

## FORDÍTÁSI MUNKA

# 'Housing first' (először lakhatást) pszichiátriai zavarban szenvedő, régóta menhely-lakó emberek számára

Készítette:

Fehér Boróka

2011. március 20

Készült:

Hajléktalan emberek társadalmi és munkaerő-piaci integrációjának szakmai és módszertani megalapozása  
(TÁMOP-5.3.2-08/1-2008-0001) **kiemelt program**



A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

**'Housing first' (először lakhatást) pszichiátriai zavarban szenvedő, régóta menhely-lakó emberek számára egy külvárosi vagy vidéki megyében: Négyéves tanulmány a lakhatáshoz való hozzájutásról és a lakhatás megtartásáról (Ana Stefancic, Sam Tsemberis, 2007)**

**Kivonat** – A 'Housing first' (először lakhatás) egy olyan hatékony beavatkozási forma, amely megszünteti és megelőzi a hajléktalanságot súlyos mentális zavarban és együttesen jelentkező szenvedélybetegségben szenvedő személyeknél. A 'Housing first' program, amely állandó, önálló lakhatást biztosít anélkül, hogy ezt absztinenciához és kezeléshez kötné, valamint támogató szolgáltatásokat kínál a felhasználók által vezetett Asszertív Közösségi Kezelőcsoportokon ('Assertive Community Treatment teams) keresztül, elhárítja a fő akadályokat a krónikusan hajléktalan szerhasználók lakhatás-szerzése és –megtartása előtt. Ebben a tanulmányban azok a súlyos mentális zavarral diagnosztizált szerhasználók, akik a leghosszabb ideje éltek menhelyeken egy külvárosi vagy vidéki kerületben, random módon vagy az egyik 'Housing first' programba, vagy egy hagyományos ellátást kapó kontrollcsoportba kerültek. A 'Housing first' programban résztvevők nagyobb arányban jutottak állandó lakhatáshoz, mint a hagyományos ellátást kapó csoport tagjai, és a négy év során mindkét 'Housing first' szervezet szerhasználó klienseinek többsége képes volt az állandó, önálló lakhatás megtartására. Az eredmények arra is rámutatnak, hogy a 'Housing first' programhoz újonnan csatlakozó szolgáltatóknak tisztában kell lennie, hogy a gyakorlatuk miben tér el a 'Housing first' alapvető jellemzőitől, különös tekintettel arra, hogy az alkalmas, szerhasználó klienseket érkezési sorrendben lássák el, és válasszák külön a klinikai kérdéseket a lakói vagy lakhatási felelősségtől. Végezetül, a 'Housing first' program sikeres bevezetésének egyéb aspektusait tárgyaljuk.

**Bevezetés**

A 'Housing first' (először lakhatást) olyan hatékony lakhatási és kezelési beavatkozás, amely súlyos mentális zavarral, együttesen jelentkező szenvedélybeteggel és más egészségügyi problémákkal küzdők évek óta fennálló hajléktalanságát képes megszüntetni és megelőzni (Gulcur és mtsai 2003, Tsemberis és mtsai 2004). Noha ez a krónikusan hajléktalan csoport csekély részét teszi ki a hajléktalan populációnak, az idetartozó egyének felelősek az állami menedékhelyek használatának több, mint feléért (Kuhn and Culhane, 1998). Jelentős költséget emészt fel akut kezelésük is, pl. a sürgősségi orvosi, szerfogyasztási és pszichiátriai ellátás, melyeket gyakran a hajléktalanság átmeneti szüneteltetésére használnak fel (Folson és mtsai 2005, Kuno és mtsai 2000, McNiel és Binder 2005). A 'Housing first', azáltal hogy állandó, önálló lakhatást biztosít számukra az absztinencia és önmaguk kezeltetésének elvárása nélkül, elhárítja a lakhatás útjából a legjelentősebb akadályokat. Mivel rugalmas és átfogó, felhasználók által irányított támogató szolgáltatásokat nyújt, amelyek elősegítik a lakhatás megtartását, a modell megelőzi az újra hajléktalanná válást is.

A szövetségi 'Kezdeményezések a Krónikus Hajléktalanság Megszüntetéséért' (Initiatives to End Chronic Homelessness), amelyet az amerikai 'Hajléktalanság Szervezetközi Tanácsa' (Interagency Council on Homelessness) indított, azzal, hogy a hátrányos helyzetűek számára nyújtott állandó lakhatásnak és támogató szolgáltatásoknak a fontosságát hangsúlyozza, átfogó szövetségi megközelítést alakított ki a hajléktalanság megszüntetésére. A 'Housing first' programok központi

elemei ezeknek a kezdeményezéseknek, ahogyan azok a krónikus hajléktalanság megszüntetésére felállított tízéves tervek is, amelyeket több, mint 200 amerikai nagyváros elkészített. Jelen tanulmány a 'Housing first' megközelítés hatásosságát elemzi, ahogyan azt két különböző külvárosi vagy vidéki program alkalmazta; a felhasználók lakhatási helyzetének és lakásmegtartási arányának vizsgálatán keresztül. A tanulmány számba veszi a programtól eltérő megközelítéseket is a felhasználók kiválasztásában és elbocsátásában, illetve azok következményeit a kimenetel szempontjából.

#### A hagyományos lakhatási és kezelési szolgáltatások

A 'Housing first' élesen eltér a mentális zavarokban szenvedő emberek számára eddig elérhető lakhatási programoktól, amelyek jellemzően csak azután biztosítanak állandó, önálló lakhatást, miután a felhasználók absztinenssé, mentálisan stabillá és „lakhatási szempontból éretté” válnak, azáltal, hogy rövid- és hosszútávú kezeléseken és átmeneti lakhatási megoldásokon mennek keresztül. Az egyik fő oka annak, hogy ezek a személyek krónikusan hajléktalanok, hogy ezek a hagyományos programok nem biztosítanak lakhatást azoknak a felhasználóknak, akik elutasítják a pszichiátriai kezelést, aktívan alkoholt vagy drogot fogyasztanak, vagy akiket korábbi viselkedési problémáik vagy bűnözői múltjuk miatt „lakhatási szempontból éretlen”-nek címkéznek (Meschede 2004). Mivel annak megítélése, hogy valaki alkalmas-e arra, hogy lakhatáshoz segítsék azon alapul, hogy az egyén mennyire hajlandó és képes az absztinencia megtartására, a kezeléssel való együttműködésre, illetve a felügyelt, csoportos lakhatáshoz való megfelelő alkalmazkodásra, ezért sok hátrányos helyzetű hajléktalan ember nem tud kilábalni a hajléktalanságból. Azok, akik mégis bejutnak egy-egy lakhatási programba, gyakran újra hajléktalanná válnak, mert visszaesnek, megszegik a program szabályait, vagy az önmeghatározást és önálló lakhatást választják még akkor is, ha ezek miatt újra utcára kerülnek (Hopper 2006, Meschede 2004).

