népkonyhákban.

Másik mintájuk pedig az Isola éjjeli menedékhelyről származik, ahol 122 hajléktalan embertől kérdezték le az utcán is használt kérdőívet. Az összes igénybevevő a 80 férőhelyes menhelyen a vizsgált időszakban 723 fő volt. Sarlós Katalin – Mezei György: Nyomorskála. Terem a Nyomor Füzetek 1. 1995.

3 A SzocioMed Kft. 1994-ben a szállásokon, utcán, kórházakban fellelhető budapesti hajléktalan emberek egészségi állapotára vonatkozóan végezett kontrollminta kutatást. A mintába 342 hajléktalan ember került, dr. Molnár D. László – dr. László Klára: Budapesti hajléktalanok egészségi állapota. In: A hajléktalanság sebei. Periféria Szeria 6.

4 A hajléktalan emberekre vonatkozó, és elsősorban szálláshelyeken végzett nagyobb vizsgálatok időrendben a következők voltak: Ez első nagyobb (160 főre vonatkozó) szondázás 1991-ben történt az első hajléktalanszállások legnagyobbikán, Budaörsön.

(Oross Jolán: Itthonatallanul. OAI, 1992.) 1991-ben az Intel Comp Alapítvány által működtetett és a Népjóléti Minisztérium által finanszírozott számítógépes információs rendszer segítségével az ország 11 vidéki és két fővárosi hajléktalan ellátásában készült kérdőíves felmérés során 545 hajléktalan ember adatait Gyuris Tamás, Molnár D. László és Szántó Róbert dolgozták fel. (Gyuris Tamás – Molnár D. László – Szántó Róbert: Hajléktalanok. Család, gyermek, ifjúság '92/1-2.) Az előbbi folytatásaként 1994-ben 13 város hajléktalanellátó intézményeinek lakóit vizsgálva 1440 hajléktalan ember adatait elemezte Molnár D. László, (dr. Molnár D. László: Hajléktalanok. Periféria Füzetek 95/4.) A Pro Domo Peremhelyzetű Csoportok Módszertani Osztálya 1993-1994-ben az ország 45 településén 93 hajléktalanszállás lakókönyvei alapján 8998 lakó adatait vizsgálta. (Kocsis B. Mihály: Magyarország menhelyei. Periféria Szeria 4. NM, 1995.) Nem szállón, hanem hajléktalan ügyfélszolgálati iroda klienskörében végzett vizsgálatot Gurály Zoltán, aki 5852 hajléktalan ember adatait dolgozta fel. (Gurály Zoltán: Az utcán. (1990-1995) Kézirat, 1996.

5 Aki úgy jött az első szűrésre, hogy már valamelyik tüdőgondozóban kezelték, és igazolni tudta, hogy egy hónapnál nem régebben járt ott, annak csak a kérdőívet kellett kitöltenie. Akiknek nem volt ilyen igazolása, azok közül volt, aki csak kitöltötte a kérdőívet, esetleg még elment a szűrésre, de újból már nem jelentkezett. Sajnos többször előfordult, hogy pont azoknak lett pozitív a lelete, akik nem mentek vissza.

