

Gurály Zoltán

A Budapesten élő hajléktalan emberek egészsége

2002. február 3.

Bevezetés

1999-től kezdődően a Menhely Alapítvány és a Twist Olivér Alapítvány megbízásából szociális munkások minden év február 3-án feltesznek néhány kérdést a fővárosban élő hajléktalan embereknek. Ezen az egy napon megpróbálnak minden egyes hajléktalan embert elérni.

A 2002. február 3-án feltett kérdések egy része szó szerint azonos volt az OLEF (Országos Lakossági Egészség Felmérés) 2000. évi vizsgáltban szereplő kérdésekkel. Az OLEF 2000-t az Egészségfejlesztési Kutatóintézet végezte. Vizsgálatuk során az ország felnőtt, nem intézményben lakó lakosságát reprezentáló 5500 főt kérdeztek meg.

A kérdéseket azért vettük át, hogy az összehasonlítás eredményeként megtudjuk: a lakásnélküliség együtt jár-e a rossz egészségi állapottal. Az OLEF 2000 kiválasztott részeiben az egészségi állapotot a közérzetre adott válaszok alapján mérték. A kérdések nagyon egyszerűek voltak, és leginkább azt tudakolták, hogy a megkérdezett a fizikai állapota gátolja-e a mindennapi tevékenységek elvégzésében. A hajléktalan és nem hajléktalan (az OLEF 2000 vizsgálatában megkérdezett) emberek válaszait nem és kor szerinti csoportosításban hasonlítottuk össze.

A lakásnélküliség szempontjából elsősorban azok az egészségi állapottal összefüggő bajok érdekelnek bennünket, amelyek a lakhatás megtartása vagy megszerzése szempontjából akadályt jelenthetnek.

A mindennapi tevékenységekben (felkelés - lefekvés, állás, járás stb.) való akadályoztatás megítélése hajléktalan és nem hajléktalan embereknél nem tér el, hiszen ezeket a dolgokat

mindenki ugyanúgy, ugyanolyan gyorsan és ugyanolyan pontossággal szokta végezni. Amennyiben pedig valaki ezek valamelyikére valamilyen mértékben képtelenné válik, azt utcán élőként is és lakásban lakóként is akadályoztatásnak fogja megélni.

Az akadályt jelentő bajok mellett átvettük az OLEF 2000-nek az alkoholfogyasztás és dohányzás mértékének mérésére szolgáló kérdésblokkját. Megkérdeztük a kórházban eltöltött napok számát, és vannak adataink a TBC, a bőrbetegségek és a fagyási sérülések gyakoriságára. Ez utóbbiak nem szerepeltek az országos vizsgálat kérdései között. A diagnosztizált betegségekre vonatkozóan is rendelkezünk válaszokkal, ezeket azonban nem tudjuk elég egyszerűen kezelni ahhoz, hogy itt kitérjünk rájuk.

Megszoktuk, hogy hajléktalan embereknél szinte minden rossznak tartott dolog a szokásosnál gyakrabban fordul elő. Ezért azt várjuk, hogy több beteg ember lesz a hajléktalanok között, többen lesznek a panaszkodók, és több időt töltenek a hajléktalan emberek kórházban. Többen dohányoznak, és többen, gyakrabban és nagyobb mennyiségben fogyasztanak alkoholt.

Az adatok nagy vonalakban a várakozásoknak megfelelően alakultak, tehát a hajléktalan emberek csoportjába tartozók válaszai a hátrányokat jelző irányokban térnek el a lakossági átlagtól. A kis eltérések és az időnként meglepő azonosságok azonban sokkal finomabb (és talán fontosabb) összefüggésekre mutattak rá, mint számítottuk. Egyes kérdéseknél, ill. a válaszadók bizonyos csoportjainál a hajléktalanok és a nem hajléktalanok válaszai nem különböznek. Sőt egészen furcsa módon néhány esetben a hajléktalan emberek válaszai mutatnak kedvezőbb képet.

Önellátás

A hajléktalan és a nem hajléktalan emberek az önellátással kapcsolatban meglepően hasonló módon nyilatkoztak (1. tábla).

