

MÍT DOMOV

Magazín
o sociálním
bydlení

listopad 2025



**Podpora v bydlení pro lidi
s duševním onemocněním**

4	Úvodní slovo
6	Novinky z MPSV a projektu
10	Novinky z ČR
16	Novinky ze světa
24	Revize výzev na podporu sociálního bydlení přinášejí příznivější podmínky pro žadatele Markéta Stehlíková
28	Zabydlování lidí a podpora v bydlení pro lidi s duševním onemocněním v českých Housing First programech Josef Hawel
36	Rozhovor: Anna Frantz (Baobab) Eva Nováková
46	Housing First jako praxe Harm Reduction Adam Fialík
50	Rozhovor: Lenka Vrbová (Baobab) Josef Hawel
54	Multidisciplinární týmy Magdalena Flaksová
58	Protikrizové plánování Magdalena Flaksová
62	Co je a k čemu slouží Recovery House? Michaela Berkovičová



Spolufinancováno
Evropskou unií



MINISTERSTVO PRÁCE
A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

**B Sociální
bydlení**

Úvodní slovo

Milí čtenáři a milé čtenářky,

věřím, že Vás číslo našeho zpravodaje, tentokrát věnované souvislostem mezi duševním zdravím a bytovou nouzí, zaujme. Úvodní slovo píšu poprvé, neboť jsem se vedoucí oddělení sociální práce a řešení bezdomovectví stala teprve tento měsíc – tématům bezdomovectví, bytové nouze a duševnímu zdraví se ale věnuji dlouhodobě.

Duševní zdraví nelze od stabilního standardního bydlení příliš oddělovat, neboť ukončení bytové nouze jednotlivce či domácnosti – tedy okamžik, kdy se daná osoba nebo rodina navrácí do standardního, trvalého a nese-gregovaného bydlení, v němž má možnost dlouhodobě setrvat – představuje zároveň moment, kdy je možné efektivně začít podporovat uzdravení, pozitivní životní perspektivu a well being.

Pokud ve společnosti přetrvává potřeba některých lidí přespávat venku, je třeba stav vnímat jako nepřijatelný pro všechny a společnost tomuto problému nesmí nečinně přihlížet (Mackie et al., 2019¹). Ze zahraničních zkušeností víme, že problém je řešitelný. K ukončení vedou funkční modely postavené na bydlení ve standardních bytech, jen tam je možné směřovat k dlouhodobému zlepšení duševního a fyzického zdraví, ke zvýšení kvality života a k zotavení (O'Campo, 2022²).

Fenomén bytové nouze a bezdomovectví zasahuje celou společnost, nejvíce se dotýká heterogenní cílové skupiny jednotlivců i domácností, pro které představuje zásadní existenciální krizi, která ohrožuje jejich životy,



Magdalena Opletalová

vedoucí oddělení koncepce sociální práce,
sociálního bydlení a řešení bezdomovectví
(MPSV)

fyzické zdraví i zdraví duševní. Situace bytové nouze je velmi různorodá a její dopady jsou rozdílné, lze mluvit o mnohočetné a dynamicky proměnlivé realitě. Ztráta domova a nejistota v bydlení představují pro člověka zásadní existenciální krizi, která ohrožuje mysl i tělo. To, co lidé ve stabilním bydlení berou jako samozřejmost (například soukromí a bezpečí), lidem v bytové nouzi není k dispozici. Nemohou se tedy zabývat vlastními potřebami vyššího řádu (např. podle Maslowovy hierarchie), musí se pouze snažit, aby byly uspokojeny jejich základní lidské potřeby.

Vztah mezi duševním zdravím a bezdomovectvím je provázaný a vzájemný, nestabilita v oblasti bydlení představuje překážku při zotavení. Například mezi lékaři vznikla iniciativa předepisovat bydlení jako prostředek k uzdravení, protože bydlení patří k environmentálním determinantům zdraví, které jsou z 90 % zodpovědné za zdravotní stav jednotlivce (Padgett, 2020³). Bylo potvrzeno, že zajištění bydlení

1 MACKIE, Peter; JOHNSON, Sarah a WOOD, Jenny, 2019. Ending Street Homelessness: What Works and Why We Don't Do It. Online. Europe an Journal of Homelessness. Vol. 13, no. 1, s. 49–60. Dostupné z: <https://www.feantsaresearch.org/download/mackie7426569441760860449.pdf>.

2 O'CAMPO, Patricia et al., 2022. Health and social outcomes in the Housing First model: Testing the theory of change. eClinicalMedicine. Vol. 47, article 101387. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101387>.

3 PADGETT, Deborah K., 2020. Homelessness,

se odráží v psychosociálním stavu klientů, především co se snižování počtu hospitalizací u skupiny osob se závažnou psychiatrickou diagnózou (SMI) týče (McPherson, Krotofil, & Killaspy, 2018⁴).

Součástí ukončování bytové nouze jsou i pomáhající profesionálové, například sociální pracovníci⁵. Tito pracovníci a pracovnice jsou často exponováni nejrušnějším zátěžím a rizikům, což samo o sobě souvisí s potřebou duševní hygieny (Kaczor, 2019⁶). Při podpoře v bydlení jsou sociální pracovníci konfrontováni s hodnotami několika stran, což vede k tomu, že i oni jsou ohroženi v oblasti svého vlastního duševního zdraví. Setkávají se profesní hodnoty sociální práce jako profese, osobní hodnoty konkrétního sociálního pracovníka, hodnoty zaměstnavatele, hodnoty obce, sousedů, médií a celé veřejnosti.

Nečasová (2020)⁷ upozorňuje, že etická dilemata a nutnost se s nimi vyrovnávat se objevují na všech úrovních urbánního ekosystému. Je důležité si uvědomit, že ohrožení mohou být také samotní pracovníci, kteří spolupodírají traumata svých klientů. Zahraniční výzkumy ukazují, že až 23 % sociálních pracovníků působících v první linii služeb pro lidi bez domova ve Velké Británii splňuje splňuje hranici pro diagnózu PTSD.

Prožitky lidí v bytové nouzi rezonují s citlivostí pracovníků, což je důvodem pro doporučení supervize, jinak představuje osobní citlivost komplikaci pro výkon profese (Matoušek a Hejnová, 2019⁸). Vzdělávání sociálních pracovníků by mělo zohledňovat i podporu resilience (Punová, 2020⁹).

Jistota domova představuje první milník na cestě k lepší kvalitě života, lidé v bytové nouzi mají často velké potíže v oblasti duševního a fyzického zdraví. Rychlý návrat zranitelných lidí ohrožených duševním onemocněním do stabilního bydlení, a tudíž zkrácení zkušenosti s bytovou nouzí, by měl být prioritou pro celou společnost. Zároveň se opakovaně objevují zprávy, že se v souvislosti se sociálním bydlením objevuje tzv. NIMBY efekt (z anglického „Not In My Back Yard“), který označuje situaci, kdy obyvatelé mají pozitivní vztah k sociálnímu bydlení všeobecně, ovšem nikoli ve svém sousedství. Nejvyšší tolerance respondentů existuje v souvislosti s rodinami s dětmi, oběťmi domácího násilí, seniory a s lidmi se zdravotním znevýhodněním, s výjimkou osob s duševním onemocněním. Přitom právě lidé s duševním onemocněním bydlení nezbytně potřebují, protože bez něj nemají reálnou šanci na uzdravení.

Zbavujme se společně předsudků a jako expertky a experti edukujme i své okolí. Lidé potřebují bydlet, stabilně a dlouhodobě. Pro ty, kteří jsou ve svých životech znevýhodněni z důvodu duševního onemocnění, představuje standardní bydlení nutnou podmínku uzdravení. Hledejme a podporujme cesty, jak jim bydlení zajistit a podpořit je tak, aby si bydlení udrželi.

housing instability and mental health: making the connections. Online. BJPsych Bulletin. Vol. 44, no. 5, s. 197–201. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.49>.

- 4 MCPHERSON, Peter; KROTOFIL, Joanna a KILLASPY, Helen, 2018. Mental health supported accommodation services: a systematic review of mental health and psychosocial outcomes. Online. BMC Psychiatry. Vol. 18, no. 1, article 128. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1725-8>.
- 5 Ring (2019), Rolfe et al. (2020) i Manning a Greenwood (2018) identifikují významnou roli sociální práce při intervencích a ukončování bytové nouze v kontextu sociální podpory.
- 6 KACZOR, Michal, 2019. Duševní hygiena sociálního pracovníka a její podpora ze strany zaměstnavatelů a vzdělávatelů jako zásadní činitelé kvalitní praxe. Online. Fórum sociální práce. Roč. 19, č. 2. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/115635>.
- 7 NEČASOVÁ, Mirka, 2020. Přístupy sociálních pracovníků ke strategickým dilematům ve světle Globální definice sociální práce. Online. Sociální práce / Sociálna práca. Roč. 20, č. 5, s. 41–56. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/article/5439-revision-v1/>.
- 8 MATOUŠEK, Oldřich a HEJNOVÁ, Kateřina, 2019. Profesiogram jako podklad pro konstrukci vzdělávacích programů. Sociální práce / Sociálna práca. Roč. 19, č. 2., s. 106–117. ISSN 1213-6204.
- 9 PUNOVÁ, Monika, 2020. Osobnostní dispozice a odolnost sociálních pracovníků. Sociální práce/Sociálna práca. Roč. 20, č. 5, s. 88–107. ISSN 1213-6204.



Novinky z MPSV a projektu Podpora sociálního bydlení

červen – listopad 2025

Sociální služby

V roce 2026 půjde na financování sociálních služeb 57,6 mld. Kč, což je o 1,972 mld. Kč vyšší částka oproti roku 2025. Více informací naleznete zde: [Pro rok 2026 MPSV navýší financování sociálních služeb o 1,972 mld. | MPSV](#)

Superdávka

MPSV na svých webových stránkách spustilo novou orientační kalkulačku pro výpočet tzv. superdávky – jednotné dávky státní sociální pomoci, která od 1. října 2025 nahradila čtyři dosavadní sociální dávky (příspěvek na bydlení, doplatek na bydlení, příspěvek na živobytí a přídavek na dítě) a sjednotila je do jedné. Zájemci kalkulačku najdou [na webových stránkách MPSV](#), kde si mohou ověřit, zda splňují podmínky nároku na superdávku a v jaké přibližné výši.

Zvýhodněné tarify

Vláda schválila novelu nařízení č. 500/2021 Sb., která zajistí, že zvýhodněné tarify na telefon a internet pro osoby v nouzi a se zdravotním postižením budou platit i po zavedení nové DSSP („superdávky“) od 1. 10. 2025. Dochází zejména ke změně ter-

minologie, kdy místo potvrzení o příspěvku na živobytí se dokládá DSSP se složkou na živobytí (běží přechodné období 1. 10. 2025 – 30. 4. 2026). Nárok mají držitelé ZTP z důvodu úplné/praktické hluchoty, ZTP/P, osoby s příspěvkem na péči II. – IV. stupně, a příjemci DSSP se složkou na živobytí (včetně členů domácnosti). Výše slevy bude až 200 Kč/měs. (vč. DPH) na hlasové služby nebo internet – sleva se odečítá z faktury operátora. Více informací naleznete zde: [Podpora zvýhodněných tarifů na telefon a internet pro lidi v nouzi pokračuje i po zavedení „superdávky“ | MPSV](#)

Životní a existenční minimum

Vláda přijala nařízení podle § 9 odst. 2 zákona č. 110/2006 Sb., které od 1. 10. 2025 do 1. 5. 2026 ponechá částky životního a existenčního minima na stávající úrovni. Jde o technické překlenovací opatření: od 1. 10. 2025 totiž nabývá účinnosti zákon č. 151/2025 Sb. (superdávka) a ruší se předchozí valorizační nařízení, zatímco zvýšení částek životního minima pro vybrané osoby přinese až novela zákona č. 152/2025 Sb.

účinná od 1. 5. 2026. Více informací naleznete zde: [Vláda schválila nařízení vlády o stanovení částek životního minima a existenčního minima | MPSV](#)

Valorizace příspěvku na péči Poslanecká sněmovna schválila valorizaci příspěvku na péči v I. a II. stupni závislosti. Navýšení se týká jak dětí, tak dospělých. U dětí se příspěvek v I. stupni zvyšuje z 3 300 Kč na 4 900 Kč a ve II. stupni ze 7 400 Kč na 8 200 Kč. U dospělých se příspěvek v I. stupni navyšuje z 880 Kč na 1 300 Kč a ve II. stupni ze 4 900 Kč na 5 400 Kč. Nová výše začne platit od 1. ledna 2026. Sněmovna zároveň podpořila zavedení slevy na pojistném pro sezónní pracovníky v zemědělství a změnový zákon k jednotnému měsíčnímu hlášení zaměstnavatele. Více informací naleznete zde: [MPSV představilo program na podporu integrace cizinců v ČR | MPSV](#)

Valorizace důchodů Od ledna 2026 dojde k navýšení starobních, invalidních i pozůstatkových důchodů. Průměrný starobní důchod se zvýší o 668 korun měsíčně a dosáhne tak hodnoty 21 839 korun. Platí, že podle aktuálních odhadů od roku 2016, tedy během posledních deseti let, vzrostou důchody přibližně o 18 % více než ceny. Více informací naleznete zde: [Důchody se v lednu opět navýší, průměrná starobní penze dosáhne 21 839 korun měsíčně | MPSV](#)

Integrace cizinců MPSV odstartovalo v Hartigovském paláci program „Pomoc cizincům při integraci v ČR“ (Program švýcarsko-české spolupráce II). První výzva byla vyhlášena v polovině října 2025 a je zaměřena na sociální integraci (terapii a poradenství, komunitní a dobrovolnické aktivity, prevenci domácího násilí, vzdělávání pracovníků). Program dále chystá centrální portál pro uznávání zahraničních kvalifikací a podporu zaměstnatelnosti přes účelná pracovní místa. Více informací naleznete zde: [MPSV představilo program na podporu integrace cizinců v ČR | MPSV](#)

Událost V červnu proběhla konference MPSV Fórum rodinné politiky. Na programu konference byl i diskusní panel, který se věnoval dostupnosti bydlení pro rodiny s dětmi. V panelu vystoupili Barbora Špicarová Stašková (MMR), Zdeněk Živčák (Ostrava), Lenka Veselá (Sdružení nájemníků ČR), Jakub Vysocký (Asociace nájemního bydlení) a Jan Malík (Příbor). Panelistky a panelisté probrali Zákon o podpoře bydlení, otázku, jak mohou stát, kraje a obce reagovat na krizi dostupnosti bydlení a konkrétní nástroje zvyšování dostupnosti bydlení. Záznam z panelu můžete shlédnout [YouTube kanálu MPSV](#).

Vzdělání V rámci našeho projektu vzniklo sedm videí, která se týkají důležitých aspektů

asistence v bydlení. Naleznete v nich informace o všech základních pilířích Zákona o podpoře bydlení (Kontaktní místa pro bydlení, podpůrná bytová opatření, asistence v bydlení), dále si pak můžete poslechnout videa o hranicích práce s klientem, o motivačních rozhovorech, dávkách státní sociální podpory nebo o práci se sousedstvím. Video jsou k dispozici na našem [YouTube kanále Podpora sociálního bydlení](#).

Publikace Na podzim jsme vydali český překlad anglické metodiky [Working Effectively with Perpetrators and Survivors in Homelessness Settings guidance \(2020\)](#). V češtině vyšla publikace pod názvem [Efektivní práce s původci a oběťmi domácího násilí v prostředí bezdomovectví \(2025\)](#) a je doplněna o 11 stránkový úvod od Lindy Sokačové, která zahraniční příručku doplňuje o český kontext a osvětluje použitou terminologii v českém překladu. V publikaci se například dozvíte, jak identifikovat násilí u lidí v bytové nouzi, jak se vypořádat s tím, že je často velmi složité mluvit s oběťmi násilí bez přítomnosti původce násilí, proč je dobré pracovat i s původci násilí a jak k nim přistupovat. Naleznete zde i odpovědi na časté dotazy, jakými jsou například: Co dělat, když oba partneři ve vztahu, ve kterém dochází k násilí, chtějí i přesto zůstat spolu, jak sdílet informace, co dělat, pokud je pracovník nebo pracovníce přímým svědkem násilí apod. Publikace jednotlivé informace ilustruje i na konkrétních kazuistikách a je doplněna o seznam kontaktů na české organizace, které se tématu věnují. Obsahuje také výčet nástrojů a postupů, které by bylo možné uplatňovat v českém kontextu.

Konference 16. a 17. října jsme v rámci našeho projektu uspořádali konferenci „Sociální bydlení – Zákon o podpoře bydlení, praxe a budoucnost“. První den akce představila nový zákon o podpoře bydlení a jeho tři pilíře: kontaktní místa, garance pro majitele a asistenci v bydlení. Konference nabídla také zkušenosti z praxe, zahraniční inspirace z Walesu a Velké Británie, prezentace aktuálních výzkumů i osobní příběhy lidí v bytové nouzi. Konference se stala významným milníkem pro systémová řešení dostupného bydlení v ČR a ukázala, jak propojení legislativy, praxe a mezinárodních zkušeností může pomoci lidem ohroženým ztrátou domova. Druhý den konference se nesl v duchu spolupráce napříč projekty sociálního bydlení v ČR, podpory peerství a byla také představena nová brožura našeho projektu s názvem Efektivní práce s původci a oběťmi domácího násilí. Veškeré materiály z konference najdete na [našem webu](#).

Publikace V rámci projektu Podpora sociálního bydlení a jeho systémového zavádění

v ČR byly přeloženy dva zahraniční texty. První je policy dokument od organizace FEANTSA [Propouštění z nemocnic a bezdomovectví v Evropě](#), který pojednává o tom, jakou nemocnice hrají a mohou hrát roli v ukončování bezdomovectví. Tento dokument se snaží zvýšit povědomí o důležitosti plánování propouštění pacientů z nemocnic a zkoumá složitý vztah mezi propouštěním a bezdomovectvím. Součástí zkoumání průniku mezi bezdomovectvím a propouštěním z nemocnice je i porozumění tomu, jak se tyto dvě oblasti vzájemně ovlivňují a jaký mají dopad na zdravotní stav, sociální služby a širší zdravotnické systémy. Druhým dokumentem je [„To nejdůležitější ze souboru nástrojů OECD k boji proti bezdomovectví“](#). Soubor nástrojů OECD k boji proti bezdomovectví nabízí tvůrcům politik návod, jak předcházet tomu, aby se lidé dostávali do situace bezdomovectví, jak podporovat lidi bez domova a jak zajistit udržitelné cesty z bezdomovectví. Tento dokument na pouhých 18 stranách vybírá to nejdůležitější ze 160 stránkového dokumentu, který se v současné době také překládá do češtiny.

Výzkum Společnost INESAN pro MPSV vytvořila případovou studii [„Komparace podmínek, kritérií, délky podpory v bydlení \(asistence v bydlení, garance\) ve vybraných zemích EU/světě a ČR – 1. část“](#). Studie ukazuje, že hlavní bariérou vstupu do podporovaného bydlení v ČR je nedostatek vhodných bytů a zároveň absence právního rámce, který by vlastníky motivoval či zavazoval k vyčlenění části bytového fondu pro sociální účely. Tento problém se výrazně týká zejména rodin a početnějších domácností, pro něž je nedostatek větších bytů ještě citelnější. Soukromí vlastníci se obávají především rizika neplacení nájmu, poškození bytu a obtížného ukončení nájemního vztahu. Na straně žadatelů je vstup do bydlení komplikován vysokými počátečními náklady, zadlužením vůči obcím či energetickým společnostem, nedostatečnými příjmy nebo absencí trvalého pobytu. Tyto bariéry obzvlášť dopadají na osoby s kumulovanými potřebami, rodiny s dětmi, osoby po výkonu trestu, etnické menšiny a osoby s duševním onemocněním.

Výzkum Společnost SocioFactor s. r. o. realizovala pro MPSV výzkum na téma [Analýza potřeb a možností způsobu zpřístupnění zdravotní péče, která by byla poskytována přímo na ulici](#). Analýza se zabývá možnostmi zavedení konceptu terénní zdravotní péče (tzv. Street Medicine) pro osoby bez domova v českém prostředí. Z provedené analýzy vyplývá, že zdravotní stav osob bez domova je výrazně horší než u běžné populace. Provází jej velmi omezený přístup ke standardní zdravotní péči,

a to nejen kvůli řadě individuálních omezení, ale i z důvodu výskytu četných systémových, legislativních a organizačních bariér. Mezi tyto bariéry patří absence legislativního ukotvení terénní zdravotní péče, absence stabilního financování terénní zdravotní péče, nedostatečná koordinace mezi zdravotními a sociálními službami a absence návazné péče. Analýza proto doporučuje přijetí legislativních změn, zajištění stabilního financování, vybudování multidisciplinárních týmů, propojení zdravotní a sociální péče, zajištění návazné péče a vytvoření a posílení metodik a dobré praxe.





Foto: Jakob Gausvik-Tvedt, Unsplash



Novinky z ČR

červen – listopad 2025

Výzkum PAQ research vydal studii [Bariéry a motivace vstupu do oddlužení](#). V textu se dočtete, že předlužení lidé častěji trpí depresemi a úzkostmi, nemají povědomí o smyslu oddlužení a tato neznalost je spojena i se strachem do oddlužení vstoupit. Autorky a autor studie rozdělují osoby s dluhy do pěti skupin, podle jejich postojů k řešení dluhů a objektivních překážek vstupu do oddlužení. Zlomené (35 %) brzdí pocity beznaděje, obavy a neznalost pozitiv oddlužení. Přípravení (28 %) mají bariéry ze všech skupin nejmenší a jsou k oddlužení nejochotnější, ale část se zdráhá vstoupit kvůli snížení příjmu domácnosti a/ nebo zabavení nemovitosti. Další skupiny (popírající, zablokovaní a vyloučení) jsou oddlužení méně přístupné kvůli silným vnějším či vnitřním bariérám. U vyloučených se objevuje zapojení v šedé ekonomice, pracovní nestabilita, problémy s návykovými látkami či gamblingem. Tvoří ale menšinu neřešitelně zadlužených (12 %). Výzkum vychází z online dotazování reprezentativního souboru neřešitelně zadlužených (mnohočetné exekuce či nezvladatelné dluhy) z března až května 2025. Zúčastnilo se ho 506 respondentů.

Výzkum Vyšel Policy brief č. 6 od RILSA, který vychází z připravovaného odborného článku Petra Holpucha [„Důvody a kontext úspěchu či selhání ve vztahu k řešení situace v bydlení lidí, kteří úspěšně překonali vlastní bezdomovectví“](#). Petr Holpuch provedl

10 rozhovorů s lidmi, kteří se v minulosti dlouhodobě potýkali s bezdomovectvím, ale nyní už nejméně jeden a půl roku žijí ve standardním bydlení. Cílem těchto rozhovorů bylo zjistit, jaké individuální faktory těmto lidem pomohly dostat se z bytové nouze. Finančně dostupné a stabilní bydlení jsou základem pro úspěšné ukončování bezdomovectví. Bez strukturálních faktorů individuální motivace nemůže vést k ukončování bezdomovectví. Podle Holpucha šlo v rámci jednotlivých příběhů lidí, jejichž bezdomovectví bylo ukončeno, o nalezení vnitřní motivace ke změně stávajícího způsobu života a obdržení komplexní pomoci zahrnující zprostředkování nájemního bydlení. Tyto dva faktory přinesly lidem naději, zdroje a motivaci ke změně.

Výzkum Výtvarník Jakub Jankovský vytvořil pro Platformu pro sociální bydlení [Pomník lhostejnosti](#). Platforma tím upozorňuje na fakt, že lidé se zkušeností s bezdomovectvím umírají v průměru o 16 let dříve než zbytek populace. V Praze je rozdíl dokonce téměř 20 let. Lidé bez domova jsou častěji vystaveni násilí, zhoršenému psychickému zdraví a sociálnímu vyloučení. Dopady ztráty bydlení na zdraví a život člověka jsou tak velké, že mohou přetrvávat i poté, co osoba získá stabilní bydlení. Tato a další fakta PSB zjistila ve své [Analýze úmrtí lidí se zkušeností s bezdomovectvím](#). Na související téma [Mrtví lidé bez domova jsou černým svědomím české společnosti](#)

nosti napsala do Deníku Referendum článek Alena Stašková, která v textu píše: Každý měsíc, kdy jsem pracovala na noclehárně pro lidi bez domova, zemřel alespoň jeden člověk, kterého jsem osobně znala. Každé jméno jsem si psala na zadní stranu kalendáře, abychom na konci roku, při brněnské Noci venku, mohli společně s jejich přáteli, blízkými a lidmi ze sociálních služeb zavzpomínat. Řada z nich se nedožila ani třiceti let. Celá kampaň přichází v době, kdy v září Policie ČR odhalila případy týrání lidí bez domova, kterých se dopouštěla ostraha jednoho z obchodních domů v Praze. Tuto hroznou událost odsoudila ve veřejných prohlášeních jak Platforma pro sociální bydlení, tak například Armáda spásy nebo Naděje.

Videa Organizace Ledovec zpracovala všechny příspěvky z loňské mezinárodní konference [Recovery2024](#) k tématu duševního zdraví a přístupu Recovery, kterou pořádala. Najdete tu jak videa, tak prezentace ke stažení zdarma, ale s možností drobného příspěvku. Můžete se těšit na příspěvky Marka Raginse nebo Antonia Maoneho. Další příspěvky se například věnovaly tématu spirituality, naděje nebo vybraných inovací z praxe.

Metodika [Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy](#), [Národní pedagogický institut ČR](#), [Ministerstvo spravedlnosti České republiky](#), [Lucie Fuková - vládní zmocněnkyně pro záležitosti romské menšiny](#) - a romští lidé - například [Awen Amenca](#) - společně představili nový přístup k desegregaci. Ten staví na etnicky citlivém přístupu, zapojení Roma lídryň a lídrů a potřebách dětí, které čelí segregaci. Více se dozvíte na www.desegregace.cz.

Film V minulosti námi již zmiňovaný dokumentární film *Dům bez východu*, který pojednává o obchodu s chudobou v ČR, je nyní [k vidění na stránkách České televize](#).

Publikace V červnu 2025 vyšla příručka [Smysluplné s respektem](#), kterou vytvořily organizace Místní místním společně s Jako doma. V příručce se dozvíte, proč by lidé vůbec měli někomu pomáhat, jak poznat, že někdo potřebuje pomoc, jak komunikovat s lidmi bez domova a s lidmi v nouzi, co může udělat každý z nás a jak si stanovit při pomoci druhým své hranice. Dále se publikace věnuje specifickým skupinám v rámci bezdomovectví a dává tipy, kam se lidé mohou obracet pro pomoc.

