BREZ DOMSTVO, ZDRAVJE IN DOSTOPNOST ZDRAVSTVENIH STORITEV

Urednika - Špela Razpotnik in Bojan Dekleva

REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

BREZ DOMSTVO,

ZDRAVJE IN DOSTOPNOST ZDRAVSTVENIH STORITEV

Urednika - Špela Razpotnik in Bojan Dekleva

Ljubljana, junij 2009

Naslov
Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev

Urednika
Špela Razpotnik in Bojan Dekleva

Oblikovanje
Informa Echo d.o.o., www.informa-echo.si

Fotografija
Tomislav Gruden (str: 6, 24, 34-35, 44, 73, 76, 90, 103, 122, 128, 149, 162-163)
Damijan Jagodic (str: 112-113)
Branko Baćović

Lektoriranje
Nuša Mastnak

Izdalo in založilo
Ministrstvo za zdravje
Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva
Štefanova 5, 1000 Ljubljana

Koordinator naloge
Damijan Jagodic

Tiskarna
Accordia d.o.o, Ljubljana, www.accordia.si

Naklada
500 izvodov

BREZ DOMSTVO, ZDRAVJE IN DOSTOPNOST ZDRAVSTVENIH STORITEV

KAZALO

Predgovor (Špela Razpotnik)	**7**
Kako razumeti brezdomstvo (Špela Razpotnik in Bojan Dekleva)	**9**
Brezdomstvo in zdravstvena problematika (Špela Razpotnik)	**23**
Nameni raziskovanja (Bojan Dekleva)	**37**
Izkušnje brezdomcev z zdravstvenim sistemom – analiza skupinskega pogovora (Špela Razpotnik)	**43**
Uvod	45
Nekaj osnovnih socialnih in zdravstvenih značilnosti udeležencev pogovora	46
Potek pogovora	48
Ovire v dostopnosti zdravstvenega sistema brezdomcem	49
Zaključki	72
Dostopnost zdravstvenega sistema in ovire pri njegovi uporabi – analiza rezultatov anketiranja (Bojan Dekleva)	**75**
Namen in vsebina anketiranja	77
Opis vzorca	77
Zdravstveno stanje	79
Raba psihoaktivnih substanc (Dušan Nolimal)	82
Prehranjevanje in telesna masa	86
Samomorilnost	87
Psihosocialne težave, socialna podpora in težave z duševnim zdravjem	88
Medikacija in samomedikacija	93
Uporaba zdravstvenega sistema	94
Izkušnje z zdravstvenim sistemom in odnos do njega	96
Povezave med posameznimi značilnostmi anketiranih ter doživljanjem zdravstvenega sistema	100
Zaključki	105
Zaključki in priporočila (Špela Razpotnik in Bojan Dekleva)	**109**
Literatura	**121**
Priloga 1: Metodološke značilnosti empirične raziskave (Bojan Dekleva)	**127**
Priloga 2: Razmišljanja o možnih ukrepih na področju zmanjševanja rabe psihoaktivnih snovi med brezdomci (Dušan Nolimal)	**133**
Povzetek in ključne besede	**141**
Abstract and Key Words	**145**
Avtorsko kazalo	**151**
Stvarno kazalo	**157**

Ljubo

PREDGOVOR

Knjiga, ki jo držite v rokah, poročilo o raziskavi zdravstvene problematike brezdomcev, že uresničuje nekatere od pomembnih predlogov, nastalih na podlagi te raziskave – medsektorsko sodelovanje. Je namreč plod povezovanja in sodelovanja med predstavniki Sektorja za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva z Ministrstva za zdravje, strokovnih delavcev ter prostovoljcev iz društva Kralji ulice, nevladnih organizacij in zavetišč po vsej Sloveniji, ljudi, ki brezdomstvo izkušajo, ter raziskovalcev z Inštituta za varovanje zdravja in Pedagoške fakultete v Ljubljani. V knjigi so združena prizadevanja različnih zgoraj omenjenih akterjev. To delo je zgleden prikaz tega, da reševanje problematike brezdomstva zahteva angažiranje več strani, sektorjev, disciplin ...

Naše sodelovanje se je začelo pred dobrim letom dni, ko smo se srečali na posvetu o zdravstvenem varstvu ranljivih skupin. Leto pozneje izmed številnih ranljivih skupin podrobneje predstavljamo skupino brezdomcev, prvič v našem prostoru podrobneje preučujemo njihov zdravstveni položaj in njihove subjektivne ocene dostopnosti zdravstvenega sistema njim samim ter iščemo razloge za njihovo slabše zdravje in slabšo dostopnost zdravstvenih storitev. Znotraj skupine brezdomcev definiramo tudi še bolj specifične ranljive skupine, ki bodo v prihodnosti morale postati predmet zanimanja tako socialnovarstvenih kot tudi zdravstvenih organizacij v še večji meri kot doslej, saj postajajo vse številnejše in so vse bolj vidne, zaradi ne dovolj odločnega ukrepanja državne politike in nevladnega sektorja pa so njihove težave tudi vse bolj kronične.

Naš namen je bil raziskati problematiko zdravja in dostopnosti zdravstva brezdomcem, da bi lahko ugotovitve podali v prvi vrsti strokovni javnosti, tistim, ki se v zdravstvenih ustanovah z brezdomci srečujejo, in pa tistim, ki na tem področju oblikujejo politiko (ministrstva, zavarovalnice, zavod za invalidsko in pokojninsko zavarovanje, mestne oblasti …). V okviru raziskave smo se pogovarjali z brezdomci o njihovih izkušnjah ter jih anketirali. Na podlagi obojega smo izdelali opis stanja, definirali najaktualnejše težave ter v zaključkih knjige predstavili bolj ali manj konkretne rešitve teh težav. Izsledki raziskave pa so zanimivi tudi za študente različnih strok, ki se ukvarjajo z ranljivimi populacijami, potem za brezdomce same in za vse, ki se z njimi profesionalno ukvarjajo, ter seveda za širšo javnost kot prikaz pri nas doslej neraziskane problematike.

Delo v uvodu prinaša dve teoretični poglavji; eno je splošnejše in se ukvarja z vzročnostjo brezdomstva in sodobnimi doktrinami delovanja na tem področju, drugo, ki je usmerjeno na presek brezdomstva in zdravstvene problematike, pa opredeljuje glavne težave na tem področju in tudi sodobne načine njihovega obravnavanja. Drugi večji sklop knjige je prikaz empiričnih ugotovitev, ki jih uvede poglavje o namenu raziskovanja. Sledi prikaz rezultatov skupinskega pogovora oziroma fokusne skupine, ki prinaša zaključke o temeljnih ovirah v dostopnosti zdravstvenega sistema brezdomcem. Naslednje poglavje prikazuje rezultate anketiranja vzorca brezdomcev (zajetih v šestih slovenskih mestih po več organizacijah in terenskih lokacijah). Zaključek prinaša pregled glavnih ugotovitev obeh uporabljenih postopkov ter smernice za prihodnja prizadevanja. V prilogah najdemo podrobneje opisane metodološke značilnosti obeh delov raziskovanja ter priporočila posebej za področje rabe psihoaktivnih snovi med brezdomci, ki je ena od prioritetnih tem v preseku zdravstvene problematike in brezdomstva.

Izsledki raziskave želijo služiti kot podlaga za aktivno ukrepanje, nadaljevanje medsektorskih prizadevanj na tem področju ter pripomoček pri iskanju in oblikovanju najustreznejših strokovnih, posamezniku in njegovim potrebam prilagojenih rešitev glede zdravja ranljivih skupin v naših skupnostih.

Pri raziskavi so poleg avtorjev te knjige aktivno sodelovali še Bojan Kuljanac, Staš Praznik, Tomislav Gruden, Urban Tarman, Anja Žnidaršič, Toni Meško, Barbara Potočnik, Rajko Piltaver, Iva Antončič, Monika Buhančič, strokovni delavci zavetišč Celja, Maribora, Kranja, Murske Sobote ter številni anketirani brezdomci. Knjiga ne bi bila to, kar je, brez številnih naših sodelavcev, katerih fotografije jo bogatijo in krasijo. Vsem naštetim iskrena hvala za sodelovanje!

Špela Razpotnik

KAKO RAZUMETI BREZDOMSTVO

KAKO RAZUMETI BREZDOMSTVO[1]

Brezdomstvo je eden tistih kompleksnih družbenih pojavov, s katerim se lahko poglobljeno ukvarjamo več let, pa še vedno težko brez nelagodja odgovarjamo na vprašanja o vzrokih zanj, o njegovih pojavnih oblikah in možnostih ukrepanja. S tem ko ga spoznavamo, namreč nanj tudi vplivamo, in ne moremo ga spoznavati drugače kot z osebno udeleženostjo, ki potegne za seboj nujnost stalne refleksije in torej tudi stalno spreminjanje lastnih perspektiv.

O brezdomstvu, kakor tudi o vseh drugih družbenih pojavih, obstaja mnogo različnih družbenih predstav, podob. Vse te podobe, predstavljene v medijih, izmenjane v medosebnih odnosih ali zapisane v člankih in knjigah, kar tekmujejo za pozornost različnih delov javnosti; te se lahko začnejo za pojav bolj zanimati zaradi neposredne osebne zainteresiranosti, zaradi večanja obsega pojava, zaradi posebnih ekscesnih dogodkov ali zaradi različnih vrst politizacije. Posebno vrsto podob o brezdomstvu ponujajo znanstvena dela; namreč podobe, utemeljene z znanstveno argumentacijo, empiričnim raziskovanjem in odprto razpravo v znanstveni skupnosti. Znanstveni diskurz ima posebno težo, zaradi česar se politika v zahodnem svetu navadno sklicuje na znanstvena spoznanja (ne glede na to, kako avtentično jih povzema oziroma razlaga).

Znanost kot poseben sistem refleksije stvarnosti ima pred javnim mnenjem, zdravim razumom in večino političnih diskurzov to prednost, da ji ni treba pristajati na enostavno ali črno-belo resnico, čeprav se pozitivistična znanost taki nevarnosti bolj približa kakor interpretativna. Resnica znanstvenikov po drugi strani tudi ni enotna; različni raziskovalci oziroma avtorji, ki pripadajo različnim šolam, lahko gradijo in ponujajo bolj ali manj različno (znanstveno) resnico o brezdomstvu. Kljub temu želimo v tem poglavju na kratko povzeti tisto, kar se nam zdi nekakšno osrednje vedenje o brezdomstvu oziroma se nam zdijo za ta čas in prostor smiselna temeljna izhodišča za razumevanju brezdomstva.

Vzročnost brezdomstva je navadno kompleksna. Ta trditev pomeni, da na nastajanje brezdomstva vpliva veliko med seboj povezanih, daljši čas delujočih dejavnikov, od katerih morda vsak zase ne bi povzročil brezdomstva ali bil odgovoren za njegov nastanek, skupaj pa lahko prostor življenjske izbire tako

[1]To poglavje je dopolnjeno, spremenjeno in posodobljeno poglavje Izhodišča razumevanja brezdomstva iz knjige Na cesti – Brezdomci o sebi in drugi o njih (Razpotnik in Dekleva, 2007).

radikalno omejijo, da posamezniku, kakršen je, pravzaprav ostane samo ena alternativa.

Tabela 1 (po Edgar, 2006) kaže razdelitev vzročnih dejavnikov v štiri skupine glede na mikro- in makroraven, s (formalnim) razlikovanjem med vzročnimi in sprožilnimi dejavniki. Posebnost tabele je povezovanje vzročnih dejavnikov s tako imenovanimi fokusi podpore, ki naj bi pomenili delovanje v nasprotni smeri vzročnih dejavnikov.

Tabela 1: Dejavniki, ki vodijo oziroma pripomorejo k brezdomstvu (Edgar, 2006)

Vzroki	**Dejavniki**	**Sprožilni dejavniki**	**Fokus podpore**
STRUKTURNI	revščina nezaposlenost stanovanjska problematika	dolgovi finančna stiska izselitev (prežeča ali dejanska)	PREVENTIVA
INSTITUCIONALNI	institucionalizacija bivanje v rejništvu ali druge zunajdružinske oblike vzgoje izkušnja zapora izkušnja vojske	zapustitev institucije zapustitev oblike skrbi odpust iz zapora odpust iz vojske	USMERJENOST V STANOVANJA
MEDODNOSNI	izkoriščevalski odnos v otroštvu izkoriščevalski odnos s partnerjem razpad družine (smrt ali ločitev)	zapustitev doma staršev pobeg iz izkoriščevalskega odnosa posameznik ostane sam	USMERJENOST V OSKRBO
INDIVIDUALNI	duševna bolezen motnja v duševnem razvoju odvisnost od drog odvisnost od alkohola	slabšanje stanja/ epizoda bolezni konec podpornega odnosa zloraba substanc zloraba substanc	REINTEGRACIJA

Veliko avtorjev[2] razvršča vzročne dejavnike v 4–6 skupin/področij, med katerimi so običajno:

- trg stanovanj in stanovanjska politika,
- trga dela in zaposlovalna politika,
- socialnodemografske spremembe,
- socialnovarstveni in podporni sistemi,
- dezinstitucionalizacija zdravstvenih, socialnih in vzgojnih ustanov ter
- individualni (psiho)patološki dejavniki.

Naj na kratko opišemo vsako od skupin vzročnih dejavnikov.

Če brezdomstvo po definiciji pomeni nemožnost pridobiti stanovanje in če upoštevamo tezo, da si ljudje ne želijo biti brezdomci, je ključno vprašanje, kako lahko ali težko je priti do stanovanja. V tržnem gospodarstvu je merilo tega cena stanovanja. Temeljne spremembe so v zahodnem svetu v zadnjih treh desetletjih, v Sloveniji pa v zadnjem desetletju in pol na tem področju obsegale:

- bolj ali manj hitro privatizacijo stanovanjskega sektorja, ki je bila v deželah v tranziciji ponekod izjemno hitra. To je povzročilo veliko zmanjšanje deleža javnih stanovanj (pri nas prej družbena stanovanja) in v splošnem tudi upad deleža najemniških stanovanj, kar je povzročilo relativni porast višine najemnin. Upad števila najemniških stanovanj je prizadel predvsem mlade;
- hkrati je potekal bolj ali manj stalen trend dezinvestiranja v stanovanja za socialno šibke najemnike (tako imenovana socialna stanovanja);
- ta trend je spremljal tudi trend rasti standardov gradnje, kar je spet manjšalo fond slabših in cenejših stanovanj oziroma višalo cene na stanovanjskem trgu.

Vse to je domnevno prispevalo k nastajanju brezdomstva.

Glede trga dela in zaposlovanja je pomembno, da so se v svetu nekje v sredini sedemdesetih let začeli dolgotrajni trendi gospodarske recesije –končali sta se ekonomska rast in ideja brezmejne rasti. Ta obrat je spremljal prihod otrok generacije baby boom na trg dela, oboje pa je sprožilo rast nezaposlenosti, še posebej mladih. Mladi so tako nosili nesorazmerno velik delež bremena nezaposlenosti in marsikje predstavljali tretjino ali še večji delež vseh brezpo-

[2] Skoraj vsaka knjiga ali članek o brezdomstvu govori tudi o vzročnosti. V tem poglavju smo črpali informacije o vzročnosti med drugim iz: Campling in drugi, 1994; Murdoch, 1994; Boškić in Zajc, 1997; Foord in drugi, 1998; Liddiard in Hutson, 1998; Crane, 1999; Glasser in Bridgeman, 1999; Hutson in Clapham, 1999; Min, 1999; Jones, 2003; itd.

selnih. V zadnjem času se temu trendu pridružuje pojav fleksibilizacije zaposlovanja, ki prinaša novo negotovost in dodatne težave pri prehajanju mladih v svet dela.

Za brezdomstvo je ključna socialno-demografska sprememba v zadnjih desetletjih proces individualizacije. Brezdomstvo je večinoma pojav manjkajočih, razpadlih ali prešibkih socialnih mrež, ki bi lahko amortizirale primanjkljaje drugih resursov in tudi prinesle potrebno stopnjo družbenega nadzora. Sodobni trendi pospešene globalizacije, individualizacije in segmentacije življenja pomembno vplivajo na kakovost socialnih mrež, in sicer velikokrat v negativnem smislu. V zvezi s tem pogosto omenjajo spreminjanje narave in oblik družinskega življenja, ki postaja manj obvezujoče, se hitreje spreminja in je bolj fleksibilno, družine pa so manj povezane s širšim sorodstvom. Vedno večji je delež samskih ljudi, pomembne socialne in čustvene vezi vedno lažje (in verjetneje) razpadajo, s tem pa prihaja v ospredje problematika osamljenosti. Pomembni so še naraščanje deleža enostarševskih družin in spremenjeni vzorci odhajanja mladih od doma. Poleg spreminjajoče se narave socialnih omrežij je pomembna tudi interakcija med kulturno-demografskimi spremembami in stanovanjskim sektorjem. Naraščanje deleža nuklearnih in enostarševskih družin ter samskega načina življenja pomeni, da močno narašča povpraševanje po majhnih stanovanjih oziroma da rast stanovanjskega trga ne sledi hitro naraščajočim potrebam po samostojnih stanovanjskih enotah. Posledica je pomanjkanje stanovanj oziroma višanje najemnin.

Evropske države imajo različne sisteme stanovanjskega subvencioniranja in drugih oblik socialne pomoči (za brezposelne in revne). Ponekod teh sistemov sploh ni, drugje so prešibki, v splošnem pa marsikje v Zahodni Evropi prej omenjeni trend ekonomske recesije spremljajo dolgoročni trendi zmanjševanja socialnih pomoči, ki se prav v sedanjem času še intenzivirajo. Pri nas se s tem pojavom, ki ga nekateri poimenujejo dekonstrukcija socialne države, srečujemo v zadnjem desetletju in morda najintenzivneje prav v sedanjem času. V tem smislu so navadno najbolj prikrajšani oziroma prizadeti mladi ljudje, ki marsikdaj ne sodijo v skupine, ki jih socialna politika šteje za prioritetne. S tem je pogosto povezana ideologija ponovnega večanja odgovornosti družin. Nekatere raziskave so pokazale na neposredno zvezo med nižanjem ravni socialnih pomoči in povečanjem števila ljudi, ki spijo zunaj.

Dezinstitucionalizacija zdravstvenih, socialnih in vzgojnih ustanov, kot rečeno, v Sloveniji ni bila radikalna in eksplicitna, ampak bolj implicitna in posredna,

s postopno vse slabšo dostopnostjo storitev teh ustanov ljudem. V ZDA in (precej manj v) Zahodni Evropi pa je bila dezinstitucionalizacija (največkrat) psihiatričnih ustanov opazen dejavnik povečanja obsega brezdomstva.

Zadnja od omenjenih šestih skupin vzročnih dejavnikov je skupina individualno (psiho)patoloških dejavnikov. Omeniti velja, da je verjetno ta vidik tisti, ki je v javnih diskurzih najbolj prisoten in ki ga po rezultatih nekaterih raziskav, povzetih v nadaljevanju, najpogosteje poudarjajo tudi mediji. Dejansko se izkaže, da med brezdomci pogosteje kakor med splošno populacijo najdemo naslednje značilnosti:

- da so že (bili) v psihiatrični oskrbi,
- da so že bili v vzgojnem zavodu, rejništvu ali bili deležni druge vrste zunajdružinske vzgoje,
- da so že bili v zaporu ali priporu,
- da so zasvojeni z alkoholom ali katero izmed prepovedanih drog,
- da so bili spolno ali drugače zlorabljeni/izkoriščani,
- da so se končale njihove pomembne življenjske zveze,
- da so bili izključeni iz šole in imajo slabšo delovno usposobljenost.

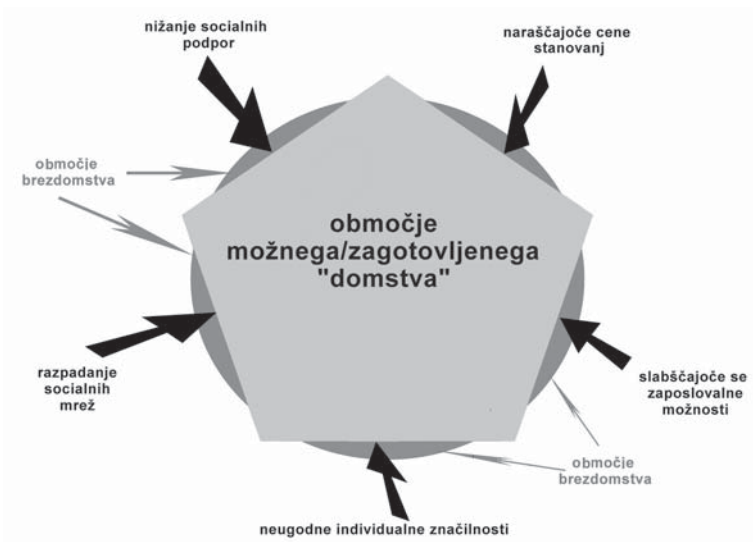
Vprašanje **odnosa med družbenim in individualnim v vzročnosti brezdomstva** je stalno prisotno, vendar bolj v laični javnosti in v svetu politike kakor pa v strokovnih diskurzih. Individualistični pogledi in razlage težijo k temu, da pripisujejo vzroke za brezdomstvo brezdomnim ljudem samim, bodisi njihovim (največkrat psihičnim) pomanjkljivostim ali pa (lastni in svobodni) odločitvi za brezdomstvo, kar je vse skladno s pogledom, da zato družba oziroma država brezdomcem ni dolžna (toliko) pomagati. Z drugimi besedami, s poudarjanjem individualne krivde se v družbi ustvarja lažni vtis, da brezdomstvo ni družbeni problem. Družbeni ali strukturni pogled pa meni, da so za nastanek brezdomstva relevantni družbeni dejavniki in procesi, ki v resnici omejujejo svobodno izbiro ljudi. »Ljudje smo del sistemov, družinskih, sosedskih, ti sistemi pa so spet del širših sistemov in družbenih tokov, ki uokvirjajo, določajo in o(ne)mogočajo individualna življenja. Z vzgojo in celo že z rojstvom smo že na začetku vrženi v različne družbene prostore, ki nam pomembno določajo pogoje, priložnosti in dosežke v življenju. In teh ne moremo izbirati. Razlogi za brezdomstvo so tako veliko bolj kot individualne odločitve posameznikov stvar odsotnosti celovitih državnih politik v smeri preprečevanja socialne izključenosti, nedomišljene in razmeram neprimerne stanovanjske politike v državi, neusklajenosti resorjev, odgovornih za dobrobit ljudi, negotovih zaposlitev, težko dostopnih zdravstvenih storitev za revne, pomanjkanja solidarnosti v skup-

nosti« (Razpotnik, 2009). Tak pogled seveda težo odgovornosti za reševanje tega problema prenaša na družbo oziroma državo, zato je sodobnim državam in oblastem pogosto neprijeten oziroma se jim zdi nesprejemljiv. Prav tako opažanje, da brezdomstvo zares radikalno naraste v zaostrenih oziroma poslabšanih socialno-ekonomskih okoliščinah, jasno govori za družbeno vzročnost. Lahko rečemo, da so individualne značilnosti močno povezane s tem, kdo bo postal brezdomec, družbenostrukturne značilnosti pa s tem, kolikšen bo skupni obseg brezdomstva.

Vedno gre torej za interakcijo vzročnih dejavnikov iz vseh šestih omenjenih skupin, in sicer na način, ki ga dobro izraža naslednja misel: strukturne značilnosti vzpostavljajo oder, na katerem lahko nato individualne značilnosti šele odigrajo svojo vlogo v nastanku brezdomstva.

Grafično pravkar povedano ponazarja slika 1. Na njej je prikazano součinkujoče delovanje petih vrst vzročnih dejavnikov; ti vsak posebej pomenijo pritisk v smeri zmanjševanja peterokotnika, ki simbolizira nastanitev (hišo) oziroma dom, pod peterokotnikom ležeči krog pa predstavlja celotno populacijo. Manjša kot je simbolna hiša oziroma manjše kot so možnosti, da si posameznik preskrbi nastanitev, večje bo območje brezdomstva.

Slika 1: Neugodno delovanje petih vrst vzročnih dejavnikov zmanjšuje možnost za zagotovitev strehe nad glavo ter povečuje verjetnost in obseg brezdomstva.



Razumevanje vzročnosti brezdomstva, predvsem odnos med individualnim in družbenim v vzročnosti, pa ni samo sebi namen, ampak je tesno povezano z ukrepanjem, z mobilizacijo družbenih, državnih, kolektivnih in individualnih resursov z namenom zmanjševanja brezdomstva ali olajševanja življenjskega položaja brezdomcev. Modelu vzročnosti torej sledi model ukrepanja, oziroma drugače rečeno, modeli ukrepanja oziroma politike na področju brezdomstva so utemeljeni z različnimi modeli vzročnosti.

Modele ukrepanja najpogosteje delijo v naslednje skupine (po Liddiard & Hutson, 1998, in drugih virih):

- politični (strukturni) model,
- model individualne/osebne odgovornosti/krivde,
- psihopatološki model,
- model otroka (infantilizacije),
- religiozni model.

Politični model ukrepanja pomeni prizadevanje za spremembo strukturnih značilnosti družbe s političnim delovanjem oziroma postavitev problema brezdomstva v najširše politične okvire razprave.

Model individualne/osebne odgovornosti/krivde običajno izhaja iz predpostavke, da so si brezdomci sami izbrali svoj položaj ali da so (si) zanj sami krivi ali da bi si lahko (svobodno) izbrali kakšno drugačno življenjsko usodo. S tem modelom sta skladna predvsem kaznovalna naravnanost in ukrepanje, saj običajno s kaznovanjem (v kazenskem pravu in s sistemom represivnih služb) poskušamo doseči, da bi se odklonske osebe vedle konformistično. Druga možna posledica uporabe tega modela sta ravnodušnost in neukrepanje, saj je to skladno z razumevanjem, da so si brezdomci sami izbrali svoj položaj.

Psihopatološki model je zgornjemu podoben v zanikanju družbenega vpliva in odgovornosti, vendar ne poudarja svobodne izbire brezdomcev. Namesto tega poudarja njihovo drugačno, bolezensko neustreznost, ki upravičuje njihovo »popravljalno«‘ obravnavanje, zdravljenje, tretma, rehabilitacijo, vendar brez kakšnega pomembnega poudarka na njihovi samoodločitvi ali pristanku, saj se jim funkcije in zmogljivosti svobodnega odločanja ne pripisujejo.

Obema prejšnjima modeloma je model otroka podoben v tem, da brezdomcem odreka status avtonomnega, razmišljujočega in odločujočega se bitja ter jih vidi kot (še) nerazumna in nekompetentna bitja, namesto katerih se mora

odločati nekdo drug. Ta »nekdo drug« so pogosto strokovne ali državne organizacije, skratka neka zunanja avtoriteta bodisi strokovne ali politične narave.

Pod imenom religiozni model običajno razumemo model delovanja, utemeljen s konceptom dobrih del, ki naj bi po svoji logiki – ob tem, da pomagajo brezdomcem – pomenila (moralno, religiozno) povzdigovanje tistega, ki daje (kot izvajalca dobrih del), in poniževanje prejemnika (ki ni subjekt dobrega dela, ampak njegov objekt). Ob tem, ko karitativnost navadno pomeni tudi korist za prejemnika, pa kritični pogled na karitativnost poudarja, da njen cilj ni strukturna sprememba stanja, temveč njegovo ohranjanje: izvajalci dobrih del naj to ostanejo še naprej, ni pa treba spremeniti strukture, ki proizvaja stanje, v katerem nekateri ostanejo brez vsega.

V praksi se seveda modeli prekrivajo in kombinirajo. Pluralne družbe razvijajo tudi pluralnost modelov delovanja, saj se v njih razvija mnogo različnih subjektov delovanja z različnimi socialnimi, interesnimi in političnimi ozadji ter navezavami.

Med omenjenimi petimi modeli je le prvi naravnan k spremembi pogojev nastajanja brezdomstva. Točneje rečeno, le prvi model se nanaša na štiri od zgoraj navedenih skupin vzročnih dejavnikov brezdomstva (stanovanjski trg, delovni trg, socialne podpore, socialne mreže), medtem ko se preostali štirje modeli nanašajo predvsem na skupino individualnih dejavnikov, za karitativni model pa vprašanje vzročnosti sploh ni v ospredju.

Brezdomstvo je koncept, ki obsega množico različnih oblik. Definiranje brezdomstva je tako odvisno od kulturnih in političnih ozadij, razumevanj in pritiskov. V družbi, kjer je na voljo več ekonomskih in političnih sredstev ter kjer je problem socialno in politično priznan, je mogoče brezdomstvo definirati širše in s tem večjemu številu ljudi priznati, da »imajo problem« oziroma »da so problem«, za reševanje katerega je pristojna tudi država. Država, ki deluje bolj zaprto in ki potrebuje sovražnike, bo brezdomstvo priznavala kot svoj problem le, če bodo brezdomci »njeni« ljudje. Definicija brezdomstva je namreč vedno povezana s potrebami in pripravljenostmi za razvijanje ustrezne socialne politike (po Mandič, 1999).

Tabela 2 kaže tako imenovano evropsko tipologijo brezdomstva in stanovanjske izključenosti – ETHOS (prirejeno po Edgar in Meert, 2005; Dekleva

in Razpotnik, 2007). Ta tipologija zajema raznolike vrste in oblike brezdomstva, njen namen pa je razumeti ta pojav široko in s tem opozoriti na nujnost medresorskega ukrepanja za preprečevanje ali reševanje težav, povezanih z brezdomstvom. Klasifikacija ETHOS ne ponuja enostavne definicije brezdomstva, temveč nas predvsem opozarja na različne družbene podsisteme, ki so s pojavom povezani, na primer na zdravstvo, penalni sistem, pravno ureditev, urbanizem, institucijo družine in s tem povezana pričakovanja itd. (Dekleva in Razpotnik, 2007). Obenem ta definicija dopušča in priznava tudi kulturno relativnost oziroma pogojenost definicij s kulturnospecifičnimi normami, standardi, pričakovanji in zakonodajo.

Tabela 2: Shema brezdomstva – prirejeno po evropski tipologiji brezdomstva in stanovanjske izključenosti (ETHOS 2006), kot jo je oblikovala FEANTSA (Edgar in Meert, 2005)

Konceptualna kategorija		Operacionalna kategorija	Pod-kate-gorija	Generična definicija
brez strehe	1	ljudje, ki živijo na prostem, na javnem prostoru (brez zavetja)	1.1 1.2	spijo pod milim nebom, nimajo prebivališča dostopni so s pomočjo terenskega dela
	2	ljudje, ki živijo v nočnih zavetiščih in so prisiljeni nekaj ur na dan preživeti v javnih prostorih	2.1 2.2 2.3	nizkopražna zavetišča, ki vključujejo le nočitve/ nočna zavetišča poceni penzioni kratkotrajne hotelske namestitve
brez stanovanja	3	ljudje, ki živijo v zavetiščih za brezdomce/ kratkoročnih namestitvah	3.1 3.2	zavetišče za brezdomce z začasno nastanitvijo začasno prebivanje (prehodna namestitev, negotovo najemniško razmerje)
	4	ženske, ki živijo v zavetiščih/zatočiščih/ varnih hišah za ženske	4.1 4.2	nastanitev v zavetiščih za ženske, varnih hišah podprte (razpršene) namestitve
	5	ljudje, ki prebivajo v zavetiščih/azilih za priseljence	5.1 5.2	začasne nastanitve/ sprejemni centri (azili) prebivališča za priseljenske delavce (* na primer samski domovi)
	6	ljudje, ki so pred odpustom iz institucij	6.1 6.2	kazenske institucije (pripori, zapori) medicinske institucije
	7	ljudje s specializirano podporo v zvezi z namestitvijo (zaradi brezdomstva)	7.1 7.2 7.4	skupinske podprte (varovane) namestitve individualne podprte (varovane) namestitve nastanitve za najstniške starše
negotovo	8	ljudje, ki prebivajo v negotovih prebivališčih (brez pravice najema)	8.1 8.2	začasno prebivanje pri sorodnikih/ prijateljih (ne po svoji izbiri) prebivanje brez veljavne (pod)najemne pogodbe
	9	ljudje, ki živijo v grožnji pred izselitvijo/deložacijo	9.1 9.2	pravne prisilne izselitve najemnikov pravne prisilne izselitve zaradi spremembe lastnine (* na primer zaradi denacionalizacije)
	10	ljudje, ki živijo pod grožnjo nasilja	10.1	življenje pod grožnjo nasilja s strani partnerja, staršev ali drugih
nepri-merno	11	začasne strukture	11.1 11.2 11.3	mobilno domovanje (v avtu, prikolici, kolibi, vagonu) ilegalna zasedba zemljišča ilegalna zasedba stavbe (skvotiranje, * na primer prebivanje v »bazi«, bivaku)
	12	ljudje, ki živijo v neprimernih prebivališčih	12.1	neprimerno za prebivanje (glede na nacionalno zakonodajo ali standarde)
	13	ljudje, ki živijo v ekstremni prenaseljenosti	13.1	glede na nacionalno normo prenaseljenosti

Opomba: za znakom * navajamo nekatere slovenske specifike oziroma specifične izraze.

Brezdomstvo večinoma ni (trajen) status, ampak spremenljiv proces. Položaj večine brezdomcev je negotov in v mnogih pogledih vse prej kot varen. Kot je razvidno iz tabele, je vzročnost brezdomstva oziroma so njegove pojavne oblike v sodobnem svetu heterogene. Ker je brezdomstvo pogosto zaznano kot motnja za druge, se pogosto zgodi, da se sprejemajo zakoni, ki brezdomstvo kriminalizirajo in s tem brezdomce izpostavljajo represivnim ukrepom. Brezdomski način življenja pa je pogosto povezan z izpostavljenostjo več tveganjem in nevarnostim ter s slabšo dostopnostjo raznolikih družbenih virov. Vse

našteto botruje temu, da »mnogi brezdomci skozi leta, mesece ali celo tedne prehajajo med različnimi vrstami namestitev, med cesto, začasnim bivanjem v skvotih in 'bazah', bivanjem pri prijateljih, zakonitimi podnajemniškimi nastanitvami, zaporom, bolnico in zavetišči. Lahko se zgodi, da jih zlahka izgubimo iz evidenc, zato ker v nekem (oz. sploh nobenem) določenem trenutku niso 'stalno' nekje, ampak so 'vedno nekje drugje'« (Dekleva in Razpotnik, 2007). Slednje je povezano tudi s težavami pri beleženju in raziskovanju pojava brezdomstva nasploh. Beleženje in raziskovanje pa sta nujna podlaga za razvijanje ustreznih ukrepov na določenem področju.

Ozrimo se še na problematiko, ki se najpogosteje povezuje z brezdomstvom. Ukvarjanje z brezdomstvom odpira vpogled v mnoge vidike in pojavne oblike socialne izključenosti, saj se na področju brezdomstva prepletajo številne problematike socialne, zdravstvene, materialne in odnosne narave. Pri nas narejena raziskava s tega področja, ki pa se je ukvarjala predvsem s cestnim brezdomstvom (in ne z drugimi, bolj skritimi oblikami tega pojava) in katere naslov je Brezdomstvo v Ljubljani (Dekleva in Razpotnik, 2007), v svojih sklepih ugotavlja, da so s (pretežno odkritim, cestnim) brezdomstvom povezani predvsem spodnji vidiki:

1. revščina, obubožanost, zadolženost,
2. osamljenost in pomanjkanje socialnih mrež,
3. odsotnost statusov, pomanjkanje družbene moči,
4. dolgotrajna nezaposlenost, izključenost iz trga dela,
5. izkušnje institucionalizacije,
6. zlorabe v otroštvu, travmatični dogodki,
7. medgeneracijsko vztrajanje izključenosti in/ali brezdomstva,
8. demoraliziranost,
9. zdravstvene težave (kronične bolezni, invalidnost, težave z duševnim zdravjem, zasvojenostjo, dvojnimi diagnozami),
10. mnoge sekundarne posledice brezdomskega načina življenja (slabše zdravstveno stanje, slabša dostopnost zdravstvenih in drugih storitev, kriminaliziriranost, viktimiziranost, odsotnost izhodišča za urejanje statusov, izboljševanje dostopnosti …).

[3] Iz raziskave, narejene med ljubljanskimi brezdomci (Dekleva in Razpotnik, 2007), je razvidno, da ima izkušnjo bivanja v kazenskih ustanovah 43 % zajete populacije; dolgotrajno hospitaliziranih je bilo okoli 50 % vprašanih; v vzgojnih zavodih pa je prebivalo 28 % zajete populacije).

BREZDOMSTVO IN ZDRAVSTVENA PROBLEMATIKA

BREZDOMSTVO IN ZDRAVSTVENA PROBLEMATIKA

Kot je razvidno iz predhodnega poglavja, je zdravstvena problematika ena od ključnih tematik, povezanih z brezdomstvom, in tudi pri oblikovanju politike na področju brezdomstva predstavlja enega od ključnih izzivov. Številne raziskave s tega področja (na primer Riley idr., 2003; Masson in Lester, 2003) poročajo o odnosu med brezdomstvom in slabim zdravstvenim stanjem oziroma o slabšem zdravstvenem stanju brezdomcev v primerjavi s splošno populacijo. Obenem te raziskave pričajo tudi o resnejših bolezenskih vzorcih pri skupini brezdomcev. Zdravstvene težave brezdomcev naj bi bile po ugotovitvah mnogih tujih raziskav (na primer Carter idr., 1994, in Grumbach idr., 1993; oboje po Savage idr., 2006) predvsem kronične narave in ne toliko urgentne, zato je zanje dolgoročna nega in oskrba primernejša od urgentne.

