

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

Rastislav Knez

**ZDRAVJE IN DOSTOPNOST ZDRAVSTVENIH STORITEV
BREZDOMCEM V LOKALNI SKUPNOSTI**

Magistrska naloga

Mentor: doc. dr. Srečo Dragoš

Ljubljana, 2015

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju doc. dr. Sreču Dragošu za strokovno pomoč pri usmerjanju in pripravi magistrske naloge. Za pomoč pri pripravi magistrske naloge se zahvaljujem uporabnikom Zavetišča za brezdomce Želva v Žalcu, Nataliji Zupančič, univ. dipl. psihologinji, predsednici Društva za pomoč in samopomoč Želva – Eureka Žalec, Alenki Kobal, dr. med., iz Zdravstvenega doma dr. Jože Potrata Žalec in Nuši Konec Juričič, dr. med., vodji skupine za nenalezljive bolezni OE NIJZ Celje. Iskrena hvala vsem za podporo in strpnost, za spodbude in motivacijo pri študiju.

KAZALO

1	TEORETIČNI DEL.....	5
1.1	Uvod in opredelitev problema	5
1.2	Brezdomstvo in zdravstvena problematika.....	6
1.2.1	Definicija brezdomstva in njegove oblike	6
1.2.2	Socialno-ekonomske determinante zdravja	10
1.2.3	Zdravje v Sloveniji	13
1.2.4	Zdravje populacijskih skupin	16
1.2.5	Individualizacija zdravja in medikalizacija	21
1.2.6	Zdravstveno stanje brezdomcev	27
1.3	Vloga zavetišča za brezdomce Želva v Žalcu pri varovanju in krepitevi zdravja v lokalni skupnosti.....	31
1.3.1	Programska usmeritev Zavetišča za brezdomce Želva.....	31
2	EMPIRIČNI DEL.....	33
2.1	Pregled problematike - namen raziskovanja.....	33
2.2	Problem	34
3	METODOLIGIJA	35
3.1	Vrsta raziskave	35
3.2	Zbiranje podatkov.....	35
3.2.1	Anketa	35
3.2.2	Intervju	36
3.3	Teme.....	36
3.4	Populacija in vzorčenje.....	37
3.5	Obdelava in analiza podatkov	37
4	REZULTATI	38
4.1	Socialno – ekonomske in zdravstvene značilnosti uporabnikov Zavetišča Želva v Žalcu	38
4.2	Zdravstveno stanje brezdomcev	45
4.2.1	Samoocena trenutnega zdravstvenega stanja.....	45
4.2.2	Pogostost bolezni.....	47
4.2.3	Zdravje ustne votline	50
4.2.4	Prehranjevanje in telesna teža	51
4.2.5	Težave z duševnim zdravjem	53
4.2.6	Prisotnost socialnih mrež.....	57
4.2.7	Raba zdravil.....	59
4.2.8	Uporaba zdravstvenega sistema	62
4.2.9	Izkušnje z zdravstvenim sistemom.....	67

4.2.10	Pomoč zaposlenih v zavetišču za izboljšanje zdravstvenega stanja	74
5	ZAKLJUČEK.....	78
6	UGOTOVITVE	82
7	PREDLOGI	83
8	POVZETEK	84
9	LITERATURA IN VIRI.....	86
10	PRILOGE	92
10.1	Priloga 1	92
10.1.1	Vprašalnik o zdravstvenem stanju in izkušnjami z zdravstvenim sistemom uporabnikov Zavetišča za brezdomce Želva	92
10.2	Priloga 2	97
10.3	Priloga 3	103
10.4	Priloga 4	109
10.4.1	Intervju 1	109
10.4.2	Intervju 2	113
10.4.3	Intervju 3	116
10.5	Priloga 5	118
10.5.1	Podatki o programu Zavetišča za brezdomce Želva v Žalcu	118

Seznam grafov, tabel in slik:

Graf 1:	Socialno – ekonomske značilnosti uporabnikov zavetišča Želva v Žalcu	39
Graf 2:	Bivalne razmere uporabnikov	42
Graf 3:	Zdravstvene razmere brezdomcev v zavetišču Želva.....	43
Graf 4:	Samoocena trenutnega zdravstvenega stanja v deležih (%) pritrdilnih odgovorov »Nezadovoljen » in »Zadovoljen«.....	46
Graf 5:	Pogostost bolezni in stanj v deležih (%) pritrdilnih odgovorov.....	47
Graf 6:	Zdravje ustne votline.....	50
Graf 7:	Prehrana in prehranjevalne navade. Porazdelitev ITM (Indeks telesne mase) v odstotkih (%) med anketiranci	52
Graf 8:	Obolevnost zaradi duševnih in vedenjskih motenj na 1000 odraslih na podlagi diagnoz, ugotovljenih pri prvem obisku na primarni ravni v pravni enoti Žalec in regiji Celje v letih 2002-2011	54
Graf 9:	Incidenčna stopnja samomora v upravni enoti Žalec in regiji Celje v letih 2004-2013.....	55
Graf 10:	Duševne in vedenjske motnje	56
Graf 11:	Prisotnost ali odsotnost socialnih mrež	58
Graf 12:	Delež v številu izdanih receptov v Sloveniji 2013	60
Graf 13:	Raba zdravil	61
Graf 14:	Uporaba zdravstvenega sistema	63
Graf 15:	Število obiskov anketirancev v zdravstvenih ustanovah.....	64
Graf 16:	Zmanjšanje hospitalizacij anketirancev v deležih (%) po prihodu v Zavetišče Želva	66

Graf 17: Izkušnje z zdravstvenim sistemom	70
Graf 18: Pomoč zaposlenih v Zavetišču Želva pri izboljšanju zdravstvenega stanja uporabnikov	76

Tabela 1: Značilnosti petnajstih brezdornih udeležencev ankete	97
Tabela 2: Socialno-ekonomske in zdravstvene značilnosti uporabnikov zavetišča	103
Tabela 3: Samoocena zdravstvenega stanja	104
Tabela 4: Zdravstveno stanje.....	104
Tabela 5: Zdravje ustne votline	105
Tabela 6: Prehrana in prehranjevalne navade.....	105
Tabela 7: Duševne in vedenjske motnje	105
Tabela 8: Prisotnost ali odsotnost socialnih mrež	106
Tabela 9: Zdravila	106
Tabela 10: Uporaba zdravstvenega sistema	107
Tabela 11: Bolnišnična zdravstvena dejavnost.....	107
Tabela 12: Izkušnja z zdravstvenim sistemom.....	108
Tabela 13: Pomoč zaposlenih v zavetišču pri izboljšanju zdravstvenega stanja uporabnikov	109
Tabela 14: Postopki ki se izvajajo v Zavetišču za brezdomce Želva	121

Slika 1: Povratna zanka sooblikovanja kakovosti storitve med izvajalcem in uporabnikom zdravstvenih storitev.....	68
Slika 2: Prvine, ki vplivajo na oblikovanje bolnikovega mnenja (zadovoljstva) o oskrbi	68

1 TEORETIČNI DEL

1.1 Uvod in opredelitev problema

Brezdomstvo je družbeni pojav, ki v današnjem času postaja vedno bolj viden, saj se z njegovimi oblikami srečujem vsak dan, tako v svoji zdravstveni ambulanti kot na ulicah mesta Žalec. Tema, s katero se ukvarja magistrska naloga, je vprašanje zdravstvenega stanja brezdomske populacije v lokalnem okolju, vprašanje njihovih zdravstvenih obravnav, vprašanje, kako brezdomci doživljajo zdravstveni sistem, kakšna se jim zdi njegova dostopnost in kakšen njegov odnos do njih. Predvidevam, da bom v empiričnem raziskovanju našel dejavnike tveganja za zdravstveno stanje brezdomcev, saj je osnovna naloga javnega zdravja področje kjer profesionalno kot zdravnik delujem tudi skrb za zagotavljanje sistemskih pogojev za zdravje prebivalstva, in bolje spoznal težave te ranljive skupine pri dostopanju do zdravstvenega varstva tako na individualni kot na družbeni ravni. Ukvarjanje z zdravstveno problematiko brezdomcev pomeni korak v smer spoznavanja pomena socialne izključenosti in specifične ranljivosti in ogroženosti za ohranjanje zdravja (Ule Nastran 2009, Krek 2010, Razpotnik, Dekleva 2009). Problematika brezdomstva je kompleksna in predstavlja sklop individualnih in družbenih vzrokov, oblik socialne izključenosti, odzivov družbe, bolj ali manj utrjenih procesov ter vzorcev medosebnih in družbenih odnosov (Dekleva in Razpotnik 2010). S spreminjanjem družbenih razmer se spreminja tudi struktura populacije, ogrožene v smislu brezdomstva, ter njene značilnosti in potrebe. Potrebno je zavedanje, da je obravnavanje brezdomstva zapleteno, zmanjševanje in preprečevanje brezdomstva pa dolgotrajen proces in da se morajo zato spremeniti družbeni odnosi tako na makro kot na mikro ravni. (Razpotnik, Dekleva 2010). Po ugotovitvah tujih in domačih raziskav obstajajo tri ključne zdravstvene težave, ki jih lahko razumemo kot vzročno povezane z brezdomstvom: težave z duševnim zdravjem, zasvojenost z alkoholom ter zasvojenost z nedovoljenimi drogami. Vse našteje težave seveda pogojujejo ustvarjanje novih in omogočajo poglobljanje začaranega kroga socialne izključenosti, to pa pogojuje tudi izključenost iz sistemov zdravstvene oskrbe ter poglobljanje nezdravega življenjskega sloga in tako se našteje in še druge zdravstvene težave le še večajo (Krek 2010, Razpotnik, Dekleva 2009). Glavni težavi ranljivih skupin pri dostopnosti do zdravstvenega varstva sta težja dostopnost in dosegljivost, tako samega zdravstva kot različnih oblik pomoči (Dahlgren in Whitehead 2006, Hočevar Grom 2010). Pomanjkanje moči na individualni, skupnostni in družbeni ravni je glavni dejavnik tveganja za težave v zdravju (Dragoš 2005, Flaker 2012, Krek 2011, Dekleva in Razpotnik 2009). Za razumevanje brezdomstva in njihove zdravstvene problematike moramo razumeti socialne razmere v katerih se zdravje in bolezen ustvarjata, identificirata in nadaljujeta.

1.2 Brezdomstvo in zdravstvena problematika

1.2.1 Definicija brezdomstva in njegove oblike

Vse pogostejše se srečujemo z revščino, skrajno slabimi življenjskimi razmerami in materialnimi pogoji, v katerih moramo preživeti. Brezposelnost, prenizke socialne pomoči, problemi socialne izključenosti, alkoholizem, odvisnosti od drog, težave v duševnem zdravju in zdravju na sploh, vse to pomembno vpliva na posameznike. Brezdomstvo najpogostejše povezujemo z ljudmi, ki jih vidimo spati na ulici, vendar pa gre tu zgolj za vidno brezdomstvo. Brezdomstvo je kompleksen in strukturiran družbeni pojav, ki je rezultat kopičenja socialne in druge izključenosti na več ravneh. Povezano je z odsotnostjo bivališča, z revščino, obubožanostjo, nezaposlenostjo, šibkimi socialnimi mrežami, pogosto pa še z odvisnostjo od alkohola in prepovedanih drog, psihiatrično diagnozo in težkimi življenjskimi izkušnjami (Dekleva, Razpotnik 2007a : 12). Tudi socialna baza brezdomcev se v času spreminja. Med brezdomce prihajajo člani drugih marginaliziranih skupin in prikrajšanih skupin. Narašča delež mladih, žensk in enostarševskih družin (Mandič 1999).

Zupančičeva , ki se že vrsto let ukvarja z brezdomsko problematiko ocenjuje, da:« je vedno splet okoliščin, ki posameznika pripeljejo v pozicijo brezdomca, vsekakor pa imajo pomembno vlogo socialne okoliščine, osebnost posameznika ter posledično različne oblike zasvojenosti. Tudi različne bolezni, kamor po definiciji sodijo zasvojenosti, so pomembne pri tem, da posameznik postane brezdomec. Različne oblike invalidnosti, ki vodijo v zmanjšanje sredstev za preživetje ali celo brezposelnost, so tudi eden od dejavnikov, da posameznik ostane brez doma« (PRILOGA 4, Intervju 3).

Obstaja veliko ljudi, ki se spopadajo s pomanjkanjem ustreznih bivalnih prostorov na različne načine. Tako nekateri ljudje živijo v zavetiščih ali drugih začasnih bivališčih, spet drugi imajo stanovanje, vendar bivajo v neprimernih pogojih ali pa jim grozi izselitev. V navedenih primerih govorimo o skritem brezdomstvu, kateremu moramo posvečati še posebno pozornost. Brezdomstvo je najhujša oblika revščine ter socialne izključenosti in brezdomci običajno potrebujejo celostno obravnavo in podporo na različnih področjih življenja. Gre za kompleksen pojav, katerega razlogi so številni. Po navadi gre za številne med seboj prepletene razloge od finančnih do osebnih problemov. Ločitev, izguba ljubljene osebe, duševna bolezen, zloraba nedovoljenih substanc, alkohola, brezposelnost ..., vse to poveča tveganje za brezdomstvo. Strokovnjaki ocenjujejo, da se nastanitvene možnosti in programi za brezdomce v Sloveniji šele razvijajo v primerjavi z drugimi evropskimi državami, ki se z brezdomstvom srečujejo že dlje časa (Dekleva, Razpotnik 2007 a).

Zmotno je prepričanje, da so dejavniki kot na primer uporaba drog, težave v duševnem zdravju, težke družinske razmere, nizka izobrazba, izkušnja institucionalizacije itd. vzrok za brezdomstvo. Navedeni dejavniki sicer pomenijo večje tveganje, vendar to še ne pomeni, da bodo tudi vodili v brezdomstvo. Tveganje se poveča ob poslabšanju razmer na področju stanovanjske problematike, trgu dela in možnosti dostopa do socialnih ugodnosti (Dovžan 2011). Tipični stadiji, ki vodijo k brezdomstvu so nepriviligirano poreklo, izključitev od izobrazbe, izključitev od trajnih odnosov z nasprotnim spolom, izključitev od dela, izključitev od stanovanja in izključitev od priložnosti (Štajduhar 2008).

Mandičeva (1999) navaja, da gre pri brezdomstvu za kombinacijo individualnih dejavnikov, povezanih z osebnostnimi značilnostmi in izbirami ter strukturnih, povezanih z družbenimi

okolicičinami. Ali kot poudarja Dekleva (2010) za večino brezdomstvo ni ne stalno ne zaželeno stanje, temveč predvsem rezultat iskanja optimalnega življenjskega položaja v kontekstu lastnih aktualnih osebnih in socialnih resursov (Dekleva et al. 2010). V brezdomstvo torej lahko privedejo številne življenjske situacije, življenjske krize (ločitev, smrt v družini, izguba zaposlitve), nesreče (npr. potres...) in osebne krize (psihične težave, odvisnosti...), vendar gre po navadi za skupek različnih dejavnikov. Poleg navedenih dejavnikov pa predstavljajo večje tveganje za brezdomstvo še specifične skupine, kot so nezaposleni, revni in nizko kvalificirani delavci v kombinaciji s travmatskimi dogodki in specifičnimi osebnimi značilnostmi (Filipovič Hrast 2010).

Brezdomstvo je kompleksen družbeni pojav, o katerem najdemo v strokovni literaturi vrsto različnih definicij. Številne definicije so tako ozko kot široko opredeljene. Ozke definicije opredeljujejo brezdomstvo zgolj kot pomanjkanje ustreznega bivališča, širše pa upoštevajo še številne druge dejavnike, ki bivanje pod streho naredijo dom, kot navajata Dekleva in Razpotnikova (2007a).

Zanimiv je predlog Springerjeve (2000) o globalni definiciji in klasifikaciji brezdomstva. Springerjeva (2000) predlaga, da bi namesto splošno uporabljenega pojma brezdomstvo (homelessness) uporabljali pojem odsotnost stanovanja oziroma bivališča (houselessness), ki bi omogočal enotna merila in ukrepe po celem svetu. Posamezniki brez bivališča so prepoznani kot osebe, ki spijo na ulicah, prostem ali uporabljajo zavetišča. Nadaljnje avtorica za boljše razumevanje pojma odsotnost stanovanja (houselessness) predlaga tudi pojem neprimerno zavetišče (inadequate shelter). Prednost te vrste definicije je, da upošteva tako regionalne kot tudi nacionalne razlike, hkrati pa bi nam omogočala globalno zbiranje in primerjavo podatkov (Springer 2000).

Dekleva in Razpotnik (2007a) pravita, da taka definicija, ki problem brezdomstva usmerja v odsotnost stanovanja oziroma bivališča (houseless), omeji problem brezdomstva zgolj na pomanjkanje ustreznega bivališča in zanemari vse druge povezane dejavnike. Avtorja vidita definicijo primerno le za hitro reševanje problematike, torej njenega vidnega dela z večanjem možnosti ustreznih bivališč. Pri tem opozarjata, da se takšna definicija ne ukvarja z razlogi za brezdomstvo, ne upošteva in ne more odpravljati širših razlogov za brezdomstvo, ki pa so kulturno specifični in jih mora vsaka skupnost reševati na svoj specifičen način (Dekleva, Razpotnik 2007a).

Večina definicij pa vendarle ni tako ozko opredeljenih in kot pravi Filipovič Hrastova (2010), vključujejo različne stopnje stanovanjske ranljivosti. Dekleva in Razpotnik (2007) navajata, da bolj kot je v neki družbi problem brezdomstva razširjen več možnih in obstoječih oblik brezdomstva bomo v njej našli ter dodajata, da gre za kompleksno in razvejano tipologijo, kar odraža obsežnost, razvejanost pojava v različnih evropskih državah ter meddržavne razlike. Takšna klasifikacija nas opozarja na različne družbene podsisteme povezane s pojavom, kot so urbanizem, zdravstvo, pravna ureditev, institucija družine in s tem povezana pričakovanja. Ne glede na kompleksnost klasifikacije oziroma tipologije le-ta ne more zajeti spremenljive narave brezdomstva in zato ostaja velik del brezdomstva manj opazen. Kot pravita Dekleva in Razpotnik mnogi brezdomci skozi leta, mesece, tedne prehajajo med različnimi vrstami namestitvev in lahko se zgodi, da jih izgubimo iz evidenc, ker niso v določenem trenutku nekje stalno nameščeni, ampak so »vedno nekje drugje«. Tako nimajo socialnih mrež in drugih pogojev, da bi se kjerkoli trajno in varno nastanili (Dekleva et al. 2010).

Osnovne definicije brezdomstva poudarjajo predvsem odsotnost primerne bivališča, ki posamezniku nudi osnovne potrebe v zvezi z osebno higieno, zdravjem ter mu zagotavlja varnost tako s pravnega kot tudi finančnega vidika, vendar je potrebno na brezdomstvo gledati mnogo širše. Brezdomstvo je namreč pojav, ki je povezan z mnogimi dejavniki v soodvisnem razmerju in ne zgolj z odsotnostjo primerne bivališča. Kljub številnim zelo širokim definicijam brezdomstva, še vedno ostaja veliko brezdomnih ljudi prezrtih. Kaj pravzaprav pomeni prikrito brezdomstvo? Govorimo o skupini prikritih brezdomcev, ki so izključeni iz možnosti za ustrezno stanovanje v smislu kakovosti in varnosti. Nastanjeni so v kočah, kletah, na stopniščih, v zabojnikih, pod mostovi in imajo streho nad glavo, vendar nimajo doma v pravem pomenu besede. O njihovi prikritosti govorimo zato, ker ti ljudje niso vedno opazni. Srečujemo jih v javnosti kot berače, ne prihajajo pa v stik z zavetišči ali drugimi organizacijami, ki so lahko vir podatkov o številu brezdomcev (Dekleva, Razpotnik 2007a).

Kot smo že omenili je ena temeljnih definicij brezdomstva, da gre za posameznike brez stanovanja oziroma bivališča, ki so zaradi tega prisiljeni spati na cesti ter javnih mestih. Večina definicij pa vendarle ni tako ozko opredeljenih in kot pravi Filipovič Hrastova (2007), vključujejo različne stopnje stanovanjske ranljivosti. Fitzgerald, Shelley in Dail (2001) navajajo naslednjo temeljno definicijo brezdomstva. Pravijo, da so brezdomci posamezniki, ki nimajo stalnega oziroma primerne prenočišča in zato prenočujejo v:

- nadzorovanih javnih ali zasebnih zavetiščih, ki zagotavljajo začasne namestitve bivanja;
- začasnih prebivališčih za posameznike, ki bodo institucionalizirani;
- v javnih in zasebnih prostorih, ki niso namenjeni prenočevanju (Fitzgerald, Shelley, Dail 2001).

Filipovič Hrastova (2007) ocenjuje, da se stanovanjsko tvegane situacije prekrivajo z definicijami brezdomstva. Kot pravi Dekleva (2007) brezdomstva ne moremo jemati le kot pomanjkanje ustreznega bivališča, vendar se je potrebno poglobiti v brezdomstvo kot pojav, ki je povezan s številnimi med seboj sodelujočimi dejavniki. Tako opredeljuje brezdomstvo definicija mednarodne federacije organizacij, ki se ukvarjajo z brezdomstvom FEANTSA¹. Dekleva (2010) omeni, da ta definicija izhaja iz stališča, da je treba brezdomstvo razumeti znotraj širšega konteksta socialnega izključevanja in izključenosti oziroma vključenosti, saj takšno razumevanje združuje različne razlage brezdomstva in prepoznava pomembnost strukturnih, institucionalnih ter odnosnih in osebnih dejavnikov. Po mnenju Filipovič Hrastove (2007) ta definicija vključuje tudi temeljno metodologijo za opazovanje in spremljanje pojava.

Če želimo definirati oziroma klasificirati brezdomstvo je potrebno, kot pravijo Meert, Edgar in Doherty (2004) opredeliti tri področja brezdomstva in stanovanjske izključenosti, in sicer po fizični (fizična odsotnost bivalnega prostora), družbeni (odsotnost prostora, v katerem se lahko odvijajo družbeni odnosi) in zakonski razsežnosti (odsotnost zakonite pravice za bivanje na določenem prostoru).

Brezdomci so specifična skupina prebivalstva oziroma gre za zelo različne skupine ljudi, ki jih lahko razdelimo v več specifičnih skupin. Posebno slabši položaj imajo t.i. ogrožene podskupine brezdomcev. To so predvsem tisti s težavami v duševnem zdravju, tisti, ki so prvič postali brezdomni v mlajših letih, manj izobraženi ter vsakodnevni uporabniki prepovedanih drog. V nadaljevanju predstavljam in povzemam nekatere izmed njih.

¹ FEANTSA-Evropska zveza nacionalnih organizacij, ki delujejo na področju brezdomstva (www.feantsa.org).

- Dnevno brezdomstvo je posebna oblika brezdomstva. Ljudje imajo bolj ali manj varno in primerno bivališče, vendar je le to namenjeno zgolj prenočevanju. Dnevni brezdomci preživljajo dneve podobno kot brezdomci v pravem pomenu besede, zato je dnevno brezdomstvo pogosto prehodno obdobje ali vmesna faza brezdomstva v pravem pomenu besede, lahko pa je tudi trajno stanje. Med dnevne brezdomce lahko tako štejemo na primer mlajše odvisnike, katerih večina jih živi pri starših in se bolj malo zadržujejo doma. Pogostokrat so razmere doma napete, prihaja do številnih konfliktov, zato posameznik preživi vedno manj časa doma in se sčasoma popolnoma oddalji (Strelec 2011). Dnevno brezdomstvo je, kot smo že navedli pojav, pri katerem posameznik sicer ima streho nad glavo, vendar je izključen, kot pravita Dekleva in Razpotnik (2007a) iz produktivnih sfer življenja v družbi, katere del naj bi bil. To pomeni, da ni vključen v izobraževalne sisteme, njegove socialne mreže so šibke in največkrat vezane zgolj na ljudi, ki jih srečuje na ulici in ni zaposlen. Njegove dnevne aktivnosti so pogosto podobne aktivnostim ljudem z ulice, ki bi jih lahko uvrstili v različne kategorije brezdomstva (Dekleva in Razpotnik, 2007a). Tako v Sloveniji, kot tudi drugod po svetu se povečuje brezdomstvo mladih. Prehod mladih v odraslost spremlja vse več različnih tveganj. Štajduharjeva (2008) navaja, da z zmanjšanjem podpore mladim iz državnih virov in težja dostopnost socialnih stanovanj povzroča, da je odgovornost za socialno-ekonomsko podporo mladih na strani njihovih staršev. To pa je razlog za povečanje razlik in večja socialna razslojenost družin, ki so zmožne poskrbeti za svoje otroke na prehodu v odraslo dobo in tistih, ki tega ne zmorejo ali pa niso pripravljeni pomagati svojim otrokom (Štajduhar 2008).
- Tako v Sloveniji, kot tudi drugod po svetu se povečuje brezdomstvo mladih. Prehod mladih v odraslost spremlja vse več različnih tveganj. Vareškova (2007) navaja, da z zmanjšanjem podpore mladim iz državnih virov in težja dostopnost socialnih stanovanj povzroča, da je odgovornost za socialno-ekonomsko podporo mladih na strani njihovih staršev. To pa je razlog za povečanje razlik in večja socialna razslojenost družin, ki so zmožne poskrbeti za svoje otroke na prehodu v odraslo dobo in tistih, ki tega ne zmorejo ali pa niso pripravljeni pomagati svojim otrokom (Vareško 2007).
- Brezdomnost žensk je manj zaznano oziroma manj vidno. Dejavniki, ki vplivajo na nevidnost brezdomnih žensk, so kulturno povezani s tradicionalno žensko spolno vlogo, ki jo pogosto povezujemo z družino, gospodinjstvom ter kot pravi Pirec-Sansonijeva (2011) pogostejše investirano z vzajemnimi zavezujočimi skrbstvenimi odnosi. Brezdomne ženske so mlajše od brezdomnih moških, povečanje števila mladih brezdomnih ženske je povezano z odvisnimi od drog in težavami v duševnem zdravju. Med manj vidnimi pa se pojavljajo ženske z izkušnjami nasilja, ločene ter starejše ženske (Pirec-Sansoni 2011). Brezdomni odvisniki in brezdomne osebe s kombiniranimi potrebami (dvojne diagnoze)
- Kot smo že omenili sta brezdomstvo in zasvojenost tesno povezana pojava. Brezdomni odvisniki so specifična skupina, katerim je potrebno nuditi drugačno obravnavo, saj se lahko brez ustrezne obravnave kaj hitro znajdejo v brezupnem položaju, v katerem krožijo med sistemom zdravstva, terapijami, obravnavami in socialno pomočjo, vendar brez pravega napredka. V tem krogu se velikokrat znajdejo tudi brezdomni odvisniki s kombiniranimi motnjami (z dvojnimi diagnozami). S kombiniranimi potrebami mislimo na prisotnost vsaj dveh med seboj neodvisnih problemov pri posamezniku. Pri brezdomnih odvisnikih gre največkrat za kombinacijo duševne bolezni ter odvisnosti od

drog. Poleg programov za uspešno delo z brezdomnimi odvisniki, brezdomci z duševnimi težavami in tistimi s kombiniranimi potrebami je zelo pomembna povezanost ter medsebojna pomoč različnih ustanov, ki jim skušajo pomagati. Med brezdomci se velikokrat pojavlja tudi zloraba alkohola, ki je najbolj kulturno sprejeta droga. Alkoholizem je lahko eden izmed vzrokov za brezdomstvo ali pa je uživanje alkohola posledica brezdomstva. Brezdomci namreč mnogokrat uživajo alkohol, da se lažje spopadajo s težkimi življenjskimi pogoji. Razpotnikova in Dekleva (2009) navajata, da je alkohol kot tudi uživanje drugih drog, pogosto povezan z duševnimi težavami (Razpotnik, Dekleva 2009).

- Osebe v dolgotrajni institucionalni oskrbi so osebe, ki so daljše obdobje svojega življenja preživele v nadomestnih, rejniških družinah, zavodih in podobnih ustanovah. Takšne osebe lahko postanejo brezdomne kar kmalu po zapustitvi tovrstnih institucij, saj kot navajata Dekleva in Razpotnikova (2007), naj bi po nekaterih raziskavah težje izoblikovale svojo identiteto, bile čustveno in vedenjsko manj kompetentne, imele težave z medosebnimi odnosi, težje skrbele zase. Skratka, takšne osebe naj ne bi bile sposobne samostojnega življenja. Za nekatere posameznike je to lahko zgolj prehodna življenjska faza, ki jo premagajo. Navedene okoliščine pogosto vodijo v odvisnosti ter nadaljnje obravnave, navedeno pa lahko vodi tudi v socialno izključenost in brezdomstvo. Na tem mestu naj omenimo še osebe z dolgotrajnimi duševnimi stiskami. Povezava med brezdomstvom in duševno stisko je zelo velika in pogostokrat težko ocenimo, ali je brezdomstvo posledica duševne stiske ali obratno (Dekleva, Razpotnik 2007 a).

Zavetišča brezdomcem zagotavljajo namestitev in omogočajo različnim strokovnim službam, tudi zdravstveni službi nujno potrebno delo z brezdomci, da se ohranja njihovo zdravje ter preprečuje prenos bolezni z brezdomcev v ostalo populacijo (Krek 2010 :55).

1.2.2 Socialno-ekonomske determinante zdravja

Splošne determinante zdravja, pojasnjujejo, kakšno je lahko učinkovanje teh determinant na socialno-ekonomsko pogojene razlike v zdravju.² Determinante zdravja so osebnostni, družbeni in okoljski dejavniki, ki določajo zdravstveno stanje posameznika ali prebivalstva. Dahlgren in Whitehead (2006) sta ustvarila slikovit pregled determinant zdravja. V središču njunega modela je posameznik, ki ima svoje osebne dejavnike, kot so npr. starost, spol in druge telesne lastnosti, ki so večinoma nespremenljive. Obdajajo jih dejavniki, na katere lahko bolj ali manj vplivamo z različnimi politikami. Prvi dejavnik je življenjski slog, ki med drugim vključuje kajenje in telesno dejavnost. Sledi osebna interakcija in vpetost posameznika v ožjo socialno mrežo (vrstniki in ožje okolje). Seveda na posameznika in njegovo zdravje vplivajo tudi bivalne in delovne razmere ter dostopnost do hrane, osnovnih dobrin in storitev. V širšem družbenem okolju pa na zdravje populacije prevladujoče vplivajo ekonomski, kulturni in okoljski vplivi. Posameznikov življenjski slog je vezan na družbene norme in socialne mreže ter na delovno in bivalno okolje, kar pa je odvisno od širših socialno-

² Determinate zdravja so posamezni dejavniki ali kombinacije le-teh, ki pozitivno ali negativno vplivajo na zdravje. Ta naloga se osredotoča na socialno-ekonomske determinante zdravja. To so dejavniki, na katere lahko vplivamo s političnimi, z gospodarskimi in tudi z osebnimi odločitvami. V nasprotju s tem pa na dejavnike, kot so starost, spol in genetske lastnosti, z omenjenimi odločitvami ne moremo vplivati (WHO 2006).

ekonomskih in kulturnih okoliščin. Determinante zdravja, na katere lahko vpliva posameznik ali nanje vplivamo z gospodarskimi oz. s političnimi odločitvami, so lahko pozitivni dejavniki zdravja, varovalni dejavniki ali dejavniki tveganja (Dahlgren, Whitehead 2006 : 13).

Poznavanje determinant zdravja je pomembno, vendar ni dovolj za analizo in razumevanje socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju. Najpomembnejše determinante zdravja se lahko za različne socialno-ekonomske skupine razlikujejo. Takšen primer je tudi revščina. V bogatih državah je vpliv revščine na zdravje celotne populacije lahko relativno majhen. Hkrati pa je lahko v isti državi veliko pomembnejši dejavnik tveganja za nastanek bolezni v nizki dohodkovni skupini. Kako pomembno vlogo bo imela revščina na celokupno breme bolezni v populaciji, je odvisno od deleža revnih prebivalcev (Buzeti et al. 2011: 23).

Zato je zelo pomembno, da razlikujemo med socialno-ekonomskimi determinantami zdravja celotne populacije in socialno-ekonomskimi determinantami posameznih skupin prebivalstva. Za lažje razumevanje vzrokov, ki povzročajo socialno-ekonomske neenakosti v zdravju, moramo razumeti vzročno verigo in mehanizme, ki vplivajo na socialno-ekonomski gradient in neenakosti v zdravju³ (Dahlgren, Whitehead 2006 : 15).

Za boljše razumevanje socialno-ekonomskih determinant v zdravju je pomembno poznavanje 5 ključnih mehanizmov, ki vplivajo na pojav neenakosti v zdravju. Predstavljeni in povzeti so v nadaljevanju.

- Porazdelitev moči in dostop do drugih virov
Temeljne družbene strukture in procesi določajo pogoje za vsakodnevno življenje. Neenakosti, ki jih povzročajo družbene norme, politike in prakse in so sistematične vplivajo na porazdelitev moči (dostop do vzvodov upravljanja), blaginje in drugih potrebnih družbenih virov (WHO, 2006).
Determinante socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju⁴, ki so posledica različne porazdelitve moči in virov, lahko merimo na ravni družbe ali na ravni socialno-ekonomskih skupin (WHO 2006). Tako se na primer napor za zmanjšanje razlik v izobrazbi lahko kažejo v izboljšani zmožnosti pripadnikov šibkejših socialno-ekonomskih skupin, da se izognejo nezdravim življenjskim in delovnim pogojem. Izobrazba prispeva tudi k boljšemu medsebojnemu razumevanju različnih socialno-ekonomskih skupin in s tem k njihovemu zbližanju.
- Različna izpostavljenost dejavnikom tveganja
Izpostavljenost dejavnikom tveganja⁵ (materialnim, psihološkim in vedenjskim) je povezana s socialnim statusom: nižji je socialno-ekonomski status, večja je

³ Neenakosti v zdravju so sistematične in preprečljive razlike v zdravju med družbenimi skupinami, pri čemer so revnejši in prikrajšani pogostejše slabšega zdravja in živijo krajše kot bogatejši (WHO 1998).

⁴ Neenakosti v zdravju, kot jih obravnavam v nalogi, so socialno-ekonomske neenakosti v zdravju. To so razlike v zdravju oz. zdravstvenih izidih med družbenimi skupinami z različnim socialno-ekonomskim statusom, ki jih lahko preprečimo in so zato nepravilne (WHO 2006).

⁵ Dejavniki tveganja povečujejo verjetnost oziroma tveganje za pojav zdravstvenih težav in bolezni, ki jih lahko preprečimo. Lahko so socialno-ekonomski, lahko pa so povezani s specifičnimi okoljskimi dejavniki (npr.

izpostavljenost dejavnikom tveganja, kar se kaže v socialnem gradientu zdravja. Za učinkovit pristop k zmanjševanju neenakosti v zdravju je potrebno spremljati različne dejavnike tveganja za vsako socialno-ekonomsko skupino posebej, saj le tako lahko določimo ključne točke za ukrepanje. Na ta način lahko določimo ključne dejavnike tveganja, ki imajo višjo pripisljivo vrednost po socialno-ekonomskih skupinah in se lahko razlikujejo od ključnih dejavnikov tveganja za celotno populacijo.

Ko lahko socialni gradient⁶ določene determinante zdravja jasno vidimo, je to signal, da so potrebni specifični pristopi, dodatno prizadevanje in finančni viri za zmanjšanje dejavnikov tveganja za najbolj ogrožene. Vendar to ne pomeni, da moramo razvijati politike, programe in pristope samo za ranljive ciljne skupine, temveč da univerzalne politike in programe za celotno populacijo nadgradimo s specifičnimi usmerjenimi pristopi za zmanjševanje neenakosti v zdravju (Dahlgren, Whitehead 2006 :17).

- Ista raven dejavnikov tveganja vodi do različnih zdravstvenih posledic
Ista raven izpostavljenosti dejavnikom tveganja ima lahko različne vplive na različne socialno-ekonomske skupine prebivalstva⁷. Različni vpliv lahko pripišemo tudi dejstvu, da so šibkejša socialno-ekonomske skupine dejavnikom tveganja izpostavljene pogostejše in dalj časa, izpostavljene pa so tudi številnejšim dejavnikom tveganja hkrati. Ti lahko delujejo sinergistično in tako povečujejo ogroženost teh skupin prebivalstva, ki imajo tudi manj možnosti za preprečevanje negativnih zdravstvenih posledic zaradi teh dejavnikov tveganja (WHO 2006).
- Vpliv socialno-ekonomskih determinant zdravja v celotnem življenjskem obdobju
Učinki socialno-ekonomskih determinant zdravja se skozi življenje seštevajo. Prav to kopičenje negativnih vplivov v celotnem življenjskem obdobju pomembno vpliva na razlike v zdravju in pričakovano življenjsko dobo različnih socialno-ekonomskih skupin. Zlasti dogodki v zgodnjem otroštvu vplivajo na slabše zdravje v poznejšem obdobju. Prav tako opazamo, da so materialne dobrine v zgodnjem otroštvu pomembnejše za zdravstveni status odraslega posameznika kot njegov socialni položaj v poznejšem obdobju (Wilkinson 2005 : 22).
Ti učinki se prenašajo s staršev na potomce, saj so tesno povezano s socialno-ekonomskim položajem. Tako lahko npr. socialno-ekonomski položaj staršev vpliva na učne dosežke otrok, ti pa so odločilni za delovne pogoje in dohodke, ki jih bodo imeli, ko odrastejo.

onesnažen zrak) ali z dejavniki tveganja, povezanimi z življenjskim slogom (npr. kajenje). (Dahlgren, Whitehead 2006).

⁶ Socialni gradient v zdravju prikazuje zdravstvene izide v odnosu do socialno-ekonomskega položaja. Gradient pokaže, da neenakosti v zdravju niso le vprašanje vrzeli v zdravju med najpremožnejšo in najrevnejšo skupino prebivalcev, saj se nanaša na celotno populacijo (WHO 2006).

⁷ Socialno-ekonomski položaj je relativni položaj družine ali posameznika na hierarhični lestvici in je odvisen od dostopa do premoženja, ugleda in moči ter nadzora nad njimi (Dahlgren, Whitehead 2006).

- Različne socialno-ekonomske posledice bolezni
Slabo zdravstveno stanje posameznika lahko pomembno vpliva na njegovo življenje in povzroči npr. izgubo službe in dohodka, soočanje s socialno izključenostjo in z večjimi finančnimi izdatki za zdravljenje. Vse to pa lahko vpliva na nadaljnje poslabšanje zdravstvenega stanja. Bolne ali invalidne osebe z nižjim socialno-ekonomskim statusom hitreje izgubijo službo, obenem pa njihova možnost zaposlitve pada z nižanjem socialno-ekonomskega statusa (Hwang 2010 : 131).

1.2.3 Zdravje v Sloveniji

Po podatkih raziskave Zdravje v Sloveniji (2010), kronične nenalezljive bolezni, predvsem srčno-žilne bolezni, rak, kronične bolezni dihal in sladkorna bolezen, predstavljajo največje izzive za zdravje in razvoj družbe. Najpomembnejši dejavniki tveganja vedenjskega sloga za kronične nenalezljive bolezni so: nezdrava prehrana, nezadostna telesna dejavnost, izpostavljenost tobaku, škodljiva raba alkohola in stres. Kot enega izmed izjemno pomembnih družbenih dejavnikov tveganja, ki vpliva na vedenjske dejavnike tveganja, se predvsem v zadnjem času prepozna v socialno-ekonomskih okoliščinah posameznika. Omenjeni dejavniki tveganja se med seboj prepletajo in delujejo sinergistično (Hočevar Grom 2010 : 24).

Ta raziskava je dragocen vir podatkov, saj analizira problem neenakosti v zdravju na ravni države in zdravstvenih regij, po spolu in starosti, glede na mesto prebivanja, na izobrazbo in družbeni sloj.

Slovenija je razdeljena na 12 statističnih regij⁸, vendar je večina ukrepov vodena centralno. Lokalne oblasti razpolagajo in upravljajo z manjšim deležem sredstev, ki jih namenijo glede na lokalno dogovorjene regionalne razvojne programe. Regionalni razvojni programi se med seboj zelo razlikujejo. Slovenija ima zagotovljen univerzalni osnovni zdravstveni, socialni in izobraževalni sistem. Prav univerzalnost ključnih sistemov naj bi bila dobra popotnica za ustvarjanje čim manjših socialno-ekonomskih neenakosti v družbi (Buzeti et al. 2011 : 19).

V zadnjih letih se postopno oddaljujemo od uresničevanja osrednjega družbenega cilja, to je trajnostnega povečanja blaginje. Poslabšane razmere na trgu dela in naslavljanje problemov v javnih financah z interventnimi ukrepi so povzročili padec realnega razpoložljivega dohodka. Sistemi socialne zaščite in javnih služb tako pozitivno vplivajo na zdajšnjo blaginjo, vendar ob zaostrovanju gospodarskega položaja, močnem poslabšanju stanja javnih financ, pričakovanih demografskih gibanjih in ob dejstvu, da v celotnem obdobju krize še ni bilo pomembnejših prilagoditev; že kratkoročno postajajo finančno nevzdržni, zato jih je treba

⁸ Geografske ali teritorialne razlike v zdravju so razlike v zdravju med različnimi geografskimi območji. Pomembno je, da pri tem upoštevamo tudi starostno strukturo prebivalcev in socialno-ekonomske dejavnike območja, ki ga analiziramo. Zdravstvene kazalnike opazovanega območja lahko uporabimo kot približek oziroma oceno socialno-ekonomskih neenakosti v zdravju, ko nimamo na razpolago zdravstvenih kazalnikov v povezavi z različnimi socialno-ekonomskimi skupinami (WHO 2006).

reformirati. V nasprotnem primeru v finančno in demografsko spremenjenih okoliščinah ne bo mogoče ohraniti dostopnosti javnih storitev, materialnega standarda in kakovosti življenja niti na zdajšnji ravni (Leskošek et al. 2013).

Kakšne bodo družbene razmere, ki se bodo gotovo odražale tudi na zdravju prebivalcev v prihodnje, je odvisno predvsem od ukrepov, ki jih bo Slovenija sprejela glede na aktualno situacijo. Zato je spremljanje različnih kazalnikov zdravja pomembno tudi v prihodnje, da se bomo na spremembe čim prej in čim bolj učinkovito lahko odzvali (Hočevar Grom 2010 : 5). Rezultati moje analize bodo tudi služili kot kazalnik, kje smo in kam gremo, predvsem pa želim v raziskavi izpostaviti ranljivejše skupine prebivalstva v lokalni skupnosti, ki v prihodnje potrebujejo dodatno pozornost.

1.2.3.1 Dejavniki, povezani z zdravjem

Na zdravje posameznika in skupnosti vplivajo številni med seboj prepleteni dejavniki: njegovo socialno in ekonomsko okolje, zunanje okolje ter osebne značilnosti in življenjski slog – vse našteje pa imenujemo determinante zdravja. Razumemo jih kot katero koli kombinacijo individualnih in strukturnih dejavnikov, ki vplivajo na pogostost ali porazdelitev tako zdravja kot bolezni v populaciji. Posamezna determinanta zdravja je lahko skupek podobnih dejavnikov, npr. samo dejavnikov iz naravnega okolja, lahko pa so med seboj prepleteni številni različni dejavniki (Buzeti et al. 2011 :87).

Socialne determinante zdravja pomenijo socialne in ekonomske razmere, v katerih ljudje živijo in delajo (npr. zaposlitveni status, kulturne vrednote, prisotnost določenih političnih ukrepov). Vplivajo tako na populacijo kot na odločevalske procese in so tesno povezane z enakostjo v zdravju. Posamezne determinante z različno težo pripomorejo k socialni stratifikaciji (npr. spol, izobrazba, dohodek, socialna izključenost). Socialno-ekonomski dejavniki vplivajo na zdravstvene izide vsaj tako pomembno kot medicinska oskrba ali vedenje posameznika. Tako, na primer, velja, da višji dohodek posameznika pomeni tudi njegovo boljše zdravje in obratno. Dejavniki iz okolja oziroma okoljske determinante, kot so na primer kakovosten zrak, varna in zdrava hrana in pitna voda, varno in zdravo bivalno okolje, vsi prispevajo k dobremu zdravju oziroma v nasprotnem primeru h globalnemu bremenu bolezni (Dalgren, Whitehead 2006 : 34).

Ljudje v vsakdanjem življenju oblikujejo svoje vzorce vedenja, kar imenujemo življenjski slog⁹ – ta pa pomembno prispeva k telesnemu, duševnemu in duhovnemu zdravju posameznika ter h kakovosti njegovega življenja. Življenjski slog, še posebej kadar je povezan s tveganimi vedenji, kot sta telesna nedejavnost ali škodljivo uživanje alkohola, razumemo predvsem kot izbiro posameznika. Vendar šele premik od pretežne odgovornosti posameznika k pretežni odgovornosti ustvarjalcev socialnega in zunanjega okolja za zdrave

⁹ Življenjski slog je način življenja, ki temelji na prepoznavnih vzorcih vedenja, ki so določeni s prepletanjem osebnih značilnosti posameznika, socialne interakcije in socialno-ekonomskih in okoljskih življenjskih pogojev (WHO 1998).

izbire oziroma zdravje omogoči razvoj učinkovitejših pristopov za varovanje in krepitev zdravja (Wilkinson 2005 : 31).

Ukrepi za varovanje in krepitev zdravja na podlagi tovrstnega celostnega razumevanja zdravja so zato širši in kompleksnejši. Usmerjeni so širše, vključujejo več strategij, poleg posameznika pa upoštevajo tudi ožjo in širšo skupnost ter okolje, v katerem živi. Obenem ukrepi niso načrtovani kot odgovor na specifičen problem (npr. obvladovanje določene bolezni), ampak vključujejo tudi širšo družbeno problematiko, saj z vlaganjem v izboljšanje determinant zdravja dosežejo tudi vlaganje v zdravje in razvoj (z zmanjševanjem revščine se, na primer, povečuje enakost prebivalcev v zdravju). Tovrstni ukrepi so usmerjeni v doseganje pozitivnih sprememb, za uspeh pa so potrebne vsestranske in obsežne medsektorske dolgoročne strategije, ki gradijo na pristopih promocije zdravja¹⁰ in preventive bolezni. Zdravje namreč ne nastaja v zdravstvenem sektorju, ampak je predvsem posledica aktivnosti različnih sektorskih politik¹¹, ki s svojimi ukrepi prispevajo k ustvarjanju bolj ali manj zdravih okolij, v katerih posamezniki vsak dan živijo (Hočevar Grom 2010 : 26).

1.2.3.2 Socialno okolje

Socialne determinante, ki vplivajo na zdravstvene izide, so odvisne od socialnega gradienta (razvrščanja posameznikov vzdolž socialne lestvice). Značilno je, da nižji socialno-ekonomski standard pomeni manj zdravja in obratno. Socialne razmere, v katerih ljudje živijo in delajo (npr. revščina, socialna izključenost in diskriminacija, nezdravi pogoji življenja v zgodnjem otroštvu), določajo večino bolezni, vzrokov smrti in neenakosti v zdravju. Tako tudi v naši državi opazamo večletno razliko v pričakovanem trajanju življenja med prebivalci, ki živijo v različnih predelih Slovenije. Razlika je odvisna od izobrazbene strukture, ravni dohodka, vrste in varnosti zaposlitve, pa tudi od socialnih in življenjskih razmer (Buzeti et al. 2011: 36).

Ko se ljudje soočajo z različnimi težavami in stiskami, običajno poiščejo pomoč in oporo pri drugih ljudeh, v osebnih omrežjih socialne opore, ki se oblikujejo glede na aktualne potrebe posameznih skupin ljudi, zato so socialne mreže izredno pomembne za kakovost življenja ljudi (Razpotnik, Dekleva 2009 : 89).

Prebivalci Slovenije se po pomoč in podporo obračajo predvsem na svoj neformalni krog. Več kot polovico neformalnih virov pomoči predstavljajo sorodniki, glavni vir opore pa je v tej skupini partner. Starejši prebivalci imajo v povprečju manjša omrežja kot mlajši, moški imajo manjša omrežja kot ženske. Najmanjša omrežja socialne opore imajo posamezniki v enostarševskih gospodinjstvih, starejši posamezniki, ki živijo sami, ter posamezniki z gibalnimi težavami, vsem pa predstavljajo ključni vir opore njihovi otroci. Pri revnejših

¹⁰ Promocija / krepitev zdravja je proces, ki ljudem omogoča, da lahko povečajo nadzor nad svojim zdravjem in da ga izboljšajo (WHO 1998).

¹¹ Zdravje v vseh politikah izpostavlja, da mora biti boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju skupni cilj vseh sektorjev na različnih ravneh, ki ta cilj zasledujejo s skupnimi integralnimi politikami, strategijami in programi. Je pristop uresničevanja univerzalne, zdravju naklonjene politike, ki je dolgoročna, medsektorska in skupna odgovornost vsake vlade (WHO 2006).

prebivalcih Slovenije je bistveno zmanjšan predvsem obseg socialnih omrežij, to manjše omrežje pa je bolj obremenjeno, kar lahko, posebej ob izgubi zaposlitve, spiralno vodi v socialno izolacijo in socialno izključenost (Hočevar Grom 2010 : 26).

Bistvene spremembe v strukturi družin, ki so bile v preteklosti predvsem razširjene, danes pa prevladujejo enogeneracijske oziroma do odraslosti otrok dvogeneracijske družine, so pripeljale do drugačnih potreb starejših. Njihove manjše sposobnosti (stopnja izobrazbe naših starejših je nižja od stopnje splošne populacije) ali strah pred novostmi, predvsem na komunikacijskem področju, so lahko velika ovira za vzpostavljanje in ohranjanje socialnih stikov in zagotavljanje pomoči v primeru potrebe. 18 % starejših si želi ohranjanje socialnih stikov z obiskom prostovoljca, 15 % srečanja, 15 % druženje v skupinah, 14 % pa spremstvo prostovoljca pri opravljanju obveznosti v okolju. Četrtnina bi jih potrebovala pomoč pri čiščenju stanovanja in enak delež pri prinašanju hrane, petina pa pomoč pri nakupovanju. Tudi pri vzdrževanju osebne higiene bi jih pomoč potrebovala osmina, tretjina pa si jih želi brezplačnega svetovanja o različnih zadevah; enak delež si želi rednega zdravstvenega nadzora (Božič, Zupanič 2009 : 55).

1.2.4 Zdravje populacijskih skupin

Spremljanje z zdravjem povezanega vedenjskega sloga glede na demografske, socialno – ekonomske in geografske značilnosti nam omogoča vpogled v najranljivejše skupine prebivalcev. V raziskavi Zdravje v Sloveniji (2010) so proučili trende z zdravjem povezanega vedenjskega sloga in nekaterih kroničnih bolezni odraslih prebivalcev Slovenije, starih od 20 do vključno 64 let, na nacionalni in regionalni ravni med letoma 2001 in 2008. Od leta 2012 pa poteka že četrta ponovitev raziskave.

1.2.4.1 Zdravje žensk med 20. in 64. letom

Ženske dobivajo bolezni, ki so značilne za oba spola, ogrožene pa so tudi zaradi svoje reproduktivne vloge in bolezni, ki so značilne le zanje. Ženska, rojena v Sloveniji leta 2007, lahko pričakuje, da bo živela 82,1 let, kar je 7,3 leta več od moškega in eno leto manj od povprečja prebivalk starih članic EU. Čeprav moški umirajo mlajši, pa večina raziskav kaže, da ženske zbolevaro pogosteje in večji delež svojega življenja preživijo bolne. Prebivalka Slovenije lahko pričakuje, da bo z boleznijo preživela 21 let oziroma četrtnino svojega življenja (Hočevar Grom 2010 : 56).

Tretjina žensk med 20. in 64. letom ima kakšno dolgotrajno bolezen ali zdravstveno težavo, okoli 7 % pa jih svoje splošno zdravstveno stanje ocenjuje kot slabo ali zelo slabo. Zdravnika obiščejo večkrat kot moški, med glavnimi vzroki so akutne okužbe dihal in sečil, bolezni ženskih spolnih organov in skeletno-mišične bolezni, pri mlajših tudi poškodbe in po 50. Letu starosti srčno-žilne bolezni, predvsem zvišan krvni tlak. Pogosti so tudi preventivni pregledi,

predvsem zaradi presejanja raka materničnega vratu, kontracepcijskega svetovanja in pregledov v nosečnosti. Vodilni razlogi za odsotnost z dela so skeletno-mišične bolezni, poškodbe, akutne okužbe dihal in duševne motnje, pri mlajših beležimo tudi zelo pogoste in dolge bolniške v času nosečnosti ter pogoste odsotnosti zaradi nege družinskega člana (Buzetič et al. 2011 : 35).

Ženske v starosti od 20 do 64 let so pogostejše kot moški zdravljene v bolnišnici, vendar gre razlika na račun mlajših žensk in njihove reproduktivne vloge. Glavni razlogi za hospitalizacijo so namreč pri ženskah do 40. leta nosečnost in porod ter ne vnetne bolezni spolnih organov. Slednje zavzemajo vodilno mesto vse do 60. leta starosti. Med pomembnejšimi vzroki hospitalizacij so še benigne in maligne neoplazme, bolezni prebavil, predvsem žolčnika, poškodbe ter bolezni obtočil in mišično skeletnega sistema (Božič, Zupanič 2009 : 42).

Iz raziskave Zdravje v Sloveniji (2010) navajam, povzemam in citiram naslednje podatke:

- Reproduktivno zdravje

Velik del bremena bolezni žensk je povezan z reproduktivnim zdravjem. Pri ženskah v aktivni dobi spadajo bolezni spolnih organov med najpogostejše vzroke za obisk pri zdravniku ter zdravljenje v bolnišnici. Pri mlajših prevladujejo vnetja in motnje menstrualnega ciklusa. Razmeroma pogosta patologija so tudi predrakave spremembe materničnega vratu ter neplodnost. Med 40. in 64. letom so v ospredju menopavzne in obmenopavzne motnje. Pomembna so še vnetja, benigne novotvorbe, predvsem miomi maternice, predrakave spremembe na materničnem vratu ter težave zaradi zdrsa ženskih spolnih organov.

