



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**IZKUŠNJE BREZDOMCEV Z
ZDRAVSTVENO OBRAVNAVO V JAVNI
ZDRAVSTVENI MREŽI – OPISNA
KVALITATIVNA RAZISKAVA**

**HOMELESS PEOPLE'S EXPERIENCE OF
MEDICAL TREATMENT IN THE PUBLIC
HEALTHCARE NETWORK – A
DESCRIPTIVE QUALITATIVE STUDY**

Mentorica:
red. prof. dr. Brigita Skela Savič, znan. svet.

Kandidatka:
Mateja Rožman

Somentorica:
doc. dr. Špela Razpotnik

Ljubljana, januar, 2024

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici red. prof. dr. Brigiti Skela Savič, znan. svet. in somentorici doc. dr. Špeli Razpotnik za strokovno usmerjanje in pomoč med celotnim procesom izdelave magistrske naloge. Zahvaljujem se recenzentkama izr. prof. dr. Mirni Macur in doc. dr. Saši Kadivec, prof. zdr. vzg. ter lektorici Simoni Mlinšek, prof. slov. in ang.

Hvala brezdomcem, dobrim ljudem, ki so mi zaupali svoje zgodbe. Iz srca hvala zlati mami Marijani, pokojnemu očetu Ivanu in mojemu Marjanu, ki so verjeli, da bom zagrabila svojo zvezdo in ji sledila do samega vrha.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Ljudje, ki ostanejo brez doma, ostanejo tudi brez nekaterih temeljnih pravic. Soočajo se s številnimi zdravstvenimi težavami in z različnimi ovirami pri dostopu v zdravstveni sistem.

Cilj: Cilj magistrskega dela je ugotoviti izkušnje brezdomcev v Ljubljani, ki so potrebovali zdravstveno oskrbo, dostopnost in potek zdravstvene obravnave, izkušnje letih z izvajalci zdravstvenih storitev, situacije in ovire, s katerimi so se soočali, ko so potrebovali zdravstveno obravnavo in njihov odnos do zdravja in z zdravjem povezanimi življenjskimi navadami in tveganji za zdravje.

Metoda: Uporabili smo kvalitativno metodologijo. S pomočjo namenskega vzorca smo intervjuvali 10 brezdomcev moškega spola v Društvu prostovoljcev Vincencijeve zveze dobrote – dnevni center za brezdomce v Ljubljani. Podatki so bili pridobljeni z uporabo polstrukturiranih intervjujev in analizirani z metodo kvalitativne analize besedila. Uporabili smo tematsko analizo, besedilo smo najprej kodirali, kategorizirali in prepoznali ključne tematske ugotovitve.

Rezultati: Oblikovali smo 20 vsebinskih kod, ki smo jih v nadaljevanju analize združili v 8 kategorij. Kategorije smo na koncu združili v 3 glavne teme: ogroženost zdravstvenega stanja brezdomcev, različni načini dostopa do zdravstvene oskrbe brezdomcem ter pozitivno doživljanje zdravstvene obravnave.

Razprava: Brezdomci so zaradi socialnega položaja ter življenjskih okoliščin, ki jih ekstremne razmere odsotnosti varnega doma prinašajo s seboj, izpostavljeni večjim zdravstvenim težavam. Naša raziskava je pokazala, da se brezdomci soočajo z določenimi administrativnimi ovirami na področju zdravstvene oskrbe. Nekateri so poročali o odsotnosti urejenega zdravstvenega zavarovanja, večina pa nima izbranega osebnega zdravnika. Tako za večino brezdomcev rešitev za oskrbo na primarni ravni predstavlja Ambulanta za osebe brez zdravstvenega zavarovanja. So pa zdravstveno obravnavo doživljali pozitivno, tako z vidika postopka zdravstvene obravnave kot ustreznosti odnosa zdravstvenega osebja. Odnos zdravstvenega osebja je bil strokoven in prijeten. Brezdomci niso imeli občutka, da bi bili zaradi statusa brezdomca diskriminirani.

Ključne besede: brezdomci, zdravstvena oskrba, zdravje

SUMMARY

Theoretical background: People who become homeless lose some basic rights. They face many health problems and various obstacles in accessing the healthcare system. They lose access to social benefits and health insurance.

Goals: The aim of this master's thesis is to explore the experiences of homeless people who needed medical care, their interactions with health care providers, the situations or obstacles faced by homeless people who needed medical treatment and the attitude of homeless people towards health, health-related lifestyle habits and health risks.

Methods: The theoretical part is based on a review of foreign literature collected through various databases. In the empirical part of the assignment, we used a qualitative methodology. Data were obtained using semi-structured interviews and analysed using qualitative text analysis. We interviewed 10 male homeless people in the Association of Volunteers of the Vincentian Association of Goodness - Day Centre for the Homeless in Ljubljana.

Results: We created 20 content codes and grouped them into 9 categories during further analysis. Ultimately, these categories were grouped into 3 main themes: (i) the health status of the homeless and their health-related lifestyle habits and health risks; (ii) accessibility of medical care to the homeless; and (iii) experiences with medical treatment.

Discussion: Homeless people are exposed to heightened health challenges due to their social circumstances and lifestyle. Most do not have a chosen personal doctor and complementary health insurance. Consequently, for the majority of homeless people the solution for care at the primary level is the Outpatient Clinic for persons without health insurance. Homeless people do not feel that they are discriminated against by the medical staff. They assessed the medical treatment as appropriate, and the staff's attitude towards them as friendly. Of course, the results of our research cannot be applied universally. The findings can be a starting point for further research that would shed even more light on the healthcare of the homeless.

Key words: homeless, healthcare, health

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	5
2.1 OPREDELITEV BREZDOMSTVA	5
2.1.1 Vzroki za brezdomstvo	7
2.2 ZDRAVSTVENE TEŽAVE BREZDOMCEV	8
2.2.1 Brezdomci v času pandemije COVID-19	10
2.3 DOSTOP DO ZDRAVSTVENIH STORITEV	10
2.3.1 Ovire pri dostopu do zdravstvenih storitev	10
2.3.2 Odnos zdravstvenih delavcev do brezdomcev	12
2.4 SOCIALNA IZKLJUČENOST	13
2.4.1 Diskriminacija, stigma	14
2.5 ORGANIZACIJE ZA POMOČ LJUDEM BREZ DOMA V LJUBLJANI	16
3 EMPIRIČNI DEL	18
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	18
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	18
3.3 METODE RAZISKOVANJA	19
3.3.1 Dizajn raziskave	19
3.3.2 Instrument raziskave	19
3.3.3 Udeleženci raziskave	20
3.3.4 Potek raziskave in soglasja	22
3.3.5 Obdelava podatkov	23
3.4 REZULTATI	24
3.4.1 Opisi izrečenega in oblikovanje kod	24
3.4.2 Oblikovanje kategorij in tem	34
3.4.3 Rezultati tematske analize	36
3.5 RAZPRAVA	42
3.5.1 Omejitve raziskave	46
4 ZAKLJUČEK	48
5 LITERATURA	50
6 PRILOGE	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Socio-demografske značilnosti intervjuvancev	21
Tabela 2: Izkušnja intervjuvancev z zdravstveno oskrbo na primarni in sekundarni ravni	22
Tabela 3: Urejenost zdravstvenega zavarovanja	25
Tabela 4: Dostop do zdravnika na primarni ravni	25
Tabela 5: Shematični prikaz kod in kategorij	35
Tabela 6: Teme, razvite iz kategorij	36

SEZNAM KRAJŠAV

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome – Sindrom pridobljene imunske pomankljivosti
COVID-19	Respiratory Syndrome Coronavirus – Koronavirusna bolezen 19
ETHOS	European typology of homelessness and housing exclusion – Evropska tipologija brezdomstva in stanovanjske izključenosti
FEANTSA	European Federation of National Organisations working with the Homeless – Evropska federacija nacionalnih organizacij, ki delajo z brezdomci
HIV	Human Immunodeficiency Virus – Virus človeške imunske pomankljivosti
KOPB	Kronična obstruktivna pljučna bolezen
MDDSZ	Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti
NESH	Norwegian National Research Ethics Committees – Norveški nacionalni odbor za nacionalno etiko
OZN	Organizacija združenih narodov
RV	Raziskovalno vprašanje
ZRSZ	Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
WMA	World Medical Association – Svetovno zdravniško združenje

1 UVOD

Brezdomstvo je zapleteno družbeno vprašanje, ki prizadene vse večje število ljudi po svetu. Združeni narodi ocenjujejo, da je na svetu 150 milijonov oseb brezdomcev. Brezdomci na individualni ravni doživljajo stigo in socialno izključenost, ki jim preprečuje sodelovanje v družabnih, rekreacijskih, kulturnih in gospodarskih priložnostih. Dolgotrajno brezdomstvo škoduje zdravju in počutju brezdomcev. Slabo zdravstveno stanje zahteva pogosto zdravljenje in podporo, kar pomeni, da lahko bremeni posameznika, njegovo družino, zdravstveno osebje in javni zdravstveni sistem (Grech & Raeburn, 2019).

Počasi se začnemo zavedati dejstva, da je brezdomstvo produkt prav naše družbe, vpete v globalne ekonomsko politične procese in širše družbene spremembe. Ta spreminjajoči se družbeni oder vzpostavlja prizorišče, na katerem nekaterim ljudem, po navadi najbolj šibkim in/ali ogroženim oz. prikrajšanim, zmanjka resursov in možnosti, da bi se lahko uspešno socialno vključevali in tako zadovoljevali svoje potrebe ter od družbe pridobili tisto, do česar imajo pravico (Dekleva & Razpotnik, 2007).

Mnogi brezdomci se soočajo s socialno-ekonomsko prikrajšanostjo, marginalizacijo in zatiranjem (Moleiro, et al., 2018). Stigma je vpeta v kulturo in družbo in predstavlja pomembno oviro pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe brezdomcev. Stigma do brezdomcev je problem, ki sega tudi v zdravstvene ustanove. V bolnišnicah stigmatizirajoč odnos ustvarja veliko oviro med zdravstvenim osebjem in brezdomci (Grech & Raeburn, 2019).

Brezdomci so v povprečju pogosteje hospitalizirani v primerjavi s splošno populacijo po vsem svetu. Medicinske sestre kot največja skupina zdravstvenih delavcev imajo ključno vlogo pri zdravstveni oskrbi pacientov, ki so brezdomci (Grech & Raeburn, 2018). Brezdomci potrebujejo kompleksno zdravstveno oskrbo, vključno s psihološko in socialno podporo. Dejansko imajo slabše fizično in psihično zdravstveno stanje in trpijo zaradi višje smrtnosti (Jego, et al., 2017). Soočajo se s številnimi ovirami v zdravstvu in pogosto neurejenim dostopom do zdravstvenega varstva, kot so akutno zdravljenje,

vklučenost v preventivno dejavnost in storitve za zdravljenje kroničnih bolezni (Scandell, 2019). Neprimerna komunikacija z brezdomci lahko ustvari neprimerno okolje zdravstvene obravnave, ki lahko pri pacientih brezdomcih ogrozi ustrezno zdravstveno oskrbo (Fitzgerald, et al., 2017).

Brezdomci se pogosto počutijo tudi sami stigmatizirani, kar je razlog, ki lahko oteži odnos med pacientom in zdravstvenimi delavci (Davies & Wood, 2018). Nekateri brezdomci morda ne bodo poiskali zdravstvene oskrbe, menijo namreč, da jih zdravstveni delavci zaradi stigme brezdomstva ne bodo ustrezno obravnavali. Eden izmed problemov je tudi urejeno zdravstveno zavarovanje, ki je pomembno. Oblikuje obseg uporabe zdravstvene obravnave pri brezdomcih, saj imajo zavarovani brezdomci lažji dostop do zdravstvenih storitev kot tisti, ki zavarovanja nimajo (Kimblor, et al., 2017).

Tisti, ki res iščejo zdravstveno oskrbo, so pogosto izpostavljeni diskriminaciji, ki onemogoča ustrezno uporabo preventivnih zdravstvenih storitev, saj je strukturna stigma, ki jo doživljajo pri dostopu do zdravstvenih ali socialnih storitev, glavni vzrok za njihovo neenakost v zdravju (Pottie, et al., 2019). Na svetu je veliko držav, ki ljudem brez dohodkov ne omogočajo dostopa do zdravstvenega sistema. Ker so brezdomci večinoma finančno omejeni, dajejo prednost osnovnim življenjskim potrebam, hrani in začasnim zatočiščem, manj pa zdravstvenemu zavarovanju (Miller, et al., 2020). Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je v sodelovanju z Organizacijo združenih narodov (OZN) začela formalno obravnavati diskriminacijo v zdravstvu. V prizadevanju za doseg ciljev trajnostnega razvoja do leta 2030 so v OZN podrobno predstavili resne in pomembne predsodke v zdravstvu, kamor sodi tudi brezdomstvo (Babyar, 2018).

V razvitih državah se brezdomci srečujejo z velikimi zdravstvenimi težavami, saj so njihove stopnje obolevnosti in umrljivosti trikrat večje od splošne populacije. Ta visoka stopnja obolevnosti je povezana predvsem z nalezljivimi boleznimi, kot sta Virus človeške imunske pomanjkljivosti (HIV) in hepatitis (Pedersen, et al., 2018). V raziskavi na Irskem so ugotovili, da je med njimi razširjena zloraba alkohola in mamil, 59 % brezdomcev poroča o zasvojenosti z alkoholom in nedovoljenimi psihoaktivnimi snovmi, 24 % o intravenski zlorabi mamil, 81 % je imelo vsaj eno kronično diagnozo, 58 % vsaj

eno na področju duševnega zdravja in 27 % okužbo s krvjo, 28 % jih je imelo samomorilske misli v zadnjih šestih mesecih, 36 % jih je v določeni fazi življenja poskusilo samomor (O'Carroll & Wainwright, 2019). V retrospektivni raziskavi, kjer je sodelovalo 1135 brezdomcev v Angliji, so ugotovili, da je med brezdomci pogosto odklanjanje zdravstvenih storitev. Smrt pri brezdomcih je pogosto posledica neozdravljenih zdravstvenih stanj (bolezni srca, pljučnice, raka) (Field, et al., 2019). V kvalitativni raziskavi v Angliji, v kateri je v intervjuju sodelovalo 14 brezdomcev, so preverjali izkušnje pri uporabi zdravstvenih storitev. Raziskava pokaže, da brezdomci prepoznajo lastne zdravstvene težave, vendar potreba po iskanju zdravstvene oskrbe ni vedno prednostna. Menijo, da so že prejeli zdravstveno obravnavo s predsodki in niso prejeli standardne oskrbe, kot bi jo morali (Rae & Rees, 2015). V kohortni raziskavi v Oklahomi, kjer je sodelovalo 581 brezdomcev, so raziskovali ustreznost zdravstvene oskrbe na urgenci pri pacientih, ki so brezdomci. Ugotovitve so pokazale, da temnopolti brezdomci predstavljajo najbolj ranljivo skupino, kar je posledica zaznane rasne diskriminacije med brezdomci. Temnopolti brezdomci so zaznali bistveno več izkušenj z diskriminacijo kot brezdomci bele polti (Wrighting, et al., 2020).

Opis problema v Sloveniji

V zdravstvenih ustanovah so zdravstveni delavci dolžni vse osebe obravnavati enakopravno, kakovostno in varno, saj jih k temu zavezuje tako Ustava Republike Slovenije in več drugih zakonov ter tudi kodeksi etike za posamezno poklicno skupino, ki deluje v zdravstvu. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2017) navaja, da moramo obravnavati vse ljudi enako ne glede na njihovo narodnost, spol, izobrazbo, socialni položaj, vero, da moramo upoštevati tudi kulturo in osebna prepričanja ter da moramo upoštevati fizične, psihične, duhovne in socialne potrebe posameznika. Brezdomci, ki vstopajo v zdravstveni sistem, bi morali imeti enake pravice kot ostali državljani. Raziskave, ki smo jih opisali, so pokazale, da negativni odnos izvajalcev zdravstvenih storitev pripomore k slabši zdravstveni obravnavi brezdomcev. V težkem položaju so tudi brezdomci, ki nimajo obveznega in dodatnega zdravstvenega zavarovanja.

V Slovenskem prostoru sta Razpotnik in Dekleva (2009) prva izvedla raziskavo o dostopnosti zdravstvenih storitev za brezdomce in njihovih izkušnjah z zdravstveno obravnavo. Osnovna ugotovitev raziskave je, da so ljudje brez doma zdravstveno bolj ogroženi, da je njihovo bio in psihosocialno stanje/zdravje bolj ogroženo in je slabše od stanja splošne populacije. Prav tako je slabša dostopnost do zdravstvenih storitev in zdravstvenega sistema. Deležni pa so tudi negativne diskriminacije v zdravstvenih ustanovah. Za osebe brez zdravstvenega zavarovanja deluje v Ljubljani ambulanta v okviru Zdravstvenega doma Ljubljana Bežigrad. Ustanovili so jo skupaj Zdravstveni dom Ljubljana, Mestna občina Ljubljana in nevladne organizacije Župnijska Karitas ter Slovenska filantropija.

Po ocenah Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ) je leta 2017 bilo v Sloveniji 2.760 brezdomcev. Uradno število brezdomcev se razlikuje. Leta 2017 je bilo po ocenah MDDSZ v Sloveniji 2.760 brezdomcev. Ta ocena je groba, saj je narejena na podlagi programov, ki jih sofinancira MDDSZ. V te programe niso vključeni vsi brezdomci, nekateri uporabljajo programe različnih organizacij in so šteti večkrat. Tako je bilo leta 2016 v Sloveniji po ocenah Brezdomni do ključa, v katerem so združene vse organizacije, ki delajo z brezdomci, nekaj več kot 6.700 brezdomnih oseb (Statistični urad Republike Slovenije, 2017).

Za uspešno obravnavo brezdomstva in posledic, ki jih to ima za družbo in ljudi, moramo poznati njegove oblike in vzroke. V primeru, da z brezdomstvom povezane prakse naredimo nelegalne, lahko posledično brezdomne osebe izpostavimo represivnim ukrepom. S tem postanejo še bolj skrita populacija. Tudi zaradi rizičnega življenjskega sloga, so brezdomne osebe praviloma bolj izpostavljene različnim tveganjem in nevarnostim, kot so zakonske, administrativne, praktične ovire, diskriminacija, pomanjkanja kompetenc, zaupanja v institucije in otežen dostop do družbenih virov in oblik pomoči (NIJZ, 2016).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 OPREDELITEV BREZDOMSTVA

Na splošno brezdomstvo ni izbira, za katero bi se posamezniki svobodno odločali. Je eden najmočnejših primerov socialne prikrajšanosti v skupnosti in eden najpomembnejših označevalcev socialne izključenosti (Wilson, et al., 2019). Globalni podatki kažejo, da vsaj 1,6 milijarde ljudi nima ustreznega bivališča. V vseh državah članicah Evropske unije ta številka narašča, razen na Finskem, kjer brezdomstvo od leta 1987 upada (Keenan, et al., 2021).