#### A 'Housing first' program

Mivel a 'Housing first' program szolgáltatásai összhangban vannak azzal, amit a felhasználók elsődleges igényükként definiálnak, amely a lakhatás megszerzése, a program olyan klienseket is elér, akiket a hagyományos, támogatott lakhatást biztosító szolgálatoknak nem sikerül elérniük. A 'Housing first' programok azonnali hozzáférést kínálnak az állandó, önálló lakhatáshoz, anélkül, hogy kezeléssel való együttműködést, vagy drog és alkohol absztinenciát várnának el. A 'Housing first' program célja nemcsak a hajléktalanság megszüntetése, hanem a felhasználók szabad választásának, kigyógyulásának, közösségbe való beilleszkedésének támogatása is. Így a 'Housing first' programok elszórt helyszíni, önálló, privát főbérletől bérelt lakásokat biztosítanak. Az ilyen lakhatási felállítás tiszteletben tartja a felhasználók választását, hogy önálló lakásra vágyanak (Goldfinger és Schutt 1996, Tanzman 1993) és megteremti annak lehetőségét, hogy a pszichiátriai zavarral élő személy szinte megkülönböztethetetlen legyen a közösség többi lakójától, amely a kigyógyulás egyik alapvető szempontja (Harding 1978a, b). Annak érdekében, hogy a közösségbe való illetően beilleszkedés működjön, a program által bérelt lakások mennyisége nem haladja meg épületenként a 15 %-ot. A lakásokat privát főbérletektől bérlik. Az önálló lakás azonnali felkínálása rendkívül hatásos eszköz az együttműködés elérésére, és általa a felhasználók megértik, hogy a program fogékony a szükségleteikre és vágyaikra. A felajánlott további szolgáltatások is elsősorban a felhasználók szükségletein alapulnak, és ez alapozza meg a bizalmon alapuló, támogató klinikai kapcsolatot is, amely a 'Housing first' programnak a lakhatás megtartásában nélkülözhetetlen összetevője.

Noha a közösségi források korlátai befolyásolhatják a 'Housing first' programok nyújtotta kezelési és támogatási szolgáltatások intenzitását és kiterjedését, ideális esetben a felhasználók integrált, átfogó támogatásban részesülnek, általában multidiszciplináris Asszertív Közösségi Kezelő (Assertive Community Treatment, ACT) csoportokon keresztül, apró változtatásokkal (Stein és Santos, 1998). Az ACT csoportok nincsenek állandóan a helyszínen, de 24 órában elérhetőek a hét minden napján, és legtöbb szolgáltatásukat a kliens megszokott környezetében nyújtják (pl. lakás, munkahely, lakóhely környezete) időbeli korlátozás nélkül. A felhasználóknak azonban lehetőségük van arra is, hogy a csoport tagjait az irodában keressék fel. A csoportok tagjai között találunk szociális munkásokat, ápolókat, pszichiátereket és a támogatott foglalkoztatás és társ-tanácsadás szakembereit, akik megfelelnek az ACT bizonyítékon alapuló gyakorlat előírásainak (Phillips és mtsai 2001). A csoportok kigyógyulás-orientált megközelítést alkalmaznak, melynek része a felhasználók választása, valamint az ártalomcsökkentés gyakorlata mind a szerfogyasztás, mind a pszichiátriai kezelés terén. A csoportok olyan területeken ajánlják fel segítségüket a felhasználóknak, mint a lakhatás, az egészségügyi ellátás, medikáció, foglalkoztatás, családi kapcsolatok és rekreációs lehetőségek (Tsemberis és Asmussen 1999). Az ellátási tervek nem a felhasználók szükségleteinek klinikai vizsgálatán alapulnak; inkább az egyének választják ki a szolgáltatások formáját, sorrendjét és sűrűségét, és megvan a lehetőségük arra is, hogy egy az egyben elutasítsák a formális kezelést anélkül, hogy ezzel lakhatásukat veszélyeztetnék. A klinikai gyakorlatnak ez a rugalmas, felhasználó-orientált megközelítése garantálja, hogy a kliensek kapcsolatban maradjanak a csapattal, különösen krízis-helyzetben, és elősegíti a nyílt rapportot is.

Noha a felhasználóknak megvan a lehetősége a formális klinikai ellátás elutasítására, amilyen pl. a pszichiátriai gyógyszerek beszedése, pszichiáterhez járás, vagy kábítószeres szakemberrel való együttműködés; a programok azért előírják a csoport legalább heti egyszeri látogatását. A lakások rendszeres időközönkénti felkeresésének fő célja a lakók biztonságáról és jóllétéről való meggyőződés, a lakás állapotának ellenőrzése, és, legfőképpen, a kommunikáció biztosítása a felhasználó és a csoport tagjai között. Egy tipikus látogatás abból áll, hogy megfigyelik a felhasználó mentális és fizikai állapotát, megbeszélik az előző látogatás során felmerült komolyabb problémákat, és segítséget ajánlanak fel bármely, a felhasználó által igényelt témában, a lakásfelújítástól a rokonlátogatásig. A látogatások a támogatás két alapvető formáját biztosítják: az instrumentális és az emocionális segítséget. A csapat gyakran segít rutinszerű házimunkákban, de talán ennél is fontosabb, hogy azt közvetíti a felhasználó felé, hogy fontos a csoportnak. A csoport tagjai lehet, hogy csak ülnek és beszélgetnek egy ideig, de mindvégig empatikusak, együttérzőek, és a remény közvetítői.

A felhasználók saját bérleménnyel vagy albérlettel rendelkeznek, és ugyanolyan lakói jogok illetik meg őket, mint az épület többi lakóját. A felhasználók addig tarthatják meg lakhatásukat albérllőként, amíg az általános bérleti feltételeknek megfelelnek. Mint általában a támogatott lakhatási programokban, a lakóknak bevételeik 30%-át kell bérleti díjként befizetni (ez általában a Kiegészítő Társadalombiztosítási Járadék 30%-át jelenti). Továbbá azzal, hogy a 'Housing first' program elválasztja a lakhatás feltételeit a kezeltetéstől, megelőzi, hogy ez a magas rizikójú csoport újra hajléktalanná váljon. A szerfogyasztásba vagy pszichiátriai krízisbe való visszaesés negatív hatásai csökkennek, mert a relapszusra a klinikai krízis intenzív kezelésével, illetve detoxikáló intézményi vagy kórházi ellátáshoz segítséssel reagálnak, és nem kilakoltatással azért, mert a kliens kábítószer

fogyaszt vagy pszichotikus tüneteket észlel. Miután befejeződik a klinikai probléma kezelése, a felhasználó visszatér lakásába. A 'Housing first' program résztvevői csak azzal kockáztatják a kilakoltatást, amivel bármely másik lakó is: bérleti díj nem fizetése, szomszédok elfogadhatatlan zavarása, vagy az általános bérleti feltételek más megszegése. Az ilyen kilakoltatások megelőzésére a csapatok szorosan együttműködnek a felhasználókkal és a bérbeadókkal, hogy az esetleges problémákat már az elején kezelhessék.