6 A szűrési program során 130 főt emeltek ki további vizsgálatokra. Közülük 92 embernek az adata szerepelt mintánkban.

7 A nők aránya a különböző vizsgálatokban: Mezei-Sarlós 11%, Molnár D. – Gyuris-Szántó 15,8%, Oross 11%. A nők alacsonyabb aránya abból adódhat, hogy a hajléktalan nők számára – úgy látszik – több mód nyílik a szívességi lakáshasználatra, fiatalabb korukban ismerősöknél, alkalmi barátoknál könnyebben találnak lakhatási lehetőségekre is, így kevésbé jelennek meg az utcán vagy a menhelyeken. Erre utal, hogy a programunk során megkérdezettek közül tartózkodási helyeik között a nők a férfiakhoz képest kétszer többen (28%) választották az „egyéb” kategóriát, amelyben főleg magánlakások címei, barlang, sátor stb. szerepeltek. Hasonló következtetés vonható le abból az utcai felmérésből, amelyet a Pro Domo Peremhelyzetű Csoportok Módszertani Osztálya végzett 1995 telén utcai hajléktalan emberek (207 fő) körében. A „hol aludt tegnap?” kérdésre adott válaszokból kiderült, hogy a férfiak a nőknél jóval gyakrabban tartózkodtak a menhelyeken, míg a nők inkább a közterületen vagy ismerősöknél, hozzátartozóknál töltötték az éjszakát. Az összes válaszoló (143 férfi és 38 nő) 8,3%-a töltötte a megelőző éjszakát ismerősnél, rokonnál. A férfiaknak csupán a 4,2%-a, a nőknek a 23,7%-a. Az igazsághoz az is hozzátartozik, hogy a hajléktalan embereket ellátó szállásrendszernek országosan mintegy a 70%-a csak férfiakat fogad. A nők „egyéb” lakhatást megoldó stratégiái sok esetben ebből is következhetnek.

8 Magyar Statisztikai Évkönyv 1995, KSH, 1996.

9 Az általunk lekérdezett két kérdőív alapján.

10Magyar Statisztikai Évkönyv 1995. Mezei-Sarlós 1995. Molnár D. 1994.

11Az utóbbi években történt vizsgálatok közül kettő, a nemek korcsoportok szerinti megoszlásában az eddig bemutatottakkal szemben más eredményeket talált. Az egyiket 1994-ben a Pro Domo végezte az országban akkor üzemelő hajléktalanszállások 95%-ában. 7346 lakó (1489 nő, és 5291 férfi) korszerinti megoszlása volt ismert (Kocsis, 1995). Az eredmények szerint a férfiaknak 20%-a, a nőknek 46%-a volt 30 évnél fiatalabb. 31 és 60 év között volt a férfiaknak közel a háromnegyede, míg a nőknek csupán a fele. A másik felmérés (Gurály, 1996) a Menhely Alapítvány 1990-1995 közötti ügyfélforgalmából 3108 hajléktalan ember megoszlását nézve arra a következtetésre jutott: mintha a hajléktalan népességben a nők aránya a fiatal korban, a férfiaké pedig ennél idősebb, de még az aktív korban dominálna.

12Természetesen előfordulhat, hogy nem származási helyet kérdezték, ide tartoznak azok is, akik budapesti kórházban születtek.

13Budapest Statisztikai Évkönyve 1995. 89. old. Állandó és ideiglenes bevándorlás összesen.

14Magyar Statisztikai Évkönyv 1995. 59. old.

15Arra a kérdésre, hogy „mióta hajléktalan?” a megkérdezettek 3,6%-a nem válaszolt, és tartózkodási helyül az egyéb kategóriát jelölték meg. Ezekben az esetekben ez főleg magánlakások címeit jelentette, ami főleg a nők esetében nem zárja ki egyértelműen, hogy a kérdezett hajléktalan. Sok esetben a magánlakások címe a szívességi lakáshasználatot takarja.

16Ezek a számok csak jelzés értékűek. Miután nem évenként kódoltunk, hanem az időintervallumok számtani közepével számoltunk, az eredmények nem teljesen pontosak.

AMIT A TBC-S BETEGEKKEL KÉSZÜLT INTERJÚKBÓL TUDUNK

Már említettük, hogy 78 tbc-s hajléktalan beteggel egy hosszabb, jóval részletesebb kérdőív is készült. Ebben a fejezetben e kérdőív alapján kapott eredményeket foglaljuk össze.

A kérdőív három részből állt:

1. A kérdezettek részletes demográfiai, szociológiai jellemzői: iskolai végzettség, apa iskolai végzettsége, foglalkozás, családi állapot, gyermek szám stb.
2. A kérdezettek hajléktalan életére, mindennapjaira vonatkozó kérdések: alvási szokásai, megélhetésének forrásai, hajléktalanságának kiváltó okai.
3. A kérdezettek kapcsolathálózatának megismerése, nyolc úgynevezett névgenerátor¹ szituáció segítségével: tudott-e a kérdezett bárki(k)hez is fordulni, ha személyes problémái voltak, ha gyógyszerre, egészségügyi ellátásra, ha tanácsra vagy pénzre volt szüksége, tudott-e valakinél mosni, időnként aludni, illetve a csomagját megőrizni, és tudott-e ő bárkinek segíteni.

