

Zdravotní péče o bezdomovce v ČR

PhDr. Danuše Šupková a kolektiv



PhDr. Danuše Šupková a kolektiv

ZDRAVOTNÍ PÉČE O BEZDOMOVCE V ČR

Autoři:

PhDr. Danuše Šupková

Ing. Jaromír Pešek

Doc. MUDr. Luděk Trnka, DrSc.

MUDr. Helena Vidovičová

Mgr. Jana Volná

© Sdružení azylových domů, 2007 – kapitola I

© Grada Publishing, a.s., 2007 – kapitoly II, III, IV, V

Fotografie na obálce a v textu knihy z archivu Naděje

Vydala Grada Publishing, a.s.,

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 2943. publikaci

Odpovědná redaktorka Blažena Posekaná

Sazba a zlom Blažena Posekaná

Počet stran 64

Vydání 1., Praha 2007

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.,

Husova 1881, Havlíčkův Brod

Vydáno v rámci projektu Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR spolufinancovaného Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem ČR.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o léčích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorek. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její část nesmí být žádným způsobem reprodukovány, ukládány či rozšiřovány bez písemného souhlasu nakladatelství a Sdružení azylových domů.

ISBN 978-80-247-2245-0

Obsah

Předmluva	7
I. Průzkum poskytování zdravotní péče o bezdomovce (D. Šupková)	9
1 Úvod	9
2 Legislativní kontext zdravotní péče o bezdomovce v České republice	10
3 Průzkum zdravotní péče o bezdomovce v České republice	13
3.1 Popis cílových skupin a způsob získání empirických dat	13
3.2 Dotazníková šetření	13
3.2.1 Interpretace sebraných dat	14
4 Zkušenosti z Velké Británie	21
5 Zdravotní stav bezdomovců v České republice	22
5.1 Duševní zdraví	26
5.2 Monitoring zdravotního stavu bezdomovců v terénu	28
6 Motivace bezdomovců k péči o vlastní zdraví jako jedna z cest ke zlepšení celkové situace	32
7 Závěr	34
Literatura	35
II. Postavení bezdomovců ve zdravotnických zařízeních ČR (J. Pešek)	37
Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (novela zák. č. 260/2001 zák. č. 285/2002)	37
Výtah ze zákona 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví	38
Výtah ze zákona 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení	39
Výtah ze zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění	39
Výtah ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	40
Postavení pacienta a jeho práva	42
III. Výskyt tuberkulózy v 21. století a problematika bezdomovství v ČR (L. Trnka)	44
IV. Psychologická krizová intervence pro osoby bez přístřeší (H. Vidovičová)	51
Pojem krize, typy krizí	51
Krizová intervence, její principy a cíle	52
Specifika krizové intervence u lidí bez přístřeší	54
Kontakty na některá krizová centra a linky důvěry	56
Literatura	57
V. Příklad krizové pomoci v azylovém zařízení pro matky s dětmi (J. Volná)	58
Literatura	62

Předmluva

Tato publikace je jedním z výstupů projektu **Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR**. Uvedený projekt byl realizován s cílem zmapovat současný stav bezdomovství, služby poskytované v této oblasti a ověřit některé aktivity na pilotních projektech. Posláním této jeho dílčí části **Zdravotní péče o bezdomovce v ČR** je podat určitý mapující pohled na danou problematiku.

Publikace přináší několik druhů informací. Předkládá základní výsledky průzkumu, podává přehled důležitých dat, která se týkají stávajících možností zdravotní péče o bezdomovce v České republice a zároveň slouží jako zdroj několika návodných informací k praktickému použití v přímé péči o bezdomovce. Text je určen zejména **sociálním pracovníkům**, angažovaným **zdravotníkům**, **bezdomovcům** samotným a samozřejmě všem, kterým tato problematika není lhostejná.

Za kolektiv autorů
Danuše Šupková

I. Průzkum poskytování zdravotní péče o bezdomovce

1 Úvod

D. Šupková

Problematika zdravotní péče o bezdomovce je v každé zemi bezpochyby determinována její stávající zdravotní politikou a ekonomikou. Velikou roli však hraje i mnoho dalších dílčích aspektů, které mají na možnosti péče o takto specifickou skupinu vliv.

Hodláme-li se zabývat specifiky této problematiky, musíme brát v úvahu nejen existující legislativní a ekonomický kontext, ale i konkrétní zkušenosti a postoje profesionálů angažujících se v rámci své profese v péči o bezdomovce. V textu jsou tudíž zpracovány zkušenosti sociálních pracovníků a zdravotníků se zdravotní péčí o bezdomovce.

Nemoc, ať už psychická nebo fyzická, může být spouštěcím mechanismem životní krize jedince, která může vést právě ke ztrátě bydlení. Ne vždy zdravotní potíže bezdomovství způsobí, ale téměř vždy ho provázejí. Z tohoto důvodu je určitá část práce věnována i fyzickému a duševnímu zdraví bezdomovců.

Zdá se, jakoby problematika zdravotního stavu bezdomovců a péče o něj většinou populaci dojímalala méně než problematika péče o jiné reprezentanty chudoby a sociálního vyloučení. Všichni bychom si však měli uvědomit, že nedostatek přístupu k základní lékařské péči některých lidí znamená nejen zhoršení životních okolností toho kterého člověka, ale může ovlivnit zdravotní stav daleko širšího spektra lidí, kteří nevíšimavě procházejí kolem. Posílit zmíněné uvědomění si klade za cíl i předkládaná práce, ve které jsou zmapovány dosavadní zkušenosti s péčí o bezdomovce a zdůrazněny palčivé problémy v této oblasti s návrhy na řešení.

2 Legislativní kontext zdravotní péče o bezdomovce v České republice

D. Šupková

Obecně je v České republice právo na ochranu zdraví zaručeno Listinou základních práv a svobod, která byla uvedena do čs. právního řádu Ústavním zákonem č. 23/1991 Sb. a do právního řádu České republiky usnesením předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb. V článku 31 se uvádí: „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.“ Neznamená to však, že veškerá zdravotní péče je bezplatná.

V našem průzkumu jsme se zaměřili především na zkušenosti zúčastněných s dostupností zdravotní péče o bezdomovce. Vzhledem k reálným možnostem a systémovému zázemí v naší republice je zřejmé, že zásadní jsou administrativní a finanční problémy. Pro všechny zúčastněné strany se jako východisko jeví zřízení tzv. sociálně-zdravotnického zařízení pro tuto cílovou skupinu.

Otázka péče souvisí se zdravotním stavem. Obecný předpoklad o zákonitě zhoršeném zdravotním stavu oproti bydlící populaci můžeme v našich podmínkách podpořit výzkumem IZPE (Barták, 2005), který poukazuje na vyšší výskyt chronických onemocnění a vyšší prevalenci infekčních chorob i častější problémy se zdravím duševním.

S bezdomovstvím jsou často spojovány závislosti. Závislost na alkoholu, popř. jiných látkách, může být jednak jednou z příčin sociálního úpadku a jednak jedním z důsledků vzniklého bezdomovství. Tento fenomén pak obecně zhoršuje spolupráci a přístup k nabízeným službám.

V případech, kdy se klient v důsledku duševního onemocnění ocitá v životě nebezpečných situacích, je určitým řešením stanovení veřejného opatrovníka. V takových případech lze i soudně oddálit, popř. jinak vyřešit soudní vystěhování z bytu v důsledku neplacení nájemného. Je však realitou, že zejména u osamělých lidí tento stav nikdo z okolí nezachytí.

Pokud mívá klient opakovanou zkušenost s odmítnutím při žádosti o poskytnutí zdravotní péče, stává se, že další pomoc již nevyhledává. Nejobtížnější je zajistit péči (a tím i monitorovat možná epicentra nakažlivých chorob) lidem, kteří péči nejen nevyhledávají, ale dokonce se jí vyhýbají. V těchto případech je určitým východiskem spolupráce neziskových organizací zajišťujících sociální servis pro bezdomovce a terénní práci s dobrovolnými zdravotníky. Práce dobrovolníků je velmi přínosná. Je však cestou značně nejistou.

Podle vedoucích pracovníků neziskových organizací by velkou pomoc přinesla možnost zaměstnat zdravotní sestru, popř. lékaře, alespoň na určitý den v týdnu. Problémem zatím zůstává, v jakém typu zařízení bude takový profesionál působit. V případě, kdy je např. zdravotní sestra zaměstnána jako člen sociálního týmu azylového domu, nezapočítává se jí tato odpracovaná doba do odborné zdravotnické praxe.

Všestranně navrhované specializované zařízení pro bezdomovce pak lze zřídit jako regulérní zdravotnické zařízení. V tom případě je třeba postupovat v souladu se zákonem č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Zákon stanoví nezbytné požadavky, které musí zdravotnické zařízení splnit (tyto požadavky jsou však pro neziskové organizace obtížně splnitelné). Pokud by však mělo toto zařízení suplovat ubytování pro bezdomovce s částečným poskytováním zdravotní péče, bylo by vhodnější postupovat podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Jasně vymezení služby by do budoucna mohlo ovlivnit znění zákona. Pro zlepšení celkové péče o bezdomovce je tedy i nadále důležité zaujetí konkrétních profesionálů pohybujících se v této oblasti. Jednou z dalších cest může být i spolupráce na zlepšování péče o sebe s bezdomovci samotnými.

V České republice závisí systém zdravotní péče na zdravotním pojištění. Ze zákona je v ČR povinně zdravotně pojištěn každý, kdo má na našem území trvalý pobyt, nebo je jeho zaměstnavatelem osoba, která má v ČR své sídlo. V ČR v současnosti platí zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, které vzniká dnem narození a končí dnem úmrtí. Zdravotní pojištění bývá hrazeno zaměstnavatelem z příjmu zaměstnance, v jiných případech bývá hrazeno státem, v ostatních případech si jedinec musí pojištění hradit sám.

Zaměstnavatel hradí pojistné především, je-li zaměstnanec:

- v pracovním poměru,
- ve služebním poměru,
- má uzavřenou dohodu o pracovní činnosti,
- je-li osobou zařazenou k pravidelnému výkonu prací ve výkonu trestu odnětí svobody nebo ve vazbě.

Státem je hrazeno pojistné u:

- nezaopatřených dětí,
- poživatelů důchodu,
- žen na mateřské a rodičovské dovolené,
- příjemců rodičovského příspěvku,
- osob pečujících o převážně nebo úplně bezmocnou osobu,
- registrovaných uchazečů o zaměstnání,
- osob pobírajících dávky sociální péče z důvodu sociální potřeby,
- osob pečujících o dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě vyžadující řádnou péči,
- osob převážně a úplně bezmocných,
- osob, které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, které však nesplňují podmínky pro jeho přiznání, nebo tento důchod nepřesahuje měsíčně částku ve výši minimální mzdy,
- u dalších, které přesně stanovuje zákon.

V ostatních případech si jedinec pojistné hradí sám.

V ČR má pacient právo na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví, který je ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně. **V případě akutní potřeby lékařského ošetření** nesmí být pacient zdravotnickým zařízením – ani nesmluvním – odmítnut a musí být ošetřen bez požadování jakékoliv úhrady. Ze zákona musí být zařízení poskytnuta náhrada za ošetření takového pacienta v těchto případech:

- úraz,
- vznik akutního onemocnění,
- akutní zhoršení zdravotního stavu,
- neodkladný porod, kde by odklad mohl vést k ohrožení života nebo k závažnému zhoršení zdravotního stavu.

Z výše uvedeného vyplývá, že **přístup k základní zdravotní péči je ze zákona možný pro každého, tzn. i pro bezdomovce**. U jedinců dlouhodobě odkázaných na charitativní péči však často dochází k situaci, kdy z nejrůznějších důvodů (zaměstnanec, za kterého zaměstnavatel neodvádí dávky na zdravotní pojištění, osoba dlouhodobě bez zaměstnání, která není v evidenci úřadu práce apod.) nedochází k pravidelným platbám pojišťovně a tím k narůstání dluhu. Dostáváme se k základnímu rozporu, který se týká **na jedné straně práva na zdravotní péči a na straně druhé povinnosti hradit si pojistné**. Vystává zde situace, kdy bezdomovec (nebo i jiná osoba) neplní povinnost platit pojistné, ale zůstává pojištěncem (viz výše) a má ze zákona práva pojištěnců. V důsledku narůstajícího dluhu u pojišťovny pak dochází k administrativním potížím při plnění úhrad zdravotnickým zařízením za úkony provedené na těchto pacientech a tím i k opatrnosti lékařů a zařízení při výběru pacientů. Navzdory těmto problémům náš právní řád jednoznačně **chrání právo všech osob na základní zdravotní péči**. Toto právo však bývá někdy bezdomovci upřeno s argumentací, že je *nepojištěn*, což je pro značnou část bezdomovců z hlediska zákona nemožné. Po odmítnutí ošetření se často bezdomovcům samotným tato argumentace vryje do paměti a další pomoc nevyhledávají. Prevencí takových situací bývají specializovaná zařízení.

V České republice existuje jen několik zdravotnických zařízení, která se specializují na tuto cílovou skupinu. V Praze funguje jediná ordinace praktického lékaře pro bezdomovce a jediné stomatologické zařízení pro tyto osoby. V rámci činnosti konkrétních neziskových organizací pak samozřejmě existují možnosti externí spolupráce s lékaři s různou specializací. Střediska specializovaná na klientelu s cílenou poptávkou (pomáhající toxikomanům, prostitutkám apod.) řeší zdravotní péči o své klienty smlouvami, ovšem i neformálními dohodami s odbornými lékaři (často jen ústními), kteří např. jednou týdně docházejí do takového střediska.

Samotných **specializovaných zařízení pro bezdomovce** je tedy zatím velice **málo**, ale ze zkušeností dvou výše uvedených lze konstatovat, že se osvědčují. Personál v těchto ordinacích zná svou klientelu. Pacient–bezdomovec ho tudíž nešokuje ani neznechucuje. Zaměstnanci těchto ordinací nejsou tlačeni do odmítání péče z finančních a administrativních důvodů, jelikož tato zařízení byla uvedena do provozu s cílem ošetřit každého pacienta, který „nedosáhne“ na jinak běžně dostupnou zdravotní péči.

Zkušenosti se zdravotní péčí o tuto cílovou skupinu jsou zpracovány v následující kapitole. Díky průzkumu administrovaném v průběhu roku 2006 jsme získali náhled na situaci z pohledu zdravotníků, zaměstnanců azylových zařízení pro bezdomovce, ale i bezdomovců samotných.

3 Průzkum zdravotní péče o bezdomovce v České republice

D. Šupková

Potřeba zjistit aktuální stav a na základě tohoto zjištění navrhnout změny ve zdravotní péči vyplývá ze zkušeností poskytovatelů sociálních služeb bezdomovcům. Aby však navržená opatření mohla uspět v síti administrativních možností a zároveň odrážela reálné možnosti spolupráce zdravotnických a sociálních institucí, bylo třeba zapojit do databáze k poskytovatelům služeb sociálních i poskytovatele služeb zdravotních. Se svými zkušenostmi však přicházeli i ti, kteří jsou cílem tohoto snažení, tedy bezdomovci.

Průzkum zdravotní péče o bezdomovce je tedy komplexní téma zahrnující hned několik úrovní zkušeností, reálných možností i pocitů sociálních pracovníků v neziskovém sektoru, zdravotníků, i samotných bezdomovců.

3.1 Popis cílových skupin a způsob získání empirických dat

Cílové skupiny pro zjišťování zdravotní péče o bezdomovce tvoří lidé v dospělém věku, kteří se ve své profesi s touto problematikou setkávají. **Dotazníkovým šetřením** byli osloveni:

- a) pracovníci azylových domů,
- b) zdravotníci zdravotnických záchranných služeb,
- c) zdravotní a sociální pracovníci ve zdravotnictví (lékaři, sestry, sociální pracovníce),
- d) zástupci odborů zdravotnictví a sociální péče krajských úřadů.

První tři skupiny respondentů byly zahrnuty i ve výsledných analýzách. Názory čtvrté z nich – skupiny úředníků z odborů zdravotnictví a sociální péče z jednotlivých krajských úřadů v ČR – nemohly být v analýzách zahrnuty, protože, až na jednu výjimku, úředníci nespolupracovali.

V další části průzkumu jsou důležité **výsledky ze zúčastněných pozorování** v konkrétních zařízeních. Další cílovou skupinou jsou tedy bezdomovci samotní. Jedná se o informace z konkrétních kauzistik klientů, s jejichž případem jsem byla seznámena a o „průzkum přímo na ulici“ (viz kap. 5.2). Třikrát jsme také uspořádali diskusní skupinu klientů a klientek ve dvou azylových domech v Praze. Náplň práce ve skupině byla ovlivněna vypracovanou analýzou dotazníků od profesionálů z výše uvedených institucí. V rámci diskuze klienti přicházeli se svými osobními zkušenostmi se zdravotní péčí.

Jiné informace byly získány v rámci stáží ve zdravotnických zařízeních a samozřejmě také **individuálními rozhovory s lidmi angažujícími se v problematice** zdravotní péče o bezdomovce.

3.2 Dotazníková šetření

Pro zvolení metody dotazníkových šetření hovořil předpoklad, že lze oslovit vysoký počet pracovníků různých azylových domů v celé České republice, stejně tak i zdravotníků ze záchranných služeb a zdravotnických zařízení.

Otázky v dotazníku byly sestaveny tak, aby případné odpovědi pokryly předmět zájmu a na jejich základě pak mohl být ovlivněn další průzkum.

Informace z dotazníků pak posloužily k rozhodnutí o absolvování konkrétních stáží a ke zjišťování situace kombinací metod ohniskových skupin a zúčastněného pozorování v konkrétních azylových zařízeních v Praze.

Možným úskalím v takovémto typu sběru dat je spojování sebraných dat z dotazníků, které byly administrovány po celém území České republiky bez přesnějšího vymezení cílové skupiny (bezdomovec je v tomto případě každý, kdo využívá služeb azylového domu) a dat generovaných kombinací metod ohniskových skupin a zúčastněného pozorování, kdy je pozorovatel součástí konkrétního dění, kterým je sám ovlivňován a má k němu osobní vztah. Data byla sbírána na území České republiky v průběhu kalendářních let 2005–2007.

3.2.1 Interpretace sebraných dat

Otázka způsobu analýzy a interpretace sebraných dat byla ovlivněna už původním rozhodnutím o způsobu sběru dat a směrem zájmu tohoto průzkumu.

Cílem bylo zaměřit se na nejpalčivější problémy v oblasti zdravotní péče o bezdomovce očima jednotlivých skupin a zároveň z jejich pohledu generovat návrhy na řešení.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že většina azylových zařízení¹, která byla zahrnuta v tomto šetření, nemá přímou spolupráci s lékařskou službou. Pokud existuje spolupráce se zdravotníky a psychology – externisty, většinou je založena jen na ústních dohodách. Pokud tomu tak není, narážejí často klienti azylových zařízení na nevstřícný postoj z řad zdravotníků v regionu. Nejefektivnější pomocí se respondentům zdá (podle počtu odpovědí) vytvoření specializovaného sociálně-zdravotnického zařízení.

Pokud se chceme zaměřit na **otázku nejčastějších problémů, na které narážejí zaměstnanci a klienti azylových domů**, můžeme tyto problémy na základě odpovědí v dotaznících rozdělit do tří základních skupin z hlediska toho, co/kdo je z jejich pohledu příčinou:

1. přístup lékařů – 27,03 % (předčasné propuštění z nemocnice do azylového domu bez předchozí domluvy, otevřený nezáměr osloveného lékaře o stav bezdomovce apod.),
2. přístup klientů–bezdomovců ke svému stavu – 13,51 % (odmítají nabízenou léčbu, nedodržují léčebný režim apod.),
3. současný systém zdravotní politiky a ekonomiky, ale také personální a materiální možnosti azylových zařízení, kdy se objevují tyto odpovědi:
 - a) omezené možnosti realizace opatření v azylovém zařízení – 10,81 % (téměř nemožná péče o klienty s infekčním onemocněním, problémy s ubytováním psychotických jedinců, riziko přenosu nejrůznějších onemocnění apod.),
 - b) v rámci stávající zdravotní politiky a ekonomiky – 10,81 % (vyšetření, případně založení karty u některého z praktických lékařů, přeplněné ordinace praktických lékařů, vysoká cena léků a nejsou propláceny apod.),
 - c) omezené služby v regionu – 5,41 % (např. omezená možnost využít hygienické stanice).

Účelem dotazníku nebylo jen vyhledávání problémů, ale také hledání možností, jak takové problémy řešit.

Návrhy azylových domů na změny

1. V rámci možností azylových domů:
 - a) vzdělávání klientů – 24,32 %,
 - b) publicita tématu bezdomovství v konkrétním regionu – 5,41 %,
 - c) vytvoření prostoru, který by umožnil separaci krátkodobě ubytovaných – 2,7 %.
2. V rámci možností zdravotnických zařízení a správních orgánů:
 - a) **vytvoření specializovaného sociálně-zdravotnického zařízení – 37,84 %**,
 - b) zajistit povinnost obvodních praktických lékařů pečovat o klienty azylového zařízení v obvodu – 16,22 %,
 - c) zajistit klientům azylových zařízení finančně nezatížený přístup k lékům a péči – 10,81 %,
 - d) jiná sociální podpora – 10,81 %,
 - e) konkrétní změny v regionu – 5,41 %.

Respondenti ze stanovišť zdravotnické záchranné služby² uvádějí v šesti případech z deseti, že bývají přivoláváni k neodkladnému ošetření bezdomovce často (tzn. dvakrát a vícekrát v týdnu). Zajímavé je i zjištění, že občas mívá posádka z nejrůznějších důvodů problém s předáním pacienta do cílového zdra-

1 Do azylových domů v ČR bylo v průběhu ledna a února 2006 administrováno 89 dotazníků. Zpět bylo přijato 39 odpovědí, které byly zpracovány. Ve výsledcích jsou zahrnuty odpovědi ze 13 krajů. Do data ukončení příjmu dotazníků nedošla ani jedna odpověď z Jihočeského kraje.

2 Během února a března 2006 byly administrovány dotazníky na 26 vybraných stanovišť zdravotnických záchranných služeb ve všech krajích ČR. Zpracováno bylo 10 dotazníků z 9 krajů (Praha, Středočeský, Jihočeský, Plzeňský, Karlovarský, Královéhradecký, Jihomoravský, Zlínský, Liberecký).

votnického zařízení. Ve třech případech dokonce respondenti zmiňují, že příjem bezdomovce je ve zdravotnickém zařízení vždycky problém. Respondenti **si nejčastěji stěžovali** na:

- a) obtížnou administrativu (absence dokladů, neplacení pojistného apod.) – 70 %,
- b) obtížný příjem ve zdravotnickém zařízení (komorbidita, popř. polymorbidita včetně alkoholové intoxikace) – 70 %,
- c) ztížená komunikace (opilost, lhostejnost, agresivita pacienta apod.) – 60 %,
- d) zvýšená psychická zátěž pro posádku vedená pocitem „marné práce“ (určitá marnost snahy pomoci člověku, který stejně po ošetření skončí zase na ulici apod.) – 60 %,
- e) ztížená práce posádky v čase i rozsahu (delší čas pro dezinfekci vozu a přípravu pro další výjezd) – 60 %.

