



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Problematika výjezdů zdravotnické záchranné služby u lidí bez domova

Vypracovala: Monika Jančová
Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Robert Havlíček
České Budějovice 2016

Abstrakt: PROBLEMATIKA VÝJEZDŮ ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY U LIDÍ BEZ DOMOVA

Tato bakalářská práce předkládá pojednání o problematice bezdomovectví z pohledu zdravotnického záchranáře.

V teoretické části se zabývám přednemocniční neodkladnou péčí, s ní spojenou etikou a bezdomovectvím, jako nejextrémnější formou sociálního vyloučení. Dále v teoretické práci popisuji zdravotní stav bezdomovců a jejich vzájemný vztah se zdravotnickým personálem.

Praktickou částí práce je kvalitativní výzkum, který byl prováděn formou polostrukturovaných rozhovorů se zdravotnickými záchranáři. Výzkum probíhal od prosince 2014 do března 2015. Respondenti byli vybráni metodou snowball sampling, respondentů bylo osloveno deset. Přepis rozhovorů je uveden v praktické části. Tyto rozhovory byly také pro větší přehlednost zpracovány do několika tabulek. V příloze je k vidění soupis otázek, které byly respondentům pokládány.

Cílem výzkumné části práce bylo zjistit indikace výjezdů zdravotnické záchranné služby k lidem bez domova a v čem vidí zdravotničtí záchranáři specifičnost při práci s bezdomovci. Z rozhovorů vyplynulo, že nejčastějšími indikacemi výjezdů zdravotnické záchranné služby k lidem bez domova jsou intoxikace alkoholem a úrazy. Výzkumem bylo také zjištěno, že pro zdravotnické záchranáře není práce s bezdomovci stresující, ale většina se shoduje, že jim je práce s lidmi bez domova nepříjemná. Poukazují hlavně ebrietu u bezdomovců, na nízkou úroveň osobní hygieny a také se obávají přenosu infekčních a parazitárních nemocí. Zajímavým faktem je také to, že zdravotničtí záchranáři se s bezdomovci setkávají nejméně jednou do měsíce.

Smyslem této bakalářské práce bylo poukázat na stále častější problematiku bezdomovectví, které nemá řešení pouze v poskytování sociálních služeb lidem bez domova. Ale je nutné, aby vzniklo komplexní řešení tohoto fenoménu, které bude zahrnovat i zdravotní péči.

Abstrakt: ISSUE OF THE EMERGENCY MEDICALSERVICE HELP TO HOMELESS PEOPLE

This bachelor thesis deal with homeless issue from the view of emergency service worker.

The theoretical part deals with the pre-hospital emergency care, with the related ethic and homelessness, as extreme form of social exclusion. Furthermore, the theoretical work is describing the health status of homeless people and their relationship with medical personnel.

Practical part of thesis is qualitative research which had been done by semistructured interview of the emergency workers. This research had lasted since december of 2014 untill march of 2015. Interviewee were question by snowball sampling method. There were ten people questioned altogether. The transcription of interview is quoted in practical part. These interview are summarise in different charts partly for better clarity. In suplement part there is a list of questions which interviewee received.

The aim of research is explored intervention of emergency service to help to homeless people and in which areas emergency service workers see special treatment to them. From interview have emerged that the most often interventions to homeless people are alcohol intoxication and different kind of injuries. Research has also revealed that emergency service workers are not stressed when they help them but all of those people agree with statement that it is unpleasant especially due to low hygienic standarts. Is also very interesting that emergency service workers meet homeless people at least once a month.

The main point of this bachelor thesis is demonstrate the homeless issue which is getting more serious in these days. It has not have solution only in providing social welfare to homeless people. It is necessary to create the complex solution of this phenomenon which would include also health care to these people.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5.5.2016

.....

(Monika Jančová)

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. at Bc. Robertovi Havlíčkovi za odborné vedení a pomoc při zpracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině za podporu při studiu, Ondřejovi Tuňákovi Tunkovi, Antonínovi Jenšíkovi a Petrovi Tučkovi za cenné rady.

Obsah

1	Přednemocniční neodkladná péče	10
1.1	Etika v přednemocniční neodkladné péči	13
2	Sociální vyloučení	16
2.1	Bezdomovectví	17
2.2	Příčiny bezdomovectví	20
2.3	Legislativa problematiky bezdomovectví.....	21
2.4	Zdravotní stav bezdomovců	25
2.5	Bezdomovci a zdravotnický personál.....	28
2.6	Zdravotnická záchranná služba a bezdomovci.....	29
3	Cíle práce	31
3.1	Cíle Práce.....	31
3.2	Výzkumné otázky	31
4	Metodika.....	32
4.1	Metodika práce	32
4.2	Charakteristika výzkumného souboru	32
5	Výsledky	33
5.1	Přepis rozhovorů	33
5.2	Legenda k vyhodnocení rozhovorů vedených se zdravotnickými záchranáři..	33
5.2.1	Respondent č. 1.....	33
5.2.2	Respondent č. 2.....	36
5.2.3	Respondent č. 3.....	38
5.2.4	Respondent č. 4.....	40
5.2.5	Respondent č. 5.....	42
5.2.6	Respondent č. 6.....	43
5.2.7	Respondent č. 7.....	45
5.2.8	Respondent č. 8.....	47
5.2.9	Respondent č. 9.....	48
5.2.10	Respondent č. 10.....	49

5.3	Výsledky rozhovorů – tabulky	52
6	Diskuze.....	58
7	Závěr	63
8	Klíčová slova.....	66
9	Zdroje.....	67
10	Přílohy.....	72

Seznam použitých zkratek

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Syndrom získaného selhání imunity)
CMP	Cévní mozková příhoda
EMS	Emergency Medic Servis
FEANTSA	Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri, (Evropská federace národních organizací pracujících s bezdomovci)
HIV	Human Immunodeficiency Virus
MePČR	Městská policie České republiky
MRSA	Methicillin - resistant Staphylococcus aureus
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
PČR	Policie České republiky
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
PZS	Protialkoholická záchytná stanice
SLDB	Sčítání lidu, domů a bytů
TBC	Tuberkulóza
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZOS	Zdravotnické operační středisko
ZZ	Zdravotnický záchranář
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

Úvod

Téma Problematika výjezdů zdravotnické záchranné služby u lidí bez domova jsem si pro svou bakalářskou práci zvolila proto, že jsem chtěla zjistit, jaký postoj k těmto lidem zauímají zdravotničtí záchranáři. Neboť právě oni, zdravotničtí záchranáři, jsou v podvědomí široké veřejnosti ti hrdinové, kteří dennodenně zachraňují lidské životy. I my, studenti tohoto oboru, jsme byli plni očekávání a připraveni na akci. Ale jaká je skutečnost? Mnoho a mnoho výjezdů má především psychosociální podtext, kde zdravotničtí záchranáři uplatňují více své empatické chování, než odborné znalosti. Z tohoto důvodu jsem si ke své práci vybrala nejvíce vyloučenou sociální skupinu - bezdomovce, u které je velmi těžké přehlížet jejich sociální problémy a zabývat se pouze těmi zdravotními.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části na teoretickou a praktickou. V první části teoretické práce se zabývám přednemocniční neodkladnou péčí a s ní spojenou etikou. V dalších kapitolách pojednávám o sociálním vyloučení, jehož nejextrémnější forma je bezdomovectví. V závěru práce charakterizuji zdravotní stav bezdomovců a popisuji vzájemný vztah bezdomovců se zdravotnickým personálem a zdravotnickými záchranáři. Praktickou částí práce je kvalitativní výzkum, při kterém jsem uskutečnila rozhovory se zdravotnickými záchranáři, při kterých jsem se snažila zjistit jejich pohled na problematiku bezdomovectví.

Cílem této práce je zjistit důvody, proč zdravotnická záchranná služba k bezdomovcům vyjíždí a v čem vidí zdravotničtí záchranáři specifickou práci s bezdomovci.

1 Přednemocniční neodkladná péče

Přednemocniční neodkladná péče (dále jen PNP) je dle zákona č. 374/2011 Sb. definována jako odborná zdravotní péče o postižené na místě události, během transportu k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče a během předání pacienta. Za cílové poskytovatele akutní lůžkové péče se považují nejbližší dostupná pracoviště, která jsou schopná poskytnout zdravotní péči pacientovi odpovídající závažnosti pacientova stavu. (Pokorný, 2004)

PNP si klade za cíl minimalizovat následky akutního postižení zdraví a náhlého zhoršení chronických onemocnění tak, aby se nemocní byli schopni vrátit do kvalitního života bez výrazného omezení. Důležité je, aby byla první pomoc poskytnuta na odpovídající odborné úrovni a to v co nejkratším čase. Pokud dojde k selhání v kterékoliv části záchranného řetězce, naděje na záchranu či úplné vyléčení rychle klesá. PNP může mít často charakteristiku symptomatické léčby, nikoliv kauzální. Ale musíme si uvědomit, že vyspělý systém PNP jsou schopni zajistit jen ekonomicky stabilní země. V mnoha zemích světa je stále na prvním místě transport do nemocničních zařízení bez jakéhokoliv dohledu zdravotnického personálu. (Pokorný, 2004; Šebelová, Knor, 2013)

V České republice poskytuje PNP zdravotnická záchranná služba (dále jen ZZS), která spadá pod Ministerstvo zdravotnictví a jejím zřizovatelem je kraj. Financování činnosti ZZS je prováděno ze tří zdrojů a to z veřejného zdravotního pojištění, ze státního rozpočtu a z rozpočtů krajů. Podmínky poskytování ZZS, práva a povinnosti poskytovatele definuje zákon č. 374/2011 Sb. ZZS je dle tohoto zákona zdravotní službou, která na základě tísňové výzvy poskytuje PNP osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života. Závažné postižení zdraví je náhle vzniklé onemocnění, úraz nebo jiné zhoršení chronického stavu. Při neposkytnutí PNP by mohli vzniknout dlouhodobé nebo trvalé následky, v nejhorším případě smrt. ZZS poskytuje PNP také u pacientů, které postihla náhlá intenzivní bolest anebo zasahuje u

jedinců, u kterých dochází k poruše chování a hrozí poškození jejich zdraví a u jedinců, kteří ohrožují své okolí. (Zákon č. 374/2011 Sb.)

Mezi činnosti ZZS také patří bezodkladný příjem tísňového volání z linky 155 a příjem výzev předaných operačním střediskem jiné složky integrovaného systému. Zde součinnost ZZS s dalšími složkami integrovaného systému nekončí, ale při potřebě technické pomoci se aktivuje Hasičský záchranný sbor ČR, popřípadě Policie ČR. V případě mimořádných událostí je též aktivována například horská služba, báňská záchranná služba, armáda a různé humanitární organizace. Spolupráci mezi složkami integrovaného záchranného systému definuje zákon č. 239/2000 Sb. Podle tohoto zákona si velitel zásahu ZZS může vyžádat pomoc u velitelů nebo vedoucích složek integrovaného záchranného systému a to buď přímo na místě události anebo prostřednictvím operačního střediska integrovaného záchranného systému. (Pokorný, 2004; Zákon č. 374/2011 Sb.; Zákon č. 239/2000 Sb.)

Po vyhodnocení výzvy jsou nasazeny nejvhodnější výjezdové skupiny, které se dělí podle charakteru na služby rychlé lékařské pomoci, nebo rychlé zdravotnické pomoci. Operační středisko poskytuje také telefonické instrukce volajícímu, v případě potřeby je volající hlasově naváděn při poskytování první pomoci. ZZS na místě zásahu má za úkol řídit a organizovat PNP a je také povinna spolupracovat s velitelem zásahu složek integrovaného záchranného sboru. (Pokorný, 2004)

ZZS spolupracuje s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče, který má povinnost informovat zdravotnické operační středisko (dále je ZOS) o počtu volných lůžek a na výzvu ZOS převzít do své péče pacienta, který je v přímém ohrožení života a toto převzetí je povinně písemně potvrdit vedoucímu výjezdové skupiny. (Zákon č. 374/2011 Sb.)