Publikace Vyšlo české shrnutí publikace OECD [Reforma bytové politiky v Česku a Polsku](#). Vzhledem k tomu, že se ceny bydlení zvyšují, chudí lidé žijí v nekvalitním bydlení, poptávka po cenově dostupném bydlení mnohonásobně převyšuje nabídku a v Česku navíc růst mezd nedrží tempo s růstem nákladů na bydlení, tak se v publikaci doporučuje, aby

vznikly specializovaní poskytovatelé sociálního a dostupného bydlení (jako jsou neziskové nebo omezeně ziskové bytové společnosti). Dále by se mělo zjednodušit územní plánování, zlepšit koordinace mezi vládou na národní úrovni, kraji na regionální a obcemi na místní úrovni. Obce by mohly rovněž využívat strategické nakládání s pozemky a další nástroje financování založené na zhodnocení pozemků – například prostřednictvím společných projektů se soukromými developery nebo neziskovými poskytovateli bydlení. Dokument dále doporučuje zajistit dostatečné digitální, technické a koncepční know-how a personální kapacity v oblasti územního plánování. Věnuje se i financování a kritizuje, jak je v Česku nastavené danění nemovitostí. Doporučuje se nemovitosti danit podle jejich tržní hodnoty (nikoliv podle výměry), zvýšení daní z nemovitostí, aby obce měly prostředky na rozvoj dostupného bydlení a cílené zdanění neobydlených nemovitostí v oblastech s vysokou poptávkou po bydlení. Dále se doporučuje zavedení stropu pro osvobození od daně z kapitálových zisků pouze pro rezidenční nemovitosti sloužící k vlastnímu bydlení jejich vlastníků a odstranění osvobození od daně z kapitálového zisku u sekundárních bytů, pokračovat v rušení daňových úlev u úroků z hypoték u vlastnických obývaných nemovitostí, aby se omezila poptávka vlastnického bydlení a netlačila se tak jeho cena nahoru.

Publikace Před volbami vydala Platforma pro sociální bydlení (PSB) publikaci: [Co dělat s krizí bydlení](#), s podtitulem Chybějící opatření v předvolebních programech. V publikaci se dozvíte, co se podle PSB dělat nemá, co se má dodělat, co rozdělat a co předělat. Tématem publikace je Zákon o podpoře bydlení, revize sociálních dávek, nezacílená podpora hypoték, úprava nájemních vztahů a výstavba dostupného bydlení. O publikaci informoval i deník Alarm v článku [Méně lidí dosáhne na hypotéky a nájemní bydlení představuje čím dál větší nejistotu, ukazuje analýza](#).

Publikace Vyšla nová kniha Psychiatrické maximum od Jindřicha Jašíka. Po úspěšné knize Cesta ze schizofrenie přichází Jindřich Jašík s další publikací, která zpochybňuje některé zažitě představy v oboru psychiatrie. Psychiatrické maximum se proto zaměřuje na témata, která často zůstávají bez poctivých odpovědí. Je dlouhodobé užívání medikace vždy ku prospěchu? Je psychóza nutně projevem onemocnění mozku? Je možné překonat těžkou krizi i bez psychiatrické pomoci? Kniha nabízí originální koktejl zásadních poznatků z „psychiatrického undergroundu“, vhodně doplněný autorovou osobní zkušeností a šesti lety praxe v přímé podpoře lidí s psychiatrickými diagnózami.

Publikace Umělecký kolektiv Prádelna vydal publikaci P*čou ke zdi. Název knihy odkazuje na časté pocity a vyhlídky žen bez domova. Knihu P*čou ke zdi tvoří více než dvě stě stran autorských ilustrací a rozhovorů, které členky kolektivu vedly mezi sebou i s dalšími vybranými osobnostmi. Publikace také obsahuje fotografie z dosavadních uměleckých projektů a vybrané básně. Kniha je krásně graficky zpracovaná a vychází v ražené obálce s imitací černé kůže podle návrhu grafické designérky Lê Thị Hoài. Kolektiv Prádelna vznikl během zimy 2019-2020 tříměsíční rezidencí žen v sociální tísni spolupracující s organizací Jako doma v galerii INI prostor, kterou iniciovala umělkyně Magdalena Kwiatkowska. Práce kolektivu se inspirovala feminismem a představou umění jako demokratického prostoru, kde se mohou vyjadřovat všichni a kde dochází k rovnocennému uskupení zkušeností, které ve společnosti jinak zůstávají od sebe izolované a odlišně viditelné/slyšitelné. Kniha bude brzy dostupná v online knihkupectví Matter of Art nakladatelství tranzit.cz.

Publicistika V Deníku Referendum vyšel článek [Česká republika patří k zemím s nejviditelnějším bezdomovectvím v EU](#) od Petra Jedličky. Text se snaží odpovědět na otázku, proč je na tom Česká republika z hlediska bezdomovectví tak špatně. Mezi zmiňovanými důvody jsou předluženost (důsledky dřívějšího nastavení půjček a exekucí), nedostupnost bydlení (privatizace bytového fondu, spekulace a investiční byty), dostupnost alkoholu, nerozvinutý systém péče o duševní zdraví a politická ignorace problému.

Publicistika V deníku Alarm vyšel článek na téma empowerment a závislost na službách. Rad Banditt a Michaela Nedory si kladou otázku, zdali sociální služby mohou být příliš přívětivé a zdali tak mohou vést k „zlenivění“, k „zvyknutí“ a k demotivaci se posunout se dál. Na otázku odpovídají, že si to nedovedou představit, naopak jsou toho názoru, že služby pro lidi v komplikované životní situaci by měly sloužit jako bezpečné přístavy a být ke klientům a klientkám vřelé. Více se dočtete v článku [Lidé bez domova potřebují bezpečný přístav. Mýtus o „závislosti na službě“ je nebezpečný.](#)

Publicistika V minulosti jsme se na [našich stránkách](#) a na našem [YouTube kanále](#) věnovali tomu, jak patologické hromadění ohrožuje udržení si bydlení a jak s ním pracovat. Na toto téma vyšel v Deníku N článek s názvem [Za hromaděním věcí je často samota a bolest. Pomoc potřebuje nejen byt, ale i majitel.](#) V článku se dozvíte o neziskové organizaci Břečťan, která si dala za úkol pomáhat lidem, kterým se jejich duševní stav promítl do prostoru kolem nich. Služba je bezplatná, aby si

ji mohl dovolit každý, kdo ji potřebuje. Má jedinou podmínku, a sice že si člověk musí chtít nechat pomoci.

Publicistika Deník N informoval o tom, že v Brně končí další projekt Housing First. Brno bylo prvním městem v ČR, kde se tento přístup k ukončování bezdomovectví pilotoval (v roce 2016). Dosavadní projekty byly financovány z Evropských sociálních fondů. Projektové financování považují představitelé města za nejisté a chtějí dál provozovat sociální bydlení skrze poradnický systém a financovat ho pomocí zdrojů ze Zákona o podpoře bydlení. Více o Zákoně o podpoře bydlení, o brněnských projektech Housing First a o sociálním bydlení se dozvíte v článku [Konec Housing First v Brně. Město bude sociálně slabým pomáhat jinak, opozice varuje před přísnými podmínkami.](#)

Publicistika Osobností roku České asociace streetwork se letos stala sociální pracovníce a vedoucí projektu Housing Youth v Praze Kateřina Sehnoutková z nízkoprahového deního centra NADĚJE. Takzvanou „ČASovanou botu“, ocenění za přínos v oblasti nízkoprahových sociálních služeb, získala za dlouholetou práci s mladými lidmi bez domova. [Na Radiu Wave v pořadu On Air vyšel s Kateřinou Sehnoutkovou rozhovor](#), další rozhovor s ní vyšel na [Českém rozhlase Plus](#).

Publicistika V září vyšel na iRozhlasu článek [Dostupné byty nezajistí jen výstavba. Bavme se i o zdanění a regulaci, říká sociální antropoložka.](#) V rozhovoru Lucie Trlifajová upozorňuje na to, že ceny bytů u nás za posledních 17 let vzrostly o více než 30 procent. Zároveň má Česko 16 procent neobydlených bytů. Tento nárůst cen nelze dlouhodobě kompenzovat dávkami na bydlení, jelikož je to podle Trlifajové extrémně nákladné. Proto navrhuje zavedení různých regulací a úpravu daně z nemovitosti.

Publicistika V září proběhl v TV Nova 30minutový rozhovor s Mikolášem Opletalem, mluvčím iniciativy Za bydlení. V tomto rozhovoru se snažil odpovědět na otázky, zdali je v ČR bydlení skutečně nedostupné a jaká z řešení, která navrhuji politici a političky, mu připadají reálná. Rozhovor naleznete na [tn.nova.cz](#) pod titulkem [Problémy s bydlením u nás řeší 1,6 milionu lidí, říká expert.](#)

Událost Internetové vody rozčeřilo několik výroků o tom, že kdyby mladí lidé neutráceli za drahé kávy a avokádové toasty, tak by si mohli dovolit vlastní bydlení. Na tyto výroky reagovali lidé na sociálních sítích tvorbou řady memů, ale i [rozkrýváním toho, jaký byznys provozovali lidé, kteří tyto myšlenky šíří](#). Téma krize bydlení pro mladé se věnoval i druhý díl publicistického pořadu Vlna na rádiu Wave,

kde se dozvíte, že bydlení je podle Akademie věd nejméně dostupné za posledních 35 let. Například pořízení vlastního bytu vyžaduje 13 průměrných platů. Čím dál těžší je i najít a financovat nájemní bydlení. Téma bydlení řeší všechny generace, včetně mladých lidí. „U té nejmladší skupiny do 30 let se téma vyšvihlo na první místo,“ popisuje Bára Stárek, výkonná ředitelka Díky, že můžem, s odkazem na výzkum, který si nechala tato organizace na jaře vypracovat. Celý pořad si můžete poslechnout na mujRozhlas.cz, kde ho naleznete pod názvem [Generace bez bytů? Příliš mnoho flat whitů nemůže za nedostupnost bydlení.](#)

Publicistika O pražské Městské nájemní agentuře vyšel článek v Deníku N. Městská nájemní agentura nabízí garance soukromým majitelům bytů a hledá dostupné bydlení pro lidi v bytové nouzi (zejména pro samoživitelky a samoživitele s dětmi) na soukromém trhu. Více se dočtete v článku [Nižší nájem ohroženým lidem shání městská agentura. Může to být výhodné i pro majitele bytů.](#)

Publicistika Na iRozhlasu vyšel v říjnu článek o kontaktních místech pro bydlení, která mají být zřízena v rámci Zákona o podpoře bydlení. V článku s názvem [Vznik kontaktních míst pro bydlení? Mají být ve 132 obcích, ale rozpočet nepočítá s penězi pro radnice,](#) se dočtete o komplikacích, které vznik kontaktních míst po celou dobu přípravy zákona provázejí. Kontaktních míst mělo být původně 250 a Ministerstvo pro místní rozvoj a Ministerstvo práce a sociálních věcí finanční požadavky už v první polovině roku předala do chystaného návrhu státního rozpočtu. Během projednávání zákona o podpoře bydlení ve sněmovně se počet míst kvůli finančním nárokům zmenšil. Nakonec zákon počítá se vznikem 115 povinných kontaktních míst a dalších 17 v obcích s rozšířenou působností, které o to vyjádřily zájem. Ve vládou schváleném návrhu státního rozpočtu na rok 2026 ale peníze na navýšení příspěvku v souvislosti s kontaktními místy dosud nejsou.

Podcast V hodinovém [Podcastu DR](#) si moderátor Matěj Moravanský povídal s členem a členkou Inciativy nájemníků a nájemnic (INN) o krizi bydlení. Podle INNu nájemníci nejčastěji řeší řetězení krátkodobých smluv, zvyšování nájmů a situace, kdy jim pronajímatel odmítne vrátit kauci.

Podcast Od července do listopadu vyšlo 6 dílů podcastu Zkratky života. Můžete si v nich poslechnout, jaké to je vyrůstat v ČR, když se narodíte jako Rom, jak vám mohou pomoci sociální pracovníci dostat se z ulice. Dozvíte se, co je to chráněné bydlení, jak se žije s ADHD, bipolární poruchou a jinými duševními nemocemi. [Podcast Zkratky života](#) na základě osob-

ních příběhů lidí otevírá témata jako chudoba a sociální vyloučení.

Dotace Ministerstvo pro místní rozvoj (MMR) znovu uvolnilo podmínky podpory sociálního bydlení. Kromě lidí v bytové nouzi mohou v sociálních bytech nově bydlet také osoby, které nepatří mezi 40 % obyvatel s nejvyšším příjmem. MMR uvolnilo také pravidla pro žadatele o podporu z řad nestátních neziskových organizací. Předchozí zmírnění podmínek vedla od loňského roku k výraznému zvýšení zájmu o dotaci. Od roku 2021 ministerstvo vyhlásilo sedm výzev s alokací přes 3,5 miliardy korun. Do dnešního dne se do nich přihlásilo 120 projektů, které počítají se vznikem nebo rekonstrukcí až 869 sociálních bytů po celém Česku. Volných prostředků na sociální bydlení je v Integrovaném regionálním operačním programu (IROP) stále přes 530 milionů korun z evropských fondů. [Další výzvy](#) na projekty sociálního bydlení IROP číslo [101](#), [102](#), [115](#) a [116](#) jsou otevřené do února 2026. Ve všech výzvách jsou zatím volné prostředky ve výši přes 530 milionů korun, z toho téměř 300 milionů spadá do výzvy 115 pro méně rozvinuté regiony. MMR vyzývá obce a neziskové organizace, aby využily možnosti financování a zapojily se do zlepšování podmínek nejen pro lidi v bytové nouzi.

Událost V září Agentura pro sociální začleňování uspořádala v Praze Fórum sociálního začleňování na téma Zákon o podpoře bydlení. Na konferenci byl představen zákon a jeho jednotlivé nástroje (kontaktní místo pro bydlení, asistence v bydlení a jednotlivá podpůrná bytová opatření). Kromě představení těchto nástrojů na konferenci také zazněly příspěvky, které se věnovaly síťování a spolupráci poskytovatelů podpůrných opatření a pojištěním proti ztrátě bydlení (jak předcházet dluhům na nájmu a službách a sousedským střiznostem). Na samém konci celého setkání zaznělo, jakým způsobem ASZ plánuje podporovat obce a jednotlivé aktéry při zavádění zákona v praxi. Celá událost je dostupná na [YouTube kanále ASZ.](#)

Událost Od června do listopadu proběhla řada významných světových dnů. Byl Světový den bezdomovectví, Světový den duševního zdraví, Světový den nenásilí nebo například Světový den antikoncepce. Ač jde o různá témata, často spolu úzce souvisí. Absence stabilního a dostupného bydlení má negativní vliv na duševní zdraví, lidé v bytové nouzi a bez domova jsou častěji terčem násilných útoků nebo samo násilí v blízkých vztazích může vést ke ztrátě bydlení. Rovněž nechtěné rodičovství může mít negativní dopad na udržení si bydlení. Proto i dostupnost antikoncepce pro všechny je důležitá pro plánování budoucnosti.

Událost

V neděli 28. září [Kuchařky bez domova](#) slavnostně převzaly stříbrnou pamětní medaili [Senátu Parlamentu ČR](#). Ocenění jim při příležitosti Dne české státnosti osobně předal předseda horní komory Parlamentu Miloš Vystrčil. Letos ocenění získalo jen 20 lidí z celé České republiky.



**Sociální
bydlení**



**Plánujete
pronajmout
svůj byt?
Slyšeli jste už
o garantovaném
bydlení?**

Rádi byste pronajali svůj byt a zároveň pomohli lidem v bytové nouzi? A to vše s týmem lidí, kteří za vás budou s nájemci řešit vše, co bude potřeba? Přečtěte si více o tom, co je to garantované bydlení, kdo a jaké garance nabízí a v čem pro vás může být spolupráce výhodná.

Více informací na
www.socialnibydleni.mpsv.cz



Spolufinancováno
Evropskou unií



MINISTERSTVO PRÁCE
A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ



**Sociální
bydlení**

Projekt MPSV „Podpora sociálního bydlení a jeho systémové zavádění v ČR“ je realizován v rámci OPZ+. Registrační číslo projektu: CZ.03.02.02/00/22_004/0000245.



Novinky ze světa

červen – listopad 2025

Dostupné bydlení Evropský kontinent se v posledních dekádách stále více potýká s nedostatkem finančně dostupného bydlení. I když bytová politika není v gesci Evropské unie, stalo se zvýšení finanční dostupnosti bydlení napříč kontinentem jednou z jejích hlavních politických priorit.

Problém je palčivý do té míry, že byl v roce 2024 vůbec poprvé v historii jmenován evropský komisař pro energii a bydlení. Pod vedením komisaře Dana Jørgensena nyní nově vytvořená pracovní skupina pro bydlení (Housing Task Force) připravuje první Evropský plán pro finančně dostupné bydlení (European Affordable Housing Plan). Jeho naplňování má podpořit jednotlivé členské země v boji s krizí bydlení. Podněty k přípravě plánu zaslalo 313 organizací, institucí a jednotlivých občanů členských států Evropské unie. Svá doporučení vypracoval také patnáctičlenný expertní poradní výbor pro bydlení (Housing advisory board) jmenovaný pro tento účel Evropskou komisí. Níže najdete překlad shrnutí doporučení:

1. „Potřebujeme změnu paradigmatu, aby bylo bydlení vnímáno jako nezbytná sociální i ekonomická infrastruktura, a odradit od „financionalizace“ bydlení, kdy je bydlení vnímáno spíše jako spekulativní aktivum než jako dlouhodobý domov.
2. „Dostupnost“ bychom neměli definovat pouze na základě počátečních nákladů

nebo výše nájemného, ale také na základě celkových provozních nákladů, kvality a energetické účinnosti budovy a životnosti a zdraví sousedství a místní komunity.

3. Ukončení bezdomovectví přijetím politiky Housing First je nejlepším způsobem, jak zajistit, že budeme mít dostatek bytů k uspokojení všech našich potřeb v oblasti bydlení, zejména pro mladou generaci, seniory a osoby se zdravotním postižením. Zdanění krátkodobých nájemních smluv může pomoci financovat tuto strategii.
4. Neměli bychom se spoléhat pouze na novou výstavbu pro větší nabídku bydlení, zejména pokud to vede k rozrůstání měst. Zaměřit bychom se měli nejprve na efektivní využití existujících budov a na regeneraci měst, s vědomím nutnosti zajistit sociální mix a zabránit vymístění v jednotlivých oblastech.
5. Musíme urychlit procesy plánování, abychom pomohli snížit stavební náklady, ale neměli bychom opouštět dobré zásady a postupy plánování, což by nás nakonec jen stálo více peněz.
6. Rozšíření nových řešení dostupného bydlení v podobě „nákladového nájemního bydlení“ je nejlepším způsobem, jak zajistit novou nabídku, zejména pokud to přinese velké množství „trpělivého kapitálu“, který akceptuje nízký, ale předvídatelný dlouho-

dobý výnos.

7. Při řešení bytové krize bychom neměli opouštět zelenou transformaci, protože zlepšení našich budov, dopravních systémů a místního prostředí zlepši kvalitu a dlouhodobou finanční dostupnost našich systémů bydlení.
8. Rozšíření poptávky po nových moderních stavebních prostředcích (MMC) s využitím modulárních, prefabrikovaných a externích komponentů je nejlepším způsobem, jak snížit stavební náklady, a představuje obrovskou příležitost pro inovace a produktivitu evropského zpracovatelského průmyslu.
9. Zatímco v některých městech se bydlení stává neúnosně drahým, v jiných – často venkovských – oblastech je stále více opuštěné a podhodnocené. Tuto nerovnováhu můžeme řešit investicemi do infrastruktury, která pomáhá lidem vracet se do venkovských oblastí, měst a vesnic.
10. Nedostatek společných, transparentních a aktuálních dat o všech aspektech našeho systému bydlení je skutečnou slabinou našeho politického přístupu a oblastí, v níž může nová evropská platforma pro bydlení hrát zásadní koordinační roli."

Dostupné bydlení Tématu finanční dostupnosti bydlení a připravovanému Evropskému plánu pro finančně dostupné bydlení je věnován také letošní, [Desátý přehled vyloučení z bydlení v Evropě](#) připravovaný společně Evropskou federací národních organizací pracujících s lidmi bez domova (FEANTSA) a francouzskou nadací Fondation pour le Logement des défavorisés. Autoři publikace poukazují na fakt, že neexistuje konsenzus o tom, jak definovat a měřit finanční nedostupnost bydlení a co vlastně je finančně dostupné bydlení. Pojem je podle nich zatížen značnou ambivalencí. Na několika příkladech ze zemí EU ukazují, že termín často označuje nový sektor trhu s nájemním bydlením, který má uspokojit poptávku po bydlení domácností ze střední třídy a nadvládá se tak v prostoru mezi sociálním bydlením určeném nejzranitelnějším domácnostem a bydlením pronajímaným za tržní ceny. I v zemích s mnohem rozsáhlejším sektorem sociálního bydlení, než jaký existuje v České republice, roste počet lidí, kteří jsou bez domova. Kapacity podfinancovaného sociálního bydlení jejich potřeby nejsou schopny uspokojit. Současně dochází k přeorientování cílů a cílových skupin bytových politik spojenému s postupným přesměrováním veřejných finančních prostředků od podpory sociálního bydlení k podpoře „finančně dostupného bydlení“, které ale pro nejzranitelnější domácnosti není mnohdy dostupné a které je určeno bohatším domác-

nostem ze střední třídy. Nedostatek skutečně finančně dostupného bydlení je přitom jednou z hlavních strukturálních příčin bezdomovectví a vyloučení ze (standardního a stabilního) bydlení a také zásadní bariérou pro ukončování bezdomovectví. FEANTSA proto formulovala doporučení pro tvorbu Evropského plánu pro finančně dostupné bydlení. Finančně dostupné bydlení by nemělo být novým realitním (kvazi)tržním produktem. Bydlení by mělo být finančně dostupné pro všechny, což znamená jednak navýšení investic do sociálního bydlení, jednak regulaci soukromého trhu s nájemním bydlením a zvýšení ochrany nájemníků proti nuceným vystěhování a arbitrárnímu zvyšování nájemného. Evropský plán pro finančně dostupné bydlení by měl podle autorů publikace prioritizovat nízkopříjmové domácnosti. Opatření v něm by měla členskými státy EU pomoci uskutečnit cíle formulované v tzv. [Lisabonské deklaraci k Evropské platformě pro boj proti bezdomovectví](#) - měla by jim pomoci zabydlovat lidi bez domova a předcházet bezdomovectví.

Energetická náročnost V listopadu FEANTSA vydala [publikaci k národním plánům renovace budov](#), jejichž zpracování je nově požadavkem evropské směrnice o energetické náročnosti budov. Směrnice Evropské unie o energetické náročnosti budov (EPBD), přijatá v roce 2024, vyžaduje, aby všechny členské státy vynaložily přiměřené úsilí a přijaly cílená opatření ke snížení emisí skleníkových plynů z fosilních paliv v budovách a k dosažení cílů EU v oblasti klimatické neutrality do roku 2050. Revize směrnice o energetické náročnosti budov je součástí širšího legislativního balíčku nazvaného „Fit for 55“, který zahrnuje širokou škálu politických opatření k dosažení snížení čistých emisí skleníkových plynů o nejméně 55 % pod úroveň z roku 1990 do roku 2030. Jednou z novinek revidované směrnice EPBD je povinná příprava národních plánů renovace budov členskými státy, což je integrovaný nástroj plánování a hodnocení podle společné šablony pro celou EU. Míra, do jaké může národní plán renovace budov zajistit sociální spravedlnost při přechodu ke klimatické neutralitě, bude do značné míry záviset na ambicióznosti a rozsahu politik, které stanoví. Naopak, úspěch přechodu na čistou energii do značné míry závisí na schopnosti tvůrců politik pomoci nejzranitelnějším skupinám. Publikace FEANTSA poskytuje doporučení, jak minimalizovat sociálně regresivní dopady renovačních politik a zároveň maximalizovat jejich pozitivní sociální dopad a efektivní využití veřejných prostředků při navrhování politických opatření pro národní plány renovace budov. Publikace je strukturována podle klíčových sociálně relevantních prvků šablony národních plánů renovace budov a nabízí pokyny pro osvědčené

postupy, politické nástroje a sociální aspekty, které je třeba zohlednit při vypracovávání plánů renovace.

Lisabonská deklarace V listopadu vyšla důležitá studie [„The fight against homelessness and its links with anti-poverty policies across the European Union“](#). Pro Evropskou komisi ji sepsali Isabel Baptista, Pedro Perista and Eric Marlier, tedy stejní autoři, kteří dali dohromady předchozí, často citovanou analýzu „Fighting homelessness and housing exclusion in Europe: A study of national policies“ z roku 2019. Studie ukazuje, jak si v různých dílčích oblastech a v celkovém směřování k naplňování cílů stanovených v [Lisabonské deklaraci](#) stojí jednotlivé země EU (publikace porovnává 26 států). Česká republika je uvedena mezi 8 státy EU, o kterých platí, že „v současné době nemají žádný národní ani regionální strategický přístup (ani specifický politický přístup), který by byl zaměřen konkrétně na zajištění přechodu od reakcí na krizové situace ke strukturálnímu přístupu založenému na právech s cílem ukončit bezdomovectví.“ Publikace je uspořádána do sedmi kapitol. V 1. kapitole jsou zkoumány současné definice bezdomovectví s odkazem na společnou typologii (ETHOS Light) a jsou identifikovány hlavní společné rysy, nedávné změny a výzvy týkající se způsobu definování bezdomovectví v členských státech. Ve 2. kapitole jsou na základě existujících národních dat shrnuta nejnovější data o rozsahu a profilu bezdomovectví v celé EU. V kapitole jsou rovněž analyzována nejrelevantnější zjištění týkající se zkušeností s obtížemi v oblasti bydlení na základě údajů z ad hoc modulu „Mezigenerační přenos znevýhodnění a obtíží v oblasti bydlení“ ze statistiky EU o příjmech a životních podmínkách (EU-SILC) z roku 2023. 3. kapitola mapuje současné strategie (nebo politiky v případě absence strategií jako takových) zaměřené na boj proti bezdomovectví, jakož i stávající strategie boje proti chudobě, a identifikuje příslušné hlavní úrovně veřejné správy, které jsou za tyto dvě oblasti politiky odpovědné, a odpovídající rozdělení odpovědností. Ve 4. kapitole autoři popisují opatření relevantní pro boj proti bezdomovectví, která jsou zahrnuta do strategií boje proti chudobě a do souboru pěti klíčových oblastí politiky (tj. (i) dostupné bydlení, včetně sociálního bydlení, pro osoby s nízkými příjmy; (ii) příspěvek na bydlení; (iii) minimální příjem/sociální pomoc; (iv) přístup ke zdravotním službám; a (v) přístup k sociálním službám) a míru, v jakém přispívají k cílům stanoveným v Lisabonské deklaraci. V 5. kapitole se pojednává o správních opatřeních a celkové integraci politik v oblasti bezdomovectví a boje proti chudobě v členských státech. 6. kapitola poskytuje přehled hlavních reforem, které proběhly od podpisu

Lisabonské deklarace v roce 2021 nebo které jsou v současné době připravovány, a míry, v jaké pravděpodobně přispějí k dosažení cílů Lisabonské deklarace. Závěrečná kapitola obsahuje doporučení pro zlepšení propojení politik v oblasti bezdomovectví a boje proti chudobě na úrovni národních států i v celé EU.

Trauma Evropská federace národních organizací pracujících s lidmi bez domova (FEANTSA) vydala v červnu zprávu nazvanou [„Podpora pro ty, kteří poskytují podporu: Přístup zohledňující trauma k duševní pohodě pracovníků a pracovníků služeb pro lidi bez domova“](#). Ta vychází z uvědomění, že porozumění souvislostem mezi traumatem a bezdomovectvím je zásadní jak pro zlepšení výsledků uživatelů služeb, tak pro podporu duševního zdraví zaměstnanců těchto služeb. Integraci principů založených na poznatcích o traumatech a psychologii mohou organizace vytvořit bezpečnější a podporující prostředí, které bude přínosem jak pro uživatele, tak pro zaměstnance. Tato zpráva vznikla na základě rozhovorů s 18 experty a expertkami se zkušeností s přímou prací v oblasti bezdomovectví. Představuje krok k uznání a řešení specifických problémů duševního zdraví pracovníků v první linii v této oblasti, poskytuje doporučení a osvědčené postupy a vyzývá k investicím do služeb pro lidi bez domova a k začlenění principů založených na poznatcích o traumatech do těchto služeb.

