

PROPOUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE A BEZDOMOVECTVÍ V EVROPĚ

AUTOR:

Raquel Carvalho, asistentka pro zdravotní politiku, FEANTSA

GRAFICKÁ ÚPRAVA:

James McQuade, asistent pro komunikaci, FEANTSA

OBRÁZKY:

Obálka: © Ante Samarzija via Unsplash

Str. 6: © Jon Tyson via Unsplash

Str. 8 a 14: © Julia Taubitz via Unsplash

Obsah

1. Úvod	4
2. Bezdomovectví a propouštění z nemocnice	6
2.1 <i>Propouštění osob bez domova z nemocnice v souvislostech.....</i>	<i>6</i>
2.2 <i>Zkoumání úskalí a dopadů nedostatečného plánování propouštění z nemocnice na osoby bez domova</i>	<i>8</i>
2.3 <i>Kontextualizace v rámci EU.....</i>	<i>12</i>
3. Co tvoří účinný plán propouštění z nemocnice?	14
4. Závěry a doporučení	19

1. Úvod

Význam plánování propouštění z nemocnice by neměl být podceňován, zejména v případech osob bez domova. Dobře koordinovaný plán propouštění může výrazně snížit množství hospitalizací i náklady na zdravotní péči a zároveň umožnit nemocnicím sehrát důležitou úlohu při systematictějších řešeních problematiky bezdomovectví.¹

Mnohé zásady a pokyny pro propouštění z nemocnice však nejsou přizpůsobeny pacientům bez domova, což vede k nevhodnému propouštění a prohlubování nerovností v oblasti zdraví. Evropská federace organizací pracujících s lidmi bez domova (FEANTSA) zdůrazňuje, že v těchto politikách je třeba zohlednit specifické potřeby osob bez domova, přičemž bydlení je jednou z klíčových sociálních determinantů zdraví, která by měla být ústředním bodem účinného a integrovaného plánování propouštění.

Tento dokument se snaží zvýšit povědomí o důležitosti plánování propouštění a zkoumá složitý vztah mezi propouštěním z nemocnice a bezdomovectvím. Součástí zkoumání průniku mezi bezdomovectvím a propouštěním z nemocnice je i porozumění tomu, jak se tyto dvě oblasti vzájemně ovlivňují a jaký mají dopad na zdravotní stav, sociální služby a širší zdravotnické systémy. Kromě toho využíváme této příležitosti k tomu, abychom zkoumali problémy, s nimiž se v praxi setkávají jak poskytovatelé služeb, tak osoby bez domova, které jsou dotčeny absencí řádného plánu propouštění.

Na úvod se zaměříme na současný kontext toho, jak probíhá propouštění osob bez domova, a na rozsah, v jakém je tato problematika předmětem výzkumu. Dále budeme podrobněji analyzovat hlavní

problémy a dopady, které může mít absence plánu propouštění, který zohledňuje situaci v oblasti bydlení, na osoby bez domova. Seznámíme se také s relevantními rámci EU, které by měly být brány v úvahu při tvorbě politik propouštění osob bez domova z nemocnice. Nastiňujeme, co by měl účinný plán propouštění z nemocnice zahrnovat, a na závěr předkládáme doporučení, která podporují evropské politiky a členské státy EU, aby uznaly zdravotnické systémy, včetně politik propouštění z nemocnic, jako jednu z klíčových složek snah o řešení a ukončení bezdomovectví.

Tento stručný dokument nabízí užitečné poznatky, má však jistá omezení. Za prvé poskytuje pouze stručný přehled o tématu, aniž by prováděl hlubší analýzu postupů a politik propouštění z nemocnic v Evropě a členských státech EU. Kromě toho existuje jen málo informací o zkušenostech a úhlu pohledu lidí, kteří byli a/nebo jsou bez domova a procházeli procesem propouštění z nemocnice. Dalším důležitým tématem, které však nemohlo být v tomto dokumentu zkoumáno, je vysoká míra odchodů z nemocnice na vlastní žádost mezi osobami bez domova. K tomu může docházet v důsledku faktorů, kterým lze předcházet, jako je nedostatečné zvládání abstinčních příznaků závislosti na drogách a alkoholu, neřešené problémy v oblasti duševního zdraví či nejisté bydlení, které může vést ke ztrátě nájemního vztahu.

Vzhledem k dopadu, který má propouštění z nemocnice nejen na prohlubování nerovností v oblasti zdraví, ale i na vytváření dalšího tlaku na systémy zdravotní péče, je záměrem tohoto dokumentu zkoumat stávající nedostatky v politice týkající se propouštění osob bez

¹ Backer, T. E., Howard, E. A., & Moran, G. E. (2007). The role of effective discharge planning in preventing homelessness (Úloha účinného plánování propouštění v prevenci bezdomovectví). *The journal of primary prevention*, 28, 3–4: 229–243.

domova z nemocnice. Cílem je upozornit na tuto často přehlíženou problematiku a zvýšit povědomí o další potřebě výzkumu na toto téma.

2. Bezdomovectví a propouštění z nemocnice

2.1 Propouštění osob bez domova z nemocnice v souvislostech

Vztah mezi bezdomovectvím a zhoršeným zdravotním stavem je komplexní. Osoby bez domova čelí výraznému sociálnímu vyloučení a marginalizaci, jež mají za následek značné překážky v sociálních a zdravotních systémech, které přispívají k narůstajícím rozdílům ve zdravotním stavu a ke zhoršování výsledků v oblasti zdravotního stavu. Z výzkumů vyplývá, že osoby bez domova častěji trpí fyzickými a duševními zdravotními problémy a hrozí jim zvýšené riziko předčasného úmrtí.² Mnozí se potýkají s život ohrožujícími fyzickými zdravotními potížemi, problémy s duševním zdravím a komplikacemi způsobenými zneužíváním návykových látek.

Tyto zdravotní nerovnosti lze přičíst behaviorálním a environmentálním faktorům. Výzkumy však stále více poukazují na roli sociálních determinant v těchto nerovnostech a upozorňují na strukturální překážky, kterým

čelí osoby bez domova v přístupu ke zdravotním službám.³ Přístup k preventivní a primární péči je pro osoby bez domova často omezený kvůli množství faktorů, jako je např. nedostatek peněz, problémy s dopravou, povědomí o dostupných zdravotnických službách či dlouhé doby objednávání. Základní potřeby, jako je jídlo, přístřeší a oblečení, bývají často upřednostňovány před zdravím. Tento problém navíc dále zhoršují nepružné a roztržitěné systémy. Například nízká tolerance zmeškaných termínů vyšetření u lékaře a požadavek na stálé bydliště, doklad o bydlišti nebo doklad totožnosti pro registraci u praktického lékaře často brání lidem bez domova v přístupu k těmto službám.⁴ Řada z nich má rovněž nepříznivé zkušenosti se systémy zdravotní péče, včetně traumat a stigmatizace, což je dále odráží od vyhledávání lékařské pomoci. V důsledku toho osoby bez domova často vyhledávají až pohotovostní péči ve chvíli, kdy se jejich příznaky stanou závažnějšími a složitějšími.⁵

2 FEANTSA (2016). *Average Age at Death of People Who Are Homeless (Průměrný věk úmrtí u osob bez domova)*. (září)

3 Stafford, A., Wood, L. (2017). Tackling health disparities for people who are homeless? Start with social determinants (Řešení zdravotních nerovností u osob bez domova? Je třeba začít se sociálními determinantami). *International journal of environmental research public health*. 8, 14.

