

Anja Pirec Sansoni

VPLIV STANOVANJSKE IZKLJUČENOSTI IN BREZDOMSTVA NA ZDRAVJE

Socialni dejavniki so pomemben vidik vplivov na zdravje ljudi, kajti stanovanjske in bivanjske razmere zelo vplivajo na telesno in duševno zdravje. Število brezdomnih oseb se povečuje v večini evropskih držav, prav tako se slabšajo stanovanjske razmere, v katerih ljudje bivajo. Izkušnje brezdomnih oseb ter strokovnih delavk in delavcev na področju brezdomstva in socialne izključenosti kažejo, da so zdravstvene težave brezdomnih oseb večkrat spregledane, razvijajo se v trajno oviranost. V Sloveniji se srečujemo s pomanjkanjem specializiranih služb za brezdomne osebe z ovirami ali hudimi zdravstvenimi težavami, prav tako se s težavami srečujejo izvajalci programov na področju brezdomstva, saj niso usposobljeni za izvajanje zdravstvene oskrbe, hkrati pa se spoprijemajo z ovirami pri iskanju možnosti za namestitve uporabnikov storitev.

Ključne besede: socialni dejavniki, zdravstvena neenakost, revščina, storitve, oviranost.

Anja Pirec Sansoni je univerzitetna diplomirana socialna delavka, strokovna delavka na področju socialnega varstva, zaposlena pri Centru za socialno delo v Kranju v programu Zavetišča za brezdomce Kranj. Ukvarja se tudi s področjem stanovanjske izključenosti in brezdomstva, posebno pozornost namenja brezdomstvu žensk. Kontakt: anjapirec@gmail.com.

THE EFFECT OF HOUSING EXCLUSION AND HOMELESSNESS ON HEALTH

Social factors have important effect on people's health, since housing and living conditions greatly affect the physical and mental health of people. The number of homeless people is increasing in most European countries and living conditions are also getting worse. Experience of homeless people and professional workers in the field of homelessness and social exclusion suggests that health problems of homeless people are often overlooked and evolve into permanent disability. In Slovenia, we are facing a lack of specialized services for homeless people with disabilities or serious health problems. Professional and other staff working in the field of homelessness are not trained to perform medical care, although they are faced with obstacles in finding a way to accommodate service users.

Key words: social factors, health inequality, poverty, services, disability.

Anja Pirec Sansoni, BA of social work, works professionally in the field of social warfare. She's currently employed at the Centre for Social Work Kranj, Department of Homeless Shelter Kranj. She's interested in housing exclusion and homelessness and pays special attention to women's homelessness. Contact: anjapirec@gmail.com.

Uvod

Problematika stanovanjske izključenosti in brezdomstva v Sloveniji kaže, da je pri odzivih na potrebe ljudi pomembno in potrebno povezovati socialno in zdravstveno stroko. Socialni dejavniki vpliva na zdravje, predvsem stanovanjske razmere, so ključni pri razumevanju zdravstvene problematike brezdomnih oseb. V teoretskem uvodu želimo s kompleksno definicijo brezdomstva in stanovanjske izključenosti, prikazom socialnih dejavnikov vpliva na zdravje in analizo sprememb stanovanjskih razmer v Sloveniji prikazati koncepte razumevanja kompleksnosti situacij brezdomnih oseb.

V empiričnem delu prikažemo izkušnje izvajalcev socialnih storitev na področju brezdomstva v Sloveniji in izkušnje brezdomnih oseb. Brezdomci se večkrat srečujejo z izključevalno in diskriminatorno politiko zdravstvenega sektorja. Ta se namreč pogosto ne zmenja za njihov socialni kontekst, to pa kaže na medicinski model obravnave in trdovratne predsodke do oseb z izkušnjo brezdomstva. Pričevanja brezdomnih oseb smo zbirali pri socialnem delu na tem področju od leta 2009, predvsem v osebnih pogovorih in v procesu pomoči pri reševanju njihovih situacij. V članku navajamo ali povzemamo zgolj nekatere izstopajoče primere, ki najbolj slikovito prikazujejo njihov boj z mlino zdravstvene birokracije.

Predstaviti želimo ključne povezave med neenakostjo in zdravjem, hkrati pa prikazati neustreznost institucionalnega odziva na zdravstvene težave brezdomnih oseb. Poleg že omenjenega medicinskega modela, ki ga razumemo kot del problema, gre tudi za pomanjkanje specializiranih

služb za brezdomne osebe z ovirami ali kroničnimi zdravstvenimi težavami in za preobremenjenost obstoječih služb.

Opredeleitev stanovanjske izključenosti in brezdomstva ter podatki za Slovenijo

V Sloveniji se število brezdomnih oseb povečuje po letu 1990, torej sočasno s slabljenjem in razkrajanjem številnih formalnih in neformalnih varovalnih sistemov (Razpotnik 2009). Dejavniki, ki vplivajo na večanje števila brezdomnih oseb, so: višanje cen stanovanj v zadnjih 15 letih, radikalna privatizacija, gentrifikacija¹, zmanjševanje dostopnosti vseh zdravstvenih storitev (brezdomci so redkeje in manj obravnavani v psihiatričnih bolnišnicah in verjetno tudi slabše) (Razpotnik, Dekleva 2007).

Maša Filipovič (2007) opozarja, da so podatki o brezdomstvu in stanovanjski izključenosti v Sloveniji izjemno pomanjkljivi. V Sloveniji je namreč brezdomstvo še vedno obravnavano v kontekstu socialne politike in ne v kontekstu stanovanjske politike oziroma je stanovanjska politika ločena od socialne, to pa precej vpliva na javno percepcijo in predlagane rešitve te problematike.

Tako je brezdomstvo najpogosteje obravnavano kot stranski produkt drugih socialnih problemov, kot so, na primer, nizek osebni dohodek, osebne težave, družinski konflikti. (*Ibid.*: 193.)

Evropska tipologija brezdomstva in stanovanjske izključenosti (ETHOS 2006) temelji na razumevanju kompleksnosti pojava brezdomstva. Brezdomstvo definira na treh ravneh: fizični, družbeni in pravni. Fizična dimenzija vključuje fizični prostor za bivanje, pravna označuje zakonito pravico do bivanja na določenem prostoru, družbena pa pomeni imetje zasebnega prostora, v katerem lahko potekajo družbeni odnosi. Izključenost iz vseh treh dimenzij tako pomeni brezdomstvo, izključenost iz enega ali dveh področij pa izključenost in potencialno brezdomstvo.