Po ugotovitvah številnih tujih raziskav obstajajo tri ključne zdravstvene težave, ki jih lahko razumemo kot vzročno povezane z brezdomstvom oziroma izjemno socialno izključenostjo: duševne bolezni (oziroma širše, težave z duševnim zdravjem), zasvojenost z alkoholom ter zasvojenost z nedovoljenimi drogami. Različne raziskave torej med brezdomci ugotavljajo poleg slabšega fizičnega zdravja tudi veliko stopnjo duševnih bolezni. Nekatere raziskave beležijo kar 80 do 95 % brezdomcev s težavami z duševnim zdravjem (Riley idr., 2003). Drugi avtorji poročajo, da ima težave z duševnim zdravjem (pogosto merjene s prevalenco prejšnjih psihiatričnih hospitalizacij ali sploh obravnav) od 10 do 60 % celotne brezdomne populacije ter da je 70 % brezdomcev ali več zasvojenih z različnimi psihoaktivnimi substancami (Scott, 1993; Savage idr., 2006). Vse naštete težave seveda pogojujejo ustvarjanje novih in omogočajo poglabljanje začaranega kroga socialne izključenosti, to pa pogojuje tudi izključenost iz sistemov zdravstvene oskrbe ter poglabljanje nezdravega življenjskega sloga in tako se naštete in še druge zdravstvene težave le še povečujejo. Poleg omenjenih treh področij so znotraj področja brezdomstvo/zdravstvo predvsem z epidemiološkega vidika v tujih strokovnih člankih pogosto obravnavane tudi nalezljive bolezni (tuberkuloza, nekatere bolezni jeter, spolno prenosljive bolezni), katerih tveganost se povečuje v slabih življenjskih razmerah, v kakršnih živijo brezdomci.

Kadar poskušamo opredeljevati lastnosti populacije brezdomcev, je pomembno omeniti, da se je v svetu v zadnjih desetletjih obraz brezdomstva spre-

menil; prej prevladujoča slika brezdomca – odraslega moškega – se širi tudi na druge dele populacije, zdravstvene potrebe brezdomnih oseb pa postajajo vse bolj kompleksne (Turnbull, Muckle in Masters, 2007). Pravkar omenjeni avtorji napovedujejo v prihodnosti povečanje in še nadaljnjo heterogenizacijo števila brezdomcev, kar bo pogojeno tudi s svetovno finančno krizo.

Raziskave o drugih z brezdomstvom pogosteje povezanih ogrožajočih dejavnikih so pokazale, da je problematika brezdomstva pogosto povezana z zlorabami v otroštvu (Mounier in Andujo, 2003) in z disfunkcionalnimi družinami (Tyler, Cauce in Whitbeck, 2004). Na Škotskem, na primer, je med brezdomnimi mladimi ena tretjina takih, ki so v otroštvu živeli zunaj družine , v zavodu ali rejniški družini (Jones, 2003). Zelo pogosto so s problematiko brezdomstva ter uporabo različnih substanc in zasvojenostjo povezana povečana zdravstvena tveganja ter rizično spolno vedenje (posebej med mladimi), ki povečuje tveganje te populacije za okužbo z virusom HIV (Bell idr., 2004). S slednjim se povezuje tudi prostitucija (Gwadz idr., 2004). Pomemben dejavnik, ki ga lahko razumemo kot bolj globalen, temeljnejši in usodnejši od z brezdomstvom tako pogosto povezovanih duševnih bolezni ter zasvojenosti z alkoholom ali drugimi drogami, a vendarle z vsem naštetim dvosmerno povezan, je osamljenost oziroma odsotnost podpornih družbenih mrež in vezi. Morda ta dejavnik še ni bil tako podrobno raziskan in njegov pomen še ni dodobra razumljen in analiziran, a vsekakor ga v prepletu krožno sodelujočih dejavnikov tveganja lahko razumemo kot dejavnik, ki je pomemben tudi za sliko brezdomstva v povezavi z zdravjem in dostopnostjo zdravstvenih storitev brezdomcem. Dostopnost kot taka je v veliki meri stvar socialnega kapitala, torej tistega vidika posameznikovega kapitala, ki izhaja iz njegovih socialnih vezi in omrežij ter se na makroravni tesno povezuje z zaupanjem posameznikov v institucije širše družbe, med katere sodi tudi zdravstveni sistem. Povezave med zaupanjem zdravstvenim delavcem, dostopnostjo zdravstvenih storitev brezdomcem in značilnostmi njihovega socialnega kapitala v tej raziskavi podrobneje ne analiziramo, je pa to vsekakor pomembna tema za raziskave v prihodnje.

Prav tako sta s problematiko brezdomstva pogosto specifično povezani pripadnost subkulturam (etničnim, kulturnim, glede na spolno usmeritev ali drugim) in invalidnost (Whitbeck idr., 2004). Razlike seveda izhajajo iz neenakega položaja različnih družbenih skupin znotraj različnih družb, se povezujejo z ovirami v dostopnosti pomembnih družbenih virov ter z diskriminacijo, ki so je te ali one subkulturne skupine pri (ne)obravnavi znotraj zdravstvenega sistema deležne. Posledice mnogih zgoraj naštetih značilnosti pa se navzven

dostikrat kažejo kot psihološke posebnosti posameznika, ki tega ovirajo pri vzpostavljanju trajnih in zadovoljujočih družbenih odnosov z drugimi, posredno pa vplivajo tudi na njegov življenjski slog, ki prinaša zdravstvena tveganja ter poslabšuje dostopnost storitev zdravstvenih služb.

Slabo zdravstveno stanje brezdomcev avtorji (na primer Riley idr., 2003) najpogosteje pripisujejo naslednjim dejavnikom:

- manj primerni zdravstveni oskrbi,
- finančnim oviram pri uporabi zdravstvenih storitev,
- nefinančnim oviram pri uporabi zdravstvenih storitev, kot so težave (psihološke, odnosne, socialne …), ki izvirajo iz težav z duševnim zdravjem in/ali zasvojenosti s psihoaktivnimi snovmi.

Masson in Lester (2003) dodajata, da mnoge raziskave potrjujejo, da odnos zdravstvenega osebja do brezdomcev ustvarja pomembne ovire v dostopnosti zdravstvenega sistema tem ljudem. K seznamu bi bilo smotrno dodati vsaj še eno točko, in sicer zdravje ogrožajoč življenjski slog brezdomcev, ki ga predstavlja odsotnost varnega bivališča oziroma življenje v nestabilnem, negotovem in nevarnem okolju, izpostavljenem nepredvidljivim vremenskim in socialnim vplivom. Pri tem gre torej bolj za sekundarno posledico samega načina življenja kakor pa za neodvisen dejavnik.

Z našo raziskavo želimo – med drugim – preveriti, ali lahko zgoraj navedene dejavnike, ki so na podlagi tujih raziskav definirani kot poglavitni dejavniki ovirane dostopnosti zdravstvenih storitev brezdomni populaciji, najdemo tudi v našem okolju.

Avtorji Turnbull, Muckle in Masters (2007) ugotavljajo, da kljub večji stopnji različnih obolenj in bolezni brezdomci pogosto iz različnih razlogov ne uporabljajo zdravstvenih storitev oziroma občutijo pomanjkanje zanje učinkovitih zdravstvenih servisov. Pomanjkanje zdravstvene oskrbe, ki bi jo obravnavana populacija čutila in označevala za ustrezno, se kaže v tem, da brezdomci redkeje, kot bi bilo potrebno, obiskujejo zdravstvene ustanove, zaradi česar se njihove zdravstvene težave kopičijo, ostajajo nezdravljene, pogosto zastarajo in so posledično težje rešljive. Pomanjkanje dostopne zdravstvene oskrbe pa se kaže tudi v pojavu, ki je pogosto omenjan v tujih virih (na primer Savage, idr. 2006), to je v uporabi nujne pomoči (urgentnega bloka) kot vira osnovne oziroma kakršne koli zdravstvene nege. To z drugimi besedami pomeni, da brezdomci iz različnih razlogov do zdravstvene oskrbe pridejo šele, ko je njihovo zdravstveno stanje tako slabo, da jih tja pripeljejo drugi, ali ko se v

stiski tja po nujno pomoč zatečejo sami. V svetu se v tovrstni strokovni literaturi pojavljajo prispevki, ki izražajo potrebo po prilagoditvi marsikje vse bolj razslojevalno usmerjenega zdravstvenega sistema najranljivejšemu delu prebivalstva, ki mu je zdravstvo najtežje dostopno. Ta potreba se po svetu uresničuje v oblikovanju brezdomcem dostopnih, v skupnost vključenih proaktivnih servisov, katerih delavci ne čakajo, da bodo brezdomne osebe storitve začele iskati same, ampak sami naredijo prvi korak in k pomoči potrebnim pridejo v njihovo okolje. Taki servisi bi morali temeljiti na individualiziranih, v življenjski prostor integriranih in na nediskriminatornih paradigmah temelječih oblikah dela. Tudi pri nas je pojav ambulant, namenjenih nezavarovanim občanom (Pro Bono ter njena mariborska različica), krenil po tej poti, toda težava je v tem, da te ambulante niso vključene v sistem javnega zdravstva.

Ko razmišljamo o odnosu zdravstvenega osebja do brezdomcev, velja omeniti rezultate študije Massona in Lesterja (2003) iz Velike Britanije. Avtorja sta raziskovala odnos študentov medicine do brezdomcev na začetku študija in na koncu. Rezultati so pokazali, da se v petletnem obdobju študija odnos študentov do brezdomcev poslabša, kar govori predvsem o potrebi po tem, da bi morali programi, ki izobražujejo in vzgajajo zdravstvene delavce, vključiti v svoj učni načrt tudi vprašanja socialne izključenosti, enakopravne obravnave vseh pacientov in razumevanja njihovih posebnosti. Melvin (2004) poroča o tem, da se brezdomci v splošnih zdravniških praksah počutijo nedobrodošle, mnogi pa so občutili tudi nezaželen, pokroviteljski odnos zdravstvenega osebja do njih.

Znotraj že tako ogrožene skupine brezdomcev lahko identificiramo tudi posebej ogrožene skupine ter razmislimo in spregovorimo o njihovih specifikah. Kot že rečeno, mnogi avtorji ugotavljajo visoko stopnjo duševnih bolezni med brezdomci. Mnogi verjamejo, da je za tolikšno razširjenost težav z duševnim zdravjem med brezdomci kriv razpad sistema institucij, ki so bile še pred desetletji namenjene dolgotrajnemu bivanju ljudi s težavami z duševnim zdravjem. Craig in Timms (1992) menita, da so korenine problema mnogo kompleksnejše kot le deinstitucionalizacija oziroma zlom azilov. Menita, da je k povečanemu obsegu težav z duševnim zdravjem med brezdomci prispevala težnja k čim krajšim in čim intenzivnejšim obravnavam, in to tudi v primerih resnih, dolgotrajnih in kompleksnih težav z duševnim zdravjem. Potreba po srednjeročni in dolgoročni oskrbi tovrstnih težav z duševnim zdravjem ter po (tudi socialni) rehabilitaciji pa ostaja nezadovoljena. In brezdomni pacienti s težavami z duševnim zdravjem, ki bi potrebovali dolgotrajnejšo rehabilitacijo, predvsem pa

kontinuirano socialno oskrbo, so pogosto sprejeti kot tisti, ki polnijo postelje v dandanes marsikje tako natrpanem zdravstvenem sistemu. Ista avtorja (prav tam) poglaviten razlog težav pri dostopnosti ustreznih zdravstvenih storitev brezdomnim ljudem (s težavami z duševnim zdravjem) vidita tudi v pomanjkanju asertivnih terenskih služb. Melvin (2004) podobno ugotavlja, da učinkovito terensko delo dandanes mnogi avtorji v stroki prepoznajo kot najuspešnejšo obliko angažiranja in vključevanja sicer skritega dela uporabnikov.

S spreminjanjem družbenih razmer se spreminjajo tudi struktura populacije, ogrožene v smislu brezdomstva, ter njene značilnosti in potrebe. Vselej zanimiv in pomemben vidik znotraj tega je med drugim starostna struktura brezdomne populacije, saj ima skupina mlajših brezdomcev drugačne potrebe kakor skupina starejših, potrebe obojih pa so povezane tako s fizičnim zdravjem posameznika kot tudi s sociološkimi značilnostmi posamezne generacije. Raziskava, opravljena v ZDA (Garibaldi, Conde-Martel in O'Toole, 2005), se je ukvarjala prav s primerjavo zdravstvenega stanja in nezadovoljenih zdravstvenih potreb med skupinama mlajših in starejših brezdomcev. Pri tem so raziskovalci v skupino mlajših šteli osebe, stare med 18 in 49 let, v skupino starejših pa osebe, stare 50 let in več. O raziskovanih temah so se z brezdomci pogovarjali v intervjujih. Potreba po zdravstveni oskrbi je bila v skupini starejših na drugem mestu med najnujnejšimi potrebami, takoj za potrebo po nastanitveni podpori. Skupina starejših je 3,6-krat pogosteje poročala o kroničnih boleznih, starejši so 2,8-krat pogosteje od skupine mlajših imeli urejeno zdravstveno zavarovanje in 2,4-krat pogosteje od skupine mlajših od 50 let so bili zasvojeni s heroinom (ta ugotovitev je za naše razmere nenavadna in je verjetno v povezavi s tem, da je tradicija uporabe heroina v ZDA veliko daljša kakor v Sloveniji). Starejši od 50 let so pogosteje od skupine mlajših tudi uporabljali zdravstveno oskrbo, namenjeno posebej brezdomcem, na primer klinike zavetišča (orig. shelter-based clinics) in ulično terensko službo (orig. street outreach work). Redkeje pa so starejši brezdomci poročali o potrebi po zdravljenju zasvojenosti z različnimi substancami (navkljub večjim stopnjam zlorabe substanc med njimi).

Številne raziskave (na primer Kertesz idr., 2003) pričajo o pomembnosti posttretmajskih programov za brezdomne odvisnike. Ugotavljajo namreč, da je povratništvo v zasvojenost in hkrati v življenje na cesti mnogo pogostejše, če ni spremljevalnih programov po končanem programu, na primer, detoksikacije. Programi naknadnega spremljanja zmorejo upočasniti učinek vrtljivih vrat in začaranega kroga, v katerem brezdomni odvisniki vstopajo v različne pro-

grame pomoči in jih spet zapuščajo, ne da bi prišlo do vidnega napredka ali uspeha. Upočasnitev učinka vrtljivih vrat lahko poveča možnost za ustrezne intervencije in tudi možnost večje utrditve vzorcev življenja, ki niso povezani z zasvojenskim načinom življenja. Mnoge študije (na primer Ulfrstad, 1999; Ytrehus, 2002, ter Taksdal idr., 2006, vse po Hansen, 2006) so tudi pokazale, da so službe in servisi, ki jih uporabljajo predvsem odvisniki in duševni bolniki, lahko dober potencial za prekinitev brezdomčevega tavanja od ene do druge ustanove, zatočišča, organizacije. Seveda to velja le za servise, ki zmorejo posameznika obravnavati kot celovito osebo (in ne kot osebo s posamičnim simptomom ali motnjo) in mu obenem uspejo ponuditi dovolj individualizirano obravnavo, kar pa je mogoče le v sodelovalnem odnosu – torej ob uporabnikovi participaciji. Pri tem je ključno tudi sinergično sodelovanje resorjev in različnih organizacij, ki jih brezdomci uporabljajo. Po drugi strani pa pomanjkanje koordinacije med oddelki in različnimi servisi lahko k trajanju brezdomstva še pripomore (prav tam).

Študija Crana in Warnesa (2001) je potrdila, da so ljudje s kombiniranimi težavami, dvojnimi diagnozami oziroma soobstojem težav z zlorabo tako alkohola kot tudi drugih drog posebej problematični z vidika dostopnosti zdravstvenih storitev. V tej študiji je bilo ugotovljeno tudi, da služb, ki naj bi celostno poskrbele za ta del uporabnikov, torej za ljudi s kombiniranimi težavami, oziroma ki naj bi zanje prevzele odgovornost, ni ali pa jih je premalo. Nuditi uporabnikom s kombiniranimi težavami celostno oskrbo na enem mestu pa bi bilo, zaradi njihovega načina življenja, ki ga zaznamuje ravno to, da različnih služb ali servisov ne iščejo in njihovih storitev ne uporabljajo, ključnega pomena.

Ena od tem, ki se je v raziskavi prav tako lotevamo in ki je bila doslej zelo slabo raziskana, so izkušnje in pa posebna pričakovanja brezdomcev glede tega, kako končati življenje. Tuje raziskave (na primer Barrow, Herman, Cordova in Struening, 1999; Bassuk in Rosenberg, 1988; Hibbs idr., 1994; Hwang, Orav, O'Connell, Lebow & Brennan, 1997; vse po Savage idr., 2006) poročajo o trido šestkrat večji smrtnosti med brezdomci v primerjavi s splošno populacijo. Že tako tabuizirano in občutljivo vprašanje umiranja in predsmrtne nege pa je toliko bolj pereče pri določenih socialnih skupinah, ugotavljajo Song idr. (2007). Brezdomni posamezniki so ekstremni primer znotraj širše skupine tovrstno spregledane populacije. Živijo v večjem tveganju, kar se tiče zgodnje smrtnosti, soočajo se z ovirami na poti do zdravstvene oskrbe, predvsem pa nimajo virov in odnosov, ki bi jim omogočali nujno oskrbo ob umiranju. Avtorji Song idr. (prav tam) raziskujejo želje brezdomcev glede konca življenja, v naši

raziskavi pa se lotevamo le raziskovanja poročanja brezdomcev o pogostosti in vzrokih smrti drugih, njim poznanih brezdomcev ter sprašujemo tudi po njihovi starosti.

V nadaljevanju se omejimo še na vidike zdravja in dostopnosti zdravstvenih storitev brezdomcem v našem prostoru. Mnogi rezultati se ujemajo z zgoraj izpostavljenimi vidiki. Rezultati terenskega anketiranja brezdomcev v Ljubljani (Dekleva in Razpotnik, 2007) govorijo o najmanj 20 % ljubljanskih brezdomcev, ki poročajo o zasvojenosti z alkoholom, najmanj 20 % zasvojenih s prepovedanimi drogami (od katerih si je večina droge že vbrizgavala), 23 % brezdomcev, ki so že bili obravnavani v kateri izmed ustanov za obravnavanje odvisnosti od dovoljenih ali prepovedanih drog, približno 40 %, ki menijo, da je njihovo brezdomstvo povezano s težavami v dušenem zdravju, in 24 %, ki poročajo, da so že bili hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici, pri čemer lahko predvidevamo, da je predvsem med skrito populacijo ta odstotek še toliko večji. Podatkov glede zdravstvenega stanja ali dostopnosti zdravstvenih storitev brezdomcem v Sloveniji nimamo, kar je tudi razlog več za to raziskavo. Narejena je bila za istega naročnika kot raziskava iz leta 2008, ki je preučevala ovire v dostopnosti in dosegljivosti programov pomoči z vidika uporabnikov nedovoljenih drog v Sloveniji (Nolimal, Leskovšek in Pokrajac, 2008). Raziskava je izpostavila posebno ranljivost te skupine z vidika dostopnosti programov pomoči, ne le zdravstvene, temveč tudi širše.

Rezultati terenskega dela z brezdomci pa poleg že naštetih težav obravnavajo še pogoste zdravstvene težave brezdomcev, ki so posledica spanja na prostem in neprimerne obutve. Gre za okužbe, ozebline, bolezni ožilja, na primer trombozo, in podobno. Bolezni ali poškodbe brezdomcev so zaradi tega, ker niso zdravljene, pogosto zanemarjene in zastarane, pogostejše so infekcije in zastrupitve, tudi gangrena. Zelo pogosto brezdomce pestijo tudi bolezni, ki so posredno ali neposredno posledica zasvojenosti z alkoholom in drugimi drogami, torej kronična pljučna obolenja, bolezni jeter, želodca in drugo. Nezadostna zobna higiena, neredna prehrana in tvegano uporabljanje dovoljenih in nedovoljenih drog pa prinesejo tudi težave z zobmi in zgodnje izpadanje zob.

V najtežjem položaju glede dostopnosti zdravstvenih storitev so seveda tisti, ki nimajo urejenega niti osnovnega zdravstvenega zavarovanja. Teh je zaradi prestrukturiranja zdravstvenega sistema v Sloveniji od leta 1992 vse več in zanje v zdravstvenem sistemu ni več prostora. Ker sta osnovno zdravstveno zavarovanje in dostopnost storitev navadno povezana z različnimi formalnimi

statusi, kot so državljanstvo, zaposlitev, stalno bivališče, poštni naslov itd., je večanje obsega nezaposlenosti (v zadnjem desetletju in pol) s širjenjem zaposlitvene negotovosti ter splošne bivanjske negotovosti povezano tudi s problematiko težke dostopnosti zdravstvenih storitev izjemno socialno izključenim osebam. V Ljubljani in Mariboru sta se kot odziv na to pomanjkljivost zdravstvenega sistema odprli ambulanti s posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega zavarovanja, ki tem osebam nudita oskrbo. Po besedah Aleksandra Dopliharja, vodje ambulante za nezavarovane oseb v Ljubljani, je obstoj tovrstne ambulante sicer nujen, vendar pa je že samo dejstvo, da je ljubljanska ambulanta, ki je bila ustanovljena kot začasna rešitev, dokler se težave nezavarovanih oseb sistemsko ne bi rešile, januarja 2009 praznovala že sedmo obletnico, za zdravstveni sistem sramota in kaže na to, da je ta sistem zašel v slepo ulico izključevanja najranljivejših. V prvih petih letih delovanja so v ljubljanski socialni ambulanti, ki ni vključena niti v javno zdravstveno mrežo, opravili okoli 40.000 storitev.

Težave pri vključevanju v javno zdravstvo pa imajo tudi tisti brezdomci, ki sicer imajo osnovno zdravstveno zavarovanje, ne pa tudi dodatnega. Eden od specifičnih problemov brezdomcev je, da jih javna zdravstvena mreža sicer obravnava, potem pa zaradi tega, ker nimajo dodatnega zdravstvenega zavarovanja in ker jih pesti revščina, ne morejo kupiti predpisanih zdravil oziroma uporabljati drugih potrebnih zdravstvenih storitev, ki so jim predpisane. Kot nujni se tudi s tega vidika kažejo sistemski in drugi ukrepi, ki bi izenačili dostopnost zdravil in zdravstvenih storitev revnim in izključenim ljudem z dostopnostjo obojega drugim občanom.

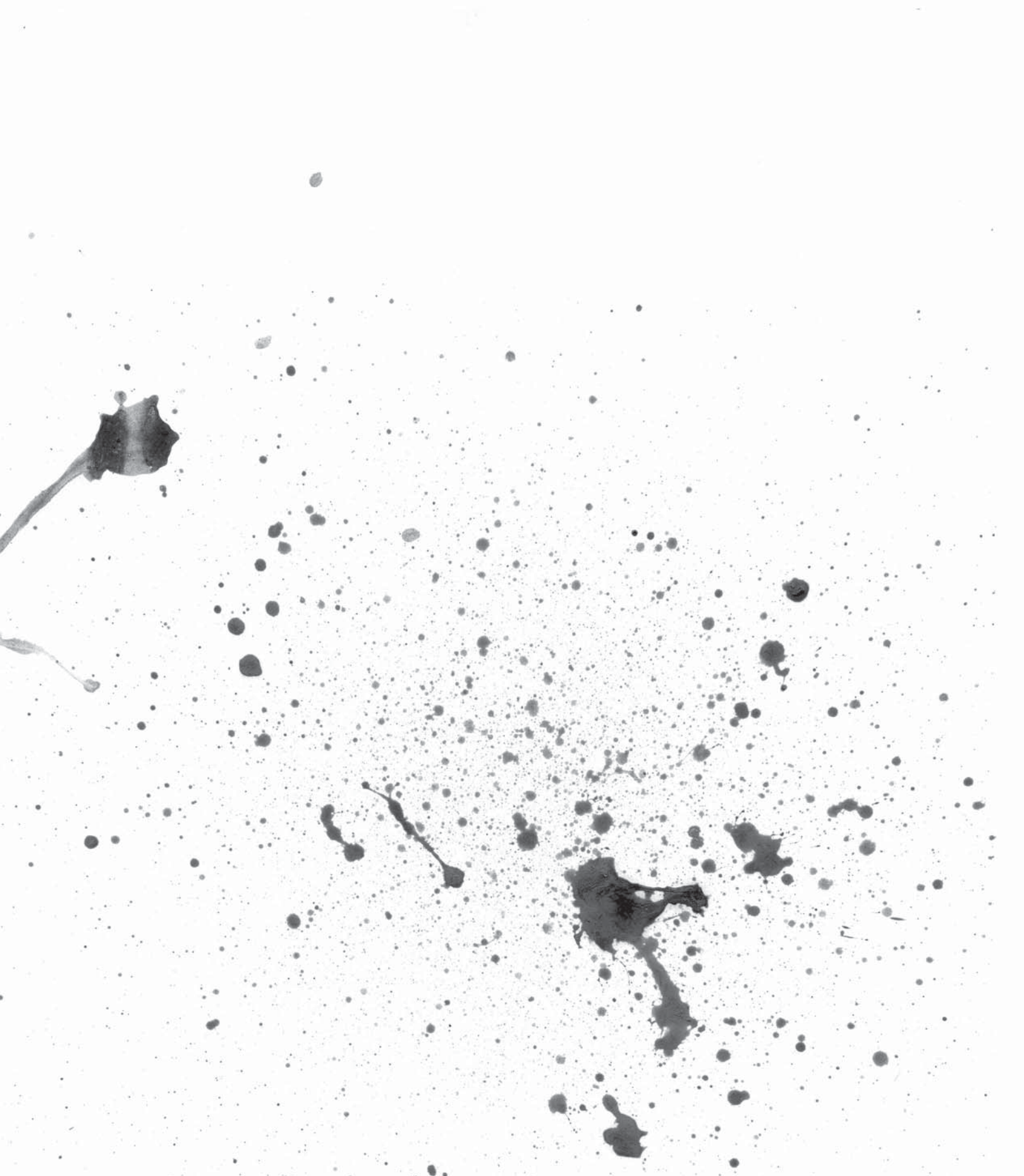
Posebna skupina težav na področju zdravstvenega varstva brezdomcev je povezana z odpusti teh ljudi iz bolnišnic, posebej še po različnih intenzivnih obravnavah, ko bi potrebovali nego in še pred tem ustrezno namestitev, vendar to dvoje velikokrat ni mogoče oziroma dostopno, ker brezdomna oseba nima zagotovljenega bivališča. Tudi v primeru, ko posamezna oseba ima zagotovljeno prenočišče v katerem od zavetišč, je njena namestitev pogosto neustrezna in nezadostna, saj zavetišča nimajo ustreznega koncepta dela, ustrezne infrastrukture in ustrezno usposobljenih kadrov za pobolnišnično

[4] Četudi je z januarjem 2009 začelo veljati dopolnilo Zakona o zdravstvenem zavarovanju, ki naj bi zavarovancem, ki niso zavarovani po nobeni drugi osnovi (niso na primer zaposleni, so upokojenci, kmetje …) in katerih mesečni dohodki ali premoženje ne presegajo polovice minimalne plače, zagotovilo brezplačno dodatno zavarovanje. Posledice in morebitne ovire pri uresničevanju tega odloka zaradi časovne bližine njegove uvedbe še niso povsem jasne.

nego. Primerna rešitev v nekaterih primerih bi bila lahko sprejem takega posameznika v dom za ostarele, vendar pa je to zaradi čakalnih vrst na eni strani in finančnih nezmožnosti brezdomcev na drugi strani redkokdaj mogoče. Že omenjena raziskava na območju Ljubljane (Dekleva in Razpotnik, 2007) je posebej izpostavila ravno to področje in pozvala pristojne k reševanju tega problema.

Jože

NAMENI
RAZISKOVANJA



NAMENI RAZISKOVANJA

Brezdomstvo v Sloveniji je – v obdobju zadnjih nekaj desetletij – razmeroma nov pojav, katerega pojavljanje so še pred nekaj leti spremljali precej začudeni odzivi medijev in javnosti, do konca prejšnjega tisočletja pa objav na temo brezdomstva v slovenskem strokovnem in znanstvenem tisku skorajda ni bilo. Do preobrata je prišlo predvsem v zadnjih petih letih, ko je brezdomstvo postalo – v okviru socialne problematike – ena od pogostejših tem, najprej v laičnih medijih, nato vedno bolj tudi v strokovnih.

Organizacijska mreža na področju brezdomstva v Sloveniji se s širjenjem obsega brezdomstva postopoma razvija, s heterogeniziranjem tega pojava (zastopanostjo vse več različnih specifičnih populacij glede na spol, status, starost, izvor …) pa tudi heterogenizira. Tako širjenje kot tudi heterogenizacija organizacijske mreže pa glede na širjenje in heterogenizacijo samega pojava brezdomstva seveda potekata počasi in s časovnim zamikom.

Organizacijska mreža na področju brezdomstva je najbolj razvita v Ljubljani, v zadnjih nekaj letih pa se razvija tudi po drugih slovenskih mestih: Mariboru, Celju, Kopru, Slovenj Gradcu, Murski Soboti, Kranju … Medtem ko je evropski trend predvsem v preseganju zavetišč in njihovim nadomeščanjem s trajnejšimi in stabilnejšimi ter za posameznika dolgoročno obetavnejšimi oblikami nastanitve, takimi, ki posamezniku omogočajo izhodišče za urejanje tudi drugih področij življenja, pa se po omenjenih manjših slovenskih mestih v zadnjih letih vzpostavljajo predvsem zavetišča.

Dosedanja organizacijska mreža po Sloveniji tako zadovoljuje predvsem nekatere eksistencialne potrebe ljudi, kot sta prenočišče in hrana, dosti je tudi možnosti za pridobitev obleke, nekoliko manj pa je higienskih možnosti. V zadnjem času so se tem ponudbam pridružili tudi sicer redki dnevni centri za brezdomce ter programi, ki brezdomcem nudijo možnost ekonomske, kulturne in socialne reanimacije. V letu 2008 se je začel izvajati pilotni projekt celostne nastanitvene podpore brezdomcem, kjer gre za podprta stanovanja in individualno delo strokovnih delavcev s stanovalci. Kar se tiče zdravstvene oskrbe brezdomcev, sta v Sloveniji dve posvetovalnici za osebe brez zdravstvenega zavarovanja, imenovani tudi socialni ambulanti: ljubljanska, delujoča pod okriljem Mestne občine in Slovenske filantropije, ter mariborska, delujoča pod okriljem Škofijskega Karitasa. Ti dve obliki pa nista namenjeni zgolj brezdom-

cem, ampak tudi drugim ciljnim skupinam, na primer romski populaciji, tujcem, prosilcem za azil, izbrisanim …

V valu novega zanimanja je v letih 2005 in 2006 potekala prva raziskovalna naloga posebej na temo brezdomstva (Dekleva in Razpotnik, 2007; Razpotnik in Dekleva, 2007). V nasprotju s peščico diplomskih del na temo brezdomstva, ki so bila narejena do tedaj in so zajemala posamezne vidike brezdomstva ter manjše vzorce raziskovanih oseb, je ta raziskovalna naloga zajela hkrati veliko vidikov brezdomstva na razmeroma velikem vzorcu (glede na pojav brezdomstva v Sloveniji). Omejitev te naloge pa je bila gotovo ta, da je zajela le ljubljansko območje, pa čeprav je v posameznih vidikih in pristopih (na primer z analizo medijskih diskurzov ali razvojem inovativnega modela dela) presegla ljubljanski okvir.

V obdobju po tej raziskovalni nalogi so se začele odpirati bolj specifične teme ter razvijati nove strokovne dejavnosti in modeli dela. Med takimi temami so na primer model nastanitvene podpore brezdomcem pri njihovem vključevanju v bolj konvencionalen način življenja, modeli in pristopi terenskega dela, vprašanje razvoja modela ali (mednarodno primerljivega) sistema štetja brezdomstva (kar postaja aktualno s slovenskim vključevanjem v različne evropske projekte), pa tudi evidentiranje problematike brezdomstva in dela na tem področju po vsej Sloveniji ter tema razvoja standardov obravnavanja brezdomstva oziroma sploh razvoja politike na tem področju.

Ena od takih bolj specifičnih tem, s katero se ukvarja ta publikacija, je zdravstvena problematika oziroma vprašanje zdravstvenega stanja brezdomske populacije, vprašanje njihovih zdravstvenih obravnav, vprašanje, kako brezdomci doživljajo zdravstveni sistem, kakšna se jim zdi njegova dostopnost in kakšen njegov odnos do njih. Pozornost zdravstva se je v najširšem pomenu besede obrnila v to smer s tem, ko smo začeli razmišljati o tem, kdo so in kakšne so posebej ranljive in ogrožene skupine v zdravstvu, ter ta koncept povezovati s pojmom socialne izključenosti. V tem smislu so bili posebej pomembni koraki v to smer organizacija posveta o ranljivih skupinah v zdravstvu (posvet Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva leta 2007), posvet o ovirah v dostopnosti in dosegljivosti programov pomoči z vidika uporabnikov prepovedanih drog v Sloveniji ter s tem povezana monografija Nolimala in sodelavcev (Nolimal, Leskovšek in Podkrajac, 2008) ter posvet o zdravstveni problematiki Romov (leta 2009). Ukvarjanje z zdravstveno problematiko brezdomcev pomeni še en korak v to smer ter predstavlja – podobno kot ukvarjanje z zdravstveno problematiko Romov – spoznavanje pomena socialne izključenosti in specifične ranljivosti/ogroženosti (oziroma nasploh socialnega) za ohranjanje zdravja. Tovrstno ukvarjanje z brezdomci, Romi ali zasvojenci pomeni posvečati pozornost spoznanju o tem, na kakšne načine in v kolikšni meri je socialna vključenost usodno pomembna za zdravje. Brezdomci so v tem smislu skupina, pri kateri predvidoma lahko najbolj razločno opazujemo naravo ovir pri dostopnosti storitev zdravstvenega sistema in se marsikaj naučimo tudi o tem, kako so zdravstvene storitve morda nedostopne tudi drugim (ranljivim) prebivalstvenim skupinam.

Običajne obravnave teme brezdomstva so sicer v veliki meri kompatibilne z medicinskimi modeli razmišljanja. S tem mislimo na pristope, izhajajoče iz individualno patološkega modela razmišljanja, ki problem brezdomstva išče predvsem na individualen način, torej pri posameznikih brezdomcih, v njihovih bolezenskih značilnostih oziroma stanjih. Taki pristopi na eni strani zanemarjajo ali spregledujejo družbene kontekste in družbene funkcije brezdomstva, na drugi strani pa z razumevanjem brezdomstva kot specifične (morda »socialne«) bolezni spregledujejo načine, na katere brezdomstvo lahko pomeni razmeroma razložljiv in utemeljen način spoprijemanja in preživetja v kontekstu neugodnih ali odsotnih mrež socialne podpore.

Takemu – vsaj delnemu – privzemanju individualno patološke (značilno medicinske) perspektive se izogne redko katera obravnava brezdomstva, zato ni čudno, da se ji nismo povsem izognili niti v omenjeni prvi slovenski bolj zahtevni in celoviti raziskavi (Dekleva in Razpotnik, 2007; Razpotnik in Dekleva, 2007). Tudi tam smo na primer preštevali, koliko brezdomnih oseb je zasvojenih, koliko jih uživa alkohol, koliko jih je na svoji koži izkusilo hospitalizacijo v psihiatričnih ustanovah. V tem smislu smo se ukvarjali s precej tipično zdravstveno problematiko (oziroma ožje rečeno – s socialnomedicinsko, psihiatrično problematiko). Namen te raziskave pa je usmerjen še bolj neposredno v zdravstveno problematiko.

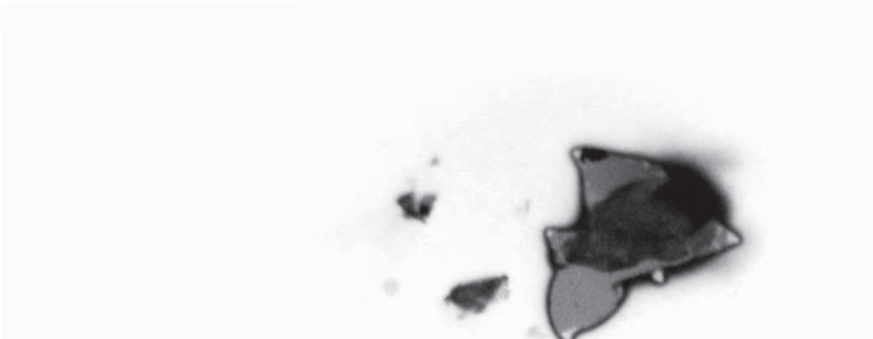
Pobude za to raziskavo in prva razmišljanja o njeni zastavitvi so potekali v četverokotniku med kolegi z Inštituta za varovanje zdravja (Dušan Nolimal in Evita Leskovšek), predstavniki Ministrstva za zdravje (iz sektorja za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva), kolegi iz društva za pomoč in samopomoč brezdomcev Kralji ulice ter kolegi s Pedagoške fakultete v Ljubljani. Med temi razpravami se je Ministrstvo za zdravje odločilo, da naroči manjšo raziskavo na temo zdravstvene problematike med brezdomci ter orga-

nizira posvet ob predstavitvi njenih ugotovitev. O tej raziskavi v nadaljevanju poročamo.