Demográfiai adatok

A részletes elemzés megerősítette azt az alaphipotézist, miszerint a tbc-s beteg hajléktalan emberek a hajléktalan populáción belül is egy viszonylag hátrányos helyzetű csoportot alkotnak: egyedülálló, magányos, 50 év körüli, munkanélküli és hosszú ideje hajléktalanként élő férfiak.

A 78 hajléktalan tbc-s beteg 94%-a férfi, átlagéletkoruk 47 év. Majdnem minden második (46%-uk) budapesti születésű. 12%-uk volt állami gondozott.

Közülük minden ötödik – átlag kétszer – volt börtönben.

Iskolai végzettséget tekintve 37%-uk 8 osztályt, illetve 8 osztálynál kevesebbet végzett, 50%-uk pedig szakmunkás.

A családi állapotra és a gyermek számra vonatkozó kérdésekből az is kiderül, hogy mennyire magányos emberekről van szó: 91%-uk vagy elvált, vagy eleve egyedül él, 45%-uknak nincs gyermeke.

Születési hely szerinti megoszlás

1. táblázat

	%
Budapest	46
vidéki város	30
falu	20
külföld	4

Életkor szerinti megoszlás

2. táblázat

20-29 év	30-39 év	40-49 év	50-59 év	60 felett	Összes
3	12	33	17	9	74
4%	16%	45%	23%	12%	100%

Iskolai végzettség szerinti megoszlás

3. táblázat

	%
8 osztálynál kevesebb	10
8 általános	27
szakmunkásképző	50
középfokú	13

Iskolai végzettség tekintetében a korábbi vizsgálatok is hasonló eredményeket mutatnak: míg a magyar népességben a szakmunkások aránya 15% körül van, addig a hajléktalan emberek körében legkevesebb mintegy a duplája – esetünkben a háromszorosa.

A szakmunkások aránya

Népesség 1992

14,8%

Budaörsi szállás,

79972

35,7%

Hajléktalan szállások

19923

27,7%

Isola szálló

1993-944

39,5%

Hajléktalan szállások

19945

<fél éve	< 1 éve	2 éve	3 éve	4 éve	>5 év	Összesen
3	1	14	10	12	28	74
4%	9.5%	79%	73.5%	16%	38%	100%

A tbc-ben szenvedő hajléktalan emberek a többi hajléktalanhoz képest hosszabb ideje élnek az utcán: 54%-uk 4 éve vagy annál régebben.

A tbc-s hajléktalan emberek bevételi forrásainak százalékos megoszlása (N=78)

8. táblázat

	%
Alkalmi munkából	33
Szociális segélyből	11
Koldulásból	11
Saját tulajdon bérbeadásából	8
Úvegezésből	8
Kukázásból	9
Munkanélküli járadékból	4
Rokkantsági nyugdíjból	4
Gyűjtött holmik árulásából	4
Papírgyűjtésből	3
Öregségi nyugdíj	3
Állandó munkából	2

A kérdezettek közül – jelenlegi állapotuk természetes következményeként – egynek sincs állandó munkahelye. Munkahelyük átlagosan 1989-ben (St.D. – szórás – 4.35), tehát még a rendszerváltás előtt szűnt meg.

A kérdezettek 19%-ának nincs semmiféle jövedelme, illetve bevétele, 50%-nak egy bevételi forrása, míg a többieknek főleg kettő, vagy három különböző megélhetési lehetősége van.

A válaszolók 29%-ának átlagos „bevétele” egy hónapban 11 450 Ft (St.D. 5979) volt. A 8. táblázatból látszik, hogy a bevételek több mint egyharmada alkalmi munkából jön össze. Ezt követik a koldulásból és a különböző segélyekből származó bevételek.