Na podlagi definicije ETHOS (*ibid.*) lahko osebe uvrstimo v štiri kategorije brezdomstva in stanovanjske izključenosti:

- *Osebe brez strehe nad glavo*

Navezuje se na posameznike, ki jih v javnosti najpogosteje povezujejo z brezdomstvom, torej tiste, ki spijo na javnem prostoru, na ulicah, ali pa občasno v nujnih nastanitvah za brezdomce (vendar gre predvsem za omejene nastanitve, na primer le čez noč). Gre za najhujšo obliko izključenosti, saj so v takem primeru osebe izključene z vseh treh področij. Brezdomne osebe, ki jih opisujemo v tej kategoriji, so najvidnejše in jih družba tudi največkrat stigmatizira in označi kot brezdomne. Ocene (Dekleva *et al.* 2010) za Slovenijo kažejo, da je od nekaj sto do več kot tisoč ljudi brez strehe nad glavo. Ta skupina je najbolj izpostavljena različnim dejavnikom tveganja, vpliv na njihovo zdravje je odvisen od njihovega splošnega zdravstvenega stanja, časa trajanja življenja brez strehe nad glavo in uporabe različnih strategij preživetja in skrbi za zdravje. Zaradi vidnosti brezdomstva imajo slabši dostop do zdravstvenih storitev in slabšo zdravstveno oskrbo, večkrat so zaradi specifične situacije tudi brez osnovnega in dodatnega zdravstvenega zavarovanja. Izkušnje iz prakse kažejo, da se veliko brezdomnih oseb zateče po pomoč v zavetišča in druge oblike storitev, ko se njihovo zdravstveno stanje tako poslabša, da ne zmorejo več živeti zunaj institucije, večkrat so napoteni v zavetišča tudi ob odpustu iz različnih zdravstvenih ustanov ali pripeljeni z rešilcem iz ambulante nujne medicinske pomoči.

- *Osebe brez stanovanja*

Kategorija označuje različne življenjske situacije, večinoma vanjo uvrščamo osebe, ki živijo v določenih institucionalnih oblikah pomoči. Ti sicer niso izključeni s fizičnega področja, temveč

¹ Gentrifikacija je rekonstrukcija določenega območja v mestu. Gre za proces socialne preobrazbe delov mesta, praviloma z nižjim socialnim in ekonomskim položajem, vendar zaradi lege, nizkih cen in bivalnega okolja pomeni velik potencial. Obnova in sanacija stavb tako povzročita višje cene nepremičnin in priseljevanje premožnejše populacije, zato se revnejši prebivalci odseljujejo (Rebernik 2004).

z družbenega in pravnega (npr. v njem nimajo zasebnosti in ne morejo prijaviti stalnega bivališča ali pa nimajo pravne podlage za samostojno rabo bivališča). V tej kategoriji prepoznamo ljudi, ki živijo v zavetiščih za brezdomce, azilnih domovih, materinskih domovih in varnih hišah za ženske in osebe, ki so pred odpustom iz institucij (npr. bolnišnice, zapora) in nimajo doma, kamor bi se lahko vrnili. Ljudi brez stanovanja je v Sloveniji po zadnjih ocenah (Dekleva in drugi 2010) od dva tisoč do nekaj tisoč, veliko jih ostaja skritih, neregistriranih in neslišanih.

- *Osebe z negotovo nastanitvijo*

Bivanje brez zagotovljene trajnosti pomeni predvsem izključenost na pravnem področju bivanja oziroma negotovost glede prihodnosti, saj ima oseba več možnosti, da bo nastanitev izgubila. Te situacije so lahko: najem brez zakonite pogodbe ali za določen čas, bivanje pri sorodnikih in prijateljih, grožnja prisilne izselitve, nezakonita naselitev in bivanje z grožnjo nasilja. Ocena raziskave (*ibid.*) kaže na to, da v negotovi nastanitvi v Sloveniji biva več tisoč ljudi. To je zaradi nedostopnosti podatkov zelo groba ocena, številka vseh je po mnenju avtorjev zagotovo veliko višja. Zaradi specifičnih življenjskih situacij (ogroženo, stresno življenje, nezakonita naselitev ipd.) imajo ljudje, ki bivajo v negotovi nastanitvi, več zdravstvenih težav kot tisti, ki imajo varno nastanitev trajno zagotovljeno.

- *Osebe v neprimernem stanovanju*

V tej kategoriji imajo osebe fizično stanovanje, torej streho nad glavo, vendar so razmere neprimerne za bivanje. Za neprimerno stanovanje veljajo mobilni domovi, nelegalno bivanje na posestvu in nelegalno bivanje v stavbi (skvoti), bivanje v prostorih, ki so označeni kot neprimerni po nacionalnih standardih (npr. brez sanitarij, vlaga, plesen) in bivanje v okoliščinah ekstremne prenaseljenosti. Raziskovalci ocenjujejo (*ibid.*), da v neprimernem stanovanju v Sloveniji biva skoraj 80.000 ljudi, vendar je ta številka verjetno podcenjena. Življenje v neprimernem stanovanju, predvsem dolgotrajno, ima lahko hude in trajne posledice za zdravje.

Klasifikacija ETHOS je izjemno kompleksna, a statična, zato ne more upoštevati procesne, spremenljive narave brezdomstva, zaradi katere je velik del brezdomstva manj viden ali celo skrit. Za brezdomstvo je namreč značilno prehajanje med oblikami v različno dolgih obdobjih. Pomembni pa sta zavedanje kompleksnosti problematike brezdomstva in prepoznavanje različnih poti v brezdomstvo, to pa opozarja tudi na stanovanjska tveganja (*ibid.*).

Socialni dejavniki vpliva na zdravje

Coleen Reid (2004) kot pomembne socialne determinante zdravja opredeljuje revščino, spol, barvo kože, etničnost in življenjske navade. Zdravje razume veliko širše samo stanje posameznika, predvsem pa upošteva tudi posledice materialne prikrajšanosti, slabih stanovanjskih in delovnih razmer. Socialni diskurz prepozna družbene razlike v zdravju in opozarja, da socialni, politični, kulturni in ekonomski dejavniki vplivajo na pojavnost večine bolezni in oviranosti. Diskurzi revščine in zdravja so izraz ideoloških agend, ki so zgodovinsko specifične in odvisne od družbe. Za razumevanje zdravja in bolezni moramo namreč razumeti socialne razmere, v katerih se zdravje in bolezen ustvarjata, identificirata in nadaljujeta (*ibid.*). Zdravje poznamo kot eno izmed osnovnih človekovih pravic, kljub temu pa socialna in ekonomska struktura družbe ter socialna izključenost pomenijo enega izmed poglobitvenih razlogov za bolezni in smrt ljudi. Zdravje moramo tako razumeti tudi kot problem socialne politike; večanje revščine in razlik v dohodkih gospodinjstev pa pomeni večanje zdravstvenih neenakosti. »Pomanjkanje moči na individualni, skupnostni in družbeni ravni je glavni dejavnik tveganja za težave z zdravjem« (*ibid.*: 4).

Buzeti *et al.* (2011) opredelijo pet ključnih mehanizmov, ki vplivajo na pojav neenakosti v zdravju. Prvi izvira iz različne porazdelitve moči in virov; neenakosti lahko povzročajo družbene norme, politike in prakse, saj sistematično vplivajo na porazdelitev moči, blaginje in drugih potrebnih družbenih virov.

Razlike v socialnem položaju kot drugi identificirani mehanizem na področju zdravja povečujejo izpostavljenost dejavnikom tveganja (materialnim, psihološkim in vedenjskim). S slabšanjem socialnega položaja se tveganja večajo.

