

ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

---

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



ΣΧΟΛΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΔΙ-ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΝΗΓΟΡΙΑ ΣΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ»

Η Πρόσβαση των Αστέγων σε Υπηρεσίες Υγείας

Όνοματεπώνυμο φοιτήτριας: Περόντση Ευδοκία (5423Μ015)

Όνοματεπώνυμο επιβλέποντα καθηγητή: Κουραχάνης Νίκος

Αθήνα, 2025

Τριμελής Επιτροπή

Νίκος Κουραχάνης, Επίκουρος Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου (Επιβλέπων)

Βαγγέλης Κουμαριανός, Επίκουρος Καθηγητής Τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής

Παντείου Πανεπιστημίου

Δέσποινα Κομπότη, Λέκτορας Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Πανεπιστημίου

Δυτικής Αττικής



Copyright © Ευδοκία Περόντση, 2025

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διπλωματικής εργασίας εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διπλωματικής εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από το Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνωμών του συγγραφέα

## Περιεχόμενα

Περίληψη.....	4
Abstract.....	5
Εισαγωγή.....	6
<b>A ΜΕΡΟΣ: Θεωρητικό Πλαίσιο.....</b>	<b>7</b>
<b>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας και ανισότητες.....</b>	<b>9</b>
1.1 Κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας.....	9
1.2 Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία.....	10
<b>Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>: Η ανάγκη για επαναπροσδιορισμό των δικαιωμάτων της υγείας και της στέγασης.....</b>	<b>15</b>
2.1 Το Κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία.....	15
2.2 Το Κοινωνικό δικαίωμα στην στέγαση.....	18
<b>Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Η έννοια του αστέγου και προβλήματα υγείας αστέγων.....</b>	<b>20</b>
3.1 Η έννοια του αστέγου.....	20
3.2 Προβλήματα υγείας αστέγων.....	22
<b>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> : Μοντέλα υπηρεσιών υγείας για αστέγους και ζητήματα προσβασιμότητας.....</b>	<b>24</b>
4.1 Μοντέλα υπηρεσιών υγείας για αστέγους.....	24
4.2 Η στέγαση ως υγειονομική περίθαλψη – Το μοντέλο Housing First.....	26
4.3 Η προσβασιμότητα των αστέγων σε υπηρεσίες υγείας και ο ρόλος των επαγγελματιών.....	27
4.4 Η προσβασιμότητα των αστέγων στις υπηρεσίες υγείας στην ελληνική περίπτωση.....	30
<b>B ΜΕΡΟΣ: Εμπειρικό Πλαίσιο.....</b>	<b>36</b>
<b>Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> : Η μεθοδολογία της έρευνας πεδίου.....</b>	<b>36</b>
5.1 Αντικείμενο της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα.....	36
5.2 Μέθοδος συλλογής δεδομένων και επιλογή συμμετεχόντων.....	36
<b>Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> : Παρουσίαση ερευνητικών ευρημάτων</b>	
6.1 Η αστεγία ως βασικός παράγοντας αποκλεισμού από τις υπηρεσίες.....	39
6.2 Συρρίκνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών: Ιδιωτικοποίηση και Ανάδειξη των Υπηρεσιών Έκτακτης Ανάγκης.....	42

6.2.1 Απουσία πρόληψης και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.....	44
6.3 Παράγοντες συνδεδεμένοι με γραφειοκρατικά και γλωσσικά εμπόδια.....	45
6.4 Επικράτηση του νεοφιλελεύθερου κράτους ευημερίας - ΜΚΟποίηση της κοινωνικής πολιτικής.....	47
6.5 Γεωγραφική Απόσταση.....	49
6.6 Στιγματισμός των αστέγων από επαγγελματίες – Δυσπιστία προς τις υπηρεσίες	
6.7 Ο ρόλος των επαγγελματιών και η διακριτική ευχέρεια.....	50
6.8 Διαπιστώσεις ευρημάτων έρευνας πεδίου.....	53
Συμπεράσματα.....	55
Παράρτημα.....	60
Βιβλιογραφία.....	61

## Περίληψη

Το δικαίωμα στην στέγαση και το δικαίωμα στην υγεία αποτελούν δύο καθολικά ανθρώπινα δικαιώματα με βάση την Οικουμενική Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών. Αντίστοιχα, η έλλειψη στέγης αποτελεί μία σημαντική πρόκληση για τη δημόσια υγεία των προηγμένων κρατών καθώς επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που εμποδίζουν την πρόσβαση των άστεγων πληθυσμών σε υπηρεσίες υγείας στοχεύοντας στην ανάδειξη των ανισοτήτων που αντιμετωπίζουν οι άστεγοι τόσο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όσο και στη δευτεροβάθμια. Η αστεγία και ο ταυτόχρονος αποκλεισμός από τις υπηρεσίες υγείας αποτελούν ένα σύνθετο κοινωνικό πρόβλημα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι σύγχρονες κοινωνίες μέσα από ένα πλουραλιστικό σύστημα κοινωνικής προστασίας. Τα ερευνητικά ερωτήματα που επιδιώκεται να απαντηθούν είναι τα εξής: Πώς οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες όπως η κατάσταση έλλειψης στέγης, το χαμηλό εισόδημα, κ.α συνδέονται με την πρόσβαση στην υγεία; Πώς η συνθήκη της αστεγίας επηρεάζει το επίπεδο υγείας; Ποιος είναι ο αντίκτυπος του αποκλεισμού από το σύστημα υγείας στους αστέγους; Ποιος είναι ο ρόλος των κοινωνικών επιστημόνων στην διαχείριση του αποκλεισμού; Για την διεξαγωγή της μελέτης θα επιχειρηθεί βιβλιογραφική επισκόπηση αλλά και έρευνας πεδίου με την χρήση μεθόδων ποιοτικής έρευνας. Τέλος, η έρευνα ανέδειξε τις συστηματικές αποτυχίες του ελληνικού κράτους να καλύψει τις πολύπλευρες ανάγκες των αστέγων ενώ η διακριτική ευχέρεια των επαγγελματιών στο πεδίο φαίνεται να διαδραματίζει κομβικό ρόλο στην πρόσβαση των αστέγων στις υπηρεσίες υγείας.

Λέξεις κλειδιά: αστεγία , κοινωνικοοικονομικές ανισότητες, υπηρεσίες υγείας, κοινωνικός αποκλεισμός

## **Abstract**

The right to housing and the right to health are two universal human rights based on the Universal Declaration of Human Rights by the United Nations. Homelessness represents a significant public health challenge for advanced nations, as it affects millions of people worldwide. The aim of this thesis is to explore the factors that hinder homeless populations from accessing healthcare services, with the goal of highlighting the inequalities faced by the homeless both in primary and secondary healthcare. Homelessness and simultaneous exclusion from healthcare services constitute a complex social problem that modern societies must address through a pluralistic system of social protection. The research questions that this study seeks to answer are as follows: How are socioeconomic factors, such as homelessness and low income, linked to access to healthcare? How does the condition of homelessness affect the level of health? What is the impact of exclusion from the healthcare system on the homeless? What role do social scientists play in managing exclusion? The study will be conducted through a combination of literature review and field research using qualitative research methods. Ultimately, the research highlighted the systematic failures of the greek state to meet the multifaceted needs of the homeless, while the discretion exercised by professionals in the field appears to play a crucial role in the homeless population's access to healthcare services.

**Keywords:** homelessness, socioeconomic inequalities, healthcare services, social exclusion

## Εισαγωγή

Η παρούσα διπλωματική εργασία , μελετά την πρόσβαση των αστεγών σε υπηρεσίες υγείας μέσα από την διερεύνηση συγκεκριμένων παραγόντων που σχετίζονται κυρίως με το ευρύτερο κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο δίνοντας έμφαση στον ρόλο των επαγγελματιών. Το εγχείρημα ξεκινά μελετώντας το διεθνές περιβάλλον ενώ απώτερος σκοπός είναι να μελετηθεί εις βάθος η ελληνική περίπτωση. Η αστεγία αποτελεί ένα σύνθετο κοινωνικό φαινόμενο με υψηλή ετερογένεια που προκύπτει από την αλληλεπίδραση μεταξύ δομικών, θεσμικών, σχεσιακών και ατομικών παραγόντων. (Somerville, 2013). Η αστεγία επιπλέον, αποτυπώνει την ανεπάρκεια του συστήματος να εξασφαλίσει στους πολίτες βασικά αγαθά και κοινωνικά δικαιώματα, όπως είναι η στέγη και η υγεία. (Purkey & MacKenzie,2019). Για την ορθότερη εξέταση του ερευνητικού αντικειμένου, έγινε μία προσπάθεια σύνθεσης διαφορετικών ακαδημαϊκών πεδίων όπως είναι η κοινωνική και στεγαστική πολιτική και η πολιτική υγείας.

Η οικονομική κρίση σε παγκόσμιο επίπεδο και η επικράτηση νεοφιλελεύθερων πολιτικών στον δυτικό και ευρωπαϊκό χώρο έχουν συμβάλει στην αύξηση του αριθμού των ατόμων που μένουν άστεγοι καθιστώντας την αστεγία ως μία από τις πιο διακριτές εκφάνσεις του κοινωνικού αποκλεισμού. (Cuthill, 2022). Στο πλαίσιο αυτό, η πρόσβαση στο κοινωνικό δικαίωμα της υγείας μέσω της παροχής δημοσίων υπηρεσιών αποτελεί ένα καίριο παράδειγμα αποκλεισμού καθώς οι άστεγοι αντιμετωπίζουν συστηματικά εμπόδια στην ικανοποίηση των βασικών τους αναγκών. Ειδικότερα, οι άστεγοι που διαβιούν στον δρόμο φαίνεται να παρουσιάζουν περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Garcia et.al,2024).

Επίσης, οι άστεγοι αποτελούν μία ομάδα ανθρώπων που βιώνουν πολλαπλές κοινωνικές ανισότητες βιώνοντας τον αποκλεισμό από τον κοινωνικό ιστό. (Xibberas, 1994). Σύμφωνα με διεθνείς μελέτες , οι άστεγοι παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας, ψυχικών διαταραχών, και αυξημένη θνησιμότητα συγκριτικά με πληθυσμούς που διαθέτουν στέγη και ένα χαμηλό εισόδημα. (Garcia et.al,2024).

Οι ανάγκες υγείας των αστέγων χαρακτηρίζονται από υψηλή πολυπλοκότητα, καθώς συνδυάζουν σωματικές παθήσεις, ψυχικές διαταραχές και εξαρτήσεις, οι οποίες συχνά παραμένουν χωρίς διάγνωση και θεραπεία εξαιτίας της συνθήκης της αστεγίας. Η διαβίωση στο δρόμο, η έλλειψη μόνιμης στέγης, οι ψυχοκοινωνικές προκλήσεις και η απουσία εισοδήματος αποτελούν τους βασικούς παράγοντες επιδείνωσής της υγείας των αστέγων ενώ ταυτόχρονα περιορίζουν την πρόσβαση σε επαρκείς υπηρεσίες υγείας (Fazel et al., 2014). Παράλληλα, κοινωνικοί και θεσμικοί παράγοντες, όπως η γραφειοκρατία, η έλλειψη ενημέρωσης και ο στιγματισμός, επιδεινώνουν την ανισότητα στην πρόσβαση των αστέγων σε υπηρεσίες υγείας (Baggett et al., 2010).

Στο διεθνές περιβάλλον έχουν αναπτυχθεί ορισμένα προγράμματα που στοχεύουν στην ενίσχυση της προσβασιμότητας των αστέγων σε υπηρεσίες υγείας επιδιώκοντας έτσι την μείωση των ανισοτήτων. Τέτοια προγράμματα αφορούν κυρίως κοινοτικές παρεμβάσεις για την υγεία των αστέγων όπως είναι οι κινητές μονάδες υγείας. (Christian et.al., 2024). Στην Ελλάδα, οποιαδήποτε υπηρεσία για την φροντίδα της υγείας των αστέγων προσφέρεται στο πλαίσιο δράσεων Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων όπως είναι τα προγράμματα streetwork. Αν και τα προγράμματα αυτά, φαίνεται να αποτελούν σημαντική πηγή βοήθειας προς τους αστέγους, τείνουν να μην επαρκούν για την ριζική αντιμετώπιση των προβλημάτων των αστέγων εξαιτίας του προσανατολισμού τους στην διαχείριση της «έκτακτης ανάγκης» (Κουραχάνης, 2022)

Θέμα αυτής της διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την πρόσβαση των αστέγων σε υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Η ελληνική εμπειρία στερείται εκτεταμένης επιστημονικής μελέτης για το συγκεκριμένο ζήτημα, γεγονός που προσδίδει στοιχεία πρωτοτυπίας στο εν λόγω ερευνητικό εγχείρημα. Στην Ελλάδα, η πρόσβαση των αστέγων στις υπηρεσίες υγείας αποτέλεσε πηγή προβληματισμού κυρίως μετά την οικονομική κρίση και την πανδημία του COVID-19, που επιδείνωσαν τις ανισότητες στην υγεία. (Praksis,2022). Η έλλειψη οργανωμένων δομών υποστήριξης, η υποχρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και η περιορισμένη πρόσβαση σε κοινωνικές παροχές εντείνουν την ευαλωτότητα των αστέγων (Fowler et.al.,2019).

Ειδικότερα η παρούσα απόπειρα έχει ως στόχο να εξετάσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση των αστέγων στις υπηρεσίες υγείας, εστιάζοντας τόσο στον διεθνή όσο και στον ελληνικό χώρο. Μέσα από την ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και τη μελέτη συγκεκριμένων παραδειγμάτων, όπως είναι η διακριτική ευχέρεια των εργαζόμενων στις δημόσιες υπηρεσίες, επιχειρείται να αναδειχθούν οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι άστεγοι στην πρόσβαση στο κοινωνικό δικαίωμα της υγείας. Στη συγκεκριμένη μελέτη, επιλέγεται να εφαρμοστεί η μέθοδος της ποιοτικής έρευνας ενώ η μεθοδολογία που εφαρμόζεται είναι αυτή των ημιδομημένων συνεντεύξεων. Η διάρθρωση της εργασίας χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος, αφορά τη βιβλιογραφική επισκόπηση του αντικειμένου που μελετάται ενώ το δεύτερο περιλαμβάνει το εμπειρικό μέρος που εστιάζει στην ανάλυση των ευρημάτων και στα συμπεράσματα της έρευνας όπως προκύπτουν από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν.

Στο πρώτο κεφάλαιο, γίνεται μία αποσαφήνιση των εννοιών των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας όπως και των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία προκειμένου να τεθεί η θεωρητική βάση της παρούσας μελέτης καθώς οι άστεγοι βρίσκονται στην βάση της πυραμίδας των ανισοτήτων στην υγεία.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, τονίζεται η ανάγκη για τον επαναπροσδιορισμό των κοινωνικών δικαιωμάτων της υγείας και της στέγης καθώς επιχειρείται η ανάλυσή και η αποσαφήνιση του περιεχομένου τους στην διεθνή και ελληνική κλίμακα. Απώτερος σκοπός του κεφαλαίου αυτού, είναι να διερευνηθούν οι παράγοντες που εμποδίζουν την πραγμάτωση των κοινωνικών δικαιωμάτων της στέγης και της υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο, περιγράφεται η έννοια του αστέγου με τις βασικές προσεγγίσεις της τυπολογίας ETHOS της FEANTSA<sup>1</sup> ώστε να προσδιοριστεί ο πληθυσμός της παρούσας μελέτης ενώ ταυτόχρονα παρουσιάζονται τα βασικότερα προβλήματα υγείας με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι οι άστεγοι που διαβιούν στον δρόμο.

---

<sup>1</sup> FEANTSA. (2005). ETHOS: *Typology on homelessness and housing exclusion*. <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>

Στο τέταρτο και θεμελιώδες κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους της παρούσας διπλωματικής εργασίας παρουσιάζονται τα βασικότερα μοντέλα υπηρεσιών υγείας που έχουν αναπτυχθεί διεθνώς για τους αστέγους καθώς παρατίθενται οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την προσβασιμότητα των αστέγων στην υγεία δίνοντας έμφαση στον ρόλο των επαγγελματιών. Στις επιμέρους ενότητες του παρόντος κεφαλαίου διερευνάται η περίπτωση της Ελλάδας αναφορικά με την προσβασιμότητα των αστέγων στην υγεία μέσα από τις διαθέσιμες υπηρεσίες που αναπτύσσονται για τους αστέγους αλλά και μέσω μίας σύντομης επισκόπησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Στη συνέχεια, αναπτύσσεται το δεύτερο και εμπειρικό μέρος της παρούσας εργασίας. Το πέμπτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την μεθοδολογία της έρευνας πεδίου όπου παρουσιάζεται το αντικείμενο της έρευνας, ο σκοπός και τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα. Επιπλέον, δίνεται έμφαση στην μέθοδο συλλογής δεδομένων που ακολουθήθηκε και στον τρόπο της επιλογής των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Στο έκτο κεφάλαιο , παρουσιάζονται τα ευρήματα της έρευνας τα οποία διαρθρώνονται ανά θεματική ενότητα με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα που είχαν αρχικά τεθεί και ακολουθούν οι βασικές διαπιστώσεις των ευρημάτων της έρευνας πεδίου. Η διπλωματική εργασία ολοκληρώνεται με την συζήτηση των συμπερασμάτων από την διεξαγωγή της εμπειρικής μελέτης σε συνδυασμό με την θεωρητική επισκόπηση που αναπτύχθηκε στο πρώτο μέρος της εργασίας. Η προτεραιότητα στη δημόσια υγεία και οι κοινωνικές πολιτικές που εστιάζουν στην πρόληψη αποτελούν τη βάση της πυραμίδας ώστε να μην αποκλείονται οι άστεγοι από τις υπηρεσίες. Αξίζει να σημειωθεί, ότι η ανάλυση του εμπειρικού μέρους έφερε στο φώς σημαντικά ευρήματα που αφορούν τις πρακτικές των επαγγελματιών για την προώθηση της πρόσβαση των αστέγων στις υπηρεσίες υγείας. Για το λόγο αυτό, η μελέτη κλείνει με ορισμένες προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

## **A Μέρος, Θεωρητικό Πλαίσιο**

### **Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Κοινωνικοί Προσδιοριστές της Υγείας και Ανισότητες**

Όταν επιχειρείται να μελετηθεί αν το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού αν είναι ικανοποιητικό χρειάζεται να γίνει η συνειδητοποίηση ότι η ιατρική περίθαλψη από μόνη της δεν μπορεί να βελτιώσει επαρκώς την υγεία συνολικά ή να μειώσει τις ανισότητες στην υγεία. Χρειάζεται να εστιάσει κανείς στο το πού και πώς ζουν οι άνθρωποι καθώς η υγεία είναι μία σύνθετη έννοια, περισσότερο υποκειμενική παρά αντικειμενική. Στο παρόν κεφάλαιο, επιχειρείται να αναδειχθούν οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που καθορίζουν την υγεία των ατόμων όπως και των παραγόντων εκείνων που δημιουργούν τις ανισότητες στην πρόσβαση του κοινωνικού αγαθού της υγείας.

#### **1.1 Κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας**

Η υγεία σύμφωνα και με τον Παγκόσμιο οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) είναι μία *«κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής, κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθενείας ή αναπηρίας»* (WHO, 1946). Ο ορισμός αυτός αναδεικνύει ότι η υγεία δεν αφορά μόνο την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας αλλά βασίζεται και σε άλλους σημαντικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τον Wilkinson (1996) το επίπεδο υγείας και το προσδόκιμο ζωής σε κάθε χώρα δεν εξαρτώνται από την οικονομική και την τεχνολογική ανάπτυξη, αλλά από το εύρος των ανισοτήτων που υπάρχουν στο εσωτερικό της δίνοντας έτσι τον όρο «ανθυγιεινές κοινωνίες». Η κοινωνική διάσταση λοιπόν γίνεται εμφανής από τον ίδιο τον ορισμό. Σύμφωνα λοιπόν με αυτή τη προσέγγιση δεν μπορεί να εννοηθεί ότι μία κοινωνία έχει καλό επίπεδο υγείας όταν υπάρχουν ομάδες ατόμων οι οποίες αντιμετωπίζουν σημαντικά κοινωνικά προβλήματα όπως είναι η φτώχεια, η στεγαστική επισφάλεια και η αστεγία.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) έχει ορίσει τους παράγοντες εκείνους οι οποίοι επιδρούν στην υγεία οι οποίοι έχουν καταγραφεί ως κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας (social determinants of health). Οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας είναι οι μη ιατρικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία. *«Είναι οι συνθήκες υπό τις οποίες οι άνθρωποι γεννιούνται, μεγαλώνουν, εργάζονται,*

ζουν και γερνούν, καθώς και το ευρύτερο σύνολο δυνάμεων και συστημάτων που διαμορφώνουν τις συνθήκες της καθημερινής ζωής.» (WHO,2000) Γίνεται αντιληπτό, ότι ανάμεσα σε αυτούς τους παράγοντες αναπτύσσονται πολύπλοκες δυναμικές οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν το επίπεδο υγείας. Συνοπτικά, οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι: το εισόδημα , η κοινωνική προστασία, η εκπαίδευση, η ανεργία, οι συνθήκες εργασίας, η επισιτιστική ανασφάλεια, η στέγαση, η ανάπτυξη στην πρώιμη παιδική ηλικία, η κοινωνική ένταξη, οι δομικές συγκρούσεις και η πρόσβαση σε ποιοτικές και οικονομικά προσιτές υπηρεσίες υγείας. (WHO,2000).