- Zdravje v nosečnosti

Za nosečnost, porod in poporodno obdobje so značilna posebna zdravstvena tveganja, ki imajo lahko za ženske dolgotrajne posledice. To obdobje je ključno tudi za zdravje otroka. Obvladovanje obolevnosti v nosečnosti ima dolgoročno velik vpliv na zdravje populacije, saj zdrava nosečnost in najzgodnejše otroštvo zmanjšujeta celo tveganje za pogoste bolezni v odrasli dobi, kot sta zvišan krvni tlak in sladkorna bolezen. Povprečna starost matere ob rojstvu otroka je v zadnjih desetih letih zrasla za več kot dve leti in je dosegla že 30 let. Višja starost mater je povezana z večjim številom zapletov v nosečnosti.

- Srčno-žilne bolezni

Srčno-žilne bolezni so pri ženskah pred menopavzo precej manj pogoste kot pri moških, a vseeno pri ženskah v starostni skupini 20-64 let predstavljajo drugi najpomembnejši vzrok za prezgodnjo umrljivost. S staranjem se razlike med spoloma zmanjšujejo. Večino teh bolezni je mogoče preprečiti z vplivanjem na dejavnike tveganja. Med spoloma obstajajo pomembne razlike pri izražanju bolezni, poteku, odgovoru na zdravljenje in izidih zdravljenja, zato je v prihodnje treba srčno-žilnim boleznim pri ženskah posvetiti posebno pozornost.

- Skeletno-mišične bolezni

Skeletno-mišične bolezni so z 18 % vseh izgubljenih dni pri ženskah vodilni vzrok nezmožnosti za delo. Med njimi prevladujejo bolezni hrbta, ki se izrazito povečajo po 40. letu starosti in so povezane s telesnimi obremenitvami in psihosocialnimi razmerami na delovnem mestu. Ženske pogosteje zbolijo za revmatoidnim artritisom in osteoporozo, ki zahteva večjo pozornost zdravstva za odkrivanje ogroženih in ustrezno obravnavo.

- Duševne motnje in samomor

Duševne motnje predstavljajo veliko breme, ki se kaže v obolevnosti in manjzmožnosti žensk. V primerjavi z moškimi sta pri ženskah pogostejši depresija in anksioznost, pojavljajo pa se tudi specifične motnje, kot so pred- in poporodne duševne motnje. Depresija je najpogostejša duševna motnja žensk, po podatkih iz leta 2007 jo je kadar koli v življenju imelo 4,6 % prebivalk Slovenije, starih od 20 do 65 let. Podatki so najverjetneje podcenjeni, saj bolezen pogosto ostaja neprepoznana. Prevalenca pri ženskah v Evropi je ocenjena na 17 %. Pogost zaplet nezdravljene depresije je samomorilno vedenje. Ženske prevladujejo v skupini poskusov samomora, čeprav je med dokončanimi samomori več moških. V letih 2005-2007 je med 20. in 64. letom starosti zaradi samomora umrlo 190 žensk, kar predstavlja 58 % vseh samomorov žensk. Večja pojavnost nekaterih duševnih težav pri ženskah je povezana z večjo izpostavljenostjo dejavnikom, kot so slabši socialni in finančni položaj, diskriminacija in nasilje, ki so povezani z družbeno vlogo spolov. Položaj žensk v Evropi je relativno dober, a razlike med spoloma še vedno obstajajo, tudi v Sloveniji. Mlade ženske imajo več težav pri iskanju zaposlitve, več zaposlitev je za določen čas, imajo v povprečju nižji dohodek, tudi stopnja tveganja za revščino je višja pri ženskah. Obstajajo tudi občutne razlike pri delu v gospodinjstvu, za katerega porabijo ženske dvakrat več časa kot moški, prav tako večinoma prevzamejo skrb za otroke, kar se odraža v večji obremenjenosti žensk in v stresu. V obdobju recesije je pričakovati, da se bo položaj žensk še poslabšal.

- Alkohol

Alkohol je tudi pri ženskah povezan s številnimi vzroki za prezgodnjo umrljivost, izstopajo alkoholna ciroza in duševne ter vedenjske motnje. Težave zaradi alkohola so verjetno pogostejše, kot je zabeleženo, saj se zaradi večje stigmatizacije uživanja alkohola pri ženskah pogosto prikrivajo. Zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov letno umre povprečno 14,2/100.000 žensk, starih od 20 do 64 let. Po podatkih iz leta 2007 pa 3,8 % odraslih žensk mesečno ob eni priložnosti popije šest ali več enot alkohola.

- Nasilje

Nasilje ima številne posledice za zdravje. Povezano je z duševnimi motnjami, s poškodbami, kroničnimi bolečinami, posledicami za reproduktivno zdravje, vključno z večjim tveganjem za slab izid nosečnosti. Prevalenca nasilja nad ženskami je zaskrbljujoča, po ocenah nevladnih organizacij je v Sloveniji žrtev nasilja vsaka peta ženska. Nasilje žal ni prepoznano kot pomemben javnozdravstveni problem, premalo pozornosti se namenja razvoju preventivnih programov, prepoznavanje žrtev v zdravstvu je slabo in ukrepanje premalo učinkovito.

- Kajenje, prehrana, telesna dejavnost

Kajenje je pri ženskah povezano zmanjšano plodnostjo, med nosečnostjo povzroča zastoj rasti, nizko porodno težo, prezgodnji porod in zmanjšanje otrokovih pljučnih funkcij. Je tudi ključna determinanta pljučnega raka. Povezano je še z rakom materničnega vratu in s številnimi drugimi raki, z boleznimi srca in ožilja ter dihal in z zmanjšano kostno gostoto. Obremenjenost in stres pri ženskah v aktivni dobi zmanjšujeta motivacijo za opuščanje kajenja. Sicer pa se ženske v večji meri zdravo prehranjujejo in bolj skrbijo za telesno težo kot moški. Obroke uživajo bolj redno in pogosteje posegajo po sadju in zelenjavi. Več nezdravih prehranskih navad imajo ženske v starosti od 40 do 49 let, tiste z dve- do triletno poklicno šolo, zaposlene in ženske iz vaškega okolja ter iz vzhodne Slovenije. Po podatkih iz leta 2007 je med 20. in 29. letom prekomerno težkih 14,3 % ter debelih 5,7 % žensk. Prekomerna teža narašča vse do starostne skupine 60-64 let, v kateri je prekomerno težkih 38,8 % žensk, debelih pa že 27,5 % (Hočevnar Grom 2010 : 55- 60).

1.2.4.2 Zdravje moških med 20. in 64. letom

Zdravje moških v slovenski zdravstveni politiki ni celovito obravnavano kot posebno področje proučevanja in ukrepanja. Z vidika zdravja odrasle moške na splošno obravnavamo kot manj ogrožene. Vendar različni podatki kažejo, da zaslužijo usmerjeno pozornost s specifičnimi preventivnimi ukrepi, prilagojenimi na specifične poglede in odzive moških na zdravje, življenjski slog in bolezni (Buzeti et al. 2011 : 39).

Moški med 20. in 64. letom obiščejo izbrane zdravnike za 35 % in specialiste za 20 % redkeje kot ženske, le v starosti med 50. in 69. letom so moški za 17 % pogosteje v bolnišnici kot ženske. Tudi ko izločimo nego otrok in bolezni v nosečnosti, imajo moški še vedno več kot 10 % nižjo stopnjo obravnavanih primerov in v povprečju dva dni manj bolniške odsotnosti na leto kot ženske. A kljub boljšim kazalcem je končni izid za moške veliko slabši, saj umirajo 7,2 let prej kot ženske (Božič, Zupanič 2009 : 44).

Iz raziskave Zdravje v Sloveniji (2010) navajam, povzemam in citiram naslednje podatke:

- Samomor in depresija

V Sloveniji stori samomor približno 3,5 – krat več moških kot žensk. V obdobju 2005-2007 je povprečno zaradi samomora umrlo 276 moških letno, z letno izgubljenimi 5524 leti življenja do 65. leta starosti. V letu 2007 je standardizirana stopnja umrljivosti zaradi samomora med moškimi, starimi od 25 do 64 let, prvič padla pod 40 na 100.000, kar pa je še vedno visoko nad povprečjem EU-27, ki znaša 21,76. Med moškimi je s samomorom najbolj obremenjena starostna skupina od 45 do 59 let. Za to populacijsko skupino je značilna večja pojavnost nekaterih dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje, kot so izguba službe, nezaposlenost, ločitev ali razveza, partnerski konflikti in drugi porušeni medosebni odnosi, finančne težave, samsko življenje z občutki osamljenosti in premalo podpora socialna mreža ter zloraba ali odvisnost od alkohola. K visoki stopnji samomora pri moških prispeva tudi slabo

prepoznavanje depresije, saj se ta pri moških pogosto kaže z neznčilnimi simptomi; moški tudi pomembno manj iščejo pomoč kot ženske. Depresija se lahko kaže z zlorabo alkohola in drog, z jezo, razdražljivostjo, nasiljem in s tveganim vedenjem, ki se zdijo za moške bolj sprejemljivi kot priznanje duševne motnje.

- Raba alkohola

Slovenija se uvršča med evropske države z največjo skupno registrirano in neregistrirano porabo alkohola na prebivalca. Poleg tega, da moški pijejo več, pri njih obstaja tudi večja verjetnost za bolj tvegano vedenje, povezano s pitjem alkohola. Ocenjujemo, da sta od alkohola odvisna vsak peti polnoletni moški in vsaka petindvajseta polnoletna ženska. Anketni podatki kažejo, da le 15,2 % moških med 20. in 64. letom starosti v zadnjem letu nikoli ni pilo alkoholnih pijač, torej je pomembno manj abstinentov kot pri ženskah. Zaskrbljujoč je podatek, da je 5,4 % moških, ki so v zadnjem letu pili alkoholne pijače, tedensko popilo šest ali več enot alkohola ob eni priložnosti, takih žensk je bilo 0,3 %. Zaradi bolezni, poškodb in zastrupitev, neposredno pripisljivih alkoholu vsako leto v Sloveniji umre povprečno 49,9 na 100.000 moških, starih od 20 do 64 let. Med zdravstvenimi posledicami, ki jih neposredno pripisujemo alkoholu, poleg duševnih in vedenjskih motenj izstopa alkoholna bolezen jeter, predvsem alkoholna jetrna ciroza. Zaradi te je na 100.000 moških, starih 20 do 64 let, letno zabeleženih 55,8 hospitalizacij in 20,7 smrti. Vendar so ti podatki podcenjeni zaradi pomanjkljivega beleženja alkohola kot vzroka.

- Rak

Za rakom v zadnjih letih v Sloveniji zbolijo okoli 6000 moških letno, nekaj več kot 40 % jih je starih od 20 do 64 let. V starosti od 20 do 64 let je pri moških najpogostejši pljučni rak. Skoraj 90 % vsega tveganja pri moških pripisujejo kajenju, povzročajo pa ga lahko tudi nekateri karcinogeni na delovnih mestih. Skupini rakavih bolezni v področju glave in vratu je skupno predvsem to, da je njihov nastanek povezan s prekomernim pitjem alkoholnih pijač in kajenjem, lahko pa je tudi posledica izpostavljenosti karcinogenom na delovnem mestu. Pri slovenskih moških je zaradi razširjenosti teh razvad ta skupina še posebej pomembna, saj je tudi preživetje slovenskih bolnikov slabše od evropskega povprečja.

- Bolezni srca in ožilja

Pri moških med 20. in 64. letom so bolezni srca in ožilja s povprečno letno 692 umrlimi med letoma 2005 in 2007 drugi najpogostejši vzrok smrti, zaradi katerega je letno izgubljenih 6808 let pri moških, mlajših od 65 let. Moški pred 60. letom so trikrat bolj prizadeti zaradi ishemične bolezni srca kot ženske.

- Kajenje

Številna rakava obolenja, bolezni srca in ožilja ter bolezni dihal so vzročno povezani s kajenjem. Tradicionalno moški kadijo več kot ženske, vendar se razlika zmanjšuje. Med moškimi v starosti od 20 do 64 beležimo 32,8-odstotni delež kadilcev, najvišji je med mlajšimi moškimi v starosti od 20 do 29 let (43,4 %), nato postopoma pada.

- Prehranske navade

Pri odraslih moških se izrazito pokažejo nezdrave prehranske navade, ki so posebej povezane z nastankom kroničnih nenalezljivih obolenj. Najbolj so izpostavljeni moški v starosti od 30 do 49 let, pretežno z dokončano dve- do triletno poklicno šolo, zaposleni, iz delavskega ali srednjega družbenega sloja, ki živijo pretežno v vaškem okolju, v vzhodnem delu Slovenije. Ti manj redno uživajo vse glavne obroke, pogosteje manj kakovostno hrano, in se pogosteje prehranjujejo zunaj doma. Moški tudi redkeje uživajo sadje in zelenjavo, ki je pomemben prehranski varovalni dejavnik. Težave s prekomerno telesno težo in debelostjo ima več odraslih moških kot žensk. Indeks telesne mase narašča vse do starostne skupine 50-59 let, v kateri je prekomerno težkih 49,2 % moških, debelih pa že 27,7 %.

- Bolezni skeletno-mišičnega sistema

Po 50. letu starosti so moški najpogosteje nezmožni za delo zaradi bolezni skeletno-mišičnega sistema, med temi gre 60 % dni bolniške odsotnosti za bolezni hrbta. Nastanek bolečine v hrbtu je povezan z dejavniki telesnega in psihičnega stanja ter počutja. Moški še vedno opravljajo bolj nevarna delovna mesta; v anketah 60 % moških ocenjuje, da so pri delu izpostavljeni nezgodam, kar sicer meni le 30 % žensk (Hočevar Grom 2010 : 62-65).

1.2.5 Individualizacija zdravja in medikalizacija

Promocija zdravja¹², ki temelji na predpostavki, da je posameznik predvsem sam odgovoren za svoje zdravje in da s svojim delovanjem neposredno vpliva na kakovost svojega življenja in posledično na svoje zdravje, sovpada s konceptom individualizacije zdravja (Kamin 2006). Ta govori o tem, da je odgovornost in skrb za zdravje postala primarno domena posameznikov, ki, upoštevajoč številne zdravstvene nasvete, lahko sami racionalno presodijo o svojem načinu življenja in delovanja. Kaj pa dandanes pomeni biti zdrav oziroma živeti zdravo? Na to in vsa podobna vprašanja v družbi odgovarjajo številni diskurzi. A med najmočnejšimi je zdravstveni diskurz. Ta »je dominantni za določanje tega, kako mislimo zdravje, kakšne pomene mu pripisujemo, kako razmišljamo o bolnih in zdravih« (Kamin 2006: 16). Kaj je zdravje in zdravo življenje torej določajo številni diskurzi, zato kot pravi Ule Nastran (2009 : 16), »o zdravju nikakor ne moremo razmišljati kot o konstrukt, ki se nenehno (pre)oblikuje glede na znanstvena dognanja, družbeno-ekonomske ter kulturne okoliščine«. Pri določanju in interpretiranju, kaj je zdravo in kaj ne, ima dandanes bistveno vlogo medicina, ki je v sodobni družbi s svojo znanstveno analizo in strokovnim znanjem postala v očeh javnosti kredibilna in pooblaščenca za dajanje nasvetov o zdravem življenju.«

Teza o medikalizaciji družbe govori o »trendu, v katerem se vse večji del razlag in izkušenj individualnega življenja ali družbenega vedenja naslanja na medicinske razlage in medicinsko terminologijo« (Turner 2004: 38). Medicina nastopa kot institucija družbene

¹² Promocija zdravja je proces, ki ljudem omogoča, da lahko povečajo nadzor nad svojim zdravjem in da ga izboljšajo (WHO 2006).

moči, ki določa, kaj so družbeno sprejemljiva vedenja. Nekonformizem lahko posameznika pripelje do oznake bolnika, saj medicina določa, kdo je bolan, in definira, kaj dojemamo kot bolezen oziroma bolezensko stanje (Turner 2004).

Medicina ima v sodobni družbi takšno moč, da s svojimi priporočili in nasveti vstopa v vse več področij posameznikovega življenja, ponuja zdravstvene razlage najrazličnejših izkustev, tako individualnih kot družbenih, čeprav so nekatera v osnovi političnega ali ekonomskega izvora. Vprašanja alkoholizma, pedofilije, vprašanja umetnih oploditev, motenj prehranjevanja, homoseksualnosti in hazarderstva idr. preoblikuje v zdravstvena vprašanja in jih obravnava skozi koncept bolezni (White 2010: 40-43). *»Medicina ljudi razvršča na dve kategoriji: bolne in zdrave in bolnim ponuja rešitev v obliki zdravljenja z zdravili in drugimi zanje primernimi medicinskimi intervencijami. Na tak način samo odpravlja simptome bolezni in normalizira delovanje človeškega organizma, ne odpravlja pa pravih vzrokov, ki so zakoreninjeni v delovanju družbenega sistema, zdravstva in politiki«* (Kamin 2006: 38-39). Kot že rečeno zdravje ni odvisno samo od posameznika, temveč širšega okolja – družbenih, političnih in ekonomskih struktur, ki v njem delujejo.

Medikalizira se tudi področje duševnega zdravja, ki je prav tako pod vplivom medicinskih razlag in preproste kategorizacije na zdrave in bolne. Medicina posameznika po že ustaljenem postopku, glede na simptome, označi za duševno bolnega in ga kot takega obravnava ves čas zdravljenja, čeprav je lahko njegovo duševno zdravje po določenem času stabilno in je posameznik duševno zdrav. Zdravljenje problemov z duševnim zdravjem (npr. stres in depresivne motnje) pa seveda pomeni samo odpravljanje zunanjih znakov bolezni, kar pomeni sledenje nasvetom uradne medicine, uživanje predpisanih zdravil, ki bodo normalizirala stanje in ozdravila človeka. Vendar pa, kot s pomočjo Crawforda opozarja Kaminova (2006: 41), *»medicina ne more pozdraviti prav vseh bolezni, lahko pa jih preprečuje, obvladuje, lajša bolezni in človeku pomaga razumeti, kako s svojim neodgovornim in zdravju nevarnim vedenjem, s stresnim poklicnim delom ter bivanjem v okolju, katerega zrak, zemlja in pitna voda so onesnaženi, škodi svojemu zdravju.«* Poudarjanje individualne odgovornosti za zdravje se sklada in dopolnjuje s sodobno usmeritvijo medicine v preventivo, ki prenese skrb za zdravje pretežno na posameznika, ki zato za medicinske in oblastne strukture postane vselej potencialno bolan (Kamin 2006).

1.2.5.1 Načela medikalizacije

Začetki razprav o pomenu medikalizacije segajo na področje sociologije, kjer interes znanstvenikov ni bila le medicina, ampak širše človeško bivanje in ustvarjanje. Kot poudari Thomas Szasz (2013) :*« Beseda, iz katere izhaja pojem »nemezis«, v grščini pomeni »za, oz. kar je posledica«. Tako lahko dandanes nemezo srečamo na vseh področjih človeške dejavnosti, ki ob pozitivnih trendih razvoja znotraj sebe vsebujejo tudi negativne učinke. Gre za pojave, ki združujejo dve nasprotujoči vsebini, so hkrati svoje nasprotje in podobnost. Zato ni naključje, da je ravno ime boginje Nemezis, ki je že v grški mitologiji predstavljala pravično jezo ali usodo, povezano s pojavi, ki vsebinsko obravnavajo poti in stranpoti*

sodobnega napredka. V želji po eliksirju večnega življenja prevzema medicina vodilno mesto v njegovem iskanju in obljublja popolno izboljšanje zdravja » (Szasz 2013 : 14).

Nemesis, medikalizacija in trgovanje z boleznimi oz. zdravjem so izrazi, s katerimi številni kritiki sodobne medicine poskušajo opozarjati na vzporedne učinke hitrega razvoja znanosti na področju medicine, ki pogosto povzroča vedno nove dileme in vzporedno škodo. Medikalizacija je tako postal že ustaljen pojem kritične socialne analize pojavov, ki spremljajo področje medicine, ali pa so kot stranski produkt učinkovanja medicinskega aparata del le-te. (Ketiš Klemenc 2009 : 12).

1.2.5.2 Kultura in zdravje

»Vsaka kultura pozna mite, rituale, tabuje in etične standarde, s pomočjo katerih ljudem pomaga razumeti krhkost življenja, razložiti vzroke bolečin in bolezni ter vlogo umiranja in smrti. Na ta način bolečina, bolezen in smrt ohranjajo svojo človečnost. Globalna medicinska civilizacija pa poskuša zanikati potrebo po sprejetju teh življenjskih dejstev. Njena naloga naj bi bila v odstranitvi bolečine, odpravljanju bolezni in bojevanju bitke s smrtjo.« (Freidson 1988:275).

Vendar medikalizacija ne zajema zgolj zdravja ali bolezni. Tudi običajni in vsakodnevni opravi so postali del medicine. Komunalni sistemi, urejena pokopališča, postopki očiščevanja vode in hrane, dietni nasveti, negovalni in kozmetični pripravki, higiena delovnega okolja ter javnih površin so pridobitve, ki so nastale kot posledica delovanja zdravstvenega sistema. Ne nazadnje je tudi izrazito medicinsko izrazoslovje vse pogostejše del političnega besednjaka. Izrazi, kot so »ozdraviti gospodarstvo«, »okrepiti bolno telo družbe«, »finančna injekcija«, itd., kažejo na vse večjo medikalizacijo življenja, ki ni omejena zgolj na bolezni in zdravje (Ketiš Klemenc 2009 : 38).

»Industrializacija zdravja, medikalizacija življenja in politizacija medicine so sodobni spremljevalci medicine 21. stoletja. Industrializacija zdravja postaja ekonomsko zanimiv posel za farmacevtsko industrijo; v bogatih državah namenjajo več denarja za raziskave na področju preprečevanja bolezni kot za vlaganje v razvoj novih oblik zdravljenja. Nekoč je veljalo, da za vsako bolezen obstaja zdravilo, sedaj se srečujemo z obratno situacijo, ko lahko rečemo, da za vsako zdravilo obstaja bolezen« (Heath 2005: 330).

In kakšna je vloga nas zdravnikov v tem začaranem krogu? Preprečevanje bolezni potegne za sabo prekomerno predpisovanje zdravil. Dejstvo je, da so stroški za zdravstvene sisteme zelo narasli. Vendar niso stroški tisto, kar mora skrbeti nas zdravnike, marveč pomanjkljivo znanje o povezavah med zdravilnimi učinkovinami, stranski učinki zdravil in diagnostično-terapevtskimi postopki. Finančno pa to predstavlja breme, ki si ga v mnogih deželah zdravstveni sistemi in posamezniki ne morejo privoščiti (NPVZ 2008).

Medikalizacijo življenja zdravniki vsak dan srečujemo pri svojem delu, ko ugotavljamo, da so običajni življenjski dogodki vzrok obiska naših ambulant. Nekoč dogodek, ki je del

življenjske poti, je sedaj težava ali simptom grozeče bolezni, ki zahteva zdravniško obravnavo.« *Predmenstrualni sindrom, nosečnost in klimakterij so fiziološka stanja v življenju ženske, a vendar so danes neredko vzrok obiska ambulate. Sodobna medicina je s svojimi ukrepi, deloma v želji po zaslužku, omogočila razširitev ideje o svoji vseomogočnosti in brezmejnosti. Ljudem je prodala svoje osnovno poslanstvo skrbi za njihovo zdravje. Vendar se čedalje pogosteje pojavljajo posamezniki, ki opozarjajo na omejitve medicine in potrebo po lastni udeležbi v skrbi za lastno zdravje. Medicina lahko pomaga okrepiti zdravje, ne more pa nadomestiti skrbi posameznika in njegove lastne aktivnosti v ohranjanju zdravja* »(Freidson 1988:277).

Žal je zdravstvo pogosto tudi osrednja tema političnih programov in agitatorjev, ki včasih celo zelo slabo poznajo to področje ter tako na ravni populacije povzročijo veliko škode. Nevarnosti medikalizacije so seveda izjemno široko področje, ki zajema populacijo, posameznika in zdravnika.

1.2.5.3 Medikalizacija v ambulantni zdravniku

»Večina zdravnikov meni, da je edini namen medicine pomagati človeku. Zakaj bi sicer postali zdravniki? Z vidika pripadnosti stroke bi se zelo težko strinjala s prepričanjem nekaterih avtorjev, da postaja medicina najhujša grožnja za zdravje ljudi. Številni ekonomisti opozarjajo, da bo vse večje finančno vlaganje v medicino postalo neproduktivno in bo povzročilo več škode kot koristi. Na drugi strani so potencialni bolniki vse bolj medijsko izpostavljeni strahu pred vedno novimi in hujšimi boleznimi, ki jih je potrebno čim prej odkriti in zdraviti. Sodobna kapitalsko usmerjena in razslojena družba kaže vse manj socioloških povezav ter je polna ljudi, ki živijo v večnem strahu pred izgubo zdravja in prezgodnjo smrtjo. Realen občutek za vsakodnevno telesno in duševno blagostanje se je izgubil; le malokdo se zaveda, da za vsemi temi trendi stoji kapital, ki s parolami o skrbi za človeka polni lastne žepe« (Ketiš Klemenc 2009:13).

Diagnoza¹³ pa lahko kreira tudi težave (Szasz 2013), lahko izgubiš socialni položaj ali celo zaposlitev. Lahko si za vedno stigmatiziran. Postaneš žrtev – nisi več normalen človek, ampak astmatik, diabetik, shizofrenik, epileptik . Nekateri diagnoze nosijo s seboj ogromne stigme, ki za bolnika predstavljajo večje breme kot sama bolezen. Najhujše pa je, da diagnoza bolnika pripelje do tega, da gleda nase kot na manjvredno osebo in tega kompleksa ni sposoben prerasti. »V družbi prevladuje prepričanje, da je biti bolan sicer stigma, a ne tako huda kot oznaka, da si politični oporečnež, delomrznež ali nesposobnež. Mnogi ljudje se zavedajo, da so utrujeni in bolni od pretiranih obremenitev službe ali, na drugi strani, od nezadovoljstva z življenjem, vendar raje vidijo, da se jim pripiše fizična bolezen, saj jih to odvezuje družbene odgovornosti. Svojega zdravnika želijo imeti v vlogi odvetnika ali duhovnika« (Heath 2005: 334).

¹³ Diagnoza je prepoznavanje bolezni z ugotavljanjem simptomov in znakov ter predstavlja strokovni opis ugotovljenega zdravstvenega stanja pri pacientu. Za opis in klasificiranje bolezni in stanj v Sloveniji uporabljamo Mednarodno klasifikacijo bolezni, Avstralsko modifikacijo, verzijo 6 (MKB-10-AM).

Kot odvetnik jih zdravnik zaščiti pred normalnimi obveznostmi in jim omogoči dnevno plačilo (bolniški dopust), kot duhovnik pa postane bolnikov sosterilec pri ustvarjanju mita, da je le nedolžna žrtev bioloških mehanizmov, kar se lepše sliši, kot pa da je len ali nesposoben za izpolnjevanje svoje družbene odgovornosti. Vso njegovo socialno življenje se začne vrteti v krogu prejemanja raznovrstne terapije v ambulantah družinske medicine ali pri psihiatru. Vrstijo se številne napotitve k specialistom in na številne preiskave. V ambulantah družinske medicine tako (neuspešno) zdravimo številne bolnike, ki so kronično utrujeni, imajo glavobole, so depresivni, jih boli v križu, rami, v trebuhu ali pri srcu (Ketiš Klemenc 2009:16).

1.2.5.4 Stranski učinki medicine

Stranski učinek je farmakološki učinek, ki ga zdravilo izkazuje poleg svojega glavnega učinka. Ni nujno, da so stranski učinki le slabi, saj lahko pomenijo podporo glavnemu učinku zdravila. Kadar gre za negativne stranske učinke, govorimo o neželenih učinkih. Neželen škodljiv učinek zdravila je tista škodljiva in nenamerna reakcija, ki se lahko pojavi pri predpisani uporabi zdravila. Obstaja še definicija resen neželen škodljiv učinek zdravila, ki ima lahko hujše posledice za bolnika, kar pomeni neposredno življenjsko ogroženost, invalidnost, bivanje v bolnišnici oz. podaljšanje zdravljenja in celo smrt. « *Duševno trpljenje, ki ga je človeško življenje marsikdaj polno, ni vedno posledica bolezni. Navadno ga ni treba zdraviti z zdravili. Kot kaže, obstajata dva različna modela predpisovanja zdravil. Poimenujemo ju lahko akutni in vzdrževalni. Pri prvem zdravila rabimo le za omilitev krize, drugi pa naj bi z zdravili okrepil telo ali možgane, da ne bi doživljali krize*» (Flaker 2012:234).

Osnovna pravila racionalnega predpisovanja zdravil veljajo za predpisovanje zdravil tako pri kroničnih kot pri akutnih boleznih, neracionalno predpisovanje pa je pri kroničnih boleznih še toliko bolj opazno (dolgotrajno zdravljenje, odvisnosti, neželeni stranski ali celo škodljivi učinki, ekonomska škoda itd.). Pri predpisovanju zdravil postopamo stopenjsko, kot pri znanstvenem poskusu. Vedno, še posebej pa pri kroničnih bolnikih, razmislimo o možnosti nefarmakološkega zdravljenja (uravnotežena prehrana in diete, redna telesna dejavnost, normalna telesna teža, nekajenje, manj tvegano pitje alkoholnih pijač, sprostitvev (Kostnapfel Rihter, Albreht 2014 : 7).

Bulc (v Ketiš Klemenc 2009) opredeljuje stopnje racionalnega predpisovanja zdravil:

- Opredelimo zdravstveni problem, postavimo (delovno) diagnozo.
- Opredelimo terapevtski cilj: odpravljanje motečih simptomov (simptomatsko zdravljenje) ali zdravljenje vzroka bolezni (vzorčno zdravljenje).
- Izbira zdravljenja za vsakega bolnika posebej, individualno: najučinkovitejše, najvarnejše, najprimernejše in najcenejše zdravilo.
- Bolniku razložimo, zakaj je zdravljenje potrebno in kaj pričakujemo, kako zdravilo deluje, kakšne sopojuje lahko pričakuje in kako naj ob njih ukrepa.
- Kontrola, spremljanje in nadaljevanje oz. zaključek zdravljenja.

»Zdravnike vodi načelo „prvo ne škoditi“, v medicini pa se pogosto srečujemo tudi z dvomi in nejasnostmi, kar od zdravnikov zahteva razmislek o možnih izidih priporočenih intervencij in posegov ter zdravljenja (farmakološkega in nefarmakološkega), kadar svetujejo zdrav način življenja in spreminjanje navad ali zdravijo bolezni. Naši ukrepi morajo temeljiti na znanstvenih dokazih, indikacijah in etiki, prilagajamo jih potrebam posameznega bolnika, da bi z minimalno intervencijo dosegli maksimalen učinek, preprečili škodo in povečali kakovost življenja posameznega bolnika. Ker pa ukrepi predstavljajo obenem tudi potencialno tveganje, se vse pogosteje srečujemo z etičnimi dilemami in dvomi.«(Bulc v Ketiš Klemenc 2009: 32).

Kot je v intervjuju poudarila zdravnica Alenka Kobal, so bolniki vse bolj informirani in vse bolj zahtevni, naloga nas zdravnikov pa je, da jim zagotovimo varno in učinkovito diagnostiko ter zdravljenje, preprečimo nepotrebne in neutemeljene posege in metode, skratka bolnike ščitimo pred medikalizacijo, pretiranimi diagnostičnimi preiskavami in pretiranimi preventivnimi ukrepi tako, da jim ponudimo le strokovno in etično utemeljene postopke ter ukrepe. Zdravnik naj bi preprečeval trpljenje in bolnikom razblinjal neutemeljena in nerealna pričakovanja, ki jih obljublajo mediji in celo nekateri zdravniki. Vse očitneje postaja populacija »obsedena z boleznimi«, kar bo moč odpraviti le z znanstveno utemeljeno akcijo tako na individualni kot tudi na nacionalni ravni. Zdravniki imamo edinstveno priložnost, da svojim bolnikom, ki nam zaupajo, razlagamo in svetujemo, da se bodo lahko sami informirali in avtonomno odločali o svetovanih preiskavah, posegih ter zdravljenju (PRILOGA 4, Intervju 1).

1.2.5.5 Etični vidiki medikalizacije

»Medicina že vsaj od 18. stoletja, poleg svojega osnovnega vpliva na zdravja in bolezni, aktivno posega tudi na vsa ostala področja človeškega življenja. Z vpeljavo sanitarne urejenosti človeškega življenja, cepljenjem in posledično možnostjo življenja v ožjih ter širših skupnostih so se spremenili naša fizična podoba, življenjska doba in obolevnost. V tem smislu je medicina naredila mnogo več kot le uresničila svoje osnovno poslanstvo odkrivanja, diagnostike in zdravljenja bolezni; povzročila je, da smo s pomočjo etike medsebojno povezani na način, ki je postal neločljiv del medicine.«(Ketiš Klemenc 2009:36)

Zdravje po definiciji ni samo odsotnost bolezni, ampak tudi stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje. Slednje lahko združimo v pojmu kakovosti življenja, ki pa je močno okrnjena, kadar se ljudje počutijo bolne. Bolj kot so ljudje izpostavljeni zdravniku in bolj kot je zdravstvena oskrba (tudi preventivna dejavnost) dostopna, bolj bolne se počutijo. (Artnik, B. et al. 2012 : 76).

»Zmotno je misliti, da je osnovno poslanstvo zdravnika zgolj popravljanje okvarjenega človeškega telesa. Zdravnik deluje tudi širše. Vključen je v proučevanje in obvladovanje bolezni na populacijski ravni, ukrepanje ob naravnih stanjih oz. dogodkih v človeškem

življenju (rojstvo, umiranje, neplodnost, svetovanje ob stresnih življenjskih dogodkih, nudenje podpore žalujočim) pa je pomemben del njegove medicinske prakse. Ker je meja med zdravim, normalnim in naravnim ter bolnim, nenormalnim in umetnim, zabrisana oz. se njene lastnosti neprenehoma spreminjajo, lahko zdravnik ob uresničevanju svojega poslanstva trči ob mnoge etične dileme, ki so povezane z medikalizacijo » (Freidson 1988:123).

1.2.6 Zdravstveno stanje brezdomcev

Razpotnik in Dekleva (2009) sta izvedla prvo raziskavo o problematiki zdravstvenega stanja slovenskih brezdomcev in dostopnosti zdravstvene sistema zanje.

Po ugotovitvah številnih tujih raziskav (na primer Riley 2003, Masson in Lester 2003, Savage 2006) obstajajo tri ključne zdravstvene težave, ki jih lahko razumemo kot vzročno povezane z brezdomstvom oziroma izjemno socialno izključenostjo: 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. Vse našete težave seveda pogojujejo ustvarjanje novih in omogočajo poglobljanje začaranega kroga socialne izključenosti, to pa pogojuje tudi izključenost iz sistemov zdravstvene oskrbe ter poglobljanje nezdravega življenjskega sloga in tako se našete in še druge zdravstvene težave le še povečujejo (Razpotnik, Dekleva 2009 : 25).

Pri opredeljevanju lastnosti populacije brezdomcev, je pomembno omeniti, da se je obraz brezdomstva spremenil. Strokovni vodja programov v Društvu za pomoč in samopomoč Želva – Eureka Žalec Natalija Zupančič v intervjuju omeni: » *da so bili včasih brezdomci predvsem starejši, zlasti moški, s težavami na področju alkoholizma. Danes ne obstaja več klasični brezdomec, temveč je starostna struktura izredno raznolika, pri spolu prevladujejo moški, a tudi žensk je vedno več, večina jih je brez dela, med brezdomci je vedno več mladih, s težavami v duševnem zdravju, zasvojenostmi, invalidi, družin, ki so »ostale na cesti« zaradi deložacij* » (PRILOGA 4, Intervju 3).

Razpotnik in Dekleva (2009) s problematiko brezdomstva : » *pogosto specifično povezujeta pripadnost subkulturam in invalidnost. 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* » (ibid. : 26).

Nuša Konec Juričič, vodja skupine za nenalezljive bolezni OE NIJZ Celje pa ocenjuje: » *da je v trenutnem zdravstvenem sistemu neenakost v zdravju najbolj vidna v ranljivi populaciji, ki zajema brezdomce, migrante, prekarne delavce, starejše in osebe, odvisne od drog. Poleg zagotavljanja obveznega zdravstvenega zavarovanja vsej tej populaciji, bi bilo potrebno tudi aktivno terensko delo z namenom ugotavljanja potreb in vključevanja ranljivih v preventivne preglede* » (PRILOGA 4, Intervju 2).

Masson in Lester (2003 v Razpotnik in Dekleva 2009) slabo zdravstveno stanje brezdomcev pripisujeta manj primerni zdravstveni oskrbi¹⁴, finančnim oviram pri uporabi zdravstvenih storitev¹⁵, nefinančnim oviram pri uporabi zdravstvenih storitev, kot so težave ki izvirajo iz težav z duševnim zdravjem in/ali zasvojenosti s psihoaktivnimi snovmi. Dodata še, da mnoge raziskave potrjujejo, da odnos zdravstvenega osebja do brezdomcev ustvarja pomembne ovire v dostopnosti zdravstvenega sistema tem ljudem (Razpotnik, Dekleva 2009 : 27).

Konec Juričičeva ocenjuje, da je »problematika ranljivih skupin zelo kompleksna tema, ki potrebuje celostno obravnavo. Zdravstveni delavci so v sklopu študija premalo seznanjeni s to problematiko, ki poleg zdravstvenih težav (telesnih in duševnih) zajema tudi socialne težave. Izkušnje s terena kažejo, da so zdravstveni delavci nezadostno seznanjeni s problematiko ranljivih skupin. Pristop zdravstvenega delavca mora temeljiti na spoštovanju in razumevanju ranljive populacije, zato bi bila izobraževanja s področja ranljivih skupin dobrodošla » (PRILOGA 4, Intervju 2).

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 (Razpotnik, Dekleva 2009 : 27).

Alenka Kobal zdravnica v ambulantni splošne medicine v Zdravstvenem domu dr. Jožeta Potrate v Žalcu meni, da so ovire, s katerimi se srečujejo brezdomni ljudje » v prvi vrsti termini naročanja na preglede, pogosto se poslužujejo urgentne obravnave, niso vztrajni in dosledni pri reševanju svojih bolezenskih stanj. Težave so prihodi na kontrolne preglede. širšo Pri svojem delu, se trudim vključevati svoje brezdomne paciente v CINDI¹⁶ delavnice za krepitev zdravega življenjskega sloga in v referenčne ambulate¹⁷, kjer gre za okrepitev tima družinske medicine, da se na ta način izboljša kakovost dela in poveča zadovoljstvo bolnikov Pogosto niso zainteresirani za kontinuirano obravnavo kroničnih obolenj v referenčni ambulant. Bolnišnice vedno pošljejo datume za zdravstveni pregled in izvide na stalni naslov pacienta, ki pa so pogosto fiktivni ali pa tam sploh ne bivajo, zato prihaja pogosto do hudih motenj pri zdravstveni obravnavi « (PRILOGA 4, Intervju 1).

¹⁴ Zdravstvena oskrba so vse aktivnosti, ki jih izvajajo zdravniki in drugo zdravstveno osebje pri diagnostiki, zdravljenju in spremljanju oseb (ZZdrS 2006).

¹⁵ Zdravstvene storitve so storitve, ki jih za paciente opravljajo zdravstveni delavci pri izvajalcu zdravstvenih dejavnosti (ZZDej 2008).

¹⁶ CINDI (ang. Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention) je program za preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni (Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2012).

¹⁷ Referenčne ambulate (RADM) so ambulate družinske medicine okrepljene z diplomirano medicinsko sestro. Gre za okrepitev tima družinske medicine in s tem tudi osnovne zdravstvene dejavnosti, kar je prioriteta zdravstvene politike. Na ta način bo izboljšana kakovost zdravstvene oskrbe (Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020).

Razpotnik in Dekleva (2009) omenita v svoji raziskavi, da se v znanstveni 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. 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)¹⁸, krenil po tej poti, toda težava je v tem, da te ambulate niso vključene v sistem javnega zdravstva (Razpotnik in Dekleva 2009 : 32).

»Dostopnost zdravstvene oskrbe na različnih lokacijah je smiselna, » meni Konec Juričičeva: » če bi točke delovale v smislu »pro bono« ambulant, saj se bi le tako odkrile skrite populacije (torej tiste, ki nimajo urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja in imajo zaradi tega oviran dostop do zdravstvene oskrbe. Smiselnost bi se povečala tudi z informacijsko povezavo razpršenih »pro bono« točk, ki bi omogočila vpogled v obravnavo posameznika na različnih lokacijah, s čemer bi se izognili možnemu podvajanju npr, predpisa recepta ali izdaje zdravila, če je la ta omogočena.« (PRILOGA 4, Intervju 2).

Študija Razpotnikove in Dekleve (2009) in Kreka (2010) 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.

Podobno meni tudi Zupančičeva, ki poudari: *» Že v samem zavetišču imamo celotno psihosocialno rehabilitacijo, kar pomeni, da vsakega posameznika obravnavamo celostno in rešujemo celotno problematiko njegovega življenja, vsekakor pa se trudimo, da uporabnik poskrbi za svoje zdravstveno stanje in se začne zdraviti ter rehabilitacija področja duševnega zdravja- zdravljenje zasvojenosti in psihoz«(PRILOGA 4, Intervju 3).* Konec Juričičeva pa še doda : *»V našem okolju izjemno dobro delujejo nevladne organizacije. Kot primer lahko navedem Javni zavod SOCIO, v katerem ob nastanitvi osebe v zavetišče tudi poskrbijo za urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje. V zavetišču redno izvajajo meritve krvnega tlaka, sladkorja ipd. (izvaja zaposlena medicinska sestra v zavetišču). Uporabnike zavetišča tudi redno opomni in po potrebi spremljajo na preventivne preglede. Za skrito ranljivo populacijo pa še vedno ni dovolj dobro poskrbljeno« (PRILOGA 4, Intervju 2).*

V najtežjem položaju glede dostopnosti zdravstvenih storitev so seveda tisti, ki nimajo urejenega niti osnovnega zdravstvenega zavarovanja. *» Za brezdomne osebe, ki niso uporabniki zavetišč za brezdomce, ni organizirano obvezno zdravstveno zavarovanje in*

¹⁸ Pro Bono ambulanta je brezplačna ambulanta s posvetovalnico, namenjena osebam brez stalnega prebivališča in osnovnega zdravstvenega zavarovanja ter tistim, ki sicer imajo osnovno zdravstveno zavarovanje, nimajo pa kot tujci, begunci oz. azilanti, pravice do dodatnega zdravstvenega zavarovanja, a potrebujejo še druge oblike pomoči (www.ordinacija.net).

zaradi tega načeloma izpadejo iz sistema zdravstvene oskrbe», meni Konec Juričičeva in dodaja: » Ker nimajo urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja, se ne odločijo za obisk zdravnika v primarnem nivoju ampak šele v sekundarnem. Najbolj koristen ukrep bi bilo zagotavljanje urejenega obveznega in dodatnega zdravstvenega zavarovanja za vso ranljivo populacijo. S tem ukrepom bi se vsekakor tudi zmanjšala uporaba storitev na sekundarnem nivoju, ki bi dolgoročno tudi pomenilo manjši strošek za celotni zdravstveni sistem. Med koristne ukrepe se lahko tudi uvršča ustanovitev vsaj ene »pro bono« ambulate pri izvajalcih javnozdravstvenih storitev, ki bi ljudem brez zdravstvenega zavarovanja omogočalo koriščenje zdravstvene oskrbe. Pomembna bi bila tudi učinkovita ustanovitev skupnostnega pristopa, ki bi s pomočjo skupne informacijske mreže omogočalo identificiranje skrite populacije « (PRILOGA 4, Intervju 2)

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 poboljšnično nego (Razpotnik in Dekleva 2009 : 31). Konec Juričičeva ocenjuje, » da bi bile negovalne klinike za kratkoročno odpravljanje problematike ranljivih koristne, saj bi se tako lahko zagotovila zdravstvena oskrba tistih bolnikov, ki se zaradi svojega socialnega in ekonomskega stanja ne bi odločili za zdravljenje v klinikah. Dolgoročno menim, da bi se lahko pojavil problem stigmatizacije. Zato bi bila ustrežnejša rešitev omogočanje zdravljenja ranljive populacije v klinikah, namenjena vsem prebivalcem z vključitvijo strokovnjakov, ki imajo ustrezna znanja v obravnavi ranljivih skupin« (PRILOGA 4, Intervju 2).

1.3 Vloga zavetišča za brezdomce Želva v Žalcu pri varovanju in krepitevi zdravja v lokalni skupnosti

1.3.1 Programska usmeritev Zavetišča za brezdomce Želva

Društvo za pomoč in samopomoč Želva –Eureka Žalec je samostojna nevladna organizacija z nepridobitnimi cilji, ki je bila ustanovljena leta 2000. Program Zavetišča za brezdomce Želva se izvaja na isti lokaciji, kjer je sedež Društva, to je Šlandrov trg 2 v Žalcu. Društvo združuje strokovnjake in strokovnjakinje ter druge posameznike in posameznice, ki se ukvarjajo z brezdomstvom in njim povezanimi situacijami, pojavi ter posamezniki in posameznicami, ki doživljajo brezdomstvo in s tem povezano socialno izključenostjo. Programi, ki jih izvaja Društvo, so namenjeni brezdomnim in drugim socialno izključenim skupinam prebivalstva v lokalni skupnosti. Zavetišče deluje v smislu zmanjševanja osebne, socialne, zdravstvene in ekonomske škode, hkrati pa ozavešča lokalno javnost in promovira družbeno delovanje na področju brezdomstva (PRILOGA 5).

1.3.1.1. Cilji programa

- zagotovitev ustreznih bivalnih ter higienskih pogojev,
- spoštovanje in upoštevanje pravil Zavetišča, kar predstavlja odgovorno vedenje v prostorih (podpis dogovora o namestitvi),
- urejanje socialne situacije posameznika,
- odkriti pričakovanja uporabnika glede lastnih sprememb z namenom ustreznega načrtovanja
- urejanje drugih težav, ki so pri uporabniku manj ali bolj evidentne (uživanje drog, alkohola, nezdravljene psihoze,...),
- naloge v smislu sprejemanja odgovornosti,
- samonadzor dnevnih aktivnosti,
- učenje konstruktivnega preživljanja prostega časa (delovna terapija – vsebinsko in časovno strukturirana),
- urejanje medosebnih odnosov uporabnika z bližnjimi z namenom osebne ureditve in vrnitve domov,
- individualno načrtovanje ter izvedbe aktivnosti na podlagi terapevtskega dogovora,
- v dolgoročnem smislu je glavni cilj vrnitev v samostojno življenje, nazaj k svojem, pridobitev stanovanja in odgovorno življenje oz. bistveno spremeniti njihovo kvaliteto življenja v pozitivni smeri.

1.3.1.2 Uporabniki, ki jim je program namenjen

Ciljna skupina uporabnikov (značilnosti uporabnikov, ki jim je namenjen program):

- vsem občanom, ki ostanejo brez bivališča (do sedaj nismo odklonili nikogar, pa čeprav je bil iz druge občine – dejansko smo imeli uporabnike že iz vseh regij Slovenije),
- uporabnikom programov, ki so ostali brez bivališča ali so že prej živeli »na ulici«, v razpadajočih praznih objektih, v zapuščenih avtomobilih. Vsi ti imajo le fiktivno bivališče, kjer pa ne morejo bivati, ali pa fiktivno stalno prijavo bivališča na Centru za socialno delo.
- uporabnikom nedovoljenih drog, ki so začasno ostali brez bivališča (npr. tisti uporabniki, ki so jih starši »nagnali« od doma),
- v letu 2010 so začeli vključevati tudi tiste uporabnike, ki so za krajši čas k nam napoteni s strani interventne službe, ki jo za osem CSD v celjski regiji izvaja CSD Celje (žrtve nasilja, osebe s posebnimi potrebami ...).
- po spolu: ni omejitev.
- po starostnih skupinah (do pod 18 let; 18 do pod 65; 65 in več): ni starostnih omejitev.
- glede na probleme, ki ga/jih imajo:
- Družinske razmere in socialno omrežje (zakonski stan, partnerstvo, odnosi s sorodniki, prijatelji, znanci, ...):

Večina uporabnikov ima le malo stikov z ljudmi, ki niso naši uporabniki. Če ti stiki obstajajo, so to različne službe, kjer iščejo pomoč, s svojci in pri redkih uporabnikih – delodajalci.

Pogoji za vključitev:

- sprejemanje in upoštevanje pravil zavetišča in dnevnega centra (vsak uporabnik podpiše dogovor o sodelovanju v zavetišču in dnevnem centru),
- izražena želja uporabnika, da se vključi v program (prostovoljna vključitev).

Uporabniki Zavetišča za brezdomce »Želva« so do oktobra 2012 plačali mesečno 105,00 EUR, kar je prispevek za celotno 24-urno oskrbo (bivanje, hrana – 5 obrokov, pranje, tuširanje ...), od oktobra 2012 pa je celotna oskrba 108,00 EUR mesečno, ena sama nočitev pa stane 3,60 EUR.

Dejavnosti zavetišča in postopki, ki jih izvajajo v programu (PRILOGA 5).

2 EMPIRIČNI DEL

2.1 Pregled problematike - namen raziskovanja

Namen magistrske naloge je bil ugotoviti vzroke in posledice brezdomstva na področju zdravja in dostopnosti zdravstvenih storitev brezdomnih v lokalni skupnosti. Magistrska naloga je sestavljena iz teoretičnega in empiričnega dela. Teoretični del vsebuje poglobljeno strokovno analizo brezdomstva v RS, še posebej s področja zdravja in izkušanj z zdravstvenim sistemom brezdomnih ljudi. Pri pregledovanju literature sem uporabil opisno metodo in metodo povzemanja. Drugi, empirični del naloge je namenjen preverjanju raziskovalnih vprašanj.

Problematika brezdomstva je kompleksna in predstavlja sklop individualnih in družbenih vzrokov, oblik socialne izključenosti, odzivov družbe, bolj ali manj utrjenih procesov ter vzorcev medosebnih in družbenih odnosov (Razpotnik, Dekleva 2007a).

Razpotnik in Dekleva (2009), sta izvedla prvo raziskavo o problematiki zdravstvenega stanja slovenskih brezdomcev in dostopnosti zdravstvenega sistema zanje. Njuna prva osnovna ugotovitev je, da je za raziskovano populacijo ljudi s precejšnjo mero gotovosti velja, da je zdravstveno bolj ogrožena oz. je njeno psiho-socialno stanje oziroma zdravje slabše od stanja v splošni slovenski populaciji. Ta ugotovitev velja predvsem za področje duševnega zdravja in odvisnosti ter za druge telesne bolezni, ki so povezane z brezdomnim načinom življenja.

Druga osnovna ugotovitev je, da je dostopnost zdravstvenega sistema in storitev za proučevano skupino ljudi slabša kot dostopnost obojega splošni slovenski populaciji.

Dostopnost pomeni pravico uporabljati sistem, ki pa le malo pomaga, če po odhodu iz zdravstvene ustanove ljudje potrebujejo denar, ki ga nimajo za nabavo zdravil ali zdravstvenih pripomočkov ali pa določene življenjske razmere, ki jih nimajo za uspešno okrevanje. Najbolj so ogrožene osebe z večjimi težavami oziroma boleznimi, ki bi jim bilo treba posvetiti posebno pozornost. Najpogostejše bolezni so bolezni sklepov, kronične depresije, čir na prebavilih, jetrne ciroze in kronične obstruktivne pljučne bolezni. Pogoste so tudi težave z duševnim zdravjem in zasvojenost z dovoljenimi in nedovoljenimi drogami. Tudi stanje na področju zobozdravstva je zelo slabo (Razpotnik, Dekleva 2009 : 106).

Z raziskavo želim preveriti, ali lahko zgoraj navedene dejavnike, ki so na podlagi tujih in domačih raziskav definirani kot poglavitni dejavniki ovirane dostopnosti zdravstvenih storitev brezdomni populaciji, najdem tudi v svojem lokalnem okolju. Brezdomcem, ki so vključeni v psihosocialne rehabilitacijske programe v Zavetišču Želva, se je kakovost življenja že izboljšala. Iz položaja brezdomca so prešli v položaj osebe, ki ima vsaj določeno začasno nastanitveno varnost in se tako lahko osredotoči na izboljšanje kakovosti svojega življenja tudi na drugih področjih. Problemi brezdomcev se kažejo tako na ekonomski, socialni, zdravstveni in osebni ravni.

V Zavetišču Želva si prizadevajo nameniti še večji poudarek podpori in delu s posameznikom, s ciljem, da se ta v največji meri vključi v družbo. Pri tem imajo nemalo težav. V prvi vrsti je težava nesprejetost zaradi stigmatizacije in marginalizacije brezdomnih v širše družbeno okolje. Druga vrsta težav pa je v samih brezdomcih, ki so zaradi različnih vplivov neopremljeni za neodvisno življenje.

Običajne obravnave teme brezdomstva so sicer v veliki meri kompatibilne z medicinskimi modeli razmišljanja. S tem mislim 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.

Takemu privzemanju iz medicinske perspektive se izogne redko katera obravnava brezdomstva, zato ni čudno, da se ji nisem povsem izognil niti v svoji raziskavi. Tudi tu sem na primer prešteval, koliko brezdomnih oseb je zasvojenih z nedovoljenimi drogami, koliko jih uživa alkohol, koliko jih je že bilo hospitaliziranih v psihiatričnih ustanovah. V tem smislu sem se ukvarjal s precej tipično medicinsko problematiko.

V metodološkem smislu je raziskava uporabila anketno metodo ter eno od kvalitativnih metod, polstrukturiran intervju, pri čemer naj bila z delom vprašanj primerljiva z raziskavo Razpotnikove in Dekleve (2009).

2.2 Problem

Moj namen je raziskati problematiko zdravja in dostopnosti zdravstva brezdomcem v lokalnem okolju, podrobneje preučiti njihov zdravstveni položaj in njihove subjektivne ocene dostopnosti zdravstvenega sistema njim samim ter poiskati razloge za njihovo slabše zdravje in slabšo dostopnost zdravstvenih storitev. Z raziskavo želim preveriti, ali lahko dejavnike, ki so na podlagi tujih in domačih raziskav definirani kot poglavitni dejavniki ovirane dostopnosti zdravstvenih storitev brezdomni populaciji, najdem tudi v svojem lokalnem okolju. Ko razmišljam o odnosu zdravja in dostopnosti zdravstva brezdomcem v lokalnem okolju, bom primerjal rezultate z rezultati študije Razpotnikove in Dekleve (2009), ki sta izvedla raziskavo o problematiki zdravstvenega stanja slovenskih brezdomcev in dostopnost zdravstvenega sistema zanje. Podatkov glede zdravstvenega stanja in dostopnosti zdravstvenih storitev brezdomcem v žalski lokalni skupnosti nimamo, kar je razlog več za to raziskavo. Naloga ima tudi aplikativni cilj, da bi izsledki raziskave služili kot podloga za ukrepanje, nadaljevanje medsektorskih prizadevanj na tem področju ter kot pripomoček pri iskanju in oblikovanju najustreznejših strokovnih, posamezniku in njegovim potrebam prilagojenih rešitev glede zdravja ranljivih skupin v naši lokalni skupnosti. Znotraj opisa problema postavljam sledeče teze:

- Predvidevam, da je zdravstvena problematika brezdomcev in dostopnost zdravstvenih storitev na lokalnem nivoju bistveno drugačna kot na nacionalnem nivoju.

