
Oross Jolán

„A szabadság rád fagy”¹

Hajléktalan emberek egészsége, hajléktalan emberek halála

A hajléktalanság tabu megszűnése

A szegénységi tabu hamarabb oldódott, a munkanélküliség 1987 második felében vált hivatalosan elfogadott kifejezéssé, a hajléktalanság tabuja viszont csak 1989-ben tört meg. A ma hajléktalannak nevezett emberek ugyanakkor folyamatosan jelen voltak az elmúlt évtizedek Magyarországon, de az érvényben lévő jogszabályok elfedték a problémát. A 80-as évek végén például a rendőri felügyelet vagy a közveszélyes munkakerülés jogi kategóriáinak eltörlésével váltak hirtelen láthatóakká.

Szélesebb olvasóközönség a hajléktalanságnak megfelelő állapotokról elsősorban a fiatalság szubkultúráit bemutató írásokban,² valamint a 70-es évek végétől megjelenő társadalomkutatói beszámolók révén találkozhatott. Ez utóbbiak a kifejezetten hátrányos helyzetet, a szegénységet, a depriváció jelenségét és az ezeket létrehozó, fenntartó, átörökítő mechanizmusokat írták le.³ A rendszerváltás idején viszonylag rendszeres sajtónyilvánosságot kapott egy deklaráltan érdekvédelmi lobbicsoport, a Hajléktalanokért Társadalmi Bizottság, amely a „rejtőzködő” hajléktalanságra hívta fel a figyelmet. A különböző újságoknak eljuttatott periodikák nyomán számos cikk jelent meg a hajléktalanság témakörében 1988–1989-ben.

A rendszerváltás időszakának sajátos szociálpolitikai gondjaként – de nem a rendszerváltás következményeként – jelent meg ismét hazánkban a hajléktalanság. Pontosabban a hajléktalanság tudata. A tudatosulás kikényszerítői azok a tömegdemonstrációk voltak, amelyek a budapesti és nagyobb vidéki városok pályaudvarain, nagy terein folytak 1989 telén. A jelenség ezek által került be a közérdeklődés körébe: az emberek nap mint nap szembesülhettek vele a televízió képernyője előtt, a napilapokban és az utcán.

Amint nyilvánosságot kapott e téma, különösebb vizsgálódások nélkül az is nyilvánvalóvá vált, hogy a hajléktalan emberek többsége komoly egészségi gondokkal küszködik. Sokuk teste élőködőkkel és egyúttal gennyes fekélyekkel van tele. Fertőző és nem fertőző bőrbetegségekkel, súlyos légúti bántalmakkal kínlódnak. „Könnyen felismerhető a »valódi« hajléktalan elhanyagolt külsejéről, borotvátlan, szakállas arcáról, a kezében lévő, minden ingóságát, »vagyonát« rejtő reklámszatyorról, a rendszertelenül táplálkozó

vagy éppen éhezõ ember ugyancsak jellegzetes »gyümölcszagú« lehelletérõl, amit többnyire a pálinka, a bor vagy a sör szaga is »komplettizál«. A tapasztalt orvos küllemükbõl, arcminikájukból, mozgásukból, korai fogatlanságukból, tekintetükbõl minden vizsgálat és laboratóriumi ellenõrzés nélkül is látja, hogy betegek, nagyon betegek, fiatalon is öregek.”⁵ Bár a probléma társadalmi, szociális eredetû, a velük való foglalkozás elsõsorban egészségügyi, orvosi intervenciót sürget.

Szociálpolitika vagy egészségügy?

Ellátási huzavonák

A hajléktalanság tömeges megjelenése nemcsak a szociálpolitikát, hanem az egészségügyi hálózatot is felkészületlenül érte. Arra a közegészségügyi kihívásra, melyet a hajléktalanság jelent, a mai napig nem készült összehangolt koncepció. Éveken át tapasztalták mind az egészségügy, mind a szociális ellátás intézményei – fõképpen télen –, hogy kereteiket szétfeszíti az a tömeg, amely valójában nem a tényleges szolgáltatásaikat igényli. Az egészségügyi intézmények (fõleg alkoholológiai, pszichiátriai osztályok) a szociális indokkal helyet foglalókat, a hajléktalanellátás intézményei vagy az utcai szociális munkások a súlyos egészségi gondokkal küzdõ hajléktalan embereket nem tudták a nekik megfelelõ ellátásokhoz juttatni. A szociális és az egészségügyi ellátás összehangolatlansága, illetve az erre szolgáló „köztes” intézmények hiánya⁶ tehetetlenséghez és egymásra mutogatáshoz vezetett. A gond ide-oda tologatása közben természetesen mindig a szociálisan és egészségében egyaránt rászorult ember, adott esetben a hajléktalan ember volt az, aki vesztett.

Alap- és szakellátási hiányterületek

A hajléktalan emberek *közegészségügyi ellátása* jelenleg sincs arányban azzal a veszéllyel, melyet ellátatlanságuk a járványok potenciális létrehozásában jelenthet.⁷ Hiányzik *sürgõsségi ellátásuk, és rendszeres egészségügyi szûrésük* sem biztosított.

A *családorvosi rendszerbõl* gyakorlatilag kizáródtak, mivel igazolható lakhely hiányában a területi ellátási kötelezettség nem, vagy csak nehezen érvényesíthetõ. A hajléktalanellátás intézményei gondoskodnak ugyan az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére jogosító igazolvány beszerzésérõl, de gondoskodásukkal többnyire csak az intézményekben élõk körét érik el. A szociális szervezetek többségében intézményesen, menhelyeken belüli, néhány esetben pedig önállóan mûködõ orvosi rendelõket tartanak fenn, részalású orvosokat foglalkoztatnak a szociális ellátásra biztosított keretbõl.⁸

A hajléktalan emberek *szakorvosi ellátása* esetleges. Sok területi szakrendelõ csak az illetékességi területén található menhelyre bejelentett s ezt igazolni tudó hajléktalan embert fogadja.⁹

Gyógyszerellátásuk szintén megoldatlan. A menhelyek saját költségvetésükből fedezik a minimálisan szükséges sürgősségi gyógyszereket, ugyanakkor a hajléktalan emberek folyamatosan szedett gyógyszereihez nem tudnak pénzbeli támogatást nyújtani. A kerületi önkormányzatok ellenérdekeltek a közgyógyellátás biztosításában.

A kórházi ellátás ellentmondásai

A hajléktalan emberek *fekvőbeteg-intézményi ellátása*¹⁰ rengeteg kívánnivalót hagy maga után. Mind a szociális intézmények, mind az egészségügy oldaláról rengeteg példa, érv és ellenérv hangzik el.

Kétféle megközelítést emelek ki:

AZ EGÉSZSÉGÜGY SZEMSZÖGÉBŐL:

– Tarthatatlan az az állapot, hogy a megfelelő szociális helyek hiánya miatt drága¹¹ kórházi ágyakon, gyógyult embereket, illetve pusztán az élelemért, a szociális problémái megoldatlansága miatt oda fordulókat tartsanak a kórházak¹². A bekerülő hajléktalan emberek betegsége közvetlenül kevésbé kezelhető, hiszen ezen felül élőködők lepik el testüket, ruháik tetvesek. Egyébként is lényegesen rosszabb biológiai állapotban kerülnek kórházba, mint az átlagnépesség, alultápláltak, vésszesen elhanyagolt betegségeket hordoznak, emiatt igen hosszú a bentfekvés ideje, és jelentősen több odafigyelést igényelnek a személyzet részéről.¹³ A kórház feladatai között a fizikai feljavítás áll az első helyen. Pszichés feladatait csak töredékesen tudja ellátni, mivel a hajléktalan ember – egyéb szociális gondjai miatt – nem motivált az ebben való együttműködésre. A szociális háttérrel viszont a kórház többnyire nem tudja megváltoztatni. A hajléktalan emberek érdekében folytatott ügyintézés – és ennek ára – sokszorosa a többi betegének, ugyanakkor kevés a kórházi szociális gondozó. A hajléktalan emberek közül némelyek antiszociális magatartásúak – arrogánsak, lopnak, búvóhelynek használják a kórházat stb. –, és ezzel megnehezítik a gyógyító munkát, megbontják az osztály, a többi beteg nyugalalmát.