Lékaři a záchranáři **navrhují tyto změny**:

- a) **vytvoření specializovaného sociálně-zdravotnického zařízení – 80 %**,
- b) změna celkové koncepční strategie v péči o bezdomovce – 50 %.

Navazující informace jsou pak získány od zdravotníků z nemocničních zařízení.

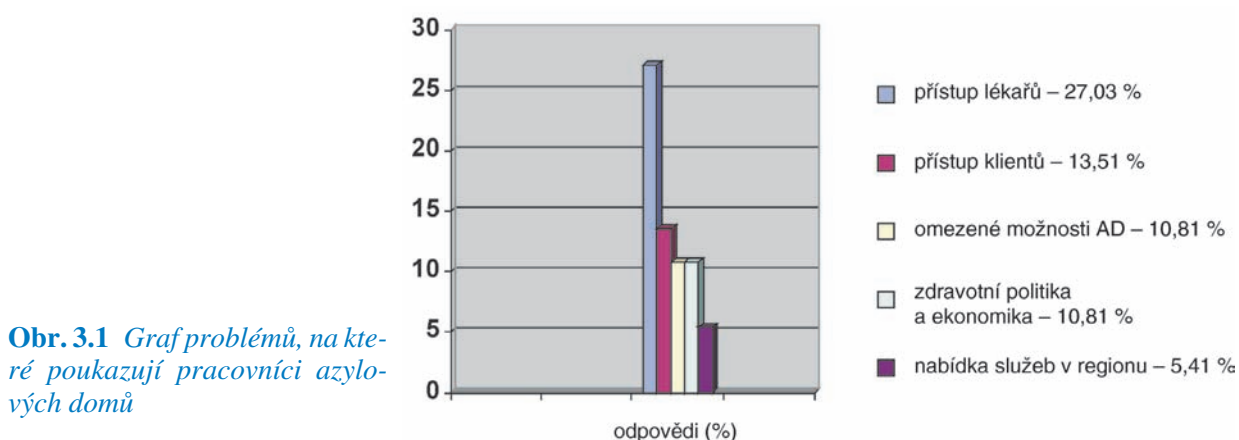
Lékaři, sestry a sociální pracovníci z **lůžkových zdravotnických zařízení**³ většinou uvádějí, že příjem bezdomovce je pro jejich zařízení zátěží (89,47 % odpovědí). **Poukazují na tyto problémy v péči o bezdomovce**:

- a) administrativní a finanční – 84,21 %,
- b) nespolupráce pacienta (často konfliktní, ebrietní, polymorbidní apod.) – 73,68 %,
- c) zvýšené nároky na ošetření vlivem malhygieny – 63,15 %,
- d) nároky vyvstávající z indikace k propuštění ze zařízení – 57,89 %.

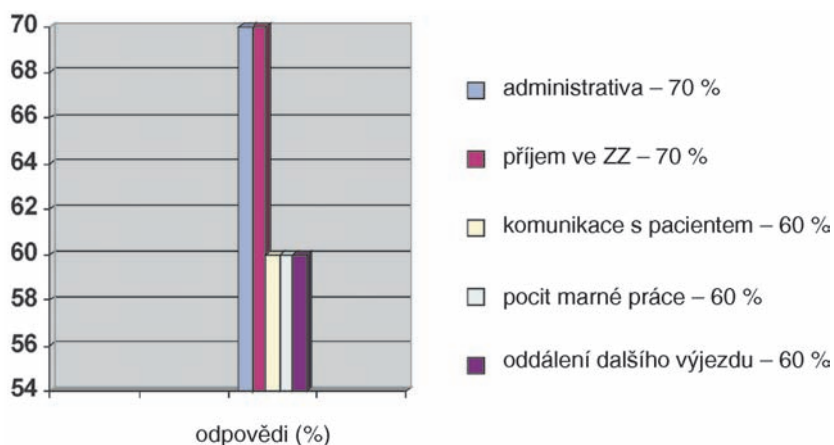
Návrhy na změny:

- a) **vytvořit speciální ošetrovatelské zařízení pro bezdomovce – 68,42 %**,
- b) zlepšit služby azylových domů – 36,84 %,
- c) zlepšit informovanost odborné i laické veřejnosti o možnostech azylových domů v konkrétním regionu – 21,05 %,
- d) vytvořit bezplatné veřejné sociální zařízení pro bezdomovce odmítající pobyt v azylovém domě – 21,05 %.

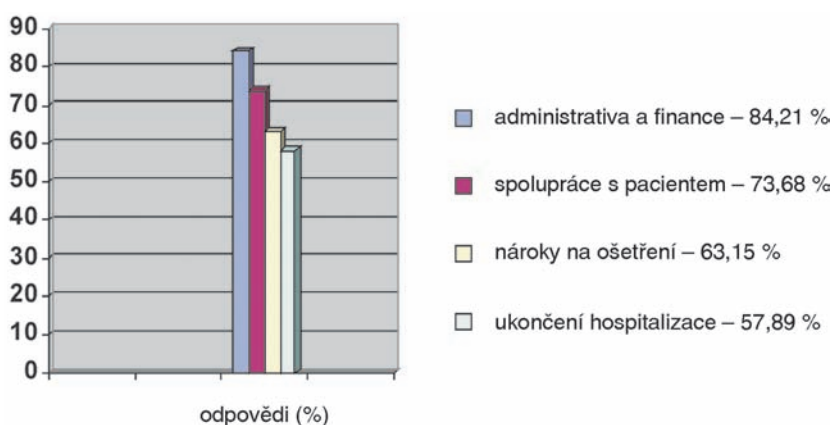
Za účelem průzkumu byli osloveni i pracovníci odborů zdravotní a sociální péče **krajských úřadů ČR** (celkem 23 respondentů ve všech 14 krajích ČR). Dotazník vypracovala pouze zástupkyně z Královéhradeckého kraje, tudíž není zahrnut do celkové analýzy problémů a návrhů na změny.



3 Během srpna 2006 byli osloveni zaměstnanci šesti velkých fakultních nemocnic ve vybraných městech ČR (Praha, Plzeň, Brno, Ostrava) a zaměstnanci jedné významné psychiatrické léčebny (Praha). Bylo zpracováno celkem 19 dotazníků.



Obr. 3.2 Graf problémů, na které poukazují zdravotníci zdravotní záchranné služby



Obr. 3.3 Graf problémů, na které poukazují zaměstnanci nemocnic

Pokud se jednotlivých problémů týká, je velmi nápadná souvislost mezi problémy, na něž poukazují pracovníci azylových domů, a problémy, které jsou zásadní pro zdravotníky. **Přístup lékařů**, na který si z valné části stěžují v azylových domech, může být ovlivněn právě těmi problémy, na které narážejí lékaři, záchranáři a zdravotní sestry při péči o takto specifického pacienta.

Vzhledem k tomu, že posádky zdravotnických záchranných vozů opakovaně narážejí na potíže, které uvádějí v dotaznících, je více než pravděpodobné, že motivace k pomáhání bezdomovcům se postupem času snižuje. Záchranáři si totiž stěžují na přístup pacientů, k nimž jsou přivoláni, např.:

- „*přestože mají záchranáři potřebu pomoci, často jsou opilými bezdomovci napadáni a je jim bráněno v poskytnutí pomoci...*“ (ZZS č. 3)

Jako mnohem častější problém se však zdá předání pacienta do cílového zařízení. Za všechny uvádím několik příkladů:

- „*Odmítnutí přijetí na konkrétní oddělení nemocnice díky ztížené možnosti upřesnit příčinu aktuálního stavu...*“ (ZZS č. 1)
- „*Předání ve zdravotnickém zařízení je obtížné (horký brambor).*“ (ZZS č. 3)
- „*... diagnostické obtíže, zvláště při polymorbiditě, která je zde pravidlem. V ... není v nemocnici akutní příjem, a z častých diagnostických rozpaků vyplývá nechuť oddělení tohoto pacienta přijmout.*“ (ZZS č. 4)
- „*Celkově bývá zdravotní stav špatný (daný životním stylem). V mnoha případech však nejde o život ohrožující stavy, ale spíše o kombinaci sociálních a zdravotních problémů. S tím souvisejí i případné problémy s umístěním pacienta–nepacienta ve zdravotnickém zařízení.*“ (ZZS č. 5)

Demotivující je doajista i skutečnost, že záchranáři reflektují chronicitu této činnosti, např.:

- „*Pokud není bezdomovec raněn, ví posádka, že za několik málo hodin jej naleznou na svém stanovišti.*“ (ZZS č. 3)
- „*Velmi často se jedná o opakované výjezdy za stejnými pacienty, ...*“ (ZZS č. 9)
- „*... určitá marnost snahy pomoci člověku, který stejně po ošetření skončí zase na ulici.*“ (ZZS č. 8)

Výše jmenované problémy mohou částečně vysvětlit postoje některých záchranářů, ale uvedené příklady nejsou ještě zdaleka dostatečně vysvětlující. Jak v odpovědích na dotazy od záchranářů, tak v odpovědích od dalších pracovníků ve zdravotnictví se jako společný jmenovatel pro dopady na práci s bezdomovci objevují **administrativní a finanční problémy**. To z velké části znamená:

- „*složitá identifikace, složitá úhrada (bez pojištění, nevymahatelná pohledávka za fakturu)*“ (ZZS č. 7)

Dokonce všichni respondenti ze zdravotnických zařízení, kteří uvádějí, že příjem bezdomovce je pro jejich zařízení zátěž, zaznamenávají důvody finanční a administrativní. Dost zarážející jsou i vyjádření, která uvádějí, že pacient je nepojištěn, popř. bez pojištění (podobné vyjádření se objeví i v příkladu z dotazníku z nemocnice), což je jaksí v rozporu s naším právním řádem (viz kap. 2). Ve stínu tohoto základního systémového problému pak zůstávají potíže s tím, když pacient nespolupracuje a se zvýšenými nároky na ošetření vlivem malhygieny. Jako specifický problém se zde ukazují **nároky vyvstávající z indikace k propuštění ze zařízení**, které do značné míry souvisí s uvedeným, a zdá se že základním problémem administrativním a finančním. Pro představu, s čím se potýkají pracovníci nemocnic, zde uvedu jeden příklad za všechny:

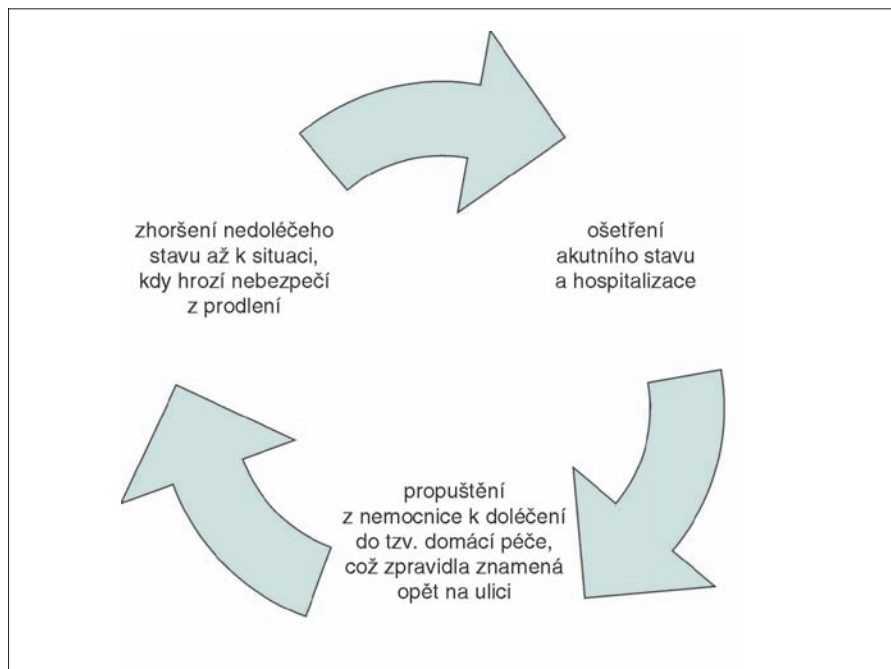
- „*Před propuštěním ordinuje lékař návštěvu zdravotně-sociálního pracovníka. Ten se snaží najít, vzhledem ke zdravotnímu stavu a celkové situaci pacienta, vhodné zařízení. Pro sociální pracovníky v nemocnicích je situace velmi složitá, lékař naléhá na propuštění a pacient pro svůj zdravotní stav není většinou schopen pobytu v azylových domech Armády spásy nebo Naděje a protože je nepojištěn, odmítají přijetí takového pacienta i léčebny, ty se navíc bojí toho, že po uplynutí tří měsíců nebudou mít pacienta kam propustit.*“ (Nemocnice č. 11)

Jak bylo zmíněno v předchozí citaci, situaci propuštění pacienta z nemocnice neřeší odeslání tohoto do některého z azylových domů v regionu. Zaměstnanci těchto azylových domů jsou především **sociální pracovníci**, což znamená, že **mohou řešit pouze sociální problémy a nikoliv dohlížet na zdravotní stav svých klientů**. Ke ztížení přijetí klienta právě propuštěného z nemocnice ještě přispívá i to, že ve většině azylových domů není možnost vyčlenit místnost pro nemocné. Tudíž zde zaměstnanci nemají příliš mnoho možností, jakým způsobem se o takového (tzn. ještě vážně nemocného) klienta postarat, ani personálně a ani materiálně.

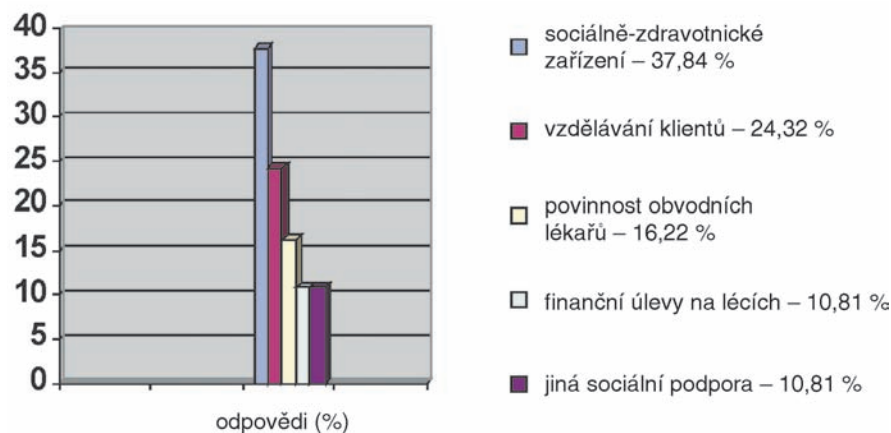
Potíže při hledání umístění na lůžko následné péče po propuštění z nemocnice se stupňují ještě spojením konkrétních zdravotních, osobnostních a sociálních specifík pacienta s možnostmi v konkrétních regionech. Z navržených opatření vyplývá jednoznačně převažující představa (a to u všech třech skupin dotázaných), že situaci by značně usnadnila existence specializovaných zdravotnických zařízení pro bezdomovce. Poptávka po takovém typu zařízení vyplývá i z jednotlivých rozhovorů se samotnými bezdomovci, kteří už měli zkušenost s nuceným propuštěním z nemocnice do domácí péče, která je zrovna pro bezdomovce jaksí logicky nemožná. Dochází k zacyklení v kruhu, jak ukazuje obrázek 3.4.

Jak z uvedeného průzkumu vyplývá, největší poptávka je po zařízeních tzv. následné péče. Tedy místa, kam by se mohl uchýlit pacient právě propuštěný z nemocnice se svými léky a kde by měl zároveň možnost lékařské kontroly zdravotního stavu. Do takového zařízení by mohl být např. odeslán i pacient–bezdomovec po akutním ošetření úrazu, kdy není nutná přímo hospitalizace, ale také s onemocněním, které doprovází celková slabost apod.

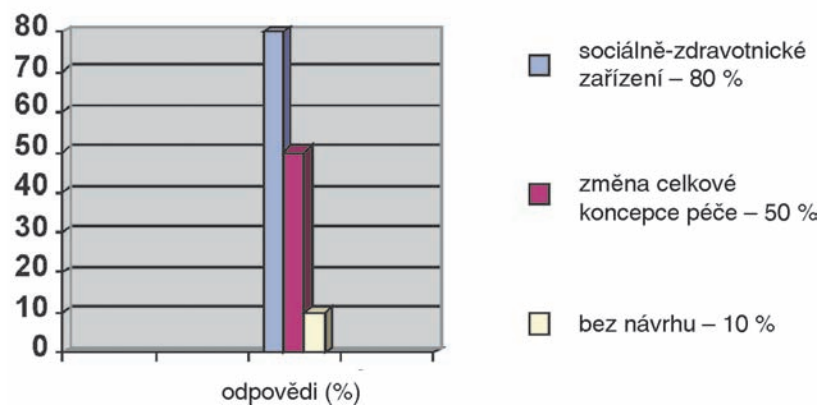
Další častá připomínka poukazuje na značně ztížené možnosti umístit klienty s dlouhodobou závislostí na alkoholu, popř. na jiných látkách, do domovů pro seniory i do azylových zařízení.



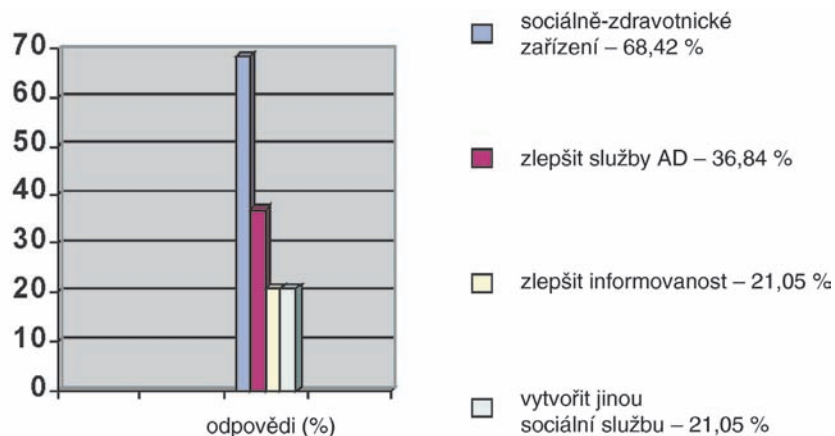
Obr. 3.4 Zacyklení kruhu v důsledku propuštění z nemocnice do tzv. domácí péče



Obr. 3.5 Graf návrhů na změny od pracovníků azylových domů



Obr. 3.6 Graf návrhů na změny od zdravotníků zdravotní záchranné služby



Graf 3.7 Návrhy na změny od zaměstnanců nemocnic

Dobrým příkladem problému s umístěním momentálně nemocného bezdomovce s drogovou závislostí je kazuistika klienta terénního programu.

☒ KAZUISTIKA

Mladý muž (24 let) s drogovou závislostí po fyzickém napadení pobodán nožem na několika místech v oblasti zad, s poraněním plic byl odvezen vozem rychlé záchranné služby do nemocnice. Po nutném pobytu v nemocnici byl propuštěn do domácí péče k dalšímu doléčení. Tento muž už bydlel několik měsíců v různých provizoriích a tudíž hledal pomoc u neziskových organizací. Ty mu mohly nabídnout jen pobyt v azylových domech s přísnými pravidly a bez možnosti zdravotního dohledu.



Obr. 3.8 Bodné rány po fyzickém napadení. Snímek je pořízen před propuštěním pacienta z nemocnice

Na tomto případě lze demonstrovat naléhavost problému, o kterém všichni víme, že potřebujeme místo, které bychom mohli nabídnout lidem propouštěným z nemocnic (ale i lidem výrazně nachlazeným, vyčer-

paným apod.) a kde bychom mohli zároveň zajistit péči alespoň středním zdravotnickým personálem. Tohoto mladého muže se na dobu rekonvalescence ujala soukromá osoba. Tentokrát to dopadlo dobře, ale co jiné případy, které už žádnou soukromou osobu „nedojmou“?

Z hlediska zákonných a systémových možností v České republice se této problematice věnujeme v jiné kapitole této publikace. Inspiraci, jakým způsobem lze taková zařízení provozovat, jsem hledala v zahraničí. V následující kapitole se budu věnovat zkušenostem z Velké Británie.

4 Zkušenosti z Velké Británie

D. Šupková

Příkladem dobré praxe s umožněním domácí péče a rekonvalescence po propuštění z nemocnice je zařízení **Wytham Hall** v Londýně. Wytham Hall bylo jako centrum pro zdravotní rekonvalescenci bezdomovců založeno v roce 1984. Hlavním cílem je poskytnout domácí péči bezdomovcům s fyzickým a psychiatrickým onemocněním, jejichž stav není k přímé hospitalizaci, ale život bez této péče by jejich onemocnění určitě zhoršil. Kromě domácí péče přímo v domě je součástí programu i spolupráce s jinými zařízeními a agenturami, které se na léčbě pacienta podílejí (např. Anonymní alkoholici).

Prostory Wytham Hall jsou rezidentům k dispozici 24 hodin denně včetně možnosti celodenní stravy. Snídani si pacienti připravují sami z nachystaných potravin a pokud se necítí dobře, pomůže jim zaměstnanec zařízení. Oběd a večeři všem pacientům nachystá zaměstnaná kuchařka. Jídelníček je sepisován na celý týden. V nutných případech se jídelníček upravuje dle individuálních potřeb (pro diabetika, pro pacienta s poruchou trávení apod.). Na komplexní péči se podílejí zaměstnaní projektoví pracovníci a dobrovolníci (tři lékaři). Všichni tři lékaři mají svá zaměstnání a práci pro centrum vykonávají zejména ve večerních hodinách. Pravidelně se všichni účastní schůze pečujícího týmu, která je vždy jednou za týden a probírá se fyzický, psychický i sociální stav každého pacienta včetně podrobných kazuistik nově příchozích. Celý tým probírá možnosti přijetí nových pacientů a vyhlídky pacientů k propuštění. Na propuštění z Wytham Hall lze navázat fungujícím resocializačním programem. Nemocnice a lékaři z okolí během let fungování tohoto centra pochopili velký lidský, ale také ekonomický přínos spolupráce s tímto zařízením. Pokud se totiž nemocnice postará před propuštěním bezdomovce z akutní péče o příjem do zařízení pro rekonvalescenci, je vyšší pravděpodobnost, že se pacient v klidu doléčí a znovu záhy neskončí na akutním lůžku v nemocnici.

