

HAJLÉKTALANSÁGBAN ÉLŐ PSZICHIÁTRIAI BETEGEK ELLÁTÁSÁNAK PROBLÉMÁI ÉS EGY INTEGRÁLT SZOLGÁLTATÁSI ELEMETEK KÍNÁLÓ MENTÁLIS EGÉSZSÉGET JAVÍTÓ GYAKORLAT BEMUTATÁSA

A Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei (BMSZKI) válasza a **Mentális Egészség Magyarországon 2026 – Kinyíló Terek Együttműködési Fórum** című szakmai tanácskozáson megfogalmazott kérdésekre.

Tatár Babett – Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei (BMSZKI)¹
Budapest, 2026.07.23.

A fent említett kérdések voltak:

1. Mi a jelenlegi legfontosabb rendszerhiba?

Melyik az a strukturális, szervezési vagy szakmai probléma, amelynek megoldása nélkül a rendszer egészének működése érdemben nem javítható?

2. Mi az a három megvalósítható változtatás, amely a legnagyobb hatást hozná?

Kérjük, olyan javaslatokat fogalmazzon meg, amelyek reálisan megvalósíthatók, és rövid vagy középtávon jelentős pozitív változást eredményezhetnek.

3. Mely szereplők együttműködése nélkül nem valósíthatók meg ezek a változtatások?

Kik azok a szakmai, intézményi, civil vagy döntéshozói partnerek, akiknek elengedhetetlen szerepük van a megoldások megvalósításában?

4. Milyen betegút-, kapacitás- és finanszírozási következményei lennének a javasolt változtatásoknak?

Kérjük, gondolja végig, hogyan módosulnának a betegutak, milyen humánerőforrás- vagy infrastruktúra-fejlesztések lennének szükségesek, illetve milyen finanszírozási szempontokat kellene figyelembe venni.

5. Mit tekintenénk mérhető sikernek három év múlva?

Milyen objektív vagy szakmailag értelmezhető mutatók jeleznék, hogy valódi előrelépés történt az adott területen?

¹ A tanulmány szerkezeti és nyelvi előkészítését, valamint a szakirodalmi tájékozódást az OpenAI ChatGPT használata támogatta. A források ellenőrzését, a szakmai értelmezést és a végleges szöveg kialakítását a szerző végezte, aki a dokumentum teljes tartalmáért felelősséget vállal.

A mesterséges intelligencia nem került felhasználásra primer adatok előállítására, empirikus eredmények helyettesítésére vagy ellenőrizetlen hivatkozások végleges szövegbe emelésére.

A tanulmány részben vagy egészben történő felhasználása, idézése vagy hivatkozása esetén kérjük a forrás pontos megjelölését.

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

A hajléktalan pszichiátriai betegek ellátásának legnagyobb gondja nem egyetlen „ellátási hiány”, hanem egy egymásra rakódó rendszerhiba: a szükségletfelmérés töredezett, a kapacitások sok helyen telítettek, az egészségügyi és szociális ellátási utak gyengén vagy egyáltalán nem kapcsolódnak egymáshoz, hiányzik a multimorbiditással élő hajléktalan emberek ellátását biztosítani tudó intézményi vagy önálló lakhatási forma, ellátás és az utcán élők számára a pszichiátriai ellátásba való belépés továbbra is rendkívül nehéz.

Az összkép tehát az, hogy a hajléktalan pszichiátriai betegek ellátásának fő problémája ma Magyarországon nem pusztán a kapacitások elégtelensége vagy hozzáférhetősége, hanem az, hogy a legsérülékenyebb otthon vagy fedél nélkül élő emberek szükségleteit egy olyan rendszer próbálja kezelni, aminek az ellátásai széttöredeztettek, amelyben a belépési pontok szűkek, a köztes stabilizáló kapacitások elégtelenek, a járvány- és egészségbiztonsági kockázatok nagyok, a felelősség és a koordináció pedig még mindig túl erősen kampány- és krízisüzemmódhoz kötött. **A rendszer a feladatokat áthárítja a hajléktalanellátásra, de a feladatokkal együtt nem adja át a szükséges szakmai kapacitást, finanszírozást és felelősségi jogosultságot.**

A hajléktalanellátás intézményrendszere sem infrastruktúrájában, sem finanszírozásában, sem a jogszabályi keretekben, sem humánerőforrás tekintetében nem multimorbiditással küzdő emberek ellátására jött létre. Önellátó embereket kellene fogadnia, akiknek a legnagyobb problémája a lakhatás hiánya. Miközben sok esetben nehéz megmondani, hogy a hajléktalanná válás oka volt-e a szenvedélybetegség vagy a mentális zavar, vagy annak következménye, az biztos, hogy a jelenlegi intézményrendszer az összetett szükségletű hajléktalan embereket gyakran tovább traumatizálja, éppen például az elégtelen szolgáltatási struktúra, a rémes infrastrukturális állapotok, a kilátástalan kilépési lehetőségek miatt.

A legfontosabb rendszerhiba tehát nem egyszerűen „férőhelyhiány” vagy „pszichiáterhiány”, vagy „hozzáférési probléma” hanem többek között:

- egy **hiányzó ellátási szint**, amely képes lenne fogadni azokat a hajléktalan embereket, akik már nem igényelnek aktív kórházi kezelést, de pszichiátriai állapotuk, demenciájuk, részleges önellátási képtelenségük vagy ápolási szükségletük miatt a hagyományos éjjeli menedékhelyre vagy átmeneti szállásra sem illeszthetők be (támogatott lakhatásuk sem megoldott).
- Valamint olyan **stabil, szabályozott és finanszírozott egészségügyi és szociális elemeket egyszerre hordozó betegutaknak a hiánya**, ami megakadályozná, hogy az intézmények „ping-pongozzanak” a segítséget kérőkkel, azaz, hogy kapacitások és szakmai protokollok, elvárások hiányában egymásra mutogatva küldözgessék a betegeket.
- **Ezeknek a betegutaknak a kialakításához azonban nem csak finanszírozásra és szabályozásra van szükség, hanem szemléletváltásra is** egészségügyi és szociális területen egyaránt. Előbbinek sokkal inkább partnerként kellene tekintenie a szociális ellátórendszerre,

az olyan – az egészségügy és a szociális ellátórendszer határán mozgó – szolgáltatásokra mint pl. a közösségi pszichiátriai ellátás és a tapasztalati szakértőkre egyaránt. Míg utóbbinak sokkal bátrabban kellene hangsúlyoznia mindazokat az erősségeket amiket bele tud tenni egy felépülési folyamatba és nem felkent megmentőként, mágusként tekintenie a pszichiátriai szolgáltatásokat biztosító egészségügyre – mint ami majd „megszereli az elromlott szerkezetet” és ő csak utána foglalkozik a szociális szükségletekkel.

Magyarországon jelenleg nem azonosítható olyan nyilvános, országos, naprakész, standard epidemiológiai adatforrás, amely teljeskörűen megmondaná, hány hajléktalan ember él pszichiátriai betegséggel, illetve ezek diagnóziscsoportonként hogyan oszlanak meg. Azonban a BMSZKI adatai és a témában megjelent tudományos kutatások, tanulmányok egyértelműen mutatják a szükségletek nagyságát. **A 2025-ben, személyes szociális munka keretén belül egyéni esetkezelésben részesült 3144 ügyfél közül 22 százalék diagnosztizált pszichiátriai beteg volt, további 13 százaléknál a szociális munkások pszichiátriai problémát valószínűsítettek.** A diagnosztizált és feltételezett demencia együttes aránya csaknem elérte a 10 százalékot (a teljes 3144 fős esetszámon belül). **Az ügyfelek közel fele mindennapi életviteléhez, illetve egészségügyi gondozásához is segítséget igényelt** – miközben a hajléktalanellátás intézményesített rendszere – ahogy fent is írtuk – önellátásra képes emberekre van szabva és így finanszírozás és létszámkeret hiányában, egyes szolgáltatásokban csak a szociális munka terhére biztosítható ápoló gondozó munka. A hajléktalan ügyfelek között ráadásul nem csak a pszichiátriai beteg, hanem a súlyos személyiségzavarban szenvedő ügyfelek száma is magas és magas az addikciós problémákkal élők aránya is.

Az egészségügyi ellátások és mentális egészséget támogató ellátások ezzel szemben gyakorlatilag egyáltalán nem jelennek meg a finanszírozott ellátások körében (heti 2 óra orvosi jelenlét kötelező, az éjjeli menedékhely gondozási szolgáltatást egyáltalán nem nyújt jogszabály szerint, pszichológiai, pszichiátriai támogatás pedig egyáltalán nem jelenik szolgáltatási elemként). A BMSZKI integrált egészségügyi és szociális intézmény ugyan és így van például az egészségügy szabályozási és finanszírozási környezetébe tartozó, mentális egészséget támogató szolgáltatása. Ez azonban azt eredményezi, hogy más ellátók erre való hivatkozással inkább ide irányítják azokat a betegeket is, akiket egyébként nekik – vagy nekik is – el kellene látniuk, így pl. a heti 20 órában működő pszichiátriai szakrendelés 2025-ben a szakmailag megfelelőnek becsült kapacitásánál 40,5 százalékkal több ellátást teljesített.

A rendszer fejlesztésének ezért több, egymást feltételező irányra kell épülnie.

- Elsőként létre kell hozni egy egészségügyi és szociális feladatokat egyaránt ellátó, köztes stabilizáló és rehabilitációs ellátási szintet hajléktalan emberek számára (de egyébként lakhatási problémával nem rendelkező, multimobiditással küzdő emberek számára elérhető hasonló szolgáltatások kapacitásai is elégtelenek).
- Szintén szükséges olyan ellátás kialakítása (vagy a szabályozás és finanszírozási környezet átalakításával meglévő szolgáltatások átalakítása) ami azokat az összetett egészségügyi és szociális szükségletekkel rendelkező hajléktalan embereket képes befogadni, akik állapotában

tartós egészségromlás következtében javulás nem várható, ezért tartós bentlakásos ellátásra szorulnak.

- Meg kell erősíteni – szabályozással és finanszírozással – azonnal a hajléktalan embereket fogadó szálláshelyek ápoló-gondozó ellátási kapacitását. Ennek magában kell foglalnia olyan egészségügyi személyzet biztosítását is, ami lehetővé teszi a gyógyszerelést ezekben az intézményekben.
- Bővíteni és tartós közszolgáltatássá kell tenni a pszichiátriai szakrendelést, a közösségi pszichiátriai ellátást, a P-Mobilhoz hasonló (részleteket lásd később!) megkereső programokat, a pszichológiai segítséget és a tapasztalati szakértők részvételét a hajléktalanellátásban akár együttműködések finanszírozásával, kapacitásbővítéssel.
- A közterületen élő pszichiátriai (és szenvedély) beteg hajléktalan emberek részére valódi Housing First (Elsőként Lakhatás) programot kell kialakítani, (minimum a fővárosban). Az ilyen Housing First folyamatok kulcsa az intenzív utcai megkereső munka (ez jelenleg is rendelkezésre áll), és a bizalom kiépítése után azonnali lakásba költöztetés anélkül, hogy a betegség kezelése vagy a józanság elvárt lenne, mint a beköltözés feltétele. A beköltözést követően megfelelő színvonalú lakhatási támogatás biztosítása mellett multidiszciplináris team (pszichiáter, pszichológus, szociális munkás, ápoló) biztosít folyamatos, személyre szabott mentális és egészségügyi támogatást az ügyfél lakhelyén. Jó gyakorlatok találhatók Európán belül erre a modellre Finnországban és Hollandiában.
- És végül, de talán **a legfontosabb: egységes betegutat, közös triázst, intézményközi felelősségi rendet és stabil, folyamatos finanszírozást kell kialakítani, ami az egészségügyi, addiktológiai, gerontológiai, szociális területek összehangolt működését segíti. Biztonságos ügyfélút-követésre van szükség: ki kell alakítani a hajléktalan emberek ellátását segítő, a szociális és egészségügyi szolgáltatások közötti jogszerű és biztonságos információmegosztást lehetővé tevő közös koordinációs rendszert.**

Megelőzőképpen – az alapellátás szolgáltatásinak megerősítésén túl – szükséges volna a pénzbeli ellátások rendszerét is áttekinteni. Amíg nincs olyan segély, alapjövedelem, ami a pszichiátriai betegek számára legalább részben, vagy időszakosan képes pótolni a kieső jövedelmet, vagy alapszinten biztosítani az önellátáshoz szükséges minimumfeltételeket, addig a szegénységben élő betegek nem fogják tudni finanszírozni a kezelésüket és megélhetésüket egyszerre. Ez egyenes lecsúszáshoz és hajléktalansághoz, akár az egész család elszegényedéséhez vezet. Miközben nincs elég olyan védett munkahely, foglalkoztató sem, ahol munkához és abból származó tisztességes megélhetéshez elegendő jövedelemhez juthatnának ezek az emberek a felépülés szakaszában.

Csak nagyon óvatosan merünk fogalmazni ebben a kérdésben, de talán felülvizsgálatra szorul a közvetlen veszélyeztető magatartás esetén elrendelhető sürgősségi pszichiátriai gyógykezelés és a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés jogi kereteinek és gyakorlati megvalósításának rendszere is. Ugyan ritkán fordul elő olyan eset, amikor azt gondoljuk, hogy ez az egyetlen lehetséges megoldás,

tehát nem számosságukban jelentenek nagy problémát ezek az ügyek, de egy-egy ilyen elhanyagolt beteg is tud rendkívül nehéz, sok erőforrást felemésztő folyamatot generálni, valódi megoldások nélkül, és a közterületeken is jelentős lakossági riadalmat tud okozni – miközben nyilván számára komoly szenvedésnyomást jelent az állapota.

Van olyan ügyfelünk, aki édesanyja haláláig, beállított gyógyszerekkel a szülő és a szociális munkás támogatásával képes volt gyakorlatilag majdnem önálló életet élni. Édesanyja halála után azonban sem az egészségügyi, sem a szociális ellátórendszer nem volt képes pótolni azokat a kereteket és támogatást, amit korábban megkapott tőle. Ennek következtében olyan rohamosan és nagymértékben romlott le az állapota, aminek következménye több kollégánk fizikai bántalmazása, hónapokig tartó verbális fenyegetése és zaklatása és egy több mint két éve húzódó hatósági és rendőrségi ügy lett – aminek a mai napig nincs megnyugtató végeredménye. Bár az ő története talán kirívó, de biztosan nem egyedülálló. Évente biztosan találkozunk 3-5 olyan esettel, amikor az időben elrendelt és megkapott kötelező pszichiátriai gyógykezelés lehetett volna az első lépcső egy gyógyulás vagy legalább viselhető életminőséget jelentő állapot fenntartásában – persze csak akkor, ha azt utána tartós és összehangolt egészségügyi és szociális ellátórendszeri támogatás is követi.

A BMSZKI – a következő oldalakon bemutatott – gyakorlata azt bizonyítja, hogy az integráció szakmai alapjai már rendelkezésre állnak – bár ezek korlátait és nehézségeit sem titkoljuk el. A saját pszichiátriai szakrendelés, a BMSZKI-Ébredések együttműködés alapján biztosított közösségi pszichiátriai ellátás, a mobil „pszi” szolgáltatásokat biztosító programunk – ami az utcán élőkhöz viszi közel a pszichológiai, pszichiátriai és tapasztalati szakértői szolgáltatásokat, a pszichológiai támogatás, a dedikált szálláshelyek, az egészségügyi ellátások, a rehabilitációt, felépülést támogató szociális munka és addiktológiai támogatás, a fejlesztő foglalkoztatás, valamint az ápoló-gondozó munkatársak által nyújtott szolgáltatások együttesen egy működőképes, közösségi szemléletű rendszer elemeit alkotják. A jelenlegi probléma az, hogy ezek különböző projektekből, megállapodásokból, önkormányzati többletforrásokból és eltérő finanszírozási csatornákból működnek.

Három év múlva – a BMSZKI szintjén – akkor beszélhetnénk valódi előrelépésről, ha:

- működne legalább egy-egy megfelelően finanszírozott köztes ellátási modell és egy tartós ápolás-gondozást biztosító intézmény (vagy stabil beutalási rendszer ilyen jellegű ellátásokba), amik együttesen legalább a jelenleg el multimorbiditással küzdő, demens vagy más ok miatt el nem helyezhető ügyfelek 40%-50%-át képes lenne éves szinten befogadni;²
- megszűnne (kapacitásbővítéssel) a pszichiátriai szakrendelés tartós túlterheltsége;

² Ebben a kérdéskörben külön nehézséget jelent az, hogy ezeknek az embereknek egy jó része már nincs a belátási képességének teljes birtokában. Gondnokoltatásuk több hónapos, akár egy évet is elérő folyamat, amit jelenleg egy ellátásukra egyáltalán nem alkalmas intézményrendszerben kell kivárniuk, ahhoz, hogy egyáltalán az elhelyezési kérelmük el legyen indítva!