V USA se mimořádně zasloužil o budování systému PNP Peter Safar, který se podílel na vzniku organizace pod názvem Emergency Medic Service (dále jen EMS), byl si totiž vědom, jak je důležité rychlé poskytnutí správné první pomoci. Jelikož pro nově budovanou službu nemohl počítat s účastí lékařů, zahájil v Pittsburgu nábor mezi nezaměstnanými, které vyškolil do té míry, že byli schopni poskytnout PNP v terénu na základě telefonického spojení s lékaři v nemocnici. Tak se v USA vyvinul systém EMS

opírající se o paramediky. Tento systém je propojen s odděleními akutních příjmů. Systém EMS je organizován federálně a jeho služby jsou poskytovány bezplatně. Podle tohoto vzoru byly vybudovány obdobné systémy například v Kanadě, Velké Británii, Austrálii a na Novém Zélandě. (Pokorný, 2004)

V Praze byla založena první záchranná služba ve střední Evropě. Byla založena v roce 1857, což je ještě o šest let dříve, než vznikl Mezinárodní Červený kříž, za jehož zakladatele je považován Švýcar Henri Dunant. Tato první záchranná služba měla 36 dobrovolníků, kteří se nezištně a dobrovolně snažili chránit obyvatelstvo Prahy. V roce 1890 začala fungovat první nepřetržitá služba a byly získány dopravní prostředky. Pomoc postiženým byla poskytována i během druhé světové války, kdy tuto pomoc zprostředkovávali dobrovolníci Československého Červeného kříže. Systém zdravotnictví se začal měnit a formovat po roce 1945, kdy vznikla rozsáhlá síť zdravotnických zařízení a začalo přibývat lékařů a i nelékařských zdravotníků. Od 50. let 20. století začali poskytovat PNP obvodní lékaři i mimo ordinační dobu. V prosinci 1974 bylo vydáno pokrokové metodické opatření Ministerstva zdravotnictví, podle kterého se začala pomalu formovat síť zdravotnické záchranné služby. Její činnost byla spjata s anesteziologicko - resuscitačními odděleními. Až v roce 1993 se začala budovat samostatná střediska ZZS, která byla umístěna mimo nemocniční zařízení. Důležitou změnou bylo, že zdravotnická záchranná síť musí být uspořádána tak, aby bylo možné poskytnutí PNP do 15 minut od přijetí výzvy s výjimkou situací hodného zřetele. (Historie zdravotnické záchranné služby v ČR, 2010, online; Švejnoha, 2008)

Nyní každý rok výjezdů ZZS přibývá, v roce 2014 byla překročena milionová hranice, neboť ZZS vyjela celkem k 1 012 678 případů za tento rok. Marek Slabý poukazuje na fakt, že počet výjezdů vzrostl za pět let o třicet procent. Za příčinu považuje stárnutí populace, ale i postupné ubývání praktických lékařů a jejich nedostupnost v odpoledních a večerních hodinách. Problematický je i systém lékařských pohotovostí. Slabý také poukazuje na neochotu pacientů se aktivně podílet na péči o své zdraví. Zneužívání a nadužívání ZZS stojí stát přibližně 270 miliónů korun ročně navíc. Vedle finančních nákladů to může vést k prodloužení doby dojezdu ZZS z důvodu uskutečnění výjezdu ze vzdálenějšího stanoviště. U zdravotnických záchranářů se to

může projevit na snížené ostražitosti, neboť velmi často vyjíždí k banalitám. (Kolářová, 2015, online; Slabý, 2015, online)

1.1 Etika v přednemocniční neodkladné péči

Etika pochází z řeckého slova ethos a v překladu znamená zvyk, mrav nebo obyčej. Je to filozofická disciplína, která zkoumá mravnost. Etika je souhrn pravidel, podle kterých by se určitá skupina měla chovat. Jedná se o základní pravidla slušného chování. Morální a etický přístup zdravotnických pracovníků je formulován v Etickém kodexu České lékařské komory a v Etickém kodexu zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. (Pokorný, 2004)

Zdravotnický personál by měl mít úctu k životu, uznávat lidská práva a důstojnost bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální uplatnění. Zdravotnický personál by měl ke své práci přistupovat s maximálním úsilím o záchranu lidského života a uvědomovat si, že by jeho případný laxní přístup mohl zapříčinit zhoršení stavu nebo v nejhorším případě i smrt. Zdravotnický personál je povinný přistupovat ke své práci také s veškerou odbornou schopností, která vede k uzdravení nebo zlepšení zdravotního stavu postiženého. Zdravotnický personál by měl také svou prací přispívat ke klidnému a důstojnému umírání. Zdravotníci jsou vázání povinnou mlčenlivostí a měli by dbát na co nejvyšší intimitu pacientů. Musí respektovat životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení svých pacientů. Při vyšetření a ošetření má být pacient seznámen s tím, co se s ním děje a bude dít, pokud má možnost volby, má právo se sám rozhodnout, samozřejmě pokud mu to jeho aktuální stav dovolí. (Köhlerová, online; Pokorný, 2004)

V PNP je často velmi náročné vše dodržet, neboť zdravotnický záchranář je většinou vystaven náročným podmínkám v podobě náročného terénu, nepřízně počasí, nedostatečných informací o postiženém, může se potýkat s nedostatkem materiálu a technického vybavení. Musí být schopný pracovat v improvizovaných podmínkách,

vyrovnat se s pracovními podmínkami mimo nemocnice, ale často i mimo vozidlo. (Šebelová, Knor, 2013; Zákon č. 40/2009 Sb.; Pokorný, 2004)

Nežádka jsou zdravotničtí pracovníci vystaveni také agresivnímu přístupu postiženého anebo agresi ze strany příbuzných nebo přihlížejících. Pracovníci ZZS jsou obětaví, zasahují v rizikovém prostředí, například při ošetřování osob v obtížně přístupných lokalitách, při zásazích v zamořeném prostředí, při ohrožení infekcí.

Zdravotničtí pracovníci jsou dle předpisu č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku povinni poskytnout potřebnou pomoc každému, kdo je v nebezpečí smrti nebo jeví známky poruchy zdraví. Ale oproti tomu dle zákona č. 374/2011 Sb. je vedoucí výjezdové skupiny oprávněn rozhodnout o neposkytnutí PNP, a to v případě, kdy by poskytnutí PNP vážně ohrozilo zdraví anebo život členů výjezdové skupiny. (Pokorný, 2004; Zákon č. 374/2011 Sb.; Zákon č. 40/2009 Sb.)

Jak již výše zmiňuji, každému zákroku v oblasti zdravotní péče by měl předcházet informovaný souhlas pacienta. V některých urgentních situacích s ohledem na časovou naléhavost poskytnutí PNP jsou ale zdravotničtí pracovníci nuceni postupovat bez tohoto souhlasu. Tato situace se nejčastěji vyskytuje u bezvědomí, poruch vědomí. Etickou povinností lékaře ZZS je také poskytování informací o zjištěném stavu postiženého, bohužel tato povinnost v PNP je často opomíjená, anebo z důvodu přihlídnutí na psychický stav pacienta nevyřčená. (Pokorný, 2004; Šebelová, Knor, 2013)

Zdravotníci a lékaři ZZS se také mohou setkat s odmítavým přístupem k jejich péči, kdy postižení nepřikládají dostatečnou váhu příznakům jejich onemocnění. Zde je důležitý psychologický přístup, rozhodnost a dostatečná argumentace pracovníků ZZS. Pacient má právo odmítnout léčbu nebo převoz do nemocničního zařízení, lékař je toto rozhodnutí povinný respektovat, ale musí si o tom vyžádat písemné prohlášení, takzvaný negativní revers. (Pokorný, 2004)

Dalším náročným prvkem práce u ZZS je nepřetržitá pohotovost, kdy pracovníci ZZS musí být schopni ve dne v noci zasahovat u akutních i méně akutních případů různé povahy. U zdravotnických pracovníků jsou také velmi důležité komunikační schopnosti a dovednosti. A nejen schopnost komunikace mezi členy výjezdové

posádky, ale také komunikace zdravotnických pracovníků s postiženými a jejich okolím. (Pokorný, 2004)

Široká veřejnost tak získává dojem, že zdravotničtí záchranáři neustále bojují o záchranu života, resuscitaci provádí dennodenně a ošetření velkých úrazů je pro ně denní chléb. Ale není tomu tak, realita je často velmi odlišná. Mezi nečastější indikace výjezdů patří zhoršení stavů u chronických interních onemocnění, nespecifikované potíže, intoxikace, neurologické potíže a objevují se zde stále častěji indikace s psychosociálními problémy jako například panické ataky, sebevražedné pokusy, apod. ZZS je také nucena řešit situace, které mají sociální podtext. (Pokorný, 2004; Šebelová, Knor, 2013)

2 Sociální vyloučení

Sociální vyloučení je chápáno jako nerovnost v účasti na životě společnosti. Sociálně vyloučené osoby mají omezený přístup k pěti základním zdrojům společnosti a to k zaměstnání, zdravotní péči, vzdělání, bydlení a k sociální ochraně. Sociální vyloučení můžeme také definovat jako proces, kterým jsou jednotlivci a někdy dokonce i celé skupiny osob ohroženy ztrátou přístupu ke zdrojům nezbytným pro zapojení do sociálních, ekonomických a politických aktivit společnosti. Zákon č. 108/2006 Sb. definuje sociální vyloučení jako „...vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace.“ (Zákon č. 108/2006 Sb.) Sociálně vyloučené osoby obvykle nestojí pouze před jedním problémem, ale před celou řadou problémů. Těmito problémy jsou nečastěji: dlouhodobá nezaměstnanost, závislost na sociálních dávkách, znevýhodnění a diskriminace z nejrůznějších důvodů, špatné právní povědomí a neschopnost porozumět vlastním právům a povinnostem. Tito lidé také často upadli do apatie ze života v chudobě, mají velké dluhy, které nejsou schopni splácet, často vůbec neumí hospodařit s penězi. U sociálně vyloučených osob je zvýšené riziko být pachatel, nebo naopak oběť trestné činnosti. Velmi často jsou tito lidé také nedostatečně vzdělání, což se u nich projevuje nízkým sebevědomím. Pokud nejsou ani rodiče dostatečně vzděláni, je jejich podpora ve vzdělávání dětí velmi nízká. Častým problémem je také špatný zdravotní stav a nevyhovující hygienické podmínky, v nichž dotyčné osoby žijí. Bohužel žádná společnost není schopna zaručit rovnost všech členů společnosti. Státy se snaží předcházet sociálnímu vyloučení, vytvářejí proto systémy sociálního zabezpečení, které mají za úkol chránit obyvatelstvo od pádu pod hranici chudoby. Česká republika je stát s rozvinutým systémem sociálního zabezpečení, na sociální účely plyne velká část veřejných financí. Sociální zabezpečení je ošetřeno velkým legislativním rámcem skládajícím se ze Zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ze Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, Zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi a Zákona č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu. Tyto zákony dále

rozebírám v kapitole legislativa problematiky bezdomovectví. (Zákon č. 108/2006 Sb.; Mareš, 2006, online)

2.1 *Bezdomovectví*

Bezdomovectví je nejextrémnější formou sociálního vyloučení. V České republice pojem bezdomovectví není dosud systematicky ani legislativně definován. Český právní řád chápe bezdomovce jako člověka bez státní příslušnosti a bez domovského práva a pro člověka bez možnosti trvalého obydlí používá pojem osoba bez přístřeší anebo osoba v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. V oblasti sociální jsou bezdomovci zařazeni do kategorie občanů společensky nepřizpůsobivých. Všechny tyto pojmy jsou značně stigmatizující. V odborné literatuře je nejčastěji užíván pojem bezdomovec a osoba bez domova. (Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020, online; Marek, Strnad, Hotovívá, 2012; Štechová, Luptáková, Kopoldová, 2008)

Mezinárodní definici uvádí Evropská federace národních sdružení pracujících s bezdomovci (dále jen FEANTSA), která definuje, že „...*bezdomovectví je absence vlastního, trvalého a přiměřeného obydlí. Bezdomovci jsou ti lidé, kteří nejsou schopni získat vlastní, trvalé a přiměřené obydlí, nebo si nejsou schopni takové obydlí udržet kvůli nedostatku finančních prostředků nebo jiným sociálním bariérám.*“ FEANTSA také dělí bezdomovectví podle úrovně standardu na osoby bez přístřeší, bez bytu, v nejistém bydlení nebo v nevyhovujícím bydlení. Podle mnohých zahrnuje bezdomovectví všechny jedince, kteří žijí v podmínkách, které jsou nevhodné pro běžný, spořádaný život. (Štechová, Luptáková, Kopoldová, 2008; Marek, Strnad, Hotovívá, 2012)

Bezdomovectví se dělí na bezdomovectví zjevné, skryté a potencionální. Zjevné bezdomovectví je nejviditelnější, do této kategorie patří bezdomovci, kteří přespávají na ulici, na nádražích, v parcích anebo v městské hromadné dopravě. Tito lidé se na první pohled odlišují od ostatních svým zanedbaným zevnějškem, obvykle zapáchají,

projevuje se u nich nedostatečná hygiena. Pověštinou jsou těmto bezdomovcům cizí společenské normy a nemají návyky jako bydlící populace. Lidé žijící na ulici se musí přizpůsobit novému způsobu života a často to co dříve považovali jako normu, je pro ně nyní nežádoucí a naopak.

Skryté bezdomovectví se vyznačuje tím, že tito bezdomovci nevyhledávají sociální služby a tím pádem nejsou nikde evidováni. Často se za svou situaci stydí a snaží se na okolí působit tak, že se nic neděje. Mají tendenci se chovat nenápadně a splynout s okolím. Tito bezdomovci obývají staré budovy, vraky aut, často přespávají u známých.