A Mezei – Sarlós vizsgálatban az utcán kérdezetteknek a 41,5%-a végzett rendszeresen alkalmi munkát, 21,2%-uk próbálkozott koldulással, de a koldulás mellett 2,5%-uk még gyűjtőget és 2,5%-uk alkalmi munkákat is vállal, hogy megélhetését biztosítani tudja. A kérdezettek 19,3%-a él társadalmi biztosítási ellátásból, 12%-uk szociális juttatásokból, 4%-uk munkanélküli ellátásból, 2,5%-uk állandó munkából. Tapasztalataik szerint a hajléktalan emberek közel 10%-a anélkül marad életben, hogy pénzhez jutna.

A hajléktalanságot kiváltó okok százalékos megoszlása

9. táblázat

	Összes (N=78)	< 1 éve hajléktalan (N=10)
Családi konfliktus	40	34
Munkásszállásról elbocsátották	25	26
Válás	11	0
Kilakoltatás	10	8
Egyéb kórházi osztályról kikerült	3	0
Szolgálati lakása megszűnt	3	8

Saját tulajdonából elűzték	3	8
Börtönből szabadult	2	8
Állami gondozása megszűnt	1	0
Lakása lakhatatlan	1	8
Hajléktalan életmódra rendezkedett be	1	0

A strukturális okok (pl. a növekvő munkanélküliség) mellett, vagy azt kiegészítendő úgy tűnik, hogy végső soron személyes okok és konfliktusok vezetnek oda, hogy egyes emberek (embercsoportok) hajléktalanná váljanak. A kapcsolati konfliktusokon túl a hajléktalanná vált férfiak jelentős része – elmondásuk szerint – a munkásszállások megszűnése miatt kerül az utcára, mert szűkös anyagi lehetőségei miatt nem volt módja arra, hogy hasonlóan olcsó lakóhelyet biztosítson magának.

A „frissen”, egy éven belül hajléktalanná váltak nagyobb arányban említettek lakásproblémára utaló okokat: például nem tudták lakásukat karbantartani, állagát megőrizni, illetve fenntartani. (A minta 13%-a egy éven belül vált hajléktalanná és 60%-uk budapesti születésű volt.)

A hajléktalanság közvetlen kiváltó oka a különféle vizsgálatokban (%)

(A hajléktalan emberek több okot is megjelölhettek.)

10. táblázat

	1991. Hajléktalan szállások (Gyuris – Molnár D. – Szántó)	1994. Hajléktalan szállások (Molnár D.)
családi, személyi konfliktusok	40	35,6
válás	29,2	20,8
„kapcsolatvesztés”	69,2	56,4
kilakoltatás	8,3	7,6
lakhatatlan lakás		3,0
elűzték saját lakásából	20,4	13,5
„tulajdonvesztés”	28,7	24,1
szolgálati lakás megszűnése	3,1	1,7
munkásszállói hely megszűnése	9,7	6,1
„munkanélküli hajléktalanság”	12,8	7,8
Intézményből távozott		
szociális otthon	1,5	1,1
kórházi osztályok	4,2	2,5
elmeosztály	4,0	2,1
börtön	5,9	5,2
állami gondozás	13,9	5,6
„intézményi hajléktalanság”	29,5	16,5
„csöves” életmódot választott	5,1	4,2

Alvás helyszínei7 (%)

11. táblázat

Alvás helyszínei	Összes (N=64)	Csak egy helyen alszik (N=26)	Több, különböző helyen alszik (N=38)
Valamilyen lakás8	16	26	23
Szívességi lakáshasználó (rokon, ismerős)	13	4	12
Hajléktalan szálló	32	54	42
Üres épület, pince	11	8	7

Pályaudvar	14		6
Közterület/szabadtér	14	8	10

A kérdezettek alvási szokásai viszonylag arányosan oszlanak meg a különböző helyszíneken. Szállókön rendszeresen a mintának csak 32%-a tartózkodott. Ugyanakkor azt is láttuk, hogy a „nem egészséges” almintába kerültek elsősorban az éjjeli menhelyek látogatói közül kerültek ki. A 11. táblából jól látszik, hogy azok, akik csak egy helyet említettek szokásos tartózkodási helyül, leginkább (54%) valamelyik hajléktalan vagy átmeneti szállón laknak. Azok közül, akik több helyen is megfordulnak, jóval több a szívésségi lakáshasználó és az utcán, pályaudvaron vagy közterületen élő. Ezek az emberek nap, mint nap vándorolnak. Ehhez a csoporthoz többségükben olyan emberek tartoznak, akik hosszútávon már valószínűleg nem képesek sem szervezeti, sem bármilyen más típusú együttélésre.