- minden nagy szükségletű telephely hozzáférne multidiszciplináris mentális egészségügyi teamhez és megfelelő ápoló-gondozó kapacitáshoz;
- 30%-kal csökkenne a kórházunkban és a lábadozóinkban megfelelő elhelyezés hiányában bent maradó betegek száma;
- 30%-kal csökkenne azok száma, akik nem a szükségleteiknek, állapotuknak megfelelő ellátásban kénytelenek tengődni;
- ritkábbá válna az egészségügyi ellátások után az utcára vagy nem megfelelő szálláshelyre történő elbocsátás;
- felére csökkenne az ismételt krízis-elhelyezések kezdeményezése a pszichiátriai ellátásokba;
- legalább egy nagylétszámú, nagy hálótermes, nem megfelelő infrastrukturális körülményeket biztosító intézményünk kisebb, humánusabb ellátást biztosító szálláshelyekkel való kiváltása megtörténne és tervezetten, finanszírozást is mellérendelve elindulna egy ütemezett felújítási és/vagy rekonstrukciós és/vagy kiváltási folyamat a rendkívül rossz infrastrukturális körülményeket biztosító szálláshelyek felszámolására;
- évente legalább egy, 6-8 fő befogadására alkalmas támogatott lakhatási szolgáltatást tudnánk nyitni – vagy biztosított lenne az ügyfeleink hozzáférése ilyen kapacitásokkal ilyen ellátáshoz;
- évente legalább 3-5 fő közterületen élő pszichiátriai és / vagy szenvedélybeteg ügyfelünk jutna Housing First lehetőséghez;
- valamint az integrált szolgáltatások működési költségeinek döntő része éves pályázatok és/vagy fenntartói döntések helyett többéves, közfinanszírozott szerződésekből származna.

NÉHÁNY SZÓ A BMSZKI-RÓL

A BMSZKI a Fővárosi Önkormányzat hajléktalan embereket segítő szervezete, Közép-Európa egyik legnagyobb hajléktalanellátó intézménye. Az intézmény 1993-ban jött létre. Szociális, gyermekvédelmi és egészségügyi intézményeinkben valamint alacsony jövedelműek számára fenntartott munkásszállóinkon **naponta kb. 4000 ember vesz igénybe különböző szolgáltatásokat, 22 telephelyen.**

Csaknem minden intézménytípust működtetünk, amit a szociális törvény a hajléktalanellátás feladataként megfogalmaz, kivéve a hajléktalanok otthonát és a hajléktalanok rehabilitációs intézményét. Vannak ugyanakkor olyan szolgáltatásaink is, amelyek nem szerepelnek a szociális törvényben, ilyenek pl. a lábadozók, az álláskereső iroda, a 24 órás éjjeli menedékhelyek, vagy a más ágazati jogszabályok alá tartozó egészségügyi ellátásaink (háziorvosi ellátás, járóbeteg szakellátások, kórház), illetve a családok átmeneti otthona. Működtetünk továbbá fejlesztő foglalkoztatást, egy

önkormányzati bérházban lakhatási programot és számos speciális szolgáltatást mentális zavarral élő hajléktalan emberek számára. (Szolgáltatásaink teljes köre honlapunkon elérhető: www.bmszki.hu)

ADATOK A MENTÁLIS ZAVARRAL ÉLŐ HAJLÉKTALAN EMBEREK SZÜKSÉGLETEINEK ALÁTÁMASZTÁSÁRA

Magyarországon jelenleg nincs olyan nyilvános, országos, naprakész, standard epidemiológiai adatforrás, amely teljes körűen megmondaná, hány hajléktalan ember él pszichiátriai betegséggel, illetve ezek diagnóziscsoportonként hogyan oszlanak meg. A BMSZKI folyamatosan gyűjt adatokat a szolgáltatásait igénybe vevő hajléktalan emberekről, tagja vagyunk a több mint 20 éves Február Harmadika munkacsoportnak, adataink részben innen származnak és egy viszonylag friss tanulmány adatait is bemutatjuk, ami a hajléktalan emberek egészségügyi ellátásának jellemzőit mutatja be NEAK adatok elemzése alapján.

Az adatok azt mutatják, hogy a hajléktalan emberek egészségügyi és mentális szükségletei magasak, a szolgáltatások területileg egyenetlenek, és a tényleges hozzáférést gyakran a **TAJ/jogviszony-problémák, az ambuláns ellátás többlépcsős elérése, a kapacitáshiány és az együttműködések formalizátlansága** korlátozza. Vajdovich – Fadgyas-Freyler – Petra–Uzzoli tanulmánya³ szerint 2024-ben 37 hajléktalanokra specializált egészségügyi intézmény működött az országban, de ezek jellemzően a fővárosban és a vármegyeszékhelyeken koncentrálódnak. A tanulmány kiemeli, hogy a társadalombiztosítási jogosultság problémái a hozzáférés legfontosabb gátjai, és a szükségletek csak részben elégíthetők ki a meglévő speciális szolgáltatásokkal.

Az elemzés 11 857, a NEAK rendszerében hajléktalanként nyilvántartott személy és 59 285, nem és életkor szerint illesztett kontrollszemély adataira épül. Az eredmények ugyanakkor nem tekinthetők a teljes hajléktalan népességre reprezentatívnak: csak azokat tartalmazzák, akik érvényes társadalombiztosítási jogviszonnal rendelkeztek, és valamilyen módon kapcsolatba kerültek az egészségügyi vagy szociális ellátórendszerrel. A szerzők kiemelik, hogy a pszichiátriai és addiktológiai problémák kiemelt súlyúak. A hajléktalanként nyilvántartott népesség betegségi szerkezetében feltűnően előkelő helyen szerepelnek a pszichiátriai és szerhasználattal összefüggő kórképek. A pszichoaktív szerek használata által okozott mentális és viselkedészavarok a magas vérnyomás után a második leggyakoribb betegségcsoportot jelentették, évi átlagosan 1785 érintett beteggel. A neurotikus, stresszhez társuló és szomatoform zavarok a negyedik, a hangulatzavarok a tizenegyedik helyen álltak. Ezek az adatok nem prevalenciaértékek, de jól mutatják, hogy a mentális betegségek meghatározó szerepet játszanak a hajléktalan emberek egészségügyi ellátásában.

³ Területi Statisztika c. folyóirat 65. évfolyam 5. számában megjelent, Vajdovich Noémi, Fadgyas-Freyler Petra–Uzzoli Annamária által írt, A hajléktalanságban élők egészségügyi ellátásának jellemzői és területi különbségei Magyarországon, 2015–2021 c. tanulmány

Az egészségbiztosítási kiadások rangsora még erősebben jelzi ezt. A hajléktalan népesség esetében a legnagyobb éves átlagos kiadás a pszichoaktív szerhasználat okozta mentális és viselkedészavarokhoz kapcsolódott. A harmadik legnagyobb költséget a skizofrénia, a skizotípiás és paranoid zavarok, az ötödiket pedig a hangulatzavarok kezelése jelentette. **A tanulmány szerint mindez részben azzal magyarázható, hogy a betegségeket gyakran későn, súlyosabb és nehezebben kezelhető állapotban látják el.**

A szerzők azt is hangsúlyozzák, hogy a hajléktalan emberek körében nagyon gyakori a multimorbiditás. Az interjúk tapasztalatai szerint nem ritka, hogy egy ember három-négy súlyos krónikus betegséggel él egyszerre. A pszichiátriai problémákhoz gyakran társul szerfüggőség, testi betegség, sérülés, fertőzés, rossz tápláltsági állapot és az életkor előrehaladásával összefüggő egészségromlás. Mindezt a BMSZKI későbbiekben bemutatott adatai is alátámasztják.

Ez azt jelenti, hogy a pszichiátriai beteg hajléktalan emberek ellátása nem szervezhető meg kizárólag pszichiátriai szakellátásként: összehangolt pszichiátriai, addiktológiai, szomatikus, ápolási és szociális segítségre van szükségük.

A tanulmány arra is rámutat, hogy a pszichiátriai betegség nem csupán a hajléktalanság következménye lehet: megfelelő kezelés és szociális támogatás hiányában maga a betegség is hozzájárulhat az utcára kerüléshez és a hajléktalanság tartóssá válásához.

A járóbeteg-ellátáshoz való hozzáférés jelenti az egyik legnagyobb akadályt. A hajléktalan emberek a kontrollcsoportnál lényegesen kisebb arányban vették igénybe a járóbeteg-szakellátást. Ennek következtében sokan csak előrehaladott állapotban jutnak el orvoshoz, amikor már sürgősségi vagy fekvőbeteg-ellátásra van szükség. A pszichiátriai betegek esetében ez különösen súlyos következményekkel járhat, mert az állapotromlás, a gyógyszerszedés megszakadása és a krízisek megfelelő ambuláns és közösségi segítséggel részben megelőzhetők lennének.

A hozzáférést több, egymással összefüggő tényező akadályozza:

- a társadalombiztosítási jogviszony hiánya vagy rendezetlensége;
- a TAJ-kártya elvesztése, sérülése vagy pótlásának nehézsége;
- a háziorvosi beutalóhoz kötött, többlépcsős ügyintézés;
- a gyógyszer-támogatáshoz való hozzáférés problémái;
- a rendszeres gyógyszerszedés ellenőrzésének és támogatásának hiánya;
- a területi ellátási kötelezettség és a lakcímhez kötött betegutak;
- az egészségügyi szolgáltatók hajléktalan emberekkel kapcsolatos felkészületlensége.

„Nem csak jogi értelemben merülhetnek fel akadályok a hajléktalan élethelyzetben lévők egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréseiben. Az állami egészségügyi intézményekben ugyanis sokszor konfliktusforrást jelent az ellátásuk, mert a beteg hajléktalan gyógyítása az egészségügyi szempontok mellett szociális jellegű feladatnak is minősül (Kovács 2019). A hajléktalanok gyakorta nem megfelelő higiénés állapotban kerülnek be az intézményekbe, amely mentális és fizikai terhet jelent mások

számára is (Simek 2020). Azok a hajléktalanságban élők, akiknek a múltját állami gondozás és/vagy fogva tartott jogviszony jellemezte (Bényei et al. 2018, Győri 2021), sokszor – ha az egészségügyi ellátásba kerülnek –, a zárt térben a bezártságtól zaklatott lelkiállapotba kerülhetnek, ami adott esetben pánikot kelthet bennük, és kellemetlen helyzetek kialakulásához vezethet. A hajléktalanok nehézkes egészségügyi ellátásához az is hozzátartozik, hogy a túlterhelt, orvos- és nővérhiánnyal küszködő állami szolgáltatóknál nincs elég idő arra, hogy hosszabb ideig foglalkozzanak velük, és elég kapacitás sincs ahhoz, hogy az egészségügyi személyzet felkészüljön arra, hogy velük másféle orvosbeteg kapcsolatot kell kialakítani. Így sokszor mentális, fizikai és szellemi terhet jelenthet a jelenlétük maguknak az egészségügyi ellátóknak is (Marek et al. 2020).⁴

A hajléktalan emberek sokszor csak sürgősségi esetként kerülnek be az egészségügyi rendszerbe. A mentők és a kórházi osztályok így olyan problémákat is kénytelenek kezelni, amelyek megfelelő megelőzéssel, rendszeres járóbeteg-ellátással, közösségi pszichiátriai gondozással és gyógyszeresedési támogatással részben elkerülhetők lennének. A tanulmány ezt nem egyszerűen magas egészségügyi szükségletként, hanem a hozzáférés hiányosságának következményeként értelmezi.

A késői ellátás költségesebb is. A súlyos, előrehaladott pszichiátriai és testi betegségek kezelése több beavatkozást, hosszabb ellátást és nagyobb egészségbiztosítási ráfordítást igényel. A megelőzés, a szűrések és a járóbeteg-ellátás fejlesztése ezért nemcsak az érintettek állapotát javíthatná, hanem az egészségügyi kiadásokat is csökkenthetné.

A tanulmány egyik fontos megállapítása, hogy az aktív kórházi kezelés lezárása után gyakran nincs megfelelő továbblépési lehetőség. A beteg már nem maradhat a kórházban, de további ápolást, rehabilitációt, pszichiátriai gondozást vagy gyógyszeresedési támogatást igényelne. A hajléktalanellátó intézményekben ugyanakkor sokszor nem állnak rendelkezésre az ehhez szükséges személyi és tárgyi feltételek. Emiatt az egészségügyi feladatok részben a szociális ellátásra hárulnak át, megfelelő finanszírozás és szakmai kapacitás nélkül.

Ez különösen alátámasztja olyan köztes, egészségügyi és szociális feladatokat egyaránt ellátó szolgáltatások szükségességét, amelyek a kórházi kezelés és a hagyományos hajléktalanszálló között biztosítanak stabilizációt, ápolást, rehabilitációt és pszichiátriai utánkövetést.

A specializált ellátás megítélése ugyanakkor nem egyértelmű. Ezek a szolgáltatások valódi hozzáférési lehetőséget teremtenek, ugyanakkor elkülönült működésük az egészségügyi szegregációt erősítheti. A tanulmányból az következik, hogy a speciális szolgáltatásokra szükség van, de nem helyettesíthetik az általános állami egészségügyi rendszer hozzáférhetőbbé és befogadóbbá tételét.

Néhány adat a szükségletek nagyságának alátámasztására a BMSZKI ügyfélköréről:

⁴ Id. mű: 8. o

A BMSZKI-ban szolgáltatásokat igénybe vevő hajléktalan emberek 30-35%-a érintett pszichiátriai problémákkal, köztük meglehetősen sok az úgynevezett nagy kórképes beteg, és egyre több a demenciával élő ember.

A BMSZKI átmeneti szállásaira a felvételi beszélgetéseket egy külön munkacsoport (Felvételt előkészítő team – FET) intézi. Itt a kollégák, szükség esetén egy – az Ébredések Alapítvánnyal közösen kidolgozott – felmérő teszttel térképezik fel azt, hogy van-e a jelentkezőnek olyan mentális betegsége, amit az elhelyezés során szükséges figyelembe vennünk. Szükség esetén a jelentkezőt az Alapítvány pszichiátere is meghallgatja és egyben segítséget is ajánl a számára.

A FET gyűjti azokat a felvételi beszélgetésre jelentkezők legfontosabb mutatóit. Ezek alapján 2020 és 2023 között 7 – 8,5% között mozgott a vélelmezhetően pszichiátriai betegséggel küzdő jelentkezők aránya, további 7,5 – 13,9% között a diagnosztizált pszichiátriai betegek aránya (N=1280-173 fő). Külön kategóriát képeznek a diagnosztizált és kezelt pszichiátriai betegek, arányuk 3 és 7% között mozgott ezekben az években. (Teljes adatsort lásd a mellékletekben: 1. sz táblázat.)

A Gyáli Átmeneti szálló, mely az egyik olyan épületünk, ami lifttel rendelkezik és ezért ez az egyik olyan szálláshely, ahol idősebb embereket tudunk elhelyezni. 2023-ban saját belső felmérést is készítettek itt a kollégáink azzal a céllal, hogy számszerűsíthető adatokkal is rá tudjanak arra nézni, hogy milyen mértékben befolyásolta a szociális munkát a gondozási szükséglettel rendelkező, romló egészségi állapotú ügyfelek jelenléte. A szálló 210 férőhelyes, 2023-ban 149 fő új beköltözőjük volt. Az adatfelvétel az esetkezelő szociális munkások közlésén alapult és összesen 285 fő bentlakóról tartalmaz adatokat. **Ennek alapján elmondható, hogy az elhelyezett ügyfelek 60%-a szenvedett valamilyen krónikus betegségben, 7,3%-uk demenciával élő, 29,5%-uk pszichiátriai betegséggel élő, 15,3%-uk valamilyen fizikai fogyatékkal él, szintén 15% azok aránya, akiknek az önellátási képessége leírható módon csökkent, és csaknem a bentlakók 23%-ról gondolták úgy a kollégák, hogy valójában nem alkalmas a hajléktalanok átmeneti szállásán való elhelyezésre.** (Részleteket lásd a mellékletekben: 2.sz. táblázat)

A Gyáli Átmeneti szállás néhány éve még a BMSZKI egyik kiléptető szállója volt, ahonnan önálló lakhatásba és a nyílt munkaerőpiacra gondoztuk a bentlakók zömét. A szálló profilja nem tudatos tervezés mentén alakult át, hanem egyszerűen kénytelen volt követni a felmerülő szükségletek irányát.

A BMSZKI az összes átmeneti szállásán és éjjeli menedékhelyén gyűjt adatokat az egyéni esetkezelésben részesülő ügyfelekről. A személyes szociális munkások az egész év során általuk segített emberekről adják meg ezeket az adatokat. **A 2025-ben, személyes szociális munka keretén belül egyéni esetkezelésben részesült 3144 ügyfél közül 22 százalék diagnosztizált pszichiátriai beteg volt, további 13 százaléknál a szociális munkások pszichiátriai problémát valószínűsítettek.** A diagnosztizált és feltételezett demencia együttes aránya csaknem elérte a 10 százalékot (a teljes 3144 fős esetszámon belül). **Az ügyfelek közel fele mindennapi életviteléhez, illetve egészségügyi gondozásához is segítséget igényelt.** (részleteket lásd a mellékletekben: 3.sz. táblázat)

Magyarországon jelenleg a becslések szerint **150–170 ezer ember él demenciával**, ami a teljes népesség **körülbelül 1,6–1,8%-át** jelenti. Az Alzheimer Europe, 2025 modellbecslése szerint Magyarországon **162 117 demenciával élő ember** van, ami **a teljes lakosság 1,68%-ának** felel meg.⁵ Mivel a demencia döntően időskori betegség, az életkor előrehaladtával az előfordulása meredeken emelkedik, 60-69 év között 1-2%, 70-74 év között 3-5% a demencia előfordulásának aránya.