### **1.1 Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία**

Ο μείζον προβληματισμός είναι ότι οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των κοινωνικών προσδιοριστών πλήττουν πάντα τους «πιο ευάλωτους» σε μία κοινωνία δίνοντας την ταξική υπόσταση των ανισοτήτων. (Marmot, 2005). Για παράδειγμα, έρευνες δείχνουν ότι ομάδες με χαμηλά εισοδήματα τείνουν να καπνίζουν ή να καταναλώνουν αλκοόλ ως αντίδραση στο άγχος που προκαλείται από την φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Αυτές οι συμπεριφορές ενισχύουν τις ανισότητες στην υγεία όταν συνδυάζονται με ανεπαρκή πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Ως εκ τούτου, οι ομάδες χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής τάξης εμφανίζουν συχνότερα μη μεταδοτικές ασθένειες σε σύγκριση με της υψηλότερης κοινωνικοοικονομικής τάξης. (Mudd et.al,2022)

Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι επιπτώσεις των κοινωνικών προσδιοριστών πολλαπλασιάζονται από τις ταξικές ανισότητες. Η ταξική διάσταση των ανισοτήτων στην υγεία είναι ένα πεδίο που δεν έχει ιδιαίτερα μελετηθεί ενώ στην ελληνική βιβλιογραφία υπάρχει ένα σημαντικό κενό. Οι ανισότητες στην υγεία που ταξινομούνται κοινωνικοοικονομικά στοιχεία συχνά θεωρούνται απλώς ως κάτι που πρέπει να «ερμηνευθεί» από τις «κακές συμπεριφορές» της εργατικής τάξης. Μία τέτοια προσέγγιση μπορεί να αγνοήσει ή και να απορρίψει την κατανόηση των ανισοτήτων ως προϊόν κοινωνικών διαδικασιών και οικονομικών σχέσεων μεταξύ κοινωνικών ομάδων παρερμηνεύοντας τις αιτιώδεις διεργασίες που υποκρύπτουν τις

ανισότητες υγείας στα διαφορετικά περιβάλλοντα και χρονικές περιόδους. (McCartney et.al, 2018)

Οι παραπάνω προσδιοριστές με βάση την διατύπωση του ΠΟΥ έχουν διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στην έρευνα για την υγεία και τις πολιτικές υγείας με σημαντικά ευρήματα στη διεθνή βιβλιογραφία. Η ερμηνεία τους όμως βασίζεται σε μία ρεαλιστική προσέγγιση καθώς επικεντρώνεται σε απλούς δείκτες διαστρωμάτωσης, όπως είναι το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο (Muntaner et.al, 2000). Ταυτόχρονα, η έκθεση του ΠΟΥ για τους προσδιοριστές της υγείας παραλείπει ακραιφνώς την συμπερίληψη της έννοιας της κοινωνικής τάξης. Το αποτέλεσμα αυτής της απουσίας είναι ότι η έκθεση δεν επιχειρεί να εστιάσει στις οικονομικές και εξουσιαστικές ανισότητες προωθώντας μία λογική ατομικισμού και υπονοώντας ότι όλοι είμαστε εξίσου υπεύθυνοι για τις ανισότητες στην υγεία (Navarro, 2009).

Για τους σκοπούς αυτής της μελέτης, χρειάζεται να εστιάσουμε στη σημασία των κοινωνικών προσδιοριστών λαμβάνοντας υπόψη την επίδραση της κοινωνικής τάξης. Όταν γίνεται λόγος για κοινωνική ένταξη, φτώχεια, εισόδημα, εκπαίδευση κτλ. σημαίνει ότι ορισμένες κοινωνικές ομάδες δεν έχουν ισότιμη πρόσβαση στα κοινωνικά αγαθά και βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό. Σε μία πιο ελεύθερη ανάλυση, μπορεί να λεχθεί ότι σε μία κοινωνία οι πολίτες που έχουν ενεργή συμμετοχή στην κοινωνική, οικονομική και πολιτιστική ζωή της χώρας εν δυνάμει μπορεί να έχουν «καλή υγεία». Σε αντίθετη περίπτωση, τα άτομα που υφίστανται κοινωνικό αποκλεισμό, κοινωνική αποστέρηση και διαβιούν με όρους φτώχειας έχουν χαμηλότερα επίπεδα καλής υγείας.

Η συσχέτιση αυτή ίσως μοιάζει αυθαίρετη όμως μπορεί να αποδοθεί στις ταξικές ανισότητες τις οποίες συχνά όσοι μελετούν ζητήματα που άπτονται της υγείας δεν λαμβάνουν υπόψη τους μηχανισμούς δράσης τους. (Muntaner et al, 2000). Η νεομαρξιστική προσέγγιση<sup>2</sup> των κοινωνικών ανισοτήτων και των ανισοτήτων στον

---

<sup>2</sup> Η νεομαρξιστική προσέγγιση αποτελεί μια ανανεωμένη επέκταση των κλασικών μαρξιστικών ιδεών, προσαρμοσμένων στις σύγχρονες κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες. Οι νεομαρξιστές εστιάζουν σε διάφορες πτυχές, όπως η πολιτιστική θεωρία, οι κοινωνικές σχέσεις, και η επίδραση της παγκοσμιοποίησης στην καπιταλιστική παραγωγή αναγνωρίζοντας ότι οι κοινωνικές τάξεις δεν είναι μόνο οικονομικές, αλλά πολιτιστικές και πολιτικές. (Barrow, 1993)

τομέα της υγείας εστιάζει στη μελέτη των εργασιακών σχέσεων, της εκμετάλλευσης, της κυριαρχίας και άλλων ταξικών διαδικασιών αναλύοντας με τον τρόπο που αυτές λειτουργούν επαναφέροντας την πολιτική διάσταση στην ανάλυση τους. Επιπλέον, εστιάζει στις σχέσεις οικονομικής παραγωγής, μέσω διαδικασιών ιδιοκτησίας και εργασίας, κυριαρχίας και εκμετάλλευσης ενώ οι κλασσικές μαρξιστικές θεωρίες στην μελέτη της κοινωνικής τάξης στην υγεία δεν αναγνωρίζουν την αλληλένδετη σχέση τους προκαλώντας την ατομικοποίηση της τάξης και την αδυναμία εκτίμησης της σχέσης μεταξύ τάξης και υγείας. (Scambler & Scambler, 2013) Αντίθετα, η νεομαρξιστική προσέγγιση κατανοεί την κοινωνική τάξη ως μια κοινωνική και πολιτική κατασκευή. (Muntaner et al, 2000).

Η εν λόγω προσέγγιση βασίζεται σε μία από πάνω προς τα κάτω προσέγγιση εμπλέκοντας στην επιχειρηματολογία την συμβολή των κοινωνικών κινημάτων των φτωχών και της εργατικής τάξης όπως και των αγώνων τους κατά των ανισοτήτων συμπεριλαμβανομένων και ανισοτήτων στην υγεία. Ένα τέτοιο παράδειγμα μίας προσέγγισης από πάνω προς τα κάτω είναι το πρόγραμμα «Housing First» για τους αστέγους το οποίο θα αναλύσουμε σε επόμενη ενότητα. (Muntaner et al, 2015). Για την ερμηνεία της εμφάνισης φαινομένων κοινωνικού αποκλεισμού έχουν αναπτυχθεί διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις καθώς αποτελεί αντικείμενο μελέτης διαφόρων επιστημονικών πεδίων. Μία σπουδαία συνεισφορά για την ερμηνεία του κοινωνικού αποκλεισμού είναι αυτή της Ruth Levitas. Σύμφωνα με τη Levitas (1996) ο κοινωνικός αποκλεισμός ερμηνεύεται ως μια διάκριση ανάμεσα σε μια συμπεριλαμβανόμενη πλειοψηφία σε μία κοινωνία και μια αποκλεισμένη μειοψηφία.

Ταυτόχρονα, η φτώχεια και τα μειονεκτήματα των «αποκλεισμένων» τοποθετούνται εκτός της κοινωνίας καθώς η ανισότητα και η φτώχεια θεωρούνται παθολογικά και περιθωριακά φαινόμενα, παρά ζητήματα που αφορούν την ίδια την κοινωνία. Έτσι ο αποκλεισμός εμφανίζεται κατά κύριο λόγο ως ένα πρόβλημα που υπάρχει στα όρια της κοινωνίας και όχι ως ένα δομικό χαρακτηριστικό μίας κοινωνίας που δημιουργεί συστηματικά ανισότητες και χρόνια στέρηση σε συγκεκριμένες ομάδες ατόμων. (Levitas,1996)

Σε μία γενικότερη ερμηνεία, ο κοινωνικός αποκλεισμός εμφανίζεται όταν έχουν συσσωρευτεί πολλαπλές κοινωνικές ανισότητες ή κοινωνικά μειονεκτήματα (Xibberas,1994). Όταν για παράδειγμα συνυπάρχουν φαινόμενα όπως προβληματική υγεία, η έλλειψη κατοικίας, η ελλιπής μόρφωση κ.α τότε σίγουρα υπάρχει και κοινωνικός αποκλεισμός. (Παπαδοπούλου & Κουραχάνης, 2017) Μελέτες έχουν δείξει ότι η φτώχεια, η σχετική στέρηση και ο κοινωνικός αποκλεισμός έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία και μπορεί να σχετίζονται με πρόωρο θάνατο καθώς οι φτωχές συνθήκες διαβίωσης επιβαρύνουν σε μεγάλο βαθμό ορισμένες κοινωνικές ομάδες.

Οι αρχικές θεωρήσεις για τον κοινωνικό αποκλεισμό ήταν άμεσα συνδεδεμένες με την έννοια της φτώχειας και τη μη συμμετοχή σε ένα ελάχιστο επίπεδο διαβίωσης. Αν και όπως αναλύθηκε παραπάνω ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων – κυρίως δομικών - η έννοια της φτώχειας συνεχίζει να λαμβάνει εξέχουσα σημασία στην μελέτη του φαινομένου όπως και στην μελέτη των ανισοτήτων στην υγεία. Η φτώχεια στερεί από τους ανθρώπους την πρόσβαση σε αξιοπρεπή στέγαση, εκπαίδευση, υγεία και άλλα στοιχεία ζωτικής σημασίας για την πλήρη συμμετοχή στη κοινωνική ζωή. (Wilkinson & Marmot , 2003).

Η έννοια της φτώχειας έχει μελετηθεί και αναλυθεί από πολλούς μελετητές και συνήθως προσδιορίζεται με οικονομικούς παράγοντες που έχουν αυθαίρετα τεθεί προκειμένου να μπορεί να μετρηθεί. Οι περισσότερες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα η φτώχεια μέσα από την απόλυτη υλική στέρηση όπως η ανεπαρκής τροφή, η ένδυση, η στέγη, το νερό και η υγιεινή έχουν άμεσο αντίκτυπο στην υγεία. (Braveman et.al., 2011). Παρά τις εν λόγω θεωρήσεις για τις επιπτώσεις της φτώχειας, αξίζει να σημειωθεί ότι το να είναι κανείς φτωχός δεν σημαίνει ότι οδηγείται σε κοινωνικό αποκλεισμό καθώς χρειάζονται και άλλα στοιχεία όπως είναι η έλλειψη πρόσβασης σε κοινωνικά δικαιώματα. (Οικονόμου& Φέρωνας, 2006)

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει αναδείξει ότι η επίδραση των κοινωνικών προσδιοριστών στην υγεία μπορεί να είναι ακόμα και πιο σημαντική από την ιατρική περίθαλψη ή του τρόπου ζωής ενός ατόμου. Έρευνες υποδεικνύουν ότι οι κοινωνικοί προσδιοριστές ευθύνονται για το 30-55% των αποτελεσμάτων της υγείας.

(WHO,2000). Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται μέσα από τις πολυάριθμες μελέτες που έχουν εκπονηθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής αναφορικά με παρεμβάσεις που έχουν πραγματοποιηθεί στα συστήματα υγείας οι οποίες εστιάζουν στα κοινωνικοοικονομικά ζητήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς. (Gottlieb et.al.,2017)

Με βάση τα παραπάνω επιχειρήματα γίνεται αντιληπτό ότι η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας επηρεάζεται άμεσα από τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν σε μία καπιταλιστική κοινωνία ενώ αυτοί που πλήττονται περισσότερο είναι εκείνοι βρίσκονται στις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις. (Wright,2009). Άτομα που ζουν σε συνθήκες φτώχειας προσβάλλονται συχνότερα από χρόνιες ασθένειες και έχουν χαμηλότερη ποιότητα υγείας, ενώ η έλλειψη ασφάλισης, και η οικονομική ανέχεια συχνά οδηγούν σε καθυστερήσεις ή αποκλεισμό από την ιατρική φροντίδα. (Caballo et al., 2021). Επιπλέον, όσοι ανήκουν στις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις εκτός από χαμηλή ποιότητα σωματικής υγείας εμφανίζουν χειρότερη ψυχική υγεία, μεγαλύτερη συσσώρευση στρες και υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. (Murali & Oyebode, 2004).

Η έλλειψη προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας παραβιάζει την αρχή της ισότητας ευκαιριών. Σύμφωνα με τον Rawls (1993) και την θεώρησή του για την «Δικαιοσύνη ως Αμεροληψία» (justice as fairness) επηρεασμένος από την παράδοση του κοινωνικού συμβολαίου θεωρεί ότι μια δίκαιη κοινωνία πρέπει να παρέχει ίση πρόσβαση σε βασικά αγαθά, όπως είναι η υγεία ανεξάρτητα από κοινωνικές ή οικονομικές συνθήκες.

Οι ολοένα αυξανόμενες ανισότητες που παρατηρούνται σε παγκόσμιο επίπεδο εξαιτίας της κυριαρχίας των νεοφιλελεύθερων πολιτικών έχουν οδηγήσει σε μεγαλύτερη συγκέντρωση κεφαλαίου και ισχύος στα χέρια λίγων διαβρώνοντας την σημασία των κοινωνικών δικαιωμάτων και την προσβασιμότητα σε δημόσια αγαθά. Ταυτόχρονα, οι μεταρρυθμίσεις στα συστήματα κοινωνικής πολιτικής επιδρούν στην έννοια των κοινωνικών δικαιωμάτων αλλάζοντας το περιεχόμενό τους. Τα σύγχρονα κράτη ευημερίας εστιάζουν στις ανάγκες παρά στα δικαιώματα διασφαλίζοντας ένα

ελάχιστο επίπεδο κοινωνικών δικαιωμάτων που προάγει την ατομική ελευθερία έναντι της συλλογικής ευθύνης. (Βενιέρης,2009) Για το λόγο αυτό είναι επιτακτική η ανάγκη για τον επαναπροσδιορισμό των κοινωνικών δικαιωμάτων όπως θα επιχειρήσει να υποστηρίξει η επόμενη ενότητα.

## **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>: Η ανάγκη για επαναπροσδιορισμό των δικαιωμάτων της υγείας και της στέγασης**

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στη στέγαση αξίζει να μελετηθεί από την σκοπιά της υγείας και της κατοικίας ως θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων όπου το κράτος οφείλει να μεριμνά για την πρόσβαση όλων των πολιτών ανεξαιρέτως κοινωνικού ή οικονομικού υπόβαθρου. Στο παρόν κεφάλαιο θα επιχειρηθεί να γίνει μία εννοιολογική προσέγγιση του κοινωνικών δικαιωμάτων της υγείας και της στέγασης καθώς αναδεικνύονται τα βασικά αίτια που απειλούν την καθολικότητά τους.

### **2.1 Το Κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία**

Τα κοινωνικά δικαιώματα εν γένει αποτέλεσαν τα θεμέλια για την ανάπτυξη των συστημάτων κοινωνικής προστασίας στην Ευρώπη (Spicker, 2004). Στη σύγχρονη εποχή είναι επιτακτική η ανάγκη για τον επαναπροσδιορισμό τους καθώς οι κοινωνικές πολιτικές – βασισμένες στα κοινωνικά δικαιώματα – τείνουν να αποκλείουν ολόκληρες ομάδες για διάφορους λόγους σχετιζόμενοι με τη διαφθορά, τη διάκριση ή εξαιτίας της δυσπιστίας των δικαιούχων προς τους παρόχους κοινωνικών υπηρεσιών ή λόγω έλλειψης πόρων. Το φαινόμενο αυτό που χαρακτηρίζεται ως «μη διεκδίκηση» είναι η σύγχρονη κατάρρευση της κοινωνικής προστασίας επηρεάζοντας εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. (Schutter,2022).

Η μη διεκδίκηση αναφέρεται σε μια κατάσταση όπου τα εν δυνάμει άτομα για κοινωνική προστασία δεν καταλήγουν να ωφελούνται από αυτή για διάφορους λόγους όπως έλλειψη πληροφόρησης, δαπανηρές ή πολύπλοκες διαδικασίες, ανεπαρκής ψηφιακή παιδεία και διοικητικά εμπόδια. Η «μη διεκδίκηση» αποτελεί θεμελιώδη πρόκληση για την αποτελεσματικότητα των δημόσιων υπηρεσιών (είτε είναι υπηρεσίες υγείας είτε κοινωνικές υπηρεσίες) που καλούνται να διαχειριστούν

τα σύγχρονα κράτη αν θέλουν να εφαρμόσουν όσα οι διεθνείς διακηρύξεις ορίζουν οι οποίες αναλύονται στις επόμενες παραγράφους.

Σε διεθνές επίπεδο, το δικαίωμα στην υγεία καθορίζεται από την Οικουμενική Διακήρυξη Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, αν και δεν αποτελεί κείμενο νομικής ισχύος, επισημαίνεται η ανάγκη καθολικής παροχής του δικαιώματος της υγείας. Σύμφωνα με το άρθρο 25 παράγραφος 1 *«Καθένας έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό να εξασφαλίσει στον ίδιο και στην οικογένεια του υγεία και ευημερία, και ειδικότερα τροφή, ρουχισμό, κατοικία, ιατρική περίθαλψη όπως και τις απαραίτητες κοινωνικές υπηρεσίες. Έχει ακόμα δικαίωμα σε ασφάλιση για την ανεργία, την αρρώστια, την αναπηρία, τη χηρεία, τη γεροντική ηλικία, όπως και για όλες τις άλλες περιπτώσεις που στερείται τα μέσα της συντήρησής του, εξαιτίας περιστάσεων ανεξαρτήτων της θέλησής του»*. (Οικουμενική Διακήρυξη Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, 1948).

Αντίστοιχα το Διεθνές Σύμφωνο για τα οικονομικά, κοινωνικά και μορφωτικά δικαιώματα των Ηνωμένων Εθνών κατοχυρώνει το δικαίωμα της υγείας για τα συμβαλλόμενα κράτη μέσω του άρθρου 12, σύμφωνα με το οποίο: *«Τα συμβαλλόμενα κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα κάθε προσώπου να απολαμβάνει την καλύτερη δυνατή σωματική και ψυχική υγεία.»* (Ηνωμένα Έθνη, 1966). Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, το δικαίωμα στην υγεία ορίζεται στο άρθρο 35 του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ. Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Χάρτη: *«Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου.»* (Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ, 2000).

Η σημασία της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και η καθολικότητα του δικαιώματος της υγείας διαπιστώνεται και μέσα από την Διακήρυξη της Άλμα-Άτα, μίας διακήρυξης «ορόσημο» η οποία ανέδειξε, πέραν των άλλων, τον ρόλο και τη σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Βασικός σκοπός της διακήρυξης ήταν η προστασία και την προαγωγή της υγείας όλων των ανθρώπων του κόσμου, η

μείωση των ανισοτήτων στην υγεία μεταξύ των χωρών με έμφαση στη δημιουργία μιας ισχυρής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την κάλυψη των βασικών αναγκών υγείας, με την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας για κάθε άνθρωπο με σκοπό την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση από την ασθένεια. Η διακήρυξη τόνιζε ότι οι κυβερνήσεις έχουν ευθύνη για την υγεία των πολιτών τους η οποία μπορεί να εκπληρωθεί μόνο με την παροχή κατάλληλων πολιτικών υγείας και κοινωνικών πολιτικών. Με αυτό το τρόπο, αναγνωρίστηκε η υγεία ως βασικό δημόσιο αγαθό που πρέπει να απολαμβάνουν όλοι οι άνθρωποι παγκοσμίως. (Declaration of Alma-Ata,1978).

Η αναγνώριση της παγκόσμιας φήμης διακήρυξης της Άλμα – Άτα δεν σημαίνει ότι βρίσκει υπόσταση και εφαρμογή. Έτσι προκύπτει ο προβληματισμός εάν οι διακηρύξεις που αναλύθηκαν παραπάνω έχουν εφαρμογή στα σύγχρονα νεοφιλελεύθερα κράτη. Η υγεία, η πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες και στα φάρμακα στη θεώρηση του νεοφιλελευθερισμού<sup>3</sup> ορίζονται ως καταναλωτικά αγαθά παρά ως δικαιώματα καθώς χρηματοδοτούνται από τις αντίστοιχες βιομηχανίες του χώρου.

Σε αυτή τη περίπτωση, το άτομο στο πλαίσιο της ελεύθερης αγοράς καλείται να επιλέξει ανάμεσα σε μία σειρά δημόσιων, ιδιωτικών και εθελοντικών υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα να χαρακτηρίζεται ως «καταναλωτής» παρά ως πολίτης που φέρει δικαιώματα. (Καραγκούνης, 2018). Στη σημερινή εποχή, μπορούμε να επιβεβαιώσουμε ότι το μοντέλο αυτό εξακολουθεί να επικρατεί στην πλειοψηφία των δυτικών κρατών ανάμεσα σε αυτές και η Ελλάδα επιβεβαιώνοντας την αφήγηση του θριάμβου του νεοφιλελεύθερου καπιταλισμού με την εμπορευματοποίηση να

---

<sup>3</sup> Ο νεοφιλελευθερισμός είναι ένας σύνθετος και πολύπλευρος όρος που χρησιμοποιείται συχνά για να περιγράψει μια σειρά από οικονομικές και πολιτικές πρακτικές και ιδεολογίες. Στον πυρήνα του, ο νεοφιλελευθερισμός δίνει έμφαση στην πρωτοκαθεδρία των ελεύθερων αγορών, την απορρύθμιση και τη μείωση της κυβερνητικής παρέμβασης στην οικονομία. Ο νεοφιλελευθερισμός υποστηρίζει ότι οι αγορές είναι οι πιο αποτελεσματικοί φορείς κατανομής των πόρων και ότι η λειτουργία τους δεν πρέπει να παρεμποδίζεται από κυβερνητική παρέμβαση. Υποστηρίζει την απελευθέρωση του εμπορίου και των επενδύσεων, καθώς και την ιδιωτικοποίηση των κρατικών επιχειρήσεων (Harvey, 2005).

έχει επεκταθεί σ όλους τους τομείς: από την υγειονομική περίθαλψη έως την εκπαίδευση, τη γνώση και τον πολιτισμό.

Άτομα που ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες όπως για παράδειγμα είναι οι πρόσφυγες, οι μετανάστες, οι άστεγοι, οι Ρομά κ.α αντιμετωπίζουν πολλαπλές ανισότητες. Επιπλέον, πλήττονται περισσότερο από τις εν λόγω πολιτικές καθώς έρχονται παράλληλα αντιμέτωποι με το αόρατο φαινόμενο της «μη διεκδίκησης». Έτσι ένα σύστημα δημόσιας υγείας και κοινωνικής προστασίας σχεδιασμένο για να αποκλείει ορισμένες κοινωνικές ομάδες δεν μπορεί να θεωρηθεί σύμφωνο με το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα. (Schutter,2022).

## **2.2 Το Κοινωνικό δικαίωμα στη στέγαση**

Ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπως προαναφέρθηκε, αναγνωρίζει μία σειρά από δικαιώματα για τους πολίτες και τους κατοίκους της Ευρώπης, ενσωματώνοντάς τα στο Ευρωπαϊκό Δίκαιο. Παρόλο που ο Χάρτης δεν περιλαμβάνει συγκεκριμένο δικαίωμα στη στέγαση, προβλέπει ωστόσο ένα σημαντικό δικαίωμα στεγαστικής αρωγής στο άρθρο 34 παράγραφος 3: *«Η Ένωση, προκειμένου να καταπολεμηθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός και η φτώχεια, αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα κοινωνικής αρωγής και στεγαστικής βοήθειας προς εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης σε όλους όσους δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους, σύμφωνα με τις διατάξεις του κοινοτικού δικαίου και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές»* (Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ,2000).

