

GEA COLLEGE – CENTER VIŠJIH ŠOL

DIPLOMSKO DELO

JANJA ZAVRŠNIK

GEA COLLEGE – CENTER VIŠJIH ŠOL
Višješolski študijski program Organizator socialne mreže

**PRIMERJAVA PROGRAMOV CELOVITE NAMESTITVE
Z ZDRAVSTVENO OSKRBO ZA BREZDOMNE V
SLOVENIJI IN V NEKATERIH DRŽAVAH EVROPSKE
UNIJE**
Diplomsko delo

Mentorica: Barbara Masle Erjavec Avtorica: Janja Završnik

Ljubljana, 2021

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Barbari Masle Erjavec za koristne nasvete in napotke pri pisanju diplomskega dela. Hvala vam za vso pomoč.

Hvala vsem predavateljem smeri Organizator socialne mreže za zanimiva predavanja in predstavitev lastnih strokovnih izkušenj.

Hvala vsem mojim sodelavkam in sodelavcem Društva prostovoljcev Vincencijeve zveze dobrote, še posebej predsedniku dr. Petru Žaklju, za dober zgled, vse ideje, pomoč in skupno prehojeno pot.

Hvala tudi mojim najbližjim, posebej skupnosti Betlehem, za podporo in razumevanje v času študija in pisanja diplomskega dela.

IZJAVA O AVTORSTVU

»Izjavljam, da je diplomsko delo v celoti moje avtorsko delo, ki sem ga izdelal samostojno s pomočjo navedene literature in pod vodstvom mentorja.«

Ljubljana, 18. 3. 2021

Janja Završnik

SOGLASJE K OBJAVI ZAKLJUČNEGA DELA NA SPLETNIH STRANEH

»Skladno s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah dovoljujem objavo tega diplomskega dela na spletni strani zbirke diplomskih del šole«.

Ljubljana, 18. 3. 2021

Janja Završnik

POVZETEK

Pri delu z brezdomnimi se pogosto pojavlja vprašanje, kako pomagati osebi, ki poleg namestitve potrebuje tudi zdravstveno oskrbo.

Namen diplomskega dela je pripraviti izhodišča za vpeljavo celovitega programa namestitve z zdravstveno oskrbo za brezdomne v okviru Društva prostovoljcev Vincencijeve zveze dobrote. Predvidevamo, da bi namestitev z zdravstveno oskrbo doprinesla k izboljšanju zdravja in kakovosti življenja ljudi, ki živijo na dnu družbene lestvice. Raziskali smo primere celovite namestitve z zdravstveno oskrbo za brezdomne v Sloveniji in v nekaterih državah Evropske unije, z namenom pridobiti ideje za podoben program v Sloveniji.

Ključne besede: brezdomstvo, namestitev z zdravstveno oskrbo, nacionalne strategije, primerjava programov.

SUMMARY

When working with the homeless, the question often arises as to how to help a person who needs medical care in addition to accommodation. The shelter does not offer the possibility of basic health care, other forms of institutional care and is often not available.

The purpose of this thesis is to prepare the starting point for the introduction of a comprehensive program of accommodation with health care for the homeless within *The Association of St. Vincent de Paul Volunteers*. We anticipate that placement with health care would contribute to improving the health and quality of life of people living at the bottom of the social scale. We researched cases of comprehensive accommodation with health care for the homeless in Slovenia and in some countries of the European Union, in order to obtain ideas for a similar program in Slovenia.

Keywords: homelessness, placement with health care, national strategies, comparison of programs with health care, example of a new program.

KAZALO

1	UVOD	1
2	BREZDOMSTVO: DEFINICIJA, KLASIFIKACIJA, POJAVNOST, RAZLOGI ...2	
2.1	DEFINICIJA BREZDOMSTVA.....	2
2.2	ETHOS KLASIFIKACIJA BREZDOMSTVA.....	2
2.3	POJAVNOST IN DEMOGRAFIJA BREZDOMSTVA V SLOVENIJI.....	5
2.3.1	Pojavnost brezdomstva v Sloveniji	5
2.3.2	Demografske značilnosti brezdomnih oseb	6
2.4	RAZLOGI ZA BREZDOMSTVO.....	7
3	BREZDOMSTVO IN ZDRAVSTVENA PROBLEMATIKA	9
4	ZGODOVINA POMOČI ZA BOLNE BREZDOMNE V SLOVENIJI	12
4.1	ŠPITALI.....	12
4.2	UBOŽNICE.....	12
4.3	SIROTIŠNICE.....	13
4.4	HIRALNICE.....	13
5	NACIONALNE STRATEGIJE ZA POMOČ BREZDOMNIM V NEKATERIH DRŽAVAH ČLANICAH EU	14
5.1	AVSTRIJA.....	14
5.2	DANSKA.....	14
5.3	GRČIJA.....	14
5.4	POLJSKA.....	14
5.5	SLOVENIJA.....	15
6	JEDRO – PRAKTIČNI DEL	17
6.1	PRIMERI NAMESTITVE Z ZDRAVSTVENO OSKRBO V NEKATERIH DRŽAVAH ČLANICAH EU.....	19
6.1.1	Avstrija	19
6.1.1.1	Primarni zdravstveni centri.....	19
6.1.1.2	Mobilne enote.....	20
6.1.1.3	Bolnišnične storitve.....	21
6.1.2	Danska	21
6.1.3	Grčija	21
6.1.3.1	PRAKSIS.....	22
6.1.3.2	EMFASIS.....	22

6.1.4	Poljska	23
6.1.5	Slovenija	24
6.1.5.1	Ambulante za osebe brez zdravstvenega zavarovanja	24
6.2	PRIMERJAVA PROGRAMOV Z ZDRAVSTVENO OSKRBO MED NEKATERIMI DRŽAVAMI ČLANICAMI EU	25
6.3	IZHODIŠČE ZA VPELJAVO CELOVITEGA PROGRAMA NAMESTITVE Z ZDRAVSTVENO OSKRBO ZA BREZDOMNE V OKVIRU DRUŠTVA PROSTOVOLJCEV VZD – HIŠA ZA UBOGE.....	26
6.3.1	Društvo prostovoljcev Vincencijeve zveze dobrote	26
6.3.2	Programi na področju brezdomstva v Društvu prostovoljcev VZD.....	27
6.3.3	Hiša za uboge	28
6.3.3.1	Namen in vizija Hiše za uboge.....	29
6.3.3.2	Možnost zaposlitve organizatorja socialne mreže v programu celovite namestitve.....	30
7	ZAKLJUČEK.....	32
8	BIBLIOGRAFIJA.....	34
8.1	LITERATURA	34
8.2	VIRI	36

SEZNAM SLIK

Slika 1: Shema pomoči brezdomnim v Evropski uniji.....	11
Slika 2: Konceptualni model bolnišnice in zavetišča – prekrivajočih se sistemov	18

SEZNAM TABEL

Tabela 1: Kategorije ETHOS klasifikacije brezdomstva	3
Tabela 2: Dejavniki, ki pripomorejo k nastanku brezdomstva.....	8
Tabela 3: Število in delež brezdomnih v posamezni državi	25
Tabela 4: Primerjava programov pomoči med državami	26
Tabela 5: Število uporabnikov v programu Celostna pomoč brezdomnim.....	28
Tabela 6: Tveganja in rešitve programa Hiša ubogih.....	30

SEZNAM KRATIC IN SIMBOLOV

DSO	dom starejših občanov
ETHOS	Evropska tipologija brezdomstva in socialne izključenosti
EU	Evropska unija
FEANTSA	Evropska zveza nacionalnih organizacij, ki delujejo na področju brezdomstva
MDDSZ	Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti
MOL	Mestna občina Ljubljana
MZ	Ministrstvo za zdravje
VZD	Vincencijeva zveza dobrote
ZDA	Združene države Amerike

1 UVOD

V programu Celostna pomoč brezdomnim v Društvu prostovoljcev Vincencijeve zveze dobrote smo zaznali potrebo po programu celovite namestitve z zdravstveno oskrbo za brezdomne. Pri delu se srečujemo z brezdomnimi osebami, ki imajo bodisi akutne bodisi kronične zdravstvene težave in bi za izboljšanje svojega zdravstvenega stanja potrebovali ustrežno namestitev. Pogosto namreč prejmemo klic iz bolnišnic s prošnjo za namestitev ljudi z dna družbene lestvice, ki po odpustu iz bolnišnice nimajo kam iti. Opažamo, da v Sloveniji primanjkuje primernih namestitev za obolele ali poškodovane osebe, ki nimajo pogojev za sprejem v institucionalno varstvo ter nimajo možnosti prejeti pomoči v domačem okolju. Zavetišča in bivalne enote namreč ne nudijo zdravstvene pomoči brezdomnim, negovalne bolnišnice pa nudijo namestitev in zdravstveno oskrbo le za kratek čas.

Teze diplomskega dela so:

1. Namestitev z zdravstveno oskrbo bi doprinesla k izboljšanju zdravja in kakovosti življenja ljudi, ki živijo na dnu družbene lestvice.
2. Namestitev z zdravstveno oskrbo bi doprinesla k zmanjšanju hospitalizacij in manjši obremenitvi sekundarnih ter terciarnih zdravstvenih ustanov.
3. Namestitev z zdravstveno oskrbo bi doprinesla k večjemu razumevanju okolja do najbolj obrobnih, k bolj odgovornemu sobivanju in k zmanjševanju individualizma ter ugodja.

Namen diplomskega dela je pripraviti izhodišča za vpeljavo celovitega programa namestitve z zdravstveno oskrbo za brezdomne v okviru Društva prostovoljcev Vincencijeve zveze dobrote.

Cilji diplomskega dela so:

1. Preveriti obstoječe stanje oziroma dobre prakse na področju celovite namestitve z zdravstveno oskrbo za brezdomne v Sloveniji in v nekaterih državah Evropske unije.
2. Pridobiti nove ideje za ureditev primerne namestitve z zdravstveno oskrbo v Sloveniji, v kolikor to še ne obstaja.
3. Preveriti možnosti zaposlitve organizatorja socialne mreže v opisanih namestitvah.

2 BREZDOMSTVO: DEFINICIJA, KLASIFIKACIJA, POJAVNOST, RAZLOGI

2.1 DEFINICIJA BREZDOMSTVA

Obstajajo različne definicije brezdomstva, ki se razlikujejo med posameznimi državami. Vsebine definicij so odvisne od tradicije in kulture v posamezni regiji, od socialnega in političnega priznavanja brezdomstva ter tudi od tega, koliko sredstev se vlaga v napore za reševanje tovrstne problematike (Springer, 2000). Pomembno je, da je definicija brezdomstva čim širša, saj le tako lahko zajame tudi skrite oblike brezdomstva. Pojav brezdomstva namreč nosi več obrazov, zato je težko oblikovati definicijo, ki bi lahko zajela vse oblike brezdomstva.

Definicijo brezdomstva je razvila organizacija FEANTSA (ang. European Federation of National Organisations Working with the Homeless) – Evropska zveza nacionalnih organizacij, ki delujejo na področju brezdomstva. Ustanovljena je bila leta 1989 kot evropska nevladna organizacija s sedežem v Parizu. V organizacijo FEANTSA je vključenih več kot 130 članic, ki delujejo v 30 evropskih državah, tudi v vseh državah Evropske unije (FEANTSA, b. l.). Definicijo je poimenovala ETHOS (ang. European Typology on Homelessness and Housing Exclusion) – Evropska tipologija brezdomstva in socialne izključenosti. ETHOS združuje definicijo in klasifikacijo brezdomstva, kar omogoča delitev pojava v različne podkategorije. Definicija ETHOS je priznana v večini evropskih držav (Amore, Baker in Howden-Chapman, 2011) in ne vključuje le vidnega brezdomstva, ampak so v njej zajete tudi oblike skritega brezdomstva in ogroženosti pred izgubo stanovanja (Dekleva, 2014).