- Predvidevam, da je zdravstvena problematika brezdomcev in dostopnost zdravstvenih storitev na lokalnem nivoju podobna ali enaka.
- Skupina mlajših brezdomcev naj bi imela drugačne potrebe kakor skupina starejših, potrebe obojih pa naj bi bile povezane tako s somatskim zdravjem posameznika kot s sociološkimi značilnosti posamezne generacije.

3 METODOLIGIJA

3.1 Vrsta raziskave

Raziskava je kvantitativna in kvalitativna ter deskriptivna. V prvem delu sem izvedel anketo med petnajstimi nastanjenimi brezdomci v zavetišču Želva, drugi del raziskave pa temelji na polstrukturiranih intervjujih, ki sem jih izvedel na treh inštitucijah, in sicer v Zavetišču za brezdomce Želva Žalec, v ZD Žalec in v OE NIJZ Celje.

3.2 Zbiranje podatkov

3.2.1 Anketa

V skladu z nameni raziskave sem pripravil anketni vprašalnik, ki je obsegal 107 vprašanj (PRILOGA 1). Vprašalnik je bil zaprtega tipa in je vseboval dihotomna vprašanja in vprašanja z večstransko izbiro, ki so zajemala različna spodaj naštet področja. Ob vsakem področju navajam tudi osnovni vir, iz katerega sem črpal format in vsebino vprašanj:

- Demografske podatke, podatke o značilnostih brezdomcev v zavetišču in podatke o obiskovanju različnih zdravstvenih ustanov sem pridobil iz dokumentacije za uporabnike, ki je zbirnik obstoječih podatkov iz spisov uporabnikov (starost, spol, zaključena stopnja izobrazbe, status glede zaposlitve ob vstopu v program, koliko otrok ima uporabnih, bivalne razmere, urejenost osebnih in drugih dokumentov). Vprašanja iz tega področja so v glavnem primerljiva z raziskavo Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev (Razpotnik, Dekleva 2009).
- Bolezenska stanja, skrb za zdravje, jemanje zdravil, telesna teža, zdravje ustne votline, je bilo povzeto in prilagojeno po Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev (Razpotnik in Dekleva, 2009), Zdravje v Sloveniji (2010), Zdravje in vedenjski slog v Sloveniji (2009), Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji (2013). Podatke v okviru anketiranja sem dopolnil s podatki iz zdravstvene dokumentacije anketirancev.

- Psihosocialno zdravje, socialne mreže in podpore je bilo povzeto in prilagojeno po Zdravje v Sloveniji (2010), Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev (Razpotnik in Dekleva, 2009) in iz OE NIJZ Celje, Zdravstveno-statistični podatki o raku, duševnih motnjah in samomoru v zdravstveni regiji Celje in upravni enoti Žalec (2015), ki so ga posebej za namen moje naloge izdelali zdravniki specialisti na oddelku za nenalezljive bolezni.
- Uporaba prepovedanih drog, uporaba alkohola in kajenje je bilo povzeto in prilagojeno po brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev (Razpotnik, Dekleva 2009), Zmanjševanje škode na področju prepovedanih drog (ZZV Koper, 2012) in Alkohol v Sloveniji (NIJZ 2014) ter iz dokumentacije zbirnih obstoječih podatkov iz spisov uporabnikov.

3.2.2 Intervju

Zbiranje podatkov je potekalo tako, da sem najprej pripravil okvirna vprašanja za pripravo polstrukturiranih intervjujev. Vprašanja za intervjuje so bila povzeta in prirejena iz že opravljene raziskave Razpotnikove in Dekleve (2009). Telefoniral sem pristojnim zaposlenim na izbranih institucijah, ki naj bi zdravstveno problematiko brezdomstva najbolj poznali. Po elektronski pošti sem jim poslal uvodno predstavitev, namen izvedbe polstrukturiranega intervjuja in vprašalnik. Približno po enem tednu sem se s tistimi, ki so pristali na intervju dogovoril za datum intervjuja. Od predvidenih sedmih intervjujev sem izvedel samo tri. V raziskavi niso želeli sodelovati, zaradi preobremenjenosti in premajhnega poznavanja problematike psihiatri iz PB Vojnik in iz ambulant v ZD Celje. Odgovore sem po elektronski pošti prejel od Nuše Konec Juričič, vodje skupine za nenalezljive bolezni OE NIJZ Celje, Alenke Kobal, Zdravstveni dom dr. Jožeta Potrate Žalec in Natalije Zupančič, odgovorne osebe Zavetišča za brezdomce Želva Žalec. S polstrukturiranimi intervjuji sem želel pridobiti poglobljeno razumevanje zdravstvene situacije na področju brezdomstva v svojem lokalnem okolju. Zanimalo me je stališče in prepričanje intervjuvancev glede obravnavane tematike (PRILOGA 4).

3.3 Teme

Namen anketiranja je bil raziskati področje zdravstvenih potreb brezdomnih oseb v lokalnem okolju. Z anketo sem brezdomne osebe spraševal o:

- njihovih demografskih in socialno-ekonomskih podatkih
- njihovem zdravstvenem stanju
- njihovih prehranjevalnih navadah in telesni masi

- psihosocialnih težavah in socialnih podporah
- njihovi rabi zdravil
- njihovi uporabi zdravstvenega sistema
- izkušnjah z zdravstvenim sistemom

Zaradi primerjave z raziskavo Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev Razpotnikove in Dekleve (2009 : 77) v tem zaporedju v nadaljevanju tudi prikazujem rezultate ankete.

3.4 Populacija in vzorčenje

Populacija, ki jo obravnavam, so brezdomci, ki živijo v Zavetišču za brezdomce Želva v Žalcu. V anketni vzorec sem zajel vseh 15 anketirancev, ki so bili vključeni v program nastanitev in psihosocialne rehabilitacije v Zavetišču. Med anketiranci je bilo 12 moških in 3 ženske. Anketiranje je potekalo v prostorih Zavetišča po predhodnem dogovoru med 13. marcem in 31. marcem 2015. Vprašalnik so izpolnjevali uporabniki individualno. Vsakemu od uporabnikov sem podal standardna navodila za izpolnjevanje vprašalnika. Na kratko sem jim predstavil namen zbiranja podatkov in cilje, ki jih želim doseči. Raziskava o zdravstvenem stanju in uporabi zdravstvenega sistema še do sedaj v žalskem lokalnem okolju ni bila izvedena, zato menim, da je še toliko bolj dobrodošla in pomembna tudi za delovanje zavetišča. 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. 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 (Razpotnik, Dekleva 2009 : 29). Ker med anketiranci utegnejo biti življenjsko pomembne značilnosti v zvezi z njihovim zdravstvenim in socialnim stanjem, ki korelirajo z starostjo in spolom, sem v skupino mlajših štel osebe med 20 in 35 letom, osebe srednjih let med 35 in 50 letom, v skupino starejših pa osebe, stare 50 let in več. Vse udeležence ankete sem anomiziral in za prispevke uporabil oznake od U1 do U15 (PRILOGA 2, Tabela 1).

3.5 Obdelava in analiza podatkov

Z anketiranjem vzorca 15 brezdomnih oseb iz Zavetišča za brezdomce Želva v Žalcu sem zbiral podatke o zdravstvenem stanju brezdomcev, o njihovih izkušnjah z zdravstvenim sistemom ter dostopnostjo. Vprašanja so bila za vse anketirance enaka. Dobljene podatke sem oblikoval v tabele po posameznih tematskih sklopih. Podatke sem obdelal predvsem z metodami deskriptivne statistike. Podatke sem obdelal ročno in s pomočjo programa Microsoft Office professional plus 2010 – Program Microsoft Excel 2010. Izračunal sem

osnovne statistične parametre ter rezultate prikazal z grafi, v odstotkih, ki so prikazani v poglavju Rezultati.

Svoje podatke sem primerjal največkrat s podatki raziskave Zdravje in zdravstveno varstvo v Sloveniji, 2009 in raziskavo Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev 2009. Primerjava pokaže, da sta sicer raziskavi Zdravje in zdravstveno varstvo v Sloveniji 2009 in Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev 2009 glede na svoje metodološke značilnosti z mojo raziskavo precej primerljivi in v mnogih ozirih predstavljata najbolj primerljiva vira podatkov. Primerjavo rezultatov z raziskavo Razpotnikove in Dekleve (2009) nisem statistično testiral.

4 REZULTATI

4.1 Socialno – ekonomske in zdravstvene značilnosti uporabnikov Zavetišča Želva v Žalcu

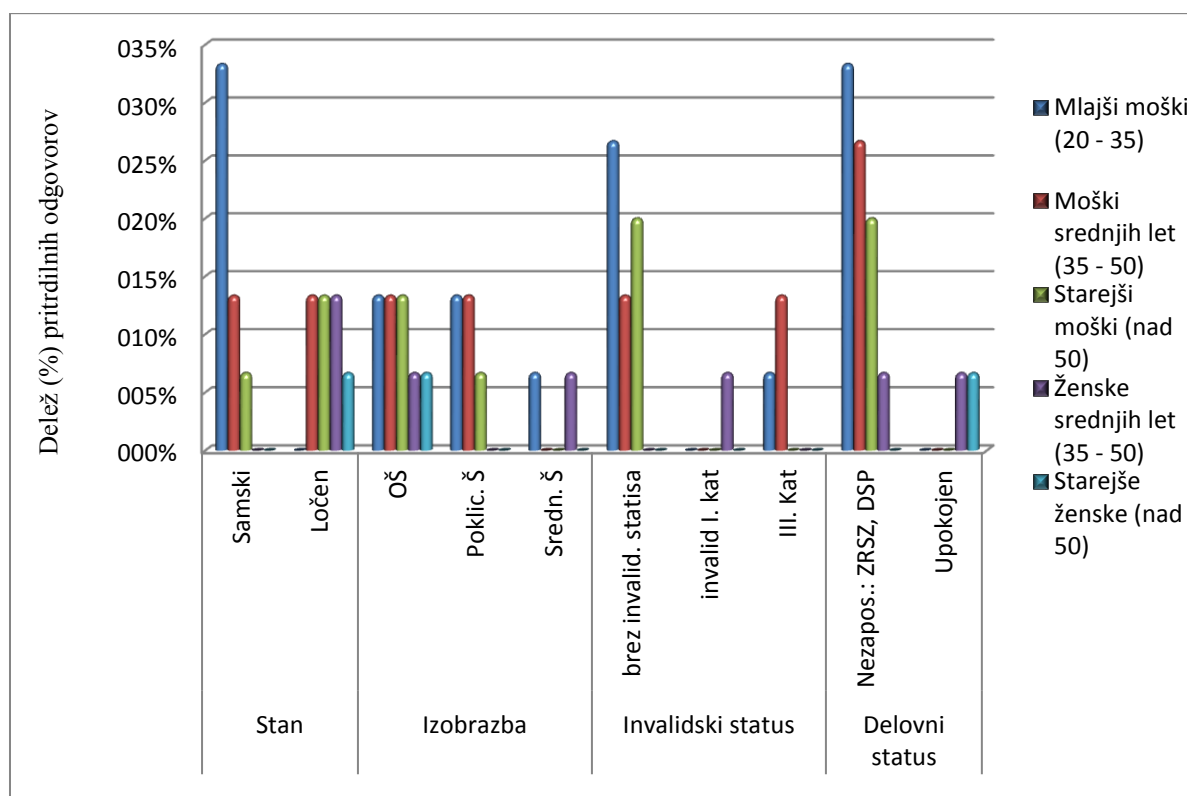
Bolezniški simptomi, ki bremenijo prebivalstvo, pomembno vplivajo na kakovost življenja in uporabo zdravstvenih storitev. Za pomembnejše dejavnike, ki vplivajo na pogostost bolezenskih znakov, so se v raziskavah v tujini in Sloveniji (npr. Razpotnik in Dekleva 2009, Krek 2010, Conrad 2010, White 2002) izkazali spol, starost, socialno ekonomski status in prisotnost kroničnega obolenja. Velik vpliv na prisotnost bolezenskih znakov ima socialno ekonomski status, ki opisuje položaj posameznika v družbi in je opredeljen z izobrazbo, zaposlenostjo, dohodkom in z družbenim statusom. Zaletel Kragelj, Eržen in Premik (2007) poudarjajo, da je slabše zdravstveno stanje jasno povezano z nižjim socialno ekonomskim statusom, torej nižjo izobrazbo in nižjimi dohodki. Povezanost dohodka z zdravjem najlažje razložimo z vplivom statusa zaposlitve in ekonomskega stanja na življenjske razmere. Višji dohodek omogoča kakovostno bivalno okolje in nakup kakovostne hrane, pomeni pa tudi višjo stopnjo nadzora nad življenjskimi okoliščinami in s tem lažje obvladovanje stresa (Zaletel Kragelj, Eržen, Premik 2007 : 212).

»Revščina in brezdomstvo sta tesno povezana. Revni ljudje velikokrat niso sposobni plačevati stanovanja, hrane, izobraževanja. Nižja izobrazba praviloma pomeni tudi nižji dohodek in manjše možnosti za preživetje. Revščino povečuje zmanjšana dostopnost do dela in zmanjšanje dostopnosti do družbene pomoči« (Krek 2010 : 8).

Socialna država v Sloveniji postopoma ugaša. Množica ljudi hiranje socialne države plačuje z revščino, ki postaja tako rekoč dedna in s slabim zdravjem. Najhujše je poglobljanje neenakosti. Srečo Dragoš (2013) meni, da največje pasti razraščanja revščine niso v ekonomski krizi, pač pa: « v neavtonomni socialni politiki, ki je podrejena drugim politikam, zlasti ekonomski (ta pa je neoliberalna). To je posledica usmeritve Slovenije vse od osamosvojitve. Razraščanje revščine je družbeno disfunkcionalno, protiustavno, nehumano in,

navsezadnje, tudi ekonomsko ni upravičeno, kajti pri sanaciji revščine ne gre za velikost niti za rast BDP, pač pa za njegovo prerazdelitev. Revščina še ni dno družbenega pekla, obstaja še nekaj hujšega. To je integracijska revščina, ki se prenaša iz revnih staršev na otroke, ki se z revščino socializirajo. S tem pa se razrašča subkultura revščine, ki ima izrazite dezintegracijske učinke na celotno družbo in je nikakor ni mogoče več sanirati zgolj s socialnimi transferji, tudi če bi to želeli, enostavno ne deluje več» (Dragoš 2013 : 26).

Graf 1: Socialno – ekonomske značilnosti uporabnikov zavetišča Želva v Žalcu



Graf 1 prikazuje socialno ekonomski status uporabnikov zavetišča Želva. Med anketiranci je bilo 20 % žensk in 80 % moških. Starost anketiranih moških je bila med 24 in 58 let, med ženskami pa med 41 in 61 let. Povprečna starost moških je bila 40, 6 let, povprečna starost žensk pa 49, 6 let. Samskih moških je bilo 66, 7%, ločenih 33,3%, ločenih žensk pa 100%. Otrok ni imelo 66,7 % vseh moških anketirancev, enega ali več otrok je imelo 13,3% moških srednjih let in 6,6 % starejših moških ter 13,3 % žensk. Končano osnovno šolo je imelo 53.3 % anketirancev, poklicno 33,3% in srednjo 13.3 %. Slovensko državljanstvo so imeli vsi anketiranci. Vsi anketiranci so bili že kdaj zaposlenih in so imeli pridobljeno delovno dobo. V trenutku anketiranja jih je bilo 33,3 % mlajših moških, 26,6 % moških srednjih let, 20,0 % starejših moških in 6,6 % žensk srednjih let od 20,0% anketiranih žensk brez zaposlitve. Podatki kažejo, da so dolgotrajno brezposelni predvsem starejše osebe, nizko izobražene in invalidne osebe. V primeru dalj časa trajajoče odsotnosti iz sfere dela pa pride do izgube ali okrnjenosti delovne sposobnosti, spretnosti in delovnih navad. Ponavljajoče se izgube zaposlitve zaradi različnih okoliščin možnosti zaposlitve še poslabšajo (PRILOGA 2).

V zakonu o socialnem varstvu ne najdemo določil, ki bi bila posebej namenjena brezdomcem. Za nekatere brezdomce je pomanjkljiv 3. člen, ki jih v nekaterih primerih celo izključita od

pomoči. Tretji člen je problematičen v delu, kjer navaja, da so upravičenci tisti posamezniki, ki si sami socialne varnosti ne morejo zagotoviti zaradi okoliščin, na katere ne morejo vplivati. Med brezdomci je težko ločiti tiste, ki sodijo v to kategorijo, od tistih, ki so do takšne pomoči upravičeni. Prav tako so izključeni iz kroga upravičencev vsi tisti brezdomci, ki nimajo uradno stalnega prebivališča.

Pri Razpotnikovi in Deklevi (2009) 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. Brez zaposlitve je bilo 63,9 % anketirancev, 2,5 % redno zaposlenih, ostali pa so priložnostno delali ta denar (Razpotnik in Dekleva 2009: 78).

Brezposelnost je eden izmed dejavnikov, ki lahko povzroči brezdomstvo. Brezposelna oseba je iskalec zaposlitve, ki je zmožen za delo na Zavodu RS za zaposlovanje in izpolnjuje določene pogoje (ZUTD 2010, 5. člen). Dolgotrajno brezposelna oseba je oseba, ki je eno leto ali več prijavljena na zavodu za zaposlovanje v evidenci brezposelnih oseb. Brezposelna oseba, ki zaradi težav z odvisnostjo, težav v duševnem zdravju, večjih socialnih težav ni zmožna za delo, se šteje za začasno nezaposljivo (ZUTD 2010, 9. člen). Te oseb potrebujejo več pomoči pri iskanju zaposlitve, za njih so na voljo ukrepi APZ (aktivne politike zaposlovanja).

Težave posameznikov so zelo kompleksne in se med seboj razlikujejo (PRILOGA 2). V primeru dalj časa trajajoče odvisnosti od alkohola in drog, prihaja do okrnjenih delovnih sposobnosti, poklicnih znanj, spretnosti in delovnih navad. Veliko tistih, ki so postali brezdomci, je v preteklosti delalo, vendar so za njih značilne ponavljajoče se izgube zaposlitve zaradi določenih ovir in okoliščin, ki možnosti zaposlitve še slabšajo. V mladosti jim ni bilo težko najti zaposlitve. Problemi so se pojavili kasneje zaradi tveganega načina življenja so zboleli za kroničnimi boleznimi, mnogih del ne morejo več opravljati ali pa so pri iskanju zaposlitve diskriminirani zaradi starosti in obolevnosti. Zaradi pomanjkanja delovnih mest in neustrezne izobrazbe ali bolezni, je vse več brezposelnih, ki ne bodo mogli dobiti dela.

Dolgotrajna brezposelna je oseba, ki je eno leto ali več prijavljena na Zavodu za zaposlovanje v evidenci brezposelnih oseb (ZUTD 2010, 5. člen). Brezposelne osebe, ki zaradi težav z odvisnostjo, težav v duševnem zdravju, večjih socialnih težav in drugih težav ni zmožna za delo, se šteje za začasno nezaposljivo (ZUTD 2010, 9. člen).

Osebe sem vprašal, ali imajo priznано katero od stopenj invalidnosti. Takega statusa nima 26,6% mlajših moških, 13,3 % moških srednjih let, 20,0 % starejših moških in 6,6% ali ena ženska srednjih let. Ena ženska srednjih let ali 6,6 % je invalid I. stopnje, en mlajši moški ali 6,6% in dva moška srednjih let ali 13,3% jih je invalidov III. stopnje, 13,3 % moških srednjih let in 6,6 % starejših pa takega statusa še nima, vendar so v postopku njegove pridobitve.

Pri Razpotnikovi in Deklevi (2009 :81) je 4,9 % invalidov I. stopnje, 1,6 % je invalidov II. stopnje, 13,9 % pa je invalidov III. stopnje, 2,3 % pa takega statusa še nima .

Poleg brezposelnosti in revščine še naslednja tveganja povečujejo nastanek brezdomstva: zloraba alkohola in drog, duševne motnje, slabo zdravstveno stanje, razkroj družine, zakonska ločitev od partnerja, izselitev iz doma, prezadolžitev posameznika, odpust iz zdravstvenih in socialnih institucij, slaba poklicna usposobljenost in pomanjkanje socialne mreže in podpore (PRILOGA 2, Tabela 1 in PRILOGA 3, Tabela 2).

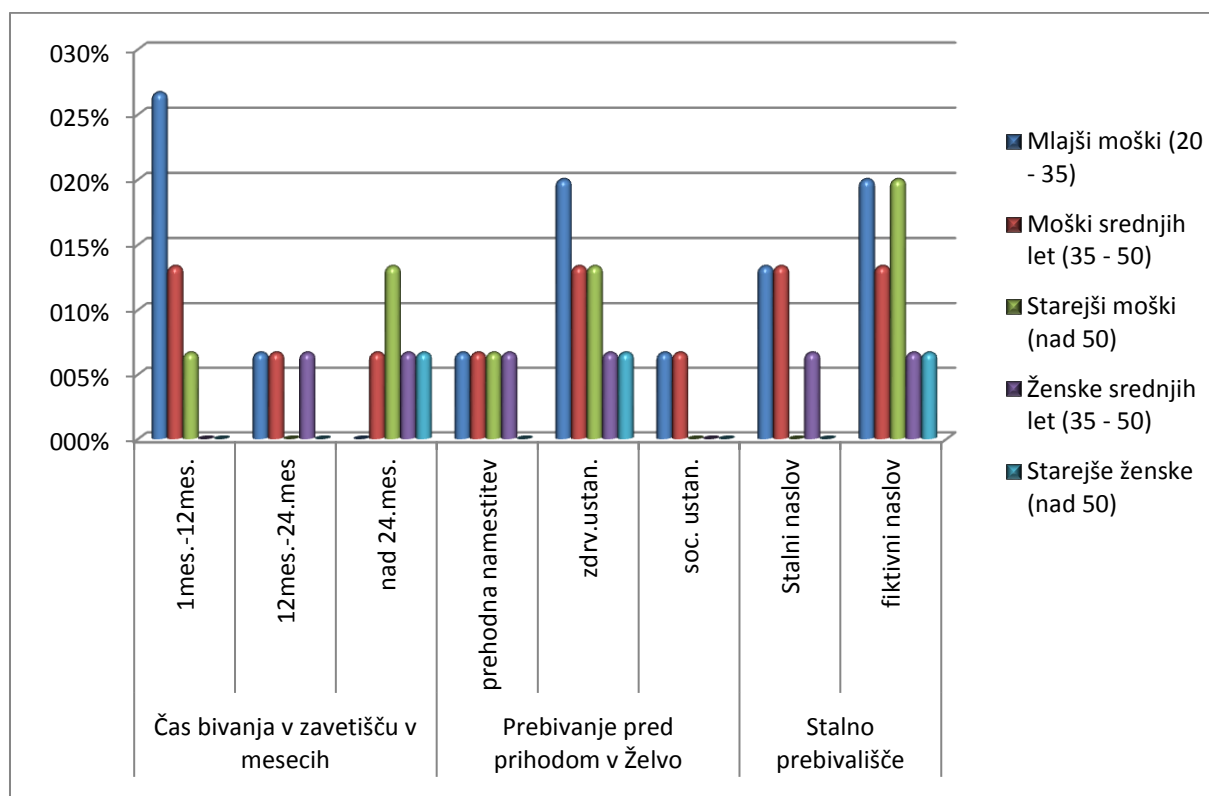
Eden temeljnih ciljev socialne politike naše države je zmanjševanje revščine in socialne izključenosti. Temeljno izhodišče politike socialnega varstva države in lokalne skupnosti v Resoluciji o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013-2020 ostaja predvsem zagotavljanje take pogoje, ki bodo posameznikom v povezavi z drugimi osebami v družinskem, delovnem in bivalnem okolju omogočale ustvarjalno sodelovanje in uresničevanje njihovih razvojnih možnosti, da bodo s svojo dejavnostjo dosegali tako raven kakovosti življenja, ki bo primerljiv z drugimi v okolju in bo ustrezal merilom človeškega dostojanstva (www.mddsz.gov.si). K zmanjševanju socialne izključenosti prispevajo politika zaposlovanja, zdravstvena politika, stanovanjska politika in politika socialnega varstva. Pomembno je, da se s stalnimi in primernimi ukrepi poskuša revščino in socialno izključenost zmanjševati, da ne prihaja do dolgotrajne izključenosti posameznikov. To zahteva skupne napore vseh ministrstev, ki so odgovorni za posamezna področja, lokalnih skupnosti, javnih služb in nevladnih organizacij.

Revščina ima družbeno funkcijo, ki je večplastna (Leskošek 2013). Tisti, ki so revni, so opomin tistim, ki še niso. Iz tega se razvije ideologija, da se moraš truditi, da ne bi bil reven. Če je veliko revnih, ti predstavljajo armado rezervne delovne sile, ki je pripravljena sprejeti vsako delo pod vsakimi pogoji in to še posebej velja, če država ne zagotavlja socialne zaščite. Socialne pravice so redistributivne ter odvisne od proračunskih možnosti in politične moči posameznih skupin. Pri socialnih pravicah je vedno mogoča razprava o tem, kdo je do njih upravičen oziroma kdo si jih zasluži. Delež tistih, ki morajo po pomoč k humanitarnim organizacijam se v Sloveniji iz leta v leto veča. To je posledica tega, da država varčuje na vseh koncih in krajih. Ljudje prejemajo nižje zneske socialne pomoči, neenakost se povečuje tudi zaradi krčenja izdatkov za zdravstvo, šolstvo in pri drugih javnih servisih. Socialna država ni le skupek socialnih pravic, temveč pomembno vpliva na urejanje zasebnega življenja, in sicer tako, da omogoča dostop do stanovanj, izobrazbe in zdravja, in tudi s preprečevanjem prikrajšanja in diskriminacije. V naši družbi ni več prepoznanja, da je revščina strukturni problem, zoper katerega mora država posredovati in se ga mora lotevati s svojimi politikami zbiranja in distribuiranja, ampak individualni problem, zoper katerega se človek bori sam. Brezposelni so imenovani »neaktivni« državljanji, torej bi jih bilo treba aktivirati na trgu delovne sile. Dolgotrajni brezposelni so napoteni s strani Zavoda za zaposlovanje na motivacijske delavnice, na katerih bi dobili občutek, da je vse odvisno od njih in da zmorejo vse. Centri za socialno delo postajajo zgolj birokratski posredniki pravic in vedno več storitev prelagajo na nevladne in humanitarne organizacije (Leskošek et al. 2013).

Richard Wilkinson in Kate Pickett (2012) sta pokazala, da bolj ko je družba egalitarna, uspešnejša je, saj se v egalitarnih družbah ljudem ni treba boriti drug proti drugemu, ampak ima vsak prostor, v katerem lahko uspe. Poudarjata tudi, da sta večja enakost in izboljšanje blaginje vsega prebivalstva pomembna tudi za nacionalna merila uspešnosti in za to, kako se

dežele odrežejo na številnih različnih področjih. Ko so v osemdesetih letih prejšnjega stoletja neenakosti v zdravju prvič pomembneje nastopile v programih javnega zdravja, so se ljudje včasih spraševali, ali je v zvezi s tem vredno zganjati toliko hrupa. Zagovarjali so stališče, da je naloga v javnem zdravstvu zaposlenih ljudi čim hitreje izboljšati zdravje vsega prebivalstva. S tem v zvezi so namigovali, da so neenakosti v zdravju stransko in manj pomembno vprašanje. Danes lahko vidimo, da je situacija skoraj pravo nasprotje tedanjih trditev. Stopnja neenakosti v določeni družbi bistveno določa raven zdravja (Wilkinson , Pickett 2012 : 25).

Graf 2: Bivalne razmere uporabnikov



Kot prikazuje graf 2, so nad 24. mesecev prebivali v zavetišču en moški srednjih let, dva starejša moška, ena ženska srednjih let in ena starejša ženska. Anketirani so doslej v življenju že imeli izkušnjo bivanja v zdravstvenih ustanovah. Trije mlajši moški ali 20,0 % od 33,3 % anketiranih v psihiatrični bolnišnici na oddelkih za zdravljenje od drog in alkohola, dva ali 13,3 % od 26,6 % moških srednjih let v ustanovi za zdravljenje odvisnosti od alkohola in 13,3 % starejših moških od 20,0 % anketiranih v psihiatrični bolnišnici in na oddelku za zdravljenje odvisnosti od alkohola. Ena ženska srednjih let ali 6,6 % od 20,0 % anketiranih žensk se je zdravila v psihiatrični ustanovi zaradi težav v duševnem zdravju in ena starejša ženska ali 6,6 % od 20,0 % anketiranih žensk v psihiatrični ustanovi na oddelku za odvisnost od alkohola. Zakon o prijavi prebivališča (ZPPreb) predvideva možnosti zakonskega prebivališča. Namen je bil zmanjšati število prebivalcev brez stalnega prebivališča in brez osnovnih pravic. Četrty odstavek 8. člena zakona o prijavi prebivališča določa, da če posameznik nima prijavljenega stalnega prebivališča, se za njegovo stalno prebivališče šteje naslov organa ali organizacije, kjer dobiva pomoč v materialni obliki. S tem je omogočena

Zdravstveno zavarovanje je povezano z različnimi statusi, kot so državljanstvo, stalno prebivališče, poštni naslov, zaposlitev. Vsi anketiranci so imeli urejeno osnovno in dodatno zdravstveno zavarovanje. Pomemben premik se je v letu 2010 zgodil na področju obveznega in dodatnega zdravstvenega zavarovanja. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju določa obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje. S tem zakonom so določene tudi pravice zavarovanih oseb do zdravil. Upravičenci do denarne socialne pomoči izpolnjujejo pogoje za pridobitev pravice do kritja razlike do popolne vrednosti zdravstvenih storitev (ZZVZZ, 9. člen, 28. člen). Stroške krije Republika Slovenija.

Delež (%) pritrilnih odgovorov

Služba	Mlajši moški (20 - 35)	Moški srednjih let (35 - 50)	Starejši moški (nad 50)	Ženske srednjih let (35 - 50)	Starejše ženske (nad 50)
somatske težave	27%	27%	20%	7%	7%
raba/odvisnost PAS	34%	20%	14%	7%	0%
duševne težave	27%	20%	14%	7%	7%
anti-depresivi	27%	20%	7%	7%	0%
anti-psihotiki	20%	14%	7%	7%	0%
sedativi	27%	14%	20%	7%	7%
substi. zdr.	27%	0%	0%	0%	0%
analgetiki	34%	27%	20%	14%	7%
osebni zdravnik	34%	27%	14%	14%	7%
zdravnik spec.	34%	27%	20%	7%	7%
urgenca	20%	7%	14%	7%	7%
centri za zdravl. odv.	14%	0%	0%	0%	0%
psihiat. bolnišnice	20%	14%	0%	0%	0%

Zdravstveno stanje Terapija Uporaba zdravstvenega sistema v zadnjem letu

43

moških, 20,0 % od 26,6 % moških srednjih let in vsi starejši moški. Starejša ženska anketiranka, ki je imela težave z odvisnostjo od alkohola je imela tudi duševne težave. Substitucijska zdravila skupaj s sedativi in antidepresivi je jemalo 26,6 % mlajših moških. Analgetike je jemalo 26,6 % moških srednjih let, antidepresive 20,0% antipsihotike in sedative pa 13,3 %. Antidepresive, antipsihotike in sedative je jemala ženska srednjih let, ki ima diagnosticirano duševno bolezen, analgetike pa občasno druga anketiranka srednjih let, sedative in analgetike pa občasno tudi starejša anketiranka. Rezultati raziskave so pokazali, da ima skupina starejših anketirancev obeh spolov več kroničnih obolenj, redkeje pa izražajo potrebo po zdravljenju zasvojenosti in duševnih težav kot mlajši anketiranci. Pri moških srednjih let in ženski srednjih let in pri starejših moških in starejši ženski je poleg težav z alkoholno odvisnostjo in težav v duševnem zdravju izrazitejša obolevnost sklepov, okvara hrbtenice, povišan krvni tlak, povišan krvni tlak in holesterol. Skupina mlajših moških je pogostejše uporabljala zdravstveno oskrbo, kar kaže na to, da so potrebe povezane z zdravjem posameznika odvisne tudi od socioloških značilnosti posamezne generacije. Pri mlajših moških je večja obolevnost izrazitejša pri odvisnosti od prepovedanih drog, pri duševnih težavah, pri hepatitisu, kožnih obolenjih in zobobolu. (PRILOGA 2, Tabela 1 in PRILOGA 3, Tabela 2).

Med porabniki zavetišča Želva so osebe s pridruženo motnjo oziroma komorbidno motnjo, osebe z dvojnimi diagnozami, ki imajo poleg duševnih težav še razne zasvojenosti, osebe v socialnih stiskah, brezposelni, s stanovanjsko problematiko in s kronično boleznijo. Mnogi med njimi so že dolgo časa brezdomci. Pogosto so koristili obstoječe socialne programe pomoči. Imajo pa težave z vstopanjem v tradicionalne zdravstvene in socialne programe. Fragmentiran sistem pomoči jim ne more veliko pomagati, ker običajno potrebujejo različne oblike pomoči, ki so med seboj povezane v dobro mrežo programov(PRILOGA 2, Tabela 1).

Na podlagi analize rezultatov sklepam, da na višjo pojavnost bolezenskih znakov in stanj pri ljudeh z nizkim socialno ekonomskim statusom vplivajo tudi številni psihosocialni dejavniki, pri čemer je treba upoštevati, da nižji socialno ekonomski status vpliva slabše na zdravstveno stanje ljudi in nasprotno, slabše zdravstveno stanje posledično privede do nižjega socialno ekonomskega statusa.

Zdravstvene in socialne probleme, za katere sta Wilkinson in Pickettova ugotovila, da so povezani z neenakostjo,« *tvorci politike navadno obravnavajo tako, kot da so prvi od druge popolnoma ločeni in zahtevajo tudi ločeno ukrepanje. Zdravnike in medicinske sestre plačujemo, da zdravijo bolezni, policijo in sodstvo, da krotita kriminal, učitelje za učence s posebnimi potrebami in vzgojne psihologe, da se spopadajo s problemi na področju izobraževanja ter socialne delavce, rehabilitacijske enote za uživalce drog, psihiatrične storitve in strokovnjake za promocijo zdravega načina življenja, da se ukvarjajo s kopico drugih problemov. Vse te storitve so drage in nobena od njih ne učinkuje popolnoma. Tako razlike v kakovosti zdravstvene oskrbe manj vplivajo na pričakovano trajanje življenja kot socialne razlike s svojim tveganjem, da človek zbolí za kako življenje ogrožajočo boleznijo. In celo ko so razne službe uspešne pri preprečevanju, da bi kdo ponovil kaznivo dejanje, pri ozdravitvi raka, odvajanju koga od drog ali pri izboljšanju učnega uspeha, vemo, da naše družbe z vsakim rodod vedno znova ustvarjajo enake probleme. Medtem pa so vsi ti problemi*

najbolj razširjeni v najbolj zapostavljenih plasteh naše družbe in še veliko pogostejši v bolj neenakih družbah» (Wilkinson , Pickett 2012: 59).

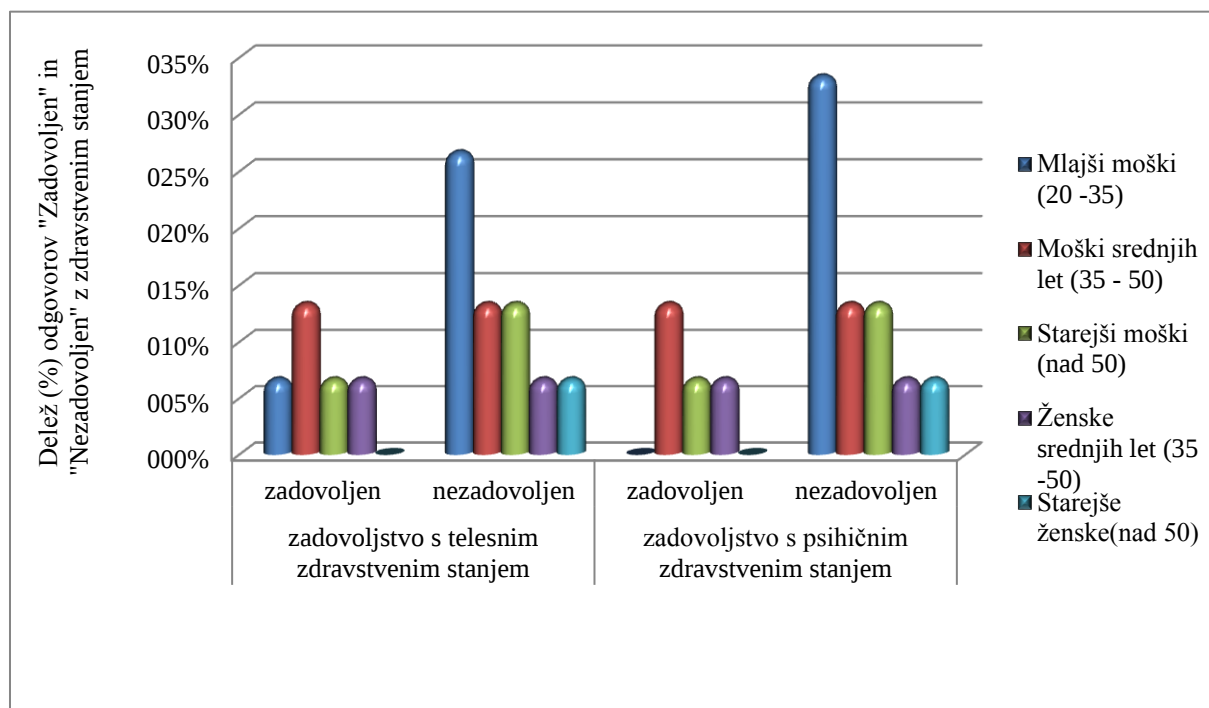
Natalija Zupančič pa meni: *»da je brezdomstvo eden od pomembnih dejavnikov, da posameznika izključijo iz vsakdanjih socialnih mrež, kar vodi v izolacijo in druženje s tistimi, ki so v podobnih situacijah. Družba sicer navidezno skrbi za brezdomstvo z zavetišči, vendar so le redka, ki jih sprejme tudi bližnja okolica, poleg tega načrtovanje zavetišče s podpornimi oblikami storitev v nadaljnjem življenju, ko se posameznik uredi in bi potreboval manj vodenja in več suporta, ne obstaja oziroma le redko, zato se dejansko poskrbi le na nivoju preživetja, nadgradnja v smislu zaključene socialne rehabilitacije pa je minimalna oziroma kvaliteta življenja v smislu zadovoljitve sekundarnih potreb je skoraj nična » (PRILOGA 4, Intervju 3).* Uporabniki zavetišča Želva so menili, da so vseeno deležni boljše in celostne oskrbe kot v drugih institucijah, ozračje v zavetišču je bolj domače, obravnavajo jih bolj individualno, bolj upoštevajo njihove resnične potrebe in želje in imajo več stika z ljudmi, ki niso plačani za druženje z njimi (PRILOGA 2, Tabela 1). Vodstvo v Zavetišču Želva se trudi, da bi v skupnostni skrbi presegli zgolj učinkovito porabo proračunskih sredstev tako, da bi ustvarili organizacijsko strukturo, ki bi zmogla ljudi nastaniti in oskrbeti tako v nadomestnih enotah kot z mobilno službo na terenu in na mikro in makro ravni pridobiti dodatna sredstva za oskrbo ljudi (PRILOGA 5).

4.2 Zdravstveno stanje brezdomcev

4.2.1 Samoocena trenutnega zdravstvenega stanja

Samoocena zdravja je uveljavljena mera splošnega zdravstvenega stanja, saj je ugotovljeno, da samoocenjeno zdravstveno stanje (zaznavanje zdravja) kot kazalnik zelo dobro napoveduje manjzmožnost, funkcionalno sposobnost, obolevnost in umrljivost prebivalstva . Osebno dožemanje zdravja naj bi odsevalo biološke, socialno-ekonomske in psihosocialne dimenzije zdravja posameznika, kar daje tej metodi dodano vrednost v primerjavi z objektivnimi metodami merjenja zdravja. Samoocena zdravja zajame fizične in duševne komponente zdravja pa tudi zadovoljstvo z življenjem. Slaba samoocena zdravja pa odseva tudi psihološke in socialne težave, ki so posledica zdravstvenih težav, in ne le bolečino in nelagodje (Maučec Zakotnik et al. 2012:16).

Graf 4: Samoocena trenutnega zdravstvenega stanja v deležih (%) pritrtilnih odgovorov »Nezadovoljen » in »Zadovoljen«.



Graf 4 prikazuje trenutno zadovoljstvo ali nezadovoljstvo z zdravstvenim stanjem anketirancev. Največje nezadovoljstvo s telesnim in psihičnim stanjem so izražali tisti anketiranci, ki imajo težave z odvisnostjo od psihoaktivnih snovi in težave z duševnim zdravjem. Nezadovoljnih s svojim telesnim zdravjem je 26,6 % mlajših moških, s psihičnim zdravstvenim stanjem pa kar 33,3 % mlajših anketirancev. Polovica moških srednjih let je v enakem deležu (13,3 %) zadovoljna in nezadovoljna s telesnim zdravstvenim stanjem in s psihičnim zdravstvenim stanjem. Tudi starejši moški anketiranci so v 13,3 % nezadovoljni s fizičnim in psihičnim zdravstvenim stanjem. Enak delež (6,6 %) žensk tudi izraža nezadovoljstvo s svojim zdravstvenim stanjem. Na vprašanje, kako ocenjujejo svoje trenutno zdravstveno stanje, je (v Razpotnik in Dekleva 2009 : 79) 6,6 % anketiranih odgovorilo, da »zelo dobro«, 27,0 % da »dobro«, 41,0 % da »srednje«, 22,1 % da »slabo«, 3,3 % da »zelo slabo«. Vzorec oseb raziskave Zdravje in zdravstveno varstvo 2009 pa je odgovoril: zelo dobro 21,4 %, dobro 40,4 %, srednje 27,1 %, slabo 8,7 % in zelo slabo 2,4 %. Skoraj 61,8% prebivalcev Slovenije, starih 15 let in več, sta ocenili svoje splošno zdravstveno stanje kot dobro ali zelo dobro. 29,1 % pa kot srednje dobro. Starejši prebivalci so v letu 2007 svoje zdravstveno stanje ocenili slabše kot mlajši prebivalci. Moški so imeli o svojem zdravstvenem stanju nekoliko boljše mnenje, kot ženske o svojem (Božič, Zupanič 2009 : 53). Brezdomci torej ocenjujejo svoje zdravstveno stanje precej slabše kot reprezentativni slovenski vzorec oseb.

Tak rezultat je bolj ali manj pričakovan, saj bi bilo težko pričakovati, da slabše materialne življenjske razmere brezdomcev in relativna odsotnost učinkovitih socialnih mrež (svoje podatke o tem pa navajam v nadaljevanju v grafu 11) ne bi bile povezane z večjimi

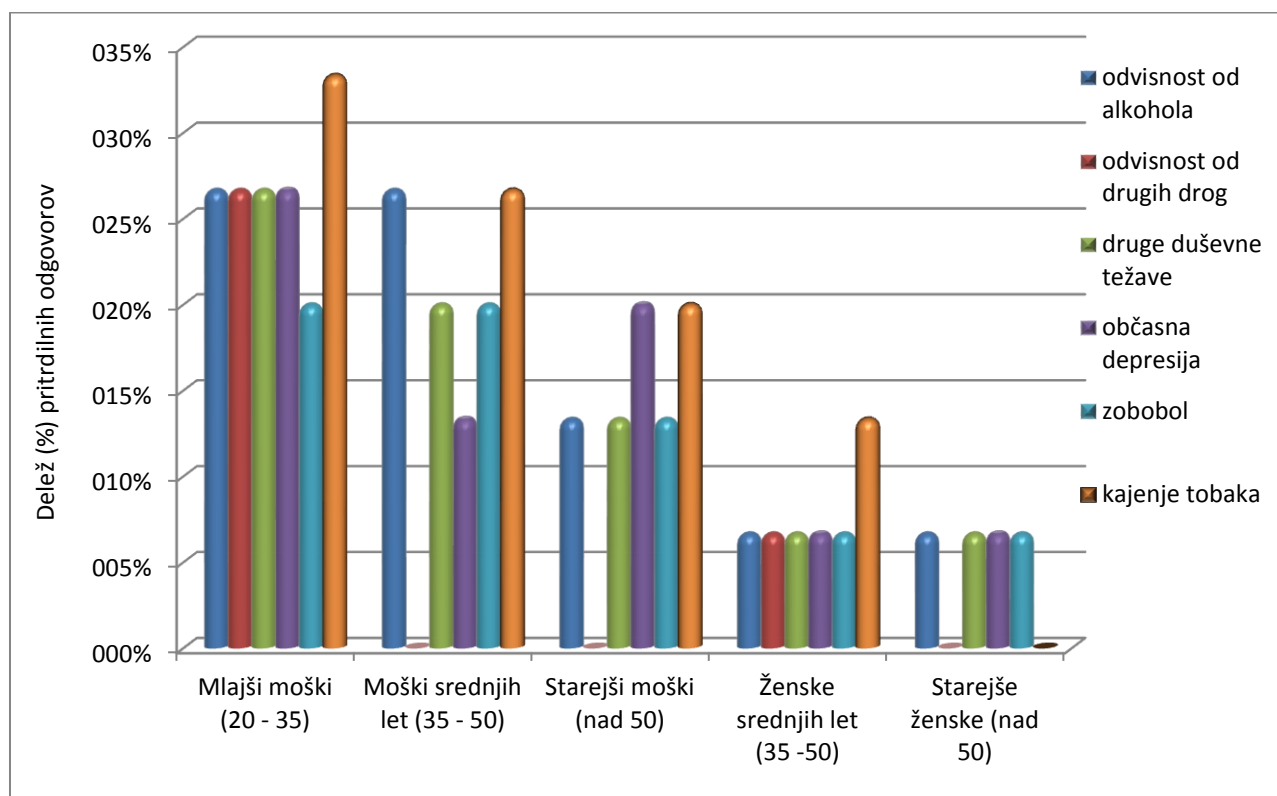
zdravstvenimi obremenitvami ter manjšimi možnostmi za ohranjanje zdravja (PRILOGA 3, Tabela 4).

4.2.2 Pogostost bolezni

Najpogostejša bolezen ali bolezensko stanje med prebivalci Slovenije, starimi 15 let in več, je bila v letu 2007 bolečina v križu ali druga kronična okvara hrbta (40,7%), sledijo pa zvišan krvni tlak (26,3 %) bolečine v vratu ali druga kronična okvara vratu (20,1%), močan glavobol in migrena (15,3%). Preostale bolezni in stanja je imelo manj kot 10% prebivalcev (Božič, Zupanič 2009 : 54).

Bolj specifična vprašanja so spraševala, ali anketiranci imajo katero od navedenih bolezni ali stanj (PRILOGA 1, PRILOGA 3, Tabela 4). Podatke v okviru anketiranja sem dopolnil s podatki iz zdravstvenih kartonov anketirancev. Graf 5 kaže odgovore na posamezne postavke oziroma stanja, ki so razvrščeni po pogostosti.

Graf 5: Pogostost bolezni in stanj v deležih (%) pritrilnih odgovorov



Med mlajšimi moškimi in moškimi srednjih let je bilo odvisnih od alkohola 26,6 %, prav tako je 26,6 % mlajših anketirancev priznavalo odvisnost od drugih drog in težave v duševnem zdravju.

Težave z odvisnostjo od alkohola je imelo tudi 13,3 % starejših moških, enak delež 6,6% pa ženske srednjih let in starejše. 3 % mlajših moških in 26,6 % moških srednjih let. Za

ocenjevanje tveganega in škodljivega pitja alkohola ter sindroma odvisnosti od alkohola nisem uporabil slovensko verzijo vprašalnika AUDIT-10,¹⁹ presejalni test, ki ga je razvila Svetovna zdravstvena organizacija. Iz zbirnika obstoječih podatkov v spisih uporabnikov in iz njihovih zdravstvenih kartonov sem ugotavljal verjetnost, da gre za osebe, ki so že kazale simptome odvisnosti od alkohola s posledicami, povezanih s tveganim pitjem. Možnost nastanka odvisnosti sem ugotovil v 20,0% pri mlajših moških, v 26,6 % pri moških srednjih let. Težave z odvisnostjo od alkohola je imelo 20,0% starejših moških in starejša ženska anketiranka.

Tvegano in škodljivo pitje alkohola sta ena glavnih preprečljivih dejavnikov tveganja za kronične bolezni, poškodbe in nasilje, saj povzročata odvisnost in več kot 60 različnih bolezni ter poškodb. Alkoholu pripisljivo bremen bolezni je povezano tako s količino popitega alkohola (čezmerno pitje alkohola), kot tudi z vzorcem pitja (visoko tvegano opijanje). Ljudje, ki tvegano in škodljivo pijejo alkohol, so sčasoma lahko prizadeti zaradi socialno-ekonomskih (npr. izgube službe, ločitve, vpliva na družinsko življenje, bolniške odsotnosti, invalidske upokojitve) in/ali zdravstvenih posledic. Posledice škodljivega pitja alkohola so različne bolezni, npr. sindrom odvisnosti od alkohola (SOA), jetrna ciroza, rak ustne votline, žrela, grla, požiralnika, jeter, debelega črevesa in danke ter dojk), visoko tvegano opijanje pa je v večji meri povezano s kratkoročnimi posledicami (npr. poškodbe). Posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola zaradi nastalih stroškov in posledic v prometu, socialnem varstvu, zdravstvu in sodstvu ter zaradi zmanjšane ali izgubljene delovne produktivnosti (bolezen ali smrt) tako nosi celotna družba (Zorko et al. 2014 : 58).

Alkoholik je oseba, ki dlje časa uživa prekomerne količine alkoholnih pijač, s čimer škodi tako svojemu zdravju kot socialno-ekonomskemu položaju (Pregelj et al. 2013 : 189). Zaradi različnih vidikov same zasvojenosti je zdravljenje alkoholizma zelo različno. Večina metod je usmerjenih v pomoč pri vzdrževanju abstinence do pitja alkohola, ki mu sledi urejanje in usposabljanje za boljše spoprijemanje z življenjskimi izzivi ter za socialno podporo. Nekatere metode vključujejo tudi zdravljenje z zdravili, ki se uporabljajo tako v fazi odvajanja od pitja alkohola kot v fazi vračanja v socialno okolje (PRILOGA 2, Tabela 1).

Težave z zobmi so prisotne v enakem deležu 20,0 % med mlajšimi moškimi, moškimi srednjih let in med starejšimi. Zobobole sta imeli ženska srednjih let in starejša anketiranka. Razen starejše ženske so vsi anketiranci kadili tobak. Polovica anketirancev je začela kaditi v starosti 17 let ali še prej, 20,0 % mlajših moških pokadi vsaj 40 cigaret na dan, 13,3 % moških srednjih let in 13, 3 % starejših pa do 20 cigaret. Ena ženska srednjih let, ki ima psihiatrično diagnozo, je dnevno pokadila 40 cigaret. O prenehanju kajenja ni razmišljalo 33, 3 % mlajših moških in 26, 6 % moških srednjih let.

Po podatkih iz publikacije Zdravje in zdravstveno varstvo v Sloveniji 2009 je več kadičev med moškimi in med osebami, starimi od 25 do 44 let. Z višanjem starosti je delež oseb, ki so kadile, upadal. Večina oseb, ki so kadile včeraj, je kadilo tovarniške cigarete. Delež oseb, ki

¹⁹ Audit 10 presejalni test za ugotavljanje odvisnosti od alkohola.

so pile kakršne koli alkoholne pijače, je bil v primerjavi z drugimi skupinami večji med moškimi in med osebami, starimi od 35 do 44 let (Božič, Zupanič 2009 : 56).

Med mladimi moškimi anketiranci je po podatkih iz dokumentacije za uporabnike v zavetišču Želva 33,3% že jemalo marihuano, heroin 20,0%, amfetaminska poživila 22,6% in vsi so posegali po pomirjevalih. Zdaj se z metadonsko substitucijo zdravi 23,3% mladih moških anketirancev (PRILOGA 2, Tabela 1).

Po podatkih iz raziskave Razpotnikove in Dekleve je skoraj polovica udeležencev 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 štiri brezdomce, ki so prezgodaj umrli zaradi predoziranja z drogami (Razpotnik, Dekleva 2009 : 85).

Med osebami v Sloveniji, ki so uživali kanabis, so prevladovali mlajši, delež teh je bil največji med osebami v starostni skupini od 15 do 24 let, sicer pa je bilo od teh 60, 4% moških in 54, 4 % žensk. Delež oseb, ki so uživale kokain, amfetamine, ekstazi ali podobne vrste drog, je bil pri mlajših moških do 24 let 32,6% , pri mlajših ženskah pa 24, 0% (Božič, Zupanič 2009 : 58).

»Problematika posameznega uporabnika prepovedanih drog ne zadeva le konkretnega posameznika, temveč je to težava širše družbe. Tako tudi ne more biti rešitev to, da so postavljeni v družbeno ozadje, kakor tudi ne more biti edina možnost ta, da se pri vsakem vzpostavi abstinenca« (Kvaternik 2012 : 95).

