



Švédsky systém je čiastočne odlišný od bežného európskeho systému dôchodkového poistenia. Tento rozdiel vychádza z tradície „welfare“ štátu. I vo Švédsku spôsobil demografický vývoj doprevádzaný pomalším ekonomickým rastom úvahy o reforme. Švédsko, ako i ostatné škandinávské štáty, sa vyznačuje dlhovekosťou, čo má na systém silný účinok, znásobený znižovaním pôrodnosti. Švédsky systém ostane i naďalej príbežný, ale bude postavený na celkom inom základe ako doterajší. Pre každého poistenca bude vedený vlastný fiktívny účet, z ktorého bude každoročne dostávať výpis.

Chile uskutočnila skutočne radikálnu reformu, ktorej náklady boli ročne cca 3 % z HDP a bola financovaná zo štátneho rozpočtu. Jej vplyv na vybrané makroekonomické veličiny, ako napríklad na mieru úspor bol podľa dostupných údajov jednoznačne pozitívny. V posledných rokoch sa však objavujú niektoré problémy, ktoré by mohli celý systém zásadne ohroziť. Ide predovšetkým o úspešnosť výberu príspevkov, ktorá v posledných rokoch výrazne klesá, ďalej o malú diverzifikáciu investícií a v neposlednom rade vysoké prevádzkové náklady penzijných fondov ako dôsledok boja o poistenecov. Tieto problémy si vyžadujú čiastočné korekcie, ako napríklad obmedzenie vonného prechodu medzi jednotlivými fondmi.

Z tranzitívnych ekonomík najďalej v reforme dôchodkového systému pokročilo Poľsko. Predchádzajúci systém bol veľmi nákladný najmä pre zamestnávateľov. Podstatou reformy bol prechod na viaczdrojové financovanie. Prvý pilier je povinný pre všetko ekonomicky aktívne obyvateľstvo, založený na medzigeneračnej solidarite a dôchodky sú vyplácané zo sociálneho poistenia. Druhý pilier je však povinný len pre obyvateľov vo veku 30–50 rokov a je vybudovaný na princípe súkromných dôchodkových fondov. Tretí pilier pozostáva z dobrovoľných príspevkov zamestnancov a zamestnávateľov, ktoré sa akumulujú do zamestnaneckých alebo individuálnych penzijných plánov. Posledné dva piliere sú postavené na princípoch kapitalizácie.

Systémy dôchodkového zabezpečenia v krajinách strednej a východnej Európy sú tiež do značnej miery rozdielne - je to ovplyvnené nielen ich štruktúrou, ale i rozdielnym časovým horizontom uskutočňovaných reforiem. Väčšina doterajších reformných krokov v krajinách spočívala predovšetkým vo zvýšení veku odchodu do dôchodku, zvýšení sadzieb príspevkov alebo valorizačných úpravách a diverzifikácii finančných zdrojov. Pri zrovnávaní iba 1. piliera financovania dôchodkového zabezpečenia je možné zistiť, že už teraz reformné kroky smerujú k tomu, aby sa systémy dôchodkového zabezpečenia priblížili krajinám západnej Európy.

Použitá literatúra:

- 1) Sociálna politika v evropských zemích. Sborník učebných textů. Praha 1995.
- 2) Ručková, P.: Financování důchodového zabezpečení. Doktorská dizertační práce, Ostrava 1999.
- 3) European Commission, Directorate-General for Employment and Social Affairs, Demographic Report, Unit V/E.I, Luxembourg, 1998.
- 4) Rlevajová, E., Rlišňovský, L.: Sociálne zabezpečenie. Vyd. Sprint 2000.