A BMSZKI ügyfélköre átlagosan jóval idősebb és egészségileg sérülékenyebb, mint a teljes magyar lakosság. Az ügyfelek átlagosan **közel 9 éve élnek hajléktalan helyzetben**, és egyre nagyobb arányban jelennek meg az idős, multimorbid, pszichiátriai és kognitív problémákkal küzdő emberek. Emiatt a demencia előfordulása a BMSZKI ellátottjai között **lényegesen magasabb**, mint az országos átlag. Majdnem **3% a diagnosztizált demens betegek aránya és 6% (!) a szociális munkás kollégák becslése szerint a vélhetően demenciával élő, de még nem diagnosztizált betegek aránya**.

A hajléktalanságban élő embereknél a **korai kognitív hanyatlás és a demencia fiatalabb életkorban is megjelenhet**, amit a tartós stressz, a traumák, a szerhasználat, a kezeletlen krónikus betegségek és az egészségügyi ellátáshoz való nehezebb hozzáférés egyaránt elősegíthet. Ezt napi szinten tapasztaljuk meg az ellátásainkban. A fiatal vagy fiatalabb (tehát az öregségi nyugdíjkorhatárt be nem töltött) demenciával élő hajléktalan emberek tartós bentlakásos intézménybe vagy bármilyen, az állapotuknak jobban megfelelő ellátásba való juttatása gyakorlatilag lehetetlen.

Magyarországon jelenleg nincs olyan bentlakásos ellátási forma, amely kifejezetten a fiatalabb életkorú, demenciával, pszichiátriai betegséggel, szenvedélybetegséggel és más krónikus egészségügyi problémákkal egyidejűleg élő emberek komplex szükségleteire épülne. Ennek következtében e célcsoport jelentős része a hajléktalanellátásban marad, noha annak jogszabályi, finanszírozási és szakmai keretei eredetileg nem erre a feladatra jöttek létre.

Az Előd Éjjeli menedékhely „B” épületében, a Bánya utcában egy speciális éjjeli menedékhelyet működtetünk. A felső szinten 50 év feletti, elsősorban életkoruk, egészségi és/vagy mentális állapotuk miatt védettségre szoruló férfi ügyfeleket, az alsó szintjén kizárólag korábban tartósan közterületen élőket fogadunk. Napi háromszori étkezést, pszichiáter, pszichológus jelenlétét, ápoló-gondozó személyzetet, gyógyszerelést biztosítunk.

2025. májusában az alábbi szükségletekkel élő emberek voltak elszállásolva az épületben (64 férőhelyen – a helyzet azóta sem lett jobb):

- 15 fő demenciával élő ember
- 14 fő, aki demencia vagy mozgásszervi megbetegedés miatt egyáltalán nem tudja kísérés vagy szállítás nélkül egyedül elhagyni az intézményt
- 16 fő ápolási, gondozási szükséglettel rendelkező

⁵ alzheimer-europe.org

– 21 fő mentális zavarral élő

Jól látszik ebből, hogyha egy szálláshely elköteleződik a többszörös hátránnyal rendelkező, legkiszolgáltatottabb célcsoportba tartozók ellátása mellett és a fizikai adottságok is alkalmasak erre, akkor ott nagyon rövid idő alatt koncentrálnak ezek az emberek. A szálláshely zárt udvarral rendelkezik, jól megközelíthető, mégis kicsit védettebb helyen. Nem nagy és a szobák mérete is viselhető. Mindezek lehetővé teszik pl. a demenciával élők fogadását itt.

Egy ilyen típusú ellátás finanszírozása ugyanakkor sokkal drágább, mint egy normál éjjeli menedékhelyé, és csak azért tudjuk működtetni, mert a fenntartó Fővárosi Önkormányzat többletforrást biztosít, amit pályázati forrásokkal, adományokkal kiegészítünk, ha tudunk.

A MENTÁLIS ZAVARRAL ÉLŐ HAJLÉKTALAN EMBEREK ELLÁTÁSA A BMSZKI-BAN

A BMSZKI-ban elemeiben **már létezik** olyan integrációt célzó mentális egészségügyi gyakorlat, amely szakmai logikája jól illeszkedik a WHO közösségi mentális egészségügyi ajánlásaihoz és több európai ország közösségi, Housing First- és multidiszciplináris modelljeihez.

A BMSZKI jelenleg több, részben egymásra épülő szolgáltatási formában biztosít mentális egészségügyi támogatást a hajléktalan emberek számára. A szolgáltatások egy része saját egészségügyi ellátásként működik, egy része az **Ébredések Alapítvánnyal** kialakított együttműködés, illetve projektfinanszírozás keretében valósul meg, más részük pedig a szociális ellátórendszerben részben normatív, részben pályázati és önkormányzati finanszírozással biztosított szolgáltatás. Együttesen ezek egy olyan komplex rendszert alkotnak, amely ötvözi a pszichiátriai szakellátást, a pszichológiai támogatást, a közösségi pszichiátriát, a tapasztalati szakértők bevonását, addiktológiai fókuszú segítségnyújtás és a szociális ellátórendszerben hajléktalan emberek számára igénybe vehető lakhatási, foglalkoztatási, szociális segítségnyújtást.

A rendszer fő gyengesége nem az, hogy hiányozna az integráció szakmai logikája, hanem az, hogy ez az integráció szervezeti megállapodásokra, pályázati forrásokra és helyi innovációkra épül.

A jogi szabályozás és a finanszírozási struktúra a hajléktalanellátást és a pszichiátriai ellátást külön szolgáltatási kategóriákban kezeli, nem betegutakat, együttműködést és felépülést, hanem intézményeket, ágyszámokat, kapacitásokat keretez és finanszíroz.

A hajléktalan átmeneti szállások és éjjeli menedékhelyek minimális személyi feltételei nem tartalmazznak intézményesített, folyamatos pszichiátriai/pszichológiai teamet, és az egészségügyi ellátók szabályozási és finanszírozási környezete is gátolja sok esetben a hajléktalan emberek hozzáférését a mentális egészség javítását, a gyógyulást, felépülést célzó egészségügyi szolgáltatásokhoz. Hogy a BMSZKI hosszú évek óta a „psi” szolgáltatásainak egy jelentős részét olyan pályázati programokból kénytelen finanszírozni, mint például a Hajléktalanokért Közalapítvány országos pályázata, amik kifejezetten azokat a programokat finanszírozzák, amelyeket a normatív vagy

NEAK-források nem fednek le; ez önmagában jelzi, hogy az integrált mentális egészségügyi munka jelenleg **kiegészítő, nem pedig beépült közszolgáltatási elem**.

A szolgáltatások nem egyetlen intézményben koncentrálnak, hanem a hajléktalan emberek teljes ellátási útját végig kísérik – az utcai szociális munkától az átmeneti szállásokon át az egészségügyi szakellátásig. Bár ezen szolgáltatásoknak egyes elemei még nem rendelkeznek sok éves tapasztalattal, a rendszer működtetésének egésze folyamatos finanszírozási olykor humánerőforrásproblémával küzd és a fiatal pilotprojektek számos gyerekbetegségét is hordozza, a BMSZKI a gyakorlatban már ma is a közösségi mentális egészségügyi rendszer egyik meghatározó szereplőjeként működik.

Az integrált szolgáltatásként való működés legnagyobb kihívása még „házon belül is” az egy rendszerben való gondolkodás és irányítás. Ennek részben oka az egyes szolgáltatási elemek finanszírozása: **ahány szolgáltatás, annyi projekt, annyi támogatói vagy finanszírozói elvárás, annyi különböző irányítási struktúra – amik részben olykor ellentmondanak egymásnak.** Így például az egyéni szükségleteknek való megfelelés szakmai elvárása ellent tud mondani a rosszul célzott indikátorok teljesítési kényszerének, vagy az egészségügyi szolgáltatások NEAK finanszírozási rendszerének logikája a szociális ellátások szükségletalapú szemléletének. Előbbi a hatékonyság egyik mérőszámaként a gyorsaságot rendeli, vagyis **az egészségügyi szolgáltató célja a minél gyorsabb elbocsátás stabilizált állapotban, miközben a szociális ellátó célja a minél önállóbb, minél több szükségleti területen pozitív elmozdulást vagy legalább szinten tartást garantáló állapotba hozás – akár hosszabb ellátási idő rovására is.** Ez utóbbi ellentét sok konfliktushoz vezet az intézményeinkben – még egy ellátóhoz tartozó egészségügyi és szociális szolgáltatások esetében is. De humánerőforrás kapacitás hiány is nehezíti az integrált működtetést, hisz amíg mind irányítási, mind szolgáltatásnyújtási szinten a finanszírozás csak tűzoltás jellegű működtetést tesz lehetővé, addig a rendszer nem tudja kigazdálkodni a kellő időt az egységes rendszerben való működtetésre. De ezen házon belül is van mit javítanunk.

A következő oldalakon részletesen is bemutatjuk ezeket a szolgáltatási elemeket és a hozzájuk kapcsolódó nehézségeinket, kihívásainkat.

A BMSZKI MENTÁLIS ZAVARRAL ÉLŐKET SEGÍTŐ SZOLGÁLTATÁSI RENDSZERE 2026-BAN

	Szolgáltatási elem	Fő feladat és célcsoport	Kapacitás, elérés	Legfontosabb jellemzők és korlátok
1.	Ápoló-gondozó személyzet a szállásnyújtó intézményekben	A csökkent önellátási képességű, demenciával, pszichiátriai betegséggel, mozgáskorlátozottsággal vagy krónikus betegséggel élő ügyfelek mindennapi támogatása. Gyógyszerelés segítése, higiénés támogatás, kötözés, sebkezelés, bevásárlás, kísérés, orvosi kapcsolattartás.	A BMSZKI 22 telephelyén évente 12–15 fő dolgozik főállásban ilyen jellegű munkakörben. Pályázati forrásokból igyekszünk ezt folyamatosan kiegészíteni. A leginkább érintett telephelyeken szakmailag indokolt lenne a hét minden napján legalább napi 12 órás szakképzett ápolói jelenlét .	Minimum 5-700 olyan ember van egy időpillanatban az intézményeinkben, akik ilyen irányú segítségre szorulnak! Miközben az éjjeli menedékhelyek esetében a jogszabályi környezet a gondozást – mint biztosítható szolgáltatási elemet. nem is tartalmazza! Az ápoló-gondozók nem helyettesítik a szociális munkásokat: a két munkakörre párhuzamosan van szükség, de a létszámkorlátok és a rendelkezésre álló erőforrások ezt nem teszik lehetővé. A jelenlegi létszám nem elegendő, ezért sok gondozási feladat a szociális munkásokra hárul.
2.	Saját pszichiátriai szakellátás	Pszichiátriai diagnosztika, kezelés, gyógyszeres terápia és gondozás hajléktalan emberek számára, a speciális élethelyzetükhöz igazodó hozzáféréssel.	A Kőbányai út 22. alatti járóbeteg-rendelőben 2003 óta, heti 20 órában , NEAK-finanszírozással működik. Ellátások száma: 2022-ben 3777, 2023-ban 4129, 2024-ben 4241, 2025-ben 3936. Munkájukat a szálláshelyekre és az utcaközeli intézményekbe vitt a 3. és 5. pontban bemutatott pszichiáter szolgáltatások egészítik ki.	A betegkör egy-egy alkalommal körülbelül 20 percnyi ellátást igényelne, ami éves szinten mintegy 2802 szakmailag megfelelően teljesíthető ellátást jelent. A rendelés 2025-ben ezt 40,5%-kal meghaladó forgalmat teljesített, ezért jelentős a túlterheltség.
3.	Közösségi pszichiátriai szolgáltatás az intézményekben	Helyszíni, felépülésközpontú pszichoszociális rehabilitáció mentális zavarral élő hajléktalan embereknek. A team pszichiáterből, közösségi pszichiátriai gondozóból, pszichológusból, tapasztalati	A BMSZKI és az Ébredések Alapítvány együttműködése 2018-ban három intézményben indult. Jelenleg hat szállásnyújtó intézményben , valamint az átmeneti szállások felvételét végző Ügyfélszolgálati Irodában érhető el.	Felvételkori mentális állapotfelmérés, rendszeres esetmegbeszélés, intézménybe vitt szolgáltatás és alacsony lemorzsolódás jellemzi. Működő, kipróbált modell, de a bővítésre 2018 óta érdemi állami forrás nem áll rendelkezésre. A finanszírozásért évről

		szakértőből és intézményi szociális munkásból áll.	2024-ben 126 új BMSZKI-s kliens jelent meg az Ébredések ambuláns ellátásában; 54-en egyszer, 72-en többször.	évre küzdeni kell. Országosan nem vált stabilan finanszírozott szolgáltatási formává a közösségi pszichiátriai ellátás jelenléte a hajléktalanellátó intézményekben.
4.	Pszichológiai ellátás	Egyéni pszichológiai tanácsadás, bizalomépítés, veszteség- és traumafeldolgozás, feszültség szabályozás, a kapcsolati és életvezetési nehézségek támogatása.	Két főállású pszichológus dolgozik változó helyszíneken, összesen 6-8 telephelyen . Éves szinten ők 150-200 ember számára biztosítanak pszichológiai konzultációt. Munkájukat részben az Ébredések Alapítvány közösségi pszichiátriai ellátásában dolgozó, részben az 5. pontban bemutatott programban és pályázati projekteken finanszírozott kollégák egészítik ki.	A segítség az ügyfelek számára helyben, saját intézményünkben válik elérhetővé. A bizalom kialakítása és a segítő folyamat melletti elköteleződés gyakran hosszabb időt igényel. A két fős kapacitás a BMSZKI teljes ügyfélköréhez és telephelyi hálózatához képest alacsony – ezen segítenek az említett kiegészítő kapacitások – de azok finanszírozása instabil és kiszámíthatatlan.
5.	P-Mobil program	Pszichiátriai, pszichológiai, tapasztalati szakértői segítség közterületen élő vagy közvetlenül közterületről szállásra költöző embereknek. Pszichiáter, pszichológus, tapasztalati szakértő és utcai szociális munkás közös munkája. A program szakemberképzést is tartalmaz.	2024 novembere óta pszichiáterek 159 főt , pszichológusok 132 főt , tapasztalati szakértők 45 főt értek el.	A segítséget az „utcaközel” intézményekbe, szükség esetén közvetlenül a közterületre viszi. A közvetlen ügyféllátás mellett konzultációt és képzést biztosít a szociális munkásoknak. Fő kockázata a megfelelő szemléletű és szabad kapacitású pszichiáterek bevonása, valamint az évenként külön biztosítandó finanszírozás.
6.	Dedikált szálláshelyek pszichiátriai beteg hajléktalan emberek számára	Olyan mentális zavarral élő, gyakran multimorbid ügyfelek befogadása, akiknél pszichiátriai, addiktológiai, szomatikus és mozgásszervi problémák egyidejűleg vannak jelen.	A Kálvária (48 fh, nők, ffiak) és a Táblás (80 fh, nők, ffiak) átmeneti szállás , valamint a Váci éjjeli menedékhely (77 fh, nők) működik ilyen profillal.	A stábtagnak többsége közösségi pszichiátriai képzésben részesült, és a közösségi pszichiátriai ellátás helyben elérhető. A célcsoportnak nincs önálló jogszabályi kategóriája, speciális szakmai standardja vagy célzott finanszírozása. Az igény meghaladja a kapacitást, hosszúak a várólisták.

7.	Mentális egészséget támogató egyéb egészségügyi ellátások	A testi és mentális problémák együttes kezelése: háziorvosi ellátás, ügyelet, lábadozó, járóbeteg-szakellátás, krónikus belgyógyászat és ápolási osztály.	Két helyszínen működik 24 órás hajléktalan-háziorvosi ellátás. Lábadozói kapacitás ¹ : 57 férőhely a Kőbányai úton, valamint 18+8 férőhely a Szabolcs utcában. A krónikus belgyógyászati osztály 50 , az ápolási osztály 23 férőhelyes . Járóbeteg-szakellátásként (a már említett pszichiátria mellett), bőrgyógyászat és nőgyógyászat érhető el.	A szolgáltatások megkönnyítik a mentális zavarral élő emberek egészségügyi ellátását. A kapacitások azonban telítettek, és a lábadozó, illetve a fekvőbeteg-ellátás részben szociális „pufferként” működik, mert a távoztatható betegek számára nincs megfelelő tovább lépési lehetőség. Az ügyfélkör „túl beteg” a szállókhoz, „nem elég beteg” a kórházhoz. Nincs az állapotuknak megfelelő ellátási forma.
8.	Törekvések traumainformált, mentális egészséget támogató fizikai környezet kialakítására	A stresszt és túlterhelődést csökkentő, biztonságosabb, áttekinthetőbb, emberléptékű intézményi környezet kialakítása, különösen traumát, pszichózist, autizmust, demenciát vagy szorongásos zavart megtapasztaló emberek számára.	Nem önálló férőhely-kapacitás, hanem több fejlesztésben megjelenő szemlélet. Példák: PIE4shelters projekt, 2018–2020; BMSZKI–MOME együttműködés; könnyen érthető vizuális kommunikáció és piktogramrendszer; traumaérzékeny nőgyógyászati rendelő.	A fizikai környezetet az ellátás szakmai eszközének tekinti. A kisebb létszámú, otthonosabb, jól áttekinthető terek támogatják a biztonságérzetet, az önállóságot és a felépülést. A fejlesztéseket erősen korlátozza a régi, eredetileg más célra épült ingatlanállomány és a beruházási források hiánya.
9.	Támogatott lakhatás pszichiátriai betegek számára	Önállóbb életvitel és lakhatás biztosítása olyan pszichiátriai beteg ügyfeleknek, akiknek tovább lépését a hagyományos hajléktalanellátás intézményi keretei akadályozzák. A lakhatást nem a gondozás végpontjaként, hanem a felépülés egyik feltételeként kezeli.	A szolgáltatás várhatóan 2026 decemberében nyílik meg, legfeljebb hat fő számára. Az MR Községi Lakásalappal együttműködésben, a TL2024 pályázat keretében valósul meg.	Magyarországon a támogatott lakhatás a hajléktalan emberek számára gyakorlatilag nem hozzáférhető. A fejlesztés kis léptékű, de fontos precedenst teremthet a pszichiátriai betegséggel élő hajléktalan emberek szükségletalapú ellátására.