A 'Housing first' program kezdeti értékelése városi környezetben, elsősorban utcán lakó kliensekkel drámai sikereket jelzett. Az egyik randomizált klinikai vizsgálatban, amelyben a lakhatási alternatívákat nézték meg egy négyéves periódus alatt, a 'Housing first' programba beválasztott kliensek szignifikánsan kevesebb időt töltöttek hajléktalanul, és több időt biztos lakhatásban, valamint kevesebb lakhatással kapcsolatos kiadást halmoztak fel, mint a hagyományosabb lakhatási programokban résztvevő társaik (Gulcur és mtsai 2003, Tsemberis és mtsai 2004). Továbbá annak ellenére, hogy a hagyományos programok kliensei magasabb arányban vettek részt szerfogyasztás elleni kezeléseken, nem volt szignifikáns eltérés a két csoport alkohol- vagy drogfogyasztási szintjében (Padgett és mtsai 2006). Ezenkívül a felhasználói választás, ami a 'Housing first' program egyik lényeges összetevője, összefüggött a pszichiátriai tünetek csökkenésével, amely részben az észlelt személyes kontroll által mediált összefüggés (Greenwood és mtsai 2005). Végül pedig a kliensek is szignifikánsan magasabbra értékelték a lakhatással való elégedettségüket, ha önállóbb, támogatott lakhatási formában éltek, mint mikor tömeg- vagy közösségi szállásokon (Siegel és mtsai 2006). Jelen tanulmány azt vizsgálja, hogy vajon a 'Housing first' megközelítés hasonlóan magas szintű lakhatási stabilitást tud-e elérni pszichiátriai zavarban szenvedő, külvárosi vagy vidéki krónikus menhely-lakó kliensek esetében. Ezenkívül olyan problémákra hívja fel a figyelmet, melyek abban az esetben jelentkezhetnek, ha a 'Housing first' intervenciókat olyan intézmény vezeti be, amely korábban a hagyományos 'lakhatásra érett' megközelítést alkalmazta a kliensek lakhatáshoz és kezeléshez juttatásában.

A tanulmány tárgya

A 2000-es év első hónapjaiban a Szociális Szolgáltatások Megyei Osztálya (County Department of Social Services, DSS) két szervezettel kötött szerződést 'Housing first' szolgáltatások nyújtására olyan kliensek számára, akik pszichiátriai problémákkal, és gyakran ezzel együtt szerfüggőséggel rendelkeztek, akik krónikus visszatérők voltak a megye hajléktalan szállóiba. Az egyik szolgáltató egy olyan szervezet volt, amely régóta működtetett 'Housing first' programokat, de újonnan érkezett a megyébe ('Pathways to Housing' – Utak a lakhatáshoz); míg a másik egy újonnan alakult konzorcium volt, amelynek tagjai megyei kezelési és lakhatási szolgáltatásokat nyújtó szervezetek voltak, amelyeknek nem volt korábbi tapasztalata a 'Housing first' programmal. A vizsgálat random módon irányított menhely-használókat vagy az egyik, vagy a másik 'Housing first' programhoz, és volt egy hagyományos ellátást kapó kontroll csoport. Mindhárom csoport résztvevőinek lakhatási helyzetét 20 hónappal később vizsgáltuk, valamint figyeltük a két 'Housing first' csoport lakás-megtartási arányát majd négy éven keresztül. Ezen túl, mivel a 'Housing first' célja a „nehezen lakásban tartható” kliensek befogadása és az ebből a csoportból érkező, ellátható kliensek mindegyikének érkezési sorrendben történő befogadása, ezért közöljük az elért/bevont vs. a valóban lakhatáshoz juttatott kliensek arányát is. Azt is megvitatjuk, hogy a bevonási és megtartási adatok milyen módon jelzik,

hogy a 'Housing first' szervezetek különböző megközelítést alkalmaztak a lakhatáshoz juttatásban és az elbocsátásban. Végezetül, annak érdekében, hogy szóljunk a 'Housing first' megközelítés költséghatékonyságáról, bemutatjuk a kliensenkénti szerződési költségeket, amelyek az egyes programokban jelentkeztek.

## **Módszer**

### **Eljárás**

A 'Pathways to Housing' (röviden: 'Pathways') és a 'Consortium of local agencies' (röviden: 'Consortium') nevű szervezetekkel a megye arra szerződött, hogy 'Housing first' szolgáltatásokat nyújtsonak, önálló, elszórt helyszíni lakások és ACT csoportok formájában, pszichiátriai zavarral küzdő, krónikus menhelylakó kliensek számára. Mindkét programban 60 személynek kellett lakást biztosítani. A kontrollcsoport a megye szokásos szolgáltatásaiban részesült, mely menhely-alapú és átmeneti lakhatás biztosítását jelentette.

