



NÁVRH NA ŘEŠENÍ VYBRANÝCH ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍCH ASPEKTŮ PROBLEMATIKY BEZDOMOVECTVÍ S VAZBOU NA REGIONÁLNÍ A MÍSTNÍ SPECIFIKA

MPSV 2015



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚTNANOST

PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

NÁVRH NA ŘEŠENÍ VYBRANÝCH ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍCH ASPEKTŮ PROBLEMATIKY BEZDOMOVECTVÍ S VAZBOU NA REGIONÁLNÍ A MÍSTNÍ SPECIFIKA

vypracovaná v rámci projektu **Podpora sociálního začleňování na místní a regionální úrovni** (reg. č. OP LZZ CZ.1.04/3.1.00/04.00016).

Projekt je financován z prostředků Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu ČR.

Prioritní osa: 3 Sociální integrace a sociální služby.

Oblast podpory: 3.1 Podpora sociální integrace a sociálních služeb.

ZÁKLADNÍ INFORMACE O PROJEKTU

Položka	Popis
Název projektu	Dokument Návrh na řešení vybraných zdravotně-sociálních aspektů spojených s problematikou bezdomovectví s vazbou na regionální a místní specifika je vypracován v rámci plnění in-house zakázky Zpracování podpůrných materiálů pro oblast sociálního začleňování, boje s chudobou a přípravy na stárnutí (analýzy, metodiky, návrhy, informační materiály) a zajištění osvěty v této oblasti , která je součástí projektu Podpora sociálního začleňování na místní a regionální úrovni , registrační číslo OP LZZ CZ.1.04/3.1.00/04.00016.
Garant projektu	Česká republika – Ministerstvo práce a sociálních věcí
Lokalita	Na Poříčním právu 376/1 128 01 Praha 2
Osoba oprávněná jednat jménem realizátora	Mgr. Michaela Marksová Tominová Ministryně práce a sociálních věcí
Kontaktní osoba	Mgr. Linda Sokačová
Datum zpracování	11/2015
Zpracovatel	Fond dalšího vzdělávání, Na Maninách 20, 170 00 Praha 7, IČ: 00405698
Odborný garant	Mgr. Jan Dobeš
Řešitelský tým	Mgr. Ilja Hradecký, PaedDr. Martina Těmínová, Bc. Marcel Ambrož, Ing. Jiří Růžička
Recenzenti	Mgr. et Mgr. Jana Čandová, Mgr. Lenka Laubová, Mgr. Jitka Modlitbová, Mgr. et Mgr. Eva Pavlíková, PhD.
Jazyková úprava	Mgr. Zuzana Granátová
Grafická úprava	Radek Pokorný

OBSAH

Metodika	2
Základní informace o projektu	3
Obsah	4
Manažerské shrnutí	6
Návrh řešení vybraných zdravotně-sociálních aspektů problematiky bezdomovectví s vazbou na regionální a místní specifika	7
Část I.	8
Metodika zjišťování zdravotně-sociálních potřeb osob bez domova v obcích	8
1. Úvod	9
2. Současný stav	11
3. Současný systém zdravotních a sociálních služeb	15
3.1 Návrh metod pro zjišťování zdravotních potřeb osob bez domova v obcích	17
Část II.	21
Návrh na rozšíření zdravotní péče o lidi bez domova na místní úrovni	21
4. Potřeby osob bez domova a ohrožených chudobou v oblasti zdravotně-sociálních služeb dle definice ETHOS	22
4.1 Zdravotně-sociální služby	22
4.2 Základní potřeby osob bez domova v oblasti zdravotní péče	23
4.3 Další potřeby zdravotně-sociální péče	24
4.4 Veterinární péče	24
5. Popis současného stavu	25
5.1 Legislativní zakotvení	25
5.2 Finanční zajištění	25
5.3 Bariéry zdravotní péče na straně klienta	26
5.4 Bariéry zdravotní péče ze strany poskytovatelů a zřizovatelů sociálních služeb	26
5.5 Bariéry zdravotní péče ze strany poskytovatelů a zřizovatelů zdravotních služeb	27
5.6 Bariéry zdravotní péče na straně samosprávy	27
6. Bariéry zdravotní péče na straně samosprávy	28
6.1 Návrhy nástrojů a postupů	28
6.1.1 Několik důvodů, proč budovat zdravotně-sociální služby pro osoby bez domova	28
6.1.1.1 Důvody humanistické	28
6.1.1.2 Důvody právní	28
6.1.1.3 Důvody pragmatické	29
6.1.1.4 Důvody ekonomické	30
6.1.2 S jakými riziky je třeba počítat, pokud obce zdravotně-sociální služby poskytovat nebudou	30
6.1.3 Jak službu budovat	30
6.1.3.1 Politická podpora	30

6.1.3.2	Prostorové zajištění zdravotnické služby	31
6.1.3.3	Dostupnost péče	31
6.1.3.4	Materiálně-technické vybavení	32
6.1.3.5	Personální zajištění	32
6.1.3.6	Finanční zajištění	32
6.1.3.7	Jak se stát součástí místní komunity	33
6.1.4	Souhrn doporučení	34
6.1.4.1	Zjišťování zdravotních potřeb osob bez domova	34
6.1.4.2	Mapování sítě služeb	34
6.1.4.3	Zmapování potřeb obce	34
6.1.4.4	Zpracování koncepčního materiálu	34
6.1.4.5	Zajištění služeb praktického lékaře	35
6.1.4.6	Zajištění služeb psychiatra	35
6.1.4.7	Zajištění specializovaných služeb	35
6.1.4.8	Zajištění služeb následné péče	36
7.	Přílohy	37
7.1	Příloha 1 – Typologie ETHOS s návrhem subkategorií pro Českou republiku	38
7.2	Příloha 2 – Příklad možného znění dotazníku	39
7.3	Příloha 3 – Příklady dobré praxe zajištění zdravotně-sociálních služeb v zahraničí	40
7.3.1	Nadace Jenny De la Torre – Zdravotnické centrum pro osoby bez domova (Berlín, Německo)	40
7.3.2	Neunerhaus – pomoc pro osoby bez domova (Vídeň, Rakousko)	42
7.3.3	Volkshilfe – organizace prevence proti vystěhování FAWOS (Rakousko, Vídeň)	42
7.4	Příloha 4 – Příklady dobré praxe zajištění zdravotně-sociálních služeb v České republice	44
7.4.1	Domov se zvláštním režimem – Oblastní charita Česká Kamenice	44
7.4.2	Sanitka SANANIM – Praha	44
7.4.3	Zdravotní péče NADĚJE – Praha	45
7.4.4	Armáda spásy – Domovy Přístav – Moravskoslezský kraj	47
7.5	Příloha 5 – Příklad dobré praxe: koncepce a akční plány	48
7.6	Příloha 6 – Nejčastější zdravotní obtíže ošetřované u uživatelů návykových látek – bezdomovců v ordinaci praktického lékaře SANANIM	49
7.7	Příloha 7 – Doporučená literatura	50
8.	Seznam obrázků	51
9.	Použité zdroje	52

MANAŽERSKÉ SHRNUTÍ

Metodika zjišťování zdravotně-sociálních potřeb osob bez domova v obcích přináší v úvodní části vzhled do šíře problematiky s poukazem na neexistující jednoduchá „konečná“ řešení. Druhá kapitola shrnuje poznání současného stavu v rozsahu evropské typologie ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion)¹ s náhledem na vnímání laickou veřejností a se zvláštním zřetelům na faktickou nedostupnost zdravotnických služeb pro lidi bez domova. Další text navazuje přehledem současného systému zdravotních a sociálních služeb a pokračuje návrhem možností pro zjišťování zdravotně-sociálních potřeb osob bez domova v obcích.

Návrh na rozšíření zdravotní péče o lidi bez domova na místní úrovni ukazuje v úvodní části souhrn potřeb lidí bez domova a lidí ohrožených chudobou v oblasti zdravotně-sociálních služeb a jejich problematickou dostupnost. Další kapitola navazuje popisem současného stavu z pohledu legislativního a finančního zajištění zdravotní péče, bariér ze strany klienta, sociálních služeb, zdravotnických služeb a samospráv. Jádrem textu jsou návrhy nástrojů a postupů včetně uvedených důvodů, proč budovat zdravotně-sociální služby pro osoby bez domova, a rizik plynoucích z jejich zanedbání. Text pokračuje praktickými radami a návody, jak služby organizovat včetně materiál-ně-technického, personálního a finančního zajištění se souhrnem praktických doporučení.

Jde o dvě části řešení téhož problému, dvojí pohled na východiska, dva texty s různým přístupem a odlišným pohledem. Určitá fakta jsou záměrně pojednána v obou částech dokumentu, vždy z různého úhlu pohledu, v odlišném kontextu.

Návrh řešení vybraných zdravotně-sociálních aspektů problematiky bezdomovectví doplňují inspirativní příklady dobré praxe z České republiky i z jiných členských států Evropské unie. Pro zájemce, kteří chtějí porozumět

problematice bezdomovectví hlouběji, je určen přehled dostupné literatury.

Text je určen především voleným samosprávným orgánům měst a obcí a sociálním, zdravotním, bytovým a dalším zainteresovaným odborům městských a obecních úřadů a úřadů městských částí a obvodů. Jeho cílem je poskytnout metodickou podporu a inspiraci pro řešení bezdomovectví na místní úrovni.

¹ Evropská typologie bezdomovectví a vyloučení z bydlení

NÁVRH ŘEŠENÍ VYBRANÝCH ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍCH ASPEKTŮ PROBLEMATIKY BEZDOMOVECTVÍ S VAZBOU NA REGIONÁLNÍ A MÍSTNÍ SPECIFIKA

Bezdomovectví je globálním problémem, který se dotýká oblastí chudoby, zdravotního stavu, tělesného, duševního a smyslového postižení, vzdělání a kvalifikace, nedostatečných nebo chybějících vztahů, nezaměstnanosti aj. Zasahuje nejen do života lidí bez domova samotných, ale celé populace měst a obcí. Řešení není jednoduché, je k němu potřeba součinnosti různých aktérů na všech úrovních. Stěžejní význam má nejbližší okolí lidí bez domova tam, kde právě jsou. Zejména aktivita měst a obcí může mít velký vliv na odstraňování bezdomovectví a začleňování lidí bez domova do běžného způsobu života.

Tento návrh zahrnuje v sobě dvě části:

- ~ Metodika zjišťování zdravotně-sociálních potřeb osob bez domova v obcích, která může být východiskem pro důstojné zajištění základních zdravotně-sociálních potřeb lidí bez domova, kteří nejsou z mnoha různých důvodů začleněni do obvyklého způsobu života, a také pro nastavení nástrojů prevence nepříznivých sociálních a zdravotních situací těchto osob
- ~ Návrh na rozšíření zdravotní péče o lidi bez domova na místní úrovni, který se zaměřuje na zajištění zdravotní péče o lidi bez domova a možnosti jejich doléčení v přechodných nízkoprahových pobytových službách

ČÁST I.

METODIKA ZJIŠŤOVÁNÍ ZDRAVOTNĚ- SOCIÁLNÍCH POTŘEB OSOB BEZ DOMOVA V OBCÍCH



1. ÚVOD ²

Bezdomovectví a chudoba, chudoba a bezdomovectví — co z nich je příčinou a co následkem? Jak spolu tyto dva jevy souvisejí? Jsou přijatelné v evropské, nebo přesněji české společnosti 21. století? Když ano, jak s nimi (anebo vedle nich) chceme žít? Chceme je vidět, nebo nevidět? Budeme je odsouvat někam na periferii, aby nás, „běžné občany“ a poctivé daňové poplatníky, tyto problémy neobtěžovaly? Ano, můžeme se k tomu rozhodnout. A víme o lidech, kteří jsou k tomu rozhodnutí. Jak jednoduchá řešení!

Máme i jinou možnost. Můžeme v lidech bez domova vidět lidské bytosti, kterým náleží lidská důstojnost. Máme možnost pomoci, podpory, zájmu o člověka v nouzi.

Bezdomovectví je složitý **mnohorozměrný problém**, jehož řešení dosud žádná pluralitní společnost bezzbytku nenalezla. Na vzniku a vývoji bezdomovectví se podílí mnoho faktorů, spouštěcím mechanismem je často souhra různých okolností. Souvislosti a dopady bezdomovectví zasahují do většiny oblastí života společnosti.

V první řadě jde o **problém humanitární**. Jedním z pilířů svobodné demokratické společnosti je respekt k lidským právům, především jde o právo na život. Absence obydlí přitom představuje přímé ohrožení života, a to nejen v zimě. Snahou institucí a jejich pracovníků má být vytváření podmínek pro to, aby k ohrožení života lidí včetně lidí bez domova nemohlo dojít.

Bezdomovectví je zásadním **sociálním problémem**, je extrémní formou sociálního vyloučení. Doprovází je krajní chudoba a zadluženost, rozpad a absence přirozených sociálních vztahů, nedostatečná vzdělanost, často nízká kvalifikace, nízké sociální kompetence, ztráta pracovního návyku.

Nesporný je významný **ekonomický vliv** bezdomovectví. Nedostatečná podpora lidí k návratu z bezdomovectví má vliv na jejich dlouhodobou nezaměstnanost a faktickou nezaměstnatelnost a eliminuje možnosti ekonomického přínosu plynoucího ze zaměstnání, a to jak pro jednotlivce a jejich rodiny, tak pro obce a stát.

Nezanedbatelný vliv má také vysoká zadluženost a neschopnost splácet dluhy.

S ekonomikou přímo souvisí **zdravotní problém** bezdomovectví. Špatná, resp. žádná životospráva, malnutrice, zanedbaná zdravotní prevence a opomíjená včasná léčba zejména lidí dlouhodobě bez domova je často přivádí do zdravotnického zařízení až v akutním stavu. Významný je vliv zdravotního stavu lidí bez domova na celou populaci.

Nelze opomíjet ani **bezpečnostní problém** bezdomovectví. Vedle přestupkových a kriminálních aktivit zjevných bezdomovců jde také o narušování veřejného pořádku. Jsou to však často lidé bez domova, kteří se stávají oběťmi trestné činnosti, počínaje zaměstnáváním bez pracovní smlouvy přes zneužívání jejich dokladů získaných obelháním nebo krádeží až po násilí z nenávisi, včetně krutého mučení až po nesmyslnou vraždu. Významná část lidí propuštěných z vězení nenajde kvůli své minulosti zaměstnání a končí na ulici.

Konečně jde o významný **politický problém**, který se na různých místech objevuje zejména v předvolebních kampaních. Jde o negativní verbální reakce až po ostrakizaci bezdomovců jako parazitů, lidského odpadu, který je třeba odsunout i fyzicky na okraj společnosti. Toto nazírání lidí bez domova je faktickým posilováním nesnášenlivosti, xenofobie, intolerance a násilí ve společnosti. To pak podkopává základy demokracie.

² Na tuto Metodiku navazuje Návrh na rozšíření zdravotní péče o lidi bez domova na místní úrovni.

Neexistuje jednoduché řešení

Tato metodika chce být pomocí pro orgány veřejné správy na místní a regionální úrovni, tj. na úrovni krajů a obcí, zejména obcí s rozšířenou působností. Aby mohlo dojít k postupnému snižování závažnosti problematiky bezdomovectví, je žádoucí využít **soustředění a součinnost sil a prostředků všech relevantních aktérů** při jejím řešení. Znamená to zapojení nejen veřejné správy, které přísluší hlavní role, ale také soukromého a neziskového sektoru. **Podstatná je skutečnost, že ekonomické nároky na prevenci bezdomovectví jsou podstatně nižší než náklady na financování následných sociálních a dalších služeb lidem bez domova.**

Je potřebné přistoupit na to, **že neexistují jednoduchá „konečná“ řešení**. Při řešení každé fáze bezdomovectví, počínaje rizikem ztráty bydlení přes jeho skryté a viditelné podoby včetně chronické formy bezdomovectví až po návrat do běžného způsobu života, je důležité vědomí, že problém může být řešen jen v celkových souvislostech.³

Důležité je přistupovat k řešení bezdomovectví s vědomím, že jde o pomoc lidem, kteří patří k nejvíce vyloučeným z naší společnosti, s vědomím, že bez dobré vůle a trpělivosti participantů na tomto řešení nelze dosáhnout pozitivních výsledků. Podstatná část lidí bez domova se jimi stala bez předchozího záměru, a to proto, že v určité době nezvládli svůj život natolik, aby žili v obvyklých standardech. Proto nelze přistupovat k řešení jejich situace jinak než prostřednictvím nabídky přiměřených služeb a teprve následně je motivovat k odpovědnosti za vlastní život.

3

Viz Sborník z Konsensuální konference o bezdomovectví, Praha 2014, <http://www.bezdomovectvi.info/cs/sbornik-z-konference>.

2. SOUČASNÝ STAV

Pan Josef patří k nejstarším bezdomovcům. Když poprvé přišel do denního centra, bylo mu 91 let. O byt přišel fingovanou výměnou, styděl se přiznat svůj stav. „Stará se o mne jedna paní,“ říkal. Teprve později přiznal, že mu odebírala důchod a jednou denně mu dávala jídlo. Bydlel ve sklepě, kde se ohříval žárovkou. Aby moc neprosvítíl, tak mu ji vzali. Nechtěl podat trestní oznámení, nechtěl se soudit. Zemřel v Domě pokojného stáří Naděje v Nedašově.

Kdo jsou lidé bez domova, co je bezdomovectví

Jako „bezdomovce“ chápe velká část veřejnosti osoby viditelně zanedbané, většinou pod vlivem alkoholu, nejčastějším stereotypem je starší opilý, neholený a nemytý muž, bez ohledu na to, jestli někde bydlí nebo ne. Označení „bezdomovec“ je pak synonymem někoho nežádoucího. Na takové bezdomovce se pak v obecném povědomí přenáší odpovědnost za všechnu možnou špínu, nepořádek a zápach. Ano, někteří lidé bez domova, zejména ti, kteří jsou „na ulici“ dlouhodobě, do tohoto schématu zapadají.

Bezdomovectví není vymezeno jedinou správnou definicí. Neexistuje ani žádné přesné vyčíslení tohoto fenoménu, které by věrně vyjádřilo skutečnost. Obtížnost stanovení definice bezdomovectví potom ovlivňuje možnosti a schopnosti odpovědných orgánů, přiměřeně na bezdomovectví reagovat. Účelem sběru dat o bezdomovectví je poskytnout informace potřebné ke zkvalitnění služeb, s cílem předcházet bezdomovectví a zmírňovat je. Shromážděné informace o bezdomovcích **by měly mít vypovídací hodnotu** pro orgány na národní i místní úrovni, aby mohly rozvíjet strategie pro:

- ~ prevenci bezdomovectví,
- ~ řešení příčin bezdomovectví,
- ~ snížení úrovně bezdomovectví,
- ~ snížení negativních dopadů na obyvatele obce,
- ~ snížení negativních dopadů na osoby bez domova a jejich rodiny,
- ~ zajištění, aby si bývalí bezdomovci dokázali udržet trvalé nezávislé bydlení.