Namen raziskave je bil preučiti osnovno področje zdravstvenih potreb brezdomnih oseb, izkušnje teh oseb z zdravstvenim sistemom ter njihovo dojemanje tega sistema, vključujoč dostopnost tega sistema njim, stopnjo njihovega zaupanja temu sistemu ter doživljanje odnosa sistema do njih. Posebni poudarki naj bi pri tem bili na zasvojenosti, prehranjevanju, težavah z duševnim zdravjem ter na socialnih/podpornih mrežah in oblikah socialne vključenosti/izključenosti. V metodološkem smislu naj bi raziskava uporabila anketno metodo ter eno od kvalitativnih metod (fokusno skupino – skupinski pogovor ali študije primerov), pri čemer naj bi anketa zajela vseslovenski oportunistični vzorec približno 100 brezdomnih oseb in bila z delom vprašanj primerljiva z nekaterimi prejšnjimi tujimi in domačimi anketami.

V izvedbi smo se odločili za uporabo dveh temeljnih metod zbiranja podatkov: fokusne skupine (skupinskega pogovora z uporabniki) ter anketiranja brezdomcev iz več slovenskih mest. O teh dveh pristopih, z njimi pridobljenih podatkih ter na njihovi podlagi izvedenih ugotovitvah in zaključkih poročata naslednji dve poglavji, podrobneje pa metodološke značilnosti raziskovanja opisuje Priloga 1.

IZKUŠNJE BREZDOMCEV Z ZDRAVSTVENIM SISTEMOM – ANALIZA SKUPINSKEGA POGOVORA



IZKUŠNJE BREZDOMCEV Z ZDRAVSTVENIM SISTEMOM – ANALIZA SKUPINSKEGA POGOVORA

UVOD

Moje izkušnje z medicinskim osebjem? Lahko rečem, da sem jim zelo hvaležen, ker so mi toliko pomagali in so me sploh spravili na noge. Jaz bi lahko bil avtomatsko brez noge in vprašanje, če bi lahko sploh preživel. Je pa tudi odvisno, kako z njimi sodeluješ. Da o zdravnikih sploh ne govorim, mislim, kapo dol. Marsikateremu sem se pod narkozo prebudil in sem ga videl, kako so mu brisali pot s čela, toliko se je matral – ta operacija je trajala sedem, osem ur.

Poglavje smo začeli s pohvalo zdravnikom, ki jo je izrazil eden od udeležencev našega pogovora, usmerjenega v izkušnje brezdomcev z zdravstvenim sistemom. Nadaljevanje poglavja bo usmerjeno bolj kritično, ker smo se z namenom, da bi lahko predlagali izboljšave, v pogovoru predvsem usmerjali na težave brezdomcev, na njihove nezadovoljene potrebe, ki jih imajo pri uporabljanju zdravstvenih storitev. Naš namen je bil, da izhajamo iz individualnih izkušenj posameznikov in na podlagi teh identificiramo posebej zanimive in pereče teme, povezane z ovirami v dostopnosti zdravstvenih storitev brezdomcem.

K pogovoru smo na podlagi poznavanja naših uporabnikov povabili posameznike, za katere smo vedeli, da imajo relativno dosti izkušenj z zdravstvenim sistemom, bodisi zaradi poškodb in bolezni ali pa kot nekdanji ali aktualni uporabniki dovoljenih in/ali nedovoljenih drog. Sledita predstavitev udeležencev in opis točk pogovora, potem pa so po podpoglavjih izpostavljene pomembne teme, ki so se razvile v pogovoru, ilustrirane s primeri – dobesednimi navedbami iz pogovora. Menimo, da so dobesedni zapisi odlomkov pogovora zelo zgovorni in bi z njihovim preoblikovanjem ali poskusom krajšanja povedano preveč okrnili in bralcem odvzeli možnost, da si na podlagi povedanega sami ustvarijo vtis o tem, kaj o svojih izkušnjah z zdravstvenim sistemom pripovedujejo in sporočajo brezdomci.

Fokusno skupino smo kot eno od metod pri raziskavi uporabili z namenom, da bi o temah dostopnosti zdravstvenega sistema brezdomcem spregovorili upoštevaje čim več vidikov. Skupinski usmerjeni pogovor oziroma fokusna skupina ima to prednost, da se v njej udeleženci lahko navezujejo na teme, ki so jih izpostavili drugi, jih nadgrajujejo, razvijajo, primerjajo s svojimi izkušnjami. Vodja pogovora sem bila pozorna predvsem na to, da je vsak udeleženec imel možnost razviti svojo pripoved do konca, obenem pa sem poskusila s podvprašanji odpreti čim več vidikov obravnavanih tem. Bolj kot dejstva so nas v pogovoru zanimala subjektivna doživljanja naših sogovornikov. Poleg treh uporabnikov storitev organizacij za brezdomce so bili v pogovoru udeleženi še terenski sodelavec pri raziskavi, ki je imel v preteklosti sam veliko izkušenj s življenjem na cesti, ter trije terenski sodelavci raziskave (eden od njih strokovni delavec, zaposlen v društvu Kralji ulice, aktiven med drugim na področju sodelovanja z zdravstvenimi ustanovami in programi; dva pa prostovoljna sodelavca istega društva, študenta). Zadnji štirje sodelavci so bili k raziskavi in k sodelovanju pri fokusni skupini povabljeni zato, ker dobro poznajo uporabnike in njihove vsakodnevne izkušnje ter ovire, ki jih doživljajo pri uporabljanju zdravstvenih storitev. Namen njihove udeleženosti v pogovoru je bil, da bi opozorili na vidike, okoliščine in izkušnje, ki bi jih sicer lahko v pogovoru obšli in spregledali.

Vse udeležence pogovora smo anonimizirali; za prispevke posameznih govorcev so uporabljene oznake od U1 do U8.

NEKAJ OSNOVNIH SOCIALNIH IN ZDRAVSTVENIH ZNAČILNOSTI UDELEŽENCEV POGOVORA

Tabela 3 kaže nekaj osnovnih socialnih in zdravstvenih značilnosti udeležencev pogovora, kakor smo jih razbrali iz njihovih samopredstavitev v skupinskem pogovoru.

Tabela 3: Značilnosti treh brezdomnih udeležencev skupinskega pogovora

Udeleže-nec/-nka	U1	U2	U3
Spol	moški	moški	ženska
Starost	51	59	48
Invalidski status	Invalidsko upokojen, 50-odstotno zaradi pljuč, 50-odstotno zaradi trde noge.	Je v postopku za invalidsko upokojitev.	Ga nima.
Delovni status	Upokojen.	Na Zavodu za zaposlovanje prijavljen vsaj že 5 let.	Nezaposlena, ni prijavljena na Zavodu za zaposlovanje.
Zdravstveno zavarovanje	Urejeno osnovno zdravstveno zavarovanje.	Urejeno osnovno zdravstveno zavarovanje.	Urejeno osnovno zdravstveno zavarovanje.
Prebivanje	Na cesti je bil 18 let, od tega zadnja leta v Zavetišču za brezdomce. Pol leta že prebiva v bivalni enoti v Šiški, v Mestni občini Ljubljana.	Nekaj let je prebival v Zavetišču za brezdomce, v času pogovora prebiva v najeti sobi.	Že več let prebiva v zavetišču za uživalce nedovoljenih drog.
Stalno prebivališče	Prijavljen je na bivalni enoti občine, v kateri biva.	Stalno prebivališče ima prijavljeno na centru za socialno delo.	Stalno prebivališče ima prijavljeno na centru za socialno delo.
Zdravstveno stanje	Pred štirimi leti je doživel nesrečo, na cesti je bil žrtev telesnega napada. Ob tem je imel zlom stegnenice in zdrobljeno koleno. Po operaciji ima zatrjeno koleno. Ima kronično obstruktivno pljučno bolezen – tretja, zadnja stopnja. Ima astmo, bronhitis, pred leti je prebolel tuberkulozo, uporablja vpihalnike.	Preživel je srčni infarkt, pljučno embolijo in tuberkulozo.	Ima astmo in bronhitis. Dobiva metadon, drugih zdravil ne jemlje.
Uporaba zdravstvenega sistema	Večkrat je bil hospitaliziran na Golniku in v negovalni bolnišnici Sežana. Vsak mesec ima preglede pri pulmologu, vključen je v internistično prvo pomoč (IPP), in če pride do hujših težav, je takoj sprejet. Registriran je pod nujnimi primeri.	K zdravniku hodi mesečno na kontrolo, in sicer v Posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega zavarovanja, kjer uporablja vse zdravstvene storitve.	Zdravstveni sistem uporablja neredno, v zadnjem času predvsem v povezavi s posledicami gangrene.

POTEK POGOVORA

Udeležence smo vodili po naslednjih korakih:

1. Najprej so se udeleženci na kratko predstavili; povedali so svojo starost, status v zvezi z zaposlitvijo, status glede zdravstvenega zavarovanja, vključenost v postopke zdravljenja, katera zdravila jemljejo. Sledi primer:

U2: Status? Sedaj sem v fazi invalidskega zavarovanja, sedaj je že sprožen predlog za invalidsko komisijo, da se me bo upokojilo. Zdravstveno zavarovanje imam samo kot občan, nimam dodatnega zavarovanja, zato imam malo težav – hodim na Mislejevo.[5]

---

2. V drugi točki so udeleženci opisali svoje zdravstveno stanje in morebitne zdravstvene težave. Govorili so tudi o svoji zgodovini uporabe zdravstvenih storitev.
3. Potem so govorili o tem, v kakšnem primeru gredo k zdravniku in kateri so po njihovem mnenju razlogi za to, da kljub morebitni potrebi zdravstvene ustanove ne obiščejo.
4. Naslednja točka je bila posvečena pogovoru o konkretnih izkušnjah ljudi v različnih oblikah zdravstvenega sistema:

– izkušnje v čakalnici,
– izkušnje z medicinskim osebjem,
– izkušnje z zdravniki,
– drugo.

5. Potem smo se posvetili še temi zdravil: kako jih dobijo, kje jih dobijo, kako je z njihovo plačljivostjo in podobno.

Seveda je navedeno zgolj ogrodje, s pomočjo katerega je pogovor stekel, ob tem pa so se odpirale še druge teme in podteme.

[5] »Mislejeva« je poimenovanje, ki ga brezdomci uporabljajo za Ambulanto s posvetovalnico za ljudi brez zdravstvenega zavarovanja, ki deluje na Mislejevi ulici v Ljubljani. To je tudi edina zdravstvena ustanova, katere ime smo v citatih uporabnikov praviloma obdržali, imena drugih specifično poimenovanih zdravstvenih ustanov (o katerih so sicer uporabniki govorili) pa smo anonimizirali.

OVIRE V DOSTOPNOSTI ZDRAVSTVENEGA SISTEMA BREZDOMCEM

V nadaljevanju izpostavljamo in razlagamo osem tem, ki so se razvile med pogovorom in se izkazale za pomembne ter so bile omenjane v zadosti velikem številu izjav oziroma so bile opisane dovolj podrobno (teme, ki so se v pogovoru sicer odprle, vendar bolj na kratko in niso sprožile odzivov drugih udeležencev, smo izpustili). Ilustriramo jih z dobesednimi navedki, ki so vedno označeni z ležečo pisavo in so v okvirčku. Vsebino vsake od teh osmih tem v uvodu opredelimo z naslovi, ki so najbolj ilustrativne izjave z določenega področja.

1. Nismo mi socialna ustanova, oni ti tako rečejo. Mi smo tle bolnica, ne pa socialna.

Najpogosteje se je v pogovoru izpostavila tema neprilagojenosti zdravstvenih ustanov specifičnim potrebam brezdomcev oziroma socialno ogrožene populacije. Gre za različne osnovne potrebe ljudi, ki jih zdravstveni sistem ne zajema, obenem pa ni služb, ki bi to lahko kompenzirale. Eden od značilnih primerov, ob katerih se pojavi problem, je čas po odpustu brezdomca iz zdravstvene ustanove, ko se predpostavlja, da naj bi bil ta deležen domače nege ter naj bi počival, vendar za to nima možnosti. Kljub temu ni več skrb zdravstvenih ustanov, saj so te poskrbele za najnujnejše.

U1: Jaz poznam dosti ljudi, na primer brezdomcev, ki so prišli noter [v bolnišnico] napol polomljeni – toliko, da so ga skupaj sestavili, pa ven. Zakaj? Zato, ker je manjši strošek za bolnico, bolnica pa spet, kdo bo plačal? Država ne – sej to se ve.
U4: Recimo, če bo tako pokrpan umrl na ulici, ne bodo oni krivi.
U1: Itak ne, oni so svoje naredili – zdej pa pejmo. Nimaš kam iti, zmeni se, nismo mi socialna ustanova – oni ti tako rečejo. Mi smo tle bolnica, ne pa socialna.
U4: Ja, to je bilo dostikrat, nismo mi socialna ustanova ...
U8: V kakšnih primerih ti to rečejo?
U1: To je način, da se te losajo.

---

[6] Deli besedila v oglatih oklepajih so vedno komentarji ali pojasnila raziskovalcev oziroma stojijo namesto specifičnih imen.

Naši sogovorniki domnevajo, da brezdomce, posebej pa še brezdomne uživalce nedovoljenih drog, hitreje odpustijo iz bolnišnice kot povprečnega pacienta.

U1: V bolnici sem bil na travmi in je bil tam – sicer je bil odvisnik od heroina – narkoman. Ni bil zavarovan in je imel neke poškodbe in je bil samo na opazovanju tri dni in je prišla direktiva in je prišla vizita, ta pa ta, je pogledal, je rekel, nezavarovan. Slišal sem ga: »Kaj je? Odvisnik? Kaj je bilo?« Malo je pogledal in rekel, čez dve uri se pripravite in greste domov.

U4: Ja, tega je dosti. Sej tudi A. M. [brezdomna oseba, ni udeleženec pogovora] in B. B. [brezdomna oseba, ni udeleženec pogovora] se je to zgodilo, ko sem jaz dostikrat klical rešilca. Na primer, čisto tako – on je čisto fizično izčrpan, kar je tudi ene vrste kritično stanje, in ko ga oni odpeljejo noter, čim se on lahko na noge postavi, mu rečejo, nismo mi tukaj zavetišče, v bistvu pa kakšen drugi človek, ki pa ima dom, bi ga pa zadržali še nekaj dni … Samo dejansko sem A. M.-ju v istem dnevu dvakrat poklical rešilca. Ni se mogel premikati, ni mogel na nogah stat – isto z B. B-jem.

Naši sogovorniki izpostavijo tudi, da se nepreskrbljenost brezdomnih ljudi, ki potrebujejo zdravstvene usluge, poveča, če ti nimajo urejenega zdravstvenega zavarovanja. Vendar pa tudi urejeno zavarovanje po mnenju in izkušnjah udeležencev pogovora ni vselej zadosten pogoj, da bi lahko brezdomna oseba računala na sprejem in oskrbo oziroma da pri odločanju o tem, ali bo sprejeta ali ne, ne bi odločal njen socialni status.

U1: Danes je tako: danes če imaš vse urejeno, še nekako prideš skozi. Če pa nimaš, si pa mrzel.

U5: Podobno se je zgodilo v primeru A. J.-ja. On ima dodatno zdravstveno zavarovanje urejeno, in ko so ga pripeljali v Polje na sprejemni oddelek po napotnici primarija dr. J.-ja, mi je zdravnik na sprejemnem govoril, kaj bomo mi sedaj z njim, mi nismo socialna ustanova.

U1: Najprej ti tole socialno naprej nabijejo.

Naši sogovorniki izpostavijo tudi »mehkejše« teme, in sicer govorijo o tem, da pogrešajo bolj individualizirano obravnavo v bolnišnicah, v smislu posebnega zanimanja osebja zanje ter za njihov življenjski položaj. Opozarjajo tudi na prelaganje odgovornosti med ustanovami (zdravstveni in socialni resor) in pa na to, da rešitve za njihove stiske ne ponuja ne prvi ne drugi. Opisano nas spominja na učinek vrtljivih vrat, opisan v literaturi (na primer Ulfrstad, 1999; po Hansen, 2006).

Poseben primer, s katerim se srečujejo mnogi brezdomci v primeru daljšega prebivanja v zdravstveni ustanovi, je, ko posameznik izgubi pravico do denarne socialne pomoči zaradi domnevne preskrbljenosti v času prebivanja v zdravstveni ustanovi. Primer dobro ilustrira naslednja izjava: »Vzamejo ti socialko, ker si v bolnici in imaš kao oskrbo.« To posameznikom lahko onemogoči premostiti obdobje po odpustu iz zdravstvene ustanove, obenem pa jih tudi finančno ohromi v času prebivanja v zdravstveni ustanovi. Med brezdomci je namreč zelo pogosto denarna socialna pomoč edini vir dohodka; navadno nimajo denarnih prihrankov, ni pa tudi socialnih mrež, pri katerih bi si denar lahko izposodili. Eden od sogovornikov izpostavlja specifični problem akutnih socialnih situacij po odpustu iz zdravstvene ustanove, ko bi človek potreboval takojšnjo socialno pomoč, vendar ta v sistemu ni predvidena. Sogovornik, ki (v spodnjem citatu) zagato ilustrira z lastnim primerom, obenem izraža razumevanje do delavcev in svoje zavedanje, da so ključni problemi sistemske narave in je v ozadju preskopo odmerjen finančni zalogaj resorjema sociale in zdravstva.

U1: Nobeden te pa ne vpraša, kako pa ti živiš. Ne, nobeden te ne vpraša, se ne poglobi, jah, ni socialna ustanova. Prideš tja na socialno ustanovo, ti pa pravi, ja, kaj naj ti pa dam.

U7: Drugače pa to ni res, da Klinični center ni socialna ustanova, ker imajo zaposlenih osem socialnih delavcev.

U1: … Ko smo glih pri teh socialnih delavcih v ustanovah: ko sem bil na [ime zdravstvene ustanove] predprejšnjič, se pravi lansko leto, saj poznam tudi druge bolnice, ki imajo tudi socialne delavce noter, in ko sem pač rabil za podaljšati socialne – to je bilo dve, tri leta nazaj, se mi zdi. Socialna je meni poslala po pošti pole za izpolniti za obnovitev postopka za socialno podporo. In jaz sicer sem vedel, kolikor sem vedel, sem pa klical to socialno delavko iz [ime zdravstvene ustanove] po internem telefonu iz bolnice, ne, in ne moreš verjet, sem jo klical mesec in pol in ni prišla iz prvega nadstropja v enajsto nadstropje. Lansko leto sva se pa srečala, sem ji pa rekel, hvala lepa,

ne, mislim, za vse. Je rekla, vi ste bili tako visoko, da nisem mogla vsega naenkrat zrihtat. S tem sem mislil samo to povedati, da sem jaz bil odpuščen iz [ime zdravstvene ustanove], socialna mi je nazaj odgovorila, da sem v bolnici hospitaliziran in da ne rabim socialke, da imam hrano in imam kje spat, da ne rabim socialne pomoči – to sem dobil od socialne odgovor, plus tega, da sem jaz odšel iz bolnice, ker je meni osebni zdravnik iz [ime zdravstvene ustanove] mi je dal denar, da sem šel na avtobus, pravzaprav sem šel na vlak, da sem sploh prišel v Ljubljano. To je bilo v nedeljo zvečer, v ponedeljek sem šel v [ime dela Ljubljane] k svoji socialni delavki, jaz sem jo debelo gledal, ona je prej vse obljubljala tej moji socialni na [ime zdravstvene ustanove], da je vse urejeno, da imam kam iti. Jaz pridem k njej, moja socialna, sedaj imam drugo, je rekla: »A ste prišel?« – »Seveda sem prišel, kaj pa sedaj?«' »Ja, jaz sem brez denarja, ja ljuba duša, dajte mi nekako zrihtat, takšno na hitrco, da jaz lahko vsaj naprej živim, ne.« Je rekla: »A naj vam dam iz svojega žepa?« Sem si mislil, če imate, pa dajte! Mislim, takšne ti znajo te ustanove, nekatere, mislim, ne bi rad posploševal na vse, ampak te znajo tako zabiti na kratko, da ne veš, kaj bi rekel. Naj se to tiče sociale, naj bo to zdravstvo, naj bo ... Samo nismo mi krivi, da zdravstvo pa socialna niso dosti plačani. Kakor sedaj, zadnje čase zdravstvene ustanove kar na durh štrajkajo – pa še premalo. Saj kdo pa ima danes dovolj denarja? Nobeden.

---

2. Bil sem alkoholik in mi ni pasalo it k zdravniku.

Neobiskovanje zdravnika v obdobju brezdomstva je pogost problem, ki ga lahko identificiramo na podlagi pogovora. Naši sogovorniki opisujejo lastne primere, ki so si podobni v tem, da se jim je moralo zgoditi res nekaj hudega, da so poiskali zdravstveno pomoč (oziroma so reševalce zanje poklicali drugi). Četudi je neobiskovanje zdravnikov, dokler to ni nujno, morda pojav, ki ni omejen le na populacijo brezdomcev, pa je med njimi morda še izrazitejši in so povodi za to specifični. Za vzroke neobiskovanja zdravnika brezdomci sami najpogosteje navedejo domnevno dobro počutje, zakrivanje oči pred resnico ter alkoholizem ali zasvojenost s katero drugo drogo. Spodnji odlomek ilustrira problematiko alkoholizma v povezavi z izogibanjem zdravnikom. Eden od sogovornikov izpostavi tudi problematiko stigme, ki jo alkoholizem prinese in ki domnevno vpliva na percepcijo zdravstvenega osebja in njihov odnos do posameznika/pacienta.

U1: Osebno zdravnico imam jaz že stalno, od svojega dvajsetega leta. Takrat sem jaz zaklošaru in je nisem cirka dvanajst let sploh obiskal. Kasneje so mojo kartoteko iskali po arhivu, da so jo našli.

U8: Zakaj je pa nisi takrat obiskoval, teh dvanajst let?

U1: Čutil sem se nekako sposobnega. Nekako sem si zakrival oči pred resnico, da mogoče ni tako hudo in da je samo kakšen prehlad, in ko sem prišel tja, je kar debelo pogledala – pa vi niste za drugam kot pa za v bolnico. Poleg tega sem bil še pred leti – sedaj abstiniram cirka šest do sedem let – sem bil še alkoholik, in to jim sploh ni pasalo.

U8: Komu?

U1: Ni pasalo zdravnikom, da si alkoholik, čeprav oni to postavljajo na prvo mesto, da so alkoholiki in ostali odvisniki skorajda neozdravljivi. Samo jaz se s tem ne strinjam.

U5: Se pravi, če si alkoholik, imaš probleme v zdravstvenih institucijah?

U1: Mislim, samo pogleda na kartoteko, in že ve, kje si. Lahko imaš ti stokrat napisano, da abstiniraš, ampak imaš od zadaj slabe točke.

Drugi razlogi, ki so jih udeleženci pogovora navajali kot možen razlog ne dovolj pogostega obiskovanja zdravnikov med brezdomci na splošno, pa so naslednji:

1. domnevno slab odnos zdravstvenega osebja do brezdomcev,
2. nezadostna informiranost brezdomcev glede zdravstvenih pravic, storitev, možnosti,
3. strah pred tem, da bi jih drugi obsojali in krivili za bolezen (na primer zaradi njihovega načina življenja, nezadostne skrbi za zdravje ipd.),
4. slaba dostopnost zdravstvenih storitev brezdomcem,
5. negotovost glede statusa zavarovanja.

3. Rekli so mi, pojdite domov pa počivat. Kljub temu, da je pisalo v kartoteki, da sem brezdomec.

Ta točka, prav tako kot njen naslovni citat, tematizira več med seboj prepletenih tem. Ena je odsotnost posttretmanskih in/ali negovalnih ustanov za brezdomce, druga pa neprilagojenost sistema zdravstvene oskrbe stanovanjsko izključenim, brezdomcem. Pomanjkanje oblik nastanitve, nege in sploh podpore brezdomcem po odpustu iz zdravstvenih ustanov je tudi ena od pomembnih ugotovitev analize organizacijske mreže v raziskavi Brezdomstvo v Ljubljani (Dekleva in Razpotnik, 2007). V zvezi z nastanitvenimi/bivalnimi možnostmi

ostaja kritična točka skrb za brezdomce, ki pridejo iz hospitalnih obravnav po akutnih ali kroničnih telesnih boleznih in bi za krajši ali daljši čas potrebovali paramedicinsko in splošnohigiensko nego, vendar zanjo sami niso sposobni poskrbeti in/ali zanjo niso usposobljeni delavci, na primer, v zavetišču ali za to nimajo materialnih možnosti. V institucijah, ki oskrbujejo brezdomce, osebje ni ustrezno usposobljeno, razmere pa tudi niso najugodnejše niti za druge morebitne posebne potrebe posameznikov, pa naj gre za duševno bolezen ali mladoletnike. Za take primere bi potrebovali posebne namestitvene možnosti, na primer dogovor z zdravstvenimi ustanovami, da lahko v njih ostajajo nekoliko dalj časa kot drugi občani po enakih zdravstvenih posegih. Podobno velja za ostarele brezdomce, ki potrebujejo več nege in jim je ni mogoče nuditi v obstoječih zavetiščih.

Iz terenskih izkušenj pri delu z brezdomci beležimo mnogo primerov, ko se je to, da posameznik po odpustu iz bolnišnice nima doma, kjer bi lahko v miru in varno okreval, izkazalo za resen problem. Spodnji odlomek iz pogovora pa ilustrira situacijo, ko zdravstveni delavec sicer ve, da posameznik nima doma, a glede tega ne more nič narediti, zato se v pogovoru pretvarja, kot da brezdomec dom ima, in na brezdomnega pacienta ob odpustu naslovi običajno frazo: »Domov pa počivat.«

U1: Meni je vsak zdravnik rekel, pejte domov pa ležat. Jest sem se obrnil pa sem šel, mislim, ker mu nisem imel kaj povedati. Videl je, kje živim, da sem brezdomec, da nimam kje ležati, in kaj pol. In tko se je tole potem razvijalo naprej.

U8: Čakaj, rekel ti je zdravnik, pojdite domov ležat, pa vedel je, da nimaš doma?

U1: Ja, sej je pisalo gor, da sem brezdomec.

U8: Kje je to pisalo? V kartoteki?

U1: Ja, v kartoteki.

U8: Pa je vseeno rekel, da pojdi domov?

U1: Ja, domov pa počivat, ne.

U8: Kaj si rekel na to?

U1: Ja nič. Saj mu nimaš kaj rečt. Saj me je videl tam. Stokrat smo že to obravnaval in to so vsi vedeli, da sem brezdomec, da nimam kam it – še preden sem prišel na Poljansko v kontejnerje. A saj lahko, da ima toliko pacientov, da pozabi ali pa namerno – nisem nikoli razglabljal o tem. V bistvu jaz sem prišel do svojega, makar težko.

---

4. Preden so me pobrali s tal, so me vprašali: »A imate zdravstveno zavarovanje?«

Pogoj za zdravstveno oskrbo je zdravstveno zavarovanje, tega pa mnogi brezdomni ljudje nimajo urejenega. Zdravstveno zavarovanje je povezano tudi s stalnim prebivališčem, zaposlitvijo, prejemanjem socialne podpore. Odsotnost enega statusa oziroma izključenost iz ene sfere potegne za seboj še drugo in sproži se začarani krog izključenosti, ki ga je vse težje prekiniti; več kot je področij, ki se vanj nakopičijo, težje je. Pogost primer, zakaj brezdomci, na primer v Ljubljani, nimajo urejenega osnovnega zdravstvenega zavarovanja, je ta, da niso občani Mestne občine Ljubljana, ampak prihajajo od drugod, v Ljubljani nimajo prijavljenega bivališča, niso prijavljeni pri nobenem od ljubljanskih centrov za socialno delo, obenem pa nimajo nobenih stikov z organizacijami v kraju, kjer so bili prej prijavljeni, oziroma se tja nimajo namena vračati.

Eden od udeležencev usodno odvisnost brezdomnega posameznika od zdravstvenega zavarovanja ilustrira z lastnim primerom:

U1: Danes je tako: danes če imaš vse urejeno, še nekako prideš skozi. Če pa nimaš, si pa mrzel. Ko sta prišla do mene, ko sta me vzdignila s poda po tej nesreči ... še celo tako je bilo, da me je vprašal ta prvo, ali ste zavarovan, preden me je pobral s tal. Pa to ne moreš verjet, jaz sem šele potem to študiral, saj mi nobeden ni verjel. Nimaš se komu pritožiti, nimaš komu povedat, nimaš komu. Kaj boš pa rekel?

Drug vidik istega problema tematizira naslednji odlomek. Razkriva percepcijo zdravstvenih delavcev, po kateri je urejeno zdravstveno zavarovanje pri brezdomcih prej izjema kot pravilo.

U1: Tisti čas, ko nisem hodil k zdravniku, nisem bil sploh zavarovan. Samo potem sem se pa prijavil na CSD, kjer sem tudi prejemal socialno podporo, in sem potem sklenil zavarovanje preko [ime zavarovalnice]. Tako da, ko sem imel tole nesrečo z nogo, sem bil že zavarovan. Ko sta me šofer in sopotnik reševalec pobrala, ko sem bil skoraj v

nezavesti, je rekel, končno en brezdomec, ki ima zavarovanje urejeno, mislim, lažje te sprejmejo v bolnico.

Odlomek, ki sledi, tematizira zaplete, povezane z izgubo stalnega bivališča. Opisuje primer zmede in negotovosti glede zavarovanja in stalnega naslova ter začarani krog, ki ga lahko sproži odsotnost statusa. Opisano je precej pogosta izkušnja brezdomcev. Dokumenti oziroma stalno prebivališče so pogoj za pridobitev mnogih pravic, tudi zdravstvenega zavarovanja ali na primer možnosti prebivanja v nekaterih zavetiščih. Reševanje tega problema je normativno že urejeno (z republiškim dogovorom oziroma navodilom), vendar se v realnosti ne uresničuje tako gladko oziroma je njegovo uresničevanje odvisno od primera do primera. Poleg tega posameznik, ki se znajde demoraliziran pred goro težav, pogosto potrebuje podporo in veliko mero spodbude pri soočanju z birokratskimi mlini.

U8: Kako se je pa potem to, recimo vstop v metadonski program, ker to je tudi del zdravstvenega sistema, a ne, kako se je pa to zgodilo?Pa kakšne izkušnje si imela s tem?

U3: Ja, ta prvič, ko sem šla, je bilo tako, da v bistvu jaz nisem vedela, da če izgubiš stalno prebivališče, izgubiš osnovno zdravstveno, ne, in sem ga izgubila, so me ven vrgli, in to takoj.

U8: Iz kje?

U3: Iz metadonskega programa, takoj, takoj so ustavili.

U8: Ker si izgubila osnovno zdravstveno zavarovanje? Ne da bi ti vedela, so te odjavili?

U3: Ja, tja sem prišla popit, pa je rekla, da pač nimam že dva dni tega in da pač ne morem več dobit. Zdaj pa ni bilo problema, sem prišla tja, prosila sem za isto doktorico, ki me je že prej imela, ne, da ne bi spet na novo vse šlo, in me je takoj vzela, brez problema. Takoj sem potem začela pit. To sem šla v bistvu tudi deloma zaradi socialne, da potem nimaš tam na zavodu toliko komplikacij, če si v metadonskem programu.

U8: Kako je to, ali lahko malo več poveš o tem? Kako je to povezano?

U3: Tudi jaz točno ne vem, ampak meni se zdi, baje, da ti potem ni potrebno hoditi na ona predavanja, ali kaj jest vem, nekako tukaj je drugače.

U6: Potem greš v kategorijo težje zaposljivih oseb, ne, če si na metadonu?

U3: Al pa da se ni potrebno toliko tja javljat, ne vem, nekaj je, v glavnem. Pa tudi boljše je zame konec koncev.

U8: Koliko časa si takrat prvič bila v metadonskem programu?

U3: Ene dva meseca se mi zdi, tri ...

U8: In potem si v bistvu padla ven, pol si pa, koliko časa je pa potem prekinitev trajala?

U3: Do zdaj.

U8: Se pravi, oni so ti rekli, da nimaš več osnovnega zavarovanja, in potem se nisi več s tem ubadala nekaj časa?

U3: Ja.

U8: Koliko je bilo vmes potem časa?Približno?

U3: Ene dve leti, dve in pol, tri.

U8: Potem pa si brez problema metadon spet dobila, kljub temu, da nimaš osnovnega zavarovanja?

U3: Imam, imam, če ga ne bi imela, [na metadon] ne bi mogla, moraš ga imeti.

U8: Osnovno zdravstveno zavarovanje je pogoj za vključitev v metadonski program?

U3: Tako. Moraš imeti vsaj osnovno.

U8: Kam si se pa prijavila medtem? Mislim, potem si si zopet morala stalno prebivališče uredit …

U3: Ja, na socialni imam sedaj, na socialni službi. Zato, ker potem so mi še dokumente ukradli pa to, in potem sem vse skupaj pustila, nisem si nič urejala, niti socialne, ker sem pač počakala, a veš, ker včasih šele čez par mesecev najdejo denarnico z dokumenti. Sem pač upala, ampak ni bilo, ne, in potem sem si pa vse zrihtala.

U6: Kako je pa šla prijava na center za socialno delo? Kaj komplicirajo, če si hočeš stalno bivališče uredit?

U3: Ja, pri meni so takrat, ko sem se na cesti znašla, takrat čez ene dva meseca sem si hotela to zrihtat, pa so me zavrnili. Se je potem še Urad za človekove pravice vmes vmešal, da bodo znoreli, so potem, mislim, da celo en člen zakona šli spreminjati zaradi tega.

U6: A ti si se obrnila na Urad za človekove pravice?

U3: Ja, ker so me iz socialne, v bistvu te praviloma oni morajo prijaviti, pa niso, mene so celo odklonili.

U8: Ampak potem so te pa prijavili, po tej intervenciji Urada za človekove pravice?

U3: Oni so še vedno trdili, da nisem prijavljena, ker vem, da me je še [ime strokovnega delavca] hrulil zaradi tega, da kaj se grem, in potem

sedaj, ko smo to zdravstveno urejal, pa davčno, pa osebno, pa spet pišemo tja [na CSD] za stalno prebivališče, pa dobim pošto, da sem že od leta 2006 prijavljena – da imam stalno prebivališče. Pa sploh nisem vedela.

U6: Saj te ne morejo obvestit. Pošto pošljejo v bistvu sebi, ne. A veš, če imaš na centru prebivališče.

U3: Ja, lahko bi v zavetišče poslali.

U4: A nisi vmes niti iskala zdravstvene pomoči?

U3: Ne, ne, mislim, da takrat ne. Ne, sam, saj pravim, malo čudno se mi je zdelo to, ne, da sem že od takrat prijavljena, obnašali so se, kot da nisem.

U8: To si se pa sama spomnila, da se obrneš na Urad za človekove pravice?

U3: Ne, ne, to so mi tam v zavetišču takrat svetovali, ko so me zavrnili, ne.

V zvezi z zdravstvenim varstvom brezdomcev, ki sicer imajo osnovno zdravstveno zavarovanje, ne pa tudi dopolnilnega, ostaja problem v tem, da jih javna zdravstvena mreža sicer obravnava, potem pa zaradi tega, ker nimajo dopolnilnega zavarovanja in ker jih pesti revščina, ne morejo kupiti predpisanih zdravil niti izkoristiti drugih potrebnih zdravstvenih storitev, ki so jim predpisane. Premajhen poudarek je na sistemskih ukrepih, ki bi izenačevali dostopnost zdravil in zdravstvenih storitev revnejšemu delu prebivalstva z dostopnostjo obojega drugim občanom. V realnosti se razlike povečujejo in ne zmanjšujejo, saj se zdravstveni sistem privatizira in komercializira.

5. Pred celo čakalnico mi je zdravnica rekla, naj drugič pridem zrihtana. Kje naj se pa zrihtam? … [Vir: anekdotski zapiski s terenskega dela.]

Iz literature (glej poglavje »Brezdomstvo in zdravstvena problematika«) je znano, da med poglavitne razloge za slabše zdravstveno stanje brezdomcev sodi tudi odnos zdravstvenega osebja do njih in, širše, neprilagojenost storitev njihovim specifičnim življenjskim okoliščinam in potrebam. Odklonilni odnos sprejemnega osebja in drugih medicinskih delavcev v čakalnicah je lahko odločilen za to, da oseba, ki je bila deležna takega odnosa ali je bila celo žrtev diskriminacije in predsodkov, prihodnjič ne bo več obiskala zdravnika, četudi bi ga potrebovala.

U1: Pa tudi, recimo, te tako čudno gledajo ... Dam primer: doživiš nesrečo na cesti, recimo ti zadnjič se nisi obril in si zanemarjen. Pride do nesreče in prideš v bolnico. Zakaj pa niste urejen. Kako? Ja, pa bi s sabo imel! A zdaj bom pa jaz s sabo nosil od mila do žiletke, do vsega, mislim. To je zajebancija na suho ne.

U8: Kje si to slišal? Od medicinskih sester?

U1: Ja, to sem jaz doživel, luba duša.

U4: Saj to je tudi sama povedala medicinska sestra iz Mislejeve. Dosti, na primer, brezdomcev nočejo sprejeti zaradi neurejenosti in so oni prav uno snažilko, ki jo imajo zaposleno, so jo tudi zato začeli plačevati, da na primer, če gre kdo k specialistu, ko mu oni napotnico napišejo, da ga ona napoti – mu pomaga, da se uredi.

U1: V bolnicah večinoma, tudi če ne moreš, samo jaz sem zmeraj vstajal, da sem se sam zrihtal, tudi grejo, te vzamejo dve, tri sestre pa te peljejo noter in te potem zglancajo.