4 Carmichael, C., Schiffler, T., Smith, L., Moudatsou, M., Tabaki, I., Donate-Martínez, A., Alhambra-Borrás, T., Kouvari, M., Karnaki, P., Gil-Salmeron, A., & Grabovac, I. (2023). Barriers and facilitators to health care access for people experiencing homelessness in four European countries: An exploratory qualitative study (Překážky a faktory usnadňující přístup ke zdravotní péči pro osoby bez domova ve čtyřech evropských zemích: Průzkumná kvalitativní studie). *International journal for equity in health*, 22, 1: 206.

5 Becker, J. N., & Foli, K. J. (2022). Health-seeking behaviours in the homeless population: A concept analysis (Vzorové chování

Je prokázáno, že osoby bez domova využívají systém akutní zdravotní péče častěji než obecná populace. Při hospitalizaci se prodlužuje doba jejich pobytu v nemocnici, což s sebou nese vyšší ekonomické náklady.⁶ Nemocniční prostředí má klíčový význam nejen z hlediska řešení zdravotních potíží, ale také z hlediska nabídky integrovaného přístupu k psychosociálním potřebám. Tento přístup by měl zohledňovat období po pobytu v nemocnici, aby se zajistilo, že se těmto osobám dostane i následné péče. Plán propouštění se snaží účinně usnadnit přechod pacienta z nemocnice do komunity a řešit potřeby interdisciplinární péče pro jeho rekonvalescenci.⁷

Propouštění z nemocnice je však pro osoby bez domova příliš často traumatizujícím zážitkem, protože z nemocnice mnohdy směřují do nestabilního ubytování nebo na ulici. Tato nestabilita má nepříznivý vliv na rekonvalescenci a zvyšuje pravděpodobnost opětovné hospitalizace. Možnost těchto osob získat potřebnou následnou péči dále ztěžují různé faktory, včetně nedostupnosti jídla a místa k odpočinku, nehygienických podmínek pro rekonvalescenci, zhoršených podmínek pro dodržování předepsané medikace a obtížné

komunikace se zdravotnickými pracovníky (např. kvůli neexistenci telefonního čísla nebo absenci stálého bydliště). Studie provedená v Anglii zjistila, že u hospitalizovaných pacientů bez domova je ve srovnání s pacienty se zajištěným bydlením výrazně vyšší riziko opakované hospitalizace a návštěvy pohotovosti. Z výsledků vyplývá, že tento rozdíl nelze vysvětlit zdravotním stavem jednotlivců, což naznačuje, že nebyly uspokojeny jejich potřeby po propuštění z nemocnice. Při řešení tohoto rozdílu je třeba řešit i další faktory, jako jsou potřeby v oblasti bydlení a sociální péče.⁸ Odborných prací věnovaných plánování propouštění z nemocnice a bezdomovectví není mnoho. Pokud se na ně někdo odvolává, tak většinou v rámci plánování propouštění z psychiatrických zařízení. Z jedné studie britské Národní zdravotní služby (NHS) vyplývá, že 70 % osob bez domova přijatých do nemocnice se po propuštění vrací zpět do situace bezdomovectví.⁹ Pokud jde o novější studie, data z auditu organizace *Homeless Link* (2018–2021, třetí vlna) odhalila, že respondenti využívají služby oddělení urgentního příjmu třikrát častěji než obecná populace. Z nich 11 % vyhledalo v posledních 12 měsících pohotovostní péči více než třikrát. Znepokojivé

při vyhledávání zdravotní péče v populaci osob bez domova – koncepční analýza). *Health & social care in the community*, 30: 30: e278–e286.

6 Hwang, S. W., Chambers, C., Chiu, S., Katic, M., Kiss, A., Redelmeier, D. A. et al. (2013). A comprehensive assessment of health care utilization among homeless adults under a system of universal health insurance (Komplexní hodnocení využívání zdravotní péče dospělými osobami bez domova v rámci systému všeobecného zdravotního pojištění). *American journal of public health* 103, 2.

7 Jenkinson, J., Wheeler, A., Wong, C., & Pires, L. M. (2020). Hospital discharge planning for people experiencing homelessness leaving acute care: A neglected issue (Plánování propouštění z nemocnice pro osoby bez domova opouštějící akutní péči: Opomíjený problém). *Healthcare policy = Politiques de sante*, 16, 1: 14–21.

8 Lewer, D., Menezes, D., Cornes, M., et al. (2020). Hospital readmission among people experiencing homelessness in England: A cohort study of 2772 matched homeless and housed inpatients (Opakovaná hospitalizace u osob bez domova v Anglii: Kohortová studie 2772 pacientů bez domova a pacientů se zajištěným bydlením). *Journal of epidemiology and community health*, 75, 681–688.

9 Cornes, M., Aldridge, R., Biswell, E., Byng, R., Clark, M., Foster, G., et al. (2021). Improving care transfers for homeless patients after hospital discharge: a realist evaluation (Zlepšení předávání péče o pacienty bez domova po propuštění z nemocnice: Realistické hodnocení). *Health services and delivery research*, 9, 17.

je, že téměř čtvrtina (24 %) respondentů byla propuštěna přímo na ulici a 21 % jich bylo propuštěno do ubytování, které nevyhovovalo jejich potřebám. Kromě toho bylo přibližně 26 % pacientů do 30 dnů opětovně hospitalizováno.¹⁰ Podobně ve Spojených státech vedlo 70,3 % hospitalizací buď k opětovné hospitalizaci, nebo k návštěvě pohotovosti do 30 dnů od propuštění. Obvykle se jednalo o opětovnou hospitalizaci se stejnou nebo podobnou diagnózou, což svědčí o tzv. scénáři „otáčivých dveří“.¹¹ Kvalitativní studie provedená v Kanadě upozorňuje na strukturální problémy, které jsou příčinou nedostatečného plánování propouštění z nemocnice u osob bez domova. Plánování propouštění sice začíná v nemocnicích, odráží však širší, komplexnější systém, který neposkytuje dostatečnou podporu, vytváří překážky v přístupu k sociálním službám a azylovým domům po propuštění a nedostatečnou koordinaci mezi zdravotnictvím a sociálním sektorem.¹²



Pokud je nám známo, neexistují v Evropě žádné srovnávací statistiky týkající se míry propouštění z nemocnice nebo míry opětovné hospitalizace osob bez domova. Je však možné, že některé země provedly národní interní hodnocení, ta jsme však neidentifikovali a ani není předmětem tohoto dokumentu předkládat jejich systematický přehled.