2.2 ETHOS KLASIFIKACIJA BREZDOMSTVA

ETHOS brezdomne osebe razvrsti v štiri kategorije brezdomstva in socialne izključenosti (Tabela 1). Brezdomstvo ETHOS definira na treh ravneh: fizični, družbeni in pravni. Fizična raven vključuje fizični prostor za bivanje, pravna raven označuje zakonito pravico do bivanja na določenem prostoru, družbena raven pa pomeni imeti zaseben prostor, v katerem lahko potekajo družbeni odnosi. Izključenost iz vseh treh dimenzij pomeni brezdomstvo, izključenost iz enega ali dveh področij pa socialno izključenost in potencialno brezdomstvo (Pirc Sansoni, 2014).

Tabela 1: Kategorije ETHOS klasifikacije brezdomstva

Konceptualna kategorija		Operacionalna kategorija	Podkategorija	Generična definicija
BREZ STREHE NAD GLAVO	1	Ljudje, ki živijo na prostem (brez zavetja)	1.1	Spijo pod milim nebom, nimajo 24-urnega dostopa do nastanitve/nimajo bivališča
			1.2	Dostopni s terenskim delom
	2	Ljudje, ki živijo v nočnih zavetiščih in so prisiljeni nekaj ur na dan preživeti na javnih prostorih	2.1	Nizkopražna zavetišča, ki vključujejo le nočitve (spanje v Ljubljani v zabojnikih)
			2.2	Poceni penzioni
			2.3	Kratkotrajne hotelske namestitve
	BREZ STANOVANJA	3	Ljudje, ki živijo v zavetiščih za brezdomce/kratkoročnih namestitvah	3.1
3.2				Začasno bivanje (brez določenega roka)
3.3				Začasno bivanje (s prehodnim rokom)
3.4				Začasno bivanje (z daljšim rokom)
4		Ženske, ki živijo v zavetiščih/zatočiščih/ varnih hišah za ženske	4.1	Nastanitev v zavetiščih za ženske, varne hiše
			4.2	Podprte (razpršene)

				namestitve
	5	Ljudje, ki živijo v zavetiščih/azilih za priseljence	5.1	Začasne nastanitve/sprejemni centri (azili)
5.2			Nastanitve za repatriirance	
5.3			Bivališča za priseljske delavce (samski domovi)	
	6	Ljudje, ki so pred odpustom iz institucij	6.1	Kazenske institucije (pripori, zapori)
			6.2	Medicinske institucije
	7	Ljudje s specializirano podporo v zvezi z namestitvijo (zaradi brezdomstva)	7.1	Skupinske podprte (varovane) namestitve
			7.2	Individualne podprte (varovane) namestitve
			7.3	Namestitve v foajejih
			7.4	Nastanitve za najstniške starše
NEGOTOVO BIVALIŠČE	8	Ljudje, ki bivajo v negotovih bivališčih (brez pravice najema)	8.1	Začasno bivanje s sorodniki/prijatelji (ne po svoji izbiri)
			8.2	Bivanje brez veljavne (pod)najemne pogodbe
	9	Ljudje, ki živijo v grožnji pred izselitvijo/deložacijo	9.1	Pravne prisilne izselitve najemnikov
			9.2	Pravne prisilne izselitve zaradi spremembe lastnine

				(zaradi denacionalizacije)
	10	Ljudje, ki živijo pod grožnjo nasilja	10.1	Življenje pod grožnjo nasilja s strani partnerja, staršev ali drugih
NEPRIMERNO BIVALIŠČE	11	Začasne strukture	11.1	Mobilno domovanje (v avtu, prikolici, kolibi, vagonu)
			11.2	Ilegalna zasedba zemljišča (npr. Romi)
			11.3	Ilegalna zasedba stavbe (skvotiranje, bivanje v »bazi«, bivaku)
	12	Ljudje, ki živijo v neprimernih bivališčih	12.1	Neprimerno za bivanje (glede na nacionalno zakonodajo ali standarde)
	13	Ljudje, ki živijo v ekstremni prenaseljenosti	13.1	Glede na nacionalno normo prenaseljenosti

Vir: FEATSA, 2005.

2.3 POJAVNOST IN DEMOGRAFIJA BREZDOMSTVA V SLOVENIJI

2.3.1 Pojavnost brezdomstva v Sloveniji

Brezdomstvo v Sloveniji se v številčnejši obliki pojavlja zadnjih 30 let. Raziskava, s katero bi določili točno število brezdomnih v Sloveniji, še ni bila narejena. Po nekaterih ocenah naj bi bilo leta 1996 v Sloveniji 400 brezdomnih, leta 2005 pa 800. Za leto 2005 je predstavnik centra za brezdomne ocenil, da je bilo v Sloveniji okrog 1.200 brezdomnih. Na podlagi raziskave, ki je bila izvedena leta 2007, se je oblikovala ocena od 300 do 600 brezdomnih v obdobju enega leta v Ljubljani (Lozej, 2011). Po ocenah Ministrstva za delo, družino, socialne

zadeve in enake možnosti (MDDSZ) je bilo leta 2010 v Sloveniji 2.760 brezdomnih. Gre za grobo oceno na podlagi programov, ki jih sofinancira MDDSZ, vendar v te programe niso vključeni vsi brezdomci, nekateri pa uporabljajo programe različnih organizacij in so zato lahko šteti več kot enkrat. Hkrati tudi beleženje števila brezdomnih v posamezni organizaciji ni natančno. Množico uporabnikov si je namreč nemogoče poimensko zapomniti, spraševati jih vedno znova po imenu in priimku pa je neprimerno. Da je točno število brezdomcev zares nemogoče določiti, potrjuje tudi podatek društva Brezdomni do ključa, v katerem so združene vse organizacije, ki delajo z brezdomci; po njihovih ocenah je bilo v letu 2016 v Sloveniji nekaj več kot 6.700 brezdomnih oseb (Brodnik, 2017).

Na podlagi klasifikacije ETHOS je v Sloveniji po ocenah:

1. od nekaj 100 do več kot 1.000 oseb brez strehe nad glavo;
2. od 2.000 do nekaj 1.000 oseb brez stanovanja. To so osebe, k živijo v institucionalnih oblikah pomoči, npr. v zavetiščih, azilnih domovih, materinskih domovih, varnih hišah ipd.
3. več 1.000 oseb z negotovo nastanitvijo. Številka je sicer po mnenju različnih avtorjev veliko višja;
4. skoraj 80.000 oseb pa biva v neprimernem stanovanju (Dekleva in Razpotnik, 2011).

Glede na objavljene podatke je očitno, da se pojavnost brezdomstva v Sloveniji zvišuje. Dejavniki, ki vplivajo na večanje števila brezdomnih oseb, so: višanje cen stanovanj, radikalna privatizacija, gentrifikacija ter zmanjševanje dostopnosti vseh zdravstvenih storitev (Razpotnik in Dekleva, 2007).

2.3.2 Demografske značilnosti brezdomnih oseb

Brezdomni, ki so kot anketiranci sodelovali v raziskavah, opravljenih v Sloveniji od leta 2005 do leta 2014, so bili v veliki večini moški (83 %), stari od 17 do 77 let, v povprečju 42 let. Polovica teh oseb je imela zaključeno srednjo, 42 % pa osnovno šolo. Največ je bilo samskih in nikoli poročenih (54 %), druga največja skupina so bili ločeni (29 %). Povprečno nekaj manj kot polovica (44 %) jih je imela otroke. Velika večina (83 %) je bila v preteklosti že kdaj zaposlena; slednji so imeli v povprečju nekaj več kot 12 let delovne dobe (Brodnik, 2017).

2.4 RAZLOGI ZA BREZDOMSTVO

Najbolj tipični razlogi za brezdomstvo so brezposelnost in revščina, migracije, staranje, zdravstveni problemi, propadli odnosi, pomanjkanje primernih bivališč ter prešibka podpora ljudi, ki so odpuščeni iz zdravstvenih ustanov, bolnišnic, zaporov in drugih javnih ustanov (European Commission, b. l.). Brezdomstvo se pogosto začne z razpadom ali nezmožnostjo vzdrževanja socialnih mrež, ki ljudi v življenju stabilizirajo in dajejo dom. Brezdomstvo je ekstremna oblika revščine in socialne izključenosti. Za nekatere, ki otroštvo preživljajo v rejniških družinah, mladinskih domovih in vzgojnih zavodih, se brezdomstvo začne že v otroštvu, pri drugih je brezdomstvo posledica konfliktov ali zlorabljanja v družini, pogosto so vzrok tudi duševne težave, ločitev ali smrt bližnje osebe. V vseh naštetih položajih posameznik ostane brez oseb, ki so mu nudile čustveno, finančno in/ali materialno oporo. V slovenski raziskavi iz leta 2009 je skoraj 60 % anketiranih brezdomnih odgovorilo, da nimajo osebe, ob kateri bi se lahko sprostili, kadar so pod velikim pritiskom, in da nimajo osebe, s katero bi lahko delili najgloblja čustva in občutke (Brodnik, 2017).

Edgar in Meert (2005) sta predstavila dejavnike ogroženosti in tveganja stanovanjske izključenosti, ki lahko pripeljejo do ekstremne, trajne in večdimenzionalne socialne izključenosti (Tabela 2).

Tabela 2: Dejavniki, ki pripomorejo k nastanku brezdomstva

Vzroki	Dejavniki	Sprožilni dejavniki	Fokus podpore
STRUKTURNI	<ul style="list-style-type: none"> - revščina - nezaposlenost - stanovanjska problematika 	<ul style="list-style-type: none"> - dolgovi - finančna stiska - izselitev (prežeča ali dejanska) 	preventiva
INSTITUCIONALNI	<ul style="list-style-type: none"> - institucionalna bivanja v rejništvu ali druge zunaj družinske oblike vzgoje - izkušnja zapora - izkušnja vojske 	<ul style="list-style-type: none"> - zapustitev institucije - zapustitev oblike skrbi - odpust iz zapora - odpust iz vojske 	usmerjenost v stanovanje
MEDODNOSNI	<ul style="list-style-type: none"> - izkoriščevalski odnos v otroštvu - izkoriščevalski odnos v partnerstvu - razpad družine (smrt ali ločitev) 	<ul style="list-style-type: none"> - zapustitev doma staršev - pobeg iz izkoriščevalskega odnosa - posameznik ostane sam 	usmerjenost v oskrbo
INDIVIDUALNI	<ul style="list-style-type: none"> - duševna bolezen - motnja v duševnem razvoju - odvisnost od drog - odvisnost od alkohola 	<ul style="list-style-type: none"> - slabšanje stanja/epizode bolezni - konec podpornega odnosa - zloraba substanc. 	reintegracija

Vir: Edgar in Meert, 2005; Razpotnik in Dekleva, 2007.

3 BREZDOMSTVO IN ZDRAVSTVENA PROBLEMATIKA

Zdravstvena problematika brezdomnih oseb je ena ključnih tematik, povezanih z brezdomstvom. Brezdomne osebe imajo namreč precej slabše zdravstveno stanje kot ostali del populacije. Brezdomstvo je povezano tudi s hujšimi zdravstvenimi problemi in zgodnejšo umrljivostjo. V Veliki Britaniji je povprečna življenjska doba 77 let, medtem ko je življenjska doba za brezdomne moške 47 let in za brezdomne ženske 43 let. Podobno tudi na Danskem brezdomni umirajo povprečno 20 let prej kot ostala populacija (Klop, Onwuteaka-Philipsen in Gootjes, 2018).