Tretji mehanizem vpliva na zdravje avtorji vidijo v tem, da lahko enaki dejavniki tveganja različno vplivajo na različne skupine oziroma posameznike, saj je njihov vpliv odvisen od trajanja in moči, predvsem pa od številčnosti dejavnikov. Vsekakor so ob daljšem, pogostejšem ali večjem tveganju posledice usodnejše, kot če neki negativni dejavnik vpliva le občasno. Prav tako več dejavnikov tveganja za zdaj na zdravje vpliva slabše kot posamezni dejavnik.

Četrti ključni mehanizem je vpliv socialno-ekonomskih determinant zdravja v celotnem življenjskem obdobju. Učinki se v življenju namreč seštevajo, kopičenje negativnih vplivov oziroma dejavnikov tveganja pa pomembno vpliva na razlike v zdravju med skupinami prebivalstva. Dogodki v zgodnjem otroštvu (npr. pogostejše bolezni), revščina in materialna prikrajšanost (slabe stanovanjske razmere, slabša prehrana ipd.) pomembno vplivajo na zdravje v poznejšem obdobju. Ne smemo tudi zanemariti, da socialno-ekonomski položaj staršev zelo vpliva na otroke, ne samo na njihovo zdravje, temveč tudi na izobraževanje in pozneje na zaposlovanje, posledica tega pa je začaran krog revščine. Slabo zdravstveno stanje in oviranosti pa lahko vplivajo na posameznikovo življenje, saj ima zaradi omenjenih dejstev slabši položaj na področju izobraževanja, zaposlovanja, stanovanja, zato se večkrat doživlja socialno izključenost.

Razpotnik in Dekleva (2009) razumeta zdravstveno problematiko kot eno izmed ključnih tematik, povezanih z brezdomstvom, saj imajo brezdomne osebe precej slabše zdravstveno stanje kot splošna populacija. Večkrat se pogoste zdravstvene težave zaradi nezadostne zdravstvene oskrbe tako poslabšajo, da imajo trajne posledice (npr. oviranosti). Težave z zdravjem lahko vplivajo na ustvarjanje novih in omogočajo povečevanje začaranega kroga socialne izključenosti, to pa vpliva tudi na izključenosti iz sistemov zdravstvene oskrbe. Zdravstvene potrebe brezdomnih ljudi so odvisne od več dejavnikov – čas trajanja brezdomstva in starost posameznika sta izmed najpomembnejših, saj se zdravje slabša z daljšanjem časa trajanja brezdomstva in s staranjem posameznika. Zdravstvene težave so posledica množice dejavnikov, ki izhajajo iz okolja. Avtorja (*ibid.*) poudarjata, da so na primer posledice spanja na prostem in neprimerne obutve okužbe, ozeblina, bolezni ožilja (tromboza) ipd. Poudarjata tudi, da so bolezni in poškodbe zaradi nezdravljenja pogosto zanemarjene in zastarane, pojavljajo se okužbe in zastrupitve, tudi gangrena.

Revni ljudje doživljajo več dejavnikov tveganja, večkrat živijo v slabih stanovanjskih razmerah (vlaga, mraz, plesen), imajo slabe delovne razmere, živijo v prenaseljenih stanovanjih. Healy (2004) ugotavlja, da imajo ljudje, ki ne morejo dovolj ogreti stanovanja, več težav z zdravjem. Slabše zdravje imajo tudi družine, v katerih je proračun zelo obremenjen zaradi stanovanjskih stroškov ali pa težko poravnajo tekoče stroške (elektrika, plin, komunala).

Analize kažejo, da v Sloveniji socialno-ekonomske razmere zelo vplivajo na življenjske navade prebivalcev in to se kaže tudi na njihovem zdravju (Buzeti *et al.* 2011). Otroci v revnejših družinah uživajo manj sadja in zelenjave ter so manj pogosto telesno dejavni, prav tako je delež čezmerno hranjenih in debelih odraslih večji med prebivalci z nizkim socialno-ekonomskim položajem. Ti podatki kažejo, da revnejši za zagotovitev preživetja jedo bolj kalorično in manj kakovostno hrano, to pa se kaže na njihovem zdravju. Delež kadilcev je pri obeh spolih večji v skupini prebivalcev s poklicno, osnovno ali nižjo izobrazbo – to je lahko edina pregreha, ki si jo lahko privoščijo, in strategija preživetja v stiski. Prav tako se pojavljajo razlike v obolevnosti med revnejšim prebivalstvom in splošno populacijo (pogostejša arterijska hipertenzija, bolezni srca, rak), višja je tudi stopnja zgodnje umrljivosti zaradi omenjenih bolezni pri revnejšem prebivalstvu. Ugotovljene razlike so primerljive z neenakostmi v zdravju v drugih državah EU.

Luj Šprohar (2010) opozarja, da postajajo problemi ogroženih skupin prebivalstva povezani z njihovim zdravjem, vse pomembnejši javnozdravstveni problem ter veliko breme za posameznika, njegovo družino, skupnost in državo. Po njegovem mnenju ogrožene skupine potrebujejo posebno pozornost, pomoč, predvsem pa zakonsko zaščito in vključenost v sistem javnega zdravstva. Ugotovitve na podlagi opravljenih raziskav kažejo, da je treba razviti veliko različnih

programov, diferenciranih tako geografsko kot sektorsko in vsebinsko, na področju nastanitve, vključevanja na področja dela, zdravstva, kulture, izobraževanja, javnega dialoga, potrebna pa je tudi ustrezna sistemska umestitev. Programi morajo biti prilagojeni različnim skupinam in upoštevati dejavnike, kot so spol, starost, etničnost, med seboj se morajo dopolnjevati. Okrepiti je treba tudi nemoteno delovanje organizacij, ki že delujejo na področju brezdomstva in zdravstva, še posebej pomembni pa sta izobraževanje različnih strokovnih profilov in medsebojno sodelovanje med različnimi resorji (zdravstvo, socialno varstvo, šolstvo) ter med organizacijami na več ravneh: javne in nevladne, nizkopražne in visokopražne.

Število brezdomnih oseb se povečuje, stanovanjske razmere se slabšajo

Poročilo, ki ga je izdala FEANTSA (2012), evropska federacija organizacij, ki delujejo na področju brezdomstva, kaže, da se število oseb v času krize povečuje. Evropski letni pregled rasti (Evropska komisija 2012 a) potrjuje, da se je število brezdomnih ljudi povečalo v nekaterih članicah EU zaradi gospodarske krize. V četrletnem poročilu EU o zaposlovanju in socialnih razmerah (Evropska komisija 2012 b) je pisalo, da se je število brezdomnih oseb povečalo po vsej Evropi zaradi povečanja brezposelnosti in izgube dohodkov, zlasti v državah članicah na obrobju EU. Poudarja, da se je tistim državam članicam, ki vodijo učinkovite politike reševanja brezdomstva, kljub recesiji in propadu stanovanjskih balonov uspelo izogniti občutnejšemu povečanju števila brezdomnih oseb (*ibid.*). Razpoložljivi podatki o obsegu brezdomstva v EU so sicer omejeni, saj le malo nacionalnih vlad sistematično meri obseg brezdomstva. Pomankanje primerljivih kvantitativnih in kvalitativnih podatkov o brezdomstvu, še posebej o specifičnih skupinah brezdomnih oseb (ženske, otroci, osebe z oviranostmi) v vseh državah EU je eden izmed pglavitnih izzivov, in to kljub napredku, ki smo mu bili priče v zadnjih letih.

