

FORDÍTÁSI MUNKA

Volker Busch-Geertsema, „A lépcsőzetes lakhatási programok és a folyamatos esetkezelés kritikája, illetve a mielőbbi állandó bérlakáshoz jutást segítő programok hatékonysága”

Készítette:

Nagy Orsolya

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.

A lakhatásközpontú módszerek szolgálják-e a leghatékonyabban a hajléktalanság megelőzését és leküzdését?

Volker Busch-Geertsema, kutató, GISS, Bréma

Bevezetés

Széles körben elfogadott az a vélemény, hogy a hajléktalanpolitikák végső célja a hajléktalanság csökkentése kell legyen, és ennek megvalósítása érdekében fejleszteni kell azokat az intézkedéseket, amelyek megelőzik a hajléktalanná válást, illetve elősegítik a hajléktalanságból való mihamarabbi kilépést. Abban azonban nincs egyetértés, hogy mikor és milyen jellegű beavatkozások szükségesek a másodlagos cél eléréséhez, és hogy vajon különböző lépések és szakaszok bejárásán keresztül kell-e lehetővé tenni a hajléktalan emberek számára, hogy normál lakásban élhessenek. Különböző vélemények vannak arról is, hogy mennyire fontos a „lakástényező” a többi tényezőhöz képest (például a munkanélküliség, függőségek, a mentális, viselkedési és egyéb olyan problémák leküzdése, amelyek – legalábbis a hajléktalan populáció egy része esetében – hozzájárultak a hajléktalanná váláshoz, vagy esetleg elmélyültek a hajléktalan lét során). Az európai országok körében még ma is széles körben elterjedt az az elképzelés, hogy a hajléktalan embereket „lakásképpessé” kell tenni, mielőtt újra lakáshoz juttatnák őket. Sok európai ország hajléktalan-ellátási elképzeléseiben mélyen gyökerezik az a gondolat, hogy legalábbis az összetett támogatást nem igénylő emberek esetében az újbóli lakáshoz jutás ideálisan egy különböző elhelyezési szolgáltatásokon keresztülvezető, szakaszos folyamat.

Az 1990-es évek vége óta azonban Európában, az Egyesült Államokban és más országokban is alapjaiban kritizálják azt az elgondolást, amely a hajléktalan emberek életstílusának normalizálását vagy a problémáik „kezelését” tűzi ki célul a lakáshelyzet rendezése előtt. Elutasításra kerültek az úgynevezett lépcsőzetes rendszerek és a folyamatos esetkezelési modellek, melyek célja, hogy lakásképpessé tegyék a hajléktalan embereket, mielőtt állandó lakhatáshoz juthatnának; ezek ugyanis gyakran elősegítik a hajléktalanok normál lakhatásból való kirekesztését, és inkább a hajléktalanság növekedéséhez vezethetnek, semhogy csökkentsék azt (Tsemberis és Asmussen, 1999., Sahlin, 1998. és 2005.; Busch-Geertsema és Sahlin, 2007.; Hansen Löffstrand, 2010.; Tsemberis, 2010.).

Másrészt a gyakorlatban dolgozó munkatársak és szakértők hangsúlyozzák, hogy a hajléktalan emberek jelentős hányadának „nemcsak lakhatásra” van szükségük, és nagymértékben fenyegeti őket az ismétlődő hajléktalanság, ha „magukra hagyják” őket az állandó lakásban.

Jelen szakértői vélemény összefoglaló kritikát ad a lépcsőzetes gondozási és folyamatos esetkezelési megközelítésekről, és főleg amerikai és európai bizonyítékokkal szolgál arra vonatkozóan, hogy az „elsőként lakhatást” biztosító (housing first) projektek és a

lakhatásközpontú megközelítések hatékony módszert kínálnak a hajléktalanság leküzdésére. Azzal érvel, hogy bár az elsőként lakhatást megközelítés eredetileg a hajléktalan emberek egy viszonylag kis csoportjára fókuszált, jelentős bizonyítékot nyújt arra, hogy megfelelő támogatás esetén még a legnehezebben elhelyezhetőnek tartott emberek is képesek a független bérelti viszony fenntartására. Ha az elsőként lakhatást elvet tágabb elképzelésként értelmezzük, amely első lépésként lakhatást kínál a hajléktalanság bármilyen típusa esetén, az ilyen lakhatásközpontú módszer valóban a leghatékonyabb, de rugalmas utógondozási szolgáltatást kell nyújtani mellé az arra rászorulóknak számára. A tanulmány utolsó fejezete a lakástípusokkal és az utógondozással kapcsolatos problémákkal, a választás szerepével, illetve a lakhatásközpontú stratégiák lehetséges kockázataival és fontos tudnivalóival foglalkozik, és megfogalmaz néhány javaslatot.

A lépcsőzetes gondozás és a folyamatos esetkezelés kritikája

A lépcsőzetes gondozás lényege az, hogy a különböző szintű normákat, önállóságot és felügyeletet nyújtó elhelyezési szolgáltatásokat (például vannak az alacsony színvonalú menhelyek, a speciális csoportokat befogadó ideiglenes szállások, a (közös) felkészítő lakások vagy átmeneti lakások) sorba rendezik egy létra vagy lépcső fokaihoz hasonlóan, és a hajléktalan ember ezeket a fokokat végigjárva végül önálló lakást bérel rendes bérbeadási szerződéssel és teljes körű bérlői jogokkal, és ezáltal kilép a hajléktalanságból. Eközben az ügyfeleknek a szociális munkások felügyelete alatt meg kell oldaniuk az úgynevezett alapvető problémákat, (például régi adósságok visszafizetése, káros szerhasználat megszüntetése, munkába állás) és „gyakorlatot kell szerezniük az önálló életvitelben”. A feltevés szerint így az ügyfelek fokozatosan alkalmassá válnak a normál lakásban való elhelyezésre. Ebben a modellben az egyre magasabb szinteken folyamatosan növekszik a magánélet, az önállóság és a szabadság mértéke, illetve a szállás minősége (egyfajta jutalomként a jó magaviseletért és a problémák sikeres leküzdéséért), miközben egyre kisebb lesz a felügyelet és az ellenőrzés.

A lépések száma és a szállásnyújtó szolgáltatások pontos típusa változó, de az európai lépcsőzetes gondozási módszerek (Sahlin, 2005.) és az egyesült államokbeli lineáris vagy folyamatos esetkezelési modellek (Ridgway és Zipple, 1990.) alapvető logikája mindig ugyanaz: egy sor fizikailag különböző, meghatározott, a bennlakás idejét korlátozó szállásnyújtó szolgáltatáson keresztül vezet az út a független élet felé (Pleace, 2008.).

Ha azonban a másik oldalról nézzük ezt a rendszert, azok, akik nem „fejlődnek”, megragadnak valamelyik szinten, aki pedig „rosszul viselkedik” vagy nem tartja be a kezelés vagy a gondozás feltételeit, az visszacsúszik egy alacsonyabb fokra vagy akár a legalsó szintre, ami gyakran egy éjjeli menhely.

A lépcsőzetes gondozás legfontosabb és legtöbb kritikát kiváltó problémái a következők (Tsemberis és Asmussen, 1999.; Sahlin, 2005.):

- a különböző szálláshelyek közti költözési kényszer okozta stressz és zavar,
- a választás és a szabadság hiánya a szolgáltatás igénybevevője részéről, amihez előírt szintű támogatás társul a szállásnyújtó szolgáltatások különböző szintjein,

- a szolgáltatás munkatársai döntenek arról, mikor és hová helyezik át az egyes ügyfeleket, akik kevés magánéletet és beleszólást kapnak (legalábbis az alacsonyabb szinteken),
- azok a képességek, amelyeket az ügyfél elsajátít egy strukturált közösségbe való sikeres beilleszkedés érdekében, nem feltétlenül alkalmazhatók az önálló életben,
- évek telhetnek el az utolsó lépésig, vagyis az önálló lakásba költözésig, és az egyes lépcsők között sok ügyfél „elvész”.