Toto zařízení se podílí i na léčbě ze závislostí. Pravidla domu však zcela jednoznačně ukládají abstinenci. Pokud rezident toto pravidlo poruší, musí být propuštěn. Bezdomovci, kteří nejsou ve stavu, kdy mohou, popř. chtějí abstinovat, mohou v Londýně využít např. služeb centra **The Passage**. Toto denní centrum pro bezdomovce s širokospektrální nabídkou sociálních služeb nabízí i služby svého zdravotního týmu. Jsou zde zaměstnaní odborníci, kteří se specializují na oblast duševního zdraví, problematiku závislostí a zdravotní problematiku seniorů. Tento zdravotní tým spolupracuje s mnoha dalšími agenturami (státními, nestátními i dobrovolnickými) z místní komunity, které zajišťují psychiatrickou péči, léčbu závislostí i pomoc uprchlíkům. Součástí služeb je nabídka dočasného ubytování.

Nabídka právě takových služeb odpovídá poptávce respondentů z našeho dotazníkového šetření.

5 Zdravotní stav bezdomovců v České republice

D. Šupková



Obr. 5.1 Skupinové bydlení pod mostem

Zdravotní stav jedinců, které lze vzhledem k jejich sociální situaci označit za bezdomovce, můžeme jen velmi těžko popsat souhrnem symptomů sledovatelných u každého z nich. Existuje však celá řada rizikových faktorů působících na zdraví, které jsou vzhledem k nutnému způsobu života společné celé – takto označované – skupině.

Ze způsobu života vyplývá těžká udržitelnost tzv. zdravé životosprávy. V situaci, kdy člověk své biologické potřeby uspokojuje jen příležitostně a často jen náhradním způsobem, lze o zdravé životosprávě hovořit jen těžko.

Potřeba spánku, tepla a samozřejmě bezpečí může být dozajista snadněji uspokojena v rámci prostředí, které můžeme označit za domov. Náhradním a dočasným řešením může být pobyt v ubytovně, popř. v azylovém domě. Velká část populace bezdomovců však využívá i jiné možnosti k přespávání (obr. 5.1–5.4). V těchto podmínkách je udržitelnost tělesného a mentálního zdraví dosti ztížena.



Obr. 5.2 Vcelku vybavený squat



Obr. 5.3 Pohled do stanu v nouzově postaveném Zimním krizovém středisku na Letné. Fungovalo v období 24. 1. až 15. 2. 2006, kdy teplota několikrát klesla až pod -20°C .



Obr. 5.4 V uvedeném mrazivém období nestačila kapacita azylových domů v Praze, proto se na noc otvírala i denní centra. Lidé zde hledali útočiště před umrznutím a noc byli ochotni přečkat i v sedě.

Souvislostem rozdílných způsobů „bydlení“ se zdravotním stavem se věnuje Binesová (1994) ve studii britských bezdomovců. Studie prokazuje, že sdruženými zdravotními komplikacemi častěji trpí (tzn. více než jedno onemocnění či porucha) – oproti bydlící populaci (u které jde o 24 %) – jedinci ubytovaní v hostelech a noclehárnách (38 % z dotázaných), ještě horší bilanci vykazují bezdomovci navštěvující pouze

denní centra a vyhledávající nouzová řešení pro přespávání (57 % z dotázaných) a nejčastěji se sdružené komplikace vyskytují u bezdomovců, kteří využívají pouze potravinovou pomoc a přespávají na různých místech podle momentálních možností (59 % z dotázaných).

Z uvedeného jasně vyplývá, že bezdomovci budou tendovat k horšímu zdravotnímu stavu než „bydlící“ populace. Pro představu uvedu statistický výčet diagnóz pacientů, kteří ve sledovaném období navštívili ordinaci praktického lékaře pro bezdomovce. Tento podrobný výčet je pouhým přehledem zaznamenaných ošetření v jediné takto specializované ordinaci, která je umístěna v Praze. Nedělá si nárok na zjednodušená zobecnění při srovnávání se zdravím bydlící populace. Při sledování tohoto výčtu je třeba mít stále na paměti, že data jsou omezena jednak ochotou, a zároveň možnostmi pacientů–bezdomovců navštívit tuto ordinaci, jednak povinností lékaře zaznamenat konkrétní diagnózu. Tento záznam je zkratkou, která často označuje jenom aktuálně nejvýznamnější ze souboru onemocnění, kterými pacient trpí. Na nemocnost pacientů ordinace v roce 2005 a v prvních pěti měsících roku 2006 podle MKN-10 poukazují tabulky 5.1 a 5.2.

Tab. 5.1 Ordinance praktického lékaře pro bezdomovce (seřazeno podle počtu záznamů v diagnostických skupinách) v období 1. 1. 2005–31. 5. 2006

<i>Diagnostická skupina</i>	<i>Počet pacientů</i>
Faktory ovlivňující zdravotní stav	943
Nemoci dýchací soustavy	674
Nemoci kůže a podkožního vaziva	506
Nemoci oběhové soustavy	270
Nemoci svalové a kosterní soustavy	248
Poranění, otravy apod.	227
Infekční a parazitární nemoci	189
Nemoci trávicí soustavy	180
Příznaky a nálezy nezařazené jinde	97
Nemoci duševní a poruchy chování	83
Nemoci močové a pohlavní soustavy	78
Nemoci nervové soustavy	55
Nemoci oka a očních adnex a nemoci ucha	55
Nemoci endokrinní a metabolické	30
Novotvary a nemoci krve a imunity	20
Vnější příčiny nemocnosti	16
Vrozené vady	1

Tab. 5.2 Ordinance praktického lékaře pro bezdomovce (záznamy rozděleny podle pohlaví a časového období)

<i>Diagnostická skupina</i>	<i>Rok 2005</i>			<i>1.–5. měsíc 2006</i>		
	<i>muži</i>	<i>ženy</i>	<i>celkem</i>	<i>muži</i>	<i>ženy</i>	<i>celkem</i>
Infekční a parazitární nemoci	106	26	132	50	7	57
Novotvary, nemoci krve a imunity	10	5	15	3	2	5
Nemoci endokrinní a metabolické	17	5	22	4	4	8
Nemoci duševní a poruchy chování	45	20	65	13	5	18
Nemoci nervové soustavy	34	6	40	13	2	15
Nemoci oka a očních adnex a nemoci ucha	29	10	39	10	6	16
Nemoci oběhové soustavy	129	51	180	66	24	90

<i>Diagnostická skupina</i>	<i>Rok 2005</i>			<i>1.–5. měsíc 2006</i>		
Nemoci dýchací soustavy	318	122	440	174	60	234
Nemoci trávicí soustavy	80	41	121	45	14	59
Nemoci kůže a podkožního vaziva	238	60	298	181	27	208
Nemoci svalové a kosterní soustavy	121	46	167	60	21	81
Nemoci močové a pohlavní soustavy	25	27	52	20	6	26
Těhotenství, porod, vrozené vady apod.	1	0	1	0	0	0
Příznaky a nálezy nezařazené jinde	38	33	71	19	7	26
Poranění, otravy apod.	111	25	136	82	9	91
Vnější příčiny nemocnosti	8	3	11	4	1	5
Zvláštní diagnostickou skupinou jsou „faktory ovlivňující zdravotní stav“, kde jsou v této ordinaci zahrnována i screeningová vyšetření a vyšetření nutná k přijetí do ubytovny.						
Faktory ovlivňující zdravotní stav	327	94	421	445	77	522

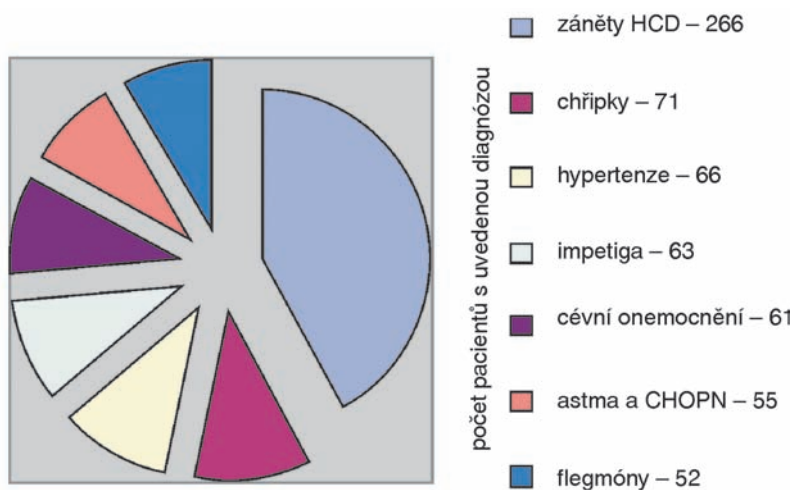
Z dosud uvedeného jasně vyplývá, že na žebříčku nejčastějších onemocnění u bezdomovců v obou sledovaných obdobích jsou nejvýše dvě kategorie onemocnění:

- **nemoci dýchací soustavy** (podle MKN-10 diagnózy s označením „J“),
- **nemoci kůže a podkožního vaziva** (podle MKN-10 diagnózy s označením „L“).

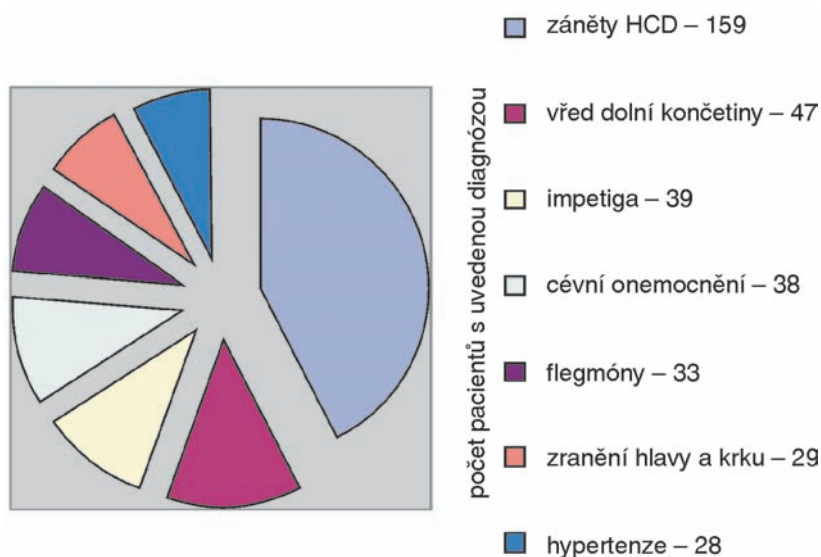
Doposud jsem představovala údaje týkající se shrnutí jednotlivých onemocnění v diagnostických skupinách. Pro lepší představu o nejčastějších onemocněních, se kterými bezdomovci ve sledovaném období do specializované ordinace přišli, představuji v následujících grafech nejčastěji uváděné diagnózy.

Všechny výše uvedené statistické údaje¹ jsou především ukazatelem druhů chorob, se kterými pacienti do specializované ordinace přijdou. Z údajů v ordinaci můžeme kromě výčtu diagnóz vyvodit i předpoklad, že informace o existenci tohoto specifického zařízení se postupem času rozšiřuje i mezi cizinci. Zatímco v roce 2005 bylo evidováno celkem 75 ošetření a vyšetření u cizinců (z toho 72 u Slováků), v roce 2006 v pouhých prvních pěti měsících roku bylo provedeno 187 ošetření a vyšetření u cizinců (z toho 171 u Slováků). Významný nárůst bezdomovců z řad Slováků a jiných cizinců lze potvrdit i na základě monitoringu, kterému se věnuji v dalším příspěvku týkajícím se zdravotního stavu bezdomovců přímo v terénu (viz kap. 5.2.).

Obr. 5.5 Graf zachycení sedmi nejčastěji zaznamenaných diagnóz ve 12měsíčním období – rok 2005



¹ Údaje týkající se roku 2005 a roku 2006 zpracovány na základě dokumentace o ošetřených pacientech v ordinaci praktického lékaře pro bezdomovce provedené v programu Medicus – informačním systému ambulantního lékaře.



Obr. 5.6 Graf zachycení sedmi nejčastěji zaznamenaných diagnóz v 5měsíčním období – rok 2006

V období 1. 1. 2005 – 31. 5. 2006 byli cizinci v ordinaci jednoznačně nejčastěji ošetřováni s nemocemi **kůže a podkožního vaziva** a následně s nemocemi **dýchací soustavy**. V rámci celého období jsou nejčastěji uvedené diagnostické znaky zvláštní kategorie „Z“ (stejně jako u všech pacientů dohromady), která podle MKN-10 nese označení „Faktory ovlivňující zdravotní stav“ a zahrnuje screeningová vyšetření a v této ordinaci i vyšetření nutná k přijetí na pobyt v azylových domech.

Obecně lze říci, že statisticky prokazatelná je u bezdomovců v České republice vyšší četnost onemocnění kůže a podkožního vaziva a onemocnění dýchací soustavy nad skupinami jiných onemocnění. Tento trend se v posledních letech opakuje (srov. s Hradecká, Hradecký, 1996).

5.1 Duševní zdraví

Život na ulici má svá pravidla. Pokud chce člověk v „subkultuře bezdomovců“ obstát, musí se naučit tato pravidla chápat a respektovat je. Ať už člověka do víru „uliční kultury“ vehnala momentální krize, dlouhodobá nouze, duševní onemocnění či dobrovolné rozhodnutí (ačkoliv i takzvaně dobrovolná rozhodnutí k takovému životu jsou často plynulým navázáním na kariéru dítěte ulice apod.), přežití pro něj znamená vždy snahu přizpůsobit se podmínkám. To, co mohl dříve člověk chápat jako normu, je v podmínkách života na ulici nežádoucí – tudíž nenormální – a naopak.

Následky duševní nemoci v kombinaci se sociálně-ekonomickými problémy mohou utvářet spouštěcí mechanismy bezdomovství tím, že znesnadňují udržení bytů, anebo sociálně podpůrných sítí. Kazuistiky klientů z center starajících se o lidi s duševním onemocněním například dokládají i to, že většina těch, kteří trpí problémy s duševním zdravím, byli nemocní již před tím, než se stali bezdomovci. Přes veškeré odlišnosti jednotlivých osobností je jejich společným jmenovatelem absence sociálních opor a neexistence bezpečného útočiště – domova. Tento základní fakt má nezpochybnitelný vliv na duševní zdraví.

Podle Binesové (1994) jsou lidé spící po noclehárnách 8krát častěji postiženi duševním onemocněním ve srovnání s bydlící populací. Lidé „spící na ulici“ jsou podle uváděných dat častěji postiženi duševním onemocněním dokonce 11krát. V její studii věnované zdravotnímu stavu tzv. single homeless (1994) jsou u respondentů přespávajících na ubytovných deprese, úzkosti a nervové potíže zaznamenány jako nejčastější zdravotní problém. Teprve poté následují nemoci pohybového aparátu. U dalšího typu respondentů – těch, kteří docházejí jen do denních center – jsou deprese, úzkosti a nervové potíže na prvním místě s nemocemi pohybového aparátu společně.

Zvolský (2003, s. 48) poukazuje na studie z oblasti sociální psychiatrie, které uvádějí, „že v sociálně nejhůře zabezpečených vrstvách je vyšší výskyt duševních poruch, než ve vrstvách ekonomicky dobře zajištěných.“

Statistika z ordinace praktického lékaře pro bezdomovce v Praze opakovaně ukazuje menší výskyt mentálních postižení, psychických poruch a závislostí než uváděné statistiky (srov. s Binesová, 1994 a Hradecká, Hradecký, 1996) z Velké Británie. Jednotlivé statistiky však nelze srovnávat z důvodu odlišné metodiky. Britské statistiky vycházejí jednak z údajů nemocnic, kde lze mentální obtíže stanovit mnohem snadněji a také z přímého dotazování na subjektivní potíže. Použitá statistika z české specializované ordinace praktického lékaře ukazuje na duševní onemocnění méně často, protože pacient–bezdomovec přijde častěji s prosbou o ošetření z úplně jiné příčiny. Ze zkušeností z denních center víme, že mnozí klienti s duševním onemocněním lékařskou péčí nevyhledávají a někteří se jí dokonce vyhýbají.

Z hlediska rozlišení druhu psychického onemocnění a poruch jsou u nás nejvýznamněji zastoupeny závislosti (obr. 5.7). Kromě toho, že u bezdomovců se závislostním chováním či závislostí se mohou skupiny látek, které jedinec užívá, měnit podle možností jejich získání, bývá často toto chování či onemocnění doprovázeno dalšími problémy. Dost často se jedná o komorbiditu jedné duševní nemoci či poruchy, kterou závislost, nejčastěji na alkoholu, doprovází.



Obr. 5.7 Graf nemoci duševní a poruchy chování zobrazuje data z Ordinace praktického lékaře pro bezdomovce v Praze za období 1. 1. 2005–31. 5. 2006

Na základě výsledků některých výzkumných studií lze konstatovat, že bezdomovství těžká závislost na alkoholu často determinuje, ale také ho obnovuje. Jak z výsledků šetření vyplývá, pracovníky v přímé péči o bezdomovce trápí právě ztížená možnost ubytovat a postarat se o jedince dlouhodobě závislé na alkoholu a jiných látkách. Ve Velké Británii například došlo za poslední roky k posunu v možnostech ubytování bezdomovců s problémy s alkoholem, a to skrze odlišení „mokrých“ a „suchých“ hostelů a denních center (Fitzpatrick, Kemp, Klinker, 2004).

Ze zkušeností psychologů a sociálních pracovníků denních center v České republice jasně vyplývá, že velká část jejich klientů inklinuje k depresivním stavům. Tento stav může být samozřejmě vyvolán vnějšími příčinami, což u našeho typu klientů nepřekvapí, ale objevuje se i deprese endogenní. Kromě dalších zaznamenaných poruch a nemocí v ordinaci praktického lékaře se objevují upozornění zejména pracovníků azylových domů, že přibývá psychotických klientů. Od pracovníků denních center pak přichází požadavek na trvalou spolupráci s konkrétním psychiatrem, který by se stabilizací a léčbou takového klienta bez domova mohl sociálním pracovníkům pomáhat.

Objevují se i kazuistiky klientů s mentální retardací. Klasickým scénářem je úmrtí rodiče, který žil s dítětem ve společné domácnosti a poté mu některý soused, popřípadě některý příbuzný nabídne „výhodnou transakci“ a o byt ho připraví.

Cílem pomoci je v první řadě dát možnost uspokojit základní životní potřeby a poté může následovat práce na resocializaci, reedukaci a v ideálním případě i na celkovém rozvoji klientovy osobnosti. Klientela center pro bezdomovce je velmi různorodá. V posledních letech je díky celosvětové popularizaci tématu určitá šance zlepšovat nabídku pomoci i u nás. S touto možností se zároveň rozšiřuje klientela a díky práci kvalifikovaných pracovníků i vědomí o mezerách v možnostech pomoci co nejširšímu okruhu potřebných. To se týká nejen možností ubytování lidí se závislostí, ale i možností pracovat s lidmi s psychózou. Kromě zaměstnávaných, popř. spolupracujících psychologů by sociální pracovníci uvítali i spolupráci psychiatrů.

Díky jejich intervenci by bylo možné klienta stabilizovat a tím ho snadněji přiblížit k veškeré nabídce pomoci, kterou mohou poskytnout centra sociální.

5.2 Monitoring zdravotního stavu bezdomovců v terénu

V rámci průzkumu poskytování zdravotní péče byl proveden monitoring situace osob, které přespávají ve squatech na území jedné pražské městské části. Celá akce nebyla koncipována jednoúčelově průzkumně. Cílem bylo:

1. Zjistit zdravotní stav jedinců, kteří se zdržují převážně ve squatech.
2. Získání těchto jedinců ke spolupráci na péči o jejich vlastní zdraví ošetřením aktuálních stavů a případným doporučením k dalším vyšetřením a také informováním o možnosti poskytnutí bezplatné zdravotní péče bez ohledu na příslušnost ke zdravotní pojišťovně (ve specializované ordinaci viz výše).
3. Monitoring lokalit, které jsou potenciálními ohnisky vzniku nakažlivých onemocnění.
4. Zjistit účelnost zdravotní služby přímo v terénu.
5. V případě potvrzení účelnosti aktivity zdravotníků přímo v terénu bylo dalším potenciálním cílem navrhnout určité kroky k realizaci dlouhodobé činnosti zdravotníků v rámci terénní práce s bezdomovci.

Statistické údaje z terénního programu (březen–duben 2006)

Počet služeb pro průzkum	6
Počet navštěvovaných squatů	10
Počet navštívených denních shromaždišť	2
Počet zastižených osob v lokaci	132 (106 mužů a 26 žen)
Počet na místě ošetřených osob	50 (41 mužů a 9 žen)
Počet osob doporučených k dalšímu vyšetření a ošetření	16 (13 mužů a 3 ženy)

Na základě podrobných popisů ošetření z deníku průzkumu v terénu jsou vytvořena následující data:

Statistické údaje o indikacích k ošetření (během šesti služeb v terénu)

1.	Drobná poranění	11
2.	Závažnější stavy doporučené k dalším vyšetřením	11
3.	Kontrola stavu po ošetření	9
4.	Chronická zánětlivá kožní onemocnění	6
5.	Větší rány	4
6.	Jiné indikace	4 ^{*)}
7.	Odeslán k dalším vyšetřením s podezřením na infekční onemocnění	3 ^{**)}
8.	Nauzea u ebrietního pacienta	2
Celkem		50

Poznámky k údajům:

^{*)} 1krát choroba dýchacích cest (expektorace – vazké sputum), 1krát vypadávání zubů, 1krát úraz hlavy (edém a hematoma, stav po nárazu do spánkové oblasti), 1krát stav po kontuzi prstu pravé horní končetiny,

^{**) 2krát podezření na hepatitidu, 1krát podezření na tuberkulózu}



Obr. 5.8 Ve stanech Zimního krizového střediska na Letné byli každý den několik hodin k dispozici dobrovolní zdravotníci, kteří mohli zajistit základní ošetření.



Obr. 5.9 Dobrovolník si připravuje materiál pro ošetření squatterů scházejících se přes den na lavičkách.

Mezi squatterry je mnoho jedinců, kteří dlouhodobě zanedbávají svůj zdravotní stav. Zároveň jsou způsobem života „vyloučení“ z běžného systému zdravotní péče. Protože mají opakovanou zkušenost s odmítnutím při žádosti o poskytnutí specifické lékařské pomoci, nepokoušejí se nadále v případě aktuálních potíží odbornou pomoc vyhledat (tato tendence je výrazná zejména u Slováků, Ukrajinců a dalších



Obr. 5.10 Mnozí lidé bez domova hledají útočiště ve „vybydlených“ a polo-rozpadlých domcích, které jsou skryty neudržovaným porostem a vchod do nich působí spíše jako skládka (na přísunu věcí do skládky se však často podílejí i lidé, kteří ve squatu nebydlí).