Brezdomstvo je pojav manjkajočih, razpadlih ali prešibkih socialnih mrež, ki bi lahko amortizirale primanjkljaje drugih resursov in tudi prinesle potrebno stopnjo družbenega nadzora. Sodobni trendi pospešene globalizacije, individualizacije in segmentacije življenja pomembno vplivajo na kakovost socialnih mrež, in sicer v negativnem smislu (Razpotnik & Dekleva, 2009). Dejansko brezdomna populacija ni ena sama homogena entiteta, temveč raznolika zbirka ljudi iz vseh družbenih slojev z različnimi stopnjami invalidnosti. Kljub tej heterogenosti imajo vsi brezdomci skupno izkušnjo ranljivosti, ki je posledica pomanjkanja fizičnega prostora, ki bi bil varen, zanesljiv in njihov (Baggett, et al., 2018).

Brezdomstvo se je kot glavno globalno vprašanje pojavilo v osemdesetih letih, kar sovпада z naraščanjem neoliberalizma, ki je bil v Združenih državah Amerike povezan z zmanjšanjem blaginje in brezposelnosti zlasti pri mladih. Odgovor oblasti na brezdomstvo, zlasti v New Yorku, je bil antagonističen, zatiralski in kazenski, del domnevno revanšističnega projekta (poskus močnejših skupin v družbi, da po potrebi s silo povrnejo svojo teritorialno prevlado nad ranljivimi skupinami), da bi si povrnili prvovrstne prostore kot so parki in pločniki brezdomcev, v korist mednarodnega kapitala, podjetij in premožnih potrošnikov ali za zagotavljanje čistih ulic. Brezdomci, izključeni s tem odzivom, bi morali biti zaprti ali skladiščeni, prostorsko zaprti ali v celoti izseljeni s tega območja (Scullion, et al., 2014).

Brezdomstvo praviloma ni stalno, temveč se ljudje gibljejo skozi različne oblike nastanitve, potujejo skozi institucije, se premaknejo iz brezdomstva, spet zgubijo nastanitev in pristanejo na cesti (Dekleva & Razpotnik, 2011). Družbeni kontekst brezdomstva se razlikuje glede na infrastrukturo zdravstvenih in socialnih storitev v državi. V mnogih državah sistem socialnega varstva ne prevzame odgovornosti, ko delavci zbolijo. Zato pogosto izgubijo službo, posledično ne morejo plačati najemnine za stanovanje, kar vodi v revščino in v brezdomstvo (Håkanson & Öhlén, 2016).

Definicij brezdomstva je več in pravzaprav nobena ni napačna. Evropska klasifikacija brezdomstva in stanovanjske izključenosti (ETHOS) loči štiri skupine brezdomcev: v prvo uvršča osebe brez strehe nad glavo, v drugo osebe brez stanovanja, v tretjo tiste, ki prebivajo v negotovem, in v četrto tiste, ki prebivajo v neprimernem bivališču. Prvi dve skupini predstavljata vidno tako imenovano cestno, drugi dve skupini pa skrito brezdomstvo (ki pogosto vodi v vidno brezdomstvo). Glede na podatke Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje (ZRSZ), je bilo avgusta leta 2017 v Sloveniji registriranih 84.000 brezposelnih oseb. Na področju zaposlovanja brezdomnih oseb, je iskanje zaposlitve in zaposlovanja le teh oteženo glede na njihovo kriminalno preteklost ali različne oblike odvisnosti. (Statistični urad Republike Slovenije, 2017).

V skupino prikritih brezdomcev, štejemo ljudi, ki so nastanjeni v nekonvencionalnih prebivališčih. To so ljudje, ki prebivajo izven družinske ali katerekoli skupnosti, brez ustrezne socialne podpore. Imajo pa streho nad glavo. Prikriti brezdomci so najpogosteje socialno izključeni, v javnosti niso prisotni, zato jih ne moremo zajeti v statistike, saj ne prihajajo v stik z zavetišči ali drugimi institucij (Dekleva & Razpotnik, 2007).

Prikrilo in ali skrito brezdomstvo je opredeljeno kot spanje v parkiranih avtomobilih ali parkih, začasnih bivališčih brez ali z minimalnimi zdravstvenimi in varnostnimi standardi. Vključuje tudi ljudi, ki prebivajo v podstandardnih stanovanjih, kot so enosobni hoteli ali poceni penziona, pa tudi nizkocenovna majhna bivališča z minimalno opremo (Om, et al., 2022; Sutherland, et al., 2022).

2.1.1 Vzroki za brezdomstvo

Neurejene družinske in stanovanjske razmere, revščina, nasilje, duševne težave, alkoholizem in odvisnosti, so najpogostejši razlogi za brezdomstvo. Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (2017), v mejnih razmerah, ki jih najpogosteje kategoriziramo kot socialno in materialno neugodne življenjske razmere, živi nemalo prebivalcev Slovenije. Predno so postali brezdomci, se je s tovrstnimi težavami spopadalo veliko brezdomnih oseb.

Vzroki za brezdomstvo so široki in vključujejo strukturne dejavnike, kot so revščina, brezposelnost, diskriminacija, zaprtje in visoki stanovanjski stroški poleg osebnih dejavnikov, kot so uporaba prepovedanih drog, duševne bolezni in travmatične življenjske izkušnje (Baggett, et al., 2018; Mabhala, et al., 2017). Veliko število brezdomcev je doživelo zlorabe, travme v otroštvu in nasilje v družini. Verjetno je tudi, da so doživeli številne življenjske stresorje, vključno s finančnimi krizami, izgubo odnosov, namestitvijo v rejništvo, psihiatričnimi hospitalizacijami, kriminalizacijo in spolnim nasiljem (Diduck, et al., 2022; Nadicksbernd, et al., 2023). O'Leary in sodelavci (2022) so v svojem članku poudarili, da so bolj vidne in skrajne oblike brezdomstva pogosto povezane z neugodnimi dogodki v otroštvu, socialno prikrajšanostjo, fizično, čustveno in spolno zlorabo, zanemarjanjem, nizko samopodobo, s slabim telesnim in duševnim zdravjem in precej nižjo pričakovano življenjsko dobo v primerjavi s splošno populacijo.

Brezdomstvo je pogosto opisano kot posledica slabega zdravja, socialne izključenosti in ekonomske marginalizacije. Življenje na ulici ali v kolektivnih bivališčih, zavetiščih ali hostlih predstavlja veliko zdravstveno breme in je pogosto povezano z različnimi zdravstvenimi težavami (Lech, et al., 2021). Družbeni, ekonomski in kulturni pogoji, v katerih ljudje rastejo, živijo, delajo in se starajo, prispevajo k neenakosti v zdravju in tvorijo družbene determinante zdravja (Sutherland, et al., 2022). Brezdomci živijo bistveno krajše življenje v slabem zdravstvenem stanju, imajo večje potrebe po zdravstveni in socialni oskrbi (McConalogue, et al., 2021).

2.2 ZDRAVSTVENE TEŽAVE BREZDOMCEV

Način življenja in razmere, v katerih ljudje živijo in delajo, močno vplivajo na njihovo zdravje in življenjsko dobo. Višja obolevnost in umrljivost sta pogostejši na dnu socialne lestvice. Socialne razlike v zdravju odražajo materialno pomanjkanje, pomanjkanje varnosti in pomanjkanje socialne integracije. Paradoks našega časa je intenziven razvoj vseh vrst tehnologij in pridobitev pomembnih novih znanj, hkrati pa poslabšanje osnovnega medsebojnega delovanja znotraj te družbe. Vse to vpliva na dostopnost osnovnih pogojev za zdravje in lahko povzroča neenakosti v zdravju (Stanojević-Jerković, 2018).

Zdravje brezdomcev je pogosto slabo. Poleg številnih psihiatričnih in somatskih motenj so takšne osebe izpostavljene slabim življenjskim razmeram, vročini, mrazu in vlagi. Slabe prehranske navade, kronična zloraba alkohola in pomanjkanje osebne higiene vodijo do bolezenskih stanj (Kaduszkiewicz, et al., 2017). Neustrezna prehrana, neustrezna osebna higiena in druge oblike slabe samooskrbe, skupaj s pomanjkanjem sredstev za nakup osnovnih pripomočkov za osebno higieno in nezmožnost prevoza do dostopa zdravstvenih storitev in prejemanja zdravstvenih storitev dodatno otežuje zdravje in dobro počutje brezdomcev (Wilson, et al., 2019).

Brezdomno prebivalstvo, torej posamezniki brez stalnega bivališča, ki živijo na ulici, v zavetiščih, enoposteljnih sobah, zapuščenih zgradbah ali vozilih, se soočajo z velikimi neenakostmi v zdravju. Brezdomci imajo trikrat večjo verjetnost, da bodo poročali o kroničnih boleznih, pri katerih prevladujejo astma, kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB), epilepsija in srčne težave (Omerov, et al., 2020). Na primer – do 60 % odraslih, ki živijo v hostlih v Angliji, ima diagnosticirano osebnostno motnjo v primerjavi s približno 10 % splošne populacije, tudi vse druge motnje duševnega zdravja so znatno preveč zastopane (Peters, et al., 2022). V primerjavi s splošno populacijo imajo osebe, ki doživljajo brezdomstvo, nesorazmerno breme akutnih in kroničnih bolezni, vključno z epileptičnimi napadi, artritidom, mišično-skeletnimi motnjami, hipertenzijo, sladkorno boleznijo, boleznijo jeter, ledvic, tuberkulozo, hepatitis C, gripa, HIV/AIDS, težave z

zdravjem ust in zob, težave s kožo in težave s stopali (Canham, et al., 2019; Taylor & Medcalf, 2022).

Brezdomni uporabniki drog in alkohola so bili opredeljeni kot zelo marginalizirana skupina v družbi. Poročajo o motenem družinskem življenju, razpadlih odnosih, pomanjkanju socialne podpore in medosebnih odnosih, ki jih spodkopavajo nezaupanje in nepoštenost. Prav tako imajo pogosto zapletene potrebe v zvezi s kaznivimi dejanji in zapori, zgodovino zlorab, nizko izobrazbo in slabim zdravjem. Posledično je njihov socialni kapital omejen. Predsodki, povezani z uživanjem substanc, izključijo posameznike iz družbe (Neale & Brown, 2016).

Tveganje smrti zaradi vzrokov, povezanih z alkoholom in nalezljivimi boleznimi, je veliko. Raziskave v Združenih državah Amerike kažejo, da je smrt brezdomcev v veliki meri posledica bolezni, ki so ozdravljive. Poleg visokega tveganja umrljivosti imajo brezdomci pogosto številne dolgotrajne zdravstvene težave. Težave z zlorabo substanc so pogoste in se pogosto kombinirajo s težavami v duševnem zdravju (Elwell-Suton, et al., 2017). V raziskavi na Nizozemskem so primerjali zdravstvene značilnosti med starejšimi in mlajšimi odraslimi brezdomci. Starejši brezdomci so v primerjavi z mlajšimi odraslimi brezdomci pogosteje poročali o boleznih srca in ožilja, težavah z vidom, omejeni socialni podpori in obisku bolnišnic. Manj pogosto so poročali o uživanju drog in prekomerni uporabi alkohola ter o obisku zobozdravnika in psihiatra. Tako starejši kot mlajši brezdomci imajo več zdravstvenih težav, vendar zlasti pri starejših brezdomcih vseh teh težav zdravstvene službe niso obravnavale (Van-Dongen, et al., 2019).

Brezdomci so socialno izolirani, z nizko stopnjo socialne podpore in socialnega delovanja. Manjka jim socialne in družinske podpore ali odnosov s ponudniki zdravstvenih storitev. Nasprotno, podporni odnosi spodbujajo medosebno podporo pri doseganju zdravja (Fajardo-Bullon, et al., 2021). Ukrepi za izboljšanje zdravja prikrajšanih skupin prebivalcev bi moral temeljiti na pristopu človekovih pravic do zdravja ter vrednotah in načelih primarnega zdravstvenega varstva (O'Donnell, et al., 2018).

2.2.1 Brezdomci v času pandemije COVID-19

Pandemija, koronavirusna bolezen 19 (COVID-19), je prizadela najranljivejše osebe, vključno z brezdomci. Ovire pri dostopu do zdravstvenega sistema, z veliko potrebo po zdravstveni obravnavi, pomanjkanje zatočišč in osnovnih higienskih razmer, nezdrav življenjski slog, obstoječo zdravstveno stanje in kronične bolezni so dejavniki, ki so povečali tveganje za COVID-19 in smrt (Morrone, et al., 2022).

Nekatere države so med pandemijo COVID-19 ponudile dodatno podporo brezdomcem. V Angliji so razvili načrt za zagotavljanje nastanitev brezdomcev v enoposteljni sobi z lastno kopalnico, testiranje in namestitev za tiste, ki so imeli simptome. Podobni modeli so bili implementirani tudi v New Yorku in okrožju Los Angelesa, uporabili so hotelske sobe za namestitev brezdomcev in vzpostavili ločena zatočišča za tiste s simptomi (Lewer, et al., 2020).

Ko govorimo o pandemiji/epidemiji COVID-19, govorimo o zdravstveni in družbeni krizi, ki se lahko z nepremišljenimi ukrepi za preprečevanje zdravstvenih posledic epidemije še potencira. V okviru pandemije se postavljajo vprašanja, katere skupine ali kategorije prebivalstva je zdravstvena kriza še posebej prizadela in ali so vsi deležni prejeli ustrezno zdravstveno obravnavo (Hafner-Fink & Uhan, 2021). Izolacija in ukrepi povzročajo osamljenost pri osebah, ki se soočajo z brezdomstvom. Brezdomci redkeje stopijo v stik s svetovalci in socialnimi delavci ali v primeru bolezni obiščejo zdravnika. Vzpostavljanje stika med brezdomci in strokovnjaki so pomembni za izboljšanje znanja o prenosu virusa, zagotavljanje prostorov in pripomočkov za osebno higieno ter v primeru okužbe, zdravniško pomoč pri izolaciji in ustreznem zdravljenju (Bertram, et al., 2021).

2.3 DOSTOP DO ZDRAVSTVENIH STORITEV

2.3.1 Ovire pri dostopu do zdravstvenih storitev

Ljudje, ki doživljajo brezdomstvo, so pogosto marginalizirani, znano je, da imajo ovire pri dostopu do sprejemljive in spoštljive zdravstvene oskrbe (Purkey & MacKenzie,

2019). Ovire, povezane s stroški, niso edine ovire za dostop do zdravstvene oskrbe. Zavarovalni status, težave z duševnim zdravjem, zloraba substanc in sočasne zdravstvene bolezni prispevajo k nezmožnosti pridobitve potrebne zdravstvene oskrbe (Mariano & Harmon, 2019). Vključujejo tudi stigmo, socialno izključenost in neprimerno komunikacijo (Elwell-Sutton, et al., 2017; Magwood, et al., 2020), kar lahko poveča obisk urgentnih oddelkov (Mitchell, et al., 2017). Brezdomci do zdravstvenih storitev dostopajo šele, ko so resno bolni ali so utrpeli kakšno poškodbo. Naletijo na pomembne ovire, ki so lahko administrativne; osebne, ki temeljijo na prepričanju, da bodo diskriminirani ali si ne bodo mogli privoščiti zdravljenja in medicinsko-strokovne, ko se zdravstveni delavci, ki razumejo življenjski slog te populacije in njihovo neuspešnost zdravljenja, nagibajo k minimalističnim zdravstvenim posegom, kot bi jih izvajali pri drugih skupinah bolnikov (Cernadas & Fernandez, 2021). Ovire pri dostopu do zdravstvene oskrbe lahko prispevajo k poslabšanju zdravstvenega stanja brezdomcev zaradi zapoznele diagnoze in zdravljenja (Gunner, et al., 2019).

Dejavniki, ki spadajo med zdravstvene težave brezdomcev, sta skrajna revščina in dostop do zdravstvene oskrbe (Bernstein, et al., 2015). Soočajo se s številnimi ovirami v zdravstvu in pomanjkanjem dostopa do primarnega zdravstvenega varstva. Srečujejo se z ovirami pri zdravljenju na primarni ravni in na sekundarni ravni (Scandell, 2019). Zaradi omejenega dostopa in uporabe primarnega zdravstvenega varstva so za posameznike, ki se soočajo z brezdomstvom, glavna vstopna točka v zdravstveni sistem pogosto bolnišnice in oddelki za nujno medicinsko pomoč. Običajno so odpuščeni iz bolnišnic na lokacije, ki ne podpirajo okrevanja ali dostopa do nadaljnje zdravstvene oskrbe (npr. zavetišča ali ulica). Tudi če si lahko pacient po odpustu zagotovi posteljo v zavetiščih, so te lokacije neoptimalne, saj ni zagotovila, da si lahko zagotovijo 24-urni počitek ali da lahko osebje zavetišča pomaga pri zdravstveni oskrbi (Canham, et al., 2019). Brezdomcem bi morali omogočiti boljši dostop do primarne zdravstvene oskrbe, tako bi zmanjšali zdravstveno oskrbo v bolnišnicah (Ellwel-Sutton, et al., 2017).

Ko so brezdomci sprejeti v bolnišnico, pride do pogoste dileme, kdaj je odpust iz bolnišnice najprimernejši. Pogosto zahtevajo nadaljnjo zdravstveno obravnavo in počitek, kar je težko doseči med življenjem na ulici. Podaljšano bolnišnično zdravljenje

v negovalnih bolnišnicah je namenjeno zagotavljanju zdravstvene oskrbe za tiste, ki jih zaradi zdravstvenega stanja ne morejo odpustiti iz bolnišnice. Vendar pa je dvotedensko podaljšano bivanje v negovalni enoti prekratko za popolno okrevanje (Pedersen, et al., 2018). Pogosto se jih obravnava za zdravstveno stabilne. Odpuščeni so iz bolnišnice, vendar njihovo zdravstveno stanje ne dopušča, da bi živeli v zavetiščih ali na ulici (Canham, et al., 2019). Zavetišča niso namenjena za zagotavljanje zdravstvenega varstva posameznikov. Preobremenitev zavetišč z bolniki, odpuščenimi iz bolnišnic, ki potrebujejo zdravstveno oskrbo, ki v zavetiščih ni na voljo, je neučinkovit način podpore ljudem, ki doživljajo brezdomstvo (Jenkinson, et al., 2020). Mnogi zdravstveni delavci se ne zavedajo, da skrbijo za nekoga, ki je brez doma (Flavel, et al., 2022).

Tudi finančne ovire so tiste, ki odvrtačajo brezdomce od dostopa do zdravstvene oskrbe, in vključujejo: denar za prevoz do zdravstvenih ustanov, dodatno zdravstveno zavarovanje in doplačilo za zdravila (Campbell, et al., 2015).

