

ZPRÁVA O ZDRAVÍ LIDÍ BEZ DOMOVA A (NE)DOSTUPNOSTI ZDRAVOTNÍ PÉČE

*NADĚJE

ZPRÁVA O ZDRAVÍ LIDÍ BEZ DOMOVA A (NE)DOSTUPNOSTI ZDRAVOTNÍ PÉČE

Autoři

Jakub Dutka, Linda Sokačová, Luboš Turzík,
Zdeňka Hobzová, Karolína Jeníčková, Pavel Matějka,
Jarmila Urbani, Gabriela Štípalová, Petr Grézl,
Věra Míková, Lucie Vaňková

Editorka

Hana Šimková

© NADĚJE, 2025

ISBN 978-80-86451-41-1

OBSAH

ANOTACE	5
ÚVOD	7
VYMEZENÍ ZPRÁVY A ZDROJE DAT	9
NADĚJE	10
Terénní výzkum	11
Sčítání lidí bez domova se specifickými potřebami	12
ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE NADĚJE V PRAZE	13
Historie a popis ordinace	13
Nejčastější onemocnění, výkony, pojištění – ordinace v roce 2024	15
Obrázek ordinace v lednu 2025	20
DUŠEVNÍ ZDRAVÍ LIDÍ BEZ DOMOVA	23
Duševní onemocnění a jejich četnost	23
Závislosti	26
Psychiatrická péče	28
CIZINCI BEZ DOMOVA	31
Počty a struktura cizinců	31
Ohroženost cizinců bez domova	33
ŽENY A DĚTI BEZ DOMOVA	37
Specifika přístupu u žen	37
Děti bez domova	40
LIDÉ BEZ DOMOVA SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI	43
Kam s ní, kam s ním?	43
Počty lidí bez domova se specifickými potřebami	47
DALŠÍ BARIÉRY V PŘÍSTUPU KE ZDRAVOTNÍ PÉČI	53
Léky a kompenzační pomůcky	56
Rychlá záchranná služba	57
JAK TO VIDÍ SAMI LIDÉ BEZ DOMOVA	61
SHRNUTÍ	65

ANOTACE

Zprávu o zdraví lidí bez domova a (ne)dostupnosti zdravotní péče připravil kolektiv autorů NADĚJE ve spolupráci s externí výzkumnou podporou a garancí. Zpráva shrnuje aktuální poznatky z let 2024 a 2025 týkající se především nejzranitelnějších skupin lidí v bytové nouzi, jejich zdravotního stavu a faktické dostupnosti zdravotní péče.

Zdroje dat, ze kterých dokument vychází, jsou trojího druhu. Jsou to data o lidech bez domova, kteří jsou nebo byli klienty zdravotnických a/nebo sociálních služeb poskytovaných NADĚJÍ z let 2024/2025. Dále byl proveden v první polovině roku 2025 terénní výzkum, který získal řadu kvalitativních dat pomocí polostrukturovaných rozhovorů se třemi skupinami respondentů: lidí bez domova, profesionálů ze sociálních služeb a z řad zdravotníků. Tyto poznatky byly doplněny dvěma modely sčítání lidí bez domova se specifickými potřebami ve dvou různých územích.

Zpráva popisuje nejprve chod ordinace praktického lékaře NADĚJE v Praze určené lidem bez domova, ukazuje statistické přehledy nejčastějších diagnóz a vykázaných zdravotních výkonů za rok 2024. Pojednává o problematice zdravotního pojištění lidí bez domova. Všechny tyto dílčí charakteristiky vysvětlují specifika péče o pacienty bez domova oproti běžným ordinacím praktických lékařů, její potřebnost, výhody její existence, ale i problematičnost financování podobného zařízení. Statistická data doplňuje kazuistika a ukázka měsíční činnosti ordinace.

Dále se zpráva zabývá rozsáhlou oblastí duševního zdraví lidí bez domova, k čemuž využívá data získaná během terénního výzkumu, ve kterém byli respondenty kromě jiných i primáři psychiatrických nemocnic a adiktoložka. Přináší doklady četnosti, s jakou je bezdomovství bezprostředně provázáno s duševním onemocněním a jak často se lidé bez domova stávají pacienty hospitalizovanými v psychiatrických nemocnicích. Speciální oddíl věnujeme problematice závislosti a míře nedostupnosti pomoci v oblasti duševního zdraví, která je pro lidi bez domova násobně vyšší než pro běžnou populaci.

Statistická data o klientech-cizincích NADĚJE doplněná o informace z terénního výzkumu dokládají zranitelnost lidí bez domova, kteří se ocitli „na ulici“ v cizí zemi. Ukazuje se,

že dostupnost zdravotní péče pro pětinu lidí bez domova v ČR klesá na absolutní minimum: pomoc najdou jen v případě bezprostředního ohrožení života.

Dalšími zranitelnými skupinami jsou ženy a děti, i těm se zpráva věnuje. Terénní výzkum pomohl zjistit, zda a jaká jsou specifika zdravotní péče pro ženy „na ulici“, co přináší těhotenství a mateřství pro ně samotné i pro pomáhající profesionály. A co všechno může znamenat pro dítě život v azylovém domě.

Zpráva se dále věnuje lidem bez domova, kteří mají specifické dlouhodobé potřeby, jsou odkázáni z důvodu svého věku, dlouhodobé nemoci, snížené soběstačnosti či fyzického handicapu ve vyšší míře na pomoc druhých. Potřebují pobytové služby, které v sobě kombinují sociální i zdravotní složku péče, jako jsou domovy seniorů či domovy se zvláštním režimem, popřípadě jiné, u nás prozatím nerozšířené možnosti dlouhodobé podpory. Zpráva na základě provedených interview a realizace dvou sčítání dokazuje, že pro tyto nejzranitelnější neexistuje adekvátní podpora, běžná síť sociálních služeb péče je jim nedostupná. Česká republika zcela postrádá systémové řešení problému, který se týká významného a zvyšujícího se počtu lidí bez domova.

Zkoumání bylo zaměřeno také na identifikaci nejčastějších bariér v přístupu ke zdravotní péči, ať se již jedná o ty na straně pacientů, zdravotnických profesionálů nebo „systému“. Respondenti během interview často zmiňovali zkušenosti s rychlou záchrannou službou. Bariéry se různí právě podle toho, zda jste člověkem bez domova a trápí vás duševní zdraví, jste v důchodovém věku, cizincem, musíte brát pravidelně léky, anebo si při pohybu pomáhat chodítkem.

Ve zprávě nemluví jen lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci a další profesionálové. Zazní i zkušenosti samotných lidí bez domova. Nejsou oni tím nejdůležitějším hlasem, který rozhodne, zda jsme v poskytování pomoci obstáli? Závěr zprávy proto patří právě jim.

ÚVOD

Pokud se zeptáte profesionála, který pomáhá lidem bez domova, co představuje pro jeho klienty největší problém, zmíní jistě na prvních místech nedostupnost bydlení a téma zdraví. O nedostatku adekvátního bydlení a gradaci problému zasahujícího čím dál větší část společnosti slyšíme v posledních letech po právu nemálo. Jak je to ale se zdravím? Kolik toho víme o zdravotních potížích lidí bez domova, o fatálních dopadech života „na ulici“? Mluví se ve veřejném prostoru o míře faktické nedostupnosti zdravotní péče pro zranitelné lidi? Vede se diskuse o obrovské frustraci sociálních pracovníků, lékařů a zdravotních sester, pramenící z nemožnosti zajistit potřebnou péči lidem bez domova, kteří jsou nemocní, mají handicap nebo jsou staří?

O tom, že zdravotní stav lidí bez domova je horší než u většinové populace, asi nepanují pochyby. Proč jsme se tedy v NADĚJI rozhodli připravit *Zprávu o zdraví lidí bez domova a (ne)dostupnosti zdravotní péče* (dále také jen jako „zpráva“)? V prvé řadě se nedomníváme, že bychom skutečně o zdravotním stavu lidí bez domova věděli vše podstatné. Ještě mnohem méně máme jasno v tom, jak své zdraví prožívají sami naši klienti,¹ jaké výzvy přináší téma zdraví pro pomáhající profesionály z řad sociálních pracovníků a zdravotníků. A ještě méně orientováni jsme v otázkách kooperace sociálního a zdravotního sektoru, a především otázky skutečné dostupnosti zdravotní péče pro ty, kteří zažívají situace extrémního vyloučení. Zpráva by ráda o těchto věcech podala plastičtější obrázek. Ten bude vycházet nejen z čísel a zkušeností pracovníků naší organizace, ale i ze zkušeností klientů a zdravotníků. V neposlední řadě motivace předložit tuto zprávu vychází z poslání NADĚJE, jejích hodnot, ale také z její role poskytovatele sociálních služeb, který hájí oprávněné zájmy svých klientů. Můžeme to říct i prostě: pokud to nebudeme my, kdo upozorní na tristní stav, kdo jiný to pro lidi bez domova udělá?

¹ Termíny klientky/klienti jsou v textu na některých místech používány (i ze stylistických důvodů) synonymně pro označení lidí v situaci bezdomovectví. Vychází z úzu systému sociálních služeb, ve kterém se tak běžně označují ti, kteří čerpají služby pomoci. S vědomím, že ne každý člověk bez domova, jehož zkušenosti budeme popisovat, případně zobecňovat, je nebo byl skutečným klientem služeb NADĚJE.



VYMEZENÍ ZPRÁVY A ZDROJE DAT

Obsahově rámuje zprávu následující trojúhelník: nejzranitelnější skupina lidí bez domova – zdraví – dostupnost zdravotní péče. Bezdomovství² je třeba chápat v celé šíři situací, ve kterých lidé postrádají bydlení. Nejsou to jen ti, kteří žijí bez střechy, „na ulici“, spí ve stanech, pod mosty a provizorních přístřešcích. Patří k nim lidé využívající krizové a dočasné bydlení v noclehárnách a azylových domech. Pobývají v institucích (nemocnice, věznice apod.), ale nemají se po propuštění kam vrátit. Stejně tak se jedná o ty, kteří žijí na ubytovnách, v přeplněných a nevhodných bytech, spí u známých nebo v jinak právně nejistém bydlení. Ti všichni totiž postrádají domov buď fyzicky, nebo v tom smyslu, že nemají místo, ve kterém by mohli bezpečně a stabilně požívat soukromí, naplňovat své potřeby.³ K fenoménu zdraví zpráva přistupuje v holistickému smyslu, zajímá nás oblast somatická, duševní, sociální, nenecháváme mluvit jen výčty diagnóz, ptáme se na zdraví samotných klientů a hledáme sociální konsekvence.⁴ Každý, kdo prožívá bezdomovectví, je sociálně vyloučen. Člověka bez domova v různé míře zasahuje omezená možnost přístupu nejen k bydlení, ale i k dalším nezbytným zdrojům společnosti. Proto nás primárně nebude zajímat popis zdravotní péče jako systému s jeho normami, které by měly dostupnost zdravotní péče garantovat.⁵ Zpráva se zaměřuje na zkoumání zkušeností lidí sociálně vyloučených, pracovníků sociálních služeb a zdravotnických profesionálů s faktickou (reálnou) dostupností zdravotní péče pro lidi bez domova v ČR.

Zpráva zpracovává data pocházejí z průběhu let 2024 a 2025. Jedná se o tři hlavní zdroje informací: data shromažďovaná a zpracovaná NADĚJÍ jako poskytovatele zdravotní služby a sociálních služeb, terénní výzkum zaměřený na problematiku

2 Ve zprávě používáme termíny „bezdomovectví“ (známý laické veřejnosti) i termín „bezdomovství“ (používaný dosud spíše v odborných textech) ekvivalentně. Termín „bezdomovství“ – prosazovaný již zakladatelem NADĚJE Iljou Hradeckým – lépe vystihuje dynamiku jevu, který má své příčiny a důsledky.

3 Vycházíme z obecně přijímané definice ETHOS: https://www.feantsa.org/download/cz_8621229557703714801.pdf.

4 Srov. https://www.researchgate.net/publication/387931721_World_Health_Organization_WHO_Definition_Of_Health

5 Dostupnost zdravotní péče v ČR ukotvuje především zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách; zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.



zdraví lidí bez domova, sčítání počtů lidí bez domova se specifickými potřebami na dvou vybraných územích.

NADĚJE

Lidé bez domova jsou jednou z cílových skupin, kterým se nestátní nezisková organizace NADĚJE věnuje již od počátku svého vzniku. Aktuálně pomáhá překonávat lidem bezdomovství v 6 krajích ČR, ve 12 městech a jejich okolí. NADĚJE poskytuje všechny druhy sociálních služeb určených lidem bez domova.⁶ Ve městech, kde působí, je organizace také součástí specifické pomoci v zimním období a navyšuje možnosti a kapacity určené lidem „na ulici“. NADĚJE je aktivní v segmentu sociálního bydlení, aktuálně realizuje mimo jiné čtyři evropské projekty zaměřené na sociální bydlení, zabydluje a poskytuje podporu domácnostem ve standardních/nájemních/podnájemních bytech.

Organizace také poskytuje/podporuje zdravotní služby specificky určené lidem bez domova

- v Praze:
 - a. provozuje NADĚJE ordinaci praktického lékaře, zubaře a gynekologa pro lidi bez domova při nízkoprahovém denním centru U Bulhara, součástí týmu centra je i psychologka,
 - b. do služeb nocleháren a azylových domů pravidelně dochází zdravotní sestra organizace,
 - c. v týmech působí také adiktoložka pomáhající lidem se závislostí;
- v Klášterci n. Ohří a v Kadani dochází systematicky do služeb pro lidi bez domova zdravotní sestra;
- v Litoměřicích zdravotní sestra spolupracuje úzce s týmem terénního programu;
- klientům v Jablonci n. Nisou, Liberci a Mladé Boleslavi je k dispozici psycholog/psychoterapeut;

⁶ Jsou to následující registrované sociální služby: 7× terénní práce zaměřená na lidi bez domova (Praha, Mladá Boleslav v rámci nízkoprahového denního centra, Jablonec n. N., Litoměřice, Roudnice n. L. a Štětí, Písek); 9× nízkoprahová denní centra pro lidi bez domova (3× v Praze, Jablonec n. N., Liberec, Mladá Boleslav, Lovosice, Klášterec n. O., Kadaň); 9× noclehárny (3× Praha, Jablonec n. N., Liberec, Mladá Boleslav, Lovosice, Klášterec n. O., Kadaň) a 1× krizová pomoc v Roudnici n. L.; 8× azylové domy (4× Praha, Jablonec n. N., Plzeň, Klášterec n. O., Roudnice n. L.) a další ubytovací kapacity ve třech domech s podporou sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi (2× Plzeň, Písek).

- v Liberci spolupracují s Českým červeným křížem, v denním centru jejich zdravotník poskytuje základní zdravotní ošetření jednou týdně.

Díky uvedenému NADĚJE disponuje základními socio-demografickými daty klientů využívajících sociální služby i daty o diagnózách nebo zdravotních výkonech poskytnutých lidem bez domova. Ale nejsou to jen čísla: individuální práce s každým klientem přináší pracovníkům zkušenosti a informace s velkou výpovědní hodnotou, kterou stěží nahradíme.

TERÉNNÍ VÝZKUM

V roce 2025 provedla NADĚJE terénní výzkum s cílem doplnit výše uvedená kvantitativní data. Za odborné garance byli proškoleni tazatelé a vypracovány tři scénáře pro vedení polostrukturovaných rozhovorů se třemi skupinami informátorů: s lidmi bez domova, zdravotními profesionály a profesionály ze sociální oblasti, kteří pracují s lidmi bez domova.⁷

Hlavní tematické okruhy výzkumu byly následující:

- zdravotní profesionálové a lidé z přímé péče;
- dostupnost zdravotní a návazné péče pro lidi bez domova;
- hlavní výzvy zdravotní péče o lidi bez domova;
- specifika zdravotní péče o lidi bez domova;
- kapacity zdravotního systému při léčbě lidí bez domova (z hlediska akutní péče, následné aj.);
- potřeby lidí bez domova v systému zdravotní péče;
- hlavní zdravotní problémy lidí bez domova – specifika vůči běžné populaci;
- spolupráce se sociálními službami a dalšími aktéry;
- doporučení pro rozvoj systému pomoci.

Od března do května roku 2025 bylo realizováno celkem 19 rozhovorů (8× s lidmi bez domova, 8× se zdravotnickými

⁷ S žádostí o rozhovor byli osloveni lidé bez domova, kteří byli v dané době klienty služeb NADĚJE v různých městech ČR. Podmínkou účasti na interview byla minimálně šestiměsíční zkušenost života bez střechy. U profesionálů z řad zdravotnických pracovníků splnit podmínky pro výkon povolání dle zákona č. 95/2004 Sb. nebo zákona č. 96/2004 Sb. U profesionálů ze sociální oblasti byla podmínkou kvalifikace respondenta jako sociálního pracovníka a zkušenost práce s cílovou skupinou nejméně 3 roky.



profesionály, 3× s pracovníky sociálních služeb pro lidi bez domova). Rozhovory se až na dvě online výjimky odehrály tváří v tvář. K samotné kvalitativní analýze byly použity přepisy nahrávek rozhovorů, které byly anonymizovány. Veškeré citace zvýrazněné kurzívou, které jsou uváděny ve zprávě, pocházejí právě z těchto rozhovorů.