Brezdomni imajo slabše fizično in mentalno zdravje, kar privede do zgodnejše umrljivosti kot v ostali populaciji. Slabo zdravstveno stanje je rezultat kroničnih bolezni, mentalnih zdravstvenih težav in zlorabe različnih substanc. Mentalne bolezni ima glede na različna poročila od 30 % pa vse do 60 % brezdomnih. Po drugi strani pa ima ravno populacija brezdomnih slabšo dostopnost do zdravstvene oskrbe in so vključeni v manj preventivnih zdravstvenih programov kot ostali del populacije. Prepreke do zdravstvenih uslug so zanje odsotnost zdravstvenega zavarovanja, neodzivnost na vabljen pregled, slabe izkušnje in strah pred diskriminacijo ter druge, zanje bolj pomembne prioritete, kot so iskanje bivališča, hrane ali različnih substanc (Jego, Abcaya, Ștefan, Calvet-Montredon in Gentile, 2018).

Pomemben primanjkljaj v zdravstveni oskrbi brezdomnih je tudi odsotnost »posttremantskih« in/ali negovalnih ustanov za to populacijo (Karner Sevčnikar, 2010).

Kot poudarja Pirec Sansoni (2014, str. 283), se v Sloveniji »brezdomci večkrat srečujejo z izključevalno in diskriminatorno politiko zdravstvenega sektorja«, ki se po njenem mnenju ne meni za njihovo socialno stanje, kar kaže na medicinski model obravnave in trdovratne predsodke do brezdomnih. V prispevku poudarja tudi pomanjkanje specializiranih služb za brezdomne osebe z ovirami ali kroničnimi zdravstvenimi težavami ter za preobremenjenost obstoječih služb.

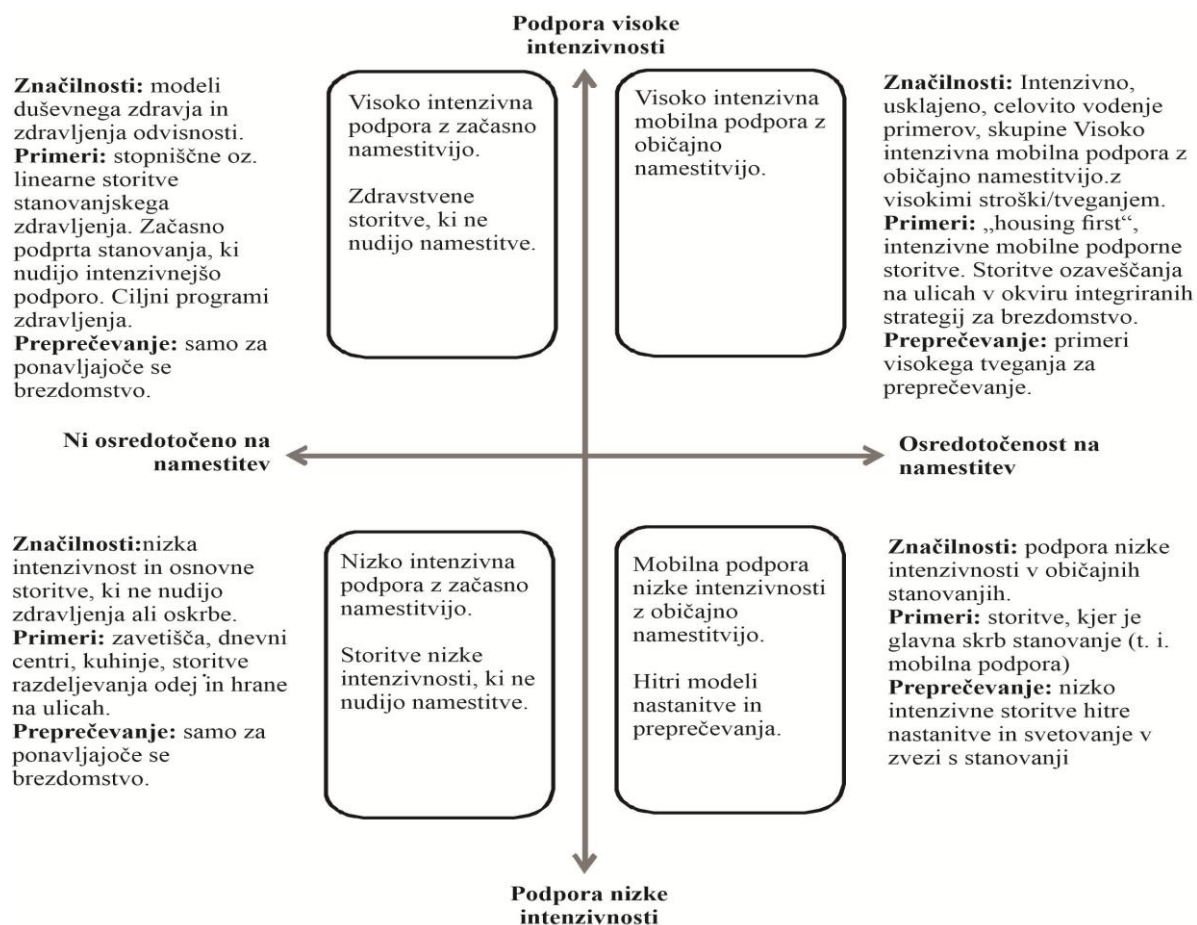
V poročilu o raziskavi iz leta 2014 Psihosocialni status brezdomnih – Ljubljana, ki so ga pripravili v Društvu prostovoljcev VZD, v kateri je sodelovalo 63 uporabnikov Dnevnega centra za brezdomce, je največ anketirancev svoje zdravstveno stanje ocenilo kot dobro (25,4 %), sledijo tisti, ki ga ocenjujejo kot srednje dobrega (23,8 %). 19 % anketirancev je zdravstveno stanje ocenilo kot slabo, 15,9 % pa kot zelo slabo. 85,7 % anketirancev je imelo urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje, 63,5 % pa je imelo urejeno tudi dopolnilno zdravstveno zavarovanje. 88,9 % anketirancev je odgovorilo, da ima osebnega zdravnika.

Anketiranci, ki nimajo obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma ga imajo, nimajo pa osebnega zdravnika, so na vprašanje, kje največkrat poiščejo oziroma bi poiskali pomoč v primeru hudih zdravstvenih težav, odgovorili, da so oziroma bi pomoč poiskali bodisi na urgenci bodisi v ambulanti Pro bono.

V anketi so brezdomne vprašali tudi o njihovih zdravstvenih težavah. Največji delež anketirancev je imel manjkajoče zobe (60,7 %), zvišan krvni tlak (21,3 %), težave v duševnem zdravju (19,7 %), bolezni in okvare hrbtenice (18,0 %), bolezni sklepov (18,0 %) ter pogoste poškodbe ali rane po telesu (16,4 %). Več kot polovica (54,1 %) jih je izbrala (tudi) odgovor »drugo«, kjer so navedli različna bolezenska stanja: alergije, bolečine v nogah, povečano prostato, kilo, epilepsijo, hepatitis, migrene, holesterol, previsoko težo, krvavitve iz črevesja, okvare jeter, išias, oslabeledost, nizek krvni tlak, krvne strdke ipd.

Med anketiranci jih je 11,5 % odgovorilo, da nimajo nobenih zdravstvenih težav, 60,3 % anketiranih pravi, da je v zadnjem letu uživalo zdravila, ki jim jih je predpisal zdravnik, 42,9 % anketirancev pa je zaradi zdravstvenih težav vsaj občasno uživalo zdravila, ki jih ni predpisal zdravnik (Društvo prostovoljcev Vincencijeve zveze dobrote, 2014).

Slika 1: Shema pomoči brezdomnim v Evropski uniji.



Vir: Pleace, Baptista, Benjaminsen inn Busch-Geertsema, 2018.

4 ZGODOVINA POMOČI ZA BOLNE BREZDOMNE V SLOVENIJI

Izrazi »brezdomstvo«, »brezdomec« in »brezdomni« se še ne pojavljajo tako dolgo v našem prostoru, zato je potrebno pogledati širše in zgodovinsko. Za reveže so na slovenskih tleh poskrbele institucije, ki so predhodnice današnjih domov za ostarele. Razvoj slednjih je povezan s spremembami v poznem srednjem in zgodnjem novem veku na evropskih tleh. V tem času je prišlo do številnih kolonizacijskih gibanj, demografske rasti in naraščanja števila brezposelnih ter beračev. Še zlasti se je število beračev zvišalo po končanih vojnah, po izbruhih kužnih boleznih, po raznih ujmah in požarih. Berači so postali škodljivi in disfunkcionalni, zato je takratna družba zanje poskrbela z ustanavljanjem internacijskih zavodov. Skrb v teh zavodih je bila usmerjena v korekcijo in socializacijo »škodljivih ljudi« – beračev. To so bili špitali, ubožnice, hiralnice ipd., ki so jih ustanavljali različni samostani, pozneje pa tudi knezi, deželni gospodje in bogati zasebniki. V ustanovah so delovali različni ljudje, med drugim tudi Hčere krščanske ljubezni - Sestre usmiljenke (Mali, 2008).

4.1 ŠPITALI

Špitali so bile ustanove, namenjene ljudem, ki so bili odrinjeni od skupnosti. Najpogosteje so bili v špitalih nameščeni tujci, pa tudi ljudje, za katere ni nihče hotel ali mogel poskrbeti: potepuhi, krošnjarji, romarji, kronično bolni in stari ljudje, zapuščeni otroci, sirote ipd. Špitali sodijo med najstarejše dobrodelne ustanove, ki so se pojavili v 12. stoletju v mestih, trgih in bližini gorskih prelazov. V poznem srednjem veku so špitali opravljali funkcijo ubožnice, hiralnice ali zatočišča za sirote, najdenčke in reveže. Na slovenskem ozemlju so prvi špital ustanovili leta 1228 v Kamniku, v 15. stoletju pa so se špitali pojavili tudi v Kranju, Škofji Loki, Ljubljani in drugod (Mali, 2008).

4.2 UBOŽNICE

Ubožnice ali ubožne hiše so nastale s specializacijo nekaterih špitalov. V ubožnicah so pomoč in oskrbo dobili ljudje, ki si z delom niso mogli priskrbeti osnovnih življenjskih potrebščin. V ubožnicah so revežem sprva ponujali prenočišče in hrano, bolni pa so lahko prejeli brezplačno zdravniško pomoč in zdravila. Na slovenskem ozemlju so prve ubožnice odprle svoja vrata konec 18. stoletja, in sicer v Ljubljani, Škofji Loki, Komendi, Novem mestu, Cerknici, Slovenskih Konjicah itd. Leta 1832 je mestni magistrat v Ljubljani najel ubožno hišo na Karlovški ulici, t. i. Mestno ubožnico, kjer je 100 oseb lahko brezplačno bivalo in prejemale

zdravstveno oskrbo ter zdravila. Do bivanja so imeli pravico le ubožni iz ljubljanske občine (Krejan, 2016; Mali, 2008).

4.3 SIROTIŠNICE

Sirotišnice so bile običajno velike enoprostorne stavbe, podobne cerkvam, kjer so ljudje bivali bodisi na skupnih pogradih bodisi kasneje v ločenih separejih z lesenimi pregradami. Sirotišnice so bile namenjene starim in bolnim ljudem, ki so si brezplačno namestitev prislužili z vključevanjem v različna dela na polju ali pa so pomagali pri osebni negi bolnikov. Sirotišnice so se pojavljale na Jesenicah, v Komendi, Ljubljani itd. (Mali, 2008).

4.4 HIRALNICE

V hiralnici so ljudje preživeli svoje zadnje življenjsko obdobje in tam umrli. Ustanovili so jih zato, ker v špitalih onemogli in neozdravljivo bolni ljudje niso bili več zaželeni. Prva zasebna hiralnica je bila ustanovljena leta 1852 pod vodstvom Hčera krščanske ljubezni - Sester usmiljenk (Mali, 2008; Pacek, 2019).