Do skupiny potenciálních bezdomovců patří osoby, které jsou reálně ohroženy z důvodu nevhodných anebo nevyhovujících bytových podmínek. Patří sem i velká skupina čekatelů na propuštění z věznic, dětských domovů anebo psychiatrických léčeben. Potenciálními bezdomovci jsou také nelegální ale i legální migranti, azylantů a přistěhovalci. (Štechová, Luptáková, Kopoldová, 2008; Průdková, Novotný, 2008)

S bezdomovectvím se naše společnost začala setkávat až po roce 1989, neboť minulý politický systém zaručoval práci pro všechny. Pracovat v té době bylo povinností. Kdo déle nepracoval a nezdržoval se delší dobu v místě trvalého bydliště, byl obviněn a trestně stíhán za příživnictví. Organizace v socialismu byly nuceny vytvářet pracovní místa, i přestože byly občas nepotřebné. Důležité bylo, aby každý pracoval. Velké podniky poskytovaly svým zaměstnancům možnost ubytování i s přihlášením k trvalému pobytu. Chudoba v této době byla potírána na úkor svobody člověka a jeho lidských práv. Minulý režim se totiž snažil vše, co se vymykalo normě, eliminovat. Proto nepřizpůsobiví jedinci povětšinou končili ve vězení za příživnictví nebo na psychiatrických klinikách a běžná populace o tomto problému neměla žádné povědomí. (Hradecká, Hradecký, 1996; Marek, Strnad, Hotovcová, 2012, Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2006, online)

Před listopadem 1989 bylo ve výkonu trestu přes 31 000 lidí, z toho se 23 000 vězňů týkala rozsáhlá amnestie prezidenta Václava Havla na začátku jeho funkčního období. Tito vězni, kteří se náhle ocitli na svobodě, se často neměli kam uchýlit. Další vliv na rychlý růst bezdomovectví po roce 1989 měl fakt, že byl zrušen trest za

příživnictví, velké podniky byly privatizovány a byly rušeny velké podnikové ubytovny. Bezdomovci ve středních letech se často nedokázali vypořádat v devadesátých letech s ekonomicko-politickou situací. (Štěchová, Luptáková, Kopoldová, 2008; Průdková, Novotný, 2008; První krok Václava Havla, 2010, online)

V roce 2012 bylo na území České republiky přibližně 30 000 osob bez přístřeší, ale mnohem více osob žilo v nejistém nebo nevyhovujícím bydlení. Odhadovaný počet potencionálních bezdomovců v ČR byl proto až 100 000 osob. Podrobnější statistické údaje o bezdomovcích můžeme nalézt například ve výsledcích posledního Sčítání lidu, domů a bytů 2011 (dále jen SLDB 2011). Tohoto šetření se zúčastnila jen část bezdomovců, konkrétně 11 496, protože sčítací formulář vyplňovali jen klienti azylových domů a domů na půli cesty. Skrytí bezdomovci tak mohli uniknout pozornosti při evidenci. Další Sčítání lidu, domů a bytů by se mělo uskutečnit v roce 2021. Největší koncentrace bezdomovců je v Praze, odhaduje se, že zde žije až 47% všech bezdomovců z republiky. Lidé bez domova se v Praze nekonztrují z důvodu velkého spektra sociálních služeb, ale očekávají zde lepší ekonomické vyhlídky, a i když pak nejsou tyto vyhlídky naplněny, v Praze zůstávají. Na druhém místě je kraj Středočeský, kde se vyskytuje 10% bezdomovců, poté kraj Ústecký a Karlovarský, kde jich je okolo 8%. Co se týče státního občanství, nejvíce cizinců bez domova se vyskytuje ve velkých městech. Dle statistik nízkoprahového denního centra Armády spásy v Praze využilo jejich poradenství za rok 2012 celkem 2 158 osob a z toho 67% mělo českou státní příslušnost, 16% slovenskou, 5% jinou a 12% ji nevedlo. (Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020, 2013, online; Štěchová, Luptáková, Kopoldová, 2008)

V USA se odhaduje, že bezdomovectví zažije ročně 2,5 až 3,5 miliónu lidí, v Austrálii je lidí bez domova okolo 100 tisíc a v Kanadě 150 tisíc. (Barták, 2011)

2.2 Příčiny bezdomovectví

Znalost determinant bezdomovectví je velmi důležité pro efektivní řešení tohoto fenoménu, protože samotné odstraňování následků bezdomovectví je značně neúčinné. (Průdková, Novotný, 2008; Barták, 2011)

Příčiny bezdomovectví můžeme dělit na vnější (objektivní, strukturální) a vnitřní (subjektivní, individuální). Často je obtížné určit, jestli je to příčina bezdomovectví nebo jeho následek a naopak, proto je bezdomovectví znázorňováno jako cyklus. Vnější příčiny jsou přisuzovány systémové chybě, kdy sociální politika státu nebyla schopna jedinci pomoci a bezdomovec je obětí. Příkladem vnějších příčin je vysoká míra nezaměstnanosti, nedostatečné zabezpečení ve stáří a nemoci, finančně nedostupné bydlení, diskriminace, ale také institucionální příčiny. V ČR je nejvíce bezdomovectvím ohrožena skupina mladých lidí, která opouští institucionální péči. V podobné situaci se také objevují propuštěné osoby z výkonu trestu odnětí svobody anebo z psychiatrických léčení. (Barták, 2011; Pekárková, 2010; Marek, Strnad, Hotovcová, 2012)

Zatímco vnitřní příčiny poukazují na nepříznivé vlastnosti jedince a zahrnují materiální, vztahové a osobní podmínky jednotlivců nebo celých rodin, pak pod materiálními příčinami si můžeme představit například nízký příjem, nezaměstnanost, zadluženost, ztrátu bydlení. Častými důvody bezdomovectví jsou vztahové problémy, jako je nefunkční rodinné zázemí, manželské konflikty, rozvody. Osobními příčinami jsou tělesné nebo psychické onemocnění, závislosti na návykových látkách, prožitá traumata, jako například sexuální zneužívání, týrání, smrt blízké osoby. (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012; Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020, 2013, online; Průdková, Novotný, 2008)

2.3 *Legislativa problematiky bezdomovectví*

Průdková s Novotným uvádí, že podle našich zákonů problém bezdomovectví vlastně neexistuje, neboť každý český občan má trvalé bydliště zaznamenané v občanském průkaze. Bezdomovci se ale většinou nevyskytují v místě trvalého bydliště, stahují se do velkých měst. Zde vzniká problém, protože většina zákonů se váže na trvalé bydliště. Někteří bezdomovci mají v občanském průkaze adresu magistrátu, magistrát nebo městské úřady jim poskytnou fiktivní bydliště. Bezdomovci, ale velmi často nemají ani občanský průkaz, pas, rodný list ani kartičku zdravotního pojištění. Pro člověka, který nemá žádný doklad, jak uvádí Hradecký, jsou jeho občanská práva jen teorií. Získání dokladů je poměrně zdlouhavý a nákladný proces, který bezdomovec většinou nemůže nebo nechce absolvovat a finančně pokrýt. Také bychom si měli uvědomit, že bezdomovec není zpravidla schopný si tyto doklady sám obstarat a často o ně v podstatě ani nestojí. Někteří bezdomovci trpí sociální fobií a z jednání na úřadech mají chorobný strach, často se bojí ponížení a jsou jim nepříjemné pohledy ostatních spoluobčanů, často se stydí za bezdomovectví a svůj zanedbaný zevnějšek. (Průdková, Novotný, 2008; Hradecký, Hradecká 1996)

Žádná ze základních listin zajišťujících lidská práva v České republice, ani Ústava a ani ústavní zákony, nezaručují právo na bydlení. Jediným právním zajištěním ochrany v tomto směru je Listina základních práv a svobod, která říká, že „...*každý, kdo je v hmotné nouzi, má právo na takovou pomoc, která je nezbytná pro zajištění základních životních podmínek...*“, ale už dále nespécifikuje přesné vymezení základních životních podmínek (Ústavní zákon č. 162/1998). Podle zákon č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi se osoby nacházejí v hmotné nouzi, jestliže jejich příjem a příjem společně posuzovaných osob po odečtení nákladů na bydlení nedosahuje částky na živobytí, která činí měsíčně 3 410 Kč pro jednotlivce, přičemž si tento jedinec nemůže příjem zvýšit vzhledem ke svému věku, zdravotnímu stavu, nebo z jiných vážných důvodů. Za osobu v hmotné nouzi se také považuje osoba, které s přihlédnutím k jejím příjmům a sociálním a majetkovým poměrům hrozí vážná újma na zdraví, anebo osoba, kterou

postihla vážná mimořádná událost. Za zmínku stojí i fakt, že pokud osoba nemá dostatečné prostředky k úhradě jednorázových výdajů spojených s placením správních poplatků při ztrátě dokladů, při vydání duplikátu rodného listu nebo dokladů potřebných k přijetí do zaměstnání je také považována za osobu s nárokem na pomoc v hmotné nouzi. Dále za osobu v hmotné nouzi stát považuje ty osoby, které s ohledem na neuspokojivé sociální zázemí a nedostatek finančních prostředků nemůžou úspěšně řešit svoji situaci a jsou ohroženy sociálním vyloučením. Do této kategorie můžeme zařadit osoby propuštěny z vězení, po ukončení léčby chorobných závislostí, po propuštění z ústavní výchovy, nebo osoby nemající uspokojivě naplněné životně důležité potřeby vzhledem k tomu, že tyto osoby jsou bez přístřeší. Dávkami, kterými se řeší hmotná nouze, jsou příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a okamžitá pomoc. (Zákon č. 108/2006 Sb.; Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015, online)

Dalším zákonem, který se týká fenoménu bezdomovectví, je zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory osobám v nepříznivých sociálních situacích. Sociální služby zahrnují bezplatné sociální poradenství o možnostech řešení nepříznivé situace, sociální péči a prevenci. Sociální služby se dělí na pobytové, terénní a ambulantní. Podle tohoto zákona existuje mnoho zařízení, které poskytují sociální služby. V této práci uvedu pouze zařízení týkající se bezdomovců. Bezdomovci mohou využít nízkoprahové denní centrum, což je velká místnost vybavená většinou pouze stoly a židlemi. Přístup do centra je pouze přes den a to jen v určitém časovém rozsahu. Klient si zde může v klidu odpočinout, ohřát se a najíst se. Standardem všech nízkoprahových center je možnost základní hygienické péče. Klienti se zde mohou umýt, použít toaletu a využít šatník. Jediné omezení je, že klient nesmí být pod vlivem omamných látek a nesmí být agresivní. V denním centru je klientům také nabízeno poradenství ohledně jejich tíživé situace. Další možnost, kterou mohou bezdomovci využít, jsou noclehárny, kde bezdomovci mohou využít i hygienické zařízení a přenocovat. Klienti mohou na noclehárně přespat, ale ráno se musí sbalit a noclehárnu opustit. Noclehárna se přes den zavírá proto, aby klienti nezůstávali celý den v posteli, ale byli nuceni řešit svou stávající situaci. Stejně jako v nízkoprahových denních centrech je i na noclehárně klientovi poskytnuto sociální

poradenství. Dalším krokem v reintegraci lidí bez domova do společnosti je ubytování v azylovém domě, kde jim je na přechodnou dobu poskytnuto ubytování. Podmínkou je, aby se klienti aktivně podíleli na řešení jejich nepříznivé sociální situace. Posledním stupněm začleňování bezdomovců do většinové společnosti je bydlení v chráněných bytech. V České republice chráněné bydlení pro bezdomovce prozatím nefunguje, ale Koncepce prevence a řešení bezdomovectví v ČR do roku 2020 (2013) počítá se vznikem těchto bytů, kde by bydleli klienti, kteří by byli v pravidelném kontaktu se sociálním pracovníkem, který je bude motivovat k samostatnosti. Předpokládá se, že kontakt sociálního pracovníka s klientem se bude postupně omezovat a za nějaký čas bude klient schopný fungovat zcela samostatně. (Průdková, Novotný, 2008; Zákon č. 108/2006 Sb.)

Jako další bych uvedla zákon č. 110/2006 Sb. o životním a existenčním minimu, který definuje životní minimum jako „*minimální hranici peněžních příjmů fyzických osob k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb*“ a existenční minimum jako „*minimální hranici příjmů osob, která se považuje za nezbytnou k zajištění výživy a ostatních základních potřeb na úrovni umožňující přežití*“. Dále se podle tohoto zákona posuzuje, zda příjmy osob dosahují životního či existenčního minima. Tato minima nezahrnují nezbytné náklady na bydlení, jak již výše uvádím. Životní minimum je 3 410 Kč a existenční minimum činí 2 200 Kč. Existenční minimum nelze použít u nezaopatřených dětí, u poživatelů starobního důchodu, u invalidních osob ve třetím stupni a u osob starších 68 let.

Dostupnost zdravotní péče je pro bezdomovce komplikovaná, vyskytují se zde problémy týkající se administrativy a financí. V České republice je zdravotní péče závislá na zdravotním pojištění. Ze zákona je v ČR zdravotně pojištěn každý, kdo má na našem území trvalý pobyt, nebo je jeho zaměstnavatelem osoba, která má sídlo, nebo trvalý pobyt v ČR. V současné době platí zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, podle kterého zdravotní pojištění vzniká dnem, kdy se občan ČR narodí a u osob bez trvalého bydliště v České republice vzniká dnem, kdy se osoba stane zaměstnancem u zaměstnavatele s trvalým pobytem v ČR nebo se sídlem v ČR. Zdravotně pojištěni nejsou ti, kteří vykonávají nelegální práce, ale zdravotně pojištěnou

se stane osoba, která získá trvalý pobyt na území ČR. Zdravotní pojištění zaniká smrtí pojištěnce a u osob bez trvalého pobytu v ČR dnem, kdy je ukončen pracovní poměr u zaměstnavatelů v ČR. (Zákon č. 48/1997 Sb.; Šupková, 2007, online)

Stát je plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu za tyto pojištěnce: nezaopatřené děti, poživatele důchodu, příjemce rodičovského příspěvku, ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené, uchazeče o zaměstnání, osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi, osoby závislé na péči jiné osoby a také za osoby, které o tuto osobu pečují. Stát je také plátcem pojistného za osoby ve výkonu trestu odnětí svobody, invalidní osoby ve třetím stupni, osoby celodenně a řádně pečující o jedno dítě do sedmi let anebo o dvě děti do patnácti let, za mladistvé umístěné ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a za cizince, kterým bylo uděleno oprávnění k pobytu na území ČR za účelem poskytnutí dočasné ochrany a kteří nejsou zaměstnání nebo nejsou osobou samostatně výdělečně činnou (dále jen OSVČ). (Zákon č. 48/1997 Sb.)