Obr. 5.11 Někdy k přespání poslouží i opuštěná garáž. Improvizovanou postel tvoří papírové kartony z rozložených krabic.

cizinců). Jediným řešením se opakovaně stává přechod z původně nezávažného stavu do stavu život ohrožujícího a přivolání rychlé záchranné služby. Ta samozřejmě pomoc neodmítne, ale není trvalým řešením. Situace se tak u bezdomovce opakuje i z důvodu, že po propuštění z nemocnice jde dotyčný opět do squatu, kde nelze dodržet ani základní hygienu, natož zásady správné léčby.

Realizační tým se během své činnosti ve vytipovaných lokalitách nesetkal s žádnou negativní či dokonce nebezpečnou reakcí. Pokud byly některé lokality navštěvovány pravidelně, staly se návštěvy týmu očekávanou a vítanou událostí pro všechny obyvatele včetně psů, kteří byli součástí života zhruba poloviny navštěvovaných squatů.

Většinou byli pacienti ochotni spolupracovat na řešení svého zdravotního stavu i v případě, že byli odesláni k dalšímu vyšetření. Někteří pacienti však potřebovali několikrát ujistit, že tato péče bude skutečně bezplatná.

Zdravotní péče přímo v terénu přispěla ve sledovaných lokalitách k popularizaci hygienických opatření, ke zvyšování důvěry v organizace pomáhající bezdomovcům a v neposlední řadě k lepší informovanosti nejen o symptomech konkrétních nemocí, ale i o možnostech řešení aktuálních problémů.

Během průzkumu byla zaznamenána i podezření na epidemiologicky závažná onemocnění a na základě toho byla přijata opatření.

Zjištění vedla ke konstatování účelnosti zdravotní služby v terénu. Někteří zdravotníci sami o užitečnosti této služby vypovídají:

- „*Pomoc se dostane i k tomu, kdo by ji jinak aktivně nevyhledával, možnost včas ošetřit i poranění a onemocnění, která jsou pro ně zdánlivě banální, ale mohla by se zhoršit. ... možnost získat zkušenosti z práce v terénu, setkat se s případy, které nejsou v běžné populaci, pomáhat tomu, kdo to opravdu potřebuje.*“ (Dobrovolník č. 1)
- „*Prevence úrazů, onemocnění, omezení využití záchranné služby pro nezávažná poranění.*“ (Dobrovolník č. 2)

Tato výpověď vystihuje i skutečnost, že mnohdy je rychlá záchranná služba přivolána k případům, které by za jiných okolností řešil přímo praktický lékař, popř. lékař specialista.

V současnosti je zdravotní služba realizována v Praze v rámci terénního programu Naděje. Terénní pracovníci spolupracují s dobrovolnými zdravotníky, kteří vždy jednou za dva týdny tento tým doprovázejí do předem vytipovaných lokalit.

6 Motivace bezdomovců k péči o vlastní zdraví jako jedna z cest ke zlepšení celkové situace

D. Šupková

Jednání a rozhodování každého člověka závisí samozřejmě na konkrétní situaci a vnějších okolnostech, ale z velké části je motivováno i vnitřním stavem. Každý, kdo je nucen opakovaně se vyrovnávat s podobnými situacemi, posléze organizuje své názory, pocity i způsoby jednání a komunikování do trvalého způsobu reagování.

Vágnerová (2004) bezdomovce popisuje jako nekonformní osobnosti, které odmítají hodnoty a normy majoritní společnosti. To vysvětluje tím, že pravidla a normy, které regulují chování a vzájemné vztahy mezi lidmi, buď nechápu, nebo se jimi nejsou schopni řídit. Autorka tímto popisem vystihuje jen určitou část populace bezdomovců – ty, kteří jsou právě díky asimilaci v subkultuře nejviditelnější pro většinovou populaci. Pro upřesnění je třeba říci, že mnozí lidé bez domova prošli jinou sociální zkušeností a tudíž pravidla a normy majoritní společnosti chápou. Část z nich je pak nejen schopna, ale i ochotna se uvedenými pravidly řídit.

Z rozhovorů s klienty azylových zařízení jasně vyplývá, že udržení zdraví patří k jejich nejvyšším hodnotám. Zdravotní selhání totiž v nejistých podmínkách života odkázaného na azylové zařízení může znamenat opustit i toto provizorium odvozem do nemocnice a opět nejistou perspektivu v okamžiku, kdy bude klient z nemocnice propuštěn. To, že pro mnohé pojem zdraví znamená schopnost postarat se o základní životní potřeby a ve chvíli, kdy organismus selhává, jedinec cítí ohrožení celé své existence, dokladuje i výpověď jednoho ze squatterů:

„Teď přišly ty horečky. Já už jsem na ulici dýl i tady v Praze. Nikdy mi nic moc nebylo. Jak třeba vidím ty jiný. Jsou třeba i nemocný psychicky. Já jsem vždycky docela držel. Ale teď se fakt bojím, protože když tady teď nebudu jakžtakž zdravý, tak tady chcípnu. Čeho se taky může nějaký bezdomovec dovolat? Od té doby, co jsem tady jako ten odpadlík, tak mi nebylo nikdy tak zle. Nejhorší je ta bezmoc, já můžu jen čekat, jestli mi někdo zavolá aspoň záchranku. Jestli odejde zdraví, tak to bude fakt konec.“ (Muž, 35 let.)

Zdá se, že motivovat bezdomovce je tedy i z hlediska jejich vlastní orientace na nutnost udržet si určitou schopnost sebeobsluhy snadné. Problémem může být situace, kdy bezdomovec není schopen reflektovat závažnost svého zdravotního stavu. Jsou však i případy, kdy je člověk schopen zorientovat se díky nepřehlédnutelným projevům ve změnách zdravotního stavu (jako je bolest, zevní krvácení apod.), ale z nějakého důvodu není ochoten, nebo schopen vyhledat adekvátní pomoc. Důvodem bývá strach z formálních postupů, jako je potřeba identifikovat pacienta, určit zdravotní pojištění apod. Výjimkou nejsou ani jedinci, které odrazuje jakákoliv konfrontace se systémem pro ně nesrozumitelným.

☒ KAZUISTIKA

Představte si člověka, který není ovlivněn počítačovým boomem. Několik let žije v opuštěných domech a kromě několika dalších lidí, se kterými se občas potkává na ulici, s nikým nekomunikuje. Za důležité považuje sehnat za den něco k jídlu a k pití a údržbu místa, kde smí právě teď přebývat. Zdravotní a sociální pojištění jsou pro něho prázdné pojmy. Párkrát už zkoušel požádat sociální pracovníky různých organizací o nějakou pomoc, ale většinou ho posílali, aby si došel tam a tam a vyřídil to a to. Na určená místa došel, ale tam po něm pro změnu chtěli, aby vyplnil to a to a došel s tím tam a tam. V tu chvíli začíná našeho člověka přepadat úzkost ze zmatku, který to v něm vyvolává, protože nerozumí tomu, co mu úředníci říkají a dokonce ani nedokáže říci, že tomu nerozumí. V tu chvíli je pro něj nejlepším řešením žádost o pomoc vzdát a vrátit se do svých jistot. Takové situace nastávají jak při vyřizování formalit na úřadech, tak při hledání adekvátního ošetření ve zdravotnickém zařízení. V situaci, kdy je takovému člověku opravdu zle, většinou nehledá zdravotnické zařízení, protože dopředu počítá s neúspěchem a hledání pomoci pro něj znamená jen zvyšování stresu. Schová se do svého útočiště a čeká, zda příznaky samy odezní.

Pro motivaci ke spolupráci na péči o svůj zdravotní stav je základem výběr takových forem a postupů stimulace, které budou respektovat odlišnosti jednotlivých klientů. Jiný osobnostní potenciál a tím i moti-

vovanost ke spolupráci na celkovém zdraví budou mít klienti, pro které je vzniklá situace jen momentální krizí a jsou schopni snadno se orientovat v požadavcích systému a tím se i aktivně podílet na všech složkách resocializace. Zcela odlišný přístup ke spolupráci budou mít dozajista lidé, kteří z nejrůznějších důvodů nevyhledávají pomoc nejen úřadů, ale ani sociálních služeb a zdravotnických zařízení.

Neocenitelnou zkušeností pro hledání nejúčinnějších motivačních prostředků je výše zmiňovaný průzkum v terénu (viz kap. 5.2). Motivovanost ke spolupráci zde byla nejčastěji zvyšována paralelně s rostoucí vzájemnou důvěrou a tím i oboustrannou vůlí vzájemně se respektovat. K tomu značně přispěl srozumitelný dialog. Hlavní úlohou sociálního pracovníka nebo zdravotníka je při této snaze **srozumitelně komunikovat s klientem**. Vždy je lepší používat kratší srozumitelné věty a vyvarovat se cizích slov. Velice se osvědčuje **využití názorných příkladů**. Po nabídce řešení je dále velice vhodné vyslechnout klientův názor, čímž se sociální pracovník nebo zdravotník může ujistit, že informace, kterou podal, byla srozumitelná.

- *V situaci terénní práce bylo nejlepším názorným příkladem aktuální ošetření. Zdravotnice ošetřila ránu a při tom popisovala, co právě dělá. Svému pacientovi pak předala materiál, tentokrát jen s krátkým vysvětlením: „To je ta dezinfekce, kterou jsem to čistila a to jsou ty čtverce, kterými jsem to kryla ...“. Poté si nechala od pacienta vysvětlit, jak si ránu druhý den ošetří sám.*

Motivovanost v péči o sebe ve spolupráci s někým dalším posiluje i skutečnost, že první pomoc, která byla přijata, byla účinná. Při opakovaném setkání má velký význam i dotazování na účinnost pomoci. Následně jsou bezdomovci většinou ochotni sami začínat rozhovor popisem, popř. názornou ukázkou zlepšování jejich zdravotních potíží.

V případě, že klientova fobie z institucí převažuje nad potřebou zbavit se aktuálních potíží, velice pomáhá nabídka **osobního doprovodu do zdravotnického zařízení**. Zde je pak opět nutné dbát na to, aby bylo klientovi vždy srozumitelně vysvětleno, co se právě děje a co bude následovat.

Na základě dosavadních zkušeností je zřejmé, že i v případě ztížené spolupráce s některým člověkem je možné poskytnout podporu, která může snížit jeho tendenci k zanedbávání zdraví. Při snaze o vstup do dialogu je třeba mít stále na paměti, že přístup, který nerespektuje specifika osobnosti, může cestu ke zdravotní stabilizaci a případné resocializaci značně zkomplikovat, nebo dokonce znemožnit.

7 Závěr

D. Šupková

V našem průzkumu jsme se zaměřili především na zkušenosti zúčastněných s dostupností zdravotní péče o bezdomovce. Vzhledem k reálným možnostem a systémovému zázemí v naší republice je zřejmé, že zásadní jsou administrativní a finanční problémy. Pro všechny zúčastněné strany se jako východisko jeví zřízení tzv. sociálně-zdravotnického zařízení pro tuto cílovou skupinu.

Otázka péče souvisí se zdravotním stavem. Obecný předpoklad o zákonitě zhoršeném zdravotním stavu oproti bydlící populaci můžeme v našich podmínkách podpořit výzkumem IZPE (Barták, 2005), který poukazuje na vyšší výskyt chronických onemocnění a vyšší prevalenci infekčních chorob i častější problémy se zdravím duševním.

S bezdomovstvím jsou často spojovány závislosti. Závislost na alkoholu, popř. jiných látkách může být jednak jednou z příčin sociálního úpadku a jednak jedním z důsledků vzniklého bezdomovství. Tento fenomén pak obecně zhoršuje spolupráci a přístup k nabízeným službám.

V případech, kdy se klient v důsledku duševního onemocnění ocitá v životě nebezpečných situacích, je určitým řešením stanovení veřejného opatrovníka. V takových případech lze i soudně oddálit, popř. jinak vyřešit soudní vystěhování z bytu v důsledku neplacení nájemného. Je však realitou, že zejména u osamělých lidí tento stav nikdo z okolí nezachytí.

Pokud mívá klient opakovanou zkušenost s odmítnutím při žádosti o poskytnutí zdravotní péče, stává se, že další pomoc již nevyhledává. Nejobtížnější je zajistit péči lidem (a tím i monitorovat možná epicentra nakažlivých chorob), kteří péči nejen nevyhledávají, ale dokonce se jí vyhýbají. V těchto případech je určitým východiskem spolupráce neziskových organizací zajišťujících sociální servis pro bezdomovce a terénní práci s dobrovolnými zdravotníky. Práce dobrovolníků je velmi přínosná. Je však cestou značně nejistou.

Podle vedoucích pracovníků neziskových organizací by velkou pomoc přinesla možnost zaměstnat zdravotní sestru, popř. lékaře, alespoň na určitý den v týdnu. Problémem zatím zůstává, v jakém typu zařízení bude takový profesionál působit. V případě, kdy je např. zdravotní sestra zaměstnána jako člen sociálního týmu azylového domu, nezapočítává se jí tato odpracovaná doba do odborné zdravotnické praxe.

Všestranně navrhované specializované zařízení pro bezdomovce pak lze zřídit jako regulérní zdravotnické zařízení. **V tom případě je třeba postupovat v souladu se zákonem č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.** Zákon stanoví nezbytné požadavky, které musí zdravotnické zařízení splnit (tyto požadavky jsou však pro neziskové organizace obtížně splnitelné). Pokud by však mělo toto zařízení suplovat **ubytování pro bezdomovce s částečným poskytováním zdravotní péče, bylo by vhodnější postupovat podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.**

Jasně vymezení služby by do budoucna mohlo ovlivnit znění zákona. Pro zlepšení celkové péče o bezdomovce je tedy i nadále důležité zaujetí konkrétních profesionálů pohybujících se v této oblasti. Jednou z dalších cest může být i spolupráce s bezdomovci samotnými na zlepšování péče o sebe sama.

Literatura

- BARTÁK, M. Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty II. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy : IZPE, 2005. 105 s.
- BINES, W. The Health of Single Homeless People. 1st ed. York. Centre for Housing Policy, University of York, 1994. 25 p.
- FITZPATRICK, S., KEMP, P., KLINKER, S. Bezdomovství. Přehled výzkumů z Velké Británie. 1. české vyd. Kostelec nad Černými lesy : IZPE, 2004. 96 s.
- HRADECKÁ, V., HRADECKÝ, I. Bezdomovství – extrémní vyloučení. 1. vyd. Praha : Naděje, 1996. 107 s.
- VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vyd. Praha : Portál, 2004. 870 s.
- ZVOLSKÝ, P. Obecná psychiatrie. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2003. 192 s.

II. Postavení bezdomovců ve zdravotnických zařízeních ČR

J. Pešek

Být bezdomovcem znamená zcela jistě velice obtížnou situaci. Člověk se v mnoha případech stává členem sociální skupiny nalézající se z pohledu lidí, kteří takovou situaci nepoznali, na nejnižší příčce společenského žebříčku se všemi negativními průvodními jevy spočívajícími v paušalizaci pohledu na takového jedince. Je úplně jedno, jestli si bezdomovci mohou za svoji životní a finanční situaci sami, nebo jde-li spíše o shluk náhod. Bezdomovci jsou často chápáni jako zahořklá, práce se štítící individua, která nejsou a nechtějí být nikde zaměstnána a ani nejsou, pomínou-li občasný sběr železného šrotu a vratných lahví, samostatně výdělečně činná. Pojistné si nechávají hradit od státu, a i když jsou ze zákona povinni hradit v minimální výši pojistné a plnit oznamovací povinnost, zůstává vše většinou jen na papíru a faktická vymahatelnost nároků státu je vůči většině z nich nulová. Objeví-li se mezi nimi jedinci hodlající změnit svůj život k lepšímu a usilující o návrat do „normální“ společnosti, narážejí často na nepochopení a lhostejnost, bojují s nedostatkem informací o svých právech a povinnostech. Mnozí z nich po negativních zkušenostech přestávají pak věřit tomu, že existuje spravedlnost a možnost návratu do důstojného života. Přitom legislativa ČR na tyto spoluobčany pamatuje. Předmětem tohoto příspěvku je stručný přehled legislativy a dalších předpisů řešících jejich práva a povinnosti v případě potřeby vyžádání zdravotní péče.

Základním dokumentem, který zaručuje základní práva všech občanů ČR a tedy i bezdomovců, je **Listina základních práv a svobod**, která je obsažena v Ústavním zákoně č. 23/1991 Sb. Zde je deklarováno právo každého občana ČR na ochranu zdraví. Občané ČR mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Právní rámec zdravotní péče pak tvoří uvedené zákony nebo výtahy z nich.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (novela zák. č. 260/2001 a zák. č. 285/2002)

V tomto zákoně se v čl. II. praví, že každý občan ČR (**tedy i bezdomovec**) je povinen žít zdravě a vyvarovat se vlivů škodlivě působících na jeho zdraví.

§§ 8 a 9 tuto povinnost specifikují v tom, že občané mj.:

- uplatňují a dodržují při své činnosti hygienické zásady,
- účastní se na zdravotnických akcích,
- mají právo na poskytování zdravotní péče podle ustanovení tohoto zákona, zákona o všeobecném pojištění a předpisů vydaných k jejich provedení a zákona o ochraně veřejného zdraví,
- občanům s výjimkou osob ve vazbě a ve výkonu trestu odnětí svobody se umožňuje volba lékaře, klinického psychologa a zdravotnického zařízení.

Každý občan je v zájmu svého zdraví povinen:

- podrobit se v případech stanovených obecně závaznými předpisy zdravotnickým prohlídkám a diagnostickým zkouškám, léčení nemocí společensky zvlášť závažných, asanačním, dezinfekčním a jiným opatřením na ochranu před nákazou,
- poskytnout nebo zprostředkovat nezbytnou pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti, nebo jeví známky závažné poruchy zdraví.

Zdravotní péče se poskytuje (§ 11 odst. 2):

- bez přímé úhrady na základě všeobecného zdravotního pojištění v rozsahu stanoveném zvláštními předpisy, nebo na základě smluvního zdravotního pojištění,
- bez přímé úhrady z prostředků Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky. U občanů Slovenské republiky, kteří nemají na území České republiky trvalý pobyt, nejsou na území České republiky

- v pracovním nebo obdobném poměru ani samostatně výdělečně činí, nárok na úhradu těchto nákladů uplatní Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky u příslušného orgánu Slovenské republiky,
- c) bez přímé úhrady z prostředků státního rozpočtu České republiky, charitativních, církevních a dalších právnických a fyzických osob,
 - d) za plnou nebo částečnou finanční úhradu.

§ 17

- a) Léčebně preventivní péče spočívá v péči o ochranu, navrácení a upevnění zdraví; je poskytována obyvatelstvu ve zdraví i v nemoci, v mateřství a při jiných stavech vyžadujících lékařskou pomoc,
- b) Léčebně preventivní péče zahrnuje veškerou ambulantní i ústavní péči, přednemocniční neodkladnou péči a léčebnou výživu a poskytování léků s výjimkou vyhrazených léčiv prodávaných prodeji těchto léčiv, zdravotnických prostředků a dopravu nemocných.

§ 22

Každý je povinen podrobit se v rámci dispenzární péče nebo v rámci obecně prováděných preventivních akcí podle směrnic Ministerstva zdravotnictví na vyzvání příslušných zdravotnických zařízení preventivním prohlídkám, vyšetřením a diagnostickým zkouškám, které nejsou spojeny s nebezpečím pro zdraví.

§ 23 – Poučení a souhlas nemocného

- a) Lékař je povinen vhodným způsobem poučit nemocného, popřípadě členy jeho rodiny nebo jeho partnera, o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče.
- b) Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers).
- c) Je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte anebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům, a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu.
- d) Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, je možné převzít nemocného i do ústavní péče. To platí u následujících případů:
 - jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,
 - jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace a ohrožuje sebe nebo své okolí,
 - není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas,
 - jde-li o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví,
 - jde-li o nosiče.

Výtah ze zákona 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

§ 2 odst. 2 – definuje se:

- **Ohrožení veřejného zdraví** je stav, při kterém jsou obyvatelstvo nebo jeho skupiny vystaveny nebezpečí, z něhož míra zátěže rizikovými faktory přírodních, životních nebo pracovních podmínek překračuje obecně přijatelnou úroveň a představuje významné riziko poškození zdraví.
- **Infekčním onemocněním** se rozumí příznakové i bezpříznakové onemocnění vyvolané původcem infekce nebo jeho toxinem, které vzniká v důsledku přenosu tohoto původce nebo jeho toxinu z nakažené fyzické osoby, zvířete, nebo neživého substrátu na vnímavou fyzickou osobu.
- **Izolací** se rozumí oddělení fyzické osoby, která onemocněla infekční nemocí, nebo jeví příznaky tohoto onemocnění, od ostatních fyzických osob. Podmínky izolace musí s ohledem na charakter přenosu infekce zabránit jejímu přenosu na jiné fyzické osoby, které by mohly infekční onemocnění dále šířit.
- **Karanténou** se rozumí oddělení zdravé fyzické osoby, která byla během inkubační doby ve styku s infekčním onemocněním nebo pobývala v ohnisku nákazy (dále jen „fyzická osoba podezřelá z nákazy“) od ostatních fyzických osob a lékařské vyšetřování takové fyzické osoby s cílem zabránit přenosu infekčního onemocnění v období, kdy by se toto onemocnění mohlo šířit.

- **Zvýšený zdravotnický dozor**, jímž je lékařský dohled nad fyzickou osobou podezřelou z nákazy, které je uložen zákaz činnosti nebo úprava pracovních podmínek k omezení možnosti šíření infekčního onemocnění.

§ 3 – Vznik a zánik zdravotního pojištění:

a) Zdravotní pojištění vzniká dnem:

- narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky,
- kdy se osoba bez trvalého pobytu na území České republiky stala zaměstnancem (§ 5 písm. a),
- získání trvalého pobytu na území České republiky.

b) Zdravotní pojištění zaniká dnem:

- úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého,
- kdy osoba bez trvalého pobytu na území České republiky přestala být zaměstnancem (§ 5 písm. a)], ukončení trvalého pobytu na území České republiky.

Výtah ze zákona 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení

§ 1 – Základní zásady:

- **Právo na sociální zabezpečení** se podle tohoto zákona zaručuje všem občanům. Dávky sociálního zabezpečení poskytuje stát a nepodléhají dani.
- **Právo na dávky sociálního zabezpečení** nezaniká uplynutím času.
- Organizace a občané platí na sociální zabezpečení pojistné, a to v rozsahu a za podmínek stanovených zvláštním zákonem ČNR č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění zákona ČNR č. 10/1993 Sb.

§ 73

- Sociální péči zajišťuje stát pomoc **občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení**, popřípadě jinými příjmy, a občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku, anebo kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé životní poměry.