2.2 Zkoumání úskalí a dopadů nedostatečného plánování propouštění z nemocnice na osoby bez domova

Vzhledem k tomu, že se většina existující odborné literatury zaměřuje na severoamerický kontext a v Evropě jsou výzkum a data k tomuto tématu omezené, zařadili jsme úvodní

10 Hertzberg, D., & Boobis, S. (2022). *The unhealthy state of homelessness (Nezdravý stav lidí bez domova)*. Homeless Link. Dostupné na adrese: <https://homeless.org.uk/news/the-unhealthy-state-of-homelessness/>

11 Doran, K., Ragins, K., Lacomacci, A., Cunningham, A., Jubanyik, K., Jenq, J. (2013). The revolving hospital door: Hospital readmissions among patients who are homeless (Otáčivé dveře nemocnic: Opětovné hospitalizace u pacientů bez domova). *Medical care*. 51, 9: 767–773.

12 Jenkinson, J. I. R., Hwang, S. W., Strike, C., & Di Ruggiero, E. (2022). “We don’t have a good system for people who don’t have a home and don’t need a hospital”: Contextualizing the hospital discharge process for people experiencing homelessness in Toronto, Canada („Chybí nám vyhovující systém pro osoby bez domova, které nepotřebují nemocniční péči“: Kontextualizace procesu propouštění osob bez domova z nemocniční péče v kanadském Torontu). *SSM – Qualitative research in health*, 2, 100056.

studii o procesech propouštění z nemocnice v různých zemích. Tento průzkum čerpá z poznatků získaných ze dvou dotazování: jednoho provedeného u členské organizace FEANTSA v Řecku – neziskové organizace Emfasis, a druhého provedeného u partnerské organizace Pathway z Anglie.

Přestože se problém nevyhovujícího propouštění může v jednotlivých členských státech lišit, tyto příklady pomáhají hlouběji prozkoumat problémy, kterým v této oblasti čelíme, a dopady, které má nevyhovující plán propouštění na osoby bez domova. Obě současně zdůrazňují potřebu dalšího výzkumu, který by mohl být vodítkem pro budoucí politiku, jež by zajistila bezpečnější propouštění z nemocnice pro všechny.

Příklad z Anglie stojí za pozornost s ohledem na zavedené politiky a důkladný výzkum v oblasti propouštění z nemocnice a bezdomovectví. V roce 2013 bylo 70 % osob bez domova po přijetí do nemocnice propouštěno zpět na ulici, aniž by byla řešena jejich potřeba péče a podpory. V reakci na to poskytla britská vláda finanční prostředky 52 nevládním organizacím, které spolupracují s Národní zdravotní službou (NHS) a místními samosprávami na rozvoji a podpoře nových forem integrovaných služeb péče. NHS vytvořila Fond na podporu osob bez domova při propouštění z nemocnice¹³, jehož cílem bylo vypracovat metodické postupy týkající se propouštění z nemocnice přizpůsobené osobám bez domova, aby se zabránilo jejich propouštění na ulici nebo do nevyhovujícího

ubytování. Nemocnicím se doporučuje, aby úzce spolupracovaly s poskytovateli sociálního bydlení a místními úřady na zajištění vhodného ubytování a následné péče. NHS spolupracuje s neziskovými organizacemi na vývoji metod na podporu náležitého propouštění z nemocnice.¹⁴ Mnohé z původně financovaných služeb však jsou nyní omezovány nebo rušeny. Emily Page z organizace Pathway uvádí, že mezi hlavní překážky, které brání náležitému propouštění z nemocnice, patří přidělování finančních prostředků a financování služeb a programů vždy až krátce před jejich ukončením, aniž by byla zajištěna jejich udržitelnost.

V souvislosti se zákonem o snižování počtu osob bez domova z roku 2017 byla zavedena „povinnost odkazovat (*duty to refer*)“. Tím bylo stanoveno, že veřejné služby mají zákonnou povinnost odkazovat osoby, které jsou podle nich ohrožené bezdomovectvím nebo které jsou bez domova, příslušným místním orgánům. Studie provedená organizací Pathway poukázala na skutečnost, že (...) povinnost odkazovat sehraje klíčovou úlohu v prevenci bezdomovectví, přičemž mechanismus doporučování je pouze tak dobrý, jak dobré jsou systémy, na které je jednotlivec odkazován. Plnění této povinnosti tedy slouží jako ukazatel stavu systému jako celku.¹⁵ Z toho je patrné, že účinnost těchto politik závisí na dostupnosti služeb a jejich úzké spolupráci.

Partnerský program Pathway stejnojmenné organizace si vydobyl celostátní uznání jako

13 Tisková zpráva vlády Spojeného království. *Fund to help end cycle of homelessness and hospital readmissions (Fond, který má pomoci ukončit cyklus bezdomovectví a opakovaných hospitalizací)*. Dostupné na adrese: <https://www.gov.uk/government/news/fund-to-help-end-cycle-of-homelessness-and-hospital-readmissions>

14 Cornes, M., Aldridge, R. W., Biswell, E., Byng, R., Clark, M., Foster, G., et al. (2021). Improving care transfers for homeless patients after hospital discharge: A realist evaluation (Zlepšení předávání péče o pacienty bez domova po propuštění z nemocnice: Realistické hodnocení). *Health services and delivery research*, 9, 17.

15 Page, E., & Hicks, C. (2024). *Beyond the ward – Exploring the duty to refer in hospital settings – Pathway (Za hranice oddělení – analýza povinnosti odkazovat v prostředí nemocničních zařízení)*. Dostupné na adrese: <https://www.pathway.org.uk/resources/beyond-the-ward-exploring-the-duty-to-refer-in-hospital-settings/>

vzor efektivní koordinace péče, který se vyznačuje účinnými intervencemi založenými na důkazech a inovacemi v oblasti poskytování zdravotní péče o osoby bez domova. Tento program napomáhá NHS při vytváření specializovaných nemocničních týmů pro osoby bez domova, které zlepšují kvalitu péče i plánování propouštění z nemocnice. Týmy Pathway jsou klinicky vedené multidisciplinární týmy, které poskytují komplexní podporu pacientům bez domova. Týmy jsou obvykle tvořeny určitou kombinací praktických lékařů, zdravotních sester, pracovníků z oblasti bydlení, sociálních pracovníků, ergoterapeutů a poradců v oblasti péče. Týmy Pathway jsou týmy zaměstnanců NHS, kteří se společně s pacienty snaží překlenout hranice mezi zdravotnictvím, bydlením a sociální péčí. Program Pathway Partnership se osvědčil při snižování počtu opětovných hospitalizací, zlepšování výsledků v oblasti zdraví a podpoře lepší spolupráce mezi poskytovateli zdravotní a sociální péče.¹⁶