Povečanje obsega brezdomstva v zadnjih petih letih so zaznali v kar 15 državah članicah EU: poleg Slovenije še v Avstriji, na Češkem, v Franciji, Nemčiji, Grčiji, na Madžarskem, Irskem, v Italiji, Litvi, na Portugalskem, Poljskem, v Španiji, na Švedskem in v Združenem kraljestvu (Angliji, Severni Irski in Walesu). Zmanjšanje obsega brezdomstva v zadnjih petih letih pa ugotavljajo: Finska, Nizozemska, nemška zvezna dežela Severno Porenje-Vestfalija in Škotska. Izkušnje kažejo na to, da celostne politike, ki vključujejo raznolike oblike storitev in podpore, pripomorejo k zmanjševanju obsega brezdomstva (*ibid.*).

Slovenija torej sodi v skupino držav, v katerih se brezdomstvo povečuje ne samo v zadnjih petih, temveč dvajsetih letih. Priče smo stalni rasti, zato ta hip težko ocenimo moč vpliva gospodarske krize na povečanje števila brezdomnih oseb. Vsako leto je brezdomnim na voljo več storitev (zavetišča, prenočišča, druge oblike nastanitve). Evalvacija storitev za brezdomne kaže, da je bilo leta 2012 v programih 2243 različnih uporabnikov. Število uporabnikov se je v zadnjih letih zelo povečalo: leta 2008 jih je bilo 904, leta 2009 1637, leta 2010 1974, leta 2011 pa 2228 (Smolej *et al.* 2013).

Zdajšnja gospodarska kriza je skupaj z drugimi dejavniki (npr. stanovanjsko in socialno politiko) povečanje brezdomstva okrepila, postalo je vidnejše, ni pa ta kriza edini dejavnik vpliva. Trend zniževanja javne porabe in krčenja socialne države se je pojavil že pred krizo, v času krize pa se je še okrepil kot oblika reševanja posledic gospodarske krize (FEANTSA 2012).

Profil brezdomnih se v Evropi razlikuje glede na demografske in nacionalne značilnosti posamezne države, raziskave pa kažejo, da so se značilnosti brezdomnih oseb v zadnjih letih v večini evropskih držav spreminjale. V 14 državah se je povečalo število brezdomnih med priseljenci, v 10 državah se je povečal delež brezdomstva med mladimi in prav tako v 10 državah brezdomstvo med ženskami. V šestih državah ugotavljajo, da se je povečal delež brezdomnih družin. Na Poljskem in na Severnem Irskem ugotavljajo, da se brezdomna populacija stara – posledica širših demografskih sprememb (*ibid.*).

Slabšajo pa se tudi stanovanjske razmere. Podatki o stanovanjskih razmerah v 27 članicah Evropske unije (Eurostat 2009) kažejo, da v izjemno slabih stanovanjskih razmerah živi 6 %

Evropejcev ali 30 milijonov ljudi. Najpogostejši problemi, s katerimi se srečujejo ljudje v svojih naseljih in stanovanjih, so: hrup (22,2 %), stanovanjska prenaseljenost oziroma površinska neustreznost stanovanja (17,8 %) in onesnaženost (16,5 %). V Sloveniji je o stanovanjski prenaseljenosti leta 2010 poročalo 45 % najrevnejših prebivalcev, ocena stanovanjske prenaseljenosti za splošno populacijo pa je 35 %, več od evropskega povprečja. Med najemniki je stanovanjska prenaseljenost veliko večja kot med lastniki stanovanj, predvsem med najemniki po tržni ceni, pri tem je bila stopnja stanovanjske prenaseljenosti leta 2010 kar 82 %, se pravi, da so cene stanovanj v Sloveniji zelo visoke in si ljudje ne morejo privoščiti dovolj velikih stanovanj za svoje potrebe (SI-STAT 2012). Leta 2009 je kar 67 % prebivalcev EU menilo, da v svojem okolju nimajo dostopa do ustreznega stanovanja (Eurostat 2009).

Stanovanjske razmere se v Sloveniji v zadnjih letih slabšajo, predvsem po začetku krize je po podatkih Slovenskega statističnega urada (SI-STAT 2012) opaziti tak trend. Leta 2005 je namreč o slabi stanovanjski situaciji poročalo 20 % prebivalcev, leta 2008 je bilo takih 31 %, leta 2011 pa že 35 %. Podatki kažejo, da se stanovanja slabšajo, saj ljudje nimajo sredstev za vzdrževanje. Med najrevnejšim prebivalstvom je bilo takih, ki so poročali o slabem stanju stanovanja, leta 2011 46 %, med najemniki pa je delež 42 %.

Povečuje se tudi število ljudi, ki v stanovanjih nimajo primerne ogrevanja, saj jih je bilo leta 2005 3 %, delež pa je do leta 2011 povečal na 6 % (odstotek je pri revnejših ali najemniških gospodinjstvih še večji). Povečuje pa se tudi število ljudi, ki so jim stanovanjski stroški veliko breme, saj je bilo leta 2009 v EU 12,2 % (61 milijonov) ljudi, ki so za stanovanjske stroške porabili več kot 40 % svojih dohodkov (Eurostat 2009), odstotek teh pa se je leta 2010 povečal na 19 %. Kar dvakrat več (38 %) pa je ljudi, ki živijo pod pragom revščine in porabijo več kot 40 % za stanovanjske stroške (Svet Evrope 2010). V Sloveniji po statističnih podatkih (SI-STAT 2012) o stanovanjskih stroških kot velikem bremenu poroča leta 2011 kar 58 % najrevnejših gospodinjstev (2005: 48 %), v splošni populaciji je takih gospodinjstev 40 %. Stanovanjski stroški so bili leta 2011 veliko breme za kar 59 % najemnikov in za 58 % enostarševskih gospodinjstev z vsaj enim vzdrževanim otrokom. Z vsaj enim elementom stanovanjske prikrajšanosti se je leta 2011 spopadalo 40,7 % gospodinjstev pod pragom tveganja revščine (2005: 23,1 %), v splošni populaciji je takih gospodinjstev 34 % (2005: 18,4 %).