Akár rövid, akár hosszú, akár nyugalmas, akár viharos volt a bentfekvés ideje, elbocsátás előtt az orvos dilemmái mindig ugyanazok: vajon az elbocsátásra váró hajléktalan ember ki tudja-e fizetni valamiből a gyógyszert, elküldhető-e bárhová is ellenőrzésre; egyáltalán hová küldhető az utcán kívül?

A HAJLÉKTALANELLÁTÁS SZEMSZÖGÉBŐL:

– A kórházak önmagukat ellátni képtelen állapotban bocsátanak ki hajléktalan embereket az utcára, ápolási feladatokra nem berendezkedett menhelyekre¹⁴, és ehhez a kórházi szociális gondozók asszisztálnak. Az egész egészségügyi struktúra képtelen elszakadni attól, hogy ne otthoni, egészségi rehabilitációra alkalmas háttérrel feltételezzen. A fekvőbeteg intézmények és a szakrendelők is elhárítják a hajléktalan emberek felvételét. Teszik ezt sokszor

a hajléktalanok elhanyagolt állapota miatt. Komoly vizsgálatok nélkül, gyakran egy nap alatt kibocsátják őket, feltételezve, de nem bizonyítva, hogy elsősorban szociálisan, s nem egészségileg rászorultak. Így nagyszámú, valószínűleg nem meggyógyított hajléktalan beteg fordul meg az osztályokon, illetve kerül vissza rövid időn belül. Előfordul, hogy fertőző állapotban kerül ki kórházi osztályról utcára beteg ember (vagy mert megszökött, vagy mert viselkedése miatt kiírták). Ilyenkor általában a szállók sem fogadják be, féltve saját fertőzésmentes környezetüket. Fertőző betegként találkozhatunk vele az utcán, a metróban. A kórház nem keresi őt, számára igénybe vehető speciális egészségügyi intézmény nem létezik.

A hajléktalan emberek maguk is félnek a kórházi ellátástól. Szociális és emberi környezetük hiánya miatt az otthoni háttérrel feltételező egészségügyi struktúrában nagyobb kiszolgáltatottságot élnek át, mint az utcán. A kiszolgáltatottság, a bezártság, esetleg az egészségügyi személyzet részéről tapasztalt kategorizálás és hártás okozta feszültség könnyen vezethet viselkedési zavarokhoz, agresszivitáshoz vagy menekülési reakciókhoz.

Sokszor a beteg már valóban nem igényelne kórházi ellátást, de a menhelyen vagy az utcán való ápolása, egészségügyi rehabilitációja, gyógyszerzése megoldhatatlan. Az utógondozásnak, a rehabilitációnak hiányzik mind az intézményi, mind a személyi háttér.¹⁵

Összegzés

A szociális munkának, a szociális rehabilitációnak feltétele, hogy a kliens egészséges, gyógyult állapotban legyen. Az egészségügyi ellátás feltétele, hogy a beteg kezelhető állapotban legyen. Vagyis az egészségügyi és a szociális ellátás szorosan egymásra utalt, hiszen mindkettő ugyanazon ember halmozott gondjait próbálja orvosolni a maga eszközeivel.

Az elmondottakból is érződik, hogy az összehangolatlan egészségügyi és szociális ellátás milyen súlyos szakmai gondokat és ellentmondásokat szül mind a két ágazatban.

A fekvőbeteg intézményi gondok felvetik azt az igényt, hogy a beteg kezelhető, tiszta, fertőzésmentes állapotban kerüljön kórházba. Ebben az Állami Népegészségügyi Tisztiorvosi Szolgálatnak vannak feladatai. Élesen kiütöközik olyan köztes intézményeknek a hiánya, ahová kórházi kezelést nem igénylő, ám ápolásra, orvosi ellenőrzésre szoruló hajléktalan emberek irányíthatók. Kérdés, hogy ezek a köztes intézmények a hajléktalanellátás intézményeiként funkcionálnak-e vagy inkább egészségügyi utógondozó házakként? A kórházak esetében – ahol jelzéseik szerint a hajléktalan betegek „viselkedése”, szociális ellátatlansága komoly konfliktusok forrása is lehet, és a gyógyító munka akadályát ebben látja a személyzet – felvetődik annak igénye, hogy a szomatikus ápolás mellett megjelenjen a kifejezetten szociális és mentálhigiénés munka is. Ugyanakkor elvárható, hogy a szociális munkások is rendelkezzenek minimális egészségügyi, elsősegélynyújtási, betegségfelismerési tudással. (Ezen a ponton már mind az egészségügyi dolgozó-

kat, mind a szociális munkásokat képző intézmények felelőssége is megjelenik.)

Egyértelmű az is, hogy a társadalombiztosítás szempontjából tovább már nem halogatható feladat a hajléktalan emberek ellátására felállított orvosi rendelők költségeinek finanszírozása, az ellátás során felmerülő gyógyszerköltségek támogatása, valamint a járó- és fekvőbeteg szakellátás igénybevételi lehetőségének megteremtése. Ennek esélyét előrevetíti a hajléktalanok helyzetének megoldásával kapcsolatos egyes feladatokról szóló 1105/1994. (XI. 10.) Korm. határozat.¹⁶ A kormány határozata alapján a költségvetés 80 millió forintot különített el a hajléktalan emberek egészségügyi ellátását biztosító rendelők kialakítására, felszerelésére, és ezen orvosi rendelők egészségbiztosítási finanszírozása érdekében felülvizsgálhatja az érintett szabályozást.

A hajléktalan emberek orvosi rendelői és krízisintézményei az elmúlt két év ellátási rendszerében – a *szegényorvoslás* első színtereiként – jelentek meg. Az említett kormányrendelet legalizálja törekvéseiket, így számuk máris érzékelhetően növekedésnek indult, és várhatóan növekedni fog az elkövetkező években is.

Újra és újra előkerül a hajléktalan-kórház gondolata is.¹⁷

Az otthontalanok egészségügyi ellátásának megszervezése halaszthatatlan, ám komolyan megfontolandó dilemmaként merül fel: vajon növeli-e a hajléktalanságból való kijutás esélyeit? Jót tesz-e a társadalmi szolidaritás szempontjából? Nem lesz-e rosszabb az adott réteg ellátása, ha sorra hozzuk létre az *ellátási zártrendszereket*? Például, ha a hajléktalanellátáson belül megteremtjük a mini hajléktalan-foglalkoztatáspolitikát, a mini hajléktalan-lakásügyet, vagy éppen a mini hajléktalan-egészségügyi ellátást?

A hajléktalan léttel járó megbetegedések

A magyarországi hajléktalan emberek egészségi állapotára vonatkozó csekély számú tanulmány is többnyire csak kéziratban olvasható. Kevés az olyan orvos, orvoscsoport, aki/amely szakmai tudását a hajléktalan emberek egészségügyi problémáira koncentrálja, akár kutatási céllal.

Hazai kismintás vizsgálatok

BUDAÖRS, 1991

1991-ben Budaörsön, az akkor legnagyobb hajléktalanszálláson 160 lakó körében folytatott vizsgálatom¹⁸ ide illő tapasztalata az volt, hogy a panaszt okozó krónikus betegségek aránya a szállás lakói között kétszerese, míg a testi fogyatékoságok aránya (közel 20%) négyszerese az országos átlagnak. A fogyatékkal bírók 59%-a mozgásszervi károsodott, 32%-a látáscsökkenést, 9%-a hallássérült volt.