Az adatokat a Szociális Szolgáltatások Minisztériuma nyilvántartása és az adott 'Housing first' szervezet szolgáltatta. A két 'Housing first' szervezet minden hónapban jelentést készített a Szociális Szolgáltatások Minisztériuma számára, mely tartalmazta az elért/bevont felhasználók számát, az adott időszakban lakhatásban részesülő felhasználók számát, és azoknak a felhasználóknak a számát, akiket a szervezetek már nem részesítettek lakhatásban. A 'Housing first' klienseinek lakhatási adatai csaknem négy évig (47 hónapig) voltak folyamatosan elérhetőek. A kontrollcsoport lakhatási adatai a megye számítógépes menhely-nyilvántartási rendszeréből, de csak a 20. hónapból származnak. Mivel nem voltak mindhárom csoporttal kapcsolatban elérhetőek az adatok a teljes tanulmányozott időszakban, kétféle lakhatási eredményt mutatunk be. Az első, a lakhatási státusz, egy egyszeri mennyiség, amely a két 'Housing first' program által és a kontroll program által lakhatáshoz juttatott személyek számát jelenti a 20. hónapban. A második eredmény, a lakhatás megtartása, a két 'Housing first' program résztvevőinek lakásmegtartási arányát mutatja a 47 hónapon keresztül. A lakásmegtartási arányt minden hónapban úgy számoltuk ki, hogy elosztottuk azon felhasználók számát, akik továbbra is megtartották lakásukat azokéval, akiket a szervezet valaha lakáshoz juttatott (jelenleg lakásban / valaha lakásban). Végezetül azokat az adatokat is közöljük, hogy a két 'Housing first' szervezet hány elért/bevont és lakhatáshoz juttatott embert produkált minden egyes hónapban a 47 hónap során. Mindkét szervezet munkatársainak feladata volt az emberek elérése, és saját szervezetük felvételi vizsgálatának lefolytatása, melynek alapján eldöntötték, hogy a személy alkalmas-e a 'Housing first' programban való részvételre. A felvételi vizsgálaton átesett, vagy arra már időpontot kapott résztvevők elért/bevont alanyoknak számítanak. A Szociális Szolgáltatások Megyei Osztályának (County Department of Social Services, DSS) segítségével mindkét 'Housing first' szervezet nekik random módon kijelölt felhasználókkal, saját listájukon sorban haladva, felvételi interjúk lefolytatásával próbált kapcsolatot teremteni. Azonban nem minden felhasználó került be a programba és jutott lakhatáshoz azok közül, akik átestek a felvételi vizsgálatokon. Csak azok, akiket a szervezetek befogadtak és lakhatáshoz juttattak részesülhettek a 'Housing first' ellátásban.

A minta

Azok váltak a tanulmány vizsgálati személyeivé, akik komoly mentális betegség diagnózisával rendelkeztek és krónikus menhely-lakók voltak. A megye olyan személyeket küldött, akik a leghosszabb ideje voltak menhely-lakók, és akik tartózkodásukat a leggyakrabban szakították meg. Azok a személyek számítottak pszichiátriai fogyatékossgal rendelkezőnek, akiket egy I. tengelyes mentális betegség jogosulttá tett a Kiegészítő Társadalombiztosítási Járadékra (Supplemental Security Income, SSI). Azok is vizsgálati személlyé válhattak, akiknek ezzel együtt szerfüggősége is volt. Azokat a menhely-lakókat, akik 18 év alattiak voltak, elsősorban fejlődési zavarral diagnosztizálva, vagy a családok számára fenntartott menhelyeken éltek, nem válogattuk be a vizsgálatba. 2001 elején a DSS sürgősségi menhelyeinek nyilvántartásából összesen 260 személy volt eredetileg kiválasztva, és random módon kijelölve a három csoport egyikébe a következő módon: 105-en a 'Pathways'-hez, 104-en a 'Consortium'-hoz, míg 51-en a kontrollcsoportba kerültek. 2001 végére, a beválogatás második körében, 52 további személy került a programba; így a 'Pathways'-ben 131, míg a 'Consortium'-ban 130-an voltak összesen, míg a kontrollcsoport továbbra is 51 főből állt. Ezt követően a program során még kb. 80 ember került a 'Consortium'-hoz.

Az 1. táblázatból látható, hogy az eredetileg kijelölt három csoport (260 résztvevő) demográfiai jellemzőit és pszichiátriai betegségét tekintve hasonló volt. Nem volt szignifikáns különbség a csoportok között a nem, rassz és alkohol-fogyasztás tekintetében sem. A 'Pathways' kliensei magasabb aktuális drogfogyasztási vagy -függőségi aránnyal rendelkeztek, ( $\chi^2 = 10,56$ ,  $P = 0,032$ ) és magasabb arányban volt jelen náluk pszichotikus zavar ( $\chi^2 = 14,15$ ,  $P = 0,093$ ). Összességében, a minta hasonló volt más vizsgálatokban szereplő, pszichiátriai zavarral rendelkező menhely-lakó felhasználókhöz (Hopper és mtsai 1997, Kuhn és Culhane 1998).

1. táblázat: Demográfiai adatok, pszichiátriai diagnózisok és szer-abúzus zavarok az eredetileg kijelölt csoportokban<sup>x</sup>

	'Pathways' (n = 105)		'Consortium' (n = 104)		Kontroll (n = 51)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Nem</b>						
Férfi	71	67,6	83	79,8	39	76,5
Nő	34	32,4	21	20,2	12	23,5
<b>Rassz</b>						
Afroamerikai	63	60	56	53,8	28	54,9
Hispán	8	7,6	13	12,5	7	13,7
Kaukázusi	30	28,6	29	27,9	14	27,5
Egyéb	1	0,9	2	1,9	0	0
Nincs adat	3	2,9	4	3,9	2	3,9
<b>Alkohol</b>						
Függőség/Abúzus	48	45,7	36	34,6	21	41,2
Függőség/Abúzus csökkenőben	9	8,6	18	17,3	8	15,7
Nincs adat	0	0	3	0	5	9,8
<b>Drog</b>						
Függőség/Abúzus	54	51,4	33	31,7	20	39,2
Függőség/Abúzus csökkenőben	8	7,6	19	18,3	8	15,7
Nincs adat	3	2,9	3	2,9	3	5,9
<b>Mentális betegség</b>						
Szkizofrénia	48	45,7	45	43,3	16	31,4
Major depresszió	12	11,4	15	14,4	6	11,8
Bipoláris zavar	19	18,1	18	17,3	12	23,5
Szkizoaffektív zavar	11	10,5	2	1,9	2	3,9
Egyéb	10	9,5	15	14,4	11	21,6
Nincs adat	5	4,8	9	8,7	4	7,8

<sup>x</sup> A 'Housing first' program második és harmadik körében random módon kijelölt résztvevőkre nézve nem álltak rendelkezésre a demográfiai adatok



Mindkét szervezet felelős volt azért, hogy kapcsolatba lépjen azokkal a felhasználókkal, akik a random módon kijelölt és nekik rendelt listán szerepeltek, és bevonja őket a programba. A szervezetek tehát saját döntésük alapján értek el és vontak be felhasználókat a listáról. Továbbá, mivel a 'Housing first' programba való felvétel olykor megrekedt, a résztvevők a program különböző állomásain léptek be.

## **Eredmények**

### Lakhatási státusz

A 'Pathways' első felhasználója 2000 júniusának elején költözött be a lakásába, míg a 'Consortium' első lakója az azt követő hónapban. 20 hónappal később, 2002 februárjára, a 'Pathways' összesen 62 klienszt költöztetett be önálló, elszórt helyszíneken található lakásokba, ami átlagosan 3,1 személyt jelent havonta. Öt ember ezek közül kizárásra került a programból (négy elköltözött az államból), ami azt jelenti, hogy 57 személynek megvolt a lakhatása a 20 hónapos periódus végén. Ugyanebben az időszakban a 'Consortium' 52 embernek biztosított lakhatást, átlagosan 2,6 embernek havonta. Közülük hat embert bocsátottak el a programból, így 46 személynek még mindig megvolt a lakása a 20. hónap végén. A 'Housing first' szervezetek összesen 103 résztvevőt juttattak állandó lakhatáshoz ebben az időszakban.