NĚKTERÉ ZKUŠENOSTI S POMOCÍ BEZDOMOVČŮM V USA A VELKÉ BRITÁNII

Mgr. RADKA JANEBOVÁ

Bezdomovství je nově reflektovaným jevem i v České republice. I když zde ve skryté formě zde existovalo již v době reálného socialismu, pozornost mu začala být věnována až v čase polistopadových společenských změn, kdy nabylo viditelných podob. Určit počty lidí bez domova je obtížné a výsledné odhady se liší dle zvolené definice bezdomovství a subjektu, který odhad činí. Sdružení Naděje odhaduje, že mezi lety 1991–1995 bylo v České republice až třicet pět tisíc lidí bez domova (Hradečtí, 1996), Horáková (1997) ve své pilotní sondě došla k počtu šedesáti až sto osob na každý okres, což činí čtyři až osm tisíc lidí pro celou republiku. Jak ukazují provedené výzkumy¹⁾, majoritní populace vnímá lidi bez domova jako „undeserving“, což znamená, že příčinu bezdomovství vidí v jejich osobních vlastnostech a neochotě pracovat. Negativní postoje k bezdomovcům korelují s neochotou pomáhat těmto lidem. Většinu pomoci obstarávají nestátní organizace, které zajišťují řadu sociálních služeb od uspokojování základních fyziologických potřeb po odborné sociální poradenství a socioterapeutickou pomoc při začleňování klientů do společnosti. Tento příspěvek chce ukázat, s jakými problémy se v této oblasti potýkají v USA a ve Velké Británii.

Problém bezdomovství se pro státní i nestátní subjekty stává obzvláště aktuálním v zimním období, kdy absence trvalého přístřeší komplikuje uspokojování základních životních potřeb a ohrožuje životy bezdomovců. Zde se nabízí široký prostor pro řadu sociálních služeb, které mohou vést od prvního kontaktu k návratu jedince zpět do společnosti. Na druhou stranu je zima také obdobím, kdy jsou azylové domy a jiné formy sociálního bydlení nejvíce zatížené a nedostačují svou kapacitou. Jedinečnost zimního období jako období nejvyššího soucitu a empatie ze strany společnosti a zároveň jako období nejvyššího ohrožení života si připomínají každého 21. prosince ve Spojených státech Vzpomínkovým dnem na lidi bez domova. Nikoliv náhodou byl pro tento den vybrán počátek zimy, protože jeho cílem je upozornit veřejnost na tragédii lidí bez domova, kteří zemřeli v důsledku zimy a nezájmu společnosti. Vždyť mortalita bezdomovců (alespoň ve Spojených státech) je čtyřikrát vyšší než u obecné populace (Daly, 1996). Proto je jednou z priorit organizací pracujících s lidmi bez domova zajištění přístupu těchto lidí ke zdravotní péči.

Pro bezdomovce je typický špatný zdravotní stav. Trpí poruchami fyzického, psychického i mentálního zdraví. Někdy je podlomené zdraví následkem těžkého života na ulici, jindy bývá jednou z příčin vzniku bezdomovství. Národní koalice pro bezdomovce (*National Coalition for the Homeless*) uvádí (1998), že zdravotní potíže jsou ve třinácti procentech příčinou bezdomovství. V polovině z nich bylo faktorem primárním. S výjimkou obezity, apoplexie a nádorových onemocnění existuje u bezdomovců daleko větší pravděpodobnost vzniku všech kategorií chronických nemocí než u obecné populace. Například ve Spojených státech činí odhady bezdomovců se zdravotními problémy okolo sedmdesáti procent, v Evropské unii asi šedesát pět procent (Hradečtí, 1996,95). Mezi faktory s negativním vlivem na zdraví patří zejména špatná strava, nedostatečná

hygiena, existence a přespávání na ulici, násilí, prostituce, drogy, alkohol a zanedbaná lékařská péče.