A lakóknak mintegy negyede kísérelt meg öngyilkosságot élete valamelyik szakaszában, a fele egyszere, a másik fele többször is (legtöbben az egye-

dül élő, elvált 30–45 éves férfiak közül). Az öngyilkosságot megkísérlők háromnegyede gyermekkorában állami gondozott volt.

A legtöbben (44%) gyógyszerrel, 26%-uk pengével, 11%-uk akasztással, 7%-uk méreggel próbálkozott, volt, aki valamilyen jármű elé ugrott, vagy áramütéstől próbált meghalni.

Menhelyre kerülésükkor a megkérdezettek 64%-áról derült ki, hogy évek óta nem volt tüdőszűrésen. A tüdőmegbetegedések és az idegrendszeri megbetegedések aránya egyaránt 12% volt. Ezt követték a szív-, a keringési, az érrendszeri rendellenességek 8%-kal, az emésztőrendszeri megbetegedések 3%-kal.

A lakók 21%-a járt már elvonókúrán. Egyszer 10%, többször 11%-uk. 4%-uknál drogosztályi, a többieknél alkoholelvonásról volt szó. Az alkohol-elvonót megjártak 15%-a volt állami gondozott, 10%-uk jelzett többféle családi problémát, például valamelyik szülő öngyilkosságát és többnyire az apa alkoholizmusát; 15%-uk kísérelt meg maga is öngyilkosságot. A lakók 80%-a rendszeresen fogyasztott alkoholt. Az alkoholizmus súlyosabb formái a lakók 40–45%-át sújtották.

A vizsgált – átlagosan 200 fős – szállás viszonylagos védettséget és orvosi ellenőrzést is élvező lakóinak egy időben átlagosan 10–15%-a állt fekvőbeteg-intézményi kezelés alatt; jellemzően pszichiátriai, belgyógyászati, alkoholológiai, tüdőgyógyászati problémák miatt. Nagy számban szorultak kórházi kezelésre külszíni sérülések, törések miatt. Ezek egy része balesetből, más része ittas állapotból eredt. A magas arány abból is adódik, hogy az elhanyagolt, krónikussá vált betegségek következtében a kórházi kezelés lényegesen hosszabb időt vett igénybe, mint egyébként. Ami a szakrendeléseket illeti, a szállás orvosa a tüdőszűrésen kívül (amelyen minden lakónak részt kellett vennie) leggyakrabban ideggondozóba, laborvizsgálatokra, szemészetre, reumatológiára, bőrgyógyászatra, sebészetre volt kénytelen utalni a betegeket.

POMÁZ-BUDAÖRS ÖSSZEHASONLÍTÓ VIZSGÁLAT, 1992

Kétszáz hajléktalan ember üzemorvosi szintű, összehasonlító vizsgálatát végezte el 1992-ben *dr. Szuhay Zsolt*, a Pomázi Munkaterápiás Intézet II. osztályán, valamint az akkor még működő budaörsi szálláson. Tanulmányának összehasonlító része rámutat, hogy a hajléktalan réteg is, úgymond, „kitermel” magából egy többszörösen veszélyeztetett hajléktalan réteget, ahol például már nagyobb az öngyilkossági kísérletek és a kísérő pszichiátriai betegségek aránya. Míg a menhelyen lévő 117 emberből egynek, addig a kórházban vizsgált 83 betegből már 11-nek szerepelt az anamnézisében öngyilkossági kísérlet. A vizsgált 200 hajléktalan ember 86%-a számolt be rendszeres alkoholfogyasztásról, 86%-uk dohányzott, és 6%-uk használt másfajta szereket is. 39%-uk említett korábbi traumás eseményeket, 15%-uknak voltak emésztőszervi panaszai, 12%-ukat kezelték tbc miatt. 6%-uk kísérelt meg öngyilkosságot élete valamelyik szakaszában. 5%-uk szenvedett epilepsziás rohamoktól, 4%-uknak volt pszichiátriai előtörténete. 3%-uknál szív- és érrendszeri panaszokat, fél százalékuknál cukorbetegséget találtak az anamné-

zisben. Belgyógyászati státusukban a szív- és érrendszeri megbetegedések aránya 10%-os, 18%-uk tüdeje emfizémás volt, közel egynegyedük szenvedett bronchitistól. 84%-uknak volt a mája nagyobb a normálisnál.

Az emésztőrendszeri megbetegedéseknél nem hagyható figyelmen kívül, hogy kétszáz hajléktalan ember közül csak 9-nek ép a fogazata, 72-nek javított, kettőnek van protézise, a többieké (92 fő) hiányos, illetve (72 fő) elhanyagolt.

SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK VIZSGÁLATA, 1993

A hajléktalan emberek körében az országos átlagnál is jóval magasabb arányban találkozunk problémás ivókkal. *Kassai Melindának* egy 1993-as vizsgálata¹⁹ szerint a hajléktalan emberek több mint 65%-ának életében voltak hosszabb ideig tartó, sokszor súlyos (egzisztenciális, családi, egészségi) következményekkel járó kóros ivások. A hajléktalan alkoholbetegek csaknem egyharmada részesült valaha egy vagy több alkalommal elvonókúrában. E kezelések nagyobb része a hajléktalanság időszakára esett. Ambuláns kezelésről vagy önerejű leszokásról csak néhány esetben beszélhetünk. Az alkoholelvonó intézetek igénybevételét kevésbé az alkohol elhagyásának vágya, mint inkább külső tényezők motiválták. Leggyakrabban a szállás és a megélhetéshez szükséges pénz hiánya. Sokszor az, hogy a már megszerzett szálláshelyet csak az absztinencia ígéretével lehetett megtartani.

A hajléktalan emberek körében a kábítószer kevésbé használják, mint az alkoholt. A számbavehető drogok viszonylag keskeny skálán helyezkednek el. Jellemző a legolcsóbb drogok használata – szippantható vegyi anyagok, nyugtatók, altatók, gyakran alkohollal kombinálva. A szipuzás leginkább a tizen-huszonevűek között gyakori. A szipuzó hajléktalan fiatalok sajátos szubkultúrát alkotnak. Társadalmi kívülállásuk személyes múltjukban gyökerezik, hiszen szinte mindegyikük állami gondozásban nőtt fel. A harmincon felüli korosztály inkább gyógyszert fogyaszt, szájon keresztül vagy vénásan. Mindkét csoportnál a rituálék nélküli, magányos drogfogyasztás a jellemző.

A budapesti hajléktalanok egészségi állapotára vonatkozó kutatás, 1994

1994 tavaszán folyt az első magyarországi kontrollmintás, hajléktalan emberek egészségi állapotát vizsgáló kutatás²⁰ *Dr. Molnár D. László* vezetésével.

Az alábbiakban a kutatás tapasztalataiból²¹ válogatok:

A kontrollcsoporthoz viszonyítva a hajléktalan emberek között 19-szeres volt az alkoholelvonás, 6-7-szeres az öngyilkossági kísérletek, négyszeres a depresszió aránya. Kétszer annyi hajléktalan ember panaszkodott álmatlanságról és állandó idegességről, mint a kontrollcsoportban megkérdezett budapestiek között. A hajléktalanok között 9%, a kontrollcsoportban 6% a szívinfarktus aránya. A TBC gyakorisága a hajléktalanok között nagyjából tízszer, a köhögéssel járó panaszoké kétszer, fulladásos panaszoké háromszor nagyobb, mint a fővárosi kontroll-(férfi)lakosság körében. Míg a fővárosi lakosság 42%-a, addig a hajléktalan emberek 90%-a dohányzik. Nyolcszor

annyi fejsérülés, ötször annyi végtagtörés fordul elő a körükben. Kétszer annyi hajléktalan ember lát, illetve hall rosszul, mint nem hajléktalan, és ötször annyian küzdenek beszédzavarral. Míg a nem hajléktalanok 0,5%-át, addig a hajléktalanok 7,4%-át zaklatják élőködők. Ha a hajléktalanok magasságát és testsúlyát összehasonlítjuk a kontrollcsoportba tartozókéval, kiderül, hogy a hajléktalanok alacsonyabb és kisebb súlyú emberek, mint a nem hajléktalanok.