¹ A lábadozó egy olyan ellátási forma, ami bár már legalább két évtizedes múltra tekint vissza, nem szabályozza azt a Szociális tv. Akut egészségügyi ellátásra szoruló hajléktalan emberek minimális szintű egészségügyi ellátása biztosított ezekben. Nem tartós ápolás gondozást biztosító intézmények. Finanszírozásuk bonyolult: a 24 órás eü centrumokhoz rendelt egészségügyi kapacitás terhére biztosítható egészségügyi személyzet és ha éjjeli menedékhelyként vannak pl. engedélyeztetve, akkor a szociális munka és némi fenntartási költség pedig abból biztosítható. Gyógyszer, étkeztetés stb. költsége csak fenntartói vagy pályázati kiegészítő forrásból oldható meg.

10.	Fejlesztő foglalkoztatás	Fogyatékossgal élő vagy megváltozott munkaképességű, köztük mentális zavar miatt a nyílt munkaerőpiacon azonnal elhelyezkedni nem tudó emberek képességeikhez és állapotukhoz igazodó foglalkoztatása.	A program 2018 óta működik; 2025-ben 13 telephelyen volt elérhető. 2024-ben 25 tovább foglalkoztatott személlyel indult az év, év végén 31 fő dolgozott. Az év során 52 első interjú történt, 41 fő került be, 43 fő foglalkoztatása fejeződött be. Közülük 18 fő a nyílt munkaerőpiacon , 3 fő védett munkahelyen helyezkedett el , ami együttesen 48,84% .	Értékteremtő, az egyéni állapothoz igazodó munkát biztosít, például takarításban, zöldterület-kezelésben, irodai szolgáltatásokban, mosodai vagy hulladékgyűjtési feladatokban. A foglalkoztatás egyszerre támogatja a rehabilitációt, az önértékelést, a napi struktúrát és a társadalmi részvételt.
11.	A kollégák mentális egészségének támogatása	A kiégés, a másodlagos traumatizáció és a szakmai izoláció megelőzése; a szakmai kompetencia, a reflektív működés és a támogató szervezeti kultúra erősítése.	A rendszer elemei: egyéni és teamsupervízió; éves továbbképzési terv szerinti szakmai továbbképzések, műhelyek; különös tekintettel az érzelemszabályozási készséget, a bántalmazással kapcsolatos tudást gyarapító képzésre és műhelyre; saját, akkreditált 50 órás közösségi pszichiátriai képzés ; új vezetők féléves mentorprogramja; esetmegbeszélések; támogató monitorozás; munkahelyi traumát elszenvedők számára pszichológiai segítségnyújtás; rekreációs programok; szakmai napok.	Intézményünk a munkatársak mentális jóllétét nem jóléti többletként, hanem a biztonságos és színvonalas ellátás feltételeként kezeli – bár néhány eleméhez erősen korlátozott a hozzáférés, legfőképpen az azt biztosítani hivatott humánerőforrás-kapacitás elégtelen mivolta és a finanszírozási utak korlátai miatt. Az egyéni támogatás önmagában nem tudja ellensúlyozni a szakemberhiányból, az infrastruktúra állapotából és az ellátórendszer hiányosságaiból fakadó terhelést.
12.	Szenvedélybetegek felépülését, ellátását segítő szolgáltatások	Szenvedélybetegek, szerhasználók számára részben alacsony küszöbű szolgáltatások, egészségügyi szűrések és felépülést, józanodást segítő programok különböző szálláshelyeken.	A kapacitásokat, nehézségeket és a szolgáltatás elemeit lásd a 12. pontban és a 36. oldalon kezdődő táblázatban kifejtve	

A következő oldalakon ezeknek az elemeknek a kifejtése olvasható.

1. ÁPOLÓ, GONDOZÓ SZEMÉLYZET FOGLALKOZTATÁSA A SZÁLLÁSNYÚJTÓ INTÉZMÉNYEKBE

Bár lehet, hogy elsőre nem annyira egyértelmű, hogy a mentális egészség megőrzéséhez vagy javításához hogyan járul hozzá az ápoló, gondozó személyzet foglalkoztatása a hajléktalanellátó intézményekben, mégis érthetőbbé válik, ha látjuk a rendszer egyik kulcshibáját, azaz azt, hogy a hajléktalanellátás ügyfélköre mára idős, beteg, mentális zavarral élő, mozgássérült és ápolási, gondozási szükségletekkel rendelkezik, miközben a hajléktalanellátás szerkezete ehhez egyáltalán nem alkalmazkodott. **Jogilag a hajléktalan személyek átmeneti szállása és az éjjeli menedékhely az önellátásra képes emberekre van szabva. Vagyis a jogszabályi kategóriák és a BMSZKI-ba érkező komplex, többszörös egészségügyi, mentális és szociális szükségletekkel élő emberek csoportja között strukturális rés keletkezik: a részben önellátó, demens, súlyos pszichiátriai vagy komplex szomatikus-pszichiátriai állapotú emberek egy része egyik jelenlegi fő ellátási „dobozba” sem illik bele zavartalanul.** Van tehát az ellátásban jelenleg egy bináris kényszer, hogy az ügyfél vagy „túl beteg” a szállóhoz, vagy „nem elég beteg” a kórházhoz, tartós bentlakásos, ápolást-gondozást nyújtó intézményhez. Vagy túl beteg ezekhez is: a multimorbiditással élő hajléktalan emberek elhelyezése, továbbirányítása szinte lehetetlen.

Ahogy a fenti táblázatokban jól látszik, nem csak a speciális szálláshelyeinken probléma az önellátási képesség teljes vagy részleges elvesztése. Ezen hajléktalan emberek ellátásához elengedhetetlen az ápoló, gondozó személyzet! Munkájuk más-más az egyes szállásokon élők szükségleteihez és a kollégák végzettségéhez igazodva, de alapvetően az alábbi tevékenységeket látják el:

- kapcsolattartás az orvosokkal, pszichiáter, pszichológus munkatársakkal (időpontok, gyógyszerelés, kötözés stb. kérdésekben) – szociális munkás támogatással
- gyógyszerelésben való segítségnyújtás
- személyes higiéné segítése: fürdés, mosás, takarítás segítése
- időpontkérés orvosi vizsgálatra
- szállítás, kísérés
- bevásárlás, gyógyszerkiváltás
- étkezésben való segítségnyújtás
- kötözés, sebkezelés

Ezen feladatokat ellátó kollégák munkája rendkívül fontos, **nélkülük már nem lennének képesek ellátni a gondozási szükséglettel rendelkezőket.** Nincsenek azonban elegenden (12-15 főt foglalkoztatunk általában ilyen jellegű munkakorban a BMSZKI-i 22 telephelyén főállásban egy-egy évben), gyakran a szociális munkás kollégáknak is részt kell venniük a segítői, gondozói feladatokban, miközben a tapasztalatunk az, hogy **ezeknek az embereknek ezzel párhuzamosan nem csökken a szükséglete a személyes (esetkezelői) szociális munkára,** csak annak tartalma más az aktív, önellátási képességüknek teljes egészében birtokában lévő ügyfeleinkhez képest. Erre a személyes esetkezelői munkára azonban egyre kevesebb kapacitás és energia marad, az ápolás-gondozási

szükségletek kielégítésének szükségessége miatt. Ez tovább rontja az ügyfelek más szolgáltatásokhoz való hozzájutásának esélyeit és komoly kockázatot jelent a kollégák mentális egészségének romlása, a kiégés tekintetében.

A tartós bentlakásos intézményekhez való hozzájutás segítése, a gondnokokkal, kezelő orvosokkal, családtagokkal való kapcsolattartás, a jövedelem rendezés és gyakran épp az önellátási képesség elvesztéséből eredő gyászmunka támogatása, a még meglévő önellátási képességek minél tovább való megőrzése vagy a mentális zavarral élők esetében a felépülést segítő szociális munka éppolyan fontos, mint a munkaerőpiaci integráció segítése azokban az esetekben, ahol ez még lehetséges. Ezért **nem lehet egyszerűen a meglévő munkaerőállományt lecserélni és nagyobb arányban foglalkoztatni szociális munkatársak helyett ápoló, gondozó kollégákat. Munkájukra párhuzamosan van szükség.**

2. SAJÁT PSZICHIÁTRIAI SZAKELLÁTÁS

2003 decembere óta heti 20 órában pszichiátriai szakrendelést is működtetünk, NEAK finanszírozással, a Kőbányai út 22. szám alatti járóbeteg rendelőben.

A BMSZKI Egészségügyi Szolgálatának elmúlt 5 éves szakmai beszámolói már a vizsgált időszak elején egyértelműen jelezték, hogy a gyógyulás utáni továbblépés a szűk keresztmetszet. A 2020-as és 2021-es beszámolók szerint a betegek gyakran éjjeli menedékhelyre távoznak, mert az átmeneti szállásokon várólista van, miközben a mentális állapotuk miatt önellátásra képtelen ügyfelek elhelyezése sokszor eleve nem lehetséges, mivel a szükséges gondozási feltételek hiányoznak. Ugyanezek a jelentések már akkor arról írtak, hogy az ilyen ügyfelek időnként a lábadozóban vagy a fekvő osztályon várják ki az idősök otthonába kerülést, tehát a fekvő- és lábadozókapacitás részben szociális „pufferként” működik.¹ Ugyanerről számolnak be az egészségügyi ellátás más fekvőbeteg intézményei is.

A pszichiátriai terhelés a járóbeteg-ellátásban végig magas volt, majd 2022-től már pontosan követhetően emelkedett. A pszichiátriai szakrendelés heti 20 órában működik; 2022-ben 1014 személy 3777 ellátása történt, 2023-ban 1108 személy 4129 ellátása, 2024-ben 1138 személy 4241 ellátása, 2025-ben pedig 3936 ellátás. A 2025-ös beszámoló már nemcsak túlterheltséget említ, hanem azt is rögzíti, hogy a rendelőben megjelenő betegkör egy-egy alkalommal kb. 20 percnyi ellátási időt igényelne, ami éves szinten körülbelül 2802 „jól kezelhető” ellátást jelentene; **ehhez képest 2025-ben a szolgálat 40,5%-kal több pszichiátriai ellátást nyújtott.** Ez igen erős bizonyíték arra, hogy a jelenlegi rendelési óraszám és humánerőforrás már nem felel meg a valós szükségletnek.

3. KÖZÖSSÉGI PSZICHIÁTRIAI SZOLGÁLTATÁS AZ INTÉZMÉNYEKBEN

A BMSZKI 2018-ban együttműködési megállapodást kötött az Ébredések Alapítvánnyal a mentális zavarral élő, hajléktalan emberek közösségi pszichiátriai ellátására. A modell három BMSZKI-

¹ <https://www.bmszki.hu/hu/rolunk/intezmenyi-beszamolok>

intézményből indult, majd további egységekre terjedt ki; benne pszichiáterek, közösségi pszichiátriai gondozók, pszichológus, tapasztalati szakértő és intézményi kapcsolattartó szociális munkások dolgoznak együtt, rendszeres esetmegbeszéléssel és felvételtől mentális egészségi szűréssel. Ez kifejezetten **intézményen kívüli multidiszciplináris teammunka**, ami szakmailag közel áll a WHO community outreach és peer support logikájához.²

A közösségi pszichiátriai gondozásban lévő hajléktalan kliensek száma és aránya 2018 és 2020 első negyedéve között érdemben nőtt: az Ébredések Alapítvány közösségi gondozottjai között a hajléktalan személyek aránya 2,6%-ról 9,8%-ra, majd 15,8%-ra emelkedett. A publikáció szerint a lemorzsolódás alacsony volt. További fontos eredmény, hogy 17 kliens ismételt állapotfelmérése alapján **egyetlen esetben sem romlott** a fogyatékosági index, több személynél pedig jelentős javulást mértek.

A program nem állt meg a 2020-as állapotnál. 2024-ben az Ébredések ambuláns ellátásában a BMSZKI-ban élő kliensek közül 126 új kliens jelent meg; közülük 54 egyszer, 72 többször vett részt ellátásban. Ez azt mutatja, hogy a modell **ténylegesen használt és fenntartott** szolgáltatás maradt, nem egyszeri pilot.³

A szolgáltatás jelenleg hat szállásnyújtó intézményünkben és a BMSZKI átmeneti szállásaira a felvételt biztosító ügyfélszolgálati irodákon érhető el.

A BMSZKI-Ébredések együttműködés már bizonyítja, hogy a pszichiáter, pszichológus, tapasztalati szakértő és szociális munkás közös, helyszíni munkája megvalósítható, hatékony és szükséges. A következő lépés az lenne, hogy ez ne egyedi megállapodás vagy projekt legyen, hanem országosan finanszírozható szolgáltatási forma.

4. PSZICHOLÓGIAI ELLÁTÁS

A pszichológiai szolgáltatások több szinten jelennek meg: a közösségi pszichiátriai ellátás keretein túl a BMSZKI főállásban is foglalkoztat pszichológus kollégákat, akik változó helyszíneken, de a szállásnyújtó intézményekben, helyben kínálnak szolgáltatásokat. 2 pszichológus 6-8 telephelyen biztosít ellátást, évente 150-200 ember nyújtva pszichológiai konzultációt.

Szintén érdemes volna picit többet foglalkozni a pszichológiai segítségnyújtás módszertanával – a BMSZKI az elmúlt években végig kísérte a klinikus képzésbe járó pszichológus kollégák vívódásait, aminek centrumában az állt, hogy hogyan NEM egyeztethetők össze sok esetben a képzésen tanult

² Bulyáki Tünde: Mentális zavarral, hajléktalanságban élő személyek segítése - a BMSZKI gyakorlatának rövid bemutatása <https://ojs.lib.unideb.hu/parbeszed/article/download/13138/11492/27343>

³ Bulyáki Tünde: Mentális zavarral, hajléktalanságban élő kliensek ellátása Szakmai beszámoló 2024 - <https://www.bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node%20-%2020698/Menta%CC%81is%20zavarral%20e%CC%81lo%CC%8Bk%20ta%CC%81mogata%CC%81s a.pdf>

információk/eszközök/szemlélet és a hajléktalan – mélyszegénységben élő ügyfelek szükségletei. A szemléletváltás szükségességéről és a képzési rendszerben szükséges változtatásokról a következő pontban még visszatérünk.

5. P-MOBIL PROGRAM – KÖZTERÜLETEN ÉLŐ VAGY KÖZTERÜLETRŐL SZÁLLÓRA BEKÖLTÖZŐ ÜGYFELEK RÉSZÉRE AZ ÚN. „UTCAKÖZELI SZÁLLÁSHELYEKEN” PSZICHIÁTER, PSZICHOLOGUS JELENLÉT BIZTOSÍTÁSA ÉS SZAKEMBERKÉPZÉS⁴

„A hajléktalan emberek hozzávetőlegesen 30%-a érintett mentális betegségekkel, ami az utcai szolgálatok ügyfeleinek körében is megjelenik, elhelyezésük pedig komoly nehézséget okoz. A közterületen élő vagy onnan hajléktalanszállóra beköltözött pszichiátriai beteg hajléktalan emberek ellátására és a velük dolgozó szakemberek tudásnövelése céljából egy pilot programot dolgoztunk ki 2023–2024-ben.” A projektet jelenleg a fenntartó Fővárosi Önkormányzat finanszírozza, de fenntartására minden évben külön forrást kell keresnünk. A projektet a BMSZKI a saját orvosi csapatával és az Ébredések Alapítvány szakembereivel közösen valósítja meg.

A program célja, hogy a közterületen élő vagy onnan szállásra költöző hajléktalan emberek számára az úgynevezett „utcaközel” intézményekben (tehát azokban a szolgáltatásokban, ahol kifejezetten utcán élők, vagy közvetlenül utcáról beköltözők vesznek igénybe szolgáltatásokat) vagy akár közvetlenül közterületen biztosítson „pszi” szolgáltatásokat, vagyis pszichiáter, pszichológus vagy tapasztalati szakértő által tartott konzultációt, beszélgetést, rendelést. A program fontos eleme, hogy az egészségügyi és szociális szakemberek egy közös teamet alkotva, együtt dolgoznak a segítségnyújtás folyamatában, a „pszi” szakemberek konzultációs lehetőséget is biztosítanak a szociális szakemberek számára.