Az ilyen megközelítésen alapuló rendszerek ellen azt hozták fel, hogy adminisztrálják és irányítják a hajléktalanságot ahelyett, hogy megszüntetnék (Burt és Spellman, 2007.). Sahlin (20015.) Svédország esetében azt állapította meg, hogy a lépcsőzetes gondozást alkalmazó városokban, az eredeti szándékkal szemben, nem csökkent, hanem nőtt a hajléktalanság. Mivel a lépcsőzetes rendszerben több embert lakoltatnak ki vagy helyeznek alacsonyabb fokra, mint ahányan magasabb szintre jutnak, és folyamatosan jelennek meg újabb hajléktalanok, akiknek nem sikerült rendes lakást szerezni, vagy kilakoltatták a normál lakásból, a helyi lépcsőzetes rendszerek alsó fokai általában kiszélesednek, míg a felső fokok beszűkülnek, és szűk keresztmetszetet alkotnak.

Wong et al. (2005.) azt tapasztalta az Egyesült Államokban, hogy a hajléktalan emberek jelentős hányada be sem léphetett a folyamatos esetkezelési rendszerbe, még a legalacsonyabb szinten levő krízisszállókra sem jutottak be. A krízisszállók többsége (61%) elutasítja a kóros szerhasználókat, 43 százaléka nem fogadja be a súlyos mentális tüneteket mutató embereket, 32 százaléka pedig nem vette fel a súlyos fizikai problémákkal küzdőket. Ez azt mutatja, hogy noha a lépcsőzetes gondozásról és a folyamatos esetkezelésről gyakran állítják, hogy egyedül ezek képesek ellátni az összetett gondozást igénylő és súlyos problémákkal, például mentális vagy egészségügyi rendellenességekkel vagy káros szerhasználattal küzdő ügyfeleket, ezeket a csoportokat gyakran kifejezetten kizárják. A valóságban más, kisebb ellátást igénylő hajléktalan embereknek ajánlják fel ezeket a szolgáltatásokat egyedüli lehetőségként, és ezáltal hozzájárulnak ahhoz, hogy egyre több hajléktalan embert nyilvánítanak „önálló életre alkalmatlannak”, elfedve a normál lakhatáshoz jutás strukturális akadályait.

Az alternatíva: Gyors lakhatáshoz jutás, szükség esetén utógondozással

Azokkal a megközelítésekkel szemben, amelyek alapvető feltételezése szerint a hajléktalanná vált emberek valamiféle "javításra" szorulnak vagy "lakhatásra alkalmassá kell tenni" őket (az „elsőként kezelést” szorgalmazó modellek), az alternatív módszerek állandó lakásba igyekeznek költöztetni őket, amilyen gyorsan csak lehet („elsőként lakhatást”). Az utóbbi megközelítés mindenkit megillető alapvető emberi jognak ismeri el a lakhatást¹.

¹ A lakhatáshoz való jog széles körben elismert, többek között az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozatában és a Felülvizsgált Európai Szociális Kartában is szerepel. Ugyanakkor az Európai Unión belül csak az Egyesült Királyság és Franciaország vezette be az egyén által kikényszeríthető, alkotmányos lakhatási jogot (Loison-Leruste és Quilgars, 2009.).

Utógondozást biztosítanak azok számára, akik igénylik, de a józan életmód és a változás iránti motiváció nem feltétele az állandó és önálló lakáshoz jutásnak, és az utógondozás feltételeinek áthágása sem vezethet kilakoltatáshoz. Egyedül a lakásbérleti jogok betartását követelik meg. Ennek a módszernek az egyik lényeges eleme, hogy a szociális szolgáltatások hatékonyabb beavatkozást jelentenek, ha a saját otthonukban nyújtják az embereknek. A választás, a biztonság, a lakás és a támogatás stabilitásának érzése az alternatív stratégia fontos elemei, bár a különböző gyakorlatokban vannak eltérések a gondozás típusát és időtartamát, illetve a biztosított tartós lakhatás fajtáját illetően (lásd: Johnsen és Teixeira, 2010., illetve alább).

Rengeteg bizonyíték van arra, hogy a hajléktalan emberek szívesebben laknak rendes, önálló lakásban, és csak egy nagyon szűk kisebbség választaná a közös lakhatást vagy a szállón történő elhelyezést (Busch-Geertsema, 2002. és 2005.). De vajon az összetett gondozást igénylő hajléktalan emberek is alkalmasak a normál lakásban való életre?

Bizonyíték az Egyesült Államokból: Housing First

Az Egyesült Államokban végzett kutatás azt mutatta, hogy még a súlyos mentális betegséggel küzdő és kettős diagnózissal² rendelkező emberek esetében is hatékonyabb az elsőként lakhatást nyújtó megközelítés, mint a folyamatos esetkezelés.

Egy New Yorkban végzett longitudinális és véletlenszerű kísérleti tanulmány során 225 hajléktalan és mentális betegségben szenvedő embert osztottak be véletlenszerűen vagy kezeléshez és alkoholmentes életmódhoz kötött lakásba (ez volt a kontrollcsoport), vagy előzetes kezelés nélkül azonnal lakást kaptak a New York-i Pathways to Housing szervezet által kidolgozott Housing First modell keretében (ez volt a kísérleti csoport). Két év múlva megállapították, hogy a kísérleti csoport az eltelt idő mintegy 80 százalékát töltötte stabil lakáskörülmények között, míg ez az arány csak 30% volt a hagyományos folyamatos esetkezelésben résztvevőknél (Tsemberis et al, 2004.). A Housing First csoport nagy többsége képes volt önálló lakást szerezni és azt megtartani, és még 48 hónap elteltével sem növekedett a szerhasználók és/vagy pszichiátriai betegséggel küzdők száma, és nem mutattak jelentős eltérést a kontrollcsoportéhoz képest (Padget et al, 2006.). Egy másik tanulmány, amelyet egy külvárosi területen végeztek hosszú ideje hajléktalanszállón élő, pszichiátriai problémákkal küzdő emberek körében, azt mutatta, hogy a Housing First ügyfelek 68 százaléka majdnem négy év elteltével is megtartotta a lakását, míg a Pathways to Housing eredeti Housing First modellje több mint 78 százalékos megtartási arányt ért el (Stefancic és Tsemberis, 2007.). Ezek a tanulmányok igen erős befolyást gyakoroltak a módszerekről folytatott vitákra, mivel a nagyszámú mentálisan beteg hajléktalan ember bevonásával végzett, hosszú távú és véletlenszerű kísérleti tanulmányok alapján bebizonyították, hogy a Housing First megközelítéssel nagyobb lakhatási stabilitás érhető el (alacsonyabb költségekkel).

A későbbi kutatások nagyarányú lakásmegtartást jeleztek több különböző Housing First projektnél is. Egy kormányzati tanulmány szerint 80, súlyos mentális betegséggel sújtott ember 84 százaléka egy év elteltével még mindig a három vizsgált Housing First projekt valamelyikében lakott (Pearson et al, 2007.).

² A mentális betegség és a káros szerhasználat együtt járása.