SČÍTÁNÍ LIDÍ BEZ DOMOVA SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI

Dále zprávu doplňuje poznání o velikosti a struktuře skupiny lidí bez domova se specifickými potřebami související s jejich dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. Zkoumání jsme prováděli dvěma metodami nezávisle na sobě v první polovině roku 2025 na dvou místech ČR: na území Klášterce nad Ohří a v Liberecko-jablonecké aglomeraci. O způsobu sčítání, které nám umožní si učinit obrázek o významu a počtu lidí bez domova se zdravotním znevýhodněním, pojednáme níže.

ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE NADĚJE V PRAZE

NADĚJE je poskytovatelem ambulantní zdravotní péče všeobecného praktického lékařství, zubního lékařství, gynekologie a porodnictví v pražské ordinaci U Bulhara, která zajišťuje péči lidem bez domova. To nám umožňuje unikátní vhléd do problematiky zdraví cílové skupiny, demonstruje také přednosti specializované zdravotní péče a efektivitu přístupu, který je založen na nízkoprahovosti kombinující spolupráci sociálního a zdravotního systému. Tento model zdravotní pomoci znamená pro klienty minimalizaci bariér, se kterými se jako lidé bez domova ve zdravotnickém systému setkávají. Zdravotní sestra ordinace je popisuje takto: *„Zdravotnictví je skoro jak úřad. Pokud neprojde klient přes kartočku, tak se nedostane nikam. Neprojde, pokud má malhygienu, neumí se prosadit, pokud tam reálně nezkolabuje. Naši klienti nemají velmi často doklady, to platí o Čechách. Další skupinou jsou cizinci. Když klienti nejsou pojištěni, tak je zdravotnictví nebude chtít ošetřit, pokud to nebude akutní stav. Život ohrožující stav se tomu říká.“*

HISTORIE A POPIS ORDINACE

Ordinace v Praze má dlouhou tradici (od r. 1994). Od počátku byla umístěna v nízkoprahovém denním centru pro lidi bez domova nedaleko hlavního nádraží. Zároveň byla vždy součástí sítě sociálních služeb NADĚJE, pobočky Praha (terénní programy, azylové domy, noclehárny, nízkoprahová denní centra).

Jádrem ordinace je praktický lékař, v roce 2013 přibyla gynekologická ordinace, o tři roky později stomatologie. V roce 2016 se otevřela i psychiatrická ordinace, která však po čtyřech letech skončila z důvodů personálních. Přes intenzivní snahu se nenašel nový lékař-psychiatr. V roce 2024 se naopak podařilo navázat spolupráci s komerční domácí péčí u pojištěných pacientů, což má zásadní pozitivní dopad na zdraví klientů ubytovaných ve službách NADĚJE. V loňském roce mohlo být zařízení zajištěno z hlediska personálu osobou praktického lékaře (s plánovaným úvazkem 0,5), zdravotních sestry (plánované úvazky 2,0), doplněno zubařem a gynekologem na menší úvazky. Nadmíru komplikované získávání zdravotnických profesionálů znamenalo



reálné pokrytí provozu ordinace v roce 2024 následovně: celkem 2,2 úvazky čtyř zdravotních sester, 0,09 úvazky dvou praktických lékařů, 0,02 úvazku gynekoložky a s celkovým úvazkem 0,077 tři střídající se stomatologové. V nepřítomnosti lékařů zajišťují provoz v rozsahu svých kompetencí zdravotní sestry.

Charakteristický je poměrně vysoký podíl „názrazových“ pacientů (nechodí k lékaři opakovaně) a pacientů bez platného zdravotního pojištění. Pacienti nemají možnost být u praktického lékaře (resp. zubaře, gynekologa) registrováni.⁸ Specializace ordinace NADĚJE má však pro lidi bez domova celou řadu výhod i proto, že je součástí nízkoprahového centra. Pokud přijde člověk vyžadující zdravotní péči, může mu být zajištěna také pomoc s hygienou a čisté oblečení. To snižuje hygienická rizika pro zdravotní personál ordinace, což není možné ve všech nemocnicích. Personál běžných zdravotních zařízení také není dostatečně vyškolený v zdravotním přístupu k lidem bez domova, především pak v rámci výskytu parazitů u této cílové skupiny. Zdravotní sestra ordinace k tomu uvádí: „*Naše cílová skupina je z hlediska péče náročná. Nedodržuje léčebné režimy. My máme U Bulhara výhodu, že jsme součástí nízkoprahového denního centra. Když k nám člověk přijde zanedbaný nebo zavšivený, tak my ho umyjeme před tím, než ho začneme vyšetřovat. Pošleme ho na umytí, výměnu oblečení. Poté k nám ten člověk přijde i např. ostříhaný, protože většinou se objevuje kombinace vlasovky, šatovky, svrab. My ho odbavíme, aby pro nás v uvozovkách nebyl nebezpečný... Ale pokud takový člověk přijde do nemocnice, tak ne každá nemocnice má tyto možnosti a nemyslím si, že zdravotníci jsou proškolení v tom, že tato cílová skupina má větší výskyt parazitů. Kolikrát se stane, že nepoznají, že člověk má parazity. Dají jim mastičku, protože mají podrážděnou kůži, ale nepoznají, že klient je zavšivený, nebo to nechtějí vidět.*“

Roční počet pacientů ordinace NADĚJE se dlouhodobě pohybuje v řádu 1 500 lidí bez domova. Pro srovnání uvedme,

⁸ Přestože se jedná o segment primární péče, ordinace nemá nasmlouvanou kapitační platbu (pacienti nejsou registrováni u zdravotních pojišťoven). Pacienti jsou totiž zároveň klienty služeb sociální prevence (tyto služby jsou koncipovány jako „dočasné“ a jejich cílem je mj. napomáhat klientům překonat jejich nepříznivou sociální situaci). Snahou sociální práce je začlenění, k čemuž patří i budoucí využívání standardní sítě zdravotních služeb. Dalším důvodem je místní nestabilita podstatné části pacientů, jejich sociální situace je proměnlivá (např. se vrací do místa trvalého pobytu). Po vyřešení (akutního) zdravotního problému přestanou ordinaci navštěvovat.

že roční počet klientů sociálních služeb pobočky činí zhruba 2 500. To ukazuje na význam zdravotnického zařízení pro klienty i ve vztahu k veřejnému zdraví, s bezprostředním pozitivním dopadem přesahujícím území hlavního města.

NEJČASTĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ, VÝKONY, POJIŠTĚNÍ – ORDINACE V ROCE 2024

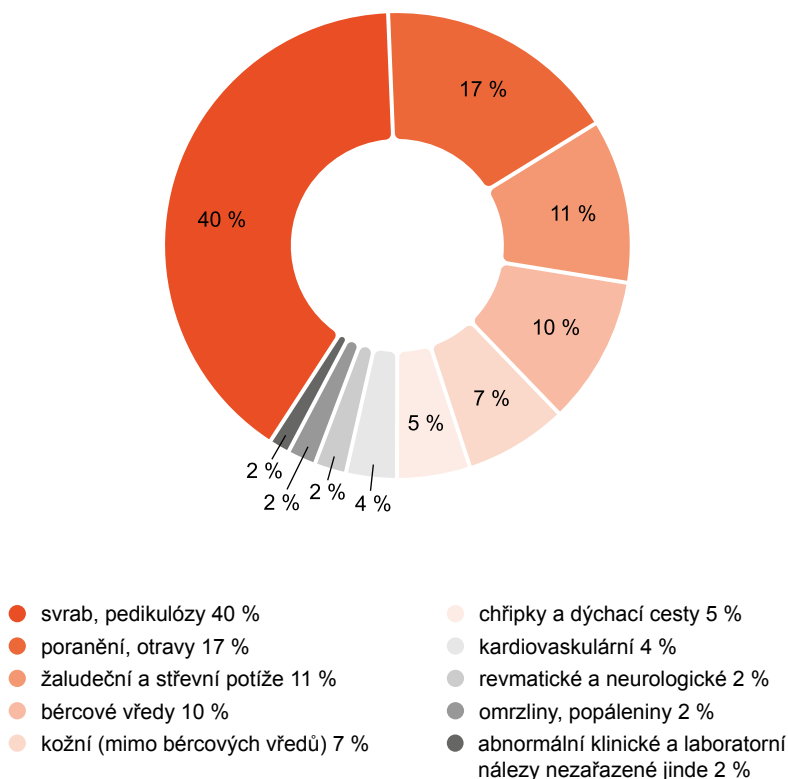
Provoz ordinace NADĚJE U Bulhara skládá celkem podrobný obraz zdraví lidí bez domova, především v oblasti somatické. Objem poskytnuté péče dokladují roční statistiky. V roce 2024 navštěvovalo ordinace celkem 1 214 fyzických osob: praktického lékaře 1 088 osob, gynekologii 31 žen, stomatologa 95 osob.

Zcela poprvé navštívilo ordinaci v roce 2024 celkem 467 pacientů. Noví pacienti demonstrují dostupnost zdravotní péče ordinace. Za rok bylo provedeno 3 594 ošetření/návštěv ordinací (tj. v průměru 15 denně). Mezi pacienty převládali muži, žen bylo 20 %, což kopíruje podíl pohlaví v populaci lidí bez domova. Díky prohlídkám povinným před ubytováním do sociální služby bylo možné během roku poskytnout na noclehárnách a azylových domech 652 pobytů lidem bez domova.⁹

Zastoupení diagnóz, se kterými se ve specializované ordinaci lze setkat, se oproti běžné ambulanci praktického lékaře odlišuje. Nejčastější onemocnění dle diagnóz, se kterými byli pacienti léčeni, byly na prvním místě parazitární diagnózy (napadení svrabem anebo zavšivení). Následují významně zastoupený okruh poranění a otrav, dále žaludečních a střevních potíží. Velmi časté jsou bércové vředy a jiná kožní onemocnění. Další skupiny diagnóz jsou víceméně obvyklé (onemocnění dýchacích cest, kardiovaskulární onemocnění apod.), jen u lidí bez domova znamenají do budoucna vždy násobně větší riziko. Oproti standardní ordinaci však častěji dochází pacienti s popáleninami a omrzlinami (*výskyty nejčastějších onemocnění viz graf č. 1*).

Statistika zdravotních výkonů, které lékaři a sestry specializované ordinace vykazují, nám ukazuje z jiné perspektivy nejen problematiku zdraví lidí bez domova, ale nabízí i vhled do práce

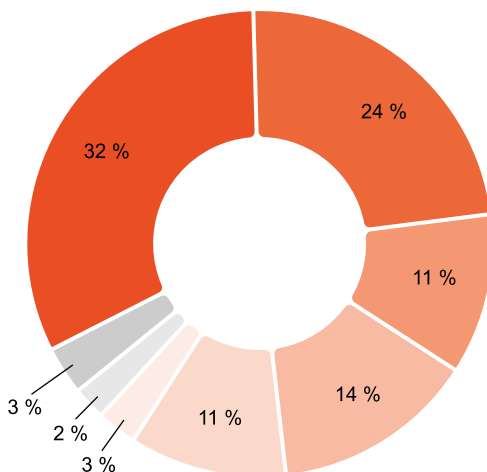
9 Aby mohli být klienti ubytováni, jsou ze zákona povinni předložit poskytovateli sociálních služeb posudek praktického lékaře o zdravotním stavu (známý také jako doklad o bezinfekčnosti). Proto klienti tyto prohlídky absolvují a jsou zahrnuti do uvedeného celkového počtu pacientů ordinace. To pochopitelně znamená, že ne všichni z těchto pacientů přichází s obtížemi, nebo jim je nemoc diagnostikována. Pozitivní funkce ordinace je ale i v tomto případě zjevná.

VÝSKYT NEJČASTĚJŠÍCH ONEMOCNĚNÍ DLE DIAGNÓZ –
POČET PACIENTŮ 2024

Graf č. 1 – Výskyt nejčastějších onemocnění dle diagnóz v ordinaci praktického lékaře NADĚJE U Bulhara za rok 2024 (zdroj: NADĚJE)

zdravotníků (*viz graf č. 2*). Ve třetině případů byl vykázán kód komplexní edukace/reedukace, ve čtvrtině případů bylo poskytnuto komplexní lokální ošetření. Vykázaná epizodická péče a cílené vyšetření praktickým lékařem tvoří další čtvrtinu výkonů ordinace. Jako mimořádně významnou se ovšem ukazují ošetření a převa-zy ran a podkožních afekcí (v součtu dvou kódů 14 %). **Edukace pacientů a ošetřování ran tvoří specificky velmi významnou složku zdravotní péče.** Ošetřování ran, kožních a podkožních postižení vyniká, jak uvádí zdravotní sestra ordinace, která z tohoto důvodu též absolvovala speciální kurz péče o chronické

NEJČASTĚJŠÍ VYKAZOVANÉ KÓDY V ROCE 2024



- 6123 komplexní edukace, reedukce 32 %
- 6121 komplexní lokální ošetření 24 %
- 9237 ošetření a převaz rány, kožních a podkožních afekcí 11 %
- 1543 epizoda péče 14 %
- 1023 cílené vyšetření praktickým lékařem 11 %
- 9241 ošetření a převaz rány 3 %
- 0950 extrakce zubu 2 %
- 0908 akutní ošetření neregistrovaného pacienta 3 %

Graf č. 2 – Nejčastěji vykazované kódy v ordinacích NADĚJE U Bulhara za rok 2024. Vynechány jsou tzv. signální kódy 99875 a 99876 ošetření osoby bez přístřeší. (zdroj: NADĚJE)

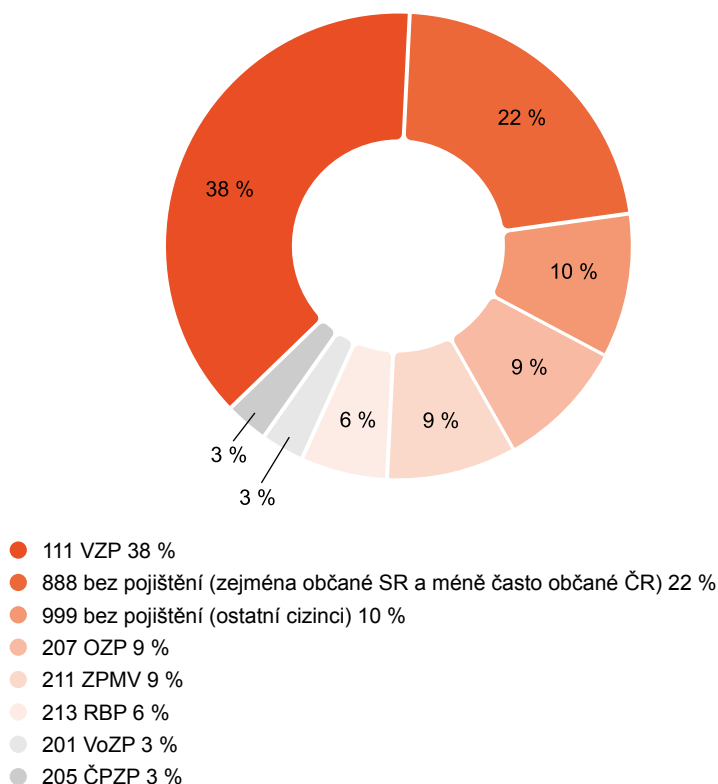
rány, a může tak poskytovat zdravotní péči zaměřenou tímto směrem. Pokud jde o závažnější věci, které nespádají do gesce zdravotní sestry, jsou klienti odkazováni na ordinární hodiny lékařů. A někdy není možné ani to. „Když se nám rána nelíbí, tak mu řekneme: ‚Máme tady odpoledne doktora, přijďte si za doktorem.‘ Anebo ho odešleme na chirurgii, podle toho, co je to za druh rány. Jsou některé věci, které už nespádají do našich kompetencí z hlediska náročnosti léčby... Když přijde s abscesem, tak vím, že by to potřeboval vyříznout a vyčistit, což u nás v ordinaci nejde, tak ani tomu klientovi nedávám variantu ‚Počkejte na doktora.‘



Musím ale počítat s tím, že pokud je klient nepojištěný, tak bude lepší, když na doktora počká, protože půjde na kartotéku a půjde tam s oficiální žádankou, kde bude vyplněné jméno příjmení, datum narození nebo ročník a bude se vědět, co chce, pokud je to občan České republiky. Toho tam pošlu hned, protože občané České republiky jsou pojištění... My jako zdravotní sestry děláme převazy různých ran..."

Byly rovněž využívány nově nasmlouvané výkony, jejichž účelem bylo zhodnotit náročnost práce s cílovou skupinou, uznávané zdravotní pojišťovnou: (VZP) 99 875 a 99 876 ošetření osoby bez přístřeší, celkem se za rok 2024 jednalo o 4 469 výkonů.

STRUKTURA PACIENTŮ DLE POJIŠŤOVEN (2024)



Graf č. 3 – Struktura pacientů jako zdravotních pojištěnců v ordinacích NADĚJE U Bulhara za rok 2024. Přepočet dle provedených výkonů. (zdroj: NADĚJE)

Tyto výkony zvýšily efektivitu úhrad od zdravotních pojišťoven (týká se jen klientů s platným pojištěním).

Uvedme poslední statistický ukazatel roku 2024, a to **po-
měrné rozložení pacientů dle jejich pojištění. I v tomto směru
se ukazuje zdravotní péče o lidi bez domova a činnost ordi-
nace NADĚJE U Bulhara unikátní: úkony s nepojištěnými pa-
cientsy tvoří třetinu zdravotní péče.** Ve většině případů se jedná
o cizince z řad lidí bez domova. O jejich problematice pojednáme
v jedné z následujících kapitol.