Pro specifické potřeby lze aplikovat různá třídění jevů souvisejících s bezdomovectvím. Každé členění má své přednosti i nedostatky zejména v tom, že popisuje statickou situaci, zatímco charakter bezdomovectví je individuálně značně proměnlivý. Zde je příklad některých hledisek pro kategorizaci bezdomovectví:

- ~ podle vnímání bezdomovců veřejností: forma zjevná — skrytá — potenciální;
- ~ podle doby trvání: krátkodobé — střednědobé — dlouhodobé — epizodické — vícegenerační;
- ~ podle příčin: vlivy materiální — vztahové — osobnostní — institucionální;
- ~ podle geografického původu: místní — vnitrostátní — občané EU — ostatní cizinci;
- ~ podle právního postavení: legálně pobývajících na území státu — neregistrovaní migranti;
- ~ podle rodinného stavu, přirozených vztahů nebo jejich neexistence: osamělí lidé — bezdětné dvojice — lidé doprovázení dětmi;
- ~ podle osobních charakteristik: gender, věk, zdravotní stav, národnostní a etnický původ aj.;
- ~ podle aktuální životní situace: ETHOS.

Typologie ETHOS

V letech 2004–2007 vypracovala a přijala evropská profesní organizace FEANTSA typologii bezdomovectví ETHOS (viz Příloha č. 1) ve snaze porozumět problému. Pracovali na ní odborníci z členských států, byla podrobena několikaletému testování a odborným diskusím. Hlavním úkolem ETHOS je přispět ke zlepšení sběru

a srovnávání dat a rozhodování o strategiích k řešení bezdomovectví.⁴

Typologie ETHOS respektuje bezdomovectví jako dynamický proces, jako měnící se životní situace, a vychází primárně z **kategorizace podle životní situace**. Zařazení konkrétní osoby není absolutní a trvalé, ale mění se se změnou životní situace. Typologie ETHOS byla souhlasně přijata na Evropské konsensuální konferenci v roce 2010 a má ambici k tomu, aby byla použitelná a akceptovaná v členských státech pro tvorbu sociálních politik na všech úrovních, od lokální až po evropskou.

Aby bylo možno definovat bezdomovectví, stanovila si Evropská observatoř bezdomovectví tři oblasti, které

tvorí domov, jehož absence může být považována za vymezení bezdomovectví. Mít domov má být chápáno jako:

- ~ **fyzická oblast:** mít slušné obydlí, způsobilé k naplňování potřeb dané osoby a její rodiny;
- ~ **sociální oblast:** mít možnost uchovat si soukromí a udržovat společenské vztahy;
- ~ **právní oblast:** mít výlučné vlastnictví, jistotu užívání a právní důvod užívání tohoto prostoru.

Bezdomovectví nepochybně patří k extrémním příkladům sociálního vyloučení. Je proto užitečné vzít v úvahu odlišný rozsah a hloubku jednotlivých forem bezdomovectví, a to podle vztahu ke třem oblastem vyloučení:

Tvůrci politik a zadavatelé a poskytovatelé sociálních

Č.	Koncepční kategorie	Fyzická doména	Právní doména	Sociální doména
1.	Bez střechy	Žádné obydlí (střecha)	Žádný právní nárok na užívání prostoru (vlastnictví, užívací právo)	Žádný soukromý a bezpečný osobní prostor pro sociální vztahy
2.	Bez domova	Má místo k bydlení, vhodné k obývání	Žádný právní nárok na užívání prostoru (vlastnictví, užívací právo)	Žádný soukromý a bezpečný osobní prostor pro sociální vztahy
3.	Nejisté a nevyhovující bydlení	Má místo k bydlení (nejisté a/ nebo nevhodné k obývání)	Žádná jistota užívacího práva	Má prostor pro sociální vztahy
4.	Nevyhovující bydlení a sociální izolace v legálně obývaném obydlí	Nevyhovující bydlení (nezpůsobilé k obývání)	Má právní nárok /nebo jistotu užívacího práva	Žádný soukromý a bezpečný osobní prostor pro sociální vztahy
5.	Nevyhovující bydlení (jisté užívací právo)	Nevyhovující bydlení (nezpůsobilé k obývání)	Má právní nárok a/nebo jistotu užívacího práva	Má prostor pro sociální vztahy
6.	Nejisté bydlení (vhodné k obývání)	Má místo k bydlení	Žádná jistota užívacího práva, ztráta vlastnictví	Má prostor pro sociální vztahy
7.	Sociální izolace v kontextu jistého a vhodného bydlení	Má místo k bydlení	Má právní nárok a/nebo jistotu užívacího práva	Žádný soukromý a bezpečný osobní prostor pro sociální vztahy

Obrázek 1: Sedm teoretických oblastí bezdomovectví

⁴ Více v publikaci Definice a typologie bezdomovectví, Praha NADĚJE 2007, ke stažení zde: http://www.nadeje.cz/_/stranky/index?alias=odborne_texty&id=31&Texty_page=2

a dalších služeb by měli mít na zřeteli skryté bezdomovectví. To znamená, že **je třeba zahrnout do posuzování bezdomovectví také situace osob a domácností žijících v nejistém bydlení, v ubytovnách, osob nucených neustále se pohybovat mezi různými formami nevyhovujícího bydlení a těch domácností a jednotlivců, kteří musí žít v obydlích nezpůsobilých k bydlení podle běžně přijímaných norem.**

Klíčovým problémem měření bezdomovectví je skutečnost, že nejde o statický jev. Někteří lidé se pohybují mezi odlišnými formami bydlení, např. spaním na veřejných místech, krátkodobými pobyty u příbuzných a přátel, případně pobyty ve vězení či ve zdravotnickém zařízení. Někteří lidé procházejí opakovanými epizodami bezdomovectví, např. ženy zakoušející domácí násilí mohou od násilníka opakovaně odejít k přátelům, do ubytovny pro bezdomovce či do azylového zařízení pro ženy.

Typologie ETHOS se stala také jedním z východisek pro národní Koncepti prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020. Umožňuje kvantifikaci v kategoriích, je vhodnou metodikou pro měření bezdomovectví na všech úrovních a vhodným podkladem pro sčítání lidí bez domova a lidí bezdomovectvím ohrožených. Je žádoucí, aby tvůrci sociálních politik na všech úrovních **pracovali s celou šíří životních situací lidí bez domova a lidí ohrožených**, aby služby nekončily azylovým domem a aby se předcházelo ztrátám domova.

Kategorizace podle vnímání veřejnosti

Nejjednodušší typologie vychází z běžného vnímání, zejména u formy zjevného bezdomovectví. **Nebezpečím je její redukce jen na tuto skupinu lidí.** Jejím kladem je její srozumitelnost pro širokou veřejnost. Rozlišují se tři základní formy:

Jako **zjevné bezdomovectví** se označuje situace lidí přespávajících na veřejných místech, na nezákonně obsazených pozemcích a v nezákonně obsazených domech. Tito lidé na noc vyhledávají raději skrytá místa, kde jsou kryti před nepohodou, např. pod mostem, v kanálech, v jeskyních, odstavených vagonech.

Skrytým bezdomovectvím se označuje situace lidí, kteří nemají svůj domov, ale hledají legální nebo nelegální ubytování, např. v azylových domech, ve veřejných ubytovnách, v noclehárnách. V této životní situaci jsou např. lidé před opuštěním instituce, zejména dětského domova, zdravotnického zařízení nebo věznice, kteří se po propuštění nemají kam vrátit.

Potenciální bezdomovectví je situace, kdy domácnost žije v bytě a ještě si ani nemusí uvědomovat, že její bydlení je ohroženo.

36letý muž, který žije pět let na ulici, přebývá na nádraží, v noci na lavičce, žebřá. Je znečištěn, má vši, svrab. Do zdravotnického zařízení byl přivezen zdravotnickou záchrannou službou. V dokumentaci je uvedeno: „Pacient nalezen na tramvajové zastávce, záchranná služba volána kolemjdoucími turisty. Pacient je bez známek poranění, není schopen chůze. Z dechu je cítit alkohol, pacient je silně zanedbaný, pokálený.“ Přivezen do nemocnice k vyřešení dalšího postupu. Z vyšetření lékaře vyplývá, že pacient je orientovaný, bez známek poranění, kardiopulmonálně kompenzovaný, fyziologické funkce v normě, laboratorní vyšetření v normě, silně zanedbaný, znečištěný. Na levé dolní končetině má defekt velikosti 5 × 6 cm, povleklý, zapáchající, který byl ošetřen. Byl předepsán recept na antibiotika. V krvi má 1,78 promile alkoholu, je indikován pobyt na záchytné protialkoholní stanici. Tato jeho pobyt odmítla z důvodu nízké hladiny alkoholu. Došlo ke kontaktování sociálních služeb pro bezdomovce, které odmítly pobyt z důvodu pozdní hodiny a vysokého množství alkoholu v krvi pacienta. Muž je bez dokladů a hotovosti. Vzhledem k noční hodině byl zdravotník nucen nechat klienta v čekárně (se všemi riziky a důsledky) do rána, do vystřízlivění, kdy byl schopen odchodu.

Jde o případ, nikoliv ojedinělý, kdy není nalezeno řešení a člověk odchází k doléčení na ulici.

Dostupnost a faktická nedostupnost zdravotní péče⁵

Zdravotní péče je závislá na systému zdravotního pojištění. Povinně je zdravotně pojištěn každý, kdo má na území České republiky trvalý pobyt nebo je jeho zaměstnavatelem osoba, která zde má své sídlo. Veřejné zdravotní pojištění vzniká dnem narození a končí dnem úmrtí.

Zaměstnancům v pracovním nebo obdobném poměru platí zdravotní pojištění zaměstnavatel z příjmu zaměstnance. Stát hradí pojistné vyjmenovanému okruhu osob, např. nezaopatřeným dětem, důchodcům, ženám na mateřské a rodičovské dovolené a příjemcům rodičovského příspěvku, uchazečům o zaměstnání a dalším, které přesně definuje zákon. V ostatních případech si osoba pojistné platí sama.

Lidé bez domova, zejména bez střechy, tedy ti, kteří spí venku, zpravidla nemají řádně uzavřenou pracovní smlouvu a neplatí zdravotní pojištění. Přesto **jsou podle zákona pojištěnci a jejich zdravotní pojišťovna je povinna zdravotní úkony zdravotnickému zařízení uhradit**. Může se to jevit jako nespravedlivé, ale platí: Zdravotnické zařízení je povinno poskytnout lidem bez domova stejnou péči jako komukoliv jinému a příslušná zdravotní pojišťovna je povinna tuto péči uhradit. Rubem této situace je možnost a povinnost zdravotní pojišťovny dlužné pojistné vymáhat. Je zřejmé, že náklady na vymáhání vynaloží s velkou pravděpodobností marně.

Cizí státní příslušníci v pracovním nebo obdobném poměru k zaměstnavateli, který má sídlo na území České republiky, jsou ze zákona o veřejném zdravotním pojištění pojištěnci stejně jako občané České republiky. Zdravotní pojištění si musí hradit i cizinci, kterým byl v České republice povolen dlouhodobý pobyt za účelem podnikání. Zdravotní péče, jež je těmto cizincům poskytována, musí být uhrazena zdravotní pojišťovnou.

Zdravotní péče je občanům Evropské unie poskytována po předložení Evropského průkazu zdravotního pojištění v rozsahu nezbytné péče při akutním onemocnění a úrazu a týká se jak ambulantního ošetření, tak i hospitalizace.

Faktická nedostupnost zdravotní péče lidem bez domova pak závisí víc na mentálních překážkách, na předsudcích a na konkrétním způsobu jednání a chování.

Jde o oboustranné překážky, jak na straně zdravotníků, tak pacientů-bezdomovců. Někteří bezdomovci např. odmítají nabízenou léčbu, nedodržují léčebný režim, jsou nečistí a zapáchající anebo jen nemají možnost „domácího“ doléčení.

Ze strany zdravotnických zařízení je překážkou např. předčasné propuštění z nemocnice do azylového domu bez předchozí domluvy, otevřený nezájem osloveného lékaře o stav bezdomovce. „Typický bezdomovec“, jak ho vnímá veřejnost, není žádoucím klientem zdravotnických zařízení. Bývá odmítán, nejčastěji pro „naplněnou kapacitu“, případně je po akutním ošetření propuštěn do „domácího“ doléčení. Bezdomovcům obvykle stačí jedno odmítnutí a více lékařů nevyhledají, byť by trpěli i velmi vážným či pro ostatní nebezpečným onemocněním.

⁵

Možnosti zlepšení dostupnosti viz Návrh na rozšíření zdravotní péče o lidi bez domova na místní úrovni.

3. SOUČASNÝ SYSTÉM ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Při sčítání bezdomovců v roce 2004 v Praze se ukázalo, že určitá skupina bezdomovců zůstává i pro odborníky, včetně terénních pracovníků, prakticky neznámá. Žijí v uzavřených komunitách v extrémním vyloučení na obtížně dostupných a skrytých místech, jako jsou kanalizační potrubí, teplovody, větrací šachty, podzemní chodby, opuštěné domy apod. Tito lidé nevyhledávají pomoc sociálních služeb. Přesnější informace o těchto komunitách nejsou známy ani odborníkům, ale ani bezdomovcům samým. Podle výpovědí bezdomovců může v Praze dosáhnout počet takto přežívajících osob řádově stovek.

Sociální služby a jejich limity

Druhy sociálních služeb, jejich cílové skupiny a vlastní poskytování se řídí zákonem o sociálních službách. Taxativní vymezení jak druhů služeb, tak souvisejících základních činností je dvousečné. Na jednu stranu stanovuje poskytovatelům jednoznačné povinnosti, na druhou stranu ztěžuje možnost reagovat na měnící se společnost, ale také na individuální potřeby klientů, které zákon nepředvídá. Týká se to zejména služeb lidem bez domova, u nichž není jednoznačně zařazení do cílové skupiny, např. tělesně postižený (po amputaci dolní končetiny) senior bez domova s nedagnostikovanou duševní poruchou (reálný případ).

Nejčastějšími službami sociální prevence určené lidem bez domova (v dikci zákona „osobám bez přístřeší“) jsou:

- ~ terénní programy, nejčastěji formou pěšího streetworku, ojediněle mobilní formou autem s dvoučlennou nebo tříčlennou posádkou,
- ~ nízkoprahová denní centra, která ze zákona nastavují některým lidem bez domova příliš vysoký práh,
- ~ noclehárny, většinou za symbolický poplatek,
- ~ azylové domy, u nichž nutí dotační pravidla vybírat co nejvyšší poplatek za ubytování, čímž zvyšují práh této služby,
- ~ domy na půl cesty určené pouze mladým lidem.

Návaznost bydlení s podporou nebo jiné formy sociálního bydlení je sporadická a velmi závislá na ochotě obcí. Proto jsou zbytečně v azylových domech lidé, kteří jsou schopni bydlení s individuálně sjednanou podporou sociální práce, případně i bez ní. V tomto jsou sociální služby značně limitovány.

Zákon neumožňuje přesah služeb prevence a péče. Ještě složitější je překryv sociálních služeb a zdravotní péče. Již dvacet let poskytuje své služby lidem bez domova specializovaná ordinace praktického lékaře v Praze, umístěná v těže budově jako denní centrum, v současnosti doplněná o službu gynekologa.

Specializovaných zdravotnických zařízení pro bezdomovce je zatím jen několik, ale ze zkušeností lze konstatovat, že se osvědčují. Personál v těchto ordinacích zná svou klientelu. Pacient-bezdomovec jej neznechucuje. Zaměstnanci nejsou nuceni do odmítání péče z finančních a administrativních důvodů, protože tato zdravotnická zařízení jsou určena k tomu, aby ošetřila každého pacienta.

Vhodnou a osvědčenou kombinací je návaznost ordinace na služby denního centra, které poskytuje základní hygienickou očistu, na niž pak navazuje lékařské ošetření. To je poskytováno, když to zdravotní stav vyžaduje, i nepojištěným lidem. Sociální rozměr zdravotní péče spočívá v pomoci klientům denního centra při nástupu do zaměstnání prováděním vstupních prohlídek.

Duševní zdraví

Život na ulici má svá pravidla. Když chce člověk v bezdomovecké subkultuře obstát, musí tato pravidla akceptovat. Bez ohledu na to, co bylo posledním impulsem, který člověka vypudil na ulici, přežití pro něho znamená nutnost přizpůsobit se podmínkám. To, co bylo pro něho dříve normou, stává se na ulici nežádoucí a naopak. Společným znakem všech lidí na ulici je absence sociálních vztahů a bezpečí domova. To má jednoznačný vliv na poruchy duševního zdraví.

Specializované zdravotní služby stacionární a terénní⁶

Na lékařskou péči a další zdravotnické služby pro lidi bez domova se specializují v České republice jen ojedinelé někteří poskytovatelé sociálních služeb. Od roku 1994 je v Praze v provozu pravidelná ordinace praktického lékaře zaměřená na bezdomovce, která plošnou vakcinací bezdomovců významně přispěla k prevenci virové hepatitidy. V posledních letech jsou zdravotní služby poskytovány také v Olomouci, Ostravě a Plzni. Při některých sociálních službách jsou zřízeny ošetřovny a vyčleněna lůžka pro nemocné bezdomovce.

Odlíšnou, ale neméně důležitou službou je mobilní terénní zdravotnická služba. Také u této služby je propojení s terénní sociální službou vhodné. Jde o vyhledávání míst, kde se zdržují bezdomovci. V této službě doprovází terénního sociálního pracovníka také zdravotník nebo lékař. Známy je tento model v Paříži, kdy se večerních výjezdů účastní se sociálním pracovníkem i psychiatr. Variací je také mobilní terénní služba NADĚJE, kdy je ve voze zdravotník.

Důležitou službou je zřízení lůžkového zařízení pro léčbu běžných onemocnění a doléčení po propuštění z nemocnice. Zde mohou pobývat ti, kteří trpí chorobami v běžné populaci léčenými v domácím prostředí. Vhodná je kombinace s ordinací nebo pobytovou službou, např. azylovým domem.

Odborná péče a hospitalizace

Návaznou odbornou péčí, resp. její dostupností pro lidi bez domova, je potřeba rozlišit ve dvou protichůdných modech. Klientům sociálních služeb, zejména azylových domů a domů na půl cesty, jejichž vzhled neodpovídá obecně přijímanému stereotypu bezdomovce, ale naopak nejsou na pohled odlišní od většinové populace,

Třiapadesátiletý bezdomovec umrzl ve čtvrtek poblíž hlavní brány do fakultní nemocnice v Olomouci poté, co z ní byl vyveden ochrankou. Stalo se tak po jeho druhém ošetření na oddělení urgentního příjmu v průběhu rána. „Lékaři přivolali ochranku poté, co muž, který již podle nich nevyžadoval žádnou lékařskou péči, odmítl opustit oddělení. Tvrdil, že neodejde, dokud nedostane najíst, protože má hlad,“ řekl Právo ve čtvrtek mluvčí fakultní nemocnice Egon Havrlant. Mrtvé tělo muže bylo objeveno po osmé hodině ráno v Hněvotínské ulici. „Lékař na místě předběžně vyloučil cizí zavinění jeho smrti a konstatoval, že muž pravděpodobně zemřel na následky podchlazení. . .“ Ochranka vyvedla bezdomovce před areál nemocnice krátce po sedmé hodině ráno. Ten si pak sedl na zem poblíž hlavní brány a přibližně hodinu poté byl již mrtvý.