A Pathways to Housing projekt által New York-ban, 1992-ben kidolgozott Housing First modell prototípusa több olyan elemet is tartalmaz, amelyeket szem előtt kell tartani a modell és az eredmények megbeszélése során (lásd: Atherton - McNaughton Nicholls, 2008.; Tsemberis, 2010.; Johnsen - Teixeira, 2010.):

- A Pathways to Housing kizárólag mentális betegségben és káros függőségben szenvedő emberekkel foglalkozik.
- A program azonnal állandó és megfizethető lakáshoz juttatja az embereket közvetlenül az utcáról vagy a sürgősségi ellátásból anélkül, hogy megkövetelne bármilyen kezelésben való részvételt vagy a józan életmódot. A sérülés minimalizálására összpontosít. Szorgalmazza a mentális kezelésben való részvételt és a kábítószer- vagy alkoholfogyasztás csökkentését, de azt nem szabják meg a lakáshoz jutás, a lakás megtartásának vagy a gondozás feltételeként.
- Átfogó támogatást nyújtanak, rendszerint egy Asszertív közösségi kezelési (Assertive Community Treatment, röviden ACT) csoport vagy egy intenzív esetkezelési csoport segítségével. Az ACT csoport tagjai különböző szakemberek, például addiktológusok, pszichiáterek, ápolók, szociális munkások, sorstárs segítők és foglalkoztatásügyi szakemberek. A csoport nem a lakások környezetében tartózkodik, de a hét minden napján, napi 24 órában hívhatók. A szolgáltatásokat nem kötelező igénybe venni, de bátorítják az ügyfelek részvételét, és az ügyfeleknek legalább hetente egyszer találkozniuk kell a munkatársakkal. Költségvetési segítséget is kínálnak annak érdekében, hogy az ügyfelek biztosan kifizessék a bérleti díjat és a számlákat.
- A lakást egy szabványos, határozatlan idejű bérleti szerződés keretében biztosítják, az utógondozást pedig amíg szükség van rá. A kettő független egymástól, tehát ha a bérlő szerződésszegés miatt elveszíti a lakást, a program munkatársai továbbra is foglalkoznak vele, hogy a válsághelyzetben is folyamatos gondozást kapjon, és próbálják megelőzni, hogy újra hajléktalanná váljon. Másrészt pedig a kezelés megtagadása vagy a rövid ideig tartó kórházi gondozás nem vonhat maga után kilakoltatást.
- A Pathways to Housing nagy hangsúlyt helyez a választás fontosságára mint a Housing First modell központi elemére. A résztvevők megválaszthatják a szolgáltatások jellegét, gyakoriságát és sorrendjét. Az alkalmas lakóegységek készletének erejéig megválaszthatják a környéket és a lakást. A választás szabadsága még a bútorzat és a háztartási cikkek kiválasztására is kiterjed.
- A Pathways to Housing (más Housing First szolgáltatókkal szemben) a lakások szórásának szükségességére is nagy figyelmet fordít annak érdekében, hogy a mentális betegek integrálódjanak a közösségbe. Jelenleg egy épületen belül legfeljebb a lakások 20 százaléka vehető bérbe a program keretén belül (Tsemberis, 2010.: 45). A Pathways to Housing lakásrészlege felkutatja és biztosítja a megfelelő lakóegységeket az ügyfelek számára. A lakásokat általában magántulajdonosoktól bérlik. A lakásrészleg munkatársai felelősséget vállalnak a lakás ellenőrzéséért és fenntartásáért, és ők beszélnek meg a tulajdonossal a bérlő minden esetleges (lakással kapcsolatos) problémáját. Az ügyfeleknek a jövedelmük 30 százalékát kell befizetni bérleti díjként, a díj fennmaradó részét pedig a program fedezi.

Mindazonáltal ahogyan a sikeres Housing First modellt adaptálták és elterjesztették szövetségi szinten az Egyesült Államokon belül, és más országokban is lemásolták, a Housing First kifejezés többértelművé vált, és ma már többféle szolgáltatástípust is takar, amelyek jelentős mértékben különbözhetnek az eredeti modelltől (Pearson et al, 2007.; Pleace, 2008.; Atherton - McNaughton Nicholls, 2008.; Johnsen - Teixeira, 2010.).

Míg a Pathways to Housing javasolja a bérlemények földrajzi szórását, hangsúlyozva annak fontosságát a lakók pszichológiai jóléte és társadalmi integrációja szempontjából (Gulcur et al, 2007.; Tsemberis, 2010.), más projektek közösségi otthonokat alkalmaznak, és a gondozást végző személyzet is helyben van (Pearson, 2007.; Larimer et al, 2009.). Egyes lakhatásközpontú projektek szállásai egészen hasonlóak a hagyományos hajléktalanszállókhoz, csak éppen nem korlátozzák az ott-tartózkodás idejét. A lakhatásközpontú modelleket vizsgáló amerikai kormányzati értékelésben egy Seattle-beli program is szerepel, amely három, egymás mellé épített, soklakásos szállóban kínál elhelyezést. Az egyik szálló például 180 lakóegységből és egy hozzáépített 203 ágyas menhelyből áll (Pearson et al, 200.: 21).

Az eredeti modelltől való eltérések között említhetjük az ügyfelek fokozottabb szűrését (elutasítják a „nehezen elhelyezhetőnek” minősített vagy az utógondozást visszautasító embereket), az időkorlátozások bevezetését, illetve olyan célok kitűzését, amelyek nem állnak összhangban a Pathways to Housing sérüléscsökkentési filozófiájával (Stefancic és Tsemberis, 2007.; Pearson et al, 2007.; Toronto Shelter, Support & Housing Administration, 2007.).

A Pathways to Housing jelenleg egy Housing First hűségmérce kialakításán dolgozik (lásd: www.pathwaystohousing.org), és több tanulmány is az eredeti modelltől való eltéréseket teszi felelőssé a lakhatás stabilitásának és az ügyfelek elégedettségének alacsonyabb mértékéért azon projektek esetében, amelyek eltértek a Pathways által kidolgozott lakhatásközpontú szemlélet lényeges jellemzőitől (Stefancic és Tsemberis, 2007.; Gulcur et al, 2007.).

Ugyanakkor az Egyesült Államokban végzett lakhatásközpontú kutatások világosan kimutatták, hogy még a súlyos mentális betegségekkel és függőséggel küzdő és általában nehezen elhelyezhetőnek tartott emberek is képesek stabil és független bérleti viszony fenntartására egy önálló lakásban megfelelő utógondozási ellátás esetén. A fenti bizonyíték különösen erős amiatt, hogy az ügyfelek nem gondos szűrés útján kerültek kiválasztásra, előnyben részesítve a „lakáskésznek” tartott embereket, hanem éppen ellenkezőleg (Atherton - McNaughton Nicholls, 2008.).

Több tanulmány azt is kimutatta, hogy a lakhatásközpontú projektek költségei jelentősen alacsonyabbak, mint a folyamatos esetkezelés keretében történő elhelyezés esetében, vagy mint a börtönben vagy pszichiátriai intézetben való tartózkodás költségei, amelyet sok ügyfél megtapasztalt, mielőtt újra lakáshoz jutott volna valamelyik Housing First vagy más, utógondozással egybekötött lakhatást nyújtó projekt keretében (Padgett et al, 2006.; további tanulmányok áttekintésével kapcsolatban lásd: Culhane et al, 2008. és Tsemberis, 2010.).

Nyilvánvaló bizonyíték van arra, hogy a Housing First stratégia nem eredményezi az egészségügyi problémák vagy a káros szerhasználat növekedését, szemben a folyamatos esetkezelési programokkal. Arra vonatkozóan azonban csak korlátozott bizonyíték áll rendelkezésre, hogy ez a megközelítés ténylegesen elvezet a káros szerhasználat

csökkenéséhez és a mentális betegségekből való felépüléshez. Míg egyes kutatások szerint a Housing First projektekben már az első évben csökkent az alkohol- és kábítószer-fogyasztás (Larimer et al, 2009.; Toronto Shelter, Support & Housing Administration, 2007.), mások egyáltalán nem számolnak be jelentős javulásról, sőt a Housing First kutatások egy nemrégiben készített véleményezése szerint a tények nem bizonyítják elég meggyőzően, hogy a Housing First programok alkalmazhatóak a súlyos és aktív szerfüggőségben szenvedő emberek esetében (Kertesz et al, 2009.). A Pearson et al. (2007: 104) által végzett kormányzati felmérés az alábbi következtetést vonja le:

“Noha a programok által nyújtott lakások növelték a lakhatás stabilitását és alkalmat adtak a kezelések igénybe vételére, sokszor évekbe telik, mire jelentős haladást érnek el a felépülés és az öfenntartás felé vezető úton, és ez a folyamat nem is egyenes vonalú, hanem emelkedők és hullámvölgyek sorozata.”