Bezdomovectví V rámci projektu EPOCH practice vyšel v červnu třetí [Research Digest věnovaný tématu žen a bezdomovectví](#). Sestavil ho Nicholas Pleace z univerzity v Yorku. Dora Welker v úvodu připomíná, proč je téma tak důležité: „Veřejné vnímání bezdomovectví se stále soustředí na osamělé muže, kteří často mají komplexní potřeby, zatímco zkušenosti žen zůstávají více skryté, a to nikoli kvůli nedostatku potřeb, ale kvůli systémovým selháním při uznávání rozmanitých zkušeností v rámci úzkých definic. Oficiální údaje upřednostňují viditelné formy bezdomovectví, jako je spaní na ulici a využívání azylových domů, které jsou častěji spojovány s muži. Naproti tomu bezdomovectví žen má často méně viditelné formy. Porozumění těmto realitám vyžaduje změnu v tom, jak chápeme pojem domov a bezdomovectví. Pro mnoho žen například není domov bezpečným místem, ale místem spojeným s kontrolou a násilím. Feministický výzkum ukazuje, že genderové podmíněné násilí, včetně zneužívání intimním partnerem a traumat z dětství, je častou příčinou bezdomovectví. V kombinaci s ekonomickou nerovností, povinnostmi péče o rodinu a nedostatkem dostupného bydlení mohou ženy čelit nemožné volbě: zůstat v domácnosti, kde dochází k násilí, nebo být bez domova.“

SUPPORTING THOSE WHO SUPPORT: A TRAUMA-INFORMED APPROACH TO STAFF WELLBEING IN HOMELESSNESS SERVICES

Nicholas Pleace ve výběru ze studií o bezdomovectví žen na několika stránkách shrnuje důležité poznání k tématu.

Prevence bezdomovectví V listopadu vyšel v rámci projektu EPOCH Practice čtvrtý [Research Digest](#) vydaný v rámci projektu EPOCH Practice. Tématem je tentokrát prevence bezdomovectví a digest zpracoval opět Nicholas Pleace z univerzity v Yorku a úvod k němu sepsal přední expert na prevenci bezdomovectví Peter Mackie z Cardiffu. Píše v něm: „Výběr nabízí užitečnou syntézu současné praxe v celé Evropě a poukazuje na klíčové mezery v důkazní základně. V době, kdy strukturální tlaky oslabují prevenci a většinu zdrojů spotřebovávají krizové reakce, je zásadní soustředit se na prevenci. Výběr propaguje [pětistupňovou typologii prevence](#), která podtrhuje význam univerzální prevence a poukazuje na značné mezery v preventivních opatřeních. Vzhledem k tomu, že stále více členských států, místních orgánů a nevládních organizací vyvíjí své strategie pro řešení bezdomovectví, poskytuje tato typologie praktický nástroj pro kritické zhodnocení pokroku a tvorbu plánů do budoucna.“ Jedná se jako vždy o stručné ale hutné uvedení do tématu.

Dobrá praxe V listopadu vyšla [zpráva mapující 15 inspirativních praxí pro účinnější boj proti bezdomovectví](#). Vznikla v rámci projektu EPOCH practice. Bylo vybráno 15 praxí z více než 60 návrhů, které zaslaly organizace z celé Evropy v reakci na výzvu zveřejněnou v květnu 2024. Praxe vybrala mezinárodní odborná komise. Cílem je přispět k vzájemnému učení napříč Evropou. Publikaci lze stáhnout a číst v celku, nebo jednotlivě po částech popisujících vybrané inspirativní praxe. Popisu každé praxe jsou věnovány čtyři strany. Popis zahrnuje název praxe, její hlavní cíl a cílovou skupinu, základní kvantitativní data, stručný popis praxe, kontakty na realizátory umožňující spojit se s nimi a odkaz na webové stránky. Následuje podrobnější popis praxe, včetně časové osy realizace praxe. A jaké praxe byly do výběru zařazeny?

1. Zmocňující hlasy – projekt magistrátu města Budapešť zaměřující se na participaci lidí s žitou zkušeností s bezdomovectvím při tvorbě desetileté strategie řešení bezdomovectví v Budapešti. Strategie nazvaná „Domov pro všechny“ byla schválena v roce 2022. Jejím cílem byla změna paradigmatu. Aby bylo zajištěno smysluplné zapojení nejvíce osob s žitou zkušeností, vypracovala městská samospráva strategii na základě víceúrovňového participativního procesu, přičemž upřednostnila skutečné zapojení osob s vlastní zkušeností s bezdomovectvím před symbolickými

přístupy.

- 2. Evropská sčítání lidí bez domova** (The European Homelessness Counts) – projekt realizovalo konsorcium vedené Katolickou univerzitou v Lovani. Jeho cílem bylo vyvinout modulární metodiku pro sčítání na úrovni měst, která umožňuje získávat srovnatelné údaje o bezdomovectví napříč Evropou. Projekt kombinuje data ze sčítání v terénu, administrativní data a šetření využívající typologie ETHOS Light; vyvažuje lokální přístup a standardizaci; podporuje tvorbu politik založených na důkazech; propaguje snahy o zkoumání skrytějších forem bezdomovectví a podporuje vzájemné učení mezi městy s cílem zlepšit reakce a přidělování zdrojů pro osoby bez domova. V rámci projektu proběhlo v roce 2023 sčítání v 15 městech v 10 členských státech a v roce 2024 v 35 městech v 21 členských státech.
- 3. Housing First Rakousko – Návrat domů** – v rámci projektu realizovaného střešní organizací BAWO bylo prostřednictvím celostátní sítě nevládních organizací poskytnuto v letech 2021 až 2024 bydlení 2000 lidem bez domova. Projekt, který byl plně financován rakouskou vládou, byl natolik úspěšný, že v roce 2024 vedl k vytvoření národního programu Housing First. To znamená přechod od krizových opatření k udržitelné politice v oblasti bydlení.
- 4. Smíšené bydlení** – projekt realizovaný nadací Stichting de Tussenvoorziening v Utrechtu nabízí stabilní bydlení lidem se zkušeností s bezdomovectvím ve smíšených komunitách, podporují jejich zapojování do sociálních sítí a rehabilitaci. Přístup doplněný o tříletou profesionální podporu výrazně zkracuje přechod k samostatnému životu, podporuje dlouhodobé zotavení a snižuje potřebu intenzivní podpory. Vytváří také silnější a soudržnější komunity, což přispívá k individuálnímu i kolektivnímu blahobytu.
- 5. Z ulice do sdíleného bydlení** – iniciativa vznikla v Paříži v roce 2023 a klade si za cíl zlepšit přidělování společného ubytování lidem bez domova. Iniciativa vychází ze zkušeností s projektem „Amsterdam“, který se zabývá společným bydlením. Její úspěch vedl ke změně politiky přidělování bydlení v Paříži, což mělo za následek výrazný nárůst procenta přidělených bytů pro domácnosti bez domova, zejména pro lidi bez domova, kteří spí na ulici.
- 6. Neunerhaus Peer Campus** – projekt vídeňské organizace neunerhaus poskytuje bezplatné certifikované vzdělávání pro osoby se zkušeností s bezdomovectvím,



aby se mohly stát peer pracovníky. Podporuje jejich integraci jako zaměstnanců v interdisciplinárních týmech v oblasti služeb pro lidi bez domova, nabízí profesní rozvoj prostřednictvím síťování a dalších vzdělávacích příležitostí a podporuje organizace zaměstnávající peer pracovníky. Organizováním workshopů, síťovacích akcí a strategických spoluprací zvyšuje Peer Campus dopad peer práce v oblasti služeb pro lidi bez domova, a to jak ve Vídni, tak i mimo ni.

7. **První pracovní hodiny** – projekt realizovaný organizací Convergence France využívá práci k tomu, aby pomohla lidem bez domova znovu získat důstojnost a motivaci, a nabízí tak silně vyloučeným osobám – těm, které spí na ulici nebo v krizovém ubytování – postupný (opětovný) vstup do profesního života prostřednictvím vysoce individualizovaného přístupu s hodinovým pracovním rozvrhem. Program slouží jako odrazový můstek a umožňuje jednotlivcům aktivně hledat řešení v oblasti bydlení, fyzického i duševního zdraví a profesní integrace.
8. **Cluster Wonen** – Bydlení a podpůrné služby pro lidi bez domova – projekt realizovaný organizací MoWe v belgickém městě Lier podporuje lidi bez domova a osoby hledající bydlení bez jakýchkoli vylučujících kritérií. Služby sahají od denního nízkoprahového centra a intenzivního poradenství až po přechodné ubytování, zprostředkování pronájmu a fond na bydlení. Lidé zde dostávají jídlo, odpočinek, přístup k digitálním technologiím a individuální mentoring od dobrovolníků. Zvláštní pozornost je věnována migrantům bez dokladů, aby i oni mohli najít cestu k samostatnosti, integraci a dlouhodobému stabilnímu bydlení.
9. **Housing First pro Moravskoslezský kraj II** – projekt pomáhá sociálně vyloučeným osobám, zejména Romům, najít standardní bydlení na volném trhu. Realizují ho organizace Romodrom a Nová možnost. Projekt se řídí principy Housing First. Do iniciativy jsou zapojeni sociální pracovníci a sociální realitní kancelář, kteří pomáhají klientům zajistit dlouhodobé řešení bydlení, včetně spolupráce se soukromými pronajímateli a řešení běžných překážek, jako jsou kauce.
10. **GAT IN-Mouraria** – je komunitní centrum otevřené v roce 2013 v Lisabonu, které nabízí rychlé, anonymní a bezplatné testování na HIV, hepatitidu B/C a syfilis, zejména pro osoby užívající drogy. Služby zahrnují poradenství peer pracovníků,

zdravotní a sociální podporu, distribuci kondomů a dalšího harm reduction materiálu a prostor pro volné setkávání. Centrum je v rámci svých kapacit otevřené všem, zasazuje se také o práva uživatelů drog a přispívá k rozvoji znalostí.

11. **Maison Corinne Masiero** – služba poskytovaná ve městě Lille organizací Abej SOLIDARITE a CèdrAgir nabízí genderově specifické bydlení zaměřené na harm reduction pro ženy bez domova s dlouhodobými závislostmi. Díky sociální a lékařské podpoře poskytované 24/7 poskytuje bezpečné prostředí pro stabilizaci a zotavení. Tato iniciativa podporuje autonomii bez ukládání přísných podmínek a zajišťuje přístupnost pro osoby vyloučené z tradičních služeb. Nezávislá evaluace zdůrazňuje její úspěch v zapojení této zranitelné skupiny obyvatel.
12. **Homes For Health Recovery** – inovativní sociálně-zdravotní program, jehož cílem je překlenout propast mezi bezdomovectvím a zdravotní péčí. Poskytuje dočasné ubytování s profesionální podporou 24/7, což umožňuje zdravotní zotavení, sociální reintegraci a účinnou obhajobu práv zabydlených osob. Program funguje v Madridu, Murcii a Andalusii ve spolupráci s nemocnicemi a sociálními službami a zajišťuje nákladově efektivní řešení, které zvyšuje blahobyt a stabilitu lidí bez domova.
13. **Logis Jeunes** – program spuštěný nadací Acolea v roce 2019, pomáhá mladým lidem ve věku 18 až 25 let, kteří opouštějí dětskou ochranu v oblasti Lyonu, tím, že jim nabízí stabilní bydlení a flexibilní systém podpory. Služba se zaměřuje na terénní práci, sociální reintegraci a budování udržitelné budoucnosti pro zranitelné mladé lidi. Program funguje podle modelu Housing First (Bydlení především) a poskytuje okamžité bydlení bez předběžných podmínek, následované sociální a profesní podporou.
14. **Ambivalence Programme** – projekt realizovaný ve spolupráci nadace Housing First Poland Foundation HFPP a města Varšava podporuje osoby přecházející z dlouhodobého bezdomovectví do stabilního bydlení a řeší jak psychologické problémy, tak problémy s udržením bydlení. Využívá mobilní terénní tým odborníků na duševní zdraví a odstraňuje překážky v přístupu ke zdravotním a bytovým službám dostupným v komunitě. Program, financovaný z regionálních a evropských grantů, přizpůsobuje model Housing First místním výzvám v Polsku a zajišťuje, aby

byly splněny základní hodnoty Housing First.

- 15. Voter Registration Drive** – 10týdenní celostátní kampaň organizace Fokus Ireland za registraci voličů pomohla a povzbudila lidi bez stálé adresy, žadatele o azyl a osoby bez domova, aby se zaregistrovali a šli volit. Kampaň, kterou podpořila národní poštovní služba a která byla zahájena s podporou volební komise, zahrnovala celostátní mediální pokrytí, školení zaměstnanců a partnerství s nevládními organizacemi. Jejím cílem bylo posílit postavení marginalizovaných komunit, ovlivnit politiku a učinit z bezdomovectví klíčové politické téma v předvolebním období.

Čtyřstránkové briefy k jednotlivým
inspirativním praxím



Revize výzev na podporu sociálního bydlení přináší příznivější podmínky pro žadatele

Integrovaný regionální operační program Evropské unie (IROP) reviduje pravidla v aktivitě Sociální bydlení.

Dne 31. 1. 2024 byly vyhlášeny dvě nové výzvy na podporu sociálního bydlení (dále také SB) pro méně rozvinuté (dále také MRR) a přechodové (dále také PR) regiony. Jde o 101. výzvu – Sociální bydlení II (pro MRR) a o 102. výzvu – Sociální bydlení II (pro PR).

Byly také vyhlášeny dvě výzvy pro stejné kategorie regionů kombinované s Koordinovaným přístupem k sociálně vyloučeným lokalitám. Je to 115. výzva – Sociální bydlení II KPSV+ (pro MRR) a 116. výzva – Sociální bydlení II KPSV+ (pro PR).



Markéta Stehlíková

odborný rada – manažerka projektu
CRR Plzeň, odd. realizace IROP

Třebaže nové výzvy přinesly značné zmírnění požadavků kladených na žadatele, nepřineslo toto opatření výraznější zvýšení zájmu čerpat dotace na podporu sociálního bydlení. Projekty se opět podávaly v jednotkách za měsíc, a tak Řídící orgán IROP¹ (dále ŘO IROP) provedl šetření mezi žadateli s cílem zjistit nejvýznamnější bariéry čerpání dotací v této oblasti. Na základě analýzy výsledků pak ŘO IROP vyhlásil dne 6. 8. 2025 změny pravidel (dále také revize), jejichž účelem bylo zvýšit atraktivitu výzev pro potenciální žadatele.

Během vyhlášení revize výzev v srpnu 2025 došlo k zajímavému jevu. V průběhu léta, ještě před vyhlášením změn, se výrazně zvýšil zájem o dotace v sociálním bydlení. Důsledkem bylo, že finanční alokace 101. a 102. výzvy se během července 2025 zcela vyčerpala. Aktuálně (11. 10. 2025) je 101. výzva vyčerpána na 108,5 % a výzva č. 102 na 118,9 %. Uváděné hodnoty jsou vztaženy k projektům v tzv. pozitivním stavu nezahrnující ty, které byly například nesplnily podmínky hodnocení nebo byly žadatelem staženy.

1 ŘO IROP je Ministerstvo pro místní rozvoj

Symetricky s výzvami č. 101, 102, 115 a 116 (dále také SB II) došlo ke změnám některých parametrů již uzavřených výzev č. 25 – Sociální bydlení pro MRR, č. 26 – Sociální bydlení pro PR a také prozatím otevřené výzvy č. 38, která je určená pro integrované územní investice (dále také SB I).

Změny cílí především na rozšíření cílové skupiny způsobilých nájemníků sociálních bytů, zmírnění požadavků na bezbariérový přístup do sociálních bytů, rozšíření okruhu žadatelů z okruhu nestátních neziskových organizací (dále také NNO) apod.

Změny v okruhu způsobilých žadatelů

Ve výzvách SB I i SB II před revizí platila poměrně přísná pravidla způsobilosti pro NNO. Neziskové organizace musely prokázat, že minimálně 5 let před podáním žádosti o podporu nepřetržitě poskytovaly sociální bydlení, nebo úspěšně realizovaly projekt sociálního bydlení v Operační programu zaměstnanost. Revize rozšířila způsobilost žadatelů tím, že dobu 5 let snížila na 2 roky, rozšířila okruh NNO i o poskytovatele registrovaných sociálních služeb a dále umožnila žádat v SB II i NNO, které úspěšně ukončily projekt sociálního bydlení v minulém programovém období IROP (tj. 2014–2020). Tato změna se netýká již uzavřených výzev č. 25 a 26.

Revize SB II přinesla NNO i jedno nepříjemné omezení, protože jim znemožnila pořízení sociálního bydlení formou nákupu (objektů, domů, bytů a pozemků). Pořizovací cena nemovitosti byla v projektech způsobilá k proplacení pouze pro veřejnoprávní žadatele, tedy obce, kraje, organizace zřizované/zakládáné obcemi/kraji a příspěvkové organizace organizačních složek státu. NNO by tak musely realizovat pouze rekonstrukci vlastního objektu nebo zajistit pořízení nemovitosti z jiných zdrojů. Toto omezení bylo následně odstraněno další revizí z 9. 10. 2025.

Změny v povinné bezbariérové přístupnosti sociálních bytů

IROP II zavedl jako nezbytnou součást sociálního bydlení bezbariérový přístup od vchodu do objektu až ke dveřím bytu.

Takto přísné nastavení povinného bezbariérového přístupu k sociálním bytům ale komplikovalo jejich vznik například formou rekonstrukcí budov (resp. změn dokončených staveb) umístěných v rámci stávajícího uličního prostoru, u památkově chráněných objektů, v památkových zónách atd. Komplikované také byly projekty, u kterých docházelo k rozmístění sociálních bytů v několika budovách ve stávajícím uličním prostoru, kdy sociální byt byl jen jedním z několika běžných bytů v objektu.

Výdaje na opatření pro zajištění bezbariérového přístupu, například zbudováním výtahu pak byly způsobilé jen poměrově. Například pokud z 10 bytů v objektu je jen 1 sociální, výdaje na pořízení výtahu byly také způsobilé jen z jedné desetiny. Přitom rozptýlení jednotlivých sociálních bytů v běžné zástavbě je optimální z hlediska omezení koncentrace cílové skupiny v bytové nouzi na jednom místě.

V revizi tvůrci do pravidel zapracovali ustanovení staré „bezbariérové“ vyhlášky (č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb), která v § 2 odst. 2 uvádí, že „Ustanovení této vyhlášky se uplatní též u změn dokončených staveb a změn v užívání staveb, pokud to závažné územně technické nebo stavebně technické důvody nevyklučují.“ U staveb povolovaných ještě podle starého stavebního zákona je možné využít tuto výjimku z bezbariérovosti.

„Bezbariérová“ vyhláška byla s účinností nového stavebního zákona (č. 283/2021 Sb.) zrušena a její funkci převzala technická norma ČSN 73 4001 (dále také ČSN). Ve vymezení předmětu této normy nalezneme také výjimku: „U změn dokončených staveb, u staveb v rámci stávajícího uličního prostoru a ve stísněných podmínkách se při realizaci bezbariérovosti vychází z možností stávajícího stavu“.

Ve specifických pravidlech také nalezneme ujištění, že „Soulad s ČSN znamená i to, že pokud podle normy bezbariérový přístup nemusí být (rodinné domy, úpravy, kde nemusí být stavební povolení, rekonstrukce, kde je bezbariérovost nerealizovatelná apod.), tak nemusí být bezbariérový přístup ani v sociálním bydlení“.

V konečném důsledku to tedy znamená, že povinnost bezbariérového přístupu u stavby posuzuje stavební úřad při stavebním řízení nebo (po novu) povolování záměru. Odpovědnost za zdůvodnění použití výjimek z bezbariérovosti nese projektant stavby a posouzení relevance tohoto zdůvodnění je úkolem stavebních úřadů. Zhruba řečeno platí, že IROP v ohledu bezbariérového přístupu nepřidává žádné další zpřísnující podmínky. Bezbariérový přístup k bytům tedy nemusí řešit stavební úpravy, kde stavební úřad schválil výjimku z aplikace ČSN normy, nebo jde o stavbu, na kterou se ČSN vůbec nevztahuje (např. rodinné domy či stavby pro rodinnou rekreaci), popřípadě se jedná o malé stavební úpravy, které vůbec nepodléhají povolení záměru.

Změny ve vymezení cílové skupiny

Druhou významnou a téměř revoluční změnou v nastavení výzev je rozšíření cílové skupiny. Žadatelé i realizátoři sociálního bydlení

v IROP viděli významnou překážku čerpání v přísném zaměření cílové skupiny výzev na tzv. Kategorie ETHOS² (tj. například lidé bydlicí v azylovém domě, na ubytovně, opouštějící věznice apod).

Tvůrci revize proto stanovili, že ze všech bytů realizovaných v projektu musí být pouze 20 % z nich určených pro cílovou skupinu definovanou (kromě splnění příjmového limitu a bez vlastní bydlení) příslušností k některé či více kategoriím ETHOS. Ostatní byty jsou určeny pro domácnosti splňující příjmový limit v 6. decilu³, bez vlastní nemovitosti k bydlení nebo nedisponující jinou nájemní smlouvou na běžném trhu s nájemním bydlením.

Mezi cílové skupiny byly nyní zařazeny i „osoby postižené přírodní katastrofou“. Nyní již bude možné poskytnout sociální byty např. i domácnostem, které ztratily vlastní či nájemní bydlení v důsledku povodní, nebo se jejich obydlí stalo v důsledku této katastrofy dočasně neobyvatelné.

Toto rozvolnění cílové skupiny mělo vliv na opatření výzev k **zamezení sociálního vyloučení**, tj. opatření nedovolující realizaci projektu v lokalitách s extrémní nebo zvýšenou mírou rezidenční segregace⁴. Ta je dána mj. koncentrací společně posuzovaných osob pro příznání příspěvku na živobytí. Byl zrušen původní požadavek, aby realizace projektu v těchto lokalitách byla podmíněna souhlasným stanoviskem Agentury pro sociální začleňování. Projekty je tak možné realizovat v jakékoli lokalitě bez omezení.

Pokud jde o tzv. **limit koncentrace**, tedy o maximální poměr počtu sociálních bytů vůči všem bytům v objektu (čísle popisném), tak původní úprava byla zrušena. Před revizí platilo, že v jednom objektu může být maximálně 12 sociálních bytů. Je-li v objektu více než 12 bytů, může se tento limit zvýšit o 20 % ze zbylých bytů.

Revize přinesla jiný přístup – počet sociálních bytů není omezen, je stanovena pouze maximální hranice 40 % počtu bytů v objektu, které jsou určené pro cílovou skupinu z kategorie ETHOS. Všimněme si, že dříve zmíněná hranice minimálně 20 % bytů pro cílovou skupinu z ETHOS platí pro všechny byty, které jsou podpořené z projektu a rozmístěné libovolně v jedné nebo několika budovách.

Je evidentní, že uvedená podmínka max. 40 % nemůže platit pro objekty s 1 nebo 2 byty, teprve od 3 bytů dostaneme při uplatnění procentního limitu celé číslo.

Příklad: Dejme tomu, že v domě je 10 bytů, z toho 3 jsou sociální. 40 % ze 3 je 1,2. Takže 1 byt v domě může být max. pro domácnosti z ETHOS. Výsledek zaokrouhlujeme vždy dolů, ne matematicky. Např. 40 % z 12 bytů je 4,8, tj. max. 4 byty mohou být pro cílovou skupinu z ETHOS.

V revizi ze 6. 8. 2025 nebylo zohledněno, že projekty, které byly podané do 6. 8., mají nastaveny limity koncentrace ještě „postaru“ – tj. v závislosti na počtu bytů v objektu byl určen maximální počet těch sociálních. Jelikož se příjemci dotace musí řídit vždy aktuální verzí specifických pravidel, musely by i tyto projekty splňovat limit max. 40 % bytů pro cílovou skupinu z ETHOS v 1 objektu. Opatření proti koncentraci by se jím tak zdvojilo. Pokud byly všechny v projektu podpořené sociální byty v 1 objektu, tak původní pravidla jim zde omezila počet sociálních bytů a nová ještě navíc určila, že jen 40 % z nich mohou obsadit domácnosti z ETHOS.

Proto následná revize z 9. 10. 2025 stanovila, že limit 40 % platí jen pro projekty SB II podané po 6. 8. 2025. Dříve podané projekty zachovají limity koncentrace podle původních pravidel s tím, že mohou využít i výhody, že pro cílovou skupinu z ETHOS určí jen 20 % všech bytů v projektu.

Změny povinných příloh – nové přílohy

Pozornému čtenáři revidovaných specifických pravidel jistě neuniklo, že v jejich **přílohách** se objevily nové položky. Jde o „Čestné prohlášení o správnosti a úplnosti údajů v Modelu“, „Osnovu Hlášení poskytovatele SOHZ“ a „Postupy pro Hlášení a Model v MS2021+“.

Účelem těchto příloh je zajištění povinnosti ŘO IROP kontrolovat projekty sociálního bydlení i po uplynutí doby udržitelnosti⁵ po celou dobu závazku SOHZ sociálního bydlení⁶. Všechny projekty SB I i SB II mají povinnost po uplynutí doby udržitelnosti (kdy kontrola probíhá na Centru pro regionální rozvoj) každoročně podávat na ŘO IROP tzv. Hlášení poskytovatele SOHZ, kde bude referovat o plnění parametrů sociálního bydlení, nakládání se sociálními

2 Kategorie ETHOS (Evropská typologie bezdomovství a vyloučení z bydlení v prostředí ČR) – dostupné [zde](#).

3 Hodnoty 6. decilu vyhláší MMR, aktuálně platné jsou v dokumentu [zde](#).

4 Mapa znázorňující lokality rezidenční segregace dostupná [zde](#).

5 Udržitelnost – začíná den po finančním ukončení projektu (zhruba po provedení poslední ex-post platby příjemci) a končí 5. rokem od tohoto data.

6 Doba závazku SOHZ sociálního bydlení začíná dnem účinnosti rozhodnutí o poskytnutí dotace a končí 20. rokem po tomto datu. Zahrnuje tedy období realizace, udržitelnosti i období do konce 20. roku závazku.

byty, udržení indikátorů a účelu projektu apod. Příjemci, kteří dostali dotaci v režimu tzv. vyrovnávací platby⁷, musí navíc jednou za 3 roky podávat aktualizovanou tabulku „Model výpočtu kompenzačního mechanismu“, kde shrnou aktuální příjmy a výdaje vzniklé v souvislosti s provozem sociálních bytů. Nejde o nové povinnosti příjemce, pouze o standardizaci povinných postupů, které platily již dříve.

Změny limitu nájemného

Předposlední změnou, o které se zmíním, je změna limitu nájemného a 1 m² podlahové plochy sociálního bytu.

U projektů v režimu vyrovnávací platby⁸ je možné stanovit strop nájemného až do výše 60 % tržního nájemného v daném čase a místě. Tržní nájemné není třeba stanovovat pouze úředním odhadem, ale také prostřednictvím cenových map uveřejněných na stránkách ministerstva financí⁹ (dále MF). Na stránkách MF je k dispozici šikovný nástroj – kalkulačka tržního nájemného. Po zadání parametrů sama vypočte nájemné v místě a čase obvyklé a vychází při tom z cenových map. Pro ilustraci – u bytu 2+1 v Plzni o velikosti 68 m² v novostavbě s výtahem a balkonem vychází tržní nájemné 20 944 Kč měsíčně. K tomu je potřeba připočíst i náklady na energie a další služby související s nájmem bytu, drobné opravy a údržbu.