Specializovaná ordinace znamená pro lidi bez domova sku-
tečné zvýšení dostupnosti tolik potřebné zdravotní péče, o čemž
svědčí i její vytiženost. **Specifičnost provozu ordinací daná
problematikou cílové skupiny, jak je demonstrují výše uvede-
né charakteristiky typických diagnóz, výkonů a signifikantní
zastoupení nepojištěných pacientů, ovšem znamená i vysoké
nároky na zajištění provozu – po stránce personální i finan-
ční. Provoz nelze srovnávat s běžnými (komerčními) ordina-
cemi.** Část pacientů přichází dezorientovaná, případně v ebrietě,
hůře spolupracují, u některých je potřeba před ošetřením zajistit
vykoupaní a převlečení. Někteří nevydrží čekat a před ošetřením
odcházejí, později se domáhají ošetření. Tyto a podobné okol-
nosti „zpomalují“ provoz a odrážejí se na nižším počtu výkonů.
**Financování ordinace není možné bez doplňkových dotací
a darů, úhrady od zdravotních pojišťoven provoz ordinace
nemohou pokrýt.**¹⁰

10 Téměř 30 % bodového ohodnocení výkonů je provedeno u pacientů bez platného zdravotní-
ho pojištění a zdravotní pojišťovny výkony neproplatí. U pacientů bez platného pojištění dále
organizace nese náklady na indukovanou péči. Jedná se o různá laboratorní vyšetření, RTG,
cytologie, ortopantomogram (RTG zubů), USG (sono) apod. U pacientů bez platného pojištění
nesou ordinace též náklady (mimo osobního ohodnocení práce nositele výkonu) na materiály
(případně Zvlášť účtovaný materiál), léčivé přípravky a režii, to je znatelně především u převazů
tolik rozšířených ran. Pro smysluplnou léčebnou terapii je také nutné pacientovi okamžitě předat
léky a poučit ho o dávkování přímo v ordinaci a motivovat k léčbě. V případech nebezpečí, že
si pacient lék nevyzvedne a není možné zajistit okamžitý doprovod do lékárny a zároveň hrozí-li
zhoršení zdravotního stavu, lék je vydán i pacientovi s platným pojištěním. Dalším významným
faktorem nižší ekonomické efektivity ordinací jsou nižší úvahy lékařů, kteří jsou hlavními nositeli
zdravotních výkonů. Vzhledem k personální situaci ve zdravotnictví není příliš reálné výrazněji
navýšit úvahy lékařů. Práci lékařů doplňují zdravotní sestry. Jejich výkony mají ovšem nižší
bodové ohodnocení. To s sebou však nese i časté úkony zdravotních sester, které nelze vykázat
zdravotním pojišťovně. Zpravidla se jedná o ty, kdy není přítomen lékař. Např. časově náročné
prohlídky, zda pacient nemá vší, svrab včetně ošetření. Dále opakovaná edukace pacienta, která
souvisí s jeho zdravotní i sociální situací (jak užívat léky, vysvětlení, kde se má ubytovat, jaké
možnosti nabízejí sociální služby apod.). Menší část těchto úkonů lze sice vykázat výkonem
06123, ovšem pojišťovny stanovily frekvenční omezení (1× měsíčně), nebo tento výkon nemají
zájem nasmlouvat. Přičemž potřeba edukace je vyšší, než u běžné populace (pacienti se opako-
vané doptávají).



OBRÁZEK ORDINACE V LEDNU 2025

Celoroční čísla a statistiky jsou sice přesné, představu o chodu ordinací ale nemusí jasně vykreslit. Zimní měsíce kladou na ordinaci ještě vyšší nároky. Ukažme si názorně, jak to vypadalo v ordinaci lékařů NADĚJE U Bulhara v lednu roku 2025.

V tomto měsíci byl praktický lékař přítomen celkem 7 ordinačních dní, gynekoložka 3 ordinační dny a zubař celkem 4 ordinační dny. 22 dní pracovaly v ordinacích zdravotní sestry: 21 dní byla otevřena ordinace pro pacienty; 1× sanitární den, ale zdravotní sestry vykonávaly péči o pacienty v nízkoprahovém denním centru v pražské Michli.

Lékařský personál musel v lednu přivolat dvakrát rychlou záchrannou službu.

Bylo uskutečněno 66 zdravotních prohlídek, díky kterým mohli být pacienti/klienti ubytováni do nocleháren a azylových domů.

Nejvíce ošetřených bylo 31. ledna, jednalo se o 32 pacientů, z toho 7 převazů, 4 zdravotní prohlídky za účelem ubytování, 1× odvšivení.

Ze zdravotních výkonů převažovaly: převazy, odvšivení, kontrola bezinfekčnosti pro účely ubytování, kontroly na vyžádání, edukace pacientů.

Jako úspěchy můžeme v lednu 2025 jednoznačně identifikovat: 1× zhojené rány klienta, 1× klient převeden do domácí péče (tedy přechod do standardní sítě péče), 4× klienti stále v ošetřování (rány dolních končetin, většinou komplikace způsobené bérčovými vředy).

Na závěr uvedme kazuistiku, jež ukazuje péči o náročné pacienty, což je typické. Tito klienti potřebují koordinovaný přístup sociální služby a zdravotníků a vyžadují čas všech zúčastněných:

PACIENT S. L., ROČNÍK 1966

Klient s chronickým onemocněním: diabetes mellitus bez terapie, chronické bérčové vředy LDK s opakujícími se infekty, chronická bronchitida při nikotismu, chronická hepatopatie v.s. ethylické etiologie, údajná abstinence, onemocnění srdce.

Klient docházel do ordinace s přestávkami od roku 2019 převazy LDK – kde měl již chronický vřed.

Další kontakt nastal 1. 10. 2024, kdy k nám přišel po půlroční pauze a žádal převazy LDK. S převazy bylo vyhověno, probíhaly dle potřeby některé týdny 5× týdně, po zlepšení 3× týdně.

Klienta se podařilo navázat na ambulanci chronických ran, kde zvolili vlhkou terapii. Na kontroly tam docházel klient pravidelně, jak měl (pokud nebyl zrovna hospitalizován v nemocnici).

Klient vzhledem ke své morbidní otýlosti trpí na opruzeniny, které neřeší, vždy ho musíme v ordinaci prohlédnout a zahájit terapii. Po залечení byl cca týden klid, ale po týdnu se opět opruzeniny objevily a znovu jsme zahájili terapii...

Dne 13. 11. 2024 jsme dostali dotaz z NOC, jak to má klient s hygienou, že se u nich odmítá koupat, že se údajně vždy vykoupe před převazem. Dotaz byl na základě opakujícího se silného zápachu. Nám klient vždy v ordinaci na tu samou otázku tvrdil, že se koupe pravidelně na NOC.

13. 11. 2024 bylo s klientem domluveno, že vždy před každým převazem projde přes sprchu na NDC, klient sice souhlasil, ale bylo vidět, že mu je to nepříjemné. Pracovníky NDC jsme poprosili o dohled klienta, protože se stalo, že klient zapnul sprchu, ale neosprchoval se.

Na další převaz klient dorazil bez sprchy, se slovy, že byl v nemocnici a tam mu řekli, že DK se nesmí sprchovat. Zprávu nám nedoložil. Proto bylo vysvětleno, že nejprve se pořádně osprchuje a pak dorazí do ordinace na řádný převaz a ošetření opruzenin.

U klienta se stávalo, že převazy na týden až dva přerušil, ale vždy měl lékařskou zprávu z hospitalizace (zhoršení jeho chronických onemocnění a odvezen RZ).

3. 1. 2025 klient dorazil do ordinace na převaz, další termín převazu měl mít 6. 1. 2025, na ten ovšem nedorazil, nedorazil ani 8. 1. 2025, předpokládali jsme, že je klient opět hospitalizován. Při dotazu soc. pracovníc, zda spí na NOC, nám bylo sděleno, že ano, což znamenalo, že klient nechodil pouze na převazy.¹¹

¹¹ Citováno z dekurzu uvedeného pacienta ordinace NADĚJE, anonymizováno. Užitě zkratky: LDK – levá dolní končetina; NOC – noclehárna; NDC – nízkoprahové denní centrum; RZ – rychlá záchranná služba.



DUŠEVNÍ ZDRAVÍ LIDÍ BEZ DOMOVA

Zásadním tématem, které ve své složitosti a neúplné probádanosti přesahuje možnosti zprávy a zasloužilo by si samostatnou studii, je duševní zdraví lidí bez domova. Na rozdíl od segmentu somatických onemocnění nedisponujeme kvantitativními daty, přesto jsme díky terénnímu výzkumu schopni načrtnout jasné kontury problematiky: klíčovým zdrojem byly především rozhovory se dvěma dlouholetými primáři psychiatrické nemocnice a adiktoložkou. O závažnosti problému duševního zdraví ovšem hovořili všichni respondenti z řad profesionálů, například lékař-internista pražské nemocnice sděluje, „**že četnost psychiatrických onemocnění u lidí bez domova je jednoznačně vyšší než u běžné populace. Potřeba psychiatrické péče je u nich tedy pravděpodobně vyšší než u běžné populace.**“

DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ A JEJICH ČETNOST

Jak rozšířené jsou psychické potíže u lidí bez domova? Při rozhovoru primářka jedné z páteřních českých psychiatrických nemocnic uvádí, že na příjmovém mužském oddělení je mezi 40 aktuálními pacienty zhruba třetina až čtvrtina ohrožena bezdomovectvím nebo se už v situaci bezdomovectví nachází. Příjmová mužská oddělení budou těmi s nejvyšším zastoupením lidí bez domova v rámci psychiatrické péče, na druhém konci s nejnižším zastoupením se budou pravděpodobně nacházet oddělení následné péče pro ženy. Primář jednoho takového oddělení psychiatrické nemocnice odhaduje celkový počet lidí bez domova mezi hospitalizovanými pacienty na 5 %. I to je číslo přesahující o řád podíl lidí bez domova v populaci ČR. **Můžeme tedy říci, že kvalifikovaný odhad oslovených lékařů hovoří o intervalu 5–30 % lidí bez domova hospitalizovaných na lůžkových odděleních psychiatrických nemocnic. Vysoký rozptyl vyplývá zejména z rozdílů mezi mužskými a ženskými odděleními.**

Častou diagnózou u lidí bez domova jsou závislosti (viz podkapitolu níže, v Česku jde zejména o alkohol, následují stimulanty, ostatní látky spíše okrajově a doplňkově) a **výrazně také okruh psychotických onemocnění – ty se u lidí bez domova na základě zkušeností primářky vyskytují častěji než v běžné populaci.** Téměř všichni pacienti / muži bez domova



vykazují duální diagnózu. Kombinace psychotické poruchy a neexistujícího sociálního zázemí vytváří bludný kruh. Primářka psychiatrické nemocnice vysvětluje, že pokud pacient s psychózou odmítá pomoc, je náročné, aby sami lékaři něco změnili. V takových situacích často nepomohou ani opatrovníci, zvláště pokud chybí náhled daného člověka na celý zdravotní stav. Léky, pokud s nimi pacient souhlasí, mohou změnit stav psychózy, ale ne samotný náhled. Dochází i k situacím, kdy po zlepšení zdravotního stavu na základě medikace lidé přestanou léky brát, protože už je podle svého názoru nepotřebují a cítí se zdraví. Návrhy na omezení svéprávnosti jsou na akutním oddělení výjimečné, občas se to může stát na žádost rodiny. U lidí bez domova je ale časté, že nemají rodinné zázemí, které by je mohlo podpořit. Psychiatrička uvádí: *„Například u lidí se závažnými psychiatrickými onemocněními je problém v tom, že často nemají náhled na svůj stav, nebo jej mají, ale nedokáží se s ním vypořádat. Pokud k tomu přidáme užívání návykových látek, jedná se často o duální diagnózu, která vede k jejich opakovanému návratu do systému péče. Dále je zde skupina závislých osob, které se bohužel odmítají léčit. Mají pocit, že zvládnou svou situaci sami, ale v praxi to nezvládají. Dostupnost ambulantních služeb pro tyto lidi je omezená. Ambulantní služby jsou přetížené, ačkoli by tito lidé často rádi vyhledali pomoc, například u adiktologa. Obvyklé čekací doby však bývají až tři měsíce. Kapacity těchto služeb jsou omezené, a proto jsou pacienti zařazováni do pořadníků, čímž se proces jejich léčby značně prodlužuje.“*

Jako alarmující se jeví pozorování sociálních pracovníků ve službách pro lidi bez domova. Ti napříč republikou shodně popisují častější výskyt klientů, kteří mají schizofrenii a/nebo duální diagnózu. Takoví klienti bez domova jsou často na trajektorii mezi životem „na ulici“ a psychiatrickou nemocnicí, nezřídka ale jen „na ulici“. Situaci zhoršuje, pokud klienti nemají svého ambulantního psychiatra. Situaci s rostoucím počtem pacientů s psychiatrickou diagnózou popisuje například jedna z vedoucích pobočky NADĚJE v Ústeckém kraji následovně: *„Máme dojem, že v posledních letech narůstá počet klientů se schizofrenií. Vzhledem k tomu, že se jedná převážně o osoby žijící na ulici, často se k jejich diagnóze přidávají další problémy, například závislost na návykových látkách. Tento stav*

vede k častému koloběhu mezi životem na ulici a psychiatrickými léčebnami či psychiatrickými odděleními nemocnic. Nedávno například jeden z klientů vyskočil z okna, byl převezen záchrannou službou do nemocnice, kde ho stabilizovali. Poté byl přemístěn do nemocnice, kde se ho podařilo stabilizovat, a následně byl propuštěn zpět na ulici, případně k nám. Klient obdržel léky na tři dny, avšak vzhledem k tomu, že nemá svého ambulantního psychiatra, po uplynutí této doby zůstal bez léčby. K tomu se často přidává užívání pervitinu. Následkem toho bývá klient během tří týdnů zpět, často v souvislosti s pokusem o sebevraždu nebo sebepoškozováním, a celý cyklus se opakuje. Pokud se u klienta objeví abstinenční příznaky, bývá mezistupněm záchytka nebo uzavřené psychiatrické oddělení v Ostrově, protože v Mostě bylo toto oddělení zrušeno a nejbližší zařízení je nyní právě v Ostrově. Koloběh se tedy neustále opakuje. Přestože máme k dispozici mobilní terénní tým z psychiatrické léčebny, který by mohl s klienty spolupracovat, podmínkou je, aby klient měl svého ambulantního psychiatra, což drtivá většina našich klientů nemá.“

Respondenti z řad odborníků na duševní zdraví vyjmenovávají další duševní onemocnění, která nalezneme v různé míře rozšířená i v běžné populaci. Časté jsou úzkostné a depresivní stavy. Primář psychiatrické nemocnice dále popisuje přijímání lidí v různé fázi demence, po úrazech mozku, s civilizačními chorobami, které mají vliv na fungování mozku, respektive jsou způsobeny dlouhodobým užíváním alkoholu nebo drog ovlivňujících fungování mozku. U lidí bez domova jsou časté různé **stresové reakce na život na ulici**. Objevují se i **poruchy osobnosti**, např. disociální porucha osobnosti: „*Poruchy osobnosti – ve většině případů se jedná o komorbidní stavy. Často lze u těchto osob pozorovat široké spektrum, setkáváme se např. s disociálními poruchami osobnosti. Typicky jde o jedince, kteří byli opakovaně ve vězení, a jejich životní příběh vedl k tomu, že nemají žádné sociální zázemí ani mezilidské vztahy. Lze předpokládat i přítomnost hraniční poruchy osobnosti a do určité míry také rysy paranoidní osobnosti. U některých osob se pravděpodobně vyskytují i závislé rysy osobnosti.*“

Velkým tématem je **sebevražedné chování** lidí bez domova. Na jednu stranu se setkáváme s účelovým jednáním – v jehož scénáři nechybí sebevražda – jako reakcí na bezvýchodné



situace. Ať již jako způsob, jak se dostat „z ulice“ nebo naopak při snaze prodloužit si v psychiatrické nemocnici hospitalizaci. Na straně druhé ovšem lidé bez domova patří k sociálním skupinám, ve kterých dochází k dokonaným sebevraždám nejvíce.¹² To vytváří pro profesionály velmi nebezpečnou směs pochyb, rizika paušalizace, etických a terapeutických otázek.