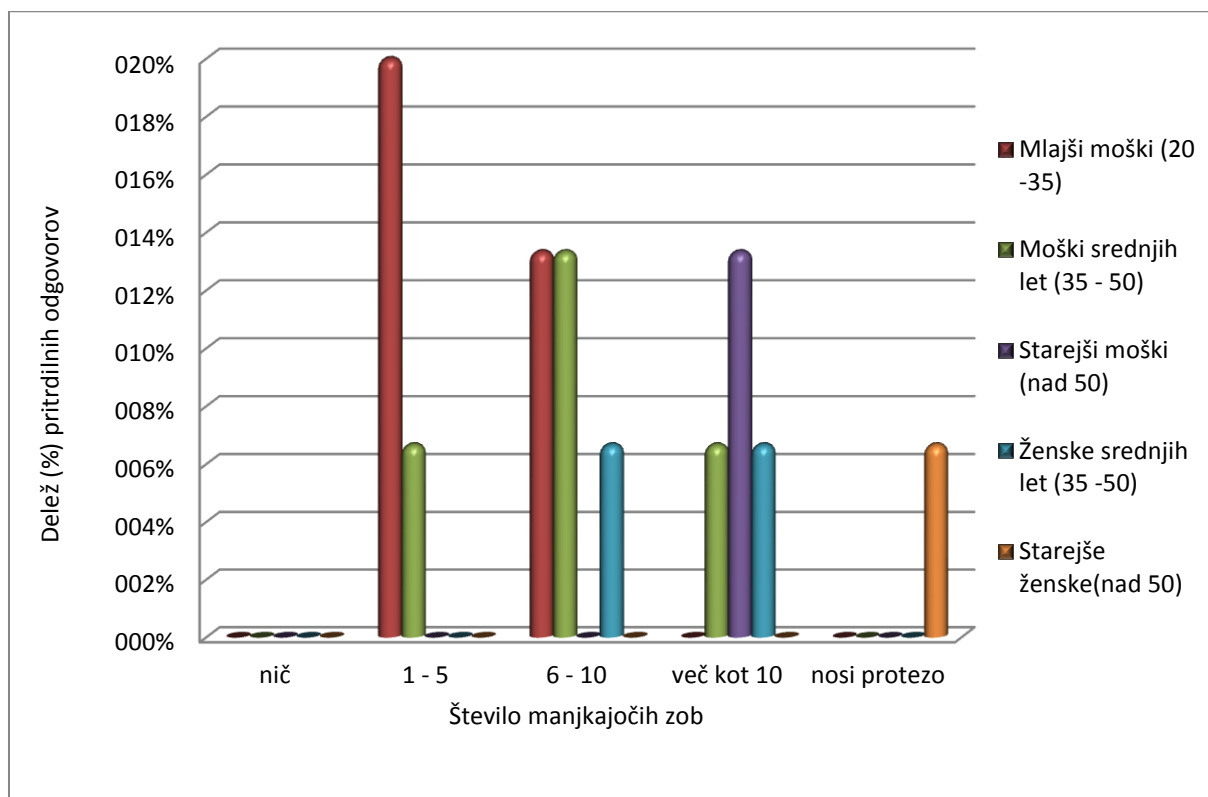
Za nekatera za brezdomce zelo relevantna stanja, kot so na primer odvisnosti od alkohola ali drugih drog in duševne težave, je anketa pokazala izrazito večjo obolevnost oziroma prevalenco²⁰ med mlajšimi brezdomci. Pri starejših anketirancih obeh spolov pa je pogostost obolevnosti izrazitejša pri bolezni sklepov, trajnih okvarah okostja, povišanem krvnem tlaku in holesterolu in srčnem popuščanju. Pogosto že na prvi pogled vidna zdravstvena problematika pri brezdomcih so neurejeni zobje (PRILOGA 3, Tabela 4). Moji rezultati kažejo na večjo obremenjenost z zasvojenostjo ter nekaterimi duševnimi težavami med brezdomnimi. Zgoraj opisane ugotovitve precej nedvoumno kažejo na slabše navedene 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 (svoje podatke o tem pa navajam v grafu 14) ne bi bile povezane z večjimi zdravstvenimi obremenitvami ter manjšimi možnostmi za ohranjanje zdravja.

Primerjava z raziskavo Razpotnikove in Dekleve (2009 : 80) pokaže pri večini primerljivih postavk podobno večjo obolevnost oziroma prevalenco med brezdomci. Precej nedvomna je torej ugotovitev, da je zdravstveno stanje anketiranih brezdomcev slabše od splošnega stanja.

²⁰ Prevalenca pomeni razširjenost kake bolezni ali pojava v določeni populaciji v določenem trenutku (WHO 2006).

4.2.3 Zdravje ustne votline

Graf 6: Zdravje ustne votline



Graf 6 kaže, koliko zob manjka anketiranim. Svojega izbranega zobozdravnika so imela vsi anketiranci. Brezdomci redkeje obiskujejo zobozdravnike. Redno sta hodila k zobozdravniku dva mlajša moška anketiranca, en moški srednjih let ter ženska srednjih let. V zadnjem letu je bilo takih 19,9 % od vseh anketiranih moških in 6,6 % od vseh anketiranih žensk. Primerljiv podatek iz (Zdravje in zdravstveno varstvo v Sloveniji 2009) znaša 55,4 %. Vsi ostali so obiskali zobozdravnika samo takrat, kadar so imeli zobobole (PRILOGA 3, Tabela 4, Tabela 5). Pogostost zobobolov med anketiranci, kaže na njihovo neprimerno ustno higieno, na neredno obiskovanje zobozdravnikov, na nezdrave prehranjevalne navade, kajenje in pitje alkohola. Primeren odnos do ustnega zdravja pomeni primerno ustno higieno, ki odstrani zobne obloge in izboljša zdravje dlesni (ščetkanje dvakrat dnevno z zobno pasto s fluoridi), obisk pri zobozdravniku vsaj enkrat letno in zdrave prehranske navade (izogibanje sladkarijam in sladkim pijačam). Ugotovitve kažejo, da imajo prevladujoč vpliv na zdravje ustne votline zlasti dejavniki socialnega okolja. Pomanjkljiva skrb za zobovje povzroča bolezni zobovja. Najpogostejši tovrstni bolezni sta zobna gniloba (karies) in bolezen obzobnih tkiv (paradontalna bolezen), ki lahko pripeljeta do izgube zob in nastanka oziroma poslabšanja drugih bolezni (Trdič et al. 2010 : 67).

Maučec Zakotnik (2012) v publikaciji Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije ugotavlja, da je zobozdravstvena oskrba enako pomembna kot ostale oblike zdravstvene oskrbe. Raziskava Slovensko javno mnenje in izsledki evropskega zdravstvenega vprašalnika pa kažejo, da so prebivalci precej nezadovoljni z dostopnostjo do zobozdravstvenih storitev.

Sicer pa v Sloveniji tudi zobozdravstvo uvrščamo med dejavnosti, ki so dostopne na primarni ravni. Za otroke in mladostnike je v celoti krito iz obveznega zavarovanja, pri odraslih pa so v veliki večini primerov za zdravljenje (v skladu z določili ZZVZZ) potrebna doplačila, ki se gibljejo med 10 in 60 % . V zobozdravstvu je tudi velik delež zasebnikov; v letu 2008 je bilo po podatkih Zdravniške zbornice Slovenije v zobozdravstvu že 48,6 % zasebnikov s koncesijo in 11,8 % čistih zasebnikov, ki so opravljali izključno samoplačniške storitve.

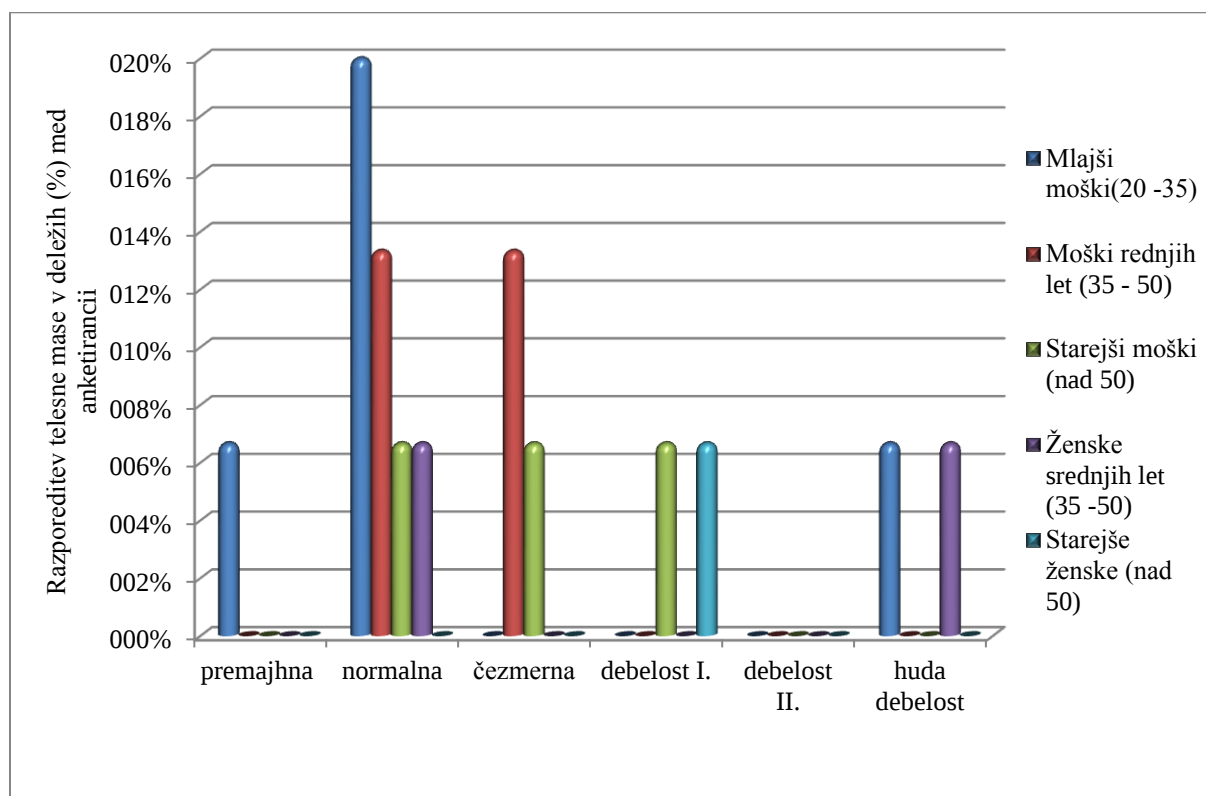
Zobozdravstvene storitve za odrasle so edino področje na primarni ravni, ki ima zaradi pomanjkanja zobozdravnikov čakalne dobe, ki so ponekod zelo dolge od 1-3 leta (Maučec Zakotnik et al. 2012 :135)

4.2.4 Prehranjevanje in telesna teža

Zdrava prehrana obsega ustrezno hranljivo in energijsko vrednost zaužite hrane, pestro sestavo živil in ustrezne načine njihove priprave ter pravilen režim uživanja. Med odraščanjem hrana poleg energije zagotavlja tudi optimalno rast in razvoj. Nezdravo prehranjevanje je dejavnik tveganja za nastanek kroničnih bolezni, zlasti sladkorne bolezni tipa 2, bolezni srca in ožilja, nekaterih vrst raka, debelosti in osteoporoze, vodi pa tudi v manjšo delavno zmožnost. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije je kar 41 % kroničnih bolezni pomembno povezanih s prehranskimi dejavniki tveganja.

Prehranjevalne navade velikega dela Slovencev niso dobre, kar velja za vse starostne skupine. V Sloveniji se zdravo prehranjuje le 23 % ljudi. Energijska vrednost povprečnega obroka je previsoka, še vedno v povprečju zaužijemo preveč soli (12-13g/dan) in maščob, od teh preveč nasičenih, in premalo sadja, predvsem pa premalo zelenjave. Če bi v Sloveniji povečali uživanje zelenjave in sadja za 100 gramov na dan, bi lahko zmanjšali tveganje za srčno-žilne bolezni za 10 %, možgansko kap za 6 % in nekatere vrste raka za 6 %. Prav tako nista v skladu s priporočili število dnevnih obrokov in ritem prehranjevanja. Zunaj doma se prehranjuje že kar 43,1 % Slovencev, kosilo pa je še vedno osrednji obrok – tri četrtine odraslih vsak dan med tednom skuha kosilo iz osnovnih živil. Posebej nezdrave prehranske navade so ugotovljene pri moških, pri ljudeh iz nižjih družbenih slojev, z nižjo izobrazbo, pri aktivno zaposlenih ter pri prebivalcih iz vaškega okolja in vzhodnega dela Slovenije. Prehrana pa je povezana tudi s socialno-ekonomskim položajem posameznika; največji delež v skupnih izdatkih za prehrano namenjajo gospodinjstva z najnižjim dohodkom, živila, ki jih izbirajo prebivalci iz nižjih socialno-ekonomskih skupin, imajo višjo energijsko vrednost in nižjo hranilno vrednost na enoto (Maučec Zakotnik et al. 2012 :32).

Graf 7: Prehrana in prehranjevalne navade. Porazdelitev ITM (Indeks telesne mase) v odstotkih (%) med anketiranci



Graf 10 kaže porazdelitev indeksa telesne mase anketirancev. ITM²¹ nad 40 (huda debelost) je imel en mlajši moški in ena ženska srednjih let. ITM do 18,5 (premajhno telesno maso) pa en mlajši moški. Čezmerno telesno maso sta imela dva moška srednjih let in en starejši moški. Anketirancem sem izmeril višino in jih stehal (PRILOGA 3, Tabela 6). Iz grafa je razvidno, da problem brezdomcev v splošnem ni v nedohranjenosti oziroma premajhni telesni masi, temveč prej narobe. Iz grafa je razvidno, da problem brezdomcev ni v premajhni telesni masi, temveč prav narobe (PRILOGA 3, Tabela 6). Po podatkih Razpotnikove in Dekleve (2009: 87) je imelo 63,1 % anketirancev normalno telesno težo, čezmerno pa 27,3 %. V celoti gledano so anketirani uživali po 2,3 obroka na dan, nekoliko manj od tega je bilo toplih obrokov.

Prehranjevanje brezdomcev je v precejšnji meri odvisno od različnih organiziranih oblik ponudbe hrane. Zaključim lahko, da lakota za brezdomce v Zavetišču Želva ni problem, saj jim nudijo dnevno pet obrokov. Trije topli obroki so zajtrk, kosilo in večerja, hladna obroka s kavo pa sta dopoldanska in popoldanska malica. Zdrava prehrana in zadostna telesna dejavnost omogočata vzdrževanje normalne telesne teže in sta pomembna varovalna dejavnika zdravja. Vseeno pa je porazdeljenost tega kazalnika med brezdomci ugodnejša kot med slovenskim reprezentativnim vzorcem, v katerem je še več ljudi pretežkih in debelih. Prekomerna teža in debelost sta dejavnika tveganja za različne kronične bolezni in stanja. Podatki za leto 2009 kažejo, da ima prekomerno telesno težo 40,6 % odraslih prebivalcev Slovenije, debelih pa je 17,1 %, kar je primerljivo s sorodnimi raziskovalnimi podatki pri nas

²¹ ITM (Indeks telesne mase) je opredeljen kot teža v kilogramih, deljena s kvadratom višine, izražene v metrih.

(npr. Božič in Zupanič 2009) prekomerno težkih ali debelih je bilo več moških kot žensk, in sicer 64,9% moških in 54,4 % žensk. Delež prekomerno telesno težkih in debelih odraslih prebivalcev Slovenije se je v zadnjem desetletju povečal v vseh socialno-ekonomskih skupinah, najmanj pa v skupini z najvišjim socialno-ekonomskim položajem (Maučec Zakotnik et al. 2012 : 53).

Zdrava prehrana in zadostna telesna dejavnost omogočata vzdrževanje normalne telesne teže in sta pomembna varovalna dejavnika zdravja. Zaključim lahko, da lakota za večino brezdomcev v mojem vzorcu najverjetneje ni ključni problem, odprto pa ostaja vprašanje kakovosti njihove prehrane. Seveda spet velja, da je bil moj vzorec anketiranih stiku z organizacijo, ki nudi tudi prehrano, kar pomeni, da se ta zaključek lahko nanaša samo na ta del populacije.

4.2.5 Težave z duševnim zdravjem

Duševno zdravje je širok koncept, ki vključuje tako pozitivno duševno zdravje, npr. pozitiven odnos do sebe in drugih, uspešno soočanje z izzivi, pozitivno samopodobo, visoko samospoštovanje, občutek moči, optimizem in sposobnost soočanja s težavami, kot tudi negativno duševno zdravje, npr. težave v duševnem zdravju in duševne bolezni (Jeriček Klanšek et al. 2009 :7)

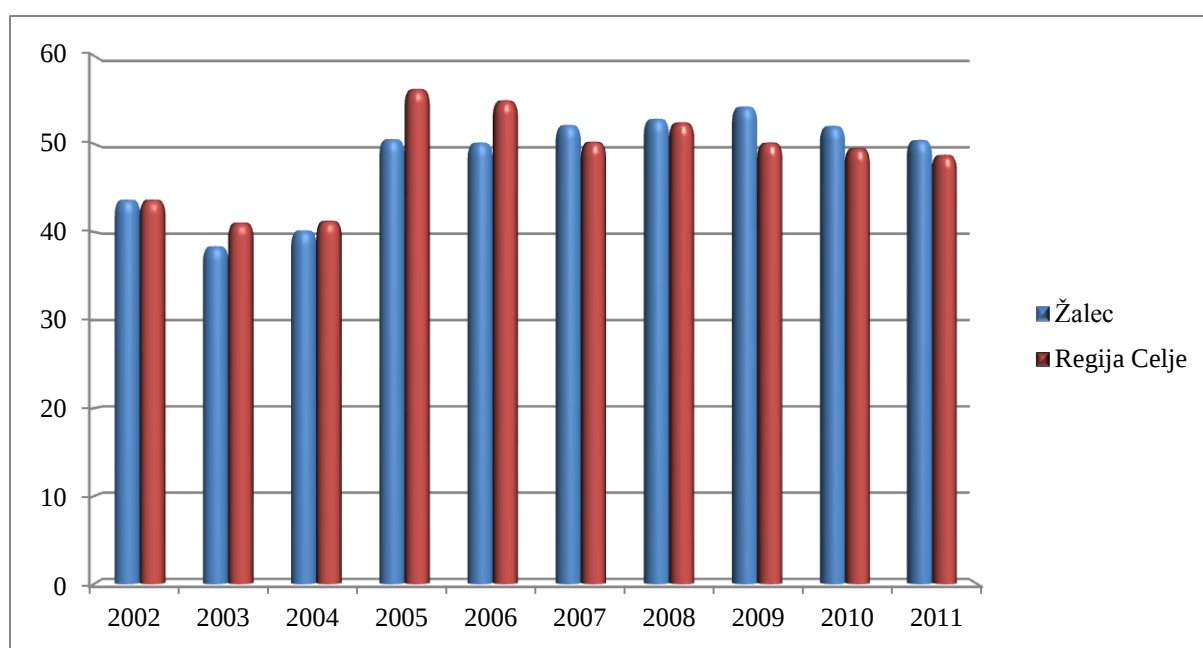
V ospredju spremljanja duševnega zdravja tako pri nas kot v tujini so še vedno predvsem duševne motnje in bolezni, šele v zadnjem času se poudarjajo tudi pozitivni vidiki duševnega zdravja. V Sloveniji je bilo v zadnjih letih opravljenih le nekaj nacionalnih raziskav, ki so se deloma dotikale duševnega zdravja prebivalcev in posameznih populacijskih skupin (ibid. : 18).

Raziskava kaže (podobno kot tudi podatki iz zdravstvenih evidenc in drugih baz) na pomembne neenakosti v duševnem zdravju glede na starost, spol, izobrazbo in zaposlitev. Tako ženske v primerjavi z moškimi, pogosteje izostajajo ali omejujejo svoje delo zaradi duševnih težav, imajo slabši občutek obvladovanja svojega življenja, manjša omrežja čustvene opore in nižje samospoštovanje. Posebej ranljivi sta tudi skupina ljudi z nižjo izobrazbo (OŠ) in skupina starejših od 60 let, ki pogosteje omejujejo svoje dejavnosti, imajo slabši občutek obvladovanja svojega življenja, nižjo samopodobo in manjša omrežja čustvene opore kot druge starostne in izobrazbene skupine. Kar se zaposlitvenega statusa tiče, pa izstopajo kmetje, upokojenci in brezposelni, ki ravno tako dosegajo najnižje kazalnike duševnega zdravja v primerjavi z drugimi. Raziskave pri otrocih in mladostnikih kažejo, da problematika duševnega zdravja nastaja že v tem obdobju (ibid. : 26).

Pomemben vidik neenakosti je tudi mreža izvajalcev, ki izvajajo programe in storitve za duševno zdravje (tako vladni kot nevladni sektor), ki pa pri nas ni vsem enako dostopna; zdravstveni delavci so v mreži neenakomerno porazdeljeni in tudi teritorialna pokritost s psihiatričnimi in nevladnimi službami je neenakomerna (ibid.: 34).

Tema o duševnih in vedenjskih motnjah in samomorilnosti v žalski lokalni skupnosti je bila do sedaj neraziskana. Za mojo raziskovalno nalogo je Vodja skupine za nenalezljive bolezni OE NIJZ Celje, Nuša Konec Juričič, dr. med., spec. javnega zdravja s sodelavci izdelala poročilo Zdravstveno – statistični podatki o raku, duševnih motnjah in samomoru v zdravstveni regiji Celje in upravni enoti Žalec. Rezultate raziskave prikazujeta graf 8 in graf 9 (Konec Juričič et al. 2015).

Graf 8: Obolevnost zaradi duševnih in vedenjskih motenj na 1000 odraslih na podlagi diagnoz, ugotovljenih pri prvem obisku na primarni ravni v pravni enoti Žalec in regiji Celje v letih 2002-2011

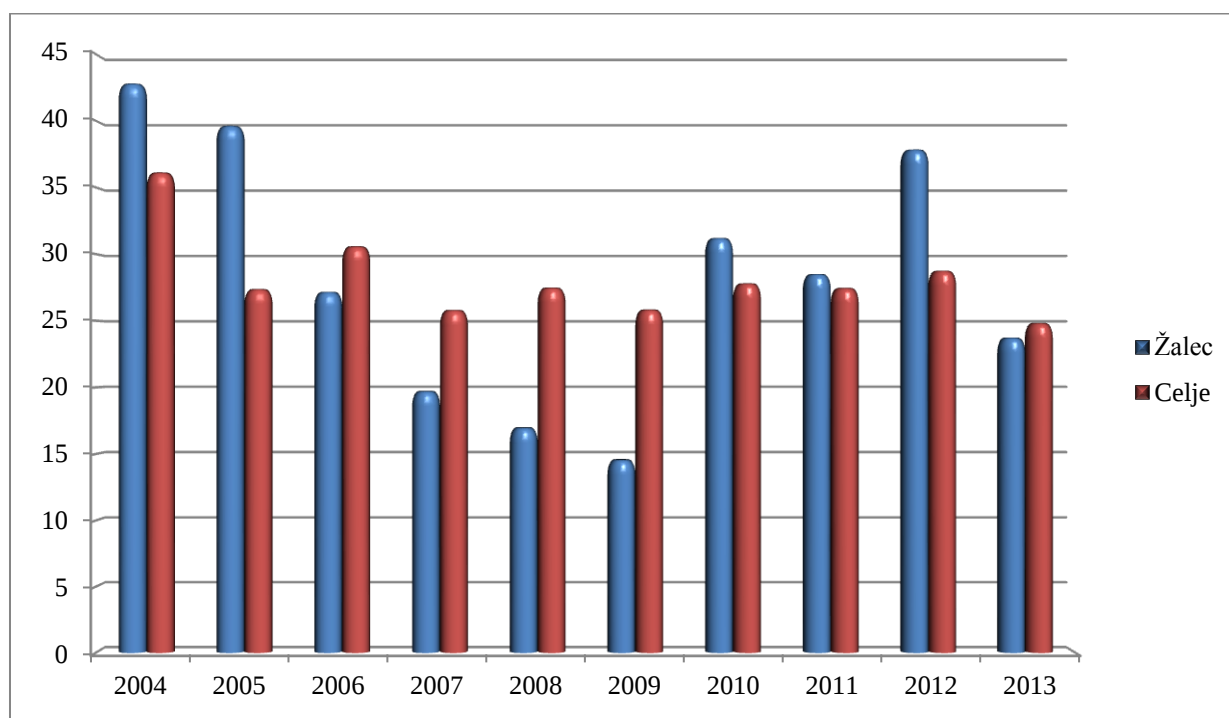


Vir: Statistični podatki o organiziranosti zdravstvene dejavnosti in zdravstvenem stanju prebivalcev celjske regije v letih 2002-2011.

V letih 2002-2011 je obolevnost zaradi duševnih in vedenjskih motenj v regiji Celje nihala med 41,1 in 56,3, v upravni enoti Žalec pa med 38,4 in 54,3 na 1000 odraslih. V regiji Žalec je bila obolevnost v letu 2002 enaka, v letih 2003-2006 nižja, v letih 2007-2011 pa višja kot v regiji Celje.

Zabeležena obolevnost zaradi duševnih in vedenjskih motenj pri odraslih v regiji Celje in upravni enoti Žalec se je po letu 2005 ustalila na ravni okoli 51/1000 prebivalcev.

Graf 9: Incidenčna stopnja²² samomora v upravni enoti Žalec in regiji Celje v letih 2004-2013



Vir: Prikazi umrljivosti v regiji Celje v letih 2004-2013.

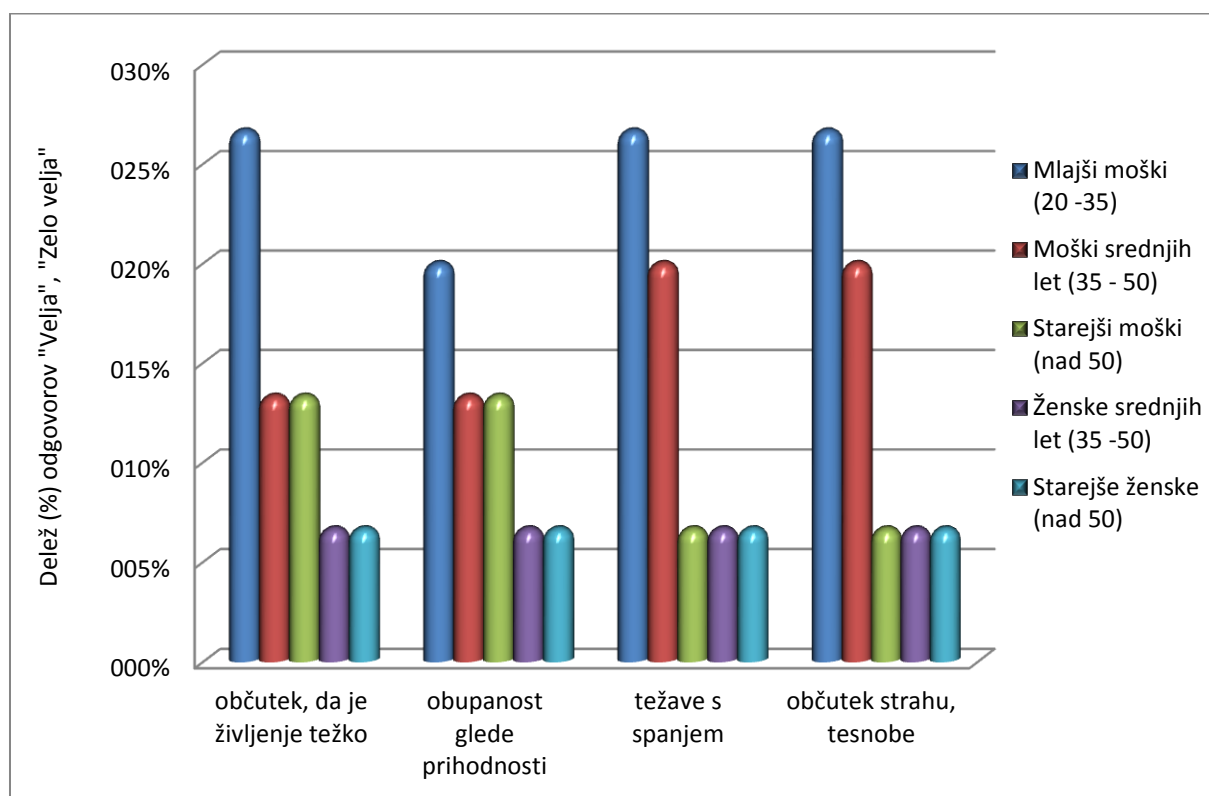
V obdobju od 2004 do 2013 je incidenčna stopnja samomora v regiji Celje nihala med 24,84 in 36,16, v upravni enoti Žalec pa med 14,57 in 42,84. V regiji Žalec je bila incidenčna stopnja v letih 2006-2009 in v letu 2013 nižja, v ostalih letih pa višja kot v regiji Celje. V regiji Celje je bila incidenčna stopnja samomora v vseh letih višja kot v Sloveniji, v upravni enoti Žalec pa je bila v letih 2007-2009 nižja, v ostalih letih pa višja kot v Sloveniji.

Incidenčna stopnja samomora je v UE Žalec upadala od leta 2004 do 2009, od leta 2009 do 2012 je ponovno narasla.

Kar deset vprašanj je spraševalo po težavah in nezaželenih stanjih s področja duševnega in psihosocialnega zdravja. Možni odgovori so bili: sploh ne velja, ne velja, niti malo niti veliko velja, veliko velja, zelo veliko velja (PRILOGA 1). Graf 13 kaže pogostost dveh skrajnih odgovorov na vprašanje o obstoju različnih dožemanj oziroma duševnih težav v zadnjem mesecu.

²² Incidenčna stopnja samomorov je število primerov samomora v posameznem letu na 100.000 prebivalcev.

Graf 10: Duševne in vedenjske motnje



Da je življenje težko in zapleteno meni 26,6 % mlajših moških anketirancev, 13,3 % moških srednjih let in 13,3% starejših moških. Ženska srednjih let in starejša ženska menita podobno. Obupani glede prihodnosti so v 20,0 % mlajših moških, v 13, 3 % moških srednjih let in v enakem odstotku starejši moški, ter ženska srednjih let in starejša ženska.

Občutek strahu in tesnobe je doživljalo 26,6 % mlajših moških, 20,0% moških srednjih let, enak odstotek 6,6 % pa starejši moški in ženska srednjih let ter starejša ženska. Največ težav s spanjem ima 26,6 % mlajših moških anketirancev.

Iz grafa 13 je razvidno, da več kot polovica vseh moških in ženskih anketirancev poroča o bodisi intenzivnem občutku, da je življenje težko in zapleteno, bodisi o obupu glede prihodnosti bodisi živčnosti in nemiru, o težavah s spanjem in o občutkih tesnobe. Več kot polovica anketirancev osebe doživljajo prav vse težave s tolikšno intenziteto, da pravijo, da jih imajo najmanj »veliko«. Na slabo zdravstveno stanje pomembno vplivajo nekateri psihološki dejavniki, predvsem pomanjkanje samoaktualizacije, slaba samopodoba in samospoštovanje ter občutki neobvladovanja lastnega življenjskega položaja.

Pri Razpotnikovi in Deklevi (2009 : 89) pa 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 intenzivno. Ta lestvica nam tako daje vpogled v vsebino doživljanj oziroma pojasnjuje vsaj en del ugotovitve iz grafa 5 o precejšnji pogostosti občasnih depresij oziroma prisotnosti drugih duševnih težav.

O samomorilnosti oziroma samomorilnem namenu je spraševalo eno vprašanje (PRILOGA 1). Samomorilnost vključuje misel na samomor in samomorilno vedenje. Misel na samomor opredelimo kot kakršnokoli misel na samouničevalno vedenje (Pregelj et al. 2013 : 159). Malo anketirancev je odkrito povedalo, da o tej temi razmišlja ali je omenjalo poskuse samomorov v preteklosti. Tudi v njihovi zdravstveni dokumentaciji nisem našel podatkov, da je kdo že poskusil narediti samomor (PRILOGA 2, Tabela 1). Odstotek oseb, ki so razmišljali o samomoru v zadnjem mesecu je bil z 13,3 % najvišji med mladimi moškimi anketiranci. Podatkov zaradi razmeroma skope metodologije ne morem primerjati z raziskavo (Konec Juričič et al. 2015), lahko pa jo s podatki iz Razpotnikove in Dekleve (2009 : 88), kjer je 30,1% anketirancev razmišljalo, da bi naredili samomor. Rezultati ankete povedo, da določen del brezdomcev omenja samomor oziroma razmišlja o tem, da bi »bilo vsega tega enkrat konec«. Rezultati kažejo, da med dejavnike tveganja štejemo slabšo socializacijo, nesposobnost vzpostavljanja medosebnih odnosov, dolgotrajno brezposelnost in revščino, dostopnost alkohola in drugih psihoaktivnih snovi. Način življenja brezdomcev, predvsem tistih, ki se spopadajo z različnimi oblikami zasvojenosti, lahko pojmuje kot samouničevalen.

Za vse anketirance je značilno, da se njihovi odgovori na vseh 10 postavljenih vprašanj nagibajo k pozitivni polovici odgovorov (PRILOGA 3, Tabela 7). Ta lestvica nam tako daje vpogled v vsebino doživljanj oziroma pojasnjuje vsaj en del ugotovitve iz ene od prejšnjih tabel o precejšnji pogostosti depresije oziroma prisotnosti drugih duševnih težav (PRILOGA 3, Tabela 4).

Rezultati moje raziskave z raziskavo Razpotnikove in Dekleve (2009) ki je uporabila podobno lestvico pokaže, da je za brezdomce značilno več težav in problematičnih doživetij. Zaključim lahko da so našete duševne težave pri brezdomcih precej očitne.

4.2.6 Prisotnost socialnih mrež

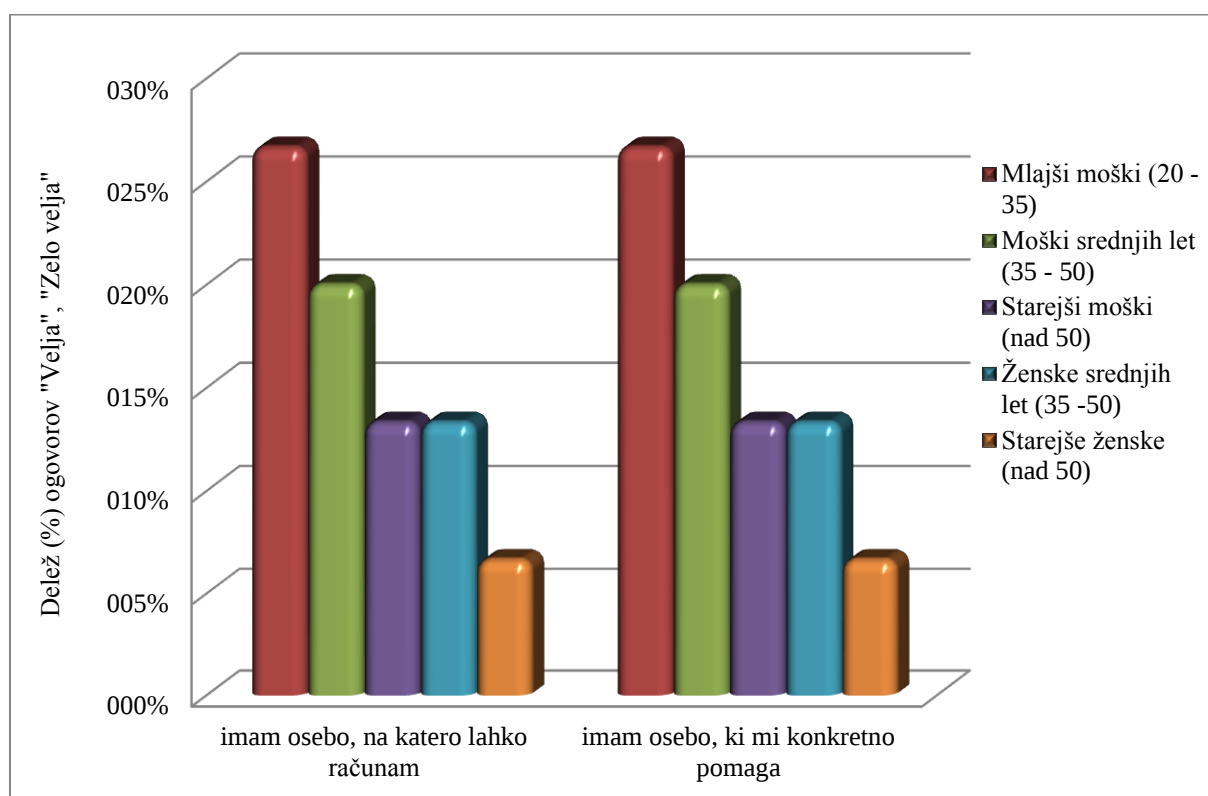
Rezultati slovenske raziskave (Zdravje in zdravstveno varstvo v Sloveniji 2009) so pokazali, da je četrtina (24 %) prebivalcev Slovenije, starih 15 let in več, v resnih osebnih težavah lahko računala na pomoč več kot petih oseb; 43,9 % oseb je lahko računalo na pomoč treh do petih oseb, 30,8 % pa na pomoč ene ali dveh oseb, 1,4 % oseb pa ni moglo pričakovati pomoči od nikogar. Na pomoč več kot petih oseb je v resnih osebnih težavah lahko računalo več moških kot žensk. Število oseb, na katere so posamezniki v stiski lahko računali, se je z višanjem starosti zmanjševalo (Božič, Zupanič 2009 : 55).

Podatki o velikosti omrežja čustvene opore (lestvica socialne opore) kažejo, da bi se v povprečju oseba, ki ima osebne težave, po pomoč lahko obrnila na štiri do pet ljudi, medtem ko je v tujini povprečje med devet do 18 ljudi. Kar 13 % vprašanih pravi, da so zaradi duševnih težav morali omejiti svoje dejavnosti, pomoč pa je poiskalo le 6 % ljudi, kar kaže na to, da je iskanje pomoči zaradi duševnih težav še vedno stigmatizirano. Zdravila zaradi

duševnih težav je jemalo 10 % vprašanih, kar lahko pomeni, da so jih jemali dlje časa ali pa da gre za zdravila, ki se jih dobi brez recepta (Jeriček Klanšček et al. 2009 : 36).

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 podpirne osebe, na katere se človek lahko obrne in z njimi deli svoje stiske. Graf 11 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.

Graf 11: Prisotnost ali odsotnost socialnih mrež



Vprašanja iz zgornje lestvice so bila tudi podobna nekaterim vprašanjem iz raziskave o zdravju brezdomcev (Razpotnik in Dekleva 2009), kjer je bila ta lestvica uporabljena. Eno takih je bilo Koliko ljudi vam je tako blizu, da lahko nanje računate, če imate resno osebno težavo? Vsi anketiranci se strinjajo, da nimajo veliko prijateljev. Osebe s katerimi lahko delijo čustva in občutke ima 26,6 % mladih moških, 13,3 % moških srednjih let in 6,6 % starejših moških. Takšno osebo imajo tudi vse anketirane ženske. S trditvijo, da imajo osebo, ki jim lahko konkretno pomaga, se strinja 26,6 % mladih anketiranih moških 20,0 % moških srednjih let, 13,3 % starejših moških, in vse anketirane ženske (PRILOGA 3, Tabela 8).

Podatki kažejo, da brezdomci iz mojega vzorca prav pri vseh postavkah lestvice dosegajo slabše rezultate pri slabših, odsotnih ali nezadostnih socialnih mrežah oziroma podpornih osebah. Rezultati raziskave pri Razpotnikovi in Deklevi 2009 pa so pokazali se na primer 52,1% brezdomcev strinja s trditvijo, da imajo kako osebo, na katero se lahko obrnejo v

neprijetnih situacijah. Kar 47,1 % brezdomcev se strinja s trditvijo, da imajo osebo, ki jim konkretno pomaga kadar imajo problem (Razpotnik , Dekleva 2009 : 92).

Primerjava z rezultati raziskave Razpotnikove in Dekleve (2009) potrjuje 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. Moji podatki kažejo, da bi lahko formalne mreže, med katere sodi program psihosocialne rehabilitacije v zavetišču Želva, kompenzirale slabše razvite in delujoče neformalne socialne mreže.

To možno razlago potrjuje v intervjuju tudi Natalija Zupančič z naslednjimi besedami:
»Uporabniki zavetišča so aktivno vključeni v delovno terapijo in izvajamo kar nekaj programov, kjer se lahko razvijajo in krepijo svojo samopodobo, saj so v pogostih stikih z lokalno skupnostjo in občani (javna kuhinja, dnevi odprtih vrat, pomoč naših uporabnikov po terenu starejšim in bolnim, projekt viškov hrane,...)« (PRILOGA 4, Intervju 3).

4.2.7 Raba zdravil

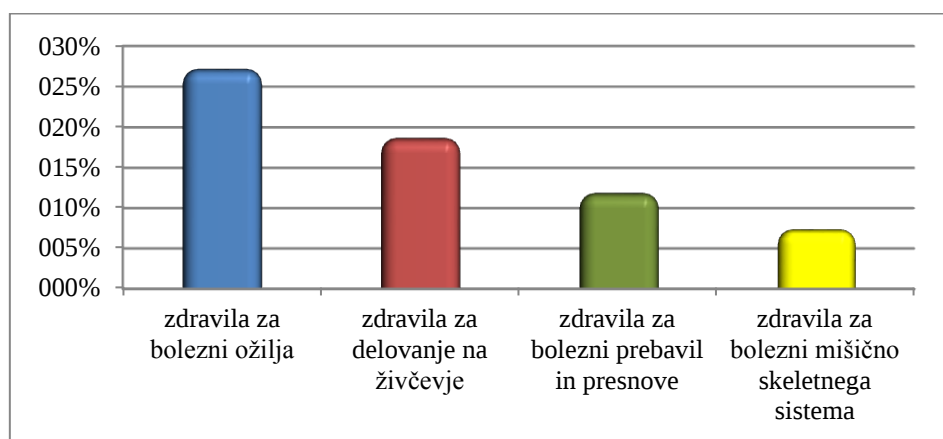
Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ, Ur. list RS, št 72 / 06) določa obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje. S tem zakonom se določene pravice zavarovanih oseb do zdravil. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije zagotavlja iz obveznega zavarovanja sredstva za zdravila iz 1. odstavka 23. člena ZZVZZ v celoti oziroma v odstotnem deležu glede na pozitivno listo oziroma vmesno listo²³.

Podatke o porabi ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji je prikazan po ATC²⁴ metodologiji. Graf 12 prikazuje za leto 2013 število največ izdanih receptov iz posameznih skupin klasifikacije ATC. Za zdravila za bolezni srca in ožilja je bilo izdanih 27,2 % vseh receptov, za zdravila z delovanjem na živčevje 18,7% vseh receptov, za zdravila za bolezni prebavil in presnove 11,9 % vseh receptov in za zdravila za bolezni-mišično skeletnega sistema 7,4 % vseh receptov glede na spol. Vse skupine zdravil se pogosteje predpisujejo ženskam kot moškim. Razlika v pogostosti predpisovanja je najbolj očitna v skupinah zdravil z delovanjem na živčevje in pri zdravilih za bolezni srca in ožilja (Kostnapfel Rihter, Albreht, NIJZ 2014:24).

²³ Za zdravila s pozitivne liste 75 %, za zdravila z vmesne liste 25 % in za osebe oz. bolezenska stanja v skladu s 23. členom ZZVZZ 100 % (NIJZ 2014).

²⁴ S kratico ATC opisujemo anatomsko, terapevtsko, kemično klasifikacijo zdravil po mednarodni univerzalni klasifikaciji sistema zdravil (NIJZ 2014).

Graf 12: Delež v številu izdanih receptov v Sloveniji 2013



Vir: Po NIJZ 2014: 24 priredil avtor

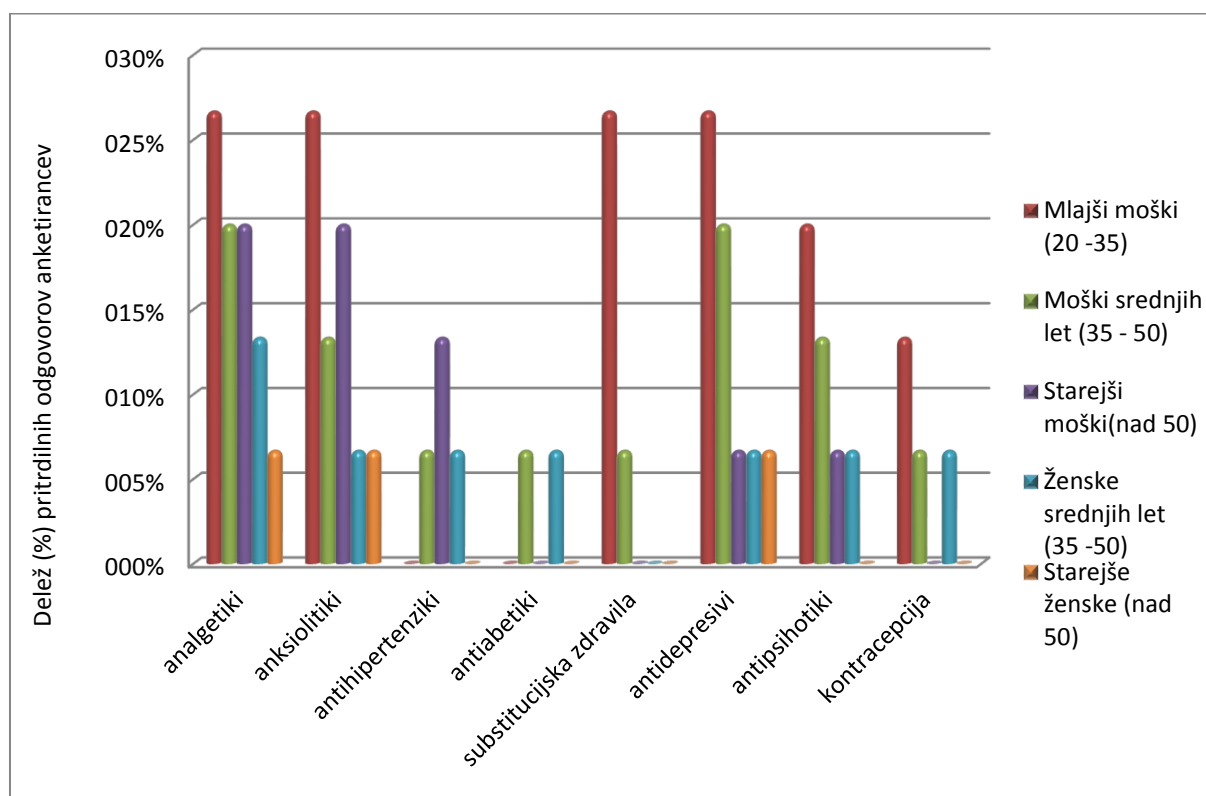
Graf 13 kaže, katera zdravila so anketirane osebe jemale v zadnjem mesecu. Med mlajšimi moškimi anketiranci prednjačijo zdravila za živčevje in substitucijska zdravila. Analgetike, anksiolitike, antidepresive in substitucijska zdravila (na primer metadon, buprenorfin, naloxon) je jemalo 26,6 % mlajših moških anketirancev in antipsihotike pa 20,0 %.

Čeprav je zdravljenje z nadomestnimi zdravili vključeno v nacionalno mrežo, vsebuje vse elemente pristopa zmanjševanja škode. Termin »zmanjševanje škode« se nanaša na vrsto javnozdravstvenih pristopov, usmerjenih k blaženju škodljivih posledic potencialno problematičnih vedenj skupin in posameznikov. Obravnava uporabnikov drog v okviru koncepta zmanjševanja škode je v bistvu delo z uporabniki drog, ki izhaja iz upoštevanja njihovih potreb in interesov (Kvaternik 2012 : 168).

Najbolj prepoznavno zdravilo nadomestnega zdravljenja je metadon, sintetični opioid, ki je v medicini uporabljen kot analgetik za protibolečinsko zdravljenje. Metadon smo v Sloveniji začeli uporabljati leta 1990, buprenorfin leta 2004 in buprenorfin v kombinaciji z naloxonom leta 2007. Njihove glavne značilnosti pri zdravljenju zasvojenosti sta navzkrižna toleranca s snovmi, kot sta heroin in morfin, ter relativno dolgotrajno delovanje (Pregelj et al 2013: 389). Antidepresive in analgetike je jemalo 20,0% anketiranih moških srednjih let, antipsihotike 13,3 %, antihipertenzike in antiabetike pa 6, 6% starejših moških. Antidepresive in antipsihotike je jemala ženska srednjih let (PRILOGA 3, Tabela 9).

Podobno kot pri Razpotnikovi in Deklevi (2009 : 94), se pri moji raziskavi nakazuje problematika manj obsežnega in pogostega jemanja zdravil za bolezni ožilja, za bolezni prebavil in presnove ter za bolezni mišično skeletnega sistema, ki sicer v tej populaciji niso nič manj prisotne kot v splošni populaciji, pomembna pa je tudi precejšnja odsotnost jemanja kontracepcijskih sredstev, razen uporaba barijerne kontracepcije pri mladih moških anketirancih.

Graf 13: Raba zdravil



Med anketiranimi jih je 93,2 % odgovorilo, da zdravila dobijo v lekarni, 26,6% mlajših moških dobi substitucijska zdravila v metadonski ambulanti, en mlajši moški in ena ženska srednjih let pa jih prejmeta v psihiatrični bolnišnici (antipsihotike v obliki injekcij). Delavci v zavetišču kontinuirano spremljajo vsakega uporabnika in mu celostno, ne samo na zdravstvenem področju pomagajo pri individualnem načrtovanju (PRILOGA 5).

Pri Razpotnikovi in Deklevi (2009 : 93) je analgetike jemalo 33,3 % anketirancev, anksiolitike pa 32,2 % . Med anketiranci je 77,5 % odgovorilo, da zdravila dobijo v lekarni, 11,9 % v posvetovalnici za osebe brez zdravstvenega zavarovanja 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 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.

V Zavetišču imajo zdravila, ki jih jemljejo brezdomci shranjena v posebni omarici in zaposleni nadzirajo delitev predpisane terapije. Vsi brezdomci, ki imajo predpisano terapijo, jo jemljejo na ustrezen način in v skladu z medicinsko doktrino. Zaposleni v soglasju z uporabniki delujejo skupaj z zdravstveno stroko v smeri zmanjševanja prizadetosti, ki spremljajo njihova zdravstvena stanja.

Nadzorovana uporaba zdravil je večkrat v pacientovem interesu. Vendar so ukrepi, ki gredo v smer pogojevanja zdravil za samostojno uporabo, in sankcioniranje recidivov pogosto postali redna praksa. V takem odnosu zdravnika in pacienta prevladuje vzajemno nezaupanje.

Pacientov obisk zdravnika pogosto ni povezan s trenutno željo po opustitvi uporabe drog in z zavedanjem o obstoju osebne zdravstvene problematike, temveč le s potrebo po nadomestnih zdravilih za premostitev abstinenčnih težav (Kersnik 2003 : 53).

Kar 26,6 % mladih moških anketiranih in 6,6 % starejših moških je povedalo, da vseeno kdaj pa kdaj mešajo predpisana zdravila in alkohol. Starejši moški in starejša ženska pa sta priznala, da predpisanih zdravil ne želita jemati takrat, ko začneta ponovno piti.

Zaključimo lahko, da brezdomci zelo pogosto uporabljajo psihofarmake. To je dovolj alarmanten kazalnik očitnih in naraščajočih notranjih stisk, ki jih trpi vedno več posameznikov in posameznic, da bi morali vzbuditi zanimanje in zaskrbljenost širše javnosti, politike in stroke, da bi se resno lotili obravnave tega naraščajočega družbenega problema. Obenem se neizogibno postavlja vprašanje, ali se morebiti dejansko uresničuje teza o sodobni medikalizaciji družbe in družbenih problemov, kot opozarja Uletova (Ule Nastran 2009).

Galimberti (2011) zapiše da : *»psihofarmaki utišajo simptom in preprečijo, da bi človeku kdo prisluhnil; subjekt prisilijo, naj preseže samega sebe, ne da bi mogel biti on sam; vedno je namreč zgolj odgovor drugim, odgovor na zahteve naše družbe po učinkovitosti in smotrnosti, ki povzroča usihanje notranjega življenja in prilagajanje veljavnim socializacijskim normam* » (Galimberti 2011: 199).

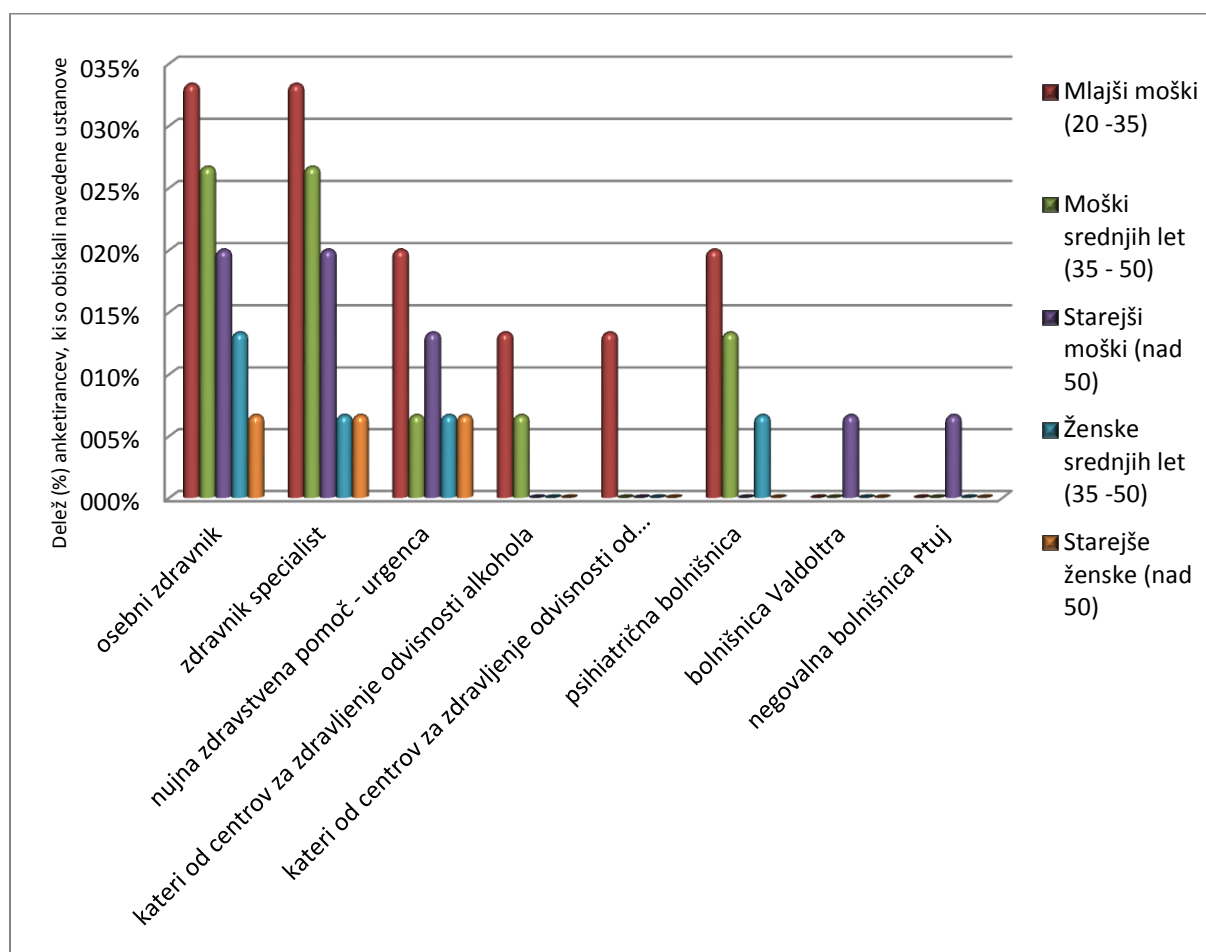
Thomas Szasz (2013) opredeljuje pojem medikalizirati kot gledati oziroma obravnavati kaj kot zdravstveno skrb, problem oziroma motnjo, in ponuja kot zgled stavek: *»Tisti, ki skušajo pomesti družbene probleme pod preprogo s tem, da jih »medikalizirajo«.* (Szasz 2013: 13)

Pojem medikalizacije Turner (2004) opredeli kot proces, v katerem medicina prevzame normativno vrednotenje številnih področij v življenju posameznika in družbe. Številna področja življenja pa pogosto ocenjujemo in zaznamujemo z medicinskimi kategorijami. Sodobna medicina s svojo tehnično dognanostjo utrjuje videz nevtralnosti oziroma objektiviziranega merila za razvrščanje in oblikovanje družbenih norm zaželenega, tj. zdravega načina vedenja ljudi (Turner 2004 : 35).