Změny v uzavřených výzvách č. 25 a 26

Kromě změn v povinné bezbariérové přístupnosti sociálních bytů, ve vymezení cílové skupiny, povinných příloh a limitu nájemného došlo u 25. a 26. výzvy ke sjednocení dalších pravidel s výzvami SB II. Revize měla smysl i u těchto uzavřených výzev, protože se týká také povinností projektů ve fázi udržitelnosti a v době závazku poskytování SOHZ sociální bydlení. Oproti dřívější úpravě nyní i pro 25. a 26. výzvu platí:

- Příjmový limit nájemníků ve výši 6. decilu,
- doplnění cílové skupiny o „osoby postižené přírodní katastrofou“.
- výjimky z opakovaného posouzení příjmů pro příjemce starobního či invalidního důchodu II. a III. stupně
- zavedení „přechodného období“ při opakovaném posuzování příjmů, kdy při jednání o prodloužení nájemní smlouvy je možné

tolerovat jednorázové překročení příjmového limitu o 20 %

- délka nájemního vztahu se prodloužila z maxima 2 let na 5 let,
- došlo ke zrušení omezení dílčích aktivit v zónách s extrémní a vysokou mírou rezidenční segregace.

O Centru pro regionální rozvoj České republiky:

Centrum pro regionální rozvoj je státní agentura, která zabezpečuje především politiky regionálního rozvoje a koheze. Už téměř třicet let administruje největší zdroje evropských peněz pro rozvoj regionů: Integrovaný regionální operační program a programy evropské územní spolupráce, zodpovědnost má i za řadu národních dotačních programů, například Živel 1–4. Pobočky má ve všech krajských městech. Ročně také zkontroluje více než 30 000 veřejných zakázek – patří tak k nejrespektovanějším expertům v této oblasti v Česku. Centrum je inovátorem v efektivním použití umělé inteligence a expertním místem pro koncept Smart Cities. Více informací na crr.gov.cz.

CRR poskytuje také poradenství pro žadatele. Ti se mohou prostřednictvím aplikace **Konzultační servis** obracet na odborníky z Centra, kteří jim zodpoví dotazy k výzvám, objasní podmínky a pomůžou projít celým procesem přípravy žádosti bez zbytečných chyb.

7 Podpora podle rozhodnutí Komise ze dne 20. prosince 2011 o použití čl. 106 odst. 2 Smlouvy o fungování Evropské unie na státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby udělené určitým podnikům pověřeným poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu (2012/21/EU).

8 Viz poznámka č. 7.

9 Cenové mapy a kalkulačka tržního nájemného dostupné [zde](https://www.mfcr.cz/cenove-mapy).

Zabydlování lidí a podpora v bydlení pro lidi s duševním onemocněním v českých Housing First programech

Díky projektům Housing First v České republice se daří už šest let zabydlovat lidi s duševním onemocněním do standardních nájemních bytů. V tomto článku se pokusím shrnout dobrou praxi těch projektů, které se na podporu lidí s duševním onemocněním specializují.

Během šesti let bylo zabydleno okolo 290 domácností, ve kterých měla alespoň jedna dospělá osoba duševní onemocnění. Projekty zaměřující se výhradně na lidi s vážným a dlouhodobým duševním onemocněním zabydly přes 70 domácností.



Josef Hawel

konzultant sociálního bydlení
projekt Podpora sociálního bydlení (MPSV)

V rámci [výzvy 108 OPZ](#) od roku 2019 do roku 2022 fungoval jeden projekt Housing First, který byl zaměřen výhradně na lidi s duševním onemocněním (**Ledovec – Plzeň**), další dva projekty měly lidi s duševním onemocněním jako jednu z vícero cílových skupin, na které se zaměřovaly. Šlo o společný projekt **Českých Budějovic, Mezi proudů a Fokusu ČB** a o projekt **Slezské diakonie** v Moravskoslezském kraji. Do zbývajících deseti projektů se dostávali lidi s duševním onemocněním bez jejich cíleného vyhledávání.

Organizace Ledovec za dobu realizace projektu zabydlela 17 osob do 15 bytů. V projektech Českých Budějovic a Slezské diakonie bylo zabydleno 45 domácností, podle naší interní databáze mělo 22 % z nich vážné dlouhodobé duševní onemocnění a dalších 22 % mělo „nálehavou potřebu terapeutické práce“.

Celkově se v rámci výzvy 108 OPZ+ zabydle-

lo 280 domácností. Téměř čtvrtina zástupců těchto domácností se před zabydlením potýkala s duševním onemocněním (podle hodnocení sociálních pracovníků). Před zabydlením byly respondentům položeny také otázky z Kesslerovy škály psychosociální tísně (index K6). V pásmu vysoké úrovně stresu ($K6 \geq 13$), která odpovídá míře stresu při vážném duševním onemocnění, bylo před stěhováním 42 % respondentů. Kolik z podporovaných osob mělo dlouhodobé závažné duševní onemocnění podle SMI, nevíme.

Na tuto výzvu navázaly výzvy [007](#) a [101 OPZ+](#). V těchto výzvách už byly tři projekty, které se zaměřovaly výhradně na zabydlování osob s duševním onemocněním (**Ledovec – Plzeň**, **Baobab – Praha**, **Bona – Praha**) a pokračovaly i dva výše zmíněné projekty, které měly lidi s duševním onemocněním jako jednu z cílových skupin. Projekt Mezi proudů a Fokusu ČB

byl již realizován bez partnerství s městem.

Projekty Ledovce¹, Bony a Baobabu dosud zabydly 59 domácností, ve kterých se nachází lidé se závažným duševním onemocněním. Při vyhledávání těchto osob spolupracovaly i s nemocnicemi, zejména s Psychiatrickou nemocnicí v Dobrušce a s Psychiatrickou nemocnicí Bohnice (zabydlovaly některé lidi, kteří byli dlouhodobě hospitalizováni). Projekty Mezi proudů a Slezské diakonie zabydly dosud 72 domácností. Projekt Mezi proudů si kladl za cíl zabydlet 7 domácností, kde alespoň jeden z jejich členů má dlouhodobé duševní onemocnění.

V těchto výzvách bylo podpořeno 49 projektů, v nichž bylo k 31. 7. 2025 zabydleno přes 1000 domácností. Ve 22 % z nich byla osoba s duševním onemocněním (podle hodnocení sociálních pracovníků). 4 % zástupců zabydlených domácností bylo omezeno na svéprávnosti. 28 % navštěvovalo psychologa nebo psychiatra. V pásmu vysoké úrovně stresu bylo před stěhováním 44 % respondentů.

Během šesti let tak bylo zabydleno okolo 290 domácností, ve kterých alespoň jedna dospělá osoba (podle hodnocení sociálních pracovníků) měla duševní onemocnění. Projekty zaměřující se výhradně na lidi s vážným a dlouhodobým duševním onemocněním zabydly přes 70 domácností.

Co se týká úspěšnosti, tedy toho, kolika domácnostem se podařilo, aby jim po roce bydlení byla znovu prodloužena nájemní smlouva, tak víme, že v projektech 108 OPZ po roce bydlení dál setrvalo ve svých bytech 84 % domácností. Po dvou letech bydlelo v poskytnutých bytech už „jen“ 64 % domácností (avšak pouze 17 % domácností ukončilo bydlení nedobrovolně – nebyla jim prodloužena nájemní smlouva nebo byla ukončena, ostatní odešli z bytů z vlastních důvodů). V projektech 007 a 101 OPZ+ tato data zatím nemáme. Z průběžných výsledků se však zdá, že úspěšnost bude podobná a víc, než rok bude bydlet přes 80 % zabydlených domácností. Přesná data o tom, zdali se úspěšnost domácností s vážným duševním onemocněním liší od úspěšnosti jiných cílových skupin, zatím nemáme. Zdá se však, že díky robustní podpoře multidisciplinárních týmů z projektů, které se zaměřují na lidi s duševním onemocněním, bude úspěšnost

po jednom roce od zabydlení podobná jako u jiných cílových skupin.

Specifika lidí, kteří mají duševní onemocnění a jsou v bytové nouzi

Lidi s duševním onemocněním často **propadají sociálními službami**, ať už je to proto, že nejsou schopni plnit podmínky, které mají tyto služby nastavené, nebo proto, že si zaměstnanci sociálních služeb neví s jejich chováním rady. Určitá část lidí s duševním onemocněním v bytové nouzi se rozhodne sociální služby vůbec nevyužívat, protože jim **nedůvěřuje** nebo se v nich **ne cítí bezpečně**. Nebo naopak mohou „uvíznout“ ve zdravotnických zařízeních, kde jsou často i mnoho let hospitalizováni. Dlouhodobá hospitalizace (**institucionalizace**) se může negativně podepsat na jejich schopnosti samostatně fungovat a rozhodovat o svém životě. Data z května roku 2024 ukazují, že u pacientů dlouhodobě hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích je potřeba podpory bydlení u 1 117 osob – 449 z nich má závažné duševní onemocnění; chráněné bydlení, sociální bydlení a podobnou podporu potřebuje 287 osob².

Dalším specifíkem, které projekty Housing First často zmiňovaly, je to, že se jedná o velmi **zranitelné lidi** (a je u nich vyšší riziko sebevraždy). Velká část z nich si prošla dlouhodobou **traumatickou zkušeností** již v dětství. Často jsou to **osamělí** lidé bez přirozené podpůrné sítě a mohou být nedůvěřiví a mít problém navazovat blízké vztahy. Vlivem nemoci a stigmatizace s ní spojené může u těchto lidí docházet k **rychlé ztrátě naděje a motivace a mohou mít nízké sebevědomí**. Duševní onemocnění je úzce propojené s bezdomovectvím. V prvním projektu Ledovce pocházelo 20 % zabydlených klientů přímo z ulice. Mezi další specifika této cílové skupiny patří poměrně časté užívání psychoaktivních látek, které mnohdy těmto lidem slouží jako sebededikace či nástroj pro uklidnění a řešení stresových situací. Hodně klientů HF programů s duševním onemocněním patří mezi silné kuřáky (na což bylo potřeba přihlížet při výběru a úpravách bytů).

Zotavení nebo zotavování z duševního onemocnění bývá záležitost na mnoho let, i proto se u této cílové skupiny očekává **dlouhodobá podpora**. Organizace Ledovec pokračovala

1 Ledovec během dvou zmíněných projektů zabydlet 39 domácností a 48 lidí. 15 z nich mělo psychózy: zejm. schizofrenie, schizoafektivní p., 12 afektivní a úzkostné poruchy (zejm. deprese), 9 poruchy osobnosti, 4 PTSD, organické poškození mozku, demence. 11 z nich mělo/má opatrovníka. 23 lidí užívá, nebo abstínuje od užívání psychoaktivní látky vč. alkoholu (tzv. duální diagnóza). 13 z klientů spolupracuje s CDZ Ledovec Plzeň. Nejvíce lidí přišlo do projektů z ubytoven (12), z psychiatrické nemocnice (8), z ulice (9), z nestálého bydlení (3), z azylového domu (4), z nevhodného bydlení (3). Průměrná doba jejich bytové nouze je 5 let a 4 měsíce (minimum rok, maximum 25 let).

2 <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/08/Zaznam-z-15-zasedani-Narodni-rady-pro-dusevni-zdravi-ze-dne-17.-zari-2024.pdf>

v rámci výzvy 007 OPZ+ v podpoře většiny svých klientů z předešlé výzvy 108 OPZ. Ze 17 zabydlených osob do podpory v dalším projektu přešlo 13 účastníků. Ukazuje se tedy, že dva roky podpory pro tuto cílovou skupinu nebývají dostatečné.

Mezi další důležitá specifika podpory v bydlení u lidí s duševním onemocněním patří **širší škála aktérů, kteří jsou do podpory zapojeni** a kteří mezi sebou musí spolupracovat. Jde zejména o opatrovníky a personál psychiatrických nemocnic, případně center duševního zdraví (CDZ). Pokud má zabydlovaná osoba opatrovníka, tak to může proces zabydlování zefektivnit, ale i značně zkomplikovat. Komplikace projekty zmiňovaly jak v případě, že šlo o zabydlování do soukromých bytů, kde majitelé vyžadují flexibilitu a rychlé jednání (což občas kvůli vytíženosti opatrovníků není možné), tak u obecních bytů (kde se stávalo, že v případě, že měl klient opatrovníka z obce a dostal obecní byt, tak se opatrovník dostal do střetu zájmů a nemohl za klienta podepsat nájemní smlouvu. V takových případech se čekalo na přidělení kolizního opatrovníka, což celý proces zabydlování značně zpomalilo). Dále se v několika situacích stalo, že přítomnost opatrovníka při prohlídce bytu nebo při podepisování nájemní smlouvy klienta před majitelem bytu stigmatizovalo. Párkrát došlo i k hájení klientových oprávněných zájmů proti jednání přiděleného veřejného opatrovníka. Při spolupráci s nemocnicemi je třeba také počítat s tím, že celý proces zabydlování zabere více času. O propuštění lidí musí rozhodnout jejich ošetřující lékaři. V případě, že zabydlování lidé mají nařízenou ochrannou ústavní léčbu, tak o jejich ambulantní ochranné léčbě musí rozhodnout soud. Vyjednat propustku například na prohlídku bytu také nějaký čas zabere. S koordinací s vícero aktéry tak souvisí i menší flexibilita a delší trvání celého procesu zabydlování.

Potřeby a formy podpory pro lidi s duševním onemocněním

Lidé s duševním onemocněním, podle poskytovatelů sociálního bydlení, potřebují často **intenzivnější kontakt** s podpůrnými pracovníky. Podle jednoho z realizátorů probíhá osobní kontakt minimálně 1x týdně obvykle v délce 1–3 hodiny, dle potřeby i častěji (v některých obdobích každodenní). I proto někteří poskytovatelé mají **pohotovostní telefon** (který koluje v týmu) a jsou k dispozici 12 hodin denně (často od 8:00 do 20:00) po dobu celého týdne (**včetně víkendů**), s možností výjezdu. Jiní realizátoři dávají klientům seznam čísel, kam se mohou obracet, když nemají pracovní dobu (krizové linky a linky důvěry, hasiči, policie apod.). Dále je třeba počítat s tím, že

se klientům může měnit duševní stav a mohou schůzky častěji rušit. **Flexibilní pracovní doba** podpůrných pracovníků a **rozmanitost komunikace (osobní, telefonická, psaná)** jsou klíčové. Dále někteří pracovníci zmiňovali, že lidé s duševním onemocněním často potřebují **pomalejší tempo**, musí se přihlížet k tomu, že se rychleji unaví, nevydrží se dlouho soustředit na jednu věc nebo nezvládnou pojmout hodně informací najednou, proto se u některých klientů osvědčilo se vídat častěji na kratší dobu a příliš je nezahlcovat a nestresovat hromadou úkolů.

Kromě zmiňované intenzity kontaktu a časové flexibility kontaktů je velmi důležitá i **dlouhodobost podpory**. Podle jednoho z realizátorů po půl roce až roce od zabydlení často přichází různé krize. Klienti začínají mít zdravotní problémy, problémy s placením nájmu, se sousedy anebo je to mix všeho. Intenzita podpory po dobu jednoho roku měla podle tohoto realizátora zvyšující se tendence a čím déle byla podpora poskytována, tím byla intenzivnější. To se však může u jednotlivých klientů lišit. S dlouhodobostí podpory souvisí i to, že s lidmi s duševním onemocněním nemusí být snadné a rychlé vybudovat **vztah založený na vzájemné důvěře** a potom, co je tento vztah vybudován, tak často nedává příliš smysl člověka síťovat na jinou službu, kde si bude muset vztah budovat znovu od začátku. Takový vztah je budován nejen skrze společnou práci a plnění různých úkolů, ale především společným trávením času. Pro budování důvěry mezi pracovníky a klienty je důležité zažívat společně příjemné věci a úspěch. Dále jsou pro práci s lidmi s duševním onemocněním klíčové přístupy založené na zotavení, silných stránkách a Harm Reduction (i když podle některých realizátorů se více s klienty daří pracovat na abstinenci než na kontrolovaném pití).

Co se týká potřeb bytu, tak byt musí být uzpůsoben tak, aby se v něm klienti cítili v bezpečí (kukátko, řetízek na dveřích, bytelné dveře, často klienti nemusí mít pocit **bezpečí** v přízemí nebo ve vysokém patře apod.) a aby měli dobré podmínky pro **spánek** (dobrá matrace, klid, závěsy). Spánek je totiž pro psychickou kondici klientů často klíčový.

Složení podpůrného týmu

Na specifika a potřeby lidí s duševním onemocněním by mělo reagovat i složení týmu. Při podpoře lidí s duševním onemocněním je podpůrný tým většinou multidisciplinární. Tým se často dělí na podpůrnou a bytovou sekci, které jsou koordinovány koordinátorem a vedoucím týmu a metodikem.

Vedoucí týmu vybírá, podporuje a zaškuluje pracovníky týmu, vede rady, zajišťuje supervize, vzdělávání pracovníků, koordinuje

zapojení členů týmu a často komunikuje s různými aktéry v případě krizových situací. U vedoucího týmu je důležité, aby neztrácel kontakt s přímou prací a s klienty. Proto se jednou za čas účastní návštěv a setkání s klienty nebo má i čas úvazku na přímou práci. Umožní mu to lépe chápat problémy týmu a být v obraze. Metodik je zodpovědný za metodické postupy, kontroluje dodržování principů Housing First. Může plánovat vzdělávání a nabízet ostatním vhodné kurzy a semináře. V jednom z týmů metodik řeší sousedské vztahy a stížnosti a dělá prostředníka mezi sousedy a klientem/ jeho klíčovým pracovníkem. Metodik může být zároveň vedoucím týmu.

V podpůrném týmu jsou nejvíce zastoupeni sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, ukázalo se jako dobrá praxe, když se každý ze sociálních pracovníků zaměřuje více do hloubky na nějakou oblast práce: někdo rozumí více dávkám, někdo závislostem, dluhům, duševním nemocem apod. Sociální pracovníci a PSS mapují zájemce o vstup do projektu, dělají s klienty individuální plány, vyhodnocují s účastníky proces zabydlování, řeší krizové situace, koordinují vznik podpůrné sítě, spolupracují s účastníky na předcházení rizik ztráty bydlení.

Dále zde jsou peer pracovníci, což jsou v tomto případě lidé s žitou zkušeností s duševním

onemocněním nebo bytovou nouzí (nebo obojím). Ti se ve své práci nejčastěji zaměřují na práci s nadějí a motivací, se samotou, na budování sítě přirozené podpory, na začleňování do společnosti a na smysluplné trávení volného času. Ukazuje se, že je dobré mít alespoň dva peer pracovníky, aby klienti měli větší výběr. Některé klientky nemusejí chtít spolupracovat s mužem a naopak, proto nejen rozmanitost příběhů a zkušeností, ale i genderová rozmanitost se ukazuje být důležité. I pro samotné peer pracovníky je často dobré nebýt na dané pozici sami. Peer pracovníci nejsou důležití jen pro klienty, ale i pro fungování samotného týmu, protože ostatním členům mohou dávat cennou zpětnou vazbu a mohou být v týmu „hlasem a perspektivou klientů“. Nedoporučuje se, aby peer pracovníci měli příliš krátké úvazky. Dostatečně velký pracovní úvazek jim umožní nejen pracovat s klienty, ale účastnit se také porad týmu a vzdělávání.

Dále v podpůrném týmu bývá terapeut nebo psycholog a výjimečněji i psychiatr. Je užitečné mít v týmu psychiatra, protože vyjednává s psychiatrickou nemocnicí, rozšiřuje kompetence týmu o psychiatrické hledisko a hodnocení rizik, zajišťuje krizovou podporu, včetně výjezdu do bytu při relapsu, podporuje v případě potřeby hospitalizace. A jakožto člena týmu ho klienti často lépe přijímají, protože ho



Foto: Centre for Homelessness Impact / Christopher James Hall Foundation

často poznají i v jiných situacích a více lidsky než ostatní lékaře.

Jako velmi důležitá pozice se v týmech ukázala zdravotní sestra, ať už se specializací na duševní onemocnění nebo bez ní. Vzhledem k časté nedůvěře a strachu klientů z lékařů je terénní zdravotní sestra, která dochází za lidmi do jejich bytů, nepostradatelný člen týmu a může napomoci včasnému řešení zdravotních problémů. Může také v očích klientů rehabilitovat zdravotní systém, se kterým mají často špatné zkušenosti.

Dále vytváří plány zdravotní péče, doprovází klienty k lékařům specialistům, motivuje k péči o zdraví, edukuje, doporučuje konzultace s experty v oblasti psychiatrie či s psychologem a podporuje v užívání medikace a dodržování léčebných plánů. V některých týmech mají také adiktologa, dluhového poradce, [experta na hledání práce \(IPS\)](#).

V bytové sekci týmu bývá bytový specialista/sociálně realitní zprostředkovatel, správce plateb a technik/pracovník podpory při správě bytu.

Bytový specialista (popřípadě sociálně realitní zprostředkovatel) vyhledává byty na soukromém trhu, komunikuje s majiteli bytů (i s obcí, v případě, že má projekt i obecní byty), pomáhá párovat byty a klienty, může řešit sousedské stížnosti a komunikaci se sousedy.

Správce plateb kontroluje, že byl zaplacený nájem. Komunikuje s klienty ohledně jejich plateb a případných dluhů. Nastavuje splátkové kalendáře. Komunikuje s majiteli bytů, zdali nájem byl zaplacen. V případě toho, že organizace je zvláštním příjemcem dávky na bydlení, tak rozděluje dávku a platí nájem a další náklady na bydlení. Včas informuje tým, že nájem nebyl zaplacen.

Technik nebo také pracovník při správě bytu pomáhá zkontrolovat technický stav bytu před nastěhováním, může pomáhat připravit byt na nastěhování a se samotným stěhováním. Pomáhá klientovi s technickou údržbou bytu a drobnými opravami (často formou nácviku). Pomáhá při uvádění bytu do původní podoby před předáním po vypršení nájemní smlouvy.

Na 20 klientů bývá v projektech kolem jednoho celého úvazku na koordinaci a vedení týmu, v podpůrné sekci bývá mezi 3–4 úvazky a v bytové sekci kolem jednoho úvazku.

Týmy si pak často hradí na DPP nebo fakturu další spolupracují experty. Čím více klientů tým podporuje, tím bývá ekonomičtější. Na jednoho sociálního pracovníka a PSS v týmech připadá 6 až 10 klientů.

Fungování týmu a organizace práce

Ve většině zmíněných programů s klientem vždy pracuje celý tým (za klientem jde ten, kdo nejvíce rozumí tomu, co klient právě řeší nebo kdo má zrovna čas) a klienti znají všechny zaměstnance, v menšině týmů zná klient jen své klíčového pracovníka a vedoucího týmu a případně v případě zájmu další specialisty (terapeuta, dluhového poradce, adiktologa, peer pracovníka). První zmíněný způsob fungování týmu vychází převážně z přístupů, které se označují jako ACT (Assertive community treatment) nebo FACT ([Flexible Assertive Community Treatment](#)), druhý jako ICM (Intensive Case Management)³. Ale reálná praxe v některých projektech je mixem obou modelů fungování týmu. Často je to tak, že s klientem pracuje celý tým a celý tým zná klienta, ale každý sociální pracovník má přidělené své klienty, u kterých dohlíží na vedení dokumentace a se kterými je v nejintenzivnějším kontaktu.

Klient většinou pozná celý tým už při zabydlování, protože se s členy týmu setkává při různých konzultacích a vstupních pohovorech, při vyřizování všech věcí nutných k zabydlení a při samotném stěhování. Mnohdy klient pozná všechny členy týmu i díky oslavě nastěhování do bytu, kterou řada projektů klientům pořádá. Některé týmy pro klienty ještě vytvořily publikace, kde má každý člen týmu medailonek a kontakt.

Pro dobré fungování týmu Housing First je důležité, aby celý tým byl naladěný na stejné vlně a věřil principům, ze kterých tento přístup vychází. To usnadňuje komunikaci uvnitř týmu a dělá to službu pro klienty transparentnější a srozumitelnější.

Některé týmy mají krátkou poradou (půl hodina až hodina) každý den ráno, kde se schází tým podpory a řeší se jen akutní věci klientů a plán podpory na daný den (kdo ke komu půjde a co se bude dít). K těmto každodenním poradám jsou pak týmové porady jednou za týden, kde se dělají větší rozhodnutí, je více prostoru pro diskusi a můžou se probrat všichni klienti, nejen ti, co prožívají aktuálně nějakou krizi, a koordinuje se práce mezi podpůrnou i bytovou sekci, párují se noví klienti a byty, nebo se může rozhodovat o přidělení příspěvku z krizového fondu apod. K těmto pravidelným poradám se často přidávají porady nepravidelné, například koncepční porada, kazuistická setkání a supervize. Některé týmy se nesetkávají každý den a mají jednu velkou poradou týdně osobně, kde plánují celý týden a jednu on-line, kde se plánuje podpora na víkend. Pro týmovou práci je důležité pravidelné setkávání a koordinace, proto je důležité, aby

3 Více o rozdílu mezi ACT a ICM naleznete v [Evropské příručce Bydlení především](#).

úvazky jednotlivých zaměstnanců umožňovaly se porad účastnit. Kromě porad spolu týmy často komunikují i pomocí různých společných chatů a sdílených nástěnek (rychlé předávání aktuálních a akutních informací a záznam úkolů a termínů).

Aby každý člen týmu měl přehled o tom, co se u jednotlivých klientů děje, a mohla tak fungovat zastupitelnost a rotace podpory mezi jednotlivými členy, tak je důležité vést si přehledně dokumentaci a záznamy o tom, co kdo s jednotlivými klienty dělal. K tomuto účelu má většina týmů nakoupený nějaký z informačních systémů, které jsou určené pro sociální služby.

Jak dochází k výběru klientů

Potenciální klienty organizace hledají pomocí navázání spolupráce se sociálními a zdravotními službami, které lidi v bytové nouzi na programy Housing First odkazují (případně i se sociálním odborem obce). Proto je dobré tyto služby v místě působnosti s projektem Housing First seznámit. Další klienti mohou pocházet z jiných služeb dané organizace nebo si pak o projektu začnou povídat a předávat informace sami lidé z cílové skupiny.

Každý **zájemce** o vstup do projektu Housing First musí absolvovat rozhovor (někdy rozdělený na více setkání) s některým ze členů týmu (většinou rozhovor dělají dva lidé). Na základě tohoto rozhovoru se vyhodnotí zranitelnost žadatele a odhaduje se, jak komplexní podporu bude potřebovat (nejčastěji se posuzuje délka

a závažnost bytové nouze, finanční situace, zdravotní stav, typ psychického onemocnění a to, jak danému člověku omezuje a komplikuje život, závislost nebo nadužívání psychoaktivních látek, propadání sociálními službami, diskriminační faktory jako je etnicita nebo zkušenost s VTOS, dále se hodnotí dlouhodobé pobyty v institucích, ať už jde o ústavní výchovu nebo pobyty v nemocnicích, v případě, že v domácnosti jsou děti, tak se hodnotí riziko jejich odebrání, spolupráce s OSPODem. Kromě těchto faktorů se často přihlíží k aktuální situaci a k tomu, jak se může situace klienta bez poskytnutí rychlého bydlení zhoršit. Kromě zranitelnosti se během hovorů zjišťují i preference a představy dotyčných lidí o budoucím bytí a bydlení (kde by byt mít chtěli a kde ne, jaké patro, jak velký, s kým by se chtěli stěhovat, jaké mají zkušenosti se samostatným bydlením apod.). Dále se zjišťují finanční možnosti klientů, aby nebyli zabydleni do bytu, který nemají šanci uplatit. Na základě zjištěných informací jsou klienti bodově ohodnoceni, tzn. čím více zranitelní jsou, tím více bodů dostanou. Body ale určují jen to, kdo může vstoupit do projektu, nikoliv ještě to, kdo půjde bydlet.