5 NACIONALNE STRATEGIJE ZA POMOČ BREZDOMNIM V NEKATERIH DRŽAVAH ČLANICAH EU

5.1 AVSTRIJA

V Avstriji nacionalna strategija za boj proti brezdomstvu in stanovanjski izključenosti ni osnovana. Med drugim je to posledica dejstva, da je odgovornost za to področje razpršena po različnih resorjih političnega in upravnega sistema, tako na nacionalni ravni kot v zveznih deželah in občinah. Na nacionalni ravni ima Avstrija sorazmerno visok delež najetih stanovanj, od tega pa sorazmerno visok delež občinskih stanovanj z nižjimi najemninami. Delež se sicer med posameznimi zveznimi deželami precej spreminja, kljub temu pa se tudi najemnine občinskih stanovanj z leti zvišujejo (Fink, 2019).

5.2 DANSKA

Danska strategija na področju brezdomstva je bila osnovana leta 2009. Namenjena je bila boju proti brezdomstvu z uporabo pristopa Housing First v kombinaciji z različnimi načini podpore na domu. Tovrstne podpore so možne v občinah in stanovanjih, ki so brezdomnim ponujena v skladu z danskim Zakonom o socialnih storitvah. Omenjene podpore so se izkazale kot zelo učinkovite pri preventivi brezdomstva med ranljivimi mladimi kot tudi pri dostopu brezdomnih oseb do trajnega bivališča (Kvist, 2019).

5.3 GRČIJA

Definicija brezdomstva je od leta 2012 zapisana v grški nacionalni zakonodaji, nacionalna strategija pa je bila ustanovljena leta 2018. Glavni cilji strategije so evidentiranje brezdomstva z oblikovanjem ustreznih kazalnikov in ciljev zmanjšanja števila na letni ravni, posodabljanje ustrezne zakonodaje ter oblikovanje ločenega pod-mehanizma za sodelovanje vseh zainteresiranih strani (FEANTSA, 2018).

5.4 POLJSKA

Tudi na Poljskem ne obstaja nacionalna strategija. Ministrstvo za delo in socialno politiko je sicer v letih med 2008 in 2010 pripravljalo osnutek programa, ki pa ni bil sprejet. Leta 2014 so nekateri člani poljske FEANTSA pripravili osnutek strategije, ki pa ga je ministrstvo zavrnilo, saj je vlada sprejela širšo strategijo, imenovano Nacionalni program za boj proti

revščini in socialni izključenosti. Ena od prednostnih nalog se nanaša neposredno na stanovanjsko negotovost in brezdomstvo.

5.5 SLOVENIJA

V Sloveniji nacionalna strategija za pomoč brezdomnim ne obstaja, obstajata pa Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (Uradni list RS, št. 39/13) in Resolucija o nacionalnem stanovanjskem programu 2015–2025 (Uradni list RS, št. 92/15).

Cilji nacionalnega programa socialnega varstva za leto 2020 so bili:

- zvišanje števila dnevnih centrov s programi svetovalnega dela iz osem na 20 in vključitev programov preventivnega dela;
- zvišanje števila zavetišč iz 14 (260 postelj) na 18 (350 postelj);
- zagotovitev 150 mest v programih namestitvene podpore;
- vzpostavitev 20 programov na področju organizacije in izvajanja pomoči, podpore in samopomoči;
- vzpostavitev programov na območju več upravnih enot po državi (Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020, 2013).

Resolucija o nacionalnem stanovanjskem programu 2015–2025 predvideva zagotavljanje stanovanjskih enot za najbolj socialno izključene državljane. Bivalne enote so namenjene začasnemu reševanju stanovanjskih težav najbolj ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva, tj. prebivalcev, ki ostanejo brez strehe nad glavo ali jim grozi brezdomstvo, ter prebivalcev, ki živijo v izredno nevzdržnih razmerah (npr. ženske, ki so doživele nasilje, pa tudi posamezniki, ki zaradi deložacije ali naravne nesreče ostanejo brez nastanitve). Bivalne enote ne pomenijo trajne rešitve stanovanjskih problemov in so namenjene le začasni dodelitvi. Gre za stanovanja, ki zagotavljajo kakovostno bivanje, a hkrati predstavljajo minimalno finančno obremenitev za njihove uporabnike. Pravica do stanovanja je ena temeljnih človekovih pravic, brezdomstvo in slaba dostopnost do stanovanj za socialno šibke in ranljive skupine pa je tako huda oblika socialne izključenosti, zaradi katere bo država v obdobju do leta 2025 posebno pozornost namenila reševanju stanovanjske problematike teh skupin prebivalstva.

Nujni ukrepi za povečanje dostopnosti do stanovanj za ranljivejše skupine prebivalstva so:

- postopna uvedba nove najeminske politike, ki bo olajšala vzdrževanje javnih najemnih stanovanj, spodbudila investitorje za vlaganje v nov najemni stanovanjski

fond, hkrati pa bo upoštevala potrebo po korekciji sposobnosti ekonomsko šibkejšega prebivalstva za plačilo najemnine;

- vsako prodano javno najemno stanovanje se nadomesti z vsaj enim javnim najemnim stanovanjem;
- izboljša in poveča se nabor možnih rešitev za reševanje stanovanjskega problema predvsem mladih, oseb s posebnimi potrebami in starejših oseb;
- stanovanjski fond, namenjen reševanju stanovanjske stiske najbolj ogroženih skupin prebivalstva, se poveča v skladu s potrebami in se prilagodi na način, da zagotovi minimalne finančne obremenitve za uporabnika (Resolucija o nacionalnem stanovanjskem programu 2015–2025, 2015).

Pomanjkljive nacionalne strategije na področju brezdomstva so poleg drugih dejavnikov eden od razlogov za slabo zdravstveno stanje brezdomnih. Bodisi države nacionalnih strategij (še) nimajo bodisi so le-te usmerjene pretežno le v reševanje stanovanjske problematike.

V praktičnem delu se bomo zato osredotočili na primere namestitev z zdravstveno oskrbo za brezdomne v nekaterih državah članicah EU.

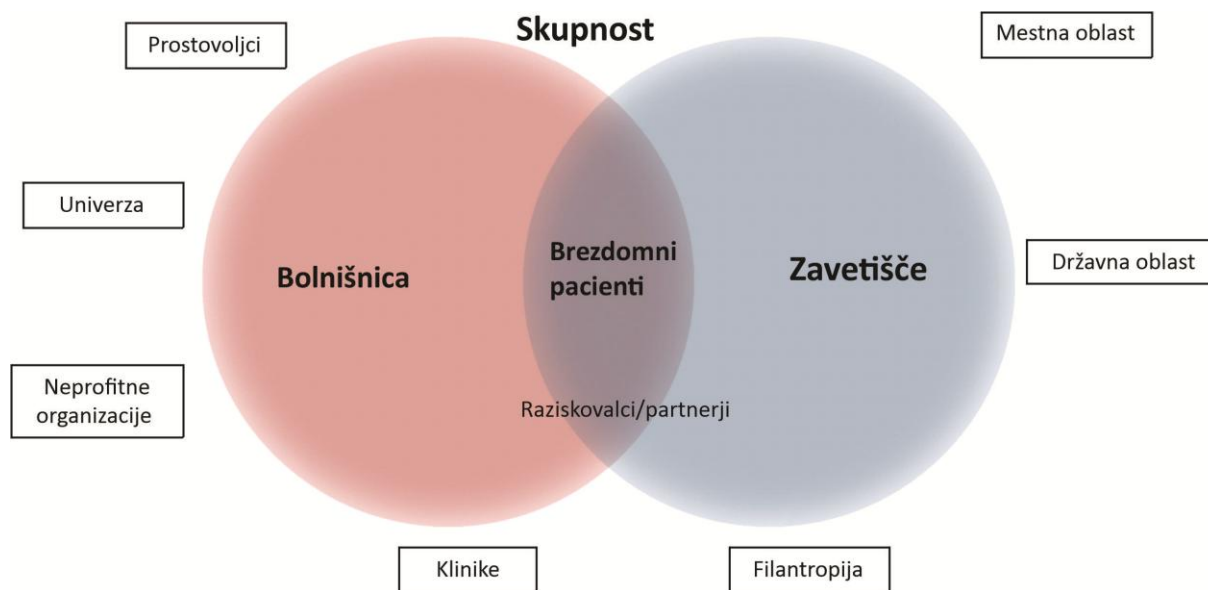
6 JEDRO – PRAKTIČNI DEL

Pri delu z brezdonnimi pogosto opazamo pomanjkanje primernih namestitev za brezdome po odpustu iz bolnišnic. Odpust iz bolnišnične oskrbe za brezdome paciente pomeni hud problem, saj se njihovo zdravstveno stanje toliko izboljša, da lahko bolnišnico zapustijo, hkrati pa so še vedno preveč bolni, da bi se vrnil v zavetišče. To pogosto privede bodisi do podaljšanega bolnišničnega zdravljenja bodisi do ponovne hospitalizacije po odpustu. Obe možnosti sta povezani z visokimi finančnimi stroški, poleg tega pa ne privedeta do rešitve problema.

Vse prevečkrat so zavetišča »zadnja postaja« za veliko bolnih oseb oziroma, kot se je izrazil vodja enega izmed zavetišč v Sloveniji (Mirenski grad, 7. 3. 2013, srečanje mreže izvajalcev, neobjavljeno): »Zavetišča postajajo hiralnice, saj drugih možnosti za namestitev hudo bolnih brezdornih ni. Včasih dobimo primer, ko nekoga hospitalizirajo za en teden, potem ga pa zopet odpustijo in se vrne v zavetišče, po enem tednu ga zopet hospitalizirajo in to se vleče, dokler človek ne umre. V takih primerih si samo želim, da ne bi umrl pri nas.«

Drug problem je tudi pogostnost iskanja zdravstvene pomoči za brezdome na urgenci, kar prinaša visoke finančne stroške. Rezultati raziskave Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev kažejo, da tudi v Sloveniji brezdorni pogosto poiščejo pomoč na urgenci. Skoraj 50 % posameznikov je namreč poročalo o obisku nujne pomoči v zadnjem letu. Da bi zmanjšali uporabo urgentnega bloka med brezdonnimi, ni pomembno le premagati ovire na poti do primarnega zdravstvenega varstva, ampak je treba tudi razvijati skupnostni pristop. To pomeni, da mora biti zdravstvena oskrba brezdornih vpeta v širšo skupnost in mora omogočati dolgoročno in smotrno zdravstveno oskrbo, ki bo krepila, pooblašala in povečevala kompetentnost brezdomec za samopomočno vedenje pri krepitvi njihovega zdravja in ravnanju v zvezi s kroničnimi stanji (Razpotnik in Dekleva, 2009). K temu spodbuja tudi shema (Slika 2), ki prikazuje konceptualni model zavetišč in bolnišnice kot prekrivajočih se sistemov oskrbe na eni strani, ter pomembnost vključenosti skupnosti, ki jo predstavljajo tako vladne kot nevladne organizacije, na drugi (Greysen, Allen, Lucas, Wang in Resenthal, 2012).

Slika 2: Konceptualni model bolnišnice in zavetišča – prekrivajočih se sistemov



Vir: Greysen idr., 2012.