Σε διεθνές επίπεδο, το δικαίωμα στην στέγη περιλαμβάνεται στο άρθρο 25 παράγραφος 1 μαζί με το δικαίωμα στην υγεία που αποτυπώθηκε παραπάνω της Οικουμενικής Διακήρυξης Δικαιωμάτων του Ανθρώπου. Αντίστοιχα, το Διεθνές Σύμφωνο για τα οικονομικά, κοινωνικά και μορφωτικά δικαιώματα στο άρθρο 11 αναφέρει ότι: *«Τα συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα κάθε προσώπου για ένα επίπεδο διαβίωσης ανεκτό για το ίδιο και την οικογένειά του, συμπεριλαμβανομένης της κατάλληλης διατροφής, ενδυμασίας και κατοικίας, συγχρόνως δε και το δικαίωμα της συνεχούς βελτιώσεως των συνθηκών διαβιώσεώς*

του. Τα κράτη θα λάβουν τα κατάλληλα μέτρα για τη διασφάλιση του δικαιώματος αυτού.» (Ηνωμένα Έθνη, 1966)

Στην ελληνική περίπτωση, η κατοικία παραμένει ως ένα «αόρατο» κοινωνικό δικαίωμα καθώς περιλαμβάνεται ανάμεσα στα κοινωνικά δικαιώματα του συντάγματος με μία «απλή» διατύπωση. (Στεργίου, 2023). Στο σύνταγμα ορίζεται η υποχρέωσή του κράτους να παρέχει προστασία για όσους στερούνται κατοικίας. Συγκεκριμένα, στο άρθρο 21 παράγραφος 4: «*Η απόκτηση κατοικίας από αυτούς που την στερούνται ή που στεγάζονται ανεπαρκώς αποτελεί αντικείμενο ειδικής φροντίδας του Κράτους*» (Ελληνική Βουλή, 2019). Στη περίπτωση αυτή, ο ρόλος του κράτους και άρα οποιαδήποτε κοινωνική πολιτική στέγασης αφορά τους πιο «ευάλωτους» πολίτες - και όχι όλους. Εξάλλου, και σύμφωνα με τον Εμμανουήλ (2016) η Ελλάδα σε αντίθεση με τις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες διεθνώς, για αρκετά χρόνια δεν διέθετε επίσημη κοινωνική πολιτική στέγασης.

Στη σύγχρονη εποχή, τόσο σε χώρες της Ευρώπης όσο και στην Ελλάδα οι πολιτικές στέγασης συνδέονται κυρίως με πολιτικές επείγουσας διαχείρισης και αφορούν ανθρώπους που έχουν απωλέσει την κατοικία τους ή εστιάζουν στην κάλυψη άμεσων βιοτικών και υγειονομικών αναγκών των αστέγων με όρους «κατεπείγοντος». Αυτό διαπιστώνεται και από την διατύπωση του συντάγματος για την κρατική υποχρέωση του κράτους για στεγαστική προστασία προς τους πιο ευάλωτους.

Παρά τις όποιες διεθνείς ή εθνικές συστάσεις η Ελληνική περίπτωση, εμφανίζει μία «υπολειμματική προσέγγιση» των κοινωνικών πολιτικών στέγασης τα αποτελέσματα της οποίας κορυφώθηκαν την περίοδο της οικονομικής κρίσης. (Κουραχάνης, 2017). Σύμφωνα με όσα αναλύθηκαν παραπάνω για το δικαίωμα στην υγεία και στη συνέχεια το δικαίωμα στην στεγαστική αρωγή όπως ορίζεται στο ευρωπαϊκό αλλά και ελληνικό πλαίσιο προκύπτει ο προβληματισμός κατά πόσο τελικά τα κοινωνικά δικαιώματα αφορούν όλους ή όσους αντιμετωπίζουν κίνδυνο κοινωνικό αποκλεισμού και βρίσκονται σε μία κατάσταση «εξαιρετικής» ανάγκης όπως είναι οι άστεγοι. Γίνεται σαφές και με βάση την διατύπωση που δίνει ο Χάρτης

των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε ότι τα δικαιώματα περιστρέφονται γύρω από όσους έχουν ιδιαίτερη ανάγκη θέτοντας στο επίκεντρο ορισμένες ομάδες ατόμων.

Σύμφωνα με τον Lenoir (1996) οι δημόσιες πολιτικές που εστιάζουν στην λογική της αρωγής, η οποία αποτελεί οριακό δικαίωμα, απαιτεί τον στενό κρατικό έλεγχο από τις υπηρεσίες προκειμένου να επαληθευτεί αν οι ωφελούμενοι έχουν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για να επωφεληθούν από τις προσφερόμενες κοινωνικές παροχές (π.χ ένταξη σε ξενώνα αστέγων). Αποτέλεσμα αυτών των διαδικασιών είναι η δημιουργία ενός μηχανισμού κοινωνικού ελέγχου με το πρόσχημα της κοινωνικής στήριξης. (Lenoir,1996) Σε αυτό λοιπόν το πλαίσιο, η επιχειρηματολογία ότι τα άτομα είναι πολίτες που φέρουν δικαιώματα δεν έχει μπορεί να έχει ισχύ καθώς τα πλέον πιο ευάλωτα άτομα βρίσκονται σε μία συνεχή προσπάθεια να πείσουν τις δημόσιες υπηρεσίες ότι έχουν ανάγκη (Σπανού,2005)

### **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Η έννοια του αστέγου και προβλήματα υγείας αστέγων**

Το παρόν κεφάλαιο θα επιχειρήσει να αναδείξει ζητήματα που αφορούν την υγεία των αστέγων και την προσβασιμότητά τους σε υπηρεσίες υγείας τόσο σε διεθνές όσο και σε εθνικό επίπεδο. Αρχικά, επιχειρείται η σύντομη απόδοση του ορισμού των αστέγων ενώ παρουσιάζονται ορισμένα μοντέλα υπηρεσιών υγείας για αστέγους βασισμένα στην παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών με το μοντέλο Housing First να αναδεικνύει τη στέγαση ως θεμελιώδη παράγοντα υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, όπως αποδεικνύεται στο κεφάλαιο αυτό η προσβασιμότητα των αστέγων σε αυτές τις υπηρεσίες παραμένει περιορισμένη, με τους επαγγελματίες να διαδραματίζουν κομβικό ρόλο στη διασφάλιση της πρόσβασης στη φροντίδα.

#### **3.1 Η έννοια του αστέγου.**

Η αστεγία είναι ένα πολύπλευρο και σύνθετο φαινόμενο κοινωνικού αποκλεισμού, για το οποίο δεν υπάρχει ακόμη ένας γενικά αποδεκτός ορισμός. Στην επιστημονική βιβλιογραφία έχει διατυπωθεί με σαφήνεια ότι τα φαινόμενα έλλειψης στέγης διέπονται από σημαντική ετερογένεια και περιπλοκότητα στην ερμηνεία και κατανόηση τους. (Lee et al., 2010). Για τη διευκόλυνση της εν λόγω συζήτησης θα ήταν απαραίτητη μια σχηματική κωδικοποίηση τους ώστε να γίνουν αντιληπτά τα βασικότερα αίτια. Τα αίτια αυτά στην πραγματικότητα βρίσκονται σε μια

πολυσύνθετη διαδικασία αλληλεπίδρασης τους. Μια απλουστευτική τυπολογική ταξινόμηση θα μπορούσε να διακρίνει τέσσερις μεγάλες κατηγορίες παραγόντων που επηρεάζουν την εκδήλωση φαινομένων έλλειψης στέγης. Πρώτον, τους δομικούς παράγοντες. Δεύτερον, τους θεσμικούς παράγοντες. Τρίτον, τους σχεσιακούς παράγοντες και τέταρτον τους ατομικούς παράγοντες.

Οι άνθρωποι μένουν άστεγοι (roofless) εξαιτίας μίας πολύπλοκης αλληλεπίδρασης μεταξύ ατομικών και δομικών παραγόντων (π.χ. φτώχεια, υγεία, κατάχρηση ουσιών, βία και ανεργία). Η έλλειψη στέγης μπορεί να είναι μια μακροχρόνια κατάσταση ή μια προσωρινή μεταβατική περίοδος που σχετίζεται με συνθήκες όπως η ενδοοικογενειακή βία. (Wood et.al., 2014). Η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία των Εθνικών Οργανώσεων που εργάζονται με τους Αστεγούς (European Federation of National Organizations Working with the Homeless - FEANTSA) συνέταξε την κυρίαρχη τυπολογία ETHOS προκειμένου να αποδώσει τις βασικές μορφές της αστεγίας.

Η έννοια της στέγης περιλαμβάνει τρεις βασικές διαστάσεις, η απουσία των οποίων οδηγεί στην κατάσταση της αστεγίας. Αρχικά, το να έχει κάποιος στέγη σημαίνει ότι διαθέτει ένα κατάλληλο κατάλυμα όπου αυτός και η οικογένειά του μπορούν να ζουν αξιοπρεπώς (φυσική διάσταση). Δεύτερον, περιλαμβάνει την δυνατότητα να έχει κάποιος τον προσωπικό του χώρο ώστε να μπορεί να διατηρεί τις κοινωνικές του σχέσεις (κοινωνική διάσταση). Τρίτον, προϋποθέτει το άτομο να έχει την αποκλειστική κυριότητα του χώρου ή τη νόμιμη διαμονή σε χώρο (νομική διάσταση). Επιπλέον, είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη και η τεχνική κατάσταση της κατοικίας. Η τυπολογία ETHOS βάσει αυτών των παραπάνω προϋποθέσεων διακρίνει τέσσερις γενικές κατηγορίες ανθρώπων που αντιμετωπίζουν την έλλειψη στέγης:

- Τους άστεγους που ζουν στο δρόμο (roofless)
- Τα άτομα που φιλοξενούνται σε ξενώνες ή άλλα προσωρινά καταλύματα όπως υπνωτήρια και δεν διαθέτουν μόνιμη κατοικία (houseless)
- Τα άτομα που ζουν υπό επισφαλείς συνθήκες στέγασης π.χ. κινδυνεύουν με έξωση (insecure)

- Τα άτομα που κατοικούν σε ακατάλληλα καταλύματα π.χ παράγκες ή καταυλισμοί (inadequate) (FEANTSA, 2005).

Άστεγοι λοιπόν δεν είναι μόνο οι άνθρωποι που ζουν στο δρόμο ή σε δομές φιλοξενίας αστέγων. Στην κατηγορία αυτή λογίζονται επίσης όσοι ζουν σε ακατάλληλες στεγαστικές συνθήκες ή αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο στεγαστικού αποκλεισμού. Η τυπολογία ETHOS της FEANTSA περιλαμβάνει από ανθρώπους που ζουν σε ακραίες συνθήκες, όπως η διαβίωση στο δρόμο έως εκείνους που ζουν σε συνθήκες που δεν πληρούν τις απαιτήσεις ασφάλειας και αξιοπρεπούς διαβίωσης, όπως η διαμονή σε ακατάλληλα καταλύματα ή σε υπερπλήρεις χώρους. (Κουραχάνης,2017).

Μέσα από την απώλεια στέγης τα άτομα χάνουν ταυτόχρονα την ιδιότητα του πολίτη καθώς τα κοινωνικά δικαιώματα απορρυθμίζονται ενώ ταυτόχρονα βρίσκονται άμεσα εξαρτώμενα από το σύστημα κοινωνικής προστασίας και τις δημόσιες υπηρεσίες. Ταυτόχρονα, η κυριαρχία των δομικών και θεσμικών παραγόντων ως βασικά αίτια της αστεγίας επιβεβαιώνουν τον υπολειμματικό χαρακτήρα των κοινωνικών πολιτικών στην προστασία της στέγης (Κουραχάνης & Παπαδοπούλου, 2017) . Η απουσία στέγης επιπλέον, απομονώνει τα άτομα από τα κοινωνικά τους δίκτυα τα οποία αποτελούν θεμελιώδη βάση για την κοινωνική ένταξη καθώς αδυνατούν να έχουν συμμετοχή στην κοινωνικοοικονομική ζωή. Έτσι, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος φτώχειας, ανεργίας και αποκλεισμού. Η διαπίστωση τα άστεγα άτομα χάνουν ταυτόχρονα την ιδιότητα του πολίτη αναδεικνύει την άμεση σύνδεση του κοινωνικού αποκλεισμού με το δικαίωμα στη στέγαση και εν γένει την πρόσβαση στα κοινωνικά δικαιώματα. Η παρούσα διπλωματική εργασία μελετά την πρόσβαση των αστέγων σε υπηρεσίες υγείας με την έννοια του αστέγου που ζούν στο δρόμο (roofless) με βάση την τυπολογία ETHOS.

### **3.2 Προβλήματα υγείας αστέγων**

Είναι γενική παραδοχή βάσει μελετών πως άστεγοι εκτίθενται σε ένα πλήθος από ιατρικές παθήσεις είτε ζούν στο δρόμο είτε σε υπνωτήρια αστέγων και καταφύγια. Η πρόσβασή τους στην υγειονομική περίθαλψη τις περισσότερες φορές καθίσταται δύσκολη υπόθεση με αποτέλεσμα οι παθήσεις αυτές να παραμένουν για

χρόνια χωρίς θεραπεία συμβάλλοντας έτσι στη μείωση του μέσου όρου ζωής. (FEANTSA, 2016). Το να διαβιεί κανείς στον δρόμο ή σε υπερπλήρη καταφύγια αστέγων είναι μία εξαιρετικά στρεσογόνα κατάσταση η οποία εκθέτει τα άτομα σε μεταδοτικές ασθένειες όπως είναι η φυματίωση, οι αναπνευστικές ασθένειες, η γρίπη, η ηπατίτιδα Β και Γ κ.λπ. Εκτός από τις μεταδοτικές ασθένειες συχνή είναι η έκθεση σε περιστατικά σχετιζόμενα με καταστάσεις βίας, συχνόι τραυματισμοί οι οποίοι δεν επουλώνονται εύκολα εξαιτίας της έλλειψης καθαριότητας και ανάπαυσης, αδυναμία διατήρησης προσωπικής υγιεινής ενώ η διατήρηση μίας ισορροπημένης διατροφής είναι πρακτικά αδύνατη να επιτευχθεί μέσα από συσσίτια ή τα κέντρα ημέρας. (National Health Care for the Homeless Council, 2019).

Σύμφωνα με την Εθνική Συμμαχία για τον Τερματισμό της Αστεγίας (National Alliance to End Homelessness), στις ΗΠΑ τα άτομα που ζουν σε καταφύγια έχουν διπλάσιες πιθανότητες να έχουν αναπηρία σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Το 2023, το 31% του άστεγου πληθυσμού αντιμετώπιζε σοβαρή ψυχική ασθένεια, το 24% είχε προβλήματα υγείας που σχετιζόνταν με χρόνια χρήση ουσιών και σχεδόν 11.000 άτομα ήταν θετικά στον ιό HIV. Προβλήματα υγείας όπως ο διαβήτης, οι καρδιακές παθήσεις και ο HIV είναι ανάμεσα στα πιο συχνά μεταξύ των αστέγων, με ποσοστά τρεις έως έξι φορές υψηλότερα από αυτά του γενικού πληθυσμού. Η κατάχρηση οπιοειδών επίσης, αποτελεί συμπεριφορά που συνδέεται με τη διαβίωση στο δρόμο έχοντας σοβαρές επιπτώσεις στους άστεγους. Τα άστεγα άτομα με ψυχικές ασθένειες και διαταραχές χρήσης ουσιών διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο άμεσων, απειλητικών για τη ζωή σωματικών ασθενειών. Επιπλέον, πάνω από το 10% των ατόμων που ζητούν θεραπεία απεξάρτησης ή για ψυχικές ασθένειες στο δημόσιο σύστημα υγείας είναι άστεγοι. (National Alliance to End Homelessness, 2024)

Αξίζει να αναφερθεί ότι οι άστεγοι, σε περιπτώσεις επιδημιών ή πανδημιών δεν έχουν τη δυνατότητα για κοινωνική αποστασιοποίηση. (National Health Care for the Homeless Council, 2016). Παράδειγμα της σύγχρονης εποχής, αποτέλεσε η πανδημία του Covid-19, όπου η πρακτική της κοινωνικής και υγειονομικής διαχείρισης που ασκήθηκε διεθνώς έθεσε την πρόσβαση στην κατοικία ως βασική προϋπόθεση για την προστασία των πολιτών. Εκείνοι που επλήγησαν περισσότερο από τις εν λόγω πολιτικές ήταν οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες όπως οι είναι οι

άστεγοι που ζουν στον δρόμο. Οι πολιτικές διαχείρισης της πανδημίας του Covid-19 έχοντας στο επίκεντρο τα μέτρα στεγαστικής αυτοπροστασίας και κοινωνικής απομόνωσης, η έλλειψη κατάλληλων μέτρων στεγαστικής και υγειονομικής προστασίας σε συνδυασμό με την αδυναμία τήρησης κοινωνικών αποστάσεων αποτέλεσαν παράγοντες που εξέθεσαν τους άστεγους πληθυσμούς σε μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. (Κουραχάνης, 2023)

Η υγεία των αστέγων έχει χαρακτηριστεί ως ένα παράδειγμα «ακραίων ανισοτήτων στην υγεία». (Elwell-Sutton et al., 2017) Τα προβλήματα υγείας των αστέγων, όπως αναλύθηκαν παραπάνω, αποτελούν ένα συνδυασμό σοβαρών ζητημάτων σχετιζόμενων με τη σωματική και ψυχική υγεία, τη χρήση ουσιών αλλά και σημαντικών κοινωνικών προβλημάτων. Επίσης, η γενικότερη διαβίωση σε ανθυγιεινό περιβάλλον και σε ακραίες καιρικές συνθήκες όπως και η αδυναμία ελέγχου της πρόσληψης τροφής οδηγούν τους άστεγους σε συχνές επισκέψεις στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων. Αν και η ιατρική περίθαλψη βάσει μελετών, είναι ικανή να μετριάσει τις επιπτώσεις της αστεγίας στην υγεία των ατόμων, δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να αντικαταστήσει τη μόνιμη κατοικία. (National Health Care for the Homeless Council, 2019). Η διαπίστωση αυτή τείνει να συμφωνεί και με το μοντέλο του «Housing First» το οποίο παρατίθεται σε επόμενη ενότητα.

#### **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: Μοντέλα υπηρεσιών υγείας για αστέγους και ζητήματα προσβασιμότητας**

##### **4.1 Μοντέλα υπηρεσιών υγείας για αστέγους**

Οι άστεγοι όπως διαπιστώθηκε από τα προηγούμενα κεφαλαία αποτελούν μία κοινωνική ομάδα ιδιαίτερα ευάλωτη καθώς εκτίθενται σε ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών και περιβαλλοντικών κινδύνων με άμεση απειλή της ζωής τους. Για τους σκοπούς της παρούσας διπλωματικής εργασίας θα αναφερθούν συνοπτικά ορισμένα παραδείγματα από την διεθνή και ελληνική εμπειρία συγκεκριμένων υπηρεσιών κάλυψης ιατρικών αναγκών των αστέγων.

Σε διεθνές επίπεδο, έχει αποδειχθεί ότι υπάρχουν διαφορετικά μοντέλα και υπηρεσίες που αποσκοπούν στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης για τους

άστεγους. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελούν οι κοινοτικές παρεμβάσεις για την υγεία των αστέγων όπως είναι οι κινητές μονάδες υγείας. Οι παρεμβάσεις αυτές στοχεύουν συνηθώς στην αντιμετώπιση για τις εξαρτήσεις από τα ναρκωτικά που περιλαμβάνουν θεραπείες συντήρησης με οπιούχα, εμβολιασμοί για την ηπατίτιδα Α και Β όπως και αντιτετανικός εμβολιασμός, παροχή συμβουλευτικής καθοδήγησης από εξειδικευμένες ομάδες για ασφαλέστερη ενέσιμη χρήση όπως και πρόσβαση σε χώρους εποπτευόμενης χρήσης για άστεγους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. (Wright et.al.,2006)

Άλλο ένα σύγχρονο παράδειγμα από τη διεθνή βιβλιογραφία, είναι τα προγράμματα ιατρικής ανάπαυλας ή ιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας για τους αστέγους (medical respite care). Η ιατρική ανακουφιστική φροντίδα αφορά την παροχή ιατρικής φροντίδας σε άστεγα άτομα που είναι σοβαρά άρρωστα ή αδύναμα να αναρρώσουν από μια ασθένεια ή έναν τραυματισμό στους δρόμους ή σε ένα καταφύγιο, αλλά δεν χρειάζονται νοσοκομειακή περίθαλψη. Είναι μία βραχύχρονη μορφή περίθαλψης που επιτρέπει στα άτομα που βιώνουν έλλειψη στέγης να ξεκουραστούν, να αναρρώσουν και να θεραπευτούν σε ένα ασφαλές περιβάλλον έχοντας παράλληλα πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη και άλλες υποστηρικτικές υπηρεσίες. Η ιατρική ανακουφιστική φροντίδα προσφέρεται σε διάφορα περιβάλλοντα, όπως μεταβατικές κατοικίες. (National Institute for Medical Respite Care,2024). Τα περισσότερα προγράμματα ιατρικής ανακουφιστικής φροντίδας παρέχονται από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς έχουν μέση διάρκεια παραμονής δύο έως τεσσάρων εβδομάδων και διαθέτουν λιγότερες από είκοσι κλίνες. (Doran et.al.,2013). Αξίζει να σημειωθεί, ότι τα προγράμματα αυτά σχεδιάστηκαν με σκοπό την αντιμετώπιση της μακροχρόνιας παραμονής των αστέγων σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα. (Doran et.al.,2013).