4.2.8 Uporaba zdravstvenega sistema

Graf 14 kaže, kolikokrat so v zadnjem letu anketiranci obiskali nekatere zdravstvene ustanove. Na lestvici obiskanosti vodita osebni zdravnik in zdravnik specialist. Nujno zdravstveno pomoč je obiskalo 20,0 % mlajših anketirancev, 20,0 % starejših anketirancev in v enakem deležu 6,6 % ženska srednjih let in starejša ženska. V primerjavi s podatki Razpotnikove in Dekleve (2009) ugotovim pogosto in redno obiskovanje osebnega zdravnika ali specialista.

Graf 14: Uporaba zdravstvenega sistema

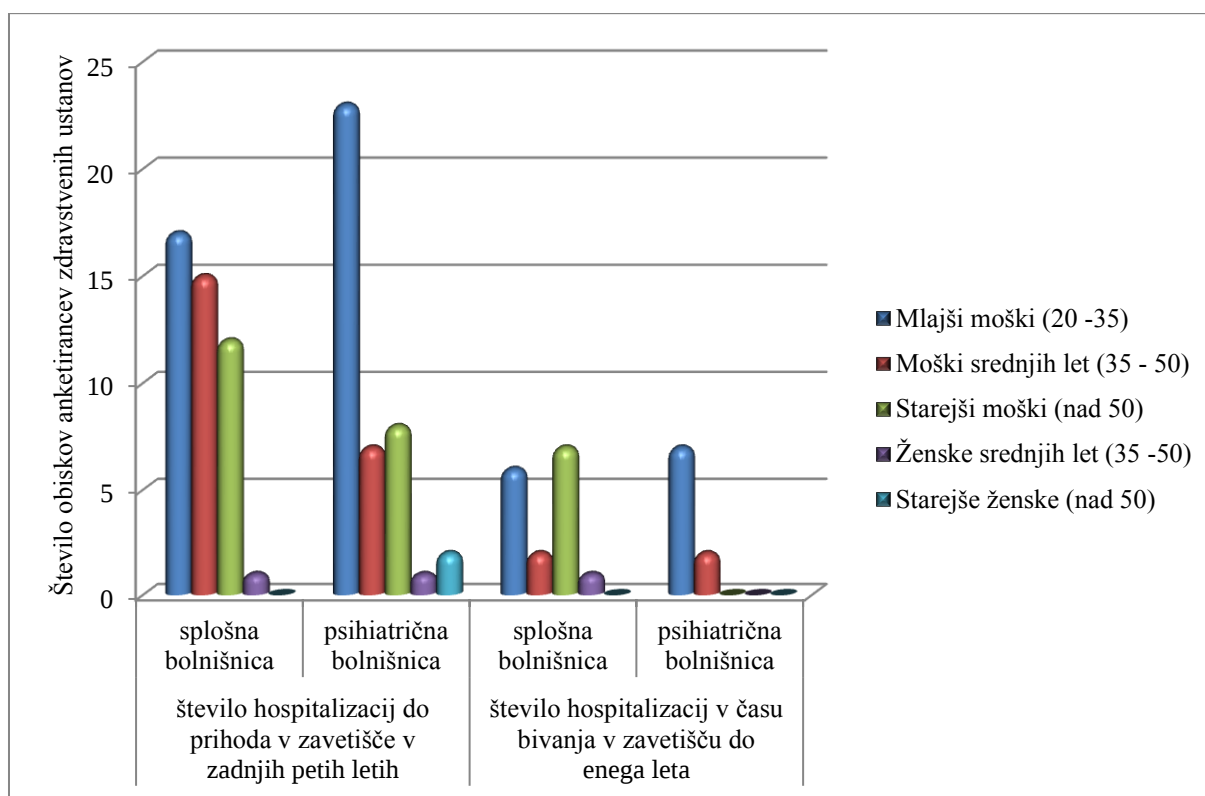


Med specifičnimi zdravstvenimi dejavnostmi pri mladih moških anketirancih izstopajo psihiatrija in obravnavanje odvisnosti od drog ter zasvojenosti z alkoholom. Pri moških srednjih let pa izstopajo obravnave na oddelkih za zdravljenje odvisnosti od alkohola v psihiatrični bolnišnici (PRILOGA 3, Tabela 10).

Izvajanje zdravljenja komorobidnih motenj je dolgotrajno, recidivi pogostejši. Kot poudarita Hollnagel in Malterrud (2000) se »morebiti klinične smernice pri komorbidnih boleznih sploh ne dotikajo bolnikovih pogledov na lastno zdravje. Njegove prioritete glede vodenja bolezenske obravnave se pogosto ne skladajo z zdravnikovim « (Hollagel, Marterud 2000: 233). Večinoma so ti ljudje tudi objektivno in subjektivno bolj prizadeti. Prizadetost je deloma posledica sočasnega pojava motenj, ki pri teh osebah še niso bile ugotovljene. Deloma je to posledica dejstva, da je zdravljenje dveh ali več bolezni, ki se pojavijo sočasno, veliko bolj kompleksno in težje. Znano je, da so komorobidni bolniki, ki prejema substitucijsko terapijo, ali tisti v socialnih programih (npr. terapevtskih skupnostih) soočeni z zahtevami po spremembah vedenja, da bi lahko sledili strokovnim nasvetom. Obravnava komorobidnosti zahteva sodelovanje bolnikov pri jemanju substitucijskih in drugih zdravil in spremembo življenjskega sloga. Sodelovanje se zdi boljše pri jemanju zdravil, slabše pa pri priporočenih spremembah življenjskega stila (Nolimal 2013: 74).

Za posttrematsko oskrbo brezdomcev in zunajbolnišnično obravnavo²⁵ po odpustu iz bolnišnice, bi kazalo razviti dispanzerske zdravstvene metode pomoči s terenskim delom, ki bi skupaj s polivalentno patronažno službo izvajala zdravstveno nego tudi v zavetiščih. Zakon o zdravstveni dejavnosti – ZZDej (Ur.list RS, št. 23 /2005) v 7. členu določa patronažne obiske, zdravstveno nego in rehabilitacijo na domu ter oskrbovancev v socialnovarstvenih in drugih zavodih. Patronažno zdravstveno varstvo obravnava posameznika, družine in lokalne skupnosti, da izvajajo splošne, specifične in individualne naloge patronažne obravnave varovancev od kroničnih bolnikov do starostnikov, družin in lokalne skupnosti. Patronažna zdravstvena nega zajema naloge polivalentne patronaže in izvaja naloge zdravstvene nege bolnika na domu na podlagi delovnega naloga izbranega zdravnika. v sistemu pomoči. Tudi Alenka Kobal, zdravnica v ZD Žalec predlaga: »da bi bilo potrebno razviti sodelovanje med polivalentno patronažno službo in Zavetiščem Želva« (PRILOGA 4, Intervju 1).

Graf 15: Število obiskov anketirancev v zdravstvenih ustanovah



V zadnjih petih letih je bilo 33,3 % mladih brezdomcev hospitaliziranih v splošni bolnišnici in sicer šestkrat, v psihiatrični bolnišnici pa 20,0 % po sedemkrat. Med starejšimi moškimi anketiranci je bilo 20,0 % do sedemkrat hospitaliziranih v splošni bolnišnici. Moški srednjih let so bili v 13,3 % hospitalizirani v splošni bolnišnici in v 6,6 % v psihiatrični bolnišnici. Nobena ženska anketiranka ni bila hospitalizirana v psihiatrični bolnišnici, v splošni bolnišnici pa enkrat ženska srednjih let in starejša uporabnica zavetišča. Pred prihodom v

²⁵ Zunajbolnišnična obravnava je neprekinjena zdravstvena obravnava pacienta na primarni, sekundarni in terciarni ravni v splošni zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti, v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti, v zobozdravstveni dejavnosti in drugih dejavnosti za zdravje, npr. zdravstvena nega, patronažna dejavnost, fizioterapija, zobotehnika (Zdravje v Sloveniji 2010).

zavetišče so bili mlajši moški anketiranci v splošni bolnišnici hospitalizirani skupaj sedemnajstkrat, predvsem zaradi poškodb in padcev v stanju opoja, v psihiatrični bolnišnici pa triindvajsetkrat. Veliko število hospitalizacij beležijo tudi tisti anketirani moški srednjih let, starejši moški in ženske, ki so imeli težave z odvisnostjo od drog in tudi težave v duševnem zdravju. Med specifičnimi zdravstvenimi dejavnostmi izstopajo psihiatrija in obravnavanje odvisnosti od drog.

Stigmo lahko opredelimo kot znamenje obsojanja posameznikov, ki odstopajo od ostalih ljudi v skupnosti. Pogosto posledica stigme je zavračanje in/ali osamitev označenega posameznika, lahko tudi celotne skupine. Zdravljenje v psihiatrični bolnišnici ali v centrih za zdravljenje odvisnosti je tesno povezano s stigmo. Zato je pomembno razumevanje vzrokov stigme tudi pri komorobidnosti²⁶. Raziskovalci opozarjajo na probleme »multipliciranja« oz. krepitev stigme pri teh motnjah. Kvaternik in Grebenc (2008) opozarjata, da je lahko uporaba teh terminov celo ovira pri delu. Strokovnjaki, ki delajo s komorobidnimi osebami, potrebujejo koncepte in terminologijo, ki jih bo bolj približala k njihovim nalogam. Stigma lahko posameznike trajno zaznamuje, izključuje in jim onemogoča rehabilitacijo. Pri »multiplih diagnozah« (zasvojenost, HIV, drugačna spolna usmerjenost, depresija ...) se soočamo tudi z »multiplimi« stigmami (Nolimal 2013: 72).

S problematiko psihosocialnega zdravja je povezano vprašanje psihiatričnih obravnav. Strinjam se z ugotovitvijo Razpotnikove in Dekleve (2009), da je s problematiko psihosocialnega zdravja 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 psihiatrične pomoči priča o obstoju psihosocialnih težav (Razpotnik, Dekleva 2009: 92).

Duševne in vedenjske motnje so glede trajanja hospitalizacij med vsemi bolezenskimi stanji na prvem mestu (19 % bolnišničnih dni) in so vzrok za več kot četrtino vseh obravnavanih invalidnosti v I. kategoriji, ki pomeni popolno upokožitev (Jeriček et al 2009).

Zakon o duševnem zdravju (Ur.list RS, št.77/08) v 7. členu določa, da se razvojni cilji in potrebe na področju preventive psihiatričnega zdravljenja, celovite socialno varstvene obravnave in obravnave v skupnosti opredeli z Nacionalnim programom o duševnem zdravju. Njegovo poslanstvo je krepitev, podpora ter ohranjanje čustvene in socialne dobrobiti z izboljšanjem dejavnikov, ki krepijo in varujejo duševno zdravje ob hkratnem spoštovanju kulture, enakosti, socialne pravičnosti in osebnega dostojanstva ter ob upoštevanju socialnih in ekonomskih dejavnikov, pa tudi varovanju človekovih pravic (www. mz.gov.si).

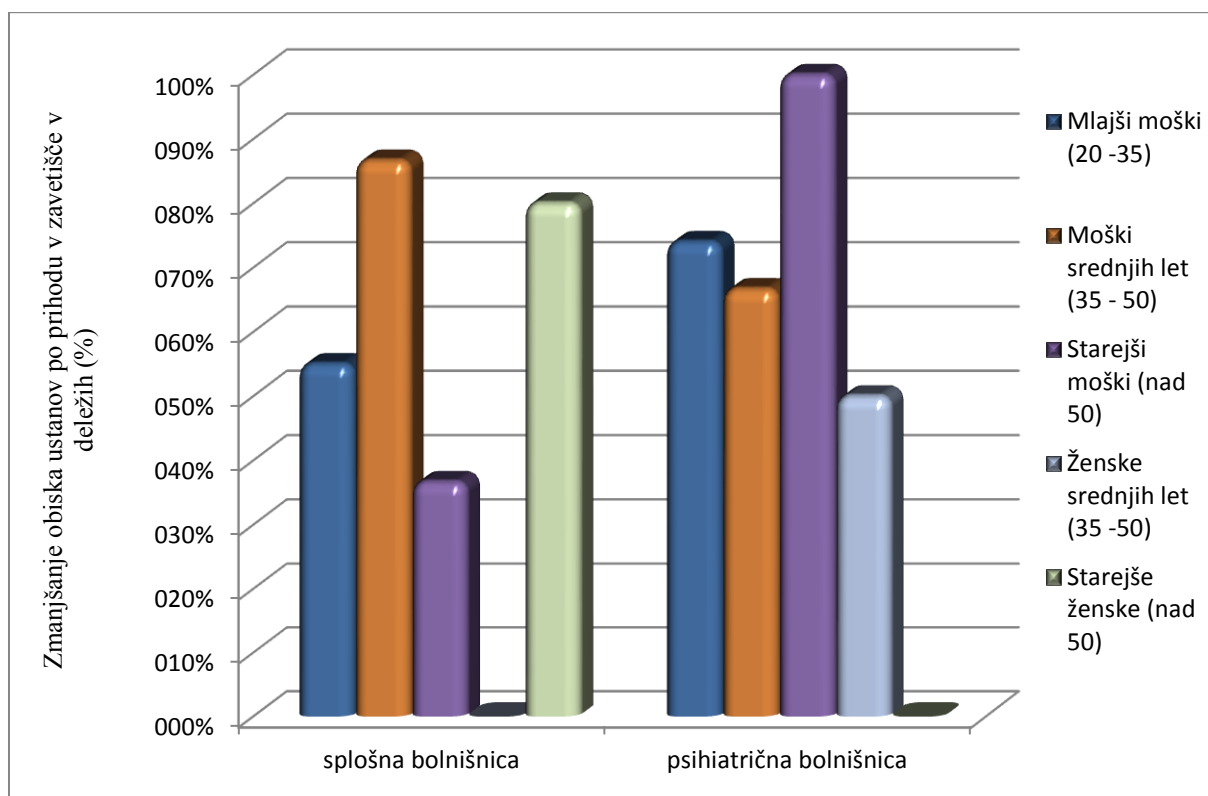
Flaker (2012) ugotavlja, da so očitno službe duševnega zdravja, še posebej psihiatrične bolnišnice, del problema in del krize. Stiska je vedno vsaj deloma tudi posledica zapiranja. Zdravila in zapiranje sta orodji zatiranja. Konflikte, nesporazume, stiske, težave premaknejo iz družbenega tkiva v bolnišnično okolje in omamo psihofarmakov. Jezo spremenijo v obup, upanje v melanholijo, upor v pohlevnost. Skupnosti odvzamejo odgovornost delovanja,

²⁶ Izraz »komorbidnost« uporabljamo pri osebah, ki so zasvojene z alkoholom, prepovedanimi drogami in /ali drugimi psihoaktivnimi snovmi in imajo hkrati še druge duševne, osebnostne ali vedenjske motnje (ISIS 2013).

ljude pa spremenijo življenje na slabše. Psihija in tudi druge službe duševnega zdravja so namreč potrebne, ljudje, ki doživljajo duševno stisko, potrebujejo pomoč in podporo, ne pa zatiranja in izločevanja. Isti ljudje, ki so živeli v zavodih, potem, ko se preselijo iz njih, jemljejo bistveno manj psihiatričnih zdravil. To je zakonitost, ki jo lahko opazujemo v procesih dezinstucionalizacije. Zdravila se v ustanovah pogosto uporabljajo za lajšanje stisk, napetosti in blaženje konfliktov, ki so posledica same ustanove. Zdravila so eden načinov pacifikacije in discipliniranja, hkrati pa so institucije eden bistvenih »outletov« farmacevtske industrije (Flaker 2012:247).

Odstotek psihiatričnih obravnav in hospitalizacij je relativno velik, vendar povsem v skladu z ugotovitvami raziskave Razpotnikove in Dekleve (2009) o prisotnosti problematike duševnega zdravja med brezdomci ter kaže, da lahko to problematiko razumem kot eno od ključnih zdravstvenih problematik brezdomcev. 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 (Razpotnik, Dekleva 2009 : 92).

Graf 16: Zmanjšanje hospitalizacij anketirancev v deležih (%) po prihodu v Zavetišče Želva



Zmanjšanje števila hospitalizacij ob prihodu v Zavetišče Želva prikazuje graf 16. V primerjavi s podatki v Razpotnik in Deklevi (2009) ugotovim redno obiskovanje osebnega zdravnika ali specialista. Postavljam domnevo, da so brezdomci, ki redno in pogosto obiskujejo osebnega zdravnika ali specialista, zato precej manj hospitalizirani. Tako domnevo podkrepi tudi opažanje, da brezdomci lažje prebolevajo bolezni v varnem okolju in ob negi, ki jo v

zavetišču imajo, zato ne ostaja kot realna možnost potrebnega zdravstvenega obravnavanja samo hospitalizacija. Kontinuirana socialna oskrba in psihosocialna rehabilitacija ter terenska služba, ki jo izvajajo v Zavetišču Želva veliko pripomore pri oskrbi tovrstnih zdravstvenih težav brezdomnih (PRILOGA 5, PRILOGA 3, Tabela 11).

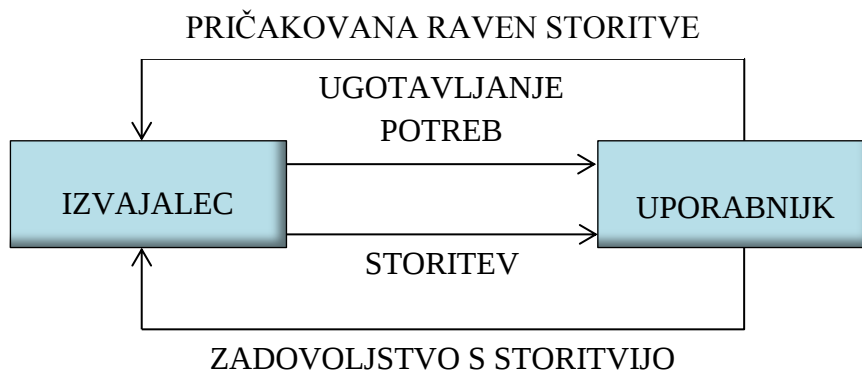
4.2.9 Izkušnje z zdravstvenim sistemom

Ali ste imeli kdaj občutek, da je edini namen vašega zdravnika, ko vas posluša, ta, da bi vas kar najhitreje nekako spravil iz ordinacije – s tem ko vam izroči recept ali izda napotnico za specialista ali laboratorij? Ali ste bili kdaj zmedeni ob soočenju nasprotujočih si mnenj in prepričanj, ki so jih izrazili različni zdravniki specialisti? Ali ste kdaj posumili, da narava vaše bolezni in čas, v katerem ste jo dobili, nista bila naključna, ampak sta imela opraviti z dogodki, ki so se odvijali v vašem življenju, in s čustvi, ki so bila povezana s tem dogodki? Ali ste kdaj trpeli zaradi akutnih ali kroničnih stranskih učinkov, ki so jih povzročila zdravila ali terapije in na katere vas ni nihče opozoril in jih zdravstveno osebje morda celo ni poznalo ali pa se ni menilo zanje? Ali ste bili kdaj začudeni nad visokimi stroški zdravstvenega zavarovanja, zdravil in terapij in kako to, da so zdravstvene ustanove, ki se financirajo iz javnih sredstev, nepretrgoma v finančni krizi? Ali ste kot poklicni zdravnik imeli kdaj občutek, da se za pacientovimi simptomi bolezni ali za njegovo boleznijo skriva še veliko več, kot vidi zdravniško oko – vendar da vas vaše izobraževanje za zdravnika ni opremilo za zmožnost raziskovanja tega, kar se skriva za pacientovimi simptomi, in da vam vaše delo in okolje v ustanovi, v kateri delate, ne dajeta ne dovolj časa ne dovolj spodbude, da bi delovali v tej smeri?

Jung (1998) opredeljuje zdravstvena oskrbo kot obliko storitvene dejavnosti. Zdravstvena oskrba je skupek številnih ukrepov, posegov, postopkov in odnosov, v katere stopata uporabnik in izvajalec (zdravnik in drugi zaposleni v zdravstvu)²⁷, da bi zdravstvene težave bolnika pripeljala k čim boljšem izidu. Kakovostna zdravstvena oskrba je pravica vsakega bolnika. Bolnik je v sistemu zdravstvenega varstva aktivni udeleženec in hkrati osrednji cilj delovanja zdravstvenih ustanov (Jung et al. 1998 : 1078). Znotraj posameznega sistema zdravstvenega varstva pa poleg same kakovosti oskrbe, lastnosti zdravnika in zdravstvenega osebja vplivajo tudi lastnosti bolnika in njegova pričakovanja, kakor prikazuje slika 1.

²⁷ Zdravniško (medicinsko) oskrbo izvajajo zdravniki in vključuje: anamnezo, fizikalni pregled, diagnostiko, diferencialno diagnostiko, medicinsko pomoč, svetovanje, informacije in navodila, medikamentno zdravljenje. Sestrsko oskrbo izvajajo medicinske sestre kot načrtovanje, izvajanje in vrednotenje zdravstvene nege ter kot sodelovanje pri izvajanju načrtov diagnostike in zdravljenja, ki jih je predpisal zdravnik (ZZDej 2008).

Slika 1: Povratna zanka sooblikovanja kakovosti storitve med izvajalcem in uporabnikom zdravstvenih storitev

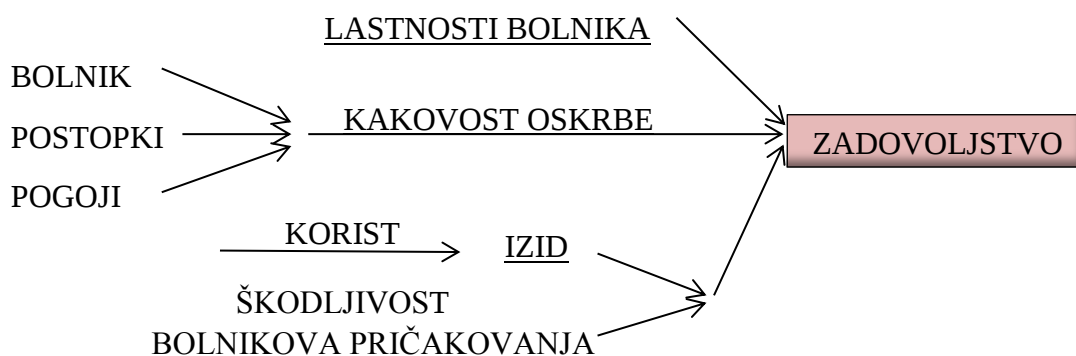


Vir: po Kersnik 2003 :8 priredil avtor

Družbeno kakovost lahko suvereno ocenjujejo predvsem primarni uporabniki – bolniki, saj je kakovost zdravstvene oskrbe kljub različnim načinom zagotavljanja javnosti dela, odgovornosti in kakovosti, zelo težko oceniti, ne da bi jo izkusili na lastni koži. Šele osebno izkustvo namreč omogoča dokončno oceno kakovosti. Temeljna želja vsake zdravstvene politike je, da so strokovna, gospodarska in družbena kakovost v pozitivni korelaciji (Kersnik 2003 : 8).

Zadovoljstvo se vedno zrcali v luči končnega izida oskrbe (spremenjeno zdravstveno stanje ali bolj neposredni izidi, kot so napotitev, recept, posamezni poseg in občutene škodljivosti). Boljše funkcionalno, boljše zdravstveno stanje in boljše duševno zdravje, kot ga sporočajo bolniki sami, je povezano z večjim zadovoljstvom. Odvisno je od doseganja pričakovanja in razmerja med občuteno koristjo in škodljivostjo (Jung et al. 1998 : 1079).

Slika 2: Prvine, ki vplivajo na oblikovanje bolnikovega mnenja (zadovoljstva) o oskrbi



Vir: po Kersnik 2003:11 priredil avtor

K stopnji zadovoljstva prispevajo tudi demografske lastnosti bolnika (starost, spol, izobrazba) neposredno in s tem, kakšno je njegovo zdravstveno stanje, kakšen odnos ima z zdravnikom, kako sporoča svoje znake in občutja, kakšne so njegova pričakovanja (slika 2).

Najpogostejše so v analize razlik v zadovoljstvu vključene biološke in socialne lastnosti bolnikov: spol²⁸, starost, izobrazba in okolje, kjer prebivajo. K stopnji zadovoljstva prispevajo neposredno in posredno z razlikami v zdravstvenem stanju in slogom iskanja zdravstvene pomoči. Mlajši in bolj izobraženi bolniki so manj zadovoljni. Moški so praviloma manj zadovoljni. V nasprotju s tem pa so nekateri avtorji pri moških našli večje zadovoljstvo. Z demografskimi lastnostmi lahko razložimo le manjši del razlik v stopnji zadovoljstva, pogosto pa so si ugotovitve različnih raziskav tudi v nasprotju, ali pa ne uspejo ugotoviti razlik v zadovoljstvu, povezanih z biološkimi in socialnimi lastnostmi bolnikov (Kersnik 2003 : 12).

Prebivalci Slovenije, stari 15 let in več, so bili na splošno zadovoljni z družinskimi in splošnimi zdravniki ter z zdravniki specialisti, in sicer je bilo zadovoljnih oz. zelo zadovoljnih z splošnimi zdravniki 82,4 % prebivalcev, z zdravniki specialisti pa 77,1 %. Največ prebivalcev (12,9 %) je bilo nezadovoljnih z zobozdravniki, ortodonti in drugimi specialisti s področja zobozdravstva. Z vidika spola prebivalcev ni bilo bistvenih razlik v stopnjah zadovoljstva s storitvami zdravstvenega sistema. Ženske so bile z družinskimi ali s splošnimi zdravniki zadovoljne manj kot moški, moški pa z bolnišnicami nekoliko manj kot ženske (Božič, Zupanič 2009 : 49).

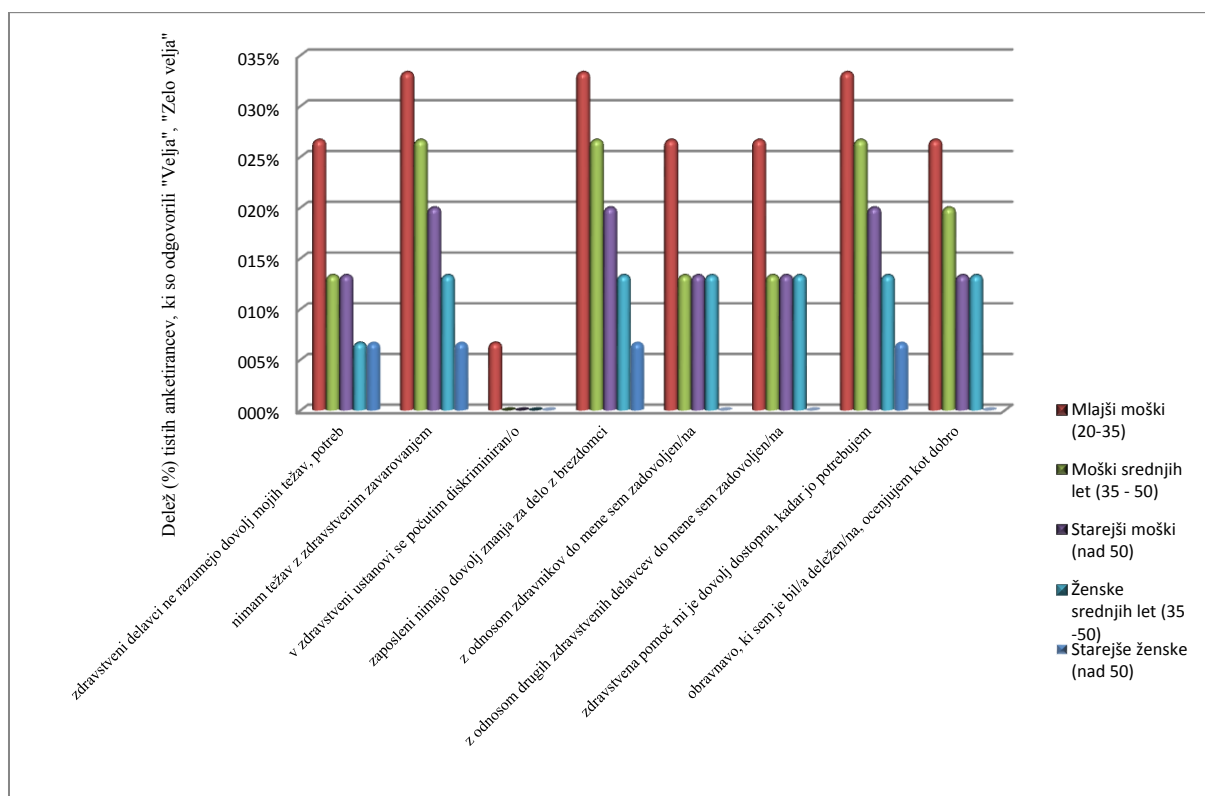
Ihan in Hafnerjeva (2014) sta kritična do obravnavanja zdravstvenih problemov, kot ga je iz teženj po industrializaciji medicine utirila medicina. Zdravnik, ki sedi za svojo mizo, se pet minut pogovarja s pacientom, ga naslednjih pet minut (v zelo omenjenem obsegu) pregleda, in nato napiše nekaj receptov – lahko resnično pomaga pri določenih akutnih bolezenskih stanjih in težavah – na primer pri angini ali bakterijskem vnetju mehurja, pri kroničnih zdravstvenih težavah pa na tak način organizirana obravnava zaradi narave problema enostavno ne more biti učinkovita. In napaka industrializirane medicine je, da se želi kljub temu po opisani, najlažje izvedljivi in birokratsko planirani shemi »zdravstvene obravnave« lotiti vseh zdravstvenih težav in bolezni, tudi takih, kjer tak način dela povsem jasno ni učinkovit, ker na to kaže rezultat, ko se pacient, s svojimi težavami vedno znova vrača.

»Posledica neustrezne, neučinkovite obravnave mnogih problemov je ta, da bolniki sami, brez potrebne kritičnosti in veščin begajo med posameznimi storitvami zdravstvenega sistema, kjer si zdravniki podajajo odgovornosti in ljudje namesto zdravja utrjujejo svoj položaj kroničnega bolnika, iz katerega brez kontinuiranega strokovnega vodstva ne zmorejo priti. Na primer: pacient s kronično bolečino v križu dobi (ker je to po petminutnem pregledu najlažje izvedljiv ukrep, s katerim se zdravnik »reši« pacienta, in svoje stiske glede njega) analgetik, ki seveda nikakor ne razbremeni njegove hrbtenice, pač pa mu ta sčasoma povzroči bolečino v želodcu, ki jo zdravnik zopet zdravi s potrdilom o bolniškem dopustu in z zdravili proti želodčni kislini (čeprav je proizvodnja kisline glavni namen želodca, brez nje pa postanejo prebavila bolj občutljiva za okužbe). Zaradi »zdravljenja« bolnik izostane z dela za mesec dni, zlasti ker čaka še na fizioterapijo; zaradi frustracije, ker ga vse boli, se seveda ne giblje in posega po pretiranih količinah hrane, s katero kompenzira frustrirano gibalno potrebo.

²⁸ Razlike v zdravju med spoloma so razlike v zdravju, ki so pogojene z ekonomskimi, socialnimi in z družbenimi dejavniki in ne izhajajo samo iz bioloških razlik med spoloma. Pomembno je, da neenakosti v zdravju analiziramo ločeno za moške in ženske, saj se lahko neenakosti in vzroki zanje po spolu razlikujejo (WHO 2006).

Zaradi opisanega dobi bolnik neredko še povišan krvni tlak, ki pa ga ne moti preveč, ker dobi nova zdravila in poleg petih, ki jih že prejema, se mu obeta vsaj še ena, če ne dve tabletki zaradi povišanega sladkorja. Da je predebel, vesta oba z zdravnikom, a prelagata odgovornost drug na drugega, čeprav sta si edina, da je potrebno shujšati. Zdravnik seveda zelo vestno po vseh smernicah zdravi pacienta, ki prihaja v njegovo ambulanto – vsako težavo posebej z novim petminutnim pregledom in receptom – pacient pa prihaja vse pogosteje in z vedno novimi težavami, ker je vse samo še slabše, postaja tudi že depresiven, včasih tudi agresiven, s čimer spravlja v nejevoljo tudi svojega zdravnika, ki mu seveda tega ne sme pokazati (zdravniška etika)» (Ihan, Hafner 2014 : 31).

Graf 17: Izkušnje z zdravstvenim sistemom



Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) ureja v 1. členu, 2. členu, 5. členu vsebino in opredeljuje zdravstvene dejavnosti in v 7. členu obseg osnovne zdravstvene dejavnosti (Ur. list RS, št. 23 / 2005).

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) izpolnjuje pomembno vlogo na področju varovanja in uresničevanja pravic pacientov, s čimer se uresničuje in celo razširja izvedba ustavne kategorije varovanja pacientovih pravic (Ur. list RS, št. 77 / 08). Pomoč zaposlenih brezdomnim uporabnikom zdravstvenih storitev se nanaša predvsem na 1. člen, ki določa zdravstveno oskrbo in preventivne storitve, na 7. člen, ki prepoveduje diskriminacijo, na 9. in 10. člen, ki določata pravico do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev, na 47. člen, ki določa vrste postopkov za varstvo pacientovih pravic in na 54. člen, ki določa pacientove dolžnosti.

V medicini so pomembne prvine kakovosti in s tem zadovoljstva bolnikov stalnost, dostopnost, razpoložljivost, dobri medsebojni odnosi, povezanost med zdravnikom in bolnikom ter sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. Najpogostejše so v analize razlik v zadovoljstvu vključene biološke in socialne lastnosti bolnikov: spol, starost, izobrazba in okolje, kjer bivajo. K stopnji zadovoljstva prispevajo neposredno in posredno z razlikami v zdravstvenem stanju in slogom iskanja zdravstvene pomoči (Kersnik 2003: 29).

Povezave med zaupanjem zdravstvenim delavcem, dostopnostjo zdravstvenih storitev anketiranih brezdomcev in značilnostjo njihovega socialnega kapitala²⁹ podrobneje nisem analiziral. Doživljanje zdravstvenega sistema in lastnega obravnavanja v njem sem ugotavljal v vprašalniku z dvajsetimi postavkami. Tako predstavljam stališča v njem obravnavanih oseb na temo dostopnosti zdravstvene pomoči, prilagojenosti, možnosti participacije in spoštljivega obravnavanja ter odnosa zdravstvenega osebja. Anketirani so pri vsaki postavki lahko izbirali med petimi odgovori, ki so segali od »sploh ne velja« do »zelo velja«. (PRILOGA 1).

Graf 17 kaže odstotek odgovorov, ki izražajo strinjanje s trditvami in na ta način izražajo pozitivno doživljanje zdravstvenega sistema. Da so zdravstveni delavci prijazni meni 20,0% mladih moških anketirancev, 26,6 % moških srednjih let in 13,3 % starejših moških. Podobno menita tudi anketirani ženski srednjih let.

Zadovoljstvo z zdravstveno obravnavo je izrazilo 26,6 % mlajših moških, 20,0% moških srednjih let, 13,3 % starejših moških in ženski srednjih let. Vsi anketiranci menijo, da jim je zdravstvena pomoč dovolj dostopna, kadar jo potrebujejo. Velik odstotek zadovoljstva so izražali glede sodelovanja in odločanja pri zdravljenju, pri dostopnosti zdravstvene pomoči in pri seznanjenosti s pravicami in dolžnostmi, ki jih imajo kot bolniki. Z odnosom zdravnikov in drugega zdravstvenega osebja je zadovoljnih 26,6 % mlajših moških, 13,3 % moških srednjih let in starejših moški ter ženski srednjih let (PRILOGA 3, Tabela 12).

Bolniki zlasti cenijo informacije o poteku zdravljenja, tople odnose in ustrezno sporazumevanje. Prvine zadovoljstva bolnikov so stalnost, dostopnost, razpoložljivost, dobri medsebojni odnosi, povezanost med zdravnikom in bolnikom. Izrednega pomena je čas, ki ga zdravnik nameni bolniku, saj so bolniki bolj zadovoljni, če imajo med posvetom na razpolago več časa. Prevelika obremenitev zdravnika, ki skrajšuje čas, namenjen bolniku, negativno vpliva na zadovoljstvo bolnikov. Bolnikova ocena o zdravnikovem načinu posredovanja informacij o preiskavah, zdravstvenem stanju in zdravljenju ima velik učinek na zadovoljstvo. Ti odgovori se nanašajo na oceno kakovosti zdravstvenega obravnavanja. Lahko bi poenostavljeno zaključil, da približno štiri petine anketiranih ocenjuje možnosti dostopnosti zdravstvene pomoči, možnosti participacije in spoštljivega obravnavanja v njem kot dobre. Med ovire v dostopnosti zdravstvenih storitev lahko štejemo tudi naslednja stališča anketirancev o dostopnosti in prilagojenosti zdravstvenih storitev (PRILOGA 3, Tabela 12).

Da zdravstveni delavci ne razumejo dovolj njihovih težav in nimajo dovolj znanja za delo z brezdomci meni 26,6 % mladih moških anketirancev, 13,3 % moških srednjih let, 13,3 %

²⁹ Socialni kapital predstavlja stopnjo družbene kohezije v skupnosti. Nanaša se na procese med ljudmi, ki vzpostavljajo mreže, norme in socialno zaupanje ter pospešujejo usklajevanje in sodelovanje za skupno korist (Evroterm-izrazje za Evropsko konferenco o zdravstveni politiki 1998).

starejših moških, 6,6 % žensk srednjih let in starejša anketiran. Da so pričakovanja in zahteve zdravstvenih delavcev in ustanov prevelike (npr. abstinenca), meni 20,0 % mlajših anketirancev, 13,3 % moških srednjih let in 13,3 % starejših moških in starejša ženska. Takega mnenja so predvsem tisti brezdomci, ki imajo težave z zasvojenostjo in težave v duševnem zdravju in so pogosto nagnjeni k pozabljanju zdravstvenih informacij in zavračanju nasvetov zdravstvenih ustanov.

Med lastnostmi, ki napovedujejo nezadovoljstvo najbolj izstopa prisotnost znakov anksioznosti in depresije. Prisotnost več znakov bolezni ali bolezenskih stanj napoveduje nižje zadovoljstvo in obratno odsotnost znakov napoveduje višje zadovoljstvo. Rezultati raziskave pokažejo, da mlajši moški anketiranci, ki so zasvojeni z prepovedanimi drogami in imajo več znakov težav z duševnim zdravjem, ocenjujejo zdravstveni sistem slabše in kot manj dostopnega. Zaradi več ogrožajočih psihosocialnih dejavnikov 6,6 % mladih moških zasvojenec z drogami in osebe ki so zasvojene z alkoholom meni, da jim zdravstvene ustanove ne morejo ustrezno pomagati in jim ni dovolj prilagojen. Ti anketirani brezdomni doživljajo dostopnost in prilagojenost zdravstvenega sistema negativno, kar je zaskrbljujoče. Pri Razpotnikovi in Deklevi (2009 :96) pa večino vidikov doživljanja zdravstvenega sistema in lastnega obravnavanja v njem, dojema med 30 in 50 % uporabnikov negativno. Brez pomoči zaposlenih v zavetišču (graf 18), bi anketirani brezdomci doživljali dostopnost zdravstvenega sistema in kakovost zdravstvene obravnave precej slabše. Glavni težavi brezdomcev pri dostopanju do zdravstvenega varstva sta težja dostopnost³⁰ in dosegljivost³¹ tako zdravstvenega sistema kot različnih oblik pomoči. Noliml (2008) poudarja, da do motenj v dostopnosti in dosegljivosti programov zdravstvene pomoči prihaja, ker v zdravstveni politiki še nismo sprejeli potrebnega načrta, v katerem bi bili opredeljeni posamezni cilji in načini uresničevanja le teh ter konkretne naloge posameznih izvajalcev in akterjev na tem področju (Noliml et al. 2008 : 87).

Tudi skupina slovenskih psihiatrov opozarja, da bolniki z dodatnimi duševnimi motnjami potrebujejo z njihovimi motnjami usklajen načrt obravnave in določanje stvarno dosegljivih ciljev zdravljenja, sicer lahko neupravičeno pridobijo »nalepko« nemotiviranega bolnika, s katerim se ne spleča truditi oziroma mu omogočiti ustreznega zdravljenja³² (Noliml 2013 ; 72).

Od anketiranih, ki se počutijo diskriminirane in tako tudi doživljajo zdravstveni sistem, je bilo med mladimi moškimi 6,6 %, ostali se ne počutijo diskriminirane ali celo menijo, da so zaradi svojega statusa brezdomca celo pozitivno diskriminirani. To pomeni, da so deležni dodatne pozornosti zdravstvenega osebja in imajo pozitivne izkušnje, ki so povezane z dostopnostjo zdravstvenega sistema in zdravstveno obravnavo. Diskriminacija pomeni slabšo ali manj

³⁰ Dostopnost do programov pomoči zdravstvenega varstva je uporaba teh programov s strani ciljnih uporabnikov ter vse, kar jim to omogoča ali jih pri tem ovira npr. ekonomska in geografska dostopnost, zdravstveno zavarovanje, čakalne dobe itd. (Noliml et al. 2008).

³¹ Dosegljivost programov pomoči je sposobnost uporabnikov, da si razpoložljivo pomoč zagotovijo. Je pogojena s stigmatizacijo, diskriminacijo in socialno izoliranostjo.

³² Zakon o zdravniški službi (ZZdrS, Ur. list RS, št 72 / 06) v 48. členu govori o tem, da zdravnik ni odgovoren za potek zdravljenja bolnika, kadar se zdravniku navaja neresnične podatke o svojem zdravstvenem počutju, se ne ravna po navodilih zdravnika in ne sodeluje pri varovanju, krepitvi in povrnitvi lastnega zdravja.

ugodno obravnavo določene osebe zaradi kakšne od njenih lastnosti. Diskriminacija omejuje ljudi pri njihovem razvijanju sposobnosti, pri samouresničevanju. Diskriminacija je kršenje pravic do enakega obravnavanja. V zdravstvu se diskriminacija kaže npr. v tem, da se ne načrtujejo preventivni pregledi, da je onemogočen dostop do najnovejših metod zdravljenja, zaradi pomanjkanja finančnih sredstev v zdravstveni sistem niso vključene storitve, ki se pokrivajo z obveznim zdravstvenim zavarovanjem. Takšne storitve in dražja zdravila morajo bolniki pokriti celo z lastnimi sredstvi, zato prizadene tiste, ki imajo slabše finančne možnosti, so na robu preživetja in živijo v revščini (Krek et al. 2011 : 15).

Prepoved diskriminacije državljanov določa Ustava RS (1991 in 2004) v 14. členu, 1. odstavku, ki pravi, da so v Republiki Sloveniji vsakemu zagotovljene enake človekove pravice in temeljne svoboščine, ne glede na narodnost, raso, spol, jezik, vero, politiko, gmotno stanje, izobrazbo, družbeni položaj, invalidnost ali katerokoli drugo osebno okoliščino. Za preprečevanje diskriminacij sta v Republiki Sloveniji na voljo dva zakona, in sicer Zakon o enakih možnostih žensk in moških (Ur. list RS, št. 59 / 02) in Zakon o uresničevanju načela enakega obravnavanja (Ur. list RS, št. 50 / 04, 61 / 07, 93 / 07).

Peter Wilberg (2014) je kritičen do vloge zdravnika: *»Vloga zdravnika v tej medicini, za katero je vedno očitnejša denarna naravnost, je – paradoksalno – popolno neupoštevanje širšega življenjskega konteksta, v katerem se bolezen najprej pokaže – in ne nazadnje ekonomskega konteksta, v katerem se pokaže bolezen, ter učinka tega konteksta na pacientovo družbeno okolje in na njegove odnose. Tako, na primer, izguba stanovanja, službe ali življenjskih priložnosti, ki vodi ljudi v malodušje, jim jemlje pogum in jih spravlja v obup, dejansko ne pomeni in ne velja nič – dokler in razen če se ta izguba poguma pokaže kot skupek simptomov kakšne »srčne bolezni«, torej bolezni, ki jo je mogoče diagnosticirati. Tako kot druge oblike bolezni tudi te »srčne bolezni« brezsrčno obravnavajo tako, kot da ne bi imele nobene zveze s pacientovim dejanskim življenjem. Zdraviti paciente, ne pa se pogovarjati z njimi in zagotovo ne poslušati jih, ne slišati in ne čutiti njihove notranje »bolezni« ter ne izvedeti ključnega o zdravju njihovega življenja in odnosov. Navidežno idealističnemu cilju – izboljšati zdravje pacientov in rešiti ali podaljšati njihova življenja z medicinskimi testi in preiskavami ter zdravljenji vseh vrst – sledijo za vsako ceno, ne ozirajoče se na to, kakšno ceno bodo plačala telesa teh pacientov kot posledica hudih stranskih učinkov, in ne ozirajoč se na to, kakšno ceno bo plačalo njihovo resnično zdravje, se pravi kakovost njihovega življenja« (Wilberg 2014 : 59).*

V Nadgradnji zdravstvenega sistema do leta 2020, snovalci dokumenta želijo izboljšati zdravstveni sistem, ki bi temeljil na pravičnosti, dostopnosti, kakovosti in učinkovitosti (www. vlada. si). Rešitve, ki jih predlagajo, so pri tokratnem reformnem zagonu zgolj posamični ukrepi, na primer opustitev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Posamezni ukrepi so sicer nujni za operacionalizacijo reforme, vendar je najprej treba vedeti, kakšen zdravstveni sistem hočemo. Javno mnenje, ki je zdravstvu sicer naklonjeno, vendar na vsako napako odreagira zelo negativno in pričakuje nič manj kot idealno stanje. Politiki s kritiko zdravstva sporočajo, da bi bil lahko zdravstveni sistem tudi z obstoječimi materialnimi in človeškimi viri bistveno boljši. Plačniki zdravstvenih storitev kažejo na nizko storilnost in stroškovno neučinkovitost izvajalcev in odsotnost aktivnejše vloge države, zdravstveni

delavci mislijo na preobremenjenost, slabe razmere za delo in preslabe dohodke, bolniki kritizirajo neenako dostopnost, dolge čakalne dobe in slab odnos zdravstvenih delavcev. Posamezniki iz vseh teh skupin utirajo na valu kritik pot privatizacije zdravstvenega sistema.

4.2.10 Pomoč zaposlenih v zavetišču za izboljšanje zdravstvenega stanja

Vsakemu brezdomcu je potrebno pomagati vključiti se v lokalno in širše socialno okolje, ga spodbujati k sprejemanju, soočanju in premagovanju posameznih težav, mu nuditi podporo in ga spodbujati pri razvijanju lastnih sposobnosti, ga podpirati pri iskanju zaposlitve in samostojnosti pri preživljanju, ter vzdrževanju in širjenju socialne mreže.

Nevladne organizacije kot je Društvo za pomoč in samopomoč Želva- Eureka v Žalcu, prevzemajo skrb za številne probleme v lastni skupnosti in je ne prepuščajo več zgolj samo državi in različnim strokovnim ustanovam. Delujejo kot nekakšni neformalni varuhi kakovosti življenja (PRILOGA 5).

Pomembno je, da v Zavetišču vključujejo brezdomne v svoje aktivnosti in s tem zmanjšujejo pasivizacijo in marginalizacijo te ranljive skupine prebivalstva. Posameznik v stiski potrebuje predvsem ljudi, ki jim zaupa in ki mu prisluhnejo ter dajejo čustveno oporo. V zavetišču uporabnikom v okviru psihosocialne rehabilitacije nudijo različne storitve: motiviranje k pozitivnim spremembam v življenju, informiranje in svetovanje s področja socialnega varstva ter praktična pomoč pri urejanju zaposlitvene in stanovanjske problematike, spremljanje in zagovorništvo v različnih službah in institucijah. Učinkovita pomoč je tista, ki pomaga osebi, da prevzame toliko odgovornosti, kolikor zmore. Za to pa je potrebno ustvariti socialne, materialne in druge razmere, v katerih bo oseba lahko dosegla sposobnosti opirati se na lastne moči (PRILOGA 5).

O tem kaj brezdomci potrebujejo meni Zupančičeva naslednje: *«Odkvisno od posameznika. Večina brezdomcev ima ogromno izkušenj z različnimi službami, kjer so iskali pomoč in si znajo poiskati pomoč, vsaj materialno v obliki denarne socialne pomoči, veliko težje pa prepoznajo druge probleme, predvsem sklop psihosocialnih dejavnikov, ki so jih pripeljali do brezdomstva, saj navajenost na nek stil življenja ne daje možnosti za prepoznavanje drugega. Težave v duševnem zdravju, zlasti depresija, ki vrsto let ni zdravljena oziroma je pri brezdomcih samozdravljena z alkoholom ali drogami, še dodatno doprinaša k njihovi pasivnosti in miselni brezizhodnosti posameznika»* (PRILOGA 4, Intervju 3).

Večkrat se uporabniki zavetišča ne zavedajo vseh dejavnikov, ki so pomembni pri razreševanju neke težave, zato je vloga strokovnega delavca na tem področju pomembna. Pri vzpostavitvi kakovostnega odnosa med brezdomci in strokovnimi delavci imajo ti možnost bolje razumeti težavnost problemov uporabnika storitev, posledično pa lahko nudijo boljšo podporo pri iskanju rešitev iz stisk (Krek 2010 : 91).

V tem kontekstu je zelo pomembna ugotovitev Škerjančeve (2007), »da je strokovni delavec oseba, ki je na strani uporabnika, je njen zaveznik in zagovornik. Uporabniku je v čustveno

oporo, ga spodbuja, opogumlja in bodri v njegovih prizadevanjih za uresničitev zastavljenih ciljev. Pozna in uporablja ustrezne metode dela, veščine in spretnosti. Prispeva vire, ki jih ima kot predstavnik socialnega varstva; informacije, pregled nad mrežo izvajalcev storitev, povezuje subjekte v različnih fazah načrtovanja in udejanjanja, pri zapisovanju osebnega načrta in pri izvajanju različnih socialnovarstvenih storitev po mandatu uporabnika» (Škerjanc 2007 : 86).

O pomoči zaposlenih v zavetišču Želva, Natalija Zupančič omeni: »*Psihosocialno rehabilitacijo izvajamo celotno, kar pomeni, da vsakega posameznika obravnavamo celostno in rešujemo celotno problematiko njegovega življenja, vsekakor pa se trudimo, da uporabnik poskrbi za svoje zdravstveno stanje in se začne zdraviti ter rehabilitirati na področju duševnega zdravja- zdravljenje zasvojenosti in psihoz» (PRILOGA 4, Intervju 3).*

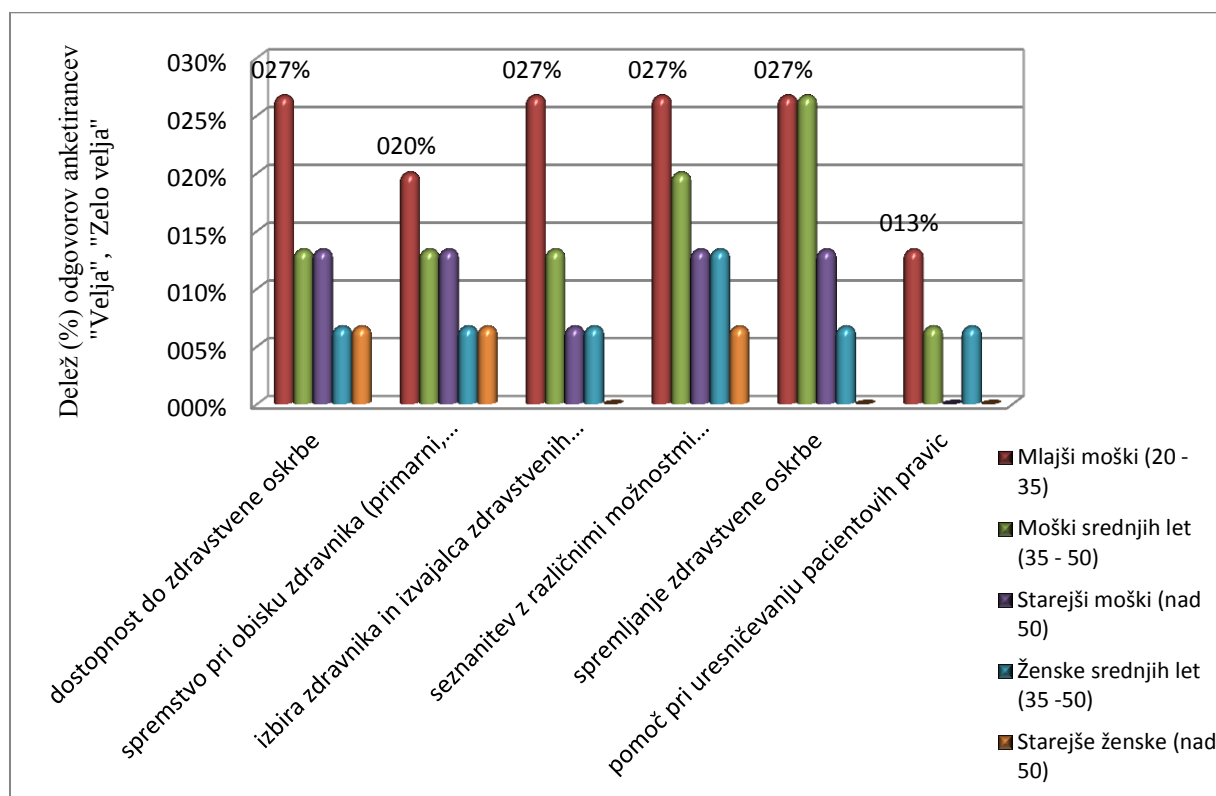
V sklopu celostne obravnave pa vsekakor sodi krepitev moči, kar v našem primeru pomeni uporabniku pomagati, ga spodbujati, podpirati k odločitvam na poti uresničevanja ciljev, ki jih je sprejel zase in v odnosu do drugih ljudi. Razvoj krepitve moči pomeni podporo posamezniku, da pridobi kontrolo in vpliv nad svojim življenjem.

