

HAJLÉKTALAN EMBEREK REINTEGRÁCIÓJÁT CÉLZÓ, KOMPLEX PROGRAM

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

A nemzetközi gyakorlatot megvizsgálva megállapítható, hogy a hajléktalanságból való kiutat a legtöbb fejlett ország elsősorban a lakhatás támogatására fókuszáló programok, komplex szolgáltatásokkal való kombinációjával próbálja elérni; gyakran igen sikeresen. A külföldi, illetve a BMSZKI és a Budapest Esély tapasztalatai nyomán jelen mintaprogram egy olyan megoldást javasol, amely komplex: egészségügyi, szociális, munkaerő-piaci szolgáltatásokkal, képzések, illetve anyagi és természetbeni támogatás nyújtásával, továbbá támogató közösség építésével segítheti a hajléktalan emberek reintegrációját.

A 2018. július 20-án elfogadott Szabálysértési törvénymódosítás szerint „....(1) Aki életvitelszerűen közterületen tartózkodik, az szabálysértést követ el. (2) Mellőzni kell a szabálysértési eljárás megindítását és helyszíni figyelmeztetést kell alkalmazni, ha a) az elkövető a rendőr felszólítására az elkövetés helyét elhagyja, vagy b) az elkövető a jelenlévő hatóság vagy más szerv vagy szervezet felajánlott segítségét elfogadva együttműködik a hajléktalan személyek részére fenntartott ellátások igénybevétele érdekében.” A jogszabály gyakorlati alkalmazásának módja jelenleg még nem látható teljes egészében, de a b) pontban jelzett lehetőség potenciálisan megnövelheti az intézmények, különösen egyes speciális intézménytípusok (tartós elhelyezést biztosító otthon, lábadozó stb.) kapacitásai iránti szükségleteket. Ezek kielégítéséhez részben a jelenlegi intézményi kapacitások bővítésére, részben speciális szükségletek kielégítésére alkalmas intézménytípusok létrehozására lenne szükség. Jelen mintaprogram a fenti, újszerű szituáció következtében megváltozó szükségletekre próbál, a humánus követelményeknek is megfelelő, eredményes és fenntartható módon reagálni.

A mintaprogram a meglévő ellátórendszer szolgáltatásaira alapoz, ahol szükséges, a kapacitásokat bővítve, illetve növelve. A program fő koncepciója és a tevékenységek rendszere illeszkedik a Főváros helyi esélyegyenlőségi programjában a hajléktalan célcsoporttal kapcsolatban megfogalmazott koncepcióhoz és az ott javasolt, szektorközi összefogásra épülő, komplex beavatkozási irányokhoz, illetve betagozódik az esélyegyenlőségi program 2019-2020-ra tervezett cselekvési tervébe. A program egészségügyi, szociális, lakhatási és munkaerő-piaci elemeket tartalmaz. Az egészségügyi elemeket a tervek szerint az ellátórendszerben dolgozó partnerszervezetek végzik, míg a további elemeket, fő együttműködő partnerként két, a maga területén nagy tapasztalattal rendelkező, fővárosi szervezet koordinálja. A lakhatási és szociális elemeket a BMSZKI, míg a munkaerő-piaci tevékenységeket a Budapest Esély. A program sikeressége szempontjából azonban fontos az együttműködés a szociális és más ellátórendszerek további szervezeteivel is. A mintaprogram 5+1 lépcsőben nyújt szolgáltatásokat a programrésztvevők reintegrációja érdekében, a lépcsők a következők:

1. utcáról intézményi ellátásba,
2. alapellátásból szakosított ellátásba,
3. speciális szükségletű emberek ellátása,
4. átmeneti szállóról munkásszállóra,
5. utca helyett ifjúsági (munkás)szálló,
- +1. szállóról lakásba.

A mintaprogram konkrét célja a reintegráció és az önállóság egyre magasabb szintjének elérése.

I. JELEN HELYZET ÉS KÜLFÖLDI PÉLDÁK BEMUTATÁSA

Jelen program az Európai Unió szakpolitikai irányelveivel összhangban, a foglalkoztatás bővítést olyan aktív beavatkozásokkal kívánja előmozdítani, melynek célja a munkaerőpiacról kiszorult emberek foglalkoztathatóságának, azon belül egészségi állapotának javítása mellett, a helyi munkaadói igények minél hatékonyabb feltárása, a helyi foglalkoztatási és segítő szolgáltatási kapacitások összehangolása, új innovatív szolgáltatásokkal való megerősítése, koordinált szolgáltatási rendszerbe szervezése.

A kereslet-kínálat összevetéséből egyértelműen látszik, hogy a hatékony szolgáltatási rendszer kiépítésének egyik alapvető feltétele a munkaadók igényeinek pontos azonosítása, folyamatos szondázása közvetlen munkaadói kapcsolattartás révén, és a jelentkező üres álláshelyekre, a munkaadói igényeknek megfelelő munkacrő közvetítése. A munkaadókkal való közvetlen kapcsolattartás révén a munkaadók jelenleg hiányos ismeretei is jelentős mértékben javíthatók a tartósan munkanélküli emberek foglalkoztatásához kapcsolódó, igénybe vehető kedvezmények elérése, pl. a kkv-knak szóló pályázati források igénybe vétele terén.

A tartósan munkanélküli, hátrányos helyzetű emberek számára biztosított helyi munkacrő-piaci szolgáltatások jelen formájukban nem teszik lehetővé, hogy a feltárt álláshelyekre megfelelő számú munkára kész embert hatékonyan lehessen közvetíteni. Az ügyfél-koordináció bevezetése olyan rendszerszintű beavatkozás, melynek révén az ügyfelek a feltárt problémáiknak megfelelően kerülnek az egyes, problémáiknak megfelelő szolgáltatásokhoz. Az ügyfelek munkaerő-piaci készségeihez kapcsolódó fejlődési szükségleteinek azonosítását, személyre szabott szolgáltatásokhoz irányítását, nyomon követését, az egyes szolgáltatókkal való kapcsolattartást, az ügyfél személyes segítője, a mentor végzi a programon belül.

Jelen program egyrészt a szolgáltatási rendszer meglévő problémára, hiányosságra reagál hatékony helyi munkaerő-piaci szolgáltatási rendszer módszertanának kidolgozása és bevezetése révén, másrészt a tartósan munkanélküli, hátrányos helyzetű emberek foglalkoztathatóságát javító, valamint a munkaadói igényeket közvetlenül azonosító komplementer szolgáltatásokat vezet be. A program hatására javul a munkaerő-piac szereplői közötti együttműködés, valamint a foglalkoztatási és szociális szolgáltatásokat nyújtó ellátórendszer működése hatékonyabbá válik.

A jelen program kiemelten fókuszál az álláskereső egészségmegőrzésére, mind a fizikai, mind a mentális betegségek megelőzése, illetve kezelése terén. Ezen a területen, a program keretében biztosított szolgáltatások egyrészt a deprivált csoportokat kiemelten érintő halálotti tényezők szűrésére, a jellemző betegségek kockázatok minimalizálására fókuszálnak. Kiemelt figyelmet kívánunk fordítani a munkanélküli hajléktalan embereket különösen érintő betegségek szűrésére, általuk könnyen elérhető, alacsony küszöbű egészségügyi szolgáltatások biztosítására.

A fővárosban a nyílt munkaerő-piachoz való hozzáférés szempontjából a legnehezebb helyzetben lévő csoportok közé tartoznak a fővárosi hajléktalanok, valamint a hajléktalanság által kiemelten veszélyeztetett, állami gondozásból kikerülő, utógondozásban részesülő fiatalok.

Az áttekintett szakmai anyagok alapján a fejlett országok nagyjából azonos szemléleten alapuló, eszközeiben és módszereiben némiképp eltérő modellt próbálnak alkalmazni a probléma megoldására. A következő szakaszban ezek közül írunk le néhány jellegzetes, illetve környező országbeli példát.

A New Yorkban kidolgozott **Elsőként Lakhatás modell** nagyon sikeresnek bizonyult a hajléktalanság felszámolásában a fokozott gondozást igénylő emberek körében az USA-ban, Kanadában és számos európai országban. Az Elsőként Lakhatás modell a lakhatást kiindulási pontnak, nem pedig végcélként tekinti.

Az Elsőként Lakhatás modellt azok számára dolgozták ki, akik jelentős mértékű segítséget igényelnek a hajléktalanságból való kilépéshez. Az Elsőként Lakhatás szolgáltatások célcsoportját súlyos mentális betegségben szenvedő, drog- és alkoholproblémákkal küzdő, valamint leromlott fizikai állapotban lévő, fogyatékkal és korlátozó betegséggel élő hajléktalan emberek alkotják. Az Elsőként Lakhatás szolgáltatások eredményesnek bizonyultak a régóta hajléktalan vagy az ismételten hajléktalanná vált emberek esetében is, akik az egyéb támogatási szükségleteken felül gyakran a társas támogatásban, azaz a barátoktól, családtól jövő segítségben is hiányt szenvednek, és nem vesznek részt a közösségek életében.