Pokud klient splňuje podmínky pro zařazení do projektu (je v bytové nouzi a má potřebu dlouhodobé a intenzivní podpory + u většiny ze zmíněných projektů musí mít vážné duševní onemocnění podle SMI), stává se **čekatelem** (o tom ve většině projektech rozhoduje celý tým na poradě). U této cílové skupiny nebývá zvykem dělat žádné velké jednorázové ma-



Foto: Centre for Homelessness Impact / Christopher James Hall Foundation

pování, ale projekty mapují cílovou skupinu průběžně a nabírají lidi postupně podle toho, jak se jim daří shánět byty. Jako dobrá praxe se ukázalo nemít převis čekatelů nad byty vyšší než jednu třetinu a pak dát stop stav. Kdyby se pohovory dělaly neustále a bylo příliš čekatelů a málo bytů, tak by to v mnohých lidech vyvolávalo falešné naděje, které by mohly mít negativní dopad na jejich život, psychický stav a důvěru ve službu.

Čekatelé se párují s byty. Nerozhoduje tedy jen zranitelnost, ale i to, zdali lidé splňují podmínky majitelů (například nemají u daného majitele dluhy, mohou si daný byt dovolit) a to, zdali byt splňuje požadavky čekatelů (velikost bytu, lokalita, patro, sousedství, bezpečnost). V případě, že je spárován čekatel a byt, tak se z čekatele stává účastník projektu, který je zabydlen.

Jak dochází k hledání bytů?

Panuje poměrně velká shoda, že sehnat byty pro tuto cílovou skupinu na soukromém trhu je velmi náročné. Zmiňované projekty, které řeší pouze lidi s duševním onemocněním (Ledovec, Baobab, Bona) mají naprostou většinu bytů od obcí. Jako dobrá praxe se ukázalo vyjednávat s obcemi a sepsat s nimi memoranda, ve kterých se obce zavážou k poskytnutí určitého počtu bytů do určitého termínu.

Za hlavní bariéry hledání bytů na soukromém trhu jsou považovány vysoké nájem, předsudky pronajímatelů a také specifická situace trhu s bydlením ve městech, kde projekty působí. Plzeň a Praha jsou lokality, kde poptávka po levném nájemním bydlení mnohonásobně převyšuje nabídku.

Mezi další bariéry patří již zmiňovaná neflexibilita spojená s tím, když má klient opatrovníka nebo je hospitalizovaný. Bariérou je také stigma spojené s tím, že daný člověk potřebuje asistenci při komunikaci s majitelem nebo že se viditelně „zvláště chová“. Někteří klienti mají tendence majitelům vše o sobě říct. Proto je dobré prohlídku bytu s klientem natrénovat nebo probrat dopředu.

Projektům, kde lidé s duševním onemocněním nejsou jedinou cílovou skupinou, se hledání bytů na soukromém trhu dařilo mnohem lépe. Mezi proudy z Českých Budějovic spolupracují takřka výhradně s menšími soukromými vlastníky, zatímco Slezská diakonie naopak má velkou část bytů od velkého vlastníka mnoha stovek bytů. V Českých Budějovicích a v Moravskoslezském kraji se dařilo motivovat ke spolupráci soukromé vlastníky dostupných bytů mnohem lépe. Daleko více slyšeli na možnosti garancí, pojištění a záruky, které pro majitele plynou z toho, že zabydlený nájemník má intenzivní podporu od profesionálního týmu.

Více o spolupráci se soukromými vlastníky se dozvíte na [našich webových stránkách](#).

Co multidisciplinární tým s klienty nejčastěji dělá?

Činnosti podpůrného týmu (jak podpůrné, tak bytové sekce) by se daly rozdělit do třech hlavních částí: 1) podpora před zabydlením, 2) podpora během bydlení v udržení si bydlení, 3) podpora v „osamostatnění“.

Před zabydlením klienti potřebují zařídit všechny doklady a formality, aby mohli podepsat nájemní smlouvu a aby si mohli zažádat o sociální dávky, připojit se k energiím apod. V této fázi také probíhá velmi intenzivní spolupráce s opatrovníky a nemocnicemi (u klientů, kde je to relevantní) a často také s Úřadem práce ČR (pokud referenti ÚP ČR znají podpůrný tým a smysl projektu, tak zpravidla lépe a efektivněji komunikují a spolupracují s klienty projektu). Navazuje se spolupráce s personálem institucí na plánování, přípravě a realizaci přechodu. Vytváří se individuální plány přechodu do vlastního bydlení. Mapují se zdroje a silné stránky klienta v oblasti bydlení, někde se zpracovávají první verze protí/krizového plánu, stanovují se role pro jednotlivé aktéry (co dělá multidisciplinární tým, co komunitní služby, ambulantní lékař, opatrovník, rodinní příslušníci a přátelé apod.). Vznikají individuální plány péče, které se doporučuje začít vytvářet už před odchodem z nemocnice. Dále se pracuje na vybavení bytu (nábytkové a materiální banky) a stěhování. V jednom projektu klienti dostávají i krátký informační materiál o tom, co znamená být v projektu Housing First, jaké povinnosti z toho vyplývají, jak bude vypadat podpora a co mohou od vzájemné spolupráce očekávat. Vše je často zakončeno oslavou, protože se ukazuje, že rituály a oslavy úspěchů jsou pro hodně lidí důležitou součástí procesu jejich zotavení.

Během podpory lidí v udržení si bydlení se hodně pracuje na tom, aby se lidé v bytě cítili jako doma a měli tak důvod usilovat o to, aby o byt nepřišli. Byt se dovybavuje podle jejich přání a vkusu (mnoho věcí se dá sehnat za odvoz na sociálních sítích). Řeší se vybavení a úpravy v bytě, které pomohou klientovi cítit se v bezpečí a které mu zajistí nějaké pohodlí. Dál se pak může řešit úklid a obsluha bytu. Pak se samozřejmě musí řešit finanční udržitelnost bydlení, takže se vyřizují dávky, nastavují procesy placení nájmu a služeb, zajišťují dluhové poradny, vyřizují se invalidní a starobní důchody, nebo se řeší rekvalifikace, vzdělávání, či hledání nové práce (propojení s IPS – Individual Placement Support expertem). Kromě navyšování příjmů se pracuje i na snižování výdajů a na hospodárném užívání bytu, na získávání věcí z potravinových a materiál-

ních bank apod. Dále se pracuje s klientem na spokojeném soužití v domě. Řeší se pravidla domu (místa ke kouření, užívání společných prostor apod.), pravidla návštěv, komunikace se sousedy. Pracuje se také na budování sebevědomí a wellbeingu, řeší se klientova samota, vztahy s rodinou, trávení volného času. Součástí toho je i řešení zdravotního stavu, a to jak fyzického, tak psychického, nasíťování na odborníky, úprava medikace, vyjednání hospitalizace apod. Po celou dobu všech těchto činností se buduje vztah, který je klíčový k efektivní podpoře. Vztah se buduje skrze společně zvládnuté krize, skrze nehodnotící přístup, druhé šance, hájení zájmů klienta, skrze to, že je služba pro klienta užitečná a on vidí její přínosy, ale i skrze společné oslavy (zabydlení, narozenin, dosažení určitého období bez relapsu, nejdelší doba bez hospitalizace atd.), rituály a společné trávení času (neformální setkávání klientů, pétanque, procházky, houbaření, relaxační aktivity, jóga). Pomoc se nabízí velmi asertivně a opakovaně (snaha o kontakt je vytrvalá). Velká část setkání se odehrává v bytě, protože stav bytu často může velmi napovědět, v jakém psychickém stavu se klient zrovna nachází. Konec bydlení neznamena konec podpory. Ať už bylo důvodem ztráty bydlení cokoliv, pokud klient chce nadále spolupracovat, tak dostává další podporu a je snaha mu pomoci najít nové bydlení nebo alespoň zajistit krizové ubytování.

V poslední fázi podpory, ke které nemusí dojít nebo ze které se dá zase vracet do předchozích fází, se usiluje o přípravu klienta na opuštění služby. Klient se může dále síťovat na služby s menší intenzitou podpory, ale především se s ním dělá hodně nácviků (komunikace s majitelem bytu, s úřady, s lékaři), řeší se jeho obavy, hledají se přirozené zdroje podpory apod.

Užitečné webináře a videa

- [Recovery a CARE \(model psychosociální rehabilitace\)](#)
- [Sociální práce a přístup zaměřený na silné stránky](#)
- [Motivační rozhovory](#)
- [Playlist k peer práci](#)
- [Práce s lidmi, kteří užívají psychoaktivní látky](#)
- [Protikrizové plánování](#)
- [IPS \(Individual Placement and Support\)](#)
- [Práce s duševně nemocnými v režimu Housing First ve Francii a v Holandsku](#)

Foto: Anna Ozola, Unsplash

Rozhovor: Byla jsem rozhodnutá, že už nebudu pracovat s klienty. Housing First mě přivedl zpět, říká Anna Frantz z organizace Baobab

Anna Frantz je sociální pracovníce v organizaci Baobab. Žije v Praze. Uplynulých 20 let se věnovala převážně práci s lidmi bez domova. Publikovala, učila a sbírala zkušenosti v pražských ulicích, ve výchovném ústavu, v redakci odborného časopisu a dal. V práci ji doprovází canisterapeutická fenka Frantzi.

Organizace Baobab poskytuje na území Prahy služby zaměřené na lidi s psychickými obtížemi nebo duševním onemocněním. V rámci podpory bydlení nabízí tréninkové bydlení, nízkokapacitní pobytovou službu a doplněním tohoto spektra je zabydlovací projekt s využitím přístupu Housing First, podpořený z OPZ+.



Anna Frantz

sociální pracovníce a expertka
pro oblast drog a závislostního
chování

Baobab, z. s.

Pracuješ v organizaci Baobab, která od roku 2023 realizuje projekt Housing First pro lidi s duševním onemocněním. Dřív jsi ale pracovala jako sociální pracovníce v terénní službě s lidmi na ulici, ve výchovném ústavu a v dalších oblastech. Proč ses rozhodla pro změnu a co tě na téhle práci a cílové skupině lákalo?

Já jsem se pro to dopředu nijak nerozhodovala. Naopak jsem byla pevně rozhodnutá, že po předchozích zkušenostech v sociálních službách už do přímé práce s klienty nepůjdu. Zároveň jsem chtěla zůstat v oboru, ale představovala jsem si spíš zajišťovat background pro ty, kteří v té práci s lidmi intenzivně jsou. Zvažovala jsem něco jako pozici office managerky, chtěla jsem dělat nějakou administrativu, kupovat chlebičky na porady a náplně do sešívačky a zároveň být součástí toho, co je pro mě důležitým profesním tématem. Dlouho se mi nedařilo nic najít, ze tří míst mi po zaslání životopisu napsali, že jsem na tu pozici „překvalifikovaná“, ačkoli jsem všude jasně a srozumitelně uváděla důvody, proč hledám právě tohle. Nakonec už jsem to chtěla vzdát a jít pracovat do děmka, což je takovej můj tajnej sen.



Eva Nováková

metodička sociální intervence
a desegregace projektu
Podpora rovných příležitostí
NPI

Pak mi někdo poslal odkaz s inzerátem na pozici peer konzultanta do projektu Housing First, což mě zaujalo, protože jsem o té metodě už něco slyšela a chtěla jsem se o ní dozvědět víc. Do Baobabu jsem se na výběrko tedy nakonec přihlásila. Sama jsem v uplynulých letech prošla vážným zhoršením psychických obtíží a tím se mi celá oblast péče o duševní zdraví přiblížila. Při osobním pohovoru tehdy zaznělo něco v tom smyslu, že se na tu pozici vlastně nehodím, že mám příliš dlouhou zkušenost ze sociální práce (to se mi pomalu začalo dělat rudo před očima a očekávala jsem další označení „překvalifikovaná“...) a že mé žité zkušenosti neodpovídají tolik zkušenostem klientů, na které je projekt zaměřený.

S odstupem času musím uznat, že měli pravdu. Asi bych nebyla „dobřej“ peer, protože by pro mě nejspíš bylo obtížné ty profesní zkušenosti jen tak odložit za dveřmi a s těmi lidmi prostě jen tak „být“. Zároveň mi ale nabídli pozici sociální pracovnice a rázem jsem se ocitla přesně tam, kde jsem rozhodně nechtěla být. Nakonec jsem se rozhodla hlavně kvůli tomu, jak na mě u pohovoru působilo moje současné šéfovství a jakým způsobem mluvili o lidech, kteří budou do projektu přijímáni. Zaujalo mě, že služba je nadizajnovaná pro lidi, kteří v podstatě ostatními sítě propadávají, i způsob, jak o tom přemýšleli – kriticky a s respektem k lidem, kterým se zrovna nedaří. Tak jsem to nakonec vzala.

Tuhle práci jsem si ale nevybírala podle toho, čemu se říká cílová skupina. Na to úplně moc nevěřím. Po 20 letech praxe v sociální práci si uvědomuju, jak jsou ty věci strašně provázané. To, jestli spadneš do jedné nebo druhé cílovky, je často otázkou náhody. Jakmile ti jednou do anamnézy napíší abúzus návykových látek, jsou pak často veškeré psychické potíže přisuzovány právě tomuto fenoménu. Když jsem před dvěma lety vstupovala do oblastí péče o duševní zdraví, myslela jsem si, že se zbavím nutnosti stále dokola svoji práci obhajovat, že na rozdíl od lidí bez domova, etnických menšin nebo lidí, na kterých se podepsalo destruktivní užívání drog, je lidem s duševním onemocněním společností přiznáváno nějaké právo na křehkost. Nebo že vůči nim alespoň existuje nějaká míra soucitu. Byla jsem dost naivní a ta konfrontace s realitou mě celkem rychle připravila o iluze. Možná je to o něco lepší alespoň v tom posuzování, kdo si za co může sám a komu tedy náleží právo na pomoc. Ale i tady je patrný rozdíl v tom, jak se přistupuje ke „spolupracujícím“ pacientovi a k tomu, u kterého se nějakým způsobem kumulují problémy. Pokud někdo ke své psychiatrické diagnóze bere nelegální drogy, pije alkohol nebo si sám upravuje medikaci, stává se spoluviníkem svoji situace a pochopení, respekt a přijetí se mu

nabízí daleko obtížněji. Přitom je zcela evidentní, že se jedná o rozdílné symptomy téhož.

Při práci s lidmi hluboce závislými na drogách jsem po čase v každém příběhu byla schopná identifikovat nějaké hluboké zranění z minulosti. Ne vždy se jednalo o vážné vývojové trauma, jak to předkládá Maté, ale vždy to bylo něco zásadního, co způsobilo ztrátu důvěry v realitu a obecně v tenhle svět. V průběhu života se pak důsledky takového klíčového poškození opakovaně stávaly zdrojem dalších potíží a znovu prožívané špatné zkušenosti. U lidí s vážným duševním onemocněním pozoruju úplně stejné mechanismy. Dalo by se tedy říct, že se jedná o rozdílné symptomy téhož poškození, přičemž ty projevy se formují jako obranný mechanismus, který umožňuje jedinci nějak přežít. A v momentě, kdy do toho vstoupí společnosti konstruované normy, stigmata, mýty a předsudky, které jdou ruku v ruce se zásluhovostí, začneme rozdělovat lidi na ty, se kterými budeme mít soucit, a na ty, které odsoudíme.

Jaké jsou hodnoty a cíle vašeho Housing First týmu?

Vycházíme z Evropské příručky Housing First (Bydlení především), kde je uvedeno osm základních principů, kterých se snažíme držet: Bydlení je lidské právo; podporované osoby mají mít možnost volby a kontroly nad formou jejich podpory (je jim nasloucháno a jsou respektovány); bydlení je odděleno od podpory (konec podpory neznamena konec bydlení a naopak); podpora je zaměřena na zotavení; po klientech není vyžadována abstinence a je využíván přístup harm reduction; spolupráce je založena na silných stránkách a motivaci (aktivní zapojení bez donucení); a ke každému se snažíme přistupovat individuálně. Posledním principem HF je flexibilní podpora tak dlouhá, jak je potřeba. Před časem jsme jako tým prošli tzv. hodnocením věrnosti těmto principům (fidelity), kde se ukázalo, že se nám je daří naplňovat ve vysoké míře.

Co se týká cílů našeho projektu, zavázali jsme se přijímat a podporovat takové lidi, kteří nejen že mají duševní onemocnění, ale také se dlouhodobě nacházejí bez stabilního bydlení. To znamená, že jsou to lidé, kteří buď nikdy v životě samostatně nebydleli, žijí v nevyhovujícím bydlení, nebo opakovaně v důsledku své nemoci o bydlení přicházejí.

Zároveň se zaměřujeme na ty, kteří z nějakého důvodu propadávají sítím pomoci. Takových lidí je obrovské množství a jednou z příčin, které vedou k tomu, že lidé nemohou využít podporu nějaké služby, je mnohdy právě potřeba rozdělovat lidi do cílových skupin, kterou jsem zmiňovala na začátku rozhovoru.

Lidi přijímáme do projektu na základě splnění bodového limitu po předchozím mapovacím rozhovoru. Zásadní je pro nás doba, kterou člověk prožil bez domova, zkušenost s institucionální péčí, problematické užívání návykových látek, vážné a dlouhodobé zdravotní problémy, dlouhodobé duševní onemocnění a opakované propadávání sociálními službami. Roli hrají i další okolnosti, které člověka znevýhodňují na trhu s bydlením. Není to ale soutěž, ve které záleží na počtu dosažených bodů a úspěch jednoho automaticky neznamená neúspěch jiného zájemce. V případě, že uchazeč o místo v projektu dosáhne při mapovací schůzce určité bodové hranice, je do projektu zařazen, pokud je ještě volné místo. Nemáme pořadník a neradi bychom se dostávali do situací, kdy bychom museli vybírat mezi několika zájemci na základě prokazované motivace ke spolupráci nebo jiných těžko hodnotitelných kritérií. Ani potřebnost není možné objektivně hodnotit. Příběhy, které jsou na pozadí složité životní situace lidí, se kterými vstupujeme do spolupráce, jsou různé, všechny ale stejně naléhavé.

Takže vy se vlastně zaměřujete na lidi, které sociální služby často považují za problémové nebo nespolupracující?

Ne tak docela, i když někteří naši Zabydlení s takovým označením pravděpodobně zkušenost mají. Jiní ale naopak zůstávají v péči pomáhající instituce dlouhé roky, spolupracují a nejsou s nimi žádné problémy. Pro danou službu či zdravotnické zařízení jsou tak v podstatě ideálními pacienty. Jejich onemocnění má dlouhodobý charakter a za úspěch je považováno to, že se jejich stav nezhoršuje. Nejsou nijak motivováni k úsilí o změnu k lepšímu a sami už ztratili veškerou naději na to, že by jejich život mohl vypadat jinak.

U většiny našich Zabydlených je jejich životní situace výsledkem dlouhodobé, mnohdy celoživotní zkušenosti s vážným duševním onemocněním, často v kombinaci s chudobou. Naprostá většina z nich nemá běžnou síť sociálních kontaktů, jejich rodiny jsou většinou nefunkční a u řady z nich se patrně podílely na rozvoji duševního onemocnění. Důvody, proč lidé, se kterými spolupracujeme, dlouhodobě propadávají sítím pomoci, jsou podle mě způsobeny vzájemným působením a kumulací různých zátěžových faktorů. A fakt, že dlouhodobě postrádají možnost důstojně bydlet, je jedním z klíčových témat.

Většina sociálních služeb, které se zaměřují na oblast zabydlování zranitelných skupin, pracuje s metodou prostupného bydlení, která u nás stále dominuje. Pro lidi, které máme v projektu, je ale tenhle způsob disciplínou, ve které nemohou obstát – ať už z důvodu nestabilního

psychického stavu, nebo obtížného zvládnutí blízkosti druhých lidí. Ta bývá v hierarchickém uspořádání prostupného bydlení mnohdy velice těsná.

Všimla jsem si také, že většina našich Zabydlených se točí v jakémsi „začarovaném“ kruhu, kdy si na základě zkušenosti s mimořádně náročnou životní situací vytvořili strategii obranných mechanismů, které umožňují jedinci přežít. V průběhu života je ale právě tahle „antidestrukční“ strategie příčinou opakujících se životních propadů. Nakonec se z ní stane zbytnělé „cosí“, co s naprostou jistotou přispěje k dalšímu pocitu selhání a neúspěchu – ale koneckonců je to alespoň nějaká jistota ve světě, kde se o nic jiného není možné opřít.

Nejsem si úplně jistá, jestli je život dostatečně dlouhý na to, aby bylo v lidských silách tuhle strategii na základě nových zkušeností přeformátovat tak, aby bylo možné obstát v běžné sociální realitě. A to je, myslím, přesně důvod, proč mohou někteří lidé působit jako problémoví a nespolupracující.

V rámci grantové výzvy (101 OPZ+) jsme se zavázali, že zabydlíme 20 lidí z ulice, ubytovan a z pobytových sociálních služeb nebo dlouhodobě a opakovaně pobývajících v psychiatrických nemocnicích či jiných institucích. Polovinu ze všech našich Zabydlených tvoří tzv. „chronici“ z Bohnic. To jsou vlastně lidé, kteří se tam opakovaně vrací. Když je pustí ven s igelitkou a oni nemají kam jít, tak se jejich stav záhy zhorší a za relativně krátkou dobu se v krizovém stavu vrací zpět. Následné stabilizace je dosaženo úpravou medikace a dohledem nad její pravidelností.

Vedle toho ale pobyt v psychiatrické nemocnici lidem zajistí základní fyziologické potřeby, jejich stav se objektivně zlepší a za nějaký čas dostanou zpátky svou igelitku a celé kolečko může začít nanovo. Po propuštění končí na ubytovnách, na ulici nebo „dočasně“ na gaučích u známých, kterých je ale čím dál méně. Nakonec jsou v psychiatrické nemocnici dlouhodobě, často mnoho let, a v ojedinělých případech i celý život. A ano, často se jedná o lidi, u kterých se vlivem nejrozumnějších okolností kumulují těžkosti – takže vedle duševního onemocnění se potýkají s následky destruktivního užívání psychoaktivních látek, zažívají sociální vyloučení a u většiny se časem ozve i somatická stránka zdravotního stavu.

Jak se vám daří sehnat pro podporované osoby byty?

Část bytů získáváme díky spolupráci s Magistrátem hlavního města Prahy, který nám pomohl zprostředkovat 15 bytů. Dalšíh pět pochází ze soukromého trhu. Je ale důležité zdůraznit, že lidem žádné byty „nedáváme“. Pouze



zprostředkujeme běžnou nájemní smlouvu mezi pronajímatelem a člověkem, který je na trhu znevýhodněný. Smluvní vztah se pak řídí občanským zákoníkem jako u každého jiného nájmu.

To, co se v našem projektu liší, je intenzivní podpora, kterou nájemci dostávají od týmu HF. Sami žádné byty nevlastníme — kdybychom měli přebytky prázdných bytů, určitě bychom je rádi nabídli těm, kteří je potřebují

Jak se vám dařilo hledat byty na soukromém trhu?

Tři byty jsme získali díky pražské Městské nájemní agentuře. Ta aktivně oslovuje majitele a na svých stránkách má zveřejněnou i evaluaci toho, jak postupují. Další dva byty jsme získali díky osobním kontaktům.

Jde většinou o majitele, kteří byt zdědili a rozhodli se jej nabídnout k sociálnímu účelu. Uvědomují si rozsah bytové krize i nespravedlnosti na trhu s bydlením, a chtějí dát šanci lidem, kteří by jinak na důstojné bydlení nedosáhli. Zároveň jsou to lidé, kteří si mohou dovolit nejít po maximálním zisku.

Jak pracujete s člověkem před zabydlením?

Proces začíná tím, že dostaneme tip na člověka, pro kterého by projekt mohl být vhodný. Typicky od sociálních pracovníků jiných organizací, od nemocnic nebo od blízkých dané osoby.

Se zájemcem se setkáme a zjišťujeme, zda má o samostatné bydlení a spolupráci zájem. Probíhá také mapování jeho situace – jakási „bytová anamnéza“. Na základě toho děláme tzv. bodování, na něž se ideálně dívá celý tým. I když se snažíme mít jasná kritéria, někdy je potřeba společná diskuse, abychom dospěli ke konsenzu.

Nejtěžší částí je fakt, že téměř všichni, kdo se do fáze rozhovoru dostanou, bydlení opravdu potřebují. Jenže potřebných je mnohem víc, než máme dostupných bytů.

Jak probíhají přípravy na samostatné bydlení, když člověk přechází přímo z Bohnic?

S člověkem začínáme pracovat ještě v nemocnici nebo v zařízení, odkud přichází. Dochází tam naše síťářka i sociální pracovníci a společně připravujeme tzv. Přechodový plán. Ten popisuje, co se bude dít a jak by přechod z instituce do vlastního bytu měl ideálně probíhat. Slouží jak samotnému člověku, tak jeho podpůrné síti.

Často narážíme na to, že lidé jsou z představy vlastního bydlení v naprostém šoku. Je to jejich velké přání, ale zároveň extrémně stresující změna, která se může projevit i na duševním zdraví. Stěhování je náročné i pro

stabilního člověka, který ho zažil už mnohokrát — v mnohém se dá svou zátěží přirovnat třeba k rozvodu.

Po sestavení plánu nastavujeme spolupráci s institucemi a službami, které dosud poskytovaly podporu. V některých případech je jednodušší pracovat s chráněnými bydleními či azylovými domy než s nemocnicemi — kvůli organizaci práce a rozdílným strukturám. Klíčové je ale vždy konkrétní nastavení a ochota lidí na místě.

A když pomůžete člověku z Bohnic do bytu, kdo mu pak poskytuje podporu v oblasti duševního zdraví?

Většina lidí má svého psychiatra – obvykle je to lékař z oddělení, odkud do bytu přechází. Ten dále upravuje medikaci a sleduje psychický stav. Specifickou skupinu tvoří lidé s nařízenou ochrannou léčbou. Ti jsou pod dohledem forenzního týmu, který kontroluje plnění soudem stanovených podmínek. Zhruba třetina našich Zabydlených spadá do této kategorie.

Někteří mají také klíčového pracovníka z jiné služby. V takových případech se snažíme spolupráci nastavit tak, aby se podpora nedublovala.

Každému je zároveň k dispozici náš multidisciplinární tým. Ten zahrnuje sociální pracovníce a sociálního pracovníka, dvě zdravotní sestry, psychoterapeutku, peer pracovníci s vlastní zkušeností s duševním onemocněním, dva „bytové techniky“ zajišťující praktické záležitosti bydlení, správcovou plateb a canisterapeutického psa.

V expertních rolích využíváme také podporu specialistů – experta na dávkový systém, expertku na drogy a závislostní chování, expertku na trauma-informovaný přístup.