Saját egészségi állapotukat mindezek ellenére a hajléktalan emberek alig minősítik rosszabbnak, mint a kontrollcsoport tagjai.

A hajléktalan emberek egészségi állapotát, illetve a hajléktalan állapot életveszélyes voltát tükrözi az is, hogy a fővárosban kísérleti jelleggel 1994 decembere óta működő „*Hajléktalan mentő*”²² két hónap alatt 483 feladatot látott el, ami szolgálatonként megközelítően 8 esetet jelent – vagyis megfelel egy OMSZ rohamkocsi teljesítményének. A 483 eset 41%-a utcán, köztéren feltalált hajléktalan beteg volt, akihez utcai munkások, járőkelők, rendőrök, a MÁV vagy a BKV hívták a mentőt, vagy a mentő maga talált rájuk. Volt, akit kihűléses állapotban, volt, akit teljesen legyengülten, másokat elfertőzött lábsebekkel szállítottak kórházba. Az esetek 24%-ában hajléktalanellátással foglalkozó szervezetek kérték a mentő segítségét.

Mind a kismintás vizsgálatokból, mind a kutatásból egyértelműen kiviláglik, hogy a hajléktalan emberek súlyos egészségi állapotban vannak. Nem elhanyagolható tény az sem, hogy mindent, amit a hajléktalan emberek egészségi állapotáról tudunk, a menhelyeken, nappali melegedőkben és egészségügyi intézményekben megfordulókról tudjuk. Ugyanakkor ilyen intézményi segítséghez csak töredékük jut hozzá. A többiek számára maradnak a pályaudvarok, aluljárók, barlangok, mindenféle takolmányok, kalyibák. Velük utcai szociális munkás még csak-csak, de egészségügyi szakember alig találkozik. Ők már csak akkor kerülnek orvos kezébe (ha egyáltalán kerülnek), amikor valóban katasztrofális helyzetbe jutottak.

Külföldi kutatások tapasztalataiból

A hajléktalanok egészségi állapotára vonatkozó külföldi kutatások tapasztalatai szerint is kiemelkedik a megbetegedések között az alkoholizmus, a különböző traumák, a légzésszervi megbetegedés, a tuberkulózis, a rüh és tetvesség, a perifériás érbetegség, a cukorbetegség. Feltűnő a magas vérnyomás gyakorisága, az ezzel összefüggő megbetegedések nagy száma és az ennek kapcsán bekövetkező halálozás.²³

Például a National Ambulatory Medical Care Survey (NACMS) adatai szerint a hajléktalan populációban hatszor több légúti megbetegedés fordul elő, mint az átlag lakosság között. A New York-i gyermekegészségügyi projekt 1987-ben kimutatta, hogy a hajléktalan gyermekek között kétszer annyi a légúti megbetegedés, mint a nem hajléktalan gyermekpopulációban.²⁴

Svédországban a hajléktalan férfiak között a légzőszervek megbetegedése hétszerese a nem hajléktalanokénak.

Egy Baltimore-ban elvégzett vizsgálat²⁵ szerint 298 férfi és 230 női haj-

léktalan között mindkét nemben 40% a légúti megbetegedések aránya. A férfiak több mint felénél, a nőknek csaknem a felénél fordult elő szív- és keringési betegség, a nők kétharmadánál nőgyógyászati megbetegedést, mindkét nemnél 60%-ban bőrbetegséget, harmaduknál idegrendszeri elváltozásokat észleltek. A férfiaknál 38%-ban, a nőknél 45%-ban fordult elő mozgásszervi megbetegedés, a férfiaknál 81%-ban, a nőknél 35%-ban vérszegénység. A férfiaknál 8%-ban, a nőknél 11%-ban diagnosztizáltak nemi betegséget. A férfiaknál szinte mindenkinél, a nőknél 80%-ban találtak valamilyen mentális rendellenességet, melynek csaknem a fele skizofrén jellegű volt, de a súlyos depresszió is gyakran bizonyult. Egyetlen nőnél sem észleltek demenciát, és a férfiaknál is csak 3%-ban. Súlyos elmebetegség férfiaknál és nőknél egyaránt körülbelül minden ötödik esetben fordult elő. A férfiak több mint kétharmada, a nők egyharmada alkoholbeteg, a férfiak közül 22%, a nők közül 17% kábítószerfogyasztó.

A speciálisan a hajléktalanságra jellemző egészségügyi problémákat egy angliai kutatás²⁶ az alábbiakban foglalja össze:

- légzőszervi megbetegedések (bronchitis, tüdőgyulladás, TBC),
- izom- és csontrendszeri problémák (pl. ízületi gyulladás),
- trauma (balesetben vagy másképpen szerzett, külső sérülések),
- gyomor- és bélbetegségek,
- epilepszia és cukorbetegség,
- mentális zavarok,
- az önpusztítás különböző fajtái (öngyilkosság, ivás, kábítószerélvezet).

A hajléktalanság szakirodalmát áttekintő tanulmányában Komáromi Éva szintén több – elsősorban a devianciákhoz kötődő – egészségügyi témájú felmérés adatait is közli. Kiemeli a hajléktalanság pszichológiai traumájának összetevőit, a mentális zavarokat, az öngyilkosságot, az alkohol- és drogabúzust, a szexuális elhajlásokat.²⁷

Összegzés

Mint láttuk, mind a magyar, mind a külföldi kutatások leírják azokat a jellemző – életmód-specifikus – megbetegedéseket, amelyekkel a hajléktalan emberek küzdenek: légzőszervi, szív, érrendszeri, emésztőszervi megbetegedések, bőrbetegségek, mentális zavarok és különböző baleseti sérülések. A dohányzás, az ivás, a hiányos táplálkozás a hajléktalan életforma gyakori velejárója. A szabadban élőket jobban veszélyeztetik a balesetek, a bántalmazások²⁸ (gyilkosságok) gyakorisága is nagyobb. A hosszú ideig tartó hajléktalanság legyengíti a szervezet immunrendszerét. Az a személyes és környezeti stressz, amelynek a hajléktalan ember nap mint nap ki van téve, mind testi, mind lelki tünetekben megmutatkozik. Mindez mentális zavarokhoz, depresszióhoz, szorongáshoz vagy végső esetben öngyilkossági kísérlethez vezethet. Az ellátást nehezíti, hogy ez az életforma nem szerveződik időpontok és dátumok köré, ami a rendszeres gyógykezelést lehetővé tenné. Ugyanakkor, mint láttuk, az egészségügyi és szociális ellátás összehangolat-

lansága sem kedvez annak, hogy a hajléktalan emberek megfelelő egészségügyi szolgáltatásokhoz jussanak.

Hajléktalan emberek halálának okai

Külföldi vizsgálatok tapasztalatai

Az idézett angliai kutatás a hajléktalan emberek körében történt haláleseteket is elemzi:

86 hajléktalan ember halálának okai a halottkém-nyilvántartás alapján:

1. táblázat

Halálokok	Átlagéletkor	%	Arányszám ²⁹
baleset	51 év	18,6	7,7
halálos testi sértés	38 év	7	156,3
tüdőgyulladás, kihűlés	54 év	12,8	2,9
egyéb természetes okok	66 év	17,4	-
ismeretlen ok	43 év	3,5	-
kábítószer-túladagolás	34 év	12,8	30,2
alkoholmérgezés	45 év	4,7	16,9
öngyilkosság	37 év	23,3	33,6

A hajléktalan emberek körében 2,8-szer gyakrabban fordul elő haláleset, mint az átlaglakosság körében. Több mint 150-szer nagyobb a valószínűsége, hogy halált okozó bántalmazást szenvednek el, 34-szer nagyobb a lehetősége, hogy öngyilkosságot kísérelnek meg, 8-szor nagyobb esélyük van arra, hogy halálos balesetet szenvedjenek, háromszor nagyobb a valószínűsége annak, hogy tüdőgyulladásban vagy kihűlés miatt haljanak meg. Az egyéb természetes okok között főleg szívbetegségek szerepelnek.