Z poznatků z Řecka vyplývá, že vzhledem k velkému tlaku na zdravotnické systémy a velkému pracovnímu vytížení sociálních pracovníků v nemocnicích se po hospitalizaci upřednostňuje urychlené propouštění. Navíc často chybí služby, zejména ty, které by byly přizpůsobeny osobám bez domova, a stávající služby jsou často obtížně dostupné, přičemž jsou vázány na dlouhé čekací lhůty. Vypracování účinného plánu propouštění je náročný úkol, protože mnoho osob bez domova má problém se vůbec do nemocnice dostat, a to především kvůli stigma, kterému mohou v rámci zdravotnických systémů čelit. Maria Karra z řecké neziskové organizace Emfasis vysvětluje, že lidem bez domova je často

upíráno právo na lékařskou péči na oddělení urgentního příjmu, protože zdravotníci často jejich příznaky ignorují nebo podceňují.

Pro osoby bez domova jsou nemocnice a oddělení urgentního příjmu často primárním místem vstupu do systému zdravotní péče. Maria Karra poukazuje na to, že tyto mechanismy představují zásadní příležitost, jak propojit osoby bez domova s potřebnou péčí, a mohou se stát i významným bodem zlomu v jejich životě:



„Náležité propouštění z nemocnice zachraňuje životy, ale také nabízí nové příležitosti – bod zlomu. Měli bychom tohoto okamžiku využít.“ Jedním z hlavních problémů, s nimiž se v této oblasti setkáváme, je nedostatečná

16 Pathway (2024). *Výroční zpráva programu Pathway Partnership: 2022-23 Breaking the cycle: Improving hospital care and discharge for patients experiencing homelessness (Prolomení bludného kruhu: Zlepšení nemocniční péče o pacienty bez domova a jejich propouštění z nemocnice)*. Dostupné na adrese: <https://www.pathway.org.uk/resources/breaking-the-cycle-improving-hospital-care-and-discharge-for-patients-experiencing-homelessness-the-pathway-partnership-programme-annual-report-2023-24/>

komunikace a spolupráce mezi jednotlivými službami, zejména těmi, jejichž činnost je vázána na dohodu o zachování důvěrnosti. Tato nedostatečná spolupráce mezi službami často zhoršuje výsledky v oblasti zdravotního stavu dotčených osob a brání schopnosti poskytovat pokračující a účinnou podporu.

Jedním z příkladů, kdy má nedostatek komunikace dopad na týmy pracující v terénu, je velmi citlivé téma – úmrtí osob, o které sociální pracovníci dlouhodobě pečovali, následně však nebyli informováni o jejich úmrtí. Jak v rozhovoru uvedla Maria Karra: „Žádá se po nás, abychom se o ně starali, a pak je nám odepřena možnost dozvědět se, že zemřeli“.

Sekundární výzkum i dotazování provedené pro účely této práce ozřejmily řadu problémů a důsledků, které je třeba pečlivě zvážit v rámci diskusí týkajících se propojení problematiky bezdomovectví a propouštění z nemocnice.

Problémy při řešení propouštění z nemocnice a bezdomovectví

1. Nedostatečná spolupráce a komunikace

Roztříštěnost systémů péče a podpory vyplývající mimo jiné z nedostatečné spolupráce a komunikace mezi zdravotnickým personálem, sociálními pracovníky, nevládními organizacemi či službami v oblasti duševního zdraví a užívání drog. To často zvyšuje tlak na služby, které jsou už tak přetížené.

2. Omezená autonomie pacientů

Mnoha osobám bez domova je při propouštění upíráno právo na komplexní lékařské poučení, což oslabuje jejich autonomii a možnost porozumění. Léčba a užívání léků po propuštění jsou často nedostatečně vysvětlovány, což ztěžuje dodržování potřebné péče. Kromě toho se často podceňuje význam následné péče, zejména pokud jde o hygienu a potřebu odpočinku.

3. Tlak na rychlé propouštění

Naléhavá potřeba rychlého propuštění

z nemocnice, často z důvodu nutnosti uvolnění nemocničních lůžek / prostor pro jiné pacienty, neponechává mnoho času na vhodné plánování. Mnohdy se situace v oblasti bydlení posuzuje až při propuštění, nikoli při přijetí. To často vede k tomu, že jsou osoby propouštěny na ulici nebo do nevyhovujícího ubytování.

4. Omezená neholistická vyšetření pacientů

Vyšetření se často zaměřují pouze na zdravotní stav a opomíjejí psychosociální potřeby jednotlivců. Plány péče jsou tak neúplné, což v konečném důsledku ztěžuje rekonvalescenci.

5. Krátkodobé financování

Financování je obvykle přidělováno na krátkou dobu, což ztěžuje návaznost služeb a zavádění standardizovaných systémů péče.

6. Krize v oblasti bydlení

Přetrvávající krize v oblasti bydlení omezuje dostupnost bydlení, a to i v případě, že jsou osobě poskytována doporučení, což ztěžuje možnost náležitého propouštění.

7. Stigma

Přetrvávající stigma v rámci systémů zdravotní péče podporuje kulturu nepochopení ve vztahu k osobám bez domova a nedostatečného povědomí o jejich potřebách, čímž se podílí na prohlubování nerovností v oblasti zdravotnictví.

Dopady na osoby bez domova

1. Časté opětovné hospitalizace

Pokud jsou psychosociální potřeby při propouštění přehlíženy, dochází často ke zhoršení zdravotního stavu, protože jedinci nemají vhodné prostředí pro rekonvalescenci. Toto přehlížení může vést k opětovným hospitalizacím.

2. Promarněné příležitosti k podpoře

Nevyhovující postupy při propouštění z nemocnice vedou k promarnění příležitostí k navázání kontaktu a zapojení osob bez domova do základních podpůrných systémů, což v konečném důsledku znamená promarnění příležitosti k ukončení jejich bezdomovectví.

3. Předepisování nevhodných léků a stanovení nevhodné léčby

Užívání léků v rámci následné péče a plány péče často nezohledňují finanční omezení osob bez domova. V důsledku toho se může stát, že nebudou mít přístup k potřebné léčbě, což ohrožuje jejich zdraví a rekonvalescenci.

4. Zvýšené riziko závažných život ohrožujících následků

To se týká zejména starších osob bez domova, protože nevyhovující péče a nedostatečná následná péče přispívají ke zhoršování zdravotního stavu a vyšší úmrtnosti.

5. Porušování práv pacientů v důsledku stigmatizace

Osoby bez domova jsou často obětmi porušování patientských práv, což způsobuje jejich další marginalizaci v oblasti zdravotnických služeb. Například jim může být odepřena možnost podepsat propouštěcí plán, což je jejich zákonné právo, které je často přehlíženo. To nejen prohlubuje jejich vyloučení ze systému zdravotní péče, ale současně posiluje stigma, kterému čelí.