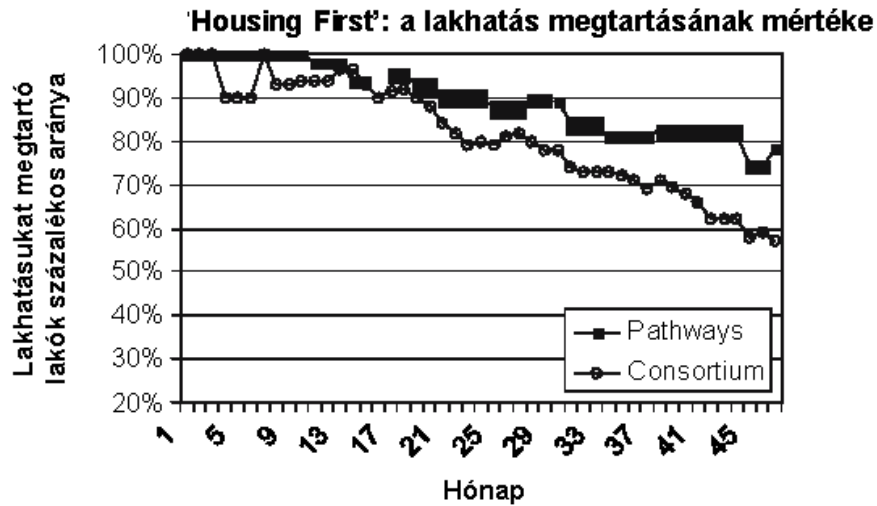
A 'Housing first' programokba felvett résztvevőkkel ellentétben a kontrollcsoport tagjai közül csak néhány személynek volt állandó lakhatása a 20 hónapos periódus végén. A Mentális Egészség Minisztériuma (Department of Mental Health, DMH) tizenkét embert helyezett el támogatott lakhatásban, míg a Veterán Iroda (Veteran's Administration, VA) egy személyt. Két felhasználó újra felvette a kapcsolatot a gyermekeivel, és átkerült a megye Hajléktalan Családokat Támogató Rendszerébe (Homeless Families System). Sürgősségi lakásokba helyezték el őket, amelyeket a megyével szerződésben álló nonprofit szervezet üzemeltet. Mindössze egyetlen kliens élt önálló lakásban, egy másik pedig összeköltözött egyik rokonával. Öt kliens menhelyen maradt, míg három különböző intézményekben nyert elhelyezést. Egy kliens alkalmatlannak ítélték arra, hogy a DMH helyezze el, mert fejlődési zavara volt; négyen pedig elköltöztek a megyéből. A 21, menhely rendszerből kihullott további résztvevő hollétéről nem tudni. A kontrollcsoport tagjai továbbra is a rendszer részei között keringtek a tanulmányozott időszakban. A kontrollcsoport azon tagjainál, akiknél elérhetőek a 20 hónap alatti menhelyhasználatra vonatkozó adatok, a menhelyre való átlagos visszatérés 3,6, míg a visszatérések átlagos időtartama 13,3 éjszaka volt.

### A lakhatás megtartása

Az 1-es ábra a 'Housing first' program lakás-megtartási arányait mutatja a 47 hónap minden hónapjában. Kétévvel a program kezdete után a 'Housing first' révén lakhatáshoz jutott felhasználók kb. 84%-a még mindig lakásban lakott; a 'Pathways' esetében ez az arány 88,5%, míg a 'Consortium' esetében 79% volt. A 47 hónap letelte után a 'Housing first' keretében lakást kapott felhasználók kb. 68%-a még mindig megtartotta a lakását; a 'Pathways' esetében 78,3, míg a 'Consortium' esetében 57%.

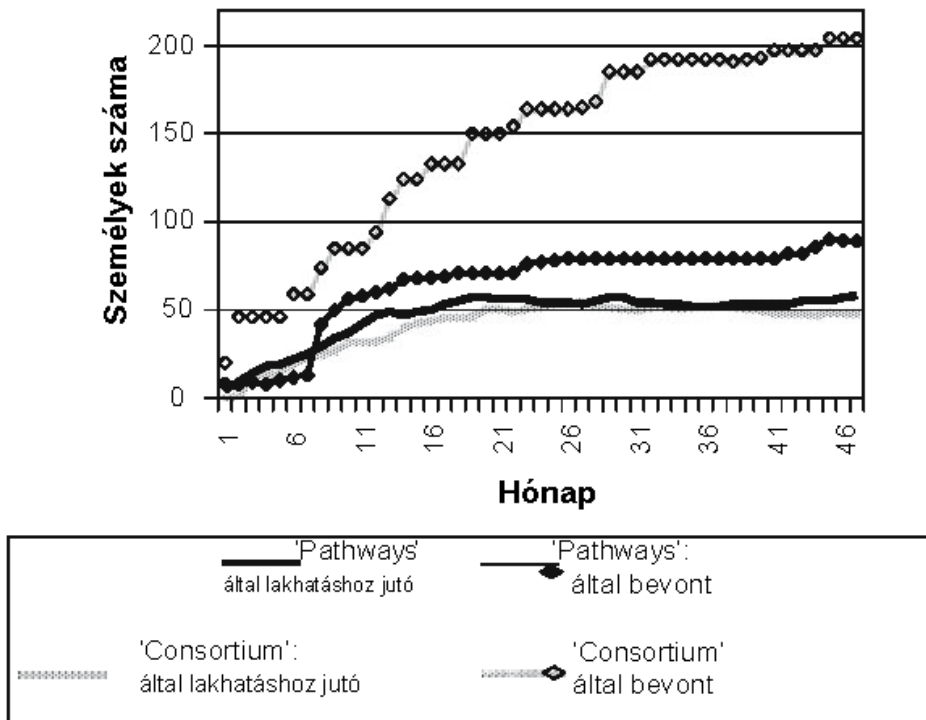
Kiválasztás: bevont vs. lakhatáshoz jutó

A 2. ábra bemutatja a két 'Housing first' program lakhatáshoz juttatott résztvevőinek számát minden egyes hónapban, valamint a szervezetek által elért/bevont összes személy számát. Kétévvel a program indulása után a 'Pathways' 78 elért/bevont résztvevője közül 54 személy lakott lakásban. Ugyanezen a ponton a 'Consortium' 164 elért/bevont résztvevője közül 54-nek volt lakása. A 47 hónap végén a 'Pathways' által elért/bevont 89 emberből 58 élt lakásban, míg a 'Consortium' 204 elért/bevont résztvevője közül 48.