ZÁVISLOSTI

Jak již bylo zmíněno, velmi rozšířené jsou u lidí bez domova závislosti, často ve spojení s dalším duševním onemocněním či poruchou. **Zneužíváním látkám vévodí alkohol, který bývá nejen jednou z příčin pádu do bezdomoví, ale i důsledkem života na ulici. Prostředí permanentního stresu, ztráta bezpečí, prožívané selhání nahrávají rozvoji závislosti u těch, kteří v minulosti problém s alkoholem či jinými drogami neměli.** Psychiatricka to popisuje na typickém případě, jakým se k nim lidé bez domova dostávají do péče: *„Takže typický scénář, který se zde často objevuje, vypadá následovně: nacházíme se ve městě, kde působí mnoho pracovních agentur a zároveň zde žije značné množství osob ze zahraničí. Tito lidé bývají zaměstnáni, ale když přijdou o práci, ztratí veškeré zázemí, finanční zabezpečení a jakoukoliv podporu. V důsledku toho často začnou více zneužívat návykové látky, zejména alkohol. Přestože nebyli původně abstinenti, jejich závislost se výrazně prohloubí. Dostávají se tak do velmi obtížných situací – buď skončí na záchytné stanici, odkud se následně dostanou k nám, nebo přijdou rovnou na naše oddělení, když se jejich zoufalá situace vyhrotí. Často se snaží upoutat pozornost nebo volají o pomoc, což může zahrnovat i nevhodné chování na veřejnosti či vyhrožování sebevraždou. Tyto případy jsou u nás velmi časté.“*

Jedním z respondentů terénního výzkumu byla i adiktoložka pracující v pražských službách NADĚJE. Ta upozorňuje na to, že ne všichni klienti z řad lidí bez domova jsou nároční pacienti. A ostatně se nároční závislí pacienti vyskytují i v běžné populaci. **Lidé bez domova ale vykazují určitá specifika, která**

¹² Zkušenost se situací bezdomoví znamená významný rizikový faktor spojený se sebevražděným jednáním. Srov. např.: Na PJ, Shin J, Kwak HR, et al. Social Determinants of Health and Suicide-Related Outcomes: A Review of Meta-Analyses. JAMA Psychiatry. 2025;82(4):337–346. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.4241

znamenaí i pro ně samotné ztížení léčby a uzdravení. Tito klienti nemají často dostatečnou spirituální a rodinnou podporu, chybí jim zázemí a sociální zabezpečení. To jim může bránit, aby se soustředili na svoji léčbu. Posilovat to může i negativní zkušenost se zdravotním zařízením. U lidí bez domova obecně platí, že trvá delší dobu, než se u nich vybuduje důvěra k službě. Z praxe respondentka ví, že s některými zařízeními mají klienti lepší zkušenost a mají k nim pozitivní vztah (např. Červený Dvůr). Na potřebu delší fáze navázání důvěry nejsou všechna zařízení připravena. V rozhovoru tyto bariéry a jejich překonávání popisuje následujícími slovy: *„Během léčby je samozřejmě nastaven určitý režim, na který klienti z ulice nejsou vůbec zvyklí. Mezi požadavky pro přijetí patří například sportovní oblečení, kterým zpravidla nedisponují. Dále jde o hygienické potřeby, přezůvky a podobné základní vybavení. Tyto věci dávám trochu do pozadí, protože jsme schopni v tomto směru poradit a pomoci, ale i tak představují určitý problém. Klienti často zdůrazňují, že před nástupem do léčby se nejprve potřebují zajistit po této stránce. Například si koupit cigarety, což pro ně také představuje bariéru.“* Adiktoložka má v péči především mužské klienty. Se ženami nemá takovou zkušenost, ale předává zkušenosti svých kolegů z adiktologie: *„Ženy mají větší obavy vstupovat do těchto zařízení. Domnívám se, že tam hraje roli i větší pocit studu, protože důvody, které vedou ženy k závislostem nebo závislostnímu chování, jsou odlišné od těch u mužů. Často se zde objevují traumata, například v podobě znásilnění.“*

Typickou zakázkou adiktoložky jsou klienti se závislostí na alkoholu, kteří přicházejí již po fázi mapování od sociálních pracovníků, a to s různými potřebami: požadavkem na ústavní léčení jako jediného řešení, substituční léčbu atp. Pokud jim sama nemůže poskytnout požadované služby, navazuje je jinam, kde jim mohou vyjít vstříc. Pokud chce klient abstinenci, hledá se nejvhodnější ústavní, nebo ambulantní léčba. Ale nepracuje se s klienty pouze na konci motivačního cyklu. Přichází lidé v různých fázích závislosti a motivace. Enormním problémem jsou kapacity této návazné péče. „Ústavní“ adiktologická péče dle adiktoložky nerada přijímá pacienty se zkušeností života bez domova. Velkou překážkou pro lidi bez domova jsou i dlouhé čekací lhůty, protože se tato skupina lidí nemůže izolovat od



prostředí, ve kterém nadměrně konzumují alkohol nebo jiné návykové látky. K dalším komplikacím patří i nedostatek kontaktních center pro výměnu nástrojů pro aplikaci drog atp. **V oblasti alkoholové závislosti jsou služby ještě více nedostatečné, není téměř kam klienty odkázat. Závislost na alkoholu znamená velmi často faktor, který negativně ovlivňuje možnost získání ubytování nebo vstup do řady služeb. Pokud klient aktivně a nadměrně konzumuje alkohol, z velké části služeb ho to vyřazuje.** Abstinence pro těžké alkoholiky může znamenat i zdravotní komplikace. Oslovená adiktoložka dodává, že se bohužel i mezi sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách často setkává s neporozuměním problematice závislostí, jak je vnímá moderní medicína. Znalost nejnovějších poznatků by přispěla k lepšímu pochopení chování klientů.¹³

PSYCHIATRICKÁ PÉČE

Odbornou péčí o duševní zdraví lidí bez domova, ve shodě všech respondentů terénního výzkumu, charakterizuje především její velmi omezená dostupnost, nižší i v porovnání se segmentem zdravotnických služeb somatické medicíny. Přestože se (ne)dostupnosti a bariérám v přístupu ke zdravotní péči bude zpráva věnovat v závěrečné kapitole, nemůžeme se o špatné dostupnosti nezmínit již zde. Duševní onemocnění a obtíže jsou jedním z předních faktorů ztráty domova, bezdomoví se podílí na vzniku nových psychických problémů a staré prohlubuje, a je zjevné, že řešení bezdomovectví bez adekvátního zajištění podpory v oblasti duševního zdraví neexistuje.

Vedoucí pražského nízkoprahového denního centra pro lidi bez domova vyjmenovává **špatnou dostupnost psychiatrické péče mezi největšími problémy, které brání efektivní pomoci.** Psychiatři v současné době chybí a jsou dlouhé čekací lhůty. Proto je těžké klienty správně diagnostikovat. Pro jednotky klientů se daří sehnat psychiatry přes navázané kontakty organizace a jejich interní psycholožku: *„Zásadní problém je s psychiatry. Nemáme kontakty na psychiatrii, kde berou pacienty. Občas pošleme někoho do RIAPS nebo Centra krizové*

¹³ Aktuálně se zkoumání možnosti pomoci a rozvoji podpory závislým lidem bez domova věnuje celorepublikový projekt Síťe akterů pro domov Zvládání závislosti ve službách pro lidi bez domova (<https://sad-cr.cz/zvladani-zavislosti-ve-sluzbach-pro-lidi-bez-domova/>).

intervence v Bohnicích. Máme bohužel zkušenost, že nám často klienty nechtějí brát.“ Pokud se navázání klienta na odbornou psychiatrickou péči zdá být v Praze nadmíru obtížné, jinde jako např. v chomutovském okrese, jde o úkol ze sféry sci-fi. V rozhovoru respondentka z Ústeckého kraje sice uvádí, že v oblasti působí terénní tým duševního zdraví s jistou volnou kapacitou i pro jejich klienty, ale podmínkou přijetí do péče je opět registrace u ambulantního psychiatra. Tuto podmínku drtivá většina klientů nesplní: psychiatři nejsou, nebo klienty bez domova odmítají.

Dostupnost ambulantních psychiatrických služeb náleží k plošným systémovým problémům, který je v poslední době mainstreamově tematizován. Sami oslovení lékaři ale upozorňují, že pro lidi bez domova se bavíme o nedostupnosti, která leží o dva řády jinde. Primářka psychiatrické nemocnice mimo jiné zmiňuje, že lidé bez domova mají ztížené podmínky kvůli nedostatečnému přístupu k internetu a dalším informačním zdrojům. Uvádí k tomu následující: *„Jedná se o plošný problém, a navíc lidé bez domova často nemají přístup k internetu, mnohdy ani mobilní telefon. Z tohoto důvodu je pro ně obecně obtížnější navázat kontakt s příslušnými službami. Pokud se dostaví osobně, často se stává, že není dostatek času na jejich vyřízení, nebo jsou ihned odmítnuti z důvodu kapacitních či jiných omezení.“* Dále nabízí jedno z vysvětlení, proč jsou lidé bez domova „přednostně“ odmítání ambulantními psychiatry. V praxi může být překážkou k získání psychiatrické péče také závislost, psychiatři často odkazují nejprve k absolvování adiktologické péče. A ta je opět těžko dosažitelná... Vytváří se začarovaný kruh vylučující lidi bez domova z podpůrných a zdravotnických služeb, stejně tak ale i z řady služeb sociálních.

Lůžkovou psychiatrickou péči reprezentuje síť psychiatrických nemocnic. Podle respondenta, primáře jedné z nich, se prodlužuje doba, po kterou jsou pacienti v hospitalizaci na 100 až 120 dní. Délka pobytu závisí i na motivaci pacientů, zda chtějí odejít, nebo jsou fixováni na hospitalizaci a chtějí v nemocnici zůstat. Někteří z klientů se začnou cítit lépe a ukončují pobyt v léčebně na svou žádost. Pokud je zřejmé, popisuje dále primář, že demence ovlivňuje pacienty natolik, že by život na ulici nebyli schopni zvládat, usiluje psychiatrická nemocnice o to, aby byli přijati do pobytových sociálních služeb. Často však



nastává problém, že tito lidé nemají nárok na starobní či invalidní důchod a pro pobytové sociální služby péče (tj. domovy seniorů a domovy se zvláštním režimem) nejsou „*perspektivními*“ klienty, jak to nazývá sám respondent. **Protože je velmi složité najít návaznou péči pro lidi bez domova, kteří mají těžší stavy demence, stává se, že v podmínkách psychiatrické nemocnice zůstávají i další dva roky.** Důsledky nemožnosti najít péči v pobytových sociálních službách popisuje respondent takto: *„Zdravotní stav dané osoby skutečně neumožňuje, aby fungovala samostatně, což je podle mého názoru důležité zmínit. Péče o takového člověka představuje pro stát výraznou zátěž. Náklady na lůžkovou péči jsou mnohonásobně vyšší – orientačně lze říci, že se jedná o více než milion korun ročně. Denní náklady pak činí přibližně 3 000 korun.“*¹⁴

¹⁴ Jen pro srovnání uvedme, že např. Zlínský kraj stanovil v r. 2024 obvyklé roční náklady na lůžko ve službě domova se zvláštním režimem na 700 000,– Kč, tedy téměř 2 000,– Kč na den.

CIZINCI BEZ DOMOVA

Významné rozdíly v možnostech čerpat zdravotní péči vysledujeme i mezi samotnými lidmi bez domova. Nejvýrazněji vystupuje nedostupnost u cizinců, kteří se v Česku dostali do situace bezdomoví. To je způsobeno primárně nikoli jazykovou nebo kulturní bariérou, ale prostým faktem, zda jste či nejste zdravotně pojištěni. A drtivá většina cizinců bez domova pojištěna není, neboť, zjednodušeně, nesplňují podmínky tzv. povinného pojištění: nemají trvalý pobyt a nejsou ani zaměstnanci firmy se sídlem v ČR. Na úhradu komerčního pojištění nemají prostředky.¹⁵

POČTY A STRUKTURA CIZINCŮ

Problematika cizinců bez domova není okrajovou záležitostí. Statistiky klientů, kteří využívají sociálních služeb NADĚJE, ukazují na významný podíl nepojištěných, extrémně zranitelných osob.¹⁶ Zásadním se jeví zejména vysoké zastoupení cizinců ve skupině lidí bez domova. Přitom nejde pouze o specifikum hlavního města, jak bychom možná mohli předpokládat. **V Praze je cizincem každý pátý člověk bez domova, ovšem nejvyšší zastoupení cizinců mezi městy, ve kterých NADĚJE poskytuje pomoc, je v Mladé Boleslavi, a to 27,5 %. Vysoká čísla cizinců ale najdeme např. i v Plzni nebo Liberci, kde činí podíl kolem 16 %.**

Pokud se podíváme na rozložení skupiny cizinců dle státního občanství, **jednoznačně nejvíce jsou zastoupeni Slováci. Například v Praze napočítáme 13 % slovenských občanů z celkového počtu lidí bez domova, v Mladé Boleslavi dokonce 16 %.** Dále se mezi cizinci setkáváme s polskými, rumunskými, ukrajinskými a bulharskými státními příslušníky. Občanství mimo EU se pohybuje v maximech zastoupení od 3 do 5 % (Mladá Boleslav a Praha).

¹⁵ Jednoduchý přehled o problematice pojištění cizinců viz <https://www.vzp.cz/pojistenci/informace-a-zivotni-situace/zdravotni-pojisteni-cizincu>.

¹⁶ Zpracovaná data se týkají všech sociálních služeb poskytovaných lidem bez domova v následujících pobočkách NADĚJE: Jablonec n. N., Liberec, Mladá Boleslav, Praha, Písek, Plzeň. Tyto pobočky používají identický evidenční systém ESIP, z důvodu rozdílného přístupu ke sledovaným charakteristikám klientů nejsou do uváděného přehledu zahrnuty sociální služby poskytované NADĚJÍ v Ústeckém kraji. Uvedené počty a procenta vycházejí z agregace dat o charakteristikách klientů, u kterých se vede evidence a využívali v roce 2024 našich služeb. V každém městě se seskupují všechny zde poskytované služby, každý klient se počítá pouze jednou.

Zastoupení cizinců v r. 2024 dle občanství ve službách NADĚJE pro lidi bez domova		
SESKUPENÉ SLUŽBY DLE MĚST	ČR	CIZINCI
Praha	79,48 %	20,52 %
Jablonec nad Nisou	90,13 %	9,87 %
Liberec	84,30 %	15,70 %
Mladá Boleslav	72,54 %	27,46 %
Písek	95,87 %	4,13 %
Plzeň	83,91 %	16,09 %

Tabulka č. 1: Zastoupení cizinců v r. 2024 dle občanství, všechny služby NADĚJE poskytované lidem bez domova v uvedených pobočkách. (zdroj: NADĚJE)

Cizinci oproti českým občanům bývají spíše středního věku, méně jsou zastoupeny věkové kategorie mladých klientů a důchodového věku, přesto služeb NADĚJE pro lidi bez domova využívá **7 % cizinců starších 65 let, tedy skupina zvláště zranitelných z hlediska nedostupnosti zdravotní péče**. Žen je mezi cizinci bez domova o poznání méně: mezi cizinci nalezneme 15 % žen, kdežto mezi českými státními občany je žen 21 %.

Zastoupení cizinců v r. 2024 ve službách NADĚJE pro lidi bez domova – české, slovenské a jiné státní občanství			
MĚSTO	ČESKÉ OBČANSTVÍ	OBČANÉ JINÝCH STÁTŮ	SLOVENSKÉ OBČANSTVÍ
Hlavní město Praha	79,48 %	7,27 %	13,25 %
Jablonec nad Nisou	90,13 %	2,55 %	7,32 %
Liberec	84,30 %	8,14 %	7,56 %
Mladá Boleslav	72,54 %	11,27 %	16,20 %
Písek	95,87 %	1,38 %	2,75 %
Plzeň	83,91 %	0,00 %	16,09 %

Tabulka č. 2: Zastoupení cizinců v r. 2024 s přihlédnutím ke slovenskému státnímu občanství, všechny služby NADĚJE poskytované lidem bez domova v uvedených pobočkách. (zdroj: NADĚJE)

Být cizincem bez domova v ČR znatelně snižuje dostupnost všech druhů pomoci, nikoli jen v oblasti zdravotní péče. I na podporu sociální služby dosáhne z hlediska celkového početního zastoupení mezi klienty méně cizinců než českých občanů. To je dáno především finančními nároky (povinně) úhradových služeb azylových domů a omezenými možnostmi, jakými disponují cizinci. Pobyt v azylových domech využívá v evidovaném maximu jen pouze 10 % cizinců, až na výjimky se jedná o slovenské občany. Poměrné zastoupení cizinců se začíná vyrovnávat až na noclehárnách, ve službách, které jsou více nízkoprahové a úhrada za jednu noc není tak vysoká. Tyto limity pomoci v oblasti sociální o to více násobí rizika ohrožující zdraví těchto lidí.