Az Elsőként Lakhatás modell számos európai országban bevezetésre került:

Franciaország valósította meg az eddigi legnagyobb európai Elsőként Lakhatás modellkísérletet. Az Un Chez-Soi d'abord program (2011-2016) négy városban, Lille-ben, Párizsban, Toulouse-ban és Marseilles-ben működtet kísérleti programokat, a DIHAL, a nemzeti hajléktalanügyi stratégiáért felelős tárcaközi testület koordinálása mellett. Összesen 353 hajléktalan ember költözött lakásba az Elsőként Lakhatás program keretében, 352 fő pedig a hagyományos hajléktalan-ellátó intézményekbe került (hagyományos gondozás). A lakhatást magán bérbeadók biztosították. Az asszertív közösségi gondozás modelljét követve multidiszciplináris teameket alkalmaztak, amelyben voltak hajléktalanságot átélő segítők is. Magas sikerességi rátákról számoltak be, az ügyfelek 80%-a megtartotta a lakhatását.

Hollandiában, Amszterdamban az Elsőként Lakhatás szolgáltatást egy civil szervezet működteti és teljes mértékben a holland kormány finanszírozza. A szolgáltatás fókuszában azok a hajléktalan emberek állnak, akik egyaránt szenvednek pszichiátriai betegségben és problémájuk van a drog- és alkoholfogyasztással is. A szolgáltatás, amely 2005-ben kezdte működését, az egyik legrégebbi Európában. A szociális bérlakásokat egy amszterdami lakásszövetkezettel együttműködve biztosítják. A HVO Querido Discus Elsőként Lakhatás programja gyorsan bővült az elmúlt évtized során. 2005-ben három segítő munkatárs és egy programvezető 15 ügyfelet támogatott; 2015-re 45 segítő munkatárssal, 4 team koordinátorral és két programvezetővel összesen 275 ügyfélről gondoskodott. A segítségnyújtás az intenzív esetkezelés modelljére épül, és az alábbiakat foglalja magában:

- Segítség a lakhatás megtartásában és a mindennapi életben.
- Esetkezeléssel egészségügyi ellátáshoz, drog- és alkohol ambulanciákhoz, valamint egyéb ellátásokhoz való hozzájutás segítése.
- Támogatás a társadalmi integrációban, beleértve a gyakorlati segítséget a családi kapcsolatok újraépítésében.
- Segítségnyújtás az igazságszolgáltatási és büntetés-végrehajtási rendszerrel való együttműködéshez.

A belga Elsőként Lakhatás program országos szinten az öt legnagyobb városban valósul meg. Összesen nyolc Elsőként Lakhatás szolgáltatás működött önkormányzati és civil együttműködésben. A szolgáltatásokkal a tartósan hajléktalan embereket célozzák meg (átlagosan ötéves hajléktalan élettapasztalat), akik mindannyian fokozott támogatást igényelnek. A program 150 ember tartós lakáshoz jutását segítette elő.

A finnországi Vainola Elsőként Lakhatás programját az Üdvhadsereg működteti a Y-Foundation által biztosított lakásokban. A lakhatást önálló lakásokban oldják meg, amelyek azonban mind egyetlen lakótömbben találhatók. A lakókat más eseményekbe is bevonják a közösségen belüli integráció elősegítése érdekében: vannak például nyílt napok, amelyekre

áthívják a szomszédokat, és egyéb alkalom is, amelyeken a szomszédokat az Elsőként Lakhatás szemléletmódról tájékoztatják. Az ügyfelek önként vesznek részt a környék tisztántartásában, amellyel elősegítik a környező közösséggel való pozitív viszony kialakítását.

Az *Írországi Dublin* Elsőként Lakhatás programját a Dublini Regionális Lakhatási Igazgatóság megbízásából két civil szervezet, a Focus Ireland és a Peter McVerry Trust működteti. A program kiemelt célcsoportjai:

- A tartósan és/vagy ismétlődően hajléktalanná váló emberek.
- Pszichiátriai problémákkal és/vagy drog- és alkoholproblémával küzdő hajléktalan emberek.

A lakhatást elsősorban szociális bérlakások jelentik, melyet Írországbán a települési önkormányzatok és a civil szervezetek is nyújthatnak. A magánbérleti szektort szintén igénybe veszik.

Az *Amici di Piazza Grande* egy Olaszországban, Bolognában működő jótékonyági szervezet, amely észak-olasz városokkal együttműködésben nyújt Elsőként Lakhatás szolgáltatást a komplex támogatási igényű hajléktalan családok számára. A magánbérleti szektor elszórtan elhelyezkedő bérlakásait felhasználva a program egy éven belül 42 családnak nyújtott támogatást.

Norvégiában az Elsőként Lakhatás mintájára épülő 16 helyi program keretében 237 főnek nyújtottak segítséget. Ezek a programok elsősorban a településeken elszórtan elhelyezkedő szociális bérlakásokat vették igénybe. Az összes program menedzsment feladatot önkormányzati fenntartású szervezetek látták el. Komplex szociális segítségnyújtási rendszert alakítottak ki, ideértve az alacsony jövedelmű háztartások lakbérfizetésének támogatását és megélhetési költségeik fedezését. Egyik program sem rendelkezett asszertív közösségi gondozó teammel, hanem mindegyik intenzív esetkezelést alkalmaz. A program 2011-ben kezdte működését, és az értékelő vizsgálat szerint 93%-ban sikeres eredményt ért el a hajléktalanság felszámolásában.

Az első két svédországi Elsőként Lakhatás program 2010-ben indult (Stockholm és Helsingborg városokban), és már megtörtént az értékelésük is. 2013-ban a helsingborgi program a városi szociális bérlakás program állandó részévé vált. Abban az időben a lakásmegtartás aránya 84%-os volt. Jelenleg a kísérleti programot bővítik, az eredményeket pedig a szociális bérlakás program keretében fogják elterjeszteni Helsingborgban. 2015 végén 14 svéd városban működtek Elsőként Lakhatás típusú programok.

A skóciai *Turning Point* civil szervezet 2010-ben kezdte el kialakítani az Egyesült Királyság első Elsőként Lakhatás szolgáltatását Glasgow-ban, a 2. fejezetben vázolt alapelvek szerint. A programot elsősorban az egyedülálló hajléktalan felnőttek körében növekvő számú, droggal kapcsolatos halálesetekre adott válaszként dolgozták ki, s így a hangsúlyt a problémás drog- és alkoholfogyasztásra, és nem a súlyos pszichiátriai betegségekre vagy a tartós hajléktalanságra helyezték, mint sok más Elsőként Lakhatás program esetében. Ugyanakkor mind a pszichiátriai problémák, mind a tartós hajléktalanság gyakori probléma az ügyfelek körében. A lakhatást szociális bérlakás-tulajdonosokkal együttműködésben biztosították.

Az *SHP* egy Londonban működő civil szervezet, amely számos Elsőként Lakhatás szolgáltatást dolgozott ki és működtet, köztük olyanokat, amelyek szociális bérlakásokat vettek igénybe. 2012 és 2014 folyamán London Camden kerületében egy kísérleti szolgáltatást működtettek a városi önkormányzattal közösen. A támogatást egy háromfős team, egy menedzser és két munkatárs nyújtotta, maximum 5 fős esetszámmal. A Camden Elsőként Lakhatás programja teljesen a magánbérleti szektorból bérelt lakásokat. Egyesült Királyságban a hajléktalan emberek utógondozói vagy mobil támogató szolgáltatásai egyszerre nyújtanak érzelmi támogatást, gyakorlati tanácsadást, információt és esetkezelést.

A Changing Lives egy angol civil szervezet, amely Elsőként Lakhatás szolgáltatást működtet az észak-angliai Newcastle-Upon-Tyne-ban a helyi önkormányzattal együttműködésben. A program középpontjában a régóta hajléktalan emberek álltak. Elsősorban a magánbérleti szektorból jutnak lakáshoz, 2015-ben a program 38 főt támogatott.

Tehát a fentiekből is következik, hogy a fejlett országok szinte kizárólag a lakhatást elősegítő programokat működtetnek, az egyéni szükségletek által differenciált, személyre szabott szolgáltatásokkal ötvözve.

A legtöbb utcán élő hajléktalan ember a rendszeres és bejelentett munka világából gyakorlatilag ki van rekesztve. Esetükben a pénzkereset (és az alapvető létfenntartás) biztosítása a kartonozásból, a guberálásból, illetve hajléktalan újságok eladásából származó bevétel. Azok a hajléktalanok, akik rendszeres szálláslehetőséghez jutnak, a munkavállalás szempontjából valamivel jobb helyzetben vannak. Bár bejelentett munkahely híján számukra is inkább a fekete- illetve szürke "munkaerőpiacon" adódik lehetőség.