U4: Na ulici je tudi dosti kapi, ko človek rata nepokreten, ga mora nekdo umiti.

…

U7: Si ti kdaj, recimo, glih zaradi tega, slabih izkušenj, ki si jih imel z zdravniki, pa so ti rekli, zakaj nimaš britvice s sabo, zakaj pač nisi najbolj očeden, občutil kakšen strah pred zdravniki, mogoče tudi zato?

U1: Ne, straha ne. Ponižanje pa. Ker dobesedno te pobije, mislim, ali je to zavestno ali nezavestno, mislim, ali da se te hočejo samo rešiti ...

U4: Kasneje greš k zdravniku, kot bi šel pa sicer.

U1: Ja, ja. Oni bi, da se najprej urediš – kako se boš ti uredil, kot si, recimo, ti rekel, da ga kap, kako se boš potem obril, mislim. Ni logike tukaj.

Pozitivno in nujno pri delu s težko dostopno in z več vidikov (zdravstveno, socialno, ekonomsko) rizično populacijo, kot so brezdomci, je, da strokovni ali terenski delavci nudijo pomoč (pa naj gre za deljenje hrane, informacij ali nudenje zdravstvenih storitev) vsem. Pomembno je, da delavci, ki se s to populacijo srečujejo, ne sprašujejo po izkazih, če to ni res nujno, in da morebitna selekcija ali posebna obravnava ni obremenjena s predsodki, ampak utemeljena s potrebami brezdomcev. Nedopustno bi bilo, da bi ob nudenju strokovnih storitev reproducirali predsodke in moralne očitke, ki so jih brezdomci pogosto deležni v širši družbi. Očitki, zmerjanja in moralna vrednotenja

so seveda strategije, s katerimi poskušajo različni akterji, ki se jih poslužujejo, obdržati visok prag in ohraniti utečen sistem dela. S tem lahko izražajo tudi svoj občutek ogroženosti ob srečanju z nepoznano ciljno skupino in strah zaradi neseznanjenosti z njenimi potrebami, posebnostmi. Ni odveč izpostaviti, da obravnave, temelječe na diskriminaciji, lahko povzročijo več škode kot koristi, saj pri brezdomcih poglobijo občutek nezaupanja, strahu in sovraštva oziroma odklonilnega odnosa do zunanje družbe.

Naslednja izpostavljena tema govori o podobnem, in sicer o motečih stereotipih zdravstvenega osebja o brezdomcih. Sledi primer posameznika, za katerega je ogrožajoče že samo vprašanje, ki tematizira uporabo alkohola. Lahko da bi bilo to vprašanje za koga drugega povsem nevtralno, brezdomec pa ga lahko razume kot odraz stereotipnega pogleda nanj in se zato tudi odzove obrambno. V naslednjem odlomku se izpostavi tudi tema, kako zdravstveno osebje posameznika prepozna kot brezdomca. Da je nekdo brezdomec, lahko, na primer, piše v kartoteki, lahko je izdajajoč stalni naslov na centru za socialno delo. Če brezdomec ni prijavljen na centru za socialno delo, lahko status posameznika ostane prikrit.

U2: Zdaj, toliko kasneje, sem pa doživel ta infarkt. Poslan sem bil v Klinični center, problem je bil pri meni v tem, da se mi je nabirala voda, se pravi sem imel pljučno embolijo. Voda se je nabirala v pljučih, pljuča so pa za dihanje, in pri meni je bila kriza, ker ni bilo kisika – to je bil največji problem. Tam, v bolnici, ko so po tistih prvih analizah, pa pritisk imam zelo majhen, začelo se je pa to kar malo tako kot v kakšnih grozljivkah, ne, ko me tam gledajo kot kakšno prikazen. Potem so me dva meseca spraševali, če se mi nič v glavi ne vrti, če mi nič ne gre na bruhanje in tako naprej. Sem rekel, da ne – nič, ne. Potem so pa glave skupaj dajali, potem mi je pa primarij povedal, za kaj gre. Pravi, da srčnega pulza v bistvu sploh ni, da sem, čisto med nama povedano, na robu in da bi moral biti v komi – jaz pa sem pri zavesti, pa normalno govorim. Pa pravi, vi ste medicinski fenomen ne. Potem pa pravi: »Kako je kaj z alkoholom?« Sem rekel, da ne razumem vprašanja. Pa pravi, koliko kaj popijem na dan. Sem rekel, vode ali sokov? Sem rekel, nobene stvari. Je rekel, veste kaj, vi niste na policijski postaji, ampak ste v bolnici. Nam lahko poveste, koliko, ne. Sem rekel, nič – nočejo verjet!

U8: Zakaj to?

U2: Ne vem, zato, ker ve, da vse pije, jaz si drugače ne morem predstavljati.

U5: U2, a ti si tudi imel v kartoteki napisano, da si brezdomec?

U2: Ne, nisem imel napisano tega, […] sem pa imel prijavljeno stalno bivališče na centru za socialno delo. Ko končno povem, da ne pijem, pa pravi, ja, zdaj pa tako, živ ne bi smel biti več, pa še pije ne. … Sem rekel, vi sigurno kaj pijete, jaz ne, in je treba razumeti, da jaz pač ne. In to je pol kar težko verjeti, da eden ne pije. Zdaj to ni isto, če kadiš ali pa če ne kadiš. Ampak pri alkoholu te pa kar hočejo ožigosati.

U7: Zakaj pa misliš, da so kar tako domnevali, da ti uživaš alkohol?

U2: … Prvič je zato – tukaj sem jaz nekaj drugega ugotovil, da je njim tako lažje pri postavljanju diagnoze. Je njim najlažje, da si ti pijanec. Malo se pa zaplete, če pa ti nisi – potem je potrebno diagnozo postaviti iz znanja.

U1: Sej tako je tudi pri pljučih – bog ne daj, da jim ti poveš, da kadiš.

---

6. V sobi tako gledajo, kot da imaš ne vem kaj.

Poseben problem, ki smo mu v raziskavi prav tako namenili pozornost, je drugačna obravnava uporabnikov nedovoljenih drog v zdravstvenih organizacijah.

U3: No, takrat, ko sem hodila zaradi noge na urgenco, moram rečt, enkrat je bilo vse v redu, res nisem imela nobenih občutkov, da bi bila kar koli diskriminirana ali da bi me postrani gledali zato, ker sem narkoman. Dočim drugič pa ja. Drugič je bilo pa tisto, tako z viška, in tudi dali so mi, jaz mislim, da imajo injekcijo ali pa tablete, ki takoj primejo, a ne, so mi dali pa nekaj, ki je šele čez pol ure prijelo proti bolečinam, a veš, sem si skoraj lase izpulila od bolečin.

U8: Kaj pa je bilo takrat z nogo?

U3: Imela sem trombozo. Ena žila je bila na tem, da poči, ena je bila zamašena, pa še zagnojeno sem imela okoli, in to so bile takšne bolečine, da se mi je res trgalo, ker jaz ne tulim kar tako pa ne jamram, takrat sem pa pošteno vpila, saj pravim, lase sem si pulila.

U8: A to okoli noge je bila prva tvoja resnejša izkušnja z zdravstvenim sistemom?

U3: No, v bistvu edina, pa potem po tistem sem bila na Mislejevi, sem bila tudi šokirana, ko sem izvedela, da moraš priti z nekom iz Stigme ali

pa s Kraljev ulice, če ne, je vprašanje, če te sploh sprejmejo, zato ker so morali z okoliškimi stanovalci podpisati, da ne bodo sprejemali narkomanov – nekaj takega.

U8: A so te sprejeli potem?

U3: Ja, so me ja.

U7: Si bila sama?

U3: Ne, ne, sem bila z nekom iz Stigme. No, tudi tam se je malo čutilo tako …, doktor ne, doktor je bil čisto korekten.

V našem pogovoru je bila pogosto omenjena Mislejeva, ki je, kot že rečeno, ime ulice, kjer je Ambulanta s posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega zavarovanja ProBono. Posvetili ji bomo posebno točko. Ambulanta s posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega zavarovanja ProBono je vsekakor zelo potrebna in se z obravnavano problematiko ukvarja ustrezno fleksibilno. Vendar pa ne glede na to uporabniki nedovoljenih drog brez zdravstvenega zavarovanja ostajajo brez podobno prilagojene zdravstvene oskrbe (zato ker jih Ambulanta zaradi ustanovitvenega dogovora z okoliškimi stanovalci ne sme sprejemati).

U6: Kako je bilo pa potem, si pila takrat metadon v bolnici, mislim, si dobila – ni bilo nobene komplikacije?

U3: Ne, nobene komplikacije.

U8: A to piše v zdravstvenem kartonu, da si na metadonu? … A kaj veš?

U3: Ne vem.

U6: A si sama ti povedala, da piješ metadon?

U3: Takrat ga nisem še pila. Ne, ampak v bolnici ga dobiš v vsakem primeru.

U6: A ker si pač povedala, da si uživalka?

U3: Ja. Edino zavlačujejo potem malo, tako mislim, kar prestavili so mi za dve uri, pa za dve uri, pa za dve uri.

…

U4: Tukaj bi jaz še to dodal: takrat, ko sem bil v bolnici zaradi noge, ko sem pil metadon, so mojo posteljo, a veš, vse postelje so normalno preoblačili, ko so prišli pa do moje postelje, pa rokavice gor, pa zamenjati rokavice tja za kužne odpadke in so moral razkužiti roke ...

U3: Ja, to so tudi pri meni počeli.

U4: V sobi tako gledajo, kot da imaš ne vem kaj […] Pa jaz, ko sem bil na travmi, ne, je nekomu izginil mobitel, je prišla sestra direkt k meni, pa je rekla, pokaži žepe, zato ker metadon pijem med zdravljenjem.

Spodnji odlomek tematizira posebne potrebe uživalcev nedovoljenih drog, ko prebivajo v zdravstveni ustanovi. Odpira dilemo o potrebah seznanjenosti medicinskega osebja z njihovimi potrebami ter dilemo posebne obravnave in izpostavljanja te populacije. Nakazuje tudi različne pristope k uporabnikom nedovoljenih drog, od katerih je eden preventivna skrb, da bi v času prebivanja v zdravstveni ustanovi ne prišlo do težav, povezanih z abstinenčno krizo. Ena od izrazitih pritožb naše sogovornice je povezana z odlaganjem časa zaužitja zdravila proti bolečinam. V trenutku, ko je doživljala bolečine kot neznosne, se ji je zdela vsaka minuta, ko je čakala, da bodo tablete začele delovati, predolga. Razumeti je treba, da je odlaganje razumela kot uperjeno prav proti njej, kot nekakšno kaznovanje za njen način življenja.

U6: Pa so ti kaj rekli, zakaj so te dali v posebno sobo?

U3: Ne, ampak hvala bogu. Jaz sem bila prav vesela.

U8: Samo ni bilo pa prav na tvojo željo?

U3: Ne, mislim, da je enoposteljna v bistvu luksuz, samo so mene dali verjetno zaradi tega, ker na začetku sem vpila kot jesihar, ker me je bolelo, pa tako, če me niso šlivili, sem se začela dret, pa nabijat, ne, ker moj zvonec ni delal, potem sem pa imela tisto za dvigniti, sem začela pa po onem kovinskem tolčt. Kako naj jo drugače prikličem, ker to so se ene dvakrat začele [sestre] pizdit, da kaj zijam, ne, pa ropotam, sem rekla, ja, dobro, če zvonec ne dela, kako naj vas prikličem? Aja, ko sem enkrat znorela – lulat me je tiščalo, nje pa ni bilo več kot pol ure, ne vem, kaj je mislila, da si izmišljujem ali kaj jaz vem, in me je ignorirala.

U4: Ja, treba je tudi vedet, če nekdo je odvisnik, takrat, ko ne bo dobil svoje droge, bo fiziološke tekočine bolj izločal, in tega oni ne razumejo.

U3: Eni ja, eni ne, ker, recimo, se spomnim, ko sem bila, mislim, da ta drugič, ko sem prišla na urgenco, je en doktor takoj prišel k meni, ko je slišal, da sem džanki, takoj je rekel, kdaj ste nazadnje vzela, pravi, tukaj krize ne bomo gledali, a veš, ker je točno vedel, bruhanje, sranje, da ne bi do tega prišlo, ne. Drugi pa ne, ne.

Tema spodnjega odlomka se prav tako kot tema zgornjega ukvarja z (ne) upoštevanjem pacientovih posebnosti, konkretno pa s precenjevanjem posameznika, normativnostjo in pritiski na pacienta, ki iz tega lahko izhajajo. Spodnjo prigodo lahko razumemo kot izraz premajhne senzibilnosti sistema za potrebe, lastnosti in posebnosti ranljivih skupin. Spodnji odlomek tematizira usmerjenost določenih aktivnosti v zdravstvenem sistemu zgolj na rezultate in ne na paciente kot celovite ljudi.

U2: *Doktor D. me je enkrat med tem cajtom poslal za to, da sem imel za tole invalidsko pokojnino priprave, me je poslal še na medicinsko kolo v Klinični center. Tam mi vse normalno izpolni, da nimam tega zavarovanja in tako naprej, je napisal, da je namen tega medicinskega, da je treba goniti kolo ne. Jaz pridem na tisto kolo in mi tam pravi sestra, ima pred sabo ekran, meni dajo tukaj ene elektrode, noge v pedala, da ko bom začel kolo gonit, recimo, ko bo prišlo do nivoja, kolikor se spomnim 60, da moram na tistem nivoju obdržati pogon, da ne sme nivo kar dol past, ampak kvečjemu lahko gre gor, ne, zato, da bo ona videla pač rezultate, in jaz, ko sem začel goniti, komaj sem prišel do 60, nisem pa mogel obdržati in mi je – ker nisem več mogel dihati, ne, in mi dol pade, ona na ekranu nič ne vidi in pravi, ne, ne, ne, jaz ne vem, kaj napisat, če ne bo rezultata. Sem rekel, gospa, pač napišite, da nisem mogel gonit, sem rekel, jaz ne morem dihati, jaz ne morem to obdržat, ker mi je dol padlo. Je pa rekla, ja pa tle pridejo moški, ki bi do zjutraj gonili, sem pa rekel, ja pa oni naj gonijo, če lahko gonijo, če so zato prišli, jaz pa ne morem. Potem se mi je pa začelo v glavi vrtet, da dol s kolesa nisem mogel it – takrat ni zajebancije, in je še eno poklicala, da so me nekako dol dali. Potem je pa prišel doktor, niso mogli nič definirati, kaj naj bi ona pač napisala, ampak ona je bila tam pri rezultatu, ona rezultat gleda, jaz pa umrl skor tam na tistem kolesu.*

Posebej pomembno z vidika prilagajanja zdravstvenih storitev ranljivim skupinam je, da bi lahko bili v določenih oblikah zdravstvene pomoči ljudje obravnavani kot celovite osebnosti s kompleksnimi problemi in ne parcialno ali le kot diagnoza. S tem je povezano tudi zavračanje pacientov s kombiniranimi diagnozami oziroma njihovo pošiljanje od vrat do vrat, pri čemer zelo verjetno nikjer ne najdejo »rešitve«, saj za njihov specifični problem ni pravega naslo-

va. Strokovna literatura[7] o zdravstveni obravnavi socialno ogroženih skupin, ki jo povzemava spodaj navedena avtorja, kot vodilo pri delu z ranljivo in večkratno ogroženo populacijo predlaga naslednje: »Poleg upočasnitve učinka vrtljivih vrat, ki ga omogočajo posttretmaji, in spremljanja posameznikov ne le v medicinskem, ampak tudi v psihološkem in socialnem smislu, je za delo z brezdomnimi odvisniki, brezdomci, ki imajo težave z duševnim zdravjem, in posamezniki z dvojnimi diagnozami (na primer poleg težav z zasvojenostjo imajo še težave z duševnim zdravjem) torej ključnega pomena prav dobra koordinacija ustanov, njihova medsebojna povezanost in pa prilagojenost posameznikom takim, kot so, in ne takim, kot naj bi (po takih ali drugačnih merilih) bili. Preprosto, a ključno vodilo ustanovam, ki se srečujejo z brezdomnimi odvisniki in posamezniki z dvojnimi diagnozami, je lahko naslednje: pogosto je razlog za neuspeh srečanja med uporabnikom in ustanovo/organizacijo v tem, da organizacija posamezniku nudi, ponuja in predpisuje tisto, kar misli, da zna in zmore dati, za kar je usposobljena, uporabnik pa zelo verjetno v tistem trenutku potrebuje nekaj drugega. Do dialoga v takem nesoglasju ne pride, uporabnik je v najboljšem primeru poslan na drug naslov. Posebnost omenjene populacije pa je ravno v tem, da zanje nikjer ni prostora in nikjer 'prave' obravnave. V psihiatričnih ustanovah se soočenju z njimi izogibajo, ker so odvisniki, v ustanovah za zdravljenje odvisnosti pa se jim izogibajo, ker imajo psihiatrično diagnozo. Morda ni tako pomembno nemudoma najti pravo obravnavo za posameznika, ki je prišel po pomoč. Morda dokončne rešitve za njegovo življenjsko situacijo sploh ni mogoče najti. Kljub temu ali prav zaradi tega je z vidika sodelujočih ustanov ključno uporabniku dati občutek, da je v dani organizaciji dobrodošel in slišan, da je zaznan kot celota, kot oseba, in ne kot taka ali drugačna diagnoza ali problem« (Razpotnik in Dekleva, 2008).

7. *Ja, zdravila dobivam, plačat jih ne morem, zato hodim tja na Mislejevo.*

Ena od zelo pomembnih tem v interakciji med brezdomstvom in zdravstvom je revščina. Kaže se na najrazličnejše načine, od tega, da je povezana z za določene bolezni bolj tveganim načinom življenja (nezdravo prehranjevanje, neugodne bivanjske razmere, vpliv eksistencialnih težav na duševno blagostanje …), do tega, da zaradi revščine ljudje pogosto ne morejo uporabljati (do)plačljivih zdravstvenih storitev ali ne morejo (do)plačevati zdravil, ki so jim predpisana.

---

[7] Gre za stroko zdravstvene nege (angl. nursing).

U3: Zdravila sem dobila, ampak vsaka škatla je bila po 3, po 4 € za plačat, ko sem šla iz bolnice. Še metadon sem dobila na recept, čeprav ne verjamem, mislim, da ga ne bi dobila.
U8: In kako si potem to rešila? Nisi šla po ta zdravila?
U3: Jah, ne, moji sostanovalci so mi zbrali denar, pa sem škatlo po škatlo kupovala. Samo so mi dali samo za bolečine, pa za kri redčiti za ene par dni, pa aspirin, pa konec. Ja, takšen občutek sem imela, res tisto najnajnujnejše, ker tudi ni pisalo potem, ali naj pridem nazaj ali naj jemljem – tisto, kolikor sem pojedla, sem pojedla, potem pa nič več.

Drug primer je podoben, govori pa o posebnih oblikah iznajdljivosti, kako priti do invalidskega vozička.

U6: Kako si pa voziček dobila? So ti ga dodelili ob odpustu iz bolnice?
U3: [odkima]
U4: Ukradeš, kaj ...
U6: A drugače misliš, da bi ga dobila?
U3: Ne bi ga dobila.
U4: Če jaz, ko sem imel šraufe na nogi ...
U3: Na celem oddelku ni bilo enega vozička, enega ne.
U4: ... pa so mi dali bergle in potem sem se tam tako na berglah prinesel do enega skladišča, kjer so bili sfukani vozički, sem se na tla usedel, sešraufal skupaj en delujoč voziček, pa od ene mize sem tako L zažagal, da sem imel tako eno nogo naprej in tako, in ko sem sedel, ena noga tako, in samo piči.
U3: Kje pa. Ni šans, ker na celemu oddelku ni bilo enega vozička, ker šesto pa sedmo nadstropje je bil baje včasih eden oddelek, skupen, nakar so se razšli in je spodnji štuk odvlekel vse vozičke njim, tako da so oni ostali totalno brez. In je bil eden pacient, ki je imel svoj voziček, edino tisti voziček je potem bil na razpolago, če ga on ni rabil, da ga je posodil. A veš, in potem je bilo zelo zoprno, ko si imel obiske, ni bilo vozička. Je bil voziček, ko obiskov ni bilo – tako ene dvakrat je prišlo do tega, da sem šla lahko dol si kaj kupiti ali pa da sem imela obisk, pa da sem lahko šla na cigaret ven. Enkrat ali dvakrat me je pa sestra peljala. To je bilo to.

Posebno mesto znotraj teme revščine si zasluži tema odsotnosti prebivališča v povezavi s skrbjo za zdravje. Z zdravstvenega vidika odsotnost prebivališča pomeni bolj tvegano, negotovo obliko življenja, pa tudi odsotnost možnosti za potrebni počitek, nego, shranjevanje zdravil, pripomočkov in podobno. Pogosto pomeni tudi odsotnost stalnega naslova, odsotnost možnosti prejemati pošto, zelo pogosto pa tudi odsotnost podpornih socialnih mrež, na primer družinskih, ki v primerih težjih zdravstvenih težav pogosto spremljajo bolnika. V pogovoru so naši sogovorniki o tem govorili kot o dejavniku, ki poveča pacientovo odvisnost od zdravstvene ustanove in zdravstvenega osebja, saj ima brezdomec, če je brez svojcev, mnogo več nezadovoljenih potreb kot drugi, ki jim različne potrebe (informacije, zagovorništvo, oskrba z oblekami, priboljški …) samoumevno zadovoljijo svojci.

U4: Problem je, recimo, komunikacija s svojci. Ko so tukaj, na primer, kakšni narkomani iz Celja, pa je hospitaliziran in se tam nobenemu ne da potruditi, niti da bi malo njegove starše poklical.
U1: Ja, sej tudi to je res. Teh primerov jaz vem čuda, če bi hotel govoriti, bi trajalo dva dni. Tako je, glede svojih osebnih predmetov, ki jih pa nujno rabiš, lohk vam povem, je tko, da sem ga prosil, da je prišel, pa ni tako blizu, pa odlog pa to, plus tega imaš še svoje, pa so spet pršli k men, pa mi je spet prnesu, tist za moje potrebe ... vse ostalo imaš pa notri.
U5: Problem tukaj nastane, ker ni svojcev.
U1: Absolutno, čim ni svojcev, razumeš, si obešen na medicino.
U5: Se pravi, plačevanje računov, položnic, dvigovanje pošte?
U1: Ko sem jaz zdele bil – recmo, imam še dva soseda zraven, eno žensko, ki je sedaj tudi šla v penzijo, super, pa en un pa še dela. Jaz sem imel durh kontakte z njo,... Jaz sem več za telefon zapravil, kot pa je bilo vse skupaj, samo jaz sem hotel točno vedeti – na roko mi je šla, saj veš. Tiste ključe, ki si jih nesu v nabiralnik. In ona je pošto odpirala in mi je javljala,to pa, to je, da sem jaz skozi bil v kontaktu, da sem jaz vedel, kaj se dogaja, ker ne moreš ti na mestu ostati dva meseca, pa ne veš, kaj se zunaj dogaja – boš prišel, kaj boš?Nimaš kaj narediti ...
U7: Ko si bolan in nimaš svojcev, si obešen na medicino?
U1: Absolutno. Samo ne more ti pa vsega medicina tudi dati. Ne bo šla ona, recimo, iz Sežane v Ljubljano iskati ene britvice, ne, razumeš. Ali pa osebno izkaznico ali pa ne vem kaj ...

Povsem konkreten problem, ki ga tematizira spodnji odlomek, pa je problematika shranjevanja pripomočkov, ki je povezana z odsotnostjo prebivališča.

U3: Pa imela sem bergle, pa so mi jih ukradli ene trikrat.
U8: Kje so ti pa ukradli?
U3: Ja tam v Bohoričevi – nisem imela ključa, nisem mogla zaklepati pa to. So se not hodili zadevat pa to, pa zgleda, da je kakšen uporabil. Najbrž za žicanje ali ne vem, zakaj.
U8: Joj, žicarski pripomoček. Zanimivo, ker sem prav pomislila, zakaj bi kdo ukradel.
U3: Aja, ali pa uporabil, a veš, kakšen out, pa noga boli ...

Z revščino ter razslojevanjem družbe, k čemur je pripomoglo tudi razslojevanje zdravstvenega sistema od devetdesetih let preteklega stoletja, je povezana ustanovitev Ambulante s posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega zavarovanja na Mislejevi ulici v Ljubljani, ki je prva tovrstna v Sloveniji in šesta po vrsti v Evropi. Glede na širok domet in učinkovitost delovanja je zelo uspešna, njen obstoj pa, kot rad poudari eden od njenih ustanoviteljev, doktor Aleksander Doplihar, za slovenski zdravstveni sistem ne pomeni prav nič dobrega.

Ljubljanska ambulanta je po pripovedovanju Aleksandra Dopliharja, enega ključnih ljudi tako pri njenem nastajanju kot tudi pri delovanju, po svojem obsegu pravzaprav poliklinika, saj v njej deluje 39 različnih specialistov, ki pridejo v ambulanto na poziv medicinske sestre, kadar bolniki potrebujejo določeno specialistično pomoč. V ambulanti s posvetovalnico so zaposlene socialna delavka, medicinska sestra in čistilka. Socialno delo na tem področju je zaradi prepletene problematike (zdravstvene s socialno) prav tako ključno kot medicinsko. V okviru ambulante je tudi kopalnica, ki je njen pomembni del, glede na to, da se mnogi od obiskovalcev te ambulante nimajo kje skopati. Tudi kadar paciente zdravijo specialisti v Kliničnem centru ali kje drugje, se na Mislejevi lahko pred pregledom umijejo. »Pacient pride, se umije, skopa, obrije, dobi preobleko, ki nam jo podarijo ljudje. […] Poleg tega imamo tu tudi skladišče zdravil, ki jih prav tako dobivamo direktno od ljudi ali pa preko lekarn s področja Ljubljane. Se jim moramo pač iskreno zahvalit, kajti ljudje prinašajo zdravila sem, mi pa jih potem delimo naprej, kajti v okviru naše ambulante ne moremo pisat nekih receptov, ker nimajo pokritja, ker naši oskrbovanci nimajo zdravstvenega zavarovanja,« pripoveduje Aleksander Doplihar o načinu delovanja ambulante in povezanosti s civilno sfero ter nadaljuje misel s kritiko zdravstvenega sistema, ki se po njegovem mnenju ne prilagaja spremembam na ustrezen način: »Moram pa reči, da niti zdravstveno zavarovanje, niti invalidsko pokojninsko zavarovanje, niti ministrstvo za zdravje zaenkrat še ni pokazalo nobenega interesa, da bi našo ambulanto poskušali vključit v javno zdravstvo oziroma da bi poskušali te ljudi z roba vključit v redno oziroma normalno družbo. Verjetno bi bil ta strošek za celotno Slovenijo bistveno manjši, kot pa so vsi ti poskusi z raznimi ambulantami in tako dalje« (iz daljšega intervjuja z Aleksandrom Dopliharjem, povzeto po dobesednem zapisu pogovora).

Aleksander Doplihar pojasnjuje tudi, zakaj se je potreba po tovrstni ambulanti s spremembo sistema sploh pojavila, kako se je prejšnji sistem ukvarjal z nezavarovanimi posamezniki, in slednjič – že leta opozarja na nujnost sistemske akcije na tem področju: »Mi smo prišli iz raja za delavca, se pravi iz socialistične Jugoslavije, v ta kruti kapitalizem, ki je v trenutku izničil vse, kar je takrat bilo in kar je bilo takrat za delavca idealno in dobro. Recimo, med drugim tudi, smo imeli v Sloveniji ali pa v Jugoslaviji eno najbolje organiziranih zdravstvenih služb, da ne govorim, recimo, o patronažni službi, da ne govorim o službi medicine dela, ki smo jo praktično popolnoma uničili v teh desetih, petnajstih letih. Se pobira, vendar organizacija, kot je bila včasih, z vsemi sistematičnimi in drugimi pregledi, je kompletno izničena. Takrat ni bil problem za nezavarovane, tudi takrat jih je namreč bilo nekaj, ampak zelo malo. Ker vsakdo je tedaj imel pravico do dela, vsak je imel službo, in če se je slučajno iz kakšnega razloga znašel v situaciji, da ni imel zavarovanja, recimo Rom ali kdor koli drug, je javna zdravstvena služba absorbirala te preglede brez problema. Kajti sistem plačevanja je bil takšen, da vsa leta socializma javna zdravstvena služba ni dobila plačano približno 20 % svojih storitev, tudi za tiste delavce, ki so bili redno zaposleni, kajti merilo ni bilo opravljeno delo, pač pa ali je zdravstvena ustanova poslovala pozitivno ali ne. No, in če je poslovala pozitivno, s tem, da je 20–25 ali pa včasih tudi 30 % del opravljala zastonj, potem je seveda jasno brez problema vključila tudi teh 15 ljudi, ki so prihajali v te ambulante brez zdravstvenega zavarovanja. Zdaj, s spremembo, ko je denar postal sveta vladar, ko se je vse storitve naenkrat postavilo na finančno osnovo, ko je postal ta odnos bistveno bolj krut, pa je, jasno, izstopilo tudi to, da ljudje, ki nimajo zdravstvenega zavarovanja, nimajo kam iti. Nekaj se je pokrivalo s humanim pristopom posameznih ljudi, to moram reči, da se še zdaj, še vedno, da posameznik, tako privatniki zdravniki kot tudi, recimo, zdravstveni domovi širom po Sloveniji, razen v Ljubljani, pokrivajo te ljudi s svojimi storitvami, da

jih pač opravljajo v svoje breme. To se pravi, da je to na nivoju države kompletno neurejeno in zato jasno kliče po nujni, takojšnji rešitvi. Vendar je, kaže, ta problem tako za vlado kot tudi za ministrstvo za zdravje in tudi ministrstvo za delo 'premajhen', da bi se vanj poglobili, in ker imajo kup drugih problemov, v glavnem bistveno manjših, s katerimi se ukvarjajo in ki jih želijo rešit samo toliko, da čas mine.

Naslednja odlomka ponazarjata konkretne zagate z vidika dostopnosti zdravstvenih storitev, v katerih se brezdomci znajdejo, in ilustrirata, kako jim pri tem pomaga omenjena ambulanta.

U2: Knjižico sem dal, potem so ugotovili, da jaz nimam sploh zavarovanja urejenega.
U8: Dodatnega?
U2: Dodatnega. In tja je prišel račun. Enkrat je prišlo čez 300 ...
U8: Kam je prišel? Na CSD?
U2: Ja, ker jaz pošto tja dobim. Enkrat je prišlo nekje čez 300, enkrat pa 200 pa še nekaj, ne. In jaz, ne, kako naj sedaj to plačam, ne. Jaz sem šel tja na Mislejevo, pa povem to težavo socialni delavki in je rekla, bom jaz – ker je bilo to že nekaj časa trajal, sem od Kliničnega centra dobil, da bodo tožili, če ne bodo dobili tega plačila, je pa ona rekla iz njene prakse, da v mojem primeru, pravi, bom jaz napisala, pač na Klinični center, da v mojem primeru ni šlo za zdravljenje, ampak za reševanje življenja. S tem pa, ko mi že pri odpustu takšne stvari govori, a ne, da lahko živiš še 20 let ali pa 5 minut, pa tisti mrtvaški list pa takšne stvari, pa z vodo [v pljučih] sem poslan ven ... potem je prišlo pa do krize čez mesec dni kasneje.

Naslednji odlomek odpira dilemo o tem, kakšna kombinacija zavarovanja se dejansko bolj izplača, če poleg finančnih izračunov upoštevamo še to, da je ambulanta ProBono mnogim z več različnih vidikov dostopnejša kot druge zdravstvene ustanove.

U4: Na Mislejevi je meni doktor rekel, da je v bistvu po eni strani sploh brez zveze enemu brezdomcu plačevat dodatno zavarovanje če ima socialno, ker itak ne dobi onih specialnih zdravil zastonj, ne.

U8: A, U2, ti nisi nič razmišljal, da bi začel dodatno zavarovanje plačevat, mislim, se ti zdi to boljša varianta, da si na Mislejevi?
U2: Ja, dodatno zavarovanje da bi začel plačevati? Na primer, jaz dobim 210 € socialne podpore. 146 € plačujem stanovanje pa 65–70 €, odvisno, pa za stroške in jaz nimam tudi za žeton. Jaz ne vem, od česa bi lahko to plačal.
U8: Kaj pa zdaj po tem novem zakonu?
U4: A ni bil en predlog zakona za te, ki so na socialni podpori?
U1: Še ni pravnomočen.
U5: S prvim januarjem ...
U4: Vsak, ki ima toliko nizek dohodek, da bi bil avtomatsko dodatno zavarovan.
U5: 100.000 najbolj ogroženih bo upravičenih do dodatnega zavarovanja, tisti, ki prejemajo socialno podporo. Moraš iti do svoje socialne delavke na CSD po prvem januarju in povedati, da bi rad imel brezplačno dodatno zdravstveno zavarovanje.
U4: Samo je bolje, da greš že prej ...
U8: A veš kaj, to razmišljam, če moraš potem nekatera zdravila doplačevati, zdaj si pa na Mislejevi, pa imaš pač možnost dobiti brezplačno ta zdravila in si s storitvami zadovoljen. Ali se v takem primeru sploh splača? Potem ko imaš pa enkrat dodatno zavarovanje, pa naj ne bi več hodil na Mislejevo. A veste, kaj mislim?
U1: V njegovem primeru nikakor jaz zdajle ne bi šel v to, tudi če bi imel denar, v njegovem primeru se ne bi dodatno zavaroval. Dokler nimaš toliko priliva, da komot plačuješ, da se ti tistih 20 € nikjer ne pozna. Moreš biti toliko močen.
U4: To je isto, ta doktor na Mislejevi je rekel, da v bistvu tam je manj čakalna doba, on jih hitreje da čez.

---

8. Saj mi nobeden ni nič razložil

V pogovoru se je izpostavila tudi tema informiranosti, predvsem v zvezi z zdravstvenim stanjem posameznika po odpustu iz bolnišnice. Čeprav se pogovor o tej temi ni razvil, jo vseeno vključujemo v to poglavje, saj menimo, da je pomembna.

U3: Nič mi niso rekli. Niti za kontrolo, niti nič. Tako da potem sploh šla nisem – po tistem ne. Zdaj moram enkrat iti, ker še vedno nimam ta pravega občutka od kolena dol.

ZAKLJUČKI

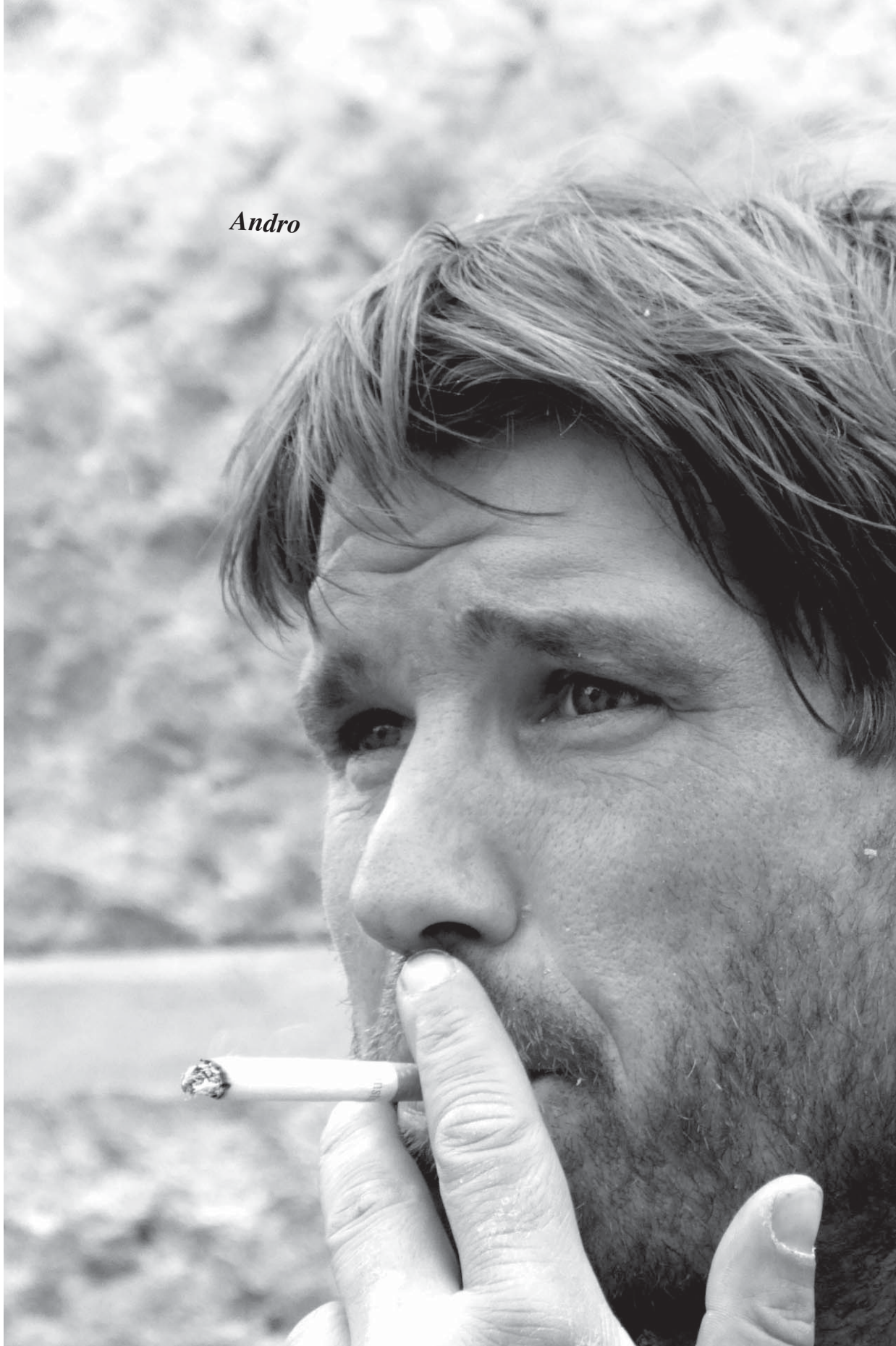
Iz pogovora na temo ovir pri uporabljanju zdravstvenih storitev in o izkušnjah z zdravstvenim sistemom smo izluščili in podrobno ponazorili naslednjih osem tem.