Součástí týmu je také síťářka, která nastavuje spolupráci s odděleními psychiatrické nemocnice a dalšími aktéry v síti podpory. Mapuje potřeby nového nájemce a podílí se na tvorbě jeho přechodového plánu.

O složení našeho týmu vyšla i publikace MPSV s názvem [Housing First Baobab: Jak na multidisciplinární tým?](#)

Zmínila si, že je super mít peer konzultantku, mohla by si to nějak víc rozvést?

Myslím si, že pokud ti lidé vědí, že mají možnost být v kontaktu s někým, kdo prožil něco podobného, je to strašně důležité. Pak ten vztah může být úplně na jiné bázi. Výhodou je, že takový člověk většinou přináší specifický pohled na věc, zatímco my, kteří jsme mnohdy celá desetiletí formováni jakousi profesní kulturou, si často neuvědomujeme, že nám v přiblížení jednotlivých lidí uniká něco pod-

statného. Pro některé je člověk se zkušeností také zdrojem inspirace a naděje.

Jaká je role toho zabydlovaného člověka v celém procesu? Jak může ovlivňovat celý ten proces?

Každý člověk, se kterým vstupujeme do spolupráce, se pro nás od první chvíle stává naprosto autonomní jednotkou. On je tím, kdo je nejdůležitější v celém tom procesu, zatímco my v něm figurujeme pouze jako podpora. Snažíme se, aby Zabydlení měli co největší možnost samosprávy v bytech, aby skutečně mohli rozhodovat o tom, kdo jim tam bude vcházet a kdo ne, jak budou mít byt zařízený nebo jestli si například pořídí nějaké zvíře. Snažíme se minimalizovat veškeré kontrolní mechanismy, ale stále pro nás zůstává zásadní, aby ten byt zůstal v dobrém stavu, což zároveň garantujeme jeho majiteli.

Samozřejmě si můžeme ledacos myslet třeba o aktivitách nebo kontaktech našich Zabydlených, ale neměli bychom jim do toho zasahovat, pokud to přímo neohrožuje jejich bydlení. Rádi bychom pro Zabydlené byli něco jako průvodci světem, ve kterém se někdy mohou cítit ztraceni, nejisti a zmateni. Snažíme se pomáhat jim s věcmi, které si ještě nezvládnou zajistit sami. Podporujeme je ve vyřizování praktických záležitostí a u všeho klademe velký důraz na to, aby se daný člověk cítil důstojně.

Kromě praktických věcí ty lidi podporujeme i v nějakém smysluplném trávení volného času a v jejich zálibách. Snažíme se nikoho do ničeho nenutit a ani nehodnotit, jestli se věci daří nebo ne.

Jsou nějaké situace, kdy tu autonomii klienta musíte narušit?

Ano. Jsou to jednak situace, kdy se z vážných důvodů obáváme o zdraví nebo život zabydleného člověka, nebo pokud by mělo dojít k ohrožení jeho bydlení. Specifická je pak situace, kdy je ten člověk v ambulantní formě režimu tzv. ochranné léčby, nebo pokud je dotčený/á zbavený či omezený na svéprávnosti. Tam pak vstupují do hry veřejní opatrovníci, kteří takové lidi zastupují v otázkách právního jednání. V případě lidí se soudem nařízenou ochrannou léčbou pak tuto kontrolní roli zastávají členové forenzního multidisciplinárního týmu. V takových případech nemůžeme jít otevřeně proti jejich požadavkům, jakkoli by se nám zdály nevhodné.

Mnohem náročnější jsou pro nás ty prvně zmínované situace, kdy se často jedná o zásadní etická dilemata nebo těžká rozhodnutí. Pokud se něco takového děje, podrobujeme danou situaci intenzivnímu zkoumání na poradách a společných supervizích. Rozhodnutí pak

často bývá volbou mezi špatným, a ještě horším řešením a všechny takové situace pro nás bývají mimořádně niterné. Naší úlohou je pak provázet člověka i v situaci, kdy si dané řešení sám nevybral. Nejhorší jsou momenty, kdy jsme to my, kdo musíme neodkladně zasáhnout a rozhodnout se (často bez možnosti konzultovat s kolegy). Někdy nezbyvá než jednat proti vůli Zabydleného, což může na dlouhou dobu, v horších případech trvale, narušit vzájemnou důvěru, která je ale pro spolupráci zcela zásadní.

A jak pracujete s krizovými situacemi, když třeba člověk odmítá brát medikaci nebo má potíže se sousedským soužitím?

Je skoro pravidlem, že krátce po startu v novém domově Zabydlení vysadí veškerou medikaci. Je to pochopitelné. Nová životní situace nabízí možnost přeformátování všeho (a zbavit se psychiatrické medikace je přirozenou touhou většiny z nás, kteří ji užíváme). K jednotlivým případům přistupujeme individuálně a s ohledem na kontext celé situace.

Mezi našimi Zabydlenými jsou lidé, kteří (ze zcela legitimních důvodů) předepsanou medikaci neberou nikdy, za žádných okolností, ačkoli by jim pravděpodobně ulevila od nepříjemných symptomů jejich onemocnění, pak ti, kteří léky užívají jen pokud jsou hospitalizováni, ti, kteří si léky vezmou jednou za čas, když si vzpomenu. Další je pak prokládají alkoholem, pervitinem a dalšími psychoaktivními látkami, které s největší pravděpodobností ovlivňují jejich účinek. Jiní berou léky svědomitě a pravidelně a nám v týmu naopak připadá, že by léků mohli brát podstatně méně.

Pro nás je důležité, abychom se mohli otevřeně bavit o tom, zda, kolik a proč medikaci ne/užívají. Pro mnohé je pak překvapivé zjištění, že medikaci je možné odmítnout nebo si ji například nechat změnit. Nezdá se mi, že by „čarování“ s medikací přímo způsobovalo krizové situace, i když se svým způsobem mohou podílet na jejich eskalaci.

Potíže se sousedským soužitím jsou pochopitelně téma, které se nabízí. V pravidelně opakováném výzkumu Centra pro výzkum veřejného mínění, které zjišťuje nejméně přijatelné skupiny lidí, jež by ostatní nechtěli v sousedství, se „psychicky nemocní lidé“ dlouhodobě drží na špičce (společně s lidmi závislými na alkoholu a drogách a lidmi s kriminální minulostí). V aktuálním žebříčku z letošního května figurují na čtvrtém místě a za sousedy by je nechtěla polovina populace. Co na tom, že nějakou formou duševního onemocnění trpí přibližně stejná část populace jako těch, kteří se narodí modroocí.

Sousedství je tedy určitě potenciální zdroj krizových situací (ačkoli na našich Zabydlených většinou není jejich onemocnění na první pohled viditelné). Ochota být „dobrým sousedem“ a platit nájem jsou zároveň jediná dvě pravidla, která se Zabydlovaní zavazují dodržovat.

Prevenici vzniku takových situací a případnou deeskalaci mají u nás na starosti kolegové zajišťující technickou správu bytů. Pokud to situace umožňuje, měli by se na řešení případných konfliktů podílet právě oni, aby nedošlo k narušení vzájemné důvěry, kdyby se do něčeho takového vložil někdo z klíčových pracovníků. Krizové situace vyvolané v souvislosti s konfliktním sousedstvím ale nejsou něco, co bychom řešili na denní bázi. Snažíme se sledovat, jak se Zabydleným daří, a trůfám si říct, že ve většině situací, kde by k eskalaci vztahů mohlo dojít, dokážeme riziko identifikovat (a tím pádem i vyjednat vhodná řešení). Přesto čas od času k nějakému typu nepříjemnosti dojde.

Co ovšem výrazně přispívá k rizikům, je umístění magistrátních bytů. Ty jsou velmi často v obřích panelácích, kde jsou byty poskytovány dalším organizacím, které také zabydlují, a dochází tak ke kumulaci zranitelností, což je rizikové samo o sobě. To je ovšem realita, se kterou příliš nepohneme.

Je takový styl práce v něčem jiný, než jaký znáš z těch služeb, kde jsi dřív pracovala?

Zásadní rozdíl vidím v tom, že moje dosavadní práce v sociálních službách spočívala ve snaze hasit požár tam, kde ohrožuje nedalekou vesnici. A hasit ho jen do té míry, aby se příliš nepřibližoval a aby se na něj vesničané, kterých se nijak netýká, nemuseli koukat. Jinak nechat doutnat, hlavně aby to moc nestálo. Příčiny ani řešení, která by stála na humanistických principech, nikoho příliš nezajímala. Dlouhodobě to bylo frustrující a došlo to tak daleko, že jsem pochybovala o tom, jestli tím polohašením nepřispívám k udržení stávající situace. Další velký rozdíl vidím v tom, že většina služeb, ve kterých jsem v uplynulých dvaceti letech působila, byla postavená na zásluhovosti, dovednosti prokázat odpovídající motivaci ke změně a dost striktních pravidlech, která ale pro řadu lidí není možné naplnit právě z podstaty charakteru jejich potíží, případně zcela ignorují veškerou sociální realitu. U lidí bez domova, etnických menšin a lidí, kteří jsou v důsledku destruktivního způsobu užívání drog pro společnost viditelní, je nezbytné předpokládat alespoň minimální míru viny za svoji situaci, jinak by se mohla otrást iluze nejlepšího možného světa. A tam, kde je vina, musí přicházet trest, nebo alespoň dostatečná vůle k nápravě...

A to je i jeden z důvodů, proč jsem se nechtěla do sociálních služeb vracet, protože v takovém nastavení je člověk často postavený do pozice, kdy si buď musí nechat lhát, nebo nebýt upřímný vůči té službě a lhát ostatním. U lidí, kteří z nějakého důvodu nemohou pravidla služby dodržovat na 100 %, jejich porušení často znamená, že už ji dál nemohou využívat, což podpurný pracovník často nechce, a přestože rozumí kontextu celé situace, nemůže to změnit. To je strašně frustrující a je to něco, co už bych nikdy dělat nemohla a nechtěla.

V HF, tak jak ho děláme v našem týmu, mi vyhovuje to, že nehasíme požár, ale umožňujeme celkem jednoduchou formou, aby věci dostaly nový impuls, který je často tím, co může nastartovat nějaký proces změny. Navíc je mi mimořádně blízký realistický přístup, který negeneruje pravidla, jež se obtížně dodržují, a umožňuje vztahy založené na důvěře a upřímnosti. To, že je pro většinu Zabydlených takový vztah sotva představitelný a po letech zkušeností s jiným přístupem si automaticky upravují realitu, říkají to, co se domnívají, že chceme slyšet, a v podstatě neustále očekávají, že z nějakého důvodu o byt přijdou, nebo je ze služby „vyhodíme“, je smutný obrázek zkušeností, kterými prošli.

A jaké to pro tebe je, když od klientů víš ty informace o tom, co se jim nedaří nebo dělají něco, co je z tvého pohledu pro ně ohrožující?

Myslím, že je důležité tu práci dělat s nějakým předpochopením situace těch lidí. Pomáhající pracovník by měl být schopný zasadit si problémy těch lidí do nějakého celospolečenského kontextu. Uvědomit si, že například lidé většinou neberou drogy kvůli tomu, aby sobě nebo někomu druhému ubližovali, že je tam jiný důvod. Je důležité podle mě přicházet do kontaktu s tím, co ten člověk má za sebou, co si v životě prožil, a v tomhle kontextu vnímat jeho potřeby. Taková empatie vede k soucitu vůči tomu člověku a často i k nějakému respektu. A respekt k člověku znamená i respekt k životní cestě, kterou si ten člověk vybral, a k jeho rozhodnutím.

Když jsme u toho respektu, tak jsem se chtěla zeptat, zda nějak pracujete se sousedstvím těch lidí? Aby do něj zapadli, neměli se sousedy konflikty a získali si respekt i u nich?

To si myslím, že neděláme. A vlastně ani nemusíme, protože tam, kde k tomu ty podmínky jsou a situace to nabídne, to přirozeně dělají sami Zabydlení. Třeba když si jeden pán šel v županu půjčit k sousedce nůž, aby si otevřel zabouchnuté dveře. Jinde se třeba paní sousedka přišla zeptat, jak se daří pánovi, kterého právě odvezla sanitka. Samozřejmě



to vždycky není tak idylické. Napadla mě ale v tom kontextu jedna zábavná historka, kdy jedna naše zabydlená paní mluvila o svém příběhu a zkušenosti s HF kdesi na ministerstvu a jedna z otázek z publika právě směřovala na vztahy se sousedy. Paní bez dlouhého váhání a zcela autenticky odpověděla, že nějaké problémy tam sice v počátcích byly, ale teď už se ti sousedí nějak srovnali a poslední dobou už je ani neslychá. To bylo takové kouzlo nechtěného, které to ale popsalo naprosto přesně. Někde občas dělají bordel naši Zabydlení, jinde dělá bordel třeba někdo ze sousedů.

Je něco, z čeho ve své práci, čerpáš inspiraci?

Inspiraci asi čerpám z té práce samotné, protože je neobyčejně pestrá, někdy dobrodružná, někdy hodně smutná, jindy naopak dojemná nebo i radostná.. V každém případě není nudná. Velice trefně naši práci definovala jedna moje kolegyně: „...od vyprošťování kořátka ze světlíku po resuscitaci...“

Inspirují mě i moje kolegyně a kolegové, kteří jsou také různí a rozhodně ne nudní. Největší inspirací jsou pro mě ale lidé, se kterými spolupracujeme. Je to, jako kdyby každý z nich přiletěl z jiné planety a byl tady tak trochu omylem. Baví mě ty planety objevovat, učit se tamní jazyk a zvyklosti a věřím, že se toho od sebe vzájemně můžeme hodně naučit. Koneckonců se klidně může stát, že jednoho dne nějakým omylem na některý z těch planet skončím.





Foto: Centre for Homelessness Impact / Jeff Hubbard



Housing First jako praxe Harm Reduction

Tento text je publikován ve sborníku Alkohol a Harm Reduction

Adam Fialík vede v Renadi projekt Recovery bydlení. Koordinuje celý podpůrný tým a podílí se na zajištění bytů pro klienty. Dále monitoruje a řeší případné problémy, které během bydlení vznikají. Je prostředníkem mezi klienty a pronajímateli.

Program Recovery bydlení v Brně funguje již více než dva roky. Za tuto dobu zajistil bydlení více než dvaceti klientům, kteří se nacházeli v bytové nouzi, měli zkušenost s problematickým užíváním alkoholu (aktuální nebo historickou) a další potřeby podpory (nejčastěji problémy s duševním a fyzickým zdravím).



Adam Fialík

vedoucí projektu Recovery bydlení
Renadi, o. p. s. (Brno)

Program vychází z principů Housing First – poskytuje standardní bydlení v nájemních bytech a komplexní podporu pro své klienty. Na podpoře se podílejí sociální pracovníci, peer pracovníci, terapeutka a technický pracovník metodou týmového case managementu.

Naši klienti pocházejí ze dvou rozdílných skupin. První skupinu tvoří dvanáct osob s dlouhodobou zkušeností s bezdomovectvím a komplexními potřebami podpory (duševní a/nebo fyzické onemocnění, problematické užívání návykových látek a absence sociálního i materiálního kapitálu). Ve druhé skupině je osm klientů, kteří již absolvovali kroky ke zvládnutí

svého užívání (například léčbu, službu následné péče atd.) a potřebovali především podporu při zajištění bydlení a finančních prostředků. Přestože obě skupiny vyžadují odlišnou míru podpory, přístup k její realizaci je principiálně velmi podobný.

V praxi vycházíme především z principů Housing First, jak jsou definovány v evropské příručce Housing First (Pleace, 2017). Tyto principy zahrnují:

- bydlení jako lidské právo,
- možnost volby a kontroly pro uživatele služeb,

- oddělení podpory a bydlení,
- zaměření na zotavení,
- harm reduction,
- aktivní zapojení bez donucení,
- individuální plánování zaměřené na člověka,
- flexibilní podpora poskytovaná po dobu, po kterou je potřeba.

Tyto principy se vzájemně doplňují a vytvářejí ucelený humanistický přístup orientovaný na individuální potřeby klienta. Klient je v tomto pojetí považován za experta na vlastní život a program mu nabízí podporu při hledání cest k jeho spokojenějšímu prožívání. Harm Reduction tvoří nedílnou součást tohoto přístupu.

Jak již bylo uvedeno, principy sdílíme mezi oběma skupinami klientů. Následující popis praxe vychází zejména (byť nikoli výhradně) ze zkušeností s klienty s potřebou komplexní podpory.

Housing First je Harm Reduction

Samotný přístup Housing First lze chápat jako formu Harm Reduction. Již přestěhování klienta do funkčního bytu vytváří základní podmínky bezpečí a minimalizuje rizika spojená s životem bez domova. Zařazení do projektu není podmíněno předchozí hospitalizací, léčbou, abstinencí či užíváním léků. Jediným požadavkem je ochota spolupracovat s týmem. Věříme – a praxe nám to opakovaně potvrzuje –, že právě poskytnutí stabilního a bezpečného prostředí umožňuje klientům dosahovat změn, které jsou jinde předpokládány jako podmínka k získání bydlení.

Naším cílem je vytvářet bezpečný prostor, a to jak prostřednictvím poskytnutého bytu, tak i v rámci osobních setkání, kde klienti mohou zažívat přijetí a zároveň získávat konkrétní osobní zpětnou vazbu na své chování.

Výběr a úpravy bytu

Diskurz harm reduction se promítá do samotného výběru bytu. S klienty se snažíme hledat řešení, která odpovídají jejich potřebám. Vzhledem k velmi limitovanému počtu bytů, které se pro projekt podaří zajistit, je výběr bytu velmi limitován. Přesto se snažíme vždy zohlednit přání klienta a kontext domu a lokality, v které je. Nesnažit se vždy umístit klienta do bytu za každou cenu. Někdy to může prodloužit dobu před nastěhováním, může to ovšem vést k výraznému snížení pravděpodobnosti neúspěchu. Pokud se ukáže, že první volba není vhodná, hledáme jiné řešení.

Jako ilustraci můžeme uvést příklad klien-

ta, který původně bydlel ve větším bytovém domě s častým pohybem osob. Zvýšenou hlučnost prostředí interpretoval jako útok vůči sobě, na což reagoval hlasitým chováním. To vedlo k dalším reakcím a potažmo konfliktům se sousedy. Přestěhováním do menšího a tiššího domu došlo k výraznému zlepšení situace, aniž by klient musel zásadně měnit své chování.

Při výběru bytu zohledňujeme polohu (vyhýbáme se rizikovým lokalitám), dostupnost (v návaznosti na zdravotní stav klienta) a také možnost sociálních vazeb (aby klient nebyl izolován). V některých případech provádíme úpravy bytu z preventivních důvodů či na základě dohody s klienty (např. zaslepení zásuvek, zakrytí sporáku, výmalba omyvatelnou barvou, odhlučnění). Tyto drobné zásahy často výrazně snižují riziko ztráty bydlení.

Podpora a krizové situace

Jedním ze základních principů naší podpory je možnost klienta říct si o pomoc a obdržet ji v přiměřeném čase. Proto klientům poskytujeme mobilní telefony (zakoupené nebo získané prostřednictvím sbírek). Bez možnosti telefonické komunikace je kontakt s některými klienty vzhledem k jejich chaotičtějšímu životnímu stylu velmi obtížný.

Flexibilita podpory je klíčová, protože krizové situace se často odehrávají mimo běžnou pracovní dobu. Přestože nedisponujeme kapacitou na zajištění služby 24/7, snažíme se reagovat i mimo standardní hodiny. Naše zkušenosti ukazují, že i jediný telefonát může významně snížit riziko prohloubení krize. Typickým příkladem jsou situace ztráty klíčů od bytu. Pokud klient neměl možnost kontaktovat pracovníky, docházelo k násilnému vniknutí do bytu a poškození dveří. Díky mobilnímu telefonu však lze podobným situacím předejít a domluvit se na náhradním řešení.

Většina klientů využívá možnost úschovy rezervních klíčů, což výrazně snižuje náklady i rizika spojená se ztrátou klíčů. Klíče mohou být navíc využity v případech, kdy je důvodná obava o zdraví klienta. Z tohoto důvodu je se všemi klienty dopředu vyjednaný postup, kdy je možné klíč použít a vstoupit do bytu bez předchozího souhlasu klienta. Nejčastěji je formulován ve smyslu: V případě, že se nesetkáme na domluvené schůzce, není možné se s vámi spojit telefonicky, při třech opakovaných návštěvách v bytě nikdo nereaguje a v bytě není slyšet pohyb. Tým má vždy dostupné klíče od domu (aby bylo možné na byt zaklepat). Klíče od bytu jsme vzhledem k obavám některých klientů z nepovoleného vstupu začali uschovávat do obálek, které jsou opatřeny podpisem klienta, aby jejich případné otevření bylo zřejmé.

Konzumace alkoholu a finanční hospodaření

Další oblastí, kde uplatňujeme principy Harm Reduction, je konzumace alkoholu. Zde vycházíme ze standardních adiktologických harm reduction postupů, které standardně využívá naše organizace RENADI, o. p. s.: snažíme se zvyšovat povědomí klienta o množství a frekvenci konzumace alkoholu, podporujeme jeho delší rozložení v čase, snižování koncentrace alkoholu a případně nahrazování alkoholických nápojů nealkoholickými variantami.

Vzhledem k omezeným finančním prostředkům klientů se jako efektivní ukazuje umožnit jim uschovat si část financí. Tento krok vede nejen k omezení spotřeby alkoholu (klient nemá možnost pokračovat v pití), ale i k využití peněz na jídlo a další nezbytné potřeby. I tímto způsobem se nám daří vytvářet bezpečnější podmínky pro život klientů.

Náš program končí na konci roku 2025. Podařilo se nám ovšem zajistit finanční prostředky na jeho pokračování díky výzvě č. 03_24_064 OPZ+. Máme tak možnost pokračovat v podpoře klientů, kteří ji stále potřebují, i zabydlet a podporovat další klienty, kteří se ocitli bez domova. Nicméně, aby mohl být náš program opravdu věrný principům Housing First, musel by se změnit z časově ohraničeného projektu na systém.

Použitá literatura:

Pleace, Nicholas (2017): Evropská příručka Bydlení především. Úřad vlády, Praha

Projekt Recovery bydlení je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky. Registrační číslo CZ.03.02.01/00/22_007/0000410.



Foto: Centre for Homelessness Impact / Jeff Hubbard

Rozhovor: Pokud nechceme, aby na ulici přibývalo víc lidí s duševním onemocněním, musíme změnit priority společnosti, říká **Lenka Vrbová** z organizace **Baobab**

Lenka Vrbová přes 10 let pracuje v organizaci Jako doma a poslední dva roky je součástí týmu projektu Housing First Baobab. Projekt realizuje organizace Baobab a je zaměřený na lidi s vážným duševním onemocněním. Lenka současně dokončuje výcvik v supervizi a hraje také fotbal s neformálním uskupením Random Radical.

Projekt Housing First Baobab funguje od roku 2023 a od té doby se mu podařilo zabydlet 20 lidí s vážným duševním onemocněním, zkušeností s bytovou nouzí a dalšími znevýhodněními. Jednou z aktivit projektu je také spolupráce s Psychiatrickou nemocnicí Bohnice (PNB) na zabydlení dlouhodobě nebo opakovaně hospitalizovaných osob propadávajících jinými službami.



Lenka Vrbová
expertka pro trauma
informovaný přístup
Baobab, z. s.

Mohla bys popsat, jak souvisí dlouhodobá hospitalizace v psychiatrických nemocnicích s bytovou nouzí? V tomto kontextu se často hovoří o tzv. sociální hospitalizaci a hospitalismu, můžeš našim čtenářům tyto dva termíny vysvětlit?

Lidé, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrické nemocnici, se často nemají kam vrátit. Buď už do hospitalizace přicházejí z nejistého bydlení (ubytovny, ulice, chráněné bydlení apod.), nebo o bydlení v průběhu hospitalizace přijdou – menší příjem jim neumožní udržet si bydlení. Ti, které nepodrží rodina (a v té mohou být komplikované vztahy i vzhledem k duševnímu onemocnění), se ocitají bez domova. Personál nemocnice může mít pocit, že člověk ve světě mimo nemocnici neobstojí a zároveň tento svět nenabízí mnoho podpůrných možností v oblasti bydlení, a tak někteří lidé pobývají v léčebnách dlouhodobě a/nebo opakovaně. Ještě jinak řečeno, lidé často zůstávají v léčebnách, ne protože by to lékařsky potřebovali, ale protože neexistuje dostupné bydlení a dostatek různorodých služeb, které by tyto lidi podporovali v bytech či v jiných zařízeních.

U mnoha lidí s vážným duševním onemocněním stále existuje předpoklad, že samostatné bydlení nezvládnou. Právě projekt Housing First Baobab a další se mimo jiné snaží ukázat, že s dostatečnou podporou to možné je a že kromě jiných argumentů (kvalita života, recovery, přínos pro společnost) je tento přístup ekonomicky výhodnější než dlouhodobý pobyt v instituci (výzkum NUDZ).



Josef Hawel
konzultant sociálního bydlení
projekt Podpora sociálního
bydlení (MPSV)

Co se týká pojmu *hospitalismus*, je potřeba si uvědomit, že dlouhodobě hospitalizovaní lidé žijí v denním režimu, který si nevybrali a nemusí jim být vlastní – nevaří si, neperou, nestarají se o žádnou domácnost, nemají soukromí. Co a kdy mají dělat (braní léků, jídlo, vycházka) jim neustále někdo říká. Nemají běžný kontakt s rodinou nebo s přáteli. Nonstop se o ně někdo stará a zároveň kontroluje. Ztrácí autonomii a přirozené mezilidské vazby. To se může projevovat nesamostatností, bezradností, ale také agresivitou. Často nevědí, jak by svůj život chtěli žít a co jim vyhovuje, protože si to nevyzkoušeli nebo jim dlouhodobá hospitalizace v instituci otupila jejich dovednosti. S tím je nutné pracovat při přechodu do bydlení, ale také je důležité myslet na to, že u každého se to může projevovat jinak nebo nemusí vůbec.

V čem spočívá náplň tvé práce a jaká je tvoje role v multidisciplinárním týmu?

Moje práce spočívá ve spolupráci s Psychiatrickou nemocnicí Bohnice

(PNB), a to dvěma směry – spolupráce s konkrétními pacienty a jejich zabydlení a přinášení informací o Housing First do léčebny. Projekt Housing First Baobab si dal za cíl zabydlet 10 lidí v bytové nouzi, kteří jsou opakovaně nebo dlouhodobě hospitalizováni v PNB. Komunikovala jsem tedy s PNB ohledně vhodných zájemců a zájemkyň, mapovala je, dělala případová setkání, kde jsem se snažila zapojit opatrovníky, jiné podporující organizace, ošetřující lékaře a sestry, vždy za přítomnosti daného člověka, a připravit plán přechodu. Také jsem budoucí zabydlené seznamovala s týmem Baobabu, kde jsou různorodé role – peerka, terapeutka, zdravotní sestry, technik, sociální pracovníce a pracovník apod. Provázela jsem je na cestě do bytu.

V druhé rovině se snažím s kolegyněmi informovat v PNB o Housing First přístupu, jak pracujeme, výsledcích našeho projektu, přinášet zpět příběhy lidí, které znají jako dlouhodobé pacienty, jako kazuistiky. Důležité bylo např. vysvětlovat, že nejde o chráněné bydlení, že nekontrolujeme ani nezakazujeme užívání návykových látek nebo nenutíme lidi k užívání medikace. Důležité pro nás je, aby k nám zabydlený cítil důvěru natolik, že nám to řekne a my se s ním o tom můžeme bavit.