2.3.2 Odnos zdravstvenih delavcev do brezdomcev

Medicinske sestre so odgovorne zagovarjati socialno pravičnost in spodbujati zdravstveno politiko, ki zagotavlja ustrezno zdravstveno nego. Vendar pa so interakcije z izvajalci zdravstvenih storitev izpostavljene kot bistvena ovira – na primer, nespoštljiva obravnava pomanjkanja skrbi in empatije do brezdomcev (Klarare, et al., 2021).

Medicinske sestre so pogosto prve, ki komunicirajo z brezdomci in imajo zato večjo sposobnost vplivanja na njihovo zdravje in kakovost življenja. Ker zdravstvena nega pogosto uporablja celovitejši pristop k zagotavljanju zdravstvenega varstva, obstaja večja možnost za razumevanje in nenazadnje vpliv na številne zdravstvene in socialne potrebe, s katerimi se srečujejo brezdomci. Med celostno obravnavo lahko medicinske sestre prepoznajo in obravnavajo globalne težave, s katerimi se srečujejo brezdomci, in na posamezne zdravstvene ali socialne težave (Weber, et al., 2017; Weber, 2018). V kvalitativni raziskavi v Illinoisu (Woith, et al., 2017) so raziskovali percepcijo brezdomcev o njihovi interakciji z medicinskimi sestrami, ugotovili so, da so medicinske sestre nevljudne in nesočutne (Woith, et al., 2017). Zdravstvene storitve so bile doživete kot stigmatizirajoče in sramotne, ugotavljata Purkey in MacKenzie (2019), zlasti za

bolnike, ki sočasno uživajo droge. Te negativne izkušnje lahko povzročijo izogibanje ali opustitev oskrbe. Udeleženci so prepoznali sistem, ki je bil neprilagodljiv, zasnovan za populacijo srednjega razreda in ni upošteval potreb in realnosti skupin, ki iščejo pravičnost.

Brezdomci, ki se soočajo z diskriminacijo, so ranljivi, ne morejo računati na socialno, čustveno in praktično mrežo socialne podpore, ne zaupajo v ustanove in ljudi, s katerimi komunicirajo (Conde-Antunes, et al., 2016). Ta populacija pogosto doživlja daljše bivanje v bolnišnici in večje tveganje za nenačrtovani ponovni sprejem kot splošna populacija, saj je načrtovanje odpuščanja ogroženo z neustreznimi nastanitvami, ki podpirajo ustrezno nadaljnjo oskrbo (Omerov, et al., 2020).

Izziv za bolnišnice po vsem svetu je zagotavljanje, prožne, nestigmatizirajoče bolnišnične oskrbe. Na način, ki opolnomoči ljudi, da si prizadevajo izboljšati svoje zdravje in premagati brezdomstvo. Medicinske sestre lahko v bolnišnicah zagotovijo enakopravno zdravstveno oskrbo. S tem močno spremenijo tako življenja posameznikov, ki so brezdomci, kot tudi blagostanje družbe kot celote (Grech & Raeburn, 2019).

2.4 SOCIALNA IZKLJUČENOST

Brezdomstvo je neločljivo povezano s socialno izključenostjo. Socialno izključene osebe so osebe, ki doživljajo kopičenje prikrajšanosti v družbi. Socialna izključenost je obravnavana kot večdimenzionalen koncept. Na splošno ločimo dve glavni razsežnosti: strukturno-ekonomsko izključenost in družbeno-kulturna izključenost. Strukturno-ekonomska izključenost se nanaša na distribucijsko razsežnost in vključuje materialni (dohodki in dobrine) in nematerialni (socialne pravice) vidik. Družbeno-kulturna izključenost se nanaša na odnosno razsežnost in vključuje socialno integracijo, ki vključuje: družbene odnose in mreže ter kulturno integracijo, ki zadeva vrednote in norme (Bramley & Fitzpatrick, 2018; Van Straaten, et al., 2018).

Ljudje se soočajo z okoljskimi omejitvami (ekonomska neenakost, pomanjkanje cenovno dostopnih stanovanj in brezposelnost), ki se prepletajo z njihovimi individualnimi

ranljivostmi (stresni dogodki, pomanjkanje socialne mreže in psihofizične težave), kar sproži propad njihovih življenjskih situacij (Marzana, et al., 2023). Družbeni odnosi so bistveni za človekov uspeh. V celotnem življenju posameznika toplina in kakovost družbenih odnosov močno vplivata na razvoj posameznikovega občutka lastne vrednosti. Izboljšajo lahko naše fizično in psihično dobro počutje (Rea, 2023).

2.4.1 Diskriminacija, stigma

Diskriminacija je sestavljena iz nepoštenega vedenja, usmerjenega proti tej skupini (npr. socialna distanca) (Mendez Fernandez, et al., 2021). Diskriminacija je pogost družbeni problem, ki je povezan z različnimi negativnimi učinki in zdravstvenimi posledicami. Stres zaradi diskriminacije in posledično fiziološke spremembe vodita v obolevnost (Busse, et al., 2017). Obstajajo dokazi, da se stigmatizirani ljudje umikajo od potencialnih virov podpore s prikrivanjem svoje identitete, kar ima za posledico povečano depresijo in anksioznost (Rea, 2023). V sodobnem pomenu je diskriminacija praviloma razumljena kot neprimerno ločevanje, v pravnem smislu pa kot nedopustno razlikovanje. Dejanje diskriminacije je torej negativno ovrednoteno, čeprav v teoriji (in seveda v praksi) poznamo tudi tako imenovano pozitivno diskriminacijo oziroma pozitivne ukrepe, kjer ločevanje določenemu posamezniku ali skupini prinese prednosti. Gre začasne ukrepe, s katerimi ranljive družbene skupine postavimo v ugodnejši položaj v primerjavi s preostalimi, da bi jim tako zagotovili enake možnosti oziroma izenačitev izhodiščnega položaja. Lahko bi rekli, da je diskriminacija praksa neenakosti (Kuhar, 2009, p. 13).

Stigma je družbeno konstruiran, okrepljen proces, ki se manifestira na več ravneh. Najbolj analizirana vrsta stigme je družbena ali javna stigma (Mendez Fernandez, et al., 2021). Stigma je socializirana predstava o sramotnem, nesprejemljivem ali nenormalnem v določeni družbeni skupini, označenost za stigmatiziranega pa nekoga ne označuje le kot drugačnega, temveč ga označuje za globoko diskreditiranega (Dolezal, 2022). Čeprav se ocenjuje, da vsaj 2 % svetovnega prebivalstva v danem trenutku doživi brezdomstvo in to število narašča zaradi recesije, so ljudje, ki doživljajo brezdomstvo, podvrženi intenzivni družbeni stigmati in poniževanju (Rea, 2023). Splošno prebivalstvo stigmatizira brezdomce, vidi jih kot revne in manj vredne. Družbena stigma lahko prispeva k

posameznikovemu občutku izolacije in vzpodbujanju, da se sramuje brezdomstva (Bower, et al., 2018). Stigmatizirajoča bolezen, predsodki in strah krhajo družbene vezi, širi se osebna ranljivost brezdomca (Conde-Antunes, et al., 2016).

Brezdomci imajo težave pri vzpostavljanju povezav, ki ustrezajo njihovim socialnim potrebam. Čeprav se mreže med brezdomci razvijajo, so te pogosto majhne. Potencialna posledica teh majhnih družbenih mrež je osamljenost. Osamljenost je groba čustvena izkušnja, povezana z zaznanim neskladjem med socialnim omrežjem, ki ga imajo, in omrežjem, ki si ga želijo. Družbena stigma prevzema marginalizirane identitete z brezdomstvom in lahko prispeva k posameznikovemu občutku izolacije, tako jih spodbudi, da se sramujejo brezdomstva (Bower, et al., 2018). Brezdomci pogosto nimajo zaupanja v druge ljudi, zato doživljajo osamljenost. Poleg tega lahko tudi družina in prijatelji brezdomcev ustvarijo konflikt z njimi ali so do njih žaljivi. Posledično se lahko brezdomci obrnejo na prijatelje in ne na družino, ko potrebujejo pomoč. Dejansko lahko brezdomci, zlasti tisti, ki živijo na ulici, oblikujejo gosta socialna omrežja, kjer večina članov pozna vse ostale. Kljub temu pa so ti odnosi lahko izjemno kompleksni: na eni strani ponujajo intenzivno prijateljstvo, vzajemnost ter občutek pripadnosti, varnosti in solidarnosti; po drugi strani pa krepitev hierarhije in vrstnega reda, kjer sta nasilje in spopadi norma (Neale & Brown, 2016).

Brezdomci so nezaupljivi do zdravljenja, ki so ga deležni, zaradi slabih predhodnih izkušenj. Pogosto so stigmatizirani, izogibajo se sodelovanja z zdravstvenimi službami. Samoobtoževanje je ključno s prevzemanjem krivde, ker so brezdomci. Slaba osebna higiena, nizka samozavest in stigma povzročajo zadrego in izogibanje zdravstvenim storitvam (O'Carroll & Wainwright, 2019). Na splošno ugotovitve kažejo, da stigma prispeva k neenaki zdravstveni obravnavi zdravstvenih delavcev. Kar je povezano z izogibanjem zdravstvenih storitev. Ljudje, ki delajo z brezdomci, bi se morali zavedati vpliva stigme na zdravje brezdomcev (Reilly & Williamson, 2022).

2.5 ORGANIZACIJE ZA POMOČ LJUDEM BREZ DOMA V LJUBLJANI

Ljudem, ki živijo na ulici, so na voljo različne namestitve in storitve brez ovir, ki nudijo podporo ranljivim osebam. Uporabniki ne potrebujejo nobenega vavčerja ali kupona. Brezdomci imajo enostaven dostop do teh ustanov. Storitve običajno financirajo občina in donatorji. Na splošno te storitve vključujejo več programov, kot so nočitve, ljudska kuhinja, oskrba z oblačili, svetovalni centri, dnevni centri, terensko delo in zdravstvena oskrba. V storitvenih ustanovah so običajno zaposlene medicinske sestre, socialni delavci in pripadniki drugih poklicev (Gräske, et al., 2022). Osebe v socialnih službah, kot so sprejemni centri, zavetišča in svetovalni centri, zagotavlja različne dejavnosti socialnega dela za brezdomce. Med drugim sodeluje pri iskanju nastanitve, jih spremlja do lokalnih oblasti in jih napoti po nadaljnjo pomoč (Wirth, et al., 2019).

Evropska organizacija, ki združuje organizacije na področju brezdomstva (FEANTSA), priporoča, da države oblikujejo svoje nacionalne politike za brezdomstvo, ki naj bi izhajale iz tega, da je za uspešno reševanje brezdomstva potrebno vsakemu omogočiti dostop do nastanitve. Za Slovenijo lahko trdimo, da v njej ni še nikoli delovalo toliko organizacij in programov na področju brezdomstva ter da temu vprašanju še nikoli ni bilo namenjenih toliko sredstev kot danes (Dekleva & Razpotnik, 2015). V Ljubljani nudijo pomoč ljudem brez doma organizacije za socialno pomoč, dobrodelne ustanove in prostovoljci, ki si prizadevajo nuditi podporo in rešitve ljudi v stiski. Center za socialno delo Ljubljana Center, Društvo prostovoljcev Vincencijeve zveze dobrote, Društvo za pomoč in samopomoč brezdomcev Kralji ulice, Župnijska Karitas Ljubljana Štepanja vas, Center za socialno delo Ljubljana Šiška, Zavod Pelikan Karitas, Prelomi – Inštitut za družinsko terapijo, svetovanje in izobraževanje, Zveza prijateljev mladine Ljubljana Moste-Polje, Rdeči križ Slovenije – Območno združenje Ljubljana, Ambulanta s posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega zavarovanja.

V Veliki Britaniji so uvedli smernice in strategije za zmanjšanje brezdomstva in izboljšanje zdravja brezdomcev. Osrednjega pomena pri tem so večgeneracijska partnerstva med zakonsko določenimi službami, storitve, ki jih zagotavljajo lokalne in nacionalne vlade, vključno z zdravstvenim in socialnim varstvom ter prostovoljnimi in

skupnostnimi organizacijami, ki naj bi izboljšale celostno in usklajeno zdravstveno varstvo ter posledično zmanjšale neenakosti (Bell, et al., 2022).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen magistrskega dela je s kvalitativnim pristopom raziskati razumevanje in izkušnje brezdomcev pri zdravstveni obravnavi v javni zdravstveni mreži. Želeli smo ugotoviti, s katerimi ovirami se soočajo brezdomci pri zdravstveni obravnavi. Izhajali smo iz spoznanj dosedanjih raziskav v mednarodnem prostoru in okvirja pravic pacienta v zdravstveni obravnavi v Sloveniji, zanimali so nas dostopnost do zdravstvene obravnave, odnos zdravstvenih delavcev, negativne in pozitivne izkušnje in morebitna diskriminacija, ocena poteka zdravstvene obravnave, odnos do zdravja in zdravstvenih problemov idr.

Cilji magistrskega dela:

1. Ugotoviti izkušnje brezdomcev, ki so potrebovali zdravstveno oskrbo (dostopnost, potek zdravstvene obravnave).
2. Ugotoviti izkušnje brezdomcev z izvajalci zdravstvenih storitev (odnos, diskriminacija, osredotočenost na pacienta).
3. Ugotoviti, s katerimi situacijami ali ovirami so se soočali brezdomci, ki so potrebovali zdravstveno obravnavo.
4. Ugotoviti odnos brezdomcev do zdravja in z zdravjem povezanimi življenjskimi navadami in tveganji za zdravje.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Za proučevanje izkušenj brezdomcev pri zdravstveni obravnavi smo si na podlagi opredeljenih ciljev zastavili 4 raziskovalna vprašanja:

- RV1: Kakšne so izkušnje brezdomcev, ki so potrebovali zdravstveno oskrbo, dostopnost do zdravstvenih storitev in potek zdravstvene obravnave?
- RV2: Kakšne so izkušnje brezdomcev z izvajalci zdravstvenih storitev?

- RV3: S katerimi situacijami in ovirami so se soočali brezdomci, ki so potrebovali zdravstveno oskrbo?
- RV4: Kakšen je odnos brezdomcev do zdravja in z zdravjem povezanimi življenjskimi navadami in tveganji za zdravje?

3.3 METODE RAZISKOVANJA

3.3.1 Dizajn raziskave

Uporabili smo opisno kvalitativno metodo. Podatke smo pridobili s polstrukturiranimi intervjuji. O našem raziskovalnem problemu je v našem okolju malo znanega, zato ga je potrebno opisati in prepoznati njegove značilnosti na izbrani populaciji. V ta namen se po priporočilu (Polit & Beck, 2018) najpogosteje uporablja tehnika intervjuja ali opazovanja. Intervju se nanaša na komunikacijo, ki poteka na podlagi jasnega občutka namena pridobitve določene informacije, za razliko od pogovorov, ki običajno potekajo v vsakdanjem življenju (Pyo, et al., 2023).

Dokaze in druge informacije o raziskovalnem problemu smo pridobili s pomočjo domačih in tujih strokovnih in znanstvenih literarnih virov, ki smo jih pridobili s podatkovnimi bazami CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY in PUBMED, Google Učenjak in Vzajemno bibliografsko-kataložno bazo podatkov Virtualne knjižnice Slovenije (COBIB.SI). Ključne besede so bile v slovenskem in/ali angleškem jeziku: brezdomci, zdravje, zdravstvo, zdravstvene storitve, diskriminacija, stigma, izkušnje, dostop.

3.3.2 Instrument raziskave

Vprašanja za polstrukturiran intervju smo oblikovali na podlagi teoretičnih izhodišč, predhodnih raziskav (Rae & Rees, 2015; Woith, et al., 2017; Field, et al., 2019; Purkey & MacKenzie, 2019; Wrighting, et al., 2020) in poročil o stanju brezdomstva v Sloveniji (Razpotnik & Dekleva, 2009) in v svetu (Keenan, et al., 2021).

Intervju je zajemal 21 glavnih vprašanj (priloga 6.1), ki so se nanašala na:

- (1) predstavitev brezdomca, osnovni demografski podatki ter podatki vezani na status brezdomca (starost, dosežena izobrazba, trenutni kraj bivanja, časovna opredelitev brezdomstva, ali se zdravi za katero kronično boleznijo in ali redno prejema zdravila, urejenost zdravstvenega zavarovanja, obisk osebnega zdravnika, dostop do zdravstvene ustanove in ali je brezdomec v zadnjem letu bil hospitaliziran),
- (2) izkušnje brezdomcev z zdravstveno oskrbo (korektnost sprejema, ustreznost zdravstvene obravnave glede na zdravstveno stanje, občutek enakovrednosti zdravstvene obravnave, zagotavljanje zasebnosti, ustreznost informacij za nadaljnjo obravnavo ob odpustu iz zdravstvene ustanove),
- (3) izkušnje brezdomcev z izvajalci zdravstvenih storitev (odnos zdravstvenega osebja do pacientov, komunikacija ter prisotnost diskriminacije s strani zdravstvenega osebja zaradi statusa brezdomca),
- (4) situacije in ovire pri zdravstveni oskrbi (urejenost zdravstvenega zavarovanja, izbrani osebni zdravnik, dostopnost zdravstvenih storitev),
- (5) odnos brezdomcev do zdravja in z zdravjem povezanimi življenjskimi navadami (prisotnost bolezni, akutnih in dlje časa trajajočih).

3.3.3 Udeleženci raziskave

Zaradi specifičnosti ciljne skupine smo se poslužili namenskega vzorčenja (angl. convenience sampling) (Bowling, 1997, p. 395).

Udeležence raziskave smo ustno povabili k intervjuju. Nagovorili smo dvaindvajset brezdomcev, ki so bili takrat prisotni v prostorih Društva prostovoljcev Vincencijeve zveze – dnevni center za brezdomce v Ljubljani. Enaindvajset brezdomcev je bilo moškega spola, ena brezdomka pa ženskega spola. V sodelovanje v raziskavi je privolilo deset brezdomcev. Vsi so bili moškega spola, njihova starost se je gibala med 49 in 71

let, povprečna starost je znašala 61,8 let. Poročali so o različno dolgem intervalu trajanja njihovega statusa brezdomca, od par mesecev do 20 let. Devet intervjuvancev je bivalo v Zavetišču za brezdomce v Ljubljani, en je bival v stanovanjski skupnosti, ki prav tako sodi pod okrilje Zavetišča za brezdomce v Ljubljani. Sedem intervjuvancev je v preteklosti opravljalo določen poklic, trije so opravljali priložnostna dela. Vsi intervjuvanci so že imeli izkušnjo z zdravstveno obravnavo v zdravstveni ustanovi (zdravstveni dom, bolnišnica).