1. V zdravstvenih ustanovah različne bolj ali manj osnovne (nezdravstvene) potrebe socialno ogroženih ostajajo nezadovoljene, obenem pa ni služb, ki bi ta primanjkljaj lahko kompenzirale. Tako brezdomci od – v takih situacijah nemočnega – zdravstvenega osebja pogosto slišijo stavek, da bolnišnica ni socialna ustanova. Obenem se torej kaže tudi pomanjkljivo sodelovanje med zdravstvenim in socialnim resorjem.

2. Sogovorniki poročajo o pogostih dolgih obdobjih, ko zdravnika zaradi brezdomskega načina življenja niso obiskali. Tako ravnanje je vsebinsko povezano z občutkom stigmatiziranosti zaradi zasvojenosti z alkoholom ali drugimi drogami, nezaupanjem, neinformiranostjo ter brezvoljnostjo zaradi nakopičenih različnih težav.

3. Pomemben manko v zdravstveni oskrbi brezdomcev je odsotnost posttretmanskih in/ali negovalnih ustanov za to populacijo. Širše gledano, gre za neprilagojenost obstoječega sistema zdravstvene oskrbe stanovanjsko izključenim ter za pomanjkanje miselnih okvirov, znotraj katerih bi lahko zdravstveni delavci, ki se z brezdomci srečujejo, o njihovem položaju razmišljali, se z njimi pogovarjali ter z njimi iskali vizije in rešitve.

4. Velik sklop težav pri dostopnosti zdravstvenih storitev brezdomcem je povezan z odsotnostjo zdravstvenega zavarovanja. Pogoj za zdravstveno oskrbo je zdravstveno zavarovanje, tega pa mnogi brezdomni ljudje nimajo urejenega. Zdravstveno zavarovanje je povezano s stalnim bivališčem, zaposlitvijo, prejemanjem socialne podpore. Odsotnost enega statusa oziroma izključenost iz ene sfere potegne za seboj še drugo in



sproži se začarani krog izključenosti, ki ga je vse težje prekiniti;, več kot je področij, ki se vanj nakopičijo, težje je.

5. Pogosta ovira pri dostopnosti zdravstvenih storitev brezdomcem je po besedah slednjih občutek, da imajo zdravstveni delavci do njih stigmatizirajoč odnos, da jih zaradi njihovega načina življenja obsojajo ali enačijo s stereotipno podobo brezdomca.

6. V pogovoru se je izpostavila tema drugačne obravnave uporabnikov nedovoljenih drog v zdravstvenih organizacijah. Širše je ta tema povezana tudi z (ne)upoštevanjem pacientovih posebnosti v obravnavi, eden od sogovornikov pa je izpostavil tudi, da se mu zdi problematična usmerjenost določenih dejavnosti v zdravstveni oskrbi zgolj na (parcialne) rezultate (oziroma preiskave) in ne na pacienta kot celovitega človeka.

7. Dostopnost zdravstvenih storitev je v veliki meri povezana z revščino. Poleg tega je pogosto tako z vidika zdravja kot tudi z vidika dostopnosti zdravstvenih storitev pomembna tema prebivališče oziroma njegova odsotnost. Prebivališče namreč poleg varnega zatočišča pomeni tudi naslov, na katerem nekdo dobiva pošto, pomeni prostor za shranjevanje zdravil in sanitetnega materiala ter je predpogoj za redno opravljanje osebne higiene. Na temo revščine se navezuje organizacija za osebe brez zdravstvenega zavarovanja, ki jo naši sogovorniki pogosto omenjajo, saj predstavlja del njihovega vsakodnevnega življenja. Ta organizacija deloma kompenzira manko na področju zdravstvene oskrbe ranljivih, posebej ekonomsko ogroženih delov prebivalstva. Njwn strokovni vodja upokojeni zdravnik Aleksander Doplihar, poudarja nujnost ponovne vključitve »izpadlih iz sistema« v zdravstveni sistem.

8. Ena od ovir pri dostopnosti zdravstvenega sistema brezdomcem ter ena od možnih ovir pri njihovi skrbi za zdravje je tudi njihova slaba informiranost oziroma neinformiranost na več ravneh: glede možnosti zdravljenja, ki jih imajo, glede lastnega zdravstvenega stanja in glede tega, kako bi lahko to stanje izboljšali oziroma po poškodbah zase skrbeli.

DOSTOPNOST ZDRAVSTVENEGA SISTEMA IN OVIRE PRI NJEGOVI UPORABI – ANALIZA REZULTATOV ANKETIRANJA

Damjan

DOSTOPNOST ZDRAVSTVENEGA SISTEMA IN OVIRE PRI NJEGOVI UPORABI – ANALIZA REZULTATOV ANKETIRANJA

NAMEN IN VSEBINA ANKETIRANJA

Namen anketiranja je bil raziskati osnovno področje zdravstvenih potreb brezdomnih oseb, njihove izkušnje in dojemanje zdravstvenega sistema, vključujoč dostopnost sistema njim samim, stopnjo zaupanja do tega sistema ter način, kako sami doživljajo odnos sistema do njih. Posebni poudarki naj bi pri tem bili na zasvojenostih, prehranjevanju, težavah z duševnim zdravjem ter na socialnih/podpornih mrežah in oblikah socialne vključenost/izključenosti. Z anketo smo brezdomne osebe spraševali o:

- njihovih demografskih podatkih,
- značilnostih njihovih izkušenj z brezdomstvom,
- njihovem zdravstvenem stanju,
- zasvojenosti z nikotinom, alkoholom in nedovoljenimi drogami ter izkušnjami s smrtjo drugih brezdomcev,
- njihovem prehranjevanju in telesni masi,
- psihosocialnih težavah, socialnih podporah in težavah z duševnim zdravjem,
- njihovi uporabi zdravil,
- njihovi uporabi zdravstvenega sistema ter
- izkušnjah z zdravstvenim sistemom in odnosom do njega.

Približno v tem zaporedju v posameznih podpoglavjih v nadaljevanju tudi prikazujemo rezultate ankete.

OPIS VZORCA

V anketni vzorec smo zajeli 122 brezdomcev iz šestih slovenskih mest. Največ (64 %) od teh jih je bilo iz Ljubljane, drugi pa so bili iz Maribora, Celja, Kranja, Kopra in Murske Sobote. V Ljubljani je iskanje anketirancev potekalo na petih različnih lokacijah, med drugim tudi pogosto na ulicah, v drugih mestih pa samo v tamkajšnjih zavetiščih za brezdomce. Izbor oseb za anketiranje je bil oportunističen oziroma slučajen le v tem smislu, da na izbranih lokacijah

nismo imeli vnaprejšnjih omejujočih kriterijev glede tega, koga izbrati v vzorec. Naša formalna opredelitev tega, koga želimo anketirati, je bila:

> ***Brezdomec/brezdomka ste, če spite zunaj, v kleteh, vežah, bazah, začasnih zatočiščih, zavetiščih ali drugih začasnih nastanitvah, namenjenih brezdomcem, v stanovanjskih skupinah za brezdomne; če iz dneva v dan nimate zagotovljene strehe nad glavo oziroma nimate svojega doma in nimate kam, pa tudi če vam grozi izselitev.***

Med anketiranci je bilo 16 % žensk in 84 % moških. Starost anketiranih je med 20 in 77 let, povprečna starost je 42,7 leta. Moški so bili v povprečju pet let starejši od žensk. Izobrazba anketirancev je bila najpogosteje dokončana srednja šola (49,5 %), skoraj ravno tako pogosto pa dokončana osnovna šola (41,8 %). Zelo redko so osebe imele nižjo ali višjo izobrazbo. Največ jih je bilo bodisi samskih (52,5 %) ali ločenih (31,2 %). Otrok ni imelo 58,2 % anketirancev, ostali so imeli v približno enakem deležu enega ali več otrok, pri čemer med spoloma ni bilo večjih razlik. V zadnjem letu sta približno enaka dela brezdomcev staršev imela s svojimi otroki stike ali pa ne.

Slovensko državljanstvo je imelo 95,1 % oseb, ostali državljanstva sploh niso imeli urejenega. Kar 86,1 % anketirancev je bilo že kdaj v življenju zaposlenih in so imeli pridobljeno delovno dobo. Ti so imeli v povprečju 12,3 leta priznane delovne dobe. V trenutku anketiranja jih je bilo 63,9 % brez vsake zaposlitve, 2,5 % jih je bilo redno zaposlenih, ostali pa so priložnostno ali občasno delali za denar.

Čas prve izkušnje brezdomstva med osebami v našem vzorcu sega od najzgodnejšega otroštva do poznih let (67), s tem da je za 80 % oseb ta čas v intervalu med 17. in 50. letom starosti, povprečna starost prve izkušnje brezdomstva pa je 33,1 leta. Srednja vrednost (mediana) skupnega trajanja brezdomstva v življenju doslej je bila približno pet let, s tem da je bilo v vzorcu 21,3 % anketiranih, ki so bili doslej brezdomni že več kot deset let.

Anketirani so doslej v življenju že imeli izkušnjo prebivanja v naslednjih institucijah: v mladinskem domu, vzgojnem zavodu, prevzgojnem domu ali materinskem domu jih je že kdaj v življenju prebivalo 27 %; v ustanovi za zdravljenje od drog ali alkohola 26 %; v priporu ali zaporu 45 %; v poklicni/plačani vojski 6 %; v psihiatrični bolnišnici 31 %; v drugih bolnišnicah (najmanj en mesec zdržema) 52 %; ter v stanovanjski skupini za ljudi s težavami z duševnim zdravjem 9 %.

Naj še omenimo, da so med drugimi dogodki v življenju naslednji deli anketirancev doživeli naslednje izkušnje:

- resne in dolgotrajne prepire s starši je imelo 61,5 % anketirancev,
- starši so jih»vrgli na cesto« 38,3 %,
- nasilje s strani staršev (ali drugih bližnjih oseb) je doživelo 42,0 %,
- spolno zlorabljanje s strani staršev (ali drugih bližnjih oseb) je izkusilo 7,6 %,
- izkoriščanje s strani staršev (ali drugih bližnjih oseb) je doživelo 36,1 %,
- izključitev iz šole je doživelo 23,5 %,
- prisilno pa so izselili iz stanovanja 43,7 % anketiranih.

Zadnjo noč je največ oseb (40,9 %) preživelo v zavetišču za brezdomce, nekoliko manjši del (20,9 %) na cesti, ostali pa drugod, na primer v najeti sobi, pri prijateljih, v stanovanjski skupini, v kateri od ustanov (zaporu ali zdravstveni ustanovi) itd. Ugotovljen velik odstotek tistih, ki so zadnjo noč preživeli v zavetišču, je domnevno predvsem posledica načina vzorčenja, saj smo v petih od šestih zajetih mest iskali anketirance le v zavetiščih, le v Ljubljani pa tudi po ulicah. V resnici namreč le manjšina brezdomcev spi v zavetiščih. Zelo podobne podatke smo dobili, ko smo anketirance spraševali, koliko noči v zadnjih 30 dneh so preživeli na določenih vrstah lokacij.

ZDRAVSTVENO STANJE

Na najbolj splošno vprašanje, kako ocenjujejo svoje trenutno zdravstveno stanje, je 6,6 % anketiranih odgovorilo, da »zelo dobro«, 27,0 da »dobro«, 41,0 da »srednje«, 22,1 % da »slabo«, 3,3 % pa da »zelo slabo«. Vzorec oseb raziskave EHIS07[8] pa je odgovoril: zelo dobro 21,4 %, dobro 40,4 %, srednje 27,1 %, slabo 8,7 % in zelo slabo 2,4 %. Razlika je očitna in znaša skoraj eno stopnjo na petstopenjski lestvici. Brezdomci torej ocenjujejo svoje zdravstveno stanje precej slabše kot reprezentativni slovenski vzorec oseb.

Bolj specifična vprašanja so spraševala, ali anketiranci imajo katero od navedenih bolezni ali stanj, ki jih je ugotovil zdravnik. Tabela 4 kaže odgovore na 20 takih vprašanj. Posamezne postavke oziroma stanja so razvrščeni po pogostosti.

[8] Mnogo vprašanj iz naše ankete je bilo povzetih ali prirejenih po vprašalniku raziskave EHIS (Zdravje in zdravstveno varstvo v Sloveniji, 2009; Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu, 2008), zato v več tabelah in na več mestih v besedilu primerjamo naše podatke s podatki te raziskave, ki jo označujemo s kratico EHIS07.

Tabela 4: Pogostost bolezni ali stanj, ki jih je ugotovil zdravnik (v %)

Bolezni ali stanja	% pritrdilnih odgovorov med tistimi, ki so odgovorili	EHIS 2007
odvisnost od alkohola	33,9	n. p.
bolezni in okvare hrbtenice	28,8	40,7
odvisnost od drugih drog	25,8	n. p.
bolezni sklepov (artritisi in artroze)	22,9	7,1
kronična depresija	22,7	4,6
zvišan krvni tlak (hipertenzija)	20,3	n. p.
kožne bolezni	19,3	19,3
bolečina v prsih pri mirovanju ali med telesno dejavnostjo (angina pektoris)	18,8	5,3
čir (ulkus) na želodcu ali dvanajstniku	18,5	8,4
druge duševne težave	16,2	2,7
srčno popuščanje	16,1	n. p.
bronhialna astma	16,0	n. p.
hepatitis	15,3	n. p.
jetrna ciroza	12,7	1,4
kronična obstruktivna pljučna bolezen	11,9	6,1
sladkorna bolezen (diabetes)	6,8	6,9
tromboza	6,8	n. p.
prebolela srčna kap (miokardni infarkt)	5,2	2,4
možganska kap in njene posledice	2,6	1,6
drugo: navedenih je bilo še več kot 20 drugih težav, med njimi alergija na prah, bipolarna motnja, delirij, epilepsija, invalidnosti, gangrena, mrsa, občasna depresija, padavica, paranoidna shizofrenija, povišan holesterol, putika, siva mrena, trajna okvara gležnja, naglušnost, utrujenost, zobobol		

Nobene od naštetih bolezni ali stanj ni izbralo 20,5 % anketiranih; 40,2 % je izbralo 1–3 našteta stanja, 25,0 % je obkrožilo 4–6 od omenjenih bolezenskih stanj, 14,3 % pa več kot 6. Primerjava s podatki EHIS07 pokaže pri večini primerljivih postavk (pri neprimerljivih postavkah nismo navedli podatka iz EHIS07) večjo obolevnost oziroma prevalenco med brezdomci. Prevalence so izrazitejše pri bolezni sklepov, kronični depresiji, angini pektoris, čirih na želodcu ali dvanajstniku, drugih duševnih težavah, jetrni cirozi, kronični

obstruktivni pljučni bolezni ter preboleli srčni kapi. Manjša je prevalenca pri bolezni in okvarah hrbtenice ter zvišanem krvnem tlaku, precej podobna pa je pri sladkorni bolezni. Za nekatera za brezdomce zelo relevantna stanja, kot so na primer odvisnosti od alkohola ali drugih drog (ki predstavljajo dve od najpogostejših samoocenjenih problematičnih stanj pri brezdomcih) pa v EHIS07 nismo našli primerljivih podatkov. Precej nedvomna je ugotovitev, da je zdravstveno stanje anketiranih brezdomcev slabše od splošnega stanja.

Pogosto že na prvi pogled vidna zdravstvena problematika pri brezdomcih so neurejeni zobje. Tabela 5 kaže, koliko zob manjka anketiranim.

Tabela 5: Anketirani glede na število manjkajočih zob

Število manjkajočih zob	% pritrdilnih odgovorov
nič	8,3
1–5	39,7
6–10	21,5
več kot 10, toda ne vsi	22,3
manjkajo mi vsi zobje, nosim protezo	4,1
manjkajo mi vsi zobje, ne nosim proteze	4,1

Osebe smo vprašali, ali imajo priznano katero od stopenj invalidnosti. Takega statusa nima 76,2 % anketirancev, 4,9 % jih je invalidov I. stopnje, 1,6 % jih je invalidov II. stopnje, 13,9 % jih je invalidov III. stopnje, 2,3 % pa tega statusa še nima, vendar so v postopku njegove pridobitve.

Zgoraj opisane ugotovitve precej nedvoumno kažejo na slabše samoocenjeno zdravstveno stanje brezdomcev v primerjavi s splošno populacijo. Tak rezultat je bolj ali manj pričakovan, saj bi bilo težko pričakovati, da slabše materialne življenjske razmere brezdomcev in relativna odsotnost učinkovitih socialnih mrež (ki jih ugotavljajo tako rekoč vse raziskave na tem področju; naše podatke o tem pa navajamo v poglavju Psihosocialne težave, socialna podpora, depresija in težave z duševnim zdravjem tega poročila) ne bi bile povezane z večjimi zdravstvenimi obremenitvami ter manjšimi možnostmi za ohranjanje zdravja. Naši rezultati kažejo predvsem na večjo obremenjenost z zasvojenostjo ter nekaterimi duševnimi težavami (ob tem, da nismo spraševali specifično po duševnih boleznih) pa tudi z nekaterimi telesnimi bolezenskimi stanji, kot so čiri na prebavilih, ciroza jeter ali kronični bronhitis.

RABA PSIHOAKTIVNIH SUBSTANC (PAS)

TOBAK

V času ankete je kadilo tobak 97 oseb oziroma 79,5 % udeležencev v raziskavi. Le 10,7 % brezdomcev se je uvrstilo med nekadilce. Dodatnih 9,8 % pa sedaj ne kadi, ker so v preteklosti prenehali kaditi. Skoraj polovica udeležencev (47,4 %) je začela kaditi v starosti 15 let ali še prej, 41,5 % jih je navedlo, da kadijo že več kot 20 let. Vsaj 20 cigaret na dan, torej približno en zavojček, jih je običajno pokadilo ali jih še kadi 58,5 %. Več kot dve škatli in pol, torej vsaj 50 cigaret na dan, pa pokadi 5,8 % udeležencev. Od sedanjih anketiranih kadilcev bi jih 45 (36,9 %) želelo kajenje opustiti. Nadaljnjih 28 (23 %) pa o tem še ni premišljevalo.

Za približno primerjavo lahko navedemo, da je bilo med vsemi prebivalci Slovenije, starimi 18 let ali več, leta 2007 nekaj več kot 25 % kadilcev cigaret/tobaka oziroma da jih je bilo v letu 1981 32 %. Delež vseh kadilcev se je razlikoval po spolu, po starostnih skupinah in stopnji izobrazbe. Med sedanjimi kadilci splošne populacije jih 72 % izraža načelno pripravljenost, da bi kajenje opustili.

ALKOHOL

Za ocenjevanje tveganega in škodljivega pitja alkohola ter sindroma odvisnosti od alkohola smo uporabili slovensko verzijo vprašalnika AUDIT-10, presejalnega testa, ki ga je razvila Svetovna zdravstvena organizacija. Z vprašalnikom ne postavljamo medicinskih diagnoz, povezanih s posledicami tveganega pitja, ampak ugotavljamo verjetnost, da gre za osebo, ki pije tveganо ali škodljivo ali pa je odvisna od alkohola. Vprašalnik temelji na diagnostičnih kriterijih Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB-10; Svetovna zdravstvena organizacija, 2005). Vsebuje tudi informacije o meji »malo tveganega pitja«, ko gre za količino alkohola, ki je še nekako sprejemljiva in verjetno tudi v daljšem obdobju ne bo povzročila resnih težav pri zdravih odraslih ljudeh. Meje so zaradi bioloških telesnih razlik različne za moške in ženske. Količino alkohola lahko izražamo v standardnih mericah ali enotah, lahko pa v različnih količinah posameznih pijač. Tako ena merica ali enota alkohola vsebuje 10 gramov čistega alkohola, ki je v enem decilitru vina ali v enem šilcu (0,3 dcl) žganja ali v steklenici piva (2,5 dcl). Meja za malo tvegano pitje za zdrave odrasle je

ne več kot 14 meric alkohola v enem tednu za moške in ne več kot 7 meric alkohola v enem tednu za ženske. To pomeni v enem dnevu ne več kot dva decilitra vina ali ena steklenica piva ali dve šilci žgane pijače za moške in ne več kot en deciliter vina ali ena steklenica piva ali eno šilce žgane pijače za ženske.

AUDIT-10 je sestavljen iz desetih vprašanj, ki so oblikovana v tri sklope:

- prva tri vprašanja ocenjujejo tvegano pitje alkohola (pogostost pitja, količino popitega alkohola, pogostost opijanja),
- naslednja tri vprašanja se nanašajo na znake in simptome odvisnosti od alkohola (zmanjšana kontrola nad pitjem, močna želja po alkoholu, potreba po jutranjem pitju alkohola),
- zadnja štiri vprašanja ocenjujejo prisotnost škodljivega pitja (občutke krivde zaradi pitja, motnje spomina in poškodbe zaradi prevelikih količin popitega alkohola, opazke in kritike drugih ljudi).

Rezultat je seštevek točk po vprašanjih. Večja je vrednost teh točk, večja je verjetnost, da gre za okvaro zdravja zaradi pitja. Največje možno število točk je 40. Vrednost 8 točk in več za moške in 7 točk in več za ženske že razkriva zvečano tveganje zaradi pitja alkohola. Med 116 udeleženci raziskave, ki so sodelovali v intervjuju, je bilo moških z zvečanim tveganjem zaradi pitja kar 60,8 %, žensk pa 36,7 %.

Glede potreb po intervenciji v zvezi s pitjem alkohola smo udeležence razvrstili še v naslednje kategorije:

- sedem brezdomcev (6 %) oziroma 2 ženski in 5 moških je bilo abstinentov in so torej brez tveganja za škodo zaradi pitja in ne potrebujejo intervencije. Udeležencev z majhnim tveganjem za nastanek socialnih in medicinskih problemov zaradi pitja je bilo 44 ali 36,2 %;
- pri 16,3 % brezdomcev smo na podlagi rezultatov AUDIT med 8 in 15 točk zaznali povečanje tveganja za škodo (tvegano pitje). Ta skupina bi poleg edukacije že potrebovala tudi svetovanje glede možnih posledic pitja ter zmanjševanja tveganja;
- pojav posledic (škodljivo pitje) oziroma rezultate med 16 in 19 točk smo beležili pri 5,2 % udeležencih. Ta kategorija pivcev potrebuje informacije glede pitja in posledic, pa tudi svetovanje za zmanjšanje pitja. Pri takih posameznikih bi morali spremljati njihov življenjski slog, tveganja oziroma že nastale posledice na zdravju;
- dodatno smo nastop možnih posledic zaradi škodljivega pitja z možnost-

jo nastanka odvisnosti zabeležili pri vseh tistih, ki so imeli rezultate AUDIT med 20 in 40 točk. Možnost nastanka odvisnosti smo torej ugotovili pri 40 brezdomcih (34,7 %); upoštevajoč različne točkovne meje za spola, lahko sklepamo, da je bilo med anketiranimi brezdomci odvisnih 37 moških (38,2 %) in 3 ženske (15,0 %). Škodljivo pitje alkohola pomembno vpliva na zdravje, varnost in blaginjo ljudi ter ima negativne učinke za posameznika, člane njegovega socialnega omrežja in družbo v celoti. Zaključimo lahko, da gre pri 40 % brezdomcev našega vzorca verjetno za osebe, ki pijejo čezmerno in škodljivo. Večina od njih je verjetno že odvisna od alkohola in bi potrebovala strokovno pomoč.

V zvezi s tem smo posebej analizirali tudi razširjenost tistih posledic pitja, za katere so v raziskavi sodelujoči brezdomci navajali, da jih doživljajo dnevno oziroma skoraj vsak dan. Glede na sklop vprašanj o škodljivem pitju je dnevne občutke krivde po pitju doživljalo 8,2 % oseb in »utrgan film« 4,9 %. O zaskrbljenosti drugih zaradi njihovega pitja, in sicer kadar koli, je poročalo 41,3 % oseb. V povezavi s pitjem pa se je kadar koli poškodovalo 27,9 % brezdomcev. Glede na sklop odvisnosti je nesposobnost prenehanja pitja navedlo 20,7 % oseb; nesposobnost opravljanja dolžnosti 5,7 % in jutranje pitje, da bi si s tem pregnali »mačka« oziroma druge nadležne simptome pitja, 18,5 % oseb. Če bi skupaj s posledicami čezmernega pitja, ki jih brezdomci občutijo skoraj vsak dan, analizirali tudi vse posledice, ki jih doživljajo tedensko ali občasno, bi bili ti deleži znatno večji.

Za približno primerjavo lahko navedemo, da je bilo na primer z metodo AUDIT-10 v raziskavi oseb, ki so pri nas obiskale splošnega zdravnika, ugotovljeno, da je imelo skupaj 20,7 % moških in 15,4 % žensk pozitivne presejalne rezultate, ki so pokazali na vzorec škodljivega pitja med njimi (Kolšek, 2006). Raziskava slovenskega javnega mnenja iz leta 1999 (po Hovnik - Keršmanc in Čebašek - Travnik, 1999) pa je v reprezentativnem nacionalnem vzorcu pokazala 5 % dosmrtnih abstinentov oziroma 15 % anketirancev, ki niso pili alkoholnih pijač v zadnjem letu. Med anketiranci te raziskave je bilo 63,6 % zmernih in 21,4 % čezmernih pivcev. Glede na te rezultate smo ocenili, da sta bila v tem letu v Sloveniji vsak deseti odrasli moški in vsaka petindvajseta ženska verjetno že odvisna od alkohola. Raziskava CINDI, Z zdravjem povezan življenjski slog (Zaletel - Kragelj idr., 2004), pa je pokazala, da je med odraslimi prebivalci v Sloveniji 13,4 % čezmernih pivcev (22,6 % moških in 5,5 % žensk).

NEDOVOLJENE DROGE

Spraševali smo po jemanju prepovedanih drog v zadnjih 12 mesecih pred anketo. Marihuane ni še nikoli poskusilo 65 oseb (55,1 %); vsaj enkrat tedensko jo je kadilo 28 oseb (23,7 %); od tega 16 oseb (13,6 %) nekajkrat na dan in 7 oseb (5,9 %) skoraj vsak dan.

Ekstazi je že poskusilo 23 oseb (19,4 %), amfetaminska poživila 21 oseb (17,8 %), kokain 37 oseb (31,3 %), od tega sta ga 2 ženski oziroma 10 % od osmih žensk v zadnjem letu jemali skoraj vsak dan. Skoraj polovica udeležencev (41,5 %) je v zadnjem letu posegala tudi po pomirjevalih, od tega 16,1 % vsaj enkrat ali večkrat na teden, dodatnih 9,3 % pa dnevno oziroma skoraj vsak dan.

Heroina ni še nikoli poskusilo 78 oseb (66,1 %). V letu pred intervjujem ga je samo poskusilo 10 oseb (8,5 %), manj kot enkrat na teden 6 oseb (5,1 %), vsaj enkrat na teden ga je uporabljalo 8 oseb (6,8 %), nekajkrat na teden 5 oseb (4,2 %) in dnevno ali skoraj vsak dan 11 oseb (9,3 %). Zaradi rabe heroina je kadar koli že iskalo pomoč 20, 9 % brezdomcev. Zdaj se z metadonsko substitucijo zdravi 15,4 % brezdomcev; v preteklosti pa je metadon prejemalo še 6 % udeležencev.

Zdravljenje in drugo obravnavo v zvezi z jemajem neopijatnih drog so brezdomci iskali znatno redkeje. Zaradi posledic rabe kanabisa je pomoč kadar koli potrebovalo 7,2 %, zaradi amfetaminskih poživil 3,6 %, zaradi kokaina 8,8 %, zaradi zaužitja LSD-ja 3,6 % in zaradi pomirjeval, ki jih ni predpisoval zdravnik, 10,6 % brezdomcev. Le 1,6 % brezdomcev je navedlo, da je kadar koli iskalo pomoč v zvezi s pitjem alkohola. Dva brezdomca sta kot razlog iskanja pomoči izpostavila tudi kombiniranje heroina s kokainom, tako imenovani »speed-ball«.

S stališča tveganj za širjenje infekcijskih bolezni in predoziranja drog so zlasti pomembni podatki o vbrizgavanju drog. Med sodelujočimi v raziskavi je droge redno, dnevno ali skoraj vsak dan, vbrizgavalo 14,9 %, dodatno pa je droge občasno vbrizgavalo še 16,5 % brezdomcev.

Predoziranje z drogo je navedlo 16,1 % brezdomcev, od tega 20 % žensk in 15,3 % moških. Najpogostejši razlog za predoziranje je bila zastrupitev s heroinom (12,3 % primerov).

Tudi primerjava problematike prepovedanih drog v našem raziskovalnem vzorcu, v primerjavi z ocenami razširjenosti rabe drog in posledic v splošni populaciji, kaže, da sodijo v Sloveniji brezdomci v ogroženo populacijsko skupino.

PREZGODNJA UMRLJIVOST MED BREZDOMCI

Brezdomce smo spraševali tudi po njihovih prijateljih in znancih, ki so prezgodaj umrli v zadnjem letu pred anketiranjem. Ugotovili smo, da brezdomci nadpovprečno zgodaj umirajo tudi zaradi različnih nesreč ter zastrupitev s prepovedanimi drogami. Vsaj enega ali tudi dva, nekateri pa tudi po štiri brezdomce, ki so prezgodaj umrli zaradi predoziranja z drogami, pozna 32,7 % brezdomcev. Teh zgodnjih smrti med brezdomci naj bi bilo več kot smrti zaradi samomorov ali nesreč, toda manj kot prezgodnjih smrti zaradi različnih bolezni.

PREHRANJEVANJE IN TELESNA MASA

Prehranjevanje brezdomcev je v precejšnji meri odvisno od različnih organiziranih oblik ponudbe hrane. V Ljubljani je mogoče – tudi če človek ni v nobeni organizirani obliki namestitve – dobiti brezplačno toplo kosilo (v zavetišču na Poljanski cesti), brezplačno toplo večerjo (ki jo razdeljuje Vincencijeva zveza dobrote) in različne pakete suhe hrane (na primer v Rdečem križu), poleg tega pa je mogoče ujeti tudi različne manj množično uporabljane ter manj poznane ponudbe hrane (na primer v različnih župniščih). Seveda si brezdomci lahko hrano tudi kupujejo v trgovinah in jo pojedo na ulici.

Zajtrk (najpogosteje v zavetišču ali tam, kjer spijo) jé 34,7 % anketiranih, 18,2 % jih uživa dopoldansko malico (najpogosteje v zavetišču ali kje zunaj), 79,3 % jih jé kosilo (najpogosteje v zavetišču, razdelilnici hrane ali v »bazi« – tam, kjer spijo), 19,0 % jih uživa popoldansko malico (ki jo pojedo večinoma v zavetiščih), 74,4 % pa zaužije tudi večerjo (najpogosteje v zavetišču, razdelilnici hrane ali v »bazi« – tam, kjer spijo). V celoti gledano so anketirani uživali po 2,3 obroka na dan, nekoliko manj od tega je bilo toplih obrokov. Spet je treba opozoriti, da smo z našim vzorcem zajeli nesorazmerno veliko brezdomcev, ki so nastanjeni v zavetiščih (ti domnevno lažje in pogosteje jedo tudi toplo hrano v »svojih« zavetiščih), tako da lahko domnevamo, da je sicer med brezdomci prehrambno stanje slabše (torej upoštevaje tudi take, ki niso v zavetiščih). Podatek o povprečno 2,3 dnevnih obrokih glede na naše intuitivno poznavanje situacije (pridobljeno s terenskim delom in na podlagi osebnega poznavanja brezdomcev) ni slabo, čeprav seveda tudi ni idealno, še posebej ob upoštevanju dejstva, da je marsikateri od teh obrokov kakovostno pomanjkljiv.

Brezdomce smo vprašali tudi, koliko so visoki in težki. Tabela 6 kaže porazdelitev njihovega indeksa telesne mase. Iz tabele je razvidno, da problem brezdomcev v splošnem ni v nedohranjenosti oziroma premajhni telesni masi, temveč prej narobe. Vseeno pa je porazdeljenost tega kazalnika med brezdomci ugodnejša kot med slovenskim reprezentativnim vzorcem, v katerem je še več ljudi pretežkih in debelih. Življenje na cesti in v mnogih negotovih pogojih očitno v splošnem ne vodi k debelosti.

Tabela 6: Porazdelitev indeksa telesne mase

Indeks telesne mase	Opis kategorije	% anketirancev	% EHIS07
< 18,5	premajhna	1,7	1,9
18,5–24,9	normalna	63,1	43,0
25–29,9	čezmerna	27,3	38,7
30–34,9	debelost (I)	2,5	16,4
35–39,9	debelost (II)	1,7	
nad 40	huda debelost (III)	1,7	

Zaključimo lahko, da lakota za večino brezdomcev v našem vzorcu najverjetneje ni ključni problem, odprto pa ostaja vprašanje kakovosti njihove prehrane. Seveda spet velja, da je bil naš vzorec v neproporcionalno velikem delu v stiku z organizacijami, ki nudijo tudi prehrano, kar pomeni, da se ta zaključek lahko nanaša samo na ta del populacije.

SAMOMORILNOST

O samomorilnosti oziroma samomorilnem namenu je spraševala skupina osmih vprašanj, ki jih kaže tabela 7. Iz nje je razvidno, da je razmišljanje o samomoru med brezdomci zelo pogosto. Pri okoli polovici anketirancev najdemo znake takega razmišljanja in kar skoraj tretjina je o samomoru razmišljala v zadnjem mesecu.

Tabela 7: Odstotek anketirancev glede na postavke razmišljanja in odločanja o samomoru

Vprašanje	% pritrdilnih odgovorov
Ste že kdaj razmišljali, da bi bilo bolje, če bi umrli, oziroma ste si želeli, da bi bili mrtvi?	50,4
Ali ste v zadnjem mesecu razmišljali o tem?	30,1
Ste že kdaj razmišljali, da bi naredili samomor?	24,1
Ste se kdaj odločili, da boste narediti samomor?	31,5
Ste imeli načrt, kako bi samomor naredili?	4,5
Ste se v zadnjem mesecu odločili narediti samomor?	31,8
Ste imeli v zadnjem mesecu načrt, kako bi naredili samomor?	6,4
Ste že kdaj poskušali narediti samomor?	33,6
Ste v zadnjem mesecu poskušali narediti samomor?	3,6

Tema samomorilnosti pri brezdomcih je bila doslej v našem prostoru malo raziskana. Terenska izkušnja (stiki z brezdomci na terenu, na ulici, v dnevnem centru itd.) pove, da določen del brezdomcev o tej temi govori, omenja samomor oziroma razmišljanje o tem, da bi »vse skupaj končali«, nekateri tudi izrecno omenjajo poskuse samomorov v preteklosti. Po drugi strani lahko način življenja mnogih brezdomcev (predvsem tistih, ki poznajo zasvojenosti, predoziranja in nasploh rizični način življenja) pojmujemo kot (objektivno) samouničevalen. Vendar pa je v anekdotskem terenskem gradivu najti le malo informacij/govoric, da je kdo storil samomor.

Pri ustreznem anketnem vprašanju je približno 11 % oseb pritrdilo, da so poznali kakega brezdomca, ki je v zadnjem letu umrl zaradi samomora, ta razlog smrti pa med sedmimi vnaprej ponujenimi razlogi smrti zaseda šesto mesto.

Ti podatki, skupaj s podatkom o zasvojenostih, kronični depresiji in drugih duševnih težavah govorijo o pomembni tovrstni ogroženosti brezdomcev.

PSIHOSOCIALNE TEŽAVE, SOCIALNA PODPORA IN TEŽAVE Z DUŠEVNIM ZDRAVJEM

Kar precej vprašanj in njihovih sklopov je spraševalo po težavah in nezaželenih stanjih s področja duševnega in psihosocialnega zdravja. Tabela 8 kaže

pogostost dveh skrajnih odgovorov na vprašanja o obstoju različnih dojemanj oziroma duševnih težav v zadnjih dveh tednih.

Opisi duševnih težav	% odgovorov »veliko« in »zelo veliko«	% v raziskavi o mladih brezposelnih (Dekleva, 2004)
občutek, da je življenje težko in zapleteno	58,2	34,4
obupanost glede prihodnosti	48,3	27,4
živčnost in nemir	41,2	39,7
težave s spanjem	37,7	22,6
občutek strahu, tesnobe	29,8	20,2
občutek krivde	20,2	17,2
nagnjenost k joku	17,3	22,5
nenadni napadi strahu ali panike	16,5	10,3
občutek vrtoglavosti ali omedlevica	13,2	11,2

Iz tabele 8 je razvidno, da približno polovica brezdomcev poroča o bodisi intenzivnem občutku, da je življenje težko in zapleteno, bodisi obupu glede prihodnosti bodisi živčnosti in nemiru. Le 6 oseb ali 5 % vseh ne doživlja niti ene od opisanih težav, po drugi strani pa 10 oseb ali 8 % vseh doživlja prav vse težave s tolikšno intenziteto, da pravijo, da jih imajo najmanj »veliko«. Za točno polovico anketiranih je značilno, da se njihov povprečni odgovor na vseh 10 postavljenih vprašanj nagiba k bolj negativni polovici odgovorov. Ta lestvica nam tako daje vpogled v vsebino doživljanj oziroma pojasnjuje vsaj en del ugotovitve iz ene od prejšnjih tabel o precejšnji pogostosti kronične depresije oziroma prisotnosti drugih duševnih težav.