Sociální péče zahrnuje zejména péči o:

- rodinu a děti,
- občany těžce zdravotně postižené,
- staré občany,
- občany, kteří potřebují zvláštní pomoc,
- občany společensky nepřízpůsobené.

§ 90

- Občanům, jejichž životní potřeby nejsou zabezpečeny příjmy z výdělečné činnosti nebo jinými příjmy, popřípadě dávkami, a příslušný orgán jim nemůže zajistit vhodné zaměstnání, poskytují příslušné orgány **peněžitě a věcně dávky**.
- Občanům, kteří se přechodně ocitli v mimořádně obtížných poměrech, nebo kteří v nich žijí, zejména v důsledku návyků pramenících z odlišného způsobu života v minulosti, se poskytuje výchovná a poradenská péče, další služby, věcné dávky, popřípadě peněžitě dávky a bezúročné půjčky, aby mohli tyto poměry překonat, pokud tak nemohou učinit vlastním přičiněním.

Výtah ze zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

§ 3 – Vznik a zánik zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění vzniká:

- narozením, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky,

- dnem nástupu do zaměstnání (§ 6b odst. 3) k zaměstnavateli, který má sídlo na území České republiky,
- získáním trvalého pobytu na území České republiky.

Zdravotní pojištění zaniká:

- úmrtím pojištěnce nebo jeho prohlášením za mrtvého,
- skončením zaměstnání (§ 6b odst. 3) na území České republiky, pokud nejde o pojištěnce uvedeného v § 3 odst. 1 písm. a,
- ukončením trvalého pobytu na území České republiky, pokud nejde o pojištěnce uvedeného v § 3 odst. 1 písm. b.

Plátcí pojistného zdravotního pojištění (dále jen „plátcí pojistného“) jsou:

- a) pojištěnci uvedení v § 6a,
- b) zaměstnavatelé,
- c) stát.

§ 7

Stát je plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu za tyto pojištěnce:

- nezaopatřené děti; nezaopatřenost dítěte se posuzuje podle zákona o státní sociální podpoře,
- poživatele důchodů z důchodového pojištění, kterým byl přiznán důchod před 1. lednem 1993 podle předpisů České a Slovenské Federativní Republiky a po 31. prosinci 1992 podle předpisů České republiky,
- příjemce rodičovského příspěvku,
- ženy na mateřské a další mateřské dovolené, ženy pobírající peněžitou pomoc v mateřství a muže po dobu jejich nepřítomnosti v práci, po kterou se jim poskytuje peněžitá pomoc podle předpisů o nemocenském pojištění,
- uchazeče o zaměstnání včetně uchazečů o zaměstnání, kteří přijali krátkodobé zaměstnání,
- osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřeby,
- osoby převážně nebo úplně bezmocné a osoby pečující o převážně nebo úplně bezmocnou osobu, anebo o dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě,
- osoby, které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňují další podmínky pro jeho přiznání a nemají příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a nepožívají žádný důchod z ciziny, nebo tento důchod nepřesahuje měsíčně částku ve výši minimální mzdy.

Výťah ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

§ 3 – pro účely tohoto zákona se sociální službou rozumí:

- činnost nebo soubor činností zajišťujících podle tohoto zákona pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení,
- nepříznivou sociální situaci oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby, nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením,
- dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost,
- sociálním začleňováním proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný,
- sociálním vyloučením vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace,
- zdravotním postižením tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.

§ 33 – Formy poskytování sociálních služeb

- **Sociální služby** se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní:
 - **Pobytovými službami** se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.
 - **Ambulantními službami** se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena či dopravována do zařízení sociálních služeb, a součástí služby není ubytování.
 - **Terénními službami** se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

§ 36

Poskytovatel sociálních služeb je povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby v zařízeních sociálních služeb uvedených v § 34 odst. 1 písm. c až f. Tuto povinnost plní formou zvláštní ambulantní péče poskytované podle zvláštního právního předpisu:

- a) prostřednictvím zdravotnického zařízení,
- b) jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační péči především prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu; rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění stanoví zvláštní právní předpis.

Tolik stávající legislativa ČR. Lze konstatovat, že stát na bezdomovce a jejich problémy nezapomněl, problém je spíše v nechuti a odmítání nabízené zdravotní péče některými z nich, v zatvrzelém odmítání zbavit se svých špatných sociálních a hygienických návyků a v často agresivním a kriminálním jednání, které tlumí ve spoluobčanech pocit soucitu a sounáležitosti. Pomyslný kruh se tak uzavírá a není z něj cesta ven. Zdravotnická zařízení se pak vyhýbají příjmu takových pacientů, kteří navíc bez zdravotního pojištění tvoří i problém s úhradou vzniklých nákladů jak za úkony provedené na těchto pacientech, tak i nákladů spojených s pobytem ve zdravotnickém zařízení, nehledě na náročnost a různá další rizika spojená s jejich pobytem. Přičteme-li k tomu dost často i agresivní chování bezdomovců a z pohledu zdravotníků často i zbytečnou práci a náklady, kdy takový pacient skončí po propuštění opět na ulici se všemi svými negativními návyky a nectnostmi, nelze se divit malé vstřícnosti zdravotnického personálu při poskytování pomoci těmto lidem a k opatrnosti lékařů a zdravotnických zařízení při výběru pacientů.

To však samozřejmě nemůže znamenat vyloučení bezdomovců z nároku na zdravotní péči. Jak vyplynulo ze statických šetření provedených ordinací pražské Naděje v roce 2005, jenom v Praze vyhledalo zdravotnickou pomoc přes 5000 pacientů. Nejčastěji byly diagnostikovány :

- chřipka,
- kožní choroby,
- nemoci dýchacích cest,
- bérkové vředy,
- žaludeční a střevní potíže,
- revmatické a neurologické potíže,
- kožní choroby a onemocnění srdce a cév,
- omrzliny.

Jak vyplynulo ze zprávy ČTK z 28. 11. 2006, je tato ordinace podle národní zprávy o bezdomovství jediným zdravotnickým zařízením pro tuto klientelu v Česku. Velké množství běžných zdravotnických zařízení nechce bezdomovce z výše uvedených důvodů přijímat. A protože toto zařízení přeruší v souvislosti se zrušením stávajícího střediska v Bolzanově ulici dočasně provoz, je situace více než tristní. Zbývají běžná zdravotnická zařízení, která pacienta ošetřit musejí. Aby však nevznikaly zbytečné problémy mezi touto klientelou a zdravotnickým personálem, je potřeba provést mezi bezdomovci masivní osvětu, jejíž základy jsou nastíněny v další části mého příspěvku.

Vyrazí-li bezdomovec na návštěvu praktického lékaře nebo na hospitalizaci do nemocnice, je potřeba seznámit se jak se základními právy, která platí pro všechny pacienty, tak i s povinnostmi, které všichni klienti zdravotnických zařízení mají. Ty sice nepomohou přímo s léčením, ale umožní všeobecnou orientaci a ochráně před zbytečnými konflikty se zdravotníky a umožní aktivně spolupracovat na léčbě. Dobrou znalostí práv pacienta (a též dodržováním všech základních povinností) lze pomoci předcházet léčebným chybám, které by jinak mohly vážně ohrozit život a zdraví.

- **Před návštěvou lékaře nebo nemocnice**

Naše zákony dávají každému pacientovi právo na svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení. V dnešní době je tedy možné vybrat si lékaře i nemocnici, kde bude proveden požadovaný zákrok. Zvolené zdravotnické zařízení smí pacienta odmítnout pouze tehdy, pokud je již plně vytíženo a o dalšího by se postarat nestíhalo. Vždy je ale přinejmenším jedno zdravotnické zařízení, které má povinnost postarat se o nemocného vždy.

- **Při první návštěvě**

Při první návštěvě lékaře nebo při příchodu do nemocnice je důležité, aby se zdravotníci dozvěděli co nejvíce o problémech pacienta a našli tak správný způsob, jak je léčit. V každém případě je nezbytné lékařům pravdivě zodpovědět všechny dotazy týkající se zdraví a životního stylu pacienta. Lékaři jsou povinni zachovávat mlčenlivost o všem, co se dozvědí, a proto je možné jim bez obav sdělit i citlivé věci. Jen tak totiž budou moci lékaři určit správnou diagnózu a stanovit nejlepší postup vedoucí k vyléčení. Zároveň budou moci lépe předcházet různým nehodám, které by mohly v nemocnici hrozit.

Při návštěvě nemocnice by všichni pacienti měli být poučeni o svých základních právech, o svém zdravotním stavu a o důvodech hospitalizace. Při poskytování péče má každý pacient právo na to, aby byl průběžně seznamován s vývojem svého zdravotního stavu a o plánované léčbě.

- **Před zákrokem**

Než budou moci lékaři provést jakýkoliv zákrok, třeba operaci nebo složitější vyšetření, jsou povinni podrobně poučit pacienta o jeho účelu, důsledcích a rizicích a zeptat se na jeho souhlas. Bez souhlasu pacienta nesmí být žádný zákrok proveden. Poučení je povinen poskytnout ošetřující lékař, při kterém sdělí vše, co je potřeba k udělení souhlasu. Poučení má obsahovat informaci, co hrozí v případě neléčení a co lze čekat od navrženého zákroku. Při poučení má pacient právo klást dotazy, popřípadě si opatřit názor i jiného lékaře.

- **Během zákroku a po něm**

Je zapotřebí řídit se pokyny lékařů a důsledně dodržovat léčebný režim. Pokud tak pacient nečiní, může utrpět škodu na zdraví, za kterou si bude odpovídat sám. V případě nejasností je lepší se zeptat. O každém vyšetření či operaci musí být proveden záznam do zdravotnické dokumentace. Je vhodné vyžádat si vysvětlení, jak zákrok probíhal a jaké zanechal následky.

Závěrem lze shrnout, že čím aktivněji se bude každý pacient a tedy i bezdomovec zajímat o své zdraví a čím zodpovědněji se bude chovat při dodržování pokynů lékařů, tím vyšší je pravděpodobnost úspěchu léčby a brzkého uzdravení. Pro dosažení tohoto cíle je nezbytné, aby mezi pacientem a lékařem panoval vztah důvěry a spolupráce, na jehož vytváření se pacient podílí přinejmenším z poloviny.

Postavení pacienta a jeho práva

Postavení pacienta a jeho práva je obsaženo v Etickém kodexu Práva pacientů, který navrhla, definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR dne 25. 2. 1992. Podle něj má každý pacient:

- právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují.
- právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení tohoto způsobu návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů;
- právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral;
- právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, popřípadě tam převezen poté, co mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit;

- právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče;
- právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí;
- právo na citlivou péči v závěru pacientova života od všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony;
- právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád).

Závěrem je potřeba znovu konstatovat, že k úspěšnému vyléčení každého pacienta, a tedy i bezdomovce, je potřeba vyvarovat se zbytečných konfliktů a nedorozumění se zdravotnickým personálem a přistupovat k léčbě s aktivním zájmem o své zdraví a důvěrou ve schopnosti a odbornost lékařů a ošetrovatelského personálu. Předpokladem úspěšné léčby je totiž navázání vzájemného vztahu důvěry a spolupráce mezi pacientem a lékařským personálem. A podaří-li se přimět všechny bezdomovce ke spolupráci na odstranění, nebo alespoň minimalizaci všech negativních kliše, které se o nich tradují,lepší se i dnes zdaleka ne ideální vztah bezdomovci versus zdravotnický personál.

III. Výskyt tuberkulózy v 21. století a problematika bezdomovství v ČR

L. Trnka

Národní jednotka dohledu nad tuberkulózou, Fakultní nemocnice Na Bulovce, Praha

Jednou z nejzávažnějších nemocí dávanou do vztahu k sociální nouzi a vůbec k sociálním faktorům je **tuberkulóza**, v krásné literatuře někdy nazývaná „nemocí chudých“. Jedním z příkladů sociálně marginální části populace jsou **bezdomovci**. Pokusme se charakterizovat vzájemný vztah a určit jeho příčiny, a to z hlediska očekávaného vývoje v tomto století. Nemůžeme se přitom vyhnout výkladu některých zcela základních pojmů patogeneze tuberkulózy, které jsou pro porozumění vztahu nezbytné.

Tuberkulóza (TB) je prastaré celosvětově rozšířené infekční onemocnění postihující v současné době všechny země světa bez výjimky. Přestože od objevení jejího původce uplynulo již bezmála 150 roků a že již před více než 20 roky byla TB prohlášena celosvětově za „globální ohrožení“, což mělo za následek výrazné zintenzivnění globálního boje proti této nemoci, zůstává nadále **jedna třetina lidstva této planety** infikována tuberkulózními bacily, ročně se na světě zjišťuje **kolem 8 milionů** nových onemocnění TB a **přibližně 3 miliony** osob na TB ročně umírá. Co horšího, v řadě zemí se hrozivé údaje v posledních letech nezměnily, naopak byly zjištěny nové závažné formy TB vzdorující účinné léčbě (MDR – „multidrug resistance“) a zvláště pak formy rozšířené rezistence (XDR-TB – „extended drug resistance TB“), které jsou pouze obtížně léčitelné.

Původcem TB jsou **patogenní, pro člověka virulentní** kmeny druhů mykobakterií, souborně označovaných jako *Mycobacterium tuberculosis complex*. Zahrnují druhy *M. tuberculosis*, *M. bovis* a *M. africanum*, někde jsou mezi započítávány i druhy *M. microti* a *M. canettii*. Tyto druhy pomalu rostoucích mykobakterií je nutno odlišovat od druhů mykobakterií nacházejících se obvykle v **zevním prostředí** (environmentální, podmíněně patogenní, nebo dříve označované za atypické mykobakterie), a od rychle se pomnožujících **saprofytických** mykobakterií, které nejsou pro člověka přímo patogenní, jak bude uvedeno dále.

Přenos mykobakterií *M. tuberculosis complex* (**tuberkulózních bacilů**) se **děje z člověka na člověka** vdechnutím aerosolu expektorátu (výměšku kašle z dýchacích cest), obsahujícího tuberkulózní bacily. Zdrojem je zpravidla nemocný TB, který vykašlává tuberkulózní bacily, příjemce (kontakt) pak osoba nacházející se v jeho okolí, která aerosol obsahující tuberkulózní bacily vdechuje. Dnes již vzácně může dojít k přenosu tuberkulózních bacilů i požitím mléka obsahujícího původce infekce v zemích, kde je TB rozšířena u dobytka (jedná se hlavně o rozvojové země). Možnost kontaktu s infekčním zdrojem a způsob vniknutí tuberkulózních bacilů do organismu příjemce se označuje jako **expoze**.

Daleko nejčastější je **aerogenní přenos infekce**. Pravděpodobnost nakazit se TB stoupá délkou kontaktu se zdrojem a počtem tuberkulózních bacilů ve vdechovaném aerosolu. Proto jsou pro expozici závažnější uzavřené, špatně větrané místnosti, než kontakt se zdrojem venku, navíc za větrného počasí. Rovněž krátkodobý kontakt v uzavřeném prostoru sice může způsobit infekci, je však málo pravděpodobný. Za dolní hranici nezbytné kumulativní doby expozice se považuje alespoň **8hodinový kontakt** se silně infekčním zdrojem (vylučujícím velký počet tuberkulózních bacilů), nebo alespoň **40hodinový kontakt** se zdrojem vylučujícím menší počet tuberkulózních bacilů.

Jsou-li tuberkulózní bacily vykašlané zdrojem TB vdechnuty okolními osobami (kontakty), dostanou se na sliznice dýchacího ústrojí, odkud mohou být mechanickými bariérami odstraněny. Jestliže jde o intenzivní expozici, mohou se dostat až do dolních částí dýchacího ústrojí, tam se usídlit a pomnožit. Nedojde-li k jejich odstranění, reaguje organismus hostitele na jejich přítomnost tvorbou primárního ložiska, které

podmiňuje imunobiologické změny v organismu hostitele. Dochází tak k **TB infekci (latentní primární TB infekci – LTBI)**.

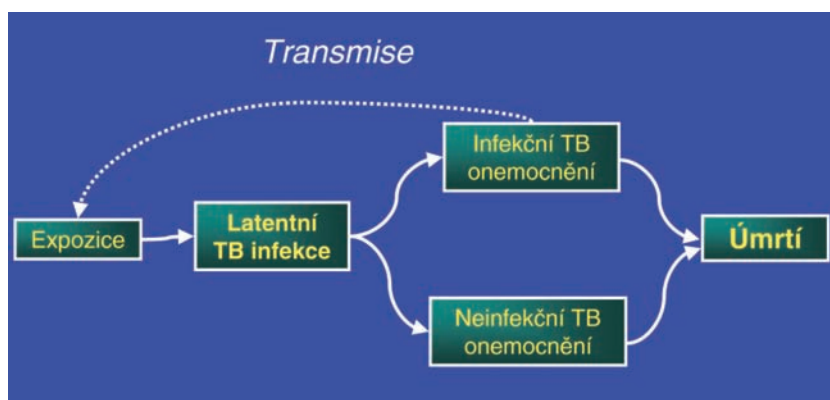
Z hlediska patogeneze TB jde o **velmi důležitý stav**. Znamená, že v infikovaném organismu přežívá **malý počet živých tuberkulózních bacilů**, obvykle v metabolicky oslabeném stavu. To sice nestačí ke vzniku TB onemocnění, ani není spojeno s klinickými příznaky. Jedinou známkou TB infekce je **pozitivní tuberkulínová kožní zkouška** jako známka přecitlivělosti prodlouženého typu na produkty tuberkulózních bacilů. **LTBI je však nezbytnou podmínkou pro vznik TB onemocnění**. Může k tomu dojít buď tak, že oslabením obranných schopností hostitele (závažným souběžným onemocněním, používáním návykových látek atd.) dojde k pomnožení v organismu usídlených tuberkulózních bacilů (**endogenní exacerbace**), nebo může dojít k nové expozici a vdechnutí tuberkulózních bacilů v dostatečném množství (**exogenní superinfekce**). V obou případech se počet v organismu přítomných tuberkulózních bacilů výrazně zvýší a tím dojde k vývoji **TB onemocnění**.

V sociálně marginálních podmínkách může dojít **ke snadnější expozici a vzniku LTBI**, navíc u osob s LTBI s oslabenými obrannými schopnostmi v důsledku nevhodných hygienických návyků a způsobu a podmínek života jsou vytvořeny příznivé podmínky pro vznik TB onemocnění ať již endogenní exacerbací nebo exogenní superinfekcí.

Ke vzniku TB onemocnění však nedojde u všech osob s LTBI – v průběhu celého života pouze u 2–10 % z nich, a to ještě nejčastěji v průběhu 1–2 roků po infekci – a to právě u těch, u kterých vznikají podmínky popsané v předchozích odstavcích. Proto je pravdou, že jedna třetina lidstva má LTBI, ale pouze část z nich onemocní TB a že rozsah této části odvisí od souhry nepříznivých podmínek, mezi kterými sociální nepříznivé faktory jsou nesporně důležité.

U neléčeného TB onemocnění dochází k postupnému zhoršování, které končí **TB úmrtím**. Názorně to bylo doloženo výsledky dnes již historické, ale mimořádně důležité studie provedené v době **před** zavedením účinné léčby TB v Indii. Skupina TB nemocných vylučujících velký počet tuberkulózních bacilů byla sledována po dobu 5 roků. Během této doby **nebyla léčena**, protože účinné léky nebyly v té době k dispozici. Ukázalo se, že **40 % z nich zemřelo na TB**, u dalších **40 % docházelo k postupnému zhoršování stavu střídáním období zhoršování a zlepšování**, a u **20 % došlo dokonce k samovolnému vyléčení**. Ne všichni TB nemocní zemřou na TB. Jejich počet odvisí nejen od účinné léčby, která úmrtnost výrazně snížila, ale může být nepříznivě ovlivněn řadou faktorů, včetně sociálních.

Schematicky je patogeneze TB a její součásti (expozice, infekce, onemocnění a úmrtí) znázorněna na obrázku III.1.



Obr. III.1 Patogeneze tuberkulózy

Na rozdíl od patogeneze TB způsobené tuberkulózními bacily (*M. tuberculosis complex*) se patogeneze **mykobakterií jiných než TB (MOTT)** způsobených různými druhy mykobakterií nacházejících se obvykle v zevním prostředí (půda, voda) vyznačuje tím, že u nich dochází k infekci exponovaných osob zejména tehdy, **jestliže exponovaná osoba má sníženou činnost obranných mechanismů**, která umožní usídlení původců onemocnění. Další průběh pak již odpovídá TB. O infekci MOTT je možno se přesvědčit

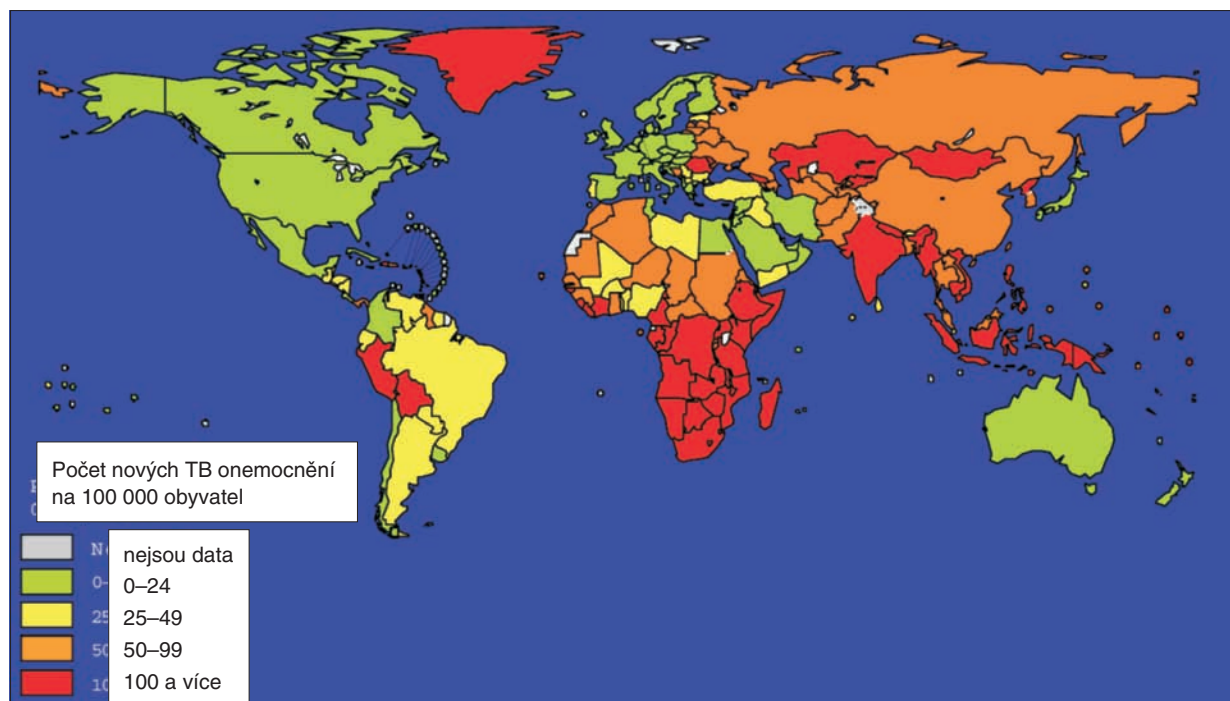
kožní zkouškou – tuberkulíny připravenými z druhů environmentálních mykobakterií předpokládaných jako původci infekce. U MOTT nedochází rovněž k přenosu původců od zdroje na kontakt, ale je nutná přítomnost prostředí, ve kterém se environmentální mykobakterie běžně nacházejí. Příkladem mohou být infekce způsobené *M. kansasii* nacházející se v užitkové vodě, kterou používají horníci ke každodennímu sprchování, zejména trpí-li souběžně onemocněním snižujícím obranyschopnost organismu (silikóza atd).