2.3 Kontextualizace v rámci EU

Zatímco EU poskytuje rámce a finanční prostředky, provádění politik v oblasti bezdomovectví a zdravotní péče je často v pravomoci členských států. V rámci širokého rámce EU nicméně zdůrazňujeme klíčové zásady, které by měly být při řešení problematiky propouštění z nemocnice a bezdomovectví zváženy a zohledněny.

Zdravotní politika Evropské unie hraje zásadní úlohu při ochraně a posilování veřejného zdraví

ve všech členských státech. Jak je uvedeno v článku 168 Smlouvy o fungování Evropské unie (SFEU)¹⁷, EU zajišťuje, aby byla do všech politik a činností EU začleněna vysoká úroveň ochrany lidského zdraví. Kromě toho se v článku 35 Listiny základních práv EU potvrzuje právo každého „na přístup k preventivní zdravotní péči a na obdržení lékařské péče za podmínek stanovených vnitrostátními právními předpisy a zvyklostmi“.¹⁸ Posilováním spolupráce, harmonizací norem a řešením přeshraničních zdravotních problémů přispívá EU k bezpečnější, zdravější a odolnější Evropě. Vytváření politik v oblasti zdraví, které odpovídají potřebám marginalizovaných a vyloučených skupin obyvatelstva, jako jsou lidé bez domova, má zásadní význam pro plné uplatňování jejich práva na zdravotní péči.

Lisabonská deklarace o Evropské platformě pro boj proti bezdomovectví, kterou podepsaly všechny členské státy EU v červnu 2021, zavazuje k úsilí o dosažení cíle ukončit bezdomovectví do roku 2030. Jednou z pěti klíčových zásad uvedených v deklaraci je, že nikdo nesmí být propuštěn z jakékoli instituce (např. vězení, nemocnice, pečovatelského zařízení) bez nabídky vhodného bydlení.

Zásada 19 Evropského pilíře sociálních práv dále stanoví, že: a) osobám v nouzi musí být poskytnut přístup k sociálnímu bydlení nebo k pomoci v oblasti bydlení dobré kvality; b) zranitelné osoby mají právo na vhodnou pomoc a ochranu před nuceným vystěhováním; c) osobám bez domova musí být poskytnuto přiměřené ubytování a služby, aby se podpořilo jejich sociální začlenění.¹⁹

17 EUR-Lex - 12008E168 - EN - EUR-Lex. (2020). *Konsolidované znění Smlouvy o fungování Evropské unie – Část třetí: Vnitřní politiky a činnosti Unie – Hlava XIV: Veřejné zdraví – článek 168*. Dostupné na adrese: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=CELEX%3A12008E168>

18 Článek 35 – Zdravotní péče. (25. dubna 2015). Agentura Evropské unie pro základní práva. Dostupné na adrese: <https://fra.europa.eu/en/eu-charter/arti-cle/35-healthcare>

19 Evropská komise (2021). *Akční plán evropského pilíře sociálních práv*. Dostupné na adrese:

Jako signatáři těchto rámců EU týkajících se domova. Tyto metodické postupy by se měly nerovnosti v oblasti zdraví a bezdomovectví zaměřit na zajištění přístupu k odpovídajícím musí členské státy EU řešit naléhavou potřebu řešením v oblasti bydlení jako součástí posílit podporu pro osoby bez domova, které komplexního a integrovaného přístupu, který jsou propouštěny z nemocnice. Toho lze zajistit, že nikdo nebude propuštěn z nemocnice dosáhnout vypracováním metodických postupů do nevyhovujícího bydlení a/nebo na ulici, týkajících se propouštění z nemocnice, které a tedy stanoví jasný program týkající se práva budou konkrétně přizpůsobeny lidem bez na zdraví a bydlení pro osoby bez domova.



3. Co tvoří účinný plán propouštění z nemocnice?

Vztahu mezi propouštěním z nemocnice a bezdomovectvím se podle všeho věnují výzkumy především v Severní Americe, kde však odborníci poukazují na potřebu dalšího zkoumání těchto souvislostí mezi propouštěním z nemocnice a bezdomovectvím napříč různými oblastmi studia.

Po ukončení akutní péče v nemocnici se rekonvalescence a doléčování obvykle realizují prostřednictvím ambulancí. Osoby bez domova však mají často problém s přístupem k těmto službám. Navíc alternativy pro jejich následnou péči jsou omezené, což vede ke zhoršování zdravotního stavu těchto lidí a udržuje schéma „otáčivých dveří“ opětovných hospitalizací²¹. Například osoby s chronickým onemocněním nebo osoby vyžadující trvalou péči (např. při léčbě rakoviny nebo při hemodialýze) čelí významným překážkám v přístupu k této léčbě stejně jako v dodržování léčebného plánu, protože často nemají bezpečné prostory, kde by mohli dokončit rekonvalescenci či třeba jen uchovávat léky. Jelikož nemají prostředky na

zajištění následné péče, jejich situace se zhoršuje a v řadě případů končí opět v nemocnici, často na pohotovosti. To podtrhuje zásadní význam komplexního plánu propouštění z nemocnice, který by byl přizpůsoben lidem bez domova.

Při řešení přístupu ke zdravotní péči pro osoby bez domova je nezbytné podporovat kladný vztah mezi pacientem a lékařem založený na **přístupu zaměřeném na člověka**, který je založen na principech **trauma zohledňující péče**. Lidé bez domova pravděpodobně zažili různé formy traumatu, včetně bezdomovectví, které může být samo o sobě považováno za zdroj traumatu.²² Plány propouštění z nemocnice by tedy měly být přizpůsobeny potřebám a situaci lidí a měly by zabráňovat opětovné traumatizaci a stigmatizaci. Zásadní význam má také zapojení pacienta do procesu propouštění, zohlednění problémů, kterým může čelit, a spolupráce při hledání praktických řešení vycházejících z jeho situace²³.

Rámec SAFE DC, zavedený v roce 2009

21 Homeless Link and St Mungo's. (2012). *Improving hospital admission and discharge for people who are homeless analysis of the current picture and recommendations for change (Zlepšení přijímání osob bez domova do nemocnice a jejich propouštění z nemocnice, analýza současného stavu a doporučení ke změně)*. Dostupné na adrese: https://www.housinglin.org.uk/_assets/resources/housing/otherorganisation/improving_hospital_admission_and_d

22 Hopper, E. K., Bassuk, E. L., & Olivet, J. (2010). Úkryt před bouří: Trauma zohledňující péče v prostředí služeb pro lidi bez domova). Dostupné na adrese: https://socialnibydeni.mpsv.cz/download/dokumenty/111-shelter_cz.pdf.