A tbc-s hajléktalan emberek személyes és intézményes kapcsolatai

A kérdezettek személyes és a hajléktalan ellátó intézményekkel való kapcsolatát nyolc különböző – a fejezet elején már említett – névgenerátor szituáció segítségével próbáltuk meg feltérképezni. A rövid kérdőívből már többé-kevésbé kiderült, hogy a hajléktalan emberek nagy része kapcsolat nélküli, magányos ember. A tbc-beteg hajléktalanok közül 36% sem személyt, sem intézményt nem említett, és 28%-uknak van legalább egy személyes kapcsolata.

A hajléktalan emberek, bevallásuk szerint csak az utolsó pillanatban fordulnak intézményhez: a kórházi, súlyos beteg megkérdezetteknek 60%-a fordul intézményhez, ha beteg és gyógyszerre, vagy orvosi ellátásra van szüksége. Pénzt a megkérdezettek 13%-a kér kölcsön intézménytől.

A hajléktalan emberek közül legtöbben (14 megkérdezett) tanácsért fordultak más emberekhez. Segítséget csak 5 ember tudott adni. Az átlagos network méret 2 (St.D. 1.48), a teljes network méret 10 átlaga 3.5 (St.D. 2.22) volt. A kapcsolatok szorosságát mérő, úgynevezett multiplex-itas 11 mutató 2.2 (St.D. 1.62) volt. Ez a szám nagyon erős, számos funkciót betöltő személyes kapcsolatra utal: az a néhány ember, akikre a hajléktalan emberek számíthatnak, az élet különböző területein nyújtanak segítséget. (Összehasonlításképpen: Angelusz Róbert és Tardos Róbert 1987-ben országos reprezentatív mintán végzett network kutatásában az átlagos network méret 6.1, a multiplexitás 1.2 volt. A minta 1,6%-a volt teljesen kapcsolat nélküli. A névgenerátor szituációk természetesen részben eltértek a mi kutatásunkétól.) A fejezet elején már említettük, hogy a kérdőívvezés során a kérdezettek által megnevezett minden egyes személy nemét, korát, a kérdezettel való kapcsolatát, lakhelyét és ismeretségük hosszúságát is lekódoltuk. Az említett kapcsolatok a nemek tekintetében nem homogének: a 22 személyes kapcsolatot megnevező kérdezett között 4,5% a nők aránya, míg az említett személyek 38%-a nő. A férfiak sok esetben nő ismerősükhöz fordulnak segítségért. A kérdezettek – megromlott családi kapcsolataik miatt – főleg családjukon kívüli emberekre számíthatnak. (Érdekes adat, hogy azok közül, akik családi konfliktust említettek hajléktalanságuk kiváltó okaként, szignifikánsan kevesebb tud bárkire is számítani. Szignifikáns a korreláció ($R^2 = .33$, $p = .003$) a net-work méret és családi konfliktus mint ok között.) Kapcsolataik egy negyede szociális munkás, 20-20%-ban barát és ismerős. Családjukból leginkább rokonaikra (10%-ban) támaszkodhatnak, majd szüleikre (5%) és házastársaikra (5%). Egyéb (15%) kapcsolataik például a volt börtöntársak és orvosok. A hajléktalan emberek ismerik egymást, és bizonyos esetekben segítenek is egymásnak. Az említett kapcsolatok majdnem egy ötöde hajléktalan személy. A nem hajléktalan személyek közel háromnegyede Budapesten él, tehát fizikailag közel van és lehet rá számítani. A kapcsolatok fele több éves ismeretség, a másik fele viszont nagyon friss kapcsolat. Ez nem meglepő, hiszen a kérdezettek a szociális munkásokkal az utóbbi időben, főleg betegségük kapcsán kerültek közelebbi kapcsolatba.