Krepitev moči pomeni tudi orodje za sodelujoč odnos med uporabnikom in strokovnim delavcem, ki ga podpira v postopkih in dejanjih za doseg cilja. Je torej kontinuiran, napredujoč proces, v katerem uporabnik razvije večji nadzor nad svojim življenjem in prevzema odgovornost do pomembnih vidikov svojega življenja. Vključuje razvijanje odgovornosti, obnavljanje in prevzemanje novih vlog, izpostavljanje samega sebe, tveganja in uspeh. Omogoča mu, da doseže svoje cilje, uresniči sanje in razbije okove ovir in nesreče (Dragoš 2005).

V promociji zdravja je krepitev moči³³ proces, preko katerega si brezdolni ljudje pridobijo večji nadzor nad odločitvami in dejanji, ki vplivajo na njihovo zdravje.

³³ Razlikujemo krepitev moči posameznika in skupnosti. Krepitev moči posameznika se predvsem nanaša na posameznikovo sposobnost odločanja in nadzora nad njegovim osebnim življenjem. Krepitev moči skupnosti pa vključuje posameznike, ki delujejo skupaj, da bi pridobili večji vpliv in nadzor nad determinantami zdravja in kvaliteto življenja v njihovi skupnosti, poleg tega pa predstavlja pomemben cilj v delovanju javnosti za zdravje (WHO 1998).

Graf 18: Pomoč zaposlenih v Zavetišču Želva pri izboljšanju zdravstvenega stanja uporabnikov



Iz grafa 18 je razvidno, da 26,6 % mlajših moških želi pomoč zaposlenih v zavetišču Želva pri dostopnosti do zdravstvene oskrbe, 13,3 % moških srednjih let, 13,3 % starejših moških in v enakem deležu (6,6 %) pa ženska srednjih let in starejša ženska anketiranka. Pomoč pri seznanitvi z različnimi možnostmi zdravljenja je želelo 26,6 % mlajših moških , 20,0 % moških srednjih let, 13,3 % starejših moških, 13,3 % žensk srednjih let in starejša anketiranka. Informacije o izbiri zdravnika in izvajalcev zdravstvenih storitev je želelo 26,6 % mlajših moških uporabnikov zdravstvenih storitev, 13,3 % moških srednjih let, en starejši moški in ena ženska srednjih let. Pri uresničevanju pacientovih pravic pa želi pomoč zaposlenih 13,3 % mlajših moških anketirancev, 6,6 % moških srednjih let in 6,6 % žensk srednjih let (PRILOGA 3, Tabela 13).

Pri večini sprememb, ki ljudem kratijo dobro počutje, si včasih bolnik pomaga sam, ali pa mu pomaga socialna okolica. Pomoč zdravstvene službe posameznik poišče takrat, kadar zdravstvena motnja preseže prag znosnosti in bolnik od posredovanja zdravstvene službe pričakuje zdravstvene koristi, kadar so občutja in znaki odraz njegovih stisk v družinskem, delovnem ali socialnem okolju, kadar v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem potrebuje administrativne usluge ali kadar želi preventivne ukrepe.

Rezultate v grafu 18 lahko poenostavljeno povzamem takole: več ko ima neka skupina brezdomcev različnih zdravstvenih ogrožajočih dejavnikov, več ovir doživlja pri njegovi uporabi in težje dostopen se ji zdravstveni sistem zdi. Večjo željo po pomoči zaposlenih izražajo tisti brezdomci, ki imajo več zdravstvenih težav in občutijo pomanjkanje učinkovitih zdravstvenih servisov.

»Socialni delavci za svoje delo ne potrebujejo znanja o diagnozah, ampak potrebujejo informacijo o tem, kako osebe živijo z različnimi diagnozami, kaj potrebujejo in ali razpolagajo z informacijami, ki se nanašajo na polje zdravstvenih in socialnih pravic« (Kvaternik, Grebenc 2008 : 141).

Pozitivni učinki zagovorništva zaposlenih so izboljšana komunikacija in odnosi med uporabniki in zdravstvenim osebjem, predvsem pri tistih, ki se čutijo diskriminirane in menijo, da zdravstveni delavci ne razumejo dovolj njihovih težav in potreb, da jim zdravstveni sistem ne more veliko pomagati, da se zdravstveno osebje ne zanima dovolj za njihove potrebe in da si ne vzamejo dovolj časa zanje v obravnavi. Izkušnja zaupnega odnosa krepi samozaupanje uporabnikov, da so manj prestrašeni pred zdravstvenimi ustanovami in postopki, s katerimi se srečujejo (PRILOGA 4, Intervju 1).

Kot poudarja Krek (2010): *»delo z brezdomci zahteva od tistih, ki delajo z njimi, visoke etične standarde. Brez etičnega odnosa do brezdomcev ni mogoče kakovostno izvajati programov, zato je potrebno vzpostaviti mehanizme, ki omogočajo brezdomcem tudi sodelovanje pri razvoju in ocenjevanju programov. Etični odnos do uporabnikov določa tudi Kodeks socialnih delavk in delavcev Slovenije, ki določa pravila, ki jih morajo posamezni strokovnjaki upoštevati pri svojem delu z uporabniki programov« (Krek 2010 : 54).*

5 ZAKLJUČEK

Z anketiranjem brezdomnih oseb iz Zavetišča Želva v Žalcu sem zbiral podatke o zdravstvenem stanju brezdomcev in o njihovih izkušnjah z zdravstvenim sistemom.

Moje osnovne ugotovitve so:

- V anketni 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; Med anketiranci je bilo 20 % žensk in 80 % moških. Starost anketiranih moških je bila med 24 in 58 let, med ženskami pa med 41 in 61 let. Povprečna starost moških je bila 40,6 let, povprečna starost žensk pa 49,6 let. Samskih moških je bilo 66,7%, ločenih 33,3%, ločenih žensk pa 100%. Otrok ni imelo 66,7 % vseh moških anketirancev, enega ali več otrok je imelo 13,3% moških srednjih let in 6,6 % starejših moških ter 13,3 % žensk. Končano osnovno šolo je imelo 53,3 % anketirancev, poklicno 33,3% in srednjo 13,3 %. Slovensko državljanstvo so imeli vsi anketiranci. Vsi anketiranci so bili že kdaj zaposlenih in so imeli pridobljeno delovno dobo. Ena ženska srednjih let ali 6,6 % je invalid I. stopnje, en mlajši moški ali 6,6% in dva moška srednjih let ali 13,3% jih je invalidov III. stopnje, 13,3 % moških srednjih let in 6,6 % starejših pa takega statusa še nima, vendar so v postopku njegove pridobitve. V trenutku anketiranja jih je bilo 33,3 % mlajših moških, 26,6 % moških srednjih let, 20,0 % starejših moških in 6,6 % žensk srednjih let od 20,0% anketiranih žensk brez zaposlitve. Vsi so prejemniki denarne socialne pomoči in so prijavljeni na zavodu za zaposlovanje. Brezposelne brezdomce lokalno okolje opredeljuje kot »neaktivne« državljanke, torej bi jih bilo treba aktivirati na trgu delovne sile. Centri za socialno delo in Zavod za zaposlovanje pa postajajo zgolj birokratski posredniki pravic in vedno več storitev prelagajo na nevladne in humanitarne organizacije.
- Med brezdomci je imelo različne somatske zdravstvene težave 26,6 % od 33,3 % mladih anketirancev, vsi moški anketiranci srednjih let in starejši moški. Med ženskami pa 13,3 % od 20,0 % anketiranih. Težave z odvisnostjo od različnih psihoaktivnih substanc je imelo vseh 33,3 % mladih moških, 20,0 % moških srednjih let in 13,3 % starejših anketirancev. Od žensk pa samo starejša anketiranka. Duševne težave je imelo 26,6 % od 33,3 % mladih moških, 20,0 % od 26,6 % moških srednjih let in vsi starejši moški. Starejša ženska anketiranka, ki je imela težave z odvisnostjo od alkohola je imela tudi duševne težave. Substitucijska zdravila skupaj s sedativi in antidepresivi je jemalo 26,6 % mlajših moških. Analgetike je jemalo 26,6 % moških srednjih let, antidepresive 20,0% antipsihotike in sedative pa 13,3 % . Antidepresive, antipsihotike in sedative je jemala ženska srednjih let, ki ima diagnosticirano duševno bolezen, analgetike občasno druga anketiranka srednjih let, sedative in analgetike pa občasno tudi starejša anketiranka. Brezdomci uporabljajo manj zdravil kot splošna populacija s primerljivimi bolezenskimi stanji, kar pa ne velja za analgetike, anksiolitike, antidepresiva in substitucijska zdravila, ki jih uporabljajo zelo pogosto. Rezultati raziskave so pokazali, da ima skupina starejših anketirancev obeh spolov več

kroničnih obolenj, redkeje pa izražajo potrebo po zdravljenju zasvojenosti in duševnih težav kot mlajši anketiranci. Pogostost zobobolov med anketiranci, kaže na njihovo neprimerno ustno higieno, na neredno obiskovanje zobozdravnikov, na nezdrave prehranjevalne navade, kajenje in pitje alkohola.

- Polovica anketirancev je začela kaditi v starosti 17 let ali še prej, 20,0 % mlajših moških pokadi vsaj 40 cigaret na dan, 13,3 % moških srednjih let in 13,3 % starejših pa do 20 cigaret. Ena ženska srednjih let, ki ima psihiatrično diagnozo, je dnevno pokadila 40 cigaret. O prenehanju kajenja ni razmišljalo 33,3 % mlajših moških in 26,6 % moških srednjih let. Kadilcev tobaka je 93,4 % ali 3,5 krat več kot med prebivalci Slovenije.
- Možnost nastanka odvisnosti od alkohola sem ugotovil v 20,0% pri mlajših moških, v 26,6 % pri moških srednjih let. Težave z odvisnostjo od alkohola je imelo 20,0% moških srednjih let in enak delež starejših moških in starejša ženska anketiranka. Med mladimi moškimi anketiranci je po podatkih iz dokumentacije za uporabnike v zavetišču 33,3% že jemalo marihuano, heroin 20,0%, amfetaminska poživila 22,6% in vsi so posegali po pomirjevalih. Zdaj se z metadonsko substitucijo zdravi 23,3 % anketirancev. Podatki o uporabi na primer marihuane ali ekstazija niso zelo alarmantni, bolj so kritični podatki o uporabi pomirjeval, heroina in vbrizgavanja substanc.
- Prehranjevanja med anketiranimi nisem ocenil kot kritičnega, saj imajo na voljo kar pet obrokov dnevno. Glede na indeks telesne mase stanje med brezdomci ni kritično in je celo ugodnejše kot med splošnim populacijskim vzorcem.
- Iz raziskave je razvidno, da več kot polovica moških in ženskih anketirancev poroča o bodisi intenzivnem občutku, da je življenje težko in zapleteno, bodisi o obupu glede prihodnosti bodisi živčnosti in nemiru, o težavah s spanjem in o občutkih tesnobe. Skoraj vse osebe doživljajo prav vse težave s tolikšno intenziteto, da pravijo, da jih imajo najmanj »veliko«. Odstotek oseb, ki so razmišljali o samomoru v zadnjem mesecu je bil najvišji med mladimi moškimi anketiranci.
- Vsi anketiranci se strinjajo, da nimajo veliko prijateljev. Osebe s katerimi lahko delijo čustva in občutke ima 26,6 % mladih moških, 13,3 % moških srednjih let in 6,6 % starejših moških. Takšno osebo imajo tudi vse anketirane ženske. S trditvijo, da imajo osebo, ki jim lahko konkretno pomaga, se strinja 26,6 % mladih anketiranih moških, 20,0 % moških srednjih let, 13,3 % starejših moških, in vse anketirane ženske anketirani poročajo o duševnih težavah različnih vrst in imajo slabše socialne podpirne mreže kot primerjalni vzorec. Izrazito jim manjka prijateljev in ljudi, na katere bi se lahko v stiski obrnili. Rezultati potrjujejo tezo, da problematika izključenosti iz socialnih mrež verjetno najbolj ključno opredeljuje brezdomce in je s stališča psihosocialnega zdravja najbolj pereča. Moji podatki kažejo, da bi lahko

formalne mreže, med katere sodi program psihosocialne rehabilitacije v zavetišču Želva, kompenzirale slabše razvite in delujoče neformalne socialne mreže.

- Med specifičnimi zdravstvenimi dejavnostmi pri mladih moških anketirancih izstopajo psihiatrija in obravnavanje odvisnosti od drog ter zasvojenosti z alkoholom. Pri moških srednjih let pa izstopajo obravnave na oddelkih za zdravljenje odvisnosti alkohola v psihiatrični bolnišnici. Tveganja za nastanek duševnih motenj med uporabniki prepovedanih drog in alkohola je zelo visok pri obeh spolih. V zadnjih petih letih je bilo 33,3 % mladih brezdomcev hospitaliziranih v splošni bolnišnici in sicer šestkrat, v psihiatrični bolnišnici pa 20,0 % po sedemkrat. Med starejšimi moškimi anketiranci je bilo 20,0 % do sedemkrat hospitaliziranih v splošni bolnišnici. Moški srednjih let so bili v 13,3 % hospitalizirani v splošni bolnišnici in v 6,6 % v psihiatrični bolnišnici. Nobena ženska anketiranka ni bila hospitalizirana v psihiatrični bolnišnici, v splošni bolnišnici pa enkrat ženska srednjih let in starejša uporabnica zavetišča. Veliko število hospitalizacij so beležili tudi tisti anketirani moški srednjih let, starejši moški in ženske, ki so imeli težave z odvisnostjo od alkohola in težave v duševnem zdravju. Ob prihodu v zavetišče Želva se je zmanjšalo število hospitalizacij. Razlaga je zelo verjetno v tem, da so brezdomci, ki redno in pogosto obiskujejo osebnega zdravnika ali specialista, zato precej manj hospitalizirani. Tako domnevo podkrepi tudi opažanje, da brezdomci lažje prebole vajo bolezni v varnem okolju in ob negi, ki jo v zavetišču imajo, zato ne ostaja kot realna možnost potrebnega zdravstvenega obravnavanja samo hospitalizacija. Kontinuirana socialna oskrba in psihosocialna rehabilitacija ter terenska služba, ki jo izvajajo v zavetišču veliko pripomore pri oskrbi tovrstnih zdravstvenih težav brezdomnih.
- Da so zdravstveni delavci prijazni meni 20,0% mladih moških anketirancev, 26,6 % moških srednjih let in 13,3 % starejših moških. Podobno menita tudi anketirani ženski srednjih let. Z odnosom zdravnikov in drugega zdravstvenega osebja je zadovoljnih 26,6 % mlajših, 13,3 % moških srednjih let in starejših moških ter ženski srednjih let. Zadovoljstvo z zdravstveno obravnavo je izrazilo 26,6 % mlajših moških, 20,0% moških srednjih let, 13,3 % starejših moških in ženski srednjih let. Približno 13,3 % vseh anketiranih slabo ocenjuje kakovost zdravstvenega obravnavanja, informiranost, možnosti participacije in spoštljivega obravnavanja. Diskriminacija pomeni slabšo ali manj ugodno obravnavo določene osebe zaradi kakšne od njenih lastnosti. Med mladimi moškimi se jih samo 6,6 % počuti diskriminiranih. Zaradi velike obremenjenosti te populacije s komorbidnostjo potrebujejo usklajen načrt obravnave in določanje stvarno dosegljivih ciljev zdravljenja, sicer lahko neupravičeno pridobijo »nalepko« nemotiviranega bolnika, s katerim se ne spleča truditi oziroma mu omogočiti ustreznega zdravljenja. Tem osebam bi morali posvetiti posebno pozornost v strokovnem delu in razvijanju programov, saj so bolj psihosocialno poškodovani in imajo več socialno-ekonomskih dejavnikov tveganja. Ostali anketiranci tega ne občutijo ali celo menijo, da so zaradi svojega statusa brezdomca celo pozitivno diskriminirani. To pomeni, da so deležni dodatne pozornosti zdravstvenega osebja in imajo pozitivne izkušnje, ki so povezane z dostopnostjo zdravstvenega sistema in

zdravstveno obravnavo. V zdravstvu se diskriminacija kaže npr. v tem, da se ne načrtujejo preventivni pregledi, da je onemogočen dostop do najnovejših metod zdravljenja, zaradi pomanjkanja finančnih sredstev v zdravstveni sistem niso vključene storitve, ki se pokrivajo z obveznim zdravstvenim zavarovanjem. Takšne storitve in dražja zdravila morajo bolniki pokriti celo z lastnimi sredstvi, zato prizadene tiste, ki imajo slabše finančne možnosti, so na robu preživetja in živijo v revščini.

- Anketiranci so bili manj zadovoljni s časom, ki jim ga je namenil zdravnik med posvetom pri njem, slabše so ocenili zanimanje za osebne probleme, poznavanje brezdomne problematike in da so pričakovanja in zahteve zdravstvenih ustanov prevelike (npr. abstiniranje, poslušanje in upoštevanje nasvetov zdravnikov in zdravstvenega osebja, podvrženost pravilom in uredbam zdravstvenih institucij itd.). 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 podpirne mreže, ki so odvisni od drog in ki imajo psihiatrične težave. Bolje so ocenili hitro lajšanje težav in dostopnost zdravstvene pomoči. Da so dobro seznanjeni s pravicami in dolžnostmi, ki jih imajo kot pacienti, meni 26,6 % mlajših anketiranih, 20,0 % moških srednjih let in starejši moški. Podobno meni 13,3% žensk srednjih let in starejša ženska.
- Izkušnjo s socialnim delom v zdravstvenih ustanovah je imelo 26,6% mlajših anketirancev, 13,3 % moških srednjih let, 20,0% starejših moških, ter v enakem odstotku 6,6 % ženska srednjih let in starejša ženska. V zdravstvenih ustanovah socialno-ekonomske potrebe socialno ogroženih ostajajo nezadovoljene, zato jih je socialna služba napotila v zavetišče Želva, da bi ta primanjkljaj kompenzirali. To kaže tudi na pomanjkljivo sodelovanje med zdravstvenim in socialnim resorjem. Pomembni manko v zdravstveni oskrbi je odsotnost poboljševalnih programov nege in zunajbolnišnične obravnave za to populacijo.
- Od zaposlenih v zavetišču želi pomoč pri dostopnosti do zdravstvene oskrbe 26,67 % mlajših moških, v 20,0 % spremstvo pri obisku zdravnika, v 26,6 % pomoč pri izbiri zdravnika in izvajalca zdravstvene oskrbe, v 26,6 % pa pomoč pri seznanitvah z različnimi možnostmi zdravljenja. Moški srednjih let in mlajši moški želijo v istem deležu (26,6 %) tudi pomoč pri spremljanju njihove zdravstvene oskrbe. Sistem pa je težje dostopen tistim brezdomcem, ki so zasvojeni z nedovoljenimi drogami in alkoholom ter imajo več težav z duševnim zdravjem. Pomoč potrebujejo zlasti tisti uporabniki zavetišča, ki so bolj obremenjeni z neugodnimi dejavniki, imajo slabše zdravstveno stanje, slabšo siceršnjo psihosocialno podporo in manj pozitivnih izkušenj s konvencionalnim življenjem in ki bi zato potrebovali boljšo, povečano, olajšano dostopnost sistema.

6 UGOTOVITVE

uporabne na zdravstvenem in socialnem področju so:

- Socialne determinante (socialno ekonomski status, bivalno in delovno okolje, življenjski pogoji in izobrazba) dokazljivo vplivajo na zdravje.
- Potrebno bo izboljšati socialno-ekonomski in zdravstveni položaj najranljivejših skupin, med katere spadajo brezdomci. Država naj najrevnejšim plačuje osnovno in dodatno zdravstveno zavarovanje.
- Pomembno področje, ki se mu bo v naslednjih letih treba posvetiti so tudi neenakosti v duševnem zdravju. Zaradi pogojev, v katerih ljudje odraščajo, živijo, delajo in se starajo, ter zaradi zdravstvenega sistema in njegove dostopnosti, ki jim je na voljo, nastajajo med ljudmi različnega socialno-ekonomskega statusa pomembne razlike tudi v duševnem zdravju.
- Omogočiti neoviran pristop brezdomnih k splošnemu javnemu zdravstvenemu sistemu, tako na primarnem kot tudi sekundarnem nivoju. Glavni težavi brezdomcev pri dostopanju do zdravstvenega varstva sta težja dostopnost in dosegljivost tako zdravstvenega sistema kot različnih oblik pomoči. Potreba po celostni obravnavi znotraj zdravstvenega sistema naj temelji na nestigmatizirajočem in nediskriminirajočem obravnavanju.
- Dosedanji ukrepi v zdravstveni obravnavi in oskrbi favorizirajo medicinski pogled in ga reducirajo na nego, zato je potrebno to oskrbo definirati bolj socialno, da bo usmerjena v krepitev družbene moči upravičencev in bo naložba v boljše življenje ljudi.
- Obstoječi programi za brezdomce so trenutno usmerjeni v lajšanje posledic brezdomstva, ne pa v preprečevanje brezdomstva.
- Nudenje pomoči za hitro reševanje brezdomstva v zavetišču je učinkovito v začetni fazi, ko brezdomstvo nastopi, ni pa dovolj učinkovito v fazi trajanja brezdomstva, pri reševanju vzrokov in posledic. Oblikovanje programov zahteva celovit pristop obravnave brezdomcev in mora izhajati iz vzrokov in posledic brezdomstva ter mora upoštevati vse omejitve, ki jih brezdomci imajo (npr. stanovanjske, zdravstvene, slabša izobrazba, manj delovnih izkušenj, stigma, nemotiviranost). Potrebno je oblikovati tudi programe, ki ne bodo zajemali samo tistih, ki želijo prejemati pomoč, ampak tudi tiste, ki je ne želijo prejemati.
- Primeri, ki jih rešujejo v Zavetišču Želva so postali kompleksnejši, več je pridruženih motenj in pojavov dvojnih diagnoz. Pojavljajo se uporabniki, ki imajo več stisk in potrebujejo več podpore in pomoči. Vpliv revščine na zdravje prizadene vedno več mladih brezdomcev, s prihodom v srednja leta in pri starejših se zdravstvene posledice revščine pri posameznikih le še stopnjujejo, da bolehalo za več kroničnimi boleznimi v primerjavi s sovrstniki.
- Vzpostavljjanje programov za brezdomne v zavetišču Želva pa omogoča ponovno vzpostavitev skrbi tudi za zdravje brezdomcev. Pri njih se izvajajo raznovrstni

programi za zmanjševanje škode zaradi uporabe prepovedanih drog in alkohola in pomenijo pomemben prispevek k ohranjanju zdravja brezdomcev.

- Zavetišču za brezdomce Želva v Žalcu je vse bolj prepuščena skrb za posameznike na obrobju družbe. Treba bo razmišljati v smeri večjega vpliva lokalne skupnosti za reševanje tega problema in ponovnega uvajanja neformalnih podpornih mrež in medsosedske pomoči .
- Socialni delavci v zavetišču Želva so zelo pomembni pri vpeljevanju raznovrstnih oblik pomoči, saj poleg zdravstvene pomoči lahko dobijo tudi socialno pomoč, svetovanje, bivališče, zaposlitev.
- Krepiti je potrebno programe socialnega varstva in virov zdravja v lokalni skupnosti ter medsektorsko in interdisciplinarno sodelovanje in povezovanje na različnih nivojih (nacionalni, regionalni in lokalni), ki naj ga koordinirajo za to usposobljeni kadri.

7 PREDLOGI

nastali na podlagi teoretičnega dela in empirične raziskave so:

- Temeljni cilji socialne politike so zmanjševanje revščine in socialne izključenosti. Vendar zakonodaja različnih socialnih problemov ne more rešiti, za to so potrebne institucije, ki izvajajo te programe.
- Zmanjševati socialno-ekonomskih neenakosti, ki pripevajo k neenakostim v zdravju, predvsem na področju dohodkovnih neenakosti in neenakosti v zgodnjem otroštvu ter na področju izobrazbe, zaposlovanja in delovnih pogojev.
- Zmanjševati socialno-ekonomskih neenakosti na področju zdravega življenjskega sloga in uporabe zdravstvenih storitev;
- Postaviti neenakost v zdravju v središče pozornosti skupnosti in posameznika in vključiti zdravje v druge politike in programe v lokalnem okolju
- Povečati ozaveščenost strokovne javnosti o neenakosti v zdravju z vključevanjem tematike neenakosti v zdravju v strokovne dogodke z izmenjavo izkušenj in znanj med deležniki.
- Povečati informiranost in ozaveščenost prebivalstva o neenakosti v zdravju z umeščanjem zdravstvenih vsebin v lokalne dogodke.
- Vzpostaviti, vzdrževati in izboljšati zdravju podporne mreže lokalnih institucij, nevladnih organizacij in posameznikov.
- Spremljati in vrednotiti neenakost v zdravju v lokalnem okolju.
- Ker sodijo brezdomci med najbolj ranljive skupine prebivalcev, bi morali izboljšati dostopnost brezdomcev do zdravstvenih uslug najmanj do te mere, kot jo ima ostala populacija, kar je z javno zdravstvenega vidika zelo pomemben ukrep.
- Brezdomce je potrebno integrirati v obstoječ zdravstveni sistem in ga usposobiti za delo z brezdomci, tako kadrovsko kot tudi prostorsko.

8 POVZETEK

Brezdomstvo je družbeni pojav, o katerem je dandanes veliko polemik in razprav. Skuša se reševati na čim bolj produktiven način, vendar zaradi različnih dejavnikov reševanje tega problema ni vedno uspešno. Brezdomni ljudje so zaradi različnih življenjskih okoliščin izpostavljeni raznovrstnim tveganjem za zdravje na osebni in družbeni ravni. Ogroženost njihovega zdravja izhaja predvsem zaradi neugodnih vplivov družbenega in življenjskega okolja. Brezdomci so pogostejše socialno izključeni in so populacija, ki jo obstoječe zdravstvene službe pogosto ne dosežejo. Stigma in socialna izključenost prispevata k mnogim njihovim težavam, tudi pri uresničevanju pravice do zdravja. V času slabšanja političnih in socialno ekonomskih razmer je pričakovati tudi naraščanje nestrpnosti, stigmatiziranja in socialnega izključevanja »drugačnih« posameznikov in skupin. S tem v zvezi bo prihajalo tudi do pogostejšega kršenja pravic do zdravja brezdomcev (Dekleva, Razpotnik 2010 : 31).

Magistrska naloga je sestavljena iz teoretičnega in empiričnega dela. Teoretični del vsebuje analizo brezdomstva v Sloveniji in tujini, še posebej z zdravstvenega področja. Empirični del naloge je namenjen preverjanju raziskovalnih vprašanj iz raziskave Razpotnikove in Dekleve, Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev iz leta 2009. Naloga obravnava problematiko zdravstvenega stanja brezdomcev v mojem lokalnem okolju ter dostopnost zdravstvenega sistema zanje. Analize zdravja in zdravstvenega varstva so nujne, saj zagotavljajo dokaze, s pomočjo katerih lahko po eni strani načrtujemo ukrepe za krepitev in varovanje zdravja, po drugi strani pa ocenjujemo potrebe brezdomcev po zdravstvenih storitvah ter gradimo in načrtujemo sistem zdravstvenega varstva tudi za vse ranljive skupine ljudi. Razpotnik in Dekleva (2009) sta izvedla prvo raziskavo o problematiki zdravstvenega stanja slovenskih brezdomcev in dostopnosti zdravstvenega sistema zanje. Podatkov glede zdravstvenega stanja in dostopnosti zdravstvenih storitev brezdomcem v žalskem lokalnem okolju še nimamo, kar je razlog več za to raziskavo. Z raziskavo sem želel preveriti, ali lahko zgoraj navedene dejavnike, ki so bili na podlagi te domače raziskave definirani kot pglavitni dejavniki ovirane dostopnosti zdravstvenih storitev brezdomni populaciji, najdem tudi v svojem lokalnem okolju. V Žalcu je bilo anketiranje opravljeno v Zavetišču za brezdomce Želva. Osnovna ugotovitev raziskave je, da za raziskovano populacijo ljudi s precejšnjo mero gotovosti velja, da so zdravstveno bolj ogroženi kot splošna slovenska populacija oziroma je njihovo zdravje podobno slabo kot kažejo rezultati raziskave Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev, Razpotnikove in Dekleve (2009).

Neenakosti v zdravju so kompleksen problem, ki zahteva celosten pristop reševanja. Če želimo zmanjšati neenakosti v zdravju in izboljšati zdravje populacije, morajo ukrepi preseči okvir zdravstvenega sistema. Potreben je združen pristop vseh, ki se trudijo za izboljšanje zdravja, večje vključevanje v izobraževanje, povečanje zaposlitvenih možnosti, dvig nizkega prihodka, zagotavljanje primernih stanovanjskih pogojev in izboljšane kvalitete socialnih in skupnostnih mrež. Uspeh zmanjševanja neenakosti v zdravju je odvisen od zadostnega razumevanja vzroka na neenakosti v zdravju, znanja o politikah in ukrepih, ki lahko uspešno naslovijo te vzroke ter politične volje, da investira v politike za zmanjševanje neenakosti v zdravju (Buzeti et al. 2011 : 33).

Naloga v zaključku daje priporočila za prihodnji razvoj področja zdravstvenega obravnavanja brezdomnih oseb, pri čemer posebno poudarja načelo enakopravnega vstopa v zdravstveni in zobozdravstveni sistem, potrebo po celostni obravnavi ter bolj individualiziranih oblikah pomoči, razvijanje dispanzerskega dela, razvijanje poboljnišnične oskrbe s polivalentno patronažno službo in zunajbolnišnične obravnave, ki bi preprečevali recidive in bi lahko zdravnikom in drugim strokovnim delavcem služile za praktično izvajanje zdravstvenega varstva za brezdomce, predvsem pa razvijanje programov, ki bodo omogočali trajno nastanitev izven Zavetišča za brezdomce Želva v Žalcu. Krepitev preventive in zgodnjega odkrivanja bolezni sta pristopa, ki bosta dolgoročno vplivala na potrebe po zdravstvenih storitvah. Te bodo obvladljive le v primeru, da bomo ustrezno okrepili zdravstveno varstvo na primarni ravni. Slednje bo omogočalo učinkovitejšo in uspešnejšo zdravstveno obravnavo, kar je še posebej pomembno, ko gre za brezdomne ljudi.

9 LITERATURA IN VIRI

Artnik, B., Bajt, M., et al. (2012), *Zdravje in vedenjski slog :tendi v raziskavah prebivalcev Slovenije CINDI 2001-2004-2008*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Božič, A., Zupanič, T. (ur.) (2009), *Zdravje in zdravstveno varstvo v Sloveniji*. Ljubljana: statistični urad Republike Slovenije. Dostopno na [http // www.stat.si /doc /pub /zdravje in zdravstveno varstvo_slo. pdf](http://www.stat.si/doc/pub/zdravje_in_zdravstveno_varstvo_slo.pdf) (2 februar 2014).

Buzeti, T., Gabrijelčič Blenkuš, M., Gruntar Činč, M., Ivanuša, M., Pečar, J., Tomšič, S., Truden Dobrin, M., Vrabič Kek, B.(ur.). (2013), *Neenakost v zdravju v Sloveniji*. Murska Sobota: januar 2011.

Dalhgren, G., Whitehead, M., (2006), *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. WHO Collaborating centre for Policy Research on Social Determinants of Health. University of Liverpool.

Dekleva, B., Razpotnik, Š., (2007a), *Definicija brezdomstva in merjenje njenega obsega*. V: Dekleva, B., Kobolt, A.(ur.) Ljubljana: *Socialna pedagogika* .

- (2010), *Konferenca o socialni izključenosti, revščini in brezdomstvu. Razvojni predlog. nacionalne strategije na področju brezdomstva*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani in društva za pomoč in samopomoč brezdomcev Kralji ulice. Dostopno na [www.kralji ulice.org / library/ 491/ konferenca-o-socialni-izključenosti-ravščina-in brezdomstvom-knjžnica. pdf](http://www.kraljiulice.org/library/491/konferenca-o-socialni-izključenosti-ravščina-in-brezdomstvom-knjžnica.pdf) (12. maj. 2014).

Dekleva, B., Filipovič Hrast, M., Nagode, M., Razpotnik, Š., Smolej, S.(2010), *Ocena obsega odkritega in skritega brezdomstva v Sloveniji*. Zaključno poročilo študije. Dostopno na [http://www.pef.uni_lj.si/fileadmin/Datoteka/Raziskovanje/poročila/Kon%C4%8Dno_poro%C4%8Dilo_%C5%A1tudije ocena obsega brezdomstva v RS.pdf](http://www.pef.uni-lj.si/fileadmin/Datoteka/Raziskovanje/poročila/Kon%C4%8Dno_poro%C4%8Dilo_%C5%A1tudije_ocena_obsega_brezdomstva_v_RS.pdf) (14. maj 2013).

Dovžan, Š. (2011), *Kaj pa ti o tem misliš?Dojemanje brezdomstva med uporabniki spletnih forumov*. *Diplomsko delo*. Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani. Dostopno na http://pefprints.pef.uni-lj.si/568/1/%C5%A0pela_Dov%C5%BEn_-_diplomsko_delo.pdf (2 .april 2014).

Dragoš, S.(ur.) (2005), *Krepitev moči*, (Zbirka Katalog socialnega dela). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

- (2013), *Pogled sociologa na revščino- Kaj storiti ?* v Novak, T.,(ur.), *Problematika revščine in kako jo reševati*. Ljubljana: Zbornik Nacionalnega foruma humanitarnih organizacij Slovenije.

Flaker, V.(2012), *Direktno socialno delo/VitoFlaker@Boj za-*.Ljubljana: Založba/*cf.

FEANTSA-Evropska zveza nacionalnih organizacij, ki delajo na področju brezdomstva. Dostopno na <http://www.feantsa.org/code/en/hp.asp> (12. november 2013).

Filipovič Hrast, M. (2007). Stanovanjska ranljivost v Sloveniji. Analiza na podlagi razširjene definicije brezdomstva. *Socialno delo* 46: 187 - 197. Dostopno na <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-VLQLXOPN/> (12. december 2012).

Fitzgerald, S. T., Shelley, M. C., & Dail, P. W. (2001). Research on Homelessness: Sources and Implications of Uncertainty. *American Behavioral Scientist* 45. Dostopno na <http://sociology.uncc.edu/people/sfitzgerald/wp-content/uploads/2011/05/Fitzgerald-Shelley-and-Dail-2001.pdf> (4. januar 2014).

Freidson, E. (1988), *Profession of medicine*. University of Chicago Press.

Galimberti, U.(2011), *Miti našega časa*. Ljubljana: Modrijan.

Hafner, M., Ihan, A.(2014), *Prebujanje. Psiha v iskanju izgubljenega Erosa- psihoneuroimunologija*. Ljubljana: Alpha center: Inštitut za preventivno medicino.

Heath, I. (2005), *Who needs health care-the well or the sick*. BMJ 80 : 954 - 956 .

Hočevar Grom, A. (2010), *Zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Hollnagel, H., Malterud, K. (2000), *From risk factors to health resources in medical practice*. Med Health Care 35 : (321-344).

Hwang, W.S., (2010), *Homlessnes and health*. CMAJ 164: 229-33. Dostopno na <http://www.ecmaj.ca/content/164/2/229.full.pdf+html> (3. november 2013).

Jeriček Klanšek, H., Zorko, M., Bajt, M., Roškar, Š.(ur.)(2009), *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Jung, H., P., Van Horne, F., Wensing, M., Hearnshaw, H., Grol, R. (1998), *Which aspects of general practicioners behavior determine patients evaluations of care?* Soc Sci Med 47: (1077-1087).

Kamin, T.,(2006), *Zdravje na barikadah. Dileme promocije zdravja*. Ljubljana: FDV.

Kersnik, J. (2003), *Bolnik v slovenskem zdravstvu. Monografija o zadovoljstvu bolnikov in organizacija pritožbenega sistema*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.

Klemenc Ketiš, Z.(ur.)(2009), *Medikalizacija*. Učno gradivo za 26. Učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Družinska medicina 7, supplement 4.

Konec Juričič, N., Klepac, P., Škornik Tovornik, T., Peperko, M. (2015), *Zdravstveno statistični podatki o raku, duševnih motnjah in samomoru v zdravstveni regiji Celje in upravni enoti Žalec*. Celje: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Območna enota Celje.

Kostnapfel Rihtar, T., Albreht, T. (ur). (2014), *Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji 2013*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Krek, M.(2010), *Ko si na dnu*. Koper: Zavod za zdravstveno varstvo Koper: Oddelek za javno zdravje.

Krek, M., Colnarič, J., Slokar, R., Švegl, P., Tancer, I., Tanasek, M., (2011), *Delovanje programov za reševanje problematike brezdomcev*. Seminarska naloga. Ljubljana: Medicinska fakulteta. Dostopno na <http://m.mf.uni-lj.si./dokument/31bb6c76800e92216490bc3c4d27cc4e.pdf> (3. april 2014).

Kvaternik, I., Grebenc, V,(2008), *Vrzeli med medicino in socialnim delom: Primer »dvojnih diagnoz«*. Ljubljana: *Teorija in praksa* 45:1-2.

Kvaternik, I.(ur.) (2012), *Zmanjševanje škode na področju prepovedanih drog*. Koper: Zavod za zdravstveno varstvo.

Leskošek, V., Smolej, S., Rihter, L., Boškić, R., Kresal, B., Breznik, M., (2013), *Revščina zaposlenih*. Ljubljana: Sophia. Zbirka Naprej.

Mandič, S.(1999), Stanovanjska tveganja, ranljive skupine in novi pogledi. V Mandič, S.(ur.), *Pravica do stanovanja. Brezdomstvo in druga stanovanjska tveganja ranljivih skupin*. Ljubljana: VSSD.

Meert, H., Edgar, B., Doherty, J.(2004), *Towards an operational definition of homelessness and housing exclusion*. UK: University of Cambridge. Dostopno na <http://iesyppat.files.wordpress.com/2014/05/meert-edgar-doherty-homeless-y-housing-exclusion.pdf> (6. februar 2013).

Nolimal, D., Nolimal, S., I. (2013), *Komorbidnost: podcenjeni socialnomedicinski, psihosocialni in psihiatrični problem*. Ljubljana: Revija ISIS 3 : 68-73.

Nolimal, D., Leskovšek, E., Pokrajac, T. (2008), *Ovire v dostopnosti in dosegljivosti programov pomoči-vidiki uporabnikov prepovedanih drog v Sloveniji*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

NPZV (2008), Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013.

»Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«. Dostopno na [http://www.mz.gov.si/fie/admin/mz.pageupload/aktualno/javna razprava 2008/nacionani_plan_2008/ Microsoft_Word-NPZV](http://www.mz.gov.si/fie/admin/mz.pageupload/aktualno/javna_razprava_2008/nacionani_plan_2008/Microsoft_Word-NPZV) (3. aprila 2014).

Nacionalni program socialnega varstva za obdobje 2013-2020. Dostopno na <https://www.rd=ss/#q=nacionalni> +program+socialnega+varstva+2020 (12. januar 2015).

Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020 (2011), Republika Slovenija. Ministrstvo za zdravje RS. Dostopno na [http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/2011/NADGRADNJA-ZDRAVSTVENEGA –SISTEMA-DO LETA-2020-pdf-160211// pdf](http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/2011/NADGRADNJA-ZDRAVSTVENEGA-SISTEMA-DO-LETA-2020-pdf-160211//pdf) (5. januar 2015).

Ordinacija. net. Pro Bono ordinacija.net. Dostopno na http://www.ordinacija.net/members/www-pzs.php?mg_pzs_id=7&lang=slo (9. maj 2014).

- Pirec-Sansoni, A. (2011), *Stanovanjska izključenost in brezdomstvo žensk*. Diplomsko delo. Univerza v Ljubljani. Fakulteta za socialno delo. Dostopno na <http://www.kraljiulice.org/library/784/anja-pirec-sansoni-socialna-izkljucenost-in-brezdomstvo-zensk-diplomsko-delo.pdf> (23. december 2012).
- Pregelj, P., Kores Plesničar, B., Tomori, M., Zalar, B., (ur). (2013) *,Psihiatrija*. Ljubljana: medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani in Psihiatrična klinika Ljubljana.
- Razpotnik, Š., Dekleva, B.,(ur).(2009), *Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva.
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja (2011-2016). Dostopno na ([www.mz.gov.si](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2011/resoluc_dusevno_zdravje/Resolucija_dusevno_zdravje_060411.pdf) / fileadmin / mz.gov.si pageuploads/ javna razprava_2011/ resoluc_dusevno zdravje / Resolucija_dusevno zdravje_060411.pdf (4. junija 2014).
- Loch, M.(2003), *Accounting for disease and distress. Moral of the normal and abnormal*. V: *Handbook of social studies in health and medicine*. London: Sage Publications.
- Stanovanjski zakon (SZ-1), Ur.list RS, št. 69/2003.
- Springer, S. (2000), *Homelessness: a proposal for a global definition and classification*. *Habitat International*, 24 :475 - 484. Dostopno na http://action.web.ca/home/housing/resources.shtml?x=66864&AA_EX_Session=bce80abc2c89390f5e54d9c824ea8d1d (5. marec 2014).
- Szasz, T.(2013), *Kraja človeka. Eseji proti medikalizaciji vsakdanjega življenja*. Ljubljana: UMco.
- Štajduhar, M. (2008). *Sobivanje brezdomcev in študentk v gledališki skupini*. Diplomsko delo. Pedagoška fakulteta. Univerza v Ljubljani. Dostopno na: <http://www.kraljiulice.org/library/389/marta-stajduhar-sobivanje-brezdomcev-in-studentk-v-gledaliski-skupini-diplomsko-delo.pdf> (22. februar 2015).
- Trdič, J., Blenkus Gabrijelčič, M., Kofol Bric, T., Truden Dobrin, P., Albreht, T. (2010). *Zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Turner, B.,(2004), *The Body and Society : Explorations in the Social Theory*. London: Thousand Oaks.
- Ule Nastran,M.(2009), *Spregledana razmerja: O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor:Aristej.
- Ustava RS , Ur. list RS, št. 33/91, 42/97, 66/00, 24/03, 69/04, 68/06.
- Vareško, N. (2007), *Brezdomstvo v Sloveniji in branost prvega slovenskega časopisa za brezdomstvo in sorodna socialna vprašanja "Kralji ulice"*. Diplomsko delo. Univerza v Ljubljani. Filozofska fakulteta. Oddelek za psihologijo.: Dostopno na <http://www.kraljiulice.org/library/387/nina-varesko-brezdomstvo-v-sloveniji-in-branost->

prvega-slovenskega-casopisa-za-brezdomstvo-in-sorodna-socialna-vprasanja- kralji-
ulice -diplomsko-delo.pdf (9. marec 2013).

Zaletel Kragelj, L., Eržen, L., Premik, M.(2007), *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta (210-212).

Zakotnik Maučec, J., Tomšič, S., Kofol Bric, T., Korošec, A., Zaletel Kragelj, L., (2012), *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije: trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Zorko, M., Hočevar, T., Tančič Grum, A., Kerstin Petrič, V., Radoš Krnel, S., Lovrenčič, M. (ur.) (2014), *Alkohol v Sloveniji : trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

White, K.,(2010), *An introduction to the Sociology of Health and Illness*. London: Thousand Oaks and New Delhy. Sage Publications.

WHO (1998), *Health Promotion Strategy*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2006), *World health report. Reducing risk, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization.

Wilberg,P.(2014), *Bolezen je zdravilo*. Uvod v življenjsko medicino in življenjsko zdravljenje Ljubljana: Založba sanje.

Wilkinson,R., Pickett,K.(2012), *Velika ideja: zakaj je enakost boljša za vse*. Novo mesto: Penca in drugi.

Zakon o prijavi prebivališča (ZPPreb), Ur.list RS, št. 3/07, 23/07, 41/07.

Zakon o socialnem varstvu (ZSV), Ur.list RS, št. 3/07, 23/07, 41/07.

Zakon o urejanju trga dela (ZUTD), Ur.list RS, št. 80/10.

Zakon o uresničevanju načela enakega obravnavanja (ZUNEO), Ur.list RS, št. 50/04, 61/07, 93/07.

Zakon o enakih možnostih žensk in moških (ZEMŽM), Ur.list RS, št. 59/ 02.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), Ur.list RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 100/05, 38/06, 72/06, 91/07.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti ZZDej(2013), Ur.list RS, št14/13.

Zakon o zdravstveni dejavnosti-ZZDej (2008),Ur.list RS, št.23/08.

Zakon o zdravstveni službi-ZZdrS (2006), Ur.list RS, št.72/06.

Zakon o pacientovih pravicah-Zpacp (2008), Ur.list RS, št.15/08.

Zakon o duševnem zdravju (2008), Ur.list RS, št 77/08.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju –ZZVZZ (0000), Ur.list RS, št. 72 / 06.

Zakon o zdravilih (ZZdr-2), Ur.list RS, št. 17/14.

10 PRILOGE

10.1 Priloga 1

10.1.1 Vprašalnik o zdravstvenem stanju in izkušnjami z zdravstvenim sistemom uporabnikov Zavetišča za brezdomce Želva.

1. Socialne in zdravstvene značilnosti brezdomnih udeležencev ankete.

Udeleženec/-nka	
Spol	moški /ženska
Starost	
Izobrazba	
Invalidski status	
Delovni status	
Zdravstveno zavarovanje	
Čas bivanja v zavetišču	
Prebivanje	
Stalno prebivališče	
Zdravstveno stanje	
Terapija	
Uporaba zdravstvenega sistema	

2. Samoocena zdravstvenega stanja

Ocena trenutnega zdravstvenega stanja	Zelo nezadovoljen	Nezadovoljen	Niti zadovoljen niti nezadovoljen	Zadovoljen	Zelo zadovoljen
zadovoljstvo s telesnim zdravstvenim stanjem					
Zadovoljstvo s psihičnim zdravstvenim stanjem					

3. Pogostost bolezni in stanj iz zdravstvenega kartona

Bolezni ali stanja	Da	Ne
Odvisnost od alkohola		
Bolezni in okvare hrbtenice		

Odvisnost od drugih drog		
Bolezni sklepov (artritis in artroze)		
Kronična depresija		
Zvišan krvni tlak (hipertenzija)		
Kožne bolezni		
Bolečina v prsih pri mirovanju ali med telesno dejavnostjo (angina pectoris)		
Čir (ulkus) na želodcu ali dvanajstniku		
Druge duševne težave		
Srčno popuščanje		
Bronhialna astma		
Hepatitis		
Jetna ciroza		
Kronična obstruktivna pljučna bolezen		
Sladkorna bolezen (diabetes)		
Tromboza		
Prebolela srčna kap (miokardni infarkt)		
Možganska kap in njene posledice		
Bipolarna motnja		
Delirij		
Epilepsija		
Občasna depresija		
Invalidnost		
Povišan holesterol		
Trajna okvara okostja		
Naglušnost		
Utrujenost		
Zobobol		
Druge težave		

4. Zdravje ustne votline

Število manjkajočih zob	Da
Nič	
1-5	
6-10	
Več kot 10, toda ne vsi	
Manjkajo mi vsi zobje, nosim protezo	
Manjkajo mi vsi zobje, ne nosim protezo	

5. Prehranjevanje in telesna masa

Indeks telesne mase	Opis kategorije	Da
< 18,5	premajhna	
18,5 – 24,9	normalna	
25 – 29,9	čezmerna	

30 – 34,9	debelost (I)	
35 – 39,9	debelost (II)	
nad 40	Huda debelost(III)	

6. Težave z duševnim zdravjem

Intenzivnost občutkov pri opisu duševnih težav v zadnjih dveh tednih	Sploh ne velja	Ne velja	Niti malo niti veliko	Veliko velja	Zelo veliko velja
Občutek, da je življenje težko in zapleteno					
Obupanost glede prihodnosti					
Ste v zadnjem mesecu razmišljali o samomoru?					
Živčnost in nemir					
Težave s spanjem					
Občutek strahu, tesnobe					
Občutek krivde					
Nagnjenost k joku					
Nenadni napadi strahu in panike					
Občutek vrtoglavosti ali omedlevica					

7. Veljavnost posameznih trditev o obstoju podpornih oseb

Trditev o obstoju podpornih oseb	Sploh ne velja	Ne velja	Niti ne velja niti velja	Velja	Zelo velja
Kadar sem v težavah, iščem sočutje in razumevanje					
Imam veliko prijateljev					
Imam osebo, ob kateri se lahko sprostim, če sem pod velikim pritiskom					
Imam osebo, s katero lahko delim čustva in občutke					
Imam osebo, na katero lahko računam, da me bo odvrnila od skrbi, ko bom v stresu					
Imam osebo, ki mi konkretno pomaga, kadar imam problem					

8. Zdravila

Katera zdravila ste jemali v zadnjem mesecu?	Da	Ne
--	----	----

Analgetiki		
Anksiolitiki		
Antihipertenziki		
Antiabetiki		
Substitucijska zdravila		
Antidepresivi		
Antipsihotiki		
Kontracepcijska sredstva		

9. Uporaba zdravstvenega sistema

Ustanova	Da	Ne
Osebni zdravnik		
Zdravnik specialist		
Nujna zdravstvena pomoč - urgencia		
Kateri od centrov za zdravljenje odvisnosti od alkohola		
Kateri od centrov za zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih drog		
Katera od psihiatričnih bolnišnic		
Drugo		

10. Izkušnja z zdravstvenim sistemom

Trditev, ki se nanaša na doživljanje zdravstvenega sistema	Sploh ne velja	Malo velja	Niti ne velja niti velja	Velja	Zelo velja
Zdravstveni delavci so prijazni ali prijateljski					
Zdravstveni delavci ne razumejo dovolj mojih potreb, težav...					
Zdravstveni delavci me preveč ocenjujejo, obsojajo					
Nimam potrebnih dokumentov, da bi vstopil/-a v program (na primer težave z zdravstvenim zavarovanjem)					
Lokacija ustanove je zame neustrezna (težko dostopna ...)					
Vem, kako poiskati pomoč					

V zdravstveni ustanovi se počutim diskriminiran/-o					
Čas za pregled/pogovor je omejen					
Zdravstvene ustanove mi ne morejo pomagati					
Zdravstvene storitve so predrage					
Zaposleni nimajo dovolj znanja za delo z brezdomci					
Pričakovanja in zahteve zdravstvenih ustanov so preveliki (npr.: abstiniranje)					
Z odnosom zdravnikov do mene sem zadovoljen/-jna					
Z odnosom drugih zdravstvenih delavcev (medicinskih sester, tehnikov...) do mene sem zadovoljen/-jna					
Zdravstvena pomoč mi je dovolj dostopna, kadar jo potrebujem					
Imam možnost pritožbe na zdravstvene storitve, ki sem jih deležen/-žna					
Seznanjen sem bil /a s pravicami in dolžnostmi, ki jih imam kot bolnik/ica					
Obravnavo, ki sem jo bil/bila deležen/na, ocenjujem kot dobro					

11. Pomoč zaposlenih v zavetišču pri izboljšanju zdravstvenega stanja

Kakšno pomoč si želite pri zdravstveni oskrbi?	Sploh ne velja	Ne velja	Niti ne velja niti velja	Velja	Zelo velja
Pomoč pri dostopnosti do zdravstvene oskrbe					
Sprejemstvo v zdravstvene ustanovo					
Pomoč pri izbiri zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev					
Pomoč pri seznanjanju z različnimi možnostmi zdravljenja					
Pomoč in nadzor pri zdravstveni oskrbi					
Pomoč pri uresničevanju pacientovih pravic					

10.2 Priloga 2

Tabela 1: Značilnosti petnajstih brezdomnih udeležencev ankete

Udeleženec/nka	U1	U2	U3
Spol	ženska	ženska	ženska
Starost	46	62	41
Izobrazba	srednješolska	nedokončana osnovna šola	osnovna šola
Zakonski stan	ločena, brez otrok	ločena, ima hči s katero nima stikov	ločena, ima hči, ki biva pri očetu, z novim partnerjem ima občasne stike
Invalidski status	invalidsko upokojena	ga nima	ga nima
Zaposlitveni status	upokojenka	upokojenka	nezaposlena, prijavljena na Zavodu za zaposlovanje že 4 leta, prejemnica DSP
Zdravstveno zavarovanje	urejeno osnovno in dodatno zdravstveno zavarovanje	urejeno osnovno in dodatno zdravstveno zavarovanje	urejeno osnovno in dodatno zdravstveno zavarovanje
Čas bivanja v zavetišču	3 leta	4 leta	1 leto
Prebivanje ob vstopu v zavetišče Želva	po ločitvi je eno leto prebivala pri prijateljici v Trzinu, sedaj že 3 leta prebiva v Zavetišču za brezdomce	zaradi prekomernega opijanja je bila večkrat hospitalizirana in nazadnje urgentno nameščena v Zavetišče. Več let je bila brez stalnega bivališča, živela je na ulici	nekaj let je prebivala pri partnerju, ki je odvisnik od prepovedanih drog, zadnje leto biva v Zavetišču za brezdomce.
Stalno prebivališče	stalno prebivališče ima prijavljeno na centru za socialno delo Žalec	stalno prijavljena na naslovu Karitas Celje	stalno prebivališče ima prijavljeno na centru za socialno delo Žalec
Zdravstveno stanje	akutne in prehodne psihotične motnje, motnje srčnega ritma, obstruktivna bolezen dihal, sladkorna bolezen, difuzna okvara jeter, težave s ščitnico, prekomerna telesna teža	odvisnost od alkohola, depresivna motnja, anksioznost, motnje spanja, kronično vnetje ščitnice, debelost, krčne žile, zamaščenost jeter, srčno popuščanje,	trebušni krči, gastritis, glavoboli, motnje spanja, depresivno razpoloženje, prizna občasno opijanje in zlorabo kanabinoidov
Terapija	Kventiax, Zolrix, Cipralax, Biol, Glucovance, Eutirox,	Distraneurin, Revia, Cipralax, Aspirin Protect	Nolpaza, Naprosyn, Lekadol