Tabela 1: Socio-demografske značilnosti intervjuvancev

intervjuvanec	spol	starost	čas brezdomstva	bivališče	poklic
ID1	moški	67 let	par let	stanovanjska skupnost	voznik viličarja
ID2	moški	60 let	par let	v zavetišču	ključavničar
ID3	moški	71 let	tri mesece	v zavetišču	zidar
ID4	moški	64 let	20 let	v zavetišču	natakar, tesar, zidar
ID5	moški	63 let	kar nekaj časa	v zavetišču	delavec (končana OŠ)
ID6	moški	49 let	12 let	v zavetišču	delavec (končana OŠ)
ID7	moški	67 let	9 mesecev	v zavetišču	poklicni voznik
ID8	moški	65 let	leto in pol	v zavetišču	zidar
ID9	moški	59 let	več kot 5 let	v zavetišču	delavec (končana OŠ)
ID10	moški	53 let	par mesecev	v zavetišču	mizar

Intervjuvanci so se razlikovali glede na izkušnje z zdravstveno oskrbo v zdravstvenih ustanovah. Šest jih je je poročalo o izkušnji z zdravstveno oskrbo na primarni ravni v zadnjem mesecu dni od časa izvedbe intervjuja. Štirje intervjuvanci izkušnje z zdravstveno oskrbo na primarni ravni niso jasno definirali. Trije pa so poročali, da so imeli v zadnjem letu izkušnjo z zdravstveno oskrbo na sekundarni ravni.

Tabela 2: Izkušnja intervjuvancev z zdravstveno oskrbo na primarni in sekundarni ravni

intervjuvanec	časovni interval od zadnje izkušnje z oskrbo na primarni ravni	izkušnja z oskrbo na sekundarni ravni v zadnjem letu
ID1	en dan	ne
ID2	teden dni	da
ID3	mesec dni	ne

intervjuvanec	časovni interval od zadnje izkušnje z oskrbo na primarni ravni	izkušnja z oskrbo na sekundarni ravni v zadnjem letu
ID4	dva tedna	ne
ID5	ni definirano	ne
ID6	ni definirano	ne
ID7	ni definirano	da
ID8	teden dni	da
ID9	teden dni	ne
ID10	ni definirano	ne

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Pred izvedbo raziskave smo intervjuvancem predstavili namen in teme raziskave, ki smo jih obravnavali med intervjujem. To je pripomoglo k izvedbi intervjuja, strukturiranosti in jasnosti. Interpretativni pristop, kjer je cilj analizirati, kako ljudje razumejo svoje družbene svetove in pomen dogodkov, anketirancem omogoča, da pripovedujejo lastne zgodbe s svojimi besedami (Bowling, 1997, p.391). Z interpretacijo v intervjuju smo se osredotočili na razumevanje povedanega, ki so jih intervjuvanci izrazili. Nismo ocenjevali in vrednotili na osebni ravni.

Raziskava je potekala v Društvu prostovoljcev Vincencijeve zveze dobrote – dnevni center za brezdomce v Ljubljani. Intervjuje smo izvajali po odobritvi dispozicije na Komisiji za diplomska in podiplomska zaključna dela, po prejetem soglasju Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko (št. Sklepa 1020-124/2022/6, priloga 6.2.) in po prejetem soglasju Društva prostovoljcev Vincencijeve zveze dobrote – dnevni center za brezdomce v Ljubljani (priloga 6.3.). Pri izvajanju raziskave in pisanju magistrskega dela smo upoštevali Smernice za raziskovalno etiko v družboslovju in humanistiki (The Norwegian National Research Ethics Committees (NESH, 2021) in Helsinško deklaracijo Svetovnega zdravniškega združenja (World Medical Association (WMA, 2013)). Sledili smo cilju, da so se udeleženci počutili varne pri razkrivanju izkušenj, ki jih v vsakdanjem okolju morda ne bi delili. Intervjuje smo izvedli februarja 2023, v dopoldanskem času. Intervjuji so potekali iz oči v oči, v sobi centra (pisarna), ostali so čakali v dnevnem prostoru, tako smo zagotovili zasebnost in anonimnost udeležencev raziskave. Časovno

jih nismo omejevali. Intervjuji so trajali 7 ur. Povprečna dolžina intervjuja je bila 45 minut. Pisne privolitve v raziskavo so shranjene pri raziskovalki. Mason (2010) ugotavlja, da se smernice o potrebni velikosti vzorca med avtorji razlikujejo, a obenem dodaja, da mora večina kvalitativnih raziskav slediti konceptu nasičenosti izrečenega. Zasičenost podatkov v naši raziskavi smo dosegli po sedmem intervjuju.

Vsem sodelujočim smo predhodno predstavili namen raziskave, način njene izvedbe in možnosti odstopa od intervjuja. Nato smo jim predstavili privolitev v raziskavo. Privolitev v raziskavo je podpisalo devet brezdomcev s priimkom, en brezdomec je podpisal privolitev v raziskavo z imenom. Udeleženci so bili obveščeni o anonimnosti obdelave podatkov in prostovoljnosti sodelovanja, podpisali pa so tudi obrazec soglasja, da se strinjajo s snemanjem povedanega. Nobeden od udeležencev ni zavrnil snemanja. Udeleženci so imeli možnost postavljati vprašanja o raziskavi pred izvedbo intervjujev in po njej. Vsi intervjuji so bili s pisnim privoljenjem brezdomcev zvočno posneti in kasneje dobesedno prepisani. Ko se je snemanje pričelo, smo intervjuvance opozorili. Po končanem prepisu so bili vsi pogovori izbrisani. Zaradi varovanja osebnih podatkov in ohranjanja anonimnosti sogovornikov smo iz besedila odstranili lastna imena ter ostale podatke, ki bi lahko razkrili identiteto sogovornikov.

3.3.5 Obdelava podatkov

Zvočne posnetke intervjujev smo dobesedno prepisali. Analizirani intervjuji v pisni obliki so zajemali 6.732 besed oz. 39.527 znakov s presledki. Poslužili smo se tematske analize besedila, pri kateri gre za proces analize podatkov v skladu s podobnostmi, povezavami in razlikami med podatki (Gibson & Brown, 2009). Pri obdelavi podatkov smo sledili pristopu tematske analize besedila po avtorjih Gomm (2008) ter Green in Thorogood (2004). Pri tem pristopu obdelave raziskovalec išče skupne vsebine v celotnem setu podatkov intervjujev in teme oblikuje na osnovi primerjav in nasprotij v povedanem s strani intervjuvancev. Raziskovalec se odloči, kaj bo štelo kot dokaz za oblikovanje tem. Pri tem je potrebna reflektivna drža raziskovalca (Skela-Savič, 2017). Najprej smo besedilo večkrat prebrali in zbrisali vse navedbe, ki bi lahko ogrozile anonimnost vključenih, kot so za posameznikov govor značilna mašila ipd. Enota kodiranja je bila

izrečena misel ali izrečeno stališče posameznega vključenega v raziskavo. Sledilo je kodiranje besedila, enota kodiranja je bila izrečena misel ali izrečeno izkušnja na določeno temo. Če je govorec govoril o več temah, smo izrečeno vsebino kodirali ločeno. Pri kodiranju smo uporabili tehniko tematskega kodiranja (Gomm, 2008; Skela-Savič, 2017), zato smo kode oblikovali večbesedno, s ciljem opisa ključne vsebine povedanega, kar imenujemo odprto opisno kodiranje. Kode smo združevali v kategorije in kategorije v teme. Le-to nam je omogočilo, da smo lahko kategorije, kot nadpomenke kod, ravno tako oblikovali na vsebinski ravni in iz njih razvili ključne ugotovitve intervjujev, ki smo jih podali v obliki tem (Skela-Savič, 2017). Sledil je premislek o oblikovanju kod, kategorij in oblikovanju tem, ki so predstavljale zaključna spoznanja raziskave (Mesec, 1998). Pri obdelavi podatkov smo se držali etičnih smernic in nismo povzročili škode udeležencem raziskave.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Opisi izrečenega in oblikovanje kod

V raziskavi smo se osredotočili na brezdomce, ki prebivajo v Društvu prostovoljcev Vincencijeve zveze dobrote – dnevni center za brezdomce v Ljubljani in so poročali o izkušnji z zdravstveno obravnavo. V nadaljevanju so predstavljeni rezultati intervjujev. Najprej so predstavljene informacije, ki se nanašajo na formalnosti, povezane z dostopnostjo zdravstvene oskrbe (tj. urejenost zdravstvenega zavarovanja, izbran osebni zdravnik), sledi vsebinska analiza njihovih izkušenj z zdravstveno obravnavo v javni zdravstveni mreži.

V okviru naše raziskave nas je zanimalo, ali in kako imajo intervjuvanci urejen dostop do zdravstvene obravnave. Sicer samo sedem od desetih intervjuvancev poroča o posedovanju tako osnovnega kot dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (tabela 3), samo dva poročata o izbranem osebnem zdravniku (tabela 4), vendar pa je zdravstvena oskrba na primarni ravni dostopna vsem vključenim sogovornikom, saj poročajo o obisku Ambulante s posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega zavarovanja, Pro Bono.

Tabela 3: Urejenost zdravstvenega zavarovanja

posedovanje zdravstvenega zavarovanja	število intervjuvancev
brez zdravstvenega zavarovanja	2
osnovno zdravstveno zavarovanje	1
osnovno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje	7

Tabela 4: Dostop do zdravnika na primarni ravni

dostop do zdravnika na primarni ravni	število intervjuvancev
izbran osebni zdravnik	2
zdravnik v Ambulanti s posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega zavarovanja, Pro Bono	8

Na podlagi odgovorov na zastavljena vprašanja je končno število kodiranih navedkov znašalo 100. Vsak citat je bil uporabljen samo enkrat. Oblikovali smo 20 vsebinskih kod, ki smo jih v nadaljevanju analize združili v 8 kategorij (tabela 5), iz teh kategorij pa smo v zadnjem koraku oblikovali 3 zaključne teme (tabela 6).

Iz 20-ih kod, ki so (1) dlje časa trajajoča bolezenska stanja; (2) akutna bolezenska stanja; (3) jemanje zdravil; (4) obisk zdravnika na primarni ravni v zadnjem mesecu; (5) hospitalizacija zaradi bolezni v zadnjem letu; (6) osebno nelagodje zaradi statusa brezdomca; (7) oskrba s strani prostovoljcev v zavetišču; (8) uporaba javnega prevoza za dostop do zdravstvene ustanove; (9) peš dostop do zdravstvene ustanove; (10) nudenje prevoza do zdravstvene ustanove s strani drugih; (11) korektnost sprejema v zdravstveni obravnavi; (12) ocena ustreznosti zdravstvene obravnave glede na zdravstveno stanje; (13) občutek enakovrednosti obravnave; (14) zagotovljena enaka mera zasebnosti kot ostalim pacientom; (15) ustreznost informacij za nadaljnjo obravnavo ob odpustu iz zdravstvene ustanove; (16) prijaznost zdravstvenega osebja; (17) naslavljanje brezdomcev z nazivom gospod; (18) zdravstveno osebje nameni potrebno pozornost; (19) prilagoditev komunikacije in razlage razumevanju brezdomcev; (20) odsotnost diskriminacije s strani zdravstvenega osebja zaradi statusa brezdomca, smo oblikovali nadpomenskih 8 kategorij.

Iz 20-ih kod smo oblikovali 8 vsebinskih nadpomensk oz. kategorij: (1) zdravstvene težave brezdomcev; (2) medikamentozna terapija; (3) razlogi nedavne obravnave v zdravstveni

ustanovi; (4) negativno razpoloženje; (5) osnovna zdravstvena oskrba izven zdravstvene ustanove; (6) različne transportne poti do zdravstvene obravnave; (7) pozitivna ocena zdravstvene obravnave; (8) ustrezen odnos zdravstvenega osebja.

Kategorije pa smo na koncu združili v 3 glavne teme: (1) ogroženost zdravstvenega stanja brezdomcev; (2) različni načini dostopa do zdravstvene oskrbe ter (3) pozitivno doživljanje zdravstvene obravnave.

V nadaljevanju so predstavljene kode skupaj z najbolj reprezentativnimi pripadajočimi citati, ki določeno kodo utemeljujejo.

V sklopu raziskave nas je zanimalo, ali vključeni sogovorniki poročajo o prisotnosti bolezenskih stanj, bodisi akutnih bodisi dlje časa trajajočih. Na to vprašanje smo prepoznali 17 citatov, ki smo jih oblikovali v dve kodi.

Prva koda opisuje »Dlje časa trajajoča bolezenska stanja« (koda 1) in je oblikovana iz 13ih citatov.

Citat 1, ID 1: »Pritisk.«

Citat 2, ID 2: »Kakšne probleme imam s prostato. To me matra že eno leto. Zdaj me fajn matra prostata, mehur, kako bi rekel vodni kanali. Prehladil vse, vse prehlajeno, razširjeno. Imam resne probleme.«

Citat 3, ID 3: »V glavi mi šumi, imam neke zvoke v glavi, vidim ljudi, čutim muko v glavi. Imam velike probleme.«

Citat 4, ID 3: »Imam padavico, v glavi mi šumi. Padem v nezavest.«

Citat 5, ID 3: »Operiran sem na srcu, imam pacemaker.«

Citat 6, ID 4: »Podedoval sem sladkorno bolezen, drugo nimam.«

Citat 7, ID 6: »Meni so gležnji otekli. A je možno, da zaradi pomanjkanja kalija? Enkrat sem imel nula kalija, ko sem iz laboratorija prišel. A je možno, da bi gležnji otekli podobno kot pri putiki? Sem kadilec, vendar niso tako otekli, da ne moreš na nogo stopit na nogo.«

Citat 8, ID 6: » Zaradi tega sem jaz spet začel, mi ne poznamo drugih analgetikov. Nam je heroin najlažje dostopen in najmočnejši. Sem rekel jebiga, se ga bom pa spet navlekel. Tako kot se ga bom navlekel, se ga bom še odvlekel.«

Citat 9, ID 7: »Imam raka.«

Citat 10, ID 7: »Kronični bronhitis.«

Citat 11, ID 7: »Pa nogo ferderbano.«

Citat 12, ID 8: »Imam astmo.«

Citat 13, ID 9: »Imam visok pritisk.«

Druga koda opisuje »Akutna bolezenska stanja« (koda 2) in je oblikovana iz štirih citatov.

Citat 14, ID 1: »Imam s prostato probleme. Sem glih v tistih letih, pa mi mal uide. Pa če včasih zakašljam, pa mi uide. Pa mi tiste kapljice uidejo. Nerodna reč no.«

Citat 15, ID 5: »Imam en majhen problem tukaj nekje (opomba: pokaže na stegnenico desno). Nekaj se mi je naredilo, veš. Imam problem, to je verjetno starostno z nohti na nogah. Imam tako čudne, samo na tej nogi.«

Citat 16, ID 9: »Me peče, ko grem na vodo. Slab sem bil. Tablete mi je predpisala, sem zdaj boljši. Mraz je stisnil, zeblo me je. Verjetno sem se prehladil.«

Citat 17, ID 10: »Imam rano na nogi.«

Tretja koda opisuje »Jemanje zdravil« (koda 3) in je oblikovana iz sedmih citatov. Nanaša se na jemanje zdravil bodisi za dlje časa trajajoča bolezenska stanja bodisi za akutna bolezenska stanja.

Citat 18, ID 1: »Prejemam zdravila. Kaj že? Edemid za odvajanje vode, Jardiance za srce pa Cosyrel za pritisk.«

Citat 19, ID 2: »Pa evo, zdaj mi je prinesla kozarec vode in tablete (opomba: akutne težave s prostato).«

Citat 20, ID 3: »Prejemam 17 vrst zdravil.«

Citat 21, ID 5: »Pa mi je antibiotike predpisala, danes tudi pride.«

Citat 22, ID 7: »Imam raka, kronični bronhitis pa nogo ferderbano. Imam veliko tablet. «

Citat 23, ID 8: »Ja, žrem tablete.«

Citat 24, ID 9: »Imam visok pritisk, jemljem tablete.«

V okviru naše raziskave nas je zanimalo, ali in s katero ravnijo zdravstvene oskrbe so vključeni sogovorniki imeli izkušnjo v nedavni preteklosti.

Četrta koda opisuje »Obisk zdravnika na primarni ravni v zadnjem mesecu« (koda 4) je oblikovana iz šestih citatov. Nanaša se na razloge, zaradi katerih so sodelujoči obiskali zdravnika na primarni ravni. Trije sogovorniki so pri tem vprašanju odgovorili, da je od obiska zdravnika na primarni ravni preteklo že kar nekaj časa, eden pa se je pri odgovorih osredotočil na izkušnjo na sekundarni ravni.

Citat 25, ID 1: »Danes (7. 2. 2023). Šel sem v laboratorij, so mi kri vzeli.«

Citat 26, ID 2: »Evo prejšnji teden. Sem moral nujno iti v laboratorij, kri in vodo sem dal.«

Citat 27, ID 3: »En mesec nazaj. Sem dobil zdravila zastoj.«

Citat 28, ID 4: »Pred petnajstim, dvajsetimi dnevi sem bil pri zdravniku. Pregled.«

Citat 29, ID 8: »Prejšnji teden. Kri so mi vzeli v laboratoriju.«

Citat 30, ID 9: »Prejšnji teden. So mi kri pa vodo vzeli.«

Peta koda opisuje »Hospitalizacijo zaradi bolezni v zadnjem letu« (koda 5) je oblikovana iz treh citatov. Nanaša se na izkušnjo s hospitalizacijo v zadnjem letu ter razloge zanjo.

Citat 31, ID 2: »Bil pred 14 dnevi na travmi, glavo sem poškodoval.«

Citat 32, ID 7: »Prejšnji teden sem bil dva dni v bolnici na preiskavah (opomba: ima raka).«

Citat 33, ID 8: »Bil sem pol leta nazaj na travmi. Padel sem, odpeljali so me na urgenco in na travmo. Tri dni sem ležal, imel sem pretres možganov.«

Šesta koda opisuje »Osebno nelagodje zaradi statusa brezdomca« (koda 6) in je oblikovana iz treh citatov. Nanaša se na občutek osebnega nelagodja zaradi statusa brezdomca, ki so ga tekom pogovora izpostavili sogovorniki sami.

Citat 34, ID 1: »Ja, jaz se čudno počutim, ker sem brezdomec.«

Citat 35, ID 7: »Ko sem šel kot brezdomec, sem se čudno počutil, ker sem se zavedal, da sta samo še dva od nas desetih še živa. Vse druge je pobralo.«

Citat 36, ID 10: »Kot brezdomec se počutim kao smet. Dno od dna. Zdaj se počutim ko drek. Brez volje.«

Sedma koda opisuje »Oskrbo s strani prostovoljcev v zavetišču« (koda 7) in je oblikovana na osnovi dveh citatov. V okviru pogovora o dostopnosti zdravstvene oskrbe (rezultati so predstavljeni na začetku tega poglavja) tako na primarni kot sekundarni ravni sta dva sogovornika izpostavila tudi obiske prostovoljcev, ki prebivalcem zavetišča nudijo osnovno zdravstveno oskrbo.