Ugyanakkor azt is meg kell említeni, hogy a Pathways to Housing által vallott sérüléscsökkentő megközelítés támogatja ugyan az ügyfeleket az olyan célok elérésében, mint a káros szerhasználatról való leszokás és a lehetőség szerinti függetlenné válás, de ezeket sem nem követeli meg, sem nem várja el az ügyfelektől (Pleace 2008.).

A Housing First megközelítés nagy figyelmet kapott az amerikai médiákban és az Egyesült Államok politikusai körében. A nemzeti stratégia egyik meghatározó eleme volt a krónikus hajléktalanság megszüntetése az Egyesült Államokban, és több száz közösség vállalt kötelezettséget a stratégia végrehajtásáért. Több országban is indultak lakhatásközpontú projektek, például Ausztráliában és Kanadában, és néhány európai ország is próbálkozik ezzel a modellel (lásd alább).

Bizonyíték Európából és más országokból

Johnsen és Teixeira (2010.) arra a következtetésre jutott az Egyesült Királyság esetében, hogy még mindig a lineáris modellek vannak túlsúlyban és az „elsőként kezelést” filozófia az uralkodó azon hajléktalan emberekre vonatkozóan, akik a nemzeti hajléktalantörvények szerint hivatalosan nem számítanak hajléktalannak. Az a megállapításuk, hogy „a városok többségében túlnyomó részük (a hajléktalanoké) egy ideig szállókon és/vagy egyéb ideiglenes szálláson lakik, mielőtt független lakásba költözne” (15. oldal) valószínűleg a legtöbb európai országra igaz. Ugyancsak széles körben elterjedt az a nézet is, hogy a hajléktalan embereket előbb lakáskészé kell tenni, és csak azután lehet lakáshoz juttatni.

Másrészről viszont az utóbbi években nagy befolyásra tett szert Európában az az elgondolás, hogy a hajléktalan embereket mielőbb rendes lakásokban kell elhelyezni, és kötetlen utógondozást (úgynevezett lebegő támogatás) kell biztosítani a rászorulóknak. A különböző európai országokban (Németországban, Olaszországban, Írországban és az Egyesült Királyságban) működő, ilyen jellegű programokra vonatkozó bizonyítékok az amerikai tényekhez hasonló módon, de kevésbé erőteljes metodológiával megerősítették, hogy jó eredményeket és alacsony bérleti szerződésszegési arányt tudnak elérni azok a szolgáltatások, amelyek az összetett támogatást igénylő emberek számára normális, önálló lakást és kötetlen utógondozást biztosítanak (Fitzpatrick et al, 2010., Busch-Geertsema, 2002. és 2005.; Tosi, 2005.; Dane, 1998.; Pleace, 1997.). Kanadában azoknak az utcai hajléktalanoknak a 87 százaléka, akik lakást kaptak a torontói Housing First stratégiát alkalmazó Streets to Homes (Utcáról otthonba) projekt

keretében, a program kezdete után két évvel még mindig saját lakásában lakott. A lakók egy részével folytatott beszélgetések azt mutatták, hogy jelentősen javult az életminőségük és az elégedettségük (Toronto Shelter, Support & Housing Administration, 2007.).

Elsőként lakhatást, de nem csak lakhatást

A lakhatás önmagában nem megoldás – ez a vélemény gyakran felmerül azzal kapcsolatban, hogy az elsőként lakhatást vagy a mielőbbi lakhatást szorgalmazó megközelítés alkalmasabb-e a hajléktalanság leküzdésére. De amint a láttuk, az elsőként lakhatást elv jóformán ellentéte a „csak lakhatást” szemléletnek. Az eredeti elképzelés egyik lényeges eleme, hogy nagyon intenzív, sokrétű utógondozást kínál, ami a hét minden napján, napi 24 órán át rendelkezésre áll.

Az ilyen intenzív segítséget igénylő hajléktalan emberek aránya számottevően eltérő a különböző országokban (és okkal feltételezhető, hogy több mentális betegségben szenvedő hajléktalan él az Egyesült Államokban, ahol az egészségügyi rendszer nem olyan jól fejlett, mint sok európai országban). Valójában sokszor alulbecsülik azon hajléktalan emberek számát, akiknek tényleg „csak lakhatásra” van szükségük, illetve arra, hogy igénybe vehessék a szokásos általános szociális ellátásokat. De azt is el kell ismerni, hogy a hajléktalan emberek egy része további, személyre szabott szociális támogatást igényel ahhoz, hogy fenntartsa a bérleti viszonyt, és javuljon az életminősége. Az elsőként lakhatást megközelítés lényege éppen az, hogy ha az ilyen jellegű gondozást szolgáltatásként nyújtják rendes lakásban élő emberek számára, az hatékonyabb (és emberségesebb), mint ha csak egy (vagy több) ideiglenes szálláson való „sikeres” tartózkodás után teszik elérhetővé az állandó és önálló lakhatást.

A jól működő szociális és egészségügyi ellátással rendelkező országokban alkalmasabb lehet az esetkezelési modell és a rugalmas kötetlen utógondozás, mint a Pathways to Housing által alkalmazott asszertív közösségi kezelés, de természetesen ez is az adott célcsoporttól függ.

Elsőként lakhatást – csak az összetett támogatást igénylő emberek esetében alkalmazható?

Az Egyesült Államokban megvizsgált és az Európában jelenleg tesztelés alatt álló Housing First projektek igen speciális szolgáltatást nyújtanak a hajléktalan populáció egy speciális szegmensének, nevezetesen a mentális betegségben szenvedő hajléktalanok számára, akiknek a többsége egyidejűleg káros szerhasználattal is küzd. Ezek az emberek többnyire már hosszú ideje otthontalanok, és a krónikus hajléktalanok egyik alcsoportjának számítanak.

Az amerikai menhelyek igénybevételeit vizsgáló longitudinális elemzés azt sugallta, hogy a hajléktalanság három csoportba sorolható: lehet átmeneti, epizodikus vagy krónikus (Kuhn és Culhane, 1999.; Culhane és Metraux, 2008.; O’Sullivan, 2008.). A krónikus és az epizodikus hajléktalanság leginkább azokra az egyedülálló emberekre jellemző, akik közül sokan függőségben és súlyos mentális betegségben szenvednek. Az átmeneti hajléktalansághoz általában alacsony egyéni támogatási igény társul. A hajléktalanszállók lakóinak többsége (kb. 80 %) átmeneti hajléktalan, és viszonylag gyorsan kilépnek a hajléktalanságból; számottevő részük nem is igényel semmilyen

további, formális támogatást. A hajléktalanszállók lakóinak csak viszonylag kis része (kb. 10 %) tartozik a krónikus hajléktalan emberek közé, de hosszú távon ők veszik igénybe a menhelyi ágyak jóformán felét. Ez az összetett igényű, kis létszámú csoport viszonylag magas költséget jelent. Figyelembe véve a Housing First modell és az utógondozással egybekötött állandó lakásokban történő elhelyezés hatékonyságát ezen csoport körében, az Egyesült Államokban felvetődött, hogy a szállók fenntartására fordított erőforrások egy részét át kellene csoportosítani a krónikus szállólakók megfelelő utógondozással egybekötött állandó lakhatásának biztosítására.