Primerjava z rezultati druge slovenske raziskave (o mladih brezposelnih; Dekleva 2004), ki je uporabila isto lestvico, vendar na drugačni populaciji, pokaže, da je za brezdomce – pri devetih postavkah od desetih[9] – značilno več težav in problematičnih dojemanj. Razlike, razen pri dveh vprašanjih, niso zelo velike, vendar so konsistentne. Zaključimo lahko, da so naštete duševne težave pri brezdomcih očitne in velike.

[8] Edina postavka, pri kateri brezdomci niso pokazali višjega rezultata, je »nagnjenost k joku«. To je mogoče razložiti s tem, da je bila v primerjalni raziskavi analizirana skupina precej mlajših anketirancev ter večina ženskega spola.

Pri soočanju z mnogimi duševnimi težavami, težavami z odnosi, materialnimi in seveda tudi zdravstvenimi težavami ter pri premagovanju teh težav so ključne socialne mreže in podporne osebe, na katere se človek lahko obrne in z njimi deli svoje stiske. Tabela 9 kaže, v kolikšni meri se anketirani (ne) strinjajo s trditvami, ki govorijo o tem, da take osebe imajo. Iz tabele je razvidno, da približno 40 do 90 % anketirancev nima oseb, ki bi jih lahko podprle ob različnih duševnih stiskah.

Tabela 9: Sešteti odstotki dveh skrajnih odgovorov na vprašanja o veljavnosti posameznih trditev o obstoju podpornih oseb (možni odgovori so bili: sploh ne velja, ne velja, srednje velja, velja in zelo velja)

Trditev o obstoju podpornih oseb	% odgovorov »ne velja« ali »le malo velja«	% v raziskavi o mladih brezposelnih (Dekleva, 2004)
Kadar sem v težavah, iščem sočutje in razumevanje.	88,7	30,9
Imam veliko prijateljev.	70,4	31,6
Imam osebo, ob kateri se lahko sprostim, če sem pod velikim pritiskom.	58,0	21,1
Imam osebo, s katero lahko delim najgloblja čustva in občutke.	57,8	27,2
Imam osebo, na katero lahko računam, da me bo odvrnila od skrbi, ko bom v stresu.	56,7	20,5
Imam osebo, ki mi konkretno pomaga, kadar imam problem.	52,9	17,8
Kadar sem v težavah, se pogovorim z drugimi.	52,5	30,3
Imam osebo, na katero se lahko obrnem v neprijetnih situacijah.	47,9	12,7
Imam prijatelje, s katerimi se zabavam.	47,1	22,0
Imam prijatelje, s katerimi se rad/-a družim.	42,6	14,8
Imam osebo, ki mi daje občutek, da sem dober/-bra tak/-a, kakršen/-šna sem.	41,8	14,7

Za to lestvico nimamo na voljo slovenskih norm oziroma standardov, da bi na tej osnovi mogli oceniti, ali so odstotki v njej visoki ali nizki. Na voljo pa imamo rezultate raziskave o mladih brezposelnih (Dekleva 2004), kjer je bila ta lestvica uporabljena. Podatki kažejo, da brezdomci iz našega vzorca prav pri vseh postavkah lestvice dosegajo slabše rezultate pri slabših, odsotnih ali nezadostnih socialnih mrežah oziroma podpornih osebah, pri čemer lahko te razlike intuitivno označimo za ogromne oziroma radikalne. Tako se na primer 47,9 % brezdomcev ne strinja s trditvijo, da imajo kako osebo, na katero se lahko obrnejo v neprijetnih situacijah, medtem ko je med mladimi brezposelnimi takih le 12,7 %. Kar 52,9 % brezdomcev se ne strinja s trditvijo, da imajo osebo, ki jim konkretno pomaga, kadar imajo problem, med mladimi brezposelnimi pa je takih le 17,8 %. Rezultati potrjujejo tezo, da problematika izključenosti iz socialnih mrež verjetno najbolj ključno opredeljuje brezdomce in je verjetno s stališča psihosocialnega zdravja (ter posledično tudi drugih vidikov zdravja) najbolj pereča.

Vprašanja iz zgornje lestvice so bila tudi podobna nekaterim vprašanjem iz EHIS07. Eno takih je bilo Koliko ljudi vam je tako blizu, da lahko nanje računate, če imate resno osebno težavo? Le 1,4 % slovenskega reprezentativnega vzorca je odgovorilo, da take osebe nima, medtem ko je odstotek negativnih odgovorov v našem vzorcu veliko višji.

S problematiko psihosocialnega zdravja je povezano vprašanje psihiatričnih obravnav. Po eni strani lahko domnevamo, da povečan obseg psihosocialnih težav lahko vodi k pogostejšemu iskanju psihiatrične pomoči, po drugi strani pa lahko domnevamo, da obseg iskanja ali uporabe (prostovoljne ali neprostovoljne) psihiatrične pomoči priča o obstoju psihosocialnih težav. O dosedanjih psihiatričnih obravnavah in hospitalizacijah je spraševalo več vprašanj. , Da so bili v zadnjem letu hospitalizirani v psihiatrični bolnišnici, je povedalo 24,6 % anketiranih, 27,9 % pa, da so bili tam kdaj prej. Če odgovore na obe vprašanji kombiniramo, ugotovimo, da je bilo 31,1 % vseh anketirancev že kdaj hospitaliziranih v psihiatrični bolnišnici. Ko pa smo ti dve vprašanji kombinirali še s prisotnostjo kronične depresije in drugih duševnih težav (glej tabelo 4), smo ugotovili, da je 43,7 % anketiranih pozitivno odgovorilo na enega od teh vprašanj (vendar ne tudi na vprašanja o zasvojenostih in s tem povezanimi obravnavami), ki kažejo na prisotnost težav z duševnim zdravjem. Ta odstotek je relativno velik, vendar povsem v skladu z ugotovitvami drugih, tujih raziskav (glej poglavje Kako razumeti brezdomstvo) o prisotnosti problematike duševnega zdravja med brezdomci ter kaže, da lahko to problematiko razumemo kot eno od ključnih (zdravstvenih) problematik brezdomcev.

MEDIKACIJA IN SAMOMEDIKACIJA

Tabela 10 kaže, katera zdravila so anketirane osebe jemale v zadnjem tednu. Močno prednjačijo psihoaktivna zdravila (kolikor je to seveda mogoče trditi na podlagi preprostih in maloštevilnih uporabljenih kategorij). Nakazuje se tudi problematika manj obsežnega in pogostega jemanja zdravil za kardiovaskularne bolezni, ki sicer v tej populaciji niso nič manj prisotne kot v splošni populaciji (prej nasprotno; glej tabelo 4), pomembna pa je tudi odsotnost jemanja kontracepcijskih sredstev.

Tabela 10: Odstotki anketiranih, ki so v zadnjem tednu uporabljali kaka zdravila

Zdravila	% pritrdilnih odgovorov	% EHIS 2007
proti bolečinam	33,3	8,6–9,8[10]
pomirjevala in uspavala	32,2	3,0–5,1[11]
proti glavobolu	22,5	6,8
za znižanje krvnega tlaka	8,3	20,1
za znižanje holesterola v krvi	3,4	8,3
kontracepcijska sredstva	0,0	36,9[12]
drugo: našteli so 18 drugih zdravil, med njmi s frekvenco več kot 1 le metadon (6-krat) in distraneurin (2-krat).	21,5	n.p.

Med anketiranimi jih je 77,5 % odgovorilo, da ta zdravila dobijo v lekarni, 11,9 % v posvetovalnici za osebe brez zdravstvenega zavarovanja (oziroma 14,7 %, če upoštevamo le ljubljanski vzorec), 21,2 % jih kupi na ulici, 30,5 % jih dobi od znancev, 23,1 % pa jih dobi v zdravstvenem domu (na primer v obliki injekcij).

Kar 38 % anketiranih je povedalo, da mešajo predpisana zdravila in alkohol, 17,0 % predpisana zdravila tudi daje ali prodaja drugim, 43,4 % jemlje več ali

[10] V EHIS07 so bila tri vprašanja, ki so spraševala po bolečinah v sklepih, v vratu in drugod. Rezultati so pokazali od 8,6 do 9,8 % oseb, ki so jemale taka zdravila, medtem ko v naši anketi nismo diferencirali namena oziroma vrste bolečine.
[11] V EHIS07 sta bili dve vprašanji, ki sta spraševali po zdravilih proti depresiji, proti napetosti in tesnobi ter uspavalih. Rezultati so pokazali, da od 3,0 do 5,1 % oseb jemlje taka zdravila, medtem ko smo v naši anketi spraševali po »pomirjevalih in uspavalih«.
[12] Se nanaša le na ženske.

manj zdravil, kot je predpisano, 12,0 % pa predpisanih zdravil sploh ne jemlje. Ob tem 33,0 % pove, da uporabljajo alkohol za zmanjševanje bolečin, 59,3 % pa za izboljšanje počutja.

Zaključimo lahko, da brezdomci razmeroma zelo pogosto uporabljajo psihoaktivna zdravila, pri čemer jih več kot polovica ta zdravila dobi na uradno nepredvidene načine, ki verjetno niso v skladu z uradnimi medicinskimi doktrinami. Precejšen del brezdomcev zdravila uporablja hkrati z alkoholom oziroma jih ne jemlje na ustrezne načine. Glede na znane pogoje brezdomskega načina življenja – odsotnost prostora za shranjevanje svoje lastnine, pomanjkanje intimnosti in varnega osebnega prostora, negotove dnevne rutine in nepredvidljivo življenje nasploh – seveda to ne preseneča, čeprav pa verjetno drži, da to dodatno ogroža varovanje zdravja.

UPORABA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

Tabela 11 kaže, kolikokrat so v zadnjem letu anketiranci obiskali nekatere zdravstvene ustanove. Na lestvici obiskanosti vodita osebni zdravnik in nujna zdravstvena pomoč, pri čemer je treba omeniti, da domnevamo (tako posredno kažejo podatki), da so mnogi od brezdomcev, ki obiskujejo socialno ambulanto, tamkajšnjega zdravnika šteli kot svojega osebnega zdravnika oziroma kot zdravnika specialista (kar za slednje seveda velja). Odgovori na drugo vprašanje kažejo, da le 36,9 % anketiranih v zadnjem letu ni obiskalo svojega osebnega zdravnika ALI specialista (pa čeprav je to bilo morda v socialni ambulanti), kar 33,6 % anketiranih pa je v zadnjem letu opravilo štiri take obiske ali več. V primerjavi s podatki EHIS07 ugotovimo redkejše obiskovanje osebnega zdravnika ali specialista.

Tabela 11: Odstotek anketiranih, ki so v zadnjem letu obiskali imenovane ustanove

Ustanova	% tistih, ki so to ustanovo obiskali	% EHIS 2007
osebni zdravnik	50,0	69,8
zdravnik specialist	27,6	44,2
socialna ambulanta	17,1	n.p.
socialna ambulanta (samo ljubljanski anketiranci)	42,0	n.p.
nujna zdravstvena pomoč – urgenca	47,9	n.p.
kateri od centrov za zdravljenje odvisnosti od alkohola	10,3	n.p.
kateri od centrov za zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih drog	13,6	n.p.
katera od psihiatričnih bolnišnic	22,0	n.p.
Golnik	5,1	n.p.
negovalna bolnišnica (Sežana)	5,1	n.p.

Med specifičnimi zdravstvenimi dejavnostmi izstopajo psihiatrija in obravnavanje odvisnosti od drog. Tri tovrstne ustanove, imenovane v tabeli, je obiskalo po 10,3, 13,6 in 22,0 % anketiranih. Podrobnejša analiza rezultatov pokaže, da se te tri skupine v precejšnji meri prekrivajo, tako da teh odstotkov ni mogoče seštevati. Dejansko je bilo med anketiranimi 70,3 % takih, ki v zadnjem letu niso obiskali nobene od teh treh vrst ustanov, torej je bilo 29,7 % takih, ki so obiskali vsaj eno od teh treh vrst ustanov, večina pa jih je obiskala po dve od teh vrst ustanov.

Brezdomci (redkeje) obiskujejo tudi zobozdravnike, in sicer jih je bilo v zadnjem letu takih 27,9 % od vseh, medtem ko primerljiv podatek iz EHIS znaša 55,4 %.

V zadnjem letu je bilo 29,8 % brezdomcev tudi hospitaliziranih, in ob tem 10,7 % vseh anketiranih kar trikrat ali večkrat. Primerljiv podatek iz EHIS07 znaša 9,5 %. Skupaj s prej ugotovljenim lahko postavimo domnevo, da brezdomci redkeje obiskujejo osebnega zdravnika ali specialista, zato pa so precej pogosteje hospitalizirani. Tako domnevo podkrepi tudi opažanje, da brezdomci seveda težko prebolevajo bolezni v domačem okolju in ob domači negi, ker ju nimajo. Tako ostaja kot realna možnost potrebnega (intenzivnejšega) zdravstvenega obravnavanja samo hospitalizacija.

IZKUŠNJE Z ZDRAVSTVENIM SISTEMOM IN ODNOS DO NJEGA

Doživljanje zdravstvenega sistema in lastnega obravnavanja v njem smo ugotavljali z dvema lestvicama oziroma skupinama postavk. Prvo je sestavljalo osem trditev na temo dostopnosti zdravstvene pomoči, informiranosti, možnosti participacije in spoštljivega obravnavanja. Na kratko smo ta sklop poimenovali celostna ocena kakovosti zdravstvenega obravnavanja. Anketirani so pri vsaki postavki lahko izbirali med petimi odgovori, ki so segali od »sploh ne velja« do »zelo velja«. Tabela 12 kaže odstotek odgovorov, ki izražajo nestrinjanje s trditvami in na ta način izrecno negativno doživljanje zdravstvenega sistema. Anketiranih, ki tako doživljajo sistem, je bilo od 11,6 do 26,9 %. Lahko bi poenostavljeno zaključili, da približno ena petina anketiranih ocenjuje možnosti dostopnosti zdravstvene pomoči, možnosti participacije in spoštljivega obravnavanja v njem kot slabe.[13]

Tabela 12: Odstotki anketiranih, ki se s posameznimi trditvami lestvice doživljanja zdravstvenega sistema ne strinjajo

Trditev, ki se nanaša na doživljanje zdravstvenega sistema	% tistih, ki so odgovorili »sploh ne velja« ali »ne velja«
Zdravstvena pomoč mi je dovolj dostopna, kadar jo potrebujem.	11,6
Na vprašanja, ki sem jih zdravstvenemu osebju zastavil/-a sem dobil/-a odgovore na meni razumljiv način.	15,0
Pred začetkom zdravljenja so mi razumljivo razložili potek zdravljenja in tveganja, povezana z zdravljenjem.	23,1
Pri odločitvah glede svojega zdravljenja sem sodeloval/-a vedno, kadar sem to želel/-a.	26,7
Obravnavali so me z dostojanstvom in spoštljivostjo.	26,9
Zagotovljena mi je bila zasebnost pri pogovoru in opravljanju posegov.	15,1
Seznanjen/-a sem bil/-a s pravicami in dolžnostmi, ki jih imam kot bolnik/-ica	16,7
Obravnavo, ki sem je bil/-a deležen/-žna, ocenjujem kot dobro.	25,8

[13] Indikator Cronbach alfa za to lestvico znaša 0,91, kar pomeni, da je zelo zanesljivo merilo. Zato smo na osnovi te lestvice oblikovali tudi skupni pokazatelj (sestavljeno spremenljivko) doživljanja zdravstvenega sistema in ga uporabili v nadaljnjih analizah.

Drugo lestvico sestavlja 23 trditev, z dvostopenjsko možnostjo odgovarjanja, DA ali NE. Ta lestvica (tabela 13) vsebuje bolj specifične in konkretne vidike (pretežno) negativnih značilnosti delovanja zdravstvenega sistema, spet s stališča v njem obravnavanih anketiranih oseb, dostopnosti, prilagojenosti ter odnosa zdravstvenega osebja. Poimenovali smo jo ovire v dostopnosti zdravstvenih storitev. Ta pojem seveda vključuje tako objektivne kot subjektivne vidike, ob dodatnem zavedanju dejstva, da gre za proces, ki se uresničuje s sodelovanjem med uporabniki in posameznimi deli zdravstvenega sistema. Odstotki kritičnih anketiranih oseb se pri posameznih postavkah gibljejo od 15 do 70 %, s poprečjem pri približno 45 %. Nekatere od postavk morda nimajo kaj dosti opraviti neposredno z zdravstvenim sistemom (na primer Probleme imam s prevozom na kraj pomoči ali Lokacija ustanove je zame neustrezna), druge so nekako subjektivne narave (na primer Ne vem, kako poiskati pomoč), tretjim bi lahko rekli, da so sistemske (na primer Čakalna vrsta za vstop je predolga), četrte pa domnevno odražajo tako ravnanje osebja kot doživljanje uporabnikov, in to verjetno prav v povezavi s posebnimi značilnostmi brezdomcev (na primer V zdravstveni ustanovi se počutim diskriminiran/-o). Tri od trditev izražajo pozitivno oceno, ostalih 19 pa negativno (če se anketirani z njimi strinjajo). V celoti gledano, večino vidikov, po katerih lestvica sprašuje, dojema med 30 in 50 % uporabnikov negativno, kar je vsekakor zaskrbljujoče.

Tabela 13: Odstotek anketiranih, ki se s posameznimi trditvami lestvice doživljanja zdravstvenega sistema strinjajo (odgovor »da«)

Trditev, ki se nanaša na doživljanje zdravstvenega sistema	% tistih, ki se strinjajo s to trditvijo
Zdravstveni delavci niso prijazni ali prijateljski.	37,8
Zdravstveni delavci ne razumejo dovolj mojih potreb, težav …	50,8
Zdravstveni delavci me preveč ocenjujejo, obsojajo.	37,8
Probleme imam s prevozom na kraj pomoči.	32,5
Nimam potrebnih dokumentov, da bi vstopil/-a v program (na primer težave z zdravstvenim zavarovanjem).	31,1
Lokacija ustanove je zame neustrezna (težko dostopna …).	16,8
Ne vem, kako poiskati pomoč.	15,3
V zdravstveni ustanovi se počutim diskriminiran/-o.	33,3
Imam slabe izkušnje s strokovnjaki/jim ne zaupam.	34,5
Čakalna vrsta za vstop je predolga.	69,7
Čas za pregled/pogovor je omejen.	65,5
Zdravstvene ustanove mi ne morejo pomagati.	21,3
Zdravstvene storitve so predrage.	63,6
Atmosfera v zdravstvenih ustanovah je preveč kaotična.	55,5
Zaposleni nimajo dovolj znanja za delo z brezdomci.	58,5
Pričakovanja in zahteve zdravstvenih ustanov so preveliki (na primer abstiniranje).	55,1
Ni zaupnosti.	42,0
Programi so premalo prilagodljivi posebnim skupinam (na primer brezdomcem, uporabnikom nedovoljenih drog …).	61,9
Omejen delovni čas služb.	65,5
Imam možnost pritožbe na zdravstvene storitve, ki sem jih deležen/-žna.	66,1
Pripravljalna doba za vključitev v program zdravljenja, ki ga potrebujem, je predolga.	56,4
Z odnosom zdravnikov do mene sem zadovoljen/-jna.	63,2
Z odnosom drugih zdravstvenih delavcev (medicinskih sester, tehnikov …) do mene sem zadovoljen/-jna	67,8

O specifičnih (kritičnih) vidikih obravnavanja v zdravstvu je spraševalo še nekaj anketnih vprašanj. Tabela 14 kaže, da podobno visok odstotek anketiranih kot v prejšnjih vprašanjih negativno ocenjuje posamezne vidike svojega obravnavanja. Posebno zanimivo vprašanje je tisto, pri katerem vidimo, da pri-

bližno eden izmed šestih brezdomcev v našem vzorcu uporablja zdravstvene ustanove za namestitev v stiski ter da ima samo približno ena tretjina anketiranih izkušnjo s socialnim delom v zdravstvenih ustanovah.

Tabela 14: Odstotek anketiranih, ki odgovorijo pritrdilno na posamezna vprašanja lestvice doživljanja zdravstvenega sistema

Vprašanje, ki se nanaša na doživljanje zdravstvenega sistema	% tistih, ki odgovorijo pritrdilno na vprašanje
Ali kdaj niste bili sprejeti v katero od zdravstvenih ustanov, četudi ste ocenili, da zdravstveno pomoč nujno potrebujete, oziroma ali ste bili iz nje prehitro odpuščeni, po vaši presoji po krivici?	31,4
Ocenjujete, da ste bili po odpustu iz zdravstvenih ustanov dovolj dobro informirani o svojem zdravstvenem stanju, in ali ste dobili navodila tudi za nadaljnje ravnanje?	40,5
So vas po zadnjem odpustu iz zdravstvene ustanove naročili na naslednji pregled?	26,7
Ste se v zadnjih 12 mesecih kdaj umaknili v katero od zdravstvenih ustanov zato, ker sicer niste imeli kje spati?	16,5
Ste imeli v stikih z zdravstvenimi ustanovami v zadnjih 12 mesecih stik s socialnim delavcem/-vko v teh ustanovah?	35,8

Zadnji dve vprašanji iz tega sklopa sta spraševali izrecno po izkušnji oziroma doživljanju diskriminacije, in sicer eno vprašanje po izkušnji v zvezi s statusom brezdomca, drugo pa v zvezi s statusom uporabnika drog. Odgovori v tabeli 15 kažejo, da se oba statusa v doživljanju uporabnikov v kar veliki meri povezujeta z diskriminacijo, in to v precej večji meri s statusom uporabnika drog kot brezdomca. Določen nezanemarljiv delež anketiranih pa je menil, da so bili diskriminirani pozitivno, vendar pa je bilo takih približno štirikrat manj kot tistih, ki so doživeli negativno diskriminacijo.

Tabela 15: Odgovori anketiranih (v odstotkih) na dve vprašanji o diskriminaciji, povezani z dvema stigmatiziranima statusoma (odgovori na obe podobno zastavljeni vprašanji so prikazani ločeno v dveh kolonah)

Ste kdaj imeli občutek drugačnega obravnavanja v zdravstvenih ustanovah zato, ker ste brezdomec/uporabnik drog?	**Na koga ali kaj se vprašanje nanaša?**	
	Nanaša se na status brezdomne osebe	**Nanaša se na status uporabnika drog (N = 44)**
Da, v negativnem smislu (stigmatizacija, izolacija, izogibanje, žalitve …).	33,9	50,0
Da, v pozitivnem smislu (posebni privilegiji, dodatna pozornost zdravstvenega osebja in socialne službe …).	8,3	11,4
Nisem imel/-a občutka drugačne obravnave, ker sem brezdomec/uporabnik drog.	36,4	13,6
Zdravstveno osebje po mojem ni vedelo, da sem brezdomec/uporabnik drog.	14,0	9,1
Nisem še bil/-a hospitaliziran/-a.	7,4	15,9

POVEZAVE MED POSAMEZNIMI ZNAČILNOSTMI ANKETIRANIH TER DOŽIVLJANJEM ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

Potem ko smo v prejšnjem poglavju prikazali, kako značilnosti zdravstvenega sistema dojemajo brezdomci, se v tem poglavju ukvarjamo z vprašanjem, ali v dojemanju zdravstvenega sistema med posameznimi skupinami brezdomcev obstajajo kakšne sistematične razlike. Z drugimi besedami povedano, če domnevamo, da so odnos do zdravstvenega sistema in izkušnje z njim tesno povezani s (subjektivno in torej realno) dostopnostjo sistema, želimo tu iskati razlike med podskupinami v dostopnosti sistema in s tem posebno ogrožene, prikrajšane skupine glede dostopnosti zdravstvenega sistema.

Izbrali smo si dva ključna kazalnika odnosa do sistema, in sicer celostno ocena kakovosti zdravstvenega obravnavanja ter ovire v dostopnosti zdravstvenih storitev. Oba kazalnika sta bila oblikovana kot seštevek vseh odgovorov na ustrezni lestvici trditev, ki smo jih analizirali v prejšnjem poglavju. Statistična analiza je namreč pokazala, da smo upravičeni odgovore na posamezna vprašanja seštevati, saj sta obe lestvici pokazali visoko stopnjo zanesljivosti.

V tabeli 16 so prikazane zveze med 18 neodvisnimi spremenljivkami (značilnostmi podskupin brezdomnih oseb) ter med tema dvema kriterijskima kazalnikoma. V celice tabele smo vnesli stopnjo statistične pomembnosti (kjer je bila razlika med skupinami statistično pomembna na ravni vsaj 0,100) ter opis odnosa med neodvisno in kriterijsko spremenljivko. Če ta odnos ni bil statistično pomemben, je v ustrezni celici le znak pomišljaj (–). Poglejmo na primeru: v celici, ki jo določata četrta vrstica in druga kolona, je vpisana vrednost 0,000, ki nakazuje, da se skupini brezdomcev, ki se med seboj razlikujeta glede na starost, pri kateri sta doživeli svoje prvo obdobje brezdomstva, močno razlikujeta glede na svojo povprečno celostno oceno kakovosti zdravstvenega obravnavanja, in sicer tako, da je kasnejša starost prvega brezdomstva povezana z višjo oceno celostne ocene kakovosti zdravstvenega obravnavanja.

Tabela 16: Odnos med 18 neodvisnimi spremenljivkami in dvema kriterijskima kazalnikoma doživljanja zdravstvenega sistema. V vsaki celici sta vpisani statistična verjetnost napake (če je manjša ob 0,10; ANOVA) ter opis smeri povezave (če je ta statistično pomembna).

Značilnosti podskupin brezdomcev	**Celostna ocena kakovosti zdravstvenega obravnavanja**	**Ovire v dostopnosti zdravstvenih storitev**
Spol	–	–
Starost	–	–
Višja izobrazba	0,096 višja ocena kakovosti	–
Kasnejša starost prvega brezdomstva	0,000 višja ocena kakovosti	0,003 doživljajo manj ovir
Skupni staž brezdomstva	–	–
V zadnjem letu obiskal zdravnika	–	–
Prebival v mladinskem domu	0,031 nižja ocena kakovosti	0,031 doživljajo več ovir
Bil v zaporu	–	0,009 doživljajo več ovir
Večja socialna podpora	0,027 višja ocena kakovosti	0,013 doživljajo manj ovir

Značilnosti podskupin brezdomcev	Celostna ocena kakovosti zdravstvenega obravnavanja	Ovire v dostopnosti zdravstvenih storitev
Zasvojenost z alkoholom (po lastni oceni)	0,001 nižja ocena kakovosti	0,002 doživljajo več ovir.
Višji rezultat na lestvici audit (škodljivo pitje alkohola; do 20, nad 20)	0,000 nižja ocena kakovosti	0,000 doživljajo več ovir.
Zasvojenost z drogami (po lastni oceni)	0,003 nižja ocena kakovosti	0,075 doživljajo več ovir.
Že kdaj poskusil heroin.	0,009 nižja ocena kakovosti	0,041 doživljajo več ovir.
Bival v enoti za zdravljenje zasvojenosti.	0,075 nižja ocena kakovosti	0,086 doživljajo več ovir.
Večje število znakov duševnih težav/psihiatričnega zdravljenja	0,000 nižja ocena kakovosti	0,001 doživljajo več ovir.
Bival v psihiatrični bolnišnici.	0,003 nižja ocena kakovosti	0,020 doživljajo več ovir.
Ima poleg duševnih težav (vsaj en znak od štirih) vsaj še eno diagnosticirano zasvojenost (bodisi z alkoholom bodisi s prepovedanimi drogami).	0,000 nižja ocena kakovosti	0,000 doživljajo več ovir.
Ima urejeno zavarovanje.	–	0,057 najmanj ovir čutijo tisti, ki jim država plačuje dodatno zdravstveno zavarovanje, ali tisti, ki nimajo niti osnovnega zavarovanja.

Rezultate v tabeli 16 lahko na kratko (in poenostavljeno) povzamemo takole: več ko ima neka podskupina brezdomcev različnih ogrožajočih dejavnikov, slabše ocenjuje kakovost zdravstvenega sistema, več ovir doživlja pri njegovi uporabi in težje dostopen se ji ta sistem zdi.

Babsy

Če analiziramo tabelo 16 bolj podrobno, vidimo da:

- osebe, ki so doživele prvo obdobje brezdomstva bolj zgodaj v življenju, ocenjujejo zdravstveni sistem slabše ter ga doživljajo kot manj dostopnega. Ta rezultat lahko tolmačimo vsaj na tri načine. Prvi je ta, da so morda tisti, ki so prvič postali brezdomci v nižji starosti, pogosteje uporabniki nedovoljenih drog, tisti, ki so prvič postali brezdomci starejši, pa so uporabniki dovoljenih drog ali neuporabniki. Dobljeni rezultat lahko razlagamo s predpostavko, da je zdravstveni sistem manj naklonjen uporabnikom nedovoljenih drog oziroma jim ni dovolj prilagojen. Druga možna razlaga je, da imajo brezdomci, ki so to postali kasneje v življenju, daljše obdobje izkušenj s konvencionalnim življenjem in so se socializirali na način, ki implicira tudi večje sprejemanje (konvencionalnega) zdravstvenega sistema. Tretja razlaga bi lahko bila, da je moralo biti pri brezdomcih, ki so to postali bolj zgodaj v življenju, prisotnih več vrst in več ogrožajočih in neugodnih bio- in psihosocialnih dejavnikov, zaradi česar imajo danes več značilnosti, ki pomenijo, da jih zdravstveni sistem težje sprejema, hkrati pa jim je težje dostopen;
- osebe, ki so že prebivale v mladinskem domu, vzgojnem zavodu ali v zaporu, ocenjujejo zdravstveni sistem slabše ter ga doživljajo kot manj dostopnega. Tudi prebivanje v kateri od omenjenih institucij je indikativno za obstoj več vrst in več ogrožajočih in neugodnih bio- in psihosocialnih dejavnikov, ki so očitno povezani s slabšo dostopnostjo zdravstvenega sistema;
- osebe, ki imajo slabše socialne podporne mreže, ocenjujejo zdravstveni sistem slabše ter ga doživljajo kot manj dostopnega. Problem tu je, da bi lahko formalne mreže (med katere sodi tudi zdravstvena) – v idealnem primeru – kompenzirale slabše razvite in delujoče neformalne socialne mreže, vendar naši podatki ne kažejo na tako učinkovanje;
- osebe, ki so zasvojene z alkoholom in ga uporabljajo na bolj škodljive načine, ocenjujejo zdravstveni sistem slabše ter ga doživljajo kot manj dostopnega;
- osebe, ki so zasvojene z nedovoljenimi drogami in jih uporabljajo na bolj škodljive načine, ocenjujejo zdravstveni sistem slabše ter ga doživljajo kot manj dostopnega;
- osebe, ki kažejo več znakov težav z duševnim zdravjem oziroma so bile že psihiatrično hospitalizirane, ocenjujejo zdravstveni sistem slabše ter ga doživljajo kot manj dostopnega;

- osebe s tako imenovanimi dvojnimi diagnozami, komorbidnostjo oziroma hkratno prisotnostjo zasvojenosti in še katerih drugih duševnih težav/bolezni še posebej očitno (statistično pomembno) ocenjujejo zdravstveni sistem slabše ter ga doživljajo kot manj dostopnega;
- osebe, ki jim bodisi država plačuje dodatno zdravstveno zavarovanje, ali pa tiste, ki nimajo urejenega niti osnovnega zavarovanja, ocenjujejo zdravstveni sistem boljše ter ga doživljajo kot bolj dostopnega v primerjavi s tistimi, ki imajo samo osnovno zavarovanje. To na videz protislovno ugotovitev lahko spekulativno razlagamo s tem, da osebe, ki nimajo urejenega niti osnovnega zavarovanja, pogosteje uporabljajo storitve socialne ambulante, ki je formalno tisti z urejenim osnovnim zavarovanjem ne bi smeli uporabljati (pa jo menda nekateri vseeno uporabljajo). Druga spekulativna razlaga bi bila, da so tisti brez urejenega osnovnega zavarovanja že tako »odtujeni« od sistema, da so njihova pričakovanja do siastema majhna in so torej tudi ocene temu primerno višje. Naši podatki pa so preskromni, da bi lahko na njihovi podlagi testirali in morda potrdili katero od teh dveh hipotez.

Osnovna ugotovitev tega podpoglavja je, da je zdravstveni sistem manj dostopen in manj kvaliteten za tiste brezdomce, ki so že sami po sebi bolj ogroženi, bolj obremenjeni z neugodnimi dejavniki, ki imajo slabše zdravstveno stanje (tu smo preverjali predvsem duševne težave in zasvojenosti), ki majo slabšo siceršnjo psihosocialno podporo ter manj (pozitivnih) izkušenj s konvencionalnim življenjem in ki bi torej zato potrebovali boljšo, povečano, olajšano dostopnost sistema.

ZAKLJUČKI

Z anketiranjem vzorca 122 brezdomnih oseb iz šestih slovenskih mest smo zbirali podatke o zdravstvenem stanju brezdomcev, o njihovih izkušnjah z zdravstvenim sistemom ter njihovo oceno dostopnosti tega sistema. Naše osnovne ugotovitve so:

- v vzorec vključene osebe so bile v povprečju stare 42,7 let, skoraj polovica je imela končano srednjo šolo, večina je bila samskih in velika večina od njih že kdaj redno zaposlena;

- brezdomci so postali v povprečju pri starosti 33,1 leta, njihov skupni staž brezdomstva pa je bil v povprečju (mediana!) pet let;
- svoje zdravstveno stanje ta skupina ljudi ocenjuje precej slabše kot reprezentativni slovenski vzorec anketirancev (raziskava EHISO7). Očitna je precej večja prevalenca nekaterih bolezni, na primer bolezni sklepov, kronične depresije, čirov na prebavilih, jetrne ciroze, kronične obstruktivne pljučne bolezni in drugih. Izrazito pogoste so težave z duševnim zdravjem ter zasvojenostjo z dovoljenimi in nedovoljenimi drogami. Zelo slabo je tudi zobozdravstveno stanje;
- kadilcev tobaka je 79,5 % ali več kot trikrat več kot med prebivalci Slovenije;
- oseb z zvečanim tveganjem zaradi pitja alkohola je med moškimi 60,8 %, med ženskami pa 36,7 %. Z uporabo lestvice AUDIT-10 smo ugotovili možnost pojava odvisnosti pri 34,7 % anketiranih brezdomcev; upoštevajoč različne točkovne meje za spola, pa lahko sklepamo, da je 38,2 % anketiranih moških ter 15,0 % anketiranih žensk odvisnih od alkohola;
- podatki o njihovi življenjski prevalenci uporabe na primer marihuane ali ekstazija niso bili zelo alarmantni (na primer v primerjavi z 18-letniki), bolj pa so kritični podatki o uporabi pomirjeval, heroina in vbrizgavanja substanc. Skoraj polovica udeležencev je v zadnjem letu uporabljala pomirjevala. Heroin je že poskusilo 33,9 %, zaradi njegove rabe je že iskalo pomoč 20,9 %, predoziralo se je z drogo že 16,1 %, vsaj občasno si je drogo vbrizgavalo 31,4 %, z metadonsko substitucijo pa je bilo že obravnavanih 21,4 %. Med anketiranimi je 32,7 % povedalo, da so poznali vsaj enega ali tudi dva, nekateri pa tudi po štiri brezdomce, ki so prezgodaj umrli zaradi predoziranja z drogami;
- prehranjevanja med anektiranimi nismo ocenili kot izjemno kritičnega (v tem smislu, da bi ravno stradali), saj je na voljo kar nekaj razdeljevalnic hrane (predvsem v Ljubljani je ponudba razmeroma bogata). Glede na indeks telesne mase stanje med brezdomci ni kritično in je celo ugodnejše kot med splošnim vzorcem;
- med anketiranimi so misli o samomoru (in tudi s tem povezani načrti) razmeroma pogoste (od približno 30 % v zadnjem mesecu do približno 50 % kadar koli), 33,6 % jih je že poskusilo narediti samomor in 11,6 % je poznalo koga, ki je naredil samomor v zadnjem letu. Naš vzorec je torej tudi glede samomorilnosti izjemno ogrožen;
- anketirani poročajo o izrazito veliko duševnih težavah različnih vrst in imajo izrazito slabše socialne podporne mreže (manj podpornih ljudi in odnosov z njimi) kot primerjalni vzorec. Izrazito jim manjka prijateljev in

ljudi, na katere bi se lahko v stiski obrnili;
- 31,3 % vseh je že bilo kdaj hospitaliziranih v psihiatrični bolnišnici, 43,7 % anketiranih pa poroča bodisi o hospitalizacijah, bodisi o kronični depresiji, ki jo je ugotovil zdravnik, bodisi o drugih duševnih težavah (ne upoštevaje odvisnosti od dovoljenih ali nedovoljenih drog);
- razmeroma skopa metodologija nas navaja na ugotovitev, da uporabljajo brezdomci manj zdravil kot splošna populacija s primerljivimi bolezenskimi stanji, kar pa ne velja za psihoaktivna zdravila, ki jih uporabljajo zelo pogosto. Tako je v zadnjem tednu 33,3 % anketirancev jemalo zdravila proti bolečinam, 32,2 % pomirjevala in uspavala, 22,5 % pa zdravila proti glavobolu, kar je vse od 3- do 10-krat pogosteje kot med splošno populacijo;
- velik del anketiranih (več kot polovica) zdravila kupi na ulici ali dobi od prijateljev, tretjina pa jih meša z alkoholom;
- brezdomci redkeje obiskujejo osebnega zdravnika, zobozdravnika ali ambulantno specialista, pogosteje pa so hospitalizirani, še posebej v psihiatričnih ustanovah;
- približno ena petina vseh anketiranih izrazito slabo celostno ocenjuje kakovost zdravstvenega obravnavanja, kakor smo poimenovali kazalnik, ki je združeval vprašanja o dostopnosti zdravstvene pomoči, informiranosti, možnosti participacije in spoštljivega obravnavanja. Vendar pa med 30 in 50 % anketiranih poroča o pomembnih ovirah na lestvici 20 vprašanj dostopnosti zdravstvenega sistema. Podoben odstotek anketiranih tudi meni, da so bili zaradi svoje brezdomnosti ali uporabe drog negativno diskriminirani v zdravstvu (pa čeprav jih dodatnih približno 10 % meni, da so bili zato pozitivno diskriminirani);
- analiza posameznih podskupin anketiranih brezdomnih oseb pokaže, da zdravstveni sistem in njegovo dostopnost pomembno slabše ocenjujejo tisti, ki so postali brezdomci bolj zgodaj v življenju, ki so že prej bili institucionalizirani, ki imajo slabše socialne podporne mreže, ki so odvisni od drog in ki imajo psihiatrične težave. Zelo očitno slabši je tovrstni položaj oseb s tako imenovanimi dvojnimi diagnozami, komorbidnostjo oziroma hkratno prisotnostjo zasvojenosti in še katerih drugih duševnih težav/bolezni.