PROBLÉM ŠPATNÉHO STRAVOVÁNÍ

Jedním z faktorů, který významně poškozuje zdraví lidí bez domova, je špatná strava. Bývá složena z různých zbytků nalezených v popelnících a odpadkových koších nebo v bufetech, přičemž hrozí riziko nákazy po původním spotřebiteli jídla. Strava bezdomovců většinou postrádá čerstvou zeleninu a ovoce (akutní je nedostatek vitamínu C a tiaminu), což vede k nízkému příjmu nezbytných vitamínů a minerálů. V důsledku slabé nutriční hodnoty jídla dochází k oslabení imunitního systému a vzniku nejrůznějších nemocí. Ani hlad není výjimečným jevem. Bezdomovci se potýkají s nedostatkem prostředků, a pokud je takový nedostatek spojen se závislostí na alkoholu nebo drogách, utratí poslední peníze za drogu, která sice na čas utlumí hlad, ale neposkytne tělu potřebné živiny.

I pokud si bezdomovec zakoupí nutričně výživné jídlo, vyskytne se zde další problém, a to je úprava stravy. Pro omývání potravin jsou k dispozici pouze veřejné přístupné zdroje vody jako řeky nebo městské fontány, ty však jídlo spíše přidávají na závadnost. Navíc bývá omývání jídla na veřejnosti značně stigmatizující. Nejjednodušším řešením je tedy jídlo neočistit, což může vést k různým infekcím. Stejně problémy existují se získáváním pitné vody. Závažnou komplikací je tepelná úprava jídla. Někteří lidé bez domova mají plynový vařič nebo přístup k vařiči elektrickému, ale pro ty, kteří jsou na ulici krátce, nebo pro ty, jimž zůstala z majetku pouze taška s osobními věcmi, je tepelná úprava jídla nedosažitelný standard. Téměř neřešitelnou komplikací je uchování potravin vyžadujících chlad v optimálním stavu.

Následkem nevyvážené stravy jsou i dentální problémy. Absence stomatologické péče vede



k častým bolestem a ztrátám zubů. Podvívá je příčinou infekčních a gastrointestinálních nemocí, deprese a celkové slabosti.

Ve Spojených státech na problém nevyvážené či nedostatečné stravy reaguje několik organizací. V New York City existuje například společnost *City Harvest*, která shromažďuje pro bezdomovce jídlo z obchodů, hotelů, restaurací, supermarketů a zvláštních událostí, což není zcela bezvýznamné vzhledem k tomu, že až patnáct procent potravin se v USA vyhazuje. Jinou organizací s podobným záměrem je *Hartford Food System*, která řeší nedostatek kvalitního jídla s optimální nutriční hodnotou. Vzhledem k expanzi nejrychlejších supermarketů a hypermarketů krachují malé obchody v centrech měst. Chudí lidé a bezdomovci tak mají potíže obstarat si například čerstvé ovoce nebo zeleninu, protože nemají peníze na dopravu do periférií měst. Proto tato organizace pořádá pravidelné trhy výhodné jak pro farmáře, kteří tak naleznou odbyt pro své výrobky, tak i pro chudé, kteří se dostanou k čerstvé produkci. Mimochodem, co prý nejvíce títo lidé oceňují, je čerstvá vůně produktů.

NEDOSTATEČNÁ HYGIENA

Dalším kritickým faktorem zdraví je hygiena. Umýt se, učešat, oholit, vyčistit si zuby, ostříhat se, použít WC, obstarat si hygienické potřeby (zejména ženy), vyměnit si prádlo, vložky do bot, což jsou sice banální problémy pro běžného člověka, ale nikoliv pro bezdomovce. Nejhorší nesou špatný přístup k hygieně nováčky mezi bezdomovci. Chronický bezdomovec si buď s hygienou nedělá příliš velké starosti, nebo si již našel své stereotypy, jak nejaktuálnější problémy řešit. Bezdomovci v útulcích většinu těchto potíží nemají, protože své potřeby uspokojují tam. Pro městské bezdomovce na ulici je velkým problémem vyměšování. Například ve Spojených státech je přistřižený jedinec pokutován nebo stráví několik hodin či dní ve věznicích.