A vizsgálat rámutat arra, hogy az elhalálozások 65%-a megelőzhető lett volna megfelelő lakáskörülmények és jó egészségügyi ellátás biztosításával.

Egy 1975-ben, 6032 hajléktalan férfi körében végzett stockholmi³⁰ felmérés szerint majdnem négyszer annyi hajléktalan halt meg, mint amennyi a svéd lakosság átlagos halálozási rátája alapján várható lett volna.

Itthoni történetek

Magyarországon nem készült felmérés a hajléktalan emberek elhalálozásával kapcsolatban.

A továbbiakban csak saját menhelyi tapasztalataimra, néhány adatra támaszkodva és az elmúlt években megjelent újságcikkekre hagyatkozva próbálok képet adni a honi hajléktalan halálokokról.

A már korábban említett budaörsi menhely másfél év leforgása alatt (1990–1991-ben) 13 halottat gyászolt. Öten a menhely területén haltak meg, szívinfarktusbán, tüdőembóliában; a többiek autóbalesetben vagy kórházban,

súlyos betegségük utolsó stádiumában fejezték be életüket, olyan is volt, aki kórházból elbocsátva, pár órával később egy parkban lelte halálát.³¹ Halálos baleset okozója volt az alkoholos állapot azoknál a fiatal hajléktalan embe-
reknél, akiknek egyike a HÉV kocsik közötti rést nézte ajtónak és a szerelvény
alá esett; másika lezuhant egy lépcsőkorlátról az aluljáróba. Volt menhely-
lakó, aki – egy családlátogatás után – felakasztotta magát, s volt, aki friss
szakmunkás bizonyítvánnyal a zsebében a főbelövést választotta.

Nyolcvan menhely adatai szerint 1994-ben 81 olyan hajléktalan ember
halt meg, aki kapcsolatban állt velük, a lakójuk volt. A halálesetek 30%-a
utcán, 15%-a szállón, 55%-a kórházban történt.

Ezen halálesetek megoszlását mutatja a következő táblázat:

2. táblázat

	Utcán	Szállón	Kórházban	Összesen
Kihűléses halál	3		2	5
Baleset	5			5
Bántalmazás	1		1	2
Öngyilkosság		2	1	3
Ismeretlen ok	1			1
Betegség	14	10	41	65
Összesen	24	12	45	81

Ahogy az olvasó láthatja – válogatás újságcikkekből

FAGYTÓL, BAJTÓL, BÚTÓL

„Ha nem ölnek meg, úgy halunk majd meg mi, itteniek
– romokon, szeméten – mind.”

1991 telén egy reggelen „a ... tér padján holtan találtak egy idős férfit. A
szinte csonttá fagyott embert igazolványok hiányában nem tudták azonosí-
tani. Szemfedője a takarónak használt újságoldal lett.”³² Ugyanezen a télen
a Nyugati Pályaudvar egyik félretolt vasúti kocsijában tűz ütött ki, hajléktalan
emberek vágytak melegedni – kismáglyát raktak; haláleset nem történt.³³

1992 márciusában egy Klauzál utcai telken lévő viskóban halva találtak
egy hatvan év körüli hajléktalan embert.³⁴ 1993 februárjában Budán egy
kalyiba gyulladt ki a széntüzelésű kályhától; hajléktalan gazdája bennégett.³⁵

1992 decemberétől 1993. január 3-ig hét hajléktalan ember fagyott meg.³⁶

1993 áprilisában egy hajléktalan a Móricz Zsigmond körtéri nyilvános
WC-ben a gázkonvektor mellett melegedett. A konvektor felrobbant, a haj-
léktalan ember ruhája kigyulladt, ő maga belehalt égési sérüléseibe.

Az orvosi ellátás anomáliáját mutatja az az eset, hogy a Nyíró kórházba
mentővel szállított, két hajléktalan ember azért halt meg, mert bár állapotuk
életveszélyes volt, de olyan piszkosnak találtattak, hogy az orvos addig nem
vizsgálta meg, amíg előbb nem tetvetlenítették, fertőtlenítették őket.³⁷

1993. november 19-én egy ember már második napja feküdt magatehe-

tetlenül a Déli pályaudvar aluljárójában. Szervezete oly mértékben kihűlt, hogy a kórházban sem tudták megmenteni.³⁸

1993. november közepén a X. kerületi Akna utcai szemétbányában rosszul lett és meghalt egy 50 éves hajléktalan ember. Egy másikat pár nappal később a X. kerületi Dorogi úthoz közeli szántóföldön egy bódében ért a halál. 40 éves volt, a nevét sem tudták. Pár napra rá a XIII. kerületi Madarász utcában bukkantak egy kihűlt testtel heverő, 70–80 éves ismeretlen nőre, nem sokkal később egy I. kerületi ház pincéjében holtan találtak egy 55 éves hajléktalan asszonyt. Két nap múlva a XI. kerületi Ibrahim utcában találtak rá egy 39 éves hajléktalan férfi holttestére. Három nappal később egy XI. kerületi kigyulladt hétvégi házban lelte halálát az a két hajléktalan férfi, aki joggal számolt be oda – melegedni. Egy napra rá szintén a XI. kerületben egy faházban kihűlve találtak rá egy fiatal hajléktalan férfire. Másnap a Lehel piac területén bukkantak egy 50–55 év körüli férfi holttestre, majd pár óra múlva sorstársa megfagyott testét is felfedezték. Ezen a napon egy 47 éves hajléktalan asszonyt is legyőzött a fagy egy VI. kerületi pincében.³⁹

1994 januárjában pár nap különbséggel a metrón az Árpád hídnál és a Keleti pályaudvaron rosszul lett egy-egy hajléktalan ember. Nem sokkal azután, hogy a mentőszolgálat kórházba szállítási indokot nem látván magára hagyta őket, mindkettő meghalt. 1994 első ötven napjában 21 hajléktalan ember halt meg, többnyire kihűlés miatt, illetve fagyhalálban.⁴⁰

1994 februárjának utolsó hetében újabb két hajléktalan ember fagyott meg a fővárosban.⁴¹

1994 szeptemberében egy hajléktalan embert „kidobtak” az egyik kórházból, és egy nap múlva egy másik kórházban meghalt.⁴²

1994. november végén Debrecenben egy pincehelyiségben tisztázatlan körülmények között meggyulladt az ott tárolt szemét és rongy. A tűzben halálát lelte egy hajléktalan ember.⁴³

1994 végén egy mindössze 36 éves hajléktalan fiatalember halt meg – áttételesen a fagyos időre visszavezethető ok miatt –, őt a helyszínrre érkezett mentősök hiába próbálták újraéleszteni.⁴⁴

Az ORFK tájékoztatója szerint 1991-ben 41, 1992-ben 50, 1993-ban 66, 1994-ben 86 olyan holttestet találtak, amelynek személyazonossága nem volt megállapítható. A halottak megtalálási helyéből, ruházatából megállapítható, hogy legtöbbször magányosan élő, hajléktalan emberek voltak, akik természetes halállal haltak meg.⁴⁵

HALÁL, ÖNKÉNT

1993 szeptemberében egy fiatal hajléktalan ember Budapesten, a X. kerület szállója közvetlen közelében föbbe lőtte magát.