Na podlagi statističnih podatkov lahko razberemo, da so se stanovanjske razmere v Sloveniji v letih krize na nekaterih področjih zelo poslabšale tako za splošno populacijo kot za ljudi, ki živijo pod stopnjo tveganja revščine, posebej ogrožene skupine so najemniki in enostarševske družine z vsaj enim vzdrževanim otrokom. V primerjavi s povprečjem v EU lahko ugotovimo, da so stanovanjske razmere v Sloveniji slabše, saj so deleži stanovanjske izključenosti in prikrajšanosti večji. Slabše stanovanjske razmere povečujejo možnost za hude trajne zdravstvene težave, tudi za oviranosti, zato je nujno treba sprejeti ukrepe, ki bodo ljudem omogočili boljšo kakovost njihovih bivalnih prostorov, hkrati pa je treba omogočiti dostop do stanovanj, ki si jih bodo ljudje lahko privoščili, prav tako njihovo vzdrževanje in primernost za bivanje (dovolj velika, varna in predvsem trajna).

Revščina in slabe stanovanjske razmere povečujejo možnosti za oviranost

Oviranost in revščina sta dvosmerno povezana: hendikep večja tveganje revščine in revščina večja tveganje za oviranost. Za osebe z oviranostmi je verjetneje, da bodo brezposelne ali pa bodo zaslužile manj, če bodo zaposlene, nezaposlenost ali nižanje dohodka se povečujeta glede na stopnjo oviranosti, kot poroča Svetovna zdravstvena organizacija (WHO 2011). Zaradi vseh teh dejstev so gospodinjstva, v katerih biva oseba z ovirami, revnejša od drugih. Prav tako je za ta gospodinjstva verjetneje, da se spopadajo z materialno ogroženostjo; to vključuje negotovo preskrbo s hrano, slabše stanovanjske in higienske razmere, slabši dostop do pitne vode in neustrezen dostop do zdravstvenih storitev, kot na globalni ravni ugotavlja Svetovna zdravstvena organizacija (*ibid.*). Revščina ljudi z ovirami ne temelji zgolj na

materialni izključenosti, temveč na družbeni izključenosti in nemoči, pomanjkanju uresničevanja njihovih potreb.

Revščina torej poveča možnost za pojav oviranosti. Povzroči lahko več zdravstvenih težav, predvsem pa se lahko zdravstvene težave v revščini poslabšajo do stopnje trajne oviranosti (zaradi nedostopnosti zdravstvenih storitev, stanovanjskih razmer). Položaj revnih oseb se s slabšanjem zdravstvenih težav oziroma s pojavom hendikepa še poslabša, osebo pahne v še večjo socialno izključenost. Oseba z izkušnjo revščine in hendikepa se hkrati znajde v začaranem krogu izključenosti, gre za večdimenzionalno izključenost.

V zadnjih letih se v skladu s povečevanjem števila brezdomnih in najrevnejših oseb povečuje tudi število oseb, ki obiskujejo ambulate in posvetovalnice za osebe brez zdravstvenega zavarovanja. V Ljubljani se je število uporabnikov od leta 2002 (89) povečalo za desetkrat, saj so jih v letu 2012 našeli več kot 900, številka pa je v letu 2014 presegla 1000.

Spreminja se tudi populacija uporabnikov, saj je vse več nekdanjih samostojnih podjetnikov, ki zaradi krize niso mogli plačevati socialnih prispevkov, nam je povedal zdravnik dr. Aleksander Doplihar, vodja ambulate v Ljubljani (osebni pogovori, september 2012–marec 2014). V ambulanti so opazili povečano število uporabnikov, ki niso slovenski državljani, povečuje se tudi število otrok. Zaradi neurejenih stanovanjskih razmer, pomanjkanja kopalnic in umivalnic veliko uporabnikov ne more vzdrževati niti osnovne osebne higiene. Doplihar poudarja, da so posledice težav večkrat tako hude, da uspešno zdravljenje ni več možno. Srečujejo se tako s hudo zanemarjenostjo (tudi z gnojnimi vnetji, zajedavci, nalezljivimi boleznimi) kot s podhranjenostjo, fizično izčrpanostjo in hudo okrnjenostjo imunskega sistema. Hude zdravstvene težave se pri brezdomnih osebah razvijejo v trajne, neozdravljive bolezni in okvare, ki so posledica tudi kronične zasvojenosti z alkoholom (okvara možganskega tkiva, tresavica, prizadetost živcev ipd.). Podobno ugotavljajo pri brezdomnih osebah, ki so zasvojene s tobakom, saj so posledice večkrat neozdravljive (kašelj, rakasta obolenja, astma, zamašitev ožilja). Izkušnje iz prakse tako kažejo, da pomanjkanje obravnave in nedostopnost zdravstvenih storitev zelo vpliva na zdravstveno stanje brezdomnih oseb. Bolezni in težave, ki jih splošna populacija preboli brez večjih zapletov, se pri brezdomnih osebah lahko hitro zapletejo in poslabšajo (osebni pogovori, september 2012–marec 2014).

Glas z družbenega obrobja

V kontekstu razumevanja povezave med izkušnjo brezdomstva in oviranostmi so izjemno pomembne osebne izkušnje brezdomnih. Zaradi specifične situacije večkrat ostanejo brez osnovnega in dodatnega zdravstvenega zavarovanja, to pa zelo vpliva na njihov dostop do storitev. Dostop do storitev je omejen tudi zaradi diskriminacij, ki izhajajo iz stigme brezdomne osebe, zato uporabljajo različne strategije za prikrivanje brezdomstva.

Če oviranosti definiramo v okviru zakonsko opredeljene invalidnosti na treh stopnjah, lahko pridobimo določene podatke o številu brezdomnih, ki se srečujejo s trajnim hendikepom. Uradne številke so vsekakor podcenjene, saj veliko brezdomnih nikoli ne začne pridobivati statusa invalida ali pa statusa zaradi različnih razlogov ne pridobijo, zato so ti podatki zgolj opis situacije na tem področju. Nekaj podatkov sta zbrala Špela Razpotnik in Bojan Dekleva v raziskavi o zdravstvenem stanju brezdomnih (Razpotnik, Dekleva 2009). Ugotovila sta, da je v vzorcu raziskave (122 brezdomnih iz celotne Slovenije, starih od 22 do 77 let, 84 % moških) invalidov prve stopnje 4,9 %, druge stopnje 1,6 % in tretje stopnje 13,9 %. V postopku pridobivanja statusa je bilo takrat 2,3 % brezdomnih, brez statusa pa je bilo takrat 76,2% udeležencev v raziskavi. To pa ne pomeni, da se niso srečevali s hudimi zdravstvenimi težavami ali oviranostjo.

Ko se brezdomni obrnejo na zdravstvene službe po pomoč, doživljajo različne odzive. Tisti, ki prejemajo denarno socialno pomoč ali druge prejemke (npr. invalidska pokojnina), imajo po zakonu urejeno tudi osnovno in dodatno zdravstveno zavarovanje (plačilo iz proračuna RS), zato se večinoma lahko obračajo na svoje osebne zdravnike in so napoteni tudi k specializira-

nim zdravnikom. Kljub urejenosti zavarovanja so na podlagi informacije, da bivajo v zavetišču oziroma nimajo urejene nastanitve, večkrat drugače obravnavani oziroma se odnos spremeni, ko ta podatek postane znan. Tako nam je poročal tudi Janez, eden izmed stanovalcev zavetišča v večjem slovenskem mestu:

K zdravniku sem šel vedno urejen, umit, na zunaj se ni videlo, da sem brezdomec ali da sem v zavetišču. Enkrat pa je zdravnik slišal, da živim v zavetišču, in mi ob prihodu rekel, da naj grem pred pregledom najprej pod tuš. Bil sem čist in urejen, ampak sem to vseeno storil, ker me drugače ne bi hotel pregledati. (Janez, brezdomen uporabnik zavetišča, 60+ let, osebni pogovor, maj 2012.)