OHROŽENOST CIZINCŮ BEZ DOMOVA

V rámci terénního výzkumu byli cizinci zmiňováni jako jedni z nejvíce ohrožených skupin, a to nejen ti z třetích zemí, ale i z Evropské unie. Praxe zdravotnických profesionálů ukazuje, že jednou z největších překážek k získání zdravotní péče je právě absence zdravotního pojištění, nebo absence dokladů a dokumentace. Pro získání zdravotní péče je nezbytné projít přes registraci pacientů, což pro lidi bez domova, kteří nemají v pořádku zdravotní pojištění, neumí se prosadit, a navíc nemusí být vhodně oblečení a v dobrém hygienickém stavu, může být klíčový problém a nemusí se dostat ani přes tuto vstupní proceduru. **Zvlášť zranitelní jsou právě cizinci, kteří nemají zdravotní pojištění. Tento typ klientů bude nejpravděpodobněji ošetřen v případě kritického, akutního stavu, ale ne pokud se jedná o méně závažné zdravotní problémy.** Můžeme si zopakovat výstižná slova zdravotní sestry ordinace praktického lékaře NADĚJE: *„Zdravotnictví je skoro jak úřad. Pokud neprojde klient přes kartotéku, tak se nedostane nikam. Neprojde, pokud má malhygienu, neumí se prosadit, pokud tam reálně nezkolabuje. Naši klienti nemají velmi často doklady, to platí o Češích. Další skupinou jsou cizinci, když klienti nejsou pojištěni, tak je zdravotnictví nebude chtít ošetřit, pokud to nebude akutní stav, život ohrožující stav se tomu říká.“*

Respondent, lékař interního oddělení pražské nemocnice odhaduje, že **zhruba polovina lidí bez domova, kteří čerpají**



pěči v dané nemocnici, má zdravotní pojištění. Lidé bez zdravotního pojištění jsou často lidé bez domova ze zahraničí, především ze Slovenska, ale i z dalších zemí jako Polsko nebo Rumunsko. Řešení péče o tyto pacienty je pak velmi časově a organizačně náročné. Zdravotnická zařízení oslovují ambasády příslušných zemí. Ve shodě se sociálními pracovníky uvádí, že většinou neúspěšně. Pokud se jim podaří zjistit jméno či zajistit náhradní doklady, uhradí náklady nemocnice. Takové pacienty se pak snaží nemocnice převážet do zdravotnických zařízení v zemích původu. Pokud se nepodaří zjistit jejich identitu, jsou dlouhodobě v zařízení následné péče, z nich případně odchází do zařízení sociálních služeb a po případném zhoršení zdravotního stavu se vrací znovu na příjem do nemocnice. Následná péče je zpravidla na tři měsíce s možností prodloužení. Finanční pokrytí prodloužení hospitalizace vyřizuje příslušné oddělení zdravotních pojišťoven nemocnice, takže to péči o pacienta neovlivňuje. Nicméně se může v případech náročné péče vyžadující specifické zdravotní přístupy s vysokými náklady vyskytovat tlak na efektivitu a snižování dluhu nemocnice, jak doplňuje lékař: „*Proto také například pacienti bez domova, kteří nemají pojištění, jsou pak převáženi. Například na Slovensko do tamních nemocnic na náklady naší nemocnice, kde existuje určitý nepodkročitelný medicínský standard. Nelze použít obyčejnou převozovou sanitku, protože jsou vážněji nemocní, takže musí být sanitka se sestrou, což stojí desítky tisíc korun. Avšak i tak je pro nemocnici výhodnější převést pacienta se sestrou. Pokud jde o opravdu extrémní případy, je určitý tlak ze strany vedení na řešení situace tak, aby zdravotníci, případně lékaři, nějak přispěli k sociálnímu řešení problému.*“

Primář psychiatrické nemocnice popisuje situaci cizinců těmito slovy: „*Ta bariéra je výrazná, v některých případech až závažnější. Výrazně to komplikuje celou situaci. Z naší zkušenosti se typicky jedná o muže důchodového věku pocházejícího ze Slovenska, často se špatným rodinným zázemím. Vztahy s příbuznými jsou zpravidla narušené, a pokud vůbec existují, příbuzní o něj nejeví zájem a odmítají jakoukoli odpovědnost. V takových případech je problém už jen samotný převoz dané osoby – například i do zdravotnického zařízení na Slovensku. Jeden z případů jsme řešili ve spolupráci s rodinou tak, že jsme například organizovali transport*

vlakem. Zkoušeli jsme také oslovit slovenskou ambasádu, avšak bez výsledku.“

Jednou z respondentek terénního výzkumu byla i žena bez domova, 41letá cizinka z Polska, žijící celkem šest let v severních Čechách, z toho tři roky v situaci bez domova. Uvádí, že praktického lékaře fakticky nemá, je registrována v Polsku, kam nejedí, je to 800 km. Podobně nenavštěvuje respondentka ani zubaře nebo gynekologa. Nemá ani žádného dalšího specialistu lékaře. Zkušenosti má pouze s ošetřením v nemocnici po úrazu. Respondentka by ráda navštívila gynekologa, u kterého dlouho nebyla. *„Chtěla bych tam jít preventivně,“* říká. Dalším lékařem, kterého by respondentka ráda navštívila, je zubař, protože má bolesti zubů. To je nejčastější potíží, kterou v průběhu rozhovoru zmiňuje. **Pokud má respondentka nějaké zdravotní potíže, tak je řeší alkoholem, přiznává. Léky jsou na bolest, ale alkohol podle respondentky „pomáhá na všechno“. Alkohol používá, pokud se objeví chřipka nebo kašel. „Léčba“ probíhá venku. Léky jsou podle respondentky drahé, nemá na ně peníze: „Nemám práci, tak nemám na léky.“** Respondentka uvádí, že nemůže v NADĚJI získat léky. Pokud by respondentka měla možnost, k lékaři by určitě ráda šla. Na řešení zdraví nemá respondentka žádné peníze, čas pro ni není problém. Protože na léky nemá respondentka peníze, využívá alkohol, který je dostupnější: *„To je problém, alkohol vám každý dá, ale léky to ne. Alkohol nemusím shánět, ten prostě je.“*



ŽENY A DĚTI BEZ DOMOVA

Zaměřme pozornost na ženy bez domova, které jsou sice v populaci lidí bez střechy zastoupeny méně než muži, v dalších kategoriích bezdomovství ovšem jejich počty spolu s dětmi stoupají. V čem jsou ohroženější a liší se přístup v poskytované péči? Na otázky spojené s bezdomovectvím žen jsme se zaměřili i během terénního výzkumu.

SPECIFIKA PŘÍSTUPU U ŽEN

V případě ordinace lékaře NADĚJE U Bulhara, jak nám sděluje zdravotní sestra s více než desetiletou zkušeností práce s cílovou skupinou, velká specifika pro ně péče o ženy bez domova z hlediska medicínského nepřináší. Upozorňuje ale na to, že většina žen bez domova podle jejich zkušeností chce mít děti: „[U pomáhajících žen, pozn. aut.] jde o to se psychicky srovnat s tím, že 90 % žen bez domova chce mít miminko. A nemají záze-
mí, proto je to dost náročné. Samozřejmě my je nezrazujeme, lékařka vždycky vysvětlí rizika.“ V ordinaci je nepřesvědčují, aby děti neměly, ale snaží se jim vysvětlit všechna rizika. **Za problematické respondentka považuje, že pokud se ženy rozhodnout pro interrupci, často na ni nemají finanční prostředky. Interrupce je bezplatná pouze ze zdravotních důvodů.** „Já vím, že to dítě půjde buď to do děčáku, nebo ho porodí někde na ulici a může umřít. Nedělá mi to úplně dobře, ale jsem profesionál. Pokud je v této tíživé situaci, tak ji samozřejmě nepřesvědčujeme. Když se ženy rozhodnou pro interrupci, tak neudělají všechny kroky. A hlavně to ztroskotá na tom, že my nemáme finance na to, abychom jim to zaplatili, a oni je taky nemají.“

Pro ženy bez domova jsou gynekologické potíže a těhotenství zvláště obtížnými situacemi. Jednou za 14 dní je v ordinaci NADĚJE U Bulhara přítomna gynekoložka, kterou lze pro tyto účely využít. S akutními problémy odkazuje organizace na nemocnice. Podle respondentky, vedoucí nízkoprahové služby NADĚJE v Praze, může být specifickým problémem pro ženy při řešení intimního gynekologického zdraví nedostatečná hygiena spojená s životem na ulici. Respondentka také uvádí, že **těhotné klientky vnímají sociální pracovníce velmi citlivě.** Zvláště v případech, kdy je klientka i závislá a svou závislost neřeší:



„Je pro nás velmi těžké zůstat vždy profesionální. Hodně to v nás rezonuje, když víme, že klientka je na ulici, je závislá a se závislostí nepracuje. Přijde se nám pochlubit fotografií z ultrazvuku, což jsou pro nás jako ženy velmi náročné situace. Zvlášť když ani mezi sebou kolikrát nevíme, kdo z nás čím prochází. A když potom přijde klientka s tím, že je těhotná, a my osobně něco řešíme v souvislosti s tím, je to opravdu velmi těžké. Toto jsou přesně takové situace, kdy, když klientka odejde, téměř ihned potřebujeme si mezi sebou udělat mírnou intervizi a trochu ze sebe vypustit ty pocity, které to v nás vyvolalo.“

Další z respondentek výzkumu, zdravotní sestra a porodní asistentka řadu let externě spolupracující se službami NADĚJE v pobočce Klášterec nad Ohří, popisuje, **že ženy bez domova z velké části nemají zajištěnou gynekologickou péči. Zvláště třeba ženy po padesátce, které velmi často neřeší prevenci. Teprve pokud se nějaké obtíže objeví, mnohdy až v akutní fázi, kontaktují sociální pracovníky, kteří se snaží najít vhodnou lékařskou péči.** V případě akutních problémů mohou jít pacientky na ošetření do nemocnice.

Zdravotně-sociální pracovnice sděluje praxi se ženami bez domova z jedné okresní nemocnice, která může nabídnout gynekologické oddělení. **Respondentka má několik zkušeností s porodem ženy bez přístřeší. V těchto případech nemocnice povinně informuje orgán sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD), který realizuje místní šetření a zapojuje se do situace.** Klientka s dítětem je propouštěna pouze se souhlasem OSPOD, bez dítěte může klientka odejít sama. Pokud matky odejdou samy, vrací se pro dítě se souhlasem OSPOD, ale nemocnice už řešila i adopci. Nicméně tyto situace se řeší na základě předběžného opatření a postup bývá rychlý.

Pokud žena bez domova otěhotní, popisuje praxi služeb NADĚJE jedna z vedoucích pobočky v Ústeckém kraji, **je hlavním cílem služby, aby získala bydlení v azylovém domě a nemusela být „na ulici“.** Vedle toho pak sociální pracovníci řeší, zda má daná klientka gynekologa a chodí pravidelně na prohlídky. Pokud žena azylové bydlení odmítne, zaměřují se pracovníci sociálních služeb na pravidelnou péči potřebnou v těhotenství. Součástí péče je také zjišťování, zda si chce žena dítě nechat, nebo ho dát k adopci atp. **Jak probíhá péče**

o těhotné ženy bez domova popisuje respondentka takto:

„Pokud zjistíme, že klientka žijící ,na ulici‘ je těhotná, snažíme se ji co nejdříve umístit do azylového domu, aby měla lepší podmínky bydlení. Prioritou je, aby měla zajištěné bydlení alespoň do porodu. Pokud klientka nemá zájem o azylové bydlení, zaměřujeme se na zajištění nezbytné péče během těhotenství. Sociální pracovnice s klientkou řeší, zda má gynekologa, zda pravidelně dochází na prohlídky a zda si plánuje dítě po narození ponechat, nebo uvažuje o adopci. Padají také otázky spojené s odchodem z nemocnice, včetně postupů, které budou následovat. Tyto záležitosti se řeší v rámci sociální péče buď na azylovém domě, nebo na denním centru, pokud klientka odmítá azylové bydlení a volí život ,na ulici‘. V takových případech se zaměstnanci snaží apelovat na to, aby klientka pravidelně docházela na lékařské prohlídky. Na denním centru je k dispozici zdravotní sestra, která je porodní asistentkou a pracuje v porodnici. Klientkám je poskytována možnost obrátit se na tuto odbornici v případě potřeby jiné péče. Sestra dokáže zajistit gynekologa nebo domluvit, aby klientku přijal. Situace týkající se gynekologické péče je dle zkušeností pracovníků poměrně dobře řešená, kdy se vždy najde lékař, který klientku přijme. Pravidelnou docházku na prohlídky však pracovníci nemohou kontrolovat. Pokud gynekolog nebo zdravotní sestra z gynekologie upozorní, že klientka nedorazila na plánovanou prohlídku, pracovníci ji kontaktují, aby ji informovali o nutnosti návštěvy lékaře. Pokud klientka čelí finančním problémům nebo má obavy, nabízejí jí doprovod nebo zajištění dopravy k lékaři.“

V terénním výzkumu byl veden jeden z rozhovorů i se zdravotní mediátorkou, jež pracuje se sociálně vyloučenými lidmi, nikoli pouze s lidmi bez domova. **Specifickou situací u žen, které se zdravotní mediátorka věnuje, je těhotenství. V takových případech dohlíží na pravidelné prohlídky, dopad ostatních nemocí na zdravotní stav žen atp.** Jak vypadá péče o ženy v těhotenství, popisuje respondentka na jednom konkrétním příkladu: *„Ano, měli jsme klientku, u které si nejsem jistá, zda čekala své páté nebo šesté dítě – to ale není podstatné. V podstatě nikdy moc nenavštěvovala gynekologa, takže jsme ji tím procesem poměrně intenzivně provázeli. Velmi dobře zde fungovala spolupráce s gynekologem a sestřičkou,*



kteřá nám vždy dala vědět, když se klientka nedostavila na kontrolu. V jejím případě navíc šlo o velmi vážný problém – byla diabetička a neužívala předepsanou medikaci, což je v těhotenství velmi nebezpečné. Zajistili jsme pro ni i péči diabetologa. Nicméně i přes naše opakované výzvy léky stále neužívala, jak měla. V takovém případě, po několika intervencích, už vždy říkám, že odpovědnost je na straně klienta.“

DĚTI BEZ DOMOVA

Více než **60 000 dětí a mladistvých v České republice žije v bytové nouzi a tvoří bezmála 40 % ze všech lidí, kteří se potýkají s těmi nejzávažnějšími problémy s bydlením.** Bytová nouze v jakékoli ze svých podob prokazatelně ohrožuje děti a také patří k nejčastějším důvodům jejich umísťování do ústavní péče.¹⁷ Nemůžeme se o dětech nezmínit. Toto téma by neměl opomíjet žádný dokument, který se bezdomovstvím v Česku zabývá.

Respondentka, vedoucí pobočky a dlouholetá vedoucí služeb NADĚJE, při rozhovoru upozorňuje, že **mají špatnou zkušenost s pediatry, kteří ošetřují děti žijící v azylovém domě. Ti k dětem mívají často předsudečné postoje.** I proto se snaží zvát dětské lékaře na dny otevřených dveří. Lékaři jsou pak často příjemně překvapeni, jak to v azylovém domě vypadá a funguje. Zůstává ale spousta pediatriů, kteří mají na děti v azylových domech zkreslený pohled: „*Snažíme se v rámci dnů otevřených dveří pozvat pediatry, aby se přišli podívat, jak to u nás vypadá. Mnoho lidí má totiž zkreslenou představu o našem zařízení a často bývají mile překvapeni, když mají možnost ho navštívit, například při dni otevřených dveří nebo při předání materiální pomoci. Zjistí, že situace v zařízení není tak špatná, jak si původně mysleli. Nicméně existují i pediatři, kteří mají předsudky vůči azylovým zařízením a rodičům a tvrdí, že se o děti dostatečně nestarají. V takových případech se snažíme iniciovat jednání, při němž jim vysvětlujeme, jak naše zařízení funguje.*

¹⁷ Viz KLUSÁČEK, Jan a KALENDA VÁVROVÁ, Soňa. *Česko na křižovatce. Zpráva o vyloučení z bydlení 2024*. Online. Iniciativa Za Bydlení / Platforma pro sociální bydlení / Ostravská univerzita, 2024. Dostupné z: https://cdn.prod.website-files.com/5ef4ac1cc5dd69384a10c66e/67051b21b2774f44ad64218a_zprava2024_compr.pdf. [citováno 2025-08-19].

Upozorňujeme je, že nemůžeme přijmout dítě s infekčním onemocněním, a žádáme, aby zajistili jeho hospitalizaci.“

Zkušenosti s pomocí zajištění zdravotní péče dětem popisuje v rozhovoru již zmíněná zdravotní mediátorka. Její běžnou pracovní náplní je pomoc klientům, kteří se k ní dostávají na doporučení sociálních služeb. Velmi často jsou to právě ženy – matky z azylových domů. Ona se pak snaží navázat potřebné lékaře. **Nejčastěji mají klienti zájem o zubní lékaře. Podle respondentky se je ale nedaří často najít, i z důvodu finanční nedostupnosti. Roli hraje také krátkodobý pobyt v azylovém domě, kdy po odstěhování může být získaný zubař nedostupný z hlediska vzdálenosti. U dětí pak bývá problémem cena za ošetření.** U některých klientů v případě bolestí zubů řeší situací návštěvou zubní pohotovosti. *„Zajistit zubního lékaře se nedaří. Musím říct, že obzvlášť u klientů například z azylového bydlení, kde se následně stěhují, jsou návštěvy naplánovány dopředu. Myslím, že jsme jednu z těch návštěv absolvovali i s několika dětmi právě z azylového bydlení. Byl k tomu vypracován rozpočet na ošetření a pátrali jsme po tom, kdo by mohl poskytnout ošetření zdarma. V podstatě jsme ale vůbec nedostali žádnou odpověď.“*



LIDÉ BEZ DOMOVA SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI

K nejtěživějším situacím, ve kterých se jen málokdy podaří najít adekvátní řešení, dochází při zajištění odpovídající pomoci lidem bez domova s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. Jsou to lidé v nouzi odkázáni z důvodu svého věku, dlouhodobé nemoci, snížené soběstačnosti či fyzického handicapu ve vyšší míře na pomoc druhých. **Potřebují pobytové služby, které v sobě kombinují sociální i zdravotní složku péče, jako jsou domovy seniorů či domovy se zvláštním režimem, popřípadě jiné, u nás prozatím nerozšířené možnosti dlouhodobé podpory.** Namísto toho zažívají tito lidé v Česku zoufalý koloběh bez naděje na stabilizaci a skutečné řešení. Ze zdravotnických zařízení jsou propouštěni do „domácího léčení“ ve chvíli, kdy z medicínského pohledu situace nevyžaduje hospitalizaci. Ocítají se venku, anebo jim v lepším případě nezbyvá než využít pomoci klasických služeb pro lidi bez domova typu nízkoprahového denního centra, noclehárny nebo azylového domu. Ty ale nejsou koncipovány poskytovat podporu pro tuto část klientů: součástí jejich týmu není zdravotnický personál, pečovatelé a ani jejich prostory nejsou vůbec vhodné. Navíc jsou to služby ze své podstaty dočasněho charakteru, které mají – ve smyslu zákona – podporovat klienty dočasně (v případě azylového domu je to hranice jednoho roku). Logicky pak přichází zhoršení zdravotního stavu, které je natolik akutní, že se klient ocitá znovu ve zdravotnických službách.