1994 elején jelent meg az a keserű riport, amely az egri hajléktalanszállásról szól, ahol egy hajléktalan ember fölakasztotta magát.⁴⁶

HALÁLOSZTÓK

„Hajléktalan vagy? Pusztulj!”

1990. Egy félig kész házban éjszakára meghúzódó két hajléktalan embert három, magát rendőrnek kiadó férfi véresre vert. Indok nem volt. Az esetről a 168 óra tudósított.

1992 szeptemberében Tolna megyében, Ozorán egy 77 éves ember megölte a hozzá bekopogó és vele szóváltásba keveredő 32 éves hajléktalan férfit. Azt mondja egy falubeli férfi: „Csavargót így kell elintézni.”⁴⁷

1992 decemberében a Jurtában agyonverték egy hajléktalan embert, az ismert Romhányi-ügyben. A legkegyetlenebbül verő legény öt évet kapott.

1993. április 14-én Szegeden a Securicor biztonsági szolgálat két embere éjszakai járőrözés közben olyan súlyosan bántalmazott egy hajléktalan embert, hogy az reggelre meghalt. Indokuk: a hajléktalan „olyan felsőbbrendű stílusban” beszélt velük, hogy elöntötte az agyukat az indulat. Mi történt? Admirális – mert így hívták a férfit – tiszteletlenül beszélt a járőrökkel, amikor felébresztették éjjel a padon. Ezért kellett meghalnia.⁴⁸

1993. augusztus 5-én a debreceni Nagyállomás melletti Petőfi tér sarkán az utcán alvó részeg csövest felgyújtotta egy fiatalember. „Én csak fel akartam kelteni azt az embert. De olyan koszosak voltak a rongyai, hogy inkább egy reklámöngyújtóval kezdtem pörkölni a karját, hátha attól felébred.” A hajléktalan férfi testfelületének mintegy a felén másod- és harmadfokú égési sérüléseket szenvedett. Két hétig tartó szenvedés után halt meg. Megváltás volt neki.⁴⁹

1993 decemberében a IV. kerületi Virág utcában egy lakóház tetőterében három fiatakorú fiú halálra vert egy hajléktalan férfit. Karácsony napján Tatabányán egy ABC áruház mögött holtan találtak egy 53 éves hajléktalant, akit előző este vertek félholtra az autóbusz-megállóban.⁵⁰

1994 februárjában a Keleti pályaudvar várójában rugdostak meg a rendészek egy idős, beteg hajléktalant. Reggelre meghalt.⁵¹

1994 márciusában a 28-as villamos utolsó kocsijában két ismeretlen megkéselt egy 42 éves hajléktalan embert. Az áldozat életveszélyes állapotban került kórházba.⁵²

1994. április 8-án Esztergomban egy kocsmában halálra szurkáltak egy 65 éves hajléktalant.

1944. május 21-én, a II. kerületi Széna téren lévő játszótéren hajnalban egy fiatal férfi előzetes szóváltást és dulakodást követően egy szegélykövel fejen ütött egy 56 éves hajléktalan embert, aki a helyszínen meghalt.⁵³ Négy napra rá ismeretlen tettes brutális kegyetlenséggel – egyméteres vascsővel – agyonvert két hajléktalan férfit a IX. kerületben, egy Ferenc téri üzletlakásban.⁵⁴ Másnap újabb halálravert hajléktalan holttestére bukkant a rendőrség a Bokréta utcában.⁵⁵ A három gyilkossággal gyanúsítható 22 éves fiatalember a fogdában felakasztotta magát.⁵⁶

1994 júniusában Debrecen egyik központi parkjában éjjel után megöltek egy kerti széken ülő hajléktalan férfit. Ez az ember akkor először volt szálláshely nélkül. Pusztá kézzel, illetve a kerti székkal felismerhetetlenre verték. Két fiatakorú fiú tette, ittas állapotban. Az áldozat józan volt. Indok: nekik,

illetve társaságuknak gyakori időtöltése volt az éjszakai balhé, sötétedés után magányos emberekbe kötöttek bele, és összeverték őket. Debrecenben jó pár fiatal szórakozik hajléktalanok bántalmazásával.⁵⁷

HALÁL A SORSTÁRS KEZÉTŐL

1992 októbere. A 37-es főút sátorlajújhelyi torkolatához közeli bunkerben vérbe fagyva találtak egy 51 éves hajléktalan férfit. Egy közeli csonkavágányra tolt vagonban élő pár, illetve annak férfi tagja volt a tettes. Ok: ital és féltékenység.⁵⁸

1992 novemberében a BVSC pálya WC-jében lakó – és a lakhatásért hálából ott takarító – hajléktalan rokkantnyugdíjast kegyetlenül összerugdosta egy sorstársa.⁵⁹

1994. január 24-én a XIV. kerület Nagy Lajos király útján, egy romos épületben két hajléktalan férfi összeverekedett. Az egyik belehalt az incidensbe.⁶⁰

1994. március 7-én a XXI. kerületi Duna parton – deszkából és nejlonfóliából összetákolt kunyhóban – egy Anti nevű férfi maradt ott holtan, miután társa a veszekedés hevében fejszével leütötte.⁶¹

1994 júniusában megvertetését bosszulta meg az a fiatal hajléktalan férfi, aki vitapartnerét szíven szúrta. Cselekedete azonnali halált okozott.⁶²

1994 őszén kisbaltával agyonverte „anyázó” sorstársát egy Duna-parti elhagyott fabódéban tanyázó, hajléktalan férfi. Hasonló eset történt a Bartók Béla úton egy romos kazánházban, ahol szintén a vita hevében verte halálra az egyik hajléktalan ember a másikat.

Összegzés

Az ismertetett újságcikkek 76 hajléktalan ember haláláról adtak konkrét tudósítást. Utcán, közterületen, pincében, kalyibában megfagyott 40 fő (53%), 3 fő (4%) pedig végelgyengülésben, betegségben halt meg.

Melegedni próbált, és tűzhalált szenvedett 5 fő (7%).

A 76-ból öngyilkos volt 2 fő. 21 hajléktalan embert meggyilkoltak (28%). A 21-ből hatnak sorstársa, 15-nek más volt a gyilkosa.

A legnagyobb gyakorisággal a fagyhalál és a gyilkosságok fordultak elő a halálesetek között. Ha egy hajléktalan ember megfagy az utcán vagy valamiféle búvóhelyen, az szociális gondoskodásunk politikai felelőssége. Hogy egyáltalán hajléktalan embereket meggyilkolnak, és ahogy meggyilkolják őket, az társadalmi-értékrendi-ideológiai háttérű kérdés.

Az ismertetett 76 haláleset közül 60-ról 1993–1994-ben olvashattunk. 1993-ról 1994-re meghétszereződött azoknak a tudósításoknak a száma, amelyekben hajléktalan ember volt az áldozat.

A konkrétan ismertetett halálesetek mellett, mint láttuk, 1991–1994 között 243, általában természetes halált halt, azonosítatlan, többségében hajléktalan ember holttestét találta meg a rendőrség. Az ilyen esetek száma 1991 és 1994 között megduplázódott. Ha végignézzük az újságcikkekben közölt haláleseteket, alapvetően négy nagy ellátási gonddal szembesülünk:

- a megfelelő szociális helyek hiánya;
- a súlyos egészségügyi ellátási hiányosságok, valamint a szociális és egészségügyi ellátás összehangolatlansága;
- a hajléktalan emberek stigmatizált léte, és ennek gyökerei a társadalmi előítéletességben. A hajléktalannal szemben megnyilvánuló erőszakos cselekedetek az előítéletesség testi erőszakban kifejeződő formáinak tekinthetők;
- a hajléktalan léttel járó állandó stressz, amelynek hatására bizonyos helyzetekben elemi erővel törnek ki indulatok. Ennek hátterében ott van a hajléktalansággal járó sajátos veszteségélmény, hiányállapot. Ott van a szociális elszigetelődés, amelynek során az egyén egyre inkább magára marad az állandó feszültségekkel és fenyegetettséggel teli mindennapjaiban.