Hodně silné pro mě bylo setkání se sociálními pracovníci z jednotlivých pavilonů a jejich velká frustrace, že máme v projektu tak málo míst. Protože ony spolupracují s desítkami pacientů a pacientek, kteří by potřebovali do-

stupné bydlení a nějakou míru podpory.

Myslím, že role, jako je ta moje, je v multidisciplinárním týmu potřebná, pokud tým spolupracuje s velkou institucí, jako je psychiatrická léčebna, a chce to dělat systémově.

Váš projekt spolupracuje hlavně s PNB. Mohla bys popsat, jak jste nemocnici kontaktovali, s kým tam komunikuješ (jaké oddělení, jaké pozice) a jak spolupráce probíhá?

PNB je velká instituce a zorientovat se v ní zvenku, jak funguje formálně a neformálně, je podle mě nemožné. Takže je důležité mít tam pracovního spojence, na kterého se můžeš obracet. My se od začátku projektu pravidelně setkáváme (cca 1x za půl roku) s metodiky multidisciplinarity – jedna z nich je zároveň vrchní sestra některých chronických pavilonů. Má přehled, zájem i přístup k pavilonům s dlouhodobými pacienty, což je pro naši spolupráci zásadní. Ta nám pomohla s domluvou kazuistik na pavilonech, ze kterých šli lidé k nám do projektu, i s představováním HF přístupu na různých úrovních léčebny a dalšími věcmi.

Dále jsme se propojili s forenzním týmem¹, protože 6 lidí z 20 zabydlených má ambulantní ochrannou léčbu a dochází k nim. V neposlední řadě řešíme i rehospitalizace, kde se u některých lidí scházíme s dalšími organizacemi, lékařským, sociálním a terapeutickým personálem a řešíme, co dál.

Jak si vybíráte klienty z nemocnice, kterým nabídnete, že jim seženete byt a budete je podporovat?

V tomto projektu jsme spolupracovali také s psychosociálním týmem PNB, který zná pacienty napříč léčebnou a vytipoval nám lidi, kteří jsou tam roky nebo velmi často opakovaně. Dále pak přes výše zmíněnou vrchní sestru chronických pavilonů. Pak už to byla sněhová koule. Já jsem zájemce oslovila, vysvětlila, o co se jedná, a pokud měli zájem, zmapovala jsem jejich situaci. V týmu jsme poté podle přesného vzoru obodovali situaci daného zájemce – čím větší znevýhodnění, tím více bodů – např. závislost, ochranná léčba, délka pobytu v instituci, propadávání službami apod. Od 10 a více bodů jsme člověka do projektu přijali. Většina lidí, se kterými jsem se setkala, nabodovala. Jeden zájemce se nám v procesu přidělení bytu ztratil, jiný zájemce se v průběhu rozmyslel a řekl, že o bydlení v rámci projektu nestojí. Jeden pacient nabodoval a rozjeli jsme spolupráci, v průběhu se ale ukázalo, že jeho

1 Jednou z hlavních funkcí forenzního týmu je prevence hospitalizací pacientů/klientů s ambulantní ochrannou léčbou nebo jejich zkracování v případě léčby ústavní a nápomoc k jejich reintegraci do vlastního sociálního prostředí.

lékařka u něj nevidí možnost na změnu institucionální ochranné léčby na ambulantní (tedy že z PNB může odejít maximálně do DZR). Přišlo nám škoda, že tento pacient nedostal stejnou šanci jako ostatní. Nám se nejevilo, že by byl natolik jinde od jiných našich zabydlených.

Co vše je nutné zařídit před tím, než klient, který byl dlouhodobě v nemocnici, dostane klíče od svého bytu? A jak se to liší oproti klientům, kteří k vám přicházejí z ulice, ubytoven nebo pobytových sociálních služeb?

V něčem je to podobné a má to pár specifík. Zjišťuješ praktické věci, finance, s kým spolupracuje, zda má invalidní důchod a kolik, vysvětluješ proces získání bytu apod. Zde se to děje v prostředí instituce, tak se na ten přechod připravuješ s daným člověkem i za pomoci lidí, kteří s ním spolupracují. A máš na paměti to, co jsem říkala o dlouhodobých hospitalizacích – že může hrát roli, že dlouho (a třeba nikdy) nežil autonomně. U lidí, kteří šli z PNB, jsme dělali přechodový plán a více případových setkání. Jsem ale trochu skeptická, že by se dalo pomoci plánu konkrétně připravit na to, co přijde po zabydlení. Například většina lidí je i po dlouhodobé hospitalizaci schopná a umí základně vařit, popovídáte si o tom, co rádi vaří, jestli si budou vařit, třeba i docházejí v PNB nebo mimo na vařící aktivity, ale jak se po zabydlení reálně stravují, většinou vypadá hodně jinak.

Jiný příklad třeba je, že si povídáte s klientem o medikaci, jestli ji rozumí, proč ji bere, jak ji má brát, jestli má negativní účinky, nebo mu sedí. Pán odkývá, že všechno ok, že ji chce brát, a po propuštění ji celou vysadí. Pro mě je to pochopitelné, protože mě vidí třeba počtvrté, není tam ještě vybudovaný vztah. Proto bych se víc soustředila na praktické věci a navazování vztahu, méně na plánování budoucnosti.

Rozdíl mezi lidmi, kteří jdou přímo z léčebny nebo odjinud vnímám v medikaci. Lidé, kteří jsou mimo léčebnu, jsou už v režimu, že neberou medikaci, jak oni chtějí. Z mojí zkušenosti je většinou nižší, než co berou v léčebně. Takže se s nimi poznáváš ve stavu, jak tak nějak venku fungují. Kdežto v léčebně ji musí brát a většinou ji mají vyšší, takže jsou utlumenější. Až po nějaké době se vyloupne člověk, který tam pod tím útlumem je.

Máš nějaké tipy pro mapování a přechod lidí z dlouhodobé hospitalizace/pobytu v instituci do bydlení?

To, co klienti říkají, že si přejí nebo že chtějí dělat, až budou propuštěni, často nejsou jejich přání, ale většinou to, co vědí, že chtějí lidé

okolo slyšet. Mají to naučené. Může být složité a na dlouho dostat se k tomu, jak by to oni sami chtěli – jak pro vás, tak pro ně. Berte to, co říkají, vážně a s respektem, ale zároveň se nedivte, pokud se to nestane nebo to bude jinak.

Více klienta poznáte během doprovodu např. na prohlídku bytu, než na případové schůzce se zapojenými osobami. Zároveň osobní kontakt a seznámení se s opatrovníci nebo ošetřující lékařkou je pro spolupráci zásadní.

Ujasněte si v týmu, co chcete vědět za informace a co vědět naopak nepotřebujete. V našem týmu např. rezonuje debata, zda potřebujeme a chceme vědět, co byl důvod ochranné léčby.

Na všech přechodových schůzkách, které jsem dělala, byl přítomen daný klient. I když by personál byl sdílnější a otevřenější ohledně informací o klientovi bez jeho přítomnosti, pro budování vztahu nám přišlo důležitější jít touto cestou. Některé informace tak ale vyplynuly až po přestěhování.

Kolik klientů z nemocnice se vám podařilo zabydlet?

Z PNB šlo 10 klientů, kromě posledního zabydleného všichni žijí rok nebo déle v bytě. Jeden klient v průběhu projektu zemřel.

Dochází u těchto klientů k opakovaným hospitalizacím?

K opakovaným hospitalizacím dochází, důležité je, že se mají kam vrátit a že hospitalizace mohou být kratší. Kratší hospitalizaci za tu dobu měli 3 lidé z této skupiny, 4 žádnou, 1 klient 3 kratší a 1 klient je opakovaně dlouhodobě hospitalizován a strávil více času v léčebnách než v bytě.

Vidíš nějaký rozdíl v podpoře u lidí, kteří přišli z nemocnice, a kteří přišli z jiných forem bytové nouze?

Ani ne, ty příběhy jsou opravdu hodně individuální. Zároveň skoro všichni mají zkušenost s léčebnami i dlouhými pobyty, jenom už třeba více v minulosti. Nejsou to lidé, kteří by si neuměli zapnout pračku nebo základně uvařit. U některých je spíš vidět, že nejsou zvyklí se o sebe starat nebo nevědí, proč by to měli dělat. Lidé, kteří šli z nějakých podporovaných forem bydlení (např. chráněné), tak mají trochu nějakou síť lidí, se kterými se setkávají, činností, nějaké služby. Možná jsou o kousek dál na cestě k žití života, jaký by chtěli. V čem jsem viděla velký rozdíl, je, že lidé z PNB, kteří tam byli opravdu dlouho (roky), byli zvyklí na nějaký příjem (příspěvek na živobytí nebo invalidní důchod) a s ním si hospodařili. Nemuseli řešit jídlo. Když vyjdou ven, dost se jim po zaplacení základních potřeb sníží částka, se

kterou můžou nějak naložit – třeba si koupit cigarety. Ačkoli se o tom bavíme předem, bývá z toho dost rozmrzelosti.

Co by bylo podle tebe dobré zlepšit, aby lidé, kteří to nepotřebují, nebyli dlouhodobě v nemocnicích a aby po propuštění nekončili na ulici?

Podle mě tady existují znalosti, odbornosti, zkušenosti a příklady ze zahraničí, abychom věděli, co je potřeba. Potřebujeme dostatek různorodých komunitních služeb s mírou podpory podle toho, jaká je u daného člověka potřeba, kvalitní spolupráci mezi nimi a místní samosprávou, a dostatek finančně dostupného bydlení – nižší nájem nebo významně více sociálních bytů neomezených jenom na určitý čas. Oproti zbytku západoevropských zemí máme také nízká čísla lidí s duševním onemocněním, kteří jsou zaměstnáni na běžném trhu práce. Změnit toto všechno by znamenalo změnit priority společnosti, do čeho tečou peníze a více dát do sociální oblasti. A také by pomohlo mít komunitní bydlení pro lidi, pro které samostatné bydlení není vhodné – ať už kvůli osamělosti nebo vysoké potřebě podpory a/nebo péče.



Multidisciplinární týmy

Multidisciplinarita využívá dovednosti a znalosti profesionálů z různých oborů. Tyto znalosti a dovednosti se díky spolupráci doplňují a rozšiřují tak efekt společné práce

Rozdílné dovednosti a znalosti nejsou však jedinými faktory přinášející pozitivní efekt. Důležitou přidanou hodnotou je i variabilita pohledů a perspektiv, kterou jednotliví odborníci přinášejí, rozmanitost přístupů k řešení problémů a různost nástrojů, které mohou využít při jejich řešení.



Magdalena Flaková

lektorka a vedoucí krizového týmu
Fokus Praha, z. ú.

Pojem multidisciplinární týmy se začal používat v oblasti podpory a péče o lidi se zkušeností s duševním onemocněním. Léčba duševních onemocnění probíhá primárně ve zdravotnických zařízeních. Lidé s potížemi v oblasti duševního zdraví ovšem potřebují také sociální podporu. Oddělení této podpory se především u lidí s vážným duševním onemocněním ukázalo jako neefektivní a často dokonce nefunkční.

V multidisciplinárních týmech se začali učit spolupracovat zdravotníci a sociální pracovníci v rámci jednoho týmu. Týmová spolupráce je proces, kdy skupina lidí pracuje společně na dosažení společného cíle nebo řešení problému, přičemž sdílí informace, znalosti a zodpovědnost za výsledek. Společně s klientem plánují, jak bude podpora či pomoc vypadat, průběžně sledují a vyhodnocují jednotlivé kroky a plánují další. Často se objevuje srovnávání s multidisciplinaritou na odděleních lůžkové péče, kde spolupracují lékaři, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci, případně další.

Důležitým aspektem je, jak je spolupráce v rámci týmu/oddělení zorganizovaná. Zda se jedná o skupinu odborníků, kde každý má na starost svou oblast, které se věnuje, či zda

spolupracují na plánování a rozdělení úkolů. V psychiatrických nemocnicích je personál oddělení zaštiťován osobou primáře, ale každá profesní skupina má své vlastní vedení v rámci nemocnice. Zdravotní sestry podléhají staničnické sestře a vrchní sestře, sociální pracovníci mají vedoucí sociální pracovníci. Lékař pacienta vyšetří, rozhodne o léčebném plánu, na poradě či vizitě představí pacienta, léčebný plán, případně rozdělí úkoly. Na dalším setkání zjišťuje, zda byly splněny, případně, co kolegové zjistili. Informace se scházejí u něho. Využívá sice dovedností jednotlivých pracovníků, tedy jedná se o multidisciplinaritu, ale ne o týmovou spolupráci. Jednotlivé profese zůstávají odděleny, mají své nástroje, postupy, cíle. V rámci ochrany osobních údajů často nemají sociální pracovníci přístup do zdravotních záznamů, sdílí jen určité penzum informací. Lékař tak řídí tým, v němž každý zvlášť s pacientem pracuje na svém úkolu. Pacienta či klienta nemůžeme rozšroubovat a v různých dílnách opravit jednotlivé kousky. Je třeba propojit jednotlivé kroky, protože v jeho životě jsou propojené, ovlivňují se a souvisejí.

Pro mnoho profesionálů je takový způsob práce náročný a málo atraktivní. Bývá zpochybňován, často je mu vytýkána nedostačující efektivita, pomalost, příliš mnoho času

věnovaného neproduktivním poradám. Nelze dostatečně kontrolovat jednotlivé kroky, mít jasný kus odpovědnosti. Je také náročný na komunikaci mezi jednotlivými členy týmu, vyžaduje spolupráci a respekt na místo soutěžení.

Klient je jedinečná bytost, s vlastním životním příběhem a, protože se dostal do služeb, potřebuje s něčím pomoci. Tato pomoc někdy nezahrnuje jen jednu oblast – například pomoc s vyřízením dávek, nebo jen ubytování. Možná potřebuje podpořit ve více oblastech a „jeho“ sociální pracovník, nebo lékař umí jenom ten svůj kousek a, i když se ho snaží udělat, jak nejlépe umí, nemusí to fungovat, jejich práce dokonce může jít proti sobě. Toto lze do jisté míry ošetřit v rámci individuálního case managementu. Case manager je opět jakýmsi dirigentem, sbírá informace, domlouvá jednotlivé kroky, koordinuje podporu či pomoc. V situacích s větší dynamikou či akutností to ale nemusí stačit.

Principy týmové spolupráce

Jak vyplývá z předchozího textu, týmová spolupráce vyžaduje víc než vztahování se k jedné osobě, ať už je to vedoucí či koordinátor. Jsem-li členem týmu, jsem součástí „organismu“, ve kterém jedna věc ovlivňuje druhou, moje aktivita zapadá do skládačky, má vliv na aktivitu někoho jiného. Tím, že jednotlivé kroky neřídí někdo shora, je možné reagovat rychleji, dynamičtěji a kreativněji. Lze zvládnout složitější situace, protože jimi jednotliví pracovníci s klientem společně procházejí a nečekají na pokyny z jednoho místa. Jak ale docílit toho, aby vše dohromady fungovalo? Co je třeba pro to, aby jednotliví členové konali ve stejném duchu, postupovali stejným směrem?

Sdílení hodnot

Každý člen týmu by měl mít jasno v tom, k čemu tým je, kam směřuje, jakou má filosofii a jakými metodami pracuje. Jsem-li členem týmu, měl bych se s cílem, posláním, metodami a základními hodnotami identifikovat. Neupozaďuji přitom svou odbornost či osobní přístup, ale společně sdílené hodnoty mi určují mantinely, ve kterých se pohybuji.

Sebevědomí a respekt k dovednostem druhých

Pokud chci být členem týmu, měl bych vědět, co do něj přináším, jaké jsou moje silné stránky, dovednosti, jaká je moje role. Měl bych také vědět, jaké jsou role a dovednosti ostatních členů týmu. V některých místech se možná role překrývají, některé dovednosti máme společné. V jiných ohledech zase mohu já či někdo jiný nabídnout to, co ostatní neumí.

Komunikace

Jednotliví členové týmu spolu musí umět komunikovat, měli by si vzájemně rozumět – používat společný jazyk, měli by být schopni se operativně domlouvat, měli by si být schopni včas a srozumitelně předávat informace, měli by být schopni se vzájemně poradit, hledat řešení. Komunikaci v rámci týmu je třeba věnovat pozornost – jedná se o společná setkání (porady), společné komunikační kanály, rychlou komunikaci při řešení nějaké složité situace, porady a plánování v menších skupinách/minitýmech.

Pro to, aby bylo možné v rámci týmu otevřeně a volně komunikovat, je třeba, aby si členové týmu důvěřovali, měli v týmu své jasné místo, roli, rozuměli tomu, co mají dělat a jak. K tomu je nutné, aby měl tým prostor a čas být pohromadě, společně se vyladit, pracovat na metodice. Týmové vztahy a dynamiku je třeba ošetřovat v rámci supervize.

Společná práce

V rámci týmu pracují jednotlivci na společném úkolu. Může se jednat o celý tým, ale může to být také menší skupinka lidí, kteří podporují jednoho klienta. Abych mohla dobře udělat svůj díl v rámci společného díla, musím vědět, na čem pracuji, jak to má vypadat či k čemu to má sloužit. Vztáhneme-li to na společnou podporu klienta, tým se potřebuje s klientem domluvit na tom, k jakému cíli podpora směřuje, co se bude dělat (nemám na mysli podrobné kroky, ty už řeší jednotlivci v rámci své odbornosti), jaká jsou rizika – překážky, které vycházejí například z předchozích zkušeností, nějakých omezení a podobně. Klíčový pracovník je ten, kdo tým do určité míry koordinuje, sleduje proces podpory, všímá si, když něco nefunguje, je třeba se sejít. Toto může ale stejně dobře zachytit kdokoliv z dalších členů týmu a vyzvat ostatní k hledání řešení.

Společné dohody a sdílená odpovědnost

Pokud pracujeme společně a v průběhu komunikujeme o tom, co budeme dělat a proč. A pokud se nejedná jen o komunikaci formou zadávání úkolů či předávání informací, ale domlouvání společného postupu, pak za takový úkol také přijímám určitý díl odpovědnosti. Nebude se jednat jen o nějaký konkrétní úkol, ale o odpovědnost za volbu určité strategie či postupu. Při výběru a rozhodování ale zároveň není pracovník sám. Celý tým společně posuzuje rizika, sdílí nápady a rozhoduje se, jak postupovat. Škála nápadů a možností bývá díky tomu výrazně pestřejší a je také větší pravděpodobnost, že se nezapomene či nepřehlédne něco důležitého.

Týmové role

Pro každého člena týmu je důležité, aby věděl, kde je v týmu jeho místo, jaká je jeho role, jakou dovednost do týmu přináší. Některé dovednosti by měli mít všichni členové týmu, jiné jsou spojené s profesí. Profese, které jsou v týmu zastoupené se mohou lišit podle typu zaměření týmu a možností je zaplatit či sehnat. Jejich konkrétní role pak vychází z toho, s jakými klienty a v jakých podmínkách pracujeme. Jednotliví členové přináší do týmu také své osobní kvality, které lze v rámci podpory klienta využít. Někdo se například umí starat o malé děti, někdo umí opravit něco v bytě, někomu se lépe pracuje se staršími lidmi a tak dále.

Jednou z rolí je role vedoucího týmu. Jak již bylo řečeno, pokud posouváme odpovědnost za rozhodování směrem k pracovníkům, nelze nad vším mít stoprocentní kontrolu. Pokud jsou ale dobře nastavené procesy a komunikace, nemělo by to znamenat hůře odvedenou práci či vyšší riziko. Spíše naopak. Úkolem vedoucího je podporovat výše zmíněné principy, budovat týmového ducha, vytvářet a hlídat týmovou kulturu. Hlídá dodržování základních hodnot a naplňování cílů, podporuje otevřenou komunikaci a společnou práci. Nese konečnou odpovědnost za poskytnutou službu.

Role case managera či klíčového pracovníka je také specifická a má jasně definovanou náplň. V multidisciplinárních týmech může být náplň práce case managera trochu jiná, než u individuálního case managementu. Využíváme-li pro podporu klienta v rámci týmu různé profesionály podle toho, co klient potřebuje, pak se může stát, že se s ním vidá mnohem častěji někdo jiný, než case manager. Ten má za úkol udržovat si přehled, co se kolem klienta děje, podle potřeby vstupovat do procesu podpory, svolat kolegy k dalšímu domlouvání, co dál a podobně.

Různé pojetí spolupráce v týmu – ACT, FACT, ICM, virtuální týmy

Assertive Community Treatment – A.C.T. týmy a Flexible Assertive Community Treatment – F.A.C.T. týmy vznikly jako služba, která umí podpořit lidi s vážným duševním onemocněním, aby mohli žít mimo nemocnici, v běžné komunitě. A.C.T. týmy byly zaměřeny na akutní podporu, ve F.A.C.T. týmech se kombinuje akutní a „následná“ dlouhodobější podpora. K tomu účelu byla vytvořena tabule nebo způsob přehledného zobrazování klientů v péči týmu včetně akutnosti jejich stavu a akutního plánu, který tým sdílí a může si rychle předávat informace. Podstatou těchto týmů je, že jsou multidisciplinární, obsahují zdravotní složku – neboť se předpokládá, že

budou řešit akutní zhoršení duševního onemocnění, podávání medikace, diagnostiku, nastavení léčby, zaměřují se ale i na další aspekty života, ne jen na zdraví. Podporují klienta v sociální oblasti – bydlení, finance, práce, volný čas, mezilidské vztahy. S klientem tedy pracuje tým lidí, který v případě, že je to možné, podporuje klienta v jeho životním plánu, řešení jeho životní situace a ve chvíli, kdy se zhorší jeho zdravotní stav, je schopen rychle reagovat a se znalostí životního plánu klienta a osobním vztahem k němu pracuje na stabilizaci zdravotního stavu. V názvu mají oba typy týmů slovo asertivní – což znamená, že v případě omezené možnosti domluvit se s klientem na postupu či v případě, kdy klient není schopen věci relevantně posoudit, ale tým vnímá situaci jako ohrožující, bude jednat i bez domluvy či proti vůli klienta, vždy ale v jeho zájmu. Předpokládáme, že rozhodování a schopnost situaci posoudit je v takové chvíli ovlivněna duševní nemocí, a proto se tým snaží minimalizovat chování, které by klienta mohlo poškodit. Na rozdíl od komunitních sociálních týmů jsou multidisciplinární týmy, ve kterých pracují zdravotníci, v této oblasti mnohem akce schopnější a mají také větší kompetence. Schopnost rozhodovat o sobě posuzuje lékař-psychiatr, který by měl být také schopen posoudit rizika vyplývající z povahy duševní nemoci.

V rámci reformy psychiatrické péče začaly v České republice vznikat centra duševního zdraví, která by měla tento typ péče nabízet. Síť CDZ zdaleka nepokrývá celé území ČR a často se potýkají s nedostatkem zdravotního personálu. Přestože vzniku této nové sociálně-zdravotní služby bylo věnováno hodně péče, pečlivě se připravovala metodika, proběhlo mnoho jednání se zdravotními pojišťovnami s cílem nastavit udržitelné financování, týmy se potýkají s mnoha problémy. Naráží na oddělené systémy sociálních a zdravotních služeb, realitu financování zdravotních služeb, která vede k omezování výkonů, které se nevyplatí, a další. Multidisciplinární týmy pro různé cílové skupiny mohou zajistit podporu, která zlepšuje kvalitu života klientů, odlehčuje přetíženým zdravotním službám a ekonomicky je schopna zdravotní péči konkurovat.

Podporu multidisciplinárního týmu lze nahradit podporou takzvaných virtuálních týmů. Jedná se o dohodnutou spolupráci mezi odborníky, kteří spolu nesedí v jedné kanceláři, nepracují pod jedním zaměstnavatelem. Může to být dlouhodobá spolupráce – například: komunitní sociální tým, který pracuje metodou individuálního case managementu a úzce spolupracuje s ambulantním psychiatrem, který má v péči klienty týmu, pracovníci se s ním znají, mohou jednotlivé situace konzultovat.

vat, domlouvat se na formě vhodné podpory. Stejně tak se může jednat o dlouhodobou spolupráci s jiným odborníkem. Obzvlášť v méně osídlených oblastech je tento způsob spolupráce výhodný. Týmy mají na starost určitou oblast, ve které působí omezený počet ambulantních psychiatrů. Lidé z této oblasti dochází zpravidla do jejich ambulancí, bývají hospitalizováni v nejbližší psychiatrické nemocnici, jsou obyvateli několika obcí s rozšířenou působností. Podaří-li se všem navázat dobrou spolupráci se všemi zúčastněnými a jsou-li schopni se společně vztáhnout i k výše zmíněným principům týmové spolupráce, tedy sdílet společný cíl, hodnoty, komunikovat, rozumět tomu, kdo co dělá a respektovat se navzájem, může to mít významný efekt pro celou oblast. V zahraničí (např. ve Walesu) lze najít modely, kde je síť péče organizovaná v duchu této logiky. Je zřejmé, že taková spolupráce potřebuje podporu „shora“ – tedy od krajů a obcí.

Druhou variantou spolupráce v rámci virtuálních týmů je, že se vytváří tým lidí, kteří podporují jednoho klienta. Jednotliví odborníci, kteří jsou v případě klienta zainteresovaní, spojí své síly, aby zvládli nějakou obtížnou situaci. V době zhoršení zdravotního stavu klienta je například case manager v intenzivním kontaktu s ambulantním psychiatrem klienta, se zdravotní péčí, která k němu dochází, s pronajímatelem bytu, pracovním konzultan-

tem či dalšími. Tento tým může komunikovat na virtuální úrovni formou on-line setkání, je ale velmi efektivní, pokud se dokáží domluvit a potkají se najednou. Nejen, že to ušetří mnoho domlouvání a telefonování case manažerovi, který se nemusí domlouvat s každým zvlášť, vytvoří se ale také prostor pro výše zmíněnou týmovou spolupráci se všemi jejími benefity. Na jednom místě v kratším čase se domluví a stane více, než když si budete s každým zvlášť telefonovat. Je to dobře investovaný čas, který se všem vyplatí. Virtuální tým tohoto typu vzniká zpravidla na popud case managera klienta, který by měl umět všem, které do něj potřebuje přizvat, vysvětlit, proč je jejich účast nezbytná a jaký je záměr spolupráce.

Zdroje:

Protection Working Group, UNHCR Lebanon 2022 J. R. van Veldhuizen, M. Bähler: Manual Flexible Assertive Community Treatment, Vision, model, practice and organization. 2013 Groningen The Netherlands

Casemanagement for Persons with Specific Needs, Standard Operating Procedures. Protection Working Group, UNHCR Lebanon 2022



Foto: Centre for Homelessness Impact / Jeff Hubbard

Protikrizové plánování

V rámci plánování toho, jak by měla podpora klienta vypadat, se doporučuje mapovat i možné situace, které by mohly být „krizové“ a mohly by zapříčinit ohrožení klienta a jeho schopnosti udržet si nájemní bydlení. Můžeme tomu říkat protikrizové plánování – v tomto pojmu je obsaženo, že se nějakým plánem snažíme krizi předejít. Existuje však pojem krizový plán – ten se zaměřuje na to, jak probíhající krizi dobře zvládnout. V literatuře jsou tyto pojmy často zaměňovány, nebo je používán pouze jeden z výše uvedených. V některých provedeních jsou například krizové plány součástí protikrizových plánů. Rozdělení nám může pomoci si uvědomit rozdílnost těchto dvou plánů a situací, ke kterým se vztahují.