De ha nincs értelme szállókat és átmeneti szállásokat biztosítani a legösszetettebb gondozást igénylő hajléktalan emberek számára, akkor miért lenne értelme a kevésbé súlyos problémákkal küzdő emberek esetében? És ha a bizonyítékok arra mutatnak, hogy a kettős diagnózissal rendelkező emberek jobban megállják a helyüket egy megfelelő utógondozással egybekötött, független, önálló lakásban, mint egy lépcsőzetes lakhatási rendszerben, akkor nincs okunk azt hinni, hogy ez másként lenne a kevésbé súlyos problémákkal rendelkező emberek esetében. Nekik talán másfajta támogatásra van szükségük (kevésbé intenzívra és rövidebb ideig), de az önálló lakáshoz jutás és az egyéni igényekhez igazodó támogatás biztosítása az ő hajléktalanságuk leküzdése szempontjából is kulcsfontosságú. A gondozási igények egyéni felmérése és a kínált támogatás rugalmassága azonban elengedhetetlen követelmény annak érdekében, hogy megfelelő típusú, intenzitású és időtartamú szociális ellátást lehessen biztosítani. Természetesen a pénzügyi megfontolások is komoly szerepet játszanak, és se nem helyénvaló, se nem hasznos hosszú távú intenzív gondozást nyújtani olyan embereknek, akiknek valójában nincs is szükségük arra.

Végezetül arról sem szabad megfeledkezni, hogy a hajléktalan emberek egy része semmilyen speciális támogatást nem igényel. Ők gyakran a barátok és a rokonok informális segítségére támaszkodva lépnek ki a hajléktalanságból. Az ő esetükben tulajdonképpen csak az alkalmas és megfizethető lakás és az általános szociális ellátások (és anyagi támogatás) biztosítása jelenti az egyetlen megoldást a hajléktalanságból való kilépésre (az Egyesült Királysággal kapcsolatban lásd: Pleace et al, 2008.; Franciaországgal kapcsolatban lásd: Brousse, 2009.).

Átvihető-e Európába a Housing First modell, és mit jelent a lakhatásközpontú megközelítés az európai országokban?

Számos akadémikus kutatta – különösen az Egyesült Királyságban – a Housing First modell európai és angliai alkalmazhatóságát (Pleace, 2008.; Atherton - McNaughton Nicholls, 2008.; Johnsen - Teixeira, 2010.). Mindannyian elismerték, hogy az amerikai bizonyítékok láttán sokkal nehezebben tartható az a nézet (ami általában az elsőként kezelést előíró stratégiákra jellemző), hogy az összetett támogatást igénylő emberek képtelenek a független bérleti viszony fenntartására speciális intézményekben történő előzetes felkészítés nélkül. Arra a tényre is rámutatnak, hogy a Housing First modell bizonyos elemei már megvalósultak néhány országban a mentális betegséggel és káros szerhasználattal küzdő hajléktalan emberek számára indított projekteken, és hogy legalábbis van lehetőség arra, hogy a Pathways to Housing által Amerikában megvalósított Housing First projekteket a különböző európai országok viszonyai között is teszteljék és értékeljék. Ugyanakkor figyelmeztettek arra, hogy nem szabad túláltalánosítani a főleg amerikai tanulmányokra alapozott kutatási eredményeket,

mivel az európai jóléti viszonyok jelentősen különböznek az amerikaiaktól, és további kutatásokra van szükség arra vonatkozóan, hogy milyen hatást gyakorolnának Európában a Housing First és az utógondozással egybekötött, alternatív lakhatási modellek.

Európa-szerte több projekt is hivatkozott a kifejezetten a pszichiátriai problémákkal és káros szerhasználattal küzdő emberekre összpontosító Housing First modellre, például a Glasgow-i Turning Point (Fordulópont) Housing First projekt (Skócia, Egyesült Királyság, lásd: Johnsen és Teixeira, 2010.), az amszterdami Discus Housing First projekt (lásd: <http://www.hvoquerido.nl/discus.html>), illetve a pszichoszociális integrációt kutató portugál intézetek szövetsége (az AEIPS) által működtetett lisszaboni Housing First projekt. Ezen projektek értékelése már tervezés alatt vagy folyamatban van az adott országokban, de az eredmények még nem állnak rendelkezésre. Ezenkívül Dániában, Finnországban, Franciaországban, Írországban, Svédországban és más európai országokban is találunk tervezés alatt álló vagy már a megvalósítási szakaszban lévő Housing First projekteket.

De a Housing First kifejezést gyakran szélesebb szakmai és filozófiai értelemben is használják, és a hajléktalan emberek anyagi életkörülményeinek normalizálását és gyors állandó lakáshoz juttatását értik alatta, amit azután további integrációt segítő lépések követnek. Számos európai ország már évek óta pártolja az ilyen normalizálási vagy lakhatásközpontú megközelítéseket. Az Egyesült Királyság hivatalos hajléktalanellátó rendszere és a finn hajléktalanprogramok például hagyományosan lakhatásközpontúak. A különböző hajléktalan-letelepítési programok egyik régebbi áttekintése a normalizálási modellek között említette a német, a finn és a skót példát (Harvey, 1998.), amelyek csökkenteni kívánják a szállók és az átmeneti szállások használatát, és elérhetőbbé próbálják tenni az állandó lakhatást és a kötetlen utógondozást a korábbi hajléktalan emberek körében. Németországban például jelentősen csökkent a hajléktalanság a nyugodt lakáspiaci viszonyok és az ideiglenes szállásokat felváltó, utógondozással egybekötött lakhatás irányában tett intézkedések következtében, amelyek nagy hangsúlyt helyeztek a megelőzésre (Busch-Geertsema és Fitzpatrick, 2008.).

Egy régebbi cikk, amely a liberális és szociális-demokratikus jóléti államok (Írország és az Egyesült Királyság országai, Norvégia, Dánia, Finnország és Svédország) hajléktalanstratégiáit elemezte, megállapította, hogy mindegyik országban megfigyelhető a Housing First megközelítés hatása, "habár az „elsőként lakhatást” kifejezést meglehetősen rugalmasan alkalmazzák ... és a vizsgált stratégiák mindegyike egyértelműen az eredményre helyezi a hangsúlyt, vagyis az átmeneti szállások használatának csökkentésére, a szállókon való tartózkodás csökkentésére, a hosszú távú vagy állandó lakhatás biztosítására, és az egyéni igényekhez igazodó szolgáltatások és utógondozás nyújtására" (Benjaminsen et al, 2009:45). A Housing First modell a legújabb francia hajléktalanstratégia alapelvei között is szerepel³.

További vizsgálatot érdemel a választás és a megfelelő lakásválaszték biztosításának jelentősége. Az amerikai és kanadai kutatások azt mutatták, hogy a lakhatással kapcsolatos választási lehetőségek bővítésével nőtt a lakást illető elégedettség és végül a

³ Lásd: République Française (2007.)

lakáshoz juttatott emberek stabilitása (Pearson et al, 2007.: Toronto Shelter, Support & Housing Administration, 2007.). A kanadai, illetve a németországi és egyesült királyságbeli tanulmányok szintén azt igazolták, hogy ha az egyedülálló hajléktalan embereket közös lakásokban helyezik el, akkor az eredmények kevésbé pozitívak, és nagyobb a sikertelenség kockázata, mint a független, önálló lakások esetében. Athertont és McNaughton Nichollst (2008: 299) idézve „a szálló típusú elhelyezést nyújtó programok nem biztosítják a Housing First modell egyik fontos alapelvét.”⁴

Edgar et al. (2000.) az utógondozással egybekötött lakhatás különböző európai típusainak elemzése során általános tendenciának találta a helyközpontú megközelítésekről a személyközpontú megoldásokra való áttérést, vagyis hogy az utógondozás nem egy adott lakáshoz kötődik, hanem bármilyen lakáshoz. Ez arra utal, hogy elmozdulás történt a helyszíni támogatással rendelkező lakások felől a rugalmasabb típusú utógondozás irányába, amely a normál lakásokban lakó, gondozásra szoruló emberek egyéni igényeire fókuszál. Ha a gondozási igények változnak, vagy már kevésbé intenzív támogatásra van szükség, az embereknek nem kell másféle lakásba költözniük, viszont az utógondozást módosítani kell, sőt végül meg is kell szüntetni, illetve válsághelyzet esetén intenzívebbé kell tenni.