Εκτός από τις υπηρεσίες κοινοτικής παρέμβασης και υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας που αναλύθηκαν παραπάνω, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις υποστήριξης αστέγων στο πλαίσιο της γενικότερης δράσης τους έχουν αναπτύξει και εφαρμόσει ένα ευρύ φάσμα παροχής υπηρεσιών υγείας σε μια προσπάθεια να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ωφελούμενων τους. Ενδεικτικά τέτοιες υπηρεσίες αφορούν : υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας,

τηλεϊατρική, υπηρεσίες ψυχικής υγείας, προγράμματα μείωσης της βλάβης για αστέγους σε χρήση, οδοντιατρική φροντίδα, εξετάσεις για HIV και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, αναπαραγωγική φροντίδα, προγράμματα εμβολιασμού και πρόληψης του καρκίνου κ.α. (FEANTSA, 2023)

#### **4.2 Η στέγαση ως υγειονομική περίθαλψη – Το μοντέλο Housing First**

«Η στέγαση είναι υγειονομική περίθαλψη» είναι το ανεπίσημο μότο του Εθνικού Συμβουλίου Υγειονομικής Περίθαλψης για τους Άστεγους στις ΗΠΑ. Ορισμένοι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν να εργαστούν προς αυτή την κατεύθυνση για τους ασθενείς τους, προσεγγίζοντας τη στέγαση ως θεραπευτική παρέμβαση μέσα σε μια κατάσταση έλλειψης στέγης. (Hanssmann et.al. ,2021) Έρευνες έχουν αναδείξει ότι η στέγαση βελτιώνει την υγεία για τους ίδιους λόγους που η έλλειψή της είναι επιζήμια. Για παράδειγμα ένα καθαρό χωρίς υγρασία και ασφαλές περιβάλλον αποτελεί βασικό παράγοντα για την ύπαρξη προσωπικής υγιεινής (συμπεριλαμβανομένης και της φροντίδας ενός τραύματος), την αποθήκευση φαρμάκων και την προστασία από επιθέσεις και τις καιρικές συνθήκες.

Μια σταθερή κατοικία επιπλέον, μπορεί να αυξήσει την τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών όπως τα τακτικά γεύματα και η τήρηση των ραντεβού. Αυτή η προσέγγιση μπορεί άμεσα να συνδεθεί με την προσέγγιση του «Housing First» για τους αστέγους. Το «Housing First» είναι μια προσέγγιση για την αντιμετώπιση της έλλειψης στέγης που δίνει προτεραιότητα στην παροχή μόνιμης στέγης σε άτομα που βιώνουν αστεγία, προσφέροντάς μια βάση από την οποία μπορούν πετύχουν προσωπικούς στόχους και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους. Η προσέγγιση αυτή βασίζεται στην πεποίθηση ότι οι άνθρωποι χρειάζονται βασικά αγαθά, όπως τροφή και στέγη, προτού ασχοληθούν με ζητήματα όπως η αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας και εξαρτήσεων. (National Alliance to End Homelessness, 2022).

Το «Housing First» επιπλέον δεν απαιτεί από τους αστέγους να επιλύσουν πρώτα άλλα προβλήματα συμπεριλαμβανομένων των προβλημάτων ψυχικής υγείας ή υγείας πριν αποκτήσουν στέγη. Σε αντίθεση με άλλες προσεγγίσεις, δεν απαιτείται η συμμετοχή σε υπηρεσίες πριν την απόκτηση στέγης ή για τη διατήρησή της. (National Alliance to End Homelessness, 2022). Το πρόγραμμα θέτει τη στέγαση ως

θεμέλιο για τη βελτίωση της ζωής και προσφέρει μόνιμη στέγη χωρίς όρους που υπάρχουν σε άλλες υπηρεσίες.

Στο σημείο αυτό προκύπτει λοιπόν ένας αρκετά σημαντικός προβληματισμός που η παρούσα εργασία στοχεύει να αναδείξει. Χρειάζεται η μελέτη για την πρόσβαση των αστέγων σε υπηρεσίες υγείας να εστιάζει στην επίδραση ειδικών μοντέλων κατάλληλα προσαρμοσμένων στις ανάγκες των αστέγων; ή μήπως η προσέγγιση του Housing First να είναι τελικά η πιο ενδεδειγμένη; Η απάντηση μπορεί να διαφέρει αναλόγως των πολιτικών που ακολουθούν οι εκάστοτε αρμόδιοι χάραξης πολιτικών. Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί αναφορικά με την αποτελεσματικότητα του Housing First στην υγεία έχουν δείξει ότι ενδέχεται να βελτιωθούν ορισμένες πτυχές της υγείας όπως και η μείωση στη χρήση υπηρεσιών υγείας. Οι επιπτώσεις ωστόσο στα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα στην υγεία χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση. (Baxter et.al, 2019)

#### **4.3 Η προσβασιμότητα των αστέγων σε υπηρεσίες υγείας και ο ρόλος των επαγγελματιών**

Παρά το γεγονός ότι η έρευνα σχετικά με τις διαδικασίες σε επίπεδο πολιτικής που εμποδίζουν ή προάγουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες των αστέγων είναι αρκετά περιορισμένη, θα επιχειρηθεί να γίνει μία βιβλιογραφική αποτίμηση των παραγόντων εκείνων που εμποδίζουν ή προάγουν την πρόσβαση των αστέγων σε υπηρεσίες υγείας.

Η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι ένα πολύπλοκο και πολυδιάστατο ζήτημα το οποίο έχει μελετηθεί μέσα από διάφορους παράγοντες και μεταβλητές. Έρευνα που διεξήχθη αναφορικά με την προσβασιμότητα των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων ανέδειξε ότι κύριοι λόγοι που εμποδίζουν την πρόσβαση μεταξύ άλλων είναι: η αδυναμία κατανόησης της γραφειοκρατίας, η έλλειψη ασφάλισης υγείας, το κόστος των υπηρεσιών υγείας, η προκατάληψη προς των σύστημα υγείας από τα ίδια τα άτομα αλλά και οι διακρίσεις των ίδιων των επαγγελματιών προς τους ασθενείς. (Karamitri et.al., 2012). Επιπλέον, μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής έδειξε ότι το 57% των αστέγων ήταν ανασφάλιστοι

καθώς η έλλειψη ασφάλισης συσχετίστηκε με σημαντικά χαμηλότερες πιθανότητες χρήσης των υπηρεσιών υγείας. (Hwang et al., 2010)

Οι άστεγοι επιπλέον αντιμετωπίζουν συνήθως με καχυποψία τις υπηρεσίες ανάμεσα σε αυτές και οι υπηρεσίες υγείας γεγονός που βασίζεται κυρίως σε προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες, όπως ότι τα καταφύγια είναι πιο επικίνδυνα από τους δρόμους. (Daiski, 2007). Η στάση αυτή επιβεβαιώνει την αποτυχία του κοινωνικού κράτους να επιτύχει τον σκοπό του καθώς οι θεσμοί έχουν απορρίψει τα άτομα πολύ πιο πριν γίνουν άστεγα. (Παπαδοπούλου και Κουραχάνης, 2017)

Στους δομικούς παράγοντες που εμποδίζουν την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι η ολοένα αυξανόμενη ιδιωτικοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης, με την λογική του κεφαλαίου να κυριαρχεί (Christiansen,2017). Αποτέλεσμα των νεοφιλελεύθερων πολιτικών είναι η εμπορευματοποίηση της υγείας η οποία με τη σειρά της μεγεθύνει τις ανισότητες στη υγεία. Η ιδιωτικοποίηση και η υποχώρηση των κρατικών υπηρεσιών έχουν οδηγήσει σε μια αυξανόμενη προσπάθεια πολλών μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ) να καλύψουν το κενό στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Το πεδίο δράσης των περισσότερων ΜΚΟ είναι η ανακούφιση της φτώχειας, των ασθενειών ή άλλων κοινωνικών προβλημάτων. (Κουραχάνης, 2022)

Επιπρόσθετα, η στάση τόσο των επαγγελματιών όσο και των απευθυνόμενων στις υπηρεσίες υγείας είναι ένας παράγοντας που μπορεί να διαδραματίσει κομβικό ρόλο στην προσβασιμότητα στις περισσότερες δημόσιες υπηρεσίες. Μελέτες που έχουν διεξαχθεί στις Η.Π.Α έχουν αναδείξει ότι τα άτομα που βιώνουν την έλλειψη στέγης συχνά θεωρούνται «δύσκολα προσεγγίσιμα» (Cortis, 2012) και οι κυβερνητικές υπηρεσίες τα έχουν περιγράψει ως «ανθεκτικά στην αποδοχή υπηρεσιών» (NYC Department of Homeless Services, 2017) δημιουργώντας μια αφήγηση ότι τα άστεγα άτομα αντιστέκονται στην προσφορά υπηρεσιών. Αντίστοιχα, έρευνα αναφορικά με τις εμπειρίες των αστέγων σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, ανέδειξε ότι δεν λαμβάνουν επαρκή καθοδήγηση από τους γιατρούς ενώ ταυτόχρονα αντιμετωπίζουν σημαντικές διοικητικές δυσκολίες στην συνδιαλλαγή τους με τις ιατρικές δομές. (Howard,2024)

Στον αντίποδα, άλλη μελέτη έχει αναδείξει ότι τα άστεγα άτομα θα αποδεχθούν μια προσφορά υπηρεσιών, εάν ο ξενώνας ή οι υπηρεσίες είναι προσαρμοσμένες κατάλληλα με τις ανάγκες και τις προτιμήσεις τους (Daiski, 2007). Για παράδειγμα εάν υπάρχουν περίπλοκες ιατρικές ανάγκες ή αν τα άστεγα άτομα διαθέτουν ζώο συντροφιάς συνήθως αποκλείονται από τους ξενώνες αστέγων. Οι διακρίσεις και ο κοινωνικός αποκλεισμός που βιώνουν τα άστεγα άτομα αποτελούν πρόσθετους στρεσογόνους παράγοντες που ενισχύουν την κοινωνική απομόνωση και τον αποκλεισμό.

Ο συνδυασμός των εμπειριών διάκρισης και απομόνωσης και το πρόσθετο στρες μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη συμπεριφορά αναζήτησης υπηρεσιών υγείας. (White & Newman, 2014). Επιπλέον οι άστεγοι μπορεί να έρθουν αντιμέτωποι με αρνητικές συμπεριφορές από τους επαγγελματίες υγείας. Το παράδειγμα αυτό μπορεί να ερμηνεύσει απόλυτα τη θεωρία του Lipsky (1980) αναφορικά με τον ρόλο που διαδραματίζουν στις δημόσιες υπηρεσίες οι γραφειοκράτες της πρώτης γραμμής. Συμφωνά με τον Lipsky οι γραφειοκράτες πρώτης γραμμής είναι οι διαμεσολαβητές μεταξύ του κράτους και των πολιτών και μπορούν να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στη μεταξύ τους σχέση.

Στη βάση αυτού του επιχειρήματος προστίθεται η διακριτική ευχέρεια των δημόσιων υπάλληλων για τις αποφάσεις σχετικά με το πώς θα εφαρμόσουν τις πολιτικές στους πολίτες τους οποίους καλούνται να εξυπηρετήσουν. Η διακριτική αυτή ευχέρεια τους επιτρέπει να προσαρμόζουν τις αποφάσεις τους ανάλογα με τις ανάγκες των πολιτών, αλλά παράλληλα φέρει και κινδύνους, όπως η άνιση μεταχείριση διαφορετικών ομάδων. (Lipsky, 1980) Ειδικότερα για την ομάδα των αστέγων είναι απαραίτητη η εδραίωση εμπιστοσύνης προς το σύστημα προκειμένου να δεχτούν οποιαδήποτε υπηρεσία. (Κουραχάνης & Παπαδοπούλου, 2017). Κομβικό ρόλο εδώ διαδραματίζουν οι επαγγελματίες που εφαρμόζουν κοινωνικές πολιτικές προσπαθώντας να επαναπροσδιορίσουν τη σχέση των αστέγων με το σύστημα.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω η κοινωνική ασφάλιση προάγει την πρόσβαση των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων και των αστέγων στο σύστημα υγείας ωστόσο από μόνη της αρκεί για να αυξήσει την προσβασιμότητα. Έρευνα που

πραγματοποιήθηκε στον Καναδά ανέδειξε ότι οι άστεγοι εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη ακόμα και εντός ενός καθολικού συστήματος υγειονομικής ασφάλισης. Τα αίτια των εμποδίων οφείλονταν κυρίως σε ζητήματα που σχετίζονται με σωματικές επιθέσεις αλλά και λόγω της δυσπιστίας τους προς τις υπηρεσίες υγείας. (Hwang et al., 2010)

Επιπλέον, όσο αφορά την πρόσβαση των αστέγων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ένας σημαντικός παράγοντας που μπορεί να ενισχύσει την προσβασιμότητα είναι η γεωγραφική τοποθεσία των υπηρεσιών υγείας. Η ύπαρξη ιατρικών υπηρεσιών ή κλινικών που δεν βρίσκονται σε κεντρική γεωγραφική τοποθεσία των μεγάλων πόλεων που βρίσκονται τα άστεγα άτομα λειτουργεί ανασταλτικά καθώς δεν είναι εύκολα προσεγγίσιμες από τα ίδια τα άστεγα άτομα. (White & Newman, 2014). Η απομάκρυνση των υπηρεσιών υγείας από τις κεντρικές τοποθεσίες όπου ζουν και κινούνται οι άστεγοι πληθυσμοί οδηγεί τελικά σε έναν φαύλο κύκλο αποκλεισμού καθώς οι κοινωνικές πολιτικές που δεν λαμβάνουν υπόψη τη γεωγραφική διασπορά των ευάλωτων πληθυσμών επιτείνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό. (Curtis & Jones, 1998).

Γενικότερα η χρήση υπηρεσιών υγείας από άστεγους στις δυτικές κοινωνίες χαρακτηρίζεται κυρίως από υψηλή χρήση επείγουσας ή απρογραμματίστης περίθαλψης γεγονός που οφείλεται σε σημαντικό βαθμό στην μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Στην Αγγλία για παράδειγμα, οι άστεγοι χρησιμοποιούν τα επείγοντα πέντε έως επτά φορές πιο συχνά από τον γενικό πληθυσμό. (Elwell-Sutton, 2017)

#### **4.4 Η Προσβασιμότητα των Αστέγων στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελληνική Περίπτωση**

Στην ελληνική περίπτωση η πρόσβαση των αστέγων σε υπηρεσίες υγείας είναι ένα πεδίο που δεν έχει μελετηθεί. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι η αστεγία είναι ένα πολυσύνθετο και ετερόκλητο φαινόμενο ενώ ταυτόχρονα η εκδήλωση του φαινομένου δεν είναι εύκολα προβλέψιμη. (Κουραχάνης, 2022) Οι περισσότερες εγχώριες μελέτες εξετάζουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας γενικότερα ευάλωτων κοινωνικών ομάδων ή μεταναστών. Στην παρούσα ενότητα θα επιχειρηθεί

να γίνει μία σύντομη αποτίμηση των γενικών παραγόντων που επηρεάζουν την πρόσβαση των πολιτών στην δημόσια υγεία, δεδομένης της έλλειψης σχετικής βιβλιογραφίας, ενώ μέσα από την διερεύνηση των υπάρχοντων υπηρεσιών που υποστηρίζουν άστεγους θα αναδειχθεί ο τρόπος που η ελληνική κοινωνία διαχειρίζεται τα πολύπλοκα κοινωνικά φαινόμενα.

Όπως ανέδειξε και η διεθνής βιβλιογραφία στην προηγούμενη ενότητα τα άστεγα άτομα έρχονται αντιμέτωπα με μια σειρά από οικονομικές και διοικητικές δυσκολίες όπως για παράδειγμα η απουσία ασφάλισης υγείας γεγονός που επηρεάζει άμεσα την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. (FEANTSA, 2023). Στην Ελλάδα, το μεγαλύτερο ποσοστό των αστέγων βιώνει τον αποκλεισμό από το Εθνικό Σύστημα Υγείας λόγω της απώλειας των εγγράφων και αδυναμίας έκδοσης των δικαιολογητικών που απαιτούνται, ή εξαιτίας των οφειλών τους στα ασφαλιστικά ταμεία (Κουραχάνης 2016).

Η ύπαρξη κοινωνικής ασφάλισης είναι ο παράγοντας εκείνος που προάγει την είσοδο των πολιτών στα δημόσια συστήματα υγείας. Η Ελλάδα ανήκει στις χώρες με Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ),<sup>4</sup> όπου το δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη δεν προέρχεται από τις εισφορές αλλά από την ιδιότητα του πολίτη<sup>5</sup>. (Πετμεζίδου κ.α, 2017). Στα συστήματα τύπου ΕΣΥ η υγεία αντιμετωπίζεται ως δημόσιο αγαθό όπου εξασφαλίζεται η ισότιμη και καθολική κάλυψη όλου του πληθυσμού. Στην Ελλάδα διατηρήθηκε ένα μεικτό κατακερματισμένο σύστημα με χρηματοδότηση τόσο από τη φορολογία όσο και από τις εισφορές των ασφαλισμένων πολιτών με αποτέλεσμα την δημιουργία σημαντικών ανισοτήτων ως προς την κάλυψη των αναγκών υγείας. (Πετμεζίδου κ.α, 2017).

---

<sup>4</sup> Τα συστήματα αυτά ονομάζονται τύπου «Beveridge» και εδραιώθηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις σκανδιναβικές χώρες κατά τα μέσα του 20ού αιώνα. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 εισήχθησαν και στις τέσσερις χώρες της νότιας Ευρώπης ανάμεσα σε αυτές και η Ελλάδα. (Πετμεζίδου κ.α, 2017).

<sup>5</sup> Η ιδιότητα του πολίτη μπορεί να οριστεί ως η έννοια του «ανήκειν» σε μια πολιτική κοινότητα. Υπό αυτό το πρίσμα, η ιδιότητα του πολίτη διαφοροποιεί πολίτες και ανθρώπους καθώς στηρίζεται σε πρακτικές συμπερίληψης και αποκλεισμού. Για παράδειγμα, το ποιος ανήκει σε μια πολιτική κοινότητα ορίζεται από εκείνους που δεν ανήκουν. (Κουραχάνης, 2020)

Στα χρόνια που ακολούθησαν οι νεοφιλελεύθερες πολιτικές δεν επέτρεψαν την πραγμάτωση ενός καθολικού δημόσιου συστήματος υγείας καθώς σύντομα εμφανίστηκαν σημαντικά συστηματικά προβλήματα σε διάφορα επίπεδα τα οποία διογκώθηκαν σημαντικά κατά την περίοδο της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης. Ως εκ τούτου, έχοντας ένα ήδη σύστημα υγείας που υπολειτουργεί η πρόσβαση των πολιτών και ειδικότερα των πιο ευάλωτων είναι ιδιαίτερα δυσχερής.

Ωστόσο, το 2016 η πρόσβαση των αστέγων στο δημόσιο Εθνικό Σύστημα Υγείας προωθήθηκε κατά κάποιο τρόπο από μέσα από μία σημαντική νομοθετική ρύθμιση του Ν. 4368/2016. Με τον συγκεκριμένο νόμο, κατοχυρώθηκε το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας όπως και η παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες εξισώνοντας έτσι τα δικαιώματα των ασφαλισμένων και ανασφάλιστων πολιτών. Με αυτό τον τρόπο, οι άστεγοι πολίτες μέχρι και σήμερα μπορούν να επισκέπτονται τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. (Κουραχάνης,2017)

Κατά την τελευταία δεκαετία τα επίπεδα μη καλυπτόμενων αναγκών ιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα είναι σταθερά υψηλότερα από τα αντίστοιχα επίπεδα του των υπόλοιπων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Ειδικότερα το 2019 στην Ελλάδα το 8,1 % του πληθυσμού ανέφερε μη καλυπτόμενες ανάγκες λόγω του κόστους, της απόστασης που πρέπει να διανυθεί ή του χρόνου αναμονής, σε σύγκριση με 1,7 % κατά μέσο όρο σε επίπεδο ΕΕ καταγράφοντας το δεύτερο υψηλότερο επίπεδο μη καλυπτόμενων ιατρικών αναγκών στην ΕΕ μετά την Εσθονία. (European Commission, 2021).

Ζητήματα αναφορικά με την προσβασιμότητα των πολιτών στην υγεία αξίζει να μελετηθούν από την σκοπιά των δημοσίων δαπανών που αφορούν την υγεία. Σύμφωνα με την έκθεση «State of Health in the EU της Ευρωπαϊκής Επιτροπής» στην Ελλάδα οι δημόσιες δαπάνες στην υγεία είναι πολύ χαμηλότερες σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε γεγονός που αναδεικνύει ότι οι ισχύουσες πολιτικές αδιαφορούν για τα όσα οι διεθνείς συμβάσεις προάγουν όπως και για την προώθηση των κοινωνικών δικαιωμάτων. Αντίστοιχα χαμηλά είναι και τα επίπεδα δαπανών για

την μακροχρόνια φροντίδα και την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ενώ ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού περίπου 35% συμβάλει στις συνολικές δαπάνες της υγείας του ελληνικού κράτους μέσα από άμεσες ιδιωτικές πληρωμές. (European Commission, 2021).

Τα δεδομένα που αντλούνται από τις εκθέσεις της Ε.Ε αναδεικνύουν το επιχείρημα ότι η πρόσβαση στην υγεία βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στον ιδιωτικό τομέα (κεφάλαιο) γεγονός που δυσχεραίνει γενικότερα την προσβασιμότητα των πολιτών στην υγεία. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες βασίζεται στην αγοραστική δύναμη των πολιτών ενώ για εκείνους που διαβιούν με όρους φτώχειας η μοναδική ιατρική περίθαλψη μπορεί να αναζητηθεί μόνο σε δημόσιες δομές ή σε υπηρεσίες μη κυβερνητικών οργανώσεων. (Doetsch et al., 2023)

Οι υπηρεσίες υγείας έχοντας αυστηρές προϋποθέσεις για την πρόσβαση των αστέγων στη δημόσια υγεία συνήθως αδυνατούν να αντιμετωπίσουν επαρκώς τις πολύπλοκες ανάγκες των άστεγων ασθενών καθώς δεν είναι κατάλληλα προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους. Τα περισσότερα συστήματα υγείας σε όλη την Ευρώπη όπως και στην Ελλάδα τείνουν να κατακερματισμένα και καθόλου ευέλικτα γεγονός που προκαλεί σημαντικές ανισότητες στην υγεία για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες όπως είναι οι άστεγοι. (FEANTSA, 2023).

Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις και η κοινωνία των πολιτών καλούνται πολλές φορές να αναλάβουν την παροχή υπηρεσιών υγείας στους αστέγους, ως απάντηση στην αποτυχία των κρατικών λειτουργιών να παρέχουν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας οι οποίες όπως αναδείχθηκε αποτελούν θεμελιώδες κοινωνικό δικαίωμα. Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις συνήθως εφαρμόζουν διεπιστημονικές προσεγγίσεις υποστήριξης ώστε να αντιμετωπίζουν τις πολύπλοκες κοινωνικές και υγειονομικές ανάγκες των ατόμων που βιώνουν έλλειψη στέγης. Μία τέτοια προσέγγιση περιλαμβάνει συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών όπως είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι επαγγελματίες υγείας αλλά και ειδικούς σε θέματα στέγασης. (FEANTSA, 2023).