KAM S NÍ, KAM S NÍM?

Odborníci z řad sociálních pracovníků shodně uvádějí **problematiku klientů s omezenou soběstačností a neexistencí adekvátních pobytových služeb pro tyto lidi bez domova za kritickou a za jedno z největších selhání systému pomoci.**¹⁸ Jedna z respondentek, sociální pracovnice, popisuje běžné zkušenosti s tím, že pokud se někde objeví člověk bez domova se zdravotními potížemi, často se ozvou, nebo ho přímo přivezou,

¹⁸ Jako nejčastější typ bezvýchodné situace pro klienty i pracovníky se objevuje v dotaznících určených pro vedoucí sociálních služeb NADĚJE v rámci interního systému rozvoje a řízení kvality poskytovaných sociálních služeb. Odpovídá tak zcela zjištěním terénního výzkumu.



spíše do NADĚJE než do zdravotnického zařízení. V řadě takových případů ale nejsou služby schopny se o takové klienty postarat: „Často se stává, že k nám někdo přiveze klienta, aniž by bylo předem zajištěno splnění potřebných podmínek. Někdy jde o dobrý úmysl, kdy nám takového člověka jednoduše přivezou a očekávají, že se o něj postaráme. Stává se například, že přivezený klient není soběstačný – může být upoután na invalidní vozík, není schopen sebeobsluhy nebo trpí infekčním onemocněním. Mnozí lidé z řad veřejnosti, kteří k nám takového klienta přivezou, mají představu, že jsme zde proto, abychom každého přijali a poskytli mu pomoc. Naše kolegyně, většinou pracovnice sociálních služeb, však musí postupovat podle jasně stanovených pravidel. Například na azylový dům je potřeba potvrzení o bezinfekčnosti, existuje provozní doba a také pořadníky. Není možné přijímat klienty, kteří nejsou ve stavu odpovídajícím možnostem azylového domu, například pokud jejich stav neumožňuje ani vstup do zařízení kvůli technickým či provozním omezením.“

I městská policie občas přiváží do organizace klienty, kteří jsou pod vlivem alkoholu, ačkoliv péče o ně této organizaci nepřísluší. I když někdy nechají klienty dospát v jejich prostorách, s policií si pak složitě vysvětlují, že to není jejich poslání. Respondentka ale popsala i příklad dobré spolupráce s nemocnicí. Po propuštění klienta, který podle sociální služby nebyl stále soběstačný, došlo k tomu, že se služba dohodla s nemocnicí, že si nechá klienta v péči dva až tři dny a poté ho znovu přijmou na LDN, aby mohla být nalezena adekvátní návazná péče. Jsou to však bohužel spíše světlé výjimky. Situace, kdy jsou invalidní a nesoběstační klienti převáženi do sociálních služeb, ve kterých jim nemohou péči zajistit, jsou zcela běžné. **V rozhovoru odkazuje vedoucí nízkoprahového denního centra v Praze dokonce na metodický postup, který stanovuje, jak se má personál zachovat při příjmu (nebo odmítnutí) klientů přivážených z nemocnic. Stává se jim běžně, že zdravotníci nesdělují ohledně stavu soběstačnosti klienta zcela pravdivé informace.** A tak interní postup stanoví, že je nutné vždy ověřit prakticky s daným člověkem, zda je schopen základních úkonů v péči o sebe.

Nejedná se ale jen o tyto křiklavé situace, ve kterých je klient s inkontinencí na vozíku ponechán před denním centrem. **Obecně se zvyšuje věk populace lidí bez domova, ubývají**

síly a narůstá potřeba péče, jak popisuje v rozhovoru jedna vedoucí pobočky NADĚJE: „Pokud má klient důchodový věk, rozesílají se žádosti do různých domovů pro seniory nebo zařízení pro osoby se zdravotním postižením. Tyto žádosti jsou podávány na všechna možná místa. Snažíme se postupovat dál, ale je to běh na dlouhou trať. Kapacity těchto zařízení jsou přeplněné a existují pořadníky. Všichni dobře víme, že se nepostupuje vždy striktně podle pořadníku, ale podle jiných kritérií, jako jsou například finance. Přestože by se podle zákona tento aspekt neměl zohledňovat, v praxi je všeobecně známo, že tomu tak je. To představuje obrovskou bariéru. V 95 % případů se našim klientům nepodaří dostat do domova pro seniory. Na azylovém domě máme cílovou skupinu, která zahrnuje i klienty starší 80 let. Tito lidé u nás často dožívají, nebo zde zůstávají až do okamžiku, kdy je jejich zdravotní stav kritický. Následně se volá rychlá záchranná služba, která klienta odveze do nemocnice. V mnoha případech klient během jednoho až tří týdnů v nemocnici zemře. Také jsme zažili situace, kdy byl klient převezen do léčebny dlouhodobě nemocných (LDN). Jednalo se například o klienta, u kterého se projevila demence nebo závažný zdravotní stav. Tento klient byl přijat do LDN a zůstal tam díky tomu, že měl solidní důchod, což mu umožnilo pokrýt náklady na péči. Nyní v tomto zařízení dožívá.“

Tyto všechny **události vytváří na všechny složky systému sociálních služeb obrovský tlak**. Vedoucí pobočky vysvětluje, co znamená pomáhat klientům se závažnými zdravotními problémy ve službách, které k tomu naprosto nejsou koncipovány: „Tyto situace jsou skutečně zoufalé. Každý rok zažíváme nové a nové situace, na které nejsme připraveni. Nevíme vždy, jak nejlépe postupovat, a často jde o to udělat maximum, co je v dané chvíli možné. Musím říci, že za všechny ty roky se mi snad stalo jen dvakrát, že se kolegyně vymezily a řekly: ‚Tohle už je pro mě za hranicí a nejsem ochotna jakkoliv zasahovat do zdravotní péče. Nejsem ochotná pečovat o klienta, který je například pokálený, protože to nezvládám ani fyzicky, ani psychicky.‘ V takových případech jsem vždy kolegyně podpořila a dodnes říkám, že pokud pracovník odmítne danou péči, má na to právo. V těchto situacích řešíme problém tak, že buď pomůže jiný pracovník, nebo zasahuji já, případně vedoucí služby. Jsme připraveni vykonat nadstandardní péči, i když na ni nejsme speciálně vyškoleni, a snažíme

se klientovi maximálně vyjít vstříc, alespoň na nezbytně nutnou dobu, než se situace stabilizuje.“

Při rozhovorech se zdravotníky zjišťujeme, že z jejich perspektivy se potýkají s analogickým problémem, totiž zajištěním adekvátní péče, která by navazovala na propuštění z hospitalizace. Potíž nastává již při řešení zdravotně nepřiznivých krátkodobějších stavů, lékař se specializací na vnitřní lékařství to popisuje následovně: „Pokud uvážíme, že pacient je již stabilizovaný natolik, že nepotřebuje akutní lůžkovou péči, ale zároveň vidíme, že není dostatečně stabilizovaný sociálně, vzniká určité dilema. Medicínsky totiž již nepotřebuje pobyt v nemocnici, ale víme, že takový člověk by potřeboval být někde zajištěn. Například je to otázka, zda může být člověk, který je pět dní po doléčení zápalu plic, na ulici? Pravděpodobně ne. **Jak to ale řešit? Tady vzniká prostor pro situace, kdy propouštíme tyto lidi zpět na ulici a víme, že to není v pořádku. A zvláště nyní, kdy ubývá akutních lůžek, vzniká lůžková tíseň, takže i pacienty, kteří nejsou bez domova, propouštíme domů s tím, že by možná ještě měli být dva dny v nemocnici. Někdy dobírají antibiotika a zveme je na předčasnou kontrolu, při které rozhodneme, zda hospitalizaci prodloužíme. Mezitím už čekají na lůžko, protože jsou lůžka obsazená dalšími pacienty. Pacienti bez domova mají proto situaci horší. Tohle je situace, která ačkoli není medicínským dilematem, protože medicínské důvody pro propuštění pacienta máme, je lidsky určité dilematem. Víme totiž, že všechny knížecí doporučení, které do propouštěcí zprávy dáme, jako klidový režim a hojnost tekutin, jsou pro toho pacienta reálně nesplnitelné.“** V situacích, ve kterých se jedná právě o dlouhodobý trvalý deficit omezující soběstačnost, se závažnost a systémový charakter problému obnažuje zcela. Internista sice uvádí, že i v jejich pražské nemocnici působí sociální pracovníci, kteří specificky lidem bez domova pomáhají řešit doklady, domlouvají jim schůzky na úřadech, nemocniční řidiči je mohou na úřady i dopravit. **Pro nemocnici však bývá problém zajistit místo pro pobyt po skončení nemocniční péče.** Pacienti končí i znovu „na ulici“, byť jsou vybaveni léky. Pokud nepotřebují lůžkovou nemocniční péči, nemohou již v nemocnici pobývat. Podle respondenta pacienti „odchází v různě stabilizovaném stavu opět na ulici – do života bez domova“ a podotýká, že obvykle se nepodaří zajistit

jiné zařízení než noclehárnu, azylový dům anebo v zimě kapacity humanitárních provozů pro pomoc lidem bez domova. Pokud se soustředíme na skupinu lidí bez domova, která by potřebovala podporu v podobě zdravotně-sociální pobytové péče, nejedná se pouze o osoby s omezeními v oblasti fyzického zdraví. **Potíže se zajištěním návazných adekvátních služeb pro lidi s omezenou soběstačností popisují v podstatě identicky i oslovení psychiatři.** O tom jsme již pojednali v kapitole věnované psychiatrické péči.

POČTY LIDÍ BEZ DOMOVA SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI

Mohla by zaznít námitka, zda se přece jen, přes všechna uvedená svědectví, nejedná spíše o jednotky případů lidí bez domova, výjimky, kterým český systém zdravotní a sociální péče nenabízí adekvátní pomoc. Nejde přece jen o jeden z případů kognitivních zkreslení, nadhodnocování počtů těchto osob z důvodu náročnosti a emoční zátěže, jež pomáhajícím přináší? Abychom si na tuto otázku mohli odpovědět, **sčítali jsme v první čtvrtině roku 2025 dvěma metodami, na dvou různých územích počty lidí bez domova se specifickými potřebami, kterým systém zdravotnických a sociálních služeb poskytoval péči nebo s nimi byl v kontaktu.**

V prvním případě jsme kvantifikovali situaci **na území Klášterce nad Ohří, ve kterém NADĚJE poskytuje pro lidi bez domova službu nízkoprahového denního centra, noclehárny a azylového domu. Zadání pro sčítání znělo: zpracovat přehled o situacích, ve kterých jsou pracovníci našich služeb prevence konfrontováni s klienty, kteří nejsou soběstační a potřebují v tomto směru dlouhodobou podporu, kterou nemohou ze své podstaty poskytovat sociální služby prevence.**¹⁹ Evidence se prováděla za období tří měsíců (leden–březen 2025), značeny byly pouze tyto typy situací: a) telefonicky kontaktují uvedené sociální služby ze zdravotnických zařízení, že propustí nesoběstačného klienta; b) do služeb přivezou nesoběstačného klienta; c) klient se stane nesoběstačným v sociální službě

¹⁹ Jedná se o dlouhodobě nepříznivý stav, jehož součástí je snížená soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, kdy člověk potřebuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně. Srov. sociální služby péče, které tuto podporu nabízí. Přitom se lidé bez domova nacházejí v situaci bytové nouze.



a nedaří se ho umístit do pobytové sociální služby péče nebo zdravotnického zařízení; d) respektive se objeví nesoběstačný klient/zájemce o službu, ale nedaří se ho umístit do adekvátní sociální/zdravotnické služby. Toto sledování přineslo drastický obrázek závažnosti problému. **Ve třech službách, které během třech měsíců pracovaly celkem s 91 klienty, bylo evidováno:**

- **12 klientů** po delší dobu čerpá služby a náleží do zkoumané skupiny **s omezenou soběstačností** (senioři bez nároku na výplatu důchodu, duální diagnózy a další závažná duševní onemocnění, dlouhodobě špatný zdravotní stav), **nedaří se pro ně zajistit adekvátní služby;**
- evidováno **dalších 5 klientů využívajících služby**, kteří jsou **cyklicky propouštěni z psychiatrické nemocnice**, nemají zajištěné navazující lékaře, léky a nejsou schopni delšího kolektivního soužití, během pár dnů/týdnů čerpání sociálních služeb se vrací zpět do psychiatrické nemocnice;
- **v 7 případech** se na pracovníky služeb NADĚJE v pobočce Klášterec n. O. obrátili zaměstnanci sociálních odborů, opatrovníci, pracovníci sociálních služeb a hledali místo pro **klienty na vozíku nebo klienty se zdravotním omezením, kteří v NADĚJI pobyt nezvládnou a museli být odmítnuti;** pro představu, jeden z těchto náročných případů opakovaně snahy zajistit službu pro klienta z oddělení následné péče vypadal takto: „...*není soběstačný, bez pomoci neujde více než 3 kroky a chtěli ho ubytovat na azylovém domě. Opakovaně jsme pobyt klienta odmítli, byť u nás v minulosti bydlel (to byl ještě plně soběstačný). Pracovnice oddělení se odkazovala na to, že tam je již maximálně možnou dobu, zabírá místo pro jiné potřebné pacienty a již ho tam mít nemůžou. V našem okolí není pacienta kam posunout, nesplňuje cílovou skupinu, pořadníky jsou dlouhé a bezbariérové sociální služby nejsou. Pacient má trvalé bydliště v Klášterci nad Ohří XY, což je dům, který byl komplet vystěhován a uzavřen. Do řešení byl přizván sociální odbor města, které se také snaží najít pro klienta nějaké vhodné umístění – zatím bez výsledku. Neustále vysvětlováno, že nejsme schopni přijmout nesoběstačného klienta na vozíku. Nejsme*

k tomu uzpůsobení, nemáme k tomu personál, technické vybavení, neposkytujeme ošetrovatelské ani zdravotní služby. Pracovnice už byla lehce slovně agresivní, že pokud pacient projeví přání odvézt do NADĚJE, tak ho tam prostě odvezou. Na tuhle situaci byl upozorněn sociální odbor, městská policie, starosta města, oblastní ředitel NADĚJE. Na otázku, proč se to nezačalo řešit dřív ve spolupráci s námi, městem, nemocnicí, mi odpověď poskytnuta nebyla. [...] Situace je aktuálně taková, že se do toho zapojila obec s rozšířenou působností (Kadaň) a i oni hledají vhodné řešení, které momentálně neexistuje.“²⁰

Ve druhém případě jsme se zaměřili na větší území, **města Liberec a Jablonec n. N., změnili způsob evidence a požádali o spolupráci další relevantní aktéry, kteří pracují s lidmi bez domova. Naším cílem bylo pokusit se co nej přesněji zjistit celkový počet lidí bez domova se specifickými potřebami** žijících na území tohoto souměstí. Připravili jsme proto metodicky postup včetně sčítacího formuláře, vymezili přesně cílovou skupinu, oslovili co nejvíce subjektů, vyjasnili během schůzek postup a stanovili pět pracovních dní, v nichž sčítání proběhne. **Do sčítání, které proběhlo ve dnech od 10. do 14. února 2025, se nakonec podařilo zapojit celkem 9 subjektů, nejen sociálních služeb pomáhajících lidem bez domova, ale i orgány veřejné správy obou měst a jednu z nemocnic.**²¹ Do sčítacího formuláře byly zadávány fyzické osoby, které splňovaly smlouvaná kritéria specifických potřeb daných zdravotním stavem, který snižuje jejich schopnosti zvládat základní životní potřeby. Případně se jednalo o osoby, které jsou vzhledem ke svému věku v kombinaci s bytovou nouzí bezprostředně ohroženy zdravotní újmou. Každý z aktérů dbal na minimalizaci duplikace sečtených osob (byli určeni pověřeni pracovníci, používali vlastní kódování osob, doplňovali odchod klienta do jiné služby během dnů sčítání).

20 Kazuistika vypracována pracovníci pobočky Klášterec n. O., uvedena v podkladu vedené evidence sčítání osob se specifickými potřebami ve sledovaném období.

21 Sčítali tyto aktéři pomoci v bytové nouzi: v Jablonci n. N. – Nemocnice Jablonec n. N., p.o., Kontaktní místo pro bydlení a sociální pomoc Jablonce n. N., sociální služby Domu NADĚJE Za Plynárnou; v Liberci – Centrum pro bydlení Liberec, oddělení sociálních činností města Liberce, Návrat, o.p.s., Azylový dům Speramus, sociální služby NADĚJE pobočky Liberec. Z významných oslovených aktérů se nezapojila jen Krajská nemocnice Liberec. V Jablonci n. N. na druhou stranu výsledky sčítání ovlivnil fakt zrodu zdejšího Kontaktního místa, které bylo v provozu teprve necelý druhý měsíc.