Potřeby spojené s hygienou se týkají zejména bezdomovců mimo azylové domy a noclehárny. Pomoc jim nejčastěji nabízejí střediska *drop-in*, kde je možno provést základní očistu. V Británii věnují charitativní organizace velkou pozornost službám bezdomovcům o Vánocích. *Lifeshare* otevřela po jedenáct dní okolo Vánoc denní centrum, ve kterém je distribuováno jídlo a oblečení, jsou zde služby lékaře, kadeřníka, pedikúra a možnost se umýt. Stejně tak *Crisis* pořádá akci *Open Christmas*. V roce 1993 bylo v Londýně rozdáno 2144 kusů čistého oblečení, okolo deseti tisíc jídel, 751 lidí obsloužil kadeřník, 140 lidem bylo poskytnuto zubařské ošetření, 1200 lidí dostalo lékařskou radu, 169 jinou radu a 283 si vyžádalo pedikúru. Akci zabezpečovalo na dva tisíce dobrovolníků a sto firem. Většina center však provádí distribuci oblečení každý týden, například již zmíněná *Crisis* rozdává každou sobotu na sto párů ponožek, 130 sad spodního prádla, šampony, zubní pasty, mýdla, což má na starost okolo šedesáti dobrovolníků.

EXISTENCE A PŘESPÁVÁNÍ NA ULICI

Samotná existence a přespávání na ulici jsou zdrojem mnoha zdravotních obtíží. Většina azylových zařízení praktizuje poskytování pouze nočního azylu. Proto i ti lidé, kteří nejsou klasičtí po-uliční bezdomovci, poznávali problémy ulice. Pokud nemají zaměstnání, tráví dny chůzí a pose-

dáváním v parcích či na nádražích. Většina potenciálních příslušců (nádraží, čekárny) se však snaží bezdomovců zbavit, takže typický den bezdomovce zahrnuje konstantní pohyb.

Pro každého bezdomovce jsou neocenitelným pomocníkem dobré boty. Někteří chodí ze strachu před nočním napadením i v noci, jiní mají takové puchýře na nohách, že nedojdou do útulku po svých. Spojené státy se potýkají s bezdomovstvím válečných veteránů (40 % bezdomovců jsou veteráni). Mnoho z nich může chodit jen o holi nebo berlič, někteří se pohybují jen na invalidních vozíčkách. Tito lidé tráví na ulici většinu svého času.

Prvním rizikem je špatné počasí. Prioritou každého bezdomovce je být v suchu a alespoň v přijatelném teple. Pokud se mu tuto potřebu nepodaří uspokojit, jsou následkem infekce dýchacích cest, omrzliny, podchlazení vedoucí někdy až k smrti. Většina bezdomovců trpí chronickým kašlem. Nevyspání mává následky v poruchách chování a apatii. Mnoho nemocí se rozšiřuje v útulcích a noclehárnách. Snad nejvíce diskutovanou nemocí je tuberkulóza. V USA se zvýšil počet případů mezi lety 1987 až 1992 o dvacet procent. U bezdomovců je stokrát vyšší poměr výskytu TBC než u běžné populace. Například jediný muž v noclehárně v Maine dokázal nakazit čtyři sta dalších. Léčení a prevence jsou komplikovány neukázněností bezdomovců. Při propuštění z léčebny má následovat šestiměsíční léčení antibiotiky, v tom však pokračuje extrémně nízké procento bezdomovců (Daly, 1996).

Jedna třetina bezdomovců trpí nemocemi srdce a oběhové soustavy. Bezdomovci na ulici mají o něco horší zdraví než ti, kteří spí v noclehárnách nebo azylových domech. Například chronický katar průdušek, dýchací problémy či bolesti hlavy jsou dvakrát častější mezi lidmi v dočasných ubytovnách a třikrát častější u lidí spících na ulici než u běžné populace. Stejný poměr platí u poranění, kožních vředů a jiných kožních obtíží. Lidé spící na ulici mají dvakrát častěji nemoci kosterního svalstva a třikrát častěji obtíže se zrakem než běžná populace. Častou nemocí bezdomovců je epilepsie. Obecně má zdravotní problémy šest z deseti lidí spících na ulici a čtyři z deseti nacházejících se v ubytovnách oproti dvěma z deseti v běžné populaci (Bines, 1994).