Osnovna ugotovitev analize anketnih rezultatov je, da je zdravstveni položaj brezdomcev precej in očitno slabši od položaja splošne populacije, zdravstveni sistem pa za precejšen del njih razmeroma slab in slabo dostopen. Sistem pa je težje dostopen tistim brezdomcem, ki so bolj obremenjeni z neugodnimi

dejavniki in ki imajo slabše zdravstveno stanje (tu smo preverjali predvsem duševne težave in zasvojenosti), ki majo slabšo siceršnjo psihosocialno podporo in manj (pozitivnih) izkušenj s konvencionalnim življenjem in ki bi torej zato potrebovali boljšo, povečano, olajšano dostopnost sistema.

ZAK LJUČKI IN PRIPO ROČILA

ZAKLJUČKI IN PRIPOROČILA

Raziskavo o zdravstvenem stanju ter problematiki dostopnosti zdravstvenega sistema brezdomcem smo izvedli z uporabo dveh pristopov: z individualnim in skupinskim pogovorom ter s (terenskim) anketiranjem precejšnjega števila brezdomcev. V anketiranje smo zajeli vzorec oseb iz šestih slovenskih mest od Kopra do Murske Sobote. Način vzorčenja sicer ni mogel biti povsem slučajen, vendar je vseboval tako elemente stratifikacije kot slučajnega vzorčenja. Naša pozornost je pri tem bila usmerjena predvsem na tako imenovano odkrito ali cestno brezdomstvo in deloma (v petih mestih od šestih) tudi na podskupino brezdomcev, ki so v stiku z institucijami (zavetišči). Raziskovalci smo oba raziskovalna pristopa uporabljali tudi ob lastnih obsežnih terenskih izkušnjah s to populacijo.

Dve osnovni ugotovitvi raziskave sta: prvič, da za raziskovano populacijo ljudi s precejšnjo mero gotovosti velja, da je zdravstveno bolj ogrožena oziroma je njeno psiho- in biosocialno stanje/zdravje slabše od stanja v splošni (slovenski) populaciji. Ta ugotovitev velja predvsem za področje duševnega zdravja in odvisnosti ter za druge telesne bolezni in stanja, ki so povezani z načinom življenja na cesti. Tak rezultat je tudi v skladu z večino tujih raziskav na tem področju.

Drugič, dostopnost zdravstvenega sistema in storitev preučevani skupini ljudi je slabša kot dostopnost obojega splošni (slovenski) populaciji. Tudi ta ugotovitev je skladna z ugotovitvami večine tujih raziskav o brezdomstvu. Dostopnost zdravstva je značilnost (ali proces, vidik), ki ni niti samo »objektivna« niti ni samo stvar zdravstvenih ustanov v ožjem smislu besede. Dostopnost ne pomeni samo, ali ima uporabnik (objektivno gledano) formalno pravico uporabiti sistem in ali ima ustanova veljavne ure odprtosti, ko je na voljo uporabnikom. Pomeni tudi to, ali uporabnike obravnava tako, kot da so v ustanovi dobrodošli in ali se jim v njihovih potrebah približa, oziroma še bolj pomeni, ali se uporabniki čutijo obravnavani s primernim spoštovanjem in dostojanstvom. Po drugi strani pa tudi še tako ustrezno obravnavanje v zdravstveni ustanovi le malo pomaga, če po odhodu iz nje uporabniki potrebujejo denar (ki ga nimajo) za nabavo zdravil ali pa določene življenjske razmere (ki jih nimajo) za uspešno okrevanje.

LJUDJE BREZ DOMA

Brezdomci nimajo ničesar -
varuje jih le šotorsko krilo
ali krilo angela.

Branko Baćović

Za uspešno uporabo in delovanje zdravstvenega sistema obstaja torej množica socialnih in individualnih predpostavk, za katere domnevamo, da so uresničene za vse uporabnike, vendar pa se je izkazalo, da pri brezdomcih to velikokrat (ali celo praviloma) ne velja. Razmislek o zdravstvenem obravnavanju (ali o obravnavanju zdravstvene problematike) brezdomnih ljudi mora zato obsegati več kot le razmislek o »zdravljenju« v ožjem smislu besede, torej več kot nudenje razmeroma ozko definiranih zdravstvenih storitev. Ni torej dovolj ponuditi strokovno ustrezne postopke diagnosticiranja in zdravljenja, temveč je treba ob tem aktivno (pravzaprav »proaktivno«) razmišljati o tem, kako bodo brezdomci zdravstvene možnosti in ponudbe razumeli in jih lahko uporabili, ter nato seveda ukrepati v skladu s tem razmislekom oziroma s stvarno življenjsko situacijo brezdomcev. V naši raziskavi se je pokazalo (tako kot tudi v mnogih citiranih tujih raziskavah), da so pri tem posebno ogrožene osebe s tako imenovanimi dvojnimi diagnozami oziroma kombiniranimi težavami oziroma bi bilo tem osebam treba nuditi posebno skrb.

ZDRAVSTVENA OSKRBA BREZDOMCEV – VEČ KOT LE ZDRAVLJENJE

V svetu obstajajo različni modeli (posebne) zdravstvene oskrbe za brezdomce. Povzeli bi jih lahko takole, z upoštevanjem, da se ti modeli v realnosti med seboj prepletajo, dopolnjujejo, prehajajo drug v drugega:

- neoviran pristop k splošnemu javnemu zdravstvenemu sistemu, tako primarnemu kot tudi sekundarnemu in terciarnemu;
- zdravstvena in siceršnja oskrba je brezdomcem razpršeno dostopna na različnih točkah (klinikah, dnevnih centrih, v okviru zavetišč, na terenskih lokacijah …);
- specializirane integrirane interdisciplinarne službe, ki nudijo hkrati zdravstveno IN psihosocialno oskrbo brezdomcem;
- specializirane prožne (fleksibilne) službe (v katerih ni nujnega vnaprejšnjega naročanja, nudijo pa tudi podporo brezdomcem pri premagovanju ovir v dostopnosti zdravstvenega sistema);
- terensko delo (zdravstvena pomoč in nega sta dostopni na terenu, na ulici, v javnih kuhinjah, zavetiščih in drugih mestih, kjer se brezdomci zadržujejo);
- načelo ključnih delavcev; to so strokovni delavci, zdravstvene ali socialne stroke, ki kontinuirano spremljajo določenega uporabnika in mu celostno (torej na več področjih uporabnikovega življenja, ne samo na ozko zdravstvenem) pomagajo pri individualnemu načrtovanju.

Če bi se še pred dvema desetletjema lahko pohvalili, da je sistem v naši državi tak, kot je opisan v prvi zgornji alineji, da torej javno zdravstvo zajame celotno populacijo, ne glede na starost, materialni položaj, zaposlitveni status in kraj prebivanja, pa dandanes tega žal ne moremo več trditi. Ocenjujemo, da je v našem okolju iz (javnega) zdravstvenega sistema iz tega ali onega razloga izpadlo veliko ljudi. Edina oblika dela, ki na področju brezdomcev to poskuša kompenzirati oziroma presegati tako stanje, je v raziskavi (še posebej v poglavju o skupinskem pogovoru) pogosto omenjana socialna ambulanta. Ta je od zgoraj navedenih modelov še najbolj podobna specializirani prožni zdravstveni službi. Poleg socialne ambulante v okviru nekaterih nevladnih organizacij za delo z brezdomci poteka in se razvija tudi terensko delo z namenom krepitve zdravja in zmanjševanja škode brezdomskega načina življenja. Cilj tovrstnega dela je ravno doseganje sicer skrite populacije, tistih, ki doživljajo velike ovire pri uporabljanju zdravstvenih storitev. Tako delo temelji na zaupnem delovnem odnosu, njegov cilj pa je informiranje, oskrbovanje z morebitnimi nujnimi potrebščinami na terenu, urejanje dokumentov, spremljanje v zdravstvene ustanove, obiskovanje hospitaliziranih, zagovorništvo, iskanje dolgotrajnejših rešitev zdravljenja in podobno. Pri razmišljanju o uporabnikom prilagojenih oblikah dela moramo upoštevati mnogo dejavnikov, od populaciji prilagojene lokacije in odpiralnega časa delovanja pa do subtilnejših vidikov, kot sta seznanjenost osebja s psihosocialnimi značilnostmi uporabnikov in upoštevanje različnih (sub)kulturnih značilnosti obravnavane populacije. Tovrstno delo pa je v tem trenutku s strani sistema javnega financiranja v glavnem prezrto, zatorej je negotovo in v veliki meri stvar dobre volje aktivističnih mladih strokovnjakov.

KREPITEV IN PROMOCIJA ZDRAVJA, IZOBRAŽEVANJE IN ZAGOVORNIŠTVO PREK USTANOV, SPECIALIZIRANIH ZA BREZDOMCE

Ena od specifičnih oblik, ki so glede na tuje raziskave izboljševale vedenje, ki med brezdomci krepi zdravje, so »negovalne klinike« (orig. nurse-managed clinics), namenjene specifičnim ranljivim skupinam in prirejene njihovim specifičnim potrebam. Take klinike omogočajo tudi dolgoročno oskrbo kroničnih zdravstvenih težav, ki so med brezdomci zelo pogoste.

Negovalne klinike nudijo svetovanje in izobraževanje o zdravju ter zdravstveni negi, torej obenem nudijo zaščito in promocijo zdravja ter so usmerjene v samopomoč in čim večje samoobvladovanje lastnih zdravstvenih težav. Lahko so nameščene v zdravstvenih domovih ali pa so organizirane posebej. Mnogokrat so negovalne klinike tudi v neposredni bližini zavetišč, dnevnih centrov za brezdomce ali drugih služb, ki brezdomcem zagotavljajo nujne potrebščine, ali pa delujejo celo v okviru teh služb. Iz tujih raziskav s tega področja je razvidno, da je ta oblika pomoči cenejša od klinik in zdravstvenih domov, pomembna pa je tudi glede na rezultate dela, kar je še pomembnejše od golega finančnega vidika (Savage idr., 2006).

Iz strokovne literature lahko razberemo, da je po svetu tudi mnogo negovalnih bolnišnic, ki so oblikovane v sodelovanju (spoju) s šolami za negovalce/medicinske sestre (nursing schools); na ta način hkrati omogočajo storitve v skupnosti ter zagotavljajo študentom učno bazo.

Ti, ki v negovalnih ustanovah delajo s populacijo brezdomcev, pa – kot poudarjata Busen in Engebretson (2008) –, poleg tega, da uporabnikom nudijo zdravstveno nego ter socialno pomoč, pogosto tudi lobirajo za učinkovitejšo zdravstveno oskrbo brezdomcev. To počnejo v okviru profesionalnih organizacij in z aktivizmom v skupnosti.

RAZVIJANJE DOLGOTRAJNE OSKRBE IN ZMANJŠEVANJE UPORABE NUJNE POMOČI

Iz naše raziskave je očitno, da se pojav iskanja zdravstvene pomoči na urgenci, o katerem poročajo v tuji literaturi, pogosto pojavlja tudi pri nas. Skoraj 50 % posameznikov je namreč poročalo o obisku nujne pomoči v zadnjem letu.

Da bi zmanjšali uporabo urgentnega bloka (nujne pomoči) med brezdomci, ni pomembno le premagati ovire na poti do primarnega zdravstvenega varstva, ampak je treba tudi razvijati skupnostni pristop (community based); to pomeni, da mora biti zdravstvena in siceršnja oskrba brezdomcev integrirana v širšo skupnost in mora omogočati dolgoročno in smotrno zdravstveno oskrbo, ki bi krepila, pooblaščala in povečevala kompetentnost brezdomcev za samopomočno vedenje pri krepitvi njihovega zdravja in ravnanju v zvezi s kroničnimi stanji (Savage idr., 2006).

ZASVOJENOST Z ALKOHOLOM, DRUGIMI DROGAMI TER TEŽAVE Z DUŠEVNIM ZDRAVJEM

Zaradi velikega števila obsega zasvojenosti z alkoholom in drugimi drogami ter zaradi težav z duševnim zdravjem je za zdravstvene ustanove, ki se srečujejo z brezdomci, ključnega pomena razumeti te pojave kot prioritetne, jim slediti (v beleženju, raziskovanju in oblikovanju sodobnih strokovnih doktrin v zvezi z njimi) ter ukrepati na tem področju. Ne gre zanemariti ene ključnih ugotovitev naše raziskave, da so ravno tisti posamezniki med brezdomci, pri katerih se pojavljata dve ali celo več omenjenih težav, bolj ogroženi glede dostopnosti zdravstvenih storitev in da ti brezdomci zdravstvene storitve ocenjujejo bolj kritično. Podrobneje opredeljena in konkretnejša socialnomedicinska razmišljanja na temo možnih ukrepov na področju zmanjševanja rabe psihoaktivnih snovi (PAS) med brezdomci so v Prilogi 2 tega poročila.

PRIPOROČILA ORGANIZACIJE NHCHC ZDRAVSTVENIM DELAVCEM, KI SE SREČUJEJO Z BREZDOMCI

Organizacija National Health Care for the Homeless Clinicians' Network (www.nhchc.org) je razvila priporočila za zdravstvene organizacije za pomoč pri diagnosticiranju in ocenjevanju brezdomnih pacientov. V nadaljevanju povzemamo nekaj njihovih priporočil v zvezi s tem, na kaj vse naj bi bili zdravstveni delavci pri delu z brezdomci pozorni, o čem naj bi bili informirani, poleg seveda uporabe običajnih diagnostičnih sredstev, ki jih uporabljajo pri svojem delu:

- brezdomstvo posameznika: ali je posameznik brez nastanitve in za kakšno obliko brezdomstva gre (dnevno, kratkotrajno, epizodično, dolgorajno, kronično …);
- pacientove življenjske okoliščine: ali so mu dostopne osnovne potrebščine, kot so hrana, tekoča voda, prostor za počitek, prostor, kjer lahko shranjuje zdravila, ; ali je v okolju, kjer prebiva, izpostavljen nevarnim snovem, alergenom, infekcijam; ali je v okolju, kjer živi, posebej ogroženo njegovo zdravje;
- ali ima svojega osebnega zdravnika;
- kakšna zdravstvena oskrba je pri posamezniku v preteklosti dobro delovala;
- prisotnost akutnih in kroničnih bolezni;
- morebitna prisotnost različnih težav z duševnim zdravjem (anksioz-

nost, depresija, zaskrbljenost, nihanje razpoloženja, težave s spominom, samomorilne misli, …);
– narava posameznikovih socialnih mrež (vključenost v družinsko mrežo, mrežo prijateljev, znancev, vrstnikov …);
– vzorci morebitne uporabe alkohola in/ali drugih drog;
– morebitne težave z zakonom – kazenski pregoni, viktimiziranost, zadolženost …;
– zaposlitvena zgodovina;
– posameznikove močne točke (spoprijemalne strategije, viri, sposobnosti, kompetence, interesi).

Pomemben poudarek je tudi na izdelavi načrta zdravstvene oskrbe, ki naj temelji na prioritetah pacienta. Navodila naj bodo vselej podana na čim bolj razumljiv način. Dogovor glede nadaljnjega spremljanja naj bo dovolj detajlen, nadaljnje spremljanje naj bo čim pogostejše in rednejše. Poudarek naj bo na izobraževanju pacientov, da bodo ti čim bolje skrbeli za svoje zdravje. Zelo priporočljivo je tudi zdravstveno oskrbo obogatiti tudi z vrstniškim educiranjem in spremljanjem.

Dejstvo je, da naši anketiranci predpisana zdravila zelo pogosto uporabljajo drugače, kot jim je predpisano, oziroma da s kombiniranjem, prodajanjem, menjavanjem zdravil … poskušajo iz njih izvleči čim več koristi zase. Poleg večje koristi (ekonomske, v izboljšanem počutju) pa ima lahko “kreativna uporaba” zdravil tudi negativne učinke, lahko celo usodnejše kakor nedovoljene droge. Pomembno je, da se medicinsko osebje tega zaveda in pri predpisovanju zdravil to upošteva. Pomembno je tudi, da je predviden čim enostavnejši režim za jemanje predpisanih zdravil, da se jih daje čim manj naenkrat, da se pri pacientih preveri možnost hranjenja zdravil, če je posebno hranjenje potrebno, in da so pacienti dobro obveščeni tudi o neželenih učinkih zdravil ter o posledicah prevelikega odmerjanja.

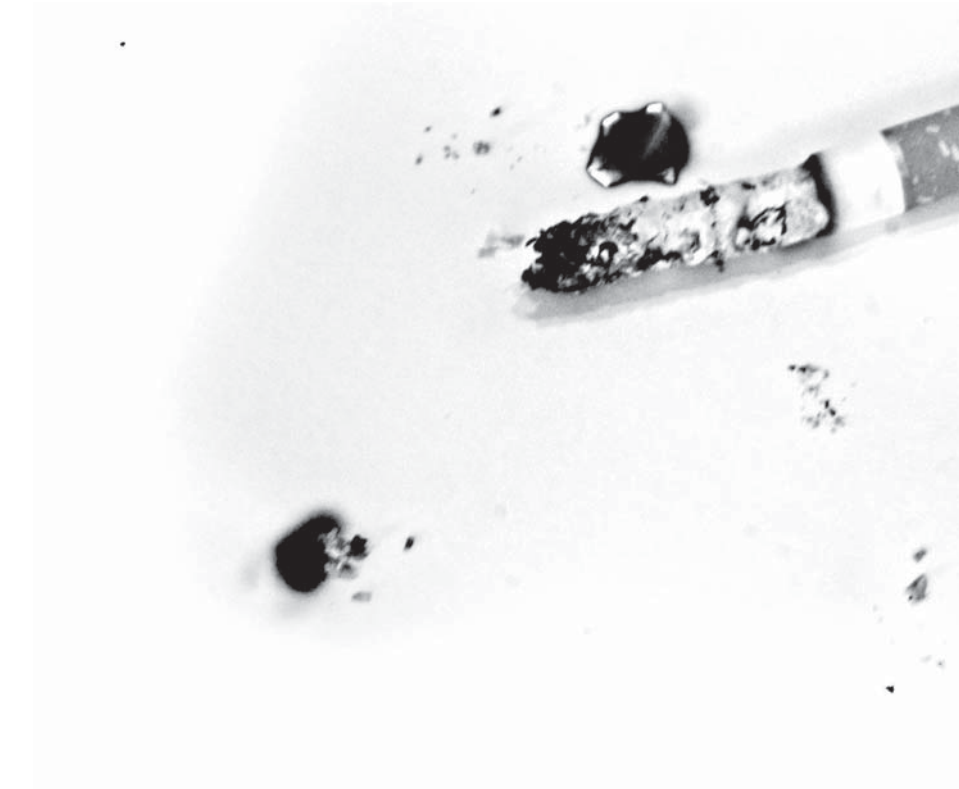
VIZIJE ZA PRIHODNOST

Na podlagi dosedanjega spoznavanja problematike brezdomstva lahko rečemo, da bi bilo nujno treba razvijati specifične programe za promocijo zdravja in nudenje/olajšanje dostopnosti zdravstvenih storitev posebnim skupinam izjemno izključenih oseb, katerih položaj je označen z večkratnimi diagnozami. Posebno pozornost bi bilo v okviru takih programov treba posvečati brezdomcem, ki so najbolj ogroženi, prikrajšani in težko dosegljivi: poleg omenjenih podskupin še tistim z daljšim stažem brezdomstva in z najmanjšo stopnjo zaupanja v formalne ustanove in oblike pomoči. Za te je ključno razvijanje terenskega dela (angl. »outreach work« in peripatetičnega dela), katerega najpomembnejša načela so: delo v življenjskem okolju, spoštovanje posameznika, (psihosocialna) neinvazivnost, participatorno in dialoško delo, delo na podlagi vzpostavitve zaupanja in na njem osnovane krepitve samopomoči. Ob takih ciljih in načelih je gotovo nujno potrebno sodelovanje in razvijanje ustrezno usmerjenih strokovnih služb. Njihove prioritete naj izhajajo iz realnosti in potreb uporabnikov (in ne obratno). Podporo za razvoj v tem trenutku najbolj potrebujejo asertivni strokovni programi, ki dosegajo ogrožene populacije v njihovem okolju, na terenu, ki proaktivno in zagovorniško delujejo ter jim je blizu mreženje in medresorsko povezovanje.

Osnovne strokovne paradigme dela z brezdomci, uporabne tudi za področje dela na zdravstvenem področju, pa so:
1. vstopanje v življenjsko okolje uporabnikov naj temelji na spoštovanju, sprejemanju različnosti in na strokovni radovednosti;
2. vzpostavljanje varovalnih in kontinuiranih odnosov z uporabniki;
3. podpora skupnostim uporabnikov in obstoječim varovalnim dejavnikom ter odpiranje novih socialnih prostorov, programov; odpiranje novih prostorov sobivanja in podpore;
4. prožno sodelovanje z uporabniki ter iskanje skupnih rešitev in odgovorov na življenjske izzive skupaj z njimi;
5. prožno in spontano sodelovanje z drugimi profili v timih;
6. vplivanje na javno mnenje v skladu z doslej navedeno strokovno doktrino.

Naj naštejemo še nekaj konkretnih predlogov za področje zdravstvenega sistema in obenem nalog širše skupnosti, ki izhajajo iz potreb brezdomcev in so glede na ugotovitve naše in njej podobnih raziskav izrazito spregledane, njihovo uresničevanje pa pomeni premik oziroma prizadevanje za boljšo vključenost brezdomcev v sistem javnega zdravstva:
– nižanje praga za vstop v zdravstveni in zobozdravstveni sistem (na primer odločitev, naj država najrevnejšim plačuje dodatno zdravstveno zavarovanje);
– potreba po celostni obravnavi ali vsaj celostnem sprejetju posameznika znotraj posamezne organizacije (nestigmatizirajoče in nediskriminirajoče obravnavanje);

- potreba po bolj individualizirani pomoči (posamezniku prilagojeni); posebej velja tu izpostaviti specifične skupine brezdomcev (za mlade brezdomce, uporabnike nedovoljenih drog, posameznike z dvojnimi diagnozami, ostarele, onemogle in invalidne brezdomce);
- razvijanje terenskega dela z namenom doseganja skrite (sicer nedosežene) populacije, njenega informiranja, zagovorništva in kontinuiranega individualnega spremljanja ter umestitev tega dela v okvir javnega zdravstvenega in socialnega varstva. Razvoj mobilnih enot, ki zdravstveno oskrbujejo brezdomce;
- potreba po vzpostavitvi in vzdrževanju medsebojnega sodelovanja in usklajevanja med resorji in organizacijami, ki se z brezdomci srečujejo (zdravstvene in socialne službe, javne in nevladne, nizkopražni in visokopražni programi). Olajševanje napotitev med zdravstvenimi in socialnimi službami ter nevladnimi organizacijami. Razvijanje in omogočanje integracije zdravstvenih služb v mrežo organizacij, ki se ukvarjajo z brezdomstvom;
- podpora ustanavljanju in razvoju skupin za samopomoč;
- zapolniti vrzel posttretmanske oskrbe (po odpustu iz bolnišnic; za ostarele in nemočne);
- okrepiti seznanjenost brezdomcev z njihovimi pravicami in dolžnostmi, povezanimi z zdravstvom;
- vključevanje brezdomcev v odločanje na različnih ravneh, zlasti pa glede dejavnosti pri varovanju njihovega zdravja;
- nadalje razvijati raziskovalno delo na tem področju ter razvijati znanstveno utemeljene programe za krepitev in varovanje zdravja ranljivih skupin, ki bodo sledili trendom zmanjševanja neenakosti v zdravju;
- vključiti temo ranljivih skupin in njihovega obravnavanja v študijske programe bodočih medicinskih delavcev vseh ravni;
- predvsem pa razvijanje programov, ki bodo omogočali dostopno, varno, trajno nastanitev za vsakogar.



LITERATURA

LITERATURA

1. *Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu* (2008). Pridobljeno 5. 4. 2009 z internetnega naslova: http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=-1662.
2. Babor, T. F., in drugi (b.d.). *AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test*. Guidelines for Use in Primary Care. World Health Organization.
3. Bell, D. N., Martinez, J., Botwinick, G., Shaw, K., Walker, L. E., Doods, S., Sell, R. L., Johnson, R. L., Friedman, L. B., Sotheran, J. L., in Siciliano, C. (2003). Case finding for HIV-positive youth: a special type of hidden population. *Journal of Adolescent Health, 33/2,* str. 10–22.
4. Boškić, R., in Zajc, M. (1997). Brezdomstvo. *Teorija in praksa, 34/2*, str. 241–252.
5. Busen, N. H., in Engebretson, J. C. (2008). Facilitating rosk reduction among homeless and street-involved youth. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 20 (2008), str. 567–575.*
6. Campling, J., Hutson, S., in Liddiard, M. (1994). *Youth homelessness: the construction of a social issue*. Houndmills: Macmillan.
7. Craig T., in Timms P. W. (1992). Out of wards and onto the streets? Deinstitutionalisation and homelessness in Britain. *Journal of Mental health. 1. str. 265–275.*
8. Crane, M., Warnes, A. (2001). The responsibility to care for single homeless people. *Health and Social Care in the Community, 9/6, str. 436–444.*
9. Crane, M. (1999). *Understanding older homeless people: their circumstances, problems and needs*. Buckingham: Open University Press.
10. Dekleva, B. (ur.) (2004). *Socialna vključenost in psihosocialno zdravje mladih z izkušnjami brezposelnosti na območju Ljubljane*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
11. Dekleva, B., in Razpotnik, Š. (2006). *Problematika brezdomstva v Ljubljani*. Ljubljana: Združenje za socialno pedagogiko.
12. Dekleva, B., in Razpotnik, Š. (2007). *Brezdomstvo v Ljubljani*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta v Ljubljani.
13. Edgar, B. (2006). The *pathway to a permanent home. Questions for discussion. Peer review: national Strategy to prevent and tackle homelessness (the Pathway to a permanent home)*. Oslo, 7.–8. september 2006. Neobjavljen tipkopis.

14. Edgar, B., in Meert, H. (2005). *Fourth review of statistics on homelessness in Europe, The ETHOS definition of homelessness*. Brussels: FEANTSA.
15. Ford, M., Palmer, J., Simpson, D. (1998). *Bricks without mortar*. London: Crisis.
16. Garibaldi, B., Conde-Martel, A., in O'Toole, T. P. (2005). Self-Reported Comorbidities, Perceived Needs, and Sources for Usual Care for Older and Younger Homeless Adults. *Journal of General Internal Medicine*, *20/8, str. 726–730.*
17. Glasser, I., in Bridgeman, R. (1999). *Braving the street*. New York: Berghahn.
18. Gwadz, M. V., Clatts, M. C., Leonard, N. R., in Goldsamt, L. D. (2004). Attachment style, childhood adversity, and behavioral risk among young men who have sex with men. *Journal of Adolescent Health, 34/5, str. 402–413.*
19. Hansen, I. L. S. (2006). *The Norwegian strategy to prevent and combat homelessness "the pathway to permanent home"*. (Host report). Peer rweview: national Strategy to prevent and tackle homelessness (the Pathway to a permanent home). Oslo, 7.–8. september 2006. Neobjavljen tipkopis.
20. Hovnik - Keršmanc, M, Čebašek - Travnik, Z. (1999). *Razširjenost rabe alkohola med prebivalci Republike Slovenije, starimi 18 let in več*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
21. Hutson, S., in Clapham, D. (ur.) (1999). *Homelessness (Public Policies and Private Troubles)*. London, New York: Cassel.
22. Jones, G. (2003). Youth homelessness and the 'underclass'. V R. MacDonald, (ur.), *Youth, the ' Underclass', and the Social Exclusion*. London, New York: Routledge, str. 96–113.
23. Kertesz, S. G., Horton, N. J., Friedmann, P. D., Saitz, R., in Samet, J. H. (2003). Slowing the revolving door: stabilization programs reduce homeless persons' substance use after detoxification. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *24/3, str. 197–207.*
24. Kolšek, M (2006). Slovenian report. V N. Heather (ur), *WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care - report on Phase IV*. GENEVE: WHO press 2006; str. 189–198.
25. Kolšek, M. (2004). *O pitju alkohola. Priročnik za zdravnike družinske medicine*. Ljubljana: CINDI Slovenija.
26. Liddiard, M., in Hutson, S. (1998). Youth homelessness, the press and public attitudes, *Youth and Policy, 59 (Spring), str. 57–67.*
27. Mandič, S. (1999). *Pravica do stanovanja: brezdomstvo in druga stanovanjska tveganja ranljivih skupin.* Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
28. Marusic, A., Roskar, S., Sveticic, J., Zorko, M. (v tisku). Assessment and Measurement of Suicide Risk. V K. S. Amresh, *Suicide prevention in developing countries*. London: Gaskell, 2007.
29. Masson, N., in Lester, H. (2003). The attitudes of medical students towards homeless people: does medical school make a difference*? Medical Education, 2003/37, str. 869–872.*
30. Melvin, P. (2004). A nursing service for homeless people with mental health problems. *Mental Health Practice, 7/8, str. 28–31.*
31. Min, E. (1999). Introduction. V E. Min (ur.), *Reading the homeless*. New York: Praeger.
32. Mounier, C., in Andujo, E. (2004). Defensive functioning of homeless youth in relation to experiences of child maltreatment and cumulative victimization. *Child Abuse & Neglect, 27/10, str. 1187–1204.*
33. Murdoch, A. (1994). *We are human too.* London: Crisis.
34. *National Health Care for the Homeless Clinicians' Network.* Pridobljeno s svetovnega spleta 14. 4. 2009: www.nhchc.org.
35. Nolimal, D., Leskovšek, E., in Pokrajac, T. (2008). *Ovire v dostopnosti in dosegljivosti programov pomoči – vidik uporabnikov drog v Sloveniji*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
36. Nolimal, D. (2004). *Skupina Pompidou*. Ljubljana: Svet Evrope in Inštitut za varovanje zdravja R Slovenije.
37. Rapuš Pavel, J. (2005). *Delo je luksus: mladi o izkušnjah brezposelnosti*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
38. Razpotnik, Š. (2009). Ljudje z napako? *Kralji ulice, 5/35*.
39. Razpotnik, Š., in Dekleva, B. (2007). *Na cesti – brezdomci o sebi in drugi o njih.* Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
40. Razpotnik, Š., in Dekleva, B. (2008). Homelessness - an exceptional and multifold Exclusion. V: *Population groups at risk in the perspective of public healthcare*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
41. Riley, E. D., Wu, A. W., Perry, S., Clark, R. A., Moss, A. R., Crane, J., in Bangsberg, D. R. (2003). Depression and Drug Use Impact Health Status among Marginally Housed HIV-Infected Individuals. *AIDS Patient Care & STDs*; *17/8, str. 401–406.*
42. Savage, C. L., Lindsell, C. J., Gillespie, D. L., Dempsey, A., Lee, J. R., in Corbin, A. (2006). Health Care Needs of Homeless Adults at a Nurse

Managed Clinics. *Journal of community health and nursing, 23/4, str. 225–234.*

43. Scott, J. (1993). Homelessness and mental illness. *British Journal of Psychiatry, 162, str. 314–324.*
44. Song, J., Bartles, M. D., Ratner, E. R., Alderton, L., Hudson, B., Jasjit, S. A. (2007). Dying on the streets: Homeless Persons' Concerns and Desires about End of Life Care. *Medical Education, 2007/41, str. 346–348.*
45. Turnbull, J., Muckle, W., Masters, C. (2007). Homelessness and health. *Poverty and human development, 177/9, str. 1065–1066.*
46. Tyler, K. A., Cauce, A. M., in Whitbeck, L. (2004). Family risk factors and prevalence of dissociative symptoms among homeless and runaway youth. *Child Abuse & Neglect, 28/3, str. 355–366.*
47. Whitbeck, L. B., Johnson, D. K., Hoyt, D. R., in Cauce, A. M. (2004). Mental disorder and comorbidity among runaway and homeless adolescents. *Journal of Adolescent Health, 35/2, str. 132–140.*
48. Zaletel - Kragelj, L., Čebašek - Travnik, Z., Hovnik - Keršmanc, M. (2004). Čezmerno pitje alkoholnih pijač. V: L. Zaletel - Kragelj, Z. Fras, J. Maučec - Zakotnik, *Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Ljubljana*: CINDI Slovenija, str. 341–384.
49. Zaletel - Kragelj, L., Eržen, I., Premik, M. (2007). *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: MF, str. 210–211.
50. *Zdravje in zdravstveno varstvo v Sloveniji*. (2009). Ljubljana: Statistični urad RS in IVZ.

PRILOGA 1: METODOLOŠKE ZNAČILNOSTI EMPIRIČNE RAZISKAVE

PRILOGA 1: METODOLOŠKE ZNAČILNOSTI EMPIRIČNE RAZISKAVE

Empirično raziskovanje je obsegalo dva dela: fokusno skupino z brezdomnimi osebami ter anketiranje slovenskega vzorca brezdomnih oseb.

FOKUSNA SKUPINA

K sodelovanju v fokusni skupini smo povabili tri brezdomne osebe, s katerimi smo sodelovali že v okviru društva Kralji ulice in takrat vzpostavili odnos relativnega zaupanja. Povabili smo tiste posameznike, za katere smo vedeli/domnevali, da so imeli razmeroma veliko stikov z zdravstvenim sistemom in so bili obenem čim bolj različni po svojih značilnostih. Stari so bili 48, 51 in 59 let, med njimi je bila ena ženska. Pogovoru v fokusni skupini so prisostvovali še štirje sodelavci Kraljev ulice z obsežnimi izkušnjami s terenskim delom, pogovor je vodila Špela Razpotnik. Pogovor smo strukturirali po naslednjih vsebinskih sklopih: 1. opis svojega zdravstvenega stanja in morebitnih zdravstvenih težav, 2. osebna zgodovina uporabe zdravstvenih storitev, 3. odločanje o iskanju pomoči v zdravstvenem sistemu ter ovire pri uporabljanju zdravstvenih storitev, 4. izkušnje v čakalnici, z zdravniki in drugim medicinskim osebjem, 5. hospitalizacije, 6 drugo. Triurni pogovor, ki je potekal v prostorih Fakultete za socialno delo v Ljubljani, je bil zvočno sneman, dobesedno prepisan in nato obdelan po metodi kvalitativne analize.

ANKETIRANJE

V skladu z nameni raziskave smo pripravili vprašalnik, ki je obsegal 90 vprašanj (oziroma lestvic) z mnogimi podvprašanji. Vprašanja so bila večinoma zaprtega tipa in so zajemala različna področja, ki so spodaj našteta. Ob vsakem področju je naveden tudi osnovni vir, iz katerega smo črpali format in vsebino vprašanj (kjer je to relevantno):

- demografski podatki, podatki o značilnostih brezdomstva, podatki o življenjskih izkušnjah/dogodkih ter podatki o obiskovanju različnih zdravstvenih ustanov – vprašanja s tega področja so v glavnem primerljiva z vprašanji iz ankete, uporabljene v raziskavi Problematika brezdomstva v Ljubljani (Dekleva in Razpotnik, 2006) ter opisane v knjigi Brezdomstvo v Ljubljani (Dekleva in Razpotnik, 2007);
- doživljanje in izkušnje v zdravstvenih ustanovah – povzeto in prilagojeno

po Nolimal, Leskovšek in Pokrajac (2008);
- bolezenska stanja, skrb za zdravje, jemanje zdravil, telesna teža, kajenje – povzeto in prilagojeno po EHIS 2007 (Zdravje in zdravstveno varstvo v Sloveniji, 2009);
- psihosocialno zdravje (doživljajski in vedenjski kazalniki), socialne mreže in podpore – vzeto iz raziskave Socialna vključenost in psihosocialno zdravje mladih z izkušnjami brezposelnosti na območju Ljubljane (Dekleva, 2004) ter monografije Delo je luksus: mladi o izkušnjah brezposelnosti (Rapuš Pavel, 2005);
- spolnost – pri oblikovanju vprašanj je sodelovala Evita Leskovšek;
- samomorilnost – uporabljen Vprašalnik o mislih na smrt in samomoru avtorjev Marušiča, Roškarja in Zorka (2004);
- uporaba prepovedanih drog – vprašanja so bila razvita na podlagi različnih virov, med drugim tudi po Nolimalu (2004);
- umrljivost in vzroki zanjo – idejo za vprašanja je prispeval Dušan Nolimal;
- uporaba alkohola – lestvica AUDIT-a (Babor in drugi, b. d.).[15]

Vprašalnik smo izpolnjevali individualno, tako da je v večini primerov anketar anketirancu vprašanja bral in sam označeval anketirančeve odgovore, v manjšini primerov pa je anketiranec sam bral in označeval svoje odgovore. Vsak anketiranec je za izpolnjevanje ankete dobil 3 € kot nadomestilo za porabljen čas.