Pojistné se platí zdravotní pojišťovně, u které je pojištěnec pojištěn. Povinnost platit pojistné vzniká pojištěnci dnem nástupu zaměstnance do zaměstnání, nebo zahájením samostatně výdělečné činnosti. Výše a způsob placení na veřejné zdravotní pojištění stanovuje zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Výše pojistného činí 13,5% z vyměřovacího základu za rozhodné období. Minimální vyměřovací základ je minimální mzda, která je nyní stanovena na 9 900 Kč měsíčně a minimální mzda na hodinu je 58,70 Kč. Minimální mzdu upravuje zákon č. 262/2006 Sb. a výše nynější minimální mzdy byla upravena k 1.1.2016 podle nařízení vlády č. 233/2015. Vyměřovacím základem u osoby, která nemá po celý kalendářní rok příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatně výdělečné činnosti a není za ni plátcem pojistného stát, je minimální mzda. Osoby, které spadají do této skupiny, musí odvádět na pojistné 1 337 Kč měsíčně. Oproti tomu vyměřovací základ pro pojistné hrazené státem je 6 444 Kč, což znamená, že stát na veřejné pojištění odvádí pouze 870 Kč na osobu, které se toto týká. Tuto částku může vláda vždy do 30. června změnit svým nařízením a to s účinností k 1. lednu následujícího roku. OSVČ platí pojistné formou

záloh na pojistné a doplatku pojistného dle zákona č. 592/1992 Sb. o pojistném na veřejné zdravotnictví. (Zákon č. 592/1992 Sb.; Tichý, 2015, online)

V České republice je ze zákona garantován přístup k základní zdravotní péči všem, to znamená, že i bezdomovcům. V případě potřeby akutní lékařské pomoci nesmí být pacient zdravotnickým zařízením odmítnut a musí být ošetřen. Pacient musí být ošetřen, jestliže je zraněn, trpí akutním onemocněním, a péče musí být poskytnuta rodiče v případě neodkladného porodu a dále zdravotnické zařízení musí poskytnout zdravotní služby, které jsou nezbytné z hlediska ochrany veřejného zdraví. Zde se ale dostáváme do rozporu, kdy na jedné straně je právo na zdravotní péči a na druhé povinnost platit si zdravotní pojištění. Vzniká tak situace, kdy bezdomovec není plátcem pojistného, ale zůstává pojištěn. V důsledku narůstajícího dluhu u pojišťovny dochází k potížím při plnění úhrad zdravotnickým zařízením za výkony provedené u těchto pacientů a tím pádem jsou lékaři a zdravotnická zařízení při výběru pacientů opatrní. Náš právní řád dává přednost právu na zdravotní péči. (Zákon č. 372/2011 Sb., Šupková, 2007, online)

Hruška (2012) ve své studii, kterou uskutečnil v Ostravě, popisuje, že pokud osoba má zdravotní pojištění u kterékoliv pojišťovny v ČR, pak i když dlouhodobě neplatí pojistné této pojišťovně, hradí za něho tato pojišťovna náklady za léčbu. U osob, které nemají v ČR uzavřené pojistné a je doložitelné, že se jedná o osoby bez přístřeší, pověřený pracovník zašle fakturu na Magistrát města Ostravy, který následně fakturu uhradí. A to i za pacienta, který má trvalé bydliště jinde. V roce 2011 se v Ostravě jednalo asi o pět případů. Osobám bez přístřeší, mají-li doklad o pobírání hmotné nouze, jsou prominuty regulační poplatky. (Hruška, 2012)

2.4 Zdravotní stav bezdomovců

Autoři se shodují, že zdravotní stav bezdomovců je špatný, poukazují na to, že bezdomovci mají zdraví daleko křehčí a nestálější než bydlící obyvatelstvo. Tuto skutečnost přisuzují faktu, že bezdomovci nejsou v podmínkách, v kterých žijí, schopni

udržet zdravou životosprávu. V situacích, kdy člověk své biologické potřeby uspokojuje jen příležitostně, se o zdravém stylu života nedá mluvit. V podmínkách, kde bezdomovci přebývají, je těžké udržet fyzické i mentální zdraví. Toto dokládá též studie z roku 2009, která byla provedena v amerických zdravotních centrech. Studie porovnává zdravotní stav bezdomovců a ostatních bydlících lidí. (Šupková, 2007; Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020, 2013; Průdková, Novotný, 2008)

Na zdravotním stavu lidí bez domova se projevuje špatné stravování a nedostatečná výživa. Často se živí potravinami z odpadkových košů, které jsou napadeny plísněmi a různými mikroby způsobující těžké infekční průjmy, zvracení, bolesti a záněty žaludku. Bezdomovci trpí nedostatkem proteinů, vápníku a vitamínů. Lidé bez domova mají také nedostatek pitné vody, vodu si musí donášet. Při dlouhodobém skladování se v ní množí mikroby a voda se stane nepitnou. S vodou také souvisí přístup k osobní hygieně, kdy bezdomovci nemají v blízkosti svých příbytků koupelnu ani toaletu. Svoji potřebu vykonávají v blízkosti svých provizorních úkrytů, což má za následek šíření hepatitidy typu A. Bezdomovci také často trpí vyrážkami a ekzémy, také svrab se u nich vyskytuje mnohem častěji, než u bydlící společnosti. Těžké impetigo je také projevem malhygieny, často se rozvine z obyčejných štípanců anebo malých poranění kůže. (Pekárová, 2010, 2013, online)

Dalším problémem je nedostatečná péče o dutinu ústní, což vede k zánětům a předčasné ztrátě chrupu. Špatný stav chrupu je poté handicapem pro zpětné začlenění do společnosti. (Pekárová, 2010, online)

Bezdomovci také trpí nedostatkem kvalitního spánku, je pro ně velmi obtížné si dostatečně přes noc odpočinout, když noc tráví na veřejných místech v neustálém strachu z napadení. Často spí vsedě a celé dny tráví na nohou, dochází tak k přetížení žilního systému, což přispívá ke vzniku bércových vředů. Nedostatek spánku přispívá i k rozvoji psychických nemocí a epilepsie. Duševní nemoci ale nemusí být pouze důsledkem ztráty domova. Velmi často je právě psychické onemocnění příčinou krize, na jejímž konci přichází postižený o domov. Centra, která se starají o psychicky choré, nám potvrzují, že většina bezdomovců trpěla psychickými problémy ještě před tím, než

přišla o domov. Některé studie ukazují, že lidé přebývající na ubytovnách trpí až 8 krát více psychickými nemocemi a lidé spící na ulici dokonce až 11 krát více než běžná populace. (Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020, 2013, online; Šupková, 2007, online; Pekárová, 2013, online)

Zdravotní stav bezdomovců se také odvíjí od zneužívání návykových látek drog a alkoholu. Přespávání na ulici je často důvodem zneužívání drog a alkoholu, ale vyskytují se také případy, kdy závislost na návykových látkách byla příčinou ztráty bydlení. Bezdomovci tráví většinu času venku za nepříznivého počasí, v zimě jsou ohroženi podchlazením a omrznutím akraálních částí těla. V našich podmínkách je celkové podchlazení spojeno s alkoholovým opojením, kdy bezdomovci v ebrietě usnou venku v mrazu a rychle ztrácí teplo díky roztaženým cévám. (Šupková, 2007, online; Pekárová, 2013, online)

Podle testování Improving Access to HIV/TB testing for marginalized groups - IMPACT, které se uskutečnilo v roce 2012 v Praze, se mezi bezdomovci, narkomany a migranty žijícími v hlavním městě vyskytuje nejvíce hepatitida typu C, v menší míře syfilis, ale HIV nebylo prokázáno u žádného z 864 testovaných osob. Minařík (2012) to přisuzuje hlavně strategii snižování rizik při užívání drog, která začala fungovat hned po revoluci v devadesátých letech. V rámci této strategie jsou uživatelům návykových látek vyměňovány injekční stříkačky a jsou náležitě poučováni o možných rizicích. HIV se v ČR nejvíce vyskytuje v homosexuálních a bisexuálních vztazích. (Mezi nakaženými virem HIV dominují homosexuálové, 2012, online)

Bezdomovci jsou většinou polymorbidní pacienti. Z výzkumu, který provedla Šupková (2007, online) v roce 2007 vyplývá, že nejčastější lékařské diagnózy jsou záněty horních dýchacích cest, chřipky, hypertenze, impetiga, cévní onemocnění, astma, chronické obstrukční plicní nemoci, flegmony. Šimůnková (2014, online) také ve svém článku poukazuje na to, že lidé bez domova jsou stejně jako uživatelé drog a migranti náchylnější k propuknutí tuberkulózy.

Bezdomovci také trpí civilizačními chorobami, jako je například diabetes, vysoký tlak a srdeční selhání a potřebují tedy kontinuální léčbu, ale jen velmi malá část bezdomovců je registrována u praktických lékařů. (Koubová, 2015)

2.5 *Bezdomovci a zdravotnický personál*

Přístup zdravotníků k pacientovi – bezdomovci je často ovlivněn předsudky. Zdravotnický personál je málo informován o problematice bezdomovectví, často se u něj objevuje strach z přenosných chorob a agrese. Někteří zdravotníci mají negativní zkušenosti s bezdomovci, kdy se bezdomovci chovali nevhodně a byli v podnapilém stavu. Zdravotníci také trpí při ošetřování bezdomovců pocitem marné práce, protože po propuštění se bezdomovec ve většině případů vrací zpátky na ulici. (Koubová, 2015, online)

Ošetření bezdomovců je také spojeno s mnoha překážkami a problémy. V první řadě ošetřující personál musí řešit problém s hygienou bezdomovce, který je většinou v zanedbaném stavu, zapáchá, v některých případech je znečištěn močí, stolicí a zvratky, často je zavšivený. Pekárová (2013, online) dodává, že nemocnice již disponují speciálními boxy, kde jsou bezdomovci osprchováni a eventuálně zbaveni parazitů. Jejich ošacení se často musí vyhodit a i zdravotnický personál nosí do nemocnic starší šaty, aby ji bezdomovci měli v čem opustit. (Koubová, 2015, online; Šupková, 2007, online)

Spolupráce s bezdomovci je ve většině případů velmi složitá, pacient buď odmítá mluvit a sdělit cokoli o svém stavu, nebo mu to nedovoluje vliv alkoholu či jiných návykových látek. Z důvodu abstinčních příznaků mohou být verbálně i brachiálně agresivní. Je skoro pravidlem, že lidé bez domova nemají žádné doklady, natož kartičku zdravotní pojišťovny, což působí problémy s jejich identifikací a úhradou za ošetření. Většina bezdomovců si neplatí zdravotní pojištění a protože se do karty přijatého bezdomovce musí nějaká pojišťovna uvést, uvádí se Všeobecná zdravotní pojišťovna. Ta když zjistí, že pacient u ní není pojištěný, léčbu neuhradí a ta je následně hrazena z rozpočtu nemocnice. (Šupková, 2007, online; Bartkovský, 2010, online; Benešová, Čejková, 2009, online)

Bezdomovci jsou většinou polymorbidní pacienti a zdravotníci jsou nuceni řešit celé spektrum obtíží: přes chronické, akutní, zanedbané, duševní a až po civilizační. (Matušinská, 2010)

Bezdomovci nedodržují léčebný režim, obtěžují ostatní pacienty, žebrají u nich peníze a jídlo. Častá je opakující se hospitalizace. Anebo naopak bezdomovec hospitalizaci odmítá, bojí se omezení svobody, není pro něj jeho zdraví prioritou a obvykle vyžaduje jen léky, které by mu pomohly od akutní bolesti, ale pořádně se vyléčit nechce, chybí jim perspektiva do budoucnosti (Benešová, Čejková, 2009, online; Matušinská, 2010)

2.6 Zdravotnická záchranná služba a bezdomovci

Zdravotnický záchranář musí být schopný řešit jakýkoliv zdravotní problém napříč všemi obory, ale ty jsou čím dál častěji spojeny či dokonce vyvolány problémy v oblasti sociální. Jedním takovým sociálním problémem je právě bezdomovectví. Šupková (2007, online) ve svém výzkumu z roku 2006 uvádí, že zdravotničtí záchranáři se v šesti případech z deseti shodují, že k bezdomovcům vyjíždí dvakrát a vícekrát za týden. Rychtíř (2015, online) odhaduje, že ve více než 10% případech funguje ZZS jen jako převozová sociální služba. Zdravotničtí záchranáři se nejčastěji s bezdomovci setkávají ve velkých městech jako je Praha a Brno, ale neznamená to, že se zdravotničtí záchranáři s bezdomovci v menších městech nesetkávají. (Rubek, Ryba, 2009)

Šebelová (2011, s. 370) uvádí výstižný bonmot „...u bezdomovců vidíme choroby tak, jak je viděli lékaři před dvěma sty lety“. Nemoci jsou u bezdomovců totiž ve většině případů neléčené, některé vyplývají ze způsobu života, ale častá jsou i neléčená poranění. Bezdomovci většinou nemají o svém zdravotním stavu žádné povědomí a nejsou schopni specifikovat své obtíže. Velká část bezdomovců vůbec nevyužívá lékařskou péči a svůj zdravotní stav zanedbává do té doby, než je již jejich situace kritická. Pak pro ně musí přijet ZZS. Zdravotničtí záchranáři jsou poté nuceni ošetřovat polymorbidní pacienty, u kterých je obtížné zjistit přesnou příčinu akutního

stavu a proto nemohou specifikovat diagnózu, podle které by se rozhodli, kam tohoto pacienta předají. Předání bezdomovce na příslušné oddělení považuje za obtížné 70% respondentů z výzkumu, který provedla Šupková (2007, online) v roce 2006. (Koubová, 2015, online)

Zdravotničtí záchranáři také poukazují na složitou administrativu, kdy bezdomovci nemají žádné doklady ani kartičku zdravotní pojišťovny a odběr anamnézy je náročný, někdy dokonce nemožný. S bezdomovci je špatná komunikace, jsou často pod vlivem návykových látek, u těchto lidí může docházet k poruchám intelektu a k neschopnosti soustředit se. Stavby jako zmatenost, agrese, občasné křeče, anisokorie, každodenní zvracení a amnestické příznaky jsou někdy přičítány alkoholu a drogám, ale mohou být překvapivě ve vysokém procentu následkem chronických nitrolebních porážkových ložisek. Proto každá rána ve vlasové části by měla být důkladně ošetřena a pacient by měl být řádně chirurgicky a neurologicky vyšetřen. Zdravotnický záchranář by také měl pomatovat na to, že stavy zmatenosti a dezorientace mohou být způsobeny hypoglykemií. (Šupková, 2007; Franz, 2001, online)

Jak uvádí Franz (2001, online), zúžený pohled na scénu bezdomovectví může vést k etickým i medicínským chybám, kterých by se zdravotničtí záchranáři měli snažit vyvarovat.