A hajléktalanság csökkentésének legfontosabb elemei: a lakáshoz jutás, a megfelelő utógondozás a rászorulóknak számára és a megelőzés

Az eddigieket összefoglalva, a hatékony hajléktalanpolitikák egyik fontos általános alapelve az, hogy első lépésként alkalmas és megfizethető lakást kell biztosítani a hajléktalanok minden típusa esetében. Az is nagyon fontos, hogy megfelelő eszközök álljanak rendelkezésre a lakások költségeinek és a megélhetési költségek fedezésére, és azon emberek esetében, akik nem tudják munkabérből előteremteni a szükséges összeget, megfelelő segítyt biztosítson a szociális jóléti rendszer.

A szociális lakások fontos forrást jelentenek a hajléktalan és a hajléktalanság által veszélyeztetett emberek méltányos lakáshoz juttatása szempontjából. De ahhoz, hogy jól ki lehessen használni a lakásállomány ezen részének a lehetőségeit, gyakran szükség van olyan mechanizmusokra is, amelyek előnyben részesítik a hajléktalan embereket és a hajléktalanná válás küszöbén álló háztartásokat, illetve csökkenteni kell az ilyen lakások elérésének akadályait⁵.

⁴ A svéd önkormányzatok azon próbálkozása, hogy a lépcsőzetes lakhatási rendszer részét képező átmeneti szállásokat utógondozással egybekötött állandó lakásokká alakítsák, megkerülve ezzel a normál lakáspiacot, éles kritikát váltott ki, és szembeállították azokkal a lakhatásközpontú megoldásokkal, amelyek a hagyományos lakáspiacon keresztül biztosítanak lakásokat: „Azzal, hogy a speciális lakóegységeket állandó lakásokká alakítja, az új modell nem biztosít mechanizmust arra, hogy a hajléktalan ügyfelek visszalépjenek a hagyományos lakáspiacra, és így nem kínál valódi kiutat a hajléktalanságból.” (Hansen Löffstrand, 2010: 29).

⁵ A „kockázatos bérlőknek” minősített hajléktalan emberek és háztartások elutasítását gyakran legitimálják feketelisták készítésével, amellyel a korábban adósságokat felhalmozó háztartásokat tartják nyilván, illetve a szociális keveredés elvének hangsúlyozásával (lásd: Edgar et al, 2002.; Busch-Geertsema, 2007.).

A szociális bérlakás-tulajdonosok, az önkormányzatok és a szociális szolgáltatásokat nyújtó civilszervezetek közti együttműködési megállapodások olykor pozitív eredménnyel járnak. Mivel sok európai országban csökken vagy már nagyon alacsony a szociális bérlakások száma, fokozódó jelentősége van a lakáshoz jutást biztosító alternatív megoldásoknak. Érdekes példa erre a finn Y Alapítvány, amely az állam és a Finn Nyerőgép Szövetség támogatásával kis méretű, földrajzilag elszórt, tulajdonos által lakott lakásokat vásárol, hogy elsősorban egyedülálló hajléktalan embereknek adja ki azokat (lásd Tainio és Fredriksson, 2009.). Néhány EU-tagállam, például Írország, az Egyesült Királyság országai és Franciaország újabban a magán bérlakás piac bevonásával próbálják megoldani a hajléktalan emberek elhelyezését. Belgiumban, Németországban és Spanyolországban szociális lakásközvetítő ügynökségeken keresztül lehet magán bérlakás piaci lakást bérelni vagy albérletbe venni (lásd Busch-Geertsema, 1998.; de Decker, 2002.), a Pathways to Housing fentebb ismertetett gyakorlatához hasonló módon. Közép- és Kelet-Európában az európai regionális alapok felhasználása jelenthet forrást a marginális csoportok utógondozással egybekötött lakhatásának finanszírozásához, az Európai Bizottság által javasolt újabb szabálmódosítások szerint.

A korábban hajléktalan emberek egy csoportjának szüksége lesz megfelelő szociális támogatásra és segítségre ahhoz, hogy fenntartsák a bérleti viszonyt, további lépéseket tegyenek a társadalmi integráció irányában, és javuljon az életminőségük, de ezeket az emberek saját (bérelt) otthonában lehet a legjobban biztosítani. Mostanáig nincs elég meggyőző európai bizonyíték arra vonatkozóan, hogy melyek a leghatékonyabb módszerek az elhelyezett hajléktalanok utógondozására⁶, de az nyilvánvaló, hogy egy részük esetében többrétű és asszertív ellátásra van szükség (vagyis a saját otthonukban kell meglátogatni az ügyfeleket, és bátorítani kell őket a gondozásban való részvételre, nem pedig megvárni, amíg ők kérnek segítséget). Az is nagyon fontos, hogy a kötetlen utógondozás rugalmas legyen mind intenzitását, mind időtartamát tekintve. A lakáshoz juttatott hajléktalan emberek egy része esetében esetkezelésre és a normál egészségügyi és szociális szolgáltatásokkal való együttműködésre van szükség. De néhányuk esetében az is elegendő lehet, ha segítséget kapnak az anyagi problémáik megoldásában (segély iránti igény benyújtása stb.), a bérleti viszonytal kapcsolatos problémák rendezésében, és csak szükség esetén, például krízishelyzetben kell csak beavatkozni.

Átfogó és jól működő megelőző intézkedéseket kell tenni a veszélyeztetett emberek lakhatásának megtartása és a kilakoltatások megelőzése érdekében. Általában az összes újabb nemzeti hajléktalanstratégia fokozott hangsúlyt helyez a megelőzésre. Néhány országban, például Ausztriában és Németországban speciális megelőzési központokat állítottak fel az utóbbi évtizedekben (Németországban főleg az önkormányzatok, Ausztriában pedig a civilszervezetek) a kilakoltatással fenyegetett háztartások számára, amelyek elsősorban a bérhátrallékkal rendelkező háztartásoknak nyújtanak proaktív támogatást. A megelőzési intézkedések között gyakran szerepel a családon belüli konfliktusok mediálása, illetve a gyors lakáshoz jutás biztosítása az intézményekből

⁶ Az USA-ra, illetve a mentálisan beteg hajléktalan emberekre vonatkozóan lásd: Nelson et al (2007.). Jelenleg számos európai kutatási projekt (például Németországban és Dániában) tanulmányozza behatóan a különböző típusú támogatási megoldások hatékonyságát a hajléktalanság leküzdése szempontjából.

szabaduló és azon emberek részére, akik a súlyosbodó családi konfliktusok miatt kényszerülnek otthonuk elhagyására (lásd: Busch-Geertsema és Fitzpatrick 2008.).

Kockázatok és tudnivalók

Az elhelyezett hajléktalan emberek lakáson belüli utógondozásának eredményeit vizsgáló eddigi tanulmányok azt mutatják, hogy nagyon fontos a reális célkitűzés, különösen a tartósan hajléktalan, közterületen élő és egyéb problémákkal küzdő, a társadalom peremére szorult emberek esetében. Azokban a társadalmakban, ahol magas a munkanélküliség és a szegénység, valamint a tartósan a társadalom peremén élő emberek esetében a teljes önállóság nem mindig jelent reális perspektívát. Ha képesek fenntartani a bérleti viszonyt, és nem válnak újra hajléktalanná, az ő esetükben már azt is fontos lépésnek tekinthetjük a viszonylagos integráció és autonómia felé (és mint ilyen, nagyra értékeli az érintettek), még akkor is, ha továbbra is támogatásra szorulnak a krízishelyzetekben, és nehézséget jelent számukra az álláskeresés és a szűkös anyagi körülmények kezelése (Busch-Geertsema, 2005.). Vagy ahogyan a New York-i Pathways to Housing projekt alapítója, Sam Tsemberis (2010: 52) mondja: „A Housing First és más segítő és lakhatást kínáló beavatkozások alkalmasak lehetnek a hajléktalanság megszüntetésére, de nem gyógyítják a pszichiátriai betegségeket, a függőséget vagy a szegénységet. Ezek a programok, mondhatni, segítenek az embereknek kiemelkedni a hajléktalanság traumájából a mélyszegénység, a megbélyegzettség és a munkanélküliség normál, mindennapi nyomorúságába”. Amint arra helyesen rámutat, a szegénység és a munkanélküliség strukturális problémák, amelyeket strukturális intézkedésekkel kell megoldani.