23 Carmichael, C., Schiffler, T., Smith, L., Moudatsou, M., Tabaki, I., Donate-Martínez, A., Alhambra-Borrás, T., Kouvari, M., Karnaki, P., Gil-Salmeron, A., & Grabovac, I. (2023). Barriers and facilitators to health care access for people experiencing homelessness in four European countries: an exploratory qualitative study (Překážky a faktory usnadňující přístup ke zdravotní péči pro osoby bez domova ve čtyřech evropských zemích: Průzkumná kvalitativní studie). *International Journal for Equity in Health*, 22, 1: 206.

v USA, nabízí komplexní přístup k plánování propouštění z nemocnice pro osoby bez domova. Zaměřuje se na čtyři klíčové oblasti: bezpečnost, přístup k péči, následnou péči a efektivnost. Tento model ukazuje, že péče o pacienty bez domova musí přesahovat rámec vlastní hospitalizace a **řešit širší zdravotní a sociální potřeby, aby se zabránilo opětovné hospitalizaci a zlepšily se celkové zdravotní výsledky.**²⁴

V rámci jedné studie bylo zjištěno, že 56 % účastníků nebylo během hospitalizace dotázáno na jejich bytovou situaci, což ukazuje na potřebu komplexnějšího a individuálnějšího plánování propouštění.²⁵ **Posouzení bytových potřeb při přijetí do nemocnice je zásadní,** neboť zajistí, že se k pacientům bude přistupovat s respektem a porozuměním, aniž by byli stigmatizováni. **Po propuštění z nemocnice má zásadní význam pokračující podpora,** včetně pomoci při zvládání složitých zdravotních potřeb, užívání léků, základních potřeb a dopravy. Dosažení tohoto cíle vyžaduje **kolaborativní přístup** a koordinaci mezi jednotlivými službami, aby byla zajištěna komplexní následná péče.²⁶

Poskytování těchto služeb může mít různé podoby, od terénní práce a case managementu, kdy jsou osoby nasměrovány na další služby a je jim po propuštění poskytována následná péče, až po integrované modely, které zajišťují jak bydlení, tak zdravotní služby. Příkladem jsou programy Housing First, přechodné bydlení, odlehčovací péče a přístup k finančně dostupnému a udržitelnému ubytování. Výzkum ukázal, že programy bydlení a case managementu pro chronicky nemocné osoby bez domova vedly k 29% snížení počtu hospitalizací a 24% snížení počtu návštěv pohotovosti.²⁷

Nedávno provedená studie, v níž byly analyzovány údaje o hospitalizacích a návštěvách pohotovosti u osob bez domova ve třech českých městech v letech 2014 až 2021, potvrdila účinnost terénních forem sociálních služeb prováděných zdravotními sestrami při snižování počtu hospitalizací osob bez domova a snižování frekvence návštěv oddělení urgentního příjmu.²⁸

Přístupy **Housing First** a **Respite**, které přiznávají prioritu bezpečnému **bydlení jako jednomu z předpokladů propuštění**

24 Best, J. A. and Young, A. (2009), "A SAFE DC: a conceptual framework for care of the homeless inpatient" (Rámec SAFE DC: Konceptní rámec péče o hospitalizované pacienty bez domova), *Journal of hospital medicine*, 4, 6: 375–381.

25 Greysen, S. R., Allen, R., Rosenthal, M. S., Lucas, G. I. a Wang, E. A. (2013), "Improving the quality of discharge care for the homeless: A patient-centred approach" (Zlepšování kvality péče při propouštění z nemocnice u osob bez domova: Přístup zaměřený na pacienta). *Journal of health care for the poor and underserved*, 24, 2: 444–455.

26 Canham, S. L., Davidson, S., Custodio, K., Mauboules, C., Good, C., Wister, A. V., & Bosma, H. (2018). Health supports needed for homeless persons transitioning from hospitals (Potřebná zdravotní podpora pro osoby bez domova při návratu z nemocnice). *Health & social care in the community*, 27, 3: 531–545.

27 Canham, S., Humphries, J., Seetharaman, K., Custodio, K., Mauboules, C., Good, C., Lupick, D., & Bosma, H. (2022). Hospital-to-shelter/housing interventions for persons experiencing homelessness (Intervence při odchodu z nemocnice do azylového domu / bydlení pro osoby bez domova). *International journal on homelessness*, 2, 1: 136–151.

28 Šimon, M., Latečková, B. & Potluka, O. (2024). Health and healthcare use of homeless population: Evaluation study of joint social work and healthcare provision (Zdraví a využívání zdravotní péče u osob bez domova: Evaluační studie společného poskytování sociální a zdravotní péče). *International journal of nursing studies*, 161: 104929-104929.

z nemocnice, vykazují slibné výsledky v míře opětovných hospitalizací a nákladové efektivitě. Tyto přechody však závisí na dostupnosti služeb, což bývá často považováno za zásadní omezení. Uvedené výsledky se při zavádění těchto služeb projevují příznivě, přičemž azylové domy jsou předkládány jako krátkodobá řešení, která nedokážou uspokojit zdravotní potřeby při rekonvalescenci.

Tyto programy jsou nejen nákladově efektivní, protože snižují počet hospitalizací a míru využívání zdravotní péče, ale plní také klíčovou úlohu při snižování nerovností v oblasti zdraví a při podpoře dlouhodobé tělesné a duševní pohody. Díky tomu, že tyto intervence řeší jak zdravotní potřeby, tak potřeby v oblasti bydlení, pomáhají překlenout mezery v péči a přispívají k lepším výsledkům v oblasti zdravotního stavu.

Tento dokument zdůrazňuje potřebu vnímat bydlení jako sociální determinantu zdraví, která by měla být brána v úvahu při plánování propouštění z nemocnice. Proto se nyní budeme podrobněji zabývat výsledky jednotlivých služeb následné péče.

Doléčovací péče*

**V závislosti na studii a zemi, ve které byla provedena, se může rozlišovat mezi doléčovací péčí („respite care“) a následnou péčí („intermediate care“). Ačkoli vykazují obě koncepty společné rysy, mohou se*

v konkrétních pojetích lišit.