V zahodnem svetu so se v zadnjih desetletjih pojavili programi za brezdomne, ki vključujejo tako namestitve kot tudi zdravstveno oskrbo (ang. shelter-based convalescence care programs) (van Laere, de Wit in Klazinga, 2009). Tovrstni programi so bolj razviti in imajo daljšo zgodovino predvsem v ZDA, Kanadi in Avstraliji (Hwang in Burns, 2014). V omenjenih državah se imenujejo programi medicinske pomoči (ang. medical respite programs), ki jih ameriško nacionalno zdravstveno varstvo za brezdomne opisuje kot »akutna in postakutna oskrba brezdomnih, ki so preveč bolni ali prešibki, da bi lahko okrevali na ulici, po drugi strani pa niso dovolj bolni, da bi ostali v bolnišnici« (National Health Care for the Homeless Council, b. l.).

Programi se sicer razlikujejo eden od drugega, večina pa zagotavlja sobo, hrano, 24-urno oskrbo in različne socialne ter zdravstvene storitve. Namestitve so majhne, povprečno vsebujejo 13 postelj. Pri raziskovanju učinkovitosti delovanja tovrstnih namestitev so ugotovili, da so programi stroškovno upravičeni, saj se zaradi njih zmanjšajo ponovni sprejemi v bolnišnice. Poleg tega programi nudijo tudi socialno-medicinsko podporo in mrežo pomoči brezdomnim. Po drugi strani so programi potrebni večje podpore v smislu vira financiranja in povezovanja z bolnišnicami (Ciambrone in Edgington, 2009; LeMoine, 2015; Shetler in Shepard, 2018).

V praktičnem delu so nas najbolj zanimali odgovori na vprašanja, kakšne oblike zdravstvenih storitev za brezdomne so na voljo v različnih državah in ali so med storitvami tudi programi

namestitev z zdravstveno oskrbo. Opisali bomo primere obstoječih celovitih programov namestitve z zdravstveno oskrbo v nekaterih državah članicah EU. Primere bomo med sabo tudi primerjali, poleg tega pa bomo opisali primer novega programa v Sloveniji.

6.1 PRIMERI NAMESTITVE Z ZDRAVSTVENO OSKRBO V NEKATERIH DRŽAVAH ČLANICAH EU

V poročilu Evropske komisije iz leta 2019 je razvidno, da je zdravstvena storitev za brezdomne možna v 13 od 35 evropskih držav. Zdravstvena pomoč je omogočena bodisi znotraj obstoječih programov (npr. v dnevni centri in zavetiščih) bodisi v obliki specializiranih negovalnih programov (Baptista in Marlier, 2019). V nadaljevanju bomo opisali primere zdravstvenih programov v Avstriji, Grčiji, na Poljskem, Danskem ter v Sloveniji.

6.1.1 Avstrija

Zdravstvene storitve za brezdomne imajo v Avstriji pomembno vlogo. Osebam, ki so brez zdravstvenega zavarovanja oziroma nimajo avstrijskega državljanstva, zagotavljajo ambulantno zdravstveno oskrbo nevladne organizacije in dobrodelne bolnišnice. Tovrstne storitve se nahajajo v večjih mestih, kot so Dunaj, Gradec, Linz, Salzburg in Innsbruck (Baptista in Marlier, 2019).

Po uradnih statističnih podatkih je bilo v Avstriji leta 2018 zabeleženih 22.741 brezdomnih oseb, od tega 69,2 % moških. Večinoma zdravstvene storitve nudijo nevladne organizacije, ki jih financirata zdravstveni in socialni resor, ter donatorji. Pomembno vlogo pri nudenju zdravstvenih storitev ima tudi prostovoljstvo.

Zdravstvene storitve se delijo na primarne zdravstvene centre in mobilne enote (Trummer idr., 2020).

6.1.1.1 Primarni zdravstveni centri

Neunerhaus je nevladna organizacija s sedežem na Dunaju, ki vodi center za primarno oskrbo brezdomcev. Mobilni zdravniki zagotavljajo tudi zobozdravstveno oskrbo in dodatne zdravstvene storitve. Cilj organizacije je zagotoviti brezposelnim in revnim zdravstveno varstvo, nastanitev in svetovanje. Organizacija daje prednost opolnomočenju brezdomnih,

prizadeva si za trajnostno izboljšanje življenjskih razmer brezdomnih in socialno ogroženih posameznikov ter se bori proti izključevanju brezdomnih (Neunerhaus, b. l.).

AmberMed je nevladna organizacija na Dunaju, ki jo sestavlja skupina zdravstvenih delavcev in tolmačev prostovoljcev. Zagotavlja brezplačno zdravstveno oskrbo, vključno z zdravili (v sodelovanju z Rdečim križem) za nezavarovane osebe, ki stalno živijo v Avstriji. Organizacija si prizadeva zmanjšati neenakosti na področju zdravja in spodbuja vključevanje pacientov v avstrijski zdravstveni sistem. Čeprav storitev ni po definiciji namenjena brezdomcem, so le-ti med njihovimi uporabniki (AmberMed, b. l.).

Marienambulanz je nevladna organizacija, ki jo upravlja Karitas iz Gradca. Zagotavlja primarno zdravstveno oskrbo vključno z zagotavljanjem zdravil (v sodelovanju z Rdečim križem), svetovanje in socialne storitve za nezavarovane posameznike in tiste, ki sicer ne morejo dostopati do javnih zdravstvenih storitev zaradi ovir, kot so jezik, revščina in zasvojenost. V organizaciji deluje tudi mobilni avtobus, ki obiskuje javne prostore in zavetišča z namenom zagotoviti zdravstveno oskrbo tistim, ki ne morejo obiskati ordinacije (Caritas&Du, b. l.a).

6.1.1.2 Mobilne enote

Mobilne enote zagotavljajo osnovno zdravstveno oskrbo brezdomnim pacientom.

Louisebus, mobilna dunajska enota, ki jo upravlja Karitas, nudi primarno oskrbo brezdomnim, ki ne morejo obiskati javnih zdravstvenih služb iz različnih razlogov. Skupina zdravnikov in prostovoljcev pet dni v tednu spremlja bolnike na sedmih določenih lokacijah po Dunaju.

Virgilbus je mobilna enota v Salzburgu, ki jo vodi Rdeči križ in nudi brezdomnim nujno medicinsko pomoč. Služba, ki jo podpirajo zdravniki prostovoljci, reševalci in tolmači, deluje en večer na teden (Virgilbus: Seit fünf Jahren ehrenamtlich unterwegs, 2019).

Help-Mobil je skupna služba različnih organizacij (Karitas, Združenje delavskih mornarjev Zgornje Avstrije, Kongregacija sester ljubezni Linz, Rdeči križ Linz in Pomožna služba Lazarjevega reda). Avtobus dva večera na teden vozi po mestu in brezdomnim nudi brezplačno osnovno zdravstveno oskrbo ter zdravila. Služba ponuja tudi svetovanje in po potrebi brezdomne oskrbuje s spalnimi vrečami, oblačili in hrano (Caritas Österreich, 2017).

6.1.1.3 Bolnišnične storitve

Bolnišnica usmiljenih bratov (Barmherzige Brüder) na Dunaju ponuja zdravstveno oskrbo ranljivim bolnikom. Ambulantna enota je dostopna za nezavarovane bolnike in za brezdomne. Če je potrebna oskrba v bolnišnici, bolnika po odobritvi strokovnega sveta premestijo na bolniški oddelek. Tako ambulantno kot tudi bolnišnično zdravstveno varstvo, ki se zagotavlja nezavarovanim bolnikom, se financira z zbranimi donacijami (Trummer idr., 2020).

6.1.2 Danska

Leta 2019 je na Danskem bivalo 6.431 brezdomnih oseb, kar predstavlja 0,11 % celotne populacije (OECD, 2020). Po drugih ocenah pa naj bi bilo na Danskem od 10.000 do 15.000 brezdomnih, od katerih jih polovica biva v glavnem mestu Danske, Kopenhagenu.

Na Danskem je dostop do zdravstvenih storitev brezplačen. Za rehabilitacijo po hospitalizaciji brezdomnih so odgovorne občine. V Kopenhagenu zdravstvena pomoč brezdomnim vključuje ulične klinike, zavetišča, rehabilitacijske centre, sprejemne centre in bolnišnično ter ambulantno zdravljenje. Storitve opravljajo občine in nevladne organizacije. Nekatere bolnišnice imajo zaposlene medicinske sestre z dodatno izobrazbo in izkušnjami za delo z marginaliziranimi ljudmi.

Medicinski center, Rdeči križ, Kopenhagen. Je edini center za zdravstveno varstvo brezdomnih na Danskem, ki deluje od leta 2014. Center je sprva nudil štiri postelje za brezdomne, nekaj mesecev kasneje pa so program razširili na osem postelj. Center nudi dvotedensko brezplačno bivanje s tremi obroki na dan. Center se od drugih organizacij razlikuje v treh točkah: ni čakalnega seznama, ni plačila za namestitev in ni omejitev uživanja alkohola ter mamil. Medicinske sestre nudijo tudi nekatere osnovne negovalne posege (Bring idr., 2020; Pedersen idr., 2018). V aktivnosti so vključeni tudi prostovoljci.

V Kopenhagenu so ustanovili mobilno zdravstveno skupino (SundhedsTeam), ki obiskuje brezdomne, in zdravstveno središče (SundhedsRummet), ki ponuja primarno oskrbo brezdomnim ter odvisnikom od drog (Kvist, 2019).

6.1.3 Grčija

V Grčiji se številne specializirane mobilne enote osredotočajo izključno na zagotavljanje primarnega zdravstvenega varstva in nujno zdravljenje brezdomnih, odvisnih od mamil (Baptista in Marlier, 2019).

V skladu z zakoni imajo nezavarovane in ranljive družbene skupine v Grčiji, vključno z brezdomnimi, pravico do prostega dostopa do vse javne infrastrukture za zagotavljanje zdravstvene nege. Dostop vključuje zdravstvene, diagnostične in farmacevtske storitve za ranljive skupine prebivalstva. Brezdomni so tako upravičeni do enakih storitev, ki jih zagotavlja javna zdravstvena infrastruktura zavarovanim osebam.

V študiji iz leta 2015 je v prefekturi Atika po grobih ocenah živel 17.720 brezdomnih, do 500.000 oseb se je soočalo z različnimi oblikami brezdomstva, kot so določene v tipologiji ETHOS (OECD, 2020). Ocenjuje se, da se je število oseb, ki se soočajo z nevidnimi oblikami brezdomstva, zvišalo kot posledica finančne, gospodarske in socialne krize. Skupaj z nacionalnim zdravstvenim sistemom so zato lokalne oblasti v številnih grških občinah ustanovile socialne klinike za prikrajšane državljane. Pacientom so na voljo različni specialisti, cepljenje, zdravljenje bolezni, pri katerih hospitalizacija ni potrebna, zdravila na recept in bolnišnično oskrbo. Za zagotavljanje primarne oskrbe brezdomcem se pogosto ukvarjajo nevladne organizacije (Trummer idr., 2020).

6.1.3.1 PRAKSIS

Nevladna organizacija oblikuje in izvaja programe humanitarnih ukrepov v Grčiji. Cilj organizacije je zlasti zagotoviti brezplačne socialne in zdravstvene storitve na področju zdravljenja, preprečevanja, izobraževanja in zdravstvene infrastrukture. Cilj organizacije je nadalje spodbujati solidarnost in prostovoljstvo z razvojem programov, ki se borijo proti socialni in ekonomski izključenosti ranljivih ljudi in skupin. V sodelovanju z uradnimi vladnimi agencijami, lokalnimi oblastmi, dodatnimi nevladnimi organizacijami in širšo grško družbo si PRAKSIS prizadeva ustvariti mreže za učinkovito izpolnjevanje potreb svojih ciljnih skupin. Osnovne zdravstvene storitve, ki jih ponuja PRAKSIS, vključujejo neposredno in brezplačno zdravstveno oskrbo, osnovne higienske storitve ter psihološko podporo. PRAKSIS deluje po vsej Grčiji, predvsem v Atiki, osrednji Makedoniji, na otokih Lesbos in v Patrasu, ter na drugih otokih (Praksis, b. l.).