A regisztrált álláskeresőként nyilvántartott hajléktalanok száma nem ad pontos képet a munkanélküli hajléktalanok valós számáról, mivel csak egy részük jelenik meg a regisztrációban. Ugyanakkor megfigyelhető, hogy az utóbbi 4 évben a regisztrált fővárosi álláskereső hajléktalanok száma is jelentős mértékben növekedett. A regisztrált fővárosi álláskereső hajléktalanok döntő többsége férfi, 36-60 év közötti, általános iskolát, vagy még azt sem végzett. A regisztrációban eltöltött idő alapján megállapítható, hogy a regisztrált álláskereső hajléktalanok 20-25%-a marad tartósan álláskeresőként a regisztrációban.

A hajléktalanok közfoglalkoztatásának területén dolgozó *Budapest Esély* 2013 óta vizsgálja a közfoglalkoztatásba bevont hajléktalan személyek társadalomstatistikai mutatóit, jövedelemszerzési lehetőségeit, illetve a közmunka életükre és jövőképükre gyakorolt hatásait. A szervezet által 2013-15 között gyűjtött adatokból¹ megállapítható, hogy:

- A fővárosi közfoglalkoztatásban dolgozó hajléktalanok általános szociális, lakhatási, életviteli, jövedelmi lehetőségei, valamint egészségi állapotuk szempontjából jobb helyzetben vannak, mint az a fővárosi hajléktalanokra általában jellemző.
- A fővárosi közfoglalkoztatásban dolgozó hajléktalanok nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatáshoz való hozzáférési esélye alacsony szintű, ezért a közfoglalkoztatás döntő többségük számára, a rendszeres és bejelentett jövedelemszerző tevékenység egyedüli legálisan elérhető formája.
- A fővárosi közfoglalkoztatásban dolgozó hajléktalanok közfoglalkoztatásból származó jövedelme havi (háztartási) bevételeik jelentős részét adja, amennyiben ettől elesnének más forrásokból (pl. segélyek igénybevétele, alkalmi munka), esetlegesen és csak jóval szerényebb havi bevételekkel rendelkeznének.

Az adatgyűjtés másodlagos elemzéséből a közfoglalkoztatásba bevont hajléktalan személyek jövőképéről a következő összegzés tehető²:

- A közfoglalkoztatásba bekapcsolódó hajléktalanok alapvetően pozitív várakozásokkal és attitűdökkel bírnak annak tekintetében, hogy a közfoglalkoztatásban való részvétel várhatóan milyen hatást gyakorol élethelyzetük alakulására. A válaszadók döntő része egyértelműen munkaismeretében és anyagi helyzetében vár javulást.

¹ Pírisi Károly - Szalay-Komka Norbert - Erdélyi Tea (2016.a). Fővárosi hajléktalanok közfoglalkoztatásának tapasztalatai. Munkaügyi Szemle online Stúdium: Paper online. 2016 (23 p.)

² Pírisi Károly: A magyarországi foglalkoztatás-politika alakulása II. világháború után és a várható tendenciák (A közmunka szerepe a szegénység kezelésében), doktori értekezés, SZIE, 2017, kézirat

- Legtöbben munkaismeretük és anyagi helyzetük változásában látják leginkább a közfoglalkoztatás hatását. Úgy gondolják, hogy a lakhatási helyzetükre kevésbé, az egészségükre pedig legkevésbé van hatással a közfoglalkoztatás.
- Mindemellett az is kirajzolódott, hogy minél idősebb valaki, annál inkább negatívan ítéli meg a jövőbeni változást, emellett pedig annál inkább úgy gondolja, hogy a közfoglalkoztatásnak nincs hatása arra.
- Összességében azt mondhatjuk, hogy aki javuló tendenciát vár jövőbeli helyzetének alakulása kapcsán az úgy is gondolta, hogy a közfoglalkoztatás összességében segíti, segíteni fogja őt ebben.

A hajléktalanság kialakulásában több probléma játszik szerepet, ezért többirányú segítséggel, az egészségügyi, a szociális és a foglalkoztatási szolgáltatások összekapcsolásával lehet csak eredményt elérni. A hajléktalanná válás okai közül a leggyakoribb a kapcsolati konfliktus, gyakori ok továbbá az intézményekből való kikerülés (nevelőotthon, kórház, szociális intézmény, börtön stb.). Ennek részben oka lehet az is, hogy a kórházi ágyak számának csökkentése nem járt együtt a pszichiátriai, valamint a szociális intézményi férőhelyek meghatározott mértékű növelésével. Ugyancsak növekedni látszik a gazdasági (jövedelmi, munkaerő-piaci) okokból bekövetkező hajléktalanság aránya.

A hajléktalanok kapcsán mérhető fővárosi véleményeket, attitűdöket vizsgáló „Hajléktalanok Budapesten” elnevezésű kutatási program fő megállapítási közé tartozott, hogy a budapesti polgárok többsége, bár zavarja őket az utcán fekvő hajléktalanok látványa, támogatja a hajléktalanok megélhetési stratégiáit. Azon megkérdezettek többsége, akik közvetlenül pénzzel is támogatják a hajléktalanokat, havonta 1-3 alkalommal teszik ezt, míg azon budapestiek harmada, akik természetbeni adománnyal (élelmiszerrel, ruhával, takaróval stb.) támogatják a hajléktalanokat, félévente, negyede ritkábban teszi ezt. A természetbeni adományokkal segítő válaszadók közel harmada félévnél gyakrabban támogatja a hajléktalanokat ebben a formában, bár csupán 3%-uk vallott úgy, hogy heti rendszerességgel teszi ezt. Napjainkban többféle, hajléktalanok által árusított újság is forgalomban van (Fedél nélkül, Flaszter stb.), melyekről a fővárosiak közel fele vallott úgy, hogy szokta vásárolni valamelyiket. A többség nem fogadja el az újságot a pénzéért cserébe, vagy van, amikor elfogadja, van, amikor nem. Azok többsége, aki elfogadja az újságot ilyen helyzetben a hajléktalan árusítótól, csak átfutja a lapot, míg harmaduk alaposan átolvassa.

A fővárosi polgárok elsősorban munkát adnának a hajléktalanoknak, illetve különféle intézkedésekkel a munkavállalásukat segítenék elő, és a munkáltatókat is szívesen támogatnák abban az esetben, ha hajléktalanokat foglalkoztatnának. Az utcán élő emberek gyakran nem, vagy nem piacképes végzettséggel rendelkeznek, ezért a budapestiek hasznosnak tartanának a részükre kialakított átképzési programokat is, amellyel szintén elősegíthetik a munkába állásukat. A hajléktalanok lakhatási helyzetének megoldását is fontosnak ítélik a budapestiek: ezt a problémát elsősorban további hajléktalanszállók építésével, több férőhely kialakításával orvosolnák.

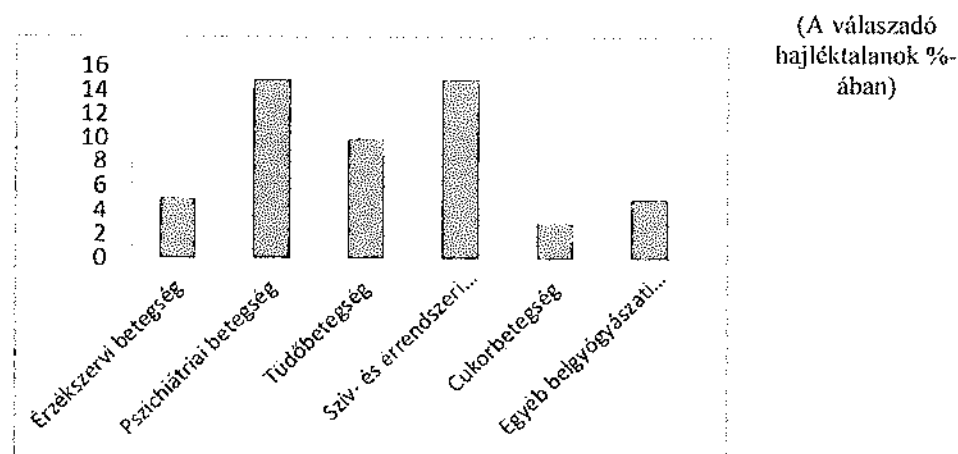
A hajléktalanok rossz higiénés körülményeik és hiányos táplálkozásuk miatt különösen veszélyeztetettek a fertőző betegségek (hepatitis, TBC stb.), valamint fagyások és fekélyes szövődmények tekintetében. A beteg hajléktalan emberek elérése, egészségügyi ellátáshoz való juttatása, betegségekből való lábadozásuk feltételeinek biztosítása – otthon hiányában – az egészségügyi és a szociális ellátó rendszerek feladata. Különösen az utcán élők közül kerülnek ki az egészségügyileg legveszélyeztetettebb csoportok. A hajléktalanság ténye mindenki számára óriási mentális teher, kérdés, hogy hol húzhatók meg a patológikum határai, és milyenek az erősíthető megküzdési stratégiák. A felmérések szerint a hajléktalan emberek közel 60%-a küzd mentális/pszichiátriai problémákkal illetve addiktológiai problémákkal, mint az alkohol vagy szerencsejáték függőség, ennél lényegesen nagyobb a