Στην Ελλάδα η ιατρική φροντίδα των αστέγων καλύπτεται κυρίως από μη κυβερνητικές οργανώσεις ως βασικούς φορείς κοινωνικής προστασίας και

φροντίδας. Η επικράτηση του νεοφιλελεύθερου κράτους ευημερίας επέφερε ριζικές αναδιαρθρώσεις στις αξίες και τους προσανατολισμούς της κοινωνικής πολιτικής με ένα από τα κυριότερα σημεία αυτό της «ΜΚΟποίησης» (NGOsation) της κοινωνικής πολιτικής μέσω της επικράτησης του προνοιακού πλουραλισμού<sup>6</sup>(welfare pluralism). (Κουραχάνης,2023). Η εδραίωση μιας κοινωνικής πολιτικής με νεοφιλελεύθερα χαρακτηριστικά εστιάζει στη διαχείριση της ακραίας φτώχειας και τη συρρίκνωση του κράτους με την ταυτόχρονη επέκταση του ρόλου των ΜΚΟ επηρεάζοντας άμεσα τον τρόπο που υποστηρίζονται οι άστεγοι. (Kourachanis,2024)

Όπως προκύπτει από την αναζήτηση στην επιστημονική και την γκρι βιβλιογραφία δεν υπάρχουν συγκεκριμένες υπηρεσίες κατάλληλα σχεδιασμένες για τις πολύπλοκες ιατρικές ανάγκες των αστέγων στην Ελλάδα με εξαίρεση τις περιπτώσεις αστέγων που αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ουσιών. Οι περισσότερες υπηρεσίες παρέχονται από οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών που πραγματοποιούν δράσεις για την αστεγία ή την υγεία οι οποίες έχουν δομηθεί στην λογική της αντιμετώπισης της έκτακτης ανάγκης. Αυτού του είδους οι υπηρεσίες εστιάζουν στην κάλυψη άμεσων βιοτικών και υγειονομικών αναγκών των αστέγων με όρους κατεπείγοντος ενώ αποτελούν παραδοσιακές μορφές προστασίας όπως είναι τα υπνωτήρια και τα κέντρα ημέρας. (Κουραχάνης,2022) Αξίζει να σημειωθεί ότι η ύπαρξη ενός σημαντικού προβλήματος υγείας αποτελεί πολλές φορές αιτία αποκλεισμού από τις δομές. (Παπαδοπούλου & Κουραχάνης, 2017)

Στην Ελλάδα οι περισσότερες υπηρεσίες υποστήριξης αστέγων εντοπίζονται στην Αττική καθώς αποτελεί περιοχή που συγκεντρώνεται ο μεγαλύτερος αριθμός αστέγων<sup>7</sup>. Το δίκτυο φροντίδας για τον άστεγο πληθυσμό αποτελείται από συμπράξεις φορέων τοπικής αυτοδιοίκησης με ΜΚΟ ενώ ορισμένα προγράμματα εκτός από τις οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών υλοποιούνται από δήμους. Οι βασικές παρεχόμενες υπηρεσίες που προσφέρονται είναι: κοινωνικές υπηρεσίες,

---

<sup>6</sup> Ο προνοιακός πλουραλισμός (welfare pluralism) ως έννοια υποστηρίζει ότι κοινωνική προστασία εκτός από κρατικούς μπορεί να προσφέρεται και από άλλους φορείς. Μια σειρά θεσμών, όπως η άτυπη φροντίδα της οικογένειας, η κοινωνία των πολιτών, αλλά ακόμη και ο ιδιωτικός τομέας μπορούν να δρουν συμπληρωματικά ή αυτόνομα στην παροχή κοινωνικής προστασίας. (Le Grand,1993)

<sup>7</sup> Έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2018 σε επτά δήμους στην Ελλάδα εντόπισε 1645 αστέγους εκ των οποίων οι 793 βρίσκονταν στην Αττική. (Δημουλάς κ.α , 2018)

συσσίτια, κοινωνικά ιατρεία, , κοινωνικά οδοντιατρεία, κοινωνικά κομμωτήρια, κοινωνικά φαρμακεία, κοινωνικά παντοπωλεία, κοινωνικά πλυντήρια και κοινωνικά κομμωτήρια. Παράλληλα, σε ορισμένους δήμους λειτουργούν υπνωτήρια, ξενώνες και κέντρα ημέρας για τους αστέγους. (PRAKSIS, 2022)

Αναφορικά με τα κέντρα ημέρας, αποτελούν για τους άστεγους ένα σημαντικό σημείο πρόσβασης στην κάλυψη των βασικών τους αναγκών όπως είναι τα τρόφιμα, ο ρουχισμός, τα φάρμακα, είδη ατομικής υγιεινής κ.α. (Κουραχάνης,2022) Επιπλέον, τα προγράμματα τύπου street work<sup>8</sup> εστιάζουν στην κάλυψη άμεσων αναγκών συμπεριλαμβανομένων και ιατρικών. Τα προγράμματα street work για αστέγους βασίζονται στην μεθοδολογία της κοινωνικής εργασίας με επίκεντρο την κοινότητα εστιάζοντας στις αξίες της ενδυνάμωσης και της κοινωνική δικαιοσύνης. Βασικός στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η πρόσβαση των αστέγων σε βασικές υπηρεσίες, όπως η υγεία, η στέγαση και η ψυχική υγεία. (Segulin et al., 2022)

---

<sup>8</sup> Το street work αποτελείται από ομάδες διάφορων ειδικοτήτων (κοινωνικός λειτουργός, ιατρός, νοσηλεύτης κ.α) οι οποίοι προσεγγίζουν αστέγους στον δρόμο επιχειρώντας την εδραίωση μίας σχέσης εμπιστοσύνης. Κατά τη διάρκεια των επιτόπιων παρεμβάσεων οι ομάδες χαρτογραφούν τα σημεία όπου βρίσκονται άστεγοι, παρέχουν άμεση πρακτική και ιατρική βοήθεια και παραπέμπουν τους αστέγους σε ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες. (Rosenheck & Lam,1997). Επιπλέον άλλα προγράμματα street work εστιάζουν στην πρακτική μείωσης της βλάβης σε άστεγους χρήστες ουσιών ή σε άστεγα άτομα εργαζόμενα στο σεξ με στόχο την προστασία από μεταδιδόμενα νοσήματα όπως ο HIV. (Buchanan et al., 2009)

## **Μέρος Β. Μεθοδολογία Έρευνας και Παρουσίαση ερευνητικών ευρημάτων**

### **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> : Μεθοδολογία έρευνας**

#### **5.1. Αντικείμενο της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα**

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η αποτύπωση των παραγόντων που εμποδίζουν την πρόσβαση των αστέγων σε υπηρεσίες υγείας με βάση την εμπειρία των επαγγελματιών στο πεδίο. Ειδικότερα θα επιχειρηθεί η αποτίμηση της συνεισφοράς των επαγγελματιών κοινωνικών επιστημών που εργάζονται σε προγράμματα υποστήριξης αστέγων στην διαχείριση ζητημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι άστεγοι. Τα ερευνητικά ερωτήματα που επιχειρήθηκαν να απαντηθούν μέσω της εμπειρικής μελέτης είναι τα εξής: Ποιοι είναι οι βασικοί παράγοντες αποκλεισμού των αστέγων από υπηρεσίες υγείας και ποιος ο ρόλος των κοινωνικών επιστημόνων στην πρόσβαση των αστέγων στο κοινωνικό δικαίωμα της υγείας.

Για την διεξαγωγή της έρευνας επιλέχθηκαν ποιοτικές ερευνητικοί μέθοδοι. Η επιλογή αυτή έναντι των ποσοτικών μεθόδων έγινε καθώς σκοπός της έρευνας δεν είναι ο έλεγχος προ διατυπωμένων υποθέσεων και η γενίκευση των αποτελεσμάτων αλλά η ανακάλυψη νέων διαστάσεων του ερευνητικού αντικειμένου και η εις βάθος κατανόησή του. Αντίστοιχα επιδιώκεται η εξέταση του ερευνητικού αντικειμένου μέσα από την οπτική και τις εμπειρίες και τις ιστορίες των συμμετεχόντων στην έρευνα. Η ποιοτική προσέγγιση μελετά τα κοινωνικά φαινόμενα στην πολλαπλότητα τους και εστιάζει στη διαφοροποίηση και στην ποικιλία της κοινωνικής ζωής καθώς αποσκοπεί στο να απαντηθούν ερωτήματα όπως «πώς» και «γιατί» εμβαθύνοντας έτσι στην κατανόηση του αντικειμένου της έρευνας. (Τσιώλης, 2013).

#### **5.2. Μέθοδος συλλογής δεδομένων και επιλογή συμμετεχόντων**

Τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας επιχειρήθηκαν να απαντηθούν μέσω της διεξαγωγής οχτώ ημι-δομημένων συνεντεύξεων, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν δια ζώσης και διαδικτυακά με τη χρήση μαγνητοφώνου βασισμένες στον οδηγό

συνέντευξης <sup>9</sup>(Robson, 2002). Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν κατά το διάστημα Οκτωβρίου-Νοεμβρίου 2024. Οι ημιδομημένες συνεντεύξεις χρησιμοποιούνται κατά κύριο λόγο από νέους ποιοτικούς ερευνητές, ώστε να μην παρασυρθούν από τη συνέντευξη και παραλείψουν να ρωτήσουν τα σημεία που θεωρούν σημαντικά για το υπό διερεύνηση αντικείμενο. (Nathan et al., 2019) Αυτή η μέθοδος επιπλέον, επιτρέπει την εξερεύνηση προκαθορισμένων θεματικών, αλλά και την ευελιξία για την ανάπτυξη νέων ζητημάτων που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια της συζήτησης (Kvale & Brinkmann, 2015). Οι συνεντεύξεις εστίασαν σε πέντε θεματικούς άξονες οι οποίοι σχετίζονται με την επίδραση της αστεγίας στη υγεία, ζητήματα προσβασιμότητας και παράγοντες αποκλεισμού, τις επιπτώσεις της στεγαστικής κρίσης της ακρίβειας και της συρρίκνωσης του κοινωνικού κράτους στην πρόσβαση των αστέγων στην υγεία, στην φροντίδα και παροχή υπηρεσιών υγείας από ΜΚΟ και στον ρόλο των επαγγελματιών στην προώθηση της πρόσβασης.

Τα βασικά κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για την επιλογή των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν να είναι κοινωνικοί επιστήμονες που εργάζονται με αστέγους στην περιοχή της Αθήνας εξασφαλίζοντας έτσι τη μεγαλύτερη δυνατή επαγγελματική αλληλεπίδραση μαζί τους. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα επιπλέον επιλέχθηκαν με βάση την επαγγελματική τους εμπειρία και με βάση του ρόλου και του πεδίου δράσης του φορέα που εργάζονται. Οι συμμετέχοντες προέρχονται κυρίως από δημόσιους φορείς, ΜΚΟ, κοινωνικές υπηρεσίες και οργανώσεις που ασχολούνται με την αστεγία και την υγεία. Η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε με βάση την εμπειρία τους και την επαγγελματική τους εμπλοκή σε θέματα κοινωνικής ένταξης και υγείας (Patton, 2015).

Το αρχικό σημείο πρόσβασης στους πληροφοριοδότες ήταν μέσω προσωπικού δικτύου επαφών και στη συνέχεια μέσω της τεχνικής της δειγματοληψίας χιονοστιβάδας, όπου οι ερευνητικοί συμμετέχοντες βοηθούν στην προσέλκυση μελλοντικών συμμετεχόντων σε μια μελέτη. Οι συνεντεύξεις διήρκεσαν περίπου 50 λεπτά. Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στα ηθικά ζητήματα. Για το λόγο αυτό όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν αναλυτικά

---

<sup>9</sup> Ο οδηγός συνέντευξης παρατίθεται στο παράρτημα

για τον σκοπό της έρευνας μέσω γραπτού email κατά την αρχική επικοινωνία και τους ζητήθηκε η συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή τους και τη χρήση των δεδομένων. Προκειμένου να διασφαλιστεί η ανωνυμία και το απόρρητο των προσωπικών τους δεδομένων δεν θα γίνει αναφορά σε δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. (Creswell & Poth, 2017). Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας δεν προέκυψαν ιδιαίτερες δυσκολίες. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, υπήρξε άμεση ανταπόκριση από τους συμμετέχοντες. Υπήρξε μόνο μία περίπτωση που ακυρώθηκε η συνέντευξη την ίδια ημέρα που είχε οριστεί και χρειάστηκε να επαναπρογραμματιστεί.

### **5.3. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων**

Με την ολοκλήρωση των συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε η απομαγνητοφώνηση τους για την ορθότερη ανάλυση των δεδομένων η οποία ήταν μία χρονοβόρα διαδικασία. Η έρευνα διεξήχθη με τη χρήση θεματικής ανάλυσης και κωδικοποίησης, με κύρια έμφαση στην απάντηση του κεντρικού ερευνητικού ερωτήματος: «Ποιοι είναι οι παράγοντες που εμποδίζουν την πρόσβαση των αστέγων στο κοινωνικό δικαίωμα της υγείας». Αυτή η μεθοδολογική επιλογή ανάλυσης των δεδομένων κρίνεται κατάλληλη, καθώς επιτρέπει την εις βάθος διερεύνηση των αντιλήψεων, των πρακτικών και των εμπειριών των κοινωνικών επιστημόνων σε σχέση με την πρόσβαση των αστέγων σε υπηρεσίες υγείας (Creswell, 2013).

Η θεματική ανάλυση είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδος για την αναγνώριση, ανάλυση και αναφορά συγκεκριμένων θεματικών μέσα στα δεδομένα (Braun & Clarke, 2006). Η μέθοδος της θεματικής ανάλυσης θα επιτρέψει την κατηγοριοποίηση των απαντήσεων σε βασικές θεματικές ενότητες που αφορούν τους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση των αστέγων στις υπηρεσίες υγείας και τον ρόλο που διαδραματίζουν οι επαγγελματίες. Η κωδικοποίηση των δεδομένων θα γίνει με βάση τις απαντήσεις των συμμετεχόντων και τις αναφορές σε συγκεκριμένες εμπειρίες και προκλήσεις που αντιμετωπίζουν.

## **Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> : Παρουσίαση ερευνητικών ευρημάτων**

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται η ανάλυση των ερευνητικών ευρημάτων από την εμπειρική έρευνα που προέρχονται από τις ημιδομημένες συνεντεύξεις με τους

επαγγελματίες οι οποίοι απασχολούνται σε προγράμματα υποστήριξης αστέγων στο κέντρο της Αθήνας. Η ανάλυση αυτή απαντά στα ερευνητικά ερωτήματα, καθώς βασίζεται σε βιωμένες εμπειρίες, οι οποίες είναι καθοριστικές για την ανάδειξη της πραγματικής εικόνας αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση των αστέγων σε υπηρεσίες υγείας. Τα δεδομένα επεξεργάστηκαν μέσω της θεματικής ανάλυσης, ξεκινώντας από την απομαγνητοφώνηση των ηχογραφημένων συνεντεύξεων και την κατηγοριοποίησή τους σύμφωνα με τους θεματικούς άξονες.

Η εμπειρική έρευνα ανέδειξε συγκεκριμένους θεματικούς άξονες, οι οποίοι αναδεικνύουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση των αστέγων στις υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα, η αστεγία εντοπίστηκε ως κεντρικός παράγοντας αποκλεισμού, ο οποίος επιτείνει τη δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Η υποβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών στην Ελλάδα σε συνδυασμό με την ιδιωτικοποίηση και την έμφαση στις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, αποτέλεσε μία επιπλέον κατηγορία ευρημάτων ενώ η απουσία πρόληψης και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αναφέρθηκε ως κρίσιμο έλλειμμα. Οι συμμετέχοντες κατέδειξαν ότι παράγοντες όπως η περίπλοκη γραφειοκρατία και οι γλωσσικές δυσκολίες αποτελούν πρόσθετα εμπόδια στην πρόσβαση των αστέγων στις υπηρεσίες.

Επιπλέον, η επικράτηση του νεοφιλελεύθερου κράτους ευημερίας, σε συνδυασμό με την ανάδυση της «ΜΚΟποίησης» της κοινωνικής πολιτικής, εντοπίστηκε ως σημαντικός δομικός παράγοντας που επηρεάζει τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η γεωγραφική απόσταση των υπηρεσιών από τις περιοχές που βρίσκονται τα άστεγα άτομα αναφέρθηκε ως μία επιπλέον διάσταση που δυσχεραίνει την πρόσβαση τους. Τέλος, ο ρόλος των επαγγελματιών αναδείχθηκε ως καθοριστικός, με ιδιαίτερη έμφαση στον στιγματισμό των αστέγων και την δυσπιστία που δημιουργείται προς τις υπηρεσίες, καθώς και την διακριτική ευχέρεια των επαγγελματιών κατά την άσκηση των καθηκόντων τους.

### **6.1 Η αστεγία ως βασικός παράγοντας αποκλεισμού από τις υπηρεσίες**

Το πρώτο εύρημα της εμπειρικής έρευνας συνδέεται με την ίδια την κατάσταση της αστεγίας ως παράγοντα αποκλεισμού από οποιαδήποτε υπηρεσία και

ειδικότερα τις υπηρεσίες υγείας. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε ότι η διαβίωση στο δρόμο αποτελεί βασικό παράγοντα που εμποδίζει τους αστέγους να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι άστεγοι όπως διαπιστώθηκε στο θεωρητικό μέρος αποτελούν μία κοινωνική ομάδα η οποία κατεξοχήν αντιμετωπίζει πολλαπλά κοινωνικά μειονεκτήματα και κοινωνικό αποκλεισμό. (Παπαδοπούλου & Κουραχάνης , 2017). Το παρακάτω απόσπασμα αναδεικνύει ότι οι άστεγοι περιγράφονται ως αποκλεισμένοι από τις υπηρεσίες λόγω της έλλειψης στέγης αλλά και εξαιτίας της περιορισμένης προσβασιμότητας στην πληροφορία που μπορεί να παρέχει μία σταθερή κατοικία που έχει πρόσβαση στην τεχνολογία. Η ενημέρωση και η πρόσβαση στην πληροφορία αποτελεί πρωταρχικό στάδιο για να έχει οποιοδήποτε άτομο πρόσβαση στα κοινωνικά δικαιώματα και παροχές.

*«Δεδομένου ότι κάποιος δεν έχει στέγη , δεν υπάρχει και πρόσβαση σε υπολογιστή ή σε κάποιο μέσο δικτύωσης. Ούτε ένας κοινωνικός περίγυρος γενικότερα να τους πληροφορήσει για αυτές τις υπηρεσίες. Εν γένει είναι άνθρωποι αποκλεισμένοι, γιατί δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες και δεν μπορούν να μάθουν για καινούργιες υπηρεσίες, που τυχόν συστήνονται..»*

Κοινωνικός Λειτουργός – εργαζόμενος στο πεδίο

Επιπλέον, στο επόμενο απόσπασμα τονίζεται η προτεραιότητα στην επιβίωση αντί για την υγεία που έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι οι άστεγοι. Οι περιορισμένοι πόροι και η απουσία κάλυψης των βασικών αναγκών οδηγούν στην ιεράρχηση τους με αποτέλεσμα η πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη να γίνεται «πολυτέλεια». Η προτεραιότητα στην επιβίωση οφείλεται στον αντίκτυπο των κοινωνικών πολιτικών με νεοφιλελεύθερα χαρακτηριστικά οι οποίες εστιάζουν όπως διαπιστώθηκε στη διαχείριση της ακραίας φτώχειας επηρεάζοντας άμεσα τον τρόπο υποστήριξης των αστέγων.(Kourachanis,2024).Το εύρημα αυτό επιπλέον, ενισχύει την αρχική θεωρία ότι ο αποκλεισμός δεν αφορά μόνο την έλλειψη υλικών αγαθών αλλά και τη συστημική αδυναμία κάλυψης βασικών αναγκών. Με αυτό τον τρόπο, επιβεβαιώνεται και η σημασία της προσέγγισης του «Housing First» που βασίζεται στην θεώρηση ότι οι άνθρωποι χρειάζονται βασικά αγαθά, όπως τροφή και στέγη, προτού ασχοληθούν με ζητήματα όπως η αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας (National Alliance to End Homelessness, 2022).

*«Βασικό είναι ότι μπαίνει μπροστά η επιβίωση δηλαδή. Αν θα βρώ ένα πιάτο φαγητό, τώρα. Αν πονάω ή έχω ένα άλλο θέμα υγείας πιο δύσκολο, θα πάει σε δεύτερο πλάνο. Γιατί εάν δεν έχεις να φας και να πληθείς.. Πρώτα θα πας εκεί και μετά θα ψάξεις στο γιατρό.»*

Κοινωνικός Λειτουργός – εργαζόμενος στο πεδίο

## **6.2 Συρρίκνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών: Ιδιωτικοποίηση και Ανάδειξη των Υπηρεσιών Έκτακτης Ανάγκης**

Μία δεύτερη κατηγορία ευρημάτων συνδέεται άμεσα με τους δομικούς παράγοντες της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας στην ελληνική περίπτωση η οποία αφορά την συρρίκνωση και την υποστελέχωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών. Σχεδόν όλοι οι ερωτώμενοι τόνισαν την ανεπάρκεια του Εθνικού Συστήματος Υγείας και του κοινωνικού κράτους να ανταποκριθούν τόσο στις ανάγκες του γενικού πληθυσμού και ειδικότερα των πιο ευάλωτων όπως είναι οι άστεγοι.