1. tábla

<i>Kérem, válassza ki azt az állítást, amely Önre nézve MOSTANÁBAN igaz!</i>		
Az önellátás...	nem hajléktalan budapestiek	Budapesten élő hajléktalan emberek

nem jelent gondot	96 %	93 %
gondot jelent	3 %	6 %
nem tudja	1 %	1 %
Együtt	100 %	100 %

A teszt (khi-négyzet próba) szerint nincs szignifikáns eltérés a válaszadók két csoportja (hajléktalanok és nem hajléktalanok) között. Nincs mérhető eltérés egyes korcsoportokon belül akkor sem, ha a két csoportot nemek szerint tovább – összesen négy csoportra – bontjuk. A nagyon rossz egészségi állapot ugyanúgy nem lehet az oka a hajléktalanok közé tartozásnak, mint ahogyan a hajléktalanság sem vezet – jellemzően – az intézményes segítségnyújtást nélkülöző önellátásra való képtelenségig.

Feltehető viszont a kérdés: lehet-e élni egyáltalán közterületen, ill. tömegszálláson az önellátás képessége nélkül? Az adatfelvétel során megkérdeztünk olyanokat is, akik a hajléktalanellátás intézményrendszerén belül félig egészségügyi intézményként működő részlegeken (betegszoba, lábadozó) feküdtek. Ezek az intézmények azért működtek és működnek egyre nagyobb számban ma is, mert a hagyományos nagy ellátók, az egészségügyi intézmények nem képesek vagy nem akarják a hajléktalan embereket befogadni.

Az önellátás körüli problémákra panaszkodó hajléktalan embereknek csak valamivel több mint harmada volt ápolást is biztosító szállón, 107-en közterületen, ill. tömegszállón éjszakáztak 2002. február 3-án, ugyanakkor a betegszobán lakóknak több mint kétharmada önellátónak mondta magát. Az ő életüket és testi épségüket akkor is veszélyeztetettnek tekinthetjük, és a 1993. évi III. tv. 7.§ szerint jogosultak voltak mindenfajta (még pénzbeli) ellátásra is. Őket viszont mások szolidaritása tartotta életben.

Járás

2. tábla

<i>Kérem, válassza ki azt az állítást, amely Önre nézve MOSTANÁBAN igaz!</i>						
A járás...	Korcsoport					
	18-34		35-64		65 +	
	OLEF*	F3-2002**	OLEF	F3-2002	OLEF	F3-2002

nem jelet gondot	97 %	92 %	81 %	70 %	55 %	55 %
gondot jelent	3 %	7 %	18 %	30 %	44 %	45 %
nem tudja	0 %	1 %	1 %	0 %	2 %	0 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

* nem hajléktalan budapestiek

** Budapesten élő hajléktalan emberek

A járassal kapcsolatos válaszok, panaszok gyakrabban fordulnak elő a hajléktalan embereknél (3. tábla). A járási problémákat, a hidegben az utca kövén kuporgó hajléktalan emberekre gondolva, minden további nélkül a hajléktalan életmód számlájára írjuk. És persze azt feltételezzük, hogy idős korban, amikor a szervezet kevésbé ellenálló, még inkább jellemző lesz a hajléktalan emberekre a járassal kapcsolatos panasz. A 3. táblán viszont azt látjuk, hogy éppen időskorban, 65 év felett, nincs különbség a hajléktalan és nem hajléktalan emberek között a panaszok gyakoriságában: ugyanolyan arányban számoltak be mindkét csoportba tartozók a járassal kapcsolatos problémáikról.

A 2. tábla ötödik és hatodik oszlopában a számok hasonlósága nagyon nehezen magyarázható, bár mint tudjuk, ezek az arányok egyéni beszámolók eredményein alapulnak, és nem zárható ki, hogy egy orvosi vizsgálat a hajléktalan embereknél sokkal több köszvényest, lúdtalpást stb. talál. A számaink csak annyit mondanak, hogy a 65 évesnél idősebbek között a hajléktalan emberek ugyanannyira elégedettek azzal, amit „a lábuk tud”, mint a nem hajléktalanok. Mivel pedig nagy valószínűséggel egy hajléktalan ember semmivel sem támaszt kisebb követelményeket a végtagjaival szemben, mint egy nem hajléktalan, mégiscsak ugyanolyan arányban kell lenniük mozgásszervezi betegségektől szenvedőknek a hajléktalan és a nem hajléktalan emberek idősök között.