dohányzók aránya. A mentális betegségek mellett, különösen az utcán élő hajléktalanoknál állnak fenn a higiénés problémák, amelyek következtében az életmódból következő szervi betegségek, illetve fertőző betegségek aránya is jelentős, mértékük pedig súlyosabb, mint az átlag populációban. Amíg az átmeneti szállón élő és kiléptető rendszert igénybe vevő hajléktalan emberek orvosi ellenőrzése viszonylag egyszerűbben megoldható, az éjszakai menedékek igénybe vevőinek orvosi ellenőrzése lényegesen nehezebb, az utcán, és alkalmi lakhatást nyújtó, nem lakás célú ingatlanokban élőké pedig szinte megoldhatatlan. A hajléktalan emberek körében a prevenció és a korai észlelés szinte minden esetben nehézkes, sőt, gyakran a fennálló problémával túl későn kerülnek orvoshoz. A kórházi osztályok nem szívesen fogadják a hajléktalan betegeket, egyes egyszerű (pl. egynapos sebészeti) beavatkozások után pedig, körülményeik miatt, a rehabilitálhatóság esélye igen rossz, míg a visszaesés, komplikációk aránya magas.

A Február 3. Munkacsoport 2018-as kutatása rámutat, hogy a hajléktalanok 43%-a – bevallása szerint – súlyos, krónikus beteg, a hajléktalan nők közül közel minden második valamilyen lelki/pszichiátriai problémával küzd, a hajléktalanok 39%-át egy éven belül kórházban kellett kezelni. Mindezek következtében a hajléktalan helyzetben lévők többsége önmagától nem tudná kifizetni önálló lakhatása költségeit, csak valamilyen segítséggel, támogatással. A jelenlegi hajléktalan-ellátás mellett megfelelő lakhatási támogatásra, helyi mentális és szociális segítő hálózatra, az alkohol-, drogfüggőknek, pszichiátriai betegeknek rehabilitációs szolgáltatásokra, az értelmileg akadályozott, vagy testi fogyatékkal élő embereknek támogató szolgáltatásokra, a krízishelyzetbe kerülteknek kríziskezelő központokra lenne szükségük.

Szükségletfelmérés készült a fővárosi közfoglalkoztatásban dolgozó hajléktalanok körében, amely az egészségi állapot mellett vizsgálta azt is, hogy a hajléktalanok milyen területeken, problémákkal igényelnének segítséget az ellátórendszerrel. A fővárosi közfoglalkoztatásban dolgozó hajléktalanok munkába lépésük előtt munka-alkalmassági vizsgálaton vesznek részt, vagyis közfoglalkoztatásban csak arra egészségileg alkalmas hajléktalan kerül bevonásra.

Ugyanakkor még ebben a körben is igen magas a tartósan valamilyen betegségben szenvedők aránya. A válaszadó hajléktalanok 15 %-a szenved saját bevallása szerint pszichiátriai betegségben, 15 %-uk szív- és érrendszeri betegségben, 10 %-uk tüdőbetegségben. Milyen betegségben szenved tartósan?



Forrás: A megvalósíthatósági tanulmányhoz kapcsolódó előzetes szükségletfelmérés

A közfoglalkoztatásban dolgozó hajléktalanoknak több mint 80%-a átmeneti szállón, vagy bérelt szálláshelyen tölti éjszakáit, vagyis tisztálkodási, higiénés, egészségügyi ellátási, lábadozási lehetőségeik jóval kedvezőbbnek mondhatóak azoknál a hajléktalanoknál, akik éjszakáikat közterületen, vagy éjjeli menedékhelyen töltik. Ugyanakkor még ebben a csoportban is a válaszadók közel 50 %-a nevezte meg problémaként, hogy életében már volt olyan időszak, amikor nehezen fért hozzá ahhoz az egészségügyi vizsgálatához, ellátáshoz, gyógyszerhez, amire szüksége volt. A válaszadók 45 %-a nevesítette problémaként, hogy betegség, műtét utáni lábadozása, a megfelelő otthoni környezet, valamint a gondoskodás, ápolás hiánya miatt nehézkes volt. A válaszadók ugyanekkor arányban jelezték, hogy javítani kellene a hajléktalanok egészségügyi szolgáltatásokhoz, illetve azokkal kapcsolatos információkhoz való hozzáférési esélyét, különös tekintettel az „utcán” élők számára is könnyen elérhető orvosi vizsgálatokra, a betegség, műtét utáni lábadozást biztosító egészségügyi férőhelyekre, valamint a betegségek jeleinek saját maguk általi felismerését segítő könnyen érthető tájékoztató, információs füzetekre.

Az állampolgári jogok biztosa által 2017-ben elvégzett vizsgálat a fővárosi hajléktalanokat ellátó szervezetek megkérdezésével tárta fel a fővárosi hajléktalanokat érintő szolgáltatások hiányterületeit. A szolgáltató fővárosi szervezetek a hajléktalanok számára biztosított egészségügyi szolgáltatások terén alapvetően kapacitásbeli hiányosságokat neveztek meg, melyek a munkaképes, vagy munkavégzésre képessé tehető hajléktalanok esetében különösen a háziorvosi szolgáltatás, az átmeneti lábadozó férőhelyek, a nem sürgősségi, vizsgálatokra, kezelésekre való betegszállítás, a fogászati ellátás, a szenvedélybetegek ellátása, illetve a pszichiátriai betegek ellátása terén jelennek meg.

A fővárosi hajléktalanok körében – egyes becslések szerint – az intézményi nevelésből kikerülők aránya eléri a 25%-ot. Az intézményekből korábban kikerülők egy része a megszűnt munkásszállókról került az utcára. Az „intézetis” minősítés meglehetősen alacsony fokozatot jelent a hajléktalan-társadalom hierarchiájában is. A fővárosi fiatalok között a legtöbb hátránnyal az átmeneti és tartós nevelésből kikerülők indulnak neki az önálló életnek.

A fővárosban a gyermekvédelmi szakellátásban részesülők száma évek óta 3.000 fő körül mozog. Közülük az utógondozásban részt vevő 18 évesnél idősebb fiatalok száma az 500 főt meghaladja. Az utóbbi években a „kitagolási” törekvések következtében a gyermekotthonban, illetve ápolási intézményben nevelkedő kiskorúak száma 10 százalékponttal csökkent, miközben 20 százalékponttal nőtt a családi jellegű, kis létszámú lakóotthonokban, illetve nevelőszülőknél élők száma.

A felmérések tanulsága szerint az intézményi nevelésben élők esetében összegződnek, hatványozódnak a hátrányos helyzetet kialakító tényezők (tanulási problémák, más kulturális kód és szokásrendszer). Ezáltal nagymértékben predesztináltak lesznek arra, hogy felnőtt korukban a társadalom peremére szoruljanak, esély nélkül a felemelkedésre. Általános tapasztalatként elmondható, hogy a gyerekek jelentős hányada nagyobb korban kerül be az intézményhálózatba, sok időt tölt ott, és késői életkorban hagyja el az intézményeket.

Az intézményi nevelésből kikerülők a felnőtt életben többszörös hátránnyal indulnak. Ezen hátrányok egyik része a családi szocializációs minták hiányára vezethető vissza, másik része a kvalifikáció hiányából fakad. Az állami gondozottak között a 15-19 éves korosztályba tartozók 92%-a inaktív. Közülük a nagy többség még tanul (tankötelezettség miatt). A tovább nem tanulók képzetlenül vagy alacsony képzettséggel kerültek ki a munkaerőpiacra. Statisztikák szerint az általános iskolából történő lemorzsolódás az induló létszámokhoz képest 2,4%-os, a gimnáziumokból 8,5%-os, a szakmunkásképzőkből 32%-os. Ehhez hozzá kell tenni, hogy érettségit adó középfokú oktatásba minimális számú fiatal kerül, a kevés továbbtanuló többsége – hagyományosnak mondhatóan – a szakiskolák irányában tanul tovább, azonban közel harmaduk innen is lemorzsolódik. További nehézséget jelent, hogy

maga az elhelyezkedés, illetve a munkahely megtartása olyan készségeket igényel (pl. alkalmazkodóképesség, feszültségtűrés, önmenedzselés stb.), amelyek az állami gondozott fiataloknál legtöbbször hiányoznak vagy gyengék.