A 3. és 4. fejezetben leírtak egy része teljesen új, máshol még nem elemzett adatokat tartalmaz. Reméljük, a közeli jövőben, mind a szűrés folytatása keretében, mind más hajléktalan embereket vizsgáló kutatásban több összehasonlítható adat áll majd rendelkezésre, és ezek segítségével talán közelebb jutunk a „nagy” kérdés megválaszolásához: „Kik lesznek ma hajléktalanná Magyarországon, és miért pont ők?”

1A network irodalomban gyakran használt ún. Fischer-módszer segítségével megpróbáltuk lefedni az egyén kapcsolatrendszerét. A nyolc – általunk összeállított – szituáció mindegyikében megkérdeztük, hogy a kérdezett ismer-e olyan személyt, illetve személyeket, aki(k)hez az adott szituációban fordulhat. Az így említett személyek nemét, korát, a kérdezethez való kapcsolatát, iskolai végzettségét, valamint lakhelyét is lekódoltuk. Két szituációban a kérdezettek intézményes kapcsolatait is megkérdeztük: betegség esetén hova tud fordulni.

2Oross Jolán: Itthonatlanul. OAI, 1992.

3Gyuris Tamás – Molnár D. László – Szántó Róbert: Hajléktalanok. Család, gyermek, ifjúság, '92/1-2.

4Mezei György – Sarlós Katalin: Nyomorskála. Terem a nyomor füzetek. 1995.

5Molnár D. László: Hajléktalanok. Periféria Füzetek 95/4.

6Mezei György – Sarlós Katalin: Nyomorskála, Terem a nyomor füzetek 1995.

7A kérdőívben a kérdés így hangzott: Hol töltötte az éjszakáit az elmúlt évben? Több válasz volt lehetséges.

8Itt a következő kategóriákat vontuk össze: saját lakás, önkényes lakásfoglaló, ideiglenes lakás, szolgálati lakás, albérlet, ágybérlet, IBUSZ szoba.

9A kérdezett által említett különböző személyek száma.

10Az összes említett személy száma.

11A multiplexitas mutató a teljes network méret és a network méret hányadosa. Ha a multiplexitas 1, akkor minden kapcsolatnak csak egy funkciója van. Minél magasabb tehát ez a szám, annál több funkciót töltenek be az említett kapcsolatok.

ZÁRÓ GONDOLATOK

A hajléktalan emberek vagy más, perifériára került csoportok érdekeiért küzdeni nem egyszerű feladat. Különösen nehezzé válik ez, ha több – egyébként is alulfinanszírozott – ellátási területet érint az ügy. Sokan értik (szakértik), de kevesen próbálják meg igazán orvosolni az itt megjelenő bajt. A megoldandó feladat – a cselekvés pillanatában – mindig éppen a „másik oldal” kötelessége. Az okokat figyelve könnyen megállapítható a szomorú kép: a legszegényebb, legvédtelenebb ember senkinek sem igazán fontos.

Ez a program mégis sikeres.

Ha ennek okait vizsgáljuk – és rosszindulatúak vagyunk – arra gondolunk, hogy a szegény ember tbc-je mindenki számára megrendítőbb, mint a fogfájása, láza vagy fekélye. A tbc-t mindenki elkaphatja, így ez jócskán közügy is.

Van azonban talán egy lényegesebb mozzanat. A mai világban egyre kevésbé fellelhető, egyszerű dolog: az együttműködés.

A képlet: a fővárosi közgyűlés felismeri, elismeri, s – a maga módján – próbálja orvosolni a bajt. Nem sikerül. A Soros Alapítvány felfigyel a jelzésre, és pályázatot ír ki. A pályázat nem kerül elbírálásra, hanem – meglepő módon – a pályázók közösen elvállalják a feladatot, mindenki azt, amihez leginkább ért.