Právo, 26. 1. 2007

Pitva odhalila nejen zápal plic, ale také problémy se srdcem, které také zřejmě mohly nakonec být příčinou smrti. Původní verze, podle níž muž zemřel na podchlazení, se naopak nepotvrdila. „Nechci lékaře soudit, ten člověk byl opravdu mimořádně zanedbaný. Pravda je, že takové celkové vyčerpání organismu by ale za normálních okolností asi bylo důvodem k hospitalizaci. . .“ řekl zdravotní rada Olomouckého kraje Václav Rýznar.

MF DNES Střední Morava

⁶ Viz také příklady dobré praxe v příloze; více také v dokumentu Návrh na rozšíření zdravotní péče o lidi bez domova na místní úrovni.

je zpravidla poskytována stejná zdravotnická péče a pozornost jako komukoliv druhému. Totéž se týká hospitalizace a propuštění z nemocnice.

Naopak v případech, kdy přiveze do nemocnice bezdomovce přímo z ulice zdravotnická záchranná služba, nastávají konflikty. Jde často o lidi, kteří sami aktivně nevyhledávají zdravotnickou pomoc, kteří nemají svého praktického lékaře, nejsou klienty pobytových ani ambulantních služeb. Jejich zevnějšek i chování mohou být odpuzující pro zdravotnický personál. Zpravidla bývají ošetřeni a odesláni „domů“.

Odborná péče je jim bez doporučení praktického lékaře nedostupná, i kdyby ji chtěli aktivně vyhledat. Po jednom nebo několika odmítnutích však zpravidla svou aktivitu ztrácejí. V místech, kde je dostupný praktický lékař spolupracující s poskytovatelem sociálních služeb, bývá situace snadnější, lékař doporučení napíše a sociální služba se může postarat o hygienu, čisté ošacení, případně taky o doprovod.⁷

3.1 NÁVRH METOD PRO ZJIŠŤOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH POTŘEB OSOB BEZ DOMOVA V OBCÍCH

Systematická terénní práce v obcích a městech

Lidé bez domova, zejména ti, kteří spí, nocují na veřejných a veřejně přístupných místech, jsou ohroženi nejen nepřízní počasí, ale také agresivnějšími lidmi či okradením. Všechna rizika lze výrazně omezit, bude-li dobrá vůle. **Prvním předpokladem je poznání situace** týkající se bezdomovectví na místní úrovni. Nejde především o teoretické vědomosti, ale o znalost terénu. Poznat lidi, kteří jsou v překerní situaci, nebydlí nebo jsou ohroženi ztrátou bydlení, ztrátou domova.

Vhodným nástrojem k tomu je **zavedení systematické terénní sociální práce na území celé obce**, celého města. Terénní sociální pracovník, kterému bude určeno teritorium pro práci, může časem poznat osobně mnoho lidí, kteří nějakým způsobem strádají; rodiny, kterým hrozí vystěhování z bytu, a také lidi bez domova, kteří se ve svěřené lokalitě zdržují ve dne nebo v noci. Má pak dobrou

Bezdomovce u pardubického autobusového nádraží podle policie bestiálním způsobem utýrala dvojice mladíků, kterým ještě nebylo osmnáct let. Pětapadesátiletého muže před týdnem surově bili, bodali, stříleli po něm a zapálili ho. „Příčinou smrti byl krvácivý šok způsobený krvácením do dutiny břišní v důsledku tupých poranění. Zejména se jednalo o natržení sleziny a střežních kliček,“ řekl kriminalista Milan Šimek. Do Pardubic přijeli na kolech. „Byli v letním kině, na místo napadení se dostali spíše náhodou. Čin neplánovali, motiv neměli. Zaútočili na spícího muže na lavičce, nestačil se bránit,“ řekl vyšetřovatel Robert Veleta.

Oba plnou silou kopali a tloukli muže do hlavy a těla, použili i různé nástroje. Například vzduchovou pistoli, kterou vystřelili několikrát do obličeje a těla ležícího muže. Jeden z nich použil i boxer, další mu dupal na hrudník a břicho. V batohu postiženého našli nůžky, které použili v oblasti genitálií. „Použili i francouzskou hůl, kterou vsunuli oběti do análního otvoru. Na závěr zapálili postiženému vlasy, které uhasili botou,“ dodal vyšetřovatel.

Tyrani, kteří se střídali v napadání bezvládného těla, byli pod vlivem alkoholu. Jejich útok trval asi půl hodiny. Nedaleko od tohoto místa potom nahlásili kolemjdoucímu, že spatřili ležícího muže, a vrátili se do letního kina, kde měli konflikt s dalšími osobami bez domova.

iDNES, 10. 8. 2015

7

Více Šupková Danuše. Zdravotní péče o bezdomovce. Praha: Grada, 2007, http://www.nadeje.cz/_/stranky/index?alias=odborne_texty&id=31&Texty_page=2

příležitost získat si jejich důvěru, poznat jejich problémy a hledat s nimi řešení.

Při zavedení systematické terénní práce v obcích a městech je vhodným východiskem teritoriální vymezení, spíše než dělení podle cílových skupin (bezdomovectví, drogové závislosti, gambling, prostituce, děti, mládež, dospělí). Terénní sociální pracovník pak může spolupracovat se sociálními službami, které se specializují na konkrétní cílové skupiny.

Ze strany obce to znamená **rozhodnutí sociálního pracovníka na takovou pozici zaměstnat** anebo dojednat s jiným subjektem, např. s poskytovatelem sociálních služeb, aby tuto roli zaujal. Dobře zavedená terénní sociální práce bude sice znamenat vstupní náklady, ale jako forma prevence přinese v průběhu času úspory. Je prokázáno, že prevence je i násobně levnější než následné řešení problémů, které by bez ní vznikly.

Příklad: Při srovnání nákladů na preventivní činnost sociálního pracovníka poskytujícího systematickou terénní práci po dobu dvou let s náklady vynaloženými na stejně dlouhý pobyt osoby v azylovém domě dostáváme, že preventivní činnost sociálního pracovníka je levnější než řešení vzniklého bezdomovectví osoby v azylovém domě. Konkrétně prevence v případě, že se jedná o nezaměstnané osoby, vychází o 25 % levněji a v případě, že srovnávané osoby by byly ve sledovaném období zaměstnány po dobu jednoho roku, vychází prevence levněji už o 41 % nákladů. Číselné srovnání výsledků teoretického modelu je patrné z tabulky.

	Nezaměstnaný	Zaměstnaný 12 měs.
Osoba využívající pobytovou sociální službu azylový dům	478 tis. Kč	382 tis. Kč
Osoba bydlící a využívající podporu terénního pracovníka	363 tis. Kč	223 tis. Kč

Zdroj: Sborník z Konsensuální konference o bezdomovectví v České republice (výsledky zaokrouhleny)

U osoby využívající pobytovou sociální službu vychází výpočet z průměrných nákladů na pobyt jedné osoby v azylovém domě po dobu 2 let. Rovněž zde byly kalkulovány náklady spojené s intervencí v občanské poradně. Dále jsou započítány náklady na státem placené zdravotní pojištění v době nezaměstnanosti, dávky hmotné nouze a čerpání doplatku na bydlení. Pro dobu zaměstnání byly kalkulovány odvody ze mzdy odváděné zaměstnancem i zaměstnavatelem. Výsledné hodnoty byly nakonec

upraveny o částky, které by byly odvedeny státu v případě, že by osoba byla zaměstnána a pobírala minimální mzdu.

U bydlící osoby využívající podporu terénního pracovníka vychází výpočet z průměrných nákladů na podporu sociálního pracovníka u jedné bydlící osoby po dobu 2 let doplněných o náklady spojené s intervencí v občanské poradně. Dále byly kalkulovány náklady na pronájem ve středně velkém městě, náklady na státem placené zdravotní pojištění v době nezaměstnanosti, dávky hmotné nouze a doplatek na bydlení. Pro dobu zaměstnání byly kalkulovány odvody ze mzdy odváděné zaměstnancem i zaměstnavatelem. Výsledné hodnoty byly nakonec obdobně jako v předchozím případě upraveny o částky, které by byly odvedeny státu v případě, že by osoba byla zaměstnána a pobírala minimální mzdu.

Zjišťování počtu a potřeb osob bez domova v regionu obce⁸

Pro plánování a následné poskytování efektivních služeb na území obce je důležité znát na jedné straně místní faktory, které mohou mít příčinný vliv na vznik bezdomovectví (vývoj trhu práce — propouštění, vývoj sociálněpatologických jevů apod.), a dále strukturu a kapacity služeb na území obce. Na straně druhé **je důležité znát také četnost populace osob bez domova**, její demografické charakteristiky a rovněž potřeby, které lidé bez domova mají. Zatímco údaje z první skupiny je možné zjistit analýzou dostupných statistických dat, atributy druhé skupiny údajů je možné zjistit pomocí organizovaného sběru dat a jejich následného vyhodnocení. Dále budeme tento proces nazývat mapováním. Mapování je možno provést formou zakázky nebo vlastními pracovníky.

V případě rozhodnutí pro dodavatelské zajištění mapování je důležité věnovat **zvláštní pozornost zadání**, co všechno a v jakém rozsahu budeme od dodavatele požadovat. Významným kritériem při definici rozsahu zadání díla pro externího dodavatele bývá jeho cena. Po vydefinování zadání bývá volba způsobu mapování záležitostí dodavatele. Ve finále dodavatel předá závěrečnou zprávu, kde uvede zjištěné výsledky s příslušným komentářem.

V případě rozhodnutí pro mapování vlastními silami dále uvádíme stručné pokyny pro jeho provedení.

⁸ Kuchařová a kol. Vyhodnocení existujících domácích výzkumů a dat v oblasti bezdomovectví a návrh dalšího postupu k získávání chybějících klíčových dat o bezdomovectví v ČR. Praha: VÚPSV, v. i. 2015, http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_387.pdf

Jedna z možných forem provedení mapování je sběr dat za pomoci dotazníkového šetření. Abychom z mapování získali věrohodné výsledky, je potřeba před vlastním zahájením sběru dat učinit několik rozhodnutí.

1. Rozhodnout o místech, kde bude mapování prováděno, a o způsobu získání dat v těchto místech. Není zpravidla reálné prohledat celé území obce s cílem nalézt lidi bez domova. Proto je důležité předem vytipovat lokality, o nichž je známo, že se tam lidé bez domova zdržují. Tyto lokality jsou jednak „v terénu“ včetně nedostupných míst, dále ve službách určených pro cílovou skupinu (jsou-li v obci zastoupeny) a na dalších institucích či zařízeních (zejména nemocnice, ubytovny, věznice). Výběr lokalit pro mapování probíhá ve spolupráci s poskytovateli služeb pro lidi bez domova, potažmo s městskou policií či dalšími aktéry, kteří vědí o místech, kde se lidé bez domova zdržují. Pokud nejsou v obci žádní takoví aktéři zastoupeni, je důležité provést vlastní průzkum oblastí, kde se lidé bez domova mohou zdržovat, a před zahájením mapování zjistit taková místa.
2. Rozhodnutí, jaká data o lidech bez domova budou sbírána. Vybírat je možno z následujícího výčtu: sociodemografické údaje (pohlaví, věk, vzdělání, občanství, trvalé bydliště, rodinný stav, existence doložek), ekonomické postavení, zdravotní situace, způsob ztráty bydlení, potřeby.
3. Rozhodnutí, od jaké části populace lidí bez domova budeme sbírat údaje. Pro vymezení cílové skupiny poslouží typologie ETHOS.

Postup mapování

4. Personální zajištění
 - a. Mapování provádí tým pracovníků pod vedením koordinátora. Roli koordinátora může zastávat sociální pracovník na obci.
 - b. Před zahájením vlastního mapování je celý tým pracovníků zapojených do mapování proškolen na informačním setkání, kde jsou nastavena pravidla pro spolupráci a sběr dat.

5. Fáze přípravy dotazníku
 - a. Vytvoření dotazníku (příklad dotazníku je v Příloze č. 2).
 - b. Nastavení pravidel pro eliminaci možných duplicit. Vhodná forma pro ošetření duplicity je v porovnání iniciál jména a příjmení, údaje o pohlaví a data narození.
6. Fáze sběru dat
 - a. Dotazníky s osobami bez domova vyplňují pracovníci provádějící mapování. Při jednání s osobami bez domova postupují dle informací z úvodního školení. Pracovníci vysvětlují v případě potřeby význam otázek a zaznamenávají odpovědi respondentů do dotazníku.
 - b. Po vyplnění dotazníku je vhodné předat lidem bez domova za spolupráci na vyplnění dotazníku drobnou odměnu (finanční nebo např. poukázky na potraviny).
 - c. Tazatelé shromažďují vyplněné dotazníky u koordinátora.
7. Fáze vyhodnocení získaných dat
 - a. Před vyhodnocením dat je nutné odstranit duplicitně vyplněné dotazníky.
 - b. Koordinátor vyhodnotí získané odpovědi v dotaznících. Při vyhodnocení je vhodné provést porovnání jednotlivých sledovaných parametrů v grafech nebo tabulkách.
 - c. Prezentace výsledků mapování.
8. Implementační fáze
 - a. Implementace výsledků mapování.

Zvýšení dostupnosti standardní zdravotní péče ve vztahu k lidem bez domova

Lidé bez domova jsou ze zákona pojištěnci některé zdravotní pojišťovny, a to i tehdy, když mají dluhy na pojištění. Odmítání platby lékařům, resp. zdravotnickým zařízením, za léčebné výkony provedené u lidí bez domova nemá oporu v zákoně, je protizákonné. Proto by ani lékař nebo zdravotnické zařízení neměli odmítnout bezdomovce převzít jako pacienta. Překážku pro lékaře, kterou je odpuzující vzezření bezdomovce, lze eliminovat tím, že člověk bez domova nejprve využije některou ze sociálních služeb, např. v denním centru nebo v azylovém domě, případně v jiném hygienickém zařízení. Toto lze zajistit s minimálními náklady. Úlohou obce je v tomto případě **dojednání pravidel a podmínek s lékařem nebo zdravotnickým zařízením a koordinace součinnosti poskytovatele sociální služby s lékařem.**

Ve velkých městech (např. od cca 90 tis. obyvatel) lze doporučit zřízení specializovaných zdravotnických zařízení, která se budou věnovat právě pomoci lidem bez domova, viz níže příklady dobré praxe. Vhodným doplňkem sociálních služeb je **vyhrazení několika lůžek pro možnosti „domácího“ doléčení lidí bez domova** např. po propuštění z nemocnice a pro vyléčení běžných onemocnění, která nevyžadují hospitalizaci, ale klid na lůžku.

Systémové propojení sociálních a zdravotních služeb

Jednou z možností je podpora účasti zástupců zdravotnického zařízení (např. sociální pracovník z nemocnice, pokud v obci je) v pracovní skupině komunitního plánování. Při tom může docházet k výměně informací o potřebách lidí bez domova a nastavení pravidel pro dobrou spolupráci při poskytování zdravotních a sociálních služeb.

Systémové propojení sociálních a zdravotních služeb pro lidi bez domova je vhodným krokem k odstranění nejobtížnějších aspektů životní situace lidí bez domova. Jednou možností je výše popsáný **model denního centra s ordinací praktického lékaře**. Příchozího klienta se nejprve ujmou pracovníci sociální služby v jeho akutních potřebách, zejména jde v první řadě o hygienu včetně zbavení případných parazitů, výměnu ošacení a nasycení. Toto předchází návštěvě klienta u lékaře, který už má před sebou pacienta jako každého jiného. Podobně může sociální služba podpořit klienta před návštěvou praktického nebo odborného lékaře v obci nebo před hospitalizací.

Dalším možným propojením je dohoda mezi poskytovatelem pobytové sociální služby pro lidi bez domova (azylový dům) se zdravotnickým zařízením — plicní ambulancí. Na základě dohody jsou klienti před nástupem do azylového domu vyšetřeni plicním lékařem. Tato praxe již léta funguje např. ve Vsetíně. Iniciátorem bylo zdravotnické zařízení a spouštěčem případ pozitivního výskytu otevřené formy TBC u jednoho z klientů azylového domu.

Další perspektivní možnosti

Zdravotní prevence je přímo závislá na možnosti registrace u praktického lékaře, buď ve specializovaném zařízení, nebo v obci. **Předpokladem je stabilizace člověka,** např. za pomoci sociální služby.

Vyhledávání přenosných nemocí (např. TBC, VHA, HIV) a nedagnostikovaných duševních poruch již bylo v několika městech vyzkoušeno. Úspěšnost takového projektu závisí na možnostech financování takového

projektu, zejména v obdobích, kdy se projeví častější výskyt přenosných onemocnění. V takovém případě je vhodné spojit síly s hygienickou službou a zdravotnickými službami v místě. Vhodný způsob zapojení lidí bez domova je motivace materiální pomocí (finanční odměna nebo poukázka na potraviny za umožnění testu).

Výhled do budoucna: Street medicine (pouliční medicína) je lékařská disciplína, která není v České republice zavedena. Zahraniční zkušenosti přinášejí své výsledky. Předpokladem je vytvoření metodiky a pilotní ověření v podmínkách České republiky před jejím plošným zavedením.

ČÁST II.

NÁVRH NA ROZŠÍŘENÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE O LIDI BEZ DOMOVA NA MÍSTNÍ ÚROVNI



4. POTŘEBY OSOB BEZ DOMOVA A OHROŽENÝCH CHUDOBOU V OBLASTI ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍCH SLUŽEB DLE DEFINICE ETHOS

4.1 ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Motto:

*„Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“
(čl. 31. Listiny základních práv a svobod)*

Není náhodou, že již v názvu této kapitoly používáme termín zdravotně-sociální služby. Hned na začátku bychom rádi zdůraznili důležitost úzkého provázání zdravotních a sociálních služeb pro bezdomovce. Úzká provázanost a spolupráce je nezbytnou podmínkou dobře a efektivně fungujících služeb pro osoby bez domova. Důvodem je specifická dovednost a přístupů zdravotnického a sociálního personálu. Tyto přístupy se navzájem velmi efektivně doplňují.

Zdravotníci mnohem častěji vystupují v pozici experta. Lékař přímo ordinuje léčebný postup na základě svého vzdělání a svých zkušeností. Pro zdárnou léčbu je nezbytné, aby pacient tento léčebný plán dodržoval. Lékař i další zdravotnický personál mají u pacientů velkou autoritu, která je podporována i fyzickou blízkostí lékaře

(či jiného zdravotníka) a pacienta. Když lékař pacienta vyšetřuje, dotýká se ho, má možnost s klientem mluvit, motivovat ho k dodržování léčebného režimu, ale např. i ke změně životního stylu.

Sociální pracovníci častěji vystupují v pozici průvodců, kteří vycházejí z potřeb, jež si určuje klient, v našem případě osoba bez domova. Pracovník pomáhá klientovi hledat různá řešení jeho nepříznivé životní situace, probírá s ním jednotlivé možnosti, motivuje jej k naplňování dílčích kroků a často, když klient toho sám není schopen, jej přímo fyzicky doprovází. Sociální pracovníci velmi dobře dovedou naslouchat potřebám svých klientů a dokážou rozlišit, jakou míru podpory klient v dané situaci potřebuje. Umějí hájit práva klientů, a tak je mohou podpořit v jednání s úřady, ale např. i se zdravotnickými pracovišti.

Kombinace práce zdravotníků a sociálních pracovníků výrazně zvýší efektivitu jak sociálních, tak zdravotních služeb. Sociální pracovník může klienta např. upozorňovat na pravidelné užívání předepsaných léků, včasné kontroly u lékaře, může s klientem uzavřít kontrakt na podporu v dodržování lékařského režimu. Lékař naopak může naordinovat takový léčebný režim, ve kterém lze počítat s podporou sociálního pracovníka.