Fájdalom

3. tábla

Kérem, válassza ki azt az állítást, amely Önre nézve MOSTANÁBAN igaz!						
Fájdalom	Korcsoport					
	18-34		35-64		65 +	
	OLEF*	F3-2002**	OLEF	F3-2002	OLEF	F3-2002

semmije nem fáj	90	80	68	41	36	51
van fájdalma	11	18	29	35	51	46
erős fájdalma van	0	2	4	6	9	4
	100	100	100	100	100	100

* nem hajléktalan budapestiek

** Budapesten élő hajléktalan emberek

Ha fájdalomra általában kérdezzük (márpedig az OLEF nemzetközileg elfogadott vizsgálati gyakorlatot követő felmérésében ezt tette), akkor azt találjuk, hogy a hajléktalan emberek között lényegesen többen vannak a valamilyen fájdalomra panaszkodók. A 65 év felettiiek esetében azonban a különbség a hajléktalan emberek számára kedvező irányban változik: a lakásban lakók körében többen vannak, akik valamilyen fizikai fájdalmat említenek (3. tábla). Persze, mondják, a hajléktalanoknak magasabb a tűrésküszöbük, kevésbé szenvednek a hidegtől, nem zavarja őket a kosz, és jobban tűrik a fájdalmakat is.

Ha a hajléktalan embereknek valamilyen okból magasabb lenne a fájdalomtűrési küszöbük, akkor kortól és nemtől függetlenül jobban kellene viselniük a „gyűrődéseket”. Nem ismerjük a hajléktalanságnak azt a sajátosságát, amely időskorban másként hat, mint fiatalkorban. A hajléktalanság nem egy módosult létállapot, ahogyan azt a gyakran elhangzó „Nem értem, hogy hogyan lehet kibírni ilyen hidegben az utcán?” kérdés sugallja.

Mentális helyzet

Az egészségiállapot-mutatók következő csoportjába azok a típusú panaszok tartoznak, amelyek tekintetében a hajléktalan embereknek jelentős hátrányaik vannak. A hajléktalan emberek nagyobb arányban számolnak be szorongásról, mint az országos felmérésben megkérdezettek, ami egyébként nem lenne meglepő. Csak a fentiek, a járással és fájdalomérzettel kapcsolatos válaszok tükrében érezhetünk némi bizonytalanságot a hallatán. A mentális vagy pszichés státuszt illetően a nem hajléktalanok közül minden harmadik ember panaszodik a közérzetére, a hajléktalanok közül minden második. Lehet, hogy a hajléktalanság inkább a lelki bajok eredője, vagy inkább jár lelki, és kevésbé testi gyötrelmekkel?

A nők mindenestre nyugtalanabbak a számok alapján, mint a férfiak.

4. tábla

<i>Kérem, válassza ki azt az állítást, amely Önre nézve MOSTANÁBAN igaz!</i>		
Szorongás	Nem hajléktalan budapestiek	Budapesten élő hajléktalan emberek
nem nyugtalan	68 %	54 %
nyugtalan	28 %	38 %
nagyon nyugtalan	3 %	7 %
	100 %	100 %

A lakásban lakó budapestiek mentális állapotot jelző panaszainak gyakorisága 65 év felett „utoléri” a hajléktalan embereknél mért értéket. Ezen a ponton fel kell tennünk kérdés: mi lehet az oka annak, hogy a 65 évesnél idősebbek között a hajléktalan emberek válaszainak gyakorisága más irányban tér el, mint a fiatalabb korosztályoké? Először is próbáljunk meg egyszerű magyarázatot keresni az idős hajléktalan emberek átlagos, vagy esetenként az átlagosnál is kedvezőbbnek látszó egészségi állapotára.

A hajléktalan embereknek mindössze 6%-a idősebb 65 évesnél, az OLEF 2000 felvételben pedig ebbe a korcsoportba a megkérdezettek 18%-a tartozik. A 65 év feletti hajléktalanok között a nyolcvan évesnél idősebbek aránya csak 5% körüli, az OLEF 2000-ben ez az arány több mint 12%. A lakásban lakók általában idősebbek, így kézenfekvőnek tűnik, hogy náluk ezért gyakoribbak a betegségek és a panaszok.

Csak hogy amíg az OLEF adatfelvétele nem folyt intézményekben, így kórházakban sem, a mi adataink között szerepelnek az egészségügyi intézményekben ápolott hajléktalan emberek válaszai, és a hajléktalan emberek között sokkal többen vannak a Magyarországon jellemzően rosszabb egészségi állapotú férfiak.