A hajléktalan emberek lakáshoz juttatását követően a társadalmi elszigeteltség, a magány és az unalom gyakran jelent kockázatot, amely odáig vezethet, hogy az illető hajléktalannak érzi magát az otthonában, és végül újra hajléktalanná válik, ami veszélyezteti a lakáshoz jutást célzó erőfeszítések fenntarthatóságát. Ezekkel a problémákkal foglalkozni kell részben az utógondozás keretében, részben célzott intézkedések révén (például sorstárs segítők bevonásával és célzott foglalkoztatási és képzési programok indításával), de semmiképpen sem lehet ezekre hivatkozva elhalasztani a normál lakáshoz juttatást.

Az elsőként lakhatást és más lakhatásközpontú stratégiák „túlzott” elterjesztésének egyik veszélye az lehet, hogy bezárják az átmeneti és krízisszállókat, mielőtt megfelelő alternatívákat biztosítanának azok helyett. Még sehol nem tesztelték igazán azt, hogy milyen minimális mértékre lehet visszaszorítani a menhelyek és az ideiglenes szállások számát, amennyiben működnek a megfelelő megelőzési mechanizmusok, és a lakhatásközpontú stratégia minden tekintetben hatékony. Mindenképpen szükség van kis létszámú ideiglenes szállás biztosítására az átmenetileg hajléktalan emberek számára, akik elveszítették a lakásukat valamilyen vis maior miatt, frissen érkeztek a városba, családon belüli erőszak elől menekülnek stb. Azt sem szabad elfelejteni, hogy bár a leginkább kirekesztett hajléktalan emberek számára lakhatást nyújtó projektek pozitív hatást fejtettek ki az USA-ban, Európában és másutt is, azért mindig volt néhány olyan ügyfél, aki nem tudta fenntartani a bérleti viszonyt. Az ő számukra is megoldást kell találni.

A krónikusan hajléktalan emberek egy kis csoportja is a szokásos lakástól eltérő környezetet szeretne vagy igényel. Különösen azon emberek számára, akik sok időt töltöttek kórházban és súlyos betegek, megfelelőbb lehet egy hosszú távú, állandó lakhatást és gondozást nyújtó szállás, amely erősebb közösségi és felügyeleti struktúrával rendelkezik. De még ezen csoport esetében is vannak alternatív megoldások a szállószerű elhelyezéssel szemben. A dán „skæve huse” („alternatív élet – alternatív lakhatás”) modell saját otthont kínál a hajléktalan emberek számára egy hagyományos bérelti szerződés keretében, de szokatlan típusú önálló, de egységbe tartozó lakásokat alkalmaznak. Erre a modellre is jellemző a sérüléscsökkentő megközelítés, és bár nem tartózkodik állandó személyzet a közösségben, a szociális munkások rendszeresen meglátogatják őket, figyelik a bérlők fejlődését, és különböző (egészségügyi, foglalkoztatási stb.) szolgáltatásokat nyújtanak lehetőség, illetve szükség szerint (Meert, 2005.; Hansen, 2010.).

Javaslatok

Mostanában számos, ebbe a témába vágó javaslat látott napvilágot Európa-szerte. A szociális biztonságról és a társadalmi befogadásról szóló 2010-es közös jelentés, amelyet márciusban fogadott el az Európai Bizottság és a Miniszterek Tanácsa, felszólítja a tagállamokat a lakhatásból való kirekesztés és a hajléktalanság problémájának megoldására szolgáló stratégiák kidolgozására. A hatékony stratégiák lényeges elemeinek felsorolásában szerepel a következő kijelentés:

„a szociális és állami bérlakások a lakáspolitikai kulcsfontosságú elemei, és gyakran ezek jelentik a hajléktalanság elsődleges megoldását” (Európa Tanács, 2010: 9)

A jelentésben szerepel, mennyire fontos „a szakpolitikák integrálása, az anyagi támogatás nyújtása, a hatékony szabályozás és a szociális szolgáltatások minősége, ideértve a lakhatási, foglalkoztatási, egészségügyi és jóléti szolgáltatásokat”, és rámutat arra, hogy nagyobb figyelmet kell fordítani azokra az „akadályokra, amelyek meggátolják, hogy a hajléktalan emberek hozzájussanak” ezekhez a szolgáltatásokhoz. A közös jelentés emellett utal az Európai Unió strukturális alapjainak használatára is, különösen az Európai Regionális Fejlesztési Alapra, amely fontos potenciális finanszírozási forrás lehet a fiatalabb tagállamok számára.

Amint már említettük, fontos szerepet játszanak azok a stratégiák is, amelyek élénkítik a magán bérlakáspiac, sőt még a tulajdonos által lakott lakáspiaci szegmens használatát is a hajléktalan emberek lakáshoz jutásának növelése érdekében. Fel kell térképezni azokat az akadályokat, amelyek gátolják a hajléktalan emberek szociális bérlakáshoz jutását, és megoldást kell találni rájuk.

Folyamatban van egy átalakulás, amely a menhelyek és az átmeneti szállások használata helyett fokozza az állandó lakhatás elérhetőségét, és növeli a megfelelő kötetlen utógondozás (és egyéb megelőzési módszerek) kapacitását a lakáshoz segített hajléktalan emberek és a hajléktalanná válás küszöbén álló emberek számára. Ezt az átalakulást folytatni és erősíteni kell, és ki kell terjeszteni minden olyan európai országra és önkormányzatra, ahol még a lépcsőzetes lakhatási modell dominál. Ebben a Bizottság is szerepet kaphat azáltal, hogy konkrét javaslatokat és követelményeket fogalmaz meg a nemzeti kormányok számára, akik rendszeresen beszámolnak a

hajléktalanság alakulásáról, valamint a hajléktalanság és a lakhatásból való kirekesztettség csökkentésére irányuló stratégiákról.

További vitákra és kutatásokra van szükség a hajléktalan emberek megfelelő szociális ellátásával és lakáshoz juttatásával kapcsolatos minőségi kérdésekben. Értékelni kell a különböző elhelyezési és támogatási kombinációk, illetve a különböző típusú szociális munka-módszerek hatékonyságát. Különösen hasznos lenne, ha Európa-szerte bizonyítékokat gyűjtenénk és kölcsönösen megosztanánk tapasztalatainkat a különböző projektekről, amelyek a lakhatásközpontú modelleket tesztelik több európai városban is.