Míg a családban élő pályakezdők mind anyagilag, mind a kapcsolati rendszerek tekintetében támaszkodhatnak a szülői háttérre, az intézményben nevelkedő fiatalok nagy részének az intézetből való kikerülés után a lakhatása sem megoldott, melynek hiányában a munkavállalás is szinte lehetetlen. A fiatalok nagy része talajtalanná válik, az intézmény elhagyásakor kapott életkezdési támogatást rövidesen feléli, és a munkaerőpiacon való elhelyezkedésről a kezdeti kudarcok után – támogatás hiányában – gyorsan lemond. A munkakeresést feladja, munkanélküliként nem is regisztráltatja magát. Alkalmi és szezonális munkákból tartósan nem képes biztosítani megélhetését, életvitele kriminalizálódhat, esetleg a fedél nélkül élők számát gyarapítja.

A fővárosi hajléktalanok körében – egyes becslések szerint – az intézményi nevelésből kikerülők aránya eléri a 25-30%-ot. Az intézményekből korábban kikerülők egy része a megszűnt munkásszállókról került az utcára. Az „intézetis” minősítés meglehetősen alacsony fokozatot jelent a hajléktalan-társadalom hierarchiájában is.

Az ellátó intézményrendszer a fiatalok alapvető ellátását biztosítja (lakhatásuk, ételmezésük és ruházódásuk a törvényi szabályozásnak megfelelő). A fiatalok szakellátása bonyolultabb képet mutat. Itt a jogszabályi előírások megvannak, a szakmai szttenderdek szintén, melyeket azonban helyi szinten kell konkretizálni, harmonizálni a helyi személyi és technikai infrastruktúrához. E területen jelentős az elmaradás. Szakma tanulására jelenleg két fővárosi gyermekotthonban van mód, a szakmai képzés az adottságok szerint elsődlegesen terápiás céloknak felel meg.

Intézményesen biztosított pályaaorientációs, tevékenység alacsony hatásfokú. Megfelelő mennyiségű, speciális felkészültségű tanár, illetve tematika, szak módszertani háttér hiányzik az ellátórendszerből. Mindehhez társul még, hogy a fővárosban és környékén – az ország egészét figyelembe véve – van a legtöbb intézményi férőhely, így az intézményekből kikerülők elhelyezkedési esélyeit alapvetően meghatározzák a fővárosi munkaerőpiac elvárásai.

II. A JAVASOLT MINTAPROGRAM RÖVID BEMUTATÁSA

A fenti probléma megoldásaként a BMSZKI és a Budapest Esély szakembereinek összefogásával mintaprogram javaslatot készítettünk, amely lakhatási célú beruházás, foglalkoztathatóság és reintegráció támogatása, illetve foglalkoztatási lehetőség biztosítása fókuszpontokat tartalmaz. A kidolgozott program mintaprogramként szolgálhatna a hajléktalanság visszafordításában, a hajléktalan emberek társadalmi integrációjában. A mintaprogram részben a nemzetközi tapasztalatokra, különösen a fentebb részletezett Housing First típusú programokra alapoz, illetve felhasználja a hazai terepen már kipróbált Lélek program³ és a Sarok-pont⁴, komplex hajléktalan reintegrációs programok szakmai tapasztalatait.

³ Lélek program: modellkísérleti program a Józsefváros Önkormányzata önként vállalt feladatként. Alaptevékenység keretében a Józsefvárosban hajléktalanná vált személyek komplex rehabilitációját célzó Józsefvárosi Lakhatási, Életviteli, Léleki-segítségnyújtási, Egzisztencia-teremtési Közösségi Programot (LÉLEK-Program) 2011 őszén indították útjára.

⁴ Sarok-pont: a Budapest Esély Nonprofit Kft. programja. A program célja a hajléktalan emberek társadalmi beilleszkedésének elősegítése és munkaerő-piaci esélyeinek növelése komplex munkaerő-piaci szolgáltatások (mentorálás, önismeret-, kulcskompetenciák- és személyiségfejlesztés, csoportos terápiák, munkavállalási- és pályaválasztási tanácsadás, álláskeresési technikák) és szakképzések biztosításával, annak érdekében, hogy a program befejeztével a résztvevők képesek

1. A mintaprogram céljai

- Az utcán élő hajléktalan személyek megfelelő ellátáshoz juttatása, felkészítése az intézményi szociális és egészségügyi szolgáltatások igénybe vételére és motiválása az igénybe vételre.
- Az intézményi ellátásban részesülő hajléktalan személyek reintegrációjának támogatása, többlépcsős, egészségügyi, szociális, foglalkoztatási és lakhatási elemeket tartalmazó, komplex tevékenység segítségével.
- A speciális szükségletű (ápolásra szoruló, pszichiátriai- és/vagy szenvedélybeteg, 35 alatti, állami gondozásból kikerült) hajléktalan személyek számára olyan speciális elhelyezés és támogatás biztosítása, ami reintegrációjukat segíti.

2. Célcsoportok

- a) Utcán élő, illetve intézményi ellátást csak krízis-időszakban igénybe vevő hajléktalan személyek,
- b) Hajléktalan ellátásba bevont, főként átmeneti szállón élő, nem munkaképes, jövedelemmel rendelkező hajléktalan személyek,
- c) Hajléktalan ellátásba bevont, főként átmeneti szállón élő, dolgozó vagy munkaképes hajléktalan személyek,
- d) Ápolási szükséglettel rendelkező, és/vagy szenvedélybeteg és/vagy pszichiátriai beteg hajléktalan személyek, bemenetkori elhelyezésüktől (lakhatásuktól) és munkaképességüktől függetlenül,
- e) 35 év alatti hajléktalan fiatalok, volt állami gondozott, hajléktalan fiatalok,
- f) Felépülő szenvedélybeteg hajléktalan emberek, akik rehabilitációs programmal működő átmeneti szállásról léphetnének tovább a munkaerőpiac és a lakhatás felé.

3. A mintaprogram alapvetései

A hazai tapasztalatok alapján a nyugat-európai példákkal ellentétben elmondhatjuk, hogy a hatékony komplex program célja egyszerre kell, hogy legyen a lakhatás biztosítása és a lakhatás fenntartásának megteremtése; ezért a program fókuszpontja, a lakhatás megoldása mellett, a lakhatás tartós fenntartásához szükséges, munkajövedelem megszerzésének segítése.

A hajléktalan emberek jelentős része aktuális egészségi állapotában nem munkaképes, gyakran tartós beteg, megváltozott munkaképességű, illetve pszichiátriai betegséggel vagy szenvedélybetegséggel küzd, ápolási szükséglettel bír, míg mások szocializációjuknál (előrehaladott kiilleszkedés) vagy alacsony végzettségüknél fogva nem tudnak helytállni a munkaerőpiacon. Előbbi célcsoport esetében egészségügyi szűrésre, diagnózisra, kezelésbe vonásra, egészségügyi rehabilitációra, majd, egyes esetekben, a foglalkoztathatóság javítását szolgáló szolgáltatásokra illetve támogatott foglalkoztatásra (pl. fejlesztő foglalkoztatás) lehet szükség. Míg utóbbi csoport esetén az elhelyezkedést, a kompetenciák fejlesztését és foglalkozási szocializációt támogató egyéni fejlesztések és csoportos képzések, az általános iskolai képzés befejezésének ösztönzése, segítése, illetve a nem klasszikus (OKJ-s) típusú,

legyenek az önálló életvezetésre, újra álláskeresővé váljanak, képesek legyenek munkahelyüket hosszú távon megőrizni, önálló lakhatásukat önerőből fenntartani.

rövid, gyakorlatorientált (rész-OKJ vagy egyéb szakmai képzés) szakmai képzések kombinált alkalmazása támogatja a leghatékonyabban.

A program építeni kíván úgy a jelenlegi ellátórendszer, mint a programba bevont személyek erősségeire, ugyanakkor mind a rendszer mind az egyén szintjén cél a kapacitásnövelés.

Az egyén szintjén a kapacitásnövelés első lépcsője azért szükséges, mert a hajléktalan emberek egy része nem alkalmas az intézményi szolgáltatások igénybe vételére, avagy nem kívánja igénybe venni azokat. Az ő esetükben az előgondozás, a megfelelő ösztönző eszközök megtalálása mellett rövidtávon az intézményi ellátásra alkalmassá tevés a cél. Ehhez az utcai szolgálatok megerősítése, az utcai szociális munka és az átmeneti szállók közötti szervezett együttműködés, az előgondozás lehetőségeinek megteremtése szükséges – az előgondozás a jelenlegi ellátórendszerben nem finanszírozott.