Az indulástól a projekt tervezett tartalmát 4 fő irány fogja össze:

- Pszichiátriai-pszichológiai fókuszú multidiszciplináris team működtetése a BMSZKI utcai szolgálataiban: pszichiáter, pszichológus, tapasztalati szakértő, utcai szolgálat munkatárs részvételével és szakmaközi együttműködés kialakítása az intézményi teamekben pszichiáter, pszichológus, tapasztalati szakértő és szociális munkások részvételével
- "Utcaközel" intézményekben, ahol leggyakrabban történik utcai szolgálatok által beszállított ügyfelek ellátása, pszichiáter és pszichológus jelenlét erősítése.

⁴ Baráz-Tegze Noémi, Biczók Zoltán, Dandé István, Kovács Ivetta, Makkai Hunor: BEFOGADÓ BMSZKI PROGRAM AKTUALIZÁLT VÁLTOZAT a fővárosban közterületen élők, éjszakázók számának csökkentése érdekében *munkaanyag*

https://www.bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node%20-%20657/BEFOGAD%C3%93%20BMSZKI_2.0._sz%C3%B6veg_250127-lektor%C3%A1lt-K%C3%89SZ%20honlap.pdf

- Szociális munkatársak tudás-építése a mentális betegségekkel élő ügyfelekkel végzendő munka mentén, a területre vonatkozó referensi hálózat kiépítése a BMSZKI intézményeiben. Érzékenyítő alkalmak, képzések megszervezése.
- Mentális betegséggel élő ügyfelek ellátása gyógyszerekkel.

A projektet az intézmény lépcsőzetesen, a tapasztalatokat folyamatosan monitorozva és átbeszélve, szükség szerint menet közbeni változtatásokkal valósítja meg.

A program az eddigi megvalósítási tapasztalatai alapján sikeresnek mondható. Összesen 159 hajléktalan embert láttak el a pszichiáterek, 132 főt a pszichológusok és 45 főt a tapasztalati szakértők 2024 novembere óta a programban. A mentális zavarral élők diagnosztizálása, gyógyszerekhez terápiás beszélgetésekhez juttatása, esetleg közösségi pszichiátriai ellátásba segítése éppúgy meg tud valósulni a programon keresztül, mint annak segítése, hogy a szociális munkások felismerjék, mik azok a gátló tényezők, amik egy-egy esetben azt okozzák, hogy az utcán élő hajléktalan ember minden segítséget elutasít és milyen eszközök lehetnek amik átlendíthetik kettejük kapcsolatát ezen.

A P-mobil program indulása óta a BMSZKI utcai gondozószolgálatánál 5 kolléga elvégezte a BMSZKI Ébredések Alapítvány közösségi pszichiátria akkreditált képzését, így már jelenleg minden teamtag rendelkezik ezzel a képesítéssel.

A program egyik fő rizikó-faktorát a megfelelő szemlélettel és szabad kapacitással rendelkező pszichiáter kollégák programba vonása jelenti. Az orvosok kiválasztásánál fontos szempont, hogy ne farmakológiai fókusszal, hanem inkább szociálpszichiátriai megközelítésben dolgozzanak.

Ahhoz, hogy hosszú távon könnyebben lehessen a komplex szükségletekkel rendelkező emberek mentális egészségének támogatásában elkötelezett szakembereket foglalkoztatni, szemléletváltásra is szükség van. Ennek legbiztosabb alapja, ha már a szakemberek képzésébe nagyobb hangsúllyal épülnek be az ehhez szükséges elméleti és gyakorlati tárgyak, vagy akár a képzési rendszer szerkezetének egésze megváltozik.

A nemzetközi ajánlások alapján nem egyszerűen több „szociális érzékenyítésre” volna szükség, hanem arra, hogy a pszichiáterek és pszichológusok képzésébe a biomedikális modell mellé egyenrangú szakmai alapként épüljön be a közösségi, recovery-, emberi jogi és szociálpszichiátriai megközelítés. A képzés önmagában azonban nem oldja meg a hozzáférési problémát: a közösségi munkához megfelelő állásokra, finanszírozásra, szakmai presztízsre és szupervízióra is szükség van.

A WHO 2025-ös ajánlásai szerint⁵ a mentális egészségügyi rendszerek jelentős részében továbbra is túlzottan meghatározó a biomedikális modell: a diagnózis, a gyógyszeres kezelés és a tünetcsökkentés kerül középpontba, miközben háttérbe szorulnak a mentális állapotot alakító társadalmi tényezők, például a lakhatás, a szegénység, az erőszak, a társas kapcsolatok, a foglalkoztatás és a társadalmi

⁵ Guidance on mental health policy and strategic action plans 2025 - <https://www.who.int/publications/i/item/9789240106833>

kirekesztés. A WHO ezért személy-, jog- és recovery-központú közösségi szolgáltatások fejlesztését, valamint az egészségügyi és szociális szektor gyakorlati együttműködését javasolja.

Olyan interprofesszionális képzésekre van szükség, amiben a pszichiáterek, pszichológusok, szociális munkások, ápolók és tapasztalati szakértők képzése részben közösen van megszervezve. Nem elegendő, hogy külön-külön megtanulják saját kompetenciáikat, majd a munkahelyen várjuk el tőlük az együttműködést.

Közös oktatási blokkok szükségesek mint például:

- esettriázs, közös esettervezés;
- kockázatértékelés;
- felépülési és krízisterv készítése;
- elbocsátás és visszautalás;
- feladat- és felelősségmegosztás;
- adatmegosztás;
- kettős diagnózis;
- lakhatási és jövedelmi problémák;
- közös esetkonferencia vezetése;
- pszichiátriai elbocsátás utáni utánkövetés;
- szociális és lakhatási szolgáltatásokkal végzett közös munka;
- tapasztalati szakértővel közös esetvezetés.

Olyan szakmai szocializációra van szükség, amelyben a leendő pszichiáterek és pszichológusok a közösségben, más szakmákkal és tapasztalati szakértőkkel együtt tanulnak dolgozni, majd ezen a területen kiszámítható, megfelelően fizetett és szakmailag támogatott pályát is találnak.

A hajléktalanellátó és más szociális intézmények nem csupán „érzékenyítő látogatások” helyszínei lehetnének, hanem **akkreditált közösségi mentális egészségügyi képzőhelyek**, ahol a szakemberek valós körülmények között sajátítják el a komplex szükségletek felismerését, a megkereső munkát, a megosztott gondozást és a recovery-alapú esetvezetést.

6. DEDIKÁLT SZÁLLÁSHELYEK MŰKÖDTETÉSE PSZICHIÁTRIAI BETEG HAJLÉKTALAN EMBEREK SZÁMÁRA

Pszichiátriai betegséggel együtt élő ügyfeleink befogadására évek óta működtetünk dedikált szálláshelyeket: a Kálvária és Táblás átmeneti szállásokat és a Váci éjjeli menedékhelyet. (Emellett persze valamennyi szálláshelyünkön élnek mentális zavarral élő emberek, ők teszik ki az ügyfelek egyharmadát.) Ezeken a szálláshelyeken gyakran látunk el multimorbiditással élő embereket, akiknél pszichiátriai, addiktológiai és krónikus szomatikus betegségek, mozgáskorlátozottság vagy más tartós egészségkárosodás egyidejűleg állnak fenn. A stábtagnak zöme részt vett a fent említett közösségi pszichiátriai képzésen és ezeken a telephelyeken a közösségi pszichiátriai ellátás szolgáltatásai is elérhetők.

A magyar hajléktalanellátás jogszabályi rendszerében jelenleg nem létezik önálló ellátási kategóriaként a komplex pszichiátriai szükségletű hajléktalan emberek célcsoportja. Ennek megfelelően sem külön szakmai standardok, sem célzott finanszírozás, sem speciális személyi feltételek nem kapcsolódnak ezekhez a szolgáltatásokhoz. A speciális részlegek ugyanazokból a finanszírozási és működési keretektől gazdálkodnak, mint a hagyományos átmeneti szállások vagy éjjeli menedékhelyek, miközben ügyfélkörük támogatási szükséglete lényegesen nagyobb.

A speciális férőhelyek iránti igény folyamatosan meghaladja a rendelkezésre álló kapacitást. A hosszú várólisták azt jelzik, hogy a jelenlegi ellátórendszer nem képes megfelelő számú, a komplex mentális egészségügyi szükségletekhez igazodó férőhelyet biztosítani. Emiatt sok pszichiátriai beteg ember olyan intézményekben marad, amelyek személyi és tárgyi feltételei nem erre a célcsoportra lettek kialakítva.

Mindezek alapján a BMSZKI speciális pszichiátriai részlegeinek tapasztalatai arra utalnak, hogy a mentális zavarral élő hajléktalan emberek ellátásának további fejlesztése nem kizárólag új szakemberek alkalmazását igényli. Szükség van a célcsoport önálló szakpolitikai elismerésére, a hozzá igazodó finanszírozásra, a közösségi pszichiátriai kapacitások bővítésére, valamint olyan kisebb léptékű, biztonságosabb és támogatott lakhatási formák kialakítására is, amelyek jobban illeszkednek a komplex szükségletű emberek felépüléséhez.

7. MENTÁLIS EGÉSZSÉGET TÁMOGATÓ EGYÉB EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSOK

A BMSZKI nem csupán szociális szolgáltató, hanem Magyarország egyik legkomplexebb, hajléktalan emberekre specializálódott egészségügyi–szociális integrált ellátórendszerét működteti. A szervezet szolgáltatásai között megtalálható:

- az alapellátás (háziiorvosi ellátás, ügyelet, lábadozó),
- a járóbeteg-szakellátás (pszichiátria, bőrgyógyászat, nőgyógyászat),
- a fekvőbeteg-ellátás (krónikus belgyógyászat, ápolási osztály, lábadozó),

Ellátás típusa	Ellátás	Helyszín	Férőhely
Alapellátás	24 órás hajléktalan-háziiorvosi ellátás	1087 Bp., Kőbányai út 22.	Lábadozó: 57
	Kiegészítő mozgó orvosi szolgálat		–
	Foglalkozás-egészségügyi ellátás		–
	24 órás hajléktalan-háziiorvosi ellátás	1135 Bp. Szabolcs utca 33–35.	Lábadozó: 18
	Kiegészítő mozgó orvosi szolgálat		+ 8
Járóbeteg-szakellátás	Bőrgyógyászati rendelés	1087 Bp., Kőbányai út 22.	–
	Pszichiátriai rendelés		–
	Nőgyógyászati rendelés	1134 Bp. Dózsa György út 152.	–
Fekvőbeteg-szakellátás	Krónikus Belgyógyászati Osztály	1135 Bp. Szabolcs utca 33–35.	50
	Ápolási Osztály		23

A mentális és testi egészség szorosan összefügg. A kezeletlen vagy nem megfelelően kontrollált krónikus betegségek – például a cukorbetegség – fokozhatják a pszichés tüneteket, rontják a kognitív funkciókat és az életminőséget, miközben a mentális zavarok megnehezítik a krónikus betegségek eredményes kezelését. Ez különösen igaz a komplex, multimorbid szükségletekkel élő hajléktalan emberek esetében, akiknél a pszichiátriai, addiktológiai és szomatikus betegségek gyakran egymást erősítő módon vannak jelen.

Az, hogy az egészségügyi szolgáltatások könnyebben elérhetők a mentális zavarral élők számára sokat jelent az ellátásban, a **kapacitásaink azonban ezekben elégtelenek.**

A BMSZKI Egészségügyi Szolgálatának elmúlt 5 évre visszamenő szakmai beszámolóiban ⁶ a szakemberek már a vizsgált időszak elején egyértelműen jelezték, hogy a gyógyulás utáni továbblépés a szűk keresztmetszet. A 2020-as és 2021-es beszámolók szerint a betegek gyakran éjjeli menedékhelyre távoznak, mert az átmeneti szállásokon várólista van, miközben a mentális állapotuk miatt önellátásra képtelen ügyfelek elhelyezése sokszor eleve nem lehetséges, mivel a szükséges gondozási feltételek hiányoznak. Ugyanezek a jelentések már akkor arról írtak, hogy az ilyen ügyfelek időnként a lábadozóban vagy a fekvő osztályon várják ki az idősek otthonába kerülést, tehát a fekvő- és lábadozókapacitás részben szociális „pufferként” működik.

A pszichiátriai terhelés a járóbeteg-ellátásban végig magas volt, (lásd a 2. Pontban), a háziorvosi és ápolási oldalon ugyanez a nyomás azonban még szélesebb körű. A 2024-es beszámoló szerint a BMSZKI alapellátási forgalma 2019-hez képest öt év alatt 48,2%-kal nőtt, 25 430-ról 39 254 ellátásra. Ugyanez a dokumentum a Kőbányai úti telephelyet már a teljesítőképessége felső határán működő rendszerként írja le, ami sürgős háziorvosi és ápolói kapacitásbővítési igénnyel.

A pszichiátriai és kognitív problémák súlyosságát a fekvőbeteg-ellátás leírása különösen erősen mutatja. A 2023-as, 2024-es és 2025-ös beszámolók már hangsúlyosan írnak az egyre gyakoribb, ráadásul egyre fiatalabb korosztályokat érintő demenciáról. A 2024-es és 2025-ös dokumentum szerint számos aktív korú, jó fizikumú beteget ápolnak súlyos demencia miatt; ezek az emberek társadalmi rehabilitációra végérvényesen alkalmatlanok, időskorú ellátásba nehezen illeszthetők, gyakran gondnokra is szükségük van, és az önellátó szállók „állandó problémás eseteivé” válnak.

A 2023-as, 2024-es és 2025-ös beszámolók azonos logikával írják le, hogy az önellátásra fizikai és/vagy mentális okból képtelen páciensek száma kritikusan nőtt; ezért 2021 szeptembere óta javasolják, hogy a legérintettebb bentlakásos szociális egységekben a hét minden napján legalább napi 12 órában szakképzett ápoló legyen jelen (ennek az ajánlásnak csak kis részben tudtunk eleget tenni – lásd 1. pont). A jelentések szerint a változatlan telephelyi humánerőforrás mellett a növekvő szükséglet fokozza a lábadozó és a fekvőbeteg-ellátások iránti igényt, miközben a távoztatható ügyfelek száma csökken, a szociális intézmények versenyeznek a változatlan számú helyekért, és ez az együttműködő szakemberek frusztrációjához vezet. A 2025-ös jelentés ehhez konkrét megoldási listát is rendel: 12 órás

⁶ <https://bmszki.hu/hu/rolunk/intezmenyi-beszamolok>

ápolói jelenlét, támogató szolgálat, egységes lábadozói protokoll, az idősek otthonai ellenérdekeltségének csökkentése, valamint egy ápolást-gondozást nyújtó, hajléktalan emberek számára alkalmas intézmény létrehozása.

8. TÖREKVÉSEINK A TRAUMAINFORMÁLT, MENTÁLIS EGÉSZSÉGET TÁMOGATÓ FIZIKAI KÖRNYEZET KIALAKÍTÁSA ÉRDEKÉBEN

A fizikai környezet nem pusztán infrastrukturális kérdés, hanem az ellátás szakmai minőségének része. A mentális zavarral élők ellátását nehezítik a hajléktalanellátás infrastrukturális adottságai is. A BMSZKI intézményeinek jelentős része régi épületben működik, amelyek eredetileg nem bármilyen szociális vagy egészségügyi szükséglettel rendelkező emberek hosszú távú gondozására készültek. (Sőt egy részüket még csak nem is emberi tartózkodásra vagy lakhatásra tervezték van pl. köztük sörgyári malátaszárító vagy egykori dohánygyári épület is.) **A nagy létszámú hálótermek, a zsúfolt közösségi terek, a korlátozott intimitás, az állandó zajterhelés és az ingergazdag környezet különösen megterhelő lehet pszichózissal, autizmussal, demenciával, szorongásos zavarokkal vagy traumatikus élményekkel élő emberek számára.**

A nagy létszámú tömegszállások működése önmagában is számos kihívást jelent. Az együttélési konfliktusok gyakoribbak, nehezebb biztosítani a kiszámítható napirendet, korlátozottak a nyugodt konzultáció lehetőségei, és a dolgozók figyelme egyszerre sok ügyfél között oszlik meg. **Egy akut pszichiátriai krízis vagy súlyos dezorganizált állapot kezelése ilyen környezetben lényegesen nehezebb, mint kisebb, célzottan kialakított lakóegységekben. Sajnos a helyzet jelenleg még ennél is rosszabb: a fizikai környezet sok esetben inkább további traumákat okoz, vagy úra traumatizál.**

A nemzetközi szakirodalom és a WHO ajánlásai egyaránt arra hívják fel a figyelmet, hogy a mentális zavarral élő emberek ellátásának minőségét nemcsak a szakemberek felkészültsége, hanem a fizikai környezet is alapvetően befolyásolja. A kisebb létszámú, jól áttekinthető, biztonságos és otthonos környezet csökkenti a stresszt, javítja az orientációt, támogatja az önállóságot és elősegíti a felépülést. Ezzel szemben a nagy, intézményes jellegű szállások a legsérülékenyebb ügyfelek számára gyakran fokozott pszichés terhelést jelentenek.