Citat 37, ID 5: »Ena medicinska sestra hodi sem ob torkih, ime ji je Marta, je iz Škofje Loke iz Gorenjske. Danes tudi pride.«

Citat 38, ID 10: »Tu imamo jedno medicinsko sestro, ko hodi rane previjati, ona je iz Škofje Loke. Zelo je prijazna.«

Zanimalo nas je, na kakšen način sogovorniki dostopajo do zdravstvenih ustanov. Na to temo smo prepoznali devet citatov, ki smo jih razdelili v tri kode.

Osma koda opisuje »Uporabo javnega prevoza za dostop do zdravstvene ustanove« (koda 8) in je oblikovana iz petih citatov.

Citat 40, ID 1: »Z avtobusom.«

Citat 41, ID 4: »Z avtobusom.«

Citat 42, ID 7: »Šel sem sam, na bus pa v UKC.«

Citat 43, ID 8: »Če nažicam s taksijem.«

Citat 44, ID 9: »Z avtobusom.«

Deveta koda opisuje »Peš dostop do zdravstvene ustanove« (koda 9) in je oblikovana iz dveh citatov.

Citat 45, ID 4: »Do zdravnika grem včasih peš, včasih z avtobusom, včasih nimam denarja.«

Citat 46, ID 8: »Peš.«

Deseta koda opisuje »Nudenje prevoza do zdravstvene ustanove s strani drugih« (koda 10) in je oblikovana iz dveh citatov.

Citat 47, ID 2: »Nazadnje ko sem šel k zdravniku, me je peljal ta njihov prostovoljec, dobrovoljec. Včasih spremljajo zaposleni iz zavetišča. Od kar sem tukaj, vedno, kamorkoli. Ali urgencia ali bolnica ali moj zdravnik, vedno gre od njih nekdo z mano. Za to sem jim zelo hvaležen.«

Citat 48, ID 3: »Ko grem k zdravniku, najdem nekoga, da me odpelje k zdravniku. Ne smem sam nikamor.«

Zanimalo nas je, kakšne so izkušnje vključenih brezdomcev z zdravstveno oskrbo ter potekom zdravstvene obravnave. Na to vprašanje smo prepoznali 23 citatov in oblikovali pet kod, ki so se nanašale na različne vidike zdravstvene oskrbe: korektnost sprejema, ocena ustreznosti obravnave glede na zdravstveno stanje, občutek enakovrednosti obravnave, zagotavljanje zasebnosti pacientom, ustreznost informacij za nadaljnjo obravnavo ob odpustu iz zdravstvene ustanove.

Enajsta koda opisuje »Korektnost sprejema v zdravstveni obravnavi« (koda 11) in je oblikovana iz štirih citatov.

Citat 49, ID 1: »Ja včasih čakam, včasih sem takoj na vrsti. Prijazni so. Hitijo vsi.«

Citat 50, ID 2: »Sprejet sem bil dobro, nisem imel nobenega problema.«

Citat 51, ID 8: »Ne vem, ker sem spal, z vozom so me peljali po hodnikih pod Zaloško, samo tega se spomnim.«

Citat 52, ID 9: »Dohtarca prijazna, ostali tudi. Dohtarca se rada pogovarja z mano.«

Dvanajsta koda opisuje »Oceno ustreznosti zdravstvene obravnave glede na zdravstveno stanje« (koda 12) in je oblikovana iz štirih citatov.

Citat 53, ID 2: »Počutil sem se dobro, nič ne bi spremenil. Dobro je, tako kot je.«

Citat 54, ID 7: »Vse je bilo ok.«

Citat 55, ID 8: »Vse je bilo v redu. Nič ne bi spremenil. Edino čaj bi lahko bil sladek.«

Citat 56, ID 9: »Nič ne bi spremenil.«

Trinajsta koda opisuje »Občutek enakovrednosti obravnave« (koda 13) in je oblikovana iz petih citatov.

Citat 57, ID 1: »Ni bilo tistega občutka, zdaj sem pa brezdomec, saj jaz ne občutim tega. Medicinske sestre so prijazne, vsaj do mene. Pa ko čakam vidim, da so dohtarji prijazni. To so moja opažanja.«

Citat 58, ID 2: »Vedno, ko pridem v klinični center sem sprejet dobro. Nikoli nisem imel težav. Nisem še doživel, da sem imel probleme. Da me niso vzeli, sprejeli. Nisem imel nobenega problema.«

Citat 59, ID 7: »Vse je bilo ok. Enako so me obravnavali. Obravnavali so me normalno, kar v redu.«

Citat 60, ID 8: »Ja ko sem bil na travmi sem bil pacient. Vse je bilo v redu.«

Citat 61, ID 9: »Mislim da ja. Vse je bilo v redu.«

Štirinajsta koda opisuje »Zagotovljeno enako mero zasebnosti kot ostalim pacientom« (koda 14) in je oblikovana iz petih citatov.

Citat 62, ID 1: »Mislim, da ja.«

Citat 63, ID 2: »Bila enako.«

Citat 64, ID 7: »Enako vsi.«

Citat 65, ID 8: »Ko pridem v UKC, se počutim varno.«

Citat 66, ID 9: »Ne vem.«

Petnajsta koda opisuje »Ustreznost informacij za nadaljnjo obravnavo ob odpustu iz zdravstvene ustanove« (koda 15) in je oblikovana iz petih citatov.

Citat 67, ID 1: »Upam, da dobim dovolj.«

Citat 68, ID 2: »Navodila ja, določene stvari malo pomanjkljivo. Slovensko čisto razumem. Koliko toliko govorim slovensko.«

Citat 69, ID 4: »Zdravnik mi je razložil navodila. Vedno povem zdravniku, da mi razloži tako in naj ravna tako, kot da ne vem.«

Citat 70, ID 8: »Nikoli ne čakam odpustne liste. Mi povejo, da moram počivat pa čaj pit. Kje da počivam?«

Citat 71, ID 9: »Ja vedno mi moja dohtarca pove katere tabletko moram jest pa lepo se pogovoriva.«

Zanimala nas je izkušnja vključenih sogovornikov z zdravstvenim osebjem. Na to temo smo prepoznali 29 citatov, ki smo jih oblikovali v pet kod, nanašale pa so se na različne vidike odnosa med zdravstvenim osebjem in pacienti: prijaznost, spoštljivost, namenjanje zadostne količine pozornosti, prilagoditev komunikacije ter odsotnost diskriminacije s strani zdravstvenega osebja zaradi statusa brezdomca.

Šestnajsta koda opisuje »Prijaznost zdravstvenega osebja« (koda 16) in je oblikovana iz štirih citatov.

Citat 72, ID 1: »Pa so bili vsi tako prijazni. No kakšna se že najde. Pa ne bom govoru. Mislim sitnoba sitna, hahahah. Pa brez zamere.«

Citat 73, ID 2: »Vedno me lepo pregledajo, vpraša me zdravnik kako se počutim, kaj me matra, da sam tu. Povem, kake imam probleme. Prijazni vsi.«

Citat 74, ID 8: »Vedno lahko rečem, da so prijazni. Dohtarji in medicinske sestre prijazni. Nasmejani. No, kaka se najde zoprna, pa jo vesele preglasijo. Ene so sitne, imajo probleme. Težijo, ko nisem bil ob uri v sobi. Jaz kadim pa sem šel ven kadit, pa me ni bilo. Joj, je znorela, ko sem nazaj prišel. Pa kaj je mislila, da bom ušel? Kam? Meni je fino na toplem, sem ji rekel.«

Citat 75, ID 9: »Ne, dohtarca me že pozna, da sem brez doma. Pa se lepo pogovoriva. Tabletko mi predpiše, pa reče mi naj ostanem zdrav. Še decembra mi je vesele praznike zaželela. Pa sem že povedal, da imam super dohterco, medicinske sestre so tudi prijazne.«

Sedemnajsta koda opisuje »Naslavljanje brezdomcev z nazivom gospod« (koda 17) in je oblikovana iz osmih citatov.

Citat 76, ID 1: »Vedno z gospod (opomba: pove priimek).«

Citat 77, ID 2: »V UKC sem bil vedno lepo obravnavan, vedno gospod (opomba: pove priimek).«

Citat 78, ID 4: »Vedno.«

Citat 79, ID 6: »So me nazivali z gospod.«

Citat 80, ID 7: »Klicali so me gospod (opomba: pove priimek).«

Citat 81, ID 8: »So me. Gospod (opomba: pove priimek).«

Citat 82, ID 9: »Vedno gospod ta pa ta.«

Citat 83, ID 10: »Pa so.«

Osemnajsta koda opisuje »Zdravstveno osebje nameni potrebno pozornost« (koda 18) in je oblikovana iz petih citatov.

Citat 84, ID 1: »Dovolj časa, kako bi rekel. Včasih rabim več pogovora, včasih manj.«

Citat 85, ID 2: »Ja, vedno so se pogovarjali z mano.«

Citat 86, ID 7: »Ja, vzeli so si čas. Dovolj časa so se pogovarjali z mano.«

Citat 87, ID 8: »Ja.«

Citat 88, ID 9: »Vedno dovolj. Ne hodim pogosto k zdravniku, samo ko imam res probleme.«

Devetnajsta koda opisuje »Prilagoditev komunikacije in razlage razumevanju brezdomcev« (koda 19) in je oblikovana iz šestih citatov.

Citat 89, ID 1: »Dohtarske izraze ne razumem. Jaz pravim tisti dohtarski izrazi, pol pa včasih vprašam, kaj pa je to, pa mi malo po domače povejo, da mi je bolj razumljivo. «

Citat 90, ID 2: »Včasih razumem, včasih ne. «

Citat 91, ID 4: »Zdravnik mi je razložil navodila. Vedno povem zdravniku, da mi razloži tako in naj ravna tako, kot da ne vem.«

Citat 92, ID 7: »Razumel sem vse, kar so mi razložili.«

Citat 93, ID 8: »Včasih razumem, pa rečem da naj ponovijo. Pa mi povejo.«

Citat 94, ID 9: »Vse razumem, če pa kaj ne, mi pa spet razloži. Rečem ji, dohtarca, to vas pa nisem razumel. Ona včasih pozabi, da ne razumem latinskih izrazov, naj mi po domače pove.«

Dvajseta koda opisuje »Odsotnost diskriminacije s strani zdravstvenega osebja zaradi statusa brezdomca« (koda 20) in je oblikovana iz šestih citatov.

Citat 95, ID 1: »Nisem se počutil diskriminiran.«

Citat 96, ID 2: »Nisem sem počutil diskriminiranega, samo nisem obravnavan v dosti primerih kot en Jože, kot en Leon, kot en Peter. Jaz sem še vedno (opomba: pove svoje ime).«

Citat 97, ID 6: »Nisem se počutil diskriminiranega, ker so vse enako obravnavali. Diskriminiranega se počutim zunaj. Narkomani živimo v aparthajdu. Saj dostikrat človek misli, saj je deloma upravičeno.«

Citat 98, ID 7: »Ne.«

Citat 99, ID 8: »Ah kje, pa saj me je vprašala kje živim, povedal sem, da v zavetišču. Pa pomagal sem jim, jaz bi lahko bil sestra. Postlo sem pospravil, rjuhe pa to. Na cesti te pa res gledajo. Pa ko žicam, mi je ena stara ženička rekla, pejt delat, saj si še mlad. Kje je ona mladega vidla? Hahahahaha. Ko pridem v trgovino, za mano hodijo vsi varnostniki, kar jih premore Ljubljana, pa jim govorim, da ne bom nič ukradel. Samo po pivo in sendvič sem prišel. Oni pa. Lovimo se po trgovini, hahahahaha.«

Citat 100, ID 9: »Na cesti je večji problem. Ljudje kar krožijo, ko gredo mimo brezdomcev. Saj ne rečem eni so res nesramni, ker so pijani, pa droga pa to.«

3.4.2 Oblikovanje kategorij in tem

Iz 20-ih kategorij smo oblikovali 8 nadpomenskih kategorij, ki so prikazane v tabeli 5. Kategorije opisujejo zdravstvene težave brezdomcev (kategorija 1), medikamentozno terapijo (kategorija 2), razloge nedavne obravnave v zdravstveni ustanovi (kategorija 3), negativno razpoloženje (kategorija 4), osnovno zdravstveno oskrbo izven zdravstvene ustanove (kategorija 5), različne transportne poti do zdravstvene obravnave (kategorija

6), pozitivno ocena zdravstvene obravnave (kategorija 7) ter ustrezen odnos zdravstvenega osebja (kategorija 8).

Tabela 5: Shematični prikaz kod in kategorij

kode	kategorije
1 dlje časa trajajoča bolezenska stanja 2 akutna bolezenska stanja	zdravstvene težave brezdomcev
3 jemanje zdravil	medikamentozna terapija
4 obisk zdravnika na primarni ravni v zadnjem mesecu 5 hospitalizacija zaradi bolezni v zadnjem letu	razlogi nedavne obravnave v zdravstveni ustanovi
6 osebno nelagodje zaradi statusa brezdomca	negativno razpoloženje
7 oskrba s strani prostovoljcev v zavetišču	osnovna zdravstvena oskrba izven zdravstvene ustanove
8 uporaba javnega prevoza za dostop do zdravstvene ustanove 9 peš dostop do zdravstvene ustanove 10 nudenje prevoza do zdravstvene ustanove s strani drugih	različne transportne poti do zdravstvene obravnave
11 korektnost sprejema v zdravstveni obravnavi 12 ocena ustreznosti zdravstvene obravnave glede na zdravstveno stanje 13 občutek enakovrednosti obravnave 14 zagotovljena enaka mera zasebnosti kot ostalim pacientom 15 ustreznost informacij za nadaljnjo obravnavo ob odpustu iz zdravstvene ustanove	pozitivna ocena zdravstvene obravnave
16 prijaznost zdravstvenega osebja 17 naslavljanje brezdomcev z nazivom gospod 18 zdravstveno osebje nameni potrebno pozornost 19 prilagoditev komunikacije in razlage razumevanju brezdomcev 20 odsotnost diskriminacije s strani zdravstvenega osebja zaradi statusa brezdomca	ustrezen odnos zdravstvenega osebja

Iz 8 kategorij smo tvorili tri zaključne teme, ki so prikazane v tabeli 6. Tri zaključne teme predstavljajo vsebinsko sintezo kategorij, oblikovanih na osnovi kod intervjujev. Ko govorimo o izkušnjah brezdomcev z zdravstveno obravnavo v javni zdravstveni mreži, moramo upoštevati tri ključne vidike: ogroženost zdravstvenega stanja brezdomcev, različni načini dostopa do zdravstvene oskrbe ter pozitivno doživljanje zdravstvene obravnave.

Tabela 6: Teme, razvite iz kategorij

kategorije	tema
zdravstvene težave	ogroženost zdravstvenega stanja brezdomcev
medikamentozna terapija	
razlogi nedavne obravnave v zdravstveni ustanovi	
negativno razpoloženje	
osnovna zdravstvena oskrba izven zdravstvene ustanove	različni načini dostopa do zdravstvene oskrbe
različne transportne poti do zdravstvene obravnave	
pozitivna ocena zdravstvene obravnave	pozitivno doživljanje zdravstvene obravnave
ustrezen odnos zdravstvenega osebja	

3.4.3 Rezultati tematske analize

Na osnovi rezultatov lahko vidimo, da imajo vsi vključeni brezdomci težave z zdravjem. Vsi so poročali vsaj o eni zdravstveni težavi. Šest intervjuvancev je poročalo o dlje časa trajajočem bolezenskem stanju, dva sta izpostavila tako dlje časa trajajoča kot akutna bolezenska stanja, dva pa sta omenila samo akutna bolezenska stanja. Med dlje časa trajajočimi bolezenskimi stanji so trije omenili kardiovaskularne bolezni, dva respiratorne bolezni ter dva težave z nogami (oteklost gležnjev, trajna poškodba noge). Med posameznimi navedbami pa so omenili težave z uživanjem drog, sladkorno bolezen tipa 1, rak, težave s prostato ter psihično obolenje. Intervjuvanec s psihičnim obolenjem je bil v preteklosti, še pred statusom brezdomca, zaradi bolezni že hospitaliziran v psihiatrični (»V glavi mi šumi, imam neke zvoke v glavi, vidim ljudi, čutim muko v glavi. Imam velike probleme.«).

Štirje intervjuvanci so omenili akutna bolezenska stanja, pri čemer sta dva izpostavila težave s prostato, dva pa težave z nogami (rana, glivice). Pri težavah s prostato so izpostavili vpliv letnega časa in nizkih temperatur (»Prejšnji teden so mi kri pa vodo vzeli. Me peče, ko grem na vodo, slab sem bil. Tablete mi je predpisala. Sem zdaj boljši. Mraz je stisnil, zeblo me je. Verjetno sem se prehladil.«).

Sedem od desetih intervjuvancev je v času izvedbe intervjujev prejelo neko obliko medikamentoznega zdravljenja, bodisi za dlje časa trajajoča (»Prejemam zdravila, kaj že Edemid za odvajanje vode, Jardiance za srce pa Cosyrel za pritisk.«) bodisi za akutna bolezenska stanja (»Mi je antibiotike predpisala, danes tudi pride. Imam problem, to je verjetno starostno z nohti na nogah. Imam tako čudne, samo na tej nogi.«).

Šest od desetih intervjuvancev je poročalo o nedavnem obisku zdravnika na primarni ravni. V štirih primerih je obisk zdravnika vključeval pregled v laboratoriju, v dveh primerih pa je bil obisk vezan na spremljanje kroničnih težav. O izkušnji s hospitalizacijo v obdobju zadnjega leta so poročali trije intervjuvanci. V dveh primerih je šlo za poškodbo glave, v enem primeru pa za preiskave zaradi rakavega obolenja.

Pri treh intervjuvancih je tekom pogovora prišlo do izraza tudi njihovo nelagodje zaradi njihovega statusa brezdomca. Zavedajo se njihovega neugodnega položaja, ki lahko negativno vpliva na njihovo zdravstveno prognozo (»Ko sem šel kot brezdomec, sem se čudno počutil, ker sem se zavedal, da sta samo še dva od nas desetih še živa. Vse druge je pobralo.«). Pri enem intervjuvancu je bilo opaziti, da status brezdomca negativno vpliva tudi na njegovo samopodobo in splošno počutje (»Kot brezdomec se počutim kao smet. Dno od dna. Zdaj se počutim ko drek. Brez volje.). Negativno počutje se je odražalo tudi pri njegovem odgovarjanju na vprašanja, saj se tekom trajanja intervjuva ni sprostil in odprl, njegovi odgovori so bili zelo skopi, z intervjujem pa je želel čim prej zaključiti.