Terénní program SANANIM Sanitka 2× v týdnu nabízí lékařskou péči v sanitním voze. O klienty pečuje zkušená lékařka, která se jich nebojí a je k nim velmi přátelská. Ošetřuje široké spektrum nemocí, neštlít se ošetřovat abscesy, bércové vředy. U klientů budí velký respekt a též důvěru. Laskavě s nimi mluví, u ošetření je ráda vyslechne a doporučí, co by mohli udělat či změnit, přímo je zkontaktuje s terénním pracovníkem, když potřebují konkrétní pomoc. Její působení má výrazný motivační efekt.

Klient — osoba bez domova — si terénnímu pracovníkovi stěžuje na silnou bolest břicha. Pracovník jej doprovodí do čekárny chirurgické ordinace. Klient nemá kartičku zdravotní pojišťovny a je pod vlivem alkoholu. V čekárně je plno. Pracovník s klientem čekají 3 hodiny. Do ordinace jsou voláni pacienti, kteří přišli dlouho po nich. Pracovník na tuto skutečnost upozorní zdravotnický personál a zajistí klientovi nezbytné ošetření.

4.2 ZÁKLADNÍ POTŘEBY OSOB BEZ DOMOVA V OBLASTI ZDRAVOTNÍ PÉČE

Osoby bez domova často nutně potřebují zdravotní péči, jelikož jejich nemocnost je vyšší než u běžné populace. Důvodem vyšší nemocnosti bývá i skutečnost, že bezdomovectví klienta je důsledkem jeho onemocnění (duševní nemoc, deprese, psychózy, neurologické onemocnění epilepsie, závislost na alkoholu, drogách, patologické hráčství, vážný zdravotní handicap např. po úrazu apod.) nebo je nemoc důsledkem strádání, absence ochrany před počasím, agrese člověka bez domova (respirační nemoci, interní onemocnění, kožní choroby, infekční choroby apod.).

Potřeba zajištění zdravotní péče vyplývá nejen ze zajištění práva člověka na zdravotní péči a nevychází pouze z humanismu. Podpora zdraví, léčba případných onemocnění je základní podmínkou k tomu, aby člověk bez domova mohl měnit svůj styl života a mohl se zapojit do běžného fungování. Zajištění zdravotní péče je stejně důležité, jako je zajištění bydlení, stravy, práce apod.

Praktický lékař

Základní zdravotní péče by měla být zajištěna praktickým lékařem a zdravotní sestrou. Praktický lékař je klíčovou postavou v plánování zdravotní péče o každého klienta. Jeho úzká spolupráce se zdravotní sestrou, dalším ošetrovatelským personálem a sociálním pracovníkem hraje klíčovou roli v zajištění komplexní péče o klienta ve všech fázích léčby jeho nemoci — ve fázi motivace k léčbě, léčení i následné péče. Ordinace praktického lékaře provádí diferenciální diagnostiku, poskytuje základní zdravotní péči, zajišťuje pacientům péči odborných lékařů s ohledem na specifickou klientely osob bez domova (screening tuberkulózy, hepatitid, HIV, kožní nemoci, chirurgie — časté úrazy osob bez domova).

Dermatovenerologická péče

Velmi častým onemocněním osob bez domova jsou různá kožní onemocnění (od ekzémů až po bérkové vředy). Aby léčba těchto onemocnění byla úspěšná, je nezbytné pravidelné a dlouhodobé ošetřování. To opět může zajistit spolupráce zdravotníků se sociálními pracovníky, kteří budou motivovat klienta k dodržování léčebného režimu. Nelze zde zapomenout ani na parazitární onemocnění (vš, svrab) a na pohlavní choroby (syfilis, kapavka).

Psychiatrická péče včetně léčby návykových poruch

Bezdomovectví je často doprovázeno duševním onemocněním klienta včetně závislostí na alkoholu, tabáku a jiných návykových látkách. Základním problémem je nedodržování léčebného režimu, především pravidelného užívání léků. Tato nepravidelnost v užívání léků vede k recidivám psychiatrických onemocnění. Právě zajištění dobré a pravidelné psychiatrické péče může zásadně změnit život a situaci klienta. I zde je důležitá spolupráce zdravotnických a sociálních pracovníků. Psychiatrická péče je v současné době málo dostupná. Probíhá však reforma psychiatrické péče, v jejímž rámci se zřizují komunitní týmy, které poskytují psychiatrické služby přímo v přirozeném prostředí klienta. To je šancí i pro osoby bez domova. Lékař a zdravotní sestra mohou navštívit klienta, který není ochoten nebo schopen se dostavit do zdravotnického zařízení, v místě jeho aktuálního pobytu. Léčba závislostí je poměrně dobře dostupná s výjimkou cílové skupiny seniorů závislých na alkoholu. V jejich případě je v léčbě nezbytné používat jiné metody, mající spíše charakter zdravotně-sociálních služeb.

Zubní lékař

Velká část osob bez domova má chrup ve velmi špatném stavu. Důvodem je jednak jejich nedostatečná péče o chrup a jednak často odmítnutí lékařem poskytnout jim adekvátní péči. Lékaři volí jako nejčastější řešení bolesti zubu jeho vytržení. Pokud je cílem péče o skupinu osob bez domova jejich návrat do běžné společnosti, tak při hledání zaměstnání je důležitý i vzhled klienta. Klient

bez zubů má velmi omezený vstup na běžný trh práce a jeho zapojení je značně komplikované.

Gynekologická péče

Jana (38 let) absolvovala léčbu v terapeutické komunitě. Po jejím ukončení nastoupila do doléčovacího centra s chráněným bydlením. Podmínkou bydlení je práce. Jana má střední školu s maturitou a ráda by pracovala buď v obchodě, nebo v administrativě. Chodila pravidelně na pohovory do zaměstnání, avšak neúspěšně. Během druhého měsíce doléčování jí lékař nasadil umělou zubní náhradu. Při dalším pracovním pohovoru uspěla a dnes pracuje jako recepční ve zdravotnickém zařízení.

Gynekologická péče o ženy bez domova je klíčovou součástí jejich zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že tyto ženy zažily ve větší míře než běžná populace pohlavní zneužívání v dětství, byly znásilněny, týrány, některé prostituují, musí tato péče být zajištěna citlivě a delikátně. Opět spolupráce se sociálním pracovníkem pomůže zajistit pravidelnou docházku k lékaři. Tyto ženy jsou také ve zvýšené míře ohroženy rakovinou prsu (při nadměrné konzumaci alkoholu).

Terapeutická komunita zajistila péči gynekoložky v nedalekém městě. Gynekoložka pracovala s klientkami velmi citlivě. Její zdravotní sestra si vždy při příchodu klientek brala rukavice, protože se obávala infekce. Lékařka sestru pochválila, že tak dobře dbá pravidel bezpečnosti práce, byla by však ráda, aby používala rukavice u všech pacientek. Upozornila sestru na paradox, že klientky terapeutické komunity chodí pravidelně na prohlídky, absolvují i vyšetření na infekční choroby, a jsou tedy lékařce známé. Za rizikové považuje ty ženy, které nechodí pravidelně a o kterých nic neví. U těchto žen by byla namísto větší opatrnost.

Následná péče

Pro osoby bez domova je obtížně dostupné místo, kde by mohly doléčit svá onemocnění např. po propuštění z nemocnice nebo při některých onemocněních, kdy není nutná hospitalizace, ale je nezbytné doléčení v domácích podmínkách s podporou sociálního okolí. Nedoručení některých nemocí může způsobit chronicitu obtíží či návrat původní choroby.

4.3 DALŠÍ POTŘEBY ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ PÉČE

Aby zdravotní služby pro osoby bez domova byly dostupné, musí splňovat několik základních podmínek:

- ~ Otevírací hodiny musí odpovídat životnímu rytmu cílové skupiny.
- ~ Musí být dostupné místně.
- ~ **Musí mít dostatečně nízký práh**, aby klienti nebyli hned zpočátku odrazeni vysokým prahem, nároky na proceduru příjmu apod.

4.4 VETERINÁRNÍ PÉČE

Veterinární péče může působit jako výrazný nadstandard v péči o zdraví osob bez domova. Zvíře však je často pro osobu bez domova jediným blízkým tvorem, ke kterému má opravdu vřelý vztah a který mu pomáhá zajišťovat základní duševní stabilitu a zároveň sociální dovednosti péče o druhého. Péče o zvířata bezdomovců jednak přispívá k duševnímu zdraví těchto osob a současně zdravé zvíře není žádným epidemiologickým rizikem pro okolí.

5. POPIS SOUČASNÉHO STAVU

V současné době síť zdravotních služeb vhodných pro osoby bez domova v podstatě neexistuje. Tyto služby zajišťují většinou nestátní organizace nebo zařízení sociálních služeb zřízených krajem, obcí. Běžná zdravotnická zařízení (nemocnice, polikliniky, lékaři) poskytující služby osobám bez domova obvykle nemají žádnou návaznost na sociální služby. Stejně tak sociální služby mají malou návaznost na služby zdravotní. Stejně málo spolupracují zdravotní i sociální služby zaměřující se na cílové skupiny cizinců, uživatelů návykových látek, osob v sexbyznysu, které jsou často podmnožinou spadající do cílové skupiny osob bez domova. Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020 uvádí: „Zdravotní péče o bezdomovce není v systému zdravotní péče ani v systému zdravotního pojištění nijak koncepčně řešena.“ (Praha 2013, MPSV)

5.1 LEGISLATIVNÍ ZAKOTVENÍ

Zajištění zdravotní péče v ČR se řídí zákonem **372/2011 Sb., o zdravotních službách**, a podmínkách jejich poskytování a dále zákonem **48/1997 Sb.**, o veřejném zdravotním pojištění. Zdravotní péči může poskytovat pouze osoba s patřičným zdravotnickým vzděláním. Zdravotní služby se mohou poskytovat ve zdravotnickém zařízení nebo v přirozeném prostředí pacienta.

Zákon dále umožňuje poskytovat zdravotnické služby v sociálních zařízeních dle zákona **108/2006 Sb.**, o sociálních službách, a to pouze v následujících typech sociálních služeb: týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem. Pro osoby bez domova připadá v úvahu tedy pouze služba domov se zvláštním režimem, kde je možnost zajistit služby pro starší osoby bez domova, které nadměrně užívají alkohol. Jiné sociální služby nemohou poskytovat zdravotní služby. Bohužel typy sociálních služeb, které jsou vhodné pro osoby bez domova, zdravotní služby poskytovat nemohou.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění zaručuje zajištění základní zdravotní péče všem občanům s trvalým pobytem v ČR, tedy i osobám bez domova. Zároveň je však v tomto zákoně definována povinnost hradit zdravotní pojištění pojištěnce. Této povinnosti velká část osob bez domova nedostojí vzhledem ke své nepříznivé životní situaci a narůstá jim dluh u zdravotní pojišťovny.

5.2 FINANČNÍ ZAJIŠTĚNÍ⁹

Veškerá zdravotní péče o osoby bez domova je dle zákonných norem hrazena z veřejného pojištění. Z toho vyplývá, že každý občan ČR má právo na tuto péči a zdravotnické zařízení má povinnost tuto péči poskytnout. Praxe ukazuje, že to platí pouze v případech, kdy se klient dostane k lékaři, který má smlouvu s pojišťovnou a je ochoten ho léčit. Zdravotník může argumentovat tím, že má naplněnu svoji kapacitu a nemůže již do své péče nikoho dalšího přijmout. Pojišťovna má sice povinnost zajistit pojištěnkovi péči, ale klient pojišťovny si je většinou vědom, že si neplatí zdravotní pojištění, takže se ani neodvážívá pojišťovny zeptat. Důvodem též může být opakovaná zkušenost osob bez domova s odmítavým chováním institucí vůči nim. Ze zkušenosti autorského týmu vyplývá, že zdravotnická zařízení odmítají poskytovat péči z důvodu vizáže a zjevné příslušnosti ke skupině osob bez domova.

Oddalování či odmítnutí léčby je velmi neekonomické a náklady na další léčbu jsou v důsledku vyšší.

Zařízení, které je registrováno jako sociální služba i zdravotnické zařízení, nemůže hradit zdravotnického pracovníka z dotací na sociální služby. Uzavřít však smlouvu se zdravotní pojišťovnou na péči o tuto cílovou skupinu je víceméně nemožné. Pojišťovny nejsou nijak motivovány, aby tuto péči hradily. Nemají zpracované koncepce,

⁹

Také viz 6.1.3.6.

jak hradit péči o bezdomovce. Organizace se opakovaně snaží uzavřít smlouvy např. na psychiatrickou či adiktologickou péči, ale bez úspěchu.

5.3 BARIÉRY ZDRAVOTNÍ PÉČE NA STRANĚ KLIENTA

Pro osoby bez domova je zdravotní péče nedostupná z několika důvodů. Osoby bez domova si často nejsou vědomy svých práv a mají pocit, že na zdravotní péči nemají nárok. To je často podporováno i zdravotnickými zařízeními, která argumentují při odmítnutí péče, že si nehradí zdravotní pojištění. Za výhodu je možno považovat registraci osob bez domova na Úřadu práce ČR jako uchazeče o zaměstnání. Zdravotní pojištění v tomto případě hradí stát.

Osoby bez domova se pohybují často mimo stálé trvalé bydliště. Kvůli tomu vyřizování všech možných úředních záležitostí, včetně osobních dokladů, je mnohem komplikovanější. To se odráží i v dostupnosti zdravotní péče. Lidé bez domova nevědí, kde mají zdravotní kartu, nebyli registrováni u žádného praktického lékaře.

Osoby bez domova často nemají osobní doklady a „kartičku pojišťovny“. To ztěžuje jejich přístup do zdravotnického zařízení, jelikož zdravotní péče je poskytována pouze na základě rodného čísla. Doklad o příslušnosti ke zdravotní pojišťovně tyto pojišťovny bez problému vystaví prakticky kdykoliv. Potřebují k tomu doklad totožnosti a zde je vhodná podpora a provázení sociálních pracovníků. Dalším problémem je, že neshromažďují informace o svém zdravotním stavu, jako jsou lékařské zprávy, výsledky jednotlivých vyšetření, doporučení k vyšetření. Kvůli tomu nejsou schopni předat ošetřujícímu lékaři komplexní zprávu. „Péče o doklady a zprávy“ usnadňuje výrazně přístup k zdravotní péči.

Část bezdomovců ztrácí kvůli svému způsobu života a životním podmínkách hygienické návyky. Kvůli tomu je jejich ošetřování pro zdravotnický personál obtížné, jelikož zápach a špína zabraňují dobrému kontaktu pacienta se zdravotnickým personálem. **Zajištění osobní hygieny je klíčovou podmínkou pro zajištění dobré zdravotní péče. Pokud má osoba bez domova možnost se před návštěvou lékaře umýt a vyměnit si oblečení, výrazně se tím zvyšuje pravděpodobnost dobrého zdravotního ošetření.**

Další bariérou jsou komunikační dovednosti osob bez domova. Tito klienti neumějí komunikovat se zdravotnickým personálem, jsou vyžadující, občas zvyšují hlas.

Komplikovaný způsob komunikace ještě zhoršuje případné duševní onemocnění nebo užívání návykových látek, především alkoholu.

Osoby bez domova ztrácejí často pojem o čase. Komplikovaně se u lékaře objednávají, nedodržují termíny a časy návštěv. Vzhledem ke svému způsobu života nedodržují naordinovaný léčebný režim. To může být důvodem k tomu, že je jim léčba ukončena. To nadále zhoršuje jejich zdravotní stav.

5.4 BARIÉRY ZDRAVOTNÍ PÉČE ZE STRANY POSKYTOVATELŮ A ŽRIZOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Žrizovatelé či poskytovatelé sociálních služeb by ze své podstaty neměli poskytovat služby zdravotní. V reálu však poskytují základní zdravotní ošetření klientů. Jedná se o ošetření, které nevyžaduje aplikaci léčiv na předpis. Aby mohly tyto organizace nabízet základní ošetření, zaměstnávají zdravotnické pracovníky, kteří mají zároveň sociální vzdělání, a ti tato ošetření provádějí. Pro poskytování dobré zdravotní péče je nejlepší, pokud je zařízení registrováno jako zdravotní služba i jako sociální služba.

To znamená, že musí dostát nárokům zdravotnické i sociální legislativy. To však není příliš motivující, jelikož náročnost administrativy se tímto výrazně zvýší. Probíhají dva registrační procesy, často i dva procesy hodnocení kvality. Výrazně se zde projevuje resortismus a malá spolupráce mezi ministerstvy.

Na zajištění zdravotní péče mimo veřejné pojištění neexistuje žádný dotační titul a hrazení této péče v sociálních službách je velmi komplikované a nestabilní.

Velkou výhodou je práce v multidisciplinárním týmu. Jednotlivé zdravotní a sociální odbornosti se navzájem obohacují a vzájemná spolupráce pracovníků výrazně zvyšuje kvalitu péče o klienty.

5.5 BARIÉRY ZDRAVOTNÍ PÉČE ZE STRANY POSKYTOVATELŮ A ZŘIZOVATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Lidé bez domova jsou pro zdravotníky obtížnou klientelou. Zdravotnický personál často předpokládá, že si za svůj stav mohou pouze sami, a že kdyby jenom trochu chtěli, tak by mohli svoji situaci změnit. Nemají s chováním bezdomovců dobré zkušenosti, někdy z nich mají strach. Vědí, že jsou problematickou klientelou v čekárnách, protože ostatní pacienti s nimi nechtějí sdílet jednu místnost a stěžují si. Obávají se tak ztráty své stálé klientely.

Pro zdravotníky v nemocnicích je nepříjemná opakovaná zkušenost, kdy se musí starat o bezdomovce intoxikované alkoholem. Obvyklou praxí je jejich převoz na jednotku intenzivní péče, kde se za den stabilizují a mohou být propuštěni. Za několik dní je přivezou zpět ve stejném stavu. Zdravotníci mají pocit, že dělají marnou práci a mohli by svůj čas a odbornost věnovat někomu potřebnějším, kdo má zájem svůj stav skutečně zlepšit.

Zdravotnická zařízení se obávají, že jim péče o dlužníky na zdravotním pojištění nebude proplacena a budou muset hradit péči z vlastních prostředků. Pojišťovna je povinna jim proplatit tuto péči a je důležité provádět mezi poskytovateli zdravotních služeb osvětu.

Zdravotnická ordinace pečující o uživatele návykových látek byla upozorněna vlastníkem nemovitosti, že klienti musí vždy sedět pouze v čekárně před ordinací, kde se mají uzavřít dveře, a nesmí sedět v čekárně před druhou ordinací, která má společnou čekárnu s ordinací rentgenu.

5.6 BARIÉRY ZDRAVOTNÍ PÉČE NA STRANĚ SAMOSPRÁVY

Samospráva má velmi komplikovanou situaci v zajištění zdravotní péče osobám bez domova. Je pod tlakem obyvatel, aby řešila problematiku bezdomovectví s jednoduchým zadáním — ať tu bezdomovci nejsou, ať někam zmizí. Za budování sítě služeb není obvykle od občanů pochválena, jelikož služby sídlí vždy v blízkosti obydli a obyvatelé se vzbouří, že tam služby nechtějí. Základním problémem

je zajištění prostor. Péče o bezdomovce není většinou důvodem, proč by měl být místní politik zvolen.