Podobno izkušnjo je imela tudi strokovna delavka, ki je v pogovoru o zdravstveni oskrbi brezdomnih povedala:

Z njo sem morala prav do vrat zobozdravnika, jaz sem potrkala, saj so njej nazadnje zaloputnili vrata pred obrazom. Vprašala sem, če lahko koga sprejmejo, in dobila pritrdilni odgovor, nato sem pred sebe potegnila uporabnico in ji rekla, naj vstopi. Obrazi zdravstvenega osebja so bili zaprepadeni, vendar jim ni preostalo drugega, kot da jo sprejmejo. (Neobjavljen dnevniški zapis, december 2009.)

Izkušnje sogovornikov kažejo, da kljub hujšim zdravstvenim težavam ne dobijo dovolj zdravniške pomoči, saj naj je ne bi bili vredni toliko kot drugi. Večkrat je odziv zdravstvenega osebja, da so si za zdravstvene težave krivi sami, ker so se odločili za tak življenjski slog, prav tako se ob ponavljajočih se poškodbah ali težavah z uporabnikom ukvarjajo manj kot ob prvi poškodbi ali težavi. Takšna je izkušnja Štefana, uporabnika zavetišča v večjem slovenskem mestu:

V zadnjem letu se mi je zdravje poslabšalo, večkrat sem padel in imel več zlomov na okončinah, zlomljeno sem imel ključnico, nogo. Od prve poškodbe naprej moram uporabljati bergle za pomoč pri hoji, zaradi zdravstvenih težav sem tudi prišel v zavetišče, saj ne morem več drugače. Zdravniki se z mano ukvarjajo manj, ker vejo, kdo sem, osnovno so mi pomagali, več pozornosti mi pa ne dajo. Rad bi šel v dom za stare, čeprav sem star nekaj čez 50 let, ampak mi občina noče doplačevati oskrbe, ker sem premlad, moje zdravstveno stanje pa naj ne bi bilo tako slabo, da bi moral v dom. (Štefan, brezdomen uporabnik zavetišča, 50+ let, hude zdravstvene težave, gibalna oviranost, osebni pogovor november 2012.)

Na podlagi povedanega lahko potrdimo, da ima veliko brezdomnih, ki imajo izkušnjo dolgotrajnega brezdomstva in življenja na cesti, hujše zdravstvene težave kot drugi ljudje enake starosti, ki teh izkušenj nimajo. Kljub izkušnjam, da je takih brezdomnih oseb več, se težko najdejo rešitve, ki bi jim omogočale varno namestitev, ki bi zagotovila izboljšanje zdravstvenega stanja. Zavetišča so tako prevečkrat »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 brezdomnih 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.

Eden izmed paradoksov, s katerimi se srečajo brezdomni, predvsem tisti, ki nimajo strehe nad glavo, je odpust iz bolnišnice v »domačo nego«, svetujejo jim počitek, redno jemanje zdravil in zdravo prehrano. Gre za popolno prevlado medicinskega modela, ki spregleda posameznikovo konkretno situacijo. Vključuje zgolj redno jemanje zdravil in primeren življenjski slog, ta pa za večino brezdomnih oseb ni mogoč.

Podobno o tem piše tudi Uršula Lipovec Čebren (2007), saj pri interpretiranju zdravstvenih posledic izbrisa ugotavlja, da zdravstvene institucije reproducirajo vladne politike izključevanja. Primerjava pričevanj oseb z izkušnjo izbrisa in pričevanj brezdomnih oseb pokaže ne le podobno ranljivost za razvoj bolezni, temveč tudi podobnost mehanizmov izključevanja v zdravstvenem sistemu. Čeprav so izkušnje izključenosti podobne, pa je razlog za izključenost različen.

Brezdomne osebe pogosto imajo zdravstveno zavarovanje, saj do njega dostopajo prek pravice do denarne socialne pomoči, vendar pa se srečujejo z birokratiziranim zdravstvenim sistemom, ki se ne odziva na njihove življenjske situacije.

Ena izmed nekdanjih stanovalk v zavetišču za brezdomce v večjem slovenskem mestu je poročala o več zdravstvenih težavah, vendar si vseh zaradi finančne zdravil stiske ni mogla privoščiti. Zdenka je bila med najstarejšimi stanovalkami zavetišča (65+ let), tam je živela z zunajzakonskim partnerjem, ima pet otrok, vendar z vsemi zelo slabe stike, najmlajši je prav tako brezdomen kot ona, vendar ne živijo skupaj. V življenju je doživela veliko nasilja, že v otroštvu, pozneje so bili do nje nasilni partnerji, problem je bil tudi alkohol. Vse to je zelo vplivalo na njeno zdravje. Ima težave s čezmerno težo, sladkorno boleznijo, povišanim krvnim tlakom, zdravnikovih navodil glede spremembe življenjskega sloga, predvsem prehrane, ne more upoštevati, saj finančno ne zmore. Naporno delo na kmetiji in v tovarni je na njej pustilo veliko posledic, prav tako pet porodov. Zdenka tudi po selitvi v najemniško nastanitev ne more dovolj skrbeti za svoje zdravje, zato se ji stanje ne izboljšuje, jemlje zdravila, ki jih dobi na recept. Po spremembi zakonodaje o socialnih prejemkih leta 2012 pa je izgubila še del dohodkov, ker s partnerjem kljub nizkim pokojninam presegata cenzus, zato se je njena situacija še poslabšala.

Pretresljiva je tudi izkušnja starejše stanovalke, ki je v zavetišče prišla iz bolnišnične oskrbe po poškodbi, vendar doma ni imela možnosti kakovostne oskrbe – doma ni mogla živeti, ker zaradi poškodbe ne bi mogla skrbeti zase, saj živi v odročnem kraju, kuri na drva, ki jih mora vsak dan prinašati v stanovanje, skupnostne službe in sorodnikov, ki bi ji pomagali v tem obdobju, nima oziroma jih zavrača (Pirc Sansoni 2011). Njeno zdravstveno stanje se slabša, leta 2013 je bila spet hospitalizirana, vendar namestitev v zavetišče zanjo glede na zdravstveno stanje ni mogoča.