Források

- Atherton, I. - McNaughton Nicholls, C.: Housing First as a Means of Addressing Multiple Needs and Homelessness; *European Journal of Homelessness*, 2008/2, 289-303. o.
- Brousse, C.: Becoming and remaining homeless: a breakdown of social ties or difficulties accessing housing? 2009., *Economie et Statistique* 2009/06.: Special Issue on the Homeless (angol nyelvű kiadás) (INSEE: Paris), 43-78. o.
- Burt, M. - Spellman, B.: Changing Homeless and Mainstream Service Systems: Essential Approaches to Ending Homelessness; 2007. Megjelent a következő kiadványban: Dennis, D. - Locke, G. - Khadduri, J.(szerkesztők): *Toward Understanding Homelessness: The 2007 National Symposium on Homelessness Research*. (Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Housing and Urban Development).
- Busch-Geertsema, V.: Rehousing Projects for Single Homeless Persons. Innovative Approaches in Germany; 1998. National Report 1997 for the European Observatory on Homelessness, Brussels (FEANTSA).
- Busch-Geertsema, V.: When homeless people are allowed to decide by themselves. Rehousing homeless people in Germany, 2002., *European Journal of Social Work* 5 (1), 5 - 19. o.
- Busch-Geertsema, V.: Does Re-Housing Lead to Reintegration? Follow-Up Studies of Re-Housed Homeless People, 2005., *INNOVATION - The European Journal of Social Science Research*, 18(2) 205-226. o.
- Busch-Geertsema, V.: Measures to Achieve Social Mix and their Impact on Access to Housing for People who are Homeless; 2007., *European Journal of Homelessness*, 1, 213-224. o.
- Busch-Geertsema, V. - Fitzpatrick, S.: Effective Homelessness Prevention? Explaining Reductions in Homelessness in Germany and England; 2008., *European Journal of Homelessness*, 2, 69-95. o.
- Busch-Geertsema, V. - Sahlin, I.: The Role of Hostels and Temporary Accommodation; 2007. Megjelent a következő kiadványban: *European Journal of Homelessness*, Volume 1, December 2007, 67-93. o.

- Az Európai Unió Tanácsa: Joint Report on Social Protection and Social Inclusion (Közös jelentés a szociális biztonságról és a társadalmi befogadásról), 2009., Brüsszel, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=757&langId=en>
- Culhane, D.P. - Metraux, S.: Rearranging the deck chairs or reallocating the lifeboats, 2008., Journal of the American Planning Association, 74, 1, 111-121.
- Culhane, D.P. - Parker, W.D. - Poppe, B. - Gross, K.S. - Sykes, E.: Accountability, Cost-Effectiveness and Program Performance: Progress Since 1998; (2007.), az amerikai Nemzeti Hajléltalankutatási Szimpóziumra készült tanulmány, megjelent a következő kiadványban: Dennis, D. - Locke, G. - Khadduri, J. (szerkesztők): Toward Understanding Homelessness: The 2007 National Symposium on Homelessness Research (Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services és U.S. Department of Housing and Urban Development)
- Dane, K.: Making it Last: A Report on Research into Tenancy Outcomes for Rough Sleepers; 1998. (London: Housing Services Agency)
- De Decker, P.: On the Genesis of Social Rental Agencies in Belgium; 2002., Urban Studies, 39, 2: 297-326. o.
- Edgar, B. - Doherty, J. - Mina-Coull A.: Support and Housing in Europe: Tackling Social Exclusion in the European Union (Bristol: Policy Press), 2000.
- Edgar, B. - Doherty, J. - Meert, H.: Access to Housing: Homelessness and Vulnerability in Europe; (Bristol: Policy Press), 2002.
- Fitzpatrick, S. - Bretherton, J. - Jones, A. - Pleace, N. - Quilgars, D.: The Glasgow Hostel Closure and Re-provisioning Programme: Final Report on the Findings from a Longitudinal Evaluation (York: Centre für Housing Policy), 2010.
- Harvey, B.: Settlement Services for Homeless People in Europe: Lessons for Ireland (Dublin: Homeless Initiative), 1998.
- Hansen Löfstrand, C.: Reforming the work to combat long-term homelessness in Sweden; 2010., Acta Sociologica, 53, 19-34. o.
- Johnsen, S. - Teixeira, L.: Staircases, Elevators and Cycles of Change: Housing First and Other Housing Models for People with Complex Support Needs (London: Crisis); 2010.
- Kertesz, S.G. - Crouch, K. - Milby, J.B. - Cusimano, R.E. - Schumacher, J.E.: Housing First for Homeless Persons with Active Addiction: Are we overreaching?; 2009., The Milbank Quarterly 87, 2, 495-534. o.
- Kuhn, R. - Culhane, D.P.: Applying Cluster Analysis to Test a Typology of Homelessness by Pattern of Shelter Utilization: Results from the Analysis of Administrative Data; 1998., American Journal of Community Psychology, 26, 2, 207-232. o.

- Loison-Leruste, M. - Quilgars, D.: Increasing Access to Housing: Implementing the Right to Housing in England and France; 2009., *European Journal of Homelessness*, Vol. 3, 75-100. o.
- Nelson, G. - Aubry, T. - Lafrance, A.: A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management for persons with mental illness who have been homeless; 2007., *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 350-361. o.
- Padgett, D. K. - Gulcur, L. - Tsemberis, S.: Housing First Services for People Who Are Homeless With Co-Occurring Serious Mental Illness and Substance Abuse; 2006. *Research on Social Work Practice* 16, 1, 74-83. o.
- Pearson, C. L. - Locke, G. - Montgomery, A. E. - Buron, L.: *The Applicability of Housing First Models to Homeless Persons with Serious Mental Illness* (Washington DC: US Department of Housing and Urban Development), 2007.
- Pleace, N.: *Rehousing single homeless people*; 1997., megjelent a következő kiadványban: Burrows, R. - Pleace, N. - Quilgars, D. (szerkesztők): *Homelessness and Social Policy* (London: Routledge), 159-171. o.
- Pleace, N.: *Effective Services for Substance Misuse and Homelessness in Scotland: evidence from an international review* (Edinburgh: Scottish Government Social Research), 2008.
- Pleace, N. - Fitzpatrick, S. - Johnsen, S. - Quilgars, D. - Sanderson, D.: *Statutory Homelessness in England: The experience of families and 16-17 year olds* (London: Department for Communities and Local Government), 2008.
- République Française: *French Homeless and Poorly Housed People National Strategy* (English Summary), Párizs, 2007.
- Ridgway, P. - Zippel, A. M.: The paradigm shift in residential services: from the linear continuum to supported housing approaches; 1990., *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 11-31. o.
- Sahlin, I.: *The Staircase of Transition. National Report to the European Observatory on Homelessness 1997* (Brüsszel: Feantsa); 1998.
- Sahlin, I.: *The Staircase of Transition: Survival through Failure*; 2005., *Innovation – The European Journal of Social Science Research* 18 (2), 115–135. o.
- Salyers, M. - Tsemberis, S.: *ACT and Recovery: Integrating Evidence-Based Practice and Recovery Orientation on Assertive Community Treatment Teams*, 2007., *Community Mental Health Journal*, 43, 6, 619-641. o.
- Siegel, C. - Samuels, J. - Tang, D. - Berg, I. - Jones, K. - Hopper, K.: *Tenant Outcomes in Supported Housing and Community Residences in New York City*; 2006., *Psychiatric Services*, 57, 7, 982. o.

- Stefancic, A. - Tsemberis, S.: Housing First for Long-Term Shelter Dwellers with Psychiatric Disabilities in a Suburban County: A Four-Year Study of Housing Access and Retention; 2007., The Journal of Primary Prevention, 28, 3, 265-279. o.
- Toronto Shelter, Support & Housing Administration: What Housing First Means for People: Results of Streets to Homes 2007 Post-Occupancy Research (Toronto: Toronto Shelter, Support & Housing Administration); 2007.
- Tsemberis, S. - Asmussen, S.: From streets to homes: The pathways to housing consumer preference supported housing model; 1999., Alcoholism Treatment Quarterly 17, 12, 113-131. o.
- Tsemberis, S. - Gulcur, L. - Nakae, M.: Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis; 2004., American Journal of Public Health, 94, 4, 651-656. o.
- Tsemberis, S.: Housing First: Ending Homelessness, Promoting Recovery and Reducing Costs; 2010., megjelent a következő kiadványban: Gould Ellen, I. - O'Flaherty, B. (szerkesztők): How to House the Homeless (New York: Russell Sage Foundation)
- Wong, Y. L. I. - Park, J. M. - Nemon, H.: Homeless service delivery in the context of continuum of care; 2006., Administration in Social Work, 30, 67-94. o.