1. ábra : 'Housing First': a lakhatás mértéke

**'Housing First': bevontak a lakhatáshoz juttatás szerint**



2. ábra: 'Housing First': bevontak/elértek a lakhatáshoz juttatás függvényében

## Költség

A 2-es táblázat mutatja, hogy a 2002-es költségvetés alapján a 'Pathways' és a 'Consortium' napi költségvetése 55,92 USD volt, vagy 20.410 USD / kliens / év. Közben a menhelyek fenntartásának napi költsége 66,49 USD és 119,26 USD között volt, vagy 24.269 USD és 43.530 USD / kliens / év. A 'Housing first' költségek tartalmazták a munkatársak bérét, a működési költségeket, bérleti díjakat, valamint az ingóságok kezelésének költségét.

2. táblázat: A megye éves és napi ráfordítása a támogatott lakhatásra és a menhelyekre

	Napi költség	Éves költség / kliens
Támogatott lakhatás (120)	55,92 USD	20.410 USD
'Pathways' (60)	51,64 USD	18.850 USD
'Consortium' (60)	60,19 USD	21.971 USD
Menhelyek	66,49 – 119,26 USD	24.269 – 43.530 USD

## Megbeszélés

Ez a tanulmány előzetes eredményeket közöl a 'Housing first' program bevezetéséről egy külvárosi vagy vidéki megyében, amely azzal a céllal történt, hogy csökkentse a hajléktalanságot a megye krónikusan hajléktalan lakosainak populációjában. Közel kétévvel a 'Housing first' program megyében történő elindulása után az eredmények azt mutatják, hogy a 'Housing first' programba utalt kliensek nagyobb arányban jutottak állandó lakhatáshoz, mint a hagyományos ellátásban részesülő csoport, amelynek tagjai a megye szokásos szolgáltatásait kapták. Húsz hónap elegendően hosszú időszak ahhoz, hogy a kontrollcsoport tagjai a kezelés és átmeneti lakhatás után elérjenek a tartós, önálló lakhatásig. Az adatok azonban nem jelzik ezt a fejlődést, hanem ehelyett arra utalnak, hogy a kontrollcsoport legtöbb tagja még mindig nem érte el a végső állomást, az állandó, önálló lakhatást. Eközben a lakhatás-megtartási arányok azt mutatják, hogy mindkét 'Housing first' program klienseinek zöme képes volt az évek óta tartó hajléktalan lét megszüntetésére, és segítséget kaptak abban, hogy megelőzzék az újra hajléktalanná válást. A majd' négyéves periódus alatt a 'Housing first' program keretében lakást kapó résztvevők 68%-a képes volt azt megtartani anélkül, hogy megfelelt volna a kezeltség vagy az absztinencia elvárásának. A 'Pathways' szervezet által a négyéves időszak végén elért éppen csak 80% alatti lakás-megtartási arány nagyon figyelemreméltó, különösen figyelembevéve a minta krónikus hajléktalanságát, és magas menhelyhez való visszatérési és szerfogyasztási arányát. A 'Pathways' szervezettel – amely évek óta nyújt 'Housing first' szolgáltatásokat – összevetve a 'Consortium' szövetség tagjai által elért alacsonyabb lakás-megtartási arány azokra a nehézségekre hívja fel a figyelmet, amelyekkel a már meglévő szolgáltatóknak kell szembenéznie akkor, amikor átváltak a 'Housing first' megközelítésre.

A 'Housing first' megközelítés meghonosítása új helyszíneken és már működő szervezeteknél jelentős akadályokba ütközhet. Ezekről számolt be Felton (2003), aki kulcsszereplőknek a tanulmányban szereplő 'Housing first' programok megyébe történő bevezetése kapcsán észlelt tapasztalatait írta le. A 'Housing first' megkérdőjelezi a hagyományos ellátó-felhasználó kapcsolatot, mert azáltal, hogy a felhasználó szükségletei és céljai kerülnek előtérbe, a klinikusoknak és más szolgáltatóknak le kell

mondaniuk az előjogaikról. Továbbá azt is igényli tőlük, hogy a hangsúlyt a mentális egészségről és szerfogyasztási szükségletekről áthelyezzék a felhasználó lakhatási igényeinek széleskörűbb aspektusára (Meschede 2004). A megközelítés szükségessé teszi, hogy a szolgáltatók újragondolják a korábban hajléktalan, mentális betegséggel küzdő klienseik képességeit, különösen azt, hogy képesek-e önálló lakhatás fenntartására, amennyiben átfogó, de rugalmas segítséget kapnak. A már működő szervezeteket és szolgáltatókat felkészületlenül érhetik a programozott, szisztematikus változások, amit a 'Housing first' megközelítés adaptálása jelent, amennyiben jelentősen lecsökkenti a menhelyek vagy más átmeneti lakhatási programok iránti igényt. Az ilyen szolgáltatóknak nagyon is gyakori fenntartásaik lehetnek, mint pl. menhelyekkel kötött értékes szerződések megművelése, illetve ennek folyamánként a menhelyeken dolgozók munkanélkülivé válása.

A szolgáltatóknak, akik újonnan vágnak bele a 'Housing first' programba, azzal is tisztában kell lennie, hogy gyakorlatuk mennyiben tér el a 'Housing first' lényeges jellemzőitől és filozófiájától. A 'Consortium' alacsonyabb lakás-megtartási rátája arra utal, hogy elbocsátási gyakorlatuk nem tükrözi azt az irányelvet, hogy a lakhatás kérdése elváljon a kezeléstől. Továbbra is szükség van olyan szolgáltatásokra, amelyek lakhatás elvesztésekor állnak a kliens rendelkezésére az új lakás megtalálásában, ha nehézségeik adódnak egy épülettel vagy szomszédsággal kapcsolatosan, vagy amelyekre a felhasználó a kórházból, vagy klinikai alapú kezelésből való elbocsátásakor támaszkodhat. A 'Housing first'-re váltó szolgáltatóknak tehát különösen figyelni kell arra az elvárásra, hogy a klinikai és lakhatási kérdések elváljanak egymástól, és hogy biztosítsák azt, hogy klinikai krízis esetén a felhasználó intenzív klinikai kezelésben részesül, és nem pedig a lakásából való elbocsátásban.