V pogovorih z brezdomnimi osebami pa slišimo tudi pozitivne izkušnje. Včasih se zdravstveno osebje še posebej zavzame, da je storitev kakovostna in da se zdravstveno stanje izboljša, pozitivne izkušnje imajo tudi s socialnimi delavkami in delavci v zdravstvenih ustanovah. O taki izkušnji nam je povedal Dani, eden izmed stanovalcev zavetišča, ki je invalidsko upokojen (star 50+ let) po dolgoletni uporabi nedovoljenih drog, s hudimi zdravstvenimi težavami:

Po odhodu iz zapora sem bil zaradi slabega zdravstvenega stanja hospitaliziran, nabralo se mi je veliko stvari. Socialna delavka mi je predlagala, da bi šel v zavetišče, saj me doma niso hoteli vzeti k sebi. Dogovorila se je, da sem bil sprejet v zavetišče, saj zaradi slabotnosti ne bi mogel živeti sam, tudi dohodkov ne bi imel dovolj, da bi živel sam. (Osebni pogovor, avgust 2012.)

Njegova in še številne druge izkušnje kažejo, da je za zdravstveno najšibkejše brezdomne pot med zdravstvenimi ustanovami in zavetišči za brezdomce dokaj pogosta, ob izpolnjevanju pogojev pa se pozneje v veliki meri nastanijo tudi v domovih za stare.

Dani je poročal tudi o izkušnji postopka za odobritev operacije:

Zdravnica me je napotila v bolnico na pregled k ortopedu in ta je ugotovil, da bi bila možna operacija. Po vseh pregledih so mi sporočili, da je zaradi slabega zdravstvenega stanja ne želijo opraviti, ker ne vedo, kakšne bodo posledice. Nisem bil prepričan, v čem je vzrok za nenadno odločitev. Kljub temu so mi čez nekaj dni sporočili, da operacija bo. Medicinska sestra je vložila veliko truda, da je šlo vse dobro, za to sem ji res hvaležen. Tudi na metadonski (metadonska ambulanta, kamor vsak dan hodi po nadomestno metadonsko terapijo; op. a.) so zelo prijazne, držim se dogovorov, zato mi veliko pomagajo. (Dani, invalidsko upokojen, 50+let, hude zdravstvene težave, osebni pogovor, avgust 2012.)

Izkušnje zaposlenih v organizacijah za brezdomne osebe v Sloveniji

Mreža izvajalcev na področju brezdomstva in socialno ranljivih skupin, ki deluje v Sloveniji, ugotavlja, da se prav v vseh organizacijah srečujejo z brezdomnimi osebami, ki bi nujno potrebovale prilagojeno obliko nastanitve zaradi svojih zdravstvenih težav, oviranosti in starosti. Večina se srečuje s problemom, da brezdomnih oseb v dom za stare ne sprejmejo, saj

ne ustrezajo zahtevani starosti. A njihovo fizično stanje je tako šibko, da je to večkrat razlog, da jih domovi kljub temu sprejmejo. Taka rešitev je odvisna od posluha lokalne skupnosti (doplačevanje namestitve) in angažmaja strokovnih delavk in delavcev. V društvu Kralji ulice eno hišo namenjajo samo nastanitveni starejših, žal pa se pojavlja konkreten problem, saj strokovni delavci in delavke na področju socialnega varstva načelno niso usposobljeni za opravljanje zdravniške oskrbe in nege, kot poročajo strokovne delavke in delavci iz celotne Slovenije. Večkrat oseba prej umre, preden se njen status vsaj delno uredi. Položaj brezdomnih oseb z oviranostmi in hudimi zdravstvenimi težavami v Sloveniji se zdi veliko slabši za tiste, ki se znajdejo na ulici, kot za osebe, ki so nastanjene v različnih podpornih oblikah namestitve. Strokovne delavke in delavci ugotavljajo, da se osebe večkrat odločijo za namestitev v zavetišče, šele ko je njihovo zdravstveno stanje tako slabo, da ne morejo več bivati na ulici ali v drugih netrajnih oblikah namestitve (osebni pogovori s strokovnimi delavkami in delavci na področju brezdomstva, januar 2013–marec 2014).

Strokovni in drugi delavci in delavke v slovenskih zavetiščih poročajo o različnih izkušnjah dela z brezdomnimi, večina ima hujše zdravstvene težave, nekateri imajo tudi trajen hendikep. Skupne so jim težave pri nastanitvi oseb, ki potrebujejo še posebej intenzivno nego in zdravstveno oskrbo, saj nimajo zaposlenega zdravstvenega osebja, sami pa nimajo znanja, ki bi jim omogočalo izvajanje nege. Večina storitev za brezdomne (nastanitvenih in drugih) se srečuje s kadrovskimi težavami, zato je zanje ne/zaposlitev zdravstvenega osebja velika ovira. Težave rešujejo s sodelovanjem z zdravstvenimi ustanovami (npr. patronažna služba). To sodelovanje je vzajemno, saj v veliko primerih zavetišča sprejmejo uporabnike po odpustu iz bolnišnic. S kakovostnim sodelovanjem med organizacijami, ki delajo z brezdomnimi in zdravstvenimi ustanovami, se povečuje tudi ozaveščenost zdravstvenega osebja o specifičnih potrebah brezdomnih ljudi, zato strokovni delavci večkrat delujejo v vlogi zagovornika za brezdomno osebo. Slabšo ozaveščenost in v nekaterih primerih tudi strah zdravstvenega osebja kaže anekdota, ki se je zgodila v enem izmed slovenskih zavetišč. Strokovna delavka nam je v osebni pogovoru (oktober 2012) povedala:

Za stanovalca [zavetišča za brezdomne], ki je bil odpuščen iz bolnišnice po operaciji, smo poklicali patronažno službo, saj je bilo potrebno rano prevezati, zaposleni pa tega znanja nimamo. Na naše presenečenje je prišel medicinski tehnik, ki nam je povedal, da so sestre poslale njega, ker same niso upale priti. Po njegovi pozitivni izkušnji je čez nekaj dni prišla tudi patronažna sestra.

Ta izkušnja kaže, da sta delo z zdravstvenimi delavci in refleksija o njihovih stereotipih ter strahovih pri delu z brezdomnimi in drugimi ranljivimi skupinami nujno potrebna. Uporabnik zavetišča za brezdomne Dani nam je namreč poročal tudi o neprijetni izkušnji, ki jo je imel s svojo osebno zdravnico. V ambulanto je poklicala varnostnika, ker se kot pacient ni strinjal z njeno odločitvijo o koncu zdravljenja in se ga je ob nestrinjanju ustrašila. Varnostnik ga je potem odpeljal iz ambulante, čeprav je izjemno šibkega zdravja, pri hoji uporablja bergle in je na sploh izjemno miren (osebni pogovor, avgust 2012).

Strokovni delavci in delavke poročajo tudi o težavah z dostopnostjo in uporabo prostorov za stanovalce z oviranostmi. Vodja enega izmed zavetišč opaža problem pri dostopu do pogradov:

Večina ima zdravstvene težave v tej meri, da ne morejo dostopati do vrhnjega ležišča na pogradu, zato se trudimo, da ležišča kar najbolj prilagodimo, da lahko dostopajo tudi tisti, ki so gibalno bolj ovirani. (Osebni pogovor, oktober 2012.)