Obec nemá zákonnou povinnost zajišťovat zdravotní služby pro osoby bez domova. Rolí obce je spíše koordináční činnost.

Další bariérou jsou předsudky, že si za problém mohou klienti sami a je velkým nadstandardem jim pomáhat. Proti pomoci těmto osobám je mnohdy používán argument strachu, ale i špatné zkušenosti s majetkovou trestnou činností související s touto cílovou skupinou (vykrádání sklepů, chat apod.). Občané mají snížený pocit bezpečí i přesto, že není pravdou, že by tuto trestnou činnost páchaly pouze osoby bez domova. Je nejjednodušší jako o pachateli trestné činnosti mluvit o osobě bez domova nebo o „feťácích“ apod.

Místní zdravotní služby nejsou ochotny osoby bez domova přijímat do svých služeb a poskytovat jim péči.

6. BARIÉRY ZDRAVOTNÍ PÉČE NA STRANĚ SAMOSPRÁVY

6.1 NÁVRHY NÁSTROJŮ A POSTUPŮ

Motto:

„Zdravý člověk lépe rozvíjí svůj život a snáze dělá změny.“

V materiálu „Konceptce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020“, Praha, MPSV, 2013, jsou definovány základní cíle zdravotně-sociální péče o osoby bez domova:

1. Zvýšení dostupnosti a vytvoření možností komplexní zdravotní péče pro bezdomovce s důrazem na prevenci.
2. Informovanost veřejnosti a pracovníků ve zdravotních a sociálních službách s cílem destigmatizace lidí bez domova.

Je důležité, aby se do naplňování prvního cíle zapojily i obce, regiony. Důvodem je dobrá znalost vlastních možností a limitů. Lépe tak může být využit potenciál daného regionu, a služby tak budou efektivnější a levnější.

6.1.1 NĚKOLIK DŮVODŮ, PROČ BUDOVA ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY BEZ DOMOVA

Budování služeb pro osoby bez domova není jednoduchou záležitostí. Důvodem je fakt, že tyto osoby jsou většinou společností odmítány a stavěny na její okraj. Stručně by se postoj dal shrnout do přísloví „Kdo nepracuje, ať nejí“. K péči a zájmu o osoby bez domova máme však několik důvodů.

Úkolem obce je zajistit potřebné služby pro osoby bez domova, ale není v jejich kapacitách tyto služby zřízovat

a realizovat ani komplexně financovat. Z těchto důvodů má obec spíše funkci koordinační. Vzhledem ke specifickým potřebám obce a specifickým potřebám cílové skupiny je **efektivnější tyto služby nasmlouvat s již existujícími službami pro osoby bez domova v regionu**. Pokud se jedná o obec větší a je v plánu vznik nové služby, je dobré vědět, jak má služba vypadat bez ohledu na realizátora.

6.1.1.1 DŮVODY HUMANISTICKÉ¹⁰

~ I člověk bez domova je člověkem. Je jedinečnou osobností, se svojí vlastní důstojností, se svým vlastním stylem života. **Má právo na pomoc a podporu jako každý jiný člověk.**

~ **Člověk bez domova se většinou nedostal na okraj společnosti pouze svým přičiněním.**

Důvody mohou být různé. Určitě varující je počet mladých osob bez domova. Jedná se většinou o osoby bez rodin, které po dosažení 18 let byly propuštěny z dětských domovů a výchovných ústavů. Dále řada osob bez domova trpí duševním či somatickým onemocněním.

6.1.1.2 DŮVODY PRÁVNÍ

Listina lidských práv a svobod zaručuje každému zajištění základních práv, jako je právo na léčebnou péči.

¹⁰

Také viz Metodika zjišťování zdravotně-sociálních potřeb osob bez domova v obcích

6.1.1.3 DŮVODY PRAGMATICKÉ

Ochrana veřejného zdraví

Pokud není zajištěna základní možnost hygieny a zdravotní péče, může být osoba bez domova rizikem pro většinovou společnost z důvodu možného přenosu především infekčních chorob, a to zejména hepatitid, tuberkulózy, parazitů, dále různých infekčních kožních onemocnění.

Tím, že léčíme osoby bez domova, předcházíme šíření chorob do většinové společnosti.

Před několika lety v Praze se mezi osobami bez domova a uživateli drog objevila epidemie hepatitidy A, která se poměrně rychle šířila. Všechny služby pro osoby bez domova, drogově závislé a osoby ze sexbyznysu musely udělat protiepidemická opatření, lékaři v terénu očkovali ohroženou populaci klientů. Díky těmto opatřením se epidemii podařilo rychle zastavit.

Pro ochranu veřejného zdraví je výhodné začít prevencí. Pokud se předejde onemocnění, zamezí se jeho rozšíření a přínosem jsou i ekonomické důsledky — prevence je vždy levnější než následná léčba.

Vhodným příkladem jsou hepatitidy. Léčba následků hepatitidy A je dražší než očkování. U hepatitidy B jde dokonce o onemocnění, na které dosud není lék, a léčba jejích důsledků je velkou zátěží pro zdravotnický systém. Na hepatitidu C neexistuje očkování, ale je léčitelná. Léčba je však poměrně finančně náročná.

Znovuzapojení do běžné komunity

Pokud člověk bez domova netrpí zjevnými chorobami (paraziti, závislost, kožní nemoci, neléčené rány) je mnohem „přijatelnější“ pro většinovou společnost a snižuje se riziko sociálního vyloučení. Většinová společnost se ho tolik nebojí.

Šanci na dobré zaměstnání má člověk zdravý.

To je i důvodem potřeby zdravotní péče. Čím více se podaří u osoby bez domova udržet dobré zdraví (např. včetně chrupu), tím vyšší je šance, že změní svůj způsob života a zapojí se do společnosti.

Z výše uvedeného vyplývá, že je zapotřebí začít se zdravotně-sociální péčí včas. Je zcela jasné, že u osob bez domova se bude jejich zdravotní stav zhoršovat. Jejich životospráva je nezdravá, nemají dostatečně pestrou stravu. V případě zhoršení hygienických návyků mohou být problémem infekční choroby. Vlivem nadměrného užívání alkoholu a návykových látek častěji hrozí úrazy a další onemocnění.

Zvyšování pocitu bezpečí u místní komunity

Z pravidelných výzkumů pocitu bezpečí vyplývá, že osoby bez domova vzbuzují u občanů obavy. Lidé mají strach o svůj majetek, o své děti, zdraví. Pokud budou osoby bez domova bez vnějších projevů různých nemocí (duševní nemoc, kožní nemoci, kašel — strach z TBC), budou mnohem lépe přijímáni většinovou společností a občané se budou ve své lokalitě cítit bezpečněji. S tím souvisí i hygiena klientů. Pokud budou bezdomovci dodržovat hygienické návyky a budou mít možnost pravidelné očisty těla a ošacení, většinová společnost nebude mít s jejich přijetím takový problém a je velmi pravděpodobné, že budou k nerozeznání od lidí bydlících.

Paní vlastníci malého psa jorkšíra, která bydlí na Malé Straně v Praze nedaleko Petřínů, zásadně nechodí se psem na procházku do Petřínských sadů (lesopark), protože se obává, že by se její pes mohl od osob bez domova nakazit parazity. Osoby bez domova jsou jejím velkým nepřítelem, jelikož ohrožují jejího psa.

Do denního centra přišel po domluvě štáb soukromé televize s tím, že chce natočit rozhovory s bezdomovci. Rozhlédli se a ptali, kde jsou bezdomovci připravení k rozhovoru. V denním centru v tu chvíli sedělo asi pětadvacet lidí bez domova. Štáb odešel nespokojen, protože tyto upravení, čisté lidé nezapadali do jejich představy o bezdomovci.

6.1.1.4 DŮVODY EKONOMICKÉ

Pokud je osoba bez domova součástí standardní preventivní a léčebné péče, náklady na její léčbu se nijak neliší od osob bydlících. Je jasné a prokázáno, že preventivní péče výrazně šetří náklady na další léčbu.

6.1.2 S JAKÝMI RIZIKY JE TŘEBA POČÍTAT, POKUD OBCE ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ SLUŽBY POSKYTOVAT NEBUDOU

Pokud obec neposkytuje zdravotní služby bezdomovcům, mohou hrozit následující rizika:

- ~ Zvýšení počtu osob bez domova (na stávající osoby bez domova se „nabalují“ další osoby)
- ~ Zvýšení drobné majetkové kriminality
- ~ Zhoršení zdravotního stavu osob bez domova, zvýšené riziko nákazy některými infekčními nemocemi (hepatitida A, TBC)
- ~ Zvýšení odporu obyvatelstva proti skupině osob bez domova, jejich odsouvání na okraj společnosti, ohrožení soudržnosti komunity
- ~ Snížení pocitu bezpečí
- ~ Zvýšená represivní opatření vůči osobám bez domova

Pokud řešení situace s osobami bez domova nezačne včas, velmi obtížně se politicky prosazuje zajištění služby pro bezdomovce přes odpor veřejnosti a mnohem hůře se hledá politická podpora. Poté se sahá spíše po represivních opatřeních, která mají velmi malou účinnost, pokud nejsou úzce propojena s opatřeními preventivními, a opatření preventivní a léčebná se prosazují mnohem nesnadněji.

6.1.3 JAK SLUŽBU BUDOVAL

Prvním krokem k otevření služby je zmapování potřeb. Měli bychom zjistit, zda region, město, obec potřebuje služby pro tuto cílovou skupinu, a pokud ano, jaký typ služeb potřebuje. Je zapotřebí zmapovat, jaké osoby bez domova v oblasti žijí, kde žijí, jejich počet a potřeby atd. (viz Metodika zjišťování zdravotně-sociálních potřeb osob bez domova v obcích).

Kromě zjištění potřeb osob bez domova je stejně důležité zjistit potřeby obce, regionu, místních obyvatel,

týkající se této problematiky. Tyto potřeby mají stejnou váhu jako potřeby osob bez domova a je zapotřebí jim věnovat náležitou pozornost.

Mezi uvedené potřeby patří především zajištění pocitu bezpečí obyvatel, spravedlnosti a klidu v obci. Je dobré zkoumat potřeby obyvatel obce, např. pravidelným doptáváním, dotazníky, prostřednictvím setkání obyvatel obce. Dalším nástrojem může být komunitní plánování.

Dále je důležité pravdivě informovat spoluobčany o problematice bezdomovectví. Lidé mají mnoho mýtů a vlastních představ o životě a potřebách osob bez domova, které často neodpovídají realitě. Proto je nezbytné provádět osvětu v celé místní komunitě a díky tomu vytvářet pozitivní či neutrální vztah k těmto spoluobčanům.

Druhým krokem je vytvoření stručného materiálu (koncepte, plánu) s návrhy, jak řešit situaci s bezdomovectvím v dané obci. Nejedná se o žádný „tlustý a dokonalý“ materiál, ale o stručný, přehledný a srozumitelný text, který bude podkladem k projednávání na úrovni samosprávy, případně dalších orgánů. Je zapotřebí si uvědomit, že rozhodnutí o naplňování koncepte budování zdravotně-sociálních služeb je **rozhodnutím především politickým**.

6.1.3.1 POLITICKÁ PODPORA

Bez politické podpory vedení regionu (města, obce) nemá realizace koncepte žádnou šanci. Musí se jednat o reálnou podporu, politici musí být přesvědčeni o potřebě řešení situace v oblasti osob bez domova. Při svém rozhodování budou zohledňovat jednak hlediska zdravotní a sociální, jednak hlediska bezpečnostní. Velký vliv na rozhodování bude mít očekávaný dopad na veřejné mínění v regionu.

Je proto důležité mít koncepci a záměr zřídít službu dobře vyargumentovány. Je nutné znát výhody, ale i rizika navrhovaných řešení a otevřeně s regionální samosprávou o těchto rizicích mluvit.

Vyjednávání potřebuje dostatek času. Utváření postojů potřebuje svůj čas a k realizaci koncepte je nezbytná politická odvaha. Veřejné mínění nebývá obvykle na straně služeb pro bezdomovce. Pokud má koncepte (záměr) podporu vedení regionu (obce), je v podstatě vyhráno. Důležitá je spolupráce všech zúčastněných s vedením města (obce), jelikož vedení regionu (města, obce) má za úkol přesvědčit občany o potřebnosti těchto služeb.

6.1.3.2 PROSTOROVÉ ZAJIŠTĚNÍ ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY

Zajištění prostor pro službu je klíčovou prioritou. Zdravotně-sociální péče musí být dostupná v čase a místě. Zařízení pro bezdomovce jsou vnímána jako „špatní sousedi“. Není řešením mít prostory zcela mimo obydlené oblasti, jelikož tam klienti nedojdou a tato zařízení nejsou pro ně dostupná. Je důležité si dobře nastavit, jak mají tyto prostory vypadat. To by mělo vyplynout z potřeb cílové skupiny dané obce, z její početnosti a charakteristiky. Při zajišťování prostor je vhodné vzít v úvahu následující aspekty: jejich velikost, vnitřní dispozici, umístění vchodu, okolí a dopravní dostupnost.

Současně je nutné pamatovat v rámci vnitřní dispozice a vybavení zařízení na potřeby personálu, kterému vhodně zvolené prostory mohou velmi náročnou práci s cílovou skupinou výrazně ulehčit. Je dobré pamatovat na možnost snadné údržby a úklidu.

Není nutno také vždy hledat nové prostory a je možno využít nějaké stávající, které je nutné upravit tak, aby odpovídaly zákonným požadavkům na zajištění sociálních a zdravotních služeb. Vyhláška 92/2012 Sb. přesně definuje, jak mají vypadat a čím mají být vybaveny prostory zdravotnického zařízení. Bez naplnění těchto zásad není možno provozovat zdravotnické zařízení, bez zdravotnického zařízení není možné poskytovat zdravotní péči.

V případě kombinace zdravotně-sociálních služeb musí provozní řád služby pamatovat i na prostory pro sociální pracovníky. Velkou výhodou je zajištění celkové hygieny. Pokud se klient před ošetřením umyje a vezme si čisté oblečení, péče o něj bude kvalitnější.

V jednom malém příhraničním městě zajistil starosta možnost pro bezdomovce umýt se v určený den ve společné umývárně domu s pečovatelskou službou. Místní praktický lékař si vyčlenil čas, kdy tyto klienty ošetřoval ve své ordinaci. Obec přispívala domu s pečovatelskou službou malou dotací, praktickému lékaři snížila nájem v obecních prostorech.

Zdravotnické služby je též možno poskytovat např. v sanitních vozech v rámci terénních programů. Zákon o zdravotních službách umožňuje poskytovat péči v přirozeném

prostředí klienta. V sanitním voze je možné poskytovat poměrně širokou škálu zdravotních úkonů od základního ošetření, vyšetření praktickým lékařem přes ošetření ran a kožních problémů až po specializovanou péči, např. gynekologickou. Služby v sanitce zajišťují lékaři a zdravotní sestry, zároveň může být poskytována péče sociální.

Při zajištění péče sanitkou je podmínkou plně funkční sanitní vozidlo s vybavením, které umožňuje ošetření, bezpečnou likvidaci zdravotnického materiálu a dezinfekci vnitřního vybavení. Dále je zde zásadní vybavení pro vedení administrativy, počítač pro vedení dokumentace, připojení k internetu. To je důležité z důvodu zajišťování další péče, vyhledávání nezbytných informací.

6.1.3.3 DOSTUPNOST PÉČE

Služby pro bezdomovce, včetně zdravotnických, by měly být dostupné v čase a místě podle jejich potřeb. To znamená, že otevírací doby by měly odpovídat životnímu rytmu osob bez domova.

Dále je důležitá dopravní dostupnost. Při zajišťování služby bychom měli pamatovat na to, jak je zajištěna veřejná doprava, zda se nemocný má jak do zdravotnického zařízení dopravit.

S tím též souvisí otázka, jaké služby mají zajišťovat jednotlivé obce, regiony, kraje. Potřeba zdravotní péče vyplývá jasně z potřeb cílové skupiny. Pokud máme ve své obci, regionu osoby bez domova, měli bychom jim pomoci zajistit základní péči alespoň praktického lékaře, a pokud klient nemá možnost osobní hygieny, tak zajistit i možnost umýt se. Čím je obec (region) větší, tím větší spektrum zdravotních služeb by měla zajišťovat. Města, která disponují širší škálou zdravotnických zařízení, by měla zajišťovat tyto služby i pro osoby bez domova.

Při budování sítě služeb je zapotřebí zjišťovat zcela praktické podmínky poskytování zdravotních služeb. Při vyhledávání spolupracujících služeb volíme služby kvalitní a dobře dopravně dostupné.

Při mapování sítě služeb v daném regionu je dobré se zaměřit i na podobné služby pro jinou cílovou skupinu.

V jednom menším moravském okrese zajistili základní zdravotní služby pro bezdomovce pomocí terénních programů primárně určených pro problémové uživatele drog. Terénní pracovníci zajišťovali testování na

infekční choroby a drobné ošetřování. Objížděli většinu okresu a rozšířili své služby i o skupinu bezdomovců.

6.1.3.4 MATERIÁLNĚ-TECHNICKÉ VYBAVENÍ

Nezbytné materiálně-technické vybavení zdravotnického zařízení je dáno výše zmiňovanou vyhláškou. Základním kritériem výběru vybavení by měla být jeho praktičnost, omyvatelnost a dobrá udržovatelnost. Není možné vycházet z toho, že se prostory pro osoby bez domova vybaví starým a nefunkčním vybavením s komentářem „To jim stačí, stejně to brzy rozbijí“. Prostředí služby naopak musí být kultivované, jelikož prostředí má vliv na chování i na možnou změnu. Příjemné prostředí, vybavení a uspořádání prostor podporuje kvalitní a uspokojivou práci s klientem.

Používané zdravotnické prostředky budou většínou na jednorázové použití nebo musí být k dispozici sterilizátor. V provozním řádu jsou definovány úklidové a dezinfekční prostředky, které se používají k úklidu jednotlivých prostor.

Částečně specifické musí být zacházení s léky. Ne vždy může lékař napsat lék na předpis, jelikož klient nemusí mít prostředky na doplatek. U některých klientů je v počátku léčby nezbytné vydávat jim léky denně, což klade nároky na personální zajištění služby.

6.1.3.5 PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ

Zdravotně-sociální služby by měl poskytovat tým zdravotnických a sociálních pracovníků — multidisciplinární tým. Lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník je ideální tým, který je schopen výrazně podpořit klienta v dodržování jeho léčebného plánu a zajistit kontinuitu léčebné péče.

Je možné získat zdravotnický personál pro tuto cílovou skupinu? Je to určitě možné, i když skupina osob bez domova není pro lékaře příliš atraktivní klientelou. Existuje celá řada profesionálů, kteří jsou ochotni pracovat s touto cílovou skupinou, vnímají to jako poslání, vidí v této práci smysl. Je však nezbytné o tento personál dobře pečovat, jelikož jsou výrazně ohroženi syndromem vyhoření. Zajištění dobré a časté supervize je jednou z podmínek.

Nezbytná je také podpora kontinuálního vzdělávání pracovníků, které je nepostradatelné pro udržení jejich odborné kvality. Tyto profese mají zákonem definováno, kolik hodin vzdělávání si musí za určité období zajistit. U zdravotnických pracovníků je jiná praxe, vzdělávání si zajišťují sami, je to jejich odpovědnost. V sociálních službách je odpovědností zaměstnavatele zajistit vzdělání pro své zaměstnance.