Lidé bez domova byli rozdělováni do pěti kategorií, které ve zjednodušení umožňují načrtnout potřebnou péči: 1 – klient je starší 64 let, nachází se v bytové nouzi a nedisponuje takovým stálým příjmem, aby mu byla výhledově dostupná služba domova pro seniory / domu s pečovatelskou službou apod.; **2 – snížená pohyblivost či jiný handicap** významně limitující klienta ve využívání sociálních služeb (např. neumožňuje umístění na horní lůžko, po schodech do II. patra azylového domu apod.); **3 – stav duševního / mentálního zdraví klienta významně limituje** (specifické požadavky jednolůžkového pokoje či nízkokapacitního zařízení atd.); **4 – klient potřebuje bezbariérové zařízení** (je na invalidním vozíku či má jinak zásadně omezenou pohyblivost apod.); **5 – celková devastace organismu.**²² Sčítající mohl u příslušného klienta uvést více kategorií, pokud do nich spadal, doplnit další podrobnější popis zdravotně-sociální situace, uvést situaci bytové nouze („ulice“, ubytovna, byt, nemocnice, noclehárna, azylové bydlení, jiná pobytová sociální služba atd.), uvést věk, a to povinně u kategorie první, starších 64 let. I při tomto způsobu kvantifikace problému jsme narazili na závažná čísla ukazující na hloubku problému. **Celkem bylo na území Liberce a Jablonce n. N. sečteno 157 osob, z toho 31 žen bez domova, pro které – s ohledem na jejich dlouhodobý zdravotní stav – v současnosti neexistuje adekvátní pomoc:**

- **66 % sečtených lidí bez domova významně limituje** v možnosti zajištění bydlení a podpory **stav jejich duševního zdraví** (převažuje problematika závislosti, duální diagnózy);
- **57 % se v době sčítání nacházelo v situaci bez přístřeší** (tzn. „na ulici“) bez zajištěné návazné služby nebo bydlení;
- **14 % těchto lidí potřebuje bydlení odpovídající jejich snížené pohyblivosti**, čtyři z nich s nutností zcela bezbariérového domova;

²² Při vyplňování těchto kategorií a posuzování schopností osoby zvládat základní životní potřeby bylo zapojeným také doporučeno se orientovat vyhláškou č. 505/2006 Sb., která v příloze č. 1 jmenuje konkrétní aktivity spojené se zvládáním těchto potřeb pro účely stanovení stupně závislosti posuzované osoby.

- **12 % sečtených jsou lidé starší 64 let** (70 a více let bylo 7 osobám, více než 80 let bylo 2 osobám);
- během sčítání bylo evidováno **5 lidí bez domova s celkovou devastací organismu a ztrátou sebeobsluhy** bez odpovídajícího zajištění bydlení a pečovatelské pomoci.

Tyto dva způsoby kvantifikace dokládají, proč profesionálové akcentují problematiku tak často: **pro lidi bez domova, kteří jsou senioři a/nebo mají dlouhodobé zdravotní potíže, v České republice neexistuje odpovídající systém pomoci kombinující zdravotní a sociální složku.** Uvedená čísla zpochybňují kognitivní zkreslení, navíc v situaci narůstající nedostupnosti bydlení, stárnutí populace lidí v bytové nouzi a toho, že stát na tomto poli nechystá žádná opatření, můžeme očekávat jen prohloubení utrpení lidí bez domova a neefektivní úsilí sociálních a zdravotnických pracovníků.

Zkušenosti obou táborů jsou téměř navlas stejné, zdravotně-sociální pracovnice z nemocnice vypráví: *„Pokud se jedná o osoby bez přístřeší, například seniory, azylové domy je standardně nepřijímají. Co se týče pobytových sociálních služeb, jako jsou domovy pro seniory, situace je podobná. Ačkoliv zákon o sociálních službách uvádí, že by tyto služby neměly přihlížet k příjmu klienta, realita je jiná. Dost často tato zařízení klienty nechťejí přijmout, a to i v případech, kdy mají alespoň minimální důchod. Samozřejmě, pokud jde o umístění seniora bez přístřeší s psychiatrickou diagnózou, například schizofrenií, je taková situace téměř nereálná. Tito lidé pak zůstávají v nemocniční péči velmi dlouho, někdy i měsíce nebo roky. To není ideální, protože náklady na péči musí hradit zdravotní pojišťovna, která s tím logicky nesouhlasí, jelikož daná osoba měla být už dávno umístěna v sociálních službách. Sociální služby ji však odmítají přijmout. Snažíme se podávat žádosti, urgovat je a argumentovat zákonem, ale výsledky nejsou příliš uspokojivé. Co se týče dostupnosti péče pro mladší nebo mobilní osoby bez přístřeší, situace s azylovými domy je o něco lepší, i když čekací doby mohou být také dlouhé. Z vlastní zkušenosti vím, že je obvykle snazší umístit ženu než muže. Nedávno se nám podařilo najít místo v azylovém domě pro jednu paní během týdne, což*



*považují za úspěch.“ **Perspektivu sociálních služeb jsme již uváděli**, ale není od věci slova dlouholeté vedoucí řady sociálních služeb zopakovat: „*Pokud má klient důchodový věk, rozesílají se žádosti do různých domovů pro seniory nebo zařízení pro osoby se zdravotním postižením. [...] V 95 % případů se našim klientům nepodaří dostat do domova pro seniory. Na azylovém domě máme cílovou skupinu, která zahrnuje i klienty starší 80 let. Tito lidé u nás často dožívají, nebo zde zůstávají až do okamžiku, kdy je jejich zdravotní stav kritický. Následně se volá rychlá záchranná služba, která klienta odveze do nemocnice. V mnoha případech klient během jednoho až tří týdnů v nemocnici zemře.*“*

DALŠÍ BARIÉRY V PŘÍSTUPU KE ZDRAVOTNÍ PÉČI

Jaké další vážné bariéry, o kterých jsme nepromluvili, snižují lidem bez domova dostupnost zdravotní péče? Když jsme se na tuto otázku ptali respondenta internisty pražské nemocnice, zmínil objednávání a návštěvy u ambulantních specialistů. Je totiž nutné si umět specialistu najít na internetu či jinde a rovněž je důležité mít k němu žádanku. Pro lidi bez domova i obecně může být problém termín vyšetření u specialisty, protože se často čeká poměrně dlouhou dobu. Problémem je podle něho i registrace u praktického lékaře, protože nejprve je nutné zjistit, který má volné kapacity. U pohotovostní péče je podle něho omezený rozsah lékařské péče, což může být nevýhodou právě pro lidi bez domova. *„Skutečně, kdo přijde k okénku se zdravotním problémem, dostane se k vyšetření. Můžeme se bavit o rozsahu toho vyšetření, případně že pohotovost znamená noc a nemocnice poskytuje užší spektrum služeb, pouze pohotovostní a další věci. Samozřejmě, že jsou tam pro lidi bez domova bariéry, o kterých budeme mluvit, ale ty bariéry stále existují. Myslím si, že bariéry u praktických lékařů a ambulantních specialistů jsou násobně vyšší.“*

Závažnou bariérou může být reakce zdravotníků na nedostatečnou hygienu lidí bez domova, nadměrná konzumace alkoholu a pochybnosti o možném účelovém jednání k získání lůžka na přespání předstíráním zdravotních problémů. Tyto faktory na straně lidí bez domova totiž přinášejí řadu otázek, dilemat, nutnost vyhodnocení rizik, ale i prostor pro lidská selhání. To vše jsou nároky, které musí lékaři řešit: *„Přichází a je třeba pod vlivem alkoholu. Přichází a nemá dobrou úroveň hygieny. Pak je zde podíl účelového jednání a je to mix. Vždycky je to různé, ten poměr těchto faktorů. Ted' je mu třeba 65 let, což je samo o sobě rizikový faktor. Zdravotníkovi se hlavou honí otázky, proč nepřišel dřív, když už to má dva dny, tak proč nepřišel dopoledne? Proč nepřišel střízlivý? Proč nepočká do rána? Proč je tady, když tu jsem zrovna já? Máme jasné medicínské směrnice, jak vyřešit bolest na hrudi, ale když se do toho promítají tyto věci, které jsou spíše lidské než medicínské, často z péče vyjde něco, co je, nevím, kočkoves a úměrně tomu, že ten člověk přišel opilý,*



v noci a chce se vyspat v teple, a úměrně tomu, co se má udělat medicínsky.“

Velkou překážkou bývá také komunikace, specifika můžeme vysledovat na obou stranách. Pro lidi bez domova je obtížné prosadit se, být asertivní v mezích akceptace, porozumět složitosti systému. Řada zdravotníků na straně druhé „hází lidi bez domova do jednoho pytle“ a nevnímá je individuálně na základě jejich potřeb. **Do negativního chování vůči lidem bez domova se podle oslovené zdravotně-sociální pracovnice nemocnice může promítat frustrace personálu nemocnic** z toho, že lidé bez domova se často vrací do péče se stejnými problémy a v zanedbaném stavu, i když jim byla poskytnuta předtím intenzivní zdravotní péče. Respondentka to popisuje těmito slovy: *„Personál na oddělení poskytne potřebnou péči, ale je to pro ně náročné. Když se klient dostane do pořádku a za týden se vrátí ve stejném stavu, musí se celý proces opakovat.“*

Když jsme o bariérách v přístupu ke zdravotní péči diskutovali s oslovenou adiktoložkou, shrnula situaci těmito slovy: *„Prvním limitem je **absence dokladů**. Pokud člověk nemá potřebné doklady, má automaticky uzavřený přístup k mnoha službám, i když by teoreticky mělo být možné tuto situaci jinak vyřešit. Nicméně pravidla jsou nastavena tak, že se bez dokladů jedná o významnou překážku. Druhým limitem je vysoká prahovost služeb. Například v nemocnicích není vždy ochota přijímat a ošetřovat klienty bez domova, zejména kvůli jejich sociálnímu postavení. Tento přístup může být další významnou bariérou. Dalším limitem může být negativní zkušenost samotného klienta. Pokud v minulosti zažil nepříjemné zacházení, může to u něj vytvořit blokádu nebo bariéru, která mu brání vyhledat zdravotní péči znovu. I když se nejedná o stejnou situaci nebo zdravotnické zařízení, tato minulá zkušenost může výrazně ovlivnit jeho rozhodnutí. Tyto překážky je nutné řešit systematicky, aby se lidem bez domova usnadnil přístup ke zdravotním službám.“*

Podle zdravotní mediátorky, jedné z respondentek terénního výzkumu, se často objevuje problém s akutním ošetřením lidí bez domova, např. po úrazu, kteří jsou pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky. **Pokud dojde k lékařské prohlídce, tito lidé jsou rychle ošetřeni a propuštěni, což vzhledem k tomu, že nemají stabilní prostředí, nemusí být vhodné z hlediska jejich**

zdravotního stavu. Respondentka upozorňuje, že to není jen její názor, ale názor místní oborové platformy. Problémem může být i samotné ošetření, protože lidé bez domova jsou cílovou skupinou, vůči které existuje celá řada negativních stereotypů. I proto by byla vhodná zdravotní služba, která by mohla tyto lidi ošetřit přímo v terénu. Překážky, které se vážou k lidem bez domova, popisuje respondentka takto: *„Myslím, že právě toto je téma, na které po letech narážíme. Jde například o akutní ošetření člověka na ulici, který vlivem alkoholu upadne, zlomí si nohu nebo si poraní obličej. V takových případech většinou okolí nebo veřejnost zavolá záchranou službu. Ten člověk je pak odvezen, ale co nejdříve je samozřejmě z nemocnice propuštěn, protože tito lidé – řekněme to slušně – asi... nejsou považováni za běžné pacienty.“* A pokračuje: *„Nejsou úplně vítáni a hlavně si myslím, že to je právě problém, který jsme řešili i na určité platformě. Kdybychom měli nějakou základní ordinaci nebo kdyby zdravotníci mohli přímo v terénu poskytnout úplně základní ošetření ran, myslím, že bychom mohli jít přímo za těmito lidmi bez přístřeší – do jejich lokality a tam je ošetřit. To jsem také připomínkovala s tím, že pokud by vznikala navazující zdravotní projekt, mělo by být umožněno právě i toto.“*

Respondenti dále uváděli jako častou překážku v přístupu ke zdravotní péči **omezený počet termínů na ošetření, který lidé v situaci sociálního vyloučení nemusí využít.** Klienti mohou často zapomínat nebo záměrně nevyužívat termíny ošetření např. kvůli obavám, ať již z výsledku vyšetření, nebo jen proto, že to pro ně bude náročné. A dále to, že se klienti nedostaví na domluvený termín vyšetření, který je velmi složité domluvit, zase vyvolává frustraci sociálních pracovníků, lékařů a dalších, kteří klientům pomáhali vyšetření domluvit.

Významnou bariérou se ukázala být **nedostatečná informovanost zdravotnického a sociálního sektoru o sobě navzájem a o možnostech péče.** Nejde jen o přirozené těžkosti způsobené rozdílnými postupy a užíváním rozdílného odborného jazyka. Jak zdravotničtí profesionálové, tak sociální pracovníci při plánování návazné péče vychází běžně z mylných předpokladů, což může zcela zásadním způsobem ovlivnit efektivitu pomoci. Očekávání zdravotníků, respektive sociálních pracovníků bývají nereálná, nerozumí přesně možnostem daných zařízení, nejen v detailu,



ale i v základních principech souvisejících s příjmem klientů/pacientů. Nejsou dobře orientováni v povinnostech a systémových limitech, jež jednotliví pracovníci druhé strany nemohou ovlivnit. Tyto nepřesné představy se promítaly i do rozhovorů vedených v průběhu terénního výzkumu. **Vysledovali jsme však zároveň jeden povzbudivý detail: profesionálové jsou si vědomi své špatné informovanosti a ví, že vzájemná edukace je nezbytná ke zlepšení situace lidí bez domova. Je to nejčastěji zmiňovaný návrh opatření, který jsme z úst zdravotníků a sociálních pracovníků slyšeli.**

LÉKY A KOMPENZAČNÍ POMŮCKY

Speciální kategorií komplikující lidem bez domova léčbu je dostupnost medikamentů. V sociálních službách léky klienti nezískají, sociální pracovníci, jak popisuje vedoucí azylového domu pro ženy, pomáhají jen dílčím způsobem, nabízí např. seznam praktických lékařů, kteří je mohou předepsat a zároveň mohou přijímat nové pacientky. Problém může nastat, pokud na ně klientky nemají finanční prostředky. V takovém případě služba volá lékaře, zda by nemohl předepsat levnější nebo bezdoplatkové léky. **Peníze vytváří častou bariéru a leckdy není snadné si poradit a léky zajistit.** Jak popisuje v rozhovoru jeden ze zpodobněných lidí bez domova: *„Člověk je schopný si na ulici poradit. Dokáže si obstarat jak jídlo, tak léky. Neumím žebrot, ale znám lidi, kteří provozují výměnný obchod. Mám nějaké jídlo, které odnesu, a známi mi za něj poskytnou léky.“*

Ještě komplikovanější cesta vede k lékům, které jsou na předpis. Ilustrativně popisuje bariéry primář psychiatrické nemocnice. Vše začíná u těžkostí s nalezením ambulantního lékaře, protože lidé bez domova často žijí mimo své původní bydliště. Sice bychom mohli říct, že se obdobně jako ostatní potýkají s naplněností ambulantních pracovišť (hlavně psychiatrických), ale lékař upozorňuje, že významnou roli hraje stigma spojené s bezdomovectvím. To přináší obrovské komplikace, podíváme-li se na léčbu po propuštění z hospitalizace. **Pacienti ze zákona dostávají z psychiatrické nemocnice předepsané léky na tři dny, někdy až na týden. Potom jsou již závislí na svém ambulantním lékaři, kterého však nemají.** V ojedinělých případech mohou pacientovi předepsat v ambulantním režimu léky na jeden

měsíc. Respondent dále upozorňuje, že jednou z bariér péče o lidi bez domova je, že často nemají doklady a funkční mobilní spojení, kam by jim bylo možné posílat e-recept. Proto přichází v úvahu hlavně papírové recepty. Tuto bariéru primář popisuje následovně: *„Je časté, že člověk bez domova nemá stálé telefonické spojení a často také nemá doklady. To může představovat problém při běžné preskripci léku. Pokud by byl lék předepsán, bylo by možné využít pouze papírovou formu receptu, což je v určité míře omezující. Elektronický recept by měl být dostupný buď prostřednictvím mobilního telefonu, nebo občanského průkazu.“*

Další samostatnou kapitolou by mohla být **dostupnost kompenzačních pomůcek**. Jak uvádí jedna z oslovených žen bez domova v interview, spíše než léky ji zatěžuje finančně platba za zdravotní pomůcky, vozík a chodítko. Vozík má v současné době půjčený a bude na něj muset doplácet: *„Hlavně zdravotní péče. Hlavně se jedná o otázku zdravotní pomůcky, konkrétně vozíku. Zpočátku jsem nevěděla, zda mám vlastního praktického lékaře, ani jak mám postupovat při zařizování pomoci či příspěvků v rámci hmotné nouze. Co se týká zdravotní pomůcky, například vozíku, bylo mi řečeno, že proces získání pomůcky trvá dlouho, a proto jsem si vozík nyní zapůjčila. Zpočátku jsem měla zapůjčený vozík, abych nezatěžovala poraněnou nohu. Nyní mám také chodítko, které rovněž využívám na základě zapůjčení. Vozík mám zapůjčený zhruba na tři až pět měsíců, za což jsem zatím neplatila. Ted' však musím řešit doplacení půjčovaného za vozík, což mě finančně zatěžuje. Uvažuji o tom, že by bylo vhodné zařídit poukaz na pomůcku, ale nevím, kam se s tím obrátit.“*

RYCHLÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA

Jedním z mimořádných témat se ukazují situace vyžadující rychlou záchrannou službu. K praxi vedoucí nízkoprahového denního centra NADĚJE může být přičteno i nesčetné zkušenosti s rychlou záchrannou službou, o které se podělila během rozhovoru. Pokud sociální pracovníci posoudí zdravotní stav jako závažný – život ohrožující, doporučení nemůže být jiné než volat sanitku. V minulosti byly odhaleny např. stavy začínající mozkové příhody, hypoglykemie atp. Podstatné je podle profesionálů z oblasti sociálních služeb **rozlišovat, kdy jde o život ohrožující situaci**



a kdy o stavy bolesti, ke kterým není vhodné volat sanitku.