Različni načini dostopa do zdravstvene oskrbe

Sedem od desetih intervjuvancev je imelo urejeno zdravstveno zavarovanje, tako osnovno kot dopolnilno. Eden je poročal o odvzemu dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (»Vzeli so mi dodatno zavarovanje.«), vendar razloga za to ni pojasnil. Dva pa nista imela urejenega niti osnovnega zdravstvenega zavarovanja (»Brez zavarovanja, brez vsega sem. Edino s papirji imam probleme, državljanstva mi niso dali. 43 let sem v Sloveniji in nimam pravic. Da sem v Avstriji ali Nemčiji ali na katerem drugem mestu, bi imel in socialno podporo in zdravljenje in vse. Zdaj nimam nič. To je katastrofa za posameznika.

Spomnim se, da so spustili človeka iz zapora, je dobil socialno podporo, dobil je vse, stanovanje in vse živo. Jaz nimam niti centa podpore.«).

Večina intervjuvancev ni imela izbranega osebnega zdravnika na primarni ravni. Do oskrbe na primarni ravni dostopajo preko Ambulante s posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega zavarovanja, Pro Bono, ki deluje v okviru Zdravstvenega doma Bežigrad. Osnovno zdravstveno oskrbo pa brezdomcem v zavetišču nudijo tudi prostovoljci. To so prostovoljci in prostovoljke z izobrazbo iz zdravstvene nege, ki poskrbijo za osnovno zdravstveno oskrbo, kot npr. previjanje ran, skrb za uživanje tablet («Tu imamo jedno medicinsko sestro, ko hodi rane previjati, ona je iz Škofja Loke. Zelo je prijazna.«). En intervjuvanec, ki časovnega intervala zadnje izkušnje ni jasno definiral, pa je kot zadnjo izkušnjo z zdravnikom na primarni ravni omenil zdravstveno oskrbo v zaporu na Dobu («Pri zdravniku sem bil v zaporu.«).

Zdravstveno oskrbo na primarni ali sekundarni ravni je v zadnjem obdobju potrebovalo sedem intervjuvancev. Večina je poročala, da do zdravstvene obravnave v okviru javne mreže dostopajo z javnim prevozom, predvsem mestnim avtobusom. V kolikor za prevoz nimajo razpoložljivih finančnih sredstev, se do zdravnika odpravijo peš («Do zdravnika grem včasih peš, včasih z avtobusom, včasih nimam denarja.«). Dva intervjuvanca sta omenila, da za prevoz prosita znance ali prostovoljce. Sprememba pri enem izmed njiju predstavlja nujnost, saj se zaradi svojega zdravstvenega stanja, zaradi katerega pogosto pade v nezavest, ne sme samostojno odpraviti na daljšo pot («Ko grem k zdravniku najdem nekoga, da me odpelje k zdravniku. Ne smem sam nikamor.«).

Samo dva intervjuvanca sta izpostavila primer negativne izkušnje z dostopnostjo zdravstvene oskrbe v preteklosti. Eden je omenil odsotnost zdravnika v Pro Bono ambulanti v času njegovega obiska («Bil sem na Pro Bono, pa ga ni bilo. Je rekel, da bo za tri ure zamudil in smo šli.«), drug pa zavrnitev na urgenci zaradi nesporazuma glede posedovanja zdravstvenega zavarovanja («Na urgenci bi me zavrnili, saj veš, stanje pa ni urgentno, bi rekli. Ker jaz imam samo gleženj. Sem že bil zaradi gležnja na urgenci, pa je bila ena ženska, pa mi je najprej rekla, da to ni urgentno. S tem da nisem mogel čevlja gor dat, dotaknit se tal. Pol ko sem pa vztrajal in vztrajal pa je rekla, počakajte malo in je prišla z zdravstveno nazaj in je rekla, da nimam zdravstvenega zavarovanja. Sem šel v

taksi na Miklošičevo, kjer sem hotel urediti zavarovanje. Hvala bogu, denar sem takrat imel. Ampak ženska je rekla, da jaz zavarovanje imam. Je rekla, saj verjetno imate denarno pomoč. Pol sem pač šel k svoji osebni zdravnici, sploh ni bila moja, prvič sem šel k njej. Moja bivša osebna zdravnica je šla v penzijo in ona me je poslala v laboratorij in je pogledala izvide in je rekla, da ne vidi, da bi bilo kaj posebno narobe. In mi je svetovala počitek in dala Dalerone.«). Oba sta zdravstveno oskrbo nato prejela preko drugega kanala oz. opcije.

Pozitivno doživljanje zdravstvene obravnave

V sklopu pozitivnega doživljanja zdravstvene obravnave sta se kot osrednja izkazala dva sklopa oz. kategoriji: pozitivna ocena zdravstvene obravnave ter ustrezen odnos zdravstvenega osebja. Vsi intervjuvanci z izkušnjo zdravstvene obravnave bodisi na primarni bodisi na sekundarni ravni so le-to ocenili pozitivno. Sprejem v zdravstveno ustanovo, tako na primarni kot sekundarni ravni, so opisali kot korekten. Izkušnjo na primarni ravni so opisovali štirje sogovorniki, na sekundarni pa trije. Od treh intervjuvancev, ki so bili hospitalizirani v zadnjem letu, sta dva sprejem opisala kot korekten, eden se namreč sprejema zaradi poškodbe ne spomni («Ne vem, ker sem spal, z vozom so me peljali po hodnikih pod Zaloško, samo tega se spomnim.«). Tudi intervjuvanci, ki so v zadnjem obdobju obiskali zdravnika na primarni ravni, so sprejem označili kot korekten. Izkušnjo sprejema so opisovali predvsem skozi pozitiven odnos osebja do njih («Dohtarca prijazna, ostali tudi. Dohtarca se rada pogovarja z mano.«).

Zdravstveno obravnavo so ocenili kot ustrezno glede na njihovo zdravstveno stanje («Vse je bilo v redu. Nič ne bi spremenil.«). Prav tako so vsi izpostavljali, da so imeli občutek enakovredne obravnave ostalim pacientom («Vedno ko pridem v klinični center, sem sprejet dobro. Nikoli nisem imel težav. Nisem še doživel, da sem imel probleme. Da me niso vzeli, sprejeli. Nisem imel nobenega problema.«) ter da jim je bila zagotovljena enaka mera zasebnosti kot ostalim pacientom. To je posebej pomembno v kontekstu bolnišnične oskrbe, saj na primarni ravni večina obiskuje Pro Bono ambulanto, ki je namenjena specifični ciljni skupini.

Večina intervjuvancev je ocenila, da so ob odpustu prejeli ustrezne informacije za nadaljnjo obravnavo. Sta pa dva od treh hospitaliziranih intervjuvancev izpostavila določene pomanjkljivosti pri odpustu iz bolnišnice. Prvi je izpostavil neskladje navodil z življenjskim stilom brezdomcev, saj je ob odpustu pogosto izpostavljen počitek v urejenem okolju, kar za njih predstavlja težko oz. neuresničljiv dejavnik bivanja (»Nikoli ne čakam odpustne liste. Mi povejo, da moram počivat pa čaj pit. Kje da počivam?«). Drugi pa je izpostavil pomanjkljivo razumevanje navodil zaradi slabšega razumevanja slovenskega jezika (»Navodila ja, določene stvari malo pomanjkljivo. Slovensko čisto razumem. Koliko toliko govorim slovensko.«). V primerih primarne oskrbe je opaziti, da so navodila pacientom za nadaljnjo oskrbo podana nekoliko bolj podrobno (»Ja, vedno mi moja dohtarca pove katere tabletko moram jest pa lepo se pogovoriva.«).

Drug pomemben vidik doživljanja zdravstvene oskrbe pa predstavljajo zdravstveni delavci. Intervjuvanci so izkušnje z njimi, tako z zdravniki kot z medicinskimi sestrami, tako na primarni kot sekundarni ravni ocenili pozitivno, odnos zdravstvenega osebja so ocenili kot ustrezen. Vsi trije hospitalizirani intervjuvanci so izkušnjo z zdravstvenim osebjem na sekundarni ravni ocenili pozitivno. Zdravstveno osebje so ocenili kot prijazno (»Dohtarji in medicinske sestre prijazni.«) ter vljudno (»Medicinske sestre in zdravniki so bili izredno vljudni. Nimam besede proti njim.«). Tudi vseh šest intervjuvancev z nedavno izkušnjo na primarni ravni je izpostavilo prijaznost zdravstvenega osebja (»Še decembra mi je vesele praznike zaželela. Dohtarca prijazna, ostali tudi. Pa sem že povedal, da imam super dohtarco, medicinske sestre so tudi prijazne.«), dodatno pa so izpostavili njihovo pripravljenost jim prisluhniti (»Vpraša me, kako se počutim. No, zakaj sem prišel me tudi vpraša.«). Dva intervjuvanca sta sicer izpostavila tudi občasno negodovanje medicinskih sester, vendar je le-to pogosto posledica kršenja splošno veljavnih pravil s strani brezdomcev (»Ene so sitne, imajo probleme. Težijo, ko nisem bil ob uri v sobi. Jaz kadim pa sem šel ven kadit, pa me ni bilo. Joj je znorela, ko sem nazaj prišel. Pa kaj je mislila, da bom ušel? Kam? Meni je fino na toplem, sem ji rekel.«). Vljuden in spoštljiv odnos zdravstvenih delavcev na obeh ravneh zdravstvene oskrbe se nenazadnje odraža tudi preko formalnega naslavljanja brezdomcev (»Klicali so me gospod /opomba: pove priimek/.«), pri čemer je en intervjuvanec izpostavil, da se ob

tovrstnem naslavljanju počuti nekoliko neprijetno (»Na živce mi gre, če mi rečejo gospod. Pa rečem, poslušate, ne me tako klicat.«).

Negativno izkušnjo na primarni ravni je opisal samo intervjuvanec, ki je opisoval izkušnjo iz Zavoda za prestajanje kazni zapora Dob pri Mirni, za katero pa nimamo podatka o točnem časovnem okviru. Zmotila ga je tako nedostopnost zdravnika kot odnos ostalega osebja. Vendar pa je potrebno poudariti, da je bil opis izkušnje deloma obarvan z zamero zaradi odtegnitvene krize (»Na Dobu imajo popolnoma drugačno obravnavo kot po vseh drugi slovenskih zaporih. Veterinarji so bolj človeški do psov. Enostavno s tabo imajo večinoma sestre opravka. Do zdravnika sploh ne prideš. Sestra te takoj v štartu nadere, pa paznik takoj pride zraven, če kaj odgovoriš.«).

Vsi intervjuvanci so izpostavili, da jim je zdravstveno osebje ne glede na raven zdravstvene oskrbe pri obravnavi namenilo dovoljšno količino časa (»Ja vzeli so si čas.«; »Vedno dovolj, ne hodim jaz pogosto k zdravniku.«). Vsi so poročali, da so v pretežni meri razumeli informacije, povezane z njihovim zdravstvenim stanjem. Nekateri sploh niso imeli težav z razumevanjem, drugi pa so v primeru zagate zdravstveno osebje samoiniciativno opozorili, naj podajanje informacij prilagodijo njihovem znanju in razumevanju (»Vse razumem, če pa kaj ne, mi pa spet razloži. Rečem ji, dohtarca to vas pa nisem razumel. Ona včasih pozabi, da ne razumem latinskih izrazov, naj mi po domače pove.«; »Dohtarske izraze ne razumem. Jaz pravim tisti dohtarski izrazi, pol pa včasih vprašam, kaj pa je to, pa mi malo po domače povejo, da mi je bolj razumljiv.«).

Nobeden od intervjuvancev ni imel občutka, da bi ga zdravstveno osebje zaradi statusa brezdomca obravnavali drugače. Vsi so poročali, da so imeli občutek enakovredne zdravstvene obravnave in niso imeli občutka diskriminacije na osnovi njihovega statusa. To je pomembno predvsem na sekundarni ravni, kjer je zdravstvena oskrba namenjena vsem pacientom, ne samo določeni ciljni skupini (»Ah kje, pa saj me je vprašala kje živim, povedal sem, da v zavetišču. Pa pomagal sem jim, jaz bi lahko bil sestra. Postlo sem pospravil, rjuhe pa to.«). S strani enega intervjuvanca je bil celo izpostavljen občutek, da je včasih diskriminiran zaradi porekla, ne zaradi statusa brezdomca (»Koliko toliko govorim slovensko. Pa zdaj ne morem reči, da sem isto kot Slovenec. Včasih me ne obravnavajo kot Slovenca. Pozna se, da sem včasih na drugem tiru, da nisem na istem tiru

kot Leon, kot Jože, kot Peter, kot Štefan. Jaz sem za njih ipak ... /pove svoje ime/.«). Nekaj jih je jasno poudarilo, da pri zdravstveni oskrbi niso doživeli diskriminacije, doživljajo pa jo v drugih življenjskih situacijah. Diskriminacije in negativnih komentarjev so deležni predvsem s strani mimoidočih na ulici (»Na cesti je večji problem. Ljudje kar krožijo, ko gredo mimo brezdomcev. Saj ne rečem eni so res nesramni, ker so pijani, pa droga pa to.«; »Diskriminiranega se počutim zunaj. Narkomani živimo v aparthajdu. Saj dostikrat človek misli, saj je deloma upravičeno.«).

3.5 RAZPRAVA

V raziskavi smo se ukvarjali z izkušnjami brezdomcev z zdravstveno obravnavo v javni zdravstveni mreži.

Zanimalo nas je, kakšen je odnos brezdomcev do zdravja in z zdravjem povezanimi življenjskimi navadami in tveganji za zdravje. Naša raziskava je pokazala, da je zdravstveno stanje brezdomcev ogroženo. Vsi so poročali o vsaj eni zdravstveni težavi, večina je omenila dlje časa trajajoča bolezenska stanja. Slabo zdravstveno stanje brezdomcev so pokazale tudi druge raziskave. V primerjavi s splošno populacijo imajo brezdomci nesorazmerno breme akutnih in kroničnih bolezni (Canham, et al., 2019). Rezultati raziskave (Omerov, et al., 2020) pa so pokazali, da imajo brezdomci trikrat večjo verjetnost, da bodo poročali o kroničnih boleznih, pri katerih prevladujejo astma, KOPB, epilepsija ter srčne težave. Intervjuvanci v naši raziskavi so omenjali tudi akutna bolezenska stanja, ki so tesno povezana s slabimi življenjskimi razmerami, ki so jim brezdomci izpostavljeni. Povezavo med slabimi življenjskimi razmerami in različnimi zdravstvenimi težavami je dokazalo več raziskav (Lech, et al., 2021; Kaduszkiewicz, et al., 2017; Wilson, et al., 2019). Težave z mehurjem so bile tesno povezane z izpostavljenostjo nizkim temperaturam, težave z nogami (npr. rane, glivice) pa z neustrezno osebno higieno.

Sicer so zlorabo drog in alkohola omenili oz. priznali redki intervjuvanci, vendar uporaba drog in alkohola vsekakor predstavlja pomemben dejavnik tveganja za zdravje brezdomcev. Zloraba substanc je lahko dejavnik, zaradi katerega pride do poškodb. Tudi

v naši raziskavi je bila pri enem intervjuvancu poškodba glave, konkretnije pretres možganov, posledica prekomerne zlorabe alkohola. Hkrati pa zloraba alkohola in substanc dodatno prispeva k stigmatizaciji in diskriminaciji. Neale in Brown (2016) ugotavljata, da so brezdumni uporabniki drog in alkohola in predstavljajo zelo marginalizirano skupino v družbi.

V sklopu naše raziskave so nas zanimale izkušnje brezdomcev z dostopnostjo zdravstvenih storitev ter potencialne ovire, s katerimi se srečujejo. Kot je že bilo omenjeno, vsi intervjuvanci poročajo vsaj o eni zdravstveni težavi, tako je večina intervjuvancev poročala o nedavni izkušnji z obravnavo v zdravstveni ustanovi, pri čemer so o izkušnji na sekundarni ravni poročali redki. Vsi intervjuvanci so poročali, da za svoja bolezenska stanja ali dlje časa trajajoča bodisi akutna prejemajo ustrezno zdravljenje tudi v obliki medikamentozne terapije. Na osnovi tega podatka lahko sklepamo, da je vključenim brezdomcem omogočen dostop do zdravstvene oskrbe. Prav tako lahko sklepamo, da brezdomci bodisi sami poiščejo ustrezno pomoč bodisi jih k temu spodbudijo drugi, najverjetneje prostovoljci v zavetišču. To je v nasprotju z ugotovitvami kvalitativne raziskave, ki jo je v Angliji opravil Field s sodelavci (2019), kjer so ugotovili, da brezdomci sicer prepoznajo lastne zdravstvene težave, vendar potreba po iskanju zdravstvene oskrbe ni vedno prednostna.

Je pa naša raziskava pokazala, da se brezdomci vseeno soočajo z določenimi administrativnimi ovirami, povezanimi z zdravstveno oskrbo. Par vključenih brezdomcev je poročalo o odsotnosti zdravstvenega zavarovanja, kar lahko predstavlja problem, saj je urejeno zdravstveno zavarovanje pomembno, saj imajo zavarovani brezdomci lažji dostop do zdravstvenih storitev, kot tisti, ki zavarovanja nimajo (Kimbler, et al., 2017). Ugotovili smo tudi, da večina intervjuvancev nima izbranega osebnega zdravnika. V največji meri težave, povezane z odsotnostjo zdravstvenega zavarovanja ter odsotnostjo izbranega osebnega zdravnika, rešuje Ambulanta s posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega zavarovanja, Pro Bono, ki za večino vključenih sogovornikov zagotavlja zdravstveno oskrbo na primarni ravni. V primeru življenjske ogroženosti pa je osebam brez zdravstvenega zavarovanja na voljo nujna pomoč na sekundarni ravni. Tudi v naši

raziskavi so brezdomci kot alternativo oskrbi na primarni ravni omenjali obisk bolnišnice in oddelka za nujno medinsko pomoč.

Naša raziskava je osvetlila tudi pomembnost prostovoljcev v zavetiščih. Le-ti brezdomcem nudijo osnovno zdravstveno oskrbo (npr. previjanje ran, skrb za uživanje tablet), hkrati pa brezdomcem pomagajo z nasveti in napotki glede zdravstvene oskrbe. Tako brezdomcem nudijo tudi socialno oporo, katere jim običajno primanjkuje. Tudi (Fajardo-Bullon, et al., 2021) ugotavljajo, da imajo dobri odnosi velik pomen pri doseganju dobre zdravstvene oskrbe in odnos do zdravja.

Eno izmed administrativnih ovir pri dostopu do ustrezne zdravstvene oskrbe lahko predstavlja tudi transport do zdravstvene ustanove. Brezdomci, vključeni v našo raziskavo, do zdravstvenih ustanov večinoma dostopajo z javnim prevozom, včasih kar peš. Potrebno je izpostaviti, da je naša raziskava vključevala brezdomce, nastanjene v zavetišču v Ljubljani, nedaleč od Pro Bono ambulante in Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, kar pomeni, da strošek mestnega javnega avtobusa ni tako visok oz. so ustanove brezdomcem dostopne tudi peš. To predstavlja prednost, saj (Campbel, et al., 2015) ugotavljajo, da lahko denar za prevoz predstavlja eno od finančnih ovir, ki brezdomce odvrča od dostopa do zdravstvene oskrbe. Dodatno so nekateri omenili tudi nudenje prevoza s strani prostovoljcev, kar potrjuje naš zgornji zaključek, da prostovoljci nastopajo v obliki socialne opore.