A 2022–2031 közötti „Otthon, mindenkinek” Fővárosi stratégia⁷ nagy hangsúlyt helyez az ellátási környezet minőségére. A dokumentum abból indul ki, hogy a hajléktalanellátás nem csupán szolgáltatások összessége, hanem élettér is, ezért az intézmények fizikai kialakítása közvetlenül befolyásolja az ellátás minőségét, az emberi méltóságot és a hajléktalan emberek jóllétét.

⁷ <https://budapest.hu/eselyteremto-budapest/tarsadalompolitikai-strategiak/otthon-mindenkinek-strategia>

A stratégia egyik kiemelt célja a „Méltó ellátás”, amelynek központi üzenete, hogy a szolgáltatásokat jobban hozzá kell igazítani a hajléktalan emberek eltérő szükségleteihez, és emberibb léptékű, több személyes teret biztosító szálláslehetőségeket kell kialakítani.

Ez összhangban áll a nemzetközi szakmai ajánlásokkal és a Housing First szemlélettel is. A szépséghibája, hogy sem a Főváros, sem a BMSZKI nem rendelkezik elegendő forrással az elavult infrastruktúra fejlesztéséhez. (És országos szinten ez az önkormányzatok jelenlegi anyagi helyzetében nem is várható el pusztán önkormányzati feladatként.)

Beruházási, felújítási forrásaink hosszú évek óta rendkívül korlátozottak, jobbára az állagmegóvásra sem elegendők, de a magunk szerény módján minden lehetőséget megragadunk arra, hogy egy-egy projekt keretében érvényesítsük ezeket a szempontokat.

A BMSZKI több Európai uniós támogatási projektjében és hazai adományokból megvalósított fejlesztése kapcsán foglalkozott és foglalkozik jelenleg is a tarumainformált ellátások fizikai dimenzióival is, ezek tapasztalatai honlapunkon vagy partnereink honlapján a címekre kattintva elérhetőek, pl.:

PIE4shelters – Az éjjeli menedékhelyek átalakítása pszichológiai és traumával kapcsolatos szempontok szerint

A projekt a BMSZKI által koordinált nemzetközi fejlesztési program volt (2018–2020), amelynek célja nem új szolgáltatások létrehozása, hanem a hajléktalanellátás működési kultúrájának átalakítása volt. A projekt abból a felismerésből indult ki, hogy a hajléktalanságot megtapasztaló emberek – különösen a bántalmazást átélt nők – jelentős része súlyos traumákkal él, ezért a hagyományos intézményi működés gyakran nem támogatja, hanem akaratlanul is újratermeli a kiszolgáltatottság és a bizalmatlanság élményét. A PIE (Psychologically Informed Environments – pszichológiailag informált környezet) megközelítés ezért azt javasolja, hogy a szolgáltatások működését a pszichológiai és traumával kapcsolatos ismeretekre építsék, és ne kizárólag a szabályok, a rend vagy a krízisek kezelése határozza meg az intézményi működést.

A projekt szerint a traumainformált, pszichológiailag tudatos működés négy egymással összefüggő pillérre épül. Az első a közös szakmai szemlélet kialakítása. A második pillér a munkatársak támogatása. A harmadik pillér a partneri kapcsolat. **A negyedik pillér a fizikai környezet tudatos alakítása.** A projekt egyik legfontosabb felismerése, hogy az épített környezet önmagában is beavatkozási eszköz. A jól átgondolt térszervezés, az átlátható belső struktúra, a közösségi és privát terek megfelelő egyensúlya, valamint az otthonosság és a biztonság érzését erősítő megoldások hozzájárulhatnak a kívánatos viselkedés kialakulásához anélkül, hogy egyre több tiltásra vagy kényszerítő szabályra lenne szükség. Ez a szemlélet szoros összhangban áll a WHO közösségi mentális egészségügyi ajánlásaival, amelyek szerint a fizikai környezet a felépülés egyik fontos tényezője.

A projekt tágabb értelemben azt az üzenetet fogalmazza meg, hogy a hajléktalanellátás minősége nem elsősorban attól javul, hogy több szabályt vezetünk be vagy több szolgáltatást hozunk létre, hanem attól, hogy az intézmény egész működése – a szakmai gondolkodás, a munkatársak

támogatása, az emberi kapcsolatok és a fizikai környezet – tudatosan alkalmazkodik a traumát átélt emberek szükségleteihez. A PIE-modell így a pszichológiai, szociális és környezeti tényezőket egységben kezeli, és a hajléktalanellátást a felépülést támogató közzé kívánja alakítani.

A PIE4shelters több olyan elemet is előrevetített, amelyeket ma a WHO 2021-es és 2025-ös útmutatói is a korszerű mentális egészségügyi ellátás alapelveként fogalmaznak meg: a traumainformált működést, a személy- és kapcsolatorientált megközelítést, a multidiszciplináris teammunkát, a dolgozók rendszeres támogatását és azt a felismerést, hogy a környezet maga is terápiás tényező. Ebben az értelemben a projekt a BMSZKI szemléletváltásának egyik meghatározó szakmai előzménye.

Design a mentális egészségért

A BMSZKI és a Moholy-Nagy Művészeti Egyetem (MOME) együttműködésének célja, hogy a design és a szolgáltatásfejlesztés eszközeivel javítsa a hajléktalan emberek számára nyújtott ellátások minőségét és hozzáférhetőségét. A közös munka során a hallgatók és oktatók a BMSZKI szakembereivel és az érintett ügyfelekkel együttműködve olyan gyakorlati megoldásokat dolgoztak ki, amelyek támogatják az önálló tájékozódást, a biztonságérzet növelését, valamint az intézményi környezet emberközelibbé és könnyebben használhatóvá tételét. Az együttműködés eredményeként többek között könnyen érthető vizuális kommunikációs eszközök, piktogramrendszerek és szolgáltatásfejlesztési javaslatok születtek. A közös projektek fontos tapasztalata, hogy a fizikai környezet és a vizuális kommunikáció nem pusztán esztétikai kérdés, hanem a mentális jóllétet, az önállóságot és a szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférést is érdemben befolyásoló tényező.

A BMSZKI–MOME együttműködés túlmutat egy designprojekten: azt mutatja be, hogy a szolgáltatások emberközpontú átalakítása nemcsak szakmai módszertani kérdés, hanem a környezet tudatos tervezését is magában foglalja. Ez különösen fontos a pszichiátriai betegséggel, demenciával, kognitív nehézségekkel vagy traumatikus tapasztalatokkal élő hajléktalan emberek esetében, akik számára a jól áttekinthető, biztonságos és könnyen értelmezhető intézményi környezet közvetlenül hozzájárulhat a stressz csökkentéséhez és a mindennapi működés támogatásához.

Traumaérzékeny szemléletű nőgyógyászati szakellátás hajléktalan nők számára

A traumainformált fizikai környezet kialakításának szempontjai a BMSZKI speciális nőgyógyászati rendelőjének létrehozásakor is meghatározó szerepet kaptak. A rendelő tervezése során tudatos cél volt egy olyan nyugodt, biztonságos és emberléptékű környezet kialakítása, amely csökkenti az egészségügyi ellátással kapcsolatos szorongást, és különösen érzékenyen reagál a korábban bántalmazást, traumát vagy hajléktalanságot megtapasztalt nők szükségleteire. A fizikai tér kialakítását – a barátságos berendezéstől és színhasználatától kezdve a megfelelő intimitást biztosító vizsgálati környezetig – a szolgáltatás működési szemlélete egészíti ki: a hosszabb konzultációs idő, a bizalomépítésre épülő kommunikáció, az ítélezésmentes hozzáállás, valamint az egészségügyi és szociális szakemberek szoros együttműködése egyaránt azt szolgálja, hogy a rendelő ne csupán vizsgálati helyszíneként, hanem a felépülést támogató, biztonságos térként működjön. Ez jól példázza,

hogy a traumainformált ellátás nem kizárólag módszertani kérdés, hanem a fizikai környezet, a szervezeti kultúra és a szakmai működés egységében valósul meg.

A BMSZKI nőgyógyászati rendelője ezért nem csupán egy egészségügyi szolgáltatás, hanem annak gyakorlati példája is, hogy a gondosan megtervezett fizikai környezet és a traumainformált működés együttesen képes javítani a szolgáltatásokhoz való hozzáférést, erősíteni a bizalmat és csökkenteni az ellátással szembeni félelmeket a legsérülékenyebb célcsoportok körében.

További példák:

Nők és lakhatás - Nők speciális szükségleteire válaszoló lakhatási megoldások

Beszélő képek - Hajléktalan nők beszélő képei a segítő munka középpontjában

Talán ezekből a példákból is látszik, hogy ebben ebben a kérdésben sem az okozza a nehézséget, hogy ne tudnánk mit és hogyan lehetne jobban csinálni. Egyszerűen nincs forrás ezekre.

9. TÁMOGATOTT LAKHATÁS SZOLGÁLTATÁS ELINDÍTÁSA PSZICHIÁTRIAI BETEGEK SZÁMÁRA

A folyamatban lévő fejlesztés eredményeként azoknak a pszichiátriai beteg ügyfeleinknek is lehetősége lesz az önálló(bb) életvitelre, akiket ebben jelenleg a hajléktalanellátó intézményrendszer sajátosságai akadályoznak. A lakhatás esetükben nem a gondozásukat követő intézményi ellátás utolsó lépcsője kell legyen. Az önálló lakhatás éppen előfeltétele kellene legyen bármilyen terápiás, gondozási folyamatnak. A programot a MR Közösségi Lakásalappal való együttműködésben valósítjuk meg a Belügyminisztérium felkérésére, a Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet által megvalósított „Támogatott lakhatás férőhelyek kialakításához nyújtandó támogatás 2024” (TL2024) pályázat keretében. A szolgáltatás 2026 decemberében fog megnyílni, maximum 6 fő számára.

A támogatott lakhatás mint szolgáltatás Magyarországon gyakorlatilag nem érhető el a hajléktalan emberek számára.

A támogatott lakhatás történetileg nem erre a célcsoportra épült. A magyar támogatott lakhatási rendszer kialakulása elsősorban a nagy bentlakásos intézmények kiváltásához kapcsolódott. Célcsoportjai a fogyatékossgal élő emberek, pszichiátriai betegek, szenvedélybetegek.

A hajléktalan emberek nem szerepeltek önálló célcsoportként a kiváltási folyamatban (és semmiféle kiváltási vagy kitagolási program nem indult soha a nagylétszámú, elvileg krízisellátást, gyakorlatilag sokkal inkább tartós lakhatást biztosító, csak nevében átmeneti hajléktalan szállások átalakítására). Ennek következtében a fejlesztések során létrejött támogatott lakhatási férőhelyek döntő többsége nem számukra épült ki. A szolgáltatók (és nem csak a támogatott lakhatásban, hanem sok más egészségügyi vagy szociális ellátásban is) egy hajléktalanságban élő ember esetében nem úgy tekintenek a rászorulóra, mint fogyatékossgal előre vagy időse vagy szenvedélybetegséggel, pszichiátriai betegséggel előre – amire elvileg van válasz szolgáltatások formájában – hanem mint „hajléktalanra” – akinek lehet, hogy van egyéb baja is, de mivel hajléktalan ez nem az ő szakterületük.

A lakhatás hiánya válik a segítséget kérő fő meghatározójává, miközben lehet, hogy egyéb szükséglete sokkal sürgetőbb, vagy azonnali beavatkozást igénylő. Maga a hajléktalanellátás intézményesített rendszere is így tekint rá – de erről már volt szó korábban.

Nem teszünk úgy, mintha az években mért nélkülözés, kirekesztettség, reménytelenség, stressz ne hagyna nyomot egy ember személyiségében, ne okozhatna akár zavaró magatartást, vagy a szabályokhoz való alkalmazkodási nehézségeket. És persze ezek kezelése, ellátása többlet kapacitásokat igényelhet a szolgáltatások részéről, amivel érdemes számolni. Ugyanakkor önmagában a szegénység, valaminek a hiánya (jelesül: lakhatás, otthon hiánya) nem lehet oka annak, hogy ne jusson hozzá azokhoz a szolgáltatásokhoz, segítségekhez, amikre más nehézségei: betegsége, idős kora miatt szüksége van.

A hajléktalanságot még mindig átmeneti problémának tekintjük. (A 2023-as budapesti Február 3. felmérés szerint a BMSZKI szállásain élők körében: 17,2% kevesebb mint egy éve hajléktalan, 20,3% már 10–15 éve, 21,1% pedig 15 évnél is régebb óta hajléktalan. Ez azt jelenti, hogy a BMSZKI ügyfeleinek több mint 40%-a legalább tíz éve hajléktalan. Ez aligha tekinthető átmeneti állapotnak.) A szabályozás implicit logikája ma is a következő: hajléktalanság → éjjeli menedékhely → átmeneti szálló → munka → albérlet (hisz stabil megfizethető lakhatás nem érhető el). Vannak emberek, akiknél ez működik – de egyre kevesebben. És nem működik annál, aki skizofréniával él, 15-20 éve hajléktalan, alkoholbeteg, COPD-s, mozgáskorlátozott. Nála a támogatott lakhatás nem a jutalom, hanem az egyetlen reális lakhatási forma, ami képes lehet megelőzni az állapotromlást vagy javulást, felépülést jelenteni legalább valamelyik részprobléma mentén.

A támogatott lakhatás jelenlegi korlátozott hozzáférhetőségének legfőbb oka nem a hajléktalan emberek szükségleteiben keresendő, hanem abban, hogy a magyar ellátórendszer továbbra is intézményi kategóriák szerint szervezi a szolgáltatásokat, miközben a segítségre szoruló emberek szükségletei egyre inkább átlépik ezeknek a kategóriáknak a határait.

10. FEJLESZTŐ FOGLALKOZTATÁS

A BMSZKI-ban 2018-tól működik a fejlesztő foglalkoztatási program. A fejlesztő foglalkoztatás egy intézményi foglalkoztatási forma, amelynek célja a fejlesztési tervben foglaltak szerint az egyén egészségi állapotának, korának, fizikai és mentális állapotának megfelelő foglalkoztatással a résztvevő felkészítése az önálló munkavégzésre, vagy a nyílt munkaerőpiacon történő elhelyezkedésre.

A fejlesztő foglalkoztatás keretében fogyatékos, vagy megváltozott munkaképességű személyeket foglalkoztatunk, akik a képességeiknek megfelelő, értékteremtő munkát végezve vesznek részt a programban. Köztük gyakran vannak olyanok, akik mentális zavar miatt nem alkalmasak azonnal a nyílt munkaerőpiacon való elhelyezkedésre.

A fejlesztő foglalkoztatás 2025-ben a BMSZKI 13 telephelyén valósult meg. A hajléktalan embereknek felajánlott munkakörök: általános épülettakarítás, egyéb takarítás, zöldterület-kezelés, fénymásolás és

egyéb irodai szolgáltatás, textil és szőrme mosása és tisztítása, nem veszélyes hulladék gyűjtése, máshová nem sorolt személyi szolgáltatás.

2024-ben 25 fő tovább foglalkoztatásával kezdtünk, év végén 31 foglalkoztatottunk volt. Év közben 52 fő első interjúja zajlott le, közülük 41 főt vontunk be a programba. Az év során 43 fő foglalkoztatása befejeződött. 18 fő **a nyílt munkaerőpiacon**, 3 fő védett munkahelyen **tudott elhelyezkedni (együtt 48,84 %)**.

11. KOLLÉGÁK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉNEK TÁMOGATÁSA

A BMSZKI **komplex mentálhigiénés támogatási rendszert** működtet munkatársai számára, amely a szakmai fejlődést, a reflektív működést és a szervezeti támogatást egyaránt magában foglalja. Ugyanakkor az ellátási egységek beszámolói arra is rámutatnak, hogy a hajléktalanellátásban dolgozók mentális egészsége nem kizárólag egyéni reziliencia kérdése. A legnagyobb pszichés terhelést okozó tényezők – a komplex szükségletű ügyfélkör, a szakemberhiány, a nem megfelelő infrastrukturális feltételek és az ellátórendszer hiányosságai – **rendszerszintű problémák**, amelyek csak szervezeti és szakpolitikai beavatkozásokkal mérsékelhetők.

A BMSZKI a munkatársak mentális egészségét **nem elsősorban jóléti juttatásként**, hanem a szakmai minőség és a biztonságos ellátás alapfeltételeként kezeli. A támogatás több, egymásra épülő szinten jelenik meg.