3 Cíle práce

3.1 Cíle Práce

- Zjistit indikace výjezdů k lidem bez domova.
- Zjistit, v čem vidí zdravotničtí záchranáři specifickou práci s lidmi bez domova.

3.2 Výzkumné otázky

- Jak často se zdravotničtí záchranáři setkávají s ošetřováním lidí bez domova?
- Jaké jsou indikace výjezdů ZZS k lidem bez domova?
- V čem vidí zdravotničtí záchranáři specifickou práci s bezdomovci?

4 Metodika

4.1 Metodika práce

Pro bakalářskou práci jsem zvolila kvalitativní výzkum formou polostrukturovaných rozhovorů, které byly vedeny se zdravotnickými záchranáři. Všechny rozhovory jsou plně anonymní. Z osobních údajů je uvedeno pouze pohlaví, věk, vzdělání a délka praxe u zdravotnické záchranné služby a u některých je uvedeno i výjezdové stanoviště. Rozhovor se skládá z 19 otázek. V rozhovoru jsem se snažila zjistit, jak často se zdravotničtí záchranáři setkávají s ošetřováním bezdomovců, jaký na ně mají pohled, jaké jsou nejčastější příčiny výjezdů k těmto lidem a jak výjezdy u těchto lidí vypadají.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Respondenty jsem získávala metodou snowball sampling, kdy jsem oslovila respondenty, kteří mě odkázali na další své kolegy. Oslovila jsem respondenty z řad zdravotnických záchranářů, všichni s rozhovorem souhlasili, ale z důvodu přání respondentů, u některých z nich, není uvedeno výjezdové stanoviště. Počet respondentů nebyl předem určen, ale pro teoretickou nasycenost bylo respondentů osloveno deset.

5 Výsledky

5.1 Přepis rozhovorů

Níže je uveden přepis rozhovorů se zdravotnickými záchranáři. Části odpovědí, které mají vypovídající hodnotu pro vedení výzkumu, jsou vyznačeny barevně. Odpovědi jsem se snažila rozdělit do tří skupin, podle toho k jaké výzkumné otázce se odpověď vztahuje.

5.2 Legenda k vyhodnocení rozhovorů vedených se zdravotnickými záchranáři

Barevné označení

 Takto zvýrazněné odpovědi se vztahují k první výzkumné otázce. (Jak často se zdravotničtí záchranáři setkávají s ošetřováním lidí bez domova?)

 Takto zvýrazněné odpovědi se vztahují k druhé výzkumné otázce. (Jaké jsou indikace výjezdů zdravotnické záchranné služby k lidem bez domova.)

 Takto zvýrazněné odpovědi se vztahují k třetí výzkumné otázce. (V čem vidí zdravotničtí záchranáři specifickou práci s bezdomovci?)

5.2.1 Respondent č. 1

(ZZS Jihočeského kraje, výjezdové stanoviště České Budějovice)

 První respondent se s bezdomovci setkává při výkonu svého povolání asi jedenkrát do týdne. Výjezdy k lidem bez domova pro něj nepředstavují zvláštní stres. Přiznává ale, že by se bez těchto výjezdů obešel a ještě dodává, že tito klienti jsou velmi často bez dokladů a zjištění jejich anamnézy bývá téměř nemožné. Také upozorňuje na

jejich zanedbaný fyzický stav ve smyslu špíny, zápachu a různých parazitů. Tento respondent uvádí, že předsudky se snaží vědomě odbourat, ale ne vždy úspěšně.

Bezdomovci dle jeho slov jsou agresivní velmi vzácně, často se totiž jedná o osoby spíše rezignované a smířené se svým osudem. Respondent uvádí, že z jeho zkušenosti jsou lidé bez domova permanentně pod vlivem alkoholu, policie jim občas provede dechovou zkoušku, často se však stává, že klient není schopen, nebo ochoten se této zkoušce podrobit. Respondent zároveň poukazuje na standart operačního střediska záchranné služby, kde je doporučeno k lidem bez domova automaticky posílat městskou, nebo státní policii. Časté je také, že právě policie volá posádku ZZS.

Mezi nejčastější indikace respondent řadí jednoznačně traumata nejružnějšího druhu, jako příklad uvádí stavy po napadení, někdy se prý poperou mezi sebou, nebo v opilosti někde spadnou. Podle respondenta se o život ohrožující stavy většinou nejedná, ale často se přidruží komplikace jako třeba podchlazení. Výjezdy ZZS ke stejným klientům bez domova jsou podle respondenta velmi časté. Na vysvětlenou uvádí příklady, kdy jsou bezdomovci epileptiky, diabetiky, astmatiky, zkrátka trpí základními onemocněními, která vyžadují pravidelný léčebný režim, včetně medikace, stravy, pitného režimu, omezení nebo vyloučení alkoholu, cigaret a podobně. Nic z toho však nejsou tito lidé při svém způsobu života schopní, ale ani ochotní dodržet.

Při práci s bezdomovci se respondent chrání více. Obvykle používá roušku a dvoje rukavice, zároveň si sám pokládá otázku, jestli to je důsledkem jeho předsudků. Na vysvětlenou vyjmenovává nemoci jako je hepatitida, MRSA, TBC, svrab, vši. Ještě dodává, že pokud jim na místě pomáhá PČR anebo městská policie, důkladně je vybídne k vlastní ochraně, a také upozorňuje na to, že po takovémto výjezdu následuje důkladná desinfekce sanitního vozu.

Respondent předává pacienty bez domova nejčastěji na traumatologickou ambulanci a dodává, že je v mnoha případech po vyšetření a ošetření ze strany nemocnice podán požadavek na transport na protialkoholní záchytnou stanici, pokud pacient nestihne dříve utéci. Často se pak podle respondenta stává, že pro jednoho bezdomovce je během jedné služby vyjížděno několikrát. Stává se, že si např. k čerstvě sešitým ránám občas stačí přivodit další. Respondent vtipkuje, že umístění pacientů

bezdomovců na oddělení by bylo na vydání samostatné práce. Zároveň považuje předání pacienta do nemocničního zařízení jako nejnáročnější část každého výjezdu.

Veze-li totiž bezdomovce, jsou reakce personálu příjmových ambulancí často hodně nevybíravé. U této skupiny pacientů se téměř vždy jedná o polymorbiditu. Respondent vidí jako jediné řešení zdůrazňovat aspekty týkající se konkrétních oddělení. Na vysvětlenou dodává, jede-li na kožní, zdůrazní pacientovy otevřené vředy a pomlčí o jeho hypertenzi. Při převozu na infekční oddělení klade důraz na horečku a průjem, ale že má evidentně svrab, podá jen jako doplňující informaci. Na úrazové ambulanci zdůrazní bouli na hlavě. Na kardiologickém oddělení zdůrazní bolest na hrudi a na neurologii začne křečovými stavy. Respondent také dodává, že je podle něj důležité ambulance pravidelně střídát, ve finále je dle jeho slov vlastně jedno, odkud ho odešlou na protialkoholní záchytnou stanici, nebo odkud jim uteče.

Respondent si myslí, že bezdomovci nezneužívají ZZS více než ostatní. Dokládá to faktem, že málokdy si volají sami, častěji vyžaduje odvoz bezdomovců někdo, komu vadí, že si bezdomovec ustele na lavičce před jejich domem a podobně.

Respondent si myslí, že může docházet k bagatelizaci těchto výjezdů. Celý rozhovor uzavírá slovy: *„Těžko se o tom mluví, ale člověk na úplném dně lidské společnosti se nabízí jako příklad člověka nižší kategorie. Je to vůbec ještě člověk? Nemá vlastně blíž ke zvířeti? Hlavou se vám honí ledacos. Zpravidla opilý, ve vlastních výkalech, o vaši pomoc evidentně nestojí. A já bych mu měl nyní změřit všechny vitální funkce, natočit EKG, zajistit žilní přístup, ošetřit případné rány a nakonec ho ještě někam umístit. Přitom vím, že tento člověk není pojištěn a veškerou zdravotní péči za něj hradí bůhví kdo. Tím vlastně, a také konstatováním, že z pohledu záchranáře s dvacetiletou praxí skutečně žádné funkční řešení tohoto stavu nevidím, končím tento rozhovor.“*

Tento respondent je muž, kterému je 46 let, u ZZS jako zdravotnický záchranář pracuje 20 let a má bakalářský titul.

5.2.2 Respondent č. 2

(ZZS středočeského kraje, výjezdové stanoviště Zbraslav)

Druhý respondent na otázku, jak často se setkává s lidmi bez domova při výkonu svého povolání, odpovídá, že záleží na lokalitě. Jsou posádky, které se setkávají s bezdomovci méně a jsou aglomerace, kdy ZZS vyjíždí k bezdomovcům dennodenně. On osobně se s bezdomovci setkává tak jednou do měsíce. Pro respondenta práce s bezdomovci není nepříjemná ani stresující, bere to jako svou práci. Ale spíše poukazuje na fakt, že mu spíš záleží na tom, jak se k němu dotyčná osoba chová. Uvádí příklad, kdy může ošetřovat člověka, kterému po finanční stránce nic nechybí a chová se nevhodně, anebo člověka, který žije na ulici a chová se slušně. Pro respondenta je tedy důležité, jak se k němu pacient chová a jestli respektuje to, že mu jako záchranář přijel pomoc a ne to, jestli je bezdomovec nebo není. Respondent nám také vyvrací, že by vůči bezdomovcům měl předsudky.

Podle respondenta se nedá říci, že by bezdomovci byli agresivnější než běžní pacienti. Myslí si, že to trochu souvisí s ročním obdobím, v zimě budou rádi, že je odvezou do nemocnice, ale v létě budou chtít za každou cenu zůstat tam, kde jsou. Bezdomovci totiž často nikam nechtějí. Respondent se usmívá a dodává, že bezdomovci v nemocnici nemohou mít tu svou krabici vína a ještě po nich chtějí poplatky. Cizincům jsou vystaveny faktury za ošetření a o to oni nestojí. Z respondentových zkušeností vyplývá, že když bezdomovce opravdu něco trápí, agresivní není.

Respondent uvádí, že většinou vyjíždí k lidem bez domova na avízo policie, takže ta je na místě téměř vždy. Policie na rozdíl od zdravotnických záchranářů má ve své výbavě alkoholtesty, takže přítomnost policie na místě považuje náš respondent za užitečnou, neboť v 90% jsou tito lidé pod vlivem alkoholu.

Respondent se u bezdomovců chrání více, protože dle jeho slov je vysoké riziko přenosu infekčních chorob, takže používá dvoje rukavice a někdy i roušku. Dodává, že s přistěhovalci souvisí také zvýšený výskyt TBC a černého kašle a pacienti to nemají napsané na čele, takže hlavní je respondentovo bezpečí.

Při otázce na nejčastější indikace výjezdů k bezdomovcům respondent váhá a začíná slovy, že je to těžké, neboť častá intoxikace alkoholem u těchto lidí může zastřít příznaky nemoci. Dále dodává, že u bezdomovců jde většinou o progres onemocnění, se kterými se tito lidé neléčí, jako je vysoký krevní tlak, onemocnění srdce, cukrovka. Tyto nemoci jsou hlavně potřeba medikamentózně léčit, ale tito lidé buď nemají peníze a prostředky, aby si léky obstarali anebo si za peníze koupí raději úplně něco jiného. Pokud se k lékům dostanou, tak je léčba pouze nárazová například při hospitalizaci a když člověk zase skončí na ulici, léky dále nebere. Ale dle respondenta ZZS vyjíždí k bezdomovcům hlavně z důvodu intoxikace alkoholem, úrazů a zhoršenému chronickému stavu. Troufá si říci, že 80 – 90% jsou výjezdy k bezdomovcům z důvodu intoxikace alkoholem a pak úrazu způsobených v ebrietě.

Respondent souhlasí, že dochází k zneužívání ZZS ze strany bezdomovců a vypráví nám, jak se mu stalo, že jednoho pána vezl za den třikrát. Poukazuje také na to, že musíme brát v potaz jaké je roční období. Bezdomovce v nemocnici umyjí, on dostane najíst a v teple se vyspí. Respondent byl dokonce svědkem, kdy bezdomovce chtěli propustit a on se oháněl tím, že nemá kam jít a že je venku zima. Prosil personál, ať ho nechají alespoň na chodbě. Takže si myslí, že lidé bez domova se v zimě nechávají odvézt ZZS záměrně, aby mohli strávit pár dní v nemocnici.

Pokud je ve spádové oblasti urgentní příjem, tak jsou pacienti předáváni tam. Jinak nejčastěji respondent předává bezdomovce na interní, chirurgické nebo neurochirurgické oddělení. Převozů na protialkoholní záchytnou stanici zdravotnickými záchranáři je mizivé procento, respondent říká, že on vždy jede přes nemocnici, neboť pacienta musí vidět doktor.