RIZIKO NÁSILÍ

Bezdomovci podstupují obrovské riziko násilí. Znárodnění, napadení, krvavé potyčky, to nejsou pro bezdomovce nijak výjimečné situace. Paradoxně, zatímco mnoho z nich odchází z domu, aby se vyhnulo násilí, setkávají se na ulici s násilím ještě větším. Zejména ženy a děti jsou nejrizikovějšími kategoriemi. Bezdomovci jsou skupinou nejvíce ohroženou přepadením, protože jsou snadným cílem. Oběti jsou často neschopné se bránit, protože jsou pod vlivem drog nebo alkoholu, trpí mentálním postižením nebo psychickou poruchou či jsou zcela fyzicky vyčerpané. Ani policie neochránila bezdomovce před násilím, protože jejich úkolem není hlídat bezpečí bezdomovců, ale chránit „slušné“ občany před „neslušnými“. Tak se vlastně sama policie stává aktérem násilí, když se snaží lidi bez domova vytláčit z bezpečných zón.

Cooper (1995) zaznamenal osmdesát šest procent bezdomovců, kteří uváděli, že se někdy na ulici stali obětí násilného činu. Muži se setkali s násilím téměř všichni (96 %), ženy o něco méně

(74 %). Sedmdesát šest procent žen mělo zkušenost se sexuálním zneužitím, mužů dvacet devět procent.

Ve Spojených státech věnují organizace pomáhající lidem bez domova značnou pozornost násilí ze strany policie. V souvislosti s kriminalizací bezdomovců vznikl ve Spojených státech pod záštitou Národní koalice pro bezdomovce *National Homeless Civil Rights Organizing Project*, který se pokouší bojovat za občanská práva lidí bez domova. Jeho cílem je dostat problém bezdomovců do veřejného povědomí, vysvětlit veřejnosti příčiny bezdomovství, podporovat u ní tolerantní přístup, dále vytvářet právní vědomí bezdomovců, odhalovat nejrušnější formy diskriminace (sexismus, rasismus, agelismus), k čemuž využívá i přístupnou dokumentaci policie a provádí interview o zásazích policie s nestrannými svědky.

Za konkrétní příklady boje za práva bezdomovců mohou sloužit tři spolky, které se rozhodly postavit se proti kriminalizaci lidí bez domova v San Franciscu. Zde tzv. *San Francisco's Matrix Program* začal od roku 1991 kriminalizovat některé nevyhnutelné činnosti bezdomovců jako spánek, vyměšování a provádění hygieny. Spolek *Food not Bombs* se zaměřil na protesty proti zákazu výdeje jídla pro bezdomovce ve veřejných prostorách města. Organizace *Homes not Jails* začala pořádát přímé akce a zabírat budovy, které by potenciálně mohly sloužit lidem bez domova. Hromadné protesty a demonstrace těchto spolků často končily pozavíráním neagresivnějších aktivistů do vězení. Jinou formou boje zvolila organizace *Coalition on Homelessness*, která bojuje spíše politicky formou lobbyingu.

PROSTITUCE

Nový fenomén spojený s bezdomovstvím je AIDS a jiné nemoci zapříčiněné virem HIV. Lidé s touto nemocí se v důsledku diskriminace potýkají s problémem bydlení. Většinou ztratí práci a dlouhodobá hospitalizace vyčerpá jejich úspory. Třicet šest procent lidí s AIDS se stalo bezdomovci potom, co se dozvěděli o své nemoci. Přes padesát procent nemocných očekává budoucí potřebu pomoci s bydlením (údaje Národní koalice pro bezdomovce z roku 1996).