Anketirali smo vzorec 122 oseb iz šestih slovenskih mest. Anketiranje je v Mariboru, Celju, Kranju, Kopru in Murski Soboti potekalo tako, da smo vzpostavili stike s strokovnimi delavci v tamkajšnjih zavetiščih za brezdomce in jih prosili, ali bi lahko med svojimi uporabniki izbrali 10 oseb ter jih anketirali. Po naših informacijah so v teh zavetiščih v anketiranje vključili vse tiste, ki so bili za to motivirani. Iz teh mest so nam poslali po 10 (Maribor), 8 (Celje), 3 (Kranj), 8 (Koper) in 5 (Murska Sobota) izpolnjenih anket.

V Ljubljani smo anketirali preostalih 68 oseb (ali 64 % celotnega vzorca), pri čemer smo jih vzorčili na stratificiran način. Angažirali smo pet anketarjev in jih napotili v Zavetišče za brezdomce na Poljanski cesti (predvsem v času razdeljevanja kosil), dnevni center Vincencijeve družbe dobrote, dnevni center

[15] Pri izboru in prirejanju vprašanj s področij uporabe drog, alkohola, samomorilnosti in duševnega zdravja je sodeloval Dušan Nolimal.

Kraljev ulice, dnevni center Društva Stigma ter na ljubljanske ulice. Naš cilj je bil, da anketarji na omenjenih štirih določenih lokacijah ter tudi na različnih ljubljanskih ulicah poiščejo približno enake deleže brezdomcev, s čimer naj bi zajeli čim bolj različne podskupine brezdomcev (glede na njihovo povezanost s posameznimi institucijami) oziroma zagotovili večjo posplošljivost naših rezultatov. Ljubljanske anketarje smo še prosili, naj v anketiranje pritegnejo med 10 in 20 % žensk. Ta cilj so dosegli, pri čemer je v Ljubljani večino žensk anketirala ženska anketarka. Anketarje v Ljubljani smo na treh srečanjih posebej usposabljali za razmeroma bolj zahtevno delo v odprtem okolju oziroma na terenu. Med njimi so bili tako strokovni delavci kot tudi brezdomci; vsi so imeli veliko izkušenj z brezdomstvom in so dobro poznali ljubljansko brezdomsko sceno in ljudi na njej.

Uporabili smo torej oportunistično vzorčenje z elementi stratificiranja in slučajne izbire. Čeprav naš vzorec ni povsem reprezentativen, pa menimo, da kar dobro odraža strukturo tako imenovanega odkritega brezdomstva v Sloveniji, predvsem seveda v urbanih okoljih.

V celotnem vzorcu je 22 ali 16 % žensk ter 102 ali 84 % moških.

Starost anketiranih je med 20 in 77 let, s tem da jih je bilo 80 % starih med 27 in 60 let. Povprečna starost vseh je bila 42,7 leta (mediana je 41 let), vendar so bili moški v povprečju stari 43,6 leta, ženske pa 38,5 leta.

Tudi povprečna starost anketiranih v posameznih mestih se nekoliko razlikuje. Navzgor najbolj odstopata Maribor z 59 leti in Kranj s 55 leti, navzdol pa Koper z 38 leti in Murska Sobota s 40 leti.

OBDELAVA PODATKOV

Podatke smo obdelali predvsem z metodami deskriptivne statistike. Primerjav rezultatov med različnimi raziskavami (viri podatkov) večinoma nismo statistično testirali, zveze med spremenljivkami znotraj naših podatkov pa smo testirali z metodo analize variance.

Svoje podatke smo primerjali največkrat s podatki raziskav EHIS07 (Zdravje in zdravstveno varstvo v Sloveniji, 2009), raziskavo Socialna vključenost in psihosocialno zdravje mladih z izkušnjami brezposelnosti na območju Ljubljane (Dekleva, 2004) ter raziskavo Problematika brezdomstva v Ljubljani (Dekleva

in Razpotnik, 2007; Razpotnik in Dekleva, 2007). Tabela 17 prikazuje osnovne značilnosti teh treh raziskav. Primerjava pokaže, da sta sicer raziskavi EHIS07 in Socialna vključenost in psihosocialno zdravje mladih z izkušnjami brezposelnosti na območju Ljubljane glede na svoje metodološke značilnosti z našo raziskavo sicer precej neprimerljivi, vendar v mnogih ozirih predstavljata najbolj primerljiva (oziroma sploh dostopna) vira podatkov.

Tabela 17: Značilnosti treh primerjanih raziskav

Značilnosti	**Raziskava**			
	Raziskava - Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev	EHIS07	Socialna vključenost in psihosocialno zdravje mladih brezposelnih	Problematika brezdomstva v Ljubljani
Numerus	122	2188	656	107
Povprečna starost	M = 42,7	ME = 46	M = 23,4	M = 41,3
Delež moških	83,6 %	46,9 %	35,8 %	86,0 %
Vrsta vzorca	nacionalen, oportunističen	nacionalen re-prezentativen	ljubljansko območje	ljubljansko območje
Ključ vzorčenja	brezdomci	stratificiran reprezenta-tiven vzorec prebivalstva, starejšega od 15 let	mladi brezposelni, stari od 18 do 26 let, v zadnjem letu vsaj 3 mesece zdržema prijavljeni kot brezposelni	brezdomci
Način zbiranja podatkov	praviloma individualno anketiranje na različnih terenskih lokacijah	individualno anketiranje na domačem naslovu	poštno anketiranje	praviloma individualno anketiranje na različnih terenskih lokacijah

PRILOGA 2:

RAZMIŠLJANJA O MOŽNIH UKREPIH NA PODROČJU ZMANJŠEVANJA RABE PSIHO-AKTIVNIH SNOVI (PAS) MED BREZDOMCI

PRILOGA 2: RAZMIŠLJANJA O MOŽNIH UKREPIH NA PODROČJU ZMANJŠEVANJA RABE PSIHOAKTIVNIH SNOVI (PAS) MED BREZDOMCI

ALKOHOL

Raziskava je potrdila domneve, da so brezdomci tista populacijska skupina, ki je še posebej dovzetna za škodljivo rabo različnih psihoaktivnih snovi (PAS), zlasti tobaka in alkoholnih pijač. Živijo v slabem okolju (ogroženih bivalnih območjih), ki predstavlja žarišče številnih dejavnikov tveganja in težav, povezanih tudi s škodljivo rabo psihoaktivnih snovi, ki domnevno služijo tudi za lajšanje psihosocialnih stisk. Glede na zbrane podatke ostaja odprto vprašanje, kako v programe svetovanja, zdravljenja odvisnosti in v druge programe obravnave problematike psihoaktivnih snovi pritegniti tudi brezdomce. Več pozornosti je treba temu problemu nameniti v preventivni strategiji države v zvezi z rabo psihoaktivnih snovi med prebivalci, zlasti s širitvijo in zagotavljanjem terenskih intervencij za brezdomce v ogroženih okoljih. Posebej na področju škodljivega pitja in odvisnosti od alkohola je treba poiskati učinkovitejše načine, kako vzpostaviti stik z ogroženimi posamezniki in jih vključiti v programe pomoči na način, ki je v skladu z njihovimi potrebami ter družbenimi in demografskimi značilnostmi.

Posebno pozornost je treba nameniti nadaljnjemu razvoju dispanzerske metode dela, ki naj bi vključevalo terensko in patronažno delo z ranljivimi in posebej ogroženimi skupinami za vse psihoaktivne snovi (glej Priporočila glede zdravstvenega varstva, intervencij na terenu ter dispanzerske oblike dela; Zaletel - Kragelj idr., 2007).

TOBAK

V Sloveniji si že dolga leta prizadevamo preprečiti oziroma zmanjšati rabo tobaka med otroki in mladostniki ter splošno odraslo populacijo, da bi tako zmanjšali obolevnost in umrljivost, povezani z njo. Delež kadilcev se je med splošno populacijo v zadnjih letih že zmanjšal. Ta prizadevanja pa očitno ne dosegajo nekaterih »skritih« in zdravstveno najbolj ogroženih skupin, tudi

med otroki. Zamisliti se je treba ob podatku, da je skoraj polovica brezdomcev začela kaditi v starosti 15 let ali še prej. Glede na alarmantno razširjenost kajenja med brezdomno populacijo bo treba usmeriti preventivne dejavnosti ter dejavnosti za zmanjševanje škode tudi med populacijo brezdomcev ter zagotoviti dostopnost programov opuščanja kajenja tistim, ki si to želijo.

PREPOVEDANE DROGE

Poleg tobaka in alkohola so med brezdomci pogosteje razširjene tudi prepovedane droge. Velik delež brezdomcev je izpostavljen zgodnejši, pogostejši ali bolj problematični rabi prepovedanih drog. Brezdomci živijo v tako imenovanih »ogroženih bivalnih območjih« in sami iz različnih razlogov najpogosteje ne iščejo pomoči v zgodnjih fazah bolezni odvisnosti, ko bi bila pomoč še mogoča oziroma učinkovita. Zato so pri obravnavi problematike drog med to populacijo v ospredju proaktivni pristopi nudenja pomoči na terenu.

Seveda imajo brezdomci z urejenim zdravstvenim zavarovanjem možnost vključevanja v manj proaktivne zdravstvene programe na različnih ravneh. Gotovo je pri nas najbolj razširjeno zdravljenje z metadonom, ki ga je v preteklem letu uporabilo tudi 15,4 % brezdomcev v našem vzorcu in je lahko eden ključnih programov zdravljenja odvisnosti v okviru zmanjševanja škode rabe drog. Zdravljenje z metadonom je učinkovito pri zmanjševanju prepovedane rabe heroina in drugih opiatov, zmanjševanju tveganja okužbe z virusi HIV in hepatitisov ter preprečevanju nekaterih drugih zdravstvenih težav, umrljivosti in tudi kriminalnega vedenja. Ker omogoča velikemu številu uporabnikov opiatnih drog stike z zdravstveno službo, pomeni tudi vstopna vrata za iskalce pomoči ter obravnavo uživalcev v drugih programih: od tako imenovanih nizkopražnih programov do programov, usmerjenih v abstinenco. S sklepom Ministrstva za zdravje so bili v letu 1995 vzpostavljeni centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od drog v devetih slovenskih mestih. Danes je teh centrov že 18, poleg njih pa sta tudi dve ambulanti. Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja, ki spremlja obravnavo odvisnih oseb v teh centrih, so med to populacijo vsako leto med vsemi bolniki obravnavani tudi brezdomci, in sicer od 1 do 2 %.

PRIPOROČILA GLEDE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA, INTERVENCIJ NA TERENU IN DISPANZERSKE OBLIKE DELA

Terensko delo kot pomoč brezdomcem na področju problematike psihoaktivnih snovi lahko opredelimo kot v skupnost usmerjeno dejavnost, ki jo izvajamo z namenom, da bi se vzpostavili stiki z brezdomnimi posamezniki, ki uživajo različne droge in niso dosegljivi obstoječim službam oziroma jih ni mogoče doseči s tradicionalnimi zdravstvenimi, socialnimi in drugimi programi.

Tradicionalne metode zdravstvenega varstva navadno ne ustrezajo zahtevam teh posameznikov. Informacije o ukrepih za zmanjševanje tveganja pri rabi psihoaktivnih snovi, ki so posredovane prek tradicionalnih medijev, težje dosežejo to populacijo. Poleg tega so brezdomci, ki imajo probleme z alkoholom in prepovedanimi drogami, zaradi svojega kaotičnega življenjskega sloga, marginaliziranega položaja v skupnosti in kroničnega občutka ogroženosti nagnjeni k »pozabljanju« zdravstvenih informacij in zavračanju nasvetov formalnih oziroma uradnih ustanov. Zato smo tudi v Sloveniji že v sredini devetdesetih let v okviru strategije zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog in preprečevanja širjenja infekcijskih bolezni začeli razvijati različne terenske pristope pomoči, zlasti injicirajočim uporabnikom drog. Pri poskusih uvajanja terenskega dela smo naleteli na številne ovire v zvezi z vzorci razmišljanja tradicionalnih služb o tej obliki pomoči uporabnikom drog. Zaznali smo tudi odpor proti dejavnemu sodelovanju (participaciji) uporabnikov drog pri terenskem delu. Različne sistemske in druge ovire glede teh načinov izvajanja intervencij med ranljivimi skupinami so aktualne še danes.

Pri razvoju terenskega dela na področju preprečevanja in zmanjševanja škode rabe različnih psihoaktivnih snovi je treba izpostaviti vključevanje (participacijo) znanih predstavnikov ranljivih skupin v priprave in izvedbo intervencij; izredno pomemben je prispevek samih brezdomcev pri načrtovanju terenskega dela, ki se začne že pri zbiranju informaciji o ranljivih posameznikih in ogroženih bivalnih območjih. Poudariti velja bogastvo avtentičnih informacij in idej, ki so nam jih posredovali brezdomci tudi v zvezi z rabo različnih psihoaktivnih snovi, saj smo tako dobili širšo predstavo o načinu razvoja različnih odvisnosti in o različnih v to vpletenih dejavnikih tveganja in zaščite.

Terenski pristopi pomoči so odvisni od narave in namena pomoči in se začnejo s prihodom na teren. Dinamično spreminjanje problematike rabe različnih

drog med »skritimi« in ranljivimi populacijskimi skupinami ter spremljajoče tveganje in ogroženost po eni strani zahtevajo intervencije, ki bi jih lahko izvedli v relativno kratkem času, po drugi strani pa je ravno zaradi spreminjanja in dinamike pojava smiselno načrtovati dolgotrajne oziroma kontinuirane intervencije na terenu. Priprave za delo na terenu sestavljajo iskanje zunanjih in notranjih virov. Zunanji viri so informacije na podlagi že opravljenih etnografskih in drugih raziskav. Notranji viri pa so informatorji iz vrst brezdomne populacije, ki raziskovalcem ne le svetujejo, ampak jim v primeru potrebe po hitrem ukrepanju (predoziranje, tveganje za širjenje infekcijskih bolezni ipd.) največkrat tudi omogočijo vstop na teren. Informatorji imajo dostop do notranje strukture skupine in vpogled vanjo, zato lahko terenske delavce vanjo vpeljejo.

Ko se terenski delavec pripravlja na intervencijo, mora najprej znati oceniti škodljivost rabe drog in ogroženost tako posameznikov kot skupnosti. V oceni mora poskušati odkriti tiste dejavnike, ki povečujejo tveganja oziroma zdravstveno ogroženost, in tiste, ki jih zmanjšujejo, ter seveda ugotoviti naravo in razsežnost škodljive rabe različnih drog. Tveganje je na primer večje, če v skupini brezdomcev (vsi) vrstniki uporabljajo droge in če so droge poceni in lahko dostopne; manjše pa je na primer, če (tradicionalne) strokovne službe ustrezno in učinkovito ukrepajo in prilagajajo svoje ukrepe potrebam ranljivih skupin ter če so škodljivi učinki rabe drog in načinov njihovega uživanja splošno znani med ranljivimi skupinami. Ocena teh dejavnikov je bistvena, čeprav so čas in sredstva terenskega delavca pogosto zelo omejeni. Brez take ocene tudi težko prepričujemo ključne ljudi o potrebnosti terenskega dela. Terenska ocena daje informacijo o razsežnosti problema in o spremembah, ki se morajo zgoditi v skupnosti (na primer, kolikšen odstotek kriminala in nesreč je povezan z rabo drog). S temi informacijami lahko vplivamo na oblikovalce javnega mnenja in vodje različnih služb in institucij. Dobra informacija s terena je podlaga za ustrezno vplivanje na skupnost (na primer o potrebnosti zagotovitve lahke dostopnosti igel in brizg za odvisnike na terenu). Služi nam tudi pri vrednotenju drugih ukrepov na področju drog nasploh.
Za reševanje splošne zdravstvene problematike in posebej tiste, povezane s škodljivo rabo alkohola, tobaka in prepovedanih drog med brezdomci, bi kazalo obuditi in upoštevati načela in spoznanja dispanzerskega dela z ranljivimi populacijskimi skupinami. Pomoči brezdomcem ne moremo deliti posebej na kurativno, preventivno ali socialno dejavnost. Potrebujemo aktivno zdravstveno in socialno varstvo, pri katerem je »dispanzer« tisti, ki dejavno posega v socialno in zdravstveno problematiko na svojem terenu.

Priporočene ukrepe za dispanzersko delo z brezdomci (in drugimi ranljivimi skupinami) lahko strnemo v naslednjih točkah:

- epidemiološko spremljanje problematike socialnih bolezni in brezdomstva v lokalni skupnosti;
- poznavanje zdravstvene in socialne problematike brezdomcev;
- preventiva, zmanjševanje škode ter zgodnje odkrivanje posledic škodljive rabe psihoaktivnih snovi (s preventivnimi presejalnimi programi na bolezni odvisnosti; terenskimi preventivnimi pregledi oziroma sistematičnimi pregledi posebej ogroženih posameznikov);
- sodelovanje z drugimi specialističnimi službami za zdravljenje bolezni odvisnosti;
- spremljanje in preprečevanje nesreč in poškodb med brezdomci;
- spremljanje in preprečevanje obolevanja in (zgodnje) umrljivosti brezdomcev;
- zasledovanje gibanja in preprečevanje nalezljivih bolezni med brezdomci;
- organizacija posvetovalnih programov za telesno, psihično in socialno zdravje;
- izvajanje cepljenja za brezdomce;
- svetovanje z namenom zaščite brezdomnih družin, posebej brezdomnih nosečnic in brezdomnih otrok, sodelovanje z ustreznimi specialističnimi zdravstvenimi službami;
- razvoj različnih oblik terenskega dela z brezdomci in sodelovanje s polivalentno patronažno službo ter drugimi službami in nevladnimi organizacijami za terensko pomoč brezdomcem (in drugim ranljivim skupinam);
- skrb za brezdomce z duševnimi motnjami, zagotavljanje specialističnega psihiatričnega zdravljenja;
- sodelovanje z drugimi medicinskimi in nemedicinskimi službami in organizacijami, ki vključujejo pomoč brezdomcem v svojo dejavnost;
- znanstvenoraziskovalno delo;
- drugo.

Dispanzerska skrb za zdravstveno varstvo ranljivih skupin naj bi bila prednostna naloga v politiki na področju rabe alkohola, tobaka in drugih drog. Vendar obstaja občutna vrzel med politično voljo in praktičnim udejanjanjem ter izvajanjem selektivnih programov prevencije in pomoči ranljivim skupinam znotraj politike zdravstvenega varstva. Tudi terenske intervencije, namenjene brezdomcem in drugim ranljivim skupinam, bi morale postati bolj prepoznavne v smislu podpiranja, njihovega načrtovanja, izvajanja in vrednotenja v sistemu

zdravstvenega varstva. Proaktivni programi informiranja, ozaveščanja in zagotavljanja zdravstvenih storitev na ulici bi morali postati sestavni del politike na področju krepitve in varovanja zdravja vseh ter še posebej najranljivejših populacijskih skupin.

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

Knjiga obravnava problematiko zdravstvenega stanja slovenskih brezdomcev ter dostopnosti zdravstvenega sistema zanje. V raziskavi je bila uporabljena metoda fokusne skupine in terenskega anketiranja, ki je zajela 122 brezdomcev iz šestih slovenskih mest. V Ljubljani je bilo anketiranje opravljeno na različnih, tudi terenskih lokacijah oziroma zunaj institucij, v ostalih petih mestih pa samo v tamkajšnjih zavetiščih za brezdomce. Na ta način zajet vzorec je bil reprezentativen predvsem za tako imenovano odkrito, cestno in dolgotrajno brezdomstvo. Osnovna ugotovitev raziskave je, da za raziskovano populacijo ljudi s precejšnjo mero gotovosti velja, da je zdravstveno bolj ogrožena oziroma je njeno bio- in psihosocialno stanje/zdravje slabše od stanja splošne (slovenske) populacije (glede na rezultate raziskave EHIS 2007). Ta ugotovitev velja predvsem za področje duševnega zdravja in odvisnosti ter za druge telesne bolezni in stanja, ki so povezani z načinom življenja na cesti. Druga osnovna ugotovitev je, da je za preučevano skupino ljudi dostopnost zdravstvenega sistema in storitev slabša, kot velja za splošno (slovensko) populacijo. Približno tretjina do polovica anketiranih je namreč navajala izrazito prisotnost različnih ovir, ki jim preprečujejo uporabo zdravstvenih storitev, podoben del anketiranih pa ocenjuje, da so v zdravstvenih ustanovah negativno diskriminirani. Analiza posameznih podskupin anketiranih brezdomnih oseb pokaže, da zdravstveni sistem in njegovo dostopnost pomembno slabše ocenjujejo tisti, ki so postali brezdomci bolj zgodaj v življenju, ki so že prej bili institucionalizirani, ki imajo slabše socialne podporne mreže, ki so odvisni od dovoljenih ali nedovoljenih drog in ki imajo psihiatrične težave. Zelo očitno slabši je položaj oseb s tako imenovanimi dvojnimi diagnozami, komorbidnostjo oziroma hkratno prisotnostjo zasvojenosti in še kakih drugih duševnih težav/bolezni. Knjiga v zaključku daje številna priporočila za prihodnji razvoj področja zdravstvenega obravnavanja brezdomnih oseb, pri čemer posebno poudarja načelo nižanja praga za vstop v zdravstveni in zobozdravstveni sistem, potrebo po celostni obravnavi ter bolj individualiziranih oblikah pomoči, razvijanje terenskega dela z namenom doseganja skrite populacije, potrebo po vzpostavitvi in vzdrževanju medsebojnega sodelovanja in usklajevanja med resorji in organizacijami, ki se z brezdomci srečujejo, zapolnjevanje manjkajoče postbolnišnične oskrbe, vključevanje brezdomcev v odločanje na različnih ravneh, predvsem pa razvijanje programov, ki bodo omogočali dostopno, varno in trajno nastanitev za vsakogar.

Ključne besede: brezdomstvo, zdravje, socialna izključenost, zdravstveni sistem, dostopnost zdravstvenega sistema, Slovenija, odvisnost od psihoaktivnih snovi, težave z duševnim zdravjem

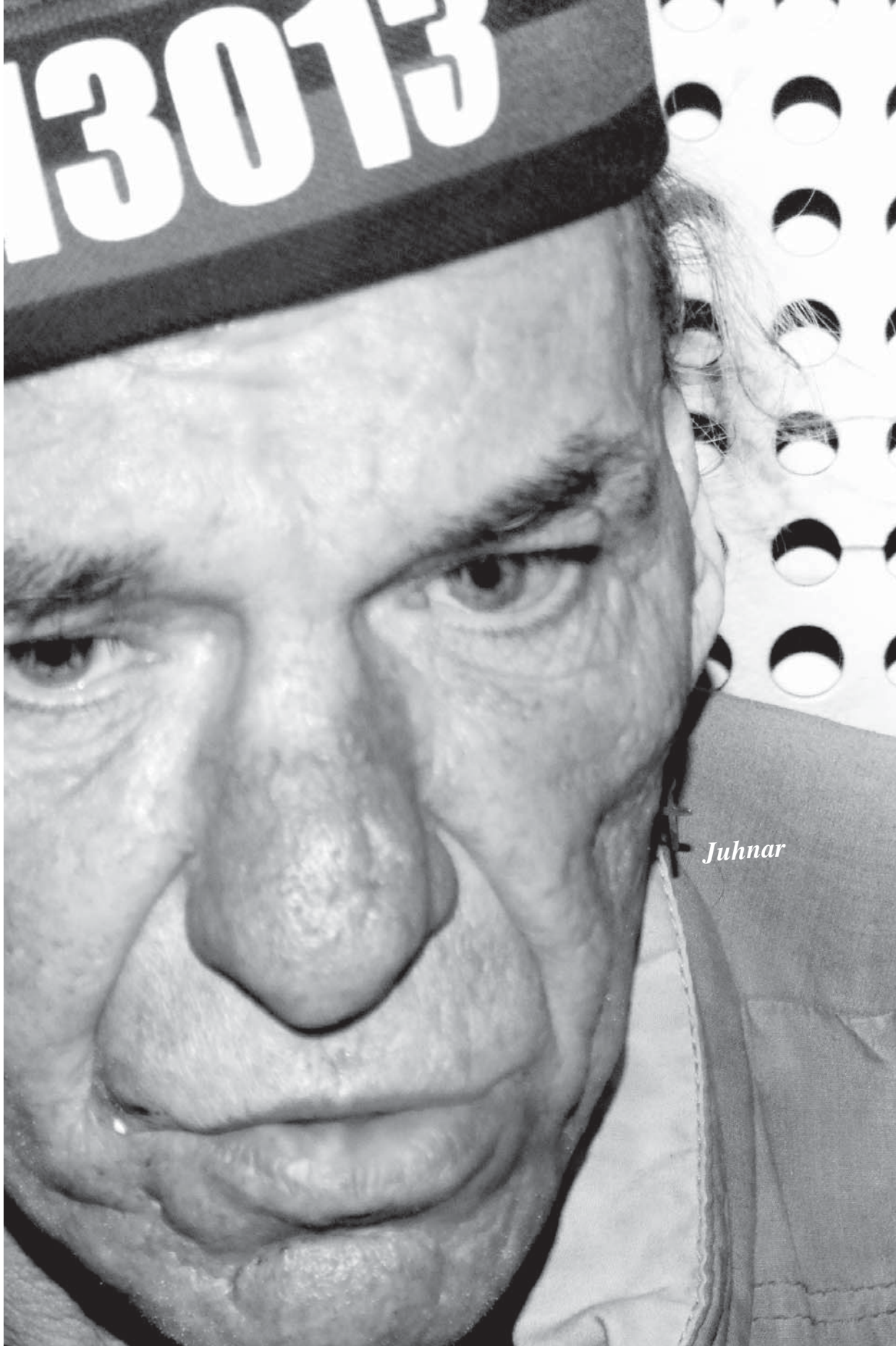
ABSTRACT AND KEY WORDS

ABSTRACT AND KEY WORDS

The book brings the results of a research project on health of Slovenian homeless people and the accessibility of the health services for them. In research the methods of focus groups and field survey were used, the latter with 122 homeless people from six Slovenian towns. In the Slovenian capital Ljubljana the homeless were contacted in different locations, also on the streets and other non-formal places, while in other five towns they were contacted in the homeless shelters. This sample is so supposed to be representative mostly of the overt, street and long term homelessness. The basic finding of the research is that the homeless people's health state is considerably worse compared to the general Slovenian sample (using data from the European Health Interview Survey 2007). This finding is especially relevant for the fields of alcohol and drug addiction, mental health problems and other health problems related to the life in streets. Another basic finding is that accessibility of the health services for the homeless is worse compared to general population. Among one third and one half of the surveyed people confirmed the existence of many obstacles in accessing the health system and looking for health services. A similar part were experiencing negative discrimination in medical institutions. The analysis of the specific subgroups showed that the accessibility of health services was experienced and evaluated significantly worse by those, who become homeless earlier in their lives, who had been already institutionalized before, who had weaker and less supportive social networks, who are addicted to alcohol and illegal drugs and who had mental health problems. Obviously worse was the situation of people with co-morbidity or so-called double diagnoses, being addicted and having also other problems in mental health. At the end of the book many suggestions are given regarding the future development of health services for the homeless. Among them the following are the most important: the principle of the lowering of the threshold for entering into the health system, the need for more holistic and individualized approaches in the delivery of health services, developing outreach and peripatetic work, the need for interdisciplinary and inter-sectorial coordination and collaboration, the need for filing-in the gap in post-hospital treatments, supporting and developing homeless people participation in designing health services for them and, primarily, development of programs which would enable accessible, safe and long term home (accommodation, settlement) for everybody.

BREZDOMSTVO, ZDRAVJE IN DOSTOPNOST ZDRAVSTVENIH STORITEV

Key words: homelessness, health, social exclusion, health system, accessibility of the health system, Slovenia, alcohol and drug addiction, mental health problems



Juhnar

AVTORSKO KAZALO

AVTORSKO KAZALO

Alderton L. 126
Andujo E. 26, 125
Babor T. F. 123, 130
Bangsberg D. R. 125
Bartles M. D. 126
Bell D. N. 26, 123
Boškić R. 13, 123
Botwinick G. 123
Bridgeman R. 13,124
Busen N. H. 116, 123
Campling J. 12, 123
Cauce A. M. 26, 126
Clapham D. 13, 124
Clark R. A. 125
Clatts M. C. 124
Conde-Martel A. 29, 124
Corbin A. 125
Craig T. 28, 128
Crane M. 13, 123, 125
Crane J. 125
Čebašek – Travnik Z. 84, 124, 126
Dekleva B. 11, 18, 19, 22, 31, 33, 43, 41, 53, 65, 89, 91, 92, 123, 125, 129, 131, 132
Dempsey A. 125
Doods S. 123
Edgar B. 12, 18, 20, 123, 124
Engebretson J. C. 116, 123
Eržen I. 126
Ford M. 13, 124
Fras Z. 32, 126
Friedman L. B. 123
Friedmann P. D. 124
Garibaldi B. 29, 124
Gillespie D. L. 125
Glasser I. 13, 124

Goldsamt L. D. 124
Gwadz M. V. 26, 124
Hansen I. L. S. 30, 51, 124
Horton N. J. 124
Hovnik – Keršmanc M. 84, 124, 126
Hoyt D. R. 126
Hudson B. 126
Hutson S. 13, 17, 123, 124
Jasjit S. A. 126
Johnson D. K. 126
Johnson R. L. 123
Jones G. R. 13, 26, 124
Kertesz S. G. 29, 124
Kolšek M. 84, 124
Lee J. R. 125
Leonard N. R. 124
Leskovšek E. 31, 40, 41, 125, 130
Lester H. 25, 27, 28, 125
Liddiard M. 13, 17, 123, 124
Lindsell C. J. 125
Mandič S. 125
Martinez J. 123
Marušič A. 125, 130
Masson N. 25, 27, 28, 125
Masters C. 26, 27, 126
Maučec - Zakotnik J. 126
Meert H. 18, 20, 124
Melvin P. 28, 29, 125
Min E. 13, 125
Moss A. R. 124
Mounier C. 26, 125
Muckle W. 26, 27, 126
Murdoch A. 13, 125
Heather N. 124
Nolimal D. 31, 40, 41, 125, 130
O'Toole T. P. 29, 124
Palmer J. 124
Perry S. 125
Pokrajac T. 31, 125, 130

Premik M. 126
Rapuš Pavel J. 125, 130
Ratner E. R. 126
Razpotnik Š. 8, 11, 16, 19, 22, 31, 33, 40, 41, 53, 65, 121, 125, 129, 132
Riley E. D. 25, 27, 125
Roskar S. 125, 130
Saitz R. 124
Samet J. H. 124
Savage C. L. 25, 27, 30, 116, 125
Scott J. 25, 126
Sell R. L. 123
Shaw K. 123
Siciliano C. 123
Simpson D. 124
Song J. 30, 126
Sotheran J. L. 123
Sveticic J. 125
Timms P. W. 28, 123
Turnbull J. 26, 27, 126
Tyler K. A. 26, 126
Walker L. E. 123
Warnes A. 30, 123
Whitbeck L. B. 26, 126
Wu A. W. 125
Zajc M. 13, 123
Zaletel - Kragelj L. 84, 126, 135
Zorko M. 125

STVARNO

KAZALO

STVARNO KAZALO

alkohol 12, 15, 25, 26, 30, 31, 41, 52, 53, 60, 61, 72, 77, 78, 80-85, 93-95, 102, 104, 106, 107, 117, 118
ambulanta s posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega zavarovanja 28, 32, 39, 48, 62, 68-70, 94, 95, 105, 107, 115, 136
asertivno, proaktivno delo 28, 29, 114, 119, 136
brezposelnost 12-14, 22, 32, 47, 89, 91, 92, 130-132
dezinstitucionalizacija 13, 14, 15
diskriminacija 26, 58, 60, 61, 97-100, 107, 143
dostopnost in ovire v dostopnosti zdravstvenega sistema/storitev 7, 8, 15, 20-22, 26-32, 40-42, 45, 46, 49, 53, 58, 59, 70, 72, 74, 77, 96-98, 100-102, 104, 105, 107, 108, 111, 114, 117, 118, 120, 132, 136, 138, 143
duševne težave, duševno zdravje, težave z duševnim zdravjem 12, 22, 25-30, 42, 54, 65, 77, 78, 80, 81, 88, 89, 91, 92, 102, 104-108, 111, 117, 130, 139, 143
dvojne diagnoze, kombinirane motnje 22, 30, 64, 65, 105, 107, 114, 116, 143
invalidski status/upokojitev 47, 48, 64
izključenost (socialna) 15, 22, 25, 28, 32, 40-42, 55, 72, 74, 77, 79, 92, 118, 144
kakovost zdravstvene obravnave in sistema 96, 100-102, 107
modeli obravnavanja brezdomstva 17, 18
nediskriminatorno delo 28, 119
negovalna bolnišnica/klinika/ustanova 47, 53, 72, 95, 115, 116
nikotin, kajenje, cigarete 66, 77, 82, 85, 106, 130, 135, 136
nizkopražno delo 20, 120, 136
nujna pomoč, urgenca 27, 28, 61, 63, 94, 95, 116
odpusti iz bolnišnic 32, 49, 50, 51, 53, 54, 66, 70, 71, 99, 120
ogrožene skupine 28, 29, 40, 41, 49, 65, 71, 72, 74, 86, 88, 100, 105, 106, 111, 114, 117, 119, 135-139, 143
posttretmanska obravnava 29, 53, 65, 72, 120,
promocija zdravja 115, 116, 118
psihiatrična ustanova, oskrba, zdravljenje, obravnava 15, 25, 31, 41, 65, 78, 92, 95, 102, 104, 107, 139, 143

psihoaktivne substance, droge 8, 12, 15, 25-27, 30, 31, 40, 45, 47, 50, 52, 61-63, 72, 74, 77, 78, 80-82, 85, 86, 93-95, 98-100, 102, 104, 106,107, 117, 118, 121, 130, 133, 135-139, 143, 144
ranljivost (socialna) 7, 8, 28, 31, 32, 40, 41, 64, 65, 74, 115, 120, 135, 137-140
rehabilitacija 17, 28
revščina 12, 22, 32, 58, 65, 67, 68, 74
samomor, samomorilnost 86-89, 106, 118, 130
socialne mreže 14, 18, 22, 26, 41, 42, 51, 53, 67, 77, 81, 84, 91, 92, 104, 106, 107, 118-120
sodelovanje, medsektorsko 7, 8, 30, 46, 72, 118, 119, 120, 139, 143
stanovanjska problematika 12-15, 18, 20, 39, 53, 72, 79
terensko delo 20, 29, 31, 40, 46, 54, 58, 59, 87, 88, 111, 114, 115, 119, 120, 129, 132, 135, 137-139, 143
učinek vrtljivih vrat 29, 30, 51, 65
vzroki za brezdomstvo 11-17
zagovorništvo 67, 115, 119, 120
zapor 12, 15, 20, 22, 78, 79, 101, 104
zasvojenost/odvisnost 12, 15, 22, 25-27, 29-31, 41, 42, 50, 52, 53, 55, 56, 63, 65, 67, 72, 77, 80-84, 86, 88, 92, 95, 101, 102, 104-108, 111, 117, 135-139, 143
zaupanje v zdravstveni sistem, med strokovnjakom in brezdomcem 26, 42, 77, 119
zavetišča, namestitve, nastanitve, nastanitvena podpora 7, 8, 20, 22, 29, 32, 39, 40, 47, 50, 53, 54, 56, 58, 77-79, 86, 111, 114, 116, 117, 130, 143
zdravila, medikacija in samomedikacija 32, 47, 48, 58, 63, 65-68, 70, 71, 74, 77, 93, 94, 107, 111, 117, 118, 130
zdravniki, zdravstveno osebje 45, 48, 54, 60, 100, 118, 129
zdravstveno zavarovanje 7, 29, 31, 32, 39, 47, 48, 50, 53, 55-58, 62, 64, 68-71, 72, 74, 93, 98, 102, 105, 119, 136

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.2-058.51
316.344.7

RAZPOTNIK, Špela, 1976-
Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev / uredila Špela Razpotnik in Bojan Dekleva ; [fotografija Tomislav Gruden]. - Ljubljana : Ministrstvo za zdravje, 2009

ISBN 978-961-6523-36-3
1. Dekleva, Bojan
245782784

Jože in Rado

"MI SMO BOLNICA NE SOCIALNA USTANOVA!"

OBLIKOVANJE - WWW.INFORNA-ECHO.SI