Respondent se již setkal s obtížnějším předáním pacienta bezdomovce do nemocničního zařízení. Ale dodává, že: „Na oddělení je přijmout musí, nadšení nejsou a ani kolem něho neskáčou, jako kolem nějaké celebrity, ale přijmou ho“. Ještě obtížnější je prý pacienta dostat na záchytku, kde je pobyt zpoplatněn a z těchto pacientů peníze nikdo nikdy nedostane.

Respondent si myslí, že když ZZS přijede k bezdomovci tak se na něho nevykašle, ani nemůže. ZZ tohoto pacienta vyšetří, zajistí a ošetří. Ale u těchto lidí se

respondent obává přenosu infekčních chorob a dle jeho slov je to důvod, proč se nepouští do velkých akcí. Souhlasí, že může docházet k bagatelizování těchto případů, sám osobně si od těchto lidí drží odstup z důvodu osobní ochrany. Respondent byl také svědkem situace, že když záchranáři slyšeli, že se jedná o bezdomovce, zpomalili, a když dojeli na místo, bezdomovci vynadali. Respondentovi osobně byl tento přístup dost nepříjemný, dodává, že je to pořád člověk, i když na dně lidské společnosti a my bychom měli brát v potaz, že nevíme, jak se do této situace dostal. Podle respondenta je totiž všeobecný problém, že zdravotničtí záchranáři tuto práci dělají z přesvědčení, ale často se setkávají s případy, které se stále opakují a často dochází ke zneužívání ZZS. Bezdomovci často rezignovali na svůj zdravotní stav a je jim jedno, že se jim snaží někdo pomoci.

Respondent se domnívá, že péči o bezdomovce hradíme my daňoví poplatníci a řešení vidí velmi radikálně. Dle jeho slov by museli být všichni zaměstnání, a kdo by nechtěl, byl by ve vězení. Kdo by měl psychické problémy, byl by v nějaké sociální izolaci a tyto ústavy by byly hluboko v lesích, aby nebyly na veřejnosti, tak jako tomu bylo v minulém režimu.

Tento respondent je muž, kterému je 52 let, u ZZS jako zdravotnický záchranář pracuje 17 let. Jeho vzdělání je středoškolské.

5.2.3 Respondent č. 3

(ZZS středočeského kraje, výjezdové stanoviště Rakovník)

Třetí respondent uvádí, že se s bezdomovci setkává často i několikrát do týdne. Práce s bezdomovci pro něj není stresující, ale často nepříjemná, poukazuje na špatné hygienické podmínky těchto lidí a dodává, že tyto výjezdy bere jako každou jinou práci. Na otázku, jestli má předsudky vůči bezdomovcům, chvíli váhá a poté odpovídá, že si myslí, že ne. Ale když ví, že vyjíždí k bezdomovcům, připravuje se na nějakou nepěknou situaci. Podle respondenta bezdomovci nejsou více agresivní než běžní pacienti, ale často se stává, že je agresivní okolí bezdomovce. Na místě je přítomna ve většině případů policie. Respondent dodává, že se tak děje hlavně díky dispečinku, který

žádá policii o spolupráci v případě, že posílá posádku k sociálně slabým a opilým. Často je posádka ZZS vysílána na žádost právě policie. Respondent se domnívá, že lidé žijící na ulici jsou velmi často pod vlivem alkoholu a jiných návykových látek. Poukazuje na skutečnost, že zatím nemají ve své výbavě alkoholtestery na rozdíl od policie, ale dle jeho slov foetor ex ore (zápach z úst) často napoví.

Mezi nejčastější indikace řadí úrazy, neurologické příčiny jako epileptické křeče, CMP, abstinenční syndromy a v neposlední řadě interní stavy. Podle tohoto respondenta se ve většině případů nejednalo o život ohrožující stavy, ale poukazuje na kombinaci úrazu hlavy a alkoholu a dodává, že si myslí, že tyto případy je těžké nepodcenit. Respondent vyjíždí ke stejným lidem bez domova i několikrát do měsíce.

Respondent se při práci s bezdomovci chrání více, bere si dvoje rukavice a někdy jednorázovou roušku, ale tvrdí, že se u něj strach z přenosu chorob moc neobjevuje. Poukazuje na skutečnost, že jsou pro něj důležitější informace, například, jestli dotyčná osoba nemá hepatitidu nebo AIDS, než že je bezdomovec. Respondent ještě dodává, že ani vlastně nemají moc jiných možností, jak se chránit.

Respondent nejčastěji umísťuje pacienty bezdomovce na traumatologické, chirurgické a interní oddělení. Respondent nám vyvrací, že by umístění pacienta bezdomovce na oddělení bylo obtížnější, než u běžných pacientů. Respondent nevozí pacienty přímo na PZS, ale vždy je nejdříve předá na oddělení v nemocnici, kde je popřípadě vyjednaný převoz na PZS.

Respondent si myslí, že často si bezdomovci volají pomoc v nepříznivém počasí, když nechtějí spát na ulici. S úsměvem vypráví, že s kolegy některé bezdomovce označují jako dešťovky, což jsou lidé bez domova, kteří si volají pravidelně, když dlouho prší.

Respondent si myslí, že může docházet k bagatelizování některých případů a to hlavně u pacientů, kteří si volají ZZS opakovaně. Po vyšetření se zjistí, že jim nic není, ale pak se jednou opravdu něco stane. Podle respondenta je to ale u bezdomovců hodně složité. Ve většině případů zapáchají a v zimě na sobě mají mnoho vrstev oblečení. Přesto vždy zkontroluje hladinu cukru v krvi. Tlak se u těchto pacientů, jsou-li hodně špinaví, neměří. Důležité je zkontrolovat ho alespoň palpačně na arterii radialis, jestliže

je nehmatný, tak je samozřejmě nutné ho změřit přístrojem. Respondent shrnuje základní vyšetření, které je nutné provést u všech. Řadí mezi ně vyšetření hladiny cukru v krvi, kontrolu zornic, palpační kontrolu tlaku a základní vyšetření poranění s důrazem na hlavu.

Péči o lidi bez domova hradí dle respondenta daňoví poplatníci a řešení této situace nevidí. Dodává, že záleží na lidech, někdo se na dno dostane opravdu nevinně a někdo společnost zneužívá, na ulici se poflakuje a je vlastně příživníkem.

Třetím respondentem je žena, které je 50 let, u ZZS na pozici ZZ pracuje 15 let. Má středoškolské vzdělání.

5.2.4 Respondent č. 4

(na přání respondenta neuvedeno výjezdové stanoviště)

Čtvrtý respondent se setkává při výkonu svého povolání s bezdomovci minimálně jednou do týdne, někdy i častěji. Stresující práce to pro něho není, jedná se podle respondenta o pacienty jako každé jiné, ale za nepříjemné považuje nízkou úroveň osobní hygieny, což je také diagnóza. Poukazuje také na skutečnost, že stejně zanedbaní jsou často i doma žijící senioři nebo alkoholici, takže to není o bezdomovectví, ale o situaci člověka.

Respondent má vůči osobám bez domova předsudky. Dodává ale, že když by před něj někdo postavil dvě osoby, které budou mít obě trvalé bydliště na městském úřadě, respektive budou žít na ulici a jedna z nich bude upravená a druhá zanedbaná, bude mít předsudky jen u zanedbané. Z toho vyplývá, že se nejedná prioritně o předsudky vůči bezdomovcům, ale spíše proti jejich vzhledu a zápachu. Respondent si myslí, že by bylo nesprávné označit bezdomovce za agresivní a dodává, že agresivní nejsou pacienti, ale lidé. Policie je ve většině případů na místě u bezdomovců první a poté volají ZZS, neboť si bezdomovci začnou stěžovat na bolest nebo úraz. Podle respondenta jsou lidé bez domova často opilí a jako ZZ nemá jinou než slovní ověřovací metodu a tak se pacientů vždy ptá, zda požili alkohol nebo jinou návykovou látku.

Indikací výjezdů k bezdomovcům je dle respondenta mnoho, ale po shrnutí mu na prvním místě vyšly pády pod vlivem alkoholu a prostá opilost, po malém zaváhání dodává, že možná častějším důvodem jsou různá zhoršení stavu a bolesti zad, na hrudi a podobně. Respondent uvádí, že někteří jsou častými, možná i stálými klienty. Nejvíce se tak děje asi v centru, periferie mají osob bez domova méně. Podle respondenta nebezpečí přenosu infekčních chorob v jeho profesi existuje a je bohužel faktem, že při nedodržování osobní hygieny je riziko větší, proto si respondent určitě dává větší pozor. Je to také zapříčiněno tím, že jsou často více znečištěni.

Respondent se domnívá, že nejčastěji jsou tito pacienti předáváni na interní oddělení nebo na úrazovou ambulanci, ale není si jist. Převozy na PZS jsou spíše ojedinělé případy, často je totiž přítomna komplikace, kterou je nutno nejdříve vyřešit. Respondent dodává, že k tomu jeho organizace má vypracovaný metodický pokyn, který jasně specifikuje, kdy může jet na PZS a kdy tak učinit nemůže. Respondent se již setkal s obtížnějším umístěním pacienta na oddělení, ale dodává, že je to vše o domluvě.

Respondent si myslí, že bezdomovci občas zneužívají ZZS, ale bohužel častěji je záchranná služba zneužívána lidmi bydlícími. Také si myslí, že často dochází k bagatelizování diagnóz u lidí bez domova z důvodu pocitu marné práce, kdy pacienta ošetří, odvezou do nemocnice a on se po hospitalizaci opět vrací na ulici.

Za bezdomovce hradí zdravotní péči podle respondenta stát, respektive v přenesené působnosti městský úřad, kde je bezdomovec hlášen k pobytu. Respondent nevidí žádné řešení této problematiky, dodává, že dokud se nezmění celkový přístup a nastavení systému, tak z pozice své profese nemá možnost do řešení zasáhnout.

Respondent je muž, kterému je 26 let, u ZZS jako zdravotnický záchranář pracuje tři roky. Má bakalářský titul.

5.2.5 Respondent č. 5

(na přání respondenta neuvedeno výjezdové stanoviště)

Pátý respondent se dle svých slov s bezdomovci setkává často, asi tak jedenkrát do týdne, také záleží na ročním období, v zimě jsou výjezdy k bezdomovcům častější. Práce s bezdomovci je respondentovi nepříjemná, ale stresující mu tyto výjezdy nepřijdou. Respondent otevřeně přiznává, že má vůči bezdomovcům předsudky, říká o nich, že to jsou z větší části lidé parazitující na společnosti, téměř vždy alkoholici. Najdou se mezi nimi i slušní co se snaží opět zapojit do normálního života, ale je jich mizivé množství. Respondent na otázku o agresivitě bezdomovců odpovídá, že záleží na situaci, ale že nemůže říci, že by byli agresivnější než běžní pacienti. Na místě zásahu je vždy přítomna i Policie ČR nebo MPČR. Respondent měl téměř vždy podezření na užití návykových látek, jako zdravotnický záchranář osobně nemá žádnou možnost si svoji domněnku ověřit, musí se spoléhat na svůj čich.

Mezi nejčastější indikace řadí respondent somnolence, bezvědomí, bolest dolních končetin. Respondent na vysvětlenou dodává, že ze somnolence a bezvědomí se většinou vyvine intoxikace alkoholem a bolest dolních končetin je způsobena nekrózou, omrzlinami dolních končetin a ne zřídka zimou a lenivostí. Respondent si troufá říci, že ve většině případů to život ohrožující stav nebyl. Podle respondenta se často opakují výjezdy ke stejným lidem bez domova a to hlavně v zimních měsících, kdy se bezdomovci chtějí ohřát v nemocnici anebo to přeženou s alkoholem. Respondent se při práci s bezdomovci chrání víc než u běžných pacientů, pokaždé si bere dvoje rukavice.

Tyto pacienty předává ve většině případů na interní nebo chirurgické oddělení. Dle respondenta jsou převozy na protialkoholní záchytnou stanici častější než jedenkrát do měsíce. Dodává, že i přesto, že ví, že pobyt na záchytce nikdy nezaplatí, se u bezdomovců jedná v 99% případů o intoxikaci alkoholem. Samozřejmě však musí být vyloučena jakákoliv poranění. Respondent se již setkal se složitým předáním pacienta v nemocnici, tento problém řešil přes ZOS.

Respondent si myslí, že bezdomovci zneužívají ZZS a to hlavně v nepříznivém počasí. Dle respondenta může a i dochází k bagatelizování diagnóz u bezdomovců.

Respondent nevidí žádné objektivní řešení této problematiky a dodává, že je to začarovaný kruh. Tím sám vysvětluje, proč může docházet i k bagatelizování těchto případů u stále se opakujících výjezdů ke stejným opilým bezdomovcům. Péči o bezdomovce dle jeho slov hradíme my daňoví poplatníci.

Respondent je muž, kterému je 33 let, u ZZS na pozici zdravotnického záchranáře pracuje dva roky. Respondent je diplomovaný specialista.