Saprofytické druhy mykobakterií pak nejsou patogenní a pro člověka virulentní. Nepůsobují jeho infekci ani onemocnění.

Z patogeneze TB je odvozena její **epidemiologie** a **ukazatelé sledující její vývoj**. Základním ukazatelem vývoje TB byla po dlouhou dobu **úmrtnost (mortalita)**. Byla snadno, leč ne zcela přesně, zjištělná. Obvyklým zdrojem údajů byly dokumenty o prohlídce zemřelých. Význam tohoto ukazatele byl značně snížen tím, že ve druhé polovině minulého století se stala TB **léčitelnou nemocí**. Používání účinných léků značně snížilo úmrtnost na TB, neovlivnilo však její nemocnost. Ta mohla být systematicky a objektivně sledována teprve zavedením **povinného hlášení nových TB onemocnění a recidiv TB**, k čemuž u nás došlo počátkem padesátých let minulého století. Zhruba za deset let po zavedení ze zákona povinného hlášení byl ustaven **Registr TB**, který shromažďuje údaje z celé ČR a vydává výstupní sestavy k analytickému hodnocení. To teprve umožnilo posuzovat vývoj nemocnosti nejen globálně, ale i z celé řady dílčích aspektů (geografické rozdělení, věkové rozdělení, podíl cizinců, výskyt jednotlivých forem TB atd.). Cenné jsou v tomto ohledu roční přehledy vydávané v tabulkové a grafické formě Ústavem pro zdravotnické informace a statistiku Ministerstva zdravotnictví ČR.

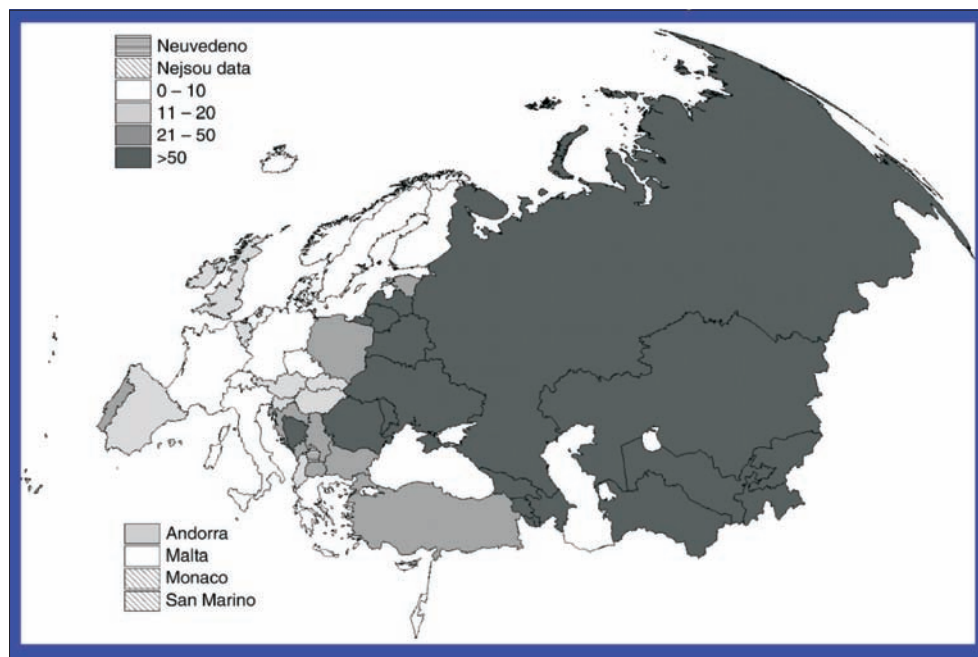
Celosvětové rozšíření TB si vynutilo intenzivní mezinárodní spolupráci a kontrolu, která je v posledních padesáti letech organizována zejména Mezinárodní Unií proti TB a plicním nemocem (IUATLD) a zejména Světovou zdravotnickou organizací, v posledních letech i výzkumnou skupinou EuroTB, podporovanou Evropskou Unií. Tyto organizace shromažďují epidemiologická data z jednotlivých zemí, **kontrolují jejich validitu** a vydávají porovnatelné přehledy umožňující posoudit účinnost boje proti TB v jednotlivých zemích. Z analytických hodnocení pak je také možné odvážit se i prognostických odhadů.

Z výše uvedených zdrojů vyplývá přehled o **nemocnosti (morbidity) TB** na světě v roce 2005, jak jej lze odvodit z počtu povinně hlášených nových onemocnění TB. Je uveden na obrázku III.2.



Obr. III.2 Tuberkulóza ve světě v r. 2005

Z obrázku III.2 je patrné, že nejvyšší výskyt TB byl i v roce 2005 soustředěn na jižní části Afriky, jihovýchodní Asii a větší části východní Evropy. Až desetkrát menší počet TB byl hlášen v západní Evropě, zejména ve Skandinávských zemích a v Severní Americe. Podrobnější rozčlenění Evropy ukazuje obrázek III.3.



Obr. III.3 Tuberkulóza v Evropě v r. 2005

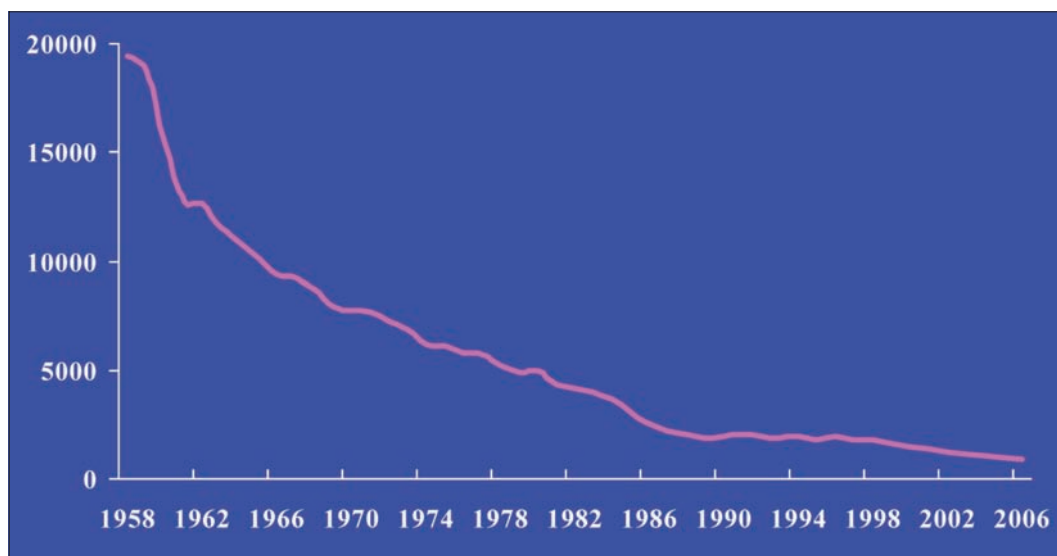
Na obrázku III.3 je možné rozlišit tři skupiny (západní, do které patří i ČR, střední, zahrnující převážně balkánské země a skupinu zemí východní Evropy), které se odlišují výrazně nejen počty hlášených nových onemocnění, ale zejména i tím, že zatímco tendence v západní Evropě je mírně klesající, ve střední skupině stagnuje, ve Východní Evropě nadále stoupá.

V České republice bylo v roce 2006 (podle předběžných údajů k 8. 3. 2007) hlášeno celkem 891 nových TB onemocnění (všech forem a lokalizací), což vztaženo na 100 000 obyvatel představuje počet **nižší než 10**, považovaný mezinárodně za kritérium účinnosti kontroly TB.

Celkový vývoj v počtu hlášených nových onemocnění a recidiv TB v ČR za posledních téměř 50 roků (od roku 1958) je uveden na obrázku III.4.

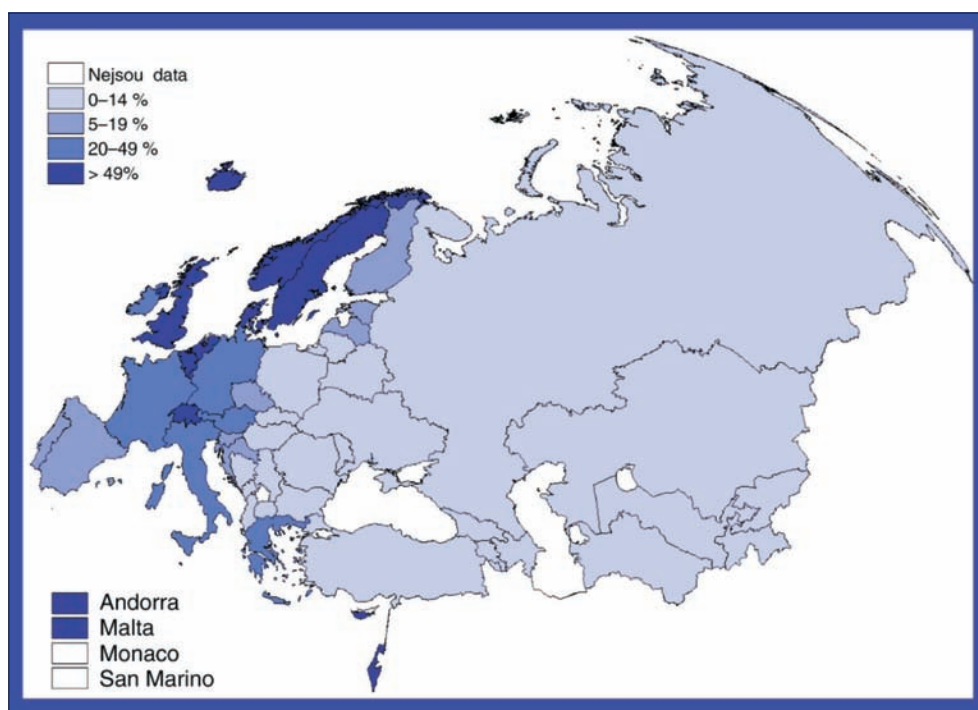
Z obrázku III.4 je patrné, že v době zavádění a rozkvětu účinné antituberkulotické léčby (v 60. a 70. letech minulého století) docházelo u nás k poměrně výraznému **poklesu** počtu nově hlášených TB onemocnění. Tento pokles byl vystřídán **stagnací** po většinu 90. let 20. století. Stagnace epidemiologického ukazatele TB nemoci byla pro nás v podstatě příznivá, protože ve většině ostatních zemí, včetně USA, došlo v té době ke vzestupu počtu nových TB onemocnění. Důvodem, jak bylo později prokázáno, byla pandemie HIV/AIDS, která se v té době šířila celých světem, dále masová migrace obyvatelstva (zejména z Jižní a Střední Ameriky do její severní části), v neposlední míře i snaha o ekonomické úspory, která v řadě zemí byla uplatňována necitelně.

Zhruba od roku 1998 pozorujeme u nás opět roční pokles v počtu hlášených nových onemocnění, který sice není tak výrazný jako v první části minulého století, ale přetrvává (o 3–5%) až do současnosti. Při bližší analýze údajů TB nemoci je patrné, že u nás má výraznou převahu **TB plic**, která postihuje přibližně **2krát častěji muže než ženy**.



Obr. III.4 Notifikace tuberkulózy v ČR v r. 1958–2006

Podíl mimoplicních forem a MOTT nepřesahuje výrazněji 10 % počtu plicní TB. Prognosticky důležitý je **počet cizinců (osob narozených mimo ČR)**, u kterých byla zjištěna nová TB onemocnění. V ČR zatím tento podíl nepřekročil 15 % (kolísá mezi 10–14 %). Výrazně se liší od sousedního Rakouska, kde tvoří třetinu nově hlášených TB onemocnění, zejména pak od Německa, kde se již cizinci podílejí na TB nemoci až 50 %, v Holandsku až 60 %. Vyšší zastoupení cizinců (osob narozených mimo danou zemi) na nemoci TB v západní Evropě názorně ukazuje obrázek III.5 z materiálu EuroTB. Imigrace ze zemí s vysokou nemocností TB je při tom nesporně hlavní příčinou.



Obr. III.5 Tuberkulóza u cizinců

Důležitým rysem nově zjištěných TB onemocnění je jejich **věkové rozčlenění**. V zemích s příznivou situací je TB zjišťována převážně u žen a mužů starších 60 roků, u dětí a mladistvých se nevyskytuje, nebo je zjišťována v rodinách imigrantů nebo sociálně slabých. To je také situace v ČR.

TB úmrtnost je u nás nadále nízká, v posledních třech letech nepřekročila 0,5/100 000 obyvatel, což představuje 50–60 zemřelých na TB ročně.

Máme-li si z dosavadních poznatků představit **vývoj situace TB v budoucích letech nebo dokonce desetiletí**, lze s velkou mírou jistoty očekávat, **že se nebude odlišovat od vývoje v ostatních zdravotnický vyspělých zemích, kde TB je pod kontrolou**. Jejich problémy budou shodné s našimi. Nedojde-li k neočekávaným mimořádně nepříznivým událostem, můžeme počítat s postupným snižováním TB nemoci při přetrvávající nízké TB mortalitě. V budoucích desetiletích (možná v průběhu celého století) však ještě **nemůžeme očekávat**, že TB by u nás byla **vymýcena (eliminována)**. Tak je totiž definován stav, kdy je **zjišťováno ročně méně než 1 nové onemocnění na 1 milion populace**. Důvody jsou alespoň dva.

Tím prvním je skutečnost, že našimi blízkými sousedy na východní části Evropy jsou země, kde výskyt TB je mnohem vyšší. Ta, jak je známo, nezná hranic. Jde o problém **imigrace**, který byl vzpomenut již výše, a který bude rozveden dále. Umožňuje expozici a TB infekci jakož i vývoj TB onemocnění exogenní superinfekcí. V menší míře se tento způsob uplatňuje i pokud se týká dalších zemí s vysokým výskytem TB. Proto v Německu je při vyšetřování kontaktů brán i tento aspekt v úvahu.

Druhý důvod vyplývá z toho, co bylo řečeno výše o možnosti vzniku nových TB onemocnění endogenní exacerbací. Celé generace naší populace byly po řadu let exponovány jako kontakty s TB infekcí ze známých a neznámých zdrojů. Došlo u nich ke vzniku LTBI, která se však nijak neprojevila. Stav by trval až do smrti infikovaného (z jiné příčiny než TB). Objevily se však nepříznivé okolnosti, které podminily vývoj TB onemocnění endogenní exacerbací. **Jednou** z těchto nepříznivých okolností je **stav sociální nouze** a všech-ny z toho vyplývající problémy. Jak výše uvedeno, jsou bezdomovci příkladem této části naší populace.

Jsou oba již nyní známé důvody komplikující možnost eliminace TB skutečně závažné?

Pokud jde o imigraci, z údajů Dobiášové vyplývá, že v polovině roku 2006 evidovalo Ředitelství služby cizinecké a pohraniční policie Ministerstva vnitra ČR téměř 300 000 **cizinců**. Z nich mělo 126 000 trvalý pobyt. Počet ilegálních imigrantů pochopitelně není znám. Třetinu evidovaných cizinců představovali občané Ukrajiny, dále občané Slovenska a Vietnamu. Jde převážně o občany přicházející ze zemí s vyšší nemocností TB než je v ČR.

Pokud jde o zjišťování TB onemocnění, je u osob **žádajících u nás o azyl** nařízeno, že u všech musí být provedeno do jednoho měsíce po příchodu k nám rentgenologické vyšetření hrudníku. Při zjištění patologického nálezu jsou ihned předáni k nemocničnímu vyšetření a v případě zjištění TB onemocnění k ústavní léčbě. U ostatních cizinců bez povolení trvalého pobytu (převážně ilegálních) platí obdobné tehdy, jsou-li zajištěni Policií ČR. I když nelze obecně předpokládat, že kontakt mezi nově přicházejícími imigranty a ostatním obyvatelstvem byl alespoň v první době po imigraci tak intenzivní, jak předpokládají kritéria uvedená na počátku tohoto článku, je nesporně příznivé, že je tak dána možnost vyhledání neznámých zdrojů TB. Problémem však nadále zůstávají **ilegální imigranti** z prakticky stejných teritorií. Možnost vyhledání TB zdrojů mezi nimi, jakož i průběžné vyšetřování všech imigrantů přicházejících ze zemí s vysokým výskytem TB v průběhu jejich pobytu u nás, by bylo nesporně prospěšné.

Bezdomovci představují podle Bartáka (2004) souhrnné označení pro heterogenní populační skupinu zahrnující viditelné bezdomovce, tj. osoby, které spí venku, osoby, které v důsledku nemožnosti zajistit si jiné bydlení žijí v ubytovacích kapacitách pro bezdomovce, ale také osoby, jejichž bydlení je nejisté, rovněž osoby, které žijí v podmínkách neodpovídajících minimálním standardům bydlení a danému kulturnímu a sociálnímu prostředí. Bezdomovství je tak charakterizováno jednak stavem sociální nouze, jednak mobilitou bezdomovců podmíněnou absencí trvalého bydlení. Z toho se odvozují i problémy s dodržováním osobní hygieny a celkový negativní přístup k vlastnímu zdraví.

Od roku 2002 bylo v Praze a později i Ústeckém, Ostravském a Brněnském kraji prováděno aktivní motivované vyhledávání TB onemocnění mezi těmi bezdomovci, kteří využívají služeb nestátních charitativních organizací (Armáda spásy, Naděje, Charita, Červený kříž atd.). Bezdomovci – klienti těchto orga-

nizací – byli pozváni k odbornému vyšetření, jehož součástí bylo rtg vyšetření plic. Osoby s podezřelým nálezem byli přešetřeni na odborných odděleních nemocnic (hospitalizováni) a v případě zjištění TB jim byla zařízena bezplatná léčba v odborných zařízeních. Počet vyšetřených, hospitalizovaných a zjištěných TB, jakožto zjištěných jiných onemocnění dýchacího ústrojí během šetření v Praze v letech 2002–2006, je uveden na obrázku III.6.

Rok	Počet rtg vyšetření	Hospitalizováno	TB	Nespecifik. onemocnění
2002	946	17	9	8
2003	1029	15	5	10
2004	1585	9	7	2
2005	607	2	1	1
2006	382	4	2	2
Celkem	4549	47	24	23

Obr. III.6 *Aktivní motivované vyhledávání tuberkulózy u bezdomovců v Praze*

Odhad celkového počtu bezdomovců v Praze je nejvýše 6000. Z uvedených údajů vyplývá, že v průběhu studie jich byla vyšetřena pravděpodobně větší polovina. Bylo zjištěno 24 TB onemocnění. To představuje výskyt zhruba 100 nových TB onemocnění na 100 000 bezdomovců ročně. Výskyt TB v této skupině je tudíž průměrně **10krát častější** než u celkové populace. Bezdomovce proto lze řadit mezi skupiny s **vyšším rizikem onemocnění TB (rizikové skupiny)**.

Na **TB rizikové skupiny** bude zapotřebí soustředit aktivní metody kontroly TB v budoucích letech. To je podmínkou, aby při zachování dosavadní úrovně kontroly TB u stabilizované části populace byly i z hlediska rizikových skupin vytvořeny předpoklady pro co nejvýraznější snižování nemocnosti a tím i pro zkrácení doby do tak očekávané eliminace TB.

IV. Psychologická krizová intervence pro osoby bez přístřeší

H. Vidovičová

Pojem krize, typy krizí

Krizí označujeme takovou zátěžovou situaci v životě jedince, kterou se mu nedaří zvládnout navykklým způsobem a s využitím obvyklých zdrojů opory. Vymětal (1992) definuje krizi jako stav, který nastává po střetu s překážkou, kterou nejsme s to vlastními silami zvládnout v přijatelném čase a navykklým způsobem.

Krise sama o sobě není ničím patologickým, do lidského života opakované krize patří a stávají se úhelnými kameny našeho růstu a zrání. Krize přicházejí v obdobích nečekaného akutního stresu, v době překonávání důležitých vývojových mezníků v životě, krize přicházejí po prožitku psychického traumatu nebo v souvislosti se somatickým či duševním onemocněním. Vyvolávajícím činitelem krize nemusí být vždy jen události vnímané jako negativní. Ke krizi mohou vést i pozitivně vnímané události (vstup do manželství, narození dítěte), které vedou k zásadním změnám v životě člověka.

Často se používá dělení jednotlivých typů krizí podle Baldwina:

- *Krise situační* je vyvolána nepředvídatelným stresem, přispívají k ní především zevní faktory. Jako typický příklad lze uvést významnou ztrátu nebo hrozící ztrátu, zásadní životní změny (týkající se například zaměstnání, rodinného života, bydliště) či nutnost nějaké zásadní volby.
- *Tranzitorní krizí* nazýváme krizi související s přechodem z určité vývojové fáze jedince či rodiny do dalšího. Příkladem může být krize v adolescenci, krize při narození dítěte.
- *Krise v souvislosti s náhlým traumatickým stresem* je vyvolána takovým vnějším stresorem, který je zcela neočekávaný a klient nad ním nemá žádnou kontrolu (např. stane-li se klient obětí násilného trestného činu nebo přírodní katastrofy).
- *Vývojová krize* přichází tam, kde se musí člověk vyrovnat s nějakými důležitými otázkami pro další vývoj, často to bývá v případě, kdy nebyla úspěšně vyřešena příslušná etapa vývoje a tranzitorní krize s ní související.
- *Krise v souvislosti s psychopatologií* popisujeme jako zvláštní typ krize u lidí s duševní poruchou. Jejich samostatné vyčlenění je vhodné hlavně proto, že klienti jsou již primárně oslabeni, jejich schopnost zvládat obtížné situace bývá nižší a často mohou být v krizi ohroženi relapsem základního onemocnění.