	Humolog, Insoltard, Moditen Depo		
Uporaba zdravstvenega sistema	večkrat je bila hospitalizirana v psihiatrični bolnišnici, redno hodi na preglede k psihiatru, diabetologu internistu, pulmologu pogosto je vključena v internistično prvo pomoč (IPP).	večkrat hospitalizirana zaradi alkoholnega opoja in poškodb, obdobja abstinence so kratka, zdravstvene obravnave pogosto samovoljno prekinja	zdravstveni sistem uporablja neredno, v zadnjem času predvsem v povezavi z glavoboli in trebušnimi krči

Udeleženec/nka	U4	U5	U6
Spol	moški	moški	moški
Starost	56	58	57
Izobrazba	poklicna šola	osnovna šola	osnovna šola
Zakonski stan	ločen, trije odrasli otroci, z njimi ne želi imeti stika	samski, brez otrok	samski brez otrok
Invalidski status	zaradi posledic bolezni podan predlog za I. kategorijo invalidnosti	ga nima	ga nima
Zaposlitveni status	nezaposlen, prijavljen na Zavodu za zaposlovanje že 5, prejemnik DSP	nezaposlen, prijavljen na Zavodu za zaposlovanje že 8 let, prejemnik DSP	nezaposlen, prijavljen na Zavodu za zaposlovanje že 9 let, prejemnik DSP
Zdravstveno zavarovanje	urjeno osnovno in dodatno zdravstveno zavarovanje	urejeno osnovno in dodatno zdravstveno zavarovanje	urejeno osnovno in dodatno zdravstveno zavarovanje
Čas bivanja v zavetišču	1 leto	7 let	3 leta
Prebivanje ob Vstopu v zavetišče Želva	vrsto let bil na »cesti«, občasno bival pri prijateljih in znancih, po posredovanju CSD pred letom nameščen v Zavetišče	12 let živel v Švici, 7 let v Avstriji, bil večkrat na zdravljenju zaradi odvisnosti od alkohola in poskusov samomora.	več let bival po zavetiščih za brezdomce in v najemniških sobah, nameščen v zavetišče Želva iz Bolnišnice Topolšica
Stalno prebivališče	stalno prebivališče ima prijavljeno na centru za socialno delo Mozirje	stalno prebivališče ima prijavljeno na centru za socialno delo Žalec	stalno prebivališče ima prijavljeno na centru za socialno delo Žalec
Zdravstveno stanje	pred tremi leti hospitaliziran zaradi odvisnosti od več psihoaktivnih snovi, bil	psihosomatske motnje, osebnostna motenost, SOA z devetimi recidivi,	odvisnost od alkohola, razpoloženske motnje, depresija,

	deliranten, poskušal zažgati stanovanje. Zmerna depresivna epizoda, vedenjska motenost v sklopu osebnostne strukture, slaba kontrola agresivnih pulzij, okvara hrbtenice, epilepsija, refluksni ezofagitis, možganska atrofija	odtegnitvene krize, depresivne in anksiozne epizode, motnje spanja, osebnostne spremembe, kronični gastritis, degenerativne spremembe hrbtenice	kronični gastritis, celiakija, srčna insuficienca, okvara hrbtenice in kolkov
Terapija	Enap-H, Asentra, Tadol, Kventiax, Xanax, Naklofen SR	3 mesece je brez terapije, prej Revia, Ecytara, Ibuprofen, MacroBID	Asentra, Kventiax, Nalpaza, Naprosin, Medrol, Letizen, Epipen
Uporaba zdravstvenega sistema	zdravstveni sistem uporablja neredno, če pride do hujših težav je takoj urgentno sprejet. Registriran je pod nujnimi primeri	večkrat hospitaliziran na internistični prvi pomoči (IPP) zaradi alkoholnega opoja in poškodb, zdravstveni sistem uporablja neredno, samovoljno prekinja zdravstvene obravnave	Večkrat je bil hospitaliziran v SB Celje, v Bolnišnici Topolšica in Valdoltra ter negovalni SB Ptuj. Redno hodi na kontrole k psihiatru, gastroenterologu, ortopedu, kardiologu

Udeleženec/nka	U7	U8	U9
Spol	moški	moški	moški
Starost	30	24	32
Izobrazba	srednja šola	osnovna šola	poklicna šola
Zakonski stan	samski, brez otrok	samski, brez otrok	samski, brez otrok
Invalidski status	ga nima	ga nima	ga nima
Zaposlitveni status	nezaposlen, prijavljen na Zavodu za zaposlovanje 2 leti, prejemnik DSP	nezaposlen, prijavljen na Zavodu za zaposlovanje že 1 leto, prejemnik DSP	nezaposlen, prijavljen na Zavodu za zaposlovanje 3 leta, prejemnik DSP
Zdravstveno zavarovanje	urejeno osnovno in dodatno zdravstveno zavarovanje	urejeno osnovno in dodatno zdravstveno zavarovanje	urejeno osnovno in dodatno zdravstveno zavarovanje
Čas bivanja v zavetišču	1 mesec	3 mesece	6 mesecev
Prebivanje ob vstopu v zavetišče Želva	bival pri starših, potem v najetem stanovanju, nato bil na cesti do prihoda v Zavetišče za brezdomce	bival pri starših, pogosto bil na cesti, v zadnjih štirih letih se je desetkrat zdravil v PB Vojnik zaradi odvisnosti od alkohola in prepovedanih drog. Iz psihiatrične bolnišnice	zadnja 4 leta bil v komuni, trikrat v PB Vojnik, po zadnji hospitalizaciji nameščen v zavetišče za brezdomce Želva v

		nameščen v zavetišče za brezdomce Želva v Žalcu	Žalcu
Stalno prebivališče	stalno prebivališče ima prijavljeno na centru za socialno delo Žalec	stalno prebivališče ima v hiši staršev v Velenju	stalno prebivališče ima prijavljeno na centru za socialno delo Slovenske Konjice
Zdravstveno stanje	zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi, duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja opioidov, kanabinoidov, sedativov in hipnotikov	duševna in vedenjska motnja zaradi zlorabe alkohola in drog, osebnostna motnja, prilagoditvena motnja, anksiozna motnja, akutni hepatitis C	duševna in vedenjska motnja zaradi zlorabe in odvisnosti od prepovedanih drog in alkohola, migrenski glavoboli
Terapija	Substitucijsko zdravilo: Buprenorfin naloxon	Mapron, Loquen, Haldol, Akineton, Depakine chrono, Copegus, interferon alfa-2a	Suboxone, Loquen, Nalgesin, Lexaurin, Topamax, Imigran sprint
Uporaba zdravstvenega sistema	ambulantno in bolnišnično zdravljenje odvisnosti, vključen v vzdrževalni program na Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog ZD Celje	k zdravniku hodi redno na kontrolo, in sicer v PB Vojnik k psihiatru, V SB Celje na infekcijski oddelku, obiskovanje KZA, kontrola pri jemanju predpisanih zdravil	vključen je v ambulantni vzdrževalni program na Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog ZD Celje

Udeleženec/nka	U10	U11	U12
Spol	moški	moški	moški
Starost	41	42	45
Izobrazba	poklicna šola	osnovna šola	poklicna šola
Zakonski stan	samski, brez otrok	samski, brez otrok	ločen, ima sina s katerim ima redne stike
Invalidski status	v postopku za invalidsko upokožitev	je v postopku za invalidsko upokožitev	invalid III. kategorije z omejitvami
Zaposlitveni status	nezaposlen, prijavljen na Zavodu za zaposlovanje že 6 let, prejemnik DSP	nezaposlen, prijavljen na Zavodu za zaposlovanje že 5, prejemnik DSP	trenutno nezaposlen, v postopku za invalidsko upokožitev I. stopnje
Zdravstveno	urejeno osnovno in dodatno zdravstveno	urejeno osnovno in dodatno zdravstveno	urejeno osnovno in dodatno zdravstveno

zavarovanje	zavarovanje	zavarovanje	zavarovanje
Čas bivanja v zavetišču	1 leto	9 mesecev	6 mesecev
Prebivanje ob vstopu v zavetišče Želva	več let bival v zavetišču za brezdomce v Celju, pred 1 letom iz PB Vojnik nameščen v zavetišče za brezdomce Želva v Žalcu	pred prihodom v zavetišče za brezdomce Želva je dve leti bival v Domu starejših občanov Sv. Jurij, Rogaševci	pred prihodom v zavetišče za brezdomce Želva se je zdravil v PB Vojnik na oddelku za zdravljenje boleznih odvisnosti od alkohola
Stalno prebivališče	stalno prebivališče ima prijavljeno na centru za socialno delo Slovenska Bistrica	stalno prebivališče ima prijavljeno na centru za socialno delo Mozirje	stalno prebivališče ima prijavljeno pri ovdoveli materi v Šempetru
Zdravstveno stanje	pred leti hospitaliziran zaradi borelioze, večkrat tudi zaradi poškodb, alkoholne odvisnosti in depresivnih epizod	pred leti je imel alkoholni bledež, zaradi bivanja na cesti je dobil ozeblino in gangreno na nogah ter pljučnico s sepso. Ima okvaro jeter in sladkorno bolezen tipa II.	pred leti je bil hospitaliziran zaradi vnetja trebušne slinavke in napredovane osteohondroze, potem pa trikrat v PB Vojnik zaradi akutnega alkoholnega opoja in samopoškodovalnega vedenja
Terapija	Asentra, Controloc, Eglonyl, Olfen	Controloc, Glucobay	Escitalopram Teva, Mirzaten, Kventiax
Uporaba zdravstvenega sistema	zdravstveni sistem uporablja redno, obiskuje psihiatra, kardiologa, ortopeda, revmatologa	zdravstveni sistem uporablja redno, obiskuje diabetologa, dermatologa in ortopeda	redno se zdravi v psihiatrični ambulanti

Udeleženec/nka	U13	U14	U15
Spol	moški	moški	moški
Starost	34	31	38
Izobrazba	osnovna šola	poklicna šola	osnovna šola
Zakonski stan	samski, brez otrok	samski, brez otrok	ločen, ima sina s katerim nima stikov
Invalidski status	invalidsko upokojen	ga nima	ga nima
Zaposlitveni status	upokojen	nezaposlen, prijavljen na Zavodu za zaposlovanje že 5 let, prejemnik DSP	nezaposlen, prijavljen na Zavodu za zaposlovanje že 7 let, prejemnik DSP
Zdravstveno	urejeno osnovno in dodatno zdravstveno	urejeno osnovno in dodatno zdravstveno	urejeno osnovno in dodatno zdravstveno

zavarovanje	zavarovanje	zavarovanje	zavarovanje
Čas bivanja v zavetišču	4 mesece	1 leto in 8 mesecev	5 let
Prebivanje ob vstopu v zavetišče Želva	bival v različnih bivalnih enotah	nekaj let je bival pri starih starših, potem pri prijateljih, zaradi zlorabe in odvisnosti od psihoaktivnih snovi ter agresivnega vedenja je bil hospitaliziran v PB Vojnik, od koder je bil nameščen v zavetišče za brezdomce Želva	na cesti je bil 7 let, zaradi opijanja in agresivnega vedenja je izgubil službo v velenjskem rudniku in se ločil
Stalno prebivališče	prijavljen pri starših v Nazarjah	stalno prebivališče ima prijavljeno na centru za socialno delo Šmarje pri Jelšah	stalno prijavljen pri bratu v Velenju
Zdravstveno stanje	duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola, blaga duševna manjrazvitost, organski možganski sindrom, generalizirani ekcematoidni dermatitis, slabovidnost	Psihoza, prilagoditvena motnja, duševne in vedenjske motnje zaradi zlorab psihoaktivnih snovi, depresivno razpoloženje, motnje spanja, debelost, globoka venska tromboza nog. Ima pogoste recidive zaradi uživanja kanabinoidov in alkohola	imel je težave zaradi alkoholnega opijanja in agresivnega vedenja v akutnem alkoholnem opoju. Razen občanih bolečin v križu drugih zdravstvenih težav ne navaja
Terapija	Revia, Seroquel, Xalatan, Apaurin, Kuterid	Faxiprol, Xeriol Depo, Seroquel, Depakine chrono, Marevan	nima
Uporaba zdravstvenega sistema	večkrat je bil hospitaliziran zaradi zlorabljanja alkohola in kanabinoidov. Redno hodi na kontrole k psihiatru, dermatologu in oftalmologu	redno obiskuje psihiatrično in antikoagulacijsko ambulantno	V PB Vojnik je bil sprejet zaradi odtegnitvenega stanja v sklopu odvisnosti od alkohola. Po zaključenem programu zdravljenja, se je ambulantno zdravil in hodil na kontrolne preglede.. Zadnji dve leti abstinja

10.3 Priloga 3

Tabela 2: Socialno-ekonomske in zdravstvene značilnosti uporabnikov zavetišča

Značilnosti udeležencev		Število anketirancev									
Spol		Moški						Ženske			
Število		Število		%				Število		%	
		12		80,00%				3		20,00%	
		Mlajši moški (20 - 35)		Moški srednjih let (35 - 50)		Starejši moški (nad 50)		Ženske srednjih let (35 - 50)		Starejše ženske (nad 50)	
Starost		Število	%	Število	%	Število	%	Število	%	Število	%
		5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
Stan	Samski	5	33,33%	2	13,33%	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%
	Ločen	0	0,00%	2	13,33%	2	13,33%	2	13,33%	1	6,67%
Izobrazba	OŠ	2	13,33%	2	13,33%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%
	Poklic. Š	2	13,33%	2	13,33%	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%
	Sredn. Š	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%
Invalidski status	brez invalid. sta	4	26,67%	2	13,33%	3	20,00%	0	0,00%	0	0,00%
	invalid I. kat	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%
	III. Kat	1	6,67%	2	13,33%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Delovni status	Nezapos.: ZRSZ, DSP	5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	1	6,67%	0	0,00%
	Upokojen	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	6,67%	1	6,67%
Čas bivanja v zavetišču v mesecih	1mes.-12mes.	4	26,67%	2	13,33%	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%
	12mes.-24.mes	1	6,67%	1	6,67%	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%
	nad 24.mes.	0	0,00%	1	6,67%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%
Prebivanje pred prihodom v Želvo	prehodna nameštitev	1	6,67%	1	6,67%	1	6,67%	1	6,67%	0	0,00%
	zdrav. ustan.	3	20,00%	2	13,33%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%
	soc. ustan.	1	6,67%	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Stalno prebivališče	Stalni naslov	2	13,33%	2	13,33%	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%
	fiktivni naslov	3	20,00%	2	13,33%	3	20,00%	1	6,67%	1	6,67%
Zdravstveno zavarovanje	Osnovno	5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
	Dodatno	5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
Zdravstveno stanje	somatske težave	4	26,67%	4	26,67%	3	20,00%	1	6,67%	1	6,67%
	raba/odvisnost od PAS	5	33,33%	3	20,00%	2	13,33%	0	0,00%	1	6,67%
	duševne težave	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%
Terapija	antidepresivi	4	26,67%	3	20,00%	1	6,67%	1	6,67%	0	0,00%
	antipsihotiki	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%	0	0,00%
	sedativi	4	26,67%	2	13,33%	3	20,00%	1	6,67%	1	6,67%
	subst. zdr.	4	26,67%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	analgetiki	5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
Uporaba zdravstvenega sistema v zadnjem letu	osebni zdravnik	5	33,33%	4	26,67%	2	13,33%	2	13,33%	1	6,67%
	zdravnik spec.	5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	1	6,67%	1	6,67%
	urgenca	3	20,00%	1	6,67%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%
	centri za zdravl. odv.	2	13,33%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	psihiat. bolnišnice	3	20,00%	2	13,33%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

Tabela 3: Samoocena zdravstvenega stanja

Samoocena zdravstvenega stanja		Število anketirancev: 15									
Spol		Moški						Ženske			
Število		Število		%				Število		%	
		12		80,00%				3		20,00%	
Starost		Mlajši moški (20 -35)		Moški srednjih let (35 - 50)		Starejši moški (nad 50)		Ženske srednjih let (35 -50)		Starejše ženske(nad 50)	
		Število	%	Število	%	Število	%	Število	%	Število	%
		5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
zadovoljstvo s telesnim zdravstvenim stanjem	zadovoljen	1	6,67%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%	0	0,00%
	nezadovoljen	4	26,67%	2	13,33%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%
zadovoljstvo s psihičnim zdravstvenim stanjem	zadovoljen	0	0,00%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%	0	0,00%
	nezadovoljen	5	33,33%	2	13,33%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%

Tabela 4: Zdravstveno stanje

delež (%) pritrilnih odgovorov	Število anketirancev 15									
Spol	Moški						Ženske			
Število	Število		%				Število		%	
	12		80,00%				3		20,00%	
Starost	Mlajši moški (20-35)		Moški srednjih let (35 - 50)		Starejši moški (nad 50)		Ženske srednjih let (35 -50)		Starejše ženske (nad 50)	
	Število	%	Število	%	Število	%	Število	%	Število	%
	5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
odvisnost od alkohola	4	26,67%	4	26,67%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%
bolezni in okvare hrbtenice	0	0,00%	2	13,33%	3	20,00%	0	0,00%	0	0,00%
odvisnost od drugih drog	4	26,67%	0	0,00%	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%
artroze)	0	0,00%	1	6,67%	3	20,00%	0	0,00%	1	6,67%
kronična depresija	0	0,00%	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%
zvišan krvni tlak	0	0,00%	1	6,67%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%
kožne bolezni	1	6,67%	1	6,67%	2	13,33%	0	0,00%	1	6,67%
čir na želodcu ali dvanajsterniku	0	0,00%	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%	1	6,67%
druge duševne težave	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%
srčno popuščanje	0	0,00%	1	6,67%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%
bronhialna astma	0	0,00%	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%
hepatitis	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
sladkoma bolezen	0	0,00%	1	6,67%	1	6,67%	1	6,67%	0	0,00%
delirij	0	0,00%	1	6,67%	2	13,33%	0	0,00%	0	0,00%
epilepsija	0	0,00%	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%
občasna depresija	4	26,67%	2	13,33%	3	20,00%	1	6,67%	1	6,67%
invalidnost	1	6,67%	1	6,67%		0,00%	1	6,67%	0	0,00%
povišan holesterol	0	0,00%	1	6,67%	3	20,00%	1	6,67%	1	6,67%
trajna okvara okostja	0	0,00%	0	0,00%	2	13,33%	0	0,00%	0	0,00%
zobobol	3	20,00%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%
kajenje tobaka	5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	0	0,00%

Tabela 5: Zdravje ustne votline

Število manjkajočih zob	Število anketirancev: 15									
Spol	Moški						Ženske			
Število	Število		%		Število		%			
	12		80,00%		3		20,00%			
Starost	Mlajši moški (20 -35)		Moški srednjih let (35 - 50)		Starejši moški (nad 50)		Ženske srednjih let (35 -50)		Starejše ženske (nad 50)	
	Število	%	Število	%	Število	%	Število	%	Število	%
	5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
nič	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
1 - 5	3	20,00%	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
6 - 10	2	13,33%	2	13,33%	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%
več kot 10	0	0,00%	1	6,67%	2	13,33%	1	6,67%	0	0,00%
nosi protezo	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	6,67%

Tabela 6: Prehrana in prehranjevalne navade

Prehranjevanje in telesna masa		Število anketirancev: 15									
Spol		Moški						Ženske			
Število		Število		%				Število		%	
		12		80,00%				3		20,00%	
Starost		Mlajši moški(20 -35)		Moški rednjih let (35 - 50)		Starejši moški (nad 50)		Ženske srednjih let (35 -50)		Starejše ženske (nad 50)	
		Število	%	Število	%	Število	%	Število	%	Število	%
		5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
telesna masa	premajhna	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	normalna	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%	0	0,00%
	čezmerna	0	0,00%	2	13,33%	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%
	debelost I.	0	0,00%	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%	1	6,67%
	debelost II.	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	huda debelost	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%

Tabela 7: Duševne in vedenjske motnje

Opisi duševnih težav		Število anketirancev: 15									
Spol		Moški						Ženske			
Število		Število		%				Število		%	
		12		80,00%				3		20,00%	
Starost		Mlajši moški (20 -35)		Moški srednjih let (35 - 50)		Starejši moški (nad 50)		Ženske srednjih let (35 -50)		Starejše ženske (nad 50)	
		Število	%	Število	%	Število	%	Število	%	Število	%
		5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
občutek, da je življenje težko		4	26,67%	2	13,33%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%
obupanost glede prihodnosti		3	20,00%	2	13,33%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%
ste v zadnjem mesecu razmišljali o samomoru		2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%
živčnost in nemir		4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%
težave s spanjem		4	26,67%	3	20,00%	1	6,67%	1	6,67%	1	6,67%
občutek strahu, tesnobe		4	26,67%	3	20,00%	1	6,67%	1	6,67%	1	6,67%
občutek krivde		3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%	1	6,67%
nagnjenost k joku		1	6,67%	1	6,67%	0	0,00%	1	6,67%	1	6,67%
nenadni napadi strahu/panike		3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%	1	6,67%
občutek omedlevice		2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%	1	6,67%	1	6,67%

Tabela 8: Prisotnost ali odsotnost socialnih mrež

Trditev o obstoju podpornih oseb	Število anketirancev: 15									
Spol	Moški						Ženske			
Število	Število		%		Število		%		Število	
	12		80,00%		3		20,00%			
Starost	Mlajši moški (20 -35)		Moški srednjih let (35 - 50)		Starejši moški (nad 50)		Ženske srednjih let (35 -50)		Starejše ženske (nad 50)	
	Število	%	Število	%	Število	%	Število	%	Število	%
	5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
kadar sem v težavh, iščem sočutje in razumevanje	5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
imam veliko prijateljev	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
imam osebo, ob kateri se lahko sprostim, če sem pod pritiskom	2	13,33%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%	1	6,67%
imam osebo, s katero lahko delim čustva in občutke	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%	2	13,33%	1	6,67%
imam osebo, na katero lahko računam, da me bo odvrnila od skrbi, ko bom v stresu	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	2	13,33%	1	6,67%
imam osebo, ki mi konkretno pomaga, kadar imam problem	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	2	13,33%	1	6,67%

Tabela 9: Zdravila

Raba zdravil	Število anketirancev: 15									
Spol	Moški						Ženske			
Število	Število		%		Število		%		Število	
	12		80,00%		3		20,00%			
Starost	Mlajši moški (20 -35)		Moški srednjih let (35 - 50)		Starejši moški(nad 50)		Ženske srednjih let (35 -50)		Starejše ženske (nad 50)	
	Število	%	Število	%	Število	%	Število	%	Število	%
	5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
katera zdravila ste jemali v zadnjem mesecu?										
analgetiki	4	26,67%	3	20,00%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
anksiolitiki	4	26,67%	2	13,33%	3	20,00%	1	6,67%	1	6,67%
antihipertenziki	0	0,00%	1	6,67%	2	13,33%	1	6,67%	0	0,00%
antiabetiki	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%
substitucijska zdravila	4	26,67%	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
antidepresivi	4	26,67%	3	20,00%	1	6,67%	1	6,67%	1	6,67%
antipsihotiki	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%	0	0,00%
kontracepcija (barierna)	2	13,33%	1	6,67%	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%

Tabela 10: Uporaba zdravstvenega sistema

Obiski imenovanih ustanov v zadnjem letu	Število anketirancev: 15									
Spol	Moški						Ženske			
Število	Število		%				Število		%	
	12		80,00%				3		20,00%	
Starost	Mlajši moški (20 -35)		Moški srednjih let (35 - 50)		Starejši moški (nad 50)		Ženske srednjih let (35 -50)		Starejše ženske (nad 50)	
	Število	%	Število	%	Število	%	Število	%	Število	%
	5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
ustanova										
osebni zdravnik	5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
zdravnik specialist	5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	1	6,67%	1	6,67%
nujna zdravstvena pomoč - urgencia	3	20,00%	1	6,67%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%
kateri od centrov za zdravljenje odvisnosti alkohola	2	13,33%	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
kateri od centrov za zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih drog	2	13,33%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
psihiatrična bolnišnica	3	20,00%	2	13,33%	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%
bolnišnica Valdoltra	0	0,00%	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%
negovalna bolnišnica Ptuj	0	0,00%	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%

Tabela 11: Bolnišnična zdravstvena dejavnost

Pogostost hospitalizacij		Število anketirancev: 15																			
Spol		Moški										Ženske									
Število		Število					%					Število		%							
		12					80,00%					3		20,00%							
Starost		Mlajši moški (20 - 35)					Moški srednjih let (35 - 50)					Starejši moški (nad 50)		Ženske srednjih let (35 - 50)		Starejše ženske (nad 50)					
		Število			%		Število			%		Število		%		Število		%			
		5			33,33%		4			26,67%		3		20,00%		2		13,33%		1	
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	1	2	1					
Število hospitalizacij do prihoda v zavetišče	splošna bolnišnica	6	3	4	2	2	4	5	3	3	5	3	4	1	0	5					
	psihiatrična bolnišnica	4	1	10	4	4	1	2	1	3	4	1	3	1	0	2					
Število hospitalizacij v času bivanja v zavetišču v zadnjem letu	splošna bolnišnica	1	1	1	2	1	0	1	1	0	2	3	2	1	0	1					
	psihiatrična bolnišnica	1	0	3	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0					
zmanjšanje ali povečanje hospitalizacij	splošna bolnišnica	83,33%	66,67%	75,00%	0,00%	50,00%	100,00%	80,00%	66,67%	100,00%	60,00%	0,00%	50,00%	0,00%	0,00%	80,00%					
	psihiatrična bolnišnica	75,00%	100,00%	70,00%	25,00%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%	66,67%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	0,00%	0,00%					
povprečje hospitalizacij	splošna bolnišnica	55,00%					86,67%					36,67%		0,00%		80,00%					
	psihiatrična bolnišnica	74,00%					66,67%					100,00%		50,00%		0,00%					

Tabela 12: Izkušnja z zdravstvenim sistemom

Trditve, ki se nanašajo na doživljanje zdravstvenega sistema	Število anketirancev: 15									
Spol	Moški						Ženske			
Število	Število		%		Število		%			
	12		80,00%		3		20,00%			
Starost	Mlajši moški (20-35)		Moški srednjih let (35 - 50)		Starejši moški (nad 50)		Ženske srednjih let (35 -50)		Starejše ženske (nad 50)	
	Število	%	Število	%	Število	%	Število	%	Število	%
	5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
zdravstveni delavci so prijazni	3	20,00%	4	26,67%	2	13,33%	2	13,33%	0	0,00%
zdravstveni delavci ne razumejo dovolj mojih težav, potreb	4	26,67%	2	13,33%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%
zdravstveni delavci me preveč obsojajo	1	6,67%	1	6,67%	1	6,67%	0	0,00%	1	6,67%
nimam težav z zdravstvenim zavarovanjem	5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
lokacija ustanove je zame neustrezna (težko dostopna)	1	6,67%	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
vem, kako poiskati pomoč	4	26,67%	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
v zdravstveni ustanovi se počutim diskriminiran/o	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
čas za pregled/pogovor je omejen	5	33,33%	3	20,00%	3	20,00%	1	6,67%	1	6,67%
zdravstvene ustanove mi ne morejo pomagati	1	6,67%	1	6,67%	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%
zdravstvene storitve so predrage	5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	1	6,67%	1	6,67%
zaposleni nimajo dovolj znanja za delo z brezdomci	4	26,67%	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
pričakovanja in zahteve zdravstvenih ustanov so prevelike (npr. abstiniranje)	3	20,00%	2	13,33%	2	13,33%	0	0,00%	1	6,67%
imam možnost pritožbe na zdravstvene storitve	3	20,00%	2	13,33%	2	13,33%	2	13,33%	1	6,67%
z odnosom zdravnikov do mene sem zadovoljen/na	4	26,67%	2	13,33%	2	13,33%	2	13,33%	0	0,00%
z odnosom drugih zdravstvenih delavcev do mene sem zadovoljen/na	4	26,67%	2	13,33%	2	13,33%	2	13,33%	0	0,00%
zdravstvena pomoč mi je dovolj dostopna, kadar jo potrebujem	5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
pri odločitvah svojega zdravljenja sem sodeloval, vedno kadar sem želel	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	2	13,33%	1	6,67%
seznanjen sem bil s pravicami in dolžnostmi, ki jih imam kot bolnik	4	26,67%	3	20,00%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
obravnavo, ki sem je bil/a deležen/na, ocenjujem kot dobro	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	2	13,33%	0	0,00%

Tabela 13: Pomoč zaposlenih v zavetišču pri izboljšanju zdravstvenega stanja uporabnikov

Pomoč zaposlenih v zavetišču pri izboljšanju zdravstvenega stanja uporabnikov	Število anketirancev: 15									
Spol	Moški						Ženske			
Število	Število		%		Število		%		Število	
	12		80,00%		3		20,00%			
Starost	Mlajši moški (20 -35)		Moški srednjih let (35 - 50)		Starejši moški (nad 50)		Ženske srednjih let (35 -50)		Starejše ženske (nad 50)	
	Število	%	Število	%	Število	%	Število	%	Število	%
	5	33,33%	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	1	6,67%
dostopnost do zdravstvene oskrbe	4	26,67%	2	13,33%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%
spremljanje pri obisku zdravnika (primarni, sekundarni nivo)	3	20,00%	2	13,33%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%
izbira zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev	4	26,67%	2	13,33%	1	6,67%	1	6,67%	0	0,00%
seznaništev z različnimi možnostmi zdravljenja	4	26,67%	3	20,00%	2	13,33%	2	13,33%	1	6,67%
spremljanje zdravstvene oskrbe	4	26,67%	4	26,67%	2	13,33%	1	6,67%	0	0,00%
pomoč pri uresničevanju pacientovih pravic	2	13,33%	1	6,67%	0	0,00%	1	6,67%	0	0,00%

10.4 Priloga 4

10.4.1 Intervju 1

Ime in priimek: Alenka Kobal

Poklic: dr. med., specialistka družinske medicine

Naziv vaše inštitucije? Zdravstveni dom dr. Jožeta Potrca Žalec

Vrsta inštitucije? Javni zdravstveni zavod

Kraj inštitucije? Žalec

Položaj v inštituciji? Zdravnica v ambulantni splošne medicine

Intervju pridobljen po elektronski pošti 25.3.2015

Kakšne so zdravstvene posledice za človeka, ki postane brezdomec?

Posledice brezdomnega načina življenja so slabše zdravstveno stanje, slabša dostopnost zdravstvenih in drugih storitev in odsotnost izhodišč za urejanje ekonomskih, socialnih in zdravstvenih statusov. Največji zdravstveni problemi pri brezdomcih so kronične bolezni, psihiatrične diagnoze, zasvojenost z alkoholom in nedovoljenimi drogami, katerih tveganost se povečuje v slabih življenjskih razmerah, v katerih ti ljudje živijo.

Kakšne so vaše izkušnje pri zdravljenju brezdomcev?

Brezdomce obravnavam enako kot vse ostale paciente. Trudim se, da jih povprašam po njihovi družinski in socialni anamnezi in o načinih spoprijemanja z življenjskimi težavami. Z njimi imam dobre izkušnje, težave so prihodi na kontrolne preglede. Pogosto niso zainteresirani za kontinuirano obravnavo kroničnih obolenj. Predpisana zdravila pogosto uporabljajo drugače, kot je predpisano. Tega se zavedam, zato predvidevam čim enostavnejši režim jemanja zdravil. Tisti brezdomci, ki so v Zavetišču Želva, pa so seznanjeni z

dogovorom o hranjenju in kontroliranem jemanju terapije. Obveščeni so tudi o nezaželenih učinkih zdravil in o posledicah prekomernega odmerjanja.

Ali naša zdravstvena oskrba temelji na prioritetah pacienta?

V moji ambulantni zdravstvena oskrba vedno temelji na prioritetah pacienta. Poudarek je tudi na izdelavi zdravstvene oskrbe, navodila so vselej podana na čim bolj razumljiv način. Dogovor glede nadaljnega spremljanja zdravstvenega stanja je čim bolj detajlen, spremljanje pa čim pogostejše in rednejše. Poudarek je tudi na izobraževanju pacientov, da bodo ti čim boljše skrbeli za svoje zdravje.

Ali imate z brezdomnimi pacienti dobre ali slabe izkušnje?

Pacienti, ki so brezdomci ne odstopajo po zahtevah ali pritožbah od ostali pacientov.

S kakšnimi zdravstvenimi in socialnimi težavami se srečujete v primeru brezdomstva?

Prevalence pri starejših brezdomnih pacientih so izrazitejšje pri bolezni sklepov, okvarah hrbtenice, čirih na želodcu, kroničnih bronhitisih, pri zvišanem krvnem tlaku in pri sladkorni bolezni. občasnih depresijah ali drugih duševnih težavah, ter pri odvisnosti od alkohola ali drugih drog. Bolezni ali poškodbe brezdomcev so zaradi tega, ker niso pravočasno zdravljene, pogosto zanemarjene in zastarane. Nezadostna zobna higiena, neredna prehrana in raba nedovoljenih drog pa prinaša tudi težave z zobmi.

S kakšnimi ovirami se po vašem mnenju srečujejo brezdomni ljudje pri iskanju zdravstvene pomoči?

V prvi vrsti so to termini naročanja na preglede, pogosto se poslužujejo urgentne obravnave, niso vztrajni in dosledni pri reševanju svojih bolezenskih stanj, Pri osebah odvisnih od prepovedanih drog sem pogosto deležna poizkusov izsiljevanja medikamentozne terapije, predvsem BZO-jev. Bolnišnice vedno pošljejo datume za zdravstveni pregled in izvide na stalni naslov pacientov, ki pa so pogosto fiktivni ali pa tam sploh ne bivajo, zato prihaja pogosto do hudih motenj pri zdravstveni obravnavi Težave imajo tudi tisti brezdomci, ki sicer imajo osnovno zdravstveno zavarovanje, ne pa tudi dodatnega. Tako ne morejo kupiti predpisanih zdravil in uporabljati drugih potrebnih zdravstvenih storitev. Posebna težava na področju zdravstvenega varstva je povezana z odpusti teh ljudi iz bolnišnic, ko bi potrebovali dodatno nego in ustrezno namestitvev. Zavetišče Želva v Žalcu svojim uporabnikom nudi in organizira zdravstveno in socialno pomoč ter lobira za učinkovitejšo zdravstveno oskrbo in nego. Nima pa ustreznega koncepta dela, ustrezne infrastrukture in ustrezno usposobljenih kadrov za poboljšnišnično nego.

Ali vam brezdomci sami povedo, kaj bi jim pomagalo pri reševanju njihovih zdravstvenih težav?

Sami povedo svoje želje in izrazijo potrebe.

Ali dobro poznate pacientove življenjske okoliščine, ste dovolj pozorni na prisotnost akutnih in kroničnih obolenj in različnih težav z duševnim zdravjem?

Poleg uporabe običajnih diagnostičnih sredstev, ki jih uporabljam pri svojem delu, me zanimajo pacientove življenjske okoliščine, narava posameznikovih socialnih vezi, kakšna zdravstvena oskrba je pri njemu v preteklosti dobro delovala. Dispanzerska skrb za zdravstveno brezdomcev naj bi bila prednostna naloga v zdravstveni politiki. Vendar obstaja občutna vrzel med politično voljo in praktičnim udeležanjem in izvajanjem programov preprečevanja in pomoči znotraj politike zdravstvenega varstva.

Ali epidemiološko spremljate problematike socialnih bolezni in brezdomstva v lokalni skupnosti?

Epidemiološko ne spremljamo problematike socialnih bolezni in brezdomstva v lokalni skupnosti. Razloga ne vem. Ne delam razlik med pacienti. Pri svojem delu se poleg uporabe običajnih diagnostičnih sredstev čim bolj informiram o pacientovih življenjskih okoliščinah. Tako spoznavam njihovo zdravstveno in socialno problematiko. Poizkušam z nasveti preventivno delovati za zmanjševanje škode in zgodaj odkrivati posledice rabe psihoaktivnih snovi. Sodelujem z drugimi specialističnimi službami za zdravljenje odvisnosti, po možnosti čim bolj spremljam in preprečujem različna obolenja brezdomnih pacientov.

Kakšne preventivne ukrepe uporabljate za zmanjševanje škode ter zgodnje odkrivanje škodljive uporabe psihoaktivnih substanc, alkohola in kajenja?

Cilji preventivnih ukrepov so zmanjšati uporabo psihoaktivnih snovi in škodo, ki nastane zaradi njih. Primarno preventivo izvajamo s pomočjo predavanj, dobrih zgledov ter intervencijskih programov med populacijo, ki še ne uporablja različne droge. Populacijo želimo seznaniti z nevarnostmi, ki povzročajo in z željo, da bi se jih čim več odločilo za abstinenco. Sekundarna preventiva predstavlja preventivno delo, kjer delamo z rizičnimi osebami. Terciarno preventivo izvajamo med uporabniki in jih skušamo naučiti, da bi uporabljali psihoaktivne snovi na manj nevaren način. Tako poskušamo naučiti kadilce cigaret, da uporabljajo le tiste cigarete, ki imajo filtre itd.

Katere programe pomoči največ priporočate brezdomcem v okviru vaše inštitucije?

Priporočam programe socialne obravnave, dnevne centre in terensko delo.

Pogrešam pa pomanjkanje informacij o oblikah pomoči v lokalni skupnosti.

Kakšne ukrepe priporočate, ki bi omogočali zmanjševanje oz, preprečevanje obolenja in zgodnje umrljivosti brezdomcev?

Zmanjšati bi morali uporabo nujne medicinske pomoči in oskrbo brezdomcev integrirati v širšo skupnost, ki bo omogočala tudi dolgoročno in smotrno zdravstveno oskrbo. Pri svojem delu, se trudim vključevati svoje paciente v CINDI delavnice za krepitev zdravega življenjskega sloga in v referenčne ambulate, kjer gre za okrepitev tima družinske medicine, da se na ta način izboljša kakovost dela in poveča zadovoljstvo bolnikov. Sodelujem z drugimi medicinskimi in nemedicinskimi službami in organizacijami, npr. z Zavetiščem Želva, ki vključujejo pomoč brezdomcem v svojo dejavnost.

Kako skrbite za brezdomce z duševnimi motnjami?

Skrbim po najboljših močeh za brezdomce z duševnimi motnjami in jim zagotavljam specialistična psihiatrična zdravljenja. Menim tudi, da k povečanju obsega težav z duševnim zdravjem med brezdomci prispeva težnja po čim krajšim in čim intenzivnejšim obravnavam, ki so stroškovno opravičljive, tudi v primeru resnih in kompleksnih težav. Potreba po dolgoročni oskrbi tovrstnih težav z duševnim zdravjem in po socialni rehabilitaciji pogosto ostaja nezadovoljena.

Kako pri reševanju zdravstvene problematike sodelujete z drugimi medicinskimi in nemedicinskimi službami in organizacijami, ki vključujejo pomoč brezdomcem v svojo dejavnost?

Za reševanje splošne zdravstvene problematike brezdomcev in posebej tiste, povezane s škodljivo rabo alkohola, tobaka in prepovedanih drog, bi kazalo obuditi in upoštevati spoznanja dispanzerskega dela. Pomoč brezdomcem ne smemo deliti posebej na kurativno,

preventivno ali socialno dejavnost. Ugotavljam, da je premalo služb, ki bi celostno poskrbele za to skupino ljudi. Še bolj bo potrebno medsebojno sodelovanje in usklajevanje med resorji in organizacijami, ki se z brezdomci srečujejo in olajšati napotitev med zdravstvenimi, socialnimi in nevladnimi organizacijami.

Kaj menite o razvijanju različnih oblik terenskega dela z ranljivimi skupinami?

Terenske intervencije, namenjene brezdomcem in drugim ranljivim skupinam, bi morale postati bolj prepoznavne v smislu podpiranja njihovega načrtovanja, izvajanja in vrednotenja v sistemu pomoči. Razvijanje terenskih služb ocenjujem kot uspešno obliko angažiranja in vključevanja skritega dela uporabnikov. Potreben bi bil razvoj različnih oblik terenskega dela z brezdomci in razviti sodelovanje s polivalentno patronažno službo ter z drugimi službami in nevladnimi organizacijami za terensko pomoč vsem ranljivim skupinam.

Ali imajo brezdomci neoviran pristop k splošnemu javnemu zdravstvenemu sistemu, tako na primarnem kot tudi na sekundarnem in terciarnem nivoju?

V življenjsko okolje brezdomnih pacientov vstopam s spoštovanjem, s sprejemanjem različnosti in z osebno in strokovno radovednostjo. Kot zdravnica in mati se mi brezdomci še posebej smilijo, zato poizkušam skupaj z njimi še bolj prožno sodelovati pri iskanju rešitev in odgovorov na življenjske izzive. Priznam, v primeru ranljivih skupin pacientov lahko govorim o pozitivni diskriminaciji. Velik sklop težav pri dostopnosti zdravstvenih storitev brezdomcem je povezan z odsotnostjo zdravstvenega zavarovanja. Nemajhno težavo v zdravstveni oskrbi brezdomcev predstavlja odsotnost poboljnišnične obravnave za to populacijo.

Ali menite, da v Sloveniji ali vašem lokalnem okolju obstajajo učinkoviti programi in ukrepi, ki prispevajo k zmanjševanju zdravstvene problematike brezdomcem?

Menim, da je potrebno razvijati bolj individualizirano pomoč, prilagojeno posamezniku. Še bolj razvijati terensko delo z namenom doseganja tiste populacije, ki se trenutno ne nahaja v Zavetišču Želva v Žalcu, ter umestiti to delo v okvir dispanzerskega zdravstvenega varstva v lokalni skupnosti. Bolj bo potrebno vzpostaviti in vzdrževati medsebojna sodelovanja in usklajevanja med resorji in organizacijami, ki se z brezdomci srečujejo in olajševanje napotitev med zdravstvenimi in socialnimi službami. Pri brezdomnih pacientih, menim, da moramo upoštevati več dejavnikov, od populaciji prilagojene lokacije do subtilnejših vidikov, kot so seznanjanje zdravstvenega osebja z njihovimi psihosocialnimi značilnostmi. Tovrstno delo je v tem trenutku s strani sistema javnega financiranja v glavnem prezrto. Temo brezdomnih pacientov in njihovega obravnavanja bi bilo potrebno vključiti v študijske programe bodočih zdravstvenih delavcev vseh ravni. Naučiti se komunicirati z ranljivimi skupinami ljudi mora biti tudi za nas zdravnike izziv.

Kakšne programe in ukrepe predlagate, ki bi razvijali dolgotrajne oskrbe in zmanjševali uporabo nujne zdravstvene pomoči?

Preventivni programi imajo pomembno vlogo pri zmanjševanju raznovrstnih zdravstvenih težav. Prioritete morajo izhajati iz realnih potreb pacientov, ne pa obratno. Ob takih ciljih je nujno potrebno sodelovanje in razvijanje ustrezno usmerjenih služb. Tudi zdravniki bi morali bolj okrepiti seznanjenost brezdomcev z njihovimi pravicami in dolžnostmi, povezanimi z zdravstvom. Podpiram raziskovalno delo na tem področju, saj se bodo na podlagi ugotovitev lahko razvijali programi za krepitev in varovanje zdravja ranljivih skupin, ki bodo sledili trendom zmanjševanja neenakosti v zdravju.

Kakšno je vaše mnenje negovalnih klinikah ?

Kolikor vem, so negovalne klinike pogosto v neposredni bližini zavetišč, dnevnih centrov in drugih služb, ki brezdomcem zagotavljajo nujne potrebščine, ali pa delujejo v okviru teh služb. Žal je v današnjih časih iluzorno pričakovati rešitve v tej smeri, čeprav naj bi bilo iz tujih izkušenj razvidno, da je ta oblika pomoči cenejša od bolnišnic in zdravstvenih domov. Bolj miselno se mi zdi vključevanje brezdomnih pacientov v obstoječi zdravstveni sistem, ki pa ga je potrebno predhodno usposobiti za delo z njimi tako kadrovsko kot strokovno.

10.4.2 Intervju 2

Ime in priimek: Nuša Konec Juričič

Poklic: dr. med., specialistka javnega zdravja

Naziv vaše inštitucije? OE NIJZ Celje

Vrsta inštitucije? Javno zdravstvena inštitucija

Kraj inštitucije? Celje

Položaj v inštituciji? Vodja skupine za nenalezljive bolezni OE NIJZ Celje

Intervju pridobljen po elektronski pošti 12.4.2015

Ali naša zdravstvena oskrba temelji na prioritetah pacienta?

Za brezdomne osebe, ki niso uporabniki zavetišč za brezdomce, ni organizirano obvezno zdravstveno zavarovanje in zaradi tega načeloma izpadejo iz sistema zdravstvene oskrbe.

S kakšnimi zdravstvenimi in socialnimi težavami se srečujete v primeru brezdomstva?

Brezdomne osebe nimajo urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja, nimajo izbranega osebnega zdravnika, zaradi stigmatizacije se izogibajo obiska pri zdravniku.

S kakšnimi ovirami se srečujejo brezdomni ljudje pri iskanju zdravstvene pomoči?

Ker nimajo urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja, se ne odločijo za obisk zdravnika v primarnem nivoju ampak šele v sekundarnem.

Ali imajo brezdomci neoviran pristop k splošnemu javnemu zdravstvenemu sistemu, tako na primarnem kot tudi na sekundarnem in terciarnem nivoju?

Brezdomci, ki ne prebivajo v zavetišču največkrat nimajo urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja, zato jim v praksi ni omogočen neoviran pristop v splošni javnozdravstveni sistem. Za brezdomce, ki pa so uporabniki zavetišč, pa je situacija drugačna. Zavetišče na njihovem sedežu prijavi brezdomca in s tem mu uredi prebivališče, ki je osnovni pogoj za ureditev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Ali je dobro, da je zdravstvena in siceršnja oskrba je brezdomcem razpršeno dostopna na različnih točkah (ambulantah, klinikah, dnevnih centrih, v okviru zavetišč, na terenskih lokacijah)?

Dostopnost zdravstvene oskrbe na različnih lokacijah je smiselna, če bi točke delovale v smislu »pro bono« ambulant, saj se bi le tako odkrile skrite populacije (torej tiste, ki nimajo urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja in imajo zaradi tega oviran dostop do zdravstvene oskrbe. Smiselnost bi se povečala tudi z informacijsko povezavo razpršenih »pro bono« točk, ki bi omogočila vpogled v obravnavo posameznika na različnih lokacijah, s čemer bi se izognili možnemu podvajanju npr, predpisa recepta ali izdaje zdravila, če je la ta omogočena.

Ali menite, da bi država morala ustanoviti posebno specializirano interdisciplinarno službo ali oddelek znotraj neke inštitucije za celostno reševanje problematike brezdomstva?

Pomembno bi bilo ustanoviti oddelek ali še bolj interdisciplinarno službo za reševanje celotne problematike ranljive populacije in ne le brezdomstva. Med najbolj ranljive poleg

brezdomcev uvrščamo tudi migrante in mlade prekarne delavce (mladi, ki nimajo rednih prelivov, to so npr. mladi samostojni podjetniki, delavci, ki delajo na podlagi avtorskih pogodb, mladi brez redne zaposlitve itd.), ki zaradi svojega socialnega položaja nimajo urejenega obveznega oz. dodatnega zdravstvenega zavarovanja.

Ali menite, da v Sloveniji ali vašem lokalnem okolju obstajajo učinkoviti programi in ukrepi, ki prispevajo k zmanjševanju zdravstvene problematike brezdomcem?

V našem okolju izjemno dobro delujejo nevladne organizacije. Kot primer lahko navedem Javni zavod SOCIO, v katerem ob nastanitvi osebe v zavetišče tudi poskrbijo za urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje. V zavetišču redno izvajajo meritve krvnega tlaka, sladkorja ipd. (izvaja zaposlena medicinska sestra v zavetišču). Uporabnike zavetišča tudi redno opominjajo in po potrebi spremljajo na preventivne preglede.

Za skrito ranljivo populacijo pa še vedno ni dovolj dobro poskrbljeno.

Kakšne programe in ukrepe predlagate, ki bi razvijali dolgotrajne oskrbe in zmanjševali uporabo nujne zdravstvene pomoči?

Najbolj koristen ukrep bi bilo zagotavljanje urejenega obveznega in dodatnega zdravstvenega zavarovanja za vso ranljivo populacijo. S tem ukrepom bi se vsekakor tudi zmanjšala uporaba storitev na sekundarnem nivoju, ki bi dolgoročno tudi pomenilo manjši strošek za celotni zdravstveni sistem.

Med koristne ukrepe se lahko tudi uvršča ustanovitev vsaj ene »pro bono« ambulate pri izvajalcih javnozdravstvenih storitev, ki bi ljudem brez zdravstvenega zavarovanja omogočalo koriščenje zdravstvene oskrbe.

Pomembna bi bila tudi učinkovita ustanovitev skupnostnega pristopa, ki bi s pomočjo skupne informacijske mreže omogočalo identificiranje skrite populacije.

Kakšno je vaše mnenje negovalnih klinikah, ki bi bile namenjene specifičnim ranljivim skupinam in prirejene njihovim specifičnim potrebam, ki bi omogočale dolgoročno oskrbo kroničnih zdravstvenih težav in zapolnile vrzel postravmatske oskrbe po odpustu iz bolnišnic?

Negovalne klinike bi bile za kratkoročno odpravljanje problematike ranljivih koristne, saj bi se tako lahko zagotovila zdravstvena oskrba tistih bolnikov, ki se zaradi svojega socialnega in ekonomskega stanja ne bi odločili za zdravljenje v klinikah. Dolgoročno menim, da bi se lahko pojavil problem stigmatizacije. Zato bi bila ustreznejša rešitev omogočanje zdravljenja ranljive populacije v klinikah, namenjena vsem prebivalcem z vključitvijo strokovnjakov, ki imajo ustrezna znanja v obravnavi ranljivih skupin.

Ali naj vstopanje v življenjsko okolje brezdomnih uporabnikov zdravstvenih storitev temelji na spoštovanju sprejemanju različnosti in na strokovni radovednosti?

Vstopanje v okolje brezdomnih mora vsekakor temeljiti na spoštovanju in sprejemanju drugačnosti. Osebne težave in socialna stiska so največkrat tiste situacije, ki prevedejo človeka v brezdomstvo. Takšni ljudje so še posebej ranljivi in potrebujejo še dodatno oporo in pomoč pri obvladovanju vsakodnevnih težav.

Kakšno obliko sodelovanja in iskanja skupnih rešitev predlagate kot odgovor na življenjske izzive z uporabniki zdravstvenih storitev?

Potrebna je celostna obravnava posameznika s spoštovanjem njegovih individualnih socialnih razmer. Pri brezdomnih osebah se največkrat pojavi problem pri obisku specialistov (na primer psihiatrov), ki delajo na primer na napotnico ali izvajajo samo samoplačniške storitve. V takih primerih bi bilo potrebno vzpostaviti sistem pomoči, ki bi omogočal ranljivi populaciji neposreden dostop do specialističnih zdravstvenih storitev.

Kako vplivati na javno mnenje v skladu z doslej navedeno strokovno doktrino?

Najprej z ozaveščanjem vseh strokovnih javnosti in njihovim skupnim delovanjem in povezovanjem tako v smislu zagovarjanja programov za ranljive skupine pred ustreznimi ministrstvi in strokovnimi službami kot v samem izvajanju programov na terenu

Nadalje, z ozaveščanjem splošne javnosti. Mediji so pri vplivu na javno mnenje ključni in morajo postati enakovreden partner v javnozdravstvenih pristopih in promociji obravnave ranljivih skupin in posameznikov.

Kako zadovoljiti potrebo po celostni obravnavi ali vsaj celostnem sprejetju posameznika znotraj posamezne organizacije, ki obravnava problematiko brezdomcev?

Bistveno za celostno sprejemanje ranljive osebe je empatija s strani strokovnega osebja in razumevanje njenega položaja, čemur se lahko približamo z navedenim v prejšnjem vprašanju. Če celovito obravnavo razumemo kot promocijo, preventivno in kurativno obravnavo skupin in posameznikov, pa je pri ranljivih skupina in posameznikih potrebno okrepiti zlasti preventivno delovanje. To lahko dosežemo z vključevanjem teh oseb v preventivne programe, kar je najlažje izvedljivo za brezdomne, nastanjene v zavetiščih, saj imajo ti v večini primerov urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje. Za brezdomne, ki niso nastanjeni v zavetiščih, bi se pa lahko ustanovila mobilna ekipa zdravstvenih delavcev, ki bi enkrat mesečno na predhodno določenih lokacijah izvajala osnovne zdravstvene preglede.

Ali je potrebno razvijati terensko delo z namenom doseganja skrite populacije?

Terensko delo bi bilo vsekakor smiselno izvajati za populacijo brezdomcev, ki niso nastanjeni v zavetiščih.

Ali čutite potrebo po vzpostavitvi in vzdrževanju medsebojnega sodelovanja in usklajevanja med resorji in organizacijami, ki se z brezdomci srečujejo (zdravstvena in socialna služba, javne in nevladne službe itd)?

Skupnosten pristop je ključen tako za odkrivanje kot za obravnavo skrite populacije. V teh elementih lahko vsaka služba odigra svojo vlogo, seštevek posameznih pa bo še večji, če bodo službe delovale povezano - povezano v smislu jasnih pristojnosti in odgovornosti z osrednjim povezovalnim ali koordinativnim členom, ki je strokovno in človeško dovolj širok. Za doseg celovite obravnave posameznika je dobra komunikacijska mreža ključnega pomena.

Ali je potrebna podpora pri ustanavljanju in razvoju različnih skupin za samopomoč?