Týmová spolupráce je zde důležitá nejenom pro zajištění komplexní péče o klienta, ale také z důvodu dobré péče o pracovníky. Osamělý pracovník snáze vyhoří, nemá vnější korekci své vlastní práce.

Zdravotní sestry jsou schopny zajistit široké spektrum péče, kterou lékař indikuje. Dobrá zdravotní sestra je zárukou dobré zdravotní péče.

Mzdové náklady na zdravotnické pracovníky jsou vyšší než na pracovníky sociální. S tím je zapotřebí počítat při zajišťování péče.

V sanitním voze terénních programů SANANIM pracuje lékařka, zdravotní sestry a sociální pracovníci. Lékařka je zkušenou praktičkou, která se věnuje širokému spektru onemocnění u klientů. Je velmi lidská, klienty nesoudí, naopak se jim snaží pomoci. Při závažnějších onemocněních doprovází klienta do nemocnice, aby byl zajištěn přímý kontakt lékaře s lékařem a tím zaručena klientovi dobře dostupná péče.

6.1.3.6 FINANČNÍ ZAJIŠTĚNÍ¹¹

Zdravotní péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění i v případě, že si tito klienti zdravotní pojištění neplatí. Výhodou může být registrace na Úřadu práce ČR. Část této klientely by vzhledem ke svému chronickému onemocnění mohla zažádat o přiznání invalidního důchodu (např. z důvodu úrazu, psychiatrického či jiného chronického onemocnění).

Péče o klienty bez domova nese při poskytování zdravotní péče vícenáklady. Ty vyplývají z jejich nespolehlivosti způsobené dezorientací v čase, která je dána jejich

¹¹ Také viz 5.2

pobytem na ulici. Někteří mají vážné problémy s pamětí, zapomínají na návštěvy u lékaře nebo chodí v jiné časy. Lékař má kvůli nim prostoje a snižuje se mu příjem. Stráví s touto klientelou více času, jelikož při plánování léčby musí vycházet ze specifických podmínek života klienta a z dalších duálních diagnóz. Běžné zdravotnické zařízení by mělo být finančně či nefinančně podporováno, aby bylo motivováno s osobami bez domova více pracovat. Zcela jistě práce s touto klientelou vyžaduje větší nároky na zajištění úklidu a dezinfekce, a to z důvodu pravděpodobnějšího výskytu infekčních chorob. To platba pojišťovny nezohledňuje. Pokud bude lékař (zdravotnické zařízení) finančně zvýhodněn, bude pozitivně motivován je léčit.

Ze zkušenosti vyplývá, že zdravotnická zařízení přímo určená pro osoby bez domova velmi obtížně získávají smlouvu s pojišťovnou, a to přesto, že ve výběrovém řízení uspěla. V případě, že mají uzavřenou smlouvu s pojišťovnou, příjmy od pojišťovny nepokryjí náklady vzhledem k malému počtu rodných čísel, na které je vázána kapitální platba. Přitom tráví s pacienty hodně času a poskytnou jim velké množství výkonů. Např. u psychiatrické péče je počet výkonů pro jednoho pacienta omezen. Dofinancování těchto zařízení z jiných zdrojů je nezbytnou podmínkou. Je otázka, zda by např. Ministerstvo zdravotnictví nemohlo vytvořit samostatný dotační titul pro tuto cílovou skupinu, jako je tomu u cílové skupiny drogově závislých. Další možností je vyjednání dofinancování z veřejného zdravotního pojištění, což by bylo ale politické rozhodnutí a muselo by být upraveno legislativně.

Pokud chce obec nebo kraj zajistit nějakou zdravotnickou službu pro bezdomovce, bude na ni muset finančně přispívat. To se z dlouhodobého pohledu zajisté vyplatí. Díky zajištěné ambulantní péči nebudou muset být osoby bez domova hospitalizovány.

Prozatím není zpracována žádná výzkumná studie, která by vyčíslila, jak by primární péče ušetřila finanční prostředky zdravotních pojišťoven, potažmo státu. Analogii je však možné najít ve výzkumných studiích týkajících se osob závislých, které je možno dohledat na www.drogy-info.cz. Bylo by velmi užitečné, kdyby analýza *cost benefit* byla vypracována i pro oblast bezdomovectví.

Finanční prostředky na tyto služby je možné získat i z jiných zdrojů, než jsou obecní rozpočty. Jsou to dotační programy zdravotních odborů krajů, Ministerstva zdravotnictví a VZP. Zajisté by velmi pomohlo, kdyby Ministerstvo zdravotnictví v rámci programu Zdraví 2020 vytvořilo dotační titul pro zajištění zdravotní péče pro tuto skupinu obyvatel. VZP má též preventivní fondy. Právě dobrá

analýza *cost benefit* by mohla motivovat pojišťovnu k financování zdravotních služeb pro bezdomovce prostřednictvím projektů, jelikož by to pro ni bylo výhodné a ušetřila by za nákladnou zdravotní péčí.

Další prostředky je možné získat i z fondů Evropské unie. Administrace těchto programů je určitě náročnější, ale jejich výhodou je, že mají i investiční prostředky na opravu nemovitostí či na nákup sanitních vozů.

6.1.3.7 JAK SE STÁT SOUČÁSTÍ MÍSTNÍ KOMUNITY

Výskyt osob bez domova snižuje pocit bezpečí u obyvatel. Ti nechtějí mít osoby bez domova ve své blízkosti, jelikož se jich bojí, bojí se o svůj majetek, o své děti. Nerozumí tomu, proč někdo žije tímto způsobem života. Při budování služby je důležité dobré soužití s místní komunitou, i když nemůžeme očekávat, že bude nadšená z blízkosti dané služby. Aby bylo vyjednávání s komunitou úspěšné, musí se spojit místní politická reprezentace, policie a poskytovatelé služby. Ti společně vyjednávají s komunitou o umístění programu. Jedná se o poměrně náročný proces, během něhož je zapotřebí vzájemně komunikovat, vytvářet strategie a hledat řešení, jak snížit obavy obyvatel. Toto vyjednávání bývá obvykle plné emocí ze všech stran. Doporučujeme si pro tuto část počínajícího soužití s místní komunitou zajistit např. mediátora (profesionálního nebo člena komunity, který má přirozený dar mediace), který tímto procesem všechny provádí, drží hranice debat a diskusí.

Při tomto vyjednávání se i částečně vyjednává design služby tak, aby byla služba užitečná pro cílovou skupinu a zároveň minimalizovala zásahy do místní komunity.

Co může pomoci:

- a. **Pravidelná setkání zástupce místních politiků, policistů, poskytovatele služby, zástupců obyvatel.** Tato setkání zajišťují monitoring situace v komunitě a musí být poměrně častá. Důvod je ten, že pokud ze společného jednání vyplyne nějaký problém, řeší se snáze, pokud je zachycen včas.
- b. **Zvýšený výskyt policistů v dané oblasti.** Přítomnost policie obyvatele uklidňuje a zabraňuje vzájemným nedorozuměním a konfliktům.
- c. **Otevřenost služby.**
- d. **Preventivněkomunitní pracovník,** který se pohybuje v dané lokalitě a monitoruje chování uživatelů služby, vzájemné chování místních obyvatel a uživatelů služby. Jeho úkolem je předcházet

konfliktům a nedorozuměním mezi uživateli služby a místní komunitou. S uživateli služby aktivně v okolí služby pracuje, motivuje je ke změně chování v dané lokalitě a k dodržování pravidel slušného soužití. Služba je tak lépe přijímána.

e. Pracovní příležitosti pro obyvatele dané komunity v budované službě pro osoby bez domova. Pokud je v dané službě zaměstnán obyvatel obce nebo člen místní komunity, vzájemná komunikace je mnohem jednodušší.

6.1.4 SOUHRN DOPORUČENÍ

6.1.4.1 ZJIŠŤOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH POTŘEB OSOB BEZ DOMOVA

Nejdříve je zapotřebí zjistit zdravotní potřeby osob bez domova v daném regionu, obci. Některé potřeby této skupiny obyvatel jsou definovány např. i v Koncepci prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020, Praha, MPSV, 2013.

Další užitečné informace se týkají počtu osob bez domova, složení této skupiny z hlediska pohlaví, věku, délky života na ulici apod. Dále je dobré přímo od osob bez domova zjistit, jaké mají zdravotní problémy, tedy zdravotní potřeby. V tom mohou pomoci např. terénní pracovníci, kteří nemusí pracovat přímo v lokalitě, ale je možno poptat tuto službu u organizací, které terénní služby poskytují a které monitoring a zjišťování potřeb mají v náplni své práce.

6.1.4.2 MAPOVÁNÍ SÍTĚ SLUŽEB

Dále je zapotřebí zmapovat, jaké zdravotní služby jsou dostupné v dané lokalitě, a to od zdravotní terénní práce po služby praktického lékaře a další specializované služby. To je možné udělat společně s pracovníky zdravotních odborů krajů. Informace je možno též získat z Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Měli bychom se zajímat o následující informace:

- ~ počet praktických lékařů s ohledem na počet obyvatel,
- ~ počet odborných lékařů — psychiatrů, gynekologů, kožních lékařů, stomatologů,
- ~ zastoupení zdravotních pojišťoven,
- ~ počet lékáren s ohledem na počet obyvatel,

- ~ dojezdové časy zdravotní záchranné služby,
- ~ přehled zařízení, která drží lékařskou pohotovost, kapacita a možnosti lůžek následné péče,
- ~ kapacita a úroveň terénní ošetrovatelské služby. (Pilát, M. a kol.: Sociální politika obce)

6.1.4.3 ZMAPOVÁNÍ POTŘEB OBCE

Zjištění problémů, které bezdomovectví přináší obyvatelům obce, je důležitou součástí řešení zdravotně-sociální problematiky v obci. Podrobný popis možných metod a způsobů zjišťování potřeb obce je popsán v Metodice vytváření strategií sociálního začleňování na místní a regionální úrovni v Metodice zjišťování zdravotně-sociálních potřeb osob bez domova v obcích.

6.1.4.4 ZPRACOVÁNÍ KONCEPČNÍHO MATERIÁLU

Jedná se o zpracování stručného koncepčního materiálu zdravotně-sociální péče v obci pro osoby bez domova, kde jsou definovány potřeby osob bez domova, potřeby obce. Na základě potřeb vydefinujeme cíle, kterých bychom chtěli dosáhnout v oblasti řešení zdravotně-sociální péče, a dále prostředky, jak jich dosáhneme.

V regionu žije asi 10 žen bez domova. Většinou žijí v páru s partnerem. 3 ženy žijí osamocně. Žádná z nich nemá zajištěnu gynekologickou péči. Vzhledem k tomu, že se jedná o ženy od 35 do 60 let, pravidelnost gynekologických vyšetření je velmi důležitá, aby se předešlo nějakému závažnějšímu onemocnění. Cílem je zajistit gynekologickou péči pro 10 žen. Vzhledem k tomu, že gynekolog má ordinaci ve vedlejší město v nemocnici, je zapotřebí s ním projednat, zda by se klientek ujal a za jakých podmínek. V případě, že se jich ujme, bude se muset vyřešit způsob dopravy a doprovázení těchto žen k lékaři sociálním pracovníkem. Pokud to nebude možné, další možností je zajištění sanitky organizace Rozkoš bez rizika, která poskytuje gynekologické služby a působí v regionu. Zde bude nezbytné zaplatit tuto službu.

Tento materiál by měl obsahovat jednak časový harmonogram jednotlivých kroků a dále též odhad nezbytných finančních nákladů a přehled toho, kde budou prostředky získány. Součástí by určitě mělo být zdůvodnění potřeby této koncepce zdravotně-sociální péče. Tento dokument by měl být následně schválen zastupitelstvem obce, popř. vedením regionu.

U naplňování cílů je nezbytné se rozhodnout, které služby budou zajištěny smluvně s již existujícími zdravotními službami a kdy je zapotřebí vybudovat službu novou, určenou pouze cílové skupině osob bez domova. Nové služby, nejčastěji ordinace praktického lékaře, budou budovány ve větších městech.

6.1.4.5 ZAJIŠTĚNÍ SLUŽEB PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Služby praktického lékaře jsou klíčovou službou v oblasti prevence, ale i základní péče. Je důležité, aby služby praktického lékaře byly dostupné pro všechny. Ordinance praktického lékaře pouze pro cílovou skupinu, pro osoby bez domova, budou budovány pravděpodobně jen ve větších městech. Není nezbytné, aby zde byl stále přítomen lékař, službu může zajistit v jeho nepřítomnosti zdravotnický pracovník – nelékař. Na zřízení takovéto ordinace se též může domluvit několik obcí, kde je vysoký počet osob bez domova, a vybudovat ji společně a společně na ní finančně participovat, zajišťovat její chod.

Ordinance praktického lékaře pro osoby bez domova organizace NADĚJE v Praze je otevřena 4 dny v týdnu. 70 % času je přítomen lékař, 30 % ordinálních hodin zajišťují zdravotní sestry. Když v ordinaci neordinuje praktik, ordinuje v něm gynekolog pro ženy bez domova. 2 dny v týdnu jsou možné odběry krve.

V menších obcích je možné zajistit péči dohodou s místním praktickým lékařem, který si vymezí svůj čas pro ošetření osob bez domova. Několik obcí se může dohodnout a zajistit péči prostřednictvím sanitního vozu. Tato služba nemusí být pouze pro osoby bez domova, ale může být využitelná i pro ostatní zdravotní služby poskytované obyvatelstvu.

Nejčastější onemocnění léčená v ordinaci praktického lékaře SANANIM, z.ú., jsou uvedena v Příloze č. 4.

6.1.4.6 ZAJIŠTĚNÍ SLUŽEB PSYCHIATRA

Zajištění služeb psychiatra je klíčovou službou. Bohužel tyto služby jsou dnes málo dostupné a je jich nedostatek. Díky reformě psychiatrické péče se vytvářejí komunitní týmy, které jsou schopny za klienty vyjízdit přímo do jejich bydliště. Základním problémem, který komplikuje léčbu duševních nemocí, je nedodržování léčebného režimu, především nepravidelné užívání léků. Výhodou je, že je dnes možno řadu onemocnění řešit prostřednictvím depotních injekcí, a klient tak nemusí užívat léky denně. Je zapotřebí získat kontakty na připravované komunitní týmy a dohodnout s nimi spolupráci.

Na Havlíčkovobrodsku je zjištěna péče o psychiatrické pacienty prostřednictvím velké psychiatrické nemocnice a nestátní organizace FOKUS, která poskytuje široké spektrum služeb v oblasti rehabilitace, bydlení a zaměstnávání. Obě instituce spolu vytvářejí komunitní tým, který je schopen zajistit psychiatrické služby přímo „v terénu“.

6.1.4.7 ZAJIŠTĚNÍ SPECIALIZOVANÝCH SLUŽEB

Služby dalších specializací (kožní, gynekologie) je ve větších městech možné zajistit vyhrazením ordinálních hodin v ordinaci praktického lékaře pro osoby bez domova. Z hlediska vybavení je zde nutné mít gynekologické křeslo. Při budování ordinace praktického lékaře je nezbytné pamatovat na to, že zde budou ordinovat i jiní specialisté, a podle toho postupovat i během stavby a kolaudace prostor.

Další variantou je zmapovat situaci v regionu, zda neexistuje služba mobilní gynekologické péče. V případě odborných ordinací v obci či v její blízkosti je dobré vyjednat s lékaři, za jakých podmínek jsou ochotni služby osobám bez domova poskytovat.

U velmi komplikovaných případů (často klientů s duševním onemocněním) je dobré zvažovat asistenci

(doprovod) klienta k lékaři, aby byl podpořen při jednání se zdravotnickými pracovníky.

Řada nestátních organizací poskytuje služby case managementu, kdy doprovázení a asistence jsou běžnou součástí práce. Tyto organizace je možné kontaktovat. I pracovníci terénních programů jsou schopni tyto služby poskytovat.

6.1.4.8 ZAJIŠTĚNÍ SLUŽEB NÁSLEDNÉ PÉČE

Následná péče pro doléčení pacientů po propuštění ze zdravotnického zařízení by mohla být zajišťována ve zdravotnických zařízeních léčeben pro dlouhodobě nemocné nebo v pobytových zařízeních sociálních služeb (azylové domy, domy s pečovatelskou službou, noclehárny). Do zařízení sociálních služeb dochází praktický lékař na návštěvní službu. Vyhrazení lůžek pro doléčování musí obec projednat s poskytovateli služeb. Je jasné, že s poskytováním této služby vznikají nové finanční náklady, např. u nocleháren je nutno zajistit denní službu, a tedy se zvyšují náklady na personál.

V Plzni byla zřízena 4 lůžka pro doléčování v ubytovně zřizované městem. Garantem služby jsou Městská charita Plzeň a Odbor sociálních služeb Plzeň. Doléčovací péče je poskytována na základě smlouvy s pečovatelskou službou Charita. Viz Vyhodnocení Akčního plánu bezdomovectví z pohledu sociálně-zdravotní péče na území města Plzně na léta 2014–2016 k 31. 5. 2015.

PŘÍLOHY



PŘÍLOHA 1 – TYPOLOGIE ETHOS S NÁVRHEM SUBKATEGORIÍ PRO ČESKOU REPUBLIKU

V rámci projektu Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR se definicí a typologií zabývala pracovní skupina ve snaze dosáhnout harmonizace s evropskou typologií ETHOS. K operačním kategoriím a generickým definicím, které jsou závazné, byly doplněny

relevantní národní subkategorie. Ty se mohou podle potřeby dále dělit podle speciální problematiky (alkoholici, psychicky nemocní), podle cílové skupiny (minority, věk, senioři, děti, migranti), podle původu (EU x mimo EU), případně jiné se mohou slučovat.

Pro pochopení je nutno se oprostit od vlastních praktických pohledů a představit. ETHOS nepopisuje (sociální) služby, ale životní situace a bydlení. Nepopisuje příčiny bezdomovství ani zdravotní stav bezdomovců nebo jejich zaměstnání. ETHOS také není

uspořádán hierarchicky, i když při prvním pohledu na tabulku by se tak mohl jevit. Operační kategorie 1–4 a 6 mají vztah ke kategorizaci služeb podle zákona o sociálních službách.