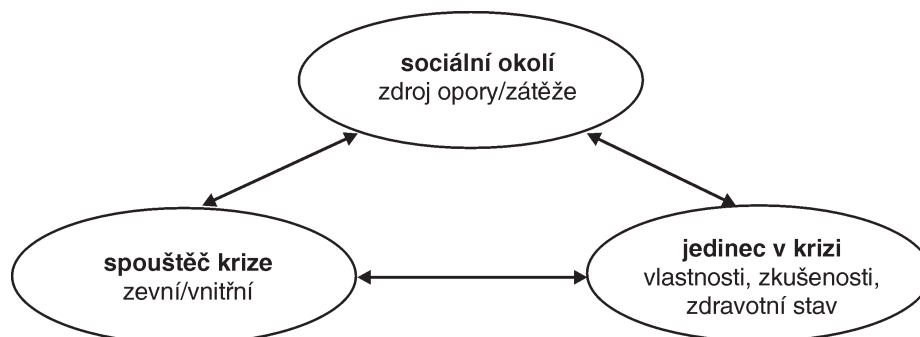
Jako zvláštní skupina bývají uváděny *neodkladné krizové stavy* (psychiatrické neodkladnosti) – akutní psychózy, sebevražedné chování nebo ohrožování okolí, intoxikace drogami či alkoholem, zvýšená impulzivita, agresivita.

Co se v průběhu krize s člověkem děje? Nejdříve se většinou objevuje úzkost v reakci na spouštějící stresor, jedinec se snaží využít již dříve osvědčených mechanismů vyrovnání s obtížnou situací, hledá zdroje opory ve svém blízkém sociálním okolí. Pokud se řešení nepodaří tímto způsobem dosáhnout, pocit ohrožení se zvyšuje a často se objevuje bezmoc a pocit ztráty kontroly nad situací. Jedinec dále zkouší – většinou se uchyluje k novým, experimentálním způsobům řešení, improvizuje. Může se pokoušet o změnu pohledu na svou situaci, přijímá rozhodnutí, může vyhledat odbornou pomoc. Pokud se ani rozšíření dosavadního repertoáru zvládnutí zátěže neukáže jako účinné, ohrožení jedince narůstá. Dochází k psychologické dezorganizaci, k výrazným projevům úzkosti, hlubokým emočním výkyvům. Tato fáze může vést k projevům rezignace nebo k různým psychopatologickým příznakům, stejně jako k (psycho)somatickým obtížím.

Na duševní krizi jedince nelze pohlížet izolovaně a její průběh vnímat jako uniformní. Do interakce vždy vstupuje více faktorů; pro zjednodušení uvedeme tři hlavní – tedy:

- *spouštěč* jako aktuální zevní stresor nebo vývojový úkol,
- *samotný jedinec v krizi* se svými osobnostními vlastnostmi, dřívějšími zkušenostmi, navykklými/naučnými postoji a chováním, popřípadě přítomnou psychopatologií či somatickou zátěží, a konečně

- *sociální okolí jedince*, které může být zdrojem opory ať neformální (rodina, přátelé, kolegové), nebo institucionalizované. Samozřejmě, že toto sociální prostředí může být ovšem i zdrojem zátěže či vlastního krizového spouštěče. Uvedené faktory je třeba posuzovat individuálně a zmapovat je při práci s konkrétním klientem v krizi.



Obr. IV.1 Interakce hlavních faktorů v krizi

Jak bylo uvedeno výše, krize sama o sobě nepředstavuje patologii. Člověk, který jí prochází, ji však obvykle vnímá jako ohrožení. Jaká jsou tedy možná zakončení či vyústění krize?

V akutní krizi se člověk dostává do relativně labilního stavu, staré a osvědčené postupy nefungují, život se určitým způsobem změnil a jedinec je vychýlen ze své dosavadní rovnováhy. V případě, že se mu podaří krizi úspěšně překonat, může dosáhnout nové rovnováhy, potvrdit si vlastní kompetenci, integrovat negativní prožitky, adaptovat se na novou životní situaci, rozšířit si svůj repertoár zvládání obtížných situací. Lze říci, že využil růstový potenciál, který v sobě krize skrývá.

Pokud se to z nějakého důvodu nedaří, může dojít k chronifikaci krize i jejích doprovodných projevů ať již psychických, somatických či sociálních. Za určitých okolností může dojít i k akutnímu nepříznivému vyústění krize, například ve smyslu sebevražedného jednání.

Krizová intervence, její principy a cíle

Krizová intervence je forma pomoci osobám v krizi, která má určité charakteristické znaky a má své cíle. Podle Vodáčkové a kol. (2002) je krizová intervence „odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jinak kontraproduktivní tendence v jeho chování.“

Krizová intervence může mít různé formy. Může být poskytována tváří v tvář, a to buď v přímo v prostředí klienta, tedy v terénu, nebo ve specializovaném zařízení – krizovém centru. **Krizová centra** nabízejí ambulantní konzultace, některá z nich mají k dispozici i omezený počet lůžek pro krátkodobé pobyty. Výjezdové služby krizových center pro všeobecnou populaci v současnosti neexistují.

Kromě osobní konzultace s pracovníkem poskytujícím krizovou intervenci je možná i konzultace telefonická. Tu nabízejí různé linky důvěry, mnoho z nich pracuje v nonstop režimu a zaměřují se na celou populaci, jiné se věnují jen konkrétní problematice nebo mají omezené provozní hodiny. Novější možností je pomoc po internetu.

Krizová intervence se řídí určitými principy:

- Jak vyplývá z obrázku IV.1, je potřeba mít při poskytování krizové intervence na paměti, že krize je zcela individuální zkušenost, kterou nelze redukovat na prostou a předvídatelnou reakci na spouštěcí podnět. Podobně i intervence musí být šita na míru konkrétnímu klientovi.
- Při poskytování krizové intervence se orientujeme na problém, s nímž klient přichází – se situací zacházíme teď a tady. Ujasnění toho, co je hlavní problém – jaká je tedy zakázka klienta – je důležitou součástí krizové intervence. Hlavním ohniskem našeho zájmu je problém, který klient přináší, situace,

která bezprostředně přispěla k jeho vzniku. Časově je to období nedlouho před vznikem krize a orientace na blízkou budoucnost.

- Krizová intervence neznamená, že se pokoušíme problém vyřešit za našeho klienta. Žádoucí je, aby v řešení svého problému vyvíjel maximální aktivitu klient sám. Při poskytování krizové intervence jsme mu spíše než experty průvodci, tvůrci bezpečného prostředí pro hledání řešení, nebo lidmi, kteří pomáhají otevírat dosud uzavřené možnosti řešení. Toto pravidlo má ovšem za určitých okolností svá odůvodněná omezení, která budou probrána dále.
- V rámci krizové intervence je důležité neomezit se pouze na vnímání psychiky jednotlivého klienta, ale vnímat klienta v celém biopsychosociálním kontextu – tedy jako člověka s jeho somatickou a psychickou stránkou, který žije v určitém sociálním okolí a v určitých materiálních podmínkách.
- Trvání krizové intervence je omezeno v čase, obvykle jde o několik setkání (obvykle do 6 setkání) nebo několikadenní hospitalizaci v zařízení krizové intervence (nejčastěji do 5 dnů). Telefonická krizová intervence může sestávat z jediného telefonátu, nebo je možný opakovaný kontakt na linku důvěry.

Cílem krizové intervence je poskytnout klientovi bezpečný rámec, v němž může otevřeně popsat svůj problém, ventilovat emoce s ním spojené, hledat cesty jeho řešení, předejít nekonstruktivním strategiím zacházení s krizí, jako je vyhýbavé chování, agrese vůči sobě či okolí, nebo uchylování se k návykovým látkám. Člověk v krizi se může dostat do stavu určitého tunelového vidění. Pokud si představíme člověka sevřeného úzkostí z toho, co bude dál, jeho vnímání skutečnosti lze přirovnat ke koni, který má klapky na očích. Vidí jen přímo před sebe, možné cesty po stranách zorného pole není schopen vnímat. V rámci krizové intervence je vhodné krajinu prozkoumat a zorné pole klientovi pomoci rozšířit.

Při krizové intervenci tváří v tvář je potřeba zajistit klidné bezpečné prostředí a dostatek času. Samozřejmostí je vlídné zdvořilé vystupování; klient musí vědět, s kým mluví. Vyslechneme problém, s kterým přichází, při prvním kontaktu je vhodné zpočátku klienta příliš nepřerušovat. Nejprve především nasloucháme, můžeme občas krátce zrekapitulovat slyšené, abychom si ujasnili, zda správně rozumíme. Pokud je projev klienta naplněn emocemi, dáme prostor pro jejich vyjádření a odreagování, poskytujeme empatii, pocit bezpečného přijetí. Doplnující otázky klademe otevřenou formou (tedy nikoli otázky typu ano/ne). Je třeba ujasnit si, v čem vidí klient svůj hlavní problém a co chce vlastně řešit – tzv. zakázka klienta. Někdy se může zdát pracovníkovi poskytujícímu krizovou intervenci zakázka zcela zřejmá, přesto je vhodné ověřit si, zda to, co vnímáme jako hlavní problém, stejně vnímá i klient.

V další části sezení se snažíme zmapovat problém konkrétněji – jak dlouho se rozvíjí, jaké okolnosti vedly k jeho prohlubování. Klient se bezpochyby snažil problém vyřešit vlastními silami, možná použil více možností řešení. Ty mohly být více či méně účinné; možná klient podobnou situaci zažil již v minulosti, jak tehdy dopadla? Společně s klientem mapujeme i možnost podpory ze strany jeho okolí – rodinných příslušníků, přátel, spolupracovníků. Má-li klient obavy z budoucnosti, je vhodné je konkretizovat – čeho se bojí, co může nastat (na denním světle „strašáci“ nepůsobí tak strašidelně, a dokonce je možné s nimi zcela konkrétně bojovat; dokud před nimi zavíráme oči, mají nad námi moc). Problém klienta je vhodné strukturovat, rozdělit jeho řešení na dílčí kroky. Klademe si malé realistické cíle.

Při kontaktu s klientem zvažujeme naléhavost jeho situace, možnost zajištění reálné podpory okolí (žije sám? kdo může být s ním?), zajištění základních potřeb. Poskytneme potřebný informační servis z oblasti zdravotní, právní a sociální i s kontakty na příslušná pracoviště.

Krizová intervence má své ohraničení v čase; v optimálním případě se klient zklidní, stenizuje a získává znovu pocit kontroly nad svou situací; adaptuje se na nezměnitelné, pracuje na tom, co změnit lze. Neprohlubují se žádné příznaky psychické dekompenzace, klient se cítí kompetentní svou situaci zvládnout.

Někdy nelze v krátké době dosáhnout takto uspokojivého řešení. Proto klientovi nabízíme pokračování další péče podle povahy problému, například psychoterapii, rodinnou terapii, psychiatrickou péči, obvykle již v jiném zařízení.

Specifika krizové intervence u lidí bez přístřeší

Krizová intervence u lidí bez domova se v zásadě řídí výše uvedenými zásadami, ale s ohledem na specifika klientů má i ona svá specifika. Bezpochyby je žádoucí, aby byla základní krizová intervence poskytována již v terénu pracovníky organizací, které se zabývají pomocí těmto lidem. Pozitivem takového uspořádání je jistě větší důvěra klienta ke člověku, který s ním již pracoval, i fakt, že pomoc dojde až za klientem do jeho prostředí. Problém klienta však může přesahovat rámec kompetence pracovníka v terénu. Může se ukázat jako vhodné či nutné klientovi doporučit odbornou krizovou pomoc na specializovaném pracovišti. Tato pracoviště bývají bezprahová, klienti je často vyhledávají spontánně i bez doporučení; pokud však již sociální nebo jiný terénní pracovník zjistí potřebu odborné krizové intervence u svého klienta, je určité vhodné se s příslušným pracovištěm spojit a klientův příchod avizovat.

Na pracovišti krizové intervence se pak klient setkává s některým ze členů krizového týmu, psychologem, psychiatrem, sestrou, sociálním pracovníkem, popř. jiným krizovým pracovníkem. Pracovník poskytující krizovou intervenci pak při práci s klientem nabízí bezpečí, podporu, společné hledání východiska, postupuje tedy podle zásad uvedených výše, s respektem ke specifikům konkrétního klienta a jeho sociální situace. Někdy však může dojít k určitým nedorozuměním, k problémům v komunikaci, a překážky mohou být na obou stranách.

Na základě předchozích zkušeností s lidmi, kteří se snažili například lůžkového krizového zařízení využít jako azylové ubytovny nebo místa, kde lze získat recept na návykové léky, a na základě pocitu zneužití pomoci takovými klienty mohou někteří pomáhající pracovníci při kontaktu s lidmi bez přístřeší narážet na své vlastní předsudky. Zde ale nezbývá, než se znovu a znovu, jak by tomu ostatně mělo být při práci s lidmi vždy, utvrzovat v tom, že každý klient je jedinečný a že rychlé soudy a nálepkování v krizové intervenci nemají své místo; v prevenci tohoto přístupu by měla svou roli sehrát týmová práce, intervize a supervize na pracovišti.

Někdy přicházející klient nemá představu o tom, co mu krizové pracoviště může nabídnout, co poskytuje, co je „v jeho moci“. Klient si může představovat, že mu můžeme zajistit zdarma ubytování, že ho nějak ochráníme, například před trestním stíháním apod. Zklamání pak může dávat zřetelně najevo. Jindy přichází klient intoxikovaný návykovou látkou, v takové situaci je samozřejmě intervence náročná, někdy prakticky nemožná. Je však dobré předpokládat, že lidé krizové služby nevyhledávají „jen tak“, je dobré klienta seznámit s možnostmi, které máme, nabídnout mu do budoucna opakovaný kontakt v případě potřeby. Vždy je také vhodné pátrat po tom, zda se u klienta neprojevují známky nějaké psychiatrické či somatické neodkladnosti (v této souvislosti jistě stojí za zmínku, že nejvíce dokonaných sebevražd je mezi rozvedenými muži staršího středního věku, kteří jsou nezaměstnaní a mají problémy s alkoholem).

Typy krizí u lidí bez přístřeší odpovídají výše uvedenému rozdělení; specifická situace nastává ve chvíli, kdy dosud ještě bydlící klient čelí hrozbě ztráty střechy nad hlavou (k této skutečnosti málokdy dojde ze dne na den), popřípadě ve chvíli, kdy se tato hrozba stane realitou. V době, kdy je klient ještě tzv. potenciálním bezdomovcem, přijímá krizovou i jinou pomoc obvykle ochotně, většinou ji sám vyhledává, mobilizuje své síly k tomu, aby odvrátil to, co mu hrozí. Většinou přitom řeší další související problémy – často rozpad partnerského vztahu nebo rodiny, dluhy, ztrátu zaměstnání.

Ani po ztrátě bydlení lidé nerezignují okamžitě. Neochota smířit se s bezdomovstvím, touha zvrátit situaci, znovu dát věci do pořádku, je v prvním období pro mnoho klientů dobrým hnacím motorem. Nevede-li však tato snaha k žádoucímu cíli, postupně se dostavuje rezignace, později už člověk realitu života „na ulici“ přijímá jako vlastní. V přijímání pomoci je pak pasivní, někdy i odmítavý.

V obecných zásadách vedení krizové intervence výše uvádíme snahu neřešit věci za klienta, spíše mu umožnit, aby svou situaci řešil sám. Obecně tato zásada platí, jsou ale klienti, u nichž rigidní lpění na nutnosti jejich vlastní iniciativy není na místě. Mohou to být jak lidé, kteří již na svou životní situaci do značné míry rezignovali – nechťejí už řešit příčiny a přicházejí pouze v případě, kdy obrazně řečeno „hoří“ – příčinu požáru však nemají chuť ani sílu odstraňovat. Mezi lidmi bez domova najdeme také hodně lidí, kteří na základě svého původního rodinného prostředí (či jeho absence), duševní poruchy, nebo třeba nižšího intelektu, nejsou schopni samostatně plnit některé nároky běžného života. Zde je vhodné míru nároků kladených na klienta zvažovat na základě posouzení jeho schopností a přizpůsobit tomu míru naší vlastní

aktivity. Často v takových případech balancujeme na tenké hranici mezi tím, abychom vhodným způsobem napomohli klientovi v řešení jeho situace a abychom nežádoucím způsobem nepodporovali pasivní a očekávající přístup, který by klientovi do budoucna spíše škodil.

Důležitým faktorem se v rámci poskytování krizové intervence může stát i somatický stav klienta. Lidé bez přístřeší častěji trpí některými somatickými onemocněními, často neléčenými či nedoléčenými; nezdědka se setkávají s odmítavým postojem u zdravotníků, který může vést k dalšímu zhoršení chronických problémů a rezignaci na vyhledávání zdravotní péče; často nejsou zdravotně pojištěni; proto je vhodné v rámci práce s klientem bez domova, být zaměřené spíše psychosociálně, věnovat pozornost i jeho somatickému stavu.

Opakovaně jsme se na Centru krizové intervence PL Bohnice setkali s lidmi bez domova, kteří vyhledali naši pomoc pro psychické potíže se zvládáním ztráty domova a jaksi „mimochodem“ se během jejich pobytu u nás projevíly velice vážné somatické příznaky. Biopsychosociální přístup v tomto případě pro nás znamená zachovávat skutečnou rovnováhu mezi sledováním psychické, sociální, ale i somatické situace klienta, která mohla uniknout pozornosti jiných odborníků, pokud je klient vůbec vyhledal.

Takzvaně na ulici samozřejmě žije i nemalý počet lidí s psychiatrickým onemocněním. Může jít o lidi s chronicky probíhajícím psychotickým onemocněním, ale i s dalšími poruchami; u „duševně zdravých“ lidí se v reakci na stres spojený se ztrátou domova rozvíjejí reaktivní psychické poruchy. V rámci krizového kontaktu je důležité zachytit známky případné duševní poruchy, zhodnotit její závažnost a to, jakou měrou přispívá k sociálnímu selhávání klienta a pokud možno zajistit přiměřenou léčbu. Zpozornět bychom měli v případě, že klient vykazuje známky paranoidity (pronásledují ho, spikli se, sledují ho), má halucinace (zjevně naslouchá něčemu, co my neslyšíme; hádá se s někým, kdo tu není). Výraznější výkyvy nálady, ať ve smyslu deprese (skleslost, apatie, naprostý nezájem, který může vést až k zanedbání základních životních potřeb) nebo mánie (nadměrná aktivita, zrychlené tempo, neusměrnitelnost, neschopnost spát). Intenzivní úzkost se může projevovat potížemi, které napodobují somatické onemocnění. Neměli bychom podcenit možnost sebevražedného jednání u klienta, který o sebevraždě hovoří. Častým problémem u lidí bez přístřeší je závislost na psychoaktivních látkách, ať už jde o alkohol či jiné návykové látky; u závislých na alkoholu se typicky objevují abstinenční příznaky při odnětí, často doprovázené epileptickými záchvaty, někdy se rozvine delirium. U drogově závislých může dojít k předávkování, při odnětí některých drog k nepříjemným odvykacím stavům, nebezpečné jsou toxické psychózy. Pokud zůstává závislost neléčena, je otázka úspěšného řešení ostatních problémů klienta vždy sporná.

Krizová intervence je často proces, který nekončí jedním kontaktem s klientem. Bývá obvyklé, že klient přichází opakovaně po dobu několika týdnů, někdy se ukáže, že je vhodná následná psychoterapie nebo jiná forma dlouhodobější pomoci či léčby. V průběhu krizové intervence často využíváme i orientace na to, co je v životě klienta v pořádku (rodina, práce aj.), takových pozitiv ale v životě člověka bez přístřeší nacházíme jen poskrovnu. Nejsme si jisti, zda klient dorazí na příští konzultaci. Lidem bez domova obvykle chybí podpůrná síť sociálních kontaktů (jako je rodina, přátelé, spolupracovníci), které jinak lidé v krizi využívají jako zdroje své opory (v rámci krizové intervence je v tom podporujeme). Je-li možné, aby úlohu stabilní podpůrné osoby v takové situaci do jisté míry převzal sociální pracovník, zlepšují se vyhlídky na udržení spolupráce i na zvládnutí krize.

Dostupnost krizových služeb pro lidi bez domova je samozřejmě dána situací v různých regionech, ale může být ovlivněna i tím, zda jde v případě toho kterého krizového zařízení o zařízení sociální či zdravotnické. U zdravotnických zařízení se předpokládá úhrada péče z prostředků zdravotního pojištění. Osoby, které jsou občany ČR, by měly být ze zákona pojištěny bez ohledu na to, zda si pojištění platí. Osobám, které pojištěny nejsou, je zdravotnické zařízení povinno poskytnout neodkladnou zdravotní péči.

Závěrem jen snad pár slov ke spektru služeb krizové intervence pro bezdomovce. Lidé bez přístřeší nebo lidé v ohrožení ztráty přístřeší, kteří služby krizových center v zátěžové situaci skutečně vyhledají, jsou pravděpodobně jen špičkou ledovce. Dostupnost krizových služeb se v jednotlivých regionech liší. Zřetelné rezervy jsou v poskytování terénní krizové intervence. V zahraničí existují týmy specializované na terénní krizovou práci s ohroženými populacemi a na aktivní vyhledávání osob, které takovou formu péče potřebují. Nepochybně by takové formy práce přinesly užitek i v našich podmínkách.

Kontakty na některá krizová centra a linky důvěry

Linka naděje Brno	547 212 333
Krizové centrum Brno	547 192 078
Linka důvěry České Budějovice	387 313 030
Linka důvěry Havířov	596 410 888
Linka důvěry Hodonín	518 341 111
Linka důvěry Kladno	312 684 444
Linka důvěry Kutná Hora	327 511 111
Linka důvěry Liberec	485 106 464
Linka duševní tísně Most	476 701 444
Linka důvěry Olomouc	585 414 600
Krizové centrum Olomouc	585 223 737
Linka důvěry Opava	553 616 407
Linka důvěry Ostrava	596 618 908
Krizové centrum Ostrava, Nádražní 196	596 110 883–5
Krizové centrum Arkáda, Písek, Husovo nám. 2	382 211 300, linka důvěry 382 222 300
Linka důvěry Plzeň	377 462 312
Krizové centrum Regionálního institutu duševního zdraví, Plzeň	377 462 314
Centrum krizové intervence, Praha 8, Ústavní 91	284 016 110, linka důvěry 284 016 666
RIAPS, Praha 3, Chelčického 39	222 586 768, linka důvěry 222 580 697
SOS centrum Diakonie, Praha 2, Belgická 22	222 521 912, linka důvěry 222 514 040
Linka důvěry Přerov	581 207 900
Linka naděje Sokolov	352 622 962
Centrum krizové intervence Spirála, Ústí n. L., K chatám 22	475 603 390
Linka důvěry Vsetín	571 413 300
Linka SOS Zlín	577 431 333
Linka důvěry Znojmo	515 220 202

Literatura

- BAŠTECKÁ, B. a kol. Terénní krizová práce. Praha, Grada Publishing 2005.
- BROWN, TM., PULLEN, IM., SCOTT, IF. Emergentní psychiatrie. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1992.
- HRADECKÝ I. Profily bezdomovství v České republice. Praha, Zpráva pro Evropskou observatoř bezdomovství 2005.
- KNOPPOVÁ, D. a kol. Telefonická krizová intervence. Praha, Remedium 1997.
- PRINZOVÁ, M. Problémy a situace bezdomovců. Brno, Závěrečná oborová práce FSS MU 2000.
- ŠPATENKOVÁ, N. a kol. Krizová intervence pro praxi. Praha, Grada Publishing 2004.
- Van WEEGHEL, J. a kol. Community Care and Psychiatric Rehabilitation. Utrecht, Trimbo Institute 2002.
- VODÁČKOVÁ, D. a kol. Krizová intervence. Praha, Portál 2002.
- VYMĚTAL, J. Úvod do psychoterapie. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1992.