5.2.6 Respondent č. 6

(na přání respondenta neuvedeno výjezdové stanoviště)

Šestý respondent říká ironicky, že když má štěstí, tak ošetřuje bezdomovce i dvakrát za službu, ale průměrně tak čtyřikrát do týdne, záleží na počasí a ročním období. Pro respondenta práce s bezdomovci není nepříjemná ani stresující, ale snaží se s bezdomovci pracovat opatrně, neboť dle jeho slov si: „*nechce domů nic přinést*“. Za nepříjemné spíše než kontakt s těmito pacienty považuje, když přijede na místo události, kde se o pacienta starají kolemjdoucí a on zjistí, že bezdomovec je pouze opilý a do sanitky si je nakonec schopný dojít sám. Respondent si myslí, že je to pak demotivující, jak pro běžné občany tak pro ZZ. Respondent se snaží přistupovat ke své práci bez předsudků a snaží se také vyvarovat unáhlených závěrů, i když daného pacienta zná z dřívější doby a pokaždé byl silně pod vlivem alkoholu. Respondent se vždy snaží mít takový přístup, jako by to byl nový pacient a o jeho minulosti by nic nevěděl. Respondent ale přiznává, že ne vždy se to podaří, situace se dle jeho slov někdy až moc vyhrotí. Dále z vlastní zkušenosti uvádí, že většina podnapilých je i agresivní, i když někdy je více agresivní okolí pacienta, než samotný pacient. Nedávno respondent ošetřoval bezdomovce v podnapilém stavu, který byl klidný, ale jeho kolega na respondenta celou dobu křičel, ať to dělá pořádně, že je za to dobře placený. Ve většině případů volá policie ZZS k bezdomovcům, proto jsou skoro vždy na místě. Dle respondenta jsou lidé bez domova téměř vždy pod vlivem alkoholu, pokud si není jistý

a bezdomovci to nechtějí přiznat, volá policii, aby u těchto lidí provedla dechovou zkoušku.

Respondent v 95% vyjíždí k bezdomovcům v podnapilém stavu, dalšími nejčastějšími indikacemi jsou úrazy vzniklé v ebrietě, chronická onemocnění a epileptické záchvaty. Respondent je na své základně necelých šest měsíců a jsou bezdomovci, které zná jménem, dokonce zná i jejich rodné číslo a pojišťovnu. Tímto nám odpovídá na otázku, jestli se opakují často výjezdy ke stejným lidem bez domova. Respondent dále dodává, že někteří předstírají epileptický záchvat, volají jen, protože se chtějí ohrát v nemocnici, nebo jsou na místech, kde je potkává mnoho lidí, kteří je vidí zbědované a zavolají ZZS.

Respondent přiznává, že se při práci s bezdomovci nejvíce obává přenosu některých nemocí. Poukazuje na problém, že nikdy neví, jakou nemoc mohou tito pacienti mít, respondent se proto chrání dvakrát více než u běžných pacientů.

Respondent pacienty ve většině případů předává na interní nebo chirurgické oddělení, kde nadšení nikdy nejsou, ale podle respondenta se vždy dá na oddělení dohodnout, ale dodává, že radostí nikde neskáčou. Bezdomovce na protialkoholní záchytnou stanici respondent předá na základě dechové zkoušky, ale jen v případě, že pacient nejeví žádné známky poranění.

Respondent si myslí, že bezdomovci zneužívají ZZS a také kolemjdoucích, které prosí o pomoc a popřípadě o zavolání ZZS. Podle respondenta za bezdomovce platí zdravotní péči stát z daní, k tomu dodává, že si tím pádem výjezd zaplatí sám sobě. Respondent z pohledu zdravotnického záchranáře nevidí žádné řešení této problematiky. Myslí si, že by tento problém měl řešit stát a to komplexně. Domnívá se, že někteří z nich prostě pracovat nechtějí a nechtějí ani žít jinak, obzvlášť ty co jsou mladší než respondent.

Respondent je 28 let a je to muž, který u ZZS jako ZZ pracuje dva roky. Má magisterský titul.

5.2.7 Respondent č. 7

(na přání respondenta neuvedeno výjezdové stanoviště)

Sedmý respondent se setkává s bezdomovci asi tak každou třetí službu, což je prý tak šestkrát do měsíce, ale stává se, že k bezdomovcům vyjíždí i několikrát za den. Práce s bezdomovci pro respondenta není ani tolik stresující, spíš má pocit bezmoci, kdy se dokola opakují stavy, které nemají žádné komplexní řešení. Podle respondenta je to začarovaný kruh, kdy ZZS odveze pacienta do nemocnice, tam mu je poskytnuta akutní péče a po případné hospitalizaci se zase vrací na ulici, léky si nevyzvedne, neužívá je a situace se opakuje. Respondent nám vyvrací, že by měl vůči bezdomovcům předsudky a sám nás upozorňuje, že zejména u bezdomovců hrozí velké riziko podcenění příznaků, právě proto, že je to přeci ten samý, kterého již vezli opakovaně, a byl vždy pouze opilý. Proto se respondent snaží nic nepodcenit, vyšetření a směřování pacienta neodbyt, i když se jedná o známého, mnohokrát vezeného bezdomovce.

Respondent má zkušenost, že bezdomovci jsou velmi často agresivní, hlavně pokud jsou pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek. Podle respondenta je spíše výjimkou, kdy bezdomovci nejsou opilí nebo pod vlivem jiných návykových látek. ZZ mohou nechat udělat u pacientů test na alkohol z dechu, který ale musí provést policie. Dále policie může provést test na drogy ze slin, ale respondent dodává, že se tak děje jen výjimečně. Respondent si pochvaluje, že když nejede policie s nimi rovnou na místo události, není problém je požádat o pomoc přes ZOS.

Mezi nejčastější indikace respondent řadí zhoršení chronického stavu, zejména dušnosti, stenokardie, kožní onemocnění, epilepsie, intoxikace alkoholem, úrazy, stavy po napadení, náhlé zástavy oběhu. Podle respondenta velmi často vyjíždí ke stejným bezdomovcům a na vysvětlenou dodává, že se bezdomovci drží ve skupinkách a málokdy migrují po Praze. Proto každá oblast má své bezdomovce, které zná. U respondenta se objevuje strach z přenosu některých chorob, bezdomovci jsou podle něho zdrojem infekčních nemocí, obvykle používá standardní ochranné pomůcky, ve výjimečných případech využijte infekční set.

Respondent předává pacienty nejčastěji na interní, chirurgické, neurologické nebo kožní oddělení. Převozy z terénu na protialkoholickou záchytnou stanici nejsou úplně běžné, z důvodu, že se musí jednat o stavy, které jsou čistě důsledkem požití alkoholu, musí být vyloučeny úrazy i podezření na ně. Zejména úrazy hlavy a možné intrakraniální krvácení. Podle respondenta málokdy lze s jistotou vyloučit stavy po úrazu.

Respondent se často setkává s problematickým umístěním pacienta bezdomovce na oddělení. Tyto problémy řeší inspektor, ZOS, popřípadě vedoucí lékař směny. Respondent dodává, že u bezdomovců vyžadující intenzivní péči, se pacient avizuje a hledá se lůžko po celé Praze a někdy je ze strany nemocnice problém, když se dispečerka zmíní, že se jedná o bezdomovce. Samozřejmě oficiálně není důvodem odmítnutí bezdomovectví, ale plný stav na lůžkách.

Respondent si myslí, že bezdomovci zneužívají služby ZZS a to ve velké míře, ale dodává, že jsou i výjimky. K bagatelizování případů dle respondenta dochází a to nejvíce v centru Prahy, kdy posádka veze stejného bezdomovce i třikrát do týdne. Kdo péči za bezdomovce platí, si respondent není jistý, ale domnívá se, že stát nebo VZP. Pokud pacient nemá kartičku zdravotní pojišťovny, respondent musí pacientovi vystavit fakturu, a dále tento problém řeší ekonomické oddělení.

Podle respondenta by řešení bezdomovectví muselo být komplexní od terénní přes nemocniční, následnou a sociální péči. Za důležité také považuje zapojení pomáhajících organizací a státu, vznik nových sociálních programů, integraci do většinové společnosti. Respondent také poukazuje na fakt, že bezdomovci nemají často zájem něco na své životní situaci měnit a kruh se uzavírá.

Tento respondent je žena, které je 35 let, u ZZS jako ZZ pracuje 13 let. Má bakalářský titul.

5.2.8 Respondent č. 8

(ZZS Středočeského kraje, výjezdové stanoviště Rakovník)

Osmý respondent uvádí, že bezdomovce ošetřuje asi jedenkrát do měsíce. Výjezdy k bezdomovcům pro něho nejsou stresující, ale nepříjemné ano. Dodává, že bezdomovci ve většině případů zapáchají. Respondent přiznává, že předsudky vůči lidem bez domova má. Popisuje nám situace, kdy mu pípne výjezd a na pageru se mu objeví casus socialis. Hned mu probleskne hlavou, o koho jde a začne přemýšlet nad dobou strávenou úklidem a následnou desinfekcí vozu. Respondent uvádí, že bezdomovci nebývají agresivní a jsou spíše vděční za pomoc. Pokud na výjezdech u bezdomovců má hlavní roli alkohol, je na místě vždy přítomna i policie, která má na rozdíl od ZZ, možnost provést dechovou zkoušku. Respondent dodává, že většina bezdomovců je pod vlivem návykových látek.

Nejčastější důvody výjezdů shrnuje respondent třemi slovy: úrazy, alkohol, omrzliny a upozorňuje na skutečnost, že všechny tyto příčiny jsou spolu úzce spjaty. Mnoho úrazů je způsobeno v opilosti. Respondent má osobní zkušenost s jedním bezdomovcem, kterého ošetřuje alespoň jedenkrát do měsíce. Používá při práci s bezdomovci dvoje rukavice a dle slov respondenta hlavně v případech, kdy se jedná opravdu o nějakého „houmlesáka“.

Respondent nejčastěji předává pacienty na interní oddělení. Z důvodu absence protialkoholické záchytné stanice v okrese jsou všichni pacienti předáváni do nemocničního zařízení. Respondent na otázku o obtížnějším umístění odpovídá, že záleží na personálu, jak se k tomuto problému postaví a s úsměvem dodává, že nikde radostí neskáčí, když jim na oddělení přivezou bezdomovce. Respondent si také myslí, že bezdomovci v zimě v některých případech zneužívají zdravotnickou záchrannou službu.

Z důvodu předsudků dle respondentových slov může docházet k bagatelizování těchto případů ze stran ZZ. Kdo hradí péči za bezdomovce, respondent neví.

Respondent si myslí, že by ZZ měli být školeni na tuto problematiku, měli by být seznámeni se situací těchto lidí a měli by být schopni nabídnout jim informace o možné pomoci.

Tento respondent je muž, kterému je 47 let a u ZZS jako zdravotnický záchranář pracuje 11 let. Respondent má bakalářský titul.

5.2.9 Respondent č. 9

(ZZS Středočeského kraje, výjezdové stanoviště Beroun)

Devátý respondent ošetřuje bezdomovce asi jedenkrát do měsíce, práce s nimi mu je nepříjemná, uvádí, že mu nejvíce vadí jejich zápach. Stres mu tyto výjezdy nevyvolávají. Respondent se snaží bezdomovce nesoudit, říká o nich, že to jsou různí lidé s různými osudy, ale přiznává, že k nim přistupuje trochu jinak než k běžným pacientům, drží si od nich určitý odstup. Bezdomovci nejsou dle jeho slov agresivní, ale pokud u nich převažuje opilost, tak je to jiné. Často se stává, že je agresivní okolí postiženého, které se domáhá péče pro jejich kamaráda a někdy má dojem, že neposkytujeme dostatečnou péči. Z respondentových zkušeností vyplývá, že na místě zásahu u bezdomovců bývá vždy přítomna policie, která u bezdomovců provádí dechovou zkoušku.

Dle respondenta jsou nejčastějšími důvody výjezdů k lidem bez domova popáleniny a intoxikace alkoholem. Dodává, že z jeho zkušenosti to život ohrožující stavy nebyly, a že se jednalo ve většině případů o celkovou slabost pacienta, který chtěl do nemocnice, kde by se najedl, napil a bylo mu teplo. Respondent vyvrací fakt, že by opakovaně vyjížděl ke stejným bezdomovcům.

Pokud respondenta varuje operační středisko, respondent se chrání více než u běžných výjezdů, bere si dvojce rukavice a v některých případech využívá ochrannou roušku. Bezdomovce nejčastěji předává na interní oddělení, kde je pacient ošetřen a je-li to nutné, lékař z interny přes operační středisko domluví převoz na PZS.

Respondent na otázku, jestli se již někdy setkal s obtížnějším umístěním pacienta na oddělení, přikyvuje, dle jeho slov záleží na lékaři. Někteří jakmile se dozvědí, že jde o bezdomovce, svůj přístup změní, ale vždy si pacienta přeberou do své péče.

Respondent si myslí, že někteří bezdomovci zneužívají služeb ZZS za účelem hospitalizace, aby se v nemocnici mohli najíst a ohřát, ale zároveň je mnoho výjezdů indikovaných. Respondent upozorňuje, že může docházet k bagatelizování diagnóz u bezdomovců z důvodů předsudků, kdy ZZ dopředu u lidí bez domova počítají s opilstí.

Dle respondentových slov zdravotní péči za bezdomovce platí stát a ze své pozice nevidí žádné objektivní řešení, ale dodává, že si myslí, že v naší společnosti může pracovat každý a záleží jen na něm, jak se k tomu postaví.

Respondent je žena, které je 47 let, u ZZS pracuje jako zdravotnický záchranář 11 let na plný úvazek, ale před tím byla již 9 let u ZZS zaměstnána na poloviční úvazek. Má středoškolské vzdělání.

5.2.10 Respondent č. 10

(na přání respondenta neuvedeno výjezdové stanoviště)

Desátý respondent vyjíždí k bezdomovcům jedenkrát až dvakrát do týdne, průměrně má okolo šesti případů do měsíce, kdy ošetřuje pacienty bezdomovce. Práce s bezdomovci není pro respondenta stresující, ale nepříjemná mu je. Vyvrací, že by to bylo z důvodu toho, že o dotyčném ví, že je bezdomovec, ale na vysvětlenou dodává, že tyto pacienti jsou často pokálení, pomočení, pozvracení. Nad otázkou o předsudcích nepatrnou chvíli váhá, pak odpovídá, že nemá, ale poté svou odpověď vyvrací, když dodává, že si již dopředu říká: „*jé ten bude zase smrdět*“. O bezdomovcích si myslí, že jsou méně agresivní, než běžní pacienti. Dle jeho slov jsou za péči spíše vděční než agresivní.