*«Τώρα η πολιτική που ασκείται είναι μια πολιτική και τα τελευταία χρόνια δηλαδή από την κρίση και έπειτα λιτότητας, δηλαδή συρρίκνωση των δαπανών. Αυτό από μόνο του υπαγορεύει συγκεκριμένες πολιτικές υγείας. Εδώ βλέπεις τα νοσοκομεία υπολειτουργούν στην περιφέρεια είναι σαν κέντρα υγείας. Πόσο μάλλον οι υπηρεσίες προς αυτούς τους πληθυσμούς που δεν τους θεωρεί το κράτος, δεν τους αναγνωρίζει στα μάτια τα δικά του ως ισότιμους πολίτες το να λάβουν υπηρεσίες»*

Κοινωνική Επιστήμονας – ερευνήτρια

*«Η Ελλάδα καταρχάς δεν έχει ένα σύστημα πρόνοιας. Δεν υπάρχει πρόνοια στην Ελλάδα. Αυτό που λέμε συστηματική πρόνοια - διαχείριση των καταστάσεων. Δεν υπάρχει ένα σύστημα πρόνοιας το οποίο να καταγράφει τον αριθμό των αστέγων στην χώρα. Οπότε αυτή τη στιγμή μπορεί να υπάρχουν διαφορετικές διατάξεις οδηγίες, προσπάθειες και τα λοιπά αλλά δεν υπάρχει κανένα που να είναι συστηματικό.»*

Στέλεχος μη κυβερνητικής οργάνωσης

Στα αποσπάσματα αυτά, περιγράφεται η απουσία ενός οργανωμένου και συστηματικού κοινωνικού κράτους που να μπορεί να αντιμετωπίσει την αστεγία και να αναγνωρίσει τις ιδιαίτερες ανάγκες των αστέγων καθώς διαγράφεται η κυριαρχία των δομικών και θεσμικών παραγόντων ως βασικούς γενεσιουργούς παράγοντες της αστεγίας. (Κουραχάνης & Παπαδοπούλου, 2017). ) Όπως περιεγράφηκε και στο θεωρητικό μέρος, οι άνθρωποι καταλήγουν άστεγοι (roofless) εξαιτίας μίας πολύπλοκης αλληλεπίδρασης μεταξύ ατομικών και δομικών παραγόντων όπως είναι η υγεία, η φτώχεια, η ανεργία κ.α. Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν τον υπολειμματικό χαρακτήρα των κοινωνικών πολιτικών στην Ελλάδα στην προστασία της στέγης. Με αυτό τον τρόπο , αποτυπώνεται πλήρως η «υπολειμματική προσέγγιση» των κοινωνικών πολιτικών στέγασης και εν γένει των κοινωνικών υπηρεσιών που αντιμετωπίζει η ελληνική κοινωνία από την περίοδο της κρίσης και έπειτα. (Κουραχάνης, 2017)

*«Θεωρώ ότι το ΕΣΥ δεν μπορεί να αντιμετωπίσει πολλά προβλήματα πολλών ατόμων που έχουν στέγη... πόσο μάλλον των αστέγων και βλέπω κάπως ότι πάλι υθύν τους ανθρώπους στο να δουν τα πράγματα ιδιωτικά.....»*

Κοινωνική Λειτουργός – εργαζόμενη στο πεδίο

Στο εν λόγω απόσπασμα, τονίζεται η ανεπάρκεια του Εθνικού Συστήματος Υγείας να καλύψει τις ανάγκες όλων των πολιτών που βρίσκονται στην Ελλάδα. Βασικός δομικός παράγοντας που εμποδίζει την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, όπως αναδείχθηκε και στο θεωρητικό μέρος είναι η εμπορευματοποίηση και η ιδιωτικοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης με την λογική του κεφαλαίου να κυριαρχεί (Christiansen,2017). Η συρρίκνωση των δημοσίων υπηρεσιών και η εξώθηση των ανθρώπων στον ιδιωτικό τομέα αποτελεί το πλέον κλασσικό παράδειγμα των νεοφιλελεύθερων πολιτικών όπου η υγεία και η πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες αποτελούν καταναλωτικά αγαθά διαβρώνοντας την έννοια των κοινωνικών δικαιωμάτων. (Harvey,2005)

*«Το Εθνικό Σύστημα Υγείας καταρρέει. Και καταρρέει πολύ μεθοδευμένα, γιατί αυτή τη στιγμή υπάρχει μια τεράστια στοχευμένη επίθεση και υποβάθμισή του.»*

*Του χτυπούν τα θεμέλια δηλαδή, μέχρι να καταρρεύσει τελείως και να οδηγηθούμε όλοι στον ιδιωτικό τομέα»*

Κοινωνική Λειτουργός – εργαζόμενη στο πεδίο

Με βάση τα παραπάνω αποσπάσματα και με την επικράτηση των νεοφιλελεύθερων πολιτικών στην υγεία, συμπεραίνεται ότι οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες των ανθρώπων με αποτέλεσμα η πρόσβαση να συνδέεται άμεσα με την οικονομική δυνατότητα των ατόμων που εξωθούνται στον ιδιωτικό τομέα. Η διαπίστωση αυτή επιβεβαιώνει τη θεωρία για ιατρική περίθαλψη των φτωχών η οποία στηρίζεται αποκλειστικά σε δημόσιες δομές ή σε υπηρεσίες μη κυβερνητικών οργανώσεων. (Doetsch et al., 2023) Στην περίπτωση των αστέγων στην Ελλάδα, όπου η έννοια τους εισοδήματος στις περισσότερες περιπτώσεις δεν υφίσταται, η εξυπηρέτησή τους μπορεί να γίνει μόνο από τις δημόσιες δομές υγείας οι οποίες αντιμετωπίζουν σημαντικές παθογένειες στην επαρκή κάλυψη των αναγκών. Επομένως, οι ανισότητες που δημιουργούνται στην εν λόγω περίπτωση αποδίδουν μία ταξική διάσταση στην συζήτηση καθώς η πρόσβαση στην υγεία βασίζεται στην αγοραστική δύναμη των ατόμων. (Muntaner et al, 2000).

### **6.2.1 Απουσία πρόληψης και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας**

Μία υποκατηγορία ευρημάτων που συνδέεται με την γενικότερη υπολειμματική προσέγγιση που ακολουθείται τόσο στις πολιτικές υγείας, με την συρρίκνωση του ΕΣΥ, όσο και στην κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα είναι η απουσία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων, τόνισε ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας η οποία εστιάζει στην πρόληψη διαδραματίζει κομβικό ρόλο στην προσβασιμότητα των αστέγων στις υπηρεσίες υγείας.

*«Το κομμάτι της πρόληψης και της ενημέρωσης παίζει σημαντικό ρόλο γιατί πολλοί άστεγοι δεν γνωρίζουν ότι ένα ζήτημα που αντιμετωπίζουν δεν θα φύγει άμα δεν πάνε στον γιατρό. Εμείς ως πούμε, είχαμε έναν κύριο 70 χρονών, ο οποίος ήταν άστεγος χρόνια, και είχε μία βουβωνοκήλη η οποία ήταν τεράστια... Τον είχαμε πάει στο νοσοκομείο και μας είχαν ότι δεν θα αναλάβουν το ρίσκο της εγχείρησης, λόγω ηλικίας, επειδή ο άνθρωπος τον είχε αφήσει τόσο πολλά χρόνια να εξελιχθεί»*

Κοινωνικός Λειτουργός – εργαζόμενος στο πεδίο

Η προστασία και η προαγωγή της υγείας όλων των ανθρώπων μέσω της πρόληψης αποτελεί ευθύνη των κυβερνήσεων κάθε χώρας σύμφωνα με την διακήρυξη της Άλμα – Άτα. (Declaration of Alma-Ata,1978). Στην Ελλάδα , παρατηρείται ότι η απουσία πολιτικών πρόληψης μέσω μίας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα μπορούσε να αποτρέψει σημαντικά προβλήματα υγείας των αστέγων.

*«Δηλαδή, είτε μιλάμε για την πρωτοβάθμια που δεν είναι εξειδικευμένη, είτε μιλάμε για τη δευτεροβάθμια που είναι πιο σε βάθος και με ειδικότητες, έχει ένα όριο η ιατρική υπηρεσία ως προς το τι μπορεί να διαχειριστεί. Διαχειρίζεται εκ των υστέρων τα συμπτώματα, τις συνέπειες της έκθεσης ενός αστέγου σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία, αλλά κομμάτι πρόληψης δεν υπάρχει.»*

Κοινωνικός Επιστήμονας – Ερευνητής

Η σημασία της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και η καθολικότητα του δικαιώματος της υγείας μέσα από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας διαπιστώθηκε μέσα από την παρουσίαση της Διακήρυξη της Άλμα-Άτα στο θεωρητικό μέρος. (Declaration of Alma-Ata,1978). Στην Ελληνική περίπτωση, παρατηρείται μία τάση η οποία εστιάζει στην διαχείριση μίας συμπτωματολογίας και όχι σε πολιτικές που προλαμβάνουν τα προβλήματα υγείας. Ειδικότερα για τους αστέγους που διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν κάποιο νόσημα όπως διαπιστώθηκε μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, οι πολιτικές πρόληψης μέσω της πρωτοβάθμιας κρίνονται απαραίτητες καθώς προάγουν την υγεία και αποτρέπουν την προσφυγή στα επείγοντα των νοσοκομείων.

### **6.3 Παράγοντες συνδεδεμένοι με γραφειοκρατικά και γλωσσικά εμπόδια**

Μία επιπλέον θεματική που προκύπτει από το εμπειρικό μέρος είναι η αδυναμία των αστέγων να κατανοήσουν τις διαδικασίες των δημοσίων υπηρεσιών υγείας καθώς μπορεί να είναι άτομα αναλφάβητα ή να έχουν διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο γεγονός που δημιουργεί μία σειρά από επιμέρους προβλήματα στην συνδιαλλαγή τους με τις υπηρεσίες. Αυτή η διαπίστωση επιβεβαιώνει την θεωρία που εστιάζει στην αδυναμία κατανόησης της

γραφειοκρατίας ως βασικό παράγοντα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. (Karamitri et.al, 2012). Στο παρακάτω παράδειγμα , παρουσιάζεται η περίπτωση ενός άστεγου ατόμου που δεν γνώριζε γραφή και ανάγνωση ώστε να μπορέσει να κατανοήσει το έγγραφο της κοινωνικής υπηρεσίας.

*«Να σας δώσω ένα παράδειγμα. Βρίσκω εγώ έναν άστεγο και του λέω έχετε αυτά τα προβλήματα υγείας αλλά αυτή τη στιγμή για να μπορέσετε με κάποιο τρόπο να έχετε μια καλύτερη κάλυψη θα πρέπει να σας κάνουν κάποια έγγραφα. Και ο άνθρωπος αυτός λέει εγώ ούτε διαβάζω ούτε γράφω δεν ξέρω τι θα πρέπει να κάνω; Και του λέω πηγαίνετε στο Δήμο Αθηναίων, εδώ δίπλα ακριβώς, στη κοινωνική υπηρεσία που του έδωσε ένα χαρτί που του λέει πάρε αυτό το χαρτί με δέκα σημεία και λέει ούτε διαβάζω ούτε γράφω...τι είναι αυτά;»*

Στέλεχος Μη Κυβερνητικής Οργάνωσής

*«Πολλές φορές κάποιο άστεγο άτομο θα πάει στο νοσοκομείο και δεν θα είναι σε κατάσταση που μπορεί εύκολα να συνεννοηθεί. Μπορεί να φύγει με πειθαρχικό εξιτήριο. Και να μην γίνει τίποτα.»*

*Κοινωνική Λειτουργός – εργαζόμενη στο πεδίο*

Το συγκεκριμένο απόσπασμα αναδεικνύει τη βάρβαρη αντιμετώπιση που μπορεί να καταλήξουν να έχουν οι άστεγοι στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας λόγω της αδυναμίας τους να συνεννοηθούν. Στα γλωσσικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν τα άστεγα άτομα προστίθενται και η απουσία νομιμοποιητικών εγγράφων ως βασικό διοικητικό εμπόδιο που συχνά αντιμετωπίζουν για ποικίλους λόγους. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα ανέφεραν ότι οι άστεγοι που διαβιούν στον δρόμο στην Ελλάδα μπορεί είτε να πέφτουν θύματα κλοπής ή έχουν μεταναστευτικό – προσφυγικό προφίλ με ή χωρίς έγγραφα. Το εύρημα αυτό, ενισχύει όσα εντοπίστηκαν και στο θεωρητικό μέρος της παρούσας μελέτης αναφορικά με τους παράγοντες πρόσβασης καθώς οι άστεγοι αντιμετωπίζουν συνεχείς δυσκολίες στην συνδιαλλαγή τους με τις ιατρικές δομές. (Howard,2024)

*«...Πηγαίνετε λέει στη διοίκηση στο τάδε γραφείο να το κανονίσετε. Και πάμε και βλέπει ο υποδιοικητής οικονομικού του νοσοκομείου το δελτίο από την υπηρεσία ασύλου που πρόσφατα είχε ξεκινήσει τότε η υπηρεσία ασύλου να λειτουργεί, ήταν η*

*ροζ κάρτα και λέει τι είναι αυτό; δεν το ξέρω και με άσχημη γλώσσα... Είναι και το ζήτημα και το προσφυγικό και της αστεγίας και όλα....Αν δεν πήγαινε επαγγελματίας μαζί του, ο άλλος δεν θα του μίλαγε..»*

Κοινωνικός Λειτουργός – εργαζόμενος στο πεδίο

*«Δηλαδή για να μπούμε στην διαδικασία να πάει να κάνει εργαστηριακές εξετάσεις, ανοίγουμε τεράστια άλλα θέματα. Και επίσης, ένας άνθρωπος ο οποίος ζει σε κατάσταση δρόμου, μπορεί να μην έχει και χαρτιά»*

Κοινωνική Λειτουργός- εργαζόμενη στο πεδίο

Το παραπάνω απόσπασμα επιβεβαιώνει την συζήτηση για τον αποκλεισμό των αστέγων από το Εθνικό Σύστημα Υγείας λόγω της απώλειας των εγγράφων και αδυναμίας έκδοσης των δικαιολογητικών που απαιτούνται. (Κουραχάνης 2016).

#### **6.4 Επικράτηση του νεοφιλελεύθερου κράτους ευημερίας - ΜΚΟποίηση της κοινωνικής πολιτικής.**

Στην ανάλυση μας, προέκυψε μία σημαντική θεματική σχετιζόμενη άμεσα με την μορφή των κοινωνικών πολιτικών που ακολουθούνται στην Ελλάδα με την επικράτηση του νεοφιλελεύθερου κράτους ευημερίας και την ανάθεση της φροντίδας των αστέγων στις μη κυβερνητικές οργανώσεις.

*«Οι δημόσιες δομές , χρησιμοποιούν πολύ αυστηρά κριτήρια ώστε να δεχτούν να εξυπηρετήσουν τον κόσμο και αυτό συμβαίνει και στα κοινωνικά φαρμακεία πολλές φορές και σε δομές που παρέχουν σίτιση .Οι περισσότερες ΜΚΟ δεν έχουν τόσο αυστηρά κριτήρια, κάποιες δεν έχουν και καθόλου κριτήρια ούτε καν για τα νομιμοποιητικά έγγραφα που πολλές ζητάνε. Νομίζω είναι ένα κομμάτι που καλύπτουν οι ΜΚΟ τους ανθρώπους που δεν εξυπηρετούν οι δημόσιες δομές για τους Χ-Ψ λόγους.»*

Κοινωνική Λειτουργός – εργαζόμενη στο πεδίο

Το απόσπασμα υπογραμμίζει τον συχνά αυστηρό χαρακτήρα των δημόσιων υπηρεσιών. Τα αυστηρά κριτήρια που συνήθως έχουν όπως ύπαρξη συγκεκριμένων δικαιολογητικών εγγράφων περιορίζουν την πρόσβαση στους αστέγους. Αυτό μπορεί να θεωρηθεί απόρροια ενός θεσμικού πλαισίου που δίνει προτεραιότητα στην

διαφάνεια και την αποφυγή κατάχρησης των παροχών, αλλά έτσι αγνοείται η επείγουσα φύση των αναγκών των αστέγων. Ταυτόχρονα ο αποκλεισμός των αστέγων από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας μεταθέτει την φροντίδα τους στις μη κυβερνητικές οργανώσεις. Οι ΜΚΟ ως βασικός πάροχος κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα επιβεβαιώνει την θεώρηση περί «ΜΚΟποίησης» (NGOsation) της κοινωνικής πολιτικής μέσω της επικράτησης του προνοιακού πλουραλισμού (welfare pluralism) που αναλύθηκαν στο θεωρητικό μέρος. (Κουραχάνης,2023)

*«Αν αυτή τη στιγμή έκλειναν όλες οι ΜΚΟ που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στον άστεγο πληθυσμό, θα είχαμε νεκρούς. Ξεκάθαρα. Είτε γιατί κάποιος δεν θα έπαιρνε τη βασική φροντίδα που χρειάζεται, είτε γιατί κάποιος δεν θα είχε πρόσβαση στα φάρμακά του...»*

Κοινωνική Λειτουργός – εργαζόμενη στο πεδίο

*«Οι οργανώσεις γενικότερα και ευρύτερα έρχονται να αντικαταστήσουν το ρόλο της έλλειψης του οργανωμένου κράτους. Άρα έχουν να καλύψουν ένα κενό. Το οποίο δυστυχώς, σαν κενό μπορεί να είναι καλό σαν αρχή, γιατί καλύπτεις μια τρύπα που δεν μπορεί το κράτος, δεν την βλέπει... Δεν μπορεί να έρχεται η οργάνωση να αντικαταστήσει το κράτος. Και δεν θα έπρεπε»*

Στέλεχος Μη Κυβερνητικής Οργάνωσης

Επιπλέον από τα αποσπάσματα προκύπτει ότι οι ΜΚΟ καλούνται να καλύψουν το κενό που αφήνουν οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας λειτουργώντας με λιγότερο αυστηρά κριτήρια. Αυτό αναδεικνύει τη δυναμική των ΜΚΟ να προσαρμόζονται στις ανάγκες του πληθυσμού που εξυπηρετούν, αλλά παράλληλα εγείρει προβληματισμούς σχετικά με τη διαφάνεια και τη δυνατότητα εποπτείας αυτών των υπηρεσιών. Ενώ η ευελιξία των ΜΚΟ παρουσιάζεται ως θετικό στοιχείο, ελλοχεύει ο κίνδυνος να αντιμετωπίζονται οι άστεγοι ως ένα προσωρινό πρόβλημα. Η συστηματική εξάρτηση των αστέγων από τις ΜΚΟ μπορεί να οδηγήσει στη διαιώνιση των ανισοτήτων, αντί να επιδιωχθεί μια συνολική αναμόρφωση της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα. Τα εν λόγω αποσπάσματα αποτελούν χαρακτηριστικό παράδειγμα των κοινωνικών πολιτικών με νεοφιλελεύθερα χαρακτηριστικά οι οποίες εστιάζουν όπως διαπιστώθηκε στη διαχείριση της ακραίας

φτώχειας επηρεάζοντας άμεσα τον τρόπο υποστήριξης των αστέγων. (Kourachanis,2024)

## 6.5 Γεωγραφική απόσταση

Στα ευρήματα της έρευνας πεδίου αναδείχθηκε η σημασία της χωρικής εγγύτητας των υπηρεσιών υγείας στην προσβασιμότητα των αστέγων. Είναι προφανές ότι η τοποθεσία των ιατρικών δομών διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην εξυπηρέτηση τους. Αυτό αποτυπώνεται στα παρακάτω αποσπάσματα.

*«Και όταν υπάρχει ένα ραντεβού για μια ειδικότητα που χρειάζονται και είναι πολύ μακριά, είναι σύνηθες να το χάσουν. Δηλαδή υπήρχαν πάρα πολλοί άνθρωποι, οι οποίοι έχαναν ραντεβού που κλείναμε επανειλημμένα, επειδή η υπηρεσία ήταν μακριά και έπρεπε να κάνουν και κάτι άλλο, όπως να πάρουν φαγητό ή να πάνε σε κάποια άλλη δουλειά, που ήταν πιο τρέχουσα, πιο επείγουσα για τους ίδιους εκείνη τη στιγμή.»*

Κοινωνικός Λειτουργός – Εργαζόμενος στο πεδίο

*«...Γιατί αν έχεις και προβλήματα υγείας, το οποίο μπορεί να κάνει και την μετακίνηση σου πιο δύσκολη, μπορεί κάπου να βρεις ένα υπνωτήριο ξέρω στον Πειραιά, να σου είναι πιο εύκολο να βρεις μια υπηρεσία υγείας εκεί. Μπορεί όμως μετά να χρειαστεί να πας εντελώς αλλού, ή μπορεί να φύγεις και εκτός Αθήνας. Αυτό δυσκολεύει στο να έχεις μια συνέχεια στην παρακολούθηση σου.»*

Κοινωνικός Λειτουργός – εργαζόμενος στο πεδίο

Η έννοια της προσβασιμότητας δεν αφορά μόνο την ύπαρξη υπηρεσιών, αλλά και την τοποθεσία τους σε σχέση με τους αστέγους. Όταν οι υπηρεσίες είναι απομακρυσμένες οι άστεγοι μπορεί να αποθαρρύνονται ή να αδυνατούν να τις χρησιμοποιήσουν, ακόμα κι αν πληρούν τα υπόλοιπα κριτήρια πρόσβασης. Αυτή η συνθήκη αναδεικνύει ότι η γεωγραφική απόσταση αποτελεί κεντρικό ζήτημα στις πολιτικές υγείας. Σύμφωνα με τους White & Newman (2014), η απομάκρυνση των υπηρεσιών υγείας από κεντρικές περιοχές όπου ζουν ή κινούνται οι άστεγοι περιορίζει την πρόσβαση τους στη φροντίδα. Η χωρική απομόνωση λειτουργεί ανασταλτικά, καθώς οι άστεγοι συχνά δεν έχουν τη δυνατότητα να μετακινηθούν εύκολα λόγω έλλειψης μεταφορικών μέσων ή χρημάτων. Επιπλέον, όπως

επισημαίνουν οι Curtis & Jones (1998), η απομάκρυνση των υπηρεσιών από τις κεντρικές τοποθεσίες των αστέγων οδηγεί σε έναν φαύλο κύκλο αποκλεισμού. Αυτό συμβαίνει επειδή η έλλειψη πρόσβασης στην υγεία δεν είναι μόνο πρόβλημα υποδομών, αλλά και κοινωνικών πολιτικών που αδιαφορούν για τις πραγματικές συνθήκες ζωής των αστέγων.

#### **6.6 Στιγματισμός των αστέγων από επαγγελματίες – Δυσπιστία προς τις υπηρεσίες**

Μια σημαντική κατηγορία ευρημάτων από την εμπειρική έρευνα αφορά βαθύτερες κοινωνικές παραμέτρους που επηρεάζουν την πρόσβαση οι οποίες αφορούν τον στιγματισμό των αστέγων από τους επαγγελματίες των υπηρεσιών και την συνεπακόλουθη δυσπιστία που δημιουργείται. Στην περίπτωση που παρουσιάζεται στο παρακάτω απόσπασμα σχετικά με την άρνηση παροχής υπηρεσιών λόγω εμφάνισης ή καθυστέρησης υποδεικνύουν την απουσία κατανόησης και ενσυναίσθησης από τους επαγγελματίες υγείας. Αυτές οι πρακτικές ενισχύουν τις διακρίσεις και υπονομεύουν το δικαίωμα της καθολικής πρόσβασης στην υγεία. (Οικουμενική Διακήρυξη Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, 1948). Οι απαιτήσεις των επαγγελματιών για «κοινωνική ευπρέπεια» έρχεται σε αντίθεση με την πραγματικότητα των αστέγων οι οποίοι αδυνατούν να ικανοποιήσουν τις βασικές τους ανάγκες.