6.1.3.2 EMFASIS

Fundacija EMFASIS deluje v Atenah. Dejavnost je v zdravstvenem sektorju z zagotavljanjem brezplačnih zdravstvenih pregledov socialno ogroženim posameznikom brez zdravstvenega zavarovanja. Namen organizacije je pomagati tistim, ki jim je odvzeta pravica do zdravstvenega varstva, in podpora posameznikom z izboljšanjem njihove kakovosti življenja ter življenjskih pogojev. Osnovne potrebe moških, žensk in otrok med drugim vključujejo

splošne, ginekološke, urološke in pediatrične preglede. Ekipo EMFASIS sestavljajo usposobljeni psihologi, sociologi in socialni delavci (EMFASIS, b. l.).

6.1.4 Poljska

V ustavi Republike Poljske je zapisano, da ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva, državljani pa bi morali imeti ne glede na finančno stanje enak dostop do zdravstvenih storitev, ki se financirajo iz javnih sredstev. V primeru brezdomnih se zdravstvene storitve financirajo iz državnega proračuna na podlagi subvencij. Brezdomni lahko pridobijo pravico do zdravstvenih ugodnosti na podlagi pozitivne odločitve župana občine. Pravica do zdravstvenih storitev velja 90 dni in daje pravno podlago za povračilo zdravstvenih stroškov s strani Nacionalne zdravstvene blagajne. Brezdomnega lahko krije tudi zdravstveno zavarovanje v okviru programa zapuščanja brezdomstva. V praksi je uporaba teh programov minimalna in le malo brezdomnih pridobi pravico do zdravstvenih storitev, ki se financirajo iz javnih sredstev. Mnogi brezdomni še vedno naletijo na težave pri dostopu do zdravstvenih storitev zaradi birokratskih zahtev (Trummer idr., 2020).

Na Poljskem obseg brezdomstva ocenjujejo s štetjem brezdomnih po vsej državi v eni sami noči, da bi se izognili večkratnemu štetju istih ljudi. Leta 2019 so tako našli 30.330 brezdomnih, od tega 25.370 moških, 4.960 žensk in 990 otrok. Raziskovalci sicer ocenjujejo, da je brezdomnih v državi med 30.000 in 100.000. Velike razlike so povezane s pomanjkanjem zanesljivih ocen števila brezdomcev, ki živijo v institucijah in v drugih oblikah prenočitve (Szarfenberg, 2019).

Oblike zdravstvene pomoči brezdomnim na Poljskem so: osnovna zdravstvena pomoč v zavodih, ki sprejemajo brezdomne, in bolnišnične ustanove, kamor so brezdomni sprejeti v slabem zdravstvenem stanju ter zdravstvene ustanove, zdravstvene klinike ali druge ambulantne zdravstvene ustanove, ki zagotavljajo osnovno in včasih specialistično zdravstveno pomoč, zdravila ter oblačila.

Združenje zdravnikov upanja (Krakov, Varšava in Vroclav) upravlja klinike in lekarne. Na klinikah za brezdomne nudijo posvetovanje, izdajanje zdravil, izdajanje napotnic za specialistične preglede, opravljanje manjših kirurških in negovalnih posegov ter psihosocialno pomoč. V lekarnah brezplačno izdajajo zdravila brezdomnim in ljudem, ki živijo na robu

revščine. V združenju delujejo zdravniki prostovoljci različnih specializacij (Stowarzyszenie Lekarze Nadziei, b. l.).

Karitas in Mestna straža (Varšava). od leta 2017 ob podpori Združenja zdravnikov upanja vodita projekt Medicinska ulična patrolja z zagotavljanjem ambulantne medicinske pomoči brezdomnim na ulicah. Pomoč vključuje fizične preglede, zdravniške nasvete, zdravniško pomoč na kraju samem ali pa napotitev k specialistu, premestitev v bolnišnico ali na kliniko (Warszawa. Przyłbice i maski dla strażników miejskich pracujących z bezdomnymi, 2020).

Društvo za pomoč sv. brata Alberta deluje od leta 1981 in je prvo nevladno združenje na Poljskem za pomoč brezdomnim. Ima 2.900 članov in deluje v 62 podružnicah. Društvo nudi hostle za brezdomne, narodne kuhinje ali druge vrste pomoči za revne in brezdomne, ter osnovno zdravniško pomoč.

Društvo Monar-Markot poleg drugih programov vodi zdravstvene klinike in bolnišnice za brezdomne brez zdravstvenega zavarovanja. V društvu nudijo specialno medicinsko pomoč in terapevtsko podporo (Trummer idr., 2020).

6.1.5 Slovenija

Leta 2015 je bilo po ocenah v Sloveniji 2.700 brezdomnih, kar predstavlja 0,13 % celotne populacije (OECD, 2020). V Sloveniji zdravstveni delavci nudijo zdravstveno pomoč brezdomnim brez zdravstvenega zavarovanja v pro bono ambulantah, v dnevni centrih ali s terenskim delom na terenskem delu (Baptista in Marlier, 2019).

6.1.5.1 Ambulante za osebe brez zdravstvenega zavarovanja

V okviru Zdravstvenega doma Ljubljana-Bežigrad je v januarju 2002 pričela delovati prva Ambulanta s posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega zavarovanja. Ustanovili so jo Zdravstveni dom Ljubljana, Mestna občina Ljubljana (MOL) in nevladni organizaciji Župnijska Karitas Štepanja vas ter Slovenska filantropija. Zdravniki in drugi zdravstveni, strokovni ter tehnični delavci delajo prostovoljno. V ambulanti s posvetovalnico nudijo pomoč predvsem osebam brez stalnega prebivališča in osnovnega zdravstvenega zavarovanja ter tistim, ki sicer imajo osnovno zdravstveno zavarovanje, nimajo pa kot tujci, begunci oziroma azilanti pravice do dodatnega zdravstvenega zavarovanja. Ambulanta deluje na primarni in sekundarni ravni skupaj s posvetovalnico (Ambulanta s posvetovalnico za osebe

brez zdravstvenega zavarovanja, Pro Bono, b. l.). Ambulante za osebe brez zdravstvenega zavarovanja delujejo tudi v Kranju (Fajdigova ambulanta), Kopru, Mariboru ter Novi Gorici.

6.2 PRIMERJAVA PROGRAMOV Z ZDRAVSTVENO OSKRBO MED NEKATERIMI DRŽAVAMI ČLANICAMI EU

Zgoraj opisani primeri držav prikazujejo različno usmerjenost držav pri reševanju zdravstvene problematike. Avstrija, na primer, je močno usmerjena v zdravstveno pomoč brezdomnim, medtem ko je Danska edina od opisanih držav, ki ima enoto z namestitvijo. Druga razlika med državami je seveda tudi število brezdomnih, kar prikazuje Tabela 3. Štetje brezdomnih oseb se od države do države razlikuje. Na Poljskem, na primer, štejejo število brezdomnih v eni noči; drugod pa ocenjujejo število brezdomnih glede na ETHOS. Tako se tudi delež brezdomnih glede na celotno populacijo v posamezni državi med državami precej razlikuje: od 0,008 % na Poljskem do 0,25 % v Avstriji (Tabela 3).

Tabela 3: Število in delež brezdomnih v posamezni državi

Država	Leto štetja	Število brezdomnih	% brezdomnih glede na celotno populacijo
Avstrija	2017	21.567	0,25 %
Danska	2019	6.431	0,11 %
Grčija	2015	17.720	0,19 %
Poljska	2019	30.330	0,008 %
Slovenija	2015	2.700	0,13 %

Vir: OECD, 2020.

Med državami je opaziti tudi nekaj razlik pri primerjavi programov (Tabela 4). Razen Danske nobena od naštetih držav nima na voljo namestitve za bolne brezdomne, oziroma ne nudi postelj za brezdomne po zaključeni hospitalizaciji. Avstrija, Danska in Grčija imajo mobilne enote, s katerimi nudijo zdravstveno pomoč na ulicah, medtem ko Poljska in Slovenija mobilnih enot nimata. Vse države rešujejo probleme kurativno, preventivnih programov pa ne omenjajo. Organizacije v vseh državah poleg zdravstvene nudijo tudi psihosocialno pomoč. Pri vseh državah je pomembno sodelovanje nevladnih organizacij pri reševanju zdravstvene problematike brezdomnih, ter vključenost prostovoljcev.

Tabela 4: Primerjava programov pomoči med državami

Država	Nastanitev	Mobilne enote	Preventiva/kurativa	Psihosocialna pomoč	Sodelovanje nevladnih organizacij	Vključenost prostovoljcev
Avstrija	Ne	Da	Kurativa	Da	Da	Da
Danska	Da	Da	Kurativa	Da	Da	Da
Grčija	Ne	Da	Kurativa	Da	Da	Da
Poljska	Ne	Ne	Kurativa	Da	Da	Da
Slovenija	Ne	Ne	Kurativa	Da	Da	Da

6.3 IZHODIŠČE ZA VPELJAVO CELOVITEGA PROGRAMA NAMESTITVE Z ZDRAVSTVENO OSKRBO ZA BREZDOMNE V OKVIRU DRUŠTVA PROSTOVOLJCEV VZD – HIŠA ZA UBOGE

6.3.1 Društvo prostovoljcev Vincencijeve zveze dobrote

Društvo prostovoljcev VZD je humanitarna organizacija, ki od leta 2006 deluje v Ljubljani, Novi Gorici in na Mirenskem Gradu na Goriškem. Poslanstvo društva je pomagati človeku v stiski. Pomoč deluje na dveh področjih: na področju brezdomstva in družine. Korenine društva segajo v 19. stoletje, v organizacijo Vincencijeva zveza dobrote. Vincencijeva zveza dobrote je bila ustanovljena v Parizu leta 1833 na pobudo blaženega Friderika Ozanama, ki je laike spodbujal k dobrodelnosti. Glavno vodilo in naloga je bila pomoč revežem. Denar so zbirali s prostovoljnimi prispevki podjetij in posameznikov. Zaradi preprostega dela in predanosti svojih članov se je Vincencijeva zveza dobrote hitro razširila. V Sloveniji se je delovanje organizacije začelo leta 1876 z imenom Vincencijeva družba, skupine pa so imenovali Vincencijeve konference. Leta 1912 so bile Vincencijeve konference dejavne v vseh ljubljanskih župnijah. To je bil čas prebujanja zavesti laikov, ki so lahko namesto duhovnikov prevzemali vodilna mesta. Leta 1936 je imela družba 31 konferenc, v katerih se je zbiralo 264 aktivnih članov. Dolgo časa je bila edina zastopnica organiziranega karitativnega dela laikov v Sloveniji. Vincencijeva družba je bila dejavna na različnih področjih: revnim in ostarelim so plačevali stanarino, dijakom šolanje, bolnikom so omogočili zdravljenje v bolnišnici ter skrbeli zanje po zdravljenju. Posebno pozornost so namenili revni delavski mladini v mestih: krili so stroške počitnic za revne ljubljanske otroke, na podeželju

pa so organizirali izobraževalne tečaje za bolniške strežnice. Družba je ustanavljala tudi zavetišča in sirotišnice. Med drugim je bila Zveza najpomembnejša organizacija pri razdeljevanju pomoči v času ljubljanskega potresa leta 1895. Kmalu po koncu druge svetovne vojne je po nasilni razpustitvi prenehala delovati. Ponovno je zaživela leta 1994, ko je z delom za najbolj obrobne pričel lazarist dr. Peter Žakelj. Na Taboru v Ljubljani je vzpostavil sistem organizirane pomoči, pri delu pa so mu pomagali prostovoljci. Delili so hrano in obleke ter poskušali reševati težave, s katerimi so se soočali brezdomni. Leta 2004 so Hčere krščanske ljubezni sestre usmiljenke podarile avto, s katerim je bila možna delitev hrane na terenu, leta 2005 pa so Uršulinke Rimske Unije v brezplačen najem ponudile prostore v Plečnikovem podhodu v središču Ljubljane. Vincencijeva zveza dobrote je leta 2006 postala Društvo prostovoljcev Vincencijeve zveze dobrote, predsednik društva pa dr. Peter Žakelj. Od takrat do danes so se programi razvijali in širili. V začetku leta 2021 je bilo v društvu zaposlenih 15 oseb. Pomoč deluje na dveh področjih: brezdomstvo in družina. Na področju družine od leta 2009 deluje program Center za družine Mirenski Grad. Temeljno poslanstvo Centra je prepoznavati stiske družine in njenih članov ter nanje odgovarjati. Center je prostor druženja, učenja, pomoči in opore, izmenjave pozitivnih praks tako za družino kot tudi za njene člane. Dejavnosti so namenjene otrokom, mladostnikom in mladostnicam in njihovim staršem, posameznikom v vseh življenjskih obdobjih ter družinam vseh oblik.