Četudi skupine za samopomoč delujejo po principu samopomoči in ne strokovne pomoči in vodenja, je za razvoj in ustanavljanje teh skupin, vloga strokovnjakov ključna. Tudi pri samem delovanju skupin, ko so enkrat že ustanovljene, je podpora strokovnjakov v smislu občasnih obiskov, pogovorov, predavanj, pomembna. Poleg ostalih so zlasti so zaželeni strokovnjaki psihologi, psihiatri in socialni delavci, saj se brezdomci velikokrat znajdejo v duševni stiski.

Ali je potrebno vključevanje brezdomcev v odločanje na različnih ravneh, zlasti pa glede dejavnosti pri varovanju njihovega zdravja?

Da.

Ali je potrebno 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?

V trenutnem zdravstvenem sistemu je neenakost v zdravju najbolj vidna v ranljivi populaciji, ki zajema brezdomce, migrante, prekarne delavce, starejše in osebe, odvisne od drog. Poleg zagotavljanja obveznega zdravstvenega zavarovanja vsej tej populaciji, bi bilo potrebno tudi aktivno terensko delo z namenom ugotavljanja potreb in vključevanja ranljivih v preventivne preglede. Zato je nadaljnje raziskovalno delo s področja zmanjševanja neenakosti v zdravju vsekakor smiselno.

Ali je potrebno vključiti temo ranljivih skupin in njihovega obravnavanja v študijske programe bodočih medicinskih delavcev vseh ravni?

Problematika ranljivih skupin je zelo kompleksna tema, ki potrebuje celostno obravnavo. Zdravstveni delavci so v sklopu študija premalo seznanjeni s to problematiko, ki poleg zdravstvenih težav (telesnih in duševnih) zajema tudi socialne težave. Izkušnje s terena kažejo, da so zdravstveni delavci nezadostno seznanjeni s problematiko ranljivih skupin.

Pristop zdravstvenega delavca mora temeljiti na spoštovanju in razumevanju ranljive populacije, zato bi bila izobraževanja s področja ranljivih skupin dobrodošla.

10.4.3 Intervju 3

Ime in priimek: Natalija Zupančič

Poklic: univ.dipl.psihologinja

Naziv vaše inštitucije? Društvo za pomoč in samopomoč Želva- Eureka Žalec

Vrsta inštitucije? Društvo- nevladna organizacija

Kraj inštitucije? Žalec

Položaj v inštituciji? Predsednica Društva, Odgovorna oseba, Strokovni vodja programov

Intervju pridobljen po elektronski pošti 17. 4. 2015

Kako je v vaši lokalni skupnosti urejeno brezdomstvo? Za brezdomce je ustrezno poskrbljeno, saj je Občina Žalec že konec leta 2005 podprla program Zavetišča za brezdomce.

Kakšni so vzroki, da neka oseba postane brezdomec?

Vedno je splet okoliščin, ki posameznika pripeljejo v pozicijo brezdomca, vsekakor pa imajo pomembno vlogo socialne okoliščine, osebnost posameznika ter posledično različne oblike zasvojenosti. Tudi različne bolezni, kamor po definiciji sodijo zasvojenosti, so pomembne pri tem, da posameznik postane brezdomec. Različne oblike invalidnosti, ki vodijo v zmanjšanje sredstev za preživetje ali celo brezposelnost, so tudi eden od dejavnikov, da posameznik ostane brez doma.

Ali menite, da so brezdomci sami krivi za nastalo situacijo? Ne.

Kakšne so posledice za človeka, ki postane brezdomec (na nivoju družine, partnerstva in družbe)?

Brezdomstvo je eden od pomembnih dejavnikov, da posameznika izključijo iz vsakdanjih socialnih mrež, kar vodi v izolacijo in druženje s tistimi, ki so v podobnih situacijah. Družba sicer navidezno skrbi za brezdomstvo z zavetišči, vendar so le redka, ki jih sprejme tudi bližnja okolica, poleg tega načrtovanje zavetišče s podpornimi oblikami storitev v nadaljnjem življenju, ko se posameznik uredi in bi potreboval manj vodenja in več suporta, ne obstaja oziroma le redko, zato se dejansko poskrbi le na nivoju preživetja, nadgradnja v smislu zaključene socialne rehabilitacije pa je minimalna oziroma kvaliteta življenja v smislu zadovoljitve sekundarnih potreb je skoraj nična.

Kakšne posledice ima za brezdomce kriza, v kateri se nahajamo?(npr. morebiti znižana denarna podpora, manj dobrodelnih akcij v smislu oblačil, hrane, manj programov, ki naj bi preprečevali brezdomstvo itd)?

Kriza poslabša življenjske pogoje za večino prebivalstva, torej tudi za brezdomce. Posledice krize se pogosto kažejo v zmanjšanju sredstev za tiste, ki izvajamo programe za brezdomce ter manj posluha odgovornih za stiske ljudi. Posledice krize pa so vidne predvsem v povečani brezposelnosti, ki vodi v materialno ogroženost celih družin in jih lahko pripelje v brezdomstvo. Na drugi strani kriza povzroči, da določen del civilne družbe začne delovati na humanitarnem področju in pride do dviga določenih vrednot, saj se »ozavešчени posamezniki zavedajo, da pot do brezdomstva ni tako dolga, kot se včasih dozdeva«.

Za kakšne vrste oseb gre pri brezdomcih (ali so to večinoma ljudje z raznimi zdravstvenimi problemi, moški, ženske, starejši, tujci ipd)?

Včasih so bili brezdomci predvsem starejši, zlasti moški, s težavami na področju alkoholizma. Danes ne obstaja več klasični brezdomec, temveč je starostna struktura izredno raznolika, pri spolu prevladujejo moški, a tudi žensk je vedno več, večina jih je brez dela, med brezdomci je

vedno več mladih, s težavami v duševnem zdravju, zasvojenostmi, invalidi, družin, ki so »ostale na cesti« zaradi deložacij.

Katera inštitucija po vašem mnenju najpogosteje prihaja v stik z brezdomci? Nevladne organizacije, policija, centri za socialno delo.

Menim da policija in nevladne organizacije, mogoče še zdravstvene službe, centri za socialno delo šele kasneje.

Kako je poskrbljeno za življenje brezdomcev v vašem kraju s strani vaše inštitucije? Kje spijo brezdomci? Ali imate dovolj nastanitvenih možnosti za vse brezdomce v vašem kraju?

Menim, da naša občina ustrezno skrbi za brezdomce, kapacitet za nastanitev je dovolj in tudi pogoji za bivanje uporabnikov so ugodni, dovolj imamo prostora tudi za ostale dejavnosti, sočasno pa je poskrbljeno za celotno psihosocialno rehabilitacijo vsakega posameznika. Povezovanje z vsemi, ki delujejo v lokalni skupnosti in širše na področju socialnovarstvenih dejavnosti in zdravstva je pozitivno, zato je za uporabnike brezdomce resnično kvalitetno poskrbljeno.

Ali imate z brezdomci dobre ali slabe izkušnje?

Vsako delo prinaša tako dobre kot slabe izkušnje, vsekakor pri delu z brezdomci prevladujejo pozitivne izkušnje, je pa delo naporno in izčrpavajoče, saj stiske ljudi, ki pridejo »s socialnega dna« nikakor niso lahke.

Ali vam brezdomci povedo, kaj potrebujejo oz. ali vedo, kaj bi jim pomagalo pri reševanju njihovih težav?

Odvisno od posameznika. Večina brezdomcev ima ogromno izkušenj z različnimi službami, kjer so iskali pomoč in si znajo poiskati pomoč, vsaj materialno v obliki denarne socialne pomoči, veliko težje pa prepoznajo druge probleme, predvsem sklop psihosocialnih dejavnikov, ki so jih pripeljali do brezdomstva, saj navajenost na nek stil življenja ne daje možnosti za prepoznavanje drugega. Težave v duševnem zdravju, zlasti depresija, ki vrsto let ni zdravljena oziroma je pri brezdomcih samozdravljena z alkoholom ali drogami, še dodatno doprinaša k njihovi pasivnosti in miselni brezizhodnosti.

Kako pri reševanju problematike brezdomcev sodelujete z drugimi organizacijami in katerimi?

Sodelujemo z vsemi organizacijami, ki lahko pripomorejo k uspešnejšemu reševanju problematike brezdomcev, ki dejansko zajema vse segmente človekovega življenja. Tako redno sodelujemo s psihiatričnimi bolnicami in psihiatri, osebnimi zdravniki, urgentno službo, centri za socialno delo, stanovanjskimi skupnostmi, zavodi za zaposlovanje, sodišči, policijo, občinskimi strokovnimi službami, drugimi zavetišči, domovi upokojencev.

Ali menite, da v Sloveniji obstajajo učinkoviti programi in ukrepi, ki prispevajo k zmanjševanju problematike brezdomstva?

Menim, da obstajajo učinkoviti programi, vendar jih je bistveno premalo, premalo se za to nameni sredstev s strani države, predvsem pa menim, da bi morali biti programi bolj strukturirani, da bi lahko uporabniki prehajali v vedno bolj samostojne oblike bivanja.

Ali menite, da je vaša inštitucija učinkovita za področje reševanja brezdomstva ali bi bile potrebne spremembe?

Menim, da smo uspešni pri reševanju brezdomstva, saj imamo izredno močno finančno in moralno podporo s strani odgovornih na občini, vendar pa se zavedamo omejitev, saj trenutno še nimamo nadgradnje v smislu urejenih posameznikov v bolj samostojne oblike bivanja.

Katere programe največ priporočate brezdomcem v okviru vaše inštitucije glede na njihove težave(npr. psihosocialno rehabilitacijo itd)?

Že v samem zavetišču imamo celotno psihosocialno rehabilitacijo, kar pomeni, da vsakega posameznika obravnavamo celostno in rešujemo celotno problematiko njegovega življenja,

vsekakor pa se trudimo, da uporabnik poskrbi za svoje zdravstveno stanje in se začne zdraviti ter rehabilitacija področja duševnega zdravja- zdravljenje zasvojenosti in psihoz.

Ali izvajate še kakšne druge aktivnosti za pomoč tem skupinam, ki niso del teh ukrepov in programov?

Uporabniki zavetišča so aktivno vključeni v delovno terapijo in izvajamo kar nekaj programov, kjer se lahko razvijajo in krepijo svojo samopodobo, saj so v pogostih stikih z lokalno skupnostjo in občani (javna kuhinja, dnevi odprtih vrat, pomoč naših uporabnikov po terenu starejšim in bolnim, projekt viškov hrane,...).

Kdo je po vašem mnenju odgovoren za reševanje brezdomstva? Država.

Kako vidite razvoj preprečevanja brezdomstva v vaši lokalni skupnosti v prihodnjih letih?

Preprečevanje brezdomstva je kompleksno, zato morajo k temu reševanju pristopiti vsi, ki lahko pomagajo. Reševanje v naši občini je zastavljeno pravilno, kar se odraža tudi na uporabnikih in v spremembah njihovega načina funkcioniranja in vedenja, trudimo pa se, da bomo program strukturirali v smeri, ki je že večkrat omenjena- vedno bolj samostojne oblike bivanja za urejene posameznike. Poleg bolj samostojnega in končno, enkrat popolnoma samostojnega življenja posameznika pa je pomembna tudi materialna neodvisnost, torej delo, na čemer pa naše Društvo ogromno dela, saj zaposlujemo tiste, ki so bili naši uporabniki (zlasti invalide, ki jih je med brezdomci ogromno).

10.5 Priloga 5

10.5.1 Podatki o programu Zavetišča za brezdomce Želva v Žalcu

Opis programa ter ustrezno opredeljena izhodišča programa:

Leta 2000 je začel v Občini Žalec delovati Dnevni center za mladostnike, ki uživajo drogo in njihove svojce »Želva«, ki je deloval na področju nizkega praga. Dejavnosti Dnevnega centra so vsako leto širili v smeri potreb, ki so se pojavljale na terenu. V letu 2005 je analiza terena pokazala, da bo potrebno samo dejavnost dnevnega centra širiti oz. program dograditi v delu, kjer se poskrbi za osnovne bivalne in higienske pogoje njihovih uporabnikov (uporabnikov nedovoljenih trdih drog, uporabnikov alkohola, ljudi z diagnozo psihoze, ljudi z »dvojnimi diagnozami«, ljudi, ki niso imeli kje živeti, a niso imeli izrazitih drugih težav ...), saj je kar nekaj njihovih uporabnikov živelo »na ulici«, v zapuščenih hišah, po zapuščenih avtomobilih, po kletah blokov, zato so se s prošnjo obrnili na občino Žalec, ki jim je omogočila izdelavo kopalnice ter spalnice in s tem so imeli v novembru 2005 izpolnjene pogoje za odprtje bivalne enote za 8 uporabnikov (plus tri rezervne postelje za krizne situacije), ki so bili brez stalnega bivališča ali pa so imeli le fiktivno stalno bivališče, kjer pa že leta niso mogli živeti, nekateri so imeli stalno bivališče na centru za socialno delo.

Z možnostjo bivanja so dosegli še bolj celostno obravnavo posameznika, saj je bilo zelo težko karkoli načrtovati, če so vedeli, da posameznik živi »na ulici«. S tem so program Dnevnega centra dopolnili s še nižjim pragom, saj so uporabnikom omogočili, da si uredijo osnovne eksistenčne pogoje, hkrati pa s programom svetovanja, ki je že bil del Dnevnega centra, nadaljujejo program svetovanja, ki je nadgradnja dnevnega centra.

S to obliko dela in programom zavetišča so v lokalni skupnosti razvili obliko pomoči, ki je izhajala iz potreb terena ter je izredno prilagojena prvenstveno vsem, ki imajo težave z uživanjem psihoaktivnih snovi in alkohola, saj jih z bivanjem ter pravili, ki v zavetišču veljajo, že postopno strukturirajo v okolje, v katerem začno odgovorneje funkcionirati, razvoj te osnovne odgovornosti pa je tako pogosto podlaga za razvijanje zahtevnejših oblik funkcioniranja.

Z letom 2010 so začeli vključevati tudi tiste uporabnike, ki jih za krajši čas k njim napotijo s strani interventne službe, ki jo za osem CSD v celjski regiji izvaja CSD Celje (žrtve nasilja, osebe s posebnimi potrebami ...).

Kasneje so Zavetišče še razširili (do konca leta 2010 14 postelj, v letu 2011 so kapaciteto zmanjšali za 2 postelji, saj so dodatne tri namestitve do sedaj bile mišljene kot krizne – krizne intervencije, ki naj bi trajale le nekaj dni, nato CSD ureja zadevo, a so vse prepogosto postale stalne).

Kapaciteta ležišč po preselitvi v nove prostore je 18 postelj (15 stalnih in tri rezervne) in to kapaciteto bodo ohranili tudi v bodoče.

V začetku so bili vključeni predvsem uporabniki nedovoljenih trdih drog in alkohola, že kmalu pa tudi drugi uporabniki, kjer je bila osnovna težava brezdomstvo in po navadi še druge pridružene težave (alkoholizem, uživanje drog, invalidnost, starejši ljudje, ki nimajo pogojev za domove upokojencev, ...).

Od aprila 2012 program Zavetišča za brezdomce »Želva« izvajajo na drugi lokaciji in sicer v večji hiši sredi Žalca. Selitev v nove, večje prostore nam je omogočila, da so uporabniki vključeni v še več aktivnosti. V teh prostorih se izvajajo različne aktivnosti, ki so tako individualne kot tudi skupinske (npr. delo v kuhinji, na vrtu, urejanje okolice, urejanje in čiščenje dnevnih prostorov itd.). Uporabnike usmerjajo v delovno terapijo, ki omogoča uporabnikom, da kljub fizičnim ali psihičnim omejitvam in težavam lahko opravljajo za njih pomembne naloge z najvišjo mero neodvisnosti in samostojnosti.

Glavni namen programa:

Glavni cilj je izboljšati kvaliteto življenja posameznega uporabnika, kar definitivno dosežemo že s tem, da uporabnik pride živeti »z ulice« v urejeno okolje, kjer ponovno začne osvajati vse navade, ki so potrebne, da izboljša svoje zdravstveno stanje (redno spanje, umivanje, prehrana, urejena pomoč pri poškodbah ter drugih higienskih težavah – glivice, uši ...), saj je boljše telesno počutje in urejen bioritem podlaga, da lahko z njim začnemo načrtovati na področjih psihosocialnega urejanja (delo na področju zasvojenosti, urejanje odnosov s svojci, razvijanje delovnih navad, delo na področju samopodobe ...).

Glavni namen programa je krepitev moči uporabnika in razvijanje sposobnosti za njihovo vsakdanje življenje ter zagotavljanje temeljne socialne varnosti v kriznih obdobjih izpada iz drugih virov za življenje in preprečevanje revščine. Uporabniki bi naj dosegli ponovno družbeno revitalizacijo s pomočjo strokovnega vodenja Zavetišča v sodelovanju z vsemi ostalimi institucijami, ki zagotavljajo socialno varstvene storitve potrebne za neko osnovno

ureditev socialnega in ekonomskega položaja. Uspešnost in učinkovitost realizacije ciljev programa se kaže tudi v preprečevanju nasilja, vnašanju alkohola in prepovedanih drog v Zavetišče, lažšanju osebnih stisk, osmišljanju bivanja, kar pa temelji na doslednem hišnem redu in pravilniku obnašanja. Program problem brezdomstva zajema celostno in ga poskuša na dolgi rok zmanjšati. Ob nastanitvi izdelajo individualni načrt uporabnika, pri katerem gre za načrtovanje nadaljnjih storitev od spodaj navzgor. Izhajajo iz uporabnikove ocene situacije in potreb po storitvah, s katerimi si bo izboljšal kakovost svojega življenja. Uporabnik prevzame in zadrži vpliv nad storitvami, posledično pa tudi nad svojim življenjem. Izvajanje programa krajevnim oblastem prinaša informacije o potrebah prebivalcev po določenih storitvah, kar omogoča učinkovito načrtovanje in razvoj potrebnih storitev. Na državni ravni zbrane potrebe krajevnih okolij pa pokažejo smeri učinkovitega načrtovanja in razvoja, sprejemanje ukrepov in določanje prioritet na področju brezdomske problematike.

Osnovni cilji programa:

- Omogočiti varno in dostojno namestitev brezdomnim, tako namestitev, ki bo posameznikom omogočala postopno psihosocialno rehabilitacijo.
- Razvijati novo bivalno obliko za brezdomne, ki bi pomenila korak h kontinuumu ponudbe za socialno izključene.
- Omogočiti celostno strokovno podporo socialno izključenim.
- Ustvariti pogoje varne bivalne skupnosti, ki bo predstavljala oporo v procesih osamosvajanja.
- Delovna terapija z namenom usposobiti uporabnike, da bodo pridobili spretnosti in znanja z namenom ponovne pridobitve dela (razvoj delovnih navad, vztrajnost, odgovornost, sposobnost dela v timu, osvajanje komunikacijskih spretnosti, konstruktivno odreagirane v stresnih situacijah, ...).
- Olajšati vključevanje brezdomnih in socialno izključenih v socialni, ekonomski in zdravstveni sistem ter širše družbeno življenje.
- Preprečevanje brezdomstva (dvig kakovosti bivanja).
- Povečevanje socialne kohezivnosti in solidarnosti.
- Osveščanje in odpiranje širše diskusije o brezdomstvu v lokalnem okolju.

Cilji programa:

- Zagotovitev ustreznih bivalnih ter higienskih pogojev.
- Spoštovanje in upoštevanje pravil Zavetišča, kar predstavlja odgovorno vedenje v prostorih (podpis dogovora ob namestitvi).
- Urejanje socialne situacije posameznika.
- Odkriti pričakovanja uporabnika glede lastnih sprememb z namenom ustreznega načrtovanja.
- Urejanje drugih težav, ki so pri uporabniku manj ali bolj evidentne (uživanje drog, alkohola, nezdravljene psihoze ...).
- Naloge v smislu sprejemanja odgovornosti.
- Samonadzor dnevnih aktivnosti.

- Učenje konstruktivnega preživljanja prostega časa (delovna terapija – vsebinsko in časovno strukturirana).
- Urejanje medosebnih odnosov uporabnika z bližnjimi z namenom osebnostne ureditve in vrnitve domov.
- Individualno načrtovanje ter izvedba aktivnosti na podlagi terapevtskega dogovora.

V dolgoročnem smislu je glavni cilj vrnitev v samostojno življenje, nazaj k svojcem ali pridobitev lastnega stanovanja in odgovorno življenje oz. bistveno spremeniti njihovo kvaliteto življenja v pozitivni smeri.

Tabela 14: Postopki ki se izvajajo v Zavetišču za brezdomce Želva

	Postopek	Opis postopka	Cilj, h katerim naj bi prispeval
1	Informativni razgovor – Prvi razgovor	Vsebuje elemente prve socialne pomoči, kjer se uporabniku pomaga Prepoznati in opredeliti stiske in Težave, oceniti mogoče rešitve in seznaniti z mogočimi storitvami, dajatvami in obveznostmi, ki sledijo izbiri. Opredeli se uporabnikove želje in potrebe ter išče ustrezne poti za izboljšanje osebnega statusa. Uporabniku so na voljo vse potrebne informacije o pogojih in načinu bivanja v zavetišču. Povzetek se zapiše.	Posredovanje vseh potrebnih informacij z namenom seznaniti uporabnika z bivanjem ter spodbujanje odgovornega vedenja.
2	Svetovalni razgovor	Služi kot pomoč uporabniku pri razvijanju in izboljševanju socialnih zmožnosti. Strokovno pomoč posamezniku pri težavah, ki jih sam ne zna ali ne zmore rešiti. Povzetek se zapiše.	Vzpostavljanje pogojev za soočanje s problematiko Izražanje stisk Iskanje in načrtovanje načinov reševanja problemov Sklepanje dogovorov Krepitev moči posameznika, da se bo zmozel soočati s težavami
3	Uvodni pogovor pred morebitnim sprejemom	Uporabniku so na voljo vse potrebne informacije o pogojih in načinu bivanja v zavetišču. Uporabnikom P1 so na voljo vse informacije v zvezi s pogoji in načinom prenočevanja.	Osvetlitev problema Odkriti pričakovanja uporabnika glede lastnih sprememb Izražanje stisk

4	Sprejem, nastanitev, priprava dogovora, sprejemnega in osebnega lista stanovalca	Obsega postopke ob sprejemu in zapustitvi programa. Seznanitev s hišnim redom in sostanovalci, odreditev ležišča, omare, potrebnega pribora in ostale potrebne postopke ob sprejemu. Priprava potrebne dokumentacije za uporabnika.	Sprožiti proces reševanja Problemov, Izboljšanje pogojev in vzpostavitev kvalitetnejšega življenja uporabnikov
5	Oblikovanje in evalvacija individualnega načrta	Oblikovanje individualnega načrta, aktivno sodelovanje uporabnika, aktivno preverjanje zastavljenih in doseženih ciljev skupaj s stanovalcem (spremljanje izvedbe individualnih načrtov)	Sprožiti proces reševanja problema Vzpostavljane pogojev za soočanje s problematiko Izražanje stisk Iskanje in načrtovanje načinov reševanje problemov Sklepanje dogovorov Krepitev moči posameznika, da se bo zmožal soočiti s težavami.
6	Pritožbeni postopek – pisanje in vodenje opominov	Ob kršitvah uporabniki dobijo pisno opozorilo z navedeno obrazložitvijo in sklepom	Pridobivanje odgovornega vedenja in prevzemanje posledic ob neodgovornem vedenju (pisna oblika omogoča nam in uporabniku spremljanje kršitev)
7	Priprava dopisa, izdaja potrdila, zapisovanje in urejanje dokument. o stanovalcih	Spremljanje napredka uporabnika	Pomoč uporabniku in podpora pri razvijanju pozitivnih odreagiranj ter podpora pri razvoju funkcionalnih znanj Urejena dokumentacija nam omogoča lažje spremljanje uporabnikov
8	Zaključni svetovalni razgovori in odpust	Postopki ob odpustu zajemajo predvsem izpraznitev prostora in pospravljanje za uporabnikom	Posredovanje vseh informacij, ki so potrebne ob odhodu
9	Spremstvo in zagovor.	Pomoč pri kontaktih z institucijami, govorimo v imenu stanovalcev	Podpora uporabnikom pri urejanju zadev
10	Dnevna izdaja denarja	Dnevna izdaja denarja stanovalcem po seznamu, ureditev blagajne, pomoč in spremstvo pri dviganju denarja na pošti ali v bankah uporabnikom, ki sami tega niso sposobni.	Učenje odgovornega odnosa do denarja.
11	Priprava in razdeljevanje obrokov hrane z uporabnikom	Obsega vsakodnevno delo pri pripravi hrane in razdeljevanje obrokov in pomivanje posode. Dnevno pripravimo in razdelimo štiri obroke.	Redno in zdravo prehranjevanje.

12	Zagotavljanje higiene	Storitev je na voljo vsem uporabnikom, ki se želijo skopati ali kako drugače poskrbeti za osebno higieno. Uporabnikom Z2 je to na voljo ves čas, ostalim pa predvsem v času kosila oz. po potrebi v dogovoru z zaposlenimi. Uporabnikom P1 je storitev na voljo zvečer pred spanjem in zjutraj pred odhodom. Za posameznega uporabnika je minimalna časovna postavka 0,5 ure. Storitve zajema tudi skrb za higieno prostorov, ki se načelno zahteva od vseh uporabnikov, načrtno pa jo izvajajo predvsem uporabniki Z2. Za storitev je običajno potrebna 1 ura.	Skrb za redno osebno higieno in s tem boljše počutje.
13	Zdravstvena pomoč	Zdravstvena pomoč	Oskrba poškodb, ran, ozeblin s ciljem izboljšati zdravstveno stanje uporabnika
14	Delitev zdravil	Delitev zdravil po predpisani terapiji zdravnika. Sem sodi tudi delitev metadona.	Nadzor pri zdravljenju.
15	Nudenje pomoči: pri urejanju zdrav. zavarovanja, osebnih dokumentov, pri iskanju bivalnih prostorov in pri iskanju zaposlitve	Na storitev se nanašajo vse aktivnosti, ki so potrebne pri urejanju osebnih dokumentov, zdravstvenega zavarovanja, pridobivanja dokumentacije, ki se nanaša na zdravstvo, pokojnino, bivanje, državljanstvo, zaposlitev ali karkoli drugega. Časovne postavke so odvisne od realizacije	Ozaveščanje, informiranje ter sodelovanje z neformalno in formalno mrežo pomoči
16	Priprava in vodenje skupnih sestankov s stanovalci	Organizacija in vodenje ali zgolj sodelovanje na sestankih z uporabniki, na pobudo vodstva ali uporabnikov, glede dogovarjanja o tekočih aktivnostih, konfliktih ter potrebnih aktivnostih vezanih na program zavetišča	Sprotno reševanje vseh tekočih zadev v zavetišču, Soodločanje pri ukrepih Načrtovanje skupnih dejavnosti
17	Priprava in vodenje timskih sestankov znotraj enote	Sestanki delavcev v zavetišču	Timska obravnava posameznih uporabnikov s ciljem uporabe primernih metod dela in načinov obravnave.
18	Medinstitucionalno Sodelovanje	Vzpostavljane stika s službami, ki so povezane s posameznim uporabnikom oz. situacijo, gre tudi za dejavnost izvajanja aktivnosti z drugimi	Vzpodbujanje pozitivnih sprememb v lokalni in funkcionalni skupnosti

		organizacijami	
19	Priprava in vodenje delavnic, delovnih akcij in drugih družbenih in prostočasnih aktivnosti, neformalni pogovori	Je delo s skupino, ki lahko obsega ustvarjalne, kreativne delavnice: kuhanje, šivanje, modeliranje, računalništvo, šport, sprostitvene dejavnosti, neformalna druženja, izleti ipd. Animacijsko delo z vsemi uporabniki, spodbujanje samoiniciative in samopomoči, dogovarjanje o potrebah in željah uporabniške skupine. Vodenje in organiziranje delovnih akcij, spodbujanje, sodelovanje in vodenje prostočasnih aktivnosti. Sem sodi tudi sodelovanje uporabnikov pri hišnih opravilih oziroma vseh ostalih opravilih.	Delovna terapija (kreativne delavnice, izboljšanje psihofizične aktivnosti, vključitev v delovni oz. izobraževalni proces, zadovoljstvo, da lahko kaj naredijo sami, vzpostavljanje dobrih odnosov med uporabniki, učenje skrbi zase v novih situacijah) Izobraževalne aktivnosti (pomoč pri pisanju prošenj, uporabi računalnika, interneta, ...) Družabne aktivnosti (družabne igre, rekreacija, vaje za sproščanje, obiskovanje kulturnih prireditev, ...)
20	Posredovanje v konfliktnih situacijah, pregled terena, krizne intervencije	Pomoč uporabnikom pri urejanju medsebojnih odnosov, konfliktov in sporov. Pogovarjanje z vpletenimi, pogajanje in mediacija v skladu s pravilnikom o možnostih in načinu bivanja in zadrževanja ter hišnimi redi vseh podprogramov. Pregled terena delavci v programu izvajajo tudi izven delovnega časa, tako rekoč vedno. Na ta način smo optimalno informirani o stanju in lokaciji uporabnikov in lahko v nujnih primerih (predvsem kadar je ogroženo življenje) je potrebno reagirati takoj in to je tudi smisel intervencije. Časovna postavka je odvisna od realizacije.	Cilj je zagotavljanje ustrezne klime in kulture v zavetišču. Učenje ustreznih socialnih in komunikacijskih veščin sobivanja.
21	Psihodiagnostika	Uporaba psiho diagnostičnih sredstev	Poglobljeno poznavanje uporabnika z namenom nudenja ustrežnejših oblik pomoči
22	Krizna namestitev	Namestitev v popoldanskem času, ponoči, med vikendi in prazniki (napoti intervencijska služba, ki deluje v sklopu CSD Celje za regijo)	Poskrbeti za ustrezno bivanje ogroženega uporabnika.
	Razdeljevanje in zbiranje	Vsak uporabnik lahko vsak dan dobi obleko in obutev, ki jo potrebuje (v kolikor je na zalogi). Največ obleke in obutve se razdeli opoldne v času kosila, ko se uporabniki tudi skupajo. Poleg oblačil in obutve sprejemamo tudi	Letnim vremenskim razmeram primerna in čista

23	obleke, obutve in druge opreme uporabnikom	posteljnino, sredstva za higieno in druge stvari, ki jih uporabniki potrebujejo. Večino nam poklonijo posamezniki ali firme, ostalo kupimo z donacijskimi sredstvi. Sprejem materiala poteka neprestano vse dneve.	oblačila in obutev.
24	Delo s svojci	Gre za tiste dejavnosti, v katere so vključeni starši ali svojci uporabnika, z namenom podpore pri ustvarjanju sprememb v družini, vzpostavljanja in/ali ohranjanja odnosov ipd.	Razreševanje čustvenih stisk Učenje bolj konstruktivnega vedenja in odnosov Sprožiti proces reševanja problema, vzpostavitev pogojev, ki delajo družinske odnose ustrežnejše Razreševanje nastalih konfliktov in težav v domačem okolju
25	Pomoč pri ureditvi alternativnega bivanja	Storitev se nanaša na pomoč pri ureditvi kakršnekoli oblike samostojnega ali institucionalnega bivanja, ki se sklada z željo in potrebo uporabnika. Lahko gre za namestitve v domove starejših oz. v druge specializirane institucije (npr. na področju duševnega zdravja), prav tako na pomoč pri vključitvi v druge oblike bivanja (npr. nadomestno bivanje), neprofitne bivalne enote oz. kakršnekoli drugačne oblike samostojnega bivanja.	Cilj je, da posameznik biva tam, kjer je zanj najbolj primerno.
26	Varovanje in nočno dežurstvo – kontrola uporabnikov pod PAS, bujenje	Izvaja se predvsem v nočnem času, ko uporabniki počivajo. Zaradi strukture uporabnikov je potrebno periodično nadzorovati spalne prostore, ker se lahko zgodi, da kdo potrebuje zdravniško pomoč.	Skrb, da spanje poteka mirno.

Vir: postopke, ki jih izvajajo v Zavetišču za brezdomce Želva priredil avtor 2015

Poleg osnovnega cilja, zagotovitev dostojnega bivalnega okolja, je največ strokovnih dejavnosti usmerjenih v pridobitev tistih aktivnosti, ki bodo omogočile njihovim uporabnikom materialno neodvisno življenje, torej delo, saj je le-to izredno pomembno pri dvigu samopodobe (veliko jih je že daljši čas prejemnikov denarne socialne pomoči, kar pomeni materialno odvisnosti od drugih oziroma države). Pri tej ideji jih je vodila tudi sedanja situacija v državi, saj so pogosto v hiši sprejeli ljudi, ki so prišli na vrata z besedami »Lačni smo, ali imate kaj za pojesti ...«.

Zato so skupaj z Občino Žalec v sredi leta 2013 začeli izvajati načrte za javno kuhinjo ter delo z viški hrane. Občina je njihov projekt v celoti moralno in finančno podprla in tako so 24.12.2013 odprli javno kuhinjo v njihovih prostorih. Program je namenjen uporabnikom, ki

so s tem pridobili brezplačen topel obrok ter socialno ogroženim občanom Občine Žalec. Predvideli so vključitev 40 uporabnikov, ki storitev koristijo od ponedeljka do petka.

Naslednji projekt, ki ga je prav tako izpeljala Občina Žalec in ga tudi koordinira, so viški hrane, s katerimi pomagajo socialno ogroženim družinam v občini.

Bistvo obeh projektov, ki jih izvajajo je, da uporabniki pri vseh aktivnostih sodelujejo: razdeljujejo hrano v javni kuhinji, pomagajo pri čiščenju prostorov in posode, sodelujejo pri razdeljevanju viškov hrane, vozijo hrano iz javne kuhinje tudi po terenu (imajo nekaj uporabnikov, ki živijo na oddaljenih krajih in ne zmorejo prihajati sami) Njihovo delo je odgovorno in pomembno, kar se odraža tudi na njihovem vedenju (so urejeni, nekateri že več let abstininirajo od alkohola ali nedovoljenih trdih drog, drugi se redno psihiatrično zdravijo; v komunikaciji so postali strpnejši, zrelejši, ... počutijo se pomembne, ker lahko tudi oni pomagajo drugim ...).

Vse aktivnosti uporabniki izvajajo prostovoljno kot del delovne terapije, ali, če imajo pogoje, jih vključijo v delovno usposabljanje ali pa zaposlijo preko javnih del. Vsem uporabnikom so omogočili, da so poslušali predavanja in opravili izpit iz Haccp-a.

Namen je, da vse te dodatne dejavnosti združijo še z določenimi dejavnostmi in ustanovijo invalidsko podjetje, kjer bodo delali predvsem njihovi uporabniki in s tem bi jih pripeljali do enega izmed najpomembnejših ciljev – materialne osamosvojitve, ki je predpogoj, da bodo lahko realneje iskali tudi samostojno bivanje.

Ciljna skupina uporabnikov

Dejavnost bivalne enote je namenjena:

- Prvenstveno občanom, ki ostanejo brez bivališča, pa tudi občanom drugih občin (do sedaj so imeli v zavetišču že občane iz vseh slovenskih regij).
- Uporabnikom njihovih programov, ki so ostali brez bivališča, ali so že prej živeli »na ulici«, v razpadajočih praznih objektih, v zapuščenih avtomobilih. Vsi ti imajo le fiktivno bivališče, kjer pa ne morejo bivati, ali pa fiktivno stalno prijavo bivališča na Centru za socialno delo.
- Uporabnikom nedovoljenih drog, ki so začasno ostali brez prebivališča (npr. tisti uporabniki, ki so jih starši »nagnali« od doma).
- V letu 2010 so začeli vključevati tudi tiste uporabnike, ki so za krajši čas k njim napoteni s strani interventne službe, ki jo za osem CSD v celjski regiji izvaja CSD Celje (žrtve nasilja, osebe s posebnimi potrebami, osebe, ki dobijo ukrep prepovedi približevanja ...).
- V Zavetišče za brezdomce »Želva«, sprejemajo vse uporabnike ne glede na spol in starost.

Pogoji za vključitev:

- Izražena želja uporabnika, da biva pri njih (prostovoljna vključitev).

- Sprejemanje in upoštevanje pravil, ki veljajo v bivalni enoti (vsak uporabnik podpiše dogovor o vključitvi v bivalno enoto).

Število uporabnikov, ki so program koristili do sedaj:

- V letu 2005 je bilo v bivalni enoti 12 uporabnikov
- V letu 2006 je bilo povprečno letno vključenih 18 uporabnikov
- V letu 2007 je bilo vključenih 31 uporabnikov
- V letu 2008 je bilo skupno vključenih 25 uporabnikov
- V letu 2009 je bilo vključenih 29 uporabnikov
- V letu 2010 je bilo vključenih 32 različnih uporabnikov
- V letu 2011 je bilo vključenih 23 različnih uporabnikov in 14 svojcev
- V letu 2012 je bilo vključenih 32 različnih uporabnikov. 21 uporabnikov je bivalo v Zavetišču, 11 uporabnikov oziroma njihovih svojcev pa je koristilo druge storitve Zavetišča za brezdomce »Želva«.
- V obdobju od 1.1.2013 – 31.12.2013 je bilo vključenih 32 uporabnikov, od tega jih je v Zavetišču bivalo 22, ostali pa so koristili druga Zavetišča za brezdomce »Želva«.

Starost uporabnikov:

Najmlajši uporabnik, ki je v letu 2013 bival v Zavetišču za brezdomce »Želva«, je star 19 let, najstarejši pa 61 let: povprečna starost za leto 2013 je 39 let.

Spol 22 oseb, ki so bivale v Zavetišču za brezdomce »Želva« v letu 2013, 19 moških = 86,36 %, 3 ženske = 13,64 %.

Specifične značilnosti:

- Pri njih lahko biva vsak, ki je ostal brez bivališča in nima možnosti bivanja nikjer drugje, nima pa sredstev, da bi si sam najel sobo ali stanovanje. Vsi uporabniki imajo le fiktivno bivališče, ker že vrsto let ne bivajo ali pa so prijavljeni na CSD.
- Uporabniki nedovoljenih trdih drog, politoksikomani.
- Precej uporabnikov ima »dvojne diagnoze« (psihoza in uživanje drog ali alkohola).
- Uporabniki, ki imajo težave z odvisnostjo od alkohola (zlasti tisti nad 35 let).
- Uporabniki, ki imajo težave v duševnem zdravju (psihoze).
- Uporabniki, ki imajo zdravstvene težave, a nimajo pogojev za dom upokojencev.
- Uporabniki, ki se jih lahko namešča po Pravilniku o kriznih namestitvah.

Krajevni obseg

- Dejavnost se izvaja za območje upravne enote Žalec oziroma šestih občin, ne odklonijo pa nikogar, ki se nahaja na lokalnem območju, pa je brez bivališča oziroma ima le fiktivno bivališče brez možnosti bivanja, saj je značilnost njihovih uporabnikov, da se precej selijo (jim starši prepovedo bivanje doma, gredo k prijateljem, ostanejo »na ulici«, ker so izgubili socialno stanovanje). Dejansko so imeli uporabnike že iz vseh slovenskih regij. Od leta 2009 dalje se večinoma namestitvev uporabnikov iz drugih regij ureja preko CSD, saj sedaj centri že poznajo program in so dejansko oni

tisti, ki napotijo uporabnike k njim, oziroma jim posredujejo informacije o njihovem zavetišču.

Vključujejo različne uporabnike glede na probleme, ki jih imajo:

- brezdomstvo
- politoksikomanija
- brezposelnost
- nezaposljivost
- invalidnost
- nemotiviranost za spremembe
- rigidnost v razmišljanju in vedenju
- zdravstveni problemi (subakutne in kronične telesne komplikacije, sepse, hepatitis...)
- težave v duševnem zdravju (dvojne diagnoze)
- težave v vedenju
- storilci prekrškov in kaznivih dejanj
- kognitivne motnje (zaznavanja, mišljenja, predstavljanja)
- motnje čustvovanja in razpoloženja
- izključenost iz socialne mreže

Družinske razmere in socialno omrežje (zakonski stan, partnerstvo, odnosi s sorodniki, prijatelji, znanci ...):

- Večina uporabnikov izhaja iz različnih družin, vsi so bili že obravnavani na CSD.
- Večina uporabnikov je samskih.
- Odnose s sorodniki imajo le občasno. Veliko svojcev je že bilo zaradi težav obravnavanih v sklopu CSD.
- Večina uporabnikov ima le malo stikov z ljudmi, ki niso njihovi uporabniki. Če ti stiki obstajajo, so to različne službe, kjer iščejo pomoč, s svojci in pri redkih uporabnikih – delodajalci.

Pri svojem delu uporabljajo različne metode dela. Delo v skupini poteka v obliki informiranja, pogovorov, izvajanja kreativnih delavnic in različnih tečajev, urejanje prostorov Zavetišča za brezdomce Želva in njihove okolice. Izvajajo tudi predavanja za uporabnike, skupaj z uporabniki dnevnega centra.

Ob ponedeljkih imajo redna srečanja, ki se jih udeležijo vsi uporabniki Zavetišča. Pogovarjajo se o podanih predlogih, rešujejo težave in si zastavljajo nove cilje in aktivnosti. Po potrebi so lahko sestanki s strokovno vodjo tudi večkrat, predvsem takrat, ko je potrebno razrešiti konfliktno situacijo, predelati kršitve in sprejeti potrebne ukrepe. Uporabnikom lahko dajo veliko možnosti odločanja.

Delo s posameznikom izvajajo v obliki individualnega informiranja pred sprejemom v Zavetišče za brezdomce »Želva«, uvodnega razgovora z uporabnikom ob sprejemu v bivalno enoto ter podpisom dogovora. S posameznim uporabnikom se v zvezi z vsako storitvijo

pogovorijo in vedno podpišejo dogovor o zadevah, ki jih zanj urejajo. Vedno izhajajo iz potreb uporabnikov.

Vsak, ki je zaposlen v programu ali deluje kot prostovoljec, podpiše izjavo, s katero se obvezuje, da bo upošteval Zakon o varovanju osebnih podatkov (in se s podpisom zavezuje k kazenski in materialni odgovornosti) ter dostojanstvo in osebno integriteto vsakega posameznika. Pri svojem delu upoštevajo kodeks etičnih načel, vso zakonodajo s področja socialnih dejavnosti in Statuta društva.

Opredelitev pogojev za vključitev uporabnikov:

Pogoji za vključitev so spremljanje in upoštevanje pravil zavetišča ter izražena želja uporabnika, da se vključi v program. Vsak uporabnik podpiše dogovor o sodelovanju v zavetišču.

V Zavetišču za brezdomce Želva imajo na voljo 18 (15 + 3 rezerve) ležišč. Trenutno biva 8 uporabnikov, s centri za socialno delo se dogovarjajo še za 2 vključitvi.

V obdobju od 1.1.2013 – 31.12.2013 je bilo povprečno število ur vključenosti uporabnikov 825,48 ur, vključenih pa je bilo 32 različnih uporabnikov, od teh jih je 22 bivalo v Zavetišču.

Uporabniki Zavetišča za brezdomce Želva plačajo mesečno 108 €, kar je prispevek za celotno 24 urno oskrbo (bivanje, hrana (5 obrokov), pranje perila, tuširanje ...).

Organizacija dela z uporabniki in vloga uporabnikov pri načrtovanju in izvajanju dejavnosti

Zavetišče ima obliko bivalne enote s 24 urno namestitvijo. V okviru zavetišča se izvajajo aktivnosti, v katere so vključeni vsi uporabniki, ki bivajo v hiši, pa tudi tisti uporabniki, ki so zavetišče zapustili, ker so pridobili neprofitno stanovanje, pa še vedno želijo podporo in svetovanje. Uporabnike motivirajo, da pokažejo zanimanje, sposobnost in željo za ponovno socialno vključenost ter aktivno vključitev na trg dela ali zgolj za ureditev akutne socialno ekonomske situacije. Vsak posameznik aktivno sodeluje pri izvedbi programa vsaj tri ure na dan pri vsakodnevni opravi. Nadaljnje sodelovanje je odvisno od želje in potreb posameznika, kar pa ne pomeni, da s tistimi uporabniki, ki niso motivirani za delo na sebi in v skupnosti, kjer živijo, ne delajo, ampak se z njimi še bolj pozorno in intenzivno dela, dober vzor pa so jim ostali uporabniki, ki so naredili pomembne spremembe na sebi (veliko se med sabo pogovarjajo o tem, kako so živeli včasih in kako živijo sedaj in vsi, ki so si uredili in odgovorno zaživeli, so ponosni nase). Menijo, da so uporabniki toliko pripravljeni vložiti v spremembe (tako osebnostne kot življenje, kjer živijo) tudi zato, ker vse aktivnosti načrtujejo skupaj, sprejemajo njihove pobude, jim dajejo možnost, da o zadevah skupno odločajo in že s tem prevzemajo določeno odgovornost za planirano, hkrati pa krepijo v sebi občutke, da zmorejo in da tudi oni oziroma predvsem oni odločajo, kaj se bo počelo, oziroma, katere dejavnosti se bodo razvijale (na primer ko so se začeli pogovarjati o javni kuhinji, so sprejeli obveznost, da bodo sami renovirali in pripravili prostore, kjer bo ta kuhinja in tako je delo potekalo brez večjih težav do uspešnega zaključka).

Sicer delujejo po demokratičnih načelih, za vsako storitev se s posameznikom pogovorijo in podpiše dogovor o tem, kaj bodo urejali. Tudi pri širitvah dejavnosti se vedno ravna po načelu potreb uporabnikov, ki jih zaznajo iz vsakodnevnih razgovorov v hiši in na terenu.

Pri delu upoštevajo kodeks etičnih načel, vso zakonodajo s področja socialnih dejavnosti in Statut društva.

Zadovoljevanje potreb uporabnikov in lokalne skupnosti:

Pri načrtovanju in izvedbi dejavnosti sodelujejo vsi uporabniki. Vse predvidene aktivnosti se predhodno predstavijo tudi uporabnikom in se poiščejo skupne rešitve. Z uporabniki izpeljejo spremembe v dogovorih, pravilih, načrtu delovanja ter o posledicah, v kolikor se pravila, dogovori, kršijo. Program prilagajajo uporabnikom Zavetišča glede na njihove potrebe in trende na področju brezdomstva. Društvo se predstavlja javnosti predvsem s ciljem spremeniti odnos in razbijati predsodke. Sodelujejo z različnimi institucijami na organiziranih srečanjih in se predstavljajo drugim institucijam, ki se prav tako srečujejo s problemom brezdomstva.

Zavedajo se, da je vedno prostor za nadgradnjo in izboljšave, zato vsi vse skozi predvidevajo ustvariti oprijemljive rezultate in izvesti določene aktivnosti v obsegu omejenih finančnih sredstev, ki so jim na voljo.

Menijo, da so z odprtjem javne kuhinje ter prevzemom projekta viški hrane pri marsikomu spremenili pogled na njihove uporabnike, saj ljudje prihajajo na kosila, po hrano za svoje družine brez vsakršnih predsodkov in s tem se njihova vloga v lokalni skupnosti kaže v popolnoma drugačni luči, kot so jo bili ljudje navajeni, hkrati pa uporabniki širijo svojo socialno mrežo!

Naloge in področja dela:

- sodelovanje pri postavljanju in vzdrževanju uporabnikove socialne mreže
- ravnanje v skladu s kodeksom etičnih načel v socialnem varstvu
- informiranje uporabnika o temeljnih pravicah s področja socialnega varstva
- sprejemanje uporabnikov
- informiranje o storitvah in urejanje pogojev za namestitve
- skrb za osebno higieno
- možnost pridobitve in izbira oblačil
- skrb za redno in zdravo prehrano
- oskrba prostorov
- vključevanje uporabnikov pri dnevnih opravilih v zavetišču
- izvajanje telesnih aktivnosti
- podporna komunikacija
- učenje ravnanja v konfliktnih situacijah in primerih nasilja
- sodelovanje z vsemi, ki delajo v programu
- skrb za obveščanje uporabnikov o pomembnih zadevah v lokalnem in širšem okolju (možnosti branja časopisov, knjig, internet ...)

- športne aktivnosti za krepitev zdravja
- pridobivanje neformalnih znanj in spretnosti

Vključevanja prostovoljcev v program:

V Društvo so vključeni tako zunanji prostovoljci kot tudi prostovoljci, ki so uporabniki Zavetišča za brezdomce. V hiši in pri aktivnostih vse skozi pomagajo in sodelujejo brezposelne osebe, vključene v program usposabljanja na delovnem mestu (sodelujejo s Podjetjem Racio iz Celja, sodelovali so z inštitutom za rehabilitacijo Soča Ljubljana) ter osebe, ki opravljajo dela v korist humanitarnih organizacij. Prostovoljci pomagajo pri hišnih opravilih, čiščenju, delu na vrtu in v delavnici, pomoč pri različnih opravilih na domu, izvedbi raznovrstnih delavnic itd. .

Način evalviranja:

(ugotavljanje učinkov in uspešnosti)

V Društvu vodijo vse postopke dela v skladu z zunanjo evalvacijo, katere nazor in usmeritve vodi ter izvaja Inštitut za socialno varstvo in iz česar so natančno razvidne vse storitve, ki jih izvajajo vsi zaposleni. S pomočjo baze podatkov vseh postopkov pridobijo informacije o vključenosti uporabnikov v posamezne postopke (npr. svetovanje ...) za določeno časovno obdobje. Poleg navedenega vodijo evidenco o dnevnem, mesečnem številu uporabnikov, evidenco o vseh načrtovanih in izvedenih aktivnostih, na posebno prirejenih obrazcih kvalitativno beležijo vsakodnevna dogajanja. Vodijo tudi dosjeje, kjer se beležijo vse svetovalne storitve pri posamezniku (vsebinski zapisi razgovorov, sklenjeni dogovori...) ter individualne obravnave z vso potrebno dokumentacijo. S pomočjo vprašalnikov za uporabnike ob vstopu/izstopu, dokumentacije o uporabniku in šifrantov postopkov vrednotijo zadovoljstvo uporabnikov s programom, zaposlenimi, urejenost zdravstvenega zavarovanja itd. Redno se izvaja mentorstvo javnim delavcem (vsi sodijo v kategorijo zelo težko zaposljivih, potrebujejo dnevno vodenje, poleg tega skozi proces dela pridobivajo tudi znanja in spretnosti s področja komunikacije, reševanja problemov, strokovna znanja s področja zasvojenosti, duševnega zdravja, brezdomstva, znanja s področja delovanja Društva, podobnih institucij ...).

Povezanost programa z ostalimi oz. z ustrezno mrežo socialnovarstvenih dejavnosti:

Pri urejanju različnih težav uporabnikov je Društvo povezano z različnimi službami. Tako se povezujejo z bolnišnicami, Centri za socialno delo, s pravosodnimi ustanovami, psihiatričnimi ustanovami, zdravstvenimi domovi in Zavodom za zaposlovanje. Sodelujejo tudi z različnimi institucijami na organiziranih srečanjih, ki se prav tako srečujejo s problemom brezdomstva.

Izobraževanje in usposabljanje

V Društvu se zaposleni zavedajo pomembnosti izobraževanja in usposabljanja ter s tem možnosti prenosa znanja med zaposlenimi, uporabniki in tudi v lokalni skupnosti. Vsi zaposleni imajo redno supervizijo ter redno tedensko intervizijo, kjer poleg tekočih problemov in analize dela pogosto predelujejo tudi teorijo s področja zasvojenosti, psihoz in

brezdomstva. Za zaposlene prek javnih del pa redno izvajajo interno izobraževanje ob intervizijah ter študiji literature s področja že navedenih področij. Pridobljeno znanje in veščine prenašajo v prakso pri vsakdanjem delu z uporabniki ter s povezovanjem in sodelovanjem z lokalno skupnostjo, mediji (s tem skrbijo za večjo prepoznavnost programa v javnosti kot tudi ozaveščanjem javnosti z namenom spremeniti odnos do brezdomcev).

Supervizija

Redno se izvajajo supervizije s strani supervizorke mag. Irene Pražnikar, ki ima licenco s strani Socialne zbornice Slovenije. Supervizija se izvaja 4 – 6 krat letno po 1,5 – 2 ure.

Vodenje in shranjevanje dokumentacije

V okviru zavetišča vodijo dokumentacijo o uporabnikih, dokumentacijo o zaposlenih, računovodsko dokumentacijo, dokumentacijo po Zakonu o varstvu pri delu, dokumentacijo o zahtevnih pogojih za delo z hrano (HACCP), dokumentacijo o zavarovanju, dokumentacijo o programih (razpisna dokumentacija s prilogami po letih), dokumentacija za evalvacijo (celotno dokumentacijo za vse storitve od vseh zaposlenih, mesečno pridobljeni podatki po uporabnikih ...).

Različne vrste dokumentacije vodijo o uporabnikih:

- dosjeji, kjer se beležijo vse svetovalne storitve ter dokumentacija o uporabniku (kratki vsebinski zapisi razgovorov, sklenjeni dogovori ...)
- beleženje vseh storitev (vsi zaposleni) za potrebe evalvacije
- evidenca o številu uporabnikov, ki dnevno spijo
- evidenca o mesečnem povprečju uporabnikov, ki bivajo tam
- evidenca o vseh planiranih in izvedenih aktivnostih
- izpolnjevanje vprašalnikov v procesu evalvacije (prek Inštituta za socialno varstvo)
- 1 x letno uporaba vprašalnikov o oceni programa
- kvalitativno beleženje o dogajanju ter dinamiki v skupini (na posebno prirejenih obrazcih), na podlagi katerih se opravlja dvakrat tedensko analiza stanja

Vso navedeno dokumentacijo shranjujejo v zaklenjenih omarah oz. v fasciklih, ki se nahajajo v dveh zaklenjenih pisarnah, do katerih imata dostop le dva strokovna delavca.

Na področju varstva osebnih podatkov imajo sprejet Pravilnik o varstvu osebnih podatkov, s katerim so seznanjeni vsi zaposleni in se ga pri ravnanju s podatki in obdelavi le-teh dosledno držijo. Vsak, ki dela v programu, podpiše na začetku tudi izjavo, s katero se zaveže k varovanju podatkov.

Pritožbeni postopek

(postopek in način seznanjenosti uporabnikov z njim)

Uporabniki so seznanjeni s pritožbenim postopkom ob sprejemu v Zavetišče za brezdomce. Vsi uporabniki imajo možnosti uporabiti pritožbene poti, če menijo, da so kršene njihove pravice, in sicer:

- pritožba vodji programa oz. odgovorni osebi Društva
- pritožba Upravnemu odboru Društva (četudi z odločitvijo vodje niso zadovoljni)
- možnost pritožbe na Socialno inšpekcijo