Majd jön két nagyon nehéz év, ami alatt megoldást nyernek a problémák: már el lehet érni a hajléktalan embert, egy alkalom elég a felvétel elkészítésére és az értékelésre, a szociális munkás együtt dolgozik az utcán (!) az orvossal és az egészségügyi személyzettel, a kórház fogadja a beteget, a szociális munkás – a hozzátartozókat pótolva – látogatja és ellátja a betegeket.

Létrejönnek az utókezelők, amelyek az otthonot pótolják a teljes felgyógyuláshoz annak, akinek nincs otthona. Megjelenik a minisztériumi finanszírozás.

Leegyszerűsítve: az állam (a minisztérium és a fővárosi önkormányzat) észleli a bajt, de nem tudja kezelni. A civil szféra – amolyan katalizátorként – modellt készít, bizonyít. Az állam újra megjelenik, és visszaveszi, illetve finanszírozza a tevékenységet. Ez is egy modell. Egy civil társadalom, egy polgári állam lehetséges működésének, munkamegosztásának modellje.

Sajnos még hiányok is vannak.

A busz, bár munkára készen áll, a hét hat napján nem dolgozik. Sajnos nem azért, mert nincs hajléktalan ember az utcákon, hanem mert nincs üres ágy a kórházakban. Szorító érzés. 20-30 kórházi férőhellyel több kéne és talán ugyanennyivel kellene bővíteni az utókezelők ágyszámát is. Az is jó volna, ha valaki – a Népjóléti Minisztérium (?), a Főváros (?) – átvállalná a kórházi szociális munkával járó kiadásokat a Soros Alapítványtól. Továbbá jó volna, ha a bizonytalan, minden alkalommal kiharcolandó minisztériumi támogatás helyett a busz működését egy Országos Egészségbiztosítási Pénztárral megkötött szerződés biztosítaná.

És a legszebb az volna, ha néhány év múlva a buszról leszerelhetnénk a szűrőberendezést, és székeket tehetnénk a helyére, hogy gyerekeket vihessen kirándulni, mert nincs már tbc, sőt otthonatlanul élő ember sincs többé.

Budapest, 1997. május

A MODELLKÍSÉRLET TÖRTÉNETE KEPÉKBEN

1995-96 tele: a program kezdete, „mentőautós” beutaló- itt. csomagosztás

Egyik első éjszakai akció a Kőbánya-Kispesti metróállomáson



A Pro Domo éjszakai „tea-járatához” csatlakoztatva tüdőszűrő beutalót ill. élelmiszer csomagot osztunk a szállókról kiszorult hajléktalan embereknek



1996 nyara: próbaüzem a régi – 40 éves – busszal

40 éves – technikailag rég elavult - busz 1996-ban végezte a szűréseket



1997: az új mozgó tüdőszűrő állomás

A volt távolsági buszt mobil szűrőállomássá alakítják



Úton „Az Egészségesebb Életért Alapítványtól” kapott új mozgó tüdőszűrő állomás



Számítógépes nyilvántartás és interjú készül a szűréseken



Röntgenfelvétel



Az automata azonnal előhívja a filmeket



Tüdőgyógyászunk értékeli a felvételeket



A szűrést követően az egészséges emberek igazolást kapnak



Valamennyi szűrésen mentőautó várja a kiemelteket



Az Oltalom Kórház biztosította a kiemeltek ideiglenes elhelyezését a köpetvizsgáló gyorsesztezt elkészültéig



Az ÁNTSZ laboratóriumában 6 órás gyorseszteszt segítségével diagnosztizálják a fertőző tbc-s betegeket



Fertőző tbc-s betegek gyógykezelése az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézetben



Lábadozó betegeink a János Kórház hidegkúti utókezelőjében



A „Dzsumbuj”

Szűrés a IX. kerület egyik szegények lakta telepén, a „Dzsumbujban”



A „Dzsumbuj” egyik épülete



Kisfiú a telepről



A börtönök

A főváros valamennyi büntetés-végrehajtási intézetében végeztünk szűréseket



A börtönlakók szűrésre várnak



Címlapterv: Mauser Balázs Nyomdai munkák: SZEGEDI KOSSUTH NYOMDA KFT.