6.3.2 Programi na področju brezdomstva v Društvu prostovoljcev VZD

Programi za reševanje problematike brezdomstva so združeni v programu Celostna pomoč brezdomcem za aktivno vključevanje v družbo. Dnevni center za brezdomce deluje od leta 2006 v Ljubljani. Vsak delovni dan nudijo zajtrke in večerje, poskrbljeno je za osebno higieno in pranje oblačil. Pomoč nudijo tudi s pogovorom in svetovanjem pri reševanju psihosocialnih stisk brezdomnih. Dnevni center je tudi prostor za druženje ob različnih delavnicah. Zavetišče za brezdomce VZD deluje v Ljubljani od leta 2008. Za brezdomne je v zavetišču na razpolago celodnevna oskrba in prenočišče. Pomoč se nudi pri urejanju socialnega statusa, spodbuja se jih k skrbi za osebno higieno, urejenosti prostora in vključitvi v druge dejavnosti društva. Terensko delo VZD, ki deluje od leta 2014, je namenjeno brezdomnim na ljubljanskih ulicah, v njihovih bivališčih ter ustanovah (bolnišnice, domovi za ostarele, zapori itd.). Z druženjem, materialno pomočjo in svetovanjem se ustvarja varen prostor za reševanje stisk. Razdeljevanje hrane brezdomcem v Novi Gorici od leta 2011 omogoča brezdomnim topel obrok in drugo materialno pomoč. Pomoč se nudi tudi z urejanjem socialnega statusa in po potrebi tudi s terenskim delom. Namestitvena podpora – Resettlement (Mirenski Grad, od 2010 in Ljubljana, od 2015) je namenjena brezdomnim in ljudem v stiski, ki že aktivno

sodelujejo v dejavnostih dnevnega centra ali zavetišča. V programu pridobivajo delovne navade, se učijo skupnega bivanja in se krepijo za samostojno življenje (Društvo prostovoljcev VZD, b. l.).

Vsi uporabniki programa Celostna pomoč brezdomnim so evidentirani v aplikaciji EVAPRO. Tabela 5 prikazuje število različnih uporabnikov v zadnjih letih, poleg tega pa tudi število različnih uporabnikov, ki so koristili zdravstveno pomoč.

Tabela 5: Število uporabnikov v programu Celostna pomoč brezdomnim

Leto	Število različnih uporabnikov	Število moških uporabnikov	Število ženskih uporabnic	Število uporabnikov, ki so preje(ma)li zdravstveno oskrbo
2016	833	720	113	20
2017	966	835	131	25
2018	1.105	951	154	29
2019	949	820	129	48
2020	963	821	142	47

6.3.3 Hiša za uboge

Na podlagi izkušenj in potreb v Društvu prostovoljcev VZD razmišljamo o vzpostavitvi celovite namestitve z zdravstveno oskrbo za brezdomne. Program smo poimenovali Hiša za uboge. Namen programa je poiskati realne in kakovostne rešitve za ljudi, ki potrebujejo primerno namestitev in oskrbo, a nimajo pogojev za sprejem v obstoječe oblike institucionalnega varstva. Razlogov je več:

- institucionalne oblike namestitev imajo dolge čakalne vrste;
- bolne brezdomne osebe so pogosto mlajše in niso upravičene do sprejema v domovih za starejše ali do dnevnega varstva;
- bolnišnično zdravljenje se ne more podaljševati v nedogled, saj je tovrstno zdravljenje najdražje;
- domača oskrba ni možna – bodisi oseba nima stikov z domačimi oziroma domači oskrbe ne želijo nuditi bodisi niso usposobljeni za nudenje primerne oskrbe.

6.3.3.1 Namen in vizija Hiše za uboge

Namen programa Hiša za uboge je nuditi primerno namestitev, oskrbo in aktivnosti za brezdomne, ki potrebujejo pomoč. Ideja je, da se bo Hiša za uboge nahajala v MOL-u, saj se v tem okolju nahaja večina programov društva za pomoč brezdomnim, poleg tega pa se v Ljubljani nahaja tudi najvišji delež brezdomnih. Namestitev bi omogočili za največ 10 brezdomnih oseb, ki potrebujejo začasno ali stalno zdravstveno oskrbo in nimajo druge primerne možnosti za namestitev. Osebe bodo nastanjene v več sobah po največ tri osebe v eni sobi.

Cilj je dosegljiv s finančno pomočjo MOL-a, MDDSZ-ja, Ministrstva za zdravje (MZ), donacijami ter z materialno pomočjo – primerno stavbo, v kateri bi lahko izvajali namestitve in aktivnosti.

Predvidene storitve v Hiši za uboge so nudenje namestitve, popolna preskrba s prehrano, nudenje primerne zdravstvene oskrbe in nege, nudenje prostočasnih aktivnosti ter nudenje aktivnosti, ki krepijo zdravje in psihofizične zmožnosti.

Doseganje ciljev bomo merili s številom namestitev, številom prosilcev za namestitev, številom odobrenih vlog, številom zaposlenih, številom delovnih ur zaposlenih, številom ur zaposlenih za posameznega uporabnika, številom različnih aktivnosti ter s številom realiziranih aktivnosti.

Za namestitev 10 oseb in vse aktivnosti predvidevamo tri zaposlene osebe: dve osebi s področja zdravstvene nege, eno osebo pa s področja socialnega dela – organizator socialne mreže. Vse tri osebe bi bile deloma zaposlene v tem programu, deloma pa v drugih programih društva – glede na potrebe. V program bomo vključili tudi prostovoljce, študentom socialnih in zdravstvenih smeri pa bomo omogočili opravljanje praktičnih vsebin.

V projekt bo vključenih več različnih organizacij:

- MOL: materialna pomoč v obliki ugodnega najema hiše/stanovanja na področju MOL-a, finančna pomoč za uresničevanje aktivnosti za brezdomne meščane;
- MDDSZ in MZ: finančna pomoč za zagon programa, financiranje delovnih mest ter za financiranje aktivnosti;
- sodelovanje z organizacijami, ki delajo z ranljivimi populacijami: Društvo za pomoč in samopomoč brezdomcev Kralji ulice, Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma, Zavetišče za brezdomce Ljubljana ipd.;

- zdravstvene organizacije, npr. Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zdravstveni dom Ljubljana, Pro bono ambulanta: sodelovanje z zdravstvenimi in socialnimi delavci;
- DSO v Ljubljani: mreženje z DSO, iskanje možnosti namestitev za osebe, ki imajo pogoje za namestitev v DSO;
- občani MOL-a: občane vseh generacij bomo povabili k prostovoljstvu v Hiši ubogih.

Pred začetkom delovanja program Hiša za uboge predvidevamo tudi več možnih tveganj, na katere želimo biti pripravljeni. Tabela 6 predstavlja predvidena tveganja in možne rešitve.

Tabela 6: Tveganja in rešitve programa Hiša ubogih

TVEGANJA	REŠITVE
MOL ne bo želel nuditi materialne pomoči v obliki stavbe v lasti MOL-a.	Pogajanje z MOL-om za čim nižjo najemnino. Najem morebitne primerne stavbe. Objava programa na družbenih omrežjih in iskanje donatorjev za nakup hiše, ali ljudi, ki bi nepremičnino podarili.
Zavrnitev financiranja za zaposlene in vsebino programa s strani MOL-a in ministrstev. Kratkoročno financiranje, nezanesljiva delovna mesta in obstoj programa.	Iskanje donatorjev. Prijava na primerne razpise v tujini.
Neuspešnost pri iskanju primernih kandidatov za delo v Hiši za uboge.	Reorganizacija dela znotraj društva, šolanje že zaposlenih. Stimuliranje zaposlitev v obliki nagrad.
Lokalno okolje ne podpira tovrstnega programa.	Javna predstavitev programa, pogovori z lokalno skupnostjo, predstavitev na družabnih omrežjih. Pozivi k soodgovornosti do vseh someščanov.

6.3.3.2 Možnost zaposlitve organizatorja socialne mreže v programu celovite namestitve

V programu namestitve z zdravstveno oskrbo Hiša za uboge bi lahko zaposlili organizatorja socialne mreže. Pri delu je namreč pomemben multidisciplinaren pristop ter povezovanje različnih vladnih in nevladnih organizacij. Pri opravljanju tovrstnih nalog je organizator socialne mreže dobrodošel, saj med študijem pridobi dovolj znanja iz različnih področij, tako socialnih, zdravstvenih kot pravnih. Delo organizatorja socialne mreže v Hiši za uboge bi bilo

povezovanje s socialnimi delavci v bolnišnicah, domovih za ostarele in v zavetiščih ter z zdravniki v bolnišnicah in zdravstvenih domovih. Poleg tega bi organizator socialne mreže lahko skrbel za reševanje socialne problematike uporabnikov, po potrebi pa tudi predstavljal program zainteresiranim organizacijam. Tudi pri tem delu bi se povezovali z različnimi organizacijami, kot so občina, upravna enota, policija, centri za socialno delo in druge organizacije.

Naloga organizatorja je, da vzpostavi stik z bodočim uporabnikom, bodisi v dnevnem centru za brezdomce bodisi v (zdravstvenih) institucijah. Pri svojem delu se organizator socialne mreže povezuje s strokovnjaki, ki so oziroma bodo sodelovali z uporabniki bodisi znotraj društva bodisi s strokovnjaki iz drugih organizacij, ki so zaposleni na drugih področjih dela. Za hitrejšo prilagoditev na novo življenje v Hiši za uboge organizator socialne mreže bodočega uporabnika opremi s hišnim redom, z načinom plačevanja za prejete storitve in življenjem v domu ter z zaposlenimi v domu, s katerimi bo prihajal v stik. Organizator pomaga pri vzpostavljanju nove socialne mreže za posameznega uporabnika. Povezuje se s prostovoljci drugih programov Društva prostovoljcev VZD, poleg tega pa v različnih organizacijah (npr. slovenska Filantropija, srednje šole, četrtne skupnosti ipd.) predstavlja program Hiša ubogih in navdušuje občinstvo za prostovoljstvo (Milošević Arnold, 2003).

7 ZAKLJUČEK

Odpravljanje brezdomstva je dandanes pomemben izziv za vsako razvito državo. Dejstvo je, da v večini držav pojav brezdomstva ne upada, zato je reševanje brezdomske problematike toliko bolj pomembno.