Jegyzetek

1. Márton László: *Bowen monológja, sötétben*.
2. Lásd többek között: Csörsz István: *Elhagyott a közérzetem*, Magvető, 1986; Kőbányai János: *Margón, Szépirodalmi*, Bp., 1986.
3. Lásd: Rác József: *Iffjúsági szubkultúrák és fiatalkori „devianciák”*, Magyar Pszichiátriai Társaság, Bp., 1989.; Utasi Ágnes (szerk.): *Peremhelyzetek, Műhelytanulmányok*, Társadalomtudományi Intézet, 1987. Ez utóbbi kötetben: Láng Katalin–Nyilas György: *Ideiglenes állandóság (Tanulmány a munkásszálláson élők életkörülményeiről és rétegződéséről)*, 33–100. o.; Utasi Ágnes: *Hajléktalanok, csavargók*, 181–213. o.
4. A Hajléktalanokért Társadalmi Bizottság állampolgári kezdeményezésként alakult meg 1989. február 28-án. Alapítói négy szakértő: Győri Péter, Gosztonyi Géza, Bognár Szabolcs, Morvai Bea, valamint egy hajléktalan ember, Ungi Tibor, két egyetemista, Sas Magdolna és Bódis Lajos voltak. A magyarországi hajléktalanságra vonatkozó információkat rendszeres, kis példányszámú „Helyzetjelentésben” tették közzé. Lásd: *Hajléktalanokért Társadalmi Bizottság Alapítólevele, Hiány*, 89. 05. 20.; Pik Katalin: *A hajléktalanokról, Kézirat*, 1994.
5. Levendel László: *A hajléktalan ember*, OAI, 1993, Bp., 10. o.
6. Lásd erről: Orosz Éva: *Egészségügyi rendszerek és reformterületek*, Politikai Tanulmányok Intézete Alapítvány, 1992. 185. o.; Pik Katalin: *A hajléktalanokról, Kézirat*, 1994. 41–43. o.; Oross Jolán: *Itthonatlanul*, OAI, 1992, 14–15. o.; *Gondolatok a hajléktalanellátásról*, in: *Periféria Füzetek* 94/3, 58–59. o.; *A hajléktalan emberek egészsége*, in: *Szociális munka és egészségügy*, Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete, Bp., 1994. 150–158. o.
7. Az Állami Népegészségügyi Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) Budapesti Intézetéből származó statisztikai adatok a hajléktalan emberek számával egyenes arányban növekvő fertőtlenítési szükségletekre világítanak rá:

1986-ban	1987-ben	1988-ban	1989-ben	1990-ben	1991-ben	1992-ben	1993-ban
1466	1172	991	1085	2428	5628	22 586	26 605

Különösen veszélyes a ruhatetvesek számának emelkedése (1989-ben 75, 1990-ben 412, 1991-ben 748, 1992-ben 2750, 1993-ban 5681). A ruhatetű a hordozója a kiütéses tifusz kórokozójának, így jelentős járványforrás is lehet.

(Dr. Ütő István, Dr. Bánki György, Vámos Gábor, Patócs Géza: *Az ektoparazitózisok helyzete s a védekezés szervezése a fővárosban, Kézirat*, 1993.)

Nem egyszer fordultak elő menhelyeken vérhas-megbetegedések.

8. Budapesten lásd a Fővárosi Szociális Központ és Intézetei (FSZKI) Krízisintervenciós Szolgálatát (ambulancia és kiskórház), az Oltalom Egyesület Dankó utcai menedékhelyének

vagy a Máltai Szeretetszolgálatnak az orvosi szolgálatait, menhelyekhez kötődő szociális mentőszolgálatokat (pl. a Máltai Szeretetszolgálat vagy az FSZKI működtetésében).

Budapesten a hajléktalan betegek alapellátásáról annak a területi önkormányzatnak az egészségügyi szolgálata lenne köteles gondoskodni, ahol a hajléktalan ember életvitelszerűen tartózkodik. Erre utal a betegbiztosítási igazolvány igényléséről és szerzéséről szóló 1992. 04. 6-án kelt népjóléti miniszteri tájékoztató.

9. A hajléktalan emberek egészségügyi alap- és járóbeteg szakellátásáról a Budapest Főváros Tanácsa Egészségügyi és Szociálpolitikai Főosztálya 12 496/89. számú, valamint a Fővárosi Polgármesteri Hivatal Egészségügyi és Szociálpolitikai Főosztályának 12 185/92. számú körlevelei rendelkeztek oly módon, hogy ott kell biztosítani orvosi ellátásukat, ahol jelentkeznek.

10. A hajléktalan emberek fekvőbeteg ellátására a feltalálási hely szerinti kórház illetékes. Budapesten a Főpolgármesteri Hivatal, a hatályos jogszabályok szerint, jelenleg csak a tulajdonát képező kórházak tevékenysége felett jogosult diszponálni. A kerületi egészségügyi ellátás alakításába nincs lehetősége beleszólni.

11. Egy hatágyas kórterem egy napi „hotel” – fűtés, víz, villany, ételmezés, ágy – költsége 1993-ban 3 ezer forint volt. Ehhez jönnek a vizsgálati költségek, egy CT vizsgálat, ha a kórház nem rendelkezik CT-vel, és szállítani is kellett a beteget, 1993-ban kb. 50 ezer forintba került. A kezelés költségei között az egy betegre jutó napi gyógyszerfogyaszthatóság 80 forint volt, az elhanyagolt egészségi állapotú – hajléktalan – betegek gyógyítása ennek az összegnek olykor a hatvanszorosát igényli. (Lásd Kővári Edit: Hajléktalan ember a kórházban, *kézirat*, 1994.)

A Szent László Kórházban egy ágy fenntartása napi nyolc- és negyvenezer forint között mozog. (Lásd Mikola István orvos igazgató nyilatkozatát, *Népszabadság*, 1995. február 18.)

12. Mikola István, a Szent László Kórház orvos igazgatója is úgy véli, hogy ma a kórházakban a szociális gondoskodást igénylő betegek foglalják el az ágyak 15–20%-át: „Addig nem tudjuk kitenni a szociális gondoskodásra szoruló embereket az aktív ágyakról, amíg nincs olyan szociális ellátóhálózat, amely át tudja vállalni őket.” *Népszabadság*, 1995. február 18.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) vizsgálata szerint a betegek 25–35%-a szociális okok miatt tartózkodik a kórházban. Ha ellátásukról szociális intézményekben gondoskodnának, úgy 7100 kórházi ágyat szüntethetnének meg. Összeségében a 104 ezer kórházi ágyból 35 ezer megszüntethető lenne. *Népszabadság*, 1995. február 23.

1989-ben 10 ezer lakosra 95,9 kórházi ágy jutott. Ez 45%-kal több mint 1960-ban volt. A kórházi ágyak mennyiségi túlkínálata jellemző, ugyanakkor szakmák szerinti és területi elosztásuk súlyosan aránytalan. (Lásd erről: Oross Éva: *Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések*. Politikai Tanulmányok Intézete Alapítvány, 1992.)

13. „Meggérdeztem a kollégáimtól, hogy mit gondolnak, betegeinknek hány százaléka volt hajléktalan. Nem akarták elhinni, hogy csak 10%. Ők 30–40-re becsülték. ... Annyival több feladatot jelentenek az osztálynak, hogy arányuk sokszorosnak tűnik a többi beteghez viszonyítva.” (Kővári Edit: *Hajléktalan ember a kórházban*.)

A bentfekvés adatokat nézve tudóosztályon közel kétszer, bőrgyógyászati osztályon másfélszer több ápolási időt igényel egy hajléktalan beteg, mint egy hajlékkal bíró.