*«Είχα αρκετά περιστατικά που μου έλεγαν “κύριε Ν. δεν με δέχονται στο ΙΚΑ για αυτόν και για αυτόν τον λόγο, επειδή δεν έχω πρόσβαση σε λουτρό για να κάνω μπάνιο ή επειδή δεν είμαι ντυμένος με έναν συγκεκριμένο τρόπο ή επειδή άργησα στο ραντεβού , επειδή πήγα να πάρω φαγητό στο συσσίτιο”.»*

Κοινωνικός Λειτουργός – εργαζόμενος στο πεδίο

Στο δεύτερο απόσπασμα, αποτυπώνεται ο φόβος προσέγγισης μίας υπηρεσίας υγείας από τους αστέγους λόγω σύλληψης εξαιτίας έλλειψης νόμιμων εγγράφων και η δυσπιστία τους προς τους γιατρούς με τον φόβο την ακούσια νοσηλεία. Σύμφωνα με όσα αναλύθηκαν στο θεωρητικό μέρος, βασικό εμπόδιο των αστέγων από την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι η δυσπιστία τους προς τις υπηρεσίες υγείας. (Hwang et al.2010). Ο ρεαλιστικός φόβος που

περιγράφεται στο απόσπασμα (π.χ., βασισμένος σε παλαιότερες εμπειρίες) ενισχύει έναν φαύλο κύκλο κοινωνικού αποκλεισμού.

Το παρελθόν των ακούσιων νοσηλειών και η κακομεταχείριση από τις δομές υγείας δημιουργούν έναν παγιωμένο φόβο που αποτρέπει μελλοντικές προσπάθειες προσέγγισης των υπηρεσιών. Η θεσμική δυσπιστία εν γένει και η αδυναμία των υπηρεσιών υγείας να ανταποκριθούν στις ρεαλιστικές ανάγκες των αστέγων ενισχύει τον αποκλεισμό τους από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Ο αποκλεισμός συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων για λόγους που συνδέονται με την διάκριση και την δυσπιστία των δικαιούχων προς τους παρόχους υπηρεσιών επιβεβαιώνει το φαινόμενο της «μη διεκδίκησης» και της κατάρρευσης της κοινωνικής προστασίας που αναλύθηκαν στο θεωρητικό μέρος.(Schutter,2022).

*«Επίσης κάποιος μπορεί να φοβάται να προσεγγίσει δομή υγείας, γιατί δεν έχει χαρτιά και φοβάται την αστυνομία μήπως συλληφθεί. Και αυτό είναι ένα τεράστιο θέμα. Η δυσπιστία προς τους γιατρούς και γενικά προς τις υπηρεσίες. Υπάρχει τεράστια δυσπιστία. Ο φόβος ότι μπορεί να νοσηλευτούν ακούσια. Με θέματα ίσως ψυχικής υγείας, μπορεί να έχουν υπάρξει στο παρελθόν ακούσιες νοσηλείες ή να γνωρίζουν ότι μπορεί να αντιδράσουν κάπως και να φοβούνται και αυτό. Το οποίο είναι ένας ρεαλιστικός φόβος. Ειδικά αν είναι κάτι το οποίο έχει ξανασυμβεί.»*

Κοινωνική Λειτουργός – εργαζόμενη στο πεδίο

### **6.7 Ο ρόλος των επαγγελματιών και η διακριτική ευχέρεια**

Η τελευταία δέσμη ευρημάτων που απαντά στο ερευνητικό ερώτημα είναι η διακριτική ευχέρεια των επαγγελματιών η οποία αναλόγως πως θα εφαρμοστεί είτε προάγει είτε αποκλείει την φροντίδα των αστέγων. Στο παρακάτω απόσπασμα ο επαγγελματίας περιγράφει την προσωπική του εμπειρία ως εργαζόμενος στο πεδίο. Ο συνεντευξιαζόμενος αναφέρει ότι έχει δώσει τον προσωπικό του αριθμό τηλεφώνου σε έναν άστεγο ωφελούμενο του φορέα που εργάζεται παρέχοντάς του υποστήριξη πέραν των επαγγελματικών του υποχρεώσεων. Στην συγκεκριμένη

περίπτωση ήταν στην διακριτική ευχέρεια του επαγγελματία να προβεί στις εν λόγω ενέργειες ώστε να προωθήσει την πρόσβαση ενός αστέγου στην φροντίδα.

*«...Δηλαδή έχω επενδύσει ότι κάνω κάποια πράγματα πέραν του προγράμματος που εργάζομαι. Εντάξει έχω το χρόνο και μπορώ. Του έχω δώσει το δικό μου προσωπικό τηλέφωνο τώρα μιας που κλείνει το πρόγραμμα.. Έχω μια ανησυχία τώρα που θα το παραπέμψω.. Υπερβαίνεις τα όρια όταν υπάρχει ανάγκη και υπάρχει και μια καλή συνεργασία δεν μπορείς να το κάνεις με όλους..»*

Κοινωνικός Λειτουργός – εργαζόμενος στο πεδίο

Στο δεύτερο απόσπασμα η επαγγελματίας σκιαγραφεί μέσα από την προσωπική της εμπειρία από το πεδίο, την έλλειψη επίσημων πρωτοκόλλων για την συνοδεία αστέγων ατόμων με κινητικές, ψυχιατρικές ή άλλες δυσκολίες. Η απουσία πρωτοκόλλων οδηγεί τους επαγγελματίες στην αξιοποίηση της διακριτικής τους ευχέρειας γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μεροληψία και αδικίες. Η παροχή της υπηρεσίας της συνοδείας των κοινωνικών λειτουργών εν γένει προωθεί την προσβασιμότητα σε μία δομή υγείας. Για τους αστέγους ειδικότερα, είναι απαραίτητη για την πρόσβαση τους σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Στο απόσπασμα που παρατίθεται η υπηρεσία της συνοδείας για τους αστέγους εξαρτάται από την κρίση του κάθε επαγγελματία η οποία βασίζεται σε προσωπικές πεποιθήσεις ή προκαταλήψεις.

*«Δεν υπήρχε κάποιο πρωτόκολλο που να λέει ότι οι συνοδεία δικαιούνται τα άστεγα άτομα από τη στιγμή που έχουν κάποιο κινητικό πρόβλημα ή κάποια δυσκολία ή ψυχιατρική σχετικά με οτιδήποτε. Δεν υπήρχε κάτι τέτοιο. Γι' αυτό λέω ότι γινόταν μεροληπτικό. Ήτανε μετά στην ευχέρεια του κάθε επαγγελματία. Το... Έχω την εξουσία, εγώ αποφασίζω αν θα σου δώσω την συνοδεία που ζητάς.»*

Κοινωνική Λειτουργός – εργαζόμενη στο πεδίο

Η διακριτική ευχέρεια των επαγγελματιών που περιγράφεται στα αποσπάσματα υπονομεύει την αρχή της δικαιοσύνης στις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Η εξάρτηση από την ατομική κρίση ενέχει τον κίνδυνο να παραβιάζονται βασικά δικαιώματα των ωφελούμενων, όπως η ισότιμη πρόσβαση. Σύμφωνα με τον Rawls (1993) μια δίκαιη κοινωνία πρέπει να παρέχει ίση πρόσβαση

σε βασικά αγαθά, όπως είναι η υγεία ανεξάρτητα από κοινωνικές ή οικονομικές συνθήκες των ατόμων. Οι προσωπικές πρωτοβουλίες των επαγγελματιών φανερώνουν γνήσιο ενδιαφέρον για την υποστήριξη των αστέγων αλλά δεν μπορούν σε καμία περίπτωση να αντικαταστήσουν την οργανωμένη και δίκαιη παροχή υπηρεσιών που παρέχεται μέσω μίας κεντρικής πολιτικής.

Η διακριτική ευχέρεια των επαγγελματιών επιβεβαιώνει τη θεωρία του Lipsky (1980) για τους «γραφειοκράτες πρώτης γραμμής». Όπως αναλύθηκε και στο θεωρητικό μέρος, οι γραφειοκράτες πρώτης γραμμής είναι οι διαμεσολαβητές μεταξύ του κράτους και των πολιτών και μπορούν να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στη μεταξύ τους σχέση. Οι εργαζόμενοι αυτοί, όπως διαγράφεται και στα αποσπάσματα των συνεντευξιαζόμενων αναγκάζονται να λαμβάνουν κρίσιμες αποφάσεις χωρίς σαφή καθοδήγηση. Σε μία υπηρεσία χωρίς πρωτόκολλα ή στην περίπτωση επαγγελματιών που επιθυμούν να τα υπερβούν πολλές φορές η λήψη αποφάσεων βασίζεται περισσότερο στην προσωπική τους κρίση και λιγότερο στην ισότητα και τη διαφάνεια. Η πρακτική αυτή μπορεί να οδηγήσει σε ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών όπως και στην έλλειψη εμπιστοσύνης από μεριάς των αστέγων προς τις υπηρεσίες η οποία είναι απαραίτητη προκειμένου να τις αποδεχτούν. (Κουραχάνης&Παπαδοπούλου,2017).

## **6.8 Διαπιστώσεις ευρημάτων έρευνας πεδίου**

Από την εμπειρική έρευνα προέκυψαν σημαντικά ευρήματα που φωτίζουν τους παράγοντες που προάγουν ή εμποδίζουν την πρόσβαση των αστέγων στο θεμελιώδες κοινωνικό δικαίωμα της υγείας. Κεντρικό εύρημα αποτέλεσε η ίδια η κατάσταση της αστεγίας η οποία φαίνεται να επηρεάζει την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και σε άλλες βασικές υπηρεσίες, καθιστώντας την παρέμβαση μέσω συστημικών λύσεων, όπως το «Housing First» ζωτικής σημασίας.

Το μοντέλο «Housing First» επιβεβαιώνει ότι η ικανοποίηση θεμελιωδών αναγκών όπως η εξασφάλιση στέγης και τροφής αποτελεί προϋπόθεση για την αντιμετώπιση των επιμέρους προβλημάτων των αστέγων. Η διαπίστωση αυτή ενισχύεται από την διαχρονική αποτυχία των κοινωνικών πολιτικών να προλαμβάνουν τα κοινωνικά προβλήματα καθώς επικεντρώνονται στην διαχείριση

των ακραίων μορφών φτώχειας. Επιπλέον εύρημα της παρούσας έρευνας αποτέλεσε η αδυναμία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και των κοινωνικών υπηρεσιών στην Ελλάδα να καλύψουν τις ανάγκες των αστέγων γεγονός που αποκαλύπτει τις συστημικές ανεπάρκειες του κοινωνικού κράτους. Η σταδιακή υποβάθμιση της δημόσιας υγείας, η έλλειψη πολιτικών πρόληψης και η ενίσχυση των ανισοτήτων εξαιτίας της εμπορευματοποίησης της υγείας θέτουν τους άστεγους σε μια κατάσταση πολλαπλού αποκλεισμού εντείνοντας τις ταξικές ανισότητες στην υγεία.

Από την έρευνα πεδίου συμπεραίνεται ότι η πρόσβαση των αστέγων στο σύστημα υγείας της Ελλάδας εμποδίζεται από παράγοντες που σχετίζονται με τη γραφειοκρατία, τα γλωσσικά και πολιτισμικά χάσματα. Η έλλειψη συντονισμένων υπηρεσιών για την υποστήριξη των αστέγων εντείνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό. Παράλληλα, η υπερβολική εξάρτηση από τις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στους αστέγους, ο αυστηρός χαρακτήρας των δημόσιων δομών και η γεωγραφική απομόνωση των υπηρεσιών περιορίζουν την προσβασιμότητα και την ποιότητα της φροντίδας.

Από την ανάλυση επιπλέον προέκυψε, ότι οι άστεγοι συχνά βιώνουν στιγματισμό και διακρίσεις από τους επαγγελματίες υγείας συνήθως λόγω έλλειψης κοινωνικής "ευπρέπειας". Οι πρακτικές αυτές τείνουν να υπονομεύουν το δικαίωμα της καθολικής πρόσβασης στην υγεία θέτοντας τους αστέγους στο περιθώριο του κοινωνικού ιστού. Ο στιγματισμός και η αρνητική προκατάληψη των επαγγελματιών προς τους αστέγους αυξάνουν την καχυποψία και τη δυσπιστία των αστέγων προς τις δημόσιες υπηρεσίες κλονίζοντας έτσι την απαραίτητη σχέση εμπιστοσύνης.

Τέλος, κομβικό ρόλο στην πρόσβαση διαδραματίζουν οι επαγγελματίες οι οποίοι χρησιμοποιούν την διακριτική τους ευχέρεια για τις παρεχόμενες υπηρεσίες στους αστέγους. Η εξάρτηση από την ατομική πρωτοβουλία των επαγγελματιών υπογραμμίζει την ανάγκη για κεντρικά σχεδιασμένες πολιτικές, οι οποίες θα διασφαλίζουν την ισότιμη πρόσβαση στα κοινωνικά αγαθά. Συνολικά, η έρευνα επιβεβαιώνει τη κρατική αποτυχία να ανταποκριθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες των αστέγων, τονίζοντας την ανάγκη για δομικές αλλαγές με επίκεντρο τις αρχές της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης.

## Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη στόχευε να διερευνήσει τους παράγοντες που εμποδίζουν ή προάγουν την πρόσβαση των αστέγων στο κοινωνικό δικαίωμα της υγείας μέσα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στην Ελλάδα. Ταυτόχρονα επιχειρήθηκε να αναδειχθεί ο ρόλος των κοινωνικών επιστημόνων στην πρόσβαση των αστέγων στο κοινωνικό δικαίωμα της υγείας. Για την απάντηση των παραπάνω ερευνητικών ερωτημάτων, επιχειρήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς για εγχώριας βιβλιογραφίας καθώς και έρευνα πεδίου με επαγγελματίες με εμπειρία στην υποστήριξη των αστέγων. Δεδομένου ότι η πρόσβαση σε πρωτογενή δεδομένα μέσω των ίδιων των ατόμων θα ήταν μία περίπλοκη και δύσκολη διαδικασία για τις απαιτήσεις της παρούσας εργασίας προτιμήθηκε η επιλογή δείγματος να είναι οι επαγγελματίες.

Από την ανάλυση του θεωρητικού μέρους αναδείχθηκαν οι δομικοί παράγοντες αποκλεισμού των αστέγων από την πρόσβαση στην υγεία με την καπιταλιστική οργάνωση και τις ταξικές ανισότητες να κυριαρχούν, θέτοντας τη βάση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Η έλλειψη στέγης και κοινωνικής ασφάλισης, σε συνδυασμό με την ανεργία, την απουσία εισοδήματος και την ανεπαρκή εκπαίδευση, δημιουργούν έναν φαύλο κύκλο κοινωνικού αποκλεισμού, όπου η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας μετατρέπεται σε «πολυτέλεια». Επιπλέον, η γεωγραφική τοποθεσία των υπηρεσιών και η απόσταση από τα σημεία όπου βρίσκονται οι άστεγοι φαίνεται να περιορίζουν σημαντικά την προσβασιμότητά τους. Τα παραπάνω επιβεβαιώθηκαν και στο εμπειρικό μέρος καθώς αποτέλεσαν μερικά από τα βασικά ευρήματα της έρευνας.

Η διεθνής βιβλιογραφία ανέδειξε ότι παρόλο που οι εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας για τους αστέγους μπορούν να βελτιώσουν την κατάσταση τους όπως είναι τα προγράμματα ανακουφιστικής φροντίδας ή οι κοινοτικές παρεμβάσεις, η αποσπασματική εφαρμογή τους τείνει να περιορίζει την αποτελεσματικότητά τους. Το μοντέλο Housing First, δίνοντας προτεραιότητα στην στέγαση μπορεί να επιφέρει ουσιαστική αλλαγή καθώς η στέγαση μπορεί να βελτιώσει την υγεία για τους ίδιους λόγους που η έλλειψή της είναι επικίνδυνη. Φυσικά, το μοντέλο του Housing First δίνοντας προτεραιότητα στην παροχή στέγης πριν από κάθε άλλη

παρέμβαση, από μόνο του δεν αρκεί αν δεν συνοδευτεί από ευρύτερες συστημικές αλλαγές. Ταυτόχρονα, όπως ανέδειξε η εμπειρική έρευνα τα άστεγα άτομα τείνουν να παραμερίζουν τα ζητήματα υγείας όταν δεν έχουν την δυνατότητα να καλύψουν τις βασικές τους ανάγκες. (π.χ στέγη, φαγητό, λουτρό κτλ.) Η ίδια η κατάσταση της αστεγίας συνδέθηκε άμεσα με την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη.

Παρά τις προσπάθειες ανάπτυξης εξειδικευμένων υπηρεσιών, η πραγματικότητα αποδεικνύεται σκληρή και ειδικότερα στην ελληνική περίπτωση όπου δεν έχουν υλοποιηθεί αντίστοιχες παρεμβάσεις της διεθνούς εμπειρίας. Στην ελληνική περίπτωση, η έρευνα για την πρόσβαση των αστέγων στις υπηρεσίες υγείας είναι ένα πεδίο το οποίο δεν έχει μελετηθεί. Για τους λόγους αυτούς, η παρούσα διπλωματική εργασία αποτέλεσε ένα πρωτότυπο εγχείρημα για τα ελληνικά δεδομένα ταυτόχρονα όμως δημιουργήθηκαν ορισμένοι περιορισμοί στην αναζήτηση τις διαθέσιμης βιβλιογραφίας και στην συλλογή πρωτογενών δεδομένων.

Ο κατακερματισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι μειωμένες δημόσιες δαπάνες, η ιδιωτικοποίηση της υγείας και η υπολειμματική προσέγγιση της κοινωνικής πολιτικής ενισχύουν τις ανισότητες και τον αποκλεισμό των αστέγων από τις υπηρεσίες και την πρόσβαση στα κοινωνικά δικαιώματα. Οι άστεγοι όπως διαπιστώθηκε στο θεωρητικό και εμπειρικό μέρος της μελέτης βρίσκονται αντιμέτωποι με ανυπέρβλητα εμπόδια, όπως είναι η γραφειοκρατία, οι γλωσσικές διαφορές και η έλλειψη συντονισμένων υπηρεσιών. Στην Ελλάδα, η φροντίδα των αστέγων είτε αφορά την κάλυψη των βασικών τους αναγκών είτε την αντιμετώπιση ζητημάτων υγείας βασίζεται κυρίως στις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ). Αξίζει να σημειωθεί, ότι οι περισσότερες υπηρεσίες αναπτύσσονται στην Αττική εξαιτίας της γεωγραφικής συγκέντρωσης των περισσότερων άστεγων στην Ελλάδα. Οι παρεμβάσεις των Μη Κυβερνητικών οργανώσεων, αν και καίριες, περιορίζονται στη διαχείριση της ακραίας φτώχειας, χωρίς να μπορούν να επιφέρουν ουσιαστική αλλαγή.

Από την έρευνα αναδείχθηκε ως βασικός παράγοντας στην πρόσβαση των αστέγων σε υπηρεσίες υγείας ο ρόλος των επαγγελματιών. Οι επαγγελματίες όπως

διαπιστώθηκε μπορούν να συνδράμουν είτε προωθώντας μία υπηρεσία στους αστέγους είτε αποκλείοντάς τους από αυτήν. Οι προκαταλήψεις, το στίγμα και οι διακρίσεις που αντιμετωπίζουν οι άστεγοι κυρίως από επαγγελματίες υγείας και διοικητικούς υπαλλήλους υπονομεύουν τη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ αστέγων και συστήματος που απαιτείται για την πρόσβαση στην περίθαλψη. Από την άλλη, οι επαγγελματίες μέσω της διακριτικής τους ευχέρειας τείνουν να προωθούν την πρόσβαση των αστέγων στις υπηρεσίες υγείας. Η υπερβολική εξάρτηση από την ατομική πρωτοβουλία των επαγγελματιών υπογραμμίζει την ανάγκη για κεντρικά σχεδιασμένες πολιτικές, οι οποίες θα διασφαλίζουν την ισότιμη πρόσβαση στην δημόσια υγεία.

Από την ανάλυση προέκυψε ότι η υποβάθμιση της δημόσιας υγείας και η προτεραιότητα που δίνεται στην αγορά εντείνουν τις ταξικές ανισότητες και αφήνουν τους πιο ευάλωτους όπως είναι οι άστεγοι να αντιμετωπίσουν το αδιέξοδο μόνοι τους. Συνολικά, η έρευνα επιβεβαιώνει τις συστηματικές αποτυχίες του κράτους να καλύψει τις πολύπλευρες ανάγκες των αστέγων τονίζοντας την ανάγκη για ριζικές αλλαγές. Η αστεγία δεν είναι απλώς ένα κοινωνικό πρόβλημα, είναι μια βαθιά πληγή που αποκαλύπτει την κρατική αδιαφορία για την δημιουργία μιας κοινωνίας που θα χαρακτηρίζεται από ισότητα και δικαιοσύνη. Και για να φτάσουμε εκεί, απαιτείται μια συστημική επανεκκίνηση, με προτεραιότητα τη δημόσια υγεία και τις κοινωνικές πολιτικές πρόληψης.