Na druhou stranu mnoho lidí se stane nositeli viru HIV až potom, co se ocitnou mezi bezdomovci. Zejména adolescenti a mladí lidé, kteří si vydělávají na jídlo, oblečení a nocleh prostitucí. Následkem takové obživy nebývá jen AIDS, ale i jiné venerické nemoci (hlavně kapavka a syfilis). Velké riziko podstupují také drogově závislí, kteří si aplikují drogu nitrožilně. Lidé s AIDS přicházejí žádat o pomoc zesláblí, s dýchacími potížemi, trpí pneumonií a meningitidou, často se bojí zůstat v noclehárnách kvůli násilí a diskriminaci, ale také kvůli obrovskému riziku různých nemocí, hlavně TBC. Nejvíce ohrožení virem HIV jsou drogově závislí, prostitutky a gayové, kteří tvoří asi pět až jedenáct procent bezdomovců (Daly, 1996).

DRUGY A ALKOHOL

Přímo i nepřímo zhoršují zdraví bezdomovců drogy a alkohol. Jejich nadměrné užívání vede přímo k cirhóze, hepatitidě, nemoci srdce, psychickým poruchám, poruchám spánku atd., nepřímo může dojít k nehodám, úrazům, sebevraždám, podchlazením. Národní koalice pro



bezdromovce (1998) odhaduje počet bezdromovců trpících závislostí na nějaké návykové látce (jedná se především o muže) v USA na dvacet dva procent. Daly (1996) považuje deset až patnáct procent mužů bez domova za závislé na drogách. Binesová (1994) zjistila, že alkoholismus je méně problematický mezi lidmi žijícími v azylových zařízeních (problémy má jedna třetina) než mezi těmi na ulici (problémy má jedna polovina). Léčena byla pouze jedna třetina lidí z azylových zařízení a ještě méně lidí z ulice. Drogy jsou typické spíše pro mladé bezdromovce. Tři z pěti závislých na drogách nebyli léčeni.

Bezdromovci většinou z nebrání pro léčbu závislosti vypadávají. Federální programy ve Spojených státech nejsou na bezdromovce zacíleny a běžné programy orientované na bezdromovce nemají zdroje na léčení. Také komunitně založené programy bezdromovce odmítají pro nižší naději na úspěch léčby, ale i v případě jejich přijetí není léčba adekvátní, není dosti flexibilní nebo je založena pouze na detoxikaci a abstinenci místo na cíleném řízení závislosti. Pro úspěšnost léčení je jedním z faktorů úspěchu stabilní domov, na ni musí navazovat podpůrné služby, smysluplné denní aktivity (zejména práce) a terapie.

Specifické programy zaměřené na léčbu bezdromovců jsou jednak dražší než běžné programy a jednak vykazují nižší úspěšnost než programy pro ostatní populaci závislých. Přesto se na přelomu osmdesátých a devadesátých let pokusily některé organizace vytvořit účinné programy. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* ve spolupráci s *National Institute on Drug Abuse* vytvořily několik programů pro léčení závislých bezdromovců. Vycházely z těchto předpokladů (Beriss, 1996):

- Musí existovat koordinace mezi službami pro bezdromovce a programy léčby. To znamená, že musí být nalezeny zdroje jak na léčbu, tak na bydlení;
- aby léčení bylo úspěšné a efektivní, je třeba uspokojit potřebu stabilního a bezpečného domova;
- léčebné programy by měly být cíleny na potřeby bezdromovců. Neměly by být zaměřeny na abstinenci, ale na modifikaci závislosti. Měly by stimulovat motivaci klienta. Důležité je umožnit klientovi přístup k dalším doprovodným službám;
- klíčovým elementem je participace v komunitě a na jejich aktivitách. V komunitě by měly být přítomny smysluplné denní aktivity, zejména práce, která integruje do komunity;
- život na ulici a závislost jsou spojeny s dalšími problémy, jako například s HIV/AIDS, TBC, úrazy apod., proto je nutno zajistit pro bezdromovce přístup k primární péči;
- jedna třetina bezdromovců trpí mentálním postižením nebo psychickou poruchou a polovina z nich je závislá na drogách nebo alkoholu. Je zde nutnost zaměřit programy i na ně;
- poskytovatelé služeb musí být připraveni na okolnosti týkající se bezdromovců, důležitá je například úprava jazyka a celková flexibilita.