Koncepční kategorie	Operační kategorie		Životní situace		Generická (druhov) definice	Národní subkategorie		*
BEZ STŘECHY	1	Osoby přežívající venku	1.1	Veřejné prostory nebo venku (na ulici)	Osoby přežívající na ulici nebo ve veřejně přístupných prostorech bez možnosti ubytování	1.1.1	Osoby spící venku (např. ulice, pod mostem, nádraží, letiště, veřejné dopravní prostředky, kanály, jeskyně, odstavené vagony, stany, garáže, prádelny, sklepy a půdy domů, vraky aut)	b
	2	Osoby v noclehárně	2.1	Noclehárna	Osoby bez obvyklého bydliště, které využívají nízkoprahové noclehárny	2.1.1 2.1.2	Osoby v nízkoprahové noclehárně Osoby sezonně užívané k přenocování prostory zařízení bez lůžek	b b
BEZ BYTU	3	Osoby v ubytovnách pro bezdomovce	3.1	Azylový dům pro bezdomovce	Osoby v azylových domech s krátkodobým ubytováním Osoby ve veřejných ubytovnách s krátkodobým ubytováním, které nemají vlastní bydlení	3.1.1	Muži v azylovém domě	b
			3.2	Přechodná ubytovna		3.1.2	Ženy v azylovém domě	b
			3.3	Přechodné podporované ubytování		3.1.3	Matky s dětmi v azylovém domě	b
	4	Osoby v pobytových zařízeních pro ženy	4.1	Pobytové zařízení pro ženy	Ženy ubytované krátkodobě v zařízení z důvodu ohrožení domácím násilím	3.1.4	Otcové s dětmi v azylovém domě	b
						3.1.5	Úplné rodiny v azylovém domě	b
						3.1.6	Osoby v domě na půli cesty	b
						3.2.1	Osoby ve veřejné komerční ubytovně (nemají jinou možnost bydlení)	b
5	Osoby v ubytovnách pro imigranty	5.1 5.2	Přechodné bydlení (azylová zařízení pro žadatele o azyl) Ubytovny pro migrující pracovníky	Imigranti v přechodných ubytovnách z důvodu imigrace Osoby v ubytovnách pro migrující pracovníky	3.2.2	Osoby v přístřeší po vystěhování z bytu	b	
					3.3.1	Bydlení s podporou výslovně určené pro bezdomovce neexistuje	b	
					4.1.1 4.1.2	Ženy ohrožené domácím násilím pobývající na skryté adrese Ženy ohrožené domácím násilím pobývající v azylovém domě	a a	
6	Osoby před opuštěním instituce	6.1 6.2 6.3	Věznice a vazební věznice Zdravotnická zařízení Zařízení pro děti	Bez možnosti bydlení po propuštění Zůstává déle z důvodu absence bydlení Bez možnosti bydlení	5.1.1	Žadatelé o azyl v azylových zařízeních	a	
					5.2.1	Migrující pracovníci — cizinci ve veřejné komerční ubytovně (nemají jinou možnost bydlení)	a	
7	Uživatelé dlouhodobější podpory	7.1 7.2	Pobytová péče pro starší bezdomovce Podporované bydlení pro bývalé bezdomovce	Senioři a osoby invalidní dlouhodobě ubytované v azylovém domě Dlouhodobé bydlení s podporou pro bývalé bezdomovce	6.1.1	Osoby před opuštěním věznice	a	
					6.2.1	Osoby před opuštěním zdravotnického zařízení	a	
NEJISTÉ BYDLENÍ	Osoby žijící v nejistém bydlení	8.1 8.2 8.3	Přechodné bydlení u příbuzných nebo přátel Bydlení bez právního nároku Nezákonné obsazení pozemku	Přechodné bydlení u příbuzných nebo přátel Bydlení bez právního nároku, nezákonné obsazení budovy Nezákonné obsazení pozemku	6.3.1	Osoby před opuštěním dětské instituce	a	
					6.3.2	Osoby před opuštěním péčovské péče	a	
					7.1.1 7.2.1	Muži a ženy v seniorském věku nebo invalidé dlouhodobě ubytovaní v azylovém domě Bydlení s podporou výslovně určené pro bezdomovce neexistuje	b	
NEVYHOVUJÍCÍ BYDLENÍ	Osoby žijící v provizorních a neobvyklých stavbách	11.1 11.2 11.3	Mobilní obydlí Neobvyklá stavba Provizorní stavba	Mobilní obydlí, které není určené pro obvyklé bydlení Nouzový přístřešek, bouda, chatrč, barák Provizorní stavba	8.1.1	Osoby přechodně bydlící u příbuzných nebo přátel (nemají jinou možnost bydlení)	a	
					8.1.2	Osoby v podnájmu (nemají jinou možnost bydlení)	a	
					8.2.1	Osoby bydlící v bytě bez právního důvodu	a	
9	Osoby ohrožené vystěhováním	9.1 9.2	Výpověď z nájemního bytu Ztráta vlastnictví bytu	Výpověď z nájemního bytu Ztráta vlastnictví bytu	8.2.2	Osoby v nezákonně obsazené budově	b	
					8.3.1	Osoby na nezákonně obsazeném pozemku (zahrádkářské kolonie, zemnice)	b	
NEVYHOVUJÍCÍ BYDLENÍ	Osoby žijící v nevhodném bydlení	12.1	Obydlené neobyvatelné byty	Bydlení v objektu označeném podle národní legislativy jako nevhodné k bydlení	9.1.1	Osoby, které dostaly výpověď z nájemního bytu	a	
					9.2.1	Osoby ohrožené vystěhováním z vlastního bytu	a	
					10.1.1	Osoby ohrožené domácím násilím — policejné zaznamenané případy — oběti	a	
NEVYHOVUJÍCÍ BYDLENÍ	Osoby žijící v přelidněném bytě	13.1	Nejvyšší národní norma definující přelidnění	Definované jako překračující nejvyšší normu podle rozměru nebo počtu místností	10.1.1	Osoby ohrožené domácím násilím — policejné zaznamenané případy — oběti	a	
					11.1.1	Osoby žijící v mobilním obydlí, např. maringotka, karavan, hausbót (nemají jinou možnost bydlení)	a	
					11.2.1	Osoby žijící v budově, která není určena k bydlení, např. osoby žijící na pracovišti, v zahradních chatkách se souhlasem majitele	a	
12	Osoby žijící v nevhodném bydlení	12.1	Obydlené neobyvatelné byty	Bydlení v objektu označeném podle národní legislativy jako nevhodné k bydlení	11.3.1	Osoby žijící v provizorních stavbách nebo v budovách např. bez kolaudace	a	
					12.1.1	Osoby žijící v nevhodném objektu — obydlí se stalo nezpůsobilým k obývání, ale dříve mohlo být	a	
13	Osoby žijící v přelidněném bytě	13.1	Nejvyšší národní norma definující přelidnění	Definované jako překračující nejvyšší normu podle rozměru nebo počtu místností	13.1.1	Osoby žijící v přelidněných bytech	a	

* Použité zkratky v posledním sloupci — Stupeň ohrožení: a – ohrožené osoby, b – bezdomovci

7.2 PŘÍLOHA 2 – PŘÍKLAD MOŽNÉHO ZNĚNÍ DOTAZNÍKU

Pohlaví (muž / žena)

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (výběr z typů vzdělání)

Absolvoval/a jste nějaký rekvalifikační kurz? (ano, jaký / ne)

Státní občanství (ČR / jiné)

Vlastníte nějaký doklad totožnosti? (ano / ne)

Vlastníte kartičku zdravotní pojišťovny? (ano / ne)

Rodinný stav (výčet možností)

Navštěvujete praktického (obvodního) lékaře? (ano / ne)

Jak se cítíte po zdravotní stránce? (velmi dobře — velmi špatně)

Trápí Vás zdravotní obtíže? (ano — ne)

Ekonomický status (nezaměstnaný, zaměstnaný, mateřská dovolená, důchodce, invalidní důchodce, ... doplnit výčet možností)

Jaký je zdroj Vašich příjmů (výčet možností)

Kde zpravidla nocujete? (výčet možností)

Řešíte s někým svou situaci? (ano, s kým / ne)

Co Vám v životě nejvíce schází? (volná odpověď)

Jakou pomoc byste přivítal/a? (volná odpověď)

Iniciála jména respondenta

Iniciála příjmení respondenta

Datum narození respondenta (volitelné, získat alespoň rok)

Poděkování a rozloučení (předání odměny)

Identifikační údaje dotazníku:

Otázky v dotazníku je možno upravovat či doplňovat podle vlastního uvážení a místní situace či zaměření šetření. U otázek s výčtem uvedených možností by tento výčet měl být co nejkompaktnější. U otázek by měla být rovněž možnost záznamu odpovědi, že si respondent nepřál odpovědět nebo odpověď neznal, aby se předešlo zkreslení získaných dat.

7.3 PŘÍLOHA 3 – PŘÍKLADY DOBRÉ PRAXE ZAJIŠTĚNÍ ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ZAHRANIČNÍ

7.3.1 NADACE JENNY DE LA TORRE – ZDRAVOTNICKÉ CENTRUM PRO OSOBY BEZ DOMOVA (BERLÍN, NĚMECKO)¹²



Obrázek 2: Budova zdravotnického zařízení se zahradou

Nadace byla založena lékařkou J. De la Torre a od roku 2002 poskytuje zdravotní a sociální služby pro osoby bez domova. Zdravotnické centrum bylo založeno v roce 2006.

Pro koho jsou služby určeny

Pro osoby bez domova. Služba je otevřená pro všechny „lidi žijící na ulici“ bez rozdílu (občané EU, mimo EU, ne/pojištění apod.).

Nabídka zdravotních služeb

Praktický lékař, oční lékař, zubař, internista, dermatolog, ortoped.

Nabídka dalších služeb

Právní, sociální, psychologické poradenství, poradenství v oblasti závislostí, potravinový servis, ošacení, možnost hygieny (sprcha).

Ordinační, ambulantní hodiny

Pondělí–pátek, obvykle 10.00–14.00.

Dostupnost

Objekt zdravotního střediska sídlí v centru města (čtvrť Berlin Mitte).

¹² <http://www.delatorre-stiftung.de/gesundheitszentrum.html>

Tým

Multidisciplinární — specialisté v různých lékařských oborech, sociální pracovnice, právník, psychologka.

Sítování

Nadace Jenny De la Torre je nedílnou součástí sítě poskytovatelů zdravotně-sociálních služeb pro osoby bez domova v Berlíně. Je členem sdružení německých nadací (Bundesverband Deutscher Stiftungen), které zastupuje 20 000 nadací v Německu, je členem Paritní společnosti

(Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband Landesverband Berlin e. V.), která sdružuje neziskové organizace, dobrovolnické aktivity a skupiny se širokým zaměřením a podporou cílovým skupinám potřebných. Tato platforma zahrnuje v Berlíně přibližně 4 000 projektů, zařízení a služeb.

Financování

Nadace Jenny De la Torre je financována z 95 % z darů (finanční zpráva, 2013).



Obrázek 3: Laboratoř — odběry krve, ultrazvuk, EKG apod.



Obrázek 4: Ordinace — ošetřující lékař

7.3.2 NEUNERHAUS – POMOC PRO OSOBY BEZ DOMOVA (VÍDEŇ, RAKOUSKO)

Zdravotní i sociální péči pro osoby bez domova nabízí ve Vídni šest organizací. Zdravotní péče je hrazena z fondu FWS, což je Vídeňský sociální fond (zřizovatel město Vídeň).

Jednou z organizací je Neunerhaus, která disponuje 3 velkými činžovními domy, ve kterých je schopna ubytovat 450 osob. Dále poskytuje zdravotní péči, kterou využije ročně cca 3 500 osob.



Obrázek 5: Neunerhaus Hagenmüllergasse — Sozial betreutes Haus (podporované bydlení)

Zdravotnické středisko Neunerhaus

Pro koho jsou služby určeny

Zdravotní péče je dostupná pro všechny osoby bez domova bez rozdílu, tj. pro všechny, kteří jsou v kontaktu s jakýmkoliv zařízením sociálních služeb (občané EU, mimo EU, ne/pojištění, uprchlíci apod.).

Nabídka zdravotních služeb

Praktická medicína, zubař, veterinární lékaři.

Nabídka dalších služeb

Primárně organizace poskytuje přechodné sociální bydlení až 450 osobám v bytech. Dále poskytuje podpůrné služby v oblasti sociální práce, ergoterapii, asistenci v domácnosti.

Ordinační, ambulantní hodiny

Pondělí–pátek, obvykle 10:00–14:00, případně 13:00–17:00.

Dostupnost

Zdravotnické středisko v Neunerhaus Hagenmüllergasse se nachází v samém centru města Vídeň, poblíž známé tepny Mariahilferstrasse.

Tým

Interdisciplinární — 11 praktických lékařů, zubař, veterináři — služby poskytují lékařidobrovolníci. Tým lékařů nicméně úzce spolupracuje s odborníky z dalších oborů (sociální pracovníci, adiktologové, psychiatři, vychovatelé-asistenti bydlení) = důležitost multidisciplinarity!

Sítování

Organizace Neunerhaus je nedílnou součástí sociální politiky a služeb města Vídně, je členem sítě BAWO (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.) — spolková platforma pro pomoc osobám bez domova.

Financování

Zdravotnické služby jsou financovány z prostředků FSW a zdravotní pojišťovny WGKK, zubní ošetření pak ještě z darů firem, které podnikají v zubařském průmyslu (tedy materiál na plomby apod.).

Veterinární ordinace — péče je financována výhradně ze soukromých darů.

7.3.3 VOLKSHILFE — ORGANIZACE PREVENCE PROTI VYSTĚHOVÁNÍ FAWOS¹³ (RAKOUSKO, VÍDEŇ)

Organizace prevence proti vystěhování FAWOS je ústředním kontaktním místem pro všechny osoby, které žijí v soukromých, obecních nebo družstevních bytech a jsou ohroženi jejich ztrátou. Těmto osobám je nabízena rychlá a efektivní pomoc, zejména formou smírných podmínek s majiteli předmětných bytů, či jiná pomoc, která má za cíl zabránit ztrátě bydlení dané osoby.

Projekt funguje od roku 1995 úspěšně ve Vídni (Volkshilfe Wien, FAWOS, Renate U. Kitzman, www.volkshilfe-wien.at), kde jsou krajské soudy povinny při podání soudního řízení týkajícího se obytných prostor (výpověď z bytu, žaloba na uvalení soudní výpovědi) o tomto

¹³

Organizace prevence proti vystěhování FAWOS. In: Akční plán řešení problematiky bezdomovectví pro rok 2008 a následující období, Praha: MHMP 2008

roku uvědomit obec, která následně předává informaci FAWOS. Osoba ohrožená vystěhováním však samozřejmě může FAWOS kontaktovat i aktivně sama. Při prvním kontaktu, resp. pohovoru, se FAWOS seznamuje s aktuální situací:

- ~ s příčinami a důvody situace ohrožující existenci klienta,
- ~ s osobními údaji: počty osob v domácnosti, věk osob v domácnosti,
- ~ s právní situací týkající se nájmu klienta: stavem správního či soudního řízení, druhem nájemního vztahu, přístupností výše nájemného,
- ~ s ekonomickou situací klienta: pracovním stavem, příjmem, výdaji a dluhy,
- ~ s vlastní strategií klienta pro vyřešení situace: možnostmi nasazení vlastních prostředků.

Na základě vyjasnění situace a ověření možných perspektiv pak FAWOS poskytuje klientům:

- ~ sociální poradenství k vlastnímu uspokojení potřeb bydlení,
- ~ nájemně-právní informace o existujících možnostech odvrácení hrozícího vypovězení nebo vystěhování z bytu (opravné prostředky, dohoda o splátkách apod.),
- ~ objasnění možných nároků (podpory, placení výživného apod.),
- ~ vypracování individuálního finančního plánu,
- ~ jednání s pronájemci, správami domů a advokáty,
- ~ v případě problémů s nezaměstnaností, dluhy, alkoholem, drogami apod. předání stávajícím odpovědným zařízením,
- ~ finanční pomoc k pokrytí nedoplatků nájemného.

Ve smyslu zásady svépomoci stojí však na prvním místě vlastní iniciativa klientů.

Ve Vídni byla ekonomicky existence této preventivní organizace FAWOS vyčíslena na 7,7krát levnější variantu než následné služby bezdomovecké populaci. Odlišnost rakouského a českého prostředí tkví v tom, že Vídeň je současně městem a spolkovou zemí s vlastní legislativní pravomocí. Náklady na prevenci a následné služby jdou na vrub téhož rozpočtu. V českých podmínkách se náklady vztahují k různým rozpočtům, ale v souhrnu jde vždycky o veřejné rozpočty.

7.4 PŘÍLOHA 4 – PŘÍKLADY DOBRÉ PRAXE ZAJIŠTĚNÍ ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICĚ

7.4.1 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM – OBLASTNÍ CHARITA ČESKÁ KAMENICE¹⁴

Domov se zvláštním režimem

V tomto městě provozuje sociální služby Oblastní charita Česká Kamenice. Ta nabízí osobám bez domova následující služby: Domov se zvláštním režimem, Nízkoprahové denní centrum, Chráněné bydlení, Podpora samostatného bydlení, Sociálně-terapeutická dílna.

Pro koho jsou služby určeny

Muži a ženy nad 45 let věku ohrožení závislostí nebo závislí na alkoholových drogách, trpící chronickou duševní nemocí s výjimkou Alzheimerovy demence, s nízkým příjmem.

Nabídka zdravotních služeb

V domě se zvláštním režimem pracuje zdravotní sestra, která koordinuje zdravotní péči obyvatel Domova a Nízkoprahového denního centra. Zajišťuje dodržování léčebného režimu, poskytuje poradenství ve zdravotní oblasti a základní ošetření. Klienty, kteří nejsou schopni si sami zajistit zdravotní péči u lékařů, doprovází k lékařům. Další poskytovanou zdravotní službou jsou pravidelné návštěvy psychiatra (1x za 14 dní). Psychiatr poskytuje kontinuální péči o obyvatele Domova i Nízkoprahového centra.

Nabídka dalších služeb

Sociální poradenství, pastorační práce.

Ordinační, ambulantní hodiny:

Domov se zvláštním režimem je rezidenční zařízení.

Dostupnost:

Zařízení se nachází v centru města.

Tým

Sociální pracovnice, zdravotní asistentka, externě psychiatr (pravidelně dochází).

Síťování

Domov se zvláštním režimem jako součást Oblastní charity je nedílnou součástí Akčního plánu regionu, Domov je pobytová služba dle zákona 108/2006, o sociálních službách.

Financování

Dotace, granty – MPSV, město Kamenice, soukromé dary.

7.4.2 SANITKA SANANIM – PRAHA

Součástí terénních programů SANANIM je projekt Sanitka.

Pro koho jsou služby určeny

Služby jsou určeny uživatelům návykových látek, kteří jsou z větší části zároveň osobami bez domova.

Nabídka zdravotních služeb

Kromě výměnného programu (harm reduction) Sanitka poskytuje základní poradenství a zdravotní péči. Především se jedná o potřebu ošetření vyplývající z užívání drog a intravenózní aplikace (abscesy, flegmony). V roce 2014 bylo poskytnuto přibližně **2.640** zdravotních ošetření. Tým Sanitky dále testoval 118 osob na infekční nemoci s téměř 40 % záchytu žloutenky typu C, 4,5 % záchytů syfilisu a 2 záchyty HIV reaktivních testů (2 %).

Nabídka sociálních a adiktologických služeb

Sociální poradenství, kontaktní práce, zprostředkování odborného vyšetření v nemocnici, asistence, adiktologické poradenství.

Ordinační, ambulantní hodiny

Sanitka je pro klienty k dispozici 2 dny v týdnu, obvykle celé dny.

Dostupnost

Mobilní zařízení se nachází v centru města Prahy, poblíž Václavského náměstí.

¹⁴ Česká Kamenice, okres Děčín, přibližně 5.000 obyvatel



Obrázek 6: Domov se zvláštním režimem, Charita Česká Kamenice

Tým

Multidisciplinární — praktická lékařka, zdravotní sestra, adiktolog, sociální pracovník.

Sítování

Sanitka spadá pod terénní programy SANANIM, terénní práce jsou nedílnou součástí Akčních plánů, protidrogových strategií hl. m. Prahy.