Κλείνοντας, από την έρευνα πεδίου προέκυψαν σημαντικά ευρήματα τα οποία θα μπορούσαν να αποτελέσουν προτάσεις για μελλοντική έρευνα. Ο ρόλος των επαγγελματιών στην υποστήριξη των αστέγων αποτέλεσε βασικό παράγοντα προώθησης της πρόσβασης στην φροντίδα ο οποίος δεν βασίζεται μόνο στην διακριτική ευχέρεια. Από την ανάλυση προέκυψαν ευρήματα τα οποία κάνουν λόγο για πρακτικές των επαγγελματιών βασισμένες στην συνηγορία με στόχο την προώθηση και την διεκδίκηση των κοινωνικών δικαιωμάτων. Ίσως, πριν εισέλθουμε στη συζήτηση για την αντιμετώπιση της αστεγίας και των επιμέρους ζητημάτων που απορρέουν από αυτήν, μέσω πολιτικών αλλαγών, να πρέπει να διασχίσουμε ένα ενδιάμεσο στάδιο – αυτό της συνηγορίας. Διότι η συνηγορία μπορεί να

μεταμορφώσει την αστεγία από ένα «αόρατο» κοινωνικό πρόβλημα σε ένα «ορατό» ζήτημα, διεκδικώντας τη θέση του στον δημόσιο διάλογο και στη συλλογική συνείδηση. *«Θα έπρεπε να υπάρχει μεγαλύτερη δραστηριοποίηση, γιατί πολλές φορές η δουλειά μας είναι εργαλείο για να αναδείξουμε αυτή τη γνώση που έχουμε, μέσα από την εμπειρία των ανθρώπων. Είναι το μεγάλο μας εργαλείο, επειδή ερχόμαστε σε επαφή με αυτούς τους ανθρώπους, να κάνουμε ορατή την κατάσταση στην οποία βρίσκονται.»*

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Οδηγός Συνέντευξης

#### **1<sup>ο</sup> Θεματικός Άξονας: Επίδραση της αστεγίας στην υγεία**

- Ποια είναι κατά τη γνώμη σας τα κυριότερα προβλήματα υγείας/ψυχικής υγείας των αστέγων που ζούν στην Αθήνα;
- Πώς επηρεάζει η έλλειψη σταθερής στέγης την πρόσβαση σε βασικές ιατρικές υπηρεσίες και φάρμακα;
- Πιστεύετε ότι αν οι άστεγοι είχαν άμεση πρόσβαση σε σταθερή και μόνιμη κατοικία θα αντιμετώπιζονταν ταυτόχρονα και τα προβλήματα σωματικής ή ψυχικής υγείας; (Αιτιολόγηση απάντησης)

#### **2<sup>ος</sup> Θεματικός Άξονας: Ζητήματα προσβασιμότητας και παράγοντες αποκλεισμού**

- Ποιοι πιστεύετε ότι είναι οι κυριότεροι παράγοντες που εμποδίζουν ή αποκλείουν τους άστεγους από την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας;
- Ποιος θα έπρεπε να είναι κατά τη γνώμη σας, ο ρόλος των θεσμικών οργάνων-κράτους στην αντιμετώπιση του αποκλεισμού των αστέγων από υπηρεσίες υγείας;
- Ο νόμος Ν. 4368/2016 κατοχυρώνει την πρόσβαση όλων των πολιτών σε όλες τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας ανεξαρτήτως ύπαρξης ασφάλισης. Θεωρείτε ότι είναι επαρκής η συγκεκριμένη ρύθμιση για να καλύψει επαρκώς τα προβλήματα υγείας των αστέγων;
- Θεωρείτε ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) με τα σημερινά δεδομένα μπορεί να αντιμετωπίσει τα προβλήματα υγείας των αστέγων;

#### **3<sup>ος</sup> Θεματικός Άξονας: Επιπτώσεις της στεγαστικής κρίσης, της ακρίβειας και της συρρίκνωσης του κοινωνικού κράτους στην πρόσβαση των αστέγων στην υγεία.**

- Ποια είναι τα κύρια προβλήματα κατά την άποψη σας που προκύπτουν από τη συρρίκνωση των κοινωνικών υπηρεσιών και πώς επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών υγείας στους άστεγους;
- Πώς θα μπορούσε να βελτιωθεί η πρόσβασή των αστέγων σε υπηρεσίες υγείας, ενόψει των δυσμενών συνθηκών που επικρατούν σήμερα στην ελληνική κοινωνία (στεγαστική κρίση, ακρίβεια βασικών αγαθών και υποχώρηση του κοινωνικού κράτους);

#### **4<sup>ος</sup> Θεματικός Άξονας: Φροντίδα και παροχή υπηρεσιών υγείας από ΜΚΟ**

- Ποιος είναι ο ρόλος των ΜΚΟ στην διαχείριση των ιατρικών αναγκών των αστέγων και ποια κενά καλύπτουν;
- Ποιες προκλήσεις πιστεύετε ότι αντιμετωπίζουν οι ΜΚΟ στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους αστέγους;

- Ποιες είναι οι βασικές ιατρικές υπηρεσίες που παρέχουν οι ΜΚΟ στην Αθήνα; Πιστεύετε ότι τα προγράμματα αυτά είναι επαρκή για την κάλυψη των αναγκών των αστέγων;

**5<sup>ος</sup> Θεματικός Άξονας: Ο ρόλος των επαγγελματιών στην προώθηση της πρόσβασης/αντιμετώπισης αποκλεισμού**

- Πώς μπορούν οι επαγγελματίες να συμβάλλουν στη μείωση του αποκλεισμού και των ανισοτήτων στην ιατρική περίθαλψη;
- Πώς μπορούν οι επαγγελματίες να σπάσουν το στίγμα και τις προκαταλήψεις που αντιμετωπίζουν οι άστεγοι στην συνδιαλλαγή τους με τις υπηρεσίες; Έχετε κάποιο παράδειγμα από την προσωπική σας εμπειρία ;
- Χρειάστηκε ποτέ να υπερβείτε κάποιον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας προκειμένου να προωθήσετε την πρόσβαση ενός αστέγου σε μία υπηρεσία φροντίδας υγείας; Αν ναι θα θέλατε να μου δώσετε ένα παράδειγμα.

## Πηγές – Βιβλιογραφία

### Ελληνόγλωσση

Βενιέρης, Δ. (2009). *Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική και Κοινωνικά Δικαιώματα. Το Τέλος των Ύμνων*, Ελληνικά Γράμματα.

Δημουλάς, Κ., Αράπογλου, Β., Γκούνης, Κ., Ρίτσαρντσον, Κ., & Καρλαγάνης, Π. (2018). Πιλοτική καταγραφή αστέγων στους Δήμους Αθηναίων, Θεσσαλονίκης, Πειραιώς, Ηρακλείου, Ιωαννίνων, Ν. Ιωνίας και Τρικκαίων: Παραδοτέο Π3.2 - Τεύχος αναφοράς πιλοτικής απογραφής. Πάντειο Πανεπιστήμιο. <https://www.astegoi.gov.gr/Uploads/pdf/%CE%A4%CE%B5%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CF%84%CE%B5%CF%8D%CF%87%CE%BF%CF%82%20%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%86%CE%BF%CF%81%CE%AC%CF%82.pdf>

Ελληνική Βουλή. (2019). *Σύνταγμα της Ελλάδας (ΦΕΚ 211 Α'/24-12-2019)*. <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/f3c70a23-7696-49db-9148-f24dce6a27c8/FEK%20211-A-24-12-2019%20NEO%20SYNTAGMA.pdf>

Εμμανουήλ, Δ. (2016). *Η κοινωνική πολιτική κατοικίας στην Ελλάδα: Οι διαστάσεις μιας απουσίας*. *The Greek Review of Social Research*, 120, 3-35. <https://doi.org/10.12681/grsr.9496>

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (2000). *Διακήρυξη του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης* [PDF]. Ανακτήθηκε από: [https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_el.pdf](https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_el.pdf)

Ηνωμένα Έθνη . (1948). *Οικουμενική Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα*. [https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/grk.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/grk.pdf)

Ηνωμένα Έθνη Περιφερειακό Κέντρο Πληροφόρησης του ΟΗΕ (1966). *Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα*. <https://unric.org/el/%CE%B4%CE%B9%CE%B5%CE%B8%CE%BD%CE%AD%CF%82-%CF%83%CF%8D%CE%BC%CF%86%CF%89%CE%BD%CE%BF-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%B1-%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AC-%CE%BA%CE%BF%CE%B9-2/>

Κουραχάνης, Ν. (2023). *Στεγαστική κρίση και στεγαστική πολιτική: προκλήσεις και προοπτικές*, Αθήνα: ΙΜΕ ΓΣΕΒΕΕ

Κουραχάνης, Ν. (2022). *Μελέτη Αποτίμησης της Υφιστάμενης Κατάστασης των Αστέγων από την Πλευρά των Ωφελούμενων και των Επαγγελματιών που Προσφέρουν Υπηρεσίες στο Συγκεκριμένο Πληθυσμό στον Δήμο Αθηναίων*. Ελληνικό Δίκτυο για το Δικαίωμα στη στέγη και την κατοικία 2010.

Κουραχάνης, Ν. (2017). *Κοινωνικές πολιτικές στέγασης: Η ελληνική υπολειμματική προσέγγιση*. Εκδόσεις Παπαζήση.

ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας. (2019). Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ, ΟΟΣΑ, Παρίσι/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Βρυξέλες. [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021\\_chp\\_gr\\_greek.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_gr_greek.pdf)

Παπαδοπούλου, Δ. & Κουραχάνης, Ν.(2017). *Άστεγοι και Κοινωνικός Αποκλεισμός στην Ελλάδα της Κρίσης*. Εκδόσεις Τόπος

Σπανού, Κ. (2005). *Η πραγματικότητα των δικαιωμάτων*. Εκδόσεις Σαβάλλας

Στεργίου, Α. (2023). Σύνταγμα, Άρθρο 21 παράγραφος 4, Μέρος Β' – Ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα. Κέντρο Ευρωπαϊκού Συνταγματικού Δικαίου. Ανακτήθηκε από: <https://www.syntagmawatch.gr/wp-content/uploads/2023/07/%CE%86%CF%81%CE%B8%CF%81%CE%BF-21-%CF%80%CE%B1%CF%81-4-%CE%BC%CE%B5-cover.pdf>

Οικονόμου, Χ. & Φερώνας, Α. επιμ.(2006). *Οι εκτός των τειχών. Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες*. Εκδόσεις Διόνικος

PRAKSIS. (2022). Οδηγός για εθελοντές υποστήριξης αστέγων <https://praksis.gr/cms/files/2023/01/%CE%9F%CE%94%CE%97%CE%93%CE%9F%CE%A3-%CE%95%CE%98%CE%95%CE%9B-%CE%91%CE%A3%CE%A4%CE%95%CE%93-1222.pdf>

Πετμεζίδου, Μ., Παπαναστασίου,Σ., Πεμπτεζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου,Χ., Πολυζωίδης,Χ., (2017). Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών

Εξελίξεων. Ανακτύθηκε από: [https://www.researchgate.net/publication/320811681\\_Ygeia\\_kai\\_makrochronia\\_phrontida\\_sten\\_Ellada](https://www.researchgate.net/publication/320811681_Ygeia_kai_makrochronia_phrontida_sten_Ellada)

Τσιώλης, Γ., (2013) *Η σχέση ποιοτικής και ποσοτικής προσέγγισης στην κοινωνική έρευνα: από τη θέση περί «ριζικής ασυμβατότητας» στο συνδυασμό ή τη συμπληρωματικότητα των προσεγγίσεων*. Στο Μ. Πουρκός (Επιμ.) *Δυνατότητες και όρια της μείξης των μεθοδολογιών στην κοινωνική και εκπαιδευτική έρευνα*. Ίων. 2013. Σελ. 271-292.

## **Ξενόγλωση**

Baggett, T. P., O'Connell, J. J., Singer, D. E., & Rigotti, N. A. (2010). The unmet health care needs of homeless adults: A national study. *American Journal of Public Health*, 100(7), 1326–1333. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.180109>

- Barrow, C.W., (1993). *Critical Theories of the State: Marxist, Neomarxist, Postmarxist*. The University of Wisconsin Press. Received from: <http://philosophy.com/UPLOADS/PHILOSOCIOLOGY.ir Critical%20Theories%20of%20The%20State-Marxist-Neomarxist-Postmarxist.pdf>
- Baxter, A. J., Tweed, E. J., Katikireddi, S. V., & Thomson, H. (2019). Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Epidemiology and Community Health*, jech-2018-210981. doi:10.1136/jech-2018-210981
- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: Coming of age. *Annual Review of Public Health*, 32(1), 381-398. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Buchanan, D., Kee, R., Sadowski, L. S., & Garcia, D. (2009). The health impact of supportive housing for HIV-positive homeless patients: A randomized controlled trial. *American Journal of Public Health*, 99(S3), S675-S680. doi: 10.2105/AJPH.2008.137810
- Caballo, B., Dey, S., Prabhu, P., Seal, B., Chu, P., (2021). The effects of socioeconomic status on the quality and accessibility of healthcare services. *International Socioeconomics Laboratory Pages 1-15*. University of California Los Angeles and Pepperdine University. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4740684>
- Christiansen, I. (2017). Commodification of healthcare and its consequences. *World Review of Political Economy*, 8(1), 82-105. <https://doi.org/10.13169/worlrevipoliecon.8.1.0082>
- Christian, N. J., Havlik, J., & Tsai, J. (2024). The use of mobile medical units for populations experiencing homelessness in the United States: A scoping review. *Journal of General Internal Medicine*, 39(9953). <https://doi.org/10.1007/s11606-024-08731-9>
- Cortis, N., (2012). Overlooked and under-served? Promoting service use and engagement among 'hard-to-reach' populations. *International Journal of Social Welfare*, 21 (4) (2012), pp. 351-360 <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2011.00825.x>
- Creswell, J. W. (2013). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (4th ed.). Sage.

- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2017). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches* (4th ed.). Sage.
- Curtis, S., & Rees Jones, I. (1998). *Sociology of Health & Illness*, 20(5), 645–672. doi:10.1111/1467-9566.00123
- Cuthill, F. (2022). Homelessness and Social Inclusion. In: Liamputtong, P. (eds) *Handbook of Social Inclusion*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-89594-5\\_39](https://doi.org/10.1007/978-3-030-89594-5_39)
- Daiski, I. (2007) Perspectives of homeless people on their health and health needs priorities *Journal of Advanced Nursing*, 58 (3) (2007), pp. 273-281 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04234.x>
- Declaration of Alma-Ata (1978) International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata USSR, 6-12 [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167\\_2](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2)
- Doetsch, J. N., Schlösser, C., Barros, H., Shaw, D., Krafft, T., & Pilot, E. (2023). A scoping review on the impact of austerity on healthcare access in the European Union: Rethinking austerity for the most vulnerable. *International Journal for Equity in Health*, 22(3). <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01845-4>
- Doran, K. M., Ragins, K. T., Gross, C. P., & Zerger, S. (2013). Medical respite programs for homeless patients: A systematic review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 24(2), 499-524. <https://doi.org/10.1353/hpu.2013.0053>
- 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), 26–33. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw008>
- Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: Descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384(9953), 1529–1540.
- FEANTSA. (2005). *ETHOS: Typology on homelessness and housing exclusion*. <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>

- FEANTSA. (2016). The average age of death among homeless people: Policy statement. <https://www.feantsa.org/download/average-age-of-death-policy-statement2719300317120960890.pdf>
- FEANTSA. (2023). *Mapping health and homelessness in Europe: An overview of the situation and challenges*. Retrieved from [https://www.feantsa.org/public/user/Resources/reports/2023/mapping\\_health/Health\\_and\\_homelessness\\_mapping.pdf](https://www.feantsa.org/public/user/Resources/reports/2023/mapping_health/Health_and_homelessness_mapping.pdf)
- Fløistad, G., (2015) Philosophy of Justice, Contemporary Philosophy: A New Survey 12, 139 DOI 10.1007/978-94-017-9175-5\_9
- Fowler, P. J., Hovmand, P. S., Marcal, K. E., & Das, S. (2019). Solving homelessness from a complex systems perspective: Insights for prevention responses. *Annual Review of Public Health*, 40(1), 465–486. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013553>
- Garcia, C., Doran, K., & Kushel, M. (2024). Homelessness and health: Factors, evidence, innovations that work, and policy recommendations. *Health Affairs*, 43(2), 164–171. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2023.01049>
- Gottlieb, L. M., Wing, H., & Adler, N. E. (2017). A systematic review of interventions on patients' social and economic needs. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(5), 719-729. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.05.011>
- Harvey, D. (2005). *A brief history of neoliberalism*. Oxford University Press.
- Hanssmann, C., Shim, J. K., Yen, I. H., Fleming, M. D., Van Natta, M., Thompson-Lastad, A., Rasidjan, M. P., & Burke, N. J. (2021). "Housing Is Health Care": Treating homelessness in safety-net hospitals. *Medical Anthropology Quarterly*: Volume 36, Issue 1 <https://doi.org/10.1111/maq.12665>
- Howard, A. (2024). Access to health services for people experiencing homelessness in Manchester UK: A qualitative study. *British Journal of General Practice*. <https://doi.org/10.3399/bjgp24X737757>
- Hwang, S. W., Ueng, J. J. M., Chiu, S., Kiss, A., Tolomiczenko, G., Cowan, L., Levinson, W., & Redelmeier, D. A. (2010). Universal health insurance and health care access for homeless persons. *American Journal of Public Health*, 100(8).
- National Alliance to End Homelessness. (2022). Housing first. <https://endhomelessness.org/resource/housing-first/>
- Karamitri, I., Bellali, T., Galanis, P., & Kaitelidou, D. (2012). The accessibility of vulnerable groups to health services in Greece: a Delphi study on the

- perceptions of health professionals. *The International Journal of Health Planning and Management*, 28(1), 35–47. doi:10.1002/hpm.2115
- Kourachanis, N. (2020). *Citizenship and social policy: From post-war development to permanent crisis*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-59827-3>
- Kourachanis, N. (2024) The role of NGOs in homelessness services in Greece, *Voluntary Sector Review*, XX(XX): 1–17  
<https://DOI:10.1332/20408056Y2024D000000025>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interviews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing* (3rd ed.). Sage.
- Lee, B.A., Tyler, K.A. and Wright, J.D. (2010) The New Homelessness Revisited, *Annual Review of Sociology* 36 pp.501-521. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-070308-115940>
- Lenoir, D., (1996). *L'exclusion face au droit. L'exclusion, l'état des savoirs*. La Découverte. Paris
- Le Grand, J. (1993). Quasi-markets and social policy. *Social Policy & Administration*, 27(1), 13–22. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.1993.tb00547.x>
- Levitas, R. (1996). The concept of social exclusion and the new Durkheimian hegemony. *Critical Social Policy*, 16(46), 5–20. doi:10.1177/02610183960160460
- Lipsky, M., (1980). *Street-Level Bureaucracy: The Dilemmas of the Individual in Public Service*, Russell Sage Foundation, New York
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104. [https://doi:10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi:10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- McCartney, G., Bartley, M., Dundas, R., Katikireddi, S. V., Mitchell, R., Popham, F., ... Wami, W. (2018). Theorising social class and its application to the study of health inequalities. *SSM - Population Health*. doi:10.1016/j.ssmph.2018.10.015
- Mudd, A., Verra, S., Bal, M., Kamphuis, C. (2022). How to Study and Understand Socioeconomic Inequalities in Health. In: Yerkes, M.A., Bal, M. (eds) *Solidarity and Social Justice in Contemporary Societies*. Palgrave Macmillan, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-93795-9\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-030-93795-9_11)

- Muntaner, C., Eaton, W. W., & Diala, C. C. (2000). Social inequalities in mental health: A review of concepts and underlying assumptions. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 4(1), 89–113. <https://doi.org/10.1177/136345930000400105>
- Muntaner, C., Ng, E., Chung, H., & Prins, S. J. (2015). Two decades of Neo-Marxist class analysis and health inequalities: A critical reconstruction. *Social Theory & Health*, 13(3-4), 267–287. doi:10.1057/sth.2015.17
- Murali, V., & Oyebode, F. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(3), 216–224. doi:10.1192/apt.10.3.216
- Nathan, S., Newman, C., Lancaster, K. (2019). Qualitative Interviewing. In: Liamputtong, P. (eds) *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*. Springer, Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4\\_77](https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_77)
- Navarro, V. (2009). What We Mean by Social Determinants of Health. *International Journal of Health Services*, 39(3), 423–441. doi:10.2190/hs.39.3.a
- National Alliance to End Homelessness. (2023). Health and homelessness. National Alliance to End Homelessness. Retrieved July 13, 2024, from <https://endhomelessness.org/homelessness-in-america/what-causes-homelessness/health/>
- National Health Care for the Homeless Council. (2019). *Homelessness & health: What's the connection?* Retrieved from <https://nhchc.org/wp-content/uploads/2019/08/homelessness-and-health.pdf>
- National Health Care for the Homeless Council. (2019). Infectious diseases: Fact sheet [PDF]. [https://nhchc.org/wp-content/uploads/2019/08/fact-sheet\\_infectious-diseases\\_hrsa-approved-final-version.pdf](https://nhchc.org/wp-content/uploads/2019/08/fact-sheet_infectious-diseases_hrsa-approved-final-version.pdf)
- National Institute for Medical Respite Care. (2024). *National Institute for Medical Respite Care*. <https://nimrc.org/>
- NYC Department of Homeless Services (2017). NYC enhances HOME-STAT street outreach efforts amid rise in street homeless population July 5 [Press release]. Retrieved from: <https://www1.nyc.gov/site/dhs/about/press-releases/hope-2017-press-release.page>
- 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 for Equity in Health*, 18(101). <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1004-4>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (4th ed.). Sage.

- Piat, M., Polvere, L., & Goering, P., et al. (2015). Pathways into homelessness: Understanding how both individual and structural factors contribute to and sustain homelessness in Canada. *Urban Studies*, 52(13), [page range]. <https://doi.org/10.1177/0042098014548138>
- Robson, C. (2002). *Real World Research: A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers* (2nd ed.). Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Rosenheck, R., & Lam, J. A. (1997). Street outreach to homeless persons with serious mental illness: Is it effective? *American Journal of Public Health*, 87(5), 876-880. doi: 10.1097/00005650-199909000-00006.
- Scambler, G., Scambler, S. (2013). Marx, Critical Realism, and Health Inequalities. In: Cockerham, W. (eds) *Medical Sociology on the Move*. Springer, Dordrecht. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-6193-3\\_5](https://doi.org/10.1007/978-94-007-6193-3_5)
- Schutter, D.O., (2022) Non-take-up of rights in the context of social protection. Report of the Special Rapporteur on extreme poverty and human rights. Human Rights Council Fiftieth session 13 June–8 July 2022 Agenda item 3 Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development United Nations. Received from: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g22/322/17/pdf/g2232217.pdf>
- Segulin, A. M., Santos, H. L., Panušková, K., Rakovec, K., Vodeb, N. A., de Groot, N., Spruk, T., & Pavlin, V. (2022). Theoretical basis of street-based youth work. *Dynamo International*. <https://dynamointernational.org/wp-content/uploads/2022/02/Theoretical-Basis-of-Street-based-Youth-Work.pdf>
- Singh, G., & Cowden, S. (2015). The intensification of neoliberalism and the commodification of human need – A social work perspective. *Critical and Radical Social Work*, 3(3), 375-387. <https://doi.org/10.1332/204986015X14417170590709>
- Spicker, P., (2004). *The welfare state: A general theory*. Sage Publications
- Somerville, P. (2013). Understanding homelessness. *Housing, Theory and Society*, 30(4), 384–415. <https://doi.org/10.1080/14036096.2012.756096>
- Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy societies. The afflictions of social inequalities in health*. London and New York: Routledge.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*, 2nd ed. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/326568>
- Wright, E.O. (2009). Understanding Class. Towards an Integrated Analytical Approach. *New Left Review*, 60, 101-116.

- World Health Organization. (1946). International Health Conference, New York. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85573/Official\\_record2\\_eng.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf)
- World Health Organization. (2000). *Preventing injuries and violence: A guide for ministries of health*. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/108082/e59555.pdf?sequence=1>
- Wood, L. J., Davies, A. P., & Khan, Z. (2014). COVID-19 precautions: Easier said than done when patients are homeless. *The Lancet*, 384(9953), 1641-1642.
- White, B. M., & Newman, S. D. (2014). Access to Primary Care Services Among the Homeless. *Journal of Primary Care & Community Health*, 6(2), 77–87. doi:10.1177/2150131914556122
- Wright, N. M. J., & Tompkins, C. N. E. (2006). How can health services effectively meet the health needs of homeless people? *British Journal of General Practice*, 56(525), 286-293. <https://bjgp.org/content/56/525/286.full.pdf>
- Xiberras, M. (2000). *Les Theories de l exclusion, Pour une construction de l imaginaire de la deviance*. Paris: Meridiens Klincksieck