To je důležité z etického hlediska i z hlediska využívání zdravotní péče a konfliktů se záchrannou službou. Jak vedoucí uvádí: „Snažím se vysvětlovat svým kolegům, aby volání záchranky pečlivě zvažovali. Jsou situace, kdy chápu, že klient má bolesti, protože má bérčové vředy. Rozumím tomu, že je stav bolestivý, nicméně k nám sanitky velmi nerady jezdí. Přístup záchranářů je velmi neetický, ať už vůči klientům, nebo někdy i vůči nám jako zaměstnancům, když voláme k případům, které nejsou akutně život ohrožující. Snažím se také vysvětlovat kolegům, že pokud má klient problém, který trvá již 14 dní nebo měsíc, tak i když je nyní naléhavý a klient chce zavolat záchranku, fakticky není ohrožen na životě a zvládne dojít někam pěšky sám.“

U pracovníků rychlé záchranné služby se podle respondentky objevuje velmi často (až ve dvou ze tří případů) celá řada negativních stereotypů a neetického chování vůči lidem bez domova, kteří potřebují zdravotní péči. Lidé z přímé péče, kteří přicházejí do kontaktu s obdobnými situacemi, se musí rozhodovat, jak situaci budou řešit. Na jedné straně chtějí, aby byl klient ošetřen a dostalo se mu řádné zdravotní péče, ale mají potřebu také vysvětlit záchranářům, že i k lidem bez domova musí přistupovat s respektem a profesionálně. „Ze strany záchranářů se stoprocentně setkáváme s předsudky a stereotypy. Asi ve dvou ze tří případů. Přístup ke klientům je opravdu strašný a my se ocitáme mezi mlýnskými kameny. Chceme, aby klientovi byla poskytnuta pomoc a aby jej záchranáři převezli do zdravotnického zařízení, takže nechceme záchranáře poučovat o tom, jak mají vykonávat svou práci a jak mají s klientem komunikovat. Zároveň nás to vnitřně rozčiluje, máme potřebu jim vysvětlit, že se takto chovat k lidem nebudou, což ne vždy dobře snášejí. Často přemýšlím, proč je tak obtěžuje, když je klient při záchvatu pomočený nebo pokálený. Vždyť já bych se při epileptickém záchvatu pravděpodobně pomočila nebo pokálela také, jen by mě odvezli z mého domova nebo kanceláře a ne z centra pro lidi bez domova.“ **Podobné zkušenosti uvádí také vedoucí pobočky NADĚJE v Ústeckém kraji,** rovněž z nízkoprahového denního centra: „Nemá ošetřujícího lékaře, nebo situaci ponechá bez řešení, případně ji nechá dojít až do takového stádia, kdy je již nezbytné volat záchrannou službu. Bohužel nemáme dobré

zkušenosti s tím, že by záchranná služba dorazila ihned. Často dochází k dlouhé diskuzi o tom, zda zdravotní péče je skutečně potřebná, zda je zásah rychlé záchranné služby nutný, nebo zda se nejedná o zneužití této pomoci. Tím však problém nekončí. Pokud záchranná služba skutečně dorazí, stává se, že její personál ne vždy projevuje pochopení vůči klientům. Občas je jejich nepříjemný postoj patrný ze způsobu komunikace. Verbální vyjádření personálu často odkazují na vzhled klientů, jejich váhu, nebo například to, zda zapáchají. Tyto projevy nejsou vůbec příjemné a někdy mám pocit, že situaci zlehčují. Například pokud voláme záchrannou službu pro klienty, kteří byli propuštěni z psychiatrické léčebny a po čase přestali užívat léky, stává se, že záchranná služba se snaží klienta přemluvit, aby si vše rozmyslel a do léčebny se vrátil. S argumentem, že nemají možnost pacienta převést jinam, občas dochází k přesouvání odpovědnosti zpět na nás. I když se to neděje v drtivé většině případů, přibližně ve třiceti procentech se s tímto postupem setkáváme.“

Objevují se ale i pozitivní zkušenosti s tím, jak záchranná služba poskytuje zdravotní podporu lidem bez domova. Jak uvádí vedoucí pražského nízkoprahového denního centra: „Zároveň jsem měla skvělou zkušenost se záchranáři, kdy jsme je volali k pacientce, která měla akutní psychózu. Je neléčená schizofrenička. Usoudili jsme s paní doktorkou psychologkou, že zavoláme sanitku, protože začínala být nebezpečná sobě. Přijeli velmi schopní záchranáři, kteří pochopili závažnost situace a pacientku nám převezli na psychiatrii. Často se však setkávám s tím, že když volám k sebevražednému klientovi, záchranáři jsou schopni mu říct: „Tak běž a udělej to.““

Dlouhodobé a chronické zdravotní problémy přináší pro provoz azylového domu a klienty v azylovém domě řadu těžkostí, a to i ve vztahu k rychlé záchranné službě. Zvláště pokud se tyto problémy zhoršují a klienti nemají dostatečné rodinné sítě či finance na podporu při zajišťování zdravotní péče (např. dopravy). Vedoucí azylového domu uvádí případ klientky s těžší formou cukrovky, která jí přinesla i problémy v oblasti pohyblivosti. Klientka má potíže dopravovat se za specialistkou do nemocnice. „Máme klientku, která měla cukrovku. Neřešila to a my jsme o tom nevěděli, že má cukrovku, až to došlo tak daleko, že měla špatný zrak a přišla o část nohy. Nedávno jí začaly odumírat



prsty na noze, takže nyní má všechny prsty odejmuté. Pravidelně řešíme její zdravotní stav a jezdí do nemocnice. Problém je, že klinika nemá vlastní auto, takže si volá sanitku. Nedávno jsem byla svědkem toho, kdy jí záchranáři vynadali za to, že si zavolala rychlou sanitku. Ona jim ukazovala lékařskou zprávu, kde bylo napsáno, že si má zavolat sanitku. Bohužel došlo k nepříjemnému incidentu, takže nyní řešíme spíše odvozy.“

JAK TO VIDÍ SAMI LIDÉ BEZ DOMOVA

Na závěr nechme zaznít hlas lidí bez domova. Prubířským kamenem funkčnosti sociálního a zdravotního systému jsou právě jejich zkušenosti. Jak výstižně formulovala jedna z respondentek terénního výzkumu, pracovnice NADĚJE: *„Možná to zní jako klišé, ale byla bych opravdu ráda, kdyby se k lidem přistupovalo tak, že jsou to lidské bytosti a že máme všichni stejná práva i potřeby [...] Ráda bych, aby se na tuto problematiku kladl větší důraz, protože dostupnost služeb je pro lidi v nepříznivé situaci klíčová.“* Připomeňme si, že „bezdomovectví“ může být také slovem-nálepkou, odsuzujícím, vylučujícím, trestajícím označením. Proto se pojďme alespoň krátce vrátit ke konkrétním lidem a jejich důstojnosti.

Jedním z respondentů byl i 36letý Daniel (jméno změněno), který žije již třetím rokem „na ulici“ v jednom z měst Ústeckého kraje. Říká, že bez NADĚJE *„by to prostě nedal.“* **Vzpomíná na svoje zkušenosti se zdravotní péčí a ukazuje ji ve velmi pozitivním světle.** Lékaře respondent navštěvuje v závažnějších případech, např. když měl zlomeninu paty a byl s ní v nemocnici. Teď se cítí zdravý. S léčbou byl tenkrát spokojen a neměl žádné problémy. Do nemocnice ho odvezla sanitka, kde také všechno proběhlo, jak mělo, a ihned ho v nemocnici přijali k ošetření. Noha je v pořádku, k užívání dostal respondent i léky. Lékaře se snaží respondent vyhledávat v případech závažnějších problémů, ale pokud má chřipku déle než týden, raději také zajde k lékaři: *„Jsou pohotoví, že vás normálně hned ošetří bez zbytečných řečí, prostě se včas zeptají, co vás bolí nebo co vám je. Ten jejich přístup je prostě takový.“*

Podobně pozitivní zkušenost popisuje i jeden z klientů pražských služeb NADĚJE. Respondent popisuje návštěvu kožní ordinace ve Vinohradské nemocnici: *„Byl jsem doporučen sestrou [péče zprostředkována ordinací praktického lékaře NADĚJE v Praze U Bulhara, pozn. aut.] na kožní oddělení ve Vinohradské nemocnici, kam jsem se dostavil. Zlepšení mého stavu bylo patrné, a zároveň mi bylo sděleno, že tato sestra odvádí velmi kvalitní práci. Kromě času stráveného čekáním na ně, byla jejich služba vynikající, byla skvělá.“* Respondent nezaregistroval žádné překážky, proč by nemohl vyhledat zdravotní péči, pokud by ji



potřeboval: „Na kožním oddělení ve Vinohradské nemocnici byli skutečně výborní. Personál se ke mně choval velmi profesionálně a specificky. Byl jsem velmi spokojený, když jsem odcházel.“

Na stranu druhou zažil velmi neblahou zkušenost z pobytu na protialkoholní záchytné stanici, kde se podle něj personál choval neslušně, ale neuvažoval o tom, že by na toto chování podával stížnost. Situaci popisuje respondent takto: „*Chovali se k nám opravdu neslušně... Chovali se k nám jako ke zvěři. Chovali se k nám strašně. [...] Nazývali nás prasatama a negramotama. Udělali z nás ještě větší nuly, než jsme tam přišli. [...] Chovají se k nám jako ke svoloči, která tam ani nemá co dělat, jako bychom je otravovali, místo aby dělali svoji činnost, za kterou jsou placení.*“

Radovan (jméno změněno) je bez domova s přestávkami již asi 14 let. V Liberci je asi rok, předtím chvíli pobýval na Ostravsku i jinde. Nyní bydlí druhý měsíc v azylovém domě. Má epileptické záchvaty (i několikrát za půl roku), je závislý na alkoholu, dříve i na jiných návykových látkách, a jak sám uvádí, kvůli nim se dostal „na ulici“. Při rozhovoru srovnává přístup zdravotní péče, která se mu dostává prostřednictvím pracovníků Českého červeného kříže v liberecké NADĚJI s nemocnicemi takto: „*Péči Červeného kříže považuji za přístupnější, protože je určena pro širší veřejnost a je méně stresující než návštěvy nemocnic. Myslím si, že pracovníci Červeného kříže už mají zkušenosti s různými typy lidí, kteří jejich služby využívají. Na druhou stranu lze ze zdravotnického systému jasně vycítit předsudky, jde z nich jasně cítit, že ve vás vidí feťáka. Přístup je často omezený na poskytnutí nejnutnější péče, bez snahy o hlubší řešení problému.*“ Když se rozhovor stočí k tomu, co by potřeboval: „*Neřeším to, ale rád bych to jednou řešil, protože bych si chtěl nechat znovu zhotovit protézu, abych vypadal lépe. Bohužel zubaři nejsou dostupní. Cena vstupní prohlídky v některých ordinacích činí například 2000 korun, což je finančně nedostupné. Když jsem navštívil několik zubařů, buď neměli smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nebo mi bylo doporučeno vyhledat péči v Polsku, kde údajně pacienty přijímají. Také bych uvítal možnost konzultace s psychiatrem. Vzhledem k tomu, že žiji na ulici, potýkám se s depresemi a jinými psychickými problémy. Psychiatr by mohl pomoci například medikací nebo jinou formou terapie.*“

*Myslím, že by nebylo od věci, kdybych o této možnosti mohl mluvit s některým ze sociálních pracovníků. **Bohužel pro mě je stomatologická péče zcela nedostupná.***“ Respondent využívá i služby adiktologa a chodí na skupinová a individuální sezení. Na skupinových sezeních oceňuje hlavně doporučení a rady od ostatních účastníků. Respondent se rozhodl, že chce nastoupit na léčení. Čekací lhůta je 2 až 3 měsíce, ale je možné, že se uvolní místo dříve, pokud někdo jiný léčbu nenastoupí.



SHRNUTÍ

Zpráva o zdraví lidí bez domova a (ne)dostupnosti zdravotní péče přináší ucelený a aktuální pohled na zdravotní stav lidí bez domova v České republice a na překážky, které jim brání v přístupu ke zdravotní péči. **Na základě dat z ordinace praktického lékaře NADĚJE v Praze, terénního výzkumu a dvou modelů sčítání osob se specifickými potřebami zpráva dokládá, že lidé bez domova čelí výrazně vyšší nemocnosti, omezenému přístupu ke zdravotní péči a systémovým bariérám.** Analýza vychází z nových dat získaných v letech 2024 a 2025.

Ordinace NADĚJE v Praze poskytuje unikátní vhled do somatického zdraví lidí bez domova. V roce 2024 zde bylo ošetřeno 1 214 pacientů, z toho 467 nových. Nejčastější diagnózy zahrnovaly svrab, pedikulózy, chronické rány, kožní infekce, poranění a omrzliny. **Ordinace funguje v rámci nízkoprahového centra, což umožňuje propojení zdravotní a sociální péče, hygienického zázemí a přímé pomoci lidem, kteří by jinak péči nevyhledali. Její činnost má významný dopad nejen na zdraví jednotlivců, ale i na veřejné zdraví.** Třetina pacientů byla bez zdravotního pojištění, což je jedním z faktorů, který výrazně komplikuje financování péče.

Zpráva se podrobně věnuje také duševnímu zdraví lidí bez domova. Na základě rozhovorů s psychiatry, adiktoložkou a dalšími profesionály zdravotnických a sociálních služeb dokládá, že výskyt duševních onemocnění je u této skupiny výrazně vyšší než u běžné populace. Časté jsou psychotické poruchy, závislosti (zejména na alkoholu), úzkostné a depresivní stavy, poruchy osobnosti a demence. **Lékaři odhadují, že na některých odděleních psychiatrických nemocnic může být v situaci bezdomovectví až 30 % pacientů.** Dostupnost psychiatrické a adiktologické péče je však velmi omezená, čekací lhůty jsou dlouhé a ambulantní služby často klienty bez domova odmítají. **Zpráva upozorňuje na začarovaný kruh, kdy duševní nemoc vede ke ztrátě domova a toto sociální vyloučení snižuje možnou dostupnost péče o duševní zdraví. Zároveň však život „na ulici“ dále zhoršuje psychický stav.**

Zpráva se dále věnuje skupinám lidí bez domova, kteří jsou zvláště zranitelní.

- **Cizinci bez domova** tvoří až 27 % klientů v některých městech. Většina z nich není pojištěna, zdravotní péče je jim dostupná pouze v akutních případech.
- **Ženy bez domova** čelí rizikům spojeným s těhotenstvím, gynekologickými obtížemi a nedostatečnou hygienou, interrupce bývá finančně nedostupná, péče často chybí.
- **Děti v bytové nouzi** tvoří 40 % osob v této situaci, zpráva upozorňuje na předsudečné postoje pediatriů a nedostatek dostupné zdravotní péče;
- **Senioři, dlouhodobě nemocní, se sníženou soběstačností či fyzickým handicapem patří k významně zastoupeným skupinám lidí bez domova**, pro kterou neexistuje v ČR adekvátní systémové řešení. Dva způsoby sčítání (v Klášterci nad Ohří a Liberecko-jablonecké aglomeraci) dokládají závažnost a rozsah problému; desítky osob, pro které neexistuje odpovídající pobytová služba. Tito lidé pobývají cyklicky v nemocnicích, sociálních službách, které jim nemohou zajistit péči, a „na ulici“.

Zpráva rovněž identifikuje systémové bariéry: nedostatek ambulantních specialistů, předsudky zdravotníků, absence dokladů, nízká informovanost mezi sektory a nedostupnost léků či kompenzačních pomůcek. Zkušenosti samotných lidí bez domova potvrzují, že dostupnost péče je často podmíněna akutností stavu, nikoli skutečnou potřebou.

Výzkum ukazuje, že zlepšení dostupnosti zdravotní péče pro lidi bez domova nelze dosáhnout bez hlubší spolupráce mezi zdravotnickým a sociálním sektorem. Klíčová je vzájemná edukace profesionálů, porozumění možnostem a limitům jednotlivých služeb a respekt k odlišnostem klientů/pacientů.