Financování

Dotace, granty — MPSV, město Praha, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

7.4.3 ZDRAVOTNÍ PÉČE NADĚJE¹⁵ — PRAHA

Projekt Zdravotní péče o bezdomovce vychází ze zkušeností získaných při realizaci Integrovaného programu NADĚJE v Praze od roku 1990. Integrovaný program v Praze se skládá z devíti registrovaných sociálních služeb; v průběhu roku 2014 využilo jeho služby 3 159 lidí bez domova, z nich bylo 606 žen.

Realizace projektu Zdravotní péče o bezdomovce vychází ze zkušeností; dostupnost zdravotní péče posiluje motivaci lidí bez domova k péči o vlastní zdraví a zlepšení

jejich zdravotního stavu je jedním z klíčů při řešení bezdomovectví.

Projekt vznikl v roce 1994, kdy byla otevřena ordinace praktického lékaře pro lidi bez domova v prostorách denního centra. V roce 2000 byl zahájen provoz lůžek pro nemocné klienty pro krátkodobý pobyt. Od roku 2006 se rozvíjí poskytování zdravotnického ošetření v terénním programu, nejprve v peší práci, později i v mobilní.



Obrázek 7: Sanitka SANANIM

¹⁵ Viz <http://www.nadeje.cz/praha>.

V letech 2005–2007 se NADĚJE zapojila do realizace projektu s pěti partnery, jedním z výstupů je publikace Zdravotní péče o bezdomovce.¹⁶

Ordinace praktického lékaře v nízkoprahovém denním centru zajišťuje:

- ~ dostupnost standardní lékařské péče ve známém prostředí, od poučeného personálu, s možností asistence doprovázejícího pracovníka,
- ~ potlačení administrativních překážek, zejména místní příslušnost, nepojištění cizinci,
- ~ záchyt infekčních a parazitárních onemocnění (HP, TBC, svrab, vši),
- ~ včasný lékařský zásah,
- ~ možnost zdravotnických výkonů potřebných pro nástup do zaměstnání (vstupní vyšetření, průkaz pro práci s potravinami),
- ~ doporučení k odbornému lékaři, doporučení k hospitalizaci,
- ~ zdarma dostupnou základní lékovou terapii.

Ordinace praktického lékaře pro dospělé slouží kontinuálně od roku 1994, je zajištěna jedním plným úvazkem lékaře. Praktický lékař pro dospělé zajišťuje základní péči a zprostředkovává péči odbornou. Pro klienty je také nezbytný při úkonech souvisejících se zaměstnáním či důchodem. V projektu má klíčové postavení.

Ordinace gynekologa začala pomáhat v prosinci 2012. Gynekolog ordinuje ve stejných prostorách jako praktický lékař. Ordinace je vybavena sonografem. Ordinační hodiny jsou dva dny v týdnu po čtyřech hodinách. Gynekologie je zásadní při zdravotní péči o ženy, zejména reaguje na problematiku gravidity žen na ulici.

Od 1. 4. 2016 dojde k rozšíření ordinace o dvě další odbornosti, stomatologii a psychiatrii. V ordinacích budou pracovat zdravotní sestry na 2,25 úvazku.

K zařízení **ordinace stomatologa** byla sponzorsky získána základní stomatologická soustava. Ordinační hodiny budou 4 hodiny týdně. Průzkum potvrdil potřebu i zájem klientů NADĚJE o stomatologickou péči. Stav chrupu není věcí jen medicínskou, ale i sociální. Vedle řešení trisťných stomatologických problémů u lidí bez domova má dostupnost zubaře významnou roli při procesu jejich začleňování do společnosti.

Ordinace psychiatra umístěná přímo v denním centru, kam bezdomovci pravidelně přicházejí, dobře doplní strukturu komunitní péče o duševně nemocné. Bude zajištěna úvazkem 8 hodin týdně. Výskyt duševních onemocnění mezi bezdomovci je vyšší než v celé populaci. Podle odhadu trpí nemocí z okruhu schizofrenie 20–40 procent osob bez domova, ačkoli prevalence v běžné populaci je 1 %. Výsledky různých analýz se sice liší dle metody i místa provedení, ale vyšší zastoupení duševních nemocí u bezdomovců oproti celkové populaci v zásadě potvrzují.

Zdravotnická činnost přesahuje i do terénní práce a spočívá zejména v aktivním vyhledávání epidemiologicky rizikových skupin obyvatelstva, v záchytu onemocnění poučenými terénními pracovníky NADĚJE. Důležité je zprostředkování návštěvy ordinace. Plánuje se, že v nutném případě psychiatr vyjede za pacientem přímo do terénu v doprovodu terénních sociálních pracovníků.

Činnosti související s poskytováním zdravotní péče v terénním programu:

- ~ Zdravotnické ošetření přímo v terénu
- ~ Doprovod a převoz do zdravotnického zařízení
- ~ Návštěvy ve zdravotnických zařízeních

V roce 2014 prošlo ordinací 1.348 pacientů (5.202 návštěv a prohlídek). Výskyt nejčastějších onemocnění v roce 2014:

- ~ Onemocnění kůže 1.714 pacientů
- ~ Bércové vředy 1.145 pacientů
- ~ Chřipky a onemocnění dýchacích cest 499 pacientů
- ~ Kardiovaskulární onemocnění 489 pacientů
- ~ Revmatická a neurologická onemocnění 240 pacientů
- ~ Svrab 209 pacientů
- ~ Žaludeční a střevní potíže 118 pacientů

Projekt Zdravotní péče o bezdomovce využívají lidé z dalších organizací, zejména Armády spásy, Arcidiecézní charity Praha, Centra sociálních služeb Praha. Úzká spolupráce je navázána na ošetrovnu Armády spásy, doléčení pacientů zajišťuje azylový dům s ošetrovatelskou službou Centra sociálních služeb Praha.

¹⁶ Šupková Danuše. Zdravotní péče o bezdomovce. Praha: Grada, 2007, http://www.nadeje.cz/_/stranky/index?alias=odborne_texty&id=31&Texty_page=2

7.4.4 ARMÁDA SPÁSY – DOMOVY PŘÍSTAV¹⁷ – MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ

Motto:

*„Domov je tam, kde jsme se narodili, nebo
tam, kde se cítíme dobře.“
Christian Morgenstern*

Domov Přístav II je domovem se zvláštním režimem, službu poskytuje Armáda spásy v objektu Městského obvodu Moravská Ostrava a Přívoz. Objekt byl v roce 2012 přestavěn z bytových domů na zařízení sociální služby. Investorem přestavby je Statutární město Ostrava. Armádu spásy město vybralo jako poskytovatele, objekt je ve výpůjčce.

Služba vznikla z místní potřeby, byla koncipována společně Armádou spásy a Statutárním městem Ostravou, je začleněna do komunitního plánu. Armáda spásy navazuje na zkušenosti se službou Domov Přístav, kterou již řadu let provozuje v Ostravě-Kunčičkách.

Posláním Domova Přístav II je poskytovat lidem bez domova bezpečné místo pro důstojný život dle jejich potřeb. Klienty jsou lidé bez domova starší 26 let, mobilní i imobilní, kteří mají sníženou fyzickou nebo psychickou soběstačnost z důvodu závislosti na návykových látkách, chronického duševního onemocnění nebo různých typů demencí a potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Klienti přicházejí z azylových domů, sociálních lůžek, léčeben pro dlouhodobě nemocné, ale také přímo z ulice.

Cílem je poskytovat službu těm lidem bez domova, kteří z uvedených důvodů nemohou být klienty azylových domů, ale zároveň nemohou být klienty domovů pro seniory nebo jiných domovů se zvláštním režimem pro svoji závislost na návykových látkách či jiné rizikové chování.

Služba je určena rovněž lidem bez domova po propuštění z nemocnice či LDN, aby mohli zlepšovat svou sociální situaci. U těchto lidí je předpoklad, že po stabilizaci sociální a zdravotní situace budou Domov Přístav opouštět do vhodných zařízení sociálních služeb. Starším klientům služba umožňuje důstojný život v zařízení.

Cílem služby je vedle poskytované sociální služby:

- ~ dosažení stabilizace zdravotního stavu u uživatele a podle možnosti i jeho zlepšení. Prostředkem k tomu je zajištění potřebné zdravotní péče,

- tj. ošetrovatelské péče, zejména pomoc s ošetřením ran a dekubitů a pomoc a dohled nad pravidelnou léčbou;
- ~ dále je to zajištění potřebné lékařské péče, do Domovů Přístav dochází obvodní lékař a psychiatr;
- ~ konečně je to podpora klientů v osvojení nebo zachování hygienických a společenských návyků.

Armáda spásy provozuje dva Domovy Přístav v Ostravě, jeden ve Frýdku-Místku. Celková kapacita tří Domovů Přístav přesahuje 100 míst v Moravskoslezském kraji.

¹⁷ <http://www.armadaspasy.cz>

7.5 PŘÍLOHA 5 – PŘÍKLAD DOBŘE PRAXE: KONCEPCE A AKČNÍ PLÁNY

Akční plán řešení bezdomovectví, Plzeň 2014–2016¹⁸

Akční plán řešení bezdomovectví zpracoval odbor sociálních služeb Magistrátu města Plzně. Jeho cílem je řešení problémů bezdomovectví na území města. Základem jsou analytické dokumenty lokální studie Fenomén bezdomovectví, národní Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020 a další. Pro definování bezdomovectví je použita Evropská typologie bezdomovectví a vyloučení z bydlení ETHOS.

Při sčítání bezdomovců, resp. dotazníkovém šetření provedeném 8. 2. 2014, bylo ve městě Plzni nalezeno celkem 241 osob, jež spadají do kategorie zjevného bezdomovectví. Systém sociálních služeb se člení na tři úrovně: terénní sociální práce, nízkoprahová střediska a pobytové služby.

Akční plán řeší 14 okruhů, počínaje sociálními službami přes zdravotní péči po zaměstnávání lidí bez domova a návrhy na změnu zákona. Součástí je činnost koordináční skupiny zainteresovaných subjektů.

Jedním okruhem řešení je zajištění zdravotní péče. Jde o udržení stávající ordinace pro lidi bez domova a její posílení o odborné lékaře. Záměrem je také zajistit doléčování pro nemocné lidi bez domova.

Akční plán schválilo zastupitelstvo a na jeho realizaci město vyčlenilo pro rok 2015 částku 3 mil. Kč.

Plnění akčního plánu bylo průběžně hodnoceno k 31. 5. 2015. Vyhodnocení se zabývá jednotlivými okruhy. Vedle toho ukazuje další směřování řešení bezdomovectví.

Na adventní období připravil odbor sociálních služeb společně s Městskou charitou Plzeň kampaň s názvem „Řešení existuje...“, jejímž záměrem bylo informovat veřejnost o tom, jak se město Plzeň problému bezdomovectví věnuje.

Město zadalo zpracování studie Latentní bezdomovectví, jejímž cílem bylo zmapovat situaci osob žijících na plzeňských ubytovnách – skladbu obyvatel, jejich původ, míru nezaměstnanosti, formy obživy, dluhy, počet nezletilých dětí apod. Tato studie navazuje na předchozí výzkumný projekt Fenomén bezdomovectví. Studie byla veřejně prezentována.

¹⁸ <https://socialnisluzby.plzen.eu/Files/soc/dokumenty/AKC-NIPLANBEZDOMOVECTVI.pdf>

7.6 PŘÍLOHA 6 – NEJČASTĚJŠÍ ZDRAVOTNÍ OBTÍŽE OŠETŘOVANÉ U UŽIVATELŮ NÁVYKOVÝCH LÁTEK – BEZDOMOVCŮ V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE SANANIM

Kožní a podkožní onemocnění

1. Miliaria pustulosa a Miliaria profunda (záněty potních žláz lokalizované, generalizované)
2. Mykózy dolních končetin (dále DK) — plísňová onemocnění prstů, nehtů, plosek DK
3. Povrchové komplikace po paraaplikaci drog, hematomy, otoky
4. Hlubší komplikace po aplikaci drog (abscesy, flegmony)
5. Úrazy kůže a podkoží (řezné rány, bodné rány, popáleniny, kousnutí od psů)
6. Nervové poruchy vedení v průběhu vřetenního a loketního nervu
7. Parazitární napadení kůže (vši, mušky, blechy, štěnice, kožojed, svrab)
8. Infekční pohlavní nemoci s kožní problematikou

Projevy chronické cévní nedostatečnosti

1. Bércové vředy DK
2. Poruchy citlivosti DK
3. Otoky HK (hřbety a prsty); otoky DK perimaleolární (okolo kotníků), celých lýtek, stehen
4. Poruchy toku lymfy
5. Embolizace v cévní periférii po aplikaci tablet a znečištěných drog do žil

Záněty horních a dolních cest dýchacích

1. Anginy
2. Záněty průdušek (asthmoidní potíže)
3. Záněty plic

Trávicí potíže

1. Pálení žáhy
2. Nevolnosti a zvracení, bolesti v epigastriu (žaludek, plexus solaris)
3. Poruchy střevní pasáže (průjmy, zácpa, plynatost, křeče střevní, vředové potíže gastroduodenální)
4. Záněty jater (+ iritace slinivky břišní)

Úrazy

5. HK (prsty, zápěstí, předloktí, rameno), DK (kotníky, kolena, lýtková a holenní kost)
6. Hrudníku (zhmoždění hrudníku, zlomeniny žeber)

Močopohlavní potíže

1. Pálení při močení
2. Výtoky u žen
3. Bolesti v bederní krajině

Srdeční potíže

1. Změny srdečního rytmu (tachykardie, extrasystoly)
2. Příznaky chlopenních vad (šelesty, IE)

7.7 PŘÍLOHA 7 – DOPORUČENÁ LITERATURA

Akční plán řešení bezdomovectví z pohledu sociálně-zdravotní péče na území města Plzně na léta 2014–2016, Plzeň 2014, <https://socialnisluzby.plzen.eu/Files/soc/dokumenty/AKCNIPLANBEZDOMOVECTVI.pdf>

Analýza osob bez domova na území okresu Vsetín — závěrečná zpráva. Růžička a kol., Vsetín 2014

Analýza populace bezdomovců v Ústí nad Labem — závěrečná zpráva. Ústí nad Labem 2011

Buriánek, P. Analýza populace bezdomovců v Ústí nad Labem. Ústí nad Labem: Oblastní Charita 2011

Dragomirecká E., Kubisová D. Bezdomovectví a duševní zdraví. In: Raboch J., Zrzavecká I., Doubal P., Anders M. (eds.) Česká psychiatrie a svět. Praha: Galén, 2004

ETHOS Typology on Homelessness and Housing Exclusion, Brussels: FEANTSA 2009, <http://www.feantsa.org/spip.php?article120&lang=en>

Frankl, V. E. Psychoterapie a náboženství

Hradecký, I. et al. Definice a typologie bezdomovectví. Praha: Naděje, 2007, http://www.nadeje.cz/_/stranky/index?alias=odborne_texty&id=31&Texty_page=2

Kitzmann, R. U. Spolupráce mezi NNO Volkshilfe a městským úřadem ve Vídni. In: Příklady nejlepší praxe v boji proti bezdomovství. Praha: FEANTSA, S.A.D., Naděje, Armáda spásy 2003, <http://wohnen.fsw.at/wohnungsverlust/fawos.html>

Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020. Praha: MPSV 2013, <http://www.strukturalni-fondy.cz/getmedia/e65c44c3-0638-492e-82c8-1b8e-c79edfc5/Koncepce-prevence-a-reseni-problematiky-bezdomovectvi-v-CR.pdf?ext=.pdf>

Kuchařová, V. a kol. Vyhodnocení existujících domácích výzkumů a dat v oblasti bezdomovectví a návrh dalšího postupu k získávání chybějících klíčových dat o bezdomovectví v ČR. Praha: VÚPSV, v. v. i. 2015

La maraude psychosociale, http://users.skynet.be/smeseu/WsPA1_Emmanuelli.pdf

Monitorování bezdomovců Ostrava. Závěrečná zpráva, Ostrava: Magistrát města Ostravy, 2007, <http://www.ostrava.cz/cs/urad/magistrat/odbory-magistratu/odbor-socialnich-veci-zdravotnictvi-a-vzdelanosti/oddeleni-socialnich-sluzeb/studie-a-analyzy/studie-a-analyzy/MonitorovnbzdomovcOstrava2007.pdf>

Návrh udržitelného rozvoje sociálních služeb pro bezdomovce. Praha: Grada, 2007

Prudký L., Šmídová M. Kudy ke dnu. Praha: Socioklub, 2010

Prudký L., Hradecký I., Tomešová L., Varga L., Klinecký T. Koncepce návrhů řešení problematiky bezdomovectví v Praze v letech 2013–2020. Praha: MHMP, 2013, http://www.praha.eu/public/11/dd/1c/1456401_300534_Koncepce_navrhu_reseni_problematiky_bezdomovectvi_v_Praze_v letech_2013_2020.pdf

Příručka pro metodiky sociální prevence a sociální kurátory. Ostrava: OSU, 2007. ISBN 978-80-7368-329-0

Růžička J. Srovnání nástrojů pro mapování bezdomovectví na místní a regionální úrovni. Diplomová práce, 2015

Sborník studijních textů pro sociální kurátory. Ostrava: OSU, 2007. ISBN 978-80-7368-627-7

Sborník z Konsensuální konference o bezdomovectví. Praha 2013, <http://www.bezdomovectvi.info/cs/sbornik-z-konference>

Štěchová M., Luptáková M., Kopoldová B. Bezdomovectví a bezdomovci z pohledu kriminologie. Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Praha 2008

Šupková D. a kol. Zdravotní péče o bezdomovce v ČR. Praha: Grada, 2007, http://www.nadeje.cz/_/stranky/index?alias=odborne_texty&id=31&Texty_page=2

Toušek L. Analýza situace bezdomovců v Plzni včetně identifikace jejich počtu (zpráva z výzkumu). Plzeň: CAAT FF Západočeská univerzita, 2009, http://www.bezpecnemesto.eu/Files/bezpecnaplzen/prevence/prevence_kriminality/Anal%C3%BDza_situace_bezdomovc%C5%AF_v_Plzni_2009.pdf

8. SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Sedm teoretických oblastí bezdomovectví 12

Obrázek 2: Budova zdravotnického zařízení se zahradou 40

Obrázek 3: Laboratoř — odběry krve, ultrazvuk, EKG apod. 41

Obrázek 4: Ordinace — ošetřující lékař 41

Obrázek 5: Neunerhaus Hagenmüllergasse — Sozial betreutes Haus (podporované bydlení) 42

Obrázek 6: Domov se zvláštním režimem, Charita Česká Kamenice 45

Obrázek 7: Sanitka SANANIM 45

9. POUŽITÉ ZDROJE

Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020. MPSV, 2013

Pilát, M., Červinková, I., Sonntagová, M.
Sociální politika obce. In: Příručka pro zastupitele obce po volbách v roce 2014. SMO ČR, 2014

Prudký, L., Hradecký, I., Tomešová, L., Varga, L., Klinecký, T.
Koncepce návrhů řešení problematiky bezdomovectví v Praze v letech 2013–2020. Praha 2012

Sborník z konference: Konsensuální konference o bezdomovectví v České republice. Praha 26.–27. 11. 2014

Šupková, D. a kol. Zdravotní péče o bezdomovce v ČR. Grada, 2007

Vyhodnocení Akčního plánu bezdomovectví z pohledu sociálně-zdravotní péče na území města Plzně na léta 2014–2016 k 31. 5. 2015.