14. Nem ritka az olyan eset, amikor kórházból amputált lábú beteget küldenek ki mentővel hajléktalanszállásra, és otthagyják, vagy fekvőgépessel rendelkező, önmagát ellátni nem tudó embert szállítanak menhelyre, ahol ellátása megoldatlan stb.

15. A Budapest, XIII. kerületi Tüdőgondozó Intézetben gondozott tbc-s hajléktalan emberek közül 1994-ben 100 tűnt el a gondozási körből. A hajléktalan tbc-sek utókezelése (is) megoldatlan, visszaesésük elkerülhetetlen.

16. Lásd *Magyar Közlöny* 1994/111. szám, 3835. o.

17. Pik Katalin idézett írásában ismerteti az amerikai hajléktalanok számára létrehozott külön egészségügyi ellátást. Eszerint az USA-ban 1985-ben tizennyolc városban különféle alapítványi pénzekből hajléktalanellátó kórházakat hoztak létre. A kórházakhoz olyan orvosi

ellátást biztosító állomások tartoznak, amelyek a hajléktalanok közelében vannak, a könnyebb eseteket ellátják, a súlyosabbakat innen küldik a kórházakba.

18. Lásd Oross Jolán: *Itthonatlanul*, OAI, 1992.

19. Lásd Karsai Melinda: Szegénység, hajléktalanság, drogfogyasztás (Szenvedélybetegségek a hajléktalanok körében). Előadás a *Drog és politika* című konferencián, 1993. november 2–4. A szerző a Fővárosi Szociális Központ és Intézetei Krízisintervenció Osztályának a munkatársa.

20. A kutatás szervezői, illetve támogatói a Pro Domo Peremhelyzetű Csoportok Módszertani Osztálya, a Népjóléti Minisztérium Szociális Válságkezelő Programok Irodája, az OKTK/826, a Fővárosi Önkormányzat Egészségügyi és Sportbizottsága és a Hajléktalan Szolgálatok Tagjainak Országos Kamarája voltak. A kutatást a SzocioMed Kft. végezte, és Dr. Molnár László vezette.

21. Lásd Dr. Molnár D. László: Budapesti hajléktalanok egészségi állapota, *Kézirat*, 1994.

22. A Fővárosi Szociális Központ és Intézetei (FSZKI) működtette a hét minden napján, napi 24 órában a Népjóléti Minisztérium támogatásával. Lásd Dr. Iványi Tibor: Tájékoztató a „hajléktalan mentő” 1994. december 1.–1995. január 31. közötti működéséről, *Kézirat*, 1995. február.

23. Az alábbi külföldi tapasztalatokról szóló rövid összefoglalásokat lásd: Lakatos Mária: *Hajléktalanság a nemzetközi irodalom tükrében*, OAI, 1993.

24. J. J. O’Connell: Nontuberculous Respiratory Infections among the Homeless, (Nem tbc-s légúti fertőzések a hajléktalanok között), *Seminars in Respiratory Infections*, Vol. 6. no. 4, 1991, 247–253 o.

25. W. R. Breakey, P. J. Fisher, M. Kramer, G. Nestadt, A. J. Romanoski, A. Ross, R. M. Royall, O. C. Stime: *Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore*, JAMA, Sept. 8, 1989, 262, 10, 1352–1357. o.

26. Simon Keyes, Michael Kennedy: Sick to death of homelessness (A hajléktalanság halálos betegség), (ford. Török Mária), 1992. december, *Kézirat*.

27. Lásd Komáromi Éva: A hajléktalanság mentálhigiéniéje, *Szenvedélybetegségek*, I. évf. 5. sz. 381–390. o.

28. Erről lásd később a „Hajléktalan emberek halálának okai” részt.

29. Az arányszám a hajléktalan emberek halálzási arányszáma az átlaglakosságéhoz képest. Azt mutatja, hogy a hajléktalanok hányszor gyakrabban halnak meg az adott halálokban.

30. C. H. Alstrom et al.: *Mortality amongst homeless men*, Br. J. Addict 1975, 70:245. o. (Idézi S. Keyes, 17. o.)

31. Lásd Oross Jolán: *Itthonatlanul*, OAI, 1992, 52. o.

32. Fried Alice: Hideg ünnepek, *Kiáltás* 1992/25.

33. *Mai Nap*, 1991. november 25.

34. S. Boda András: Belvárosi halál, *Esti Hírlap*, 1992. március 20.

35. Népszabadság, 1993. február 2., *Budapest melléklet*.

36. Lásd Mezei György: Sok bőséges kukát kívánok! *Beszélő*, 1993. június 19.

37. Az *Új Magyarország* és a *Kurír* cikkeire hivatkozva közli Mezei György.

38. A *Menhely Alapítvány* hirdetése, *Népszabadság*, 1993. december 9.

39. Lásd *Zsaru Magazin*, 1993/51.: Lakatlan holtak.

40. Dési János: Halálos évszak huszonegy hajléktalannak, *Magyar Hírlap*, 1994. február 26.

41. „Lopakodó halál”, *Esti Hírlap*, 1993. március 3.

42. „Hajléktalanhalál”, *Népszabadság*, 1994. szeptember 12.

43. MTI hír, *Magyar Hírlap*, 1994. december 2.

44. N. L. E.: Segélytelefon hajléktalanoknak, *Magyar Hírlap*, 1995. január 10.

45. G. Z.: Eltűntnek nyilvánítva, *Magyar Hírlap*, 1995. január 31.

46. Szilas Zoltán: A hajléktalanok korán halnak, *Mai Nap*, 1994. január 20.

47. Hazafi József: Csavargóhalál Ozorán, *Népszabadság*, 1992. szeptember 22.

48. Tanács István: A szabadság ára, *Népszabadság*, 1994. január 26.; Miért ölték meg Admirálist? *Népszabadság*, 1994. január 26.; Igriczi Zsigmond: Anyázott, agyonverték, *Képes*

Újság, 1994. február 19.; Mezei György: Sok bőséges kukát kívánok! *Beszélő*, 1993. június 19.

49. Rác T. János: A fáklyává vált ember, *Népszabadság*, 1993. október 5.

50. Szikora Katalin: A hajléktalanszálló után az utolsó fedett állomás a hullaház, *Magyar Hírlap*, 1994. július 25.

51. (Payer): Jaj a szegényeknek, *Kurír*, 1994. február 17.; B. J.: Beteg hajléktalant gyilkoltak a vasúti rendészek, *Magyar Hírlap*, 1994. február 17.

52. Késelés a villamoson, *Népszabadság*, 1994. március 29.

53. Agyonütött hajléktalan, *Magyar Hírlap*, 1994. május 24.

54. G. Z.: Brutális kettős gyilkosság a Ferencvárosban, *Magyar Hírlap*, 1994. május 26.

55. G. Z.: Újabb halálra vert hajléktalan, *Magyar Hírlap*, 1994. május 27.

56. G. Z.: Három gyilkossággal gyanúsítható az öngyilkos, *Magyar Hírlap*, 1994. július 14.

57. Rác T. János: Áldozat a templomkertben, *Népszabadság*, 1994. június 25.; Szórakozásból verték agyon, *Népszabadság*, 1994. június 16.

58. T. Z.: A holtra vert hajléktalan, *Zsaru*, 1992. november

59. A csóró. Elmondta: Sebestyén Károly, lejegyezte: Némethy Gyula, *Magyar Hírlap*, Vasárnapi Melléklet, 1993. január 9–10.

60. A hajléktalan halála, *Népszabadság*, 1994. február 4.

61. G. Z.: Hajléktalan gyilkos, hajléktalan áldozata, *Népszabadság*, 1994. március 9.

62. H. T. K.: Végzetes „békebal”, *Pesti Riport*, 1994. augusztus 31.