A 2018. július 20-án elfogadott, 2018. évi XLIV. törvény a szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről szóló 2012. évi II. törvény módosításáról 6§ (1) bek. szerint: „A Szabs. tv. 133/B. alcím címe helyébe a következő cím lép: „133/B. Életvitelszerű közterületi tartózkodás szabályainak megsértése” (2) A Szabs. tv. 133/B. alcíme a következő 178/B. §-sal egészül ki: „178/B. § (1) Aki életvitelszerűen közterületen tartózkodik, az szabálysértést követ el. (2) Mellőzni kell a szabálysértési eljárás megindítását és helyszíni figyelmeztetést kell alkalmazni, ha a) az elkövető a rendőr felszólítására az elkövetés helyét elhagyja, vagy b) az elkövető a jelenlévő hatóság vagy más szerv vagy szervezet felajánlott segítségét elfogadva együttműködik a hajléktalan személyek részére fenntartott ellátások igénybevétele érdekében.”. A jogszabály gyakorlati alkalmazásának módja jelenleg még nem látható, de a b) pontban jelzett lehetőség potenciálisan megnövelheti az intézmények, különösen egyes speciális intézménytípusok (tartós elhelyezést biztosító otthon, lábadózó stb.) kapacitásai iránti szükségleteket. Ezek kielégítéséhez részben a jelenlegi intézményi kapacitások bővítésére, részben speciális szükségletek kielégítésére alkalmas intézménytípusok létrehozására lehet szükség. Jelen program ezekre a szükségletekre kíván a humánus követelményeinek is megfelelő, eredményes és fenntartható módon reagálni.

A rendszer szintű fejlesztés nulladik lépcsője, hogy az ellátó intézmények biztonságosabbak, higiénikusabbak, kevésbé zsúfoltak, tehát emberhez méltóbbak legyenek. A jelenleginél nagyobb mértékben kell alacsony küszöbű ellátást biztosítani azok számára, akik függőségük, személyi higiéniájuk vagy viselkedésük okán nem alkalmasak az intézményes ellátásban való részvételre, illetve zavarják a felépülést, a reszocializációt megkezdett társaikkal végzett szociális munkát, vagy éppen a munkavállalást. E mellett fontos, hogy az ellátó intézmények speciális helyzetű (pl. fogyatékos, párjával élő stb.) hajléktalan személyeket is tudjanak fogadni. Jelen modell program nem képes az összes ilyen problémát rövid idő alatt megoldani, csupán a speciális szükségletekből, helyzetből fakadó egyes, tipikus problémák kisebb volumenű, lehetséges megoldásának bemutatására vállalkozik.

Rendszer szinten ugyanakkor a meglévő szolgáltatásokra, illetve a gyakorlati munkában a támogató környezetre építünk, az ügyfelekkel való munkában megoldásfókuszú, komplex esetkezelést használunk. Ennek célja a hajléktalan létből való kikerülés, a munkába helyezés és a munka megtartása, komplex beavatkozások segítségével. Az ügyféllel végzett munka a probléma feltárásával, az erőforrások felmérésével és a célok meghatározásával kezdődik, mindvégig hangsúlyos az ügyfél együttműködésre változatos eszközökkel való motiválása. A program kínálja előnyök tartós megszerzésének feltétele, hogy a bevont

személy előrehaladjon a reintegrációban – a belépéskor elkészített, személyre szabott terve alapján.

Jelen program fő koncepciója és a tevékenységek rendszere illeszkedik a Főváros helyi esélyegyenlőségi programjában a hajléktalan célcsoporttal kapcsolatban megfogalmazott koncepcióhoz és az ott javasolt, szektorközi összefogásra épülő, komplex beavatkozási irányokhoz. A hatályos Fővárosi helyi esélyegyenlőségi program felméri a fővárosi hátrányos helyzetű csoportok körét, adottságait, szükségleteit, és a 2017-2022 közötti időszakra határoz meg olyan beavatkozási irányokat, amik a csoportok társadalmi reintegrációját elősegítik. Jelen program a helyi esélyegyenlőségi programban meghatározott legfontosabb szükségletek mentén egészségügyi, szociális, lakhatási és munkaerő-piaci elemeket tartalmaz. Az egészségügyi elemeket a tervek szerint az ellátórendszerben dolgozó partnerszervezetek végzik, míg a további elemeket, fő együttműködő partnerként két, a maga területén nagy tapasztalattal rendelkező, fővárosi szervezet koordinálja. A lakhatási és szociális elemeket a BMSZKI, míg a munkaerő-piaci tevékenységeket a Budapest Esély. A Fővárosi Közgyűlés elvi támogatása esetén jelen program betagozódik majd az esélyegyenlőségi program 2019-2020-ra tervezett cselekvési tervébe, ez esetben a program végrehajtásának első két évre tervezett lépései, illetve a feladatok koordinátorai és (lehetséges) forrásai ott is nevesítésre kerülnek.

4. Beavatkozási lépések

A program a meglévő ellátórendszer szolgáltatásaira alapoz, ahol szükséges, a kapacitásokat növelve. E mellett a szociális ellátórendszer egyes elemeinek együttműködésére, ágazatok közötti (pl. oktatás, egészségügy) együttműködésekre támaszkodva, illetve szükség szerint új intézményeket, szolgáltatásokat kialakítva. A program 5+1 lépcsőben kínál tevékenységeket a programrésztvevők reintegrációja érdekében, a lépések a következők:

1. utcáról intézményi ellátásba,
2. alapellátásból szakosított ellátásba,
3. speciális szükségletű emberek ellátása,
4. átmeneti szállóról munkásszállóra,
5. utca helyett ifjúsági (munkás)szálló,
- +1. szállóról lakásba.

A folyamat első lépcsője az intézménybe való bevonás, míg a 2-5. lépcsőkön a speciális ellátások közül az ügyfél szükségleteinek megfelelő ellátáshoz juttatás, illetve a reintegráció és önállóság egyre magasabb szintjének elérése a program konkrét célja. A +1 lépcső a kivezetés az intézményi ellátásból, a támogatott majd önálló lakhatás és megélhetés felé. Az 1-5. lépcsőkön a program a bevont személy szükséglete szerinti egészségügyi, szociális és szocializációs támogatással operál, megerősítve és létrehozva az ehhez szükséges intézményi együttműködések. A második lépcsőtől kezdve a foglalkoztathatóság fejlesztése és foglalkoztatás támogatása is kiemelt cél, így ezek a lépések munkaerő-piaci kompetenciafejlesztést, az alapképesítés és szakma megszerzését is ösztönzik, segítik. A +1 lépcső a hajléktalanságból kivezetés utolsó lépcsője: a tartósan foglalkoztatottak esetén az állás megtartását és a lakhatás tartós, önerőből való biztosítását célozza, a hajléktalanellátó intézményrendszeren kívül. Az ellátórendszerben ennél a lépésnél, illetve az 1. lépcsőnél (elérés, előgondozás, bevonás) jelenleg csak minimális kapacitások állnak rendelkezésre.

A lépcsők átjárhatóak, azaz minden ügyfél a belépéskori állapotának megfelelő lépcsőfokon kerül be, illetve egyszerre több lépcsőfokot is ugorhat. Tekintve, hogy a program célcsoportja különböző egészségi állapotú, korú, munkaerő-piaci státuszú személyekből áll, a gyakorlatban az várható, hogy minden egyes személy, a fentebb felsorolt tulajdonságai függvényében, potenciálisan legalább két-három különböző lépcsőfokon tud majd belépni. A legtöbb ügyfél minimális egyéni célja az lehet, hogy a belépéshez képest legalább egy lépcsőt lépjen felfelé. Így az utcán élő, ellátásban nem lévő ügyfél esetén az ellátásba kerülés és együttműködés, a nappali ellátásban és/vagy éjjeli menedékhelyen tartózkodó személy esetén a rendszeres foglalkoztatás és átmeneti szállóra kerülés, vagy az önálló lakhatás elérése lehet a cél. Ugyanakkor lehetséges az is, hogy egy-egy ügyfél egynél több szintet lépjen előre a program ideje alatt, ha ezt kompetenciái, egészségi állapota és motiváltsága lehetővé teszi, pl. utcáról lakásba kerüljön, és munkához jusson. Azok számára, akik a programba kerüléskor már a kivezető. +1 lépcsőre is alkalmasak, a program lehetővé teszi, hogy a belépés itt történjen.

A következő táblázat összefoglalóan mutatja, hogy a programban tervezett fejlesztések milyen önkormányzati feladatokhoz kapcsolódnak, illetve milyen területen irányoznak elő fejlesztéseket.