Pri pregledu strokovne literature smo spoznali, da je namestitvenih programov za brezdomne z zdravstveno oskrbo v Evropi le peščica. Večina programov v različnih evropskih mestih je v zadnjem obdobju usmerjena v housing first – najprej namestitev. Zagotovo je namestitev prvi korak h končanju brezdomstva, a vendar brez sočasnih podpornih programov, tudi stanovanje za brezdomnega ni najboljša rešitev. Pri delu se namreč vedno znova srečujemo z brezdomnimi, ki so imeli povsem primerno namestitev, a so jo zapustili in se odpravili nazaj na ulico. Brezdomni v večini tudi ne zmorejo vzdrževati osebne higiene, normalnih socialnih stikov ipd., zato tudi zanje namestitev brez pomoči strokovnega osebja ne pripelje do želenih rezultatov.

Dejstvo je, da je zdravstveno stanje brezdomnih slabše kot med ostalo populacijo. Brezdomni s kroničnimi boleznimi zato še težje rešujejo svoje stanje in poskrbijo za osnovno higieno ter nasploh za skrb zase. Zavetišča poleg tega tudi niso primerna za okrevanje. Zato menimo, da bi namestitev z zdravstveno oskrbo pozitivno vplivala na izboljšanje zdravja in dvignila kakovost življenja najbolj obrobni ljudi.

V ZDA, kjer je daljša tradicija ustanavljanja namestitev z zdravstveno oskrbo, so ugotovili, da tovrstne namestitve pozitivno doprinesejo k zmanjšanju obiska urgentnih ustanov ter k zmanjšanju hospitalizacij. Predvidevamo, da bi tudi v Sloveniji tovrstna namestitev lahko pozitivno doprinesla k manjšemu obremenjevanju sekundarnih in terciarnih zdravstvenih ustanov.

Vse omenjene države omenjajo pomembnost nevladnih organizacij pri ustanavljanju programov z zdravstveno oskrbo za brezdomne. Nevladne organizacije pogosto sodelujejo tudi s prostovoljci. Takšen način pomoči ima dvojno korist: po eni strani je delo cenejše, saj si nevladne organizacije ne morejo privoščiti zaposlitve npr. zdravnikov specialistov. Po drugi strani pa so ljudje iz ožje in širše skupnosti lahko vključeni v delo z brezdomnimi, s tem pa se lahko zmanjša tudi logika individualizma v družbi.

Vsekakor programi zdravstvene namestitve za brezdomne lahko doprinesejo k višji kakovosti življenja najbolj obrobni. Ob vseh idejah in možnostih čim kakovostnejše pomoči

brezdomnim pa se je potrebno tudi zavedati, da so koraki majhni, rezultati pa včasih komaj vidni. Zato: ne omenjamo napredka ali uspeha. To ni naš jezik. Govorimo o življenju, žalovanju in veselju, majhnih in velikih uspehah. Življenje se živi doma, in mi želimo videti veličino doma vsak dan (Ministries, 2014).

8 BIBLIOGRAFIJA

8.1 LITERATURA

1. Amore, K., Baker, M. in Howden-Chapman, P. (2011). The ETHOS definition and classification of homelessness: an analysis. *European Journal of Homelessness*, 5(2), 19–37.
2. Baptista, I. in Marlier, E. (2019). Fighting homelessness and housing exclusion in Europe. *A Study of National Policies, European Social Policy Network (ESPN)*, 93, 1–140.
3. Bring, C., Kruse, M., Ankarfeldt, M. Z., Brünés, N., Pedersen, M., Petersen, J. in Andersen, O. (2020). Post-hospital medical respite care for homeless people in Denmark: a randomized controlled trial and cost-utility analysis. *BMC Health Services Research*, 20, 1–11.
4. Ciambrone, S. in Edgington, S. (2009). *Medical respite services for homeless people: Practical planning*. Nashville: National Health Care for the Homeless Council. Pridobljeno s https://www.va.gov/HOMELESS/nchav/resources/docs/special-models/hospital-housing/MedicalRespitePracticalPlanning_McMurrayAvila-508.pdf
5. Dekleva, B. (2014). O brezdomstvu v izobraževanju. V T. Devjak (ur.), *Partnerstvo Pedagoške fakultete Univerze v Ljubljani in vzgojno-izobraževalnih institucij* (str. 15–20). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
6. Dekleva, B. in Razpotnik, Š. (2011). Ocenjevanje obsega brezdomstva v Sloveniji. *Socialna pedagogika*, 4(15), 291–316.
7. Društvo prostovoljcev Vincencijeve zveze dobrote. (2014). *Psihosocialni status brezdomnih – Ljubljana* (interno gradivo). Društvo prostovoljcev Vincencijeve zveze dobrote, Ljubljana.
8. Edgar, B. in Meert, H. (2005). *Fourth review of statistics on homelessness in Europe – The ETHOS definition of homelessness*. Brussels: FEANTSA.
9. FEANTSA. (2018). *FEANTSA Country Fiche Greece*. Brussels: FEANTSA.
10. Fink, M. (2019). *ESPN Thematic report on national strategies to fight homelessness and housing exclusion-Austria*. Brussels: European Commission.
11. Greysen, S. R., Allen, R., Lucas, G. I., Wang, E. A. in Rosenthal, M. S. (2012). Understanding transitions in care from hospital to homeless shelter: a mixed-methods, community-based participatory approach. *Journal of general internal medicine*, 27(11), 1484–1491.

12. Hwang, S. W. in Burns, T. (2014). Health interventions for people who are homeless. *The Lancet*, 384(9953), 1541–1547.
13. Jago, M., Abcaya, J., Ştefan, D. E., Calvet-Montredon, C. in Gentile, S. (2018). Improving health care management in primary care for homeless people: a literature review. *International journal of environmental research and public health*, 15(2), 309.
14. Karner Sečnikar, D. (2010). *Brezdomstvo – management zdravstvenega sistema in ovire pri dostopnosti* (Diplomsko delo). Celje, Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije.
15. Klop, H. T., Onwuteaka-Philipsen, B. D. in Gootjes, J. (2018). Stronger Together in Palliative care for the Homeless: The use of consultation between professionals from different disciplines to improve palliative care for homeless people. *FEANTSA: Homeless in Europe*, 11–13.
16. Krejan, P. J. (2016). *Historizacija totalne institucije in vpliv deinstitucionalizacije na razvoj duševnega zdravja* (Magistrsko delo). Ljubljana, Fakulteta za družbene vede.
17. Kvist, J. (2019). *National strategies to fight homelessness and housing exclusion – Denmark*. Brussels: European Commission.
18. LeMoine, D. (2015). *Medical Respite Care as a Response to the Health Needs of People Experiencing Homelessness A Literature Review*. Toronto: Sherbourne Health Centre Infirmity Program.
19. Lozej, M. (2011). *Socialna opora uporabnikov Dnevnega centra za brezdomce* (Diplomsko delo). Ljubljana, Fakulteta za družbene vede.
20. Mali, J. (2008). *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
21. Milošević Arnold, V. (2003). *Socialno delo s starimi ljudmi: izbrani članki in referati* (Študijsko gradivo). Ljubljana, Fakulteta za socialno delo.
22. Ministries, N. (2014). *Housing for Welfare. National Strategy for Housing and Support Services (2014–2020)*. Oslo: Norwegian Ministry of Local Government and Modernisation.
23. Pacek, K. (2019). *Pot ljubezni skozi čas: zgodovina Slovenske provinca Družbe hčera krščanske ljubezni – usmiljenk 1919–2019*. Ljubljana: Teološka fakulteta, Hčere krščanske ljubezni svetega Vincencija Pavelskega - usmiljenke; Celje: Celjska Mohorjeva družba, Društvo Mohorjeva družba.
24. Pedersen, M., Bring, C., Brünés, N., Andersen, O., Petersen, J. in Jarden, M. (2018). Homeless people's experiences of medical respite care following acute hospitalisation in Denmark. *Health & social care in the Community*, 26(4), 538–546.

25. Pirec Sansoni, A. (2014). Vpliv stanovanjske izključenosti in brezdomstva na zdravje. *Socialno delo*, 53, 283–294.
26. Pleace, N., Baptista, I., Benjaminsen, L. in Busch-Geertsema, V. (2018). *Homelessness services in Europe*. Brussels: European observatory on homelessness.
27. Razpotnik, Š. in Dekleva, B. (2007). *Na cesti: brezdomci o sebi in drugi o njih*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
28. Razpotnik, Š., in Dekleva, B. (2009). *Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
29. Shetler, D. in Shepard, D. S. (2018). Medical Respite for People Experiencing Homelessness: Financial Impacts with Alternative Levels of Medicaid Coverage. *Journal of health care for the poor and underserved*, 29(2), 801–813.
30. Springer, S. (2000). Homelessness: a proposal for a global definition and classification. *Habitat international*, 24(4), 475-484.
31. Szarfenberg, R. (2019). *National strategies to fight homelessness and housing exclusion – Poland*. Brussels: European Commission.
32. Trummer, U., Novak-Zezula, S., Chrzanowska, M., Michalakelis, C., Mitoula, R., Rybka, A., Sulima, S. in Zielińska-Sitkiewicz, M. (2020). How Structural Compensation Facilitates Health Care for the Homeless. A Comparative View on Four European Union Member States. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 9114.
33. van Laere, I., de Wit, M. in Klazinga, N. (2009). Shelter-based convalescence for homeless adults in Amsterdam: a descriptive study. *BMC health services research*, 9(1), 208.

8.2 VIRI

1. *AmberMed*. Pridobljeno s <https://www.amber-med.at/>
2. *Ambulanta s posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega zavarovanja, Pro Bono*. Pridobljeno s https://www.ordinacija.net/members/www-pzs.php?mg_pzs_id=74&lang
3. Brodnik, M. (2017). *Po nekaterih ocenah je v Sloveniji med 3.000 in 6.700 brezdomcev*. Pridobljeno s <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/6991>
4. [Caritas Österreich]. (2017, Apr 3). *Help-Mobil – Caritas Oberösterreich* [Video File]. Pridobljeno s <https://www.youtube.com/watch?v=rDkJuQPYbH8>
5. Caritas&Du. (b. l.a). *Marienambulanz*. Pridobljeno s <https://www.caritas-steiermark.at/marienambulanz/>

6. *Društvo prostovoljcev VZD*. Pridobljeno s <https://drustvo-vzd.si/>
7. *EMFASIS*. Pridobljeno s <https://www.emfasisfoundation.org/en/>
8. European Commission. (b. l.). *Employment, Social Affairs & Inclusion*. Pridobljeno s <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1061&langId=en>
9. *FEANTSA*. Pridobljeno s: <https://www.feantsa.org/en>
10. National Health Care for the Homeless Council. (b. l.). *Medical Respite Care*. Pridobljeno s <https://nhchc.org/clinicalpractice/medical-respite-care/>
11. *Neunerhaus*. Pridobljeno s <https://www.neunerhaus.at/nc/>
12. OECD. (2020). *HC3.1 homeless population*. Pridobljeno s <https://www.oecd.org/els/family/HC3-1-Homeless-population.pdf>
13. *Praksis*. (b. l.). *About Praksis*. Pridobljeno s <https://praksis.gr/en-about/>
14. *Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020*. (2013). Uradni list RS, št. 39.
15. *Resolucija o nacionalnem stanovanjskem programu 2015–2025*. (2015). Uradni list RS, št. 92.
16. *Stowarzyszenie Lekarze Nadziei*. Pridobljeno s <http://sln.org.pl/przychodnia/>
17. *Virgilbus: Seit fünf Jahren ehrenamtlich unterwegs*. (2019). Pridobljeno s <https://salzburg.orf.at/stories/3024162/>
18. *Warsaw. Helmets and masks for city guards working with the homeless*. (2020). Pridobljeno s <https://caritas.pl/blog/2020/04/20/warszawa-przylbice-i-maski-dla-straznikow-miejskich-pracujacych-z-bezdomnymi/>