A BMSZKI kollégák mentális egészségét támogató szolgáltatásai 2025-ben

Terület	Megvalósulás	Mentális egészség szempontjából betöltött szerepe
Szupervízió	Egyéni és team szupervízió biztosítása.	A másodlagos traumatizáció, a kiegészítés és a szakmai izoláció megelőzése; nehéz esetek közös feldolgozása, egészséges team működés támogatás.
Pszichológiai segítségnyújtás	Munkahelyi kontextusban elszenvedett trauma feldolgozása külső pszichológus segítségével.	A munkavégzéssel összefüggő traumatünetek, pszichoszomatikus megbetegedések kialakulásának megelőzése vagy kezelése, munkaképes állapot megőrzése, visszaállítása.
Szakmai képzések	Éves továbbképzési terv, a képzések teljes intézményi finanszírozása, mentálhigiénés programok. Érzelemszabályozás és	A kompetenciaérzés növelése, a bizonytalanság csökkentése, új megküzdési eszközök elsajátítása.

	konfliktuskezelés a segítő gyakorlatban c. képzés	
Közösségi pszichiátriai szemléletű képzés	Saját akkreditált 50 órás képzés ("A közösségi pszichiátriai megközelítés lehetőségei hajléktalan és más szociális szolgáltatásokban").	A mentális zavarral élő ügyfelek jobb megértése, a segítői tehetetlenség csökkentése, recovery-szemlélet erősítése.
Új vezetők mentorálása	Fél éves mentorprogram új középvezetők számára, rendszeres találkozásokkal.	A vezetői szerepből fakadó stressz csökkentése, vezetői támogatás és reflektív működés kialakítása.
Támogató monitorozás	Nem ellenőrző, hanem fejlesztő célú telephelyi monitorozás.	A szakmai dilemmák közös feldolgozása, a támogató szervezeti kultúra erősítése.
Esetmegbeszélések és teammunka	Rendszeres teamülések, esetmegbeszélések, szakmai konzultációk.	Az érzelmi terhek megosztása, közös döntéshozatal, a magára maradás érzésének csökkentése.
Rekreációs programok	Több telephely külön kiemeli a beszámolójában a rekreációs keret és helyi rekreációs programok jelentőségét.	A regeneráció támogatása, a munkahelyi közösség erősítése.
Szakmai közösség fejlesztése	Szakmai napok, műhelyek, intézménylátogatások, külső kapcsolatok.	A szakmai identitás és a tanuló szervezeti kultúra erősítése.

Megnéztük a BMSZKI telephelyeinek 2025-ös szakmai beszámolóit, hogy azok milyen utalásokat tesznek a mentálhigiénét támogató programokra és milyen pozitívumokat vagy fejlesztendő területeket fogalmaznak meg. A különböző intézményi beszámolók alapján a BMSZKI a munkatársak mentális egészségének megőrzését három egymást kiegészítő pillérre építi.

1. A szakmai kompetencia növelése. A rendszeres továbbképzések – például a közösségi pszichiátriai szemléletű, addiktológiai, segítő beszélgetésre, érzelemszabályozásra és konfliktuskezelésre vagy családdinamikára fókuszáló képzések – azt szolgálják, hogy a munkatársak felkészültebben tudjanak reagálni a komplex szükségletű ügyfelek helyzeteire. Több beszámoló is kiemeli, hogy a megfelelő tudás csökkenti a bizonytalanságot és a segítői tehetetlenség érzését.

2. A reflektív szakmai működés támogatása. A szupervízió, az esetmegbeszélés, a teammunka és a mentorálás nem egyszeri beavatkozások, hanem a szervezeti működés részei. Ezek lehetőséget adnak arra, hogy a munkatársak feldolgozzák a traumatikus vagy nagy érzelmi megterhelést jelentő helyzeteket, közösen gondolkodjanak a dilemmákról és szakmai támogatást kapjanak.

3. A támogató szervezeti kultúra kialakítása. A beszámolók több helyen hangsúlyozzák, hogy a teamkohézió, a rekreációs programok, a vezetői támogatás, a szakmai elismerés és a támogató monitorozás egyaránt hozzájárulnak a munkatársak mentális jóllétéhez. Több telephely SWOT-elemzésében a szupervízió, a rekreáció, a képzések és a szakmai műhelyek kifejezetten a munkát segítő tényezőként jelennek meg.

Ugyanakkor a beszámolók fontos hiányosságokat is azonosítanak. A telephelyi beszámolók nemcsak a támogató elemeket sorolják fel, hanem azt is, mi veszélyezteti leginkább a kollégák mentális egészségét. Visszatérő problémaként jelenik meg:

- a nagy pszichés megterhelést jelentő ügyfélkör;
- az ügyfeleket és a dolgozókat érintő agresszió;
- a munkaerőhiány;
- a túlterheltség;
- a nem megfelelő fizikai munkakörnyezet;
- valamint az egészségügyi és pszichológiai háttérkapacitások hiánya egyes telephelyeken.

12. A BMSZKI SZENVEDÉLYBETEGSÉGGEL ÉLŐ ÉS SZERHASZNÁLÓ ÜGYFELEKET SEGÍTŐ SZOLGÁLTATÁSI RENDSZERE

A BMSZKI szenvedélybetegséggel élő és szerhasználó ügyfeleket támogató tevékenysége nem egyetlen intézményre vagy programra épül, egy többszintű rendszert működtetünk, aminek elemei sajnos nem tudnak minden esetben szervesen kapcsolódni egymáshoz és így nem alkotnak egy integrált, többlépcsős ellátási formát. Az elemek sora az alacsony küszöbű kapcsolatfelvételtől és ártalomcsökkentéstől az egészségügyi szűréseken és motivációs munkán keresztül a teljes szermentességet támogató rehabilitációs programokig terjed.⁸

Az ellátási rendszer első szintjét a nappali melegedők és az éjjeli menedékhelyek jelentik. Ezekben a szolgáltatásokban a segítség igénybevételének nem feltétele a szermentesség vagy a változtatásra való előzetes motiváció. Az elsődleges cél a kapcsolat létrehozása, az alapvető szükségletek kielégítése, a közvetlen egészségügyi és szociális veszélyek csökkentése, valamint annak elősegítése, hogy az ügyfél később intenzívebb segítséget is elfogadjon. Ebben az értelemben az „alacsony küszöbű” kifejezés elsősorban szakmai szemléletet jelöl: nem önálló, szenvedélybeteg számára engedélyezett alacsony küszöbű szolgáltatást.

Erre épülnek az ártalomcsökkentő programok, az addiktológiai tanácsadás, az egészségügyi szűrések és az önsegítő vagy motivációs csoportok. A következő elméleti lépcsőt az absztinens szobák jelentik azok számára, akik szeretnének szermentesebb környezetben élni, de még nem feltétlenül állnak készen egy intenzív rehabilitációs programra. A rendszer leginkább specializált eleme a Váltóház Átmeneti Szállás, amely védett, teljes absztinenciát elváró környezetben biztosít felépülést támogató szociális munkát, pszichológiai segítséget és rendszeres csoportfoglalkozásokat.

⁸ Az összefoglaló a BMSZKI honlapján közzétett 2024. és 2025. évi intézményi beszámolókra, valamint a Befogadó BMSZKI 2.0 dokumentumra épül. (bmszki.hu)

ADDIKTOLÓGIAI SZOLGÁLTATÁSIÓOK ELEMEI A BMSZKI-BAN

Sorszám	Szolgáltatási elem és helyszín	Fő feladat, célcsoport és szakmai tartalom	Kapacitás, elérés 2024–2025-ben	Legfontosabb jellemzők és nehézségek
1.	Alacsony küszöbű kapcsolatfelvétel és alapellátás – Dózsa Nappali Melegedő, Könyves Nappali Melegedő és Éjjeli Menedékhely, Előd Éjjeli Menedékhely és Nappali Melegedő	Azokat az ügyfeleket is fogadják, akik aktívan használnak alkoholt, gyógyszereket vagy más pszichoaktív szereket, illetve mentális, egészségügyi és szociális problémáik együttesen vannak jelen. A munka alapja a bizalomépítés, az alapvető szükségletek kielégítése, a krízisek kezelése, a személyes szociális munka és a további ellátások felajánlása.	A Dózsa Nappali melegedő a hét minden napján működik (kevés melegedő van a városban, ami hétvégén is nyitva tart). 2025-ben 1472 különböző ügyfél 42 037 alkalommal vette igénybe szolgáltatásait. A Könyves 208 engedélyezett férőhellyel működik; 2025-ben a nappali melegedő 2238, az éjjeli menedékhely 1848, a lábadozó 139 ügyfelet regisztrált. Az Előd Éjjeli Menedékhely egy elkülönült részlegében szerhasználó hajléktalan emberek számára kínálunk szállást és szociális munkát. Az éjjeli menedékhely és a nappali melegedő egy helyszínen való működése gyakorlatilag 24 órás nyitva tartást jelent itt is és a Könyvesen is. A szerhasználó szinten, 8-10 ágyas szobákban akár 40 főt is el tudunk helyezni.	A nagy forgalmú, alacsony küszöbű helyek ugyan lehetővé teszik a nehezen elérhető szerhasználók megszólítását, ugyanakkor kevés idő marad intenzív egyéni munkára. Az Dózsa nappali melegedőben a napi forgalom az engedélyezett kapacitás 116–148%-át is elérte. Mindegyik intézményben nehézséget jelent a zsúfoltság, az infrastruktúra állapota, a dolgozók leterheltsége és az addiktológiai, pszichiátriai, egészségügyi és ápolási szükségletek együttes jelenléte – amire ezek az intézmények önmagukban nem tudnak választ adni.
2.	Addiktológiai fókuszú egyéni esetkezelés – Könyves Nappali Melegedő és Éjjeli Menedékhely	2025-ben az általános esetkezelésen belül strukturált addiktológiai fókuszú munka indult. Elemei az ártalomcsökkentő beavatkozás, a függőségről és a visszaesésről szóló pszichoedukáció, a változási motiváció erősítése, valamint az addiktológiai osztályokkal, közösségi ellátásokkal és rehabilitációs	Az intézményben 2025-ben összesen 306 férfi részesült egyéni esetkezelésben. Az esetkezelés három munkanapon 9–18 óra között volt elérhető; két nappali és két ügyeleti feladatot is ellátó szociális munkás vett részt benne. Az addiktológia fókuszú esetmunkának köszönhetően hat ügyfél döntött bentlakásos rehabilitáció igénybevétele mellett.	A program erőssége, hogy az alacsony küszöbű ellátás helyszínén kapcsolja össze az ártalomcsökkentést, a motivációs munkát és a rehabilitációba irányítást. Korlátja, hogy nem külön addiktológiai szakember, hanem a nagy forgalom mellett dolgozó szociális munkások végzik; az éjjeli menedékhely tömeges jellege és a korlátozott

		intézményekkel való kapcsolatfelvétel. A munkatársak segítik a felvételi interjúra való felkészülést, a dokumentumok beszerzését, és lehetőség szerint a kezelés alatt és után is kapcsolatot tartanak az ügyféllel.		személyzeti kapacitás nehezíti a hosszabb segítő folyamatokat. 2025-ben hatan bentlakásos rehabilitáció mellett döntöttek
3.	Ártalomcsökkentő és addiktológiai programok külső partnerségben – Kék Pont Alapítvány és Drog-Stop Budapest Egyesület	A programok célja az aktív szerhasználat káros következményeinek csökkentése, az ügyfelek tájékoztatása és motiválása, valamint a munkatársak szerhasználati kapcsolatos tudásának fejlesztése. Az ügyfelek ártalomcsökkentő csomagokat, csoportos és egyéni tanácsadást, illetve pszichoedukációt kaptak.	A Kék Pont 2023–2024-ben az Előd és Aszódi éjjeli menedékhelyeken biztosított ártalomcsökkentő eszközöket és tanácsadást; a Könyves Ügyfélszolgálati Irodában anonim addiktológiai tanácsadás működött. Ez az együttműködés 2024 őszén lezárult. A Drog-Stop 2023 decembere és 2024 májusa között nyolc BMSZKI-telephelyen tartott csoportokat: 274 ügyfél vett részt, és 33 munkatárs kapott edukációt. 2024 októbere és 2025 májusa között öt telephelyen folytatódott a csoportok és az egyéni konzultációk.	A külső szervezetek olyan speciális tudást és eszközöket visznek a hajléktalanellátásba, amelyekkel az intézmények saját állományukból csak korlátozottan rendelkeznek. A legfontosabb nehézség a projekt- és pályázatfüggőség: az együttműködések megszűnhetnek vagy szűkülhetnek, miközben a szükséglet tartós. A különböző programokról nincs egységes, hosszú távú eredménykövetés.
4.	Egészségügyi szűrések és kezelésbe kapcsolás – több telephelyen	Az egészségügyi szűrések az egyéni egészségvédelem mellett kapcsolatépítő és motivációs szerepet is betöltenek. A fertőző betegségek felismerése lehetőséget teremt az egészségügyi kezelés megkezdésére, a szerhasználati kockázatok átbeszélésére és egyes esetekben az addiktológiai rehabilitáció felé történő továbblépésre.	2025-ben a HepaGo programmal együttműködésben 15 telephelyen, 23 alkalommal, 572 embert vontunk be hepatitisz és HIV szűrésbe. Szükség esetén természetesen az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutást is biztosítva.	A helybe vitt, ingyenes és anonim szűrés azokhoz is eljut, akik hagyományos szakrendelésre nehezen mennének el. A Könyves tapasztalatai szerint a szűrési és egészségügyi folyamat több ügyfelet együttműködőbbé tett. A szűrések ugyanakkor többnyire időszakosak, külső partnerektől függenek.

5.	Önsegítő és nyitott józanodási csoportok – Dózsa Átmeneti Szállás	Az Anonim Alkoholisták gyűlései könnyen elérhető, sorstársi segítséget kínálnak az alkoholproblémával küzdőknek. A lehetőség valamennyi BMSZKI-telephely ügyfelei és a lakosság előtt is nyitott. 2025-ben Anonim Szerelem- és Szexfüggők csoport is indult.	Érthető módon nem gyűjtünk adatot arról, hogy hány ügyfél látogatja ezeket a csoportokat.	A helyben működő csoport csökkenti a belépés akadályait, és lehetővé teszi, hogy az ügyfél egy ismerős környezetből kapcsolódjon önsegítő közösséghez. Ugyanakkor az önsegítő csoport nem helyettesíti az egyéni addiktológiai kezelést, és a Harcosok Klubjának működése pályázati forrástól függ.
6.	Absztinens szobák és szermentesebb részlegek – Gyáli út, Külső Mester utca, valamint egyes éjjeli menedékhelyek	Átmeneti lehetőséget biztosítanak azoknak, akik szermentes környezetet szeretnének, de még nem vesznek részt a Váltóház intenzív rehabilitációs programjában. Az absztinens szobák egy része inkább ártalomcsökkentő funkciót tölt be, más részük a már kialakult józanság megtartását segíti.	A Gyáli úti Átmeneti Szálláson két szobában négy, a Külső Mester utcai szálláson három szobában tizenegy férfi számára biztosítható szermentesebb elhelyezés. A Könyves és az Aszódi éjjeli menedékhelyeken is működnek dolgozó ügyfeleknek szánt, állandó férőhelyhez, zárható szekrényhez és étkezéshez kapcsolódó absztinens megoldások.	A legnagyobb probléma a szakmai keretek tisztázatlansága. Nem egységes, hogy a férőhely teljes absztinenciát vagy elsősorban ártalomcsökkentést vár-e el, hogyan kell kezelni a visszaesést, és mikor indokolt az áthelyezés. A különbözőségek az egyes férőhelyek között nem kell, hogy megszűnjenek, hiszen a szükségletek is sokfélék, ugyanakkor szükség lenne egységes protokollra, ami a tovább lépést segíti, józanságot támogató csoportokra, szakmai képzésre és a Váltóházzal illetve más szolgáltatók által biztosított, akár bentlakásos rehabilitáció jelentette továbblépési útra.
7.	Védett, absztinens rehabilitációs	A Váltóház szenvedélybetegséggel élő hajléktalan emberek számára	Az intézmény 66 férőhelyes: 10 női és 56 férfi férőhellyel. 2025-ben 125-en jelentek meg a felvételi Lehetőség Csoporton, az	A Váltóház a BMSZKI leginkább specializált, hosszú ideje működő addiktológiai szolgáltatása. A