Tretjo točko naše raziskave pa so predstavljale izkušnje brezdomcev z zdravstveno obravnavo na splošno kot tudi izvajalci zdravstvenih storitev. Brezdomci, vključeni v našo raziskavo, so poročali o pozitivni izkušnji, tako na primarni kot sekundarni ravni. Zdravstveno obravnavo so ocenili kot pozitivno, odnos zdravstvenega osebja pa kot ustrezen. Pozitivna ocena zdravstvene obravnave zajema različne vidike: korektnost sprejema, ustreznost zdravstvene obravnave glede na zdravstveno stanje, občutek enakovrednosti obravnave ostalim pacientom, kar se je odražalo tudi prek zagotovitve enake mere zasebnosti ter ustreznosti informacij za nadaljnjo obravnavo od odpustu iz zdravstvene ustanove. Pri zadnji točki je en intervjuvanec izpostavil neskladje napotkov ter življenjskega stila brezdomcev. Pri odpustu iz zdravstvene ustanove je pogosto poudarjena potreba po počitku v urejenem okolju, kar je v neskladju z življenjskimi

razmerami brezdomcev, bodisi z življenjem v kolektivnih bivališčih bodisi na ulici. Podobno neskladje so ugotovili tudi Canham in sodelavci (2019). Brezdomci so iz bolnišnic običajno odpuščeni na lokacije, ki ne podpirajo okrevanja ali dostopa do nadaljnje zdravstvene oskrbe. Tudi če si brezdomec po odpustu zagotovi posteljo v zavetišču, tovrstne lokacije niso optimalne, saj ni zagotovila, da lahko zagotovijo 24-urni počitek (Canham, et al., 2019). V Angliji so v času pandemije covid-19 brezdomcem zagotovili nastanitev v enoposteljni sobi z lastno kopalnico, podobne modele pa so implementirali tudi v New Yorku in okrožju Los Angelesa, kjer so brezdomce namestili v hotelske sobe (Lewer, et al., 2020). Z vidika okrevanja brezdomcev po odpustu iz bolnišnice bi bilo smotrno razmisliti o možnosti zagotovitve izolirane namestitve po odpustu tudi v prihodnje, saj bi na ta način brezdomci lažje in hitreje okrevali.

Vsi intervjuvanci z nedavno izkušnjo z zdravstveno obravnavo so odnos zdravstvenega osebja, tako medicinskih sester kot zdravnikov, tako na primarni kot sekundarni ravni, ocenili kot ustrezen. Opisali so jih kot prijazne, spoštljive ter pripravljene prisluhniti njihovim težavam. Slednje je značilno predvsem za primarno raven, kjer je odnos med brezdomci in osebjem, deloma povezano s pogostejšo frekvenco obiska, bolj osebno. Prav tako je potrebno, da večina sogovornikov zdravstveno oskrbo na primarni ravni koristi v okviru Pro Bono ambulante, kjer deluje zdravstveno osebje s posluhom in sočutjem za marginalne skupine. Pozitivna ocena zdravstvenega osebja je v nasprotju z ugotovitvami raziskave, ki so jo izvedli Klarare in sodelavci (2021). Interakcijo z izvajalci zdravstvenih storitev so izpostavili kot bistveno oviro – na primer obravnavanje z nespoštovanjem, pomanjkanjem skrbi in empatije do brezdomcev. Prav tako so opisane izkušnje z zdravstvenim osebjem v neskladju s kvalitativno raziskavo, ki so jo opravili v Illinoisu (Woith, et al., 2017) in v kateri so ugotovili, da so medicinske sestre do brezdomcev nevljudne in nesočutne. Prav tako so kot ustrezno ovrednotili komunikacijo zdravstvenega osebja. Le-ti so bili pri formalnem naslavljanju spoštljivi, svojo komunikacijo pa so prilagodili njihovemu kognitivnemu razumevanju. Ta vidik je zelo pomemben, saj Fitzegard in sodelavci (2017) ugotavljajo, da lahko neprimerna komunikacija z brezdomci ustvari neprimerno okolje za zdravstveno obravnavo in lahko pri pacientih brezdomcih ogrozi ustrezno oskrbo.

Intervjuvanci v sklopu zdravstvene obravnave, na primarni ali sekundarni ravni, niso imeli občutka, da bi bili stigmatizirani. Kar nekaj jih je izpostavilo, da so diskriminacije in stigmatizacije deležni predvsem v njihovem vsakdanu, ne pa med zdravstveno obravnavo. To je skladno z ugotovitvami Bowerjeve in sodelavcev (2018), ki so ugotovili, da splošno prebivalstvo stigmatizira brezdomce, jih vidi kot revne in manjvredne. Družbena stigma lahko prispeva k posameznikovemu občutku izolacije in vzpodbujanju, da se sramuje brezdomstva (Bower, et al., 2018), kar so izpostavili tudi nekateri brezdomci, vključeni v našo raziskavo.

Zaključimo lahko, da se brezdomci, vključeni v našo raziskavo, sicer soočajo z določenimi ovirami glede dostopnosti zdravstvene oskrbe, vendar jim je le-ta še vedno dokaj dobro dostopna, njihove izkušnje z zdravstveno obravnavo pa so pretežno pozitivne. To je nasprotno od ugotovitev raziskave Rae in Reesa (2015), v kateri so angleški brezdomci poročali, da so že prejeli zdravstveno obravnavo s predsodki in niso prejeli standardne zdravstvene oskrbe, kot bi jo morali.

3.5.1 Omejitve raziskave

Na koncu omenimo še določene omejitve raziskovalnega načrta in naše predloge za izboljšanje. Zaradi specifičnosti ciljne skupine je bilo izvedenih majhno število intervjujev ($n=10$), zato bi bilo v prihodnosti smotrno razmisliti o večjem vzorcu, saj bi tako lažje zagotovili, da smo zajeli vse relevantne izkušnje brezdomcev, vezane na zdravstveno oskrbo. V tokratni raziskavi so o nedavni izkušnji s hospitalizacijo poročali le trije sogovorniki. V prihodnosti bi lahko izvedli raziskavo, v katero bi vključil večji vzorec brezdomcev z izkušnjo na sekundarni ravni zdravstvene oskrbe. Na ta način bi lahko primerjali izkušnje na primarni in sekundarni ravni. Prav tako bi lahko v prihodnosti izvedli raziskavo, v katero bi vključili več sogovornikov brez zdravstvenega zavarovanja, s katero bi lahko ugotovili, kakšna so doživljanja in izkušnje te podskupine. V tokratni raziskavi smo zajeli samo brezdomce, ki bivajo v Društvu prostovoljcev Vincencijeve zveze dobrote – dnevni center za brezdomce v Ljubljani. V prihodnosti bi bilo smotrno razmisliti tudi o raziskavi, ki bi vključevala tudi brezdomce iz drugih slovenskih krajev.

Rezultatov naše raziskave ne moremo posplošiti na vse brezdomce, ampak predstavljajo izhodišče za nove raziskave iz tega področja.

4 ZAKLJUČEK

Z raziskavo smo želeli ugotoviti izkušnje brezdomcev z zdravstveno obravnavo v javni zdravstveni mreži.

Tako druge kot naša raziskava kažejo, da brezdomci predstavljajo skupino, ki je zaradi svojega socialnega položaja ter življenjskega stila (npr. preživljanje časa na ulici ne glede na vremenske razmere, spanje v zavetiščih, uživanje opojnih substanc, neuravnotežena prehrana) izpostavljena večjim zdravstvenim tveganjem in posledično težavam. Vsi intervjuvanci so poročali vsaj o eni zdravstveni težavi. Posledično je zaradi zdravstvenega stanja v zadnjem obdobju zdravstveno oskrbo bodisi na primarni bodisi na sekundarni ravni obiskala večina vključenih brezdomcev. Večina za svoja bolezenska stanja prejema ustrezno medikamentozno terapijo. Iz tega lahko sklepamo, da brezdomci bodisi sami poskrbijo za svoje zdravje bodisi imajo ustrezno podporo, ki jim pomaga poiskati pomoč. V raziskavi smo ugotovili, da se brezdomci soočajo tudi z nekaterimi administrativnimi ovirami, povezanimi z zdravstveno oskrbo. Nekaj jih je poročalo o odsotnosti zdravstvenega zavarovanja, večina pa nima izbranega osebnega zdravnika. Tako za večino sogovornikov rešitev za oskrbo na primarni ravni predstavlja Ambulanta za osebe brez zdravstvenega zavarovanja, Pro Bono, ki deluje v okviru Zdravstvenega doma Ljubljana Bežigrad. Za osnovno oskrbo in nadaljnje napotitve pa poskrbijo tudi prostovoljci z zdravstveno izobrazbo, ki delujejo v zavetišču. Vključeni brezdomci tako niso izpostavili večjih ovir pri dostopu do zdravstvenih ustanov, kar je posledica dejstva, da prebivajo v Zavetišču za brezdomce Ljubljana, ki je lokacijsko blizu Pro Bono ambulanti in ostalim zdravstvenim ustanovam.

Intervjuvanci z nedavno izkušnjo z zdravstveno obravnavo so, bodisi na primarni bodisi na sekundarni ravni, doživljali pozitivno. Zdravstveno obravnavo so ocenili pozitivno, odnos zdravstvenega osebja ocenili kot ustrezen. Nihče od vključenih brezdomcev ni imel občutka, da bi bil s strani zdravstvenega osebja diskriminiran. To je pozitivna novica, saj je na svetu veliko držav, ki ljudem brez dohodkov ne omogočajo dostopa do zdravstvenega sistema, izkušnja pa je pogosto negativna.

Rezultatov naše raziskave seveda ne moremo kar posplošiti. Izkušnje intervjuvancev in ugotovitve pa lahko služijo kot izhodišče za nadalje raziskave, ki bi zdravstveno oskrbo brezdomcev še bolj osvetlile.

5 LITERATURA

Babyar, J., 2018. Equitable health: let's stick together as we address global discrimination, prejudice and stigma. *Archives of Public Health*, 76(44), pp. 1-8.

Baggett, T.P., Liauw, S.S. & Hwang, S.W., 2018. Cardiovascular Disease and Homelessness. *Journal American College Cardiology*, 71(22), pp. 2585-2597.

Bell, L., Whelan, M., Fernandez, E. & Lycett, D., 2022. Nurse-led mental and physical healthcare for the homeless community: A qualitative evaluation. *Health and Social Care in the Community*, 30(6), pp. 2282-2291.

Bernstein, R.S., Meurer, L.N., Plumb, E.J. & Jackson, J.L., 2015. Diabetes and hypertension prevalence in homeless adults in the United States: a systematic review and meta-analysis. *American Journal Public Health*, 105(2), pp. 46-60.

Bertram, F., Heinrich, F., Fröb, D., Wulff, B., Ondruschka, B., Püschel, K., König, H. H. & Hajek, A., 2021. Loneliness among Homeless Individuals during the First Wave of the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), p. 3035.

Bower, M., Conroy, E. & Perz, J., 2018. Australian homeless persons' experiences of social connectedness, isolation and loneliness. *Health Social Care Community*, 26(2), pp. 241-248.

Bowling, A., 1997. *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services*. Maidenhead, GB. McGraw Hill: Open University Press, pp. 391-409.

Bramley, G. & Fitzpatrick, S., 2018. Homelessness in the UK: Who is most at risk? *Housing Studies*, 33(1), pp. 96-116.

Busse, D., Yim I.S. & Campos, B., 2017. Social context matters: Ethnicity, discrimination and stress reactivity. *Psychoneuroendocrinology*, 83, pp. 187-193.

Campbell, D.J., O'Neill, B.G., Gibson, K. & Thurston, W.E., 2015. Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary's homeless populations. *BMC family practice*, 16(139), pp. 1-10.

Canham, S.L., Davidson, S., Custodio, K., Mauboules, C., Good, C., Wister, A.W. & Bosma H., 2019. Health supports needed for homeless persons transitioning from hospitals. *Health and Social Care in the Community*, 27(3), pp. 531-545.

Cernadas, A. & Fernández, A., 2021. Healthcare inequities and barriers to access for homeless individuals: a qualitative study in Barcelona (Spain). *International Journal Equity Health*, 20(84), pp. 1-17.

Conde Antunes, C.M., Anderson, S.R. & Passarella Brêtas, A.C., 2016. From the stigmatizing disease to resignification of living on the streets. Available at: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.33141>. [Accessed 15 January 2024].

Davies, A. & Wood, L.J., 2018. Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care. *Medical Journal of Australia*, 209(5), pp. 230-234.

Dekleva, B. & Razpotnik, Š., 2007. *Brezdomstvo v Ljubljani*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta. Available at: <https://www.kraljiulice.org/library/1037/brezdomstvo-v-ljubljani.pdf> [Accessed 2 May 2022].

Dekleva, B. & Razpotnik, Š., 2007. Definiranje brezdomstva in merjenje njegovega obsega. *Socialna pedagogika*, 11(1), pp. 1-36.

Dekleva, B. & Razpotnik, Š., 2009. Brezdomstvo in dostopnost zdravstvenega sistema. *Socialna pedagogika*, 13(2), pp. 111-130.

Dekleva, B. & Razpotnik, Š., 2011. Ocenjevanje obsega brezdomstva v Sloveniji. *Socialna pedagogika*, 14(4), pp. 291-316.

Dekleva, B. & Razpotnik, Š., 2015. Cestno brezdomstvo v Ljubljani. *Socialna pedagogika*, 19(3/4), pp. 275-297.

Diduck, B., Rawleigh, M., Pilapil, A., Geeraert, E., Mah, A. & Chen, S.P., 2022. Mental health needs of homeless and recently housed individuals in Canada: A meta-ethnography. *Health and Social Care in the Community*, 30(6), pp. 3579-3592.

Dolezal, L., 2022. Shame anxiety, stigma and clinical encounters. *Journal Evaluation Clinical Practice*, 28(5), pp. 854-860.

Doran, K.M. & Raven, M.C., 2018. Homelessness and emergency medicine: where do we go from here? *Academic Emergency Medicine*, 25(5), pp. 598-600.

Elwell-Sutton T., Fok J., Albanese, F., Mathie, H. & Holland, R., 2017. Factors associated with access to care and healthcare utilization in the homeless population of England, *Journal of Public Health*, 39(1), pp. 26-33.

Fajardo-Bullón, F., Pérez-Mayo, J. & Esnaola, E., 2021. The Association of Interpersonal Relationships and Social Services with the Self-Rated Health of Spanish Homelessness *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), pp. 1-17.

Field, H., Hudson, B., Hewett, N. & Khan, Z., 2019. Secondary care usage and characteristics of hospital inpatients referred to a UK homeless health team: a retrospective service evaluation. *BMC Health Services Research*, 19(1), pp. 1-15.

Fitzgerald, E.M., Myers, J.G. & Clark, P., 2017. Nurses Need Not Be Guilty Bystanders: Caring for Vulnerable Immigrant Populations. *Online Journal of Issues in Nursing*, 22(1), p. 1.

Hafner-Fink, M. & Uhan, S., 2021. Epidemija COVID-19 v Sloveniji, odnos do neenakosti in protestni potencial. *Ars et humanitas*, 15(1), pp. 91-108.

Flavel, J., Wood, L., Freeman, T., Vallesi, S., Foley, K., Parry, Y. & Baum, F., 2022. Counting homelessness: Working creatively to generate complex descriptive profiles of the health and demographics of people experiencing homelessness in Adelaide Australian. *Journal of Social Issues*, 00, pp. 1-14.

Gibson, W.J. & Brown, A., 2009. *Working with qualitative data*. London: Sage.

Gomm, R., 2008. *Social research methodology: a critical introduction*. 2nd ed. New York: Palgrave Macmillan.

Gräske, J., Koppe, L., Neumann, F. & Forbrig, T., 2022. Services for homeless people in Germany during the COVID-19-pandemic: A descriptive study. *Public Health Nursing*, 39(3), pp. 693-699.

Green, J. & Thorogood, N., 2004. *Qualitative methods for health research*. 2nd ed. London: Sage Publications.

Grech, E. & Raeburn, T., 2019. Experiences of hospitalised homeless adults and their health care providers in OECD nations. *Collegian*, 26(1), pp. 204-211.

Gunner, E., Chandan, S.K., Marwick, S., Saunders, K., Burwood, S., Yahyouche, A. & Paudyal, V., 2019. Provision and accessibility of primary healthcare services for people who are homeless: a qualitative study of patient perspectives in the UK. *British Journal General Practice*, 69(685), pp. 526-536.

Hafner-Fink, M. & Uhan, S., 2021. Epidemija COVID-19 v Sloveniji, odnos do neenakosti in protestni potencial. *Ars et humanitas*, 15(1), pp. 91-108.

Håkanson, C. & Öhlén, J., 2016. Illness narratives of people who are homeless. *International Journal Qualitative Studies Health Well-being*, 11, pp. 1-43.

Jego, M., Abcaya, J., Ştefan, D.E., Calvet-Montredon, C., & Gentile, S., 2018. Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: *International journal of environmental research public health*, 15(2), pp. 1-38.

Jenkinson, J., Wheeler, A., Wong, C. & Pires, L.M., 2020. Hospital Discharge Planning for People Experiencing Homelessness Leaving Acute Care: A Neglected Issue. *Healthcare Policy*, 16(1), pp. 14-21.

Kaduszkiewicz, H., Bochon, B., Van den Bussche, H., Hansmann-Wiest, J. & VanLeeden, C., 2017. The Medical Treatment of Homeless People. *Deutsches Arzteblatt international*, 114(40), pp. 673-679.

Keenan, C., Miller, S., Hanratty, J., Pigott, T., Hamilton, J., Coughlan, C., Mackie, P., Fitzpatrick, S., & Cowman, J., 2021. Accommodation-based interventions for individuals experiencing, or at risk of experiencing, homelessness. *Campbell Systematic Reviews*. 17(2), p. 1165.

Kimble, K.J., DeWees, M.A & Harris, A.N., 2017. Characteristics of the old and homeless: identifying distinct service needs. *Aging and Mental Health*, 21(2), pp. 190-198.

Klarare, A., Wikman, A., Söderlund, M., McGreevy, J., Mattsson, E. & Rosenblad, A., 2021. Translation, Cross-Cultural Adaptation, and Psychometric Analysis of the Attitudes Towards Homelessness Inventory for Use in Sweden. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(1), pp. 42-49.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2010. Uradni list Republike Slovenije št. 40.