Lékařská odlehčovací péče poskytuje lidem bez domova bezpečný prostor pro rekonvalescenci po propuštění z nemocnice, protože se často potýkají s problémy při uzdravování kvůli nestabilním životním podmínkám. Cílem studie provedené v Dánsku bylo zhodnotit účinnost a nákladovou efektivitu lékařské následné doléčovací péče po propuštění z nemocnice, která by byla konkrétně uzpůsobena pro osoby bez domova. Studie zjišťovala, zda tato intervence vedla ke zlepšení zdravotního stavu a snížení nákladů na zdravotní péči ve srovnání se standardní péčí. Projekt Bridge Copenhagen – lékařská doléčovací péče vykazuje po 6 a 12 měsících významné zlepšení nákladové efektivitě, zlepšení výsledků v oblasti zdravotního stavu a snížení počtu opětovných hospitalizací.²⁹ Tato zjištění jsou v souladu s předchozím výzkumem, z něhož vyplývá, že propouštění do zdravotnického zařízení, které poskytuje doléčovací péči, bylo spojeno s významně nižší mírou opětovných hospitalizací než při propouštění do „vlastní péče“ (např. do azylových domů).³⁰ Výsledky rovněž naznačují, že poskytování služeb následné péče přizpůsobených potřebám lidí bez domova může zlepšit výsledky v oblasti zdravotního stavu a nabídnout nákladově efektivní řešení, které povede k dlouhodobým úsporám díky snížení využívání zdravotní péče.³¹

29 Bring, C., Kruse, M., Ankarfeldt, M. Z., Brunes, N., Pedersen, M., Petersen, J., & Andersen, O. (2020). Post-hospital medical respite care for homeless people in Denmark: A randomized controlled trial and cost-utility analysis (Následná lékařská odlehčovací péče pro osoby bez domova v Dánsku: Randomizovaná kontrolovaná studie a analýza nákladů a přínosů). *BMC health services research*, 20, 1.

30 Kertesz, S. G., Posner, M. A., O'Connell, J. J., Swain, S., Mullins, A. N., Shwartz, M., & Ash, A. S. (2009). Post-hospital medical respite care and hospital readmission of homeless persons (Následná lékařská odlehčovací péče a opětovná hospitalizace osob bez domova). *Journal of prevention & intervention in the community*, 37, 2: 129–142.

31 Biederman, D. J., Gamble, J., Wilson, S., Douglas, C., & Feigal, J. (2019). Health care utilization following a homeless medical respite pilot program (Využívání zdravotní péče po absolvování pilotního programu lékařské odlehčovací péče pro osoby bez

Housing First

Přístup Housing First uplatňuje holistický a integrující přístup k řešení potřeb lidí bez domova, přičemž existuje dostatek důkazů svědčících o jeho příznivém vlivu na zdravotní stav. Z výzkumu rovněž vyplývá, že programy Housing First mohou snížit využívání služeb akutní péče tím, že poskytují stabilní prostředí pro rekonvalescenci a léčbu, což zahrnuje i psychosociální potřeby. To následně zlepšuje výsledky v oblasti zdravotního stavu a snižuje potřebu budoucích hospitalizací.³²

Jedna studie týkající se francouzského programu Housing First nazvaného *Un Chez-Soi d'Abord* zjistila, že během šesti měsíců před vstupem do programu strávili lidé bez domova v průměru 18,3 noci v nemocnici. Po 12 měsících účasti v programu Housing First se průměrná doba pobytu v nemocnici za

posledních šest měsíců výrazně snížila na 8,8 noci. Kromě toho se výrazně snížila četnost hospitalizací i kontaktů s nemocnicemi.³³

Spolupráce mezi nemocničními odborníky a programy Housing First může významně snížit počet hospitalizací a náklady na zdravotní péči a zároveň zajistit důstojné propouštění a následnou péči o osoby čelící bezdomovectví. Tento přístup řeší sociální determinanty zdraví a zároveň upřednostňuje péči zaměřenou na člověka.³⁴

Azylové domy

Vypracování účinného plánu propouštění je často náročné vzhledem k přístupnosti služeb a jejich dostupnosti pro osoby bez domova. Mnoho azylových zařízení nabízí pouze dočasné ubytování, které není vhodně přizpůsobeno zdravotním potřebám lidí, jejichž zdravotní stav je sice dostatečně stabilní na to,



domova). *Public health nursing*, 36, 3, 296–302.

32 Srebnik, D., Connor, T., & Sylla, L. (2013). A pilot study of the impact of Housing First-supported housing for intensive users of medical hospitalization and sobering services (Pilotní studie dopadu bydlení s podporou programu Housing First pro intenzivní uživatele služeb lékařské hospitalizace a záchytných stanic). *American journal of public health*, 103(2), 316–321.

33 Pleace, N. (2017). *Evropská příručka Bydlení především*. Dostupné na adrese: <https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/11/housing-first-guide-czech.pdf>

34 Wood, L., Wood, N. J. R., Vallesi, S., Stafford, A., Davies, A., & Cumming, C. (2019). Hospital collaboration with a Housing First program to improve health outcomes for people experiencing homelessness (Spolupráce nemocnice s programem Housing First s cílem zlepšit výsledky v oblasti zdravotního stavu osob bez domova). *Housing, care and support*, 22, 1: 27–39.

aby nevyžadoval hospitalizaci, přesto však potřebují pokračující péči.

Studie provedená v Kanadě upozornila na problémy při vytváření účinných plánů propouštění pro osoby bez domova. Nemocnice jsou pod tlakem, aby pacienty propouštěly, jakmile jsou z lékařského hlediska stabilizovaní, ale často narážejí na problémy při propouštění těchto pacientů do azylových domů. Mnohé azylové domy mají zavedena přísná vylučující kritéria a pravidla způsobilosti, aby zamezily přijímání osob, jejichž potřeby následné péče nemohou uspokojit.³⁵ Mezi tyto osoby patří i starší lidé bez domova, kteří jsou po propuštění z nemocnice zvláště zranitelní, přičemž běžná azylová zařízení se pro řešení jejich komplexních potřeb jeví jako nevyhovující.³⁶ Tento nesoulad mezi propouštěním z nemocnice a možnostmi azylových zařízení ukazuje potřebu systémových změn, které by zlepšily koordinaci zdravotní péče a podpořily lepší plánování propouštění osob bez domova z nemocnice.

35 Jenkinson, J. I. R., Strike, C., Hwang, S. W., & Di Ruggiero, E. (2021). Nowhere to go: Exploring the social and economic influences on discharging people experiencing homelessness to appropriate destinations in Toronto, Canada (Nemám kam jít: Analýza sociálních a ekonomických vlivů na propouštění osob bez domova do vhodných destinací v kanadském Torontu). *Canadian journal of public health/Revue canadienne de sante publique*, 112, 6: 992–1001.

36 Canham, S., Custodio, K., Mauboules, C., Good, C., & Bosma, H. (2020). Health and psychosocial needs of older adults who are experiencing homelessness following hospital discharge (Zdravotní a psychosociální potřeby starších osob, které v době propuštění z nemocnice zakoušejí bezdomovectví). *The gerontologist*, 60, 4: 715–724.

4. Závěry a doporučení

V rámci svého závazku ozřejmit širší problematiku nerovností v oblasti zdraví se FEANTSA poprvé zaměřuje na zkoumání kritických souvislostí mezi bezdomovectvím a propouštěním z nemocnice. Nevyhovující propouštění z nemocnice může mít pro lidi bez domova neblahé důsledky, protože neřeší jejich komplexní potřeby. Cyklus opětovných hospitalizací nejenže zatěžuje systémy zdravotní péče, ale může dále marginalizovat osoby, které pobyt v nemocnici prožívají jako traumatizující. Důvodem je kromě zranitelnosti, kterou s sebou nese samotná hospitalizace, také stigma, kterému lidé bez domova často čelí.