Magdalena Flaková

lektorka a vedoucí krizového týmu
Fokus Praha, z. ú.

Obojí má v rámci podpory klienta svůj význam a obojí má své limity. Je důležité s klienty mluvit o tom, jaké situace by mohly nastat, jak by jim bylo možné předejít, co pro ně v tuto chvíli můžete vy či někdo jiný udělat. Je to důležité pro klienta, který se zamýšlí nad sebou, nad tím, jak situace ve svém životě řeší, dozvídá se, co by mohlo pomoci, co by se dalo dělat jinak. Je to důležité i pro pracovníka, který ví, na co má dávat pozor, může se připravit. A je to dobré pro vztah mezi klientem a pracovníkem – spolu se dívají na velmi citlivou věc, společně hledají možnosti, jak ji zvládnout. Jako pracovníci bychom se měli připravit na to, že plán možná nebude fungovat, protože vše obvykle bývá složitější, než se zdálo.

To platí zejména pro krizové plány. Je těžké předvídat, jak bude krize probíhat. Nikdo nevíme, co nás čeká, a ne všechny krize se v životě člověka (naštěstí) opakují. Ohlédneme-li se za svým životem, za situacemi, kdy jsme potřebovali naléhavě pomoci, asi zjistíme, že většinou nebylo možné je předvídat, hrálo v nich roli mnoho okolností a nebylo možné je řešit „podle šablony“.

Pojem krize a její význam

Krize je situace, která už nemůže dál pokračovat tak, jak je. Vyžaduje nějaké řešení, změnu.

Zásah zvenčí, nebo jen změnu postoje. Lze se na ni dívat optimisticky, jako na konec něčeho nefunkčního a nutnost, příležitost hledání funkční cesty. A lze se na ni dívat také z druhé strany, jako na období ohrožení jistot, období plné rizik a utrpení. Pro potřeby krizových služeb může být krize definována jako naléhavá situace, kterou není člověk schopen řešit vlastními silami a potřebuje pomoc nějakého odborníka/profesionála. Z pohledu zdravotního může být krizí náhlé zhoršení zdravotního stavu, ohrožení na životě. Může být ale způsobena také nějakou nenadálou událostí – úraz, smrt blízkého člověka, přírodní katastrofa, nebo může být následkem nějaké dlouhodobé situace (vypovězení z bytu pro neplacení nájmu), může být způsobena nutností udělat zásadní životní rozhodnutí.

V rámci protikrizového plánování se budeme pravděpodobně snažit ošetřit situace, které v minulosti klient již zažil a nějakým způsobem ohrožily, nebo by mohly ohrozit, jeho snahu o změnu životního stylu, udržení bydlení a další. Může se jednat o praktické situace a plán, jak jim předejít. Může se jednat také například o předcházení či včasné zachycení relapsu užívání návykových látek či zhoršení duševního onemocnění. Společně s klientem se pracovníci snaží tyto situace pojmenovat, prozkoumat

je, zjistit, co k nim vedlo, co jim předcházelo, a společně hledají postupy, jak by se daly vyřešit či zvládnout jinak.

Krise je situace, která již nemůže stejným způsobem pokračovat dál. Jsme nuceni opustit zajeté stereotypy a strategie, které selhávají, a hledat něco jiného. Pomalá práce na změně, vývoji postojů a strategií, kterou zažíváme v průběhu života či v dlouhodobé psychoterapii, je zde nahrazena nutností udělat rychle něco, co pomůže. V „krizi“ se nám může podařit během chvilky realizovat kroky, kterých se léta bojíme a odkládáme je. Někdy také potřebujeme někoho jiného, aby nám pomohl se rozhodnout, nebo nás podpořil tyto kroky udělat. Krize je období silných emocí, nepředvídatelných reakcí a stavů, období, které lze přirovnat k jízdě na horské dráze a to, že máme „madlo“, kterého se můžeme držet, bývá velmi důležité.

Práce s krizí a její fáze

Práce s krizí je proces, který má určité fáze. V žádném případě se nejedná jen o vyplnění předtištěného formuláře s názvem Krizový či Protikrizový plán. Tyto formuláře mohou být dobrým a strukturovaným nástrojem. Je to materiál, kde jsou zaznamenány výsledky mapování a dohod. Je ovšem nutné dbát na to, aby se z práce s nimi nestala pouhá formalita. Požadavky na pracovníky typu – „během třetího setkání s klientem vytvořte krizový plán“, nutí pracovníky pojímat tuto oblast formálně, mechanicky a nejsou klientovi ku prospěchu. Mnoho klientů má negativní zkušenosti s vyplňováním formulářů a může je to od spolupráce spíše odrazovat.

V rámci práce s krizí je klíčový vztah mezi pracovníkem a klientem a vytvoření vztahu vyžaduje čas. Tento vztah by měl být postaven na základech otevřenosti a důvěry. Klient by měl mít pocit, že pracovník je tu, aby mu pomohl, měl by se pracovníkem cítit přijímaný. Pak může sdílet své obavy, potíže či dokonce minulé selhání, které mohou společně s pracovníkem zkoumat a snažit se jim porozumět.

Celý proces lze rozdělit do těchto fází:

1. Navázání vztahu mezi klientem a pracovníkem/týmem

Pracovník či tým by měl být klientovi ku pomoci, měl by být pro něho, ne ho kontrolovat, zda plní dohody. Toto bývá častým úskalím – pokud má pracovník/tým moc či kontrolu nad klientem, pak nelze očekávat, že se mu klient bude svěřovat se svými obavami a slabostmi, že za ním přijde, že se něco nedaří. Klient také musí mít pocit, že mu pracovník může pomoci, že je dostatečně kompetentní – zde je jednoznačně

výhodou podpora týmu, kdy vše nevisí na jednom pracovníkovi, ale na skupině lidí, která má širší spektrum možností a dovedností.

2. Mapování rizik a potenciálních krizových situací

V rozhovorech se pracovník doptává klienta na minulost, na zkušenosti, kterými prošel, na způsoby, jak je řešil, a na jeho obavy z toho, co by se mohlo opakovat, nebo nastat. Vzhledem k tomu, že se většinou jedná o těžké životní okamžiky, měl by k nim přistupovat s respektem, pochopením a měl by být velmi citlivý, protože mohou být provázeny silnými, bolavými emocemi. Je to součást klientova příběhu a jejich pochopením a přijetím, je pomáhá klientovi pochopit, dát je do souvislostí a legitimizovat. Podaří-li se jim v tomto procesu dostat se více do hloubky, tím lépe. Pracovník se může klienta doptávat, jak tomu rozumí, proč se tehdy takto rozhodl, co situaci předcházelo a podobně.

3. Proti/krizové plánování

V průběhu mapování se budou klient a pracovník společně dostávat také k tomu, jak by bylo možné se situací vyhnout, nebo ji zvládnout jinak. To je podklad pro plán. Protikrizové plány často obsahují kolonku „Jak poznám, že se něco děje“ a „co a kdo má v takové chvíli udělat“. Samotný plán má význam, pokud u klienta i u pracovníka došlo k pochopení souvislostí. Například: Souběh stresových událostí v životě klienta zhorší příznaky duševního onemocnění. V klientovi zesílí pocit ohrožení, zesílí jeho paranoidní nastavení, přestane komunikovat s rodinou i s pracovníky týmu, může se k nim začít chovat nepřátelsky. Pracovníci týmu už mohou mít pro tyto situace s klientem připravené dohody, nebo v dané situaci budou postupovat s vědomím, že klientovo odmítání není projevem jeho svobodné vůle a rozhodnutí, ale je vyvolané vnitřním pocitem ohrožení.

Konkrétní a praktické dohody je dobré zaznamenat písemně tak, aby k nim měli přístup i ostatní pracovníci týmu a v případě, že krize nastane je bylo možné snadno dohledat.

4. Krize

K situacím, na které se pracovník s klientem připravoval, může dojít. Není to chyba, ale spíš realita a svědčí to i o dobrém odhadu klienta a jeho schopnosti realisticky se na svá „slabá“ místa podívat. V takových chvílích má pracovník (i klient) již

v ruce nějaké nástroje – díky rozhovorům se mohou v situaci lépe orientovat, chápat souvislosti a mají společný plán. Plán může fungovat, nebo nemusí, nebo funguje jen něco. Pokud jsou domluveny jasné kroky, které si klient přeje nebo nepřeje, měl by je pracovník respektovat. Již při plánování je ale dobré probírat s klientem to, že v některých situacích může takový zákaz zablokovat efektivní pomoc. Pracovník by o tom měl umět s klientem mluvit a ošetřit předem situace, kdy třeba bude muset jednat jinak. Jedná se především o situace, kdy je nutné jednat „asertivně“. Situace, kdy je klient svým rozhodováním ohrožen či ohrožuje někoho jiného, zpravidla pod vlivem duševního onemocnění, závislosti, neschopnosti odhadnout následky, chápat souvislosti, či vlivem afektu.

Je vhodné otevřeně komunikovat s klientem, že když bude mít pracovník či tým strach o jeho život, nebo o život někoho z jeho okolí, bude muset konat kroky, jak riziku zabránit. Jedná se o momenty, kdy přebírá odpovědnost za klienta a rozhoduje v zájmu zachování zdraví a bezpečí. Podpora klienta v období krize by neměla být postavena na jednom pracovníkovi, ale na týmu. Obvykle vyžaduje velkou intenzitu kontaktu, flexibilitu i kreativitu a je velmi emočně náročná. V týmu lze lépe vyhodnocovat míru ohrožení a stanovovat podpůrné strategie. V situacích, kdy přebírá tým odpovědnost za klienta a rozhoduje proti jeho vůli, by měl vědět, čeho se bojí a čemu se snaží zabránit.

V průběhu krize se snažíme klienta provázet emocemi, radit mu, jak situace řešit, pomáháme mu je řešit, spolupracujeme s dalšími osobami, které mohou pomoci a snažíme se minimalizovat negativní následky.

5. Reflexe

Reflexe je zásadní fází. Když to nejhorší odezní a klient je po krizi stabilizovaný (alespoň částečně), pracovník by se s ním měl podívat na to, co se vlastně stalo. Společně by měli reflektovat, jak plán fungoval. Co pomohlo, co naopak nefungovalo a bylo by dobré změnit. Je vhodné se specificky zaměřit na to, co klient prožíval, jak to vnímalo jeho okolí, jak to vnímal pracovník či podpůrný tým. Pokud v nějakém momentě pracovník či tým jednali proti klientově vůli, měli by to klientovi otevřeně vysvětlit (čeho se báli, jaká opatření podnikli). Důležité je, že záměrem nebylo klientovi uškodit, ale pomoci mu, ochránit ho. Reflexe by měla proběhnout ještě v době, kdy si je klient schopen vše připomenout,

je to „živé“. Na základě těchto zkušeností je pak možné krizový či protikrizový plán aktualizovat.

Projde-li pracovník či tým s klientem krizí, obvykle se tím také prohloubí jejich vztah. Často se to stává i přesto, že tým konal něco, co klient v době krize nechtěl. Důležitým aspektem je to, že pracovník/tým klienta v těžké chvíli neopustil, měl o něj starost, je schopen se za svá rozhodnutí postavit – je transparentní v tom, proč dělal to, co dělal, chce vědět, jak to klient prožíval a hledá způsoby, jak to příště udělat lépe.

Nástroje při práci s krizí

Vztah mezi pracovníkem či týmem a klientem.

Rozhovor, při němž pracovník citlivě a s respektem zkoumá klientovu minulost, obavy, společně je formulují, hledají souvislosti a možnosti, jak je zvládnout.

Čas, který pracovník či tým klientovi věnuje a při kterém pracovník či tým buduje s klientem vztah. Je to také čas, ve kterém se společně připravují na možné krizové momenty. A je to také připravenost se klientovi v krizovém období intenzivně věnovat.

Práce s emocemi – krizové situace jsou provázené silným emočním prožíváním, kterému je třeba dát dostatečný prostor. To se mohou pracovníci naučit v rámci výcviku v krizové intervenci. Pokud vzdělání v této oblasti nemají, měli by vědět alespoň to, že v situacích, kdy je klient pod vlivem silných emocí, není dobré tlačit na rozhodování, ale dát emocím prostor. Pomoci klientovi o nich mluvit, být s ním/ní plně přítomen a nechat čas je proběhnout. Teprve, když se intenzita prožívání sníží, je možné klienta zkoušet pozvat k přemýšlení o tom, jak postupovat dále.

Asertivní práce – v situaci ohrožení by měli být pracovníci či týmy pracovníků schopni vyhodnotit, nakolik je pro klienta či jeho okolí riziková a zda je to schopen klient v dané situaci posoudit. V případě ohrožení je v zájmu všech snažit se v zákonných mezích s maximálním úsilím rizikům zabránit.

Týmová spolupráce – krize vyžaduje intenzivnější kontakt a zvýšenou aktivitu ze strany pracovníků. Proto je dobré nestavět podporu na jednom člověku. Krize je náročná na posuzování rizik, rozhodování i konání. Pomoc jediného pracovníka bude vždy limitovaná kapacitou, subjektivitou, dovednostmi a vlastními schopnostmi. Týmová podpora kapacitu výrazně zvýší, zátěž na jednotlivé pracovníky se rozloží a významně se také rozšíří spektrum nabízené pomoci. Přináší tak pozitivita nejen pro klienta, ale i pro pracovníky.

Spolupráce se všemi, kteří mohou v dané situaci pomoci – v krizi je dobré spolupracovat s klientovým okolím. Může se jednat o sociální síť klienta – rodinu, blízké, sousedy atd... Může se jednat také o síť profesionálů – lékař, úředník, pronajímatel, zaměstnavatel atd... Na „krizové“ spolupráci by se měl pracovník s klientem předem domluvit. Pracovník by měl klientovi umět vysvětlit, proč je to důležité, a dojednat s ním, jakým způsobem a za jakých podmínek budou ostatní osoby do spolupráce zapojeny. Měl by od klienta také shromáždit kontakty na jednotlivé osoby.

Příklady formulářů pro krizové a protikrizové plány

- <https://nevypustdusi.cz/2021/02/28/osobni-krizovy-plan/>
- https://www.prahjm.cz/wp-content/uploads/2023/04/PROTIKRIZOVY-PLAN_TTVP.pdf

Doporučená literatura:

Vodáčková, Daniela: Krizová intervence. Portál 2007



Co je a k čemu slouží Recovery House?

Michaela Berkovičová se v oblasti sociální práce a péče o duševní zdraví pohybuje necelých deset let. Jako průvodkyně zotavení v Recovery House působí od března 2024.

Za velmi smysluplné a potřebné považuje vytváření bezpečného a důstojného prostředí pro lidi s psychickými potížemi a provázání na jejich cestě zotavení. Těší ji komunitní rozměr poskytované služby i facilitace v duchu Otevřeného dialogu.

V současnosti studuje psychologii na vysoké škole a dokončuje pětiletý sebezkušenostní výcvik.



Michaela Berkovičová
průvodkyně zotavením
Fokus Praha, z. ú.

Co je Dům zotavení – Recovery House a pro koho je určený?

Dům zotavení je inovativní sociální služba zřizovaná organizací Fokus Praha. Poskytuje sociální rehabilitaci formou šestiměsíčního pobytu a je určena především lidem s takzvanými neobvyklými zkušenostmi – například se slyšením hlasů, bytostným pocitem ohrožení či vtíravými a neodbytnými myšlenkami. Služba je určena také lidem, kteří se potýkají s běžnějšími projevy psychických potíží, jako je dlouhodobý silný smutek nebo nával nezvladatelné energie.

Čím se Recovery House liší od jiných sociálních služeb?

Dům zotavení vznikl jako součást reformy psychiatrické péče a inspiruje se zahraničním modelem italského Recovery House. Nabízí půlroční pobyt založený na komunitním soužití, který se zaměřuje na porozumění vlastnímu životnímu příběhu, mapování ohrožujících situací a identifikaci silných stránek osobnosti.

Součástí služby je práce se slyšením hlasů prostřednictvím Maastrichtského rozhovoru a pravidelná síťová setkání v duchu Otevřeného dialogu, kterých se účastní pobývající

společně se svými blízkými a pokud možno i odborníky – například sociální pracovník, psycholog, psychiatr. Dům zotavení není terapeutická komunita s pevně daným harmonogramem, ani ho netvoří multidisciplinární tým, jak je tomu například v centrech duševního zdraví. Tým tvoří zkušení průvodci a průvodkyně zotavením, včetně peer konzultantů. Denní program pak vzniká organicky podle potřeb a preferencí celé komunity.

Pevně daná jsou pouze každodenní komunitní setkání a psaní deníků. Jednou týdně probíhá skupina neobvyklých zkušeností facilitovaná peer průvodci, přibližně jednou za tři týdny síťová setkání, práce s příběhem a u slyšitelů hlasů Maastrichtský rozhovor. Jako novinka se jednou za měsíc koná projektový den zaměřený na jednotlivé fáze zotavení, kam jsou zváni hosté se zkušeností s psychickými potížemi. V polovině a na závěr „vlny komunity“ se koná společná reflexe spolubytí v komunitě a individuální cesty zotavení.

Průvodci a průvodkyně podporují pobývací v aktivním spoluvytváření každodenního programu, rozvoji samostatnosti a otevřené komunikaci vlastních potřeb. K tomu napomáhá přístup „nic o nás bez nás“ i tzv. recovery jazyk. V komunikaci se nepoužívají diagnózy a slovo „klient“ je nahrazováno označením „pobývací“ či „rezident“. Základním principem služby je vytváření bezpečného, důvěrného, rovnocenného, transparentního a respektujícího prostředí.

Představuje Recovery House řešení v oblasti bydlení pro lidi s psychickými potížemi?

Dům zotavení nenahrazuje komerční, sociální ani chráněné bydlení. Jde o pobytovou službu s pevně stanovenou délkou trvání (šest měsíců), což vychází ze zahraniční zkušenosti. Tato doba je dostatečně dlouhá pro započetí a prohloubení procesu zotavení, a ne natolik dlouhá, aby u pobývacích vytvářela závislost na sociální službě.

Služba není nízkoprahová – pobývací hradí pobyt (cca 5 500 – 6 500 Kč měsíčně) a také náklady spojené se stravou, kterou si zpravidla zajišťují sami či komunitně.

Cílem služby je odstartovat proces zotavení – získat naději, lépe porozumět sobě i svému okolí, sdílet radosti i obtíže, komunikovat své potřeby, prohloubit soběstačnost, zodpovědnost a dojít k pozitivní změně.

Jaké aspekty spojené s bydlením přispívají k procesu zotavení v Recovery House?

Za klíčový prvek související s bydlením pova-

žují komunitní soužití, které zásadně ovlivňuje proces zotavení. Pobývací se stávají součástí malé skupiny, navazují vztahy a sdílí jednu domácnost. Dům zotavení na jedné straně nabízí specifické prostředí orientované na podporu a bezpečí, na druhé straně se prakticky neliší od běžného komunitního spolubydlení.

Dům má šest pokojů, každý pobývací má svůj vlastní – což je důležité z hlediska soukromí. Sdílená je předsiň, koupelna, toalety, kuchyň a obývací pokoj s jídelnou. Pobývací se společně domlouvají na úklidu, přípravě jídla, stolování a dalších aktivitách spojených s chodem domácnosti. Tyto činnosti podporují získávání nových návyků, kompetencí a rolí. Po komunitní shodě, mohou pobývací ovlivnit také vzhled interiéru a částečně exteriéru.

Obývací pokoj slouží jako společenská místnost – probíhají zde komunitní setkání, výtvarné aktivity, diskusní klub, skupina neobvyklých zkušeností, psaní deníků či filmové večery. Na terase lze hrát stolní tenis a v zahradě je prostor k posezení, relaxaci, pohybovým aktivitám či grilování. V obývacím pokoji je čtecí koutek a nástěnka s fotografiemi z jednotlivých „vln komunity“.

Ačkoliv dům není po rekonstrukci, zkušenosti posledních tří „vln“ ukazují, že pro pobývací představuje plnohodnotné bydlení, ve kterém se po zabydlení cítí bezpečně a svobodně. Komunitní soužití do určité míry připomíná funkční rodinné prostředí a může být pro některé pobývací korektivní zkušeností.

Jak ovlivňuje jistota bydlení samotný proces zotavení?

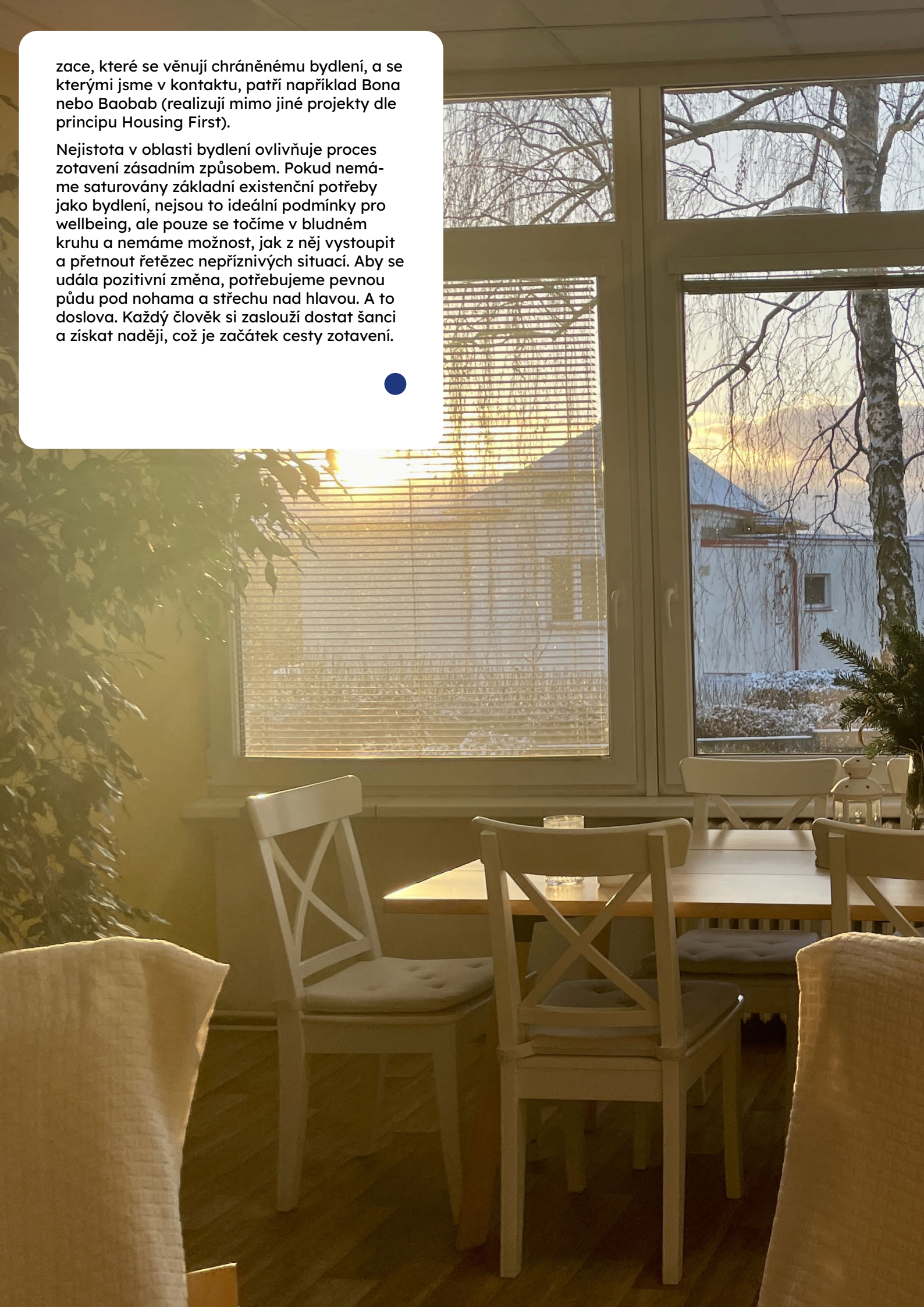
Z praxe vyplývá, že lidem, kteří řeší nejistotu v oblasti bydlení či financí, se sice po přijetí do Domu zotavení krátkodobě uleví, ale následně často nemají dostatečnou kapacitu a motivaci věnovat se práci s vlastním příběhem, protože se zcela logicky soustředí na hledání bydlení, které budou potřebovat po ukončení pobytu. Řešení těchto náročných situací vyžaduje mnoho energie, kterou lidé s vážnými psychickými potížemi často postrádají.

Ačkoli nalezení bydlení může vypadat jako úspěšný příklad zotavení, přikláním se k názoru, že bydlení je základní právo a nezbytná podmínka pro to, aby se mohl kdokoli posunout dál.

V Domu zotavení se snažíme pobývací v otázkách bydlení maximálně podpořit. Motivujeme pobývací ve spolupráci s dalšími sociálními a zdravotními institucemi. Pokud ke spolupráci nedochází v průběhu pobytu v Domě zotavení, podporujeme pobývací v navázání spolupráce s podpůrnými službami minimálně před jeho ukončením. Mezi organi-

zace, které se věnují chráněnému bydlení, a se kterými jsme v kontaktu, patří například Bona nebo Baobab (realizují mimo jiné projekty dle principu Housing First).

Nejistota v oblasti bydlení ovlivňuje proces zotavení zásadním způsobem. Pokud nemáme satureovány základní existenční potřeby jako bydlení, nejsou to ideální podmínky pro wellbeing, ale pouze se točíme v bludném kruhu a nemáme možnost, jak z něj vystoupit a přetnout řetězec nepříznivých situací. Aby se udála pozitivní změna, potřebujeme pevnou půdu pod nohama a střechu nad hlavou. A to doslova. Každý člověk si zaslouží dostat šanci a získat naději, což je začátek cesty zotavení.





Magazín **Mít domov**



Je možné ukončit
bezdomovectví
v Evropě do roku
2030?
1/Červen 2023



Prevence
ztráty bydlení
a bezdomovectví
2/Říjen 2023



Bezdomovectví
a bytová nouze žen
3/Prosinec 2023



Obce – klíčoví
aktéři ukončování
bezdomovectví
4/Duben 2024



Seniorky a senioři
v bytové nouzi
5/Srpen 2024



Mladí dospělí
v bytové nouzi
6/Prosinec 2024



Garance v bydlení
7/Květen 2025

Všechna vydání najdete na našem [webu](#)



Spolufinancováno
Evropskou unií



MINISTERSTVO PRÁCE
A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ



Sociální
bydlení

Magazín vydává MPSV v rámci projektu **Podpora sociálního bydlení a jeho systémové zavádění v ČR**, který je realizován v rámci OPZ+.

Ministerstvo práce a sociálních věcí
Na Poříčním právu 1/376128 01 Praha 2

Ilustrace na titulní a závěrečné straně: Michaela Hoffová

Kontakt a možnost přihlášení či zrušení odběru magazínu Mít domov:
martin.hrabal@mpsv.cz

Pokud máte zájem přispět do magazínu svým textem, pište na:
josef.hawel@mpsv.cz

Copyright © 2025 Ministerstvo práce a sociálních věcí
Datum vydání: listopad 2025

Kontaktní centrum sociálního bydlení:

E-mail: socialni.bydleni@mpsv.cz

Telefon: +420 778 455 761

- » socialnibydeni.mpsv.cz
- » facebook.com/socialnibydenivcr
- » youtube.com/@projektpodporaSB
- » [spotify: @podpora sociálního bydlení](#)
- » twitter.com/soc_bydleni_CR