Ve Velké Británii se věnují problematice alkoholismu a drogové závislosti téměř všechny velké organizace pomáhající bezdromovcům. *Lifeshare* rozvinula práci s bezdromovci zejména prostřednictvím projektu *Chorlton Street Project*, který pořádá od roku 1990 přednášky nejen pro bezdromovce, ale i pro prostitutky a prostitutky, za-

měřující se na snížení zdravotního rizika HIV/AIDS, hepatitidy a jiných infekcí, přednáší o riziku užívání drog, o možnostech léčení nebo alespoň bezpečnějším užívání, v rámci čehož jsou rozdávány kondomy, jehly, stříkačky, ale i občerstvení ve formě nápojů nebo polévek. *Soup Run* probíhá čtyři noci v týdnu od jedenácti večer do poledne druhého dne a *Tea Run* tři večery týdně od půl šesté ráno do osmi hodin ráno. Na noční aktivity navazuje *Daytime Follow Up Work*, kdy chodí do města dobrovolníci po dvou lidech a navazují kontakty, přičemž rozdávají vedle informací i občerstvení. Pro denní posezení slouží *Drop-In-Spear Street Day Centre*, kde je možno promluvit si a navázat kontakt se specialisty. Posledním a nejvyšším stadiem pomoci je individuální práce s klientem, která slouží k pomoci při řešení dlouhodobých a komplexních problémů. Kontakty probíhají asi dvakrát měsíčně, někdy navíc po telefonu, ale tento typ práce vyžaduje motivovaného klienta, a to jak k léčbě, tak k udržení stabilního bydlení.

MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ A PSYCHICKÉ PORUCHY

Podle údajů federálního úřadu zabývajícího se mentálními postiženími bezdromovců z roku 1992 (*Federal Task Force on Homelessness and Severe Mental Illness*) potřebuje hospitalizaci jen asi pět až sedm procent těchto lidí. Ostatní mohou žít v komunitě, pokud se jim dostane přiměřené podpory. Právě to je však kamenem úrazu, který vedl v průběhu deinstitutionalizace⁹⁾ k výraznému nárůstu bezdromovců z řad lidí s mentálními postiženími nebo psychickou poruchou. Komunitní podpora selhala nebo nebyla dostačující a stát nezačal adekvátně suplovat její nedostatky.

Lidé s mentálními postiženími mají podobné potřeby jako lidé se závislostí na návykových látkách. Jsou ochotni užívat služby, jež jsou snadno dosažitelné a jež uspokojí jejich pocívané potřeby. Závazky pro klienty je nutno navrhovat opatrně, je nutný individuální přístup. Nezbytnou součástí práce s touto skupinou bezdromovců je dlouhodobé sledování, podpora služeb, jejich integrace a bohatost a zajištění smysluplných denních aktivit zahrnujících práci v rámci komunity. Mezi poskytované služby by měla patřit krizová intervence, intervence při placení nájemného, nepřetržitě plánování a budování individuálních příležitostí. Ve Spojených státech patří mezi komunitně založené programy například *Project for Assistance in Transition from Homeless*.

ZANEDBÁVÁNÍ LÉKAŘSKÉ PÉČE

Multiplikátorem všech zdravotních problémů je zanedbávání lékařské péče. Částečně vinou bezdromovců, kteří podceňují své zdravotní problémy, a částečně vinou lékařů, kteří i v poměrně vážných případech odmítají poskytnout bezdromovcům pomoc, protože nemají zdravotní pojištění ani adresu, na kterou lze zaslat účet za ošetření. Významnou bariérou jsou pro některé lékaře zá-
pach a špína doprovázející většinu bezdromovců.