A különbség a 'Housing first' programok között a lakhatáshoz juttatott vs. elért/bevont kliensek számának tekintetében arra utal, hogy a két szervezet két különböző megközelítést használt a résztvevők beválogatásában és lakásba helyezésében. A 'Consortium' által bevont résztvevők magas száma azt jelezheti, hogy ezek az intézmények rendkívül szigorúak voltak abban, hogy kiszerelektálják a programra érdemtelen jelentkezőket. Az is lehet azonban, hogy a 'Consortium' válogatók besorozása annak volt az eredménye, hogy a klinikusok elutasítottak olyan jelentkezőket, akik ugyan alkalmasak lettek volna, de számukra nem tűntek azonnal tartós lakhatásba helyezhetőnek. Új 'Housing first' szolgáltatók is vonakodhatnak olyan felhasználókkal együttműködni, akik hagyományosan a 'nehezen lakhatáshoz juttatható' kategóriába tartoznak. A 'Housing first' egyik alapelve, hogy olyan felhasználókat is a célcsoport részének kell tekinteni, akiknek meggyűlt a bajuk a hagyományos szolgáltatókkal, és őket is érkezési sorrend szerint ki kell szolgálni. A 'Housing first' megközelítést újonnan bevezető szolgáltatóknak tehát tisztában kell lennie egy régi, de téves előítéllettel, amely egyenlőségjelet tesz a pszichiátriai tünetek vagy szerfogyasztás és a lakhatás fenntartásának képtelensége közé. Az, hogy a 'Consortium' alacsonyabb lakhatás-megtartási arányokat produkált annak ellenére, hogy több felhasználó közül válogatott, szintén azt a tényt erősíti, hogy a lakhatási ellátást nyújtó intézmények vagy a klinikai szakemberek nem tudják sikeresen bejósolni, hogy a krónikus hajléktalan jelentkezők közül mely felhasználók lesznek képesek sikeresen fenntartani a lakásukat.

Ami az elszórt helysínű, közösségbe való integráláson alapuló 'Housing first' modell külvárosi vagy vidéki helysínen való megvalósítását illeti, a szolgáltatóknak számos kihívással kell szembenéznie,

ami szükségessé teheti a modell enyhe módosításait. A szakember-gárdát tekintve, amennyiben egy szervezetnél nem áll rendelkezésre elegendő humán erőforrás egy teljes ACT csoport felállításához, vagy amennyiben a szolgáltatást használók száma csekély, a programot követő szervezetek kisebb ACT-alcsoportokat hozhatnak létre, amelyeknél kisebb esetenkénti ráfordítási arány érhető el, de így egyes szolgáltatásokat más szervezetektől vagy állami ellátóktól kell beszerezniük. Egy másik lehetőség, amelyet néhány városban sikerrel alkalmaztak, hogy 'vegyes csoportokat' hoznak létre, amelyekben számos szakember dolgozik, de mindegyik különböző szervezettől érkezik (pl. a mentális egészség szakembere a helyi mentális egészség klinikáról, a szer-abúzus specialista a drog-kezelési programból, az esetkezelő pedig a menhelyről). A programok ezen túl 'intenzív esetkezelőket' is alkalmazhatnak, akik a felhasználók alapvető támogatását nyújtják, míg más, speciális szolgáltatásokat másoktól szereznek be a számukra. A külvárosi vagy vidéki környezetben dolgozó 'Housing first' munkatársaknak nagyobb távolságokat is kell megtenniük, hogy meglátogassák klienseiket. A szakember-gárda felállása változhat ennek fényében: pl. lehet, hogy a csoportoknak több tagra lesz szüksége, vagy a nélkülözhetetlen szakemberekből, amilyen pl. az ápoló, többnek is kell egy-egy csoportban dolgozni. Emiatt nagyobb anyagi források kellenek a munkatársak és felhasználók utaztatására, több járművet kell vásárolni, plusz személyzet kell, vagy kompenzálni kell a csoport szakembereit a saját gépjármű-használatért.

Ami a kiadó lakásokat illeti, reális árú, illetve garzon vagy egyhálószobás lakásból kevesebb lehet a külvárosi vagy vidéki, mint a belvárosi területeken. Ezek a területek a felhasználó a korlátozott kínálatból választhat, és lehet, hogy aközött kell választania, hogy bérel egy szobát valaki lakásában, közösen bérel egy lakást két-három másik klienssel, vagy vár, amíg egy önálló lakást talál. Ezenkívül a külvárosi vagy vidéki területek nem nyújtják a felhasználóknak ugyanazt az anonimitást, mint a városi területek, de előnyösebbek lehetnek a magányosság vagy elidegenedés elkerülése szempontjából, melyeket nagyvárosban egyedül élve szoktak a felhasználók tapasztalni (Yanos és mtsai 2004). Megfelelő típusú és reális árú lakást találni nagyvároson kívüleső területeken tehát nehezebb és időigényesebb lehet; a lakások vagy más lakhatási lehetőségek felkutatása a potenciális felhasználók számára, valamint a program népszerűsítése és az ezzel kapcsolatos oktatási tevékenység a közösség és a fenntartók körében nagyobb erőfeszítést és ráfordítást igényelhet. Noha a szűk lakás-piac, valamint a szakemberek számára megteendő hosszabb utazási távolságok arra sarkallhatják a szervezeteket, hogy inkább tömeg-szállásokon helyezték el a felhasználókat, fontos megjegyezni, hogy amennyiben ez nem kifejezetten a kliens kérésére történik, úgy jelentős eltérést valósít meg a 'Housing first' modelltől. A 'Housing first' programok éppen azért sikeresek, mert felhasználó-vezérelt megoldásokkal szüntetik meg a hajléktalanságot, és a legtöbb esetben a kliens választása elszört helyszínű, önálló lakás biztosítását teszi szükségessé; olyan megközelítése ez a hajléktalanság megszüntetésének, amely az integráció és felgyógyulás magasabb céljaival is összhangban van.