Jobban követhető talán az összehasonlítás, ha a mintában szereplő hajléktalan és nem hajléktalan 65 év felettieket párba állítjuk. A hajléktalan és nem hajléktalan emberek páronkénti összehasonlításakor az életkor alapján a matematikailag lehetséges összes eset (pár) kétharmadában a hajléktalan emberek előnyt élveznének (a hajléktalanok átlagosan 4 évvel fiatalabbak, mint a nem hajléktalan idősök). A nemek egyenlőtlen eloszlása és az

egészségügyi-szociális intézményben ellátottak jelenléte miatt azonban a lehetséges esetek 50%-ában hátrányban lesznek a lakásban lakókkal szemben. Tehát legfeljebb az esetek (lehetséges párok) negyedében lenne a lakásban lakóknak olyan, nem túl nagy, korelőnye, amelyet más tényező nem ellensúlyoz. Ez pedig azt jelenti, hogy a kor a nem hajléktalan emberek hátrányának legfeljebb 16%-át magyarázhatja. A hasonlítás meglepő, magyarázatot igénylő arányai a körkölönbségek kiküszöbölése mellett is megmaradnak.

Az eddigi adatok alapján összefoglalásként azt mondhatjuk, *hogy a hajléktalan és a nem hajléktalan emberek egészségi állapotának összehasonlítása a vártnál kisebb különbségeket mutat.* A fájdalom érzése és a mentális zavarok észlelése, mivel egyéenként is nagyon különböző lehet, előfordulhat, hogy nem a betegségek előfordulásának a gyakoriságát mutatja. A mozgás és az önellátás megítélése azonban azonos kell legyen mindenkinél.

Látás

5. tábla

Kérem, válassza ki azt az állítást, amely Önre nézve MOSTANÁBAN igaz!						
Látás	Korcsoport					
	18-34		35-64		65 +	
	OLEF*	F3-2002**	OLEF	F3-2002	OLEF	F3-2002
jól lát	83	79	70	47	58	29
szemüveggel jól lát	16	20	26	50	35	59
rosszul lát	1	1	4	3	7	12
	100	100	100	100	100	100

* nem hajléktalan budapestiek

** Budapesten élő hajléktalan emberek

Magyarországon minden negyedik embernek és minden második hajléktalan embernek problémája van a látásával. A 35 évnél fiatalabbaknál a különbség még nem mérhető, azonban az idősök korcsoportjában már nagyon látványos a hajléktalan emberek hátránya. A korcsoportok közötti eltérések éppen ellentétes irányúak, mint azt az önellátás, a járás ill. a mentális problémákat firtató kérdéseknél láttuk. Mintha hirtelen helyére kerültek volna a dolgok: ismét felerősödik bennünk a gyanú, hogy az előzőekben valamilyen tévedés történt.

Az adatok ilyenfajta torzítását több dolog is okozhatja: az otthon ápoltak magas aránya a nem hajléktalanok között, a magas halálozási arány a hajléktalan embereknél, a válaszadó hajléktalan emberek félelme attól, hogy betegségükről szóló beszámolójuk arra ösztönzi a szociális munkásokat, hogy szociális otthoni elhelyezéssel „sikeresen megoldják” a hajléktalanság problémáját (a kérdőívet szociális munkások vették fel). Az otthoni ápolás nem korspecifikus, ezért az időskorúak estében tapasztalt arányokat nem magyarázza. A fájdalomérzet nem inkább halálozik, mint a rossz látás, a szociális munkások pedig az egészségi gondokkal kapcsolatban inkább megértőek, mint bármi mással.

Mivel hajléktalan embereknél kiugróan magas arányú látási problémának nagy valószínűleg nem genetikai okai vannak (soha sem sikerült még ilyenfajta feltételezést bizonyítani) ezért inkább a hajléktalan életmóddal (talán a táplálkozással) függhet össze.

Kórházban eltöltött napok száma

A hétköznapi tevékenységekkel kapcsolatos akadályoztatás, mint láttuk, nem felétlenül van jelen a szociális (lakás-) helyzet romlását követően. A kórházban eltöltött napok száma azonban közvetlenül mutatja az aktuális életkörülmények és az egészségi állapot összefüggéseit.

„Az elmúlt 12 hónapban *fekvőbetegként* hány napot töltött el kórházban?” kérdésre a Budapesten lakásban lakók 84%-a, a hajléktalan emberek 64%-a válaszolta azt, hogy egyet sem. Az adatok kor és nem szerinti csoportosításban is ugyanazt mutatják: kevesebb hajléktalan ember tudta elkerülni a kórházat, mint amennyi nem hajléktalan. Az összehasonlított csoportok közötti különbség szignifikáns.