Brezdomne osebe z oviranostmi so še bolj socialno izključene kot drugi brezdomni, težje dostopajo do zdravstvenih in socialnih storitev, tudi do storitev za brezdomne, saj obstajajo tako kadrovske kot arhitektonske ovire. Ocenimo lahko, da se vzpostavljene storitve trudijo prilagoditi raznovrstnosti potreb uporabnikom, kljub temu pa zaradi različnih omejitev ne morejo ugoditi vsem, prav tako iščejo rešitve, da bi brezdomnim osebam omogočili čim bolj prilagojeno namestitev.

Kako naprej?

Brezdomne osebe in osebe, ki živijo v stanovanjski prikrajšanosti, so zdravstveno bolj ogrožene kot splošna populacija, njihovo zdravje je slabše od zdravja splošne populacije. Še posebej ogroženi so otroci in ženske, med brezdomnimi pa tisti, ki imajo izkušnjo dolgotrajnega življenja na ulici oziroma v nastanitvah, ki niso trajne. Stanovanjske razmere v Sloveniji so slabše od povprečja Evropske unije, s posledicami krize se situacija še slabša. Posledice krize vplivajo tako na stanovanjske razmere ljudi, njihovo sposobnost za plačevanje stanovanjskih in drugih stroškov kot na njihovo zdravje. S krizo se število brezdomnih oseb povečuje, a trend povečevanja brezdomstva v Sloveniji je opazen že od leta 1990. Revnejši in stanovanjsko izključeni ter brezdomni imajo slabši dostop do storitev, verjetnost, da se bo njihovo zdravstveno stanje izboljšalo, je manjša kot pri splošni populaciji. Na njihovo zdravje vpliva več dejavnikov tveganja, prav tako so jim izpostavljeni dlje časa kot splošna populacija.

Pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe ranljivim skupinam je treba izhajati iz njihovih potreb in dejanskega življenjskega okolja. Za izboljšanje zdravstvenih storitev sta potrebni ozaveščanje zdravstvenega osebja in izobraževanje za delo z brezdomnimi. Sodelovanje med socialnim in zdravstvenim sektorjem je treba tako okrepiti, da se bodo storitve dopolnjevale, saj poleg zdravstvene oskrbe večina brezdomnih potrebuje tudi druge oblike pomoči, kot zelo dobro pokažejo izkušnje Ambulante Pro bono v Ljubljani.

Na sistemski ravni je treba razmišljati v smeri organizacije specifičnih služb za posebej ranljive skupine brezdomnih in drugih skupin prebivalstva. Nujno je treba uvesti spodbude za ljudi, ki želijo izboljšati stanovanjske razmere, saj bo to pozitivno vplivalo tudi na njihovo zdravje. Slovenija potrebuje tudi strategijo za reševanje brezdomstva, ki bo vključevala celostno analizo in načrt storitev, tako kratkoročnih namestitvev kot trajnejše namestitvene podpore. Pomemben korak k celostni obravnavi problematike stanovanjske izključenosti in brezdomstva v Sloveniji je formalizacija mreže izvajalcev na področju brezdomstva in socialno ranljivih skupin.

V okviru stanovanjske politike je treba omogočiti večjo dostopnost ugodnih stanovanj, povečati število neprofitnih stanovanj in omogočiti lažji dostop do njih tudi skupinam prebivalstva, ki zdaj niso opredeljene na prednostnem seznamu za neprofitna stanovanja. Omogočiti je treba spodbude tudi za trg tržnega najema, na primer uvesti olajšave za najemodajalce ranljivim skupinam.

Viri

- Buzeti, T. *et al.* (2011), *Neenakosti v zdravju v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Dekleva, B., Filipovič Hrast, M., Nagode, M., Razpotnik, Š., Smolej, S. (2010), *Ocena obsega odkritega in skritega brezdomstva v Sloveniji*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- ETHOS (2006), *European typology of homelessness and housing exclusion*. Dostopno na: http://www.feantsa.org/spip.php?action=acceder_document&arg=217&clic=2d5e5c59ff85725077752fda7903b4a9718a47ae&file=pdf%2Fen.pdf&lang=en (25. 3. 2014).
- Evropska komisija (2012 a), Communication from the Commission: Annual Growth Survey 2012. Dostopno na: http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/ags2012_en.pdf (25. 3. 2014).
- (2012 b), EU Employment and Social Situation Quarterly Review. Dostopno na: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7830&langId=en> (25. 3. 2014).
- Eurostat (2009). Dostopno na: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/> (25. 3. 2014).
- FEANTSA (2012), *On the Way Home? FEANTSA Monitoring Report on Homelessness and Homeless Policies in Europe*. Bruselj: FEANTSA.
- Filipović, M. (2007), Stanovanjska ranljivost v Sloveniji: analiza na podlagi razširjene definicije brezdomstva. *Socialno delo*, 46, 4–5: 187–197.
- Healy, J. D. (2004), *Housing, fuel poverty and health: a pan-European analysis*. Aldershot: Ashgate publishing limited.

- Lipovec Čebtron, U. (2007), Metastaze izbrisa. *Časopis za kritiko znanosti*, 35, 228: 59–75, 225.
- Pirec Sansoni, A. (2011), *Stanovanjska izključenost in brezdomstvo žensk*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (diplomsko delo).
- Razpotnik, Š. (2009), Inovacije pri delu z brezdomnimi. *Socialni izzivi*, 15, 30.
- Razpotnik, Š., Dekleva, B. (2007), *Na cesti: brezdomci o sebi in drugi o njih*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- (2009), *Brezdomstvo, zdravje in dostopnost zdravstvenih storitev*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Rebernik, D. (2004), *Sodobni urbanizacijski procesi: od suburbanizacije do reurbanizacije*. *Geografski vestnik*, 76, 2: 53–63.
- Reid, C. (2004), *The wounds of exclusion: poverty, women's health and social justice*. Edmonton: Qual Institute Press.
- SI-STAT (2012), Demografsko in socialno področje – Življenjska raven – Kazalniki revščine in socialne izključenosti, Stanovanjski pogoji – Stanovanjske razmere in dostopnost do osnovnih storitev. Dostopno na: http://pxweb.stat.si/pxweb/Database/Dem_soc/Dem_soc.asp (25. 3. 2014).
- Smolej, S., Žiberna, V., Kovač, N., Jesenovec, A. (2013), Spremljanje izvajanja programov socialnega varstva. Poročilo o izvajanju programov v letu 2012: končno poročilo. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
- Svet Evrope (2010), *Draft Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2010*. Dostopno na: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4665&langId=en> (25. 3. 2014).
- Šprohar, L. (2010), Delo sektorja za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva pri ministrstvu za zdravje (prispevek na konferenci). V: Dekleva, B. (ur.), Razpotnik, Š. (ur.), *Konferenca o socialni izključenosti, revščini in brezdomstvu: razvoj predloga nacionalne strategije na področju brezdomstva*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, Društvo za pomoč in samopomoč brezdomcev Kralji ulice.
- WHO (2011), *World report on disability 2011*. Dostopno na: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf (25. 3. 2014).