Jelen tanulmány azokat az eredményeket közli, amelyek a majd' négy év alatt születtek a 'Housing first' programokba random módon kijelölt kliensek körében, és a 20. hónapnál felhasználták egy hagyományos ellátást kapó kontrollcsoport eredményeit is. Az egykor hajléktalan emberek körében végzett vizsgálatok között ritkák az ilyen longitudinális eredmények. Továbbá két különböző program alkalmazta a 'Housing first' megközelítést, ami lehetővé tette a bevont résztvevők számának, valamint a lakásmegegyeztetési arányoknak az összehasonlítását. A programok közötti eltérések arra

utalnak, hogy a szervezetek nem ugyanazokat a bevásztási és elbocsátási kritériumokat alkalmazták, amely két olyan területet érint, ahol a 'Housing first' megközelítés lényegesen eltér a hagyományos ellátástól. A célcsoport, azaz a krónikusan hajléktalan, súlyos mentális betegséggel rendelkező személyek érkezési sorrendben történő bevásztása, illetve a lakhatás elvesztése vagy módosulása közben is nyújtott szolgáltatások alapvető jellegzetességei a 'Housing first'-nek. Nagyon fontos, hogy azok a szervezetek, amelyek bevezetik a 'Housing first' megközelítést, olyan módon tegyék ezt, ahogyan az a leghatékonyabbnak bizonyult. A vizsgálatban olyan személyek szerepeltek, akik krónikusan hajléktalanok voltak, számos mentális betegséggel rendelkeztek, és a hagyományos szolgáltatásokkal nem jutottak előbbre. A vizsgálati mintát jellemző magas komorbiditási mutató is azt jelzi, hogy a 'Housing first' megközelítés sikeres lehet többszörösen hátrányos helyzetű emberek esetében is.

A tanulmánynak azonban komoly gyengéi is vannak. Először is, demográfiai adatok csak az első tanulmányba beválogatott csoport résztvevőiről állt rendelkezésre, így nem tudjuk a teljes vizsgálati mintát pontosan jellemezni. Másodszor, a random kijelölés ellenére nem minden kiválasztott résztvevő került beválogatásra a számukra kijelölt 'Housing first' szervezet által. Noha az eredeti csoportok a random kijelölés után nagyjából azonos tulajdonságokkal bírtak, sajnos az egyének szintjén nem állt rendelkezésre elegendő adat ahhoz, hogy minden egyes vizsgálati feltételben összehasonlíthassuk a valóban lakást kapó személyeket. Ezért aztán nem tudjuk azonosítani azokat a jellemzőket, amelyek a különböző feltételek esetén, illetve a teljes minta tekintetében összefüggnek a lakáshoz jutással. További nehézség, hogy a kontroll résztvevők majdnem felének holléte nem volt fellelhető az utánkövetés időpontjában, ami jelentős adathiányt eredményezett. Emiatt kevésbé tudjuk megbecsülni, hogy mennyire hatékony a 'Housing first' megközelítés a szokásos szolgáltatásokhoz képest. A korlátozott források miatt arra sem volt lehetőség, hogy a 47 hónapos teljes tanulmányozott időszak után is követni tudjuk a kontrollcsoportot. Noha ennek kicsi az esélye, nem lehet megmondani, hogy a kontrollcsoport nem érte-e esetleg utol vagy előzte-e meg a 'Housing first' csoportokat az önálló, állandó lakhatási arányokat tekintve a négy év után.

Még egy, utolsó ok a korlátozott értelmezésre, hogy a két szolgáltató által a felhasználóknak nyújtott támogatás és ellátás, valamint a szolgáltatóknak a lakhatás megtartásában játszott szerepét nem vizsgáltuk. Mivel mindkét szervezetet ugyanolyan feltételekkel finanszírozták, ACT csoportjaik szerkezeti összetétele, szakembergárdájuk és általános gyakorlatuk nagyon hasonló volt. Minthogy a szervezetek között a lakás-megtartásban és kiválasztási eredményekben különbségek mutatkoztak, a szerkezeti hasonlóság kiemeli a szervezetek átívelő filozófiájának, valamint az informális, napi csoport-támogató szolgáltatásoknak a felhasználói kimenetelre gyakorolt hatását. Például az, hogy a 'Consortium' együttműködött egy klinikával azt eredményezhette, hogy ACT csoportjaik a klienseknél alacsonyabb túréshatárt állapítottak meg a pszichiátriai tünetek és/vagy szerfogyasztás szempontjából. Ez a szolgáltatói attitűd magasabb lakhatási instabilitást okozhatott, amennyiben a felhasználók hamarabb eltávolítottak lakásaikból, és mivel a választási lehetőségeiket korlátozták, kapcsolatuk a csapattal is veszélybe került. Sajnos ez a tanulmány nem tudta mélyebb vizsgálat alá venni a szolgáltatók közötti esetleges attitűd- és szolgáltatásbeli különbségeket.

Összességében, bebizonyosodott, hogy a 'Housing first' hatékony és kevésbé költséges alternatíva a krónikusan hajléktalan, pszichiátriai problémákkal küzdő emberek lakhatáshoz juttatásában. Jelen

tanulmány bizonyítja, hogy a 'Housing first' megközelítés hosszútávon hatékony a hajléktalanság csökkentésében, és sikerrel alkalmazható a külvárosi területeken és krónikus hajléktalan, menhelyhasználó, többszörös pszichiátriai zavarral küzdő populáció körében is. Más 'Housing first' megközelítést alkalmazó helyszínek is 80%-os, vagy azt meghaladó lakásmegtartási arányról számolnak be 12-18 hónapon keresztül (D. Dunbeck, személyes közlés, 2006. december). A jelen tanulmányban szereplő megye hivatalnokai is megerősítették a pozitív eredményeket. Ahol a 'Housing first' az egyik lényegi összetevője a megye hajléktalansággal kapcsolatos megközelítésének, nemrég közölték, hogy kb. ötéves periódus alatt a megyében kétharmaddal csökkent a hajléktalanság, és fontolgatják a „teljes átállást a 'Housing first' modellre” (Scharfenberg 2006). Tekintve, hogy bizonyos dolgokat esetleg meg kell változtatni a 'Housing first' modellben ahhoz, hogy a program alkalmazható legyen külvárosi vagy vidéki területeken is, nagyon fontos, hogy világos legyen, mely változtatások hatékonyak és elfogadhatóak, és mely módosítások jelentenek elfogadhatatlan eltérést a modell eredeti működés módjától és filozófiájától, és járnak rosszabb felhasználói kimenetellel. A modellre átálló szolgáltatóknak – akár ebbe a megyébe, akár máshova valósiak – mindenképpen világosan le kell szögezniük, hogy mik a 'Housing first' modell elvei és filozófiája. A program fejlesztése és annak biztosítása okán, hogy valóban a 'Housing first' modell kerül alkalmazásra, fontos, hogy valid mérések szülessenek, amelyek kifejezik, hogy az adott program mennyire maradt hű a 'Housing first' modellhez, mennyiben tér el más modellektől, és továbbra is azonosíthatóvá tegyék azokat a nélkülözhetetlen elemeket, amelyek a pozitív eredményekkel összefüggést mutatnak. Az eddigi kutatások alapján a 'Housing first' ígéretesnek tűnik a hajléktalanság megszüntetése és megelőzése, valamint a közösségbe való visszailleszkedés és a felgyógyulás területein.