6. tábla

Az elmúlt 12 hónapban FEKVŐBETEGKÉNT hány napot töltött el kórházban?								
Napok	Korcsoportok						Teljes	
	18-34 éves		35-64 éves		65 + éves			
	OLEF*	F3-2002*	OLEF	F3-2002	OLEF	F3-2002	OLEF	F3-2002
		*						
0 nap	88,2%	75,4%	87,9%	61,7%	70,5%	62,7%	84,4%	63,8%

1 - 5 nap	8,0%	2,2%	3,7%	3,2%	5,8%	1,5%	5,4%	3,0%
6 - 10 nap	1,3%	5,6%	2,7%	4,7%	4,8%	8,2%	2,7%	5,0%
11 - 15 nap	1,3%	4,5%	1,2%	3,9%	5,1%	3,7%	2,0%	4,0%
16 - 20 nap	0%	,8%	0,7%	1,5%	2,4%	3,0%	0,9%	1,5%
21 - 25 nap	0,5%	1,7%	1,7%	2,2%	4,7%	3,7%	1,9%	2,2%
26 + nap	0,8%	9,8%	2,1%	22,7%	6,6%	17,2%	2,7%	20,4%
Total:	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

* nem hajléktalan budapestiek

** Budapestén élő hajléktalan emberek

A hajléktalan és nem hajléktalan emberek válaszai között akkor is mérhető az eltérés, ha csak azoknak a válaszait nézzük, akik voltak kórházban az említett időszakban (tehát a „0” napokat kihagyjuk a statisztikából).

Egészségi állapot szempontjából a fiatal hajléktalan nők vannak a legrosszabb, az idősebb hajléktalan férfiak pedig a legjobb helyzetben. Vagyis a hajléktalan emberek esetében ott a legjelentősebb az egészségi állapot negatív hatása, ahol egyéként a fizikai-mentális státusz az általános hogylétünket a legkevésbé szokta befolyásolni. Lehet, hogy mi magunk, a várakozásaink, előítéleteink, illetve ezen keresztül a segítő intézmények hiányosságai, esetleg minisztériumi osztályvezetők döntései karakterizálják a hátrányokat, jelölnek ki vagy divatos szóval rekesztenek (rekesztünk) ki csoportokat. Vagy lehet, hogy egyszerűen a 65 év feletti budapesti lakosok egészségi állapota olyan katasztrofális, hogy azon már a lakásvesztéssel sem lehet rontani?

Dohányzás és italfogyasztás

A dohányzásról és az italfogyasztásról az országos felmérésben résztvevőket önkéntes kérdőíven kérdezték. Nekünk erre nem volt módunk, ezért (főként a szálláshelyeken kérdezettek válaszait illetően, ld. lejjebb) az adatokat némi fenntartással kell kezelnünk.

7. tábla

Dohányzás	Korcsoport					
	18-34		35-64		65 +	
	OLEF*	F3-2002**	OLEF	F3-2002	OLEF	F3-2002

erős dohányos	18,1	54,0	20,9	62,0	3,3	35,5
rendszeres dohányos	23,2	27,8	16,1	21,6	4,7	25,4
nem dohányzik	58,7	18,3	63,0	16,4	92,0	39,1
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* nem hajléktalan budapestiek

** Budapesten élő hajléktalan emberek

A 7. táblán jól látható, hogy a sokkal több a hajléktalan emberek között a dohányzó.

8. tábla

<i>Az elmúlt hét napban hány napon fogyasztott alkoholtartalmú italt?</i>					
%		Lakásban lakók		Hajléktalanok	
		férfi	nő	szállón kérdezett	utcán kérdezett
nap	0	26,2	59,9	46,5	29,4
	1	19,3	29,6	9,8	12,0
	2	2,4	6,8	9,6	11,4
	3	6,8	0	6,5	5,5
	4	8,8	0	3,4	4,1
	5	2,5	1,7	2,6	4,1
	6	0	0	1,3	1,5
	7	33,9	1,9	20,2	32,1
		100,0	100,0	100,0	100,0

Az OLEF felvételében az alkoholfogyasztásra vonatkozóan több kérdést tettek fel, és ennek alapján mindenkit besoroltak az absztinensek, az alkalmi ivók vagy a nagyivók csoportjába. Mi nem tudtunk ennyire pontos közelítést adni, ezért az alkoholfogyasztás gyakoriságán kívül a fogyasztás mértékére vonatkozóan csak egy kérdéscsoportot tudtunk átvenni.