Propouštění z nemocnice by nemělo být přehlíženo, protože představuje klíčovou příležitost, jak propojit osoby bez domova se základními službami a zajistit jim cestu k potřebné péči a podpoře. Účinné plánování propouštění z nemocnice má zásadní význam pro snížení nerovností v oblasti zdraví u osob bez domova.⁴¹ Politiky v oblasti zdraví by se měly zabývat psychosociálními potřebami osob bez domova a zajistit účinné poskytování služeb a inkluzivní přístup ke zdraví.⁴²

Tento dokument důrazně vyzývá členské státy EU, aby se zabývaly otázkou politik propouštění z nemocnic, a nabízí doporučení, kterými by se měla řídit budoucí opatření. Kromě toho je cílem tohoto dokumentu

podpořit další výzkum, zejména za účasti osob bez domova, což má zásadní význam pro to, aby bylo zajištěno, že budoucí studie a vývoj politik plně zohlednění jejich potřeby.

Na základě analýzy dat a rozhovorů vedených pro účely tohoto dokumentu předkládá FEANTSA sedm doporučení, která by měla – budou-li zavedena na celostátní úrovni – zajistit pokrok v dosažení důstojného a bezpečného propouštění osob, které nemají odpovídající bydlení, z nemocničního zařízení. Jak už bylo uvedeno, to by následně zajistilo omezení využívání pohotovostních služeb a výrazně by to zkrátilo dobu hospitalizace a snížilo náklady.

Doporučení:

1. Včasná identifikace a individuální posouzení při přijetí

Nemocnice by při příjmu měly provádět standardizovaný screening a vyhodnocování za účelem identifikace osob bez domova nebo jsou jím ohroženy. Toto posouzení musí provádět kvalifikovaní odborníci, kteří budou řešit případné pocity strachu nebo stigmatizace, jež by mohly jednotlivcům bránit se svěřit se svou bytovou situací.

2. Integrované a společné plánování propouštění

Nemocnice musí zavést jasné metodické postupy pro koordinované poskytování služeb

41 Cornes, M., Aldridge, R. W., Biswell, E., Byng, R., Clark, M., Foster, G., Fuller, J., Hayward, A., Hewett, N., Kilmister, A., Manthorpe, J., Neale, J., Tinelli, M., & Whiteford, M. (2021). Improving care transfers for homeless patients after hospital discharge: A realist evaluation (Zlepšení předávání péče o pacienty bez domova po propuštění z nemocnice: Realistické hodnocení). *Health and social care delivery research*, 9, 17.

42 Luchenski, S., Maguire, N., Aldridge, R. W., Hayward, A., Story, A., Perri, P. et al. (2018). What works in inclusion health: Overview of effective interventions for marginalised and excluded populations (Co se osvědčuje v oblasti inkluzivního zdraví: Přehled účinných intervencí pro marginalizované a vyloučené skupiny obyvatel). *The lancet*. 391: 266-80.

a postupy pro doporučování pacientů, kteří jsou ohroženi bezdomovectvím nebo ho v současné době zakoušejí. Měla by být formalizována účinná spolupráce s partnery – včetně nevládních organizací, místních agentur, služeb v oblasti duševního zdraví a užívání návykových látek a dalších příslušných zúčastněných stran. Kromě toho by nemocnice měly vytvořit komunikační kanály a metodické postupy pro bezpečné a účinné sdílení informací mezi partnery.

3. Vyhodnocení a posouzení potřeb

Členské státy by měly vypracovat posouzení potřeb stávajících služeb a identifikovat případné nedostatky. To zahrnuje shromažďování údajů o počtech přijetí, počtech propuštění a dostupnosti péče, podpory a služeb následné péče, které jsou konkrétně přizpůsobeny lidem bez domova. Toto hodnocení má zásadní význam pro vypracování realistických a účinných metodických postupů poskytování následné péče.

4. Zavedení zásad bezpečného propouštění

Nemocnice by měly přijmout jasnou politiku propouštění zaměřenou na jednotlivce (*person-centred*), která bude zohledňovat psychosociální a holistické potřeby osob bez domova a zajistí, že nebudou propouštěny na ulici nebo do nejistého ubytování. Postupy bezpečného propouštění by měly zahrnovat komplexní výstupní schůzky, na nichž jsou prostřednictvím srozumitelné a jasné komunikace pacientovi podány dostupné informace o následné péči, doléčování a užívání léků.

5. Zajištění financování

Měly by být poskytnuty další finanční prostředky na vytvoření služeb přizpůsobených potřebám lidí bez domova poskytovaných mimo nemocnici, jako jsou terénní lékaři či mobilní terénní kliniky. Tyto služby by

usnadnily kontinuitu následné péče a podpořily rekonvalescenci osob bez domova. Další investice by měly směřovat do rozšíření služeb následné péče a programů Housing First a v neposlední řadě do služeb uplatňujících peer přístup v rámci systémů zdravotní péče.

6. Školení

Doporučuje se, aby zaměstnanci nemocnic absolvovali specializované školení o problematice bezdomovectví, které by podpořilo jejich citlivost a informovanost. Toto školení může pomoci snížit stigmatizaci a odsuzování a zajistit empatickou a nediskriminační péči o pacienty bez domova.

7. Evaluace a výzkum

Je třeba pravidelně evaluovat protokoly pro propouštění a programy přizpůsobené lidem bez domova. To zahrnuje vývoj a zdokonalování informačních systémů pro získávání přesných dat o počtu hospitalizovaných a opětovně hospitalizovaných osob. V neposlední řadě by měl být prováděn další výzkum týkající se vzájemného vztahu mezi propouštěním z nemocnice a bezdomovectvím, zlepšením přístupu k péči a v konečném důsledku snížením nerovností v oblasti zdraví.

Poděkování

FEANTSA vyjadřuje poděkování svým respondentkám Marii Karra ([Nadace Emfasis](#)) a Emily Page ([Pathway – Homeless & Inclusion Health](#)) za jejich postřehy a sdílené zkušenosti, které byly cenným přínosem pro naše doporučení.



Spolufinancováno Evropskou unií.

Prostřednictvím programu EU pro zaměstnanost a sociální inovace (EaSI) fondu ESF+.

Uvedené názory a stanoviska jsou však pouze názory a stanoviska autora (autorů) a nemusí nutně odrážet názory a stanoviska Evropské unie nebo ESF+. Evropská unie ani orgán udělující povolení za ně nemohou nést odpovědnost.



FEANTSA

**Evropská federace národních organizací
pracujících s lidmi bez domova**

194 Chaussee de Louvain, 1210 Brusel, Belgie T +32

(0)2 538 66 69 - information@feantsa.org

www.feantsa.org