Špatné zdraví je průvodním jevem bezdromovství. I stát s nejvíce reziduální sociální politikou by měl mít zájem na zajištění základní zdravotní péče pro bezdromovce, protože tak předchází rozšíření infekčních nemocí do celé společnosti. Příkladem takové prevence vykonávané prostřednictvím péče o bezdromovce jsou screeningové

programy prováděné ve Velké Británii charitativní organizací *Crisis*, jejíž patronkou je princezna Alexandra. Například o Vánocích roku 1993 byli nalezeni mezi dvěma sty padesáti vyšetřenými bezdromovci čtyři pozitivní na TBC.

Ve Spojených státech existuje federálně financovaný program zabývající se zdravotní péčí o bezdromovce *Health Care for the Homeless*, který v každém státě uvádějí do praxe a kontrolovají lokální komunity. Jeho účelem je zaplnění mezer ve zdravotní péči. Slouží ve všech státech čtyřem stům padesáti tisícům klientů. Využití tohoto programu se často stává pro bezdromovce prvním krokem k návratu do společnosti. Problémem je, že vzhledem k rostoucímu počtu bezdromovců není možné uspokojit všechny zájemce.

Množství programů orientovaných na zdravotní péči mají v Londýně. Patří mezi ně například *Health Action for Homeless People*, který bojuje za zlepšení přístupu bezdromovců ke zdravotní péči a poskytuje primární péči, *Health Rights Ltd.* podporující zdraví a usilující o snížení sociální nespravedlnosti a jejího vlivu na zdraví, vedle toho ještě poskytující telefonní poradenství, *Homeless Network*, která obsahuje všechny základní aspekty zdravotní péče a zabývá se udržováním a zlepšováním rozsahu služeb pro bezdromovce.

Životní strategie lidí bez domova, ať už jsou volené nebo vnucené, představují jedno velké nebezpečí pro jejich zdraví. Jak snad ukázal předchozí text, péči o zdraví nelze oddělovat od ostatních služeb bezdromovcům. Dostat zdravotní problémy a rizika pod kontrolu je nezbytným předpokladem pro další práci s těmito lidmi.

Použitá literatura

- Beriss, D.: *Homeless and Chemical Dependency*. National Coalition for the Homeless.
<http://nch.arl.net/chemicaldependency.html>
- Bines, W.: *The health of single homeless people*. Centre for Housing Policy. 1994.
<http://www.jrf.org.uk/jrf.html>
- Cooper, B.: *Shadow People: The Reality of Homelessness in the 90's*. 1995.
<http://www.geocities.com/westhollywood/4264/homeless.html>
- Crisis - Working for homeless people. Annual Report 1993/94.
- DALY, G.: *Homeless, Policies, Strategies and Lives on the Street*. London, Routledge, 1996, 18-26, 129-147.
- Horáková, M.: *Současné podoby bezdromovství v České republice. Pilotní sonda*. VÚPSV, 1997.
- Hradecká, V., Hradecký, I.: *Bezdromovství - extrémní vyloučení*. 1. vyd. Praha, Naděje, 1996.
- Lifeshare. Annual Report 1993/4.
- National coalition for the homeless. *How Many People Experience Homelessness?* 1998.
<http://nch.arl.net>
- Shelater. *The National Campaign for Homeless People. Homelessness - What's the Problem?* The National Campaign for Homeless People, 1993.
- The big issue. North West. č. 64, 1995.

- 1) Např. Hradecká, V., Hradecký, I.: *Bezdromovství - extrémní vyloučení*. 1. vyd. Praha, Naděje, 1996, s. 11-17.
- 2) Jde o kriminalizaci chudoby na základě statusu. Jsou penalizovány ekonomické podmínky života namísto chování jedince. Ekonomické podmínky tvoří absence přístřešku, WC, pravidelného příjmu...
- 3) Uzavírání ústavů pro mentálně postižené a psychiatrických léčeben.