	2011. évi CLXXXIX. tv. (önkormányzati tv.) szerint Fővárosi Önkormányzat kötelező feladata:	Önkormányzati tv. szerint kerületi önkormányzatok kötelező feladata:	A Főváros önként vállalt feladata	Megjegyzések
Egészségügyi alapellátás, az egészséges életmód segítségét célzó szolgáltatások		x		benne: szűrések, kezelés
Szociális ellátások biztosítása	x			benne: szociális támogatás, egyéni mentorálás
Szociális szolgáltatások és ellátások, amelyek keretében települési támogatás állapítható meg		x	x	benne: anyagi és természetbeni támogatások programrésztvevőknek
A hajléktalan ellátás / a területén hajléktalanná vált személyek ellátásának és rehabilitációjának, valamint a hajléktalanná válás megelőzésének biztosítása	x	x		
Elő- és utógondozás hajléktalan személyek esetén	x	x		jelenleg van, kapacitás kevés, növelendő
Hajléktalanok otthona (50 férőhelyes, pszichiátriai	x			jelenleg van, kapacitás kevés, növelendő

beteg hajléktalan személyek számára tartós bentlakást nyújtó intézmény)				
Hajléktalan lábadozó férőhelyek (50 férőhelyes, akadálymentes, speciális igényű, átmeneti ápolást-gondozást igénylő hajléktalan személyek számára)			x	jelenleg van, kapacitás kevés, növelendő
munkásszálló (50+50 férőhely felújítása munkásszállón, ebből 50 férőhely 35 év alattiak számára)			x	jelenleg van, kapacitás kevés, növelendő
Saját tulajdonú lakás- és helyiséggazdálkodás	x	x		
bérlők háza			x	jelenleg van, kapacitás kevés, növelendő
munkaerő-piaci szolgáltatások	x			kivéve: OKJ, egyéb szakmai képzések, alapképzettség megszerzésének támogatása

4.1 Utcáról intézményi ellátásba

Az első beavatkozási lépcső célja, hogy az intézményi ellátásban részt nem vevő személyeket megtalálja, ha szükséges, alacsony küszöbű ellátásba vonással közelítse az intézményi ellátásokhoz. Cél továbbá, hogy a megfelelő előgondozás és más, pl. egészségügyi szolgáltatások segítségével alkalmassá váljanak az intézményi ellátásban való részvételre.

Az alacsonyküszöbű ellátást jelenleg normatív finanszírozás tartja fenn, amelyben a programcélhoz tartozó elérés és előgondozás típusú tevékenységekre csak kevés kapacitás jut. E téren ezért szükséges a kapacitásnövelés, különösen a 3. fejezetben részletezett jogszabály módosítás várható következményei miatt.

4.2 Alapellátásból szakosított ellátásba

A második beavatkozási lépcső célja, hogy az ellátásban már részt vevő emberek foglalkoztathatóságát javítsa, és alkalmassá tegye őket támogatott-⁵ vagy nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatásban való részvételre, és lehetőség szerint biztosítsa számukra az ezekhez a foglalkoztatási formákhoz való hozzájutást. Az alkalmassá tétel az alapkompenciák fejlesztését, az egészségügyi és szociális problémák kezelését, illetve a foglalkoztathatóságot javító, például a munkaszerzést vagy munkaszocializációt célzó képzések segítségével valósul meg. A szint célja, hogy a foglalkoztatásba bevont személyek az alapellátásból elsősorban átmeneti szállásra kerüljenek.

⁵ Támogatott foglalkoztatás alatt értendő: védett, félig védett foglalkoztatás, fejlesztő foglalkoztatás, közfoglalkoztatás, projekt-foglalkoztatás stb.

4.3 Speciális szükségletű emberek ellátása

A harmadik beavatkozási lépcső célja, hogy a speciális szükségletű emberek közül az, akik átmeneti vagy tartós ápolásra, gondozásra szorul, pszichiátriai vagy szenvedélybetegséggel küzd (felépülése folyamatban van), állapotának megfelelő ellátást kapjon. Ezért szükség van egy pszichiátriai és szenvedélybeteg hajléktalan emberek tartós elhelyezését is biztosító, megfigyelő, diagnózist felállító és ellátó intézmény létrehozására, annak érdekében, hogy a jelenleg átmeneti szállón vagy alacsonyküszöbű ellátásban lévő pszichiátriai beteg hajléktalan személyek megfelelő ellátást kapjanak. Ezáltal mindkét ellátási formában olyan helyek szabadulnak fel, amelyeket a munkaerő-piaci reintegrációra egészségileg alkalmas személyekkel lehet feltölteni. E mellett jelentősen csökken az utcán vagy félig utcán élő pszichiátriai- és szenvedélybeteg személyek száma. Az intézmény létrehozása a Nyíró Gyula Kórházzal együttműködésben valósulhat meg, tartós fenntartása OEP és szociális normatíva finanszírozásban képzelhető el. A program keretében 50 férőhelyes otthon létrehozását tervezzük.

A fentihez hasonló okokból, a már létező kapacitások bővítéseként 50 férőhelyes, akadálymentes lábadózó intézmény létrehozását is tervezzük, ami speciális szükségleteket kielégítő elhelyezésére is szolgálna.

4.4 Átmeneti szállóról munkásszállóra

A negyedik beavatkozási lépcső részben azokat érinti, akik átmeneti szállón élnek, fejlesztő-, köz-, vagy egyéb, támogatott foglalkoztatásban, egyszerűsített foglalkoztatásban, vagy éppen az elsődleges munkaerőpiacon dolgoznak, ám az átmeneti szállóról nem sikerült kiléptető rendszerbe vagy albérletbe kerülni. Esetükben az ügyfélút eleji egészségügyi-szociális-foglalkoztatási állapotfelmérés meghatározza azokat a pontokat, ahol szükséges az ügyfelet erősíteni annak érdekében, hogy tartós, lehetőleg piaci munkahelyhez jusson. Ezt követően, a szolgáltatások eredményeképp a folyamat végcélja a munka tartós, egy évnél hosszabb megtartása, a tartalékképzés és munkásszállóra kerülés. A szolgáltatások az induló állapottól függően képzési, személyiség- vagy kompetenciafejlesztési, foglalkoztathatóság javítási, de akár egészséggel összefüggő szolgáltatások is lehetnek (gyakran van szükség pl. a szenvedélybetegségek kezelésére, amely a BMSZKI által működtetett, erre a célra szolgáló rehabilitációs programmal működő átmeneti szálláson, vagy az ágazati partnerek bevonásával, ambulánsan is megvalósulhat). A lépcső beruházási elemeként munkásszállók felújításával olyan jó minőségű szállók kialakítását tervezzük, amelyek a kiléptető rendszer utolsó pontját jelentik azoknak, akik hosszabb ideje dolgoznak. Az elhelyezés lehetővé teszi a támogató mikrokörnyezet megtartását, így pl. párok, barátok vagy családtagok együttes elhelyezésére, illetve kisállat tartására is van lehetőség. E lépcső eredményeként az átmeneti szállókról és a jelenlegi, egyéb munkásszállókról átköltözhetnek azok a személyek, akik tartósan dolgoznak, tehát a reintegrációs út végéhez közelítenek, de némi támogatásra még szükségük van. Helyüket az első lépcső eredményeképp belépők foglalhatják el. A program keretében 25 szoba, összesen 50 férőhely felújítását tervezzük.

4.5 Utca helyett ifjúsági (munkás)szálló

Az ötödik beavatkozási lépcső az előzőhöz hasonló körülmények között (felújított munkásszállós férőhely) biztosít szállást az utcán élő fiatal felnőtteknek (legfeljebb 35 éves korig), különösen azoknak, akik az állami gondozottak utógondozójából kikerültek, vagy oda be sem jutottak. Az ifjúsági (munkás)szálló komplex szolgáltatásai foglalkoztatási fókuszúak,

a szakmával rendelkezőknek a foglalkoztathatóság javítását célzó kompetenciafejlesztést, a szakmával nem rendelkezőknek e mellett munkához kapcsolt oktatás típusú képzési rendszerben szakma vagy részsakma megszerzését teszi lehetővé. E lépcső várható eredményeként csökken (jelenleg 1/3 körüli) a fiatalok száma az új hajléktalanok között. A program keretében 25 szobányi, összesen 50 főnek helyet biztosító férőhely kialakítását tervezzük, jelenleg munkásszállóként funkcionáló épületben. A férőhelyek működtetésének formájáról a programidőszak alatt hozunk döntést.

4.6 Szállóról lakásba

A +1 lépcső azokat célozza, akik már nem szorulnak szociális vagy foglalkoztatás fenntartására irányuló segítségre. A munkásszállók, ifjúsági (munkás)szálló, esetenként átmeneti szállók lakói közül a tartósan önálló életvitelre képes személyek a bérlők házában lakhatnak. A beköltözés után legalább fél évig még szocializációs támogatásban és utógondozó szolgáltatásban részesülnek. A bérlakás díja néhány év alatt, fokozatosan éri el a piac közeli szintet, így hosszabb távon részfinanszírozást teremt a program folytatásához, fenntartásához.