	szállás – Váltóház Átmeneti Szállás	biztosít védett, teljes szermentességet elváró környezetet. A felépülést személyes szociális munka, pszichológiai konzultáció, visszaesést megelőző és visszaesést követő beszélgetések, önszorgító közösségekhez kapcsolás, foglalkoztatási és lakhatási támogatás, valamint nyolc józanságot támogató csoport segíti. A lakóknak havonta legalább két csoporton kell részt venniük.	éves kihasználtság 95% volt, és 136 ügyféllel kötöttek gondozási szerződést. A nők 3–6 hónapot, a férfiak 30–60 napot vártak a bekerülésre. A kiköltözők 32%-a önálló lakhatási megoldásba távozott.	célcsoport azonban jelentősen átalakult: 2025-ben a lakók több mint 80%-a többféle szert használó függő volt, és 54%-uk pszichiátriai betegséggel is élt. A kettős diagnózis, az idősödés, a gondozási szükségletek, a visszaesések és a váratlan kiköltözések egyre összetettebb munkát igényelnek. A férőhelyek száma nem követi az igényeket, különösen hosszú a nők várakozási ideje.
8.	Telephelyi józanodást támogató programok komplex szükségletű ügyfelek számára – Kálvária Átmeneti Szállás	A pszichiátriai beteg ügyfeleket fogadó szálláson egyéni segítő beszélgetések, egészségfejlesztő csoportok, felépülő tapasztalati szakértővel szervezett interaktív beszélgetések és szükség esetén intézményen belüli áthelyezések segítik a szerhasználat csökkentését. A program különösen fontos a pszichiátriai és szenvedélybetegség együttes jelenléte, valamint a gyógyszerfüggőség miatt.	A szállás 48 férőhelyes. A szociális munkások 2025-ös becslése szerint a lakók több mint 14%-a kezeletlen szerhasználati vagy gyógyszerfüggőségi problémával élt. A 2025-ös Egész-Ség Csoport hat alkalommal működött, alkalmanként általában 8–12 résztvevővel.	A 2024 első felében elindított Változás Csoport a csoportvezető betegállománya, majd távozása miatt megszűnt, ami jól mutatja a programok személyfüggőségét. 2025-ben egyéni segítségnyújtás és a munkatársak Addiktológiai Műhelyen való részvétele folytatódott, de önálló addiktológiai szakember nem dolgozott a telephelyen. Addiktológiai konzultáns alkalmazását csak pályázati forrásból tervezték.
9.	Száraz November – intézményközi motivációs és szemléletformáló programsorozat	A programsorozat nemcsak az alkoholfogyasztás egy hónapra történő felfüggesztését népszerűsíti, hanem alkalmat teremt a szerhasználatához való	2024-ben nyolc BMSZKI-intézmény 22 csoportot vagy szakmai programot szervezett, amelyeken több mint 400 ügyfél vett részt. 2025-ben hat telephelyen 12 program valósult meg, több mint 250	A program széles körben képes megszólítani azokat is, akik még nem kérnek kezelést, és erősíti a telephelyek közötti kapcsolatokat. Korlátja, hogy

		viszony átgondolására, a józan élet előnyeinek megismerésére, a felépülő emberekkel való találkozásra és a Váltóház programjának bemutatására.	ügyfél és 20 munkatárs részvételével. A Váltóház 2025-ben négy belső csoportját nyitotta meg más telephelyek ügyfelei előtt.	időszakos, kampányszerű kezdeményezés; önmagában nem pótolja a folyamatos addiktológiai esetkezelést és rehabilitációt. A 2025-ös csökkenő telephely- és programszám azt is jelzi, hogy a részvétel jelentős részben a helyi munkatársak kapacitásától függ.
10.	Addiktológiai Műhely, szakmai találkozók és munkatársi tudásfejlesztés – Váltóház koordinációjával	A műhely esetmegbeszélési, tudásmegosztási és hálózatépítési fórum a BMSZKI különböző telephelyein dolgozó munkatársak számára. Témái közé tartozik az ártalomcsökkentés, a motivációs munka, a visszaesés kezelése, az absztinens szobák működése, a többféle szer használata és a rehabilitációs lehetőségek megismerése. Az éves addiktológiai találkozó külső egészségügyi, rehabilitációs és civil partnereket is bevon.	2024-ben tíz műhelyalkalom valósult meg, alkalmanként átlagosan 8–10 munkatárssal. 2025-ben a műhely havi rendszerességgű, háromórás fórummá alakult, átlagosan 10–12 résztvevővel.	A műhely segíti, hogy az addiktológiai tudás ne kizárólag a Váltóházban legyen jelen, hanem más szálláshelyeken is beépüljön a személyes szociális munkába. A BMSZKI 22 telephelyéhez és az érintett ügyfelek számához viszonyítva azonban a közvetlenül elért munkatársi kör korlátozott. A tudás átadása sokszor egy-egy telephely egyetlen résztvevőjén múlik, és az addiktológiai képzés nem helyettesíti a telephelyeken dolgozó szakképzett addiktológiai szakembereket.

A BMSZKI szenvedélybetegséggel élő ügyfeleket segítő rendszerének legfontosabb erőssége, hogy **különböző változási készségű emberek számára kínál belépési pontokat**. Az aktív szerhasználót nem zárja ki minden szolgáltatásból: az alacsony küszöbű nappali és éjszakai ellátások, az ártalomcsökkentő programok és a szűrések lehetőséget adnak a kapcsolat kialakítására. Az önsegítő csoportok, az addiktológiai esetkezelés és az absztinens szobák további lépéseket kínálnak, míg a Váltóház azok számára biztosít intenzív segítséget, akik a teljes szermentességet és a rehabilitációs programban való részvételt vállalják.

Kiemelkedő jó gyakorlat a szerhasználat, a fizikai egészség, a mentális állapot, a lakhatás és a társadalmi helyzet együttes kezelése. A Könyves telephely 2025-ös tapasztalatai különösen jól mutatják, hogy az egészségügyi szűrés, az ártalomcsökkentő intervenció, a személyes szociális munka és a rehabilitációba irányítás ugyanannak a segítő folyamatnak a részei lehetnek. A Váltóház eredményei pedig azt jelzik, hogy a józanság megtartása nem választható el a jövedelem, a foglalkoztatás, a lakhatás, a pszichiátriai kezelés és a támogató kapcsolatok rendezésétől.

A rendszer legfontosabb nehézsége ugyanakkor, hogy **a szolgáltatások jelentős része nem stabil, intézményesített kapacitásként, hanem pályázatok, időszakos civil együttműködések és egyes munkatársak személyes elkötelezettsége alapján működik**. A Kék Pont együttműködése 2024-ben lezárult, a Drog-Stop programjai pályázati ciklusokhoz kötődnek, a Kálvária csoportja a csoportvezető távozásával megszűnt, az absztinens szobák működéséhez pedig még nem alakult ki teljesen egységes szakmai protokoll.

További kihívást jelent, hogy a szerhasználati problémák egyre ritkábban jelennek meg önmagukban. A Váltóház lakóinak többsége többféle szert használ, több mint felük pszichiátriai betegséggel is él, más telephelyeken pedig a gyógyszerfüggőség, a demencia, a testi betegségek és az önellátási nehézségek is gyakran társulnak a szerhasználathoz. Ez olyan multidiszciplináris munkát tenne szükségessé, amelyben szociális munkás, addiktológiai konzultáns, pszichiáter, pszichológus, ápoló és tapasztalati szakértő egyaránt részt vesz. Ilyen team jelenleg nem minden érintett telephelyen érhető el.

LEZÁRÓ ÖSSZEFOGLALÓ

A hajléktalanságban élő, mentális zavarral, szenvedélybetegséggel, demenciával vagy más krónikus betegséggel küzdő emberek ellátása nem kezelhető kizárólag hajléktalanügyi, pszichiátriai vagy egészségügyi kérdésként. **Az érintettek szükségletei átlépik az ágazati és intézményi határokat, miközben a jelenlegi szabályozás, finanszírozás és szolgáltatási struktúra továbbra is elkülönült ellátási kategóriákban gondolkodik.** Ennek következménye, hogy sok ember „túl beteg” a hagyományos hajléktalanszállóhoz, ugyanakkor „nem elég beteg” az aktív kórházi kezeléshez, és nem

fér hozzá sem megfelelő támogatott lakhatáshoz, sem tartós ápolást-gondozást biztosító intézményhez.

A BMSZKI tapasztalatai azt mutatják, hogy az integrált segítségnyújtás szakmai alapjai elemeiben már ma is rendelkezésre állnak. A pszichiátriai szakrendelés, a helybe vitt közösségi pszichiátriai és pszichológiai szolgáltatások, a P-Mobil program, az ápoló-gondozó munkatársak, a speciális szálláshelyek, az addiktológiai és felépülést támogató programok, a fejlesztő foglalkoztatás és a támogatott lakhatási kezdeményezések együtt egy személy- és felépülésközpontú rendszer elemeit alkotják. A modell legfontosabb értéke, hogy nem választja szét mesterségesen a mentális, testi, szociális és lakhatási szükségleteket, hanem azokat együttesen igyekszik kezelni.

Ezek a szolgáltatások azonban jelenleg nem alkotnak teljesen egységes és kiszámítható ellátási rendszert. Jelentős részük pályázati forrásoktól, időszakos együttműködésektől, fenntartói többletfinanszírozástól és egyes munkatársak személyes elkötelezettségétől függ. **A kapacitások nem követik a szükségletek növekedését, a betegutak gyakran esetlegesek, a megfelelő továbblépési lehetőségek hiánya pedig az egészségügyi és szociális szolgáltatásokban egyaránt torlódást, túlterheltséget és újabb kríziseket idéz elő.**

A valódi előrelépéshez ezért nem elegendő egy-egy új program vagy férőhely létrehozása. Egységes betegutakra, közös triázusra és esetkoordinációra, jogszerű információmegosztásra, megfelelő ápoló-gondozó és multidiszciplináris kapacitásra, köztes stabilizáló ellátásra, támogatott lakhatásra és tartós bentlakásos megoldásokra van szükség. **Mindezt olyan többéves, stabil közfinanszírozásnak kell támogatnia, amely nemcsak az intézményeket és az ellátási eseményeket, hanem az együttműködést, az utánkövetést, a felépülést és a megfelelő lakhatásba történő továbblépést is elismeri.**

A fejlesztéshez szükséges szakmai tudás és számos működő gyakorlat már rendelkezésre áll. A következő lépés ezek rendszerszintű elismerése, összekapcsolása és fenntarthatóvá tétele. **A cél nem egy elkülönült „hajléktalan-pszichiátriai” rendszer létrehozása, hanem egy olyan befogadó egészségügyi és szociális ellátórendszer kialakítása, amelyben a lakhatás hiánya nem zárja ki az embert az állapotának megfelelő segítségből, és amelyben a legsérülékenyebb ügyfelek sem maradnak két ellátási forma között.**

MELLÉKLETEK

1. sz. táblázat: **A BMSZKI átmeneti szállásaira jelentkező, felvételi beszélgetésen részt vett, speciális szükséglettel jelentkező ügyfelek száma 2020-2023** - Adatok forrása: Ügyfélszolgálati iroda saját adatai, beszámoló 2023¹

	2020		2021		2022		2023	
	Fő	összes ügyfél %-ban	Fő	összes ügyfél %-ban	Fő	összes ügyfél %-ban	Fő	összes ügyfél %-ban
Felvételi beszélgetésen részt vett összes ügyfél (fő)	1173		1280		1543		1736	
drog okozta dependencia	38	3,2%	41	3,2%	31	2,0%	52	3,0%
alkohol okozta dependencia	150	12,8%	129	10,1%	242	15,7%	355	20,4%
vélhetően drog okozta dependencia	15	1,3%	12	0,9%	18	1,2%	13	0,7%
vélhetően alkohol okozta dependencia	75	6,4%	52	4,1%	45	2,9%	21	1,2%
25 év alatti	35	3,0%	23	1,8%	27	1,7%	37	2,1%
vélelmezhetően pszichiátriai beteg	83	7,1%	79	6,2%	131	8,5%	146	8,4%
diagnosztizált pszichiátriai beteg	163	13,9%	99	7,7%	99	6,4%	130	7,5%
diagnosztizált és kezelt pszichiátriai beteg	35	3,0%	123	9,6%	72	4,7%	124	7,1%
vélelmezhetően demenciával élő	8	0,7%	13	1,0%	21	1,4%	19	1,1%
diagnosztizált demenciával élő	4	0,3%	4	0,3%	0	0,0%	7	0,4%
vélelmezhetően fogyatékkal élő	7	0,6%	4	0,3%	17	1,1%	13	0,7%
diagnosztizált fogyatékkal élő	16	1,4%	21	1,6%	27	1,7%	27	1,6%
kerekesszékes	2	0,2%	6	0,5%	12	0,8%	20	1,2%
mozgáskorlátozott, bot vagy más segédeszköz	44	3,8%	21	1,6%	53	3,4%	63	3,6%
időskorú (65 év vagy a fölötti életkor)	106	9,0%	119	9,3%	168	10,9%	188	10,8%
várandós	3	0,3%	3	0,2%	3	0,2%	3	0,2%
látássérült	na	na	na	na	2	0,1%	8	0,5%
hallássérült	na	na	na	na	na	na	3	0,2%

¹ <https://www.bmszki.hu/hu/rolunk/intezmenyi-beszamolok>

2. Sz. táblázat: **Adatok a Gyáli átmeneti szálláson 2023-ban esetkezelésben részesült ügyfelekről (N=285 fő)**

	Ügyfelek száma	(saját) ügyfelek %-ában
Hány ügyfeled volt a 2023-as évben, akik életkoruk, egészségügyi állapotuk, vagy pszichiátriai státuszuk miatt az átlagosnál nagyobb figyelmet kívántak tőled a munka során?	120	42,1 %
Hány ügyfeled volt bármilyen okból kórházban 2023 évben?	66	23,1%
Hány ügyfeled volt legalább egy hétig tartó kezelésen, vagy legalább 2 alkalommal kórházban 2023 év során?	56	19,6%
A 2023 évben gondozott ügyfeleid közül hány szenvedett valamilyen krónikus betegség ben? (szervi, pszichiátriai, addiktológiai.)	172	60,3%
A 2023-as ügyfeleid közül hányról gondolod, hogy az EÜ helyzetük szervezte / határozta meg legjobban a gondozását?	105	36,8%
Megítélésed szerint ügyfelid közül hányan küzdöttek felismerhető mértékben demenciával ?	21	7,3%
Megítélésed szerint 2023-as ügyfeleid közül hányan érintettek valamilyen pszichiátriai betegség kapcsán?	84	29,5
Megítélésed szerint 2023-as ügyfeleid közül hányan érintettek valamilyen addikció kapcsán?	81	28,4%
2023-as ügyfeleid közül hányan élnek valamilyen (mozgásszervi, érzékszervi vagy értelmi) fogyatékkal ?	42	15,3%
2023-as ügyfeleid közül hány ügyfeledről gondolod, hogy az önellátási képessége leírhatóan csökkent ?	42	15,3%
A 2023-as lakóid közül hány ügyfeled került lakótársa mellett „önkéntes segítő” szerepbe?	27	9,5
2023-ban hány ügyfelednek csökkent és/vagy szűnt meg a jövedelme tényleges munkaképtelenség, vagy munkaképesség csökkenés miatt?	55	19,3%
Hány olyan ügyfeled volt 2023-ban, akiről azt gondolod, hogy az önálló lakhatás lehetősége, az ellátórendszerből való továbblépés egészségügyi és/vagy életkori okokból lehetetlenül el?	109	38,2%
2023-as ügyfeleid közül hány lakódról gondolod azt, hogy kondícióik miatt valójában nem alkalmasak az átmeneti szállós életre ?	65	22,8%
Hány olyan ügyfeled volt 2023-ban, akinek már be van adva az idősothtoni jelentkezése?	34	11,9%

3. sz. táblázat: **A BMSZKI-ban 2025 során személyes szociális munkában részesült ügyfelek – a téma szempontjából legfontosabb adatai**

Forrás: Adatgyűjtés a személyes szociális munka (egyéni esetkezelés, támogató szociális munka, családgondozás és utógondozás) működésének vizsgálatához, 2025.

		Az ügyfél mindennapi életvitelében való praktikus (segítői/gondozói) segítség iránti szüksége						Az ügyfél egészségügyi szempontú gondozási-ápolási szüksége			
Szállástípus	Összes 2025-ben esetkezelt ügyfél	ügyfelem önjáró, önellátó		ügyfelem jobbára önjáró/önellátó, de egyes életterületeken gondozási- vagy praktikus segítségre szorul (pl. elkísérés, bevásárlás és más háztartási típusú feladatok)		ügyfelem önellátó készségei erősen meggyengültek, kifejezetten sok területen szorul gondozási, vagy praktikus segítségre (pl. elkísérés, bevásárlás és más háztartási feladatok)		ügyfelem enyhébb mértékben gondozási-ápolási segítségre szorul (pl. mosakodás, étkezés, gyógyszerelés, kötözés)		ügyfelem jelentős mértékben gondozási-ápolási segítségre szorul (pl. mosakodás, étkezés, gyógyszerelés, kötözés, pelenkázás)	
	fő	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
Átmeneti szállások	2107	1749	82%	308	14,7%	113	5,4%	136	6,5%	58	2,8%
Éjjeli menedékhelyek	1037	809	74%	204	19,7%	102	9,8%	85	8,3%	45	4,4%
Együtt	3144	2630	79%	512	16,3%	215	6,8%	221	7%	103	3,3%

		demencia				pszichiátriai betegség				mozgáskorlátozottság							
Szállástípus	Összes 2025-ben esetkezelt ügyfél	vélelmezhető demenciája van		diagnosztizált demenciája van		vélelmezhetően pszichiátriai problémája van		diagnosztizált pszichiátriai beteg		nehezebben de önállóan képes közlekedni		segédeszközzel (bottal, mankóval, rollátorral) tud önállóan közlekedni		kerekeszéssel, de önállóan közlekedik		nem közlekedik egyedül, minden ügyéhez szállítást vagy kísérést igényel	
	fő	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
Átmeneti szállások	2107	105	5%	45	2,1	244	11,6%	417	19,8%	278	13,2%	139	6,6%	48	2,3%	34	0,9%
Éjjeli menedékhelyek	1037	90	8,7%	44	4,2%	173	16,7%	269	25,9%	167	16,2%	72	7%	36	3,5%	6	0,6%
Együtt	3144	195	6,2%	89	2,8%	417	13,3%	686	21,8%	445	14,1%	211	6,7%	84	2,7%	40	1,3%