V. Příklad krizové pomoci v azylovém zařízení pro matky s dětmi

J. Volná

Kapitola obsahuje definici krize, krizové intervence, a na pozadí kazuistiky klientky azylového domu pro matky s dětmi, která se ocitla v těžké životní situaci, uvádí možnosti krizové intervence. Příspěvek uvádí důvody nástupu klientů do azylových domů, uvádí tři základní spouštěče krize (ztráta, změna a volba) v návaznosti na nástup a pobyt v azylovém domě. Zmiňuje okolnosti průběhu krize, formy krize a krizové intervence, okolnosti vzniku krize u pracovníků azylových domů a výčet podmínek ke kvalitnímu výkonu práce v azylových domech.

Krize je situace, která je pro jedince nebezpečná, ohrožující a kterou není schopen zvládnout vlastními silami (srov. Baštecká, Goldmann, 2001, s. 275). Jestliže tedy osoba není schopna řešit situaci vlastními silami, potřebuje pomoc a podporu jiných. Hlavním zdrojem pomoci by měli být především ti nejbližší – rodina, přátelé, příbuzní, známí. Tyto neformální zdroje pomoci ale mohou zcela chybět, mohou být dysfunkční, mohou z různých důvodů selhávat, nebo právě zde může být spouštěč (precipitor) krize jedince. U většiny klientů azylových domů je třeba s tímto faktorem počítat. Je vysoce pravděpodobné, že pokud by bylo jejich rodinné zázemí funkční, řešili by svoji situaci jinak, než nástupem do azylového domu. Proto se začala postupně legitimizovat formální pomoc, tedy institucionalizovaná pomoc osobám v krizi, která bývá obvykle označována jako krizová intervence (Špatenková, 2004, s. 39).

Přijetím **zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách** získala krizová intervence legislativní oporu. V § 60 je definována jako terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu, poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami. Azylové domy v § 57 uvedený zákon definuje jako pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé životní situaci spojené se ztrátou bydlení.

V krizi se může ocitnout prakticky kdokoli, kdykoliv.

☒ KAZUISTIKA

Ivana byla přátelská, pracovitá žena se smyslem pro humor. Pracovala jako uklízečka v domově důchodců. Uměla hospodařit s financemi, zvládala výborně domácí práce. Byla laskavou matkou a svým dvěma dcerkám – 6leté Jarce a 4leté Ivě se plně věnovala. Měla také řadu zájmů – turistiku, jízdu na kole a četbu knih. Svým vystupováním si získala přízeň zaměstnanců azylového domu pro matky s dětmi. Svým stylem života byla vzorem pro ostatní ubytované matky – byla příkladem toho, jak lze smysluplně trávit volný čas, jak se věnovat dětem a rozvíjet jejich schopnosti. Pro mnohé ubytované matky se skutečně stala osobním vzorem. Ivana málo využívala nabízených služeb, nevyžadovala ani emoční podporu. Pocházela z Oravy, kde v době nástupu do azylového domu bydlela její sestra a rodiče. Měla přátele a dobré vztahy s rodinou sestry a rodiči, i přátele, s nímž byla spokojená.

Stav krize postihuje děti, dospívající, dospělé i seniory. Krize nepostihuje jen jedince, ale také páry, skupiny i společnost jako celek (Špatenková, 2004b, s. 49). Předmětem našeho zájmu a případné krizové intervence bude krize jedince – klienta azylového domu, popřípadě rodiny či pomáhajících profesionálů. Pomoc osobám v krizi je náročná na odbornost a vyčerpávající natolik, že se sami pracovníci mohou ocitnout v krizi.

Příčiny krize mohou být různé: dopady nehody, nešťastné náhody nebo přírodní katastrofy (např. ztráta bydlení či majetku v důsledku povodně, požáru apod.), zdravotní krize (fyzické či psychické), emocionální krize (např. zoufalství, hněv, vztek, smutek), vztahové krize (špatně fungující nebo rozpadlé vztahy, problematika násilí apod.) atd. (Geldard in Špatenková, 2004, s. 63–64).

Důvodem bezdomovství matek s dětmi bývá agrese partnera, nutnost opustit byt z důvodu soudního vystěhování pro vysoké dluhy na nájemném a dalších službách za užívání bytu, neshody s rodiči, rozpad vztahu. U osob ve věku blízkém zletilosti je častým důvodem bezdomovství opuštění zařízení náhradní

rodinné péče z důvodu zletilosti, špatné vztahy s rodiči nebo pěstouny. U mužů a žen bývá bezdomovství způsobeno alkoholizmem, psychickými problémy, ztrátou zaměstnání, rozpadem manželství nebo jiného vztahu, soudním vystěhováním z bytu. Skutečnosti vedoucí ke ztrátě domova mohou být spouštěčem krizí.

☒ KAZUISTIKA

Důvodem nástupu Ivany do azylového domu byla agresivita a alkoholismus manžela. Bezprostředně po nástupu do azylového domu podala Ivana žalobu na rozvod manželství.

Probíhající krize může být komplikována dalšími intervenujícími faktory, nebo jinými souběžně probíhajícími krizemi. Špatenková (2004, s. 23) v této souvislosti hovoří o kumulované, nebo také chronické krizi. Nástupu do azylového domu zpravidla předchází souběh krizí, které klient řešil neefektivně, mnohdy maladaptivním způsobem. Jakým způsobem budou tyto krize řešeny v azylovém domě je závislé od osobnosti klienta a jeho zdrojích pomoci. V momentě nástupu do azylového domu představují pracovníci azylových domů klientův výrazný zdroj pomoci.

Je třeba si uvědomit, že nástup do azylového domu může být pro klienta řešením krize, ale také jeho spouštěčem. Thom in Vodáčková (2002, s. 32) považuje za příčiny krize změnu, ztrátu a volbu. Z hlediska vzniku krize je nástup do azylového domu spojen se všemi zmiňovanými aspekty, které krizi způsobují.

Změna se týká nejen změny bydliště, ale například také sociálního statusu a struktury dne. Ztráta je spojena se ztrátou domova jako místa a vztahového prostředí. Také ztráta hodnoty sebe sama v očích vlastních i ostatních je při nástupu do azylového domu častá.

Proces volby je s nástupem do azylového domu jednoznačně spjat. Potencionální klient azylového domu si zřetelně uvědomuje závažnost změn i ztrát spojených s nástupem a pobytem v azylovém domě. Volí tedy mezi ztrátou střechy nad hlavou, svěřením dětí do péče jiné osoby nebo instituce, ztrátou svobodné volby, jak naložit se svým časem i způsobem života a možností mít střechu nad hlavou, dále pečovat o své děti za podmínek výrazně ovlivněných institucí.

☒ KAZUISTIKA

Manželství bylo rozvedeno až po roce od podání žaloby. Ivanu bolestně zasáhlo, že soud rozhodl, že uživatelem jejich bytu, který musela Ivana s dětmi vzhledem k násilí ze strany manžela opustit, bude bývalý manžel. Soudkyně rozhodla, že bývalý manžel (tedy agresor) nemá povinnost zajistit Ivaně s dětmi náhradní bydlení. Ivana nesla tuto skutečnost velmi těžce. V té době vyžadovala poprvé emoční podporu ze strany pracovníků azylového domu. Ivana si podala žádost o přidělení obecního bytu, volné obecní byty však nebyly, proto Ivana i s dětmi zůstala v azylovém domě. Po třech letech pobytu bylo na ní i na jejích dětech znát, že je trápí dlouhodobý pobyt v azylovém domě. Žádost o přidělení bytu byla opakovaně urgována. Ivana o potížích, které jí způsoboval dlouhodobý pobyt v azylovém domě, často hovořila s pracovníky azylového domu. Stále si však uchovávala životní optimizmus. V září si Ivana začala stěžovat na častý pocit únavy. Byla v pracovní neschopnosti. Protože problémy neustupovaly, nastoupila do nemocnice. Dcery byly v době její hospitalizace umístěny na dětském oddělení nemocnice. Hospitalizace Ivany se prodloužila. Jedna z ubytovaných matek v azylovém domě nabídla, že o dcerky bude pečovat. Ivana nabídku přijala. Ivana byla posléze převezena k dlouhodobé hospitalizaci na hemato-onkologickou kliniku fakultní nemocnice. Matka, která o její dcery pečovala, již další péči o děti odmítla. Bylo nezbytné společně s pracovníky azylového domu hledat způsob, jak zajistit péči o děti.

Příznivý či nepříznivý průběh krize do značné míry podle Klimpla závisí na sociální situaci osoby v krizi. Krize probíhá jinak na pozadí funkční nebo dysfunkční rodiny (Klimpr 1998, s. 34). Rodiny bezdomovců jsou většinou nefunkční, bývají rozvrácené, nebo zcela absentují. Významnou roli má neformální pomoc blízkých osob. Klienti azylových domů mají omezené sociální kontakty, bývají sociálně vyčlenění. Pro klienty azylových domů představují nejbližší osoby většinou pracovníci azylových domů.

Úroveň formální (institucionalizované) krizové intervence záleží na kvalitě příslušných institucí (v našem případě azylových domů), vytíženosti pracovníků a jejich odborné erudici a lidské zralosti (Klimpl, 1998, s. 34).

Kvalita azylového domu je určena třemi základními faktory:

- věcným vybavením včetně prostorového uspořádání (zajištění soukromí klienta, důstojné vnitřní vybavení),
- personálním zajištěním včetně péče o pracovníky (kvalitní pracovníci s možností osobního růstu, odpovídající platové podmínky, odpovídající pracovní prostory),
- nabídkou služeb azylového domu.

Kvalita pracovníků azylových domů je z uvedeného výčtu podmínek dobrého fungování azylového domu zásadní. Nároky na osobnost pracovníka azylového domu jsou vysoké – pozitivní, akceptující přístup k bezdomovcům, vzdělanostní úroveň, souhrn vlastností, které mu umožní přiměřeně uplatňovat moc, udržet si profesní hranice a dovednost rozšiřovat kompetence klienta. Důležitá je flexibilita a stejně jako v každé jiné profesi, smysl pro humor. Kvalitu výkonu výrazně ovlivňuje zralost pracovníka a jeho motivace k práci v azylovém domě. Povinností zaměstnavatele je vytvořit takové podmínky k práci, aby tyto schopnosti mohl pracovník příznivě rozvíjet.

☒ KAZUISTIKA

V době Ivaniny hospitalizace pracovníce azylového domu zaznamenaly, že Ivaně nabídly pomoc v péči o děti některé matky z azylového domu. Jejich nabídka byla ale motivována spíše snahou dostat se k Ivaniným finančním zdrojům. Jejich podezření se ukázalo jako oprávněné. Matka, která pečovala o Ivaniny dcery během její předcházející hospitalizace, vybrala z jejího účtu velkou částku peněz – mnohem více, než jí Ivana dovolila a snažila se Ivaně tuto skutečnost zamlčet. Když Ivana tuto věc zjistila, odmítla jí žena danou skutečnost jakkoliv objasnit. Vedoucí azylového domu i pedagožka azylového domu Ivanu několikrát během její hospitalizace v nemocnici navštívily. Obě vnímaly, že Ivana neodmítá jejich blízkost, ani případnou pomoc. Od pedagožky Ivana očekávala především emocionální podporu, od vedoucí azylového domu praktickou pomoc. Ivana musela nastoupit k hospitalizaci na hemato-onkologickou kliniku v jiném městě. Ivana stále odmítala kontakt se svou rodinou a přizvat je ke spolupráci na řešení dané situace. Vedoucí azylového domu se jí dotazovala, zda není s rodinou ve špatných vztazích. Sdělila, že ne. Neviděla důvod, proč by měla sestru či rodiče informovat o tom, že bude dlouhodobě v nemocnici. Ivana si pravděpodobně nepřipouštěla vážnost své nemoci a dopad dlouhodobé hospitalizace na péči o děti.

Ivana postupně ztrácela možnost i schopnost zajišťovat si své záležitosti a záležitosti dětí. Pracovníci azylového domu konzultovali situaci Ivany se supervizorkou, která nabídla, že s Ivanou naváže kontakt a bude ji v době hospitalizace na hemato-onkologické klinice navštěvovat. Vedoucí azylového domu její nabídku přivítala, byla přesvědčena, že pokud bude Ivana souhlasit, získá zdroj kvalitní sociální opory.

Krizová intervence může mít prezenční (ambulantní nebo pobytová pomoc, terénní a mobilní služby), nebo distanční formu (telefonický či elektronický kontakt) (Špatenková, 2004, s. 23–24). Může mít nejrůznější podobu – může se jednat o poskytnutí emocionální opory, instrumentální pomoci, materiální či informační pomoci apod. (srov. Mareš, 2002, s. 38; Špatenková, 2004b, s. 15).

☒ KAZUISTIKA

K hospitalizaci do hemato-onkologické kliniky doprovázely Ivanu pedagožka i vedoucí azylového domu. Jejich doprovod si Ivana velmi přála. Vedoucí azylového domu ji na klinice navštěvovala. Supervizorka začala Ivanu navštěvovat ihned po jejím nástupu na kliniku a ta její návštěvy velmi oceňovala. Pedagožka azylového domu byla s Ivanou v každodenním telefonickém kontaktu, také vedoucí azylového domu byla s Ivanou v telefonickém kontaktu.

Oporu a podporu osobám v krizi může poskytnout prakticky kdokoliv. Kvalifikovanou krizovou intervencí by měly poskytovat kompetentní osoby – např. pracovníci azylových domů s příslušným výcvikem v krizové intervenci.

Situace zvládání krize představují zátěž nejen pro klienta, ale také jeho okolí. Efektivní krizová pomoc předpokládá rozumně situaci. Pracovníci azylových domů by měli být seznámeni s problematikou krize – s jejím vznikem, průběhem i řešením. Být oporou lidem v krizi je nesmírně náročné a vyčerpávající. Proto je nezbytné, aby pracovníci azylových domů byli vzděláváni v této problematice, aby byli obeznámeni nejen s teoretickými znalostmi o krizi, jejích příčinách, průběhu a řešení, ale disponovali i praktickými dovednostmi, jak v případě krize intervenovat. Kromě toho, že se pracovníci azylových domů spolupodílejí na řešení krizí svých klientů, musejí nezdědka čelit i krizím vlastním, pramenících z charakteru pomáhající profese.

☒ KAZUISTIKA

Informace, že Ivana, která představovala pro mnoho lidí ze svého okolí vzor lidské trpělivosti, laskavosti a obrovské odvahy, je vážně nemocná, bolestně zasáhlo všechny pracovníce azylového domu. Znovu a znovu hledaly vysvětlení, proč nemoc postihla právě Ivanu. Po propuštění z nemocnice Ivana dojížděla ambulantně na chemoterapii. Bylo na ní znát, že je velmi nemocná. Vedoucí a pedagožka azylového domu svolaly schůzi všech ubytovaných matek, na které sdělily, že s ohledem na Ivanin zdravotní stav má Ivana možnost přijímat návštěvy mimo určený čas a pracovníci ji budou poskytovat nadstandardní služby (odvoz k lékaři aj.). Přestože byl takto všem ubytovaným matkám vysvětlen důvod nadstandardní péče, stala se Ivana terčem útoků některých ubytovaných matek. Vyčítaly jí nadstandardní možnosti a péči. Tyto útoky vůči Ivaně byly zátěží nejen pro Ivanu, ale i pro pracovníky. Pro pracovníky azylového domu bylo obtížné udržovat s těmi, které na Ivanu útočily, profesionální kontakt. Neméně obtížná byla pro pracovníce azylového domu konfrontace se zjištěním, že mnohé matky nabízely Ivaně pomoc především proto, aby získaly její úspory.

V případě, že klient azylového domu umírá, jsou pracovníci azylových domů při své práci konfrontováni nejen se všemi aspekty blízkosti umírajícího (úzkost z vlastní smrti, soucit, bezmoc), ale také se specifiky života azylového domu. Jsou svědky toho, že se umírající klient může stát obětí podvodu a dalších negativních projevů ostatních ubytovaných. Povinnost profesionálně jednat s klienty, kteří jsou schopni zneužít bezmoci umírající, znamená pro pracovníky velikou zátěž. Pracovníci musí zvládat zlost a nelibost vůči takovým klientům.

☒ KAZUISTIKA

Ivana brzy po návratu z hemato-onkologické kliniky obdržela dekret na obecní byt. Odstěhovala se. Pracovnice azylového domu několikrát navštívily Ivanu v jejím bydlíšti, vždy byla velmi spokojená. Za měsíc od nastěhování do bytu byla opět ve vážném stavu hospitalizována na hemato-onkologické klinice. Po dcerách se jí během hospitalizace velmi stýskalo, neméně trpěla Ivana tím, že o ni její druh neprojevoval zájem – netelefonoval jí, nejezdil za ní. Druh Ivany byl ze vzniklé situace zmatený. Tvrdil, že Ivanu nenavštěvuje, protože se špatně orientuje v cizím městě. Byl zcela bezradný. Zpočátku se sám snažil pečovat o Ivaniny dcery, přes veškerou snahu byla ale jeho péče nedostatečná. Druh pracoval v nepřetržitém provozu, proto děti zůstávaly často samy doma a to i v noci. Ivana stále odmítala požádat rodinu o pomoc s dětmi. Protože byla dlouhodobě na nemocenských dávkách, pomalu se začala ocitát ve finanční nouzi. Bylo také třeba zajistit péči o děti, kterou Ivana z důvodu své nemoci nezvládala. Vedoucí azylového domu zajistila u nadací Charta 77, Konto bariéry, Vize 97 a Výboru dobré vůle Olgy Havlové finanční prostředky na pobyt dcer o jarních a letních prázdninách. Zajištění prázdninových pobytů však nepředstavovalo systémové řešení péče o děti.

Ivaně byla doporučena transplantace kostní dřeně. Lékaři kontaktovali Ivaniny sourozence. Sestra se po návštěvě Ivany v nemocnici rozhodla, že začne o Ivaniny dcery pečovat. Ivana i její sestra požádaly vedoucí azylového domu o pomoc při legalizaci pobytu dětí u sestry. Bratr Ivany byl vhodný dárce kostní dřeně. Po transplantaci kostní dřeně se Ivana cítila dobře. Byla z nemocnice propuštěna a sestra jí přivezla děti domů. Měly zůstat natrvalo u maminky. Asi měsíc po transplantaci se Ivaně prudce zhoršil zdravotní stav. Po převozu na hemato-onkologickou kliniku Ivana zemřela. Ivanina sestra s manželem požádali vedoucí azylového domu o pomoc při řešení několika nezbytných záležitostí. Tím, že bydleli na Slovensku, měli problémy průběžně zajišťovat záležitosti pohřbu a legalizace umístění dětí do své péče. Vedoucí azylového domu jejich požadavkům vyhověla. Všichni pracovníci azylového domu byli smrtí Ivany zaskočení a zdrceni. Po dobu pobytu a doprovázení v nemoci vznikl mezi nimi, Ivanou a jejími dětmi úzký vztah.

Umírání, doprovázení v umírání blízkého člověka a pomoc při zvládání truchlení může být jedno z těžkých témat krizí klientů azylového domu a intervence ze strany pracovníků. Praxe však může přinést další těžká témata krizí, jejichž obsahem i intenzitou prožívání mohou být pracovníci azylových domů zaskočení. Může se jednat o celou řadu situačních a traumatických krizí.

Kvalifikovaná pomoc při zvládání těžkých krizí vyžaduje vytvoření dobrých podmínek. Autentický zájem organizace provozující azylový dům o konkrétní práci zaměstnanců v azylovém domě je pro kvalitu práce důležitý. Věcné i morální ocenění práce zaměstnanců, neohrožující klima na pracovišti, má pro pracovníky azylových domů akumulací charakter. Mezi kvalitní podmínky práce v azylových domech patří možnost vzájemného setkávání pracovníků azylových domů a supervize práce v azylových domech.

Krise není zapříčiněna pouze špatným fungováním struktur (systémů) společnosti, ani pouze jednáním individua, ale spíše souhrou více faktorů, které se setkají v dané chvíli na daném místě a svou roli může hrát i náhoda (Špatenková 2004b, s. 105). Zvládnutí krize je náročné pro toho, kdo ji prožívá a mnohdy i pro toho, kdo má snahu pomoci krizi vyřešit. Při neprofesionální krizové intervenci se může stát, že pomáhající pracovník krizi ještě prohloubí. Kvalita krizové intervence v azylových domech závisí na funkčním systému poskytovaných sociálních služeb. Práce v azylovém domě je z mnoha hledisek náročná a zaslouží si důstojné podmínky, které umožní její další rozvoj.

Literatura

- BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. Základy klinické psychologie. Praha, Portál 2001.
MAREŠ, J. aj. Sociální opora u dětí a dospívajících III., Hradec Králové : Nucleus, 2003.
KLIMPR, L. Psychická krize v lékařské ordinaci. Praha, Grada Publishing 1998.
ŠPATENKOVÁ, N. a kol. Krizová intervence pro praxi. Praha, Grada Publishing 2004.
ŠPATENKOVÁ, N. a kol. Krize – psychologický a sociologický problém. Praha, Grada Publishing 2004.
VODÁČKOVÁ, D. a kol. Krizová intervence. Praha, Portál 2002.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění.





Zdravotní péče o bezdomovce v ČR

PhDr. Danuše Šupková a kolektiv

TISKOVÝ MATERIÁL VZNIKL V RÁMCI PROJEKTU STRATEGIE SOCIÁLNÍ INKLUZE BEZDOMOVců V ČR, JEHOŽ REALIZÁTOREM JE SDRUŽENÍ AZYLOVÝCH DOMŮ.



PARTNERY PROJEKTU JSOU:

ARMÁDA SPÁSY, NADĚJE, DIECÉZNÍ CHARITA BRNO A SLEZSKÁ DIAKONIE.



PROJEKT JE SPOLUFINANCOVÁN EVROPSKÝM SOCIÁLNÍ FONDEM A STÁTNÍM ROZPOČTEM ČESKÉ REPUBLIKY.