Kuhar, R., 2009. *Na križiščih diskriminacije: večplastna in intersekcijska diskriminacija. Ljubljana: Mirovni inštitut*, pp. 13-15.

Lech, S., Schenk, L., De la Torre Castro, J. & Schindel, D., 2021. Retrospective analysis of the health and social situation of homeless people in Berlin: study protocol. *Archives of Public Health*, 79(28), pp. 1-9.

Lewer, D., Braithwaite, I., Bullock M., Eyre, M.T., White, P.J., Aldridge, R.W., Story, A. & Hayward, A.C., 2020. COVID-19 among people experiencing homelessness in England: a modelling study. *Lancet Respiratory Medicine*, 8(12), pp. 1181-1191.

Mc Conalogue, D., Maunder, N., Areington, A., Martin, K., Clarke, V. & Scott, S., 2021. Homeless people and health: a qualitative enquiry into their practices and perceptions. *Journal Public Health*, 43(2), pp. 287-294.

Magwood, O., Hanemaayer, A., Saad, A., Salvalaggio, G., Bloch, G., Moledina, A., Pinto, N., Ziha, L., Geurguis, M., Aliferis, A., Kpade, V., Arya, N., Aubry, T. & Pottie, K., 2020. Determinants of implementation of a clinical practice guideline for homeless health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), pp. 1-18.

Mariano, M.A. & Harmon, M.J., 2019. Living libraries: Nurse integration in interprofessional homeless health care team. *Public Health Nursing*, 36(2), pp. 172-177.

Marzana, D., Martinez-Damia, S., Gaboardi, M., Scollato, A. & Marta, E., 2023. The group gives me strength: A group-based intervention to promote trust and social connectedness among women experiencing homelessness. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 33(4), pp. 807-823.

Mason, M., 2010. Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 11(3), p. 8.

Mabhala, M.A., Yohannes, A. & Griffith, M., 2017. Social conditions of becoming homelessness: qualitative analysis of life stories of homeless peoples. *International Journal Equity Health*, 16(1), pp. 150.

Méndez Fernández, A. B., Lombardero Posada, X., Aguiar Fernández, F. X., Murcia Álvarez, E. & González Fernández, A., 2021. Professional preference for mental illness: The role of contact, empathy, and stigma in Spanish Social Work undergraduates. *Health Social Care in the Community*, 30(4), pp. 1492-1503.

Mesec, B., 1998, *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo. Available at: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-C11L6WB5/92248721-1c57-48ab-8705-5504e2d439bb/PDF> [Accessed 2 May 2022].

Mitchell, M.S., León, C.L.K., Byrne, T.H., Lin, W.C. & Bharel, M., 2017. Cost of health care utilization among homeless frequent emergency department users. *Psychological Services*, 14(2), pp. 193-202.

Miller, S., Keenan, C., Hanratty, J., Hamilton, J., Coughlan, C., Mackie, P., Fitzpatrick, S. & Maddock, A., 2020. Protocol: Improving access to health and social services for individuals experiencing, or at risk of experiencing, homelessness. *Campbell Systematic Reviews*, 16(4), pp. 1-25.

Moleiro, C., Freire, J., Pinto, N. & Roberto, S., 2018. Integrating diversity into therapy processes: The role of individual and cultural diversity competences in promoting equality of care. *Counselling Psychotherapy Research*, 18(2), pp. 190-198.

Morrone, A., Buonomini, A.R., Sannella, A., Pimpinelli, F. & Rotulo, A., 2022. Unequal Access to Testing and Vaccination Services for the Homeless and Undocumented Population During COVID-19 Pandemic. *International Journal of Public Health*, 67, pp. 1-6.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba*. [online] Available at: <https://nijz.si/publikacije/kulturne-kompetence-in-zdravstvena-oskrba-prirocnik-za-razvijanje-kulturnih-kompetenc-zdravstvenih-delavcev/> [Accessed 9 January 2024].

Nadicksbernd, J.J., Nguyen, T., Jackson, T. & Shulman, C., 2023. Health and care needs of hospitalised people experiencing homelessness: an inpatient audit. *Clinical Medicine Journal*, 23(4), pp. 395-402.

Neale, J. & Brown, C., 2016. We are always in some form of contact: friendships among homeless drug and alcohol users living in hostels. *Health Social Care Community*, 24(5), pp. 557-566.

O'Carroll, A. & Wainwright, D., 2019. Making sense of street chaos: an ethnographic exploration of homeless people's health service utilization. *International Journal Equity Health*, 18(1), p. 113.

O'Donnell, P., O'Donovan, D. & Elmusharaf, K., 2018. Measuring social exclusion in healthcare settings: a scoping review. *International Journal Equity Health*, 17(1), p. 15.

O'Leary, C., Roberts, A., Teixeira, L. & Coren, E., 2022. PROTOCOL: The experiences of adults experiencing homelessness when accessing and using psychosocial interventions: A systematic review and qualitative evidence synthesis. *Campbell Systematic Reviews*, 18(4), pp. 1-11.

Om, P., Whitehead, L., Vafeas, C. & Towell-Barnard, A., 2022. A qualitative systematic review on the experiences of homelessness among older adults. *BMC Geriatrics*, 22(1), pp. 363.

Omerov, P., Craftman, Å.G., Mattsson, E. & Klarare, A., 2020. Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. *Health Sociale Care Community*, 28(1), pp.1-11.

Pedersen, M., Bring, C., Brünés, N., Andersen, O., Petersen, J. & Jarden, M., 2018. Homeless people's experiences of medical respite care following acute hospitalisation in Denmark. *Health Social Care Community*, 26(4), pp. 538-546.

Peters, L., Hobson, C.W. & Samuel, V., 2022. A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies that investigate the emotional experiences of staff working in homeless settings. *Health Social Care Community*, 30(1), pp. 58-72.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2018. *Essentials of Nursing Research: appraising Evidence for nursing practice*. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, pp. 11-12.

Pottie, K., Mathew, C.M., Mendonca, O., Magwood, O., Saad, A., Abdalla, T., Stergiopoulos, V., Bloch, G., Brcic, V., Andermann, A., Aubry, T., Ponka, D., Kendall, C., Salvalaggio, G., Mott, S., Kpad,e V., Lalonde, C., Hannigan, T., Shoemaker, E., Mayhew, A.D., Thavorn, K. & Tugwell P., 2019. Protocol: A comprehensive review of prioritized interventions to improve the health and wellbeing of persons with lived experience of homelessness. *Campbell Systematic Reviews*, 15(3), pp. 1048.

Purkey, E. & MacKenzie, M., 2019. Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: opportunities for equity-oriented health care. *International Journal Equity Health*, 18(101), pp. 1-26.

Pyo, J., Lee, W., Choi, E.Y., Jang, S.G. & Ock, M., 2023. Qualitative Research in Healthcare: Necessity and Characteristics. *Preventive Medicine Public Health*, 56(1), pp. 12-20.

Rae, B.E. & Rees, S., 2015. The perceptions of homeless people regarding their healthcare needs and experiences of receiving health care. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), pp. 2096-2107.

Razpotnik, Š. & Dekleva, B., 2009, Brezdomstvo, zdravje, dostopnost do zdravstveni storitev. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Available at:

<https://www.kraljiulice.org/library/391/spela-razpotnik-in-bojan-dekleva-brezdomstvo-zdravje-in-dostopnost-do-zdravstvenih-storitev.pdf> [Accessed 2 May 2022].

Rea, J., 2023. Social relationships, stigma, and wellbeing through experiences of homelessness in the United Kingdom. *Journal of Social Issues*, 79(1), pp. 465-493.

Reilly, J., Ho, I. & Williamson, A., 2022. A systematic review of the effect of stigma on the health of people experiencing homelessness. *Health Social Care Community*, 30(6), pp. 2128-2141.

Rodriguez, N.M., Lahey, A.M., MacNeill, J.J., Martinez, R.G., Teo, N.E. & Ruiz, Y., 2021. Homelessness during COVID-19: challenges, responses, and lessons learned from homeless service providers in Tippecanoe County. *Indiana. BMC Public Health*, 21(1), p. 1657.

Scandell, R.S., 2019. *Identifying Stakeholders and Barriers to Healthcare for the Homeless of the Metro East Region: doctoral dissertation*, California: Northcentral University.

Scullion, L., Somerville, P., Brown, P. & Morris, G., 2015. Changing homelessness services: revanchism, 'professionalisation' and resistance. *Health Social Care Community*, 23(4), pp. 419-427.

Skela-Savič, B., 2017. Development of nursing professionalization elements in Slovenia: the group interview technique. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 274-297.

Stanojević Jerković, O., 2018. Socialne determinante zdravja in ranljivost. In: Kranjc-Nikolić, et, al., eds.. *Javnozdravstveni pristopi, namenjeni romski etnični skupini v Sloveniji*. Ljubljana, 2018: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 15-22.

Statistični urad Republike Slovenije. <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/6991>

Sutherland, G., Bulsara, C., Robinson, S. & Codde, J., 2022. Older women's perceptions of the impact of homelessness on their health needs and their ability to access healthcare. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 46(1), pp. 62-68.

Taylor, B. & Medcalf, P., 2022. Putting your HAT on. *Clinical Medicine Journal*, 22(2), pp. 174-176.

The Norwegian National Research Ethics Committees, 2021. *Guidelines for Research Ethics in the Social Sciences and the Humanities. Norwegian: NESH.*

Van Dongen, S.I., Van Straaten, B., Wolf, J.R.L.M., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Van der Heide, A., Rietjens, J.A.C. & Van de Mheen, D., 2019. Self-reported health, healthcare service use and health-related needs: A comparison of older and younger homeless people. *Health Social Care Community*, 27(4), pp. 379-388.

Van Straaten, B., Rodenburg, G., Van der Laan, J., Wolf, J.R.L.M. & Van de Mheen D., 2018. Changes in Social Exclusion Indicators and Psychological Distress Among Homeless People Over a 2.5-Year Period. *Social Indicator Research*, 135(1), pp. 291-311.

Woith, W.M., Kerber, C., Astroth, K.S & Jenkins, SH., 2017. Lessons from the Homeless: Civil and Uncivil Interactions with Nurses, Self-Care Behaviors, and Barriers to Care, *Nursing Forum*, 52(3), pp. 211-220.

World Medical Association, 2013. *World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects.* Helsinki: WMA. 10.1001/jama.2013.281053.

Weber, J., Lee, R.C. & Martsolf, D., 2017. Understanding the health of veterans who are homeless: A review of the literature. *Public Health Nursing*, 34(5), pp. 505-511.

Weber, J.J., 2018. A systematic review of nurse-led interventions with populations experiencing homelessness. *Public Health Nurs*, 36(1), pp. 96-106.

Wilson, S., McCloughen, A., Parr, J. & Jackson, D., 2019. If you are homeless you are welcome here: Social obligations for the homeless and socially disadvantaged. *Journal Clinical Nursing*, 28(15/16), pp. 2721-2723.

Wirth, T., Mette, J., Prill, J., Harth, V & Nienhaus, A., 2019. Working conditions, mental health and coping of staff in social work with refugees and homeless individuals: A scoping review. *Health Social Care Community*, 27(4), pp. 257-269.

Wrighting, Q., Reitzel, L.R., Tzu-An, C., Kendzor, D.E., Hernandez, D.C., Obasi, E.M., Shree, S. & Businelle, M.S., 2019. Characterizing Discrimination Experiences by Race among Homeless Adults. *American Journal of Health Behavior*, 43(3), pp. 531-542.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT RAZISKAVE

Sem Mateja Rožman in zaključujem magistrski študij, smer zdravstvena nega na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, ki ima sedež na Jesenicah. V svojem magistrskem delu obravnavam izkušnje brezdomecev pri zdravstveni obravnavi v javni zdravstveni mreži, za kar potrebujem Vašo pomoč. Vljudno vas prosim, da si vzamete nekaj svojega časa in v pogovoru z mano odgovorite na že vnaprej pripravljena odprta vprašanja. Ob vsakem vprašanju povejte vašo izkušnjo, jo opišite iz različnih vidikov, kot čutite in menite, da je prav. Čas naj ne bo vaša ovira. Pogovor z vami bo sneman, v ta namen boste podali pisno soglasje, da snemanje dovolite in da se izrečeno iz vaše strani lahko uporabi pri izdelavi magistrskega dela in objavah na konferencah in revijah. Zagotavljamo vam popolno anonimnost, saj vašega imena in priimka in spola ne bomo razkrili ali uporabljali pri predstavitvi rezultatov raziskave.

S tem boste prispevali k nastanku moje magistrske naloge in pri boljšem razumevanju vaših potreb, ko potrebujete pomoč zdravstvenih delavcev. Intervju je anonimen, ugotovitve pa bom uporabila izključno za namen magistrske naloge.

Za Vaše sodelovanje se Vam lepo zahvaljujem.

DEMOGRAFIJA

1. Koliko ste stari?
2. Vaša dosežena izobrazba.
3. Koliko časa ste brezdomec/-ka?
4. Kje trenutno bivate?
5. Se zdravite za katero kronično bolezen? Ali redno prejimate terapijo?
6. Imate urejeno zdravstveno zavarovanje?
7. Kdaj ste nazadnje obiskali zdravnika?
8. Kako dostopate, ste dostopali do zdravstvene ustanove?
9. Ste v zadnjem letu bili hospitalizirani?

IZKUŠNJE INTERVJUANCEV

10. Kako ste doživeli sprejem v bolnišnico in sprejem na bolnišnični oddelek?
11. Kako ste bili sprejeti v zdravstveni ambulanti, v zdravstvenem domu ali ambulanti za brezdomce?
12. Kako ste doživeli vašo zadnjo zdravstveno obravnavo? Ste se počutili obravnavani na enak način kot ostali pacienti?
13. Ali ste imeli občutek, da so zaradi tega, ker ste brezdomec, z vami ravnali drugače? Kako so ravnali?
14. Kako bi opisali zdravstveno obravnavano glede na vaše zdravstveno stanje? Kako ste se počutili? Bi karkoli spremenili? Katere vaše potrebe niso bile uresničene?
15. Kako bi opisali zdravnike/medicinske sestre pri vaši zdravstveni obravnavi?
16. Kako ste razumeli informacije o vašem zdravstvenem stanju?
17. Si je zdravstveno osebje vzelo dovolj časa pri zdravstveni obravnavi?
18. Ste se počutili diskriminirane v času zdravljenja, na podlagi česa? S katerimi dejanji bi opisali vašo morebitno diskriminacijo?
19. So vas nazivali z gospod/gospa?
20. Vam je v zdravstveni ustanovi bila zagotovljena zasebnost na enaki ravni kot vsem pacientom?
21. Ste ob odpustu iz zdravstvene ustanove dobili dovolj navodil za nadaljnjo obravnavo?

6.2 SOGLASJE ETIČNE KOMISIJE



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko

Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana

T: 01 478 69 06, 01 478 69 20

F: 01 251 77 55

E: gp.mz@gov.si, kme.mz@gov.si

www.mz.gov.si

Podpisnik: Božidar Voljč
Izdajatelj: Republika Slovenija
Šifra števila: 00 52 70 58 00 00 00 00 56 70 87 44
Datum podpisa: 13.40.29.06.2022
Referenčna številka: 0120-124/2022/6

Mateja Rožman, dipl. m.s.

Staretova ulica 10

1230 Domžale

mateja.rozman@kclj.si

Številka: 0120-124/2022/6

Datum: 29. 6. 2022

Zadeva: Ocena etičnosti raziskave

Zveza: vaša vloga z dne 21. 3. 2022 in dopolnjena vloga z dne 4. 5. 2022

Na Komisiji Republike Slovenije za medicinsko etiko (v nadaljnjem besedilu: KME RS) smo dne 30. 3. 2022 prejeli vlogo za presojo etične ustreznosti raziskave z naslovom »Izkušnje brezdomcev pri zdravstveni obravnavi«.

Gre za raziskavo v okviru magistrskega dela študentke Mateje Rožman, ki zaključuje magistrski študij na smeri Zdravstvena nega. Mentorica raziskovalki bo red. prof. dr. Brigita Skela Savič, znanstvena svetnica. Namen raziskave je ugotoviti, kakšne so izkušnje brezdomcev v Sloveniji glede zdravstvene oskrbe v Ljubljani (dostopnost, odnos, ovire). Gre za prvo raziskavo na tem področju pri nas. Predviden je intervju z 20 osebami. Iz dispozicije magistrske naloge se da razbrati dobro osnovano raziskavo, ki se opira na podobne raziskave v tujini.

KME RS je na seji 19. aprila 2022 obravnavala prejeto vlogo in ugotovila, da ni popolna. V pozivu k dopolnitvi, št. 0120-124/2022/3 z dne 22. 4. 2022 vas je pozvala, da vlogo dopolnite z manjkajočimi izjavami - točke 13., 14. in 15. v Navodilih za pripravo vlog.

Dne 4. 5. 2022 je KME RS prejela dopolnitev k vlogi.

Dopolnjeno vlogo je KME RS obravnavala na seji 14. junija 2022 in glede na podane dopolnitve ocenila, da je vloga sedaj popolna ter raziskava etično sprejemljiva. S tem vam za njeno izvedbo izdaja svoje soglasje.

Pri nadaljnjih dopisih v zvezi z raziskavo se obvezno sklicujte na številko tega dopisa.

S spoštovanjem,

dr. Božidar Voljč, dr. med.
predsednik KME RS

Vročiti:

- naslovniku – po e-pošti

6.3 SOGLASJE VODSTVA DRUŠTVA VINCENCIJEVE ZVEZE- LJUBLJANA

Mateja Rožman

Datum: 15. 02. 2022

Univerzitetni klinični center Ljubljana

KO za travmatologijo

Mateja.rozman@kclj.si

T: 041-829-787

Janja Završnik

Društvo prostovoljcev Vincencijeve zveze dobrote

DNEVNI CENTER ZA BREZDOMCE

Plečnikov podhod 1, 1000 Ljubljana

mob: 040 753 425, tel: 01 425 30 93

janja.zavrsnik@društvo-vzd.si

**Zadeva: IZJAVA VODSTVA ZA IZVEDBO RAZISKAVE V DRUŠTVU
PROSTVOLJCEV VINCENCIJEVE ZVEZE DOBROTE-DNEVNI CENTER ZA
BREZDOMCE**

Seznanjena sem z izvedbo raziskave z naslovom »IZKUŠNJE BREZDOMCEV PRI ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI – OPISNA KVALITATIVNA RAZISKAVA« Janja Završnik, vodja centra, dovoljujem raziskavo po pridobitvi etičnega soglasja s strani KME RS. Ne ustanova in ne raziskovalci niso v nasprotju interesov. Raziskava ni finančno/lastniško povezana. V ustanovi je poskrbljeno za strokovnost dela in varnost oseb vključenih v raziskavo. Dovoljujem, da se zbrani podatki uporabijo izključno za izdelavo magistrskega dela in objavah na konferencah in v revijah.

Janja Završnik