Azokat, akik egy napon sem fogyasztottak alkoholt, nyugodtan nevezhetjük absztinenseneknek, akik pedig a hét minden napján fogyasztottak valamit, nagyivóknak tarthatjuk. Azt látjuk, hogy a hajléktalan emberek között jóval többen vannak az absztinensek,

mint azt a népesség átlaga alapján várnánk. A szálláshelyeken az alkoholfogyasztás nem megengedett, ezért feltételezhetjük, hogy sokan nem mondtak igazat (bár az alkoholfogyasztás a szálláshelyen kívül nem tilos). Ha csak az utcán élő, ott megkérdezettek válaszait nézzük, akkor a különbség nagysága csökken ugyan, de az absztinens emberek aránya még mindig magasabb lesz a hajléktalan emberek között.

Bármennyire ellentmond a hajléktalan emberekről kialakított elképzelésünknek, el kell fogadnunk, hogy a budapesti szállókon és közterületeken megkérdezett hajléktalan emberek körében többen vannak nemivók, mint a lakásban lakók körében. Az adataink szerint az is tény, hogy a nagyivók ugyanolyan arányban vannak jelen a hajléktalan emberek között, mint bármely más helyen. Egy sztereotípiával talán szegényebbek lettünk (a hajléktalan nem az a vén piás, akit látásból ismerünk valamennyien). Tehát amit szinte biztosan állíthatunk: nem az alkohol taszít valakit a hajléktalanságba, és a hajlék nélküli lét sem indikál feltétlenül alkoholizmust. A hajléktalan emberek részegsége viszont jobban látható, és sokkal megrázóbb, ha az ápolatlanság vagy a rossz fizikai állapot látványával társul.

Az átlagos alkoholfogyasztás az OLEF mintában szerpelőknél 4 pohár/hét, a hajléktalan emberek esetében 7 pohár/hét. A hajléktalanok nagy többsége bort iszik, a sör, illetve a égetett szeszek fogyasztásának a tekintetében a hajléktalan emberek "hátránya" jelentős. Az italfajta-választást csak részben magyarázza a tradíció, anyagi összefüggései is vannak. Tehát ha nem a mennyiséget, hanem az alkoholra fordított összeget nézzük, valószínűleg a nem hajléktalan embereké az elsőbbség. Ezt támasztja alá az a tény is, hogy a közterületen élő válaszadóink 41%-ának semmi pénze nem volt a kérdés időpontjában.

Az egészségi állapotra vonatkozó további adatok

A megkérdezett hajléktalan emberek 13%-ának jelenleg is van valamilyen sebe, sérülése. 219 ember (9%) volt már TBC-s. A válaszadók 26% állt már pszichiátriai kezelés alatt. A vizsgálatban szereplő hajléktalan emberek 61% volt már műtve, és 8%-uk számolt be korábbi fagyási sérülésről.

Összegzés

Lehetséges, hogy a panaszok gyakoriságára támaszkodó egészségi állapotot jelző mérés a hajléktalan emberek esetében nem jól működik (bár ilyet eddigi ismeretünk szerint sehol sem tapasztalatak). Lehetséges, hogy minden adat a fentiek ellen szól, mellette meg semmi. Azt viszont reméljük, hogy az egészségi állapotra vonatkozó általánosítások előbb vagy utóbb, így vagy úgy bekerülnek azoknak a legtöbbször jó szándékú, de téves vélekedéseknek sorába, amelyek közül egynéhányra már alig emlékszünk. Nagyon nagy szerencsének érezzük, hogy olyan adatok kerültek elénk, amelyek ismét csak azt bizonyítják, hogy a hajléktalan embereknek szánt szolgáltatásokat a tapasztalati tények, és nem az ötelek és vélekedések szerint kell hogy formáljuk.

Még egyszer hangsúlyozni szeretnénk azonban, hogy a hajléktalan és nem hajléktalan emberek egészségi állapotának esetenkénti azonossága nem azt jelenti, hogy a hajléktalan emberek nyomorúságos életkörülményei nem egészségkárosítóak, hanem azt, hogy a lakás, ill. fedél nélküliség mellett léteznek más, az egészségi állapot szempontjából legalább annyira „hatékony” ártalmak. Úgy látszik azonban, hogy elsősorban idős korban a hajléktalanság még valamilyen fajta védelmet is nyújthat. Talán azt, hogy a hajléktalan emberek körülményei nem teszik lehetővé a magányosságot, a passzivitást, nagyon ritkán tapasztalhatunk náluk mozgáshiányt. A káros szenvedélyek terjedésének pedig, láttuk, az anyagi lehetőségek szabnak határt.