A bérlők háza kialakítására, a már meglévő kapacitások bővítésével, a program keretében a BMSZKI Kőbányai út 22. alatti telephelyén lévő, 180 lakás kialakításával van lehetőség, ami kb. 250 fő részére biztosítana tartós lakhatást. Ezt a programpontot szükséges összehangolni a párhuzamosan, hasonló céllal futó VEKOP „Elsőként Lakhatást!” programmal, amely ugyanabban az épületben 20 lakást érint. A felújítási tevékenység egyben szakma-tanulási/szakma-felújító lehetőség és munkalehetőség is lehet.

5. Beavatkozási területek, tevékenységek

5.1 Egészségügyi szolgáltatások

Kiszervezett szolgáltatás, ált. a kezelőkkel.

- a) elsődleges állapotfelmérés: háziorvos, üzemorvos;
- b) szükség esetén (pl. az orvos jelzésére) pszichiáter állapotfelmérés (pszichiátriai betegeket ellátó intézményekkel);
- c) rendszeres szűrés: tbc, fekély, fertőzés, HPV, HIV, pszichiátriai és szenvedélybetegségek, bőrbetegségek, szemüveg, fogászat (háziorvosok, kórházak bevonásával);
- d) kezelés: addiktológiai és pszichiátriai ellátás, továbbá: egyéni kezelés és tanácsadás, terápiás csoportok, relapszus prevenció, hozzátartozói csoportok – BMSZKI rehabilitációs intézményével, Nyíró Gyula Kórházzal, a szenvedélybetegek közösségi ellátásának kerületben illetékes képviselőivel, illetve NA, AA programokkal kapcsolat felvétel kiegészítő szolgáltatásként; pszichológus, fogászat, szemészet (szemüveg), háziorvosi és üzemorvosi rendszeres ellátás: területileg illetékes szakrendelésekkel.

A felsorolt szolgáltatások koordinálására javasolt egy egészségügyi partnerszervezet bevonása.

5.2 A foglalkoztathatóság javítására irányuló (munkaerő-piaci) szolgáltatások

- a) Egyéni (munkaerő-piaci) mentori szolgáltatás keretében: egyéni pálya- vagy foglalkoztatási terv készítése (a szociális szolgáltatás fejlesztési tervét egészíti ki), személyre

szóló állásfeltárás és elhelyezés (munkáltatói kapcsolattartóval), szociális információnyújtás és tanácsadás, egyéni munkatanácsadás, esetmenedzsment, utánkövetés. A mentor mint esetgazda kapcsolatot tart az ügyfelet érintő szociális, ügyintézési ügyekben más ellátókkal, segíti a koordinációt, ügyintézés (munkaerő-piaci mentor, szociális tanácsadás, egyéni munkatanácsadás), küzd az ügyfelet érintő, munkavégzést gátló tényezőkkel;

a) (Munka)pszichológus nyújtja: egyéni és csoportos pályaválasztási tanácsadás, pályamódosítási tanácsadás, munkával kapcsolatos pszichológiai tanácsadás, motivációs csoportfoglalkozás;

b) Személyiségfejlesztés, életvitel, kulcskompetenciák fejlesztése, benne foglalkoztatáshoz szükséges kompetenciák fejlesztése (kooperáció, csoportban dolgozás, idő és pénzgazdálkodás, döntés és felelősségvállalás, kommunikáció, konfliktuskezelés és problémamegoldás, indulat és stresszkezelés), alapkészségek fejlesztése (írás-olvasás-számolás);

c) Álláskereső tréning és ráépülő Álláskereső klub;

d) Motivációt fejlesztő és fenntartó szolgáltatások;

e) Szakmai munkafolyamatok elsajátítása, rövid vagy rész-OKJ képzés (hiányszakmák köre BFKH FO-kon keresztül meghatározható, átl. 1-3 hónapos, max. fél éves) – munka közbeni, gyakorlatorientált képzési forma, külső képzőkkel;

f) Egyéb szakmai képzés (a program működtetéséhez és a partnerek kiegészítő tevékenységeinek köréhez kapcsolódva, munka közbeni tartós betanításon alapul, gyakorlati munkatapasztalatot, egyúttal munkaviszonyt ad);

g) Támogatott foglalkoztatás (védett, félig védett, fejlesztő foglalkoztatás, program-foglalkoztatás vagy közfoglalkoztatás, programon kívülről finanszírozott (pl. közfoglalkoztatási mintaprogram));

h) Munkáltatók érzékenyítése – képzés és tanácsadás, munkahelyi esélytervek elkészítése, felülvizsgálata, hátrányos helyzetű munkavállalók fókusszal

A felsorolt szolgáltatások koordinálását a tervek szerint, alapvető tevékenységi körénél és tapasztalatainál fogva a Budapest Esély, mint fő partner végzi.

5.3 Szociális szolgáltatások

b) Előgondozás a szállóra vagy lakhatásba kerülést megelőzően (minimum hat hónapon keresztül), az egyéni fejlesztési tervben foglaltaknak megfelelően

c) Gondozás, készségfejlesztés, tanácsadás, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés segítése, esetkezelés, segítség az önálló életvezetésnek visszaállításában, illetve kialakításában, a munkavégzési képességek helyreállításában, a lakhatás megoldásában és megőrzésében, a kulturális integrációban és a szabadidő eltöltésében

d) Utógondozás, utánkövetés (minimum hat hónapon keresztül) a hajléktalanellátásból kikerülő, munkásszálláson, külső férőhelyen vagy önálló lakhatásban élő ügyfelek számára, az önálló életvitel támogatása

Az elő- és utógondozás nyújtása a hajléktalanellátás jelenlegi rendszerében kapacitáshiány miatt nem megoldott.

e) Anyagi támogatások fokozatosan leépülő jelleggel:

- megélhetési támogatás,
- lakhatási támogatás,
- beiskolázási támogatás (iskolást nevelőknek),
- munkába állási támogatás.

f) Természetbeni juttatások:

- utazási támogatás (bérlet),
- étkeztetés biztosítása a csoportos képzések, tréningek alatt,

- gyógyszer-ingyenesítés,
- szemüveg támogatás a jelenleginél nagyobb összegben,
- fogászati ellátás támogatása,
- egyéb egészségügyi szolgáltatások támogatása.

g) Reintegrációt támogató közösségek generálása, működtetése (felépülési közösségek, szomszédsági közösségek, iskolán kívüli szabadidős közösségek, felépülést támogató és élményterápiás csoportok, önszorgító csoportok...) – cél: minél több már működő dolog bevonása, támogatása.

A felsorolt szolgáltatások koordinálását a tervek szerint, alapvető tevékenységi körénél és tapasztalatainál fogva a BMSZKI, mint fő partner végzi.

6. A program egyéb tervezett fő paraméterei

6.1 Futamidő, ütemezés

A program futamideje optimális esetben legalább 36 hónap.

6.2 Költségvetési irányelv

Évi 1 milliárd, összesen 3 milliárd forint, amely a beruházás és szoft elemek között a következő arányban oszlana meg:

költség típus megnevezése	tartalma	javasolt aránya
beruházás	a) 50 férőhelyes, pszichiátriai beteg, nem munkaképes, hajléktalan személyek számára tartós bentlakást nyújtó intézmény létrehozása, meglévő ingatlan felújításával b) 50 férőhelyes, speciális igényű, szakszerű ápolást-gondozást átmenetileg igénylő hajléktalan személyek számára akadálymentes lábadozó intézmény létrehozása, meglévő ingatlan felújításával c) 50 férőhely felújítása munkásszállón d) 50 férőhelyes ifjúsági (munkás)szálló létrehozása, meglévő ingatlan felújításával e) bérlők háza létrehozása 180 db lakás felújításával	50-60%
szoft elemek	a) egészségügyi szűrések, kezelés b) OKJ rövid- és részképzések, egyéb szakmai képzések c) munkaerő-piaci szolgáltatások,	40-50%

	foglalkoztathatóságot javító kompetencia fejlesztés és (re)szocializáció (egyéni és csoportos formában) d) szociális támogatás, egyéni mentorálás e) anyagi és természetbeni támogatások programrésztvevőknek f) támogató közösség építése, integráció megtartásához g) szakemberek, irodafenntartás és menedzsment költségei	
--	--	--

6.3 Indikátorok, eredmények

1. c) hajléktalanok ápolási otthonába költöző pszichiátriai beteg	50 fő
1. c) akadálymentes lábadozó férőhelyre költöző	50 fő
2. a) munkásszállóra/külső férőhelyre költöző	50 fő
2. b) ifjúsági (munkás)szállóra költöző	50 fő
3. a) bérlők házába költöző	250 fő
Összesen	450 fő
1. a) utcáról ellátásba vont	összesen maximum 450 fő
1. b) átmeneti szállóra költöző	