U většiny výjezdů k bezdomovcům se setkává respondent s policií. Bezdomovci při ošetření jsou ve většině případů opilí nebo pod vlivem jiných návykových látek, respondent upozorňuje na to, že ve své výbavě nemají zatím alkoholtesty. Na požití návykových látek se vždy ptá, ale současně upozorňuje na fakt, že bezdomovci o množství požitého alkoholu většinou lžou. Stává se mu, že bezdomovci tvrdí, že měli jen hlt něčeho, ale alkohol je z nich ve velké míře cítit. Požití návykových látek je také možné vypořádat z chování pacienta, či z jeho okolí. Nežádá tak, že má bezdomovec v kapse prázdnou lahev.

Mezi nejčastější indikace řadí respondent intoxikace a casus socialis. Respondentovi se stává, že v průměru dva ze šesti bezdomovců již někdy v minulosti ošetřoval, dokonce u některých zasahoval tak často, že měl jejich veškeré iniciály připravené v deskách.

Respondent se při práci s bezdomovci nechrání více než u běžných pacientů, ale hlídá si, aby nesahal na bezdomovce a pak stejnou rukavicí na tužku nebo pás, dvoje rukavice ani roušku nevyužívá. Upozorňuje nás, že by si samozřejmě nerad domů přinesl vši, nebo nějakou jinou „havěť“ a sahat do moče mu také není příjemné. Ještě dodává, že již během převozu bezdomovce přemýšlí nad následnou dezinfekcí vozu, která v těchto případech musí být velmi důkladná, což se projeví na časové náročnosti výjezdu.

Respondent předává pacienta bezdomovce nejčastěji na interní, chirurgické nebo traumatologické oddělení, popřípadě má-li nemocnice urgentní příjem, tak tam. Respondent vždy předává pacienta do nemocničního zařízení a dodává, že pro předání na protialkoholickou záchytnou stanici mají přesně stanovené postupy, ale on osobně dává přednost předání pacienta na oddělení v nemocnici.

S předáváním pacientů na oddělení nemá respondent negativní zkušenosti, dodává, že sestřičky a lékaři neskáčou radostí a ve většině případů se netváří přívětivě, ale pacienta vždy přeberou. Respondent si také myslí, že se situace hodně změnila k lepšímu, oproti době kdy respondent začal pracovat na ZZS.

Respondent si nemyslí, že by bezdomovci zneužívali služeb ZZS více než běžní pacienti. Respondent si myslí, že může docházet k bagatelizování diagnóz

u bezdomovců a vypráví nám svoji zkušenost, kdy byli voláni k bezdomovci. Poté co ho vzali do záchranky, pacient nebyl schopný říci, co ho trápí. Náš respondent přisuzoval jeho špatnou artikulaci k příznakům opilosti, ale pán se neustále držel za břicho. Po uložení na lehátko a odhalení břicha respondent zjistil, že pacient má velkou tržnou ránu na břicho s vyhřezlými střevy. Respondent nechce ani pomyslet co by se stalo, kdyby se na břicho nepodíval a pacienta odvezl na interní oddělení, kde by mohl hodinu i více čekat na ošetření.

Na otázku, kdo za bezdomovce hradí péči, odpovídá, že netuší a je mu to jedno a dodává, že společnost je prostě povinná se o bezdomovce postarat, vždyť jich je přeci tak mizivé procento.

Respondentovi je 36 let, na pozici ZZ u ZZS pracuje 14 let a je diplomovaný specialista.

5.3 Výsledky rozhovorů – tabulky

Tabulka 1: Základní údaje: pohlaví, věk, vzdělání, délka praxe

Základní údaje		Průměr	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Věk		40	46	52	50	26	33	28	35	47	47	36
Délka praxe		11,7	20	17	15	3	2	2	13	11	20	14
Pohlaví	Žena	3			1				1		1	
	Muž	7	1	1		1	1	1		1		1
Vzdělání	Bc.	4	1			1			1	1		
	Dis.	2					1					1
	Střední	3		1	1						1	
	Mgr.	1						1				

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka doplňuje základní informace o respondentech. Jejich průměrný věk byl 40 let. Nejstaršímu respondentovi bylo 52 let a nejmladšímu 26. Délka praxe respondentů u ZZS na pozici ZZ byla v průměru mírně přes 11 a půl roku. Nejdelší praxe u ZZS trvala dvacet let a tuto praxi absolvovali dva respondenti, oproti tomu nejkratší praxe trvala dva roky. Mezi respondenty byli tři ženy a sedm mužů. Magisterský titul vlastnil jeden z respondentů, čtyři respondenti měli titul bakalářský, dva respondenti byli diplomovaní specialisté a tři respondenti měli střední zdravotnické vzdělání.

Tabulka 2 : Počet výjezdů

Počet výjezdů	celkem	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Téměř každou službu	3			1			1	1			
1 krát týdně	4	1			1	1					1
1 až 2 krát měsíčně	3		1						1	1	

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka znázorňuje počet výjezdů zdravotnické záchranné služby k bezdomovcům. Tři respondenti se s bezdomovci při výkonu svého povolání setkávají téměř každou službu. Jedenkrát do týdne ošetřují bezdomovce čtyři respondenti a tři respondenti se s nimi setkávají jedenkrát až dvakrát za měsíc.

Tabulka 3: Subjektivní vnímání

Subjektivní vnímání		celkem	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Stresová zátěž	ANO	0										
	NE	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Nepříjemné pocity	ANO	7	1		1	1	1			1	1	1
	NE	3		1				1	1			

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka znázorňuje pocity respondentů při práci s bezdomovci. Respondenti se shodují, že výjezdy k bezdomovcům pro ně nepředstavují stresové situace. Sedm respondentů přiznává, že práce s bezdomovci je jim nepříjemná.

Tabulka 4: **Specifika práce zdravotnických záchranářů s bezdomovci**

Specifika	celkem	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Nedostatečná hygiena bezdomovců	5	1		1	1		1				1
Ebrieta	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Agrese	3						1	1		1	
Absence dokladů, kartičky zdravotní pojišťovny	1	1									
Obtížná komunikace	1	1									
Strach z přenosu infekčních chorob	5		1		1		1	1			1
Vyšší spotřeba ochranných prostředků	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Delší následná desinfekce vozu	3	1							1		1
Problematické předání pacienta na oddělení	5	1	1		1			1		1	

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka představuje souhrn aspektů, se kterými se ZZ při práci s lidmi bez domova potýká. Všichni respondenti se shodují, že bezdomovci jsou při výjezdech v ebrietě. Devět respondentů upozorňuje na vyšší spotřebu ochranných prostředků. Pět respondentům vadí nedostatečná hygiena bezdomovců a obávají se přenosu infekčních chorob. Polovina respondentů považuje předání bezdomovců na oddělení za problematické. Tři respondenti se shodují, že se u bezdomovců objevuje agrese. Tři respondenti si také stěžovali na delší následnou desinfekci vozu. Jeden respondent

poukazuje na absenci dokladů a kartičky zdravotní pojišťovny a na obtížnou komunikaci s těmito lidmi.

Tabulka 5 : Indikace výjezdů zdravotnické záchranné služby k bezdomovcům

Indikace	celkem	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Úrazy	7	1	1	1	1		1	1	1		
Intoxikace alkoholem	7		1		1	1	1		1	1	1
Zhoršení chronického stavu	5		1	1	1		1	1			
Neurologické příčiny	3			1			1	1			
Abstinenční syndrom	1			1							
Stavy po napadení	2	1						1			
Kožní problémy (omrzliny, popáleniny)	1							1	1	1	
Casus socialis	1										1

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka nám předkládá nejčastější indikace výjezdů zdravotnické záchranné služby k bezdomovcům. Sedm respondentů uvedlo úraz, stejný počet respondentů se domnívá, že nejčastějším důvodem výjezdů zdravotnické záchranné služby k bezdomovcům je intoxikace alkoholem. Pět respondentů zmiňuje zhoršení chronického stavu. Dva respondenti uvádí neurologické příčiny, stavy po napadení, popáleniny a omrzliny. Kožní onemocnění, abstinenci syndrom a casus socialis uvedl vždy jeden z respondentů.

Tabulka 6: **Oddělení, na která jsou bezdomovci předávány zdravotnickou záchrannou službou**

Oddělení	celkem	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Traumatologické	4	1		1	1						1
Interní	9		1	1	1	1	1	1	1	1	1
Chirurgické	6		1	1		1	1	1			1
Neurochirurgické	1		1								
Kožní	1							1			
Urgentní příjem	1		1								1

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka znázorňuje nemocniční oddělení, na která ZZS předává bezdomovce. Devět respondentů z deseti se shoduje, že nejčastěji předávají bezdomovce na interní oddělení. Šest respondentů uvádí oddělení chirurgické, čtyři respondenti oddělení traumatologické. Dva respondenti uvedli urgentní příjem. Jedenkrát v rozhovorech zaznělo neurochirurgické, kožní oddělení.

Tabulka 7 : **Zneužívání zdravotnické záchranné služby bezdomovci**

Zneužívání ZZS	celkem	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
ANO	7		1	1		1	1	1	1	1	
NE	0										
NE více, jak běžní pacienti	3	1			1						1

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka znázorňuje názor zdravotnických záchranářů, na zneužívání zdravotnické záchranné služby bezdomovci. Všichni respondenti se shodují, že je ZZS

bezdomovci zneužívána. Tři respondenti, ale dodávají, že si nemyslí, že by ZZS byla bezdomovci zneužívána ve větší míře, než u běžných pacientů.

6 Diskuze

Pro bakalářskou práci na téma Problematika výjezdů zdravotnické záchranné služby u lidí bez domova jsem si stanovila dva cíle, a to zjistit indikace výjezdů zdravotnické záchranné služby k lidem bez domova a v čem vidí zdravotničtí záchranáři specifickou práci s těmito lidmi. Ke splnění cílů práce jsem si stanovila tři výzkumné otázky, na které jsem se snažila najít odpovědi v polostrukturovaných rozhovorech, které byly vedeny se zdravotnickými záchranáři.

První výzkumná otázka zní: „Jak často se setkávají zdravotničtí záchranáři s lidmi bez domova?“ Odpovědi na tuto výzkumnou otázku znázorňuje tabulka 2 (Počet výjezdů) na straně 51. Nejvíce respondentů se shoduje, že k bezdomovcům vyjíždí asi jedenkrát do týdne, tři respondenti dokonce téměř každou službu. Nejméně často a to jedenkrát až dvakrát do měsíce, se s bezdomovci setkávají tři respondenti. Šupková (2007, online) uvádí, že množství výjezdů k bezdomovcům záleží na lokalitě, přičemž nejvíce těchto výjezdů je ve velkých městech. Z výzkumu Šupkové z roku 2006 vyšlo najevo, že zdravotničtí záchranáři (dále jen ZZ) se s těmito výjezdy setkávají dokonce dvakrát i vícekrát týdně.

Druhá výzkumná otázka zní: „Jaké jsou indikace výjezdů zdravotnické záchranné služby k lidem bez domova?“ Odpovědi respondentů jsou zachyceny v tabulce 5 (Indikace výjezdů zdravotnické záchranné služby k bezdomovcům) na straně 53. Sedm respondentů z deseti mezi nejčastějšími indikacemi uvedlo úrazy a intoxikaci alkoholem. Někteří respondenti poukazují na skutečnost, že mnoho úrazů je způsobeno právě z důvodu této intoxikace. Všech deset respondentů se shoduje, že lidé bez domova jsou opilí vlastně permanentně, ale vyvrací, že by bezdomovci jejich rukou končili často na protialkoholní záchranné stanici. Franz (2001, online) nás upozorňuje na možnou bagatelizaci těchto případů, respondenti s ním souhlasí a přiznávají, že k bagatelizaci docházet může. Zajímavé je, že žádný z respondentů neuvedl mezi indikacemi hypoglykémii. Jak uvádí Pokorný (2004), právě při nadměrném užívání alkoholu může k hypoglykémii u poživitele dojít. Pouze jeden z respondentů mě

upozorňoval, že je důležité, aby každému pacientovi i bezdomovci byla zjištěna hladina cukru v krvi při příjezdu na místo.

Mezi dalšími indikacemi uvedla polovina respondentů zhoršení chronického stavu, to potvrzuje i Koubová (2015, online) ve svém článku, kde uvádí, že bezdomovci trpí civilizačními nemocemi, které vyžadují pravidelný léčebný režim, jenž však bezdomovci nedodržují. Koubová (2015, online), Šupková (2007, online) i Pekárková (2015, online) se shodují, že bezdomovci nepovažují své zdraví za prioritu a vyhledávají pomoc až při akutních potížích, které je poté nucena řešit zdravotnická záchranná služba (dále jen ZZS). Podle Šupkové (2007, online) ZZS mnohdy řeší případy, které by za běžných okolností řešil praktický lékař, ale většina bezdomovců není registrována u žádného praktika. Chyba je na obou stranách. Jak uvádí Koubová (2015, online) bezdomovci nemají zájem o svůj zdravotní stav a pro praktické lékaře jsou bezdomovci zatěžujícími pacienty. Bezdomovcův vzhled a zápach odrazuje ostatní pacienty v čekárně a pro lékaře je práce s bezdomovci časově náročnější. O zanedbávání zdravotního stavu jsem se přesvědčila při pozorování práce zdravotní sestry v Armádě spásy, která poskytuje zdravotní péči lidem bez přístřeší. Zde jsem byla svědkem, kdy pacienti nechtěli řešit příčiny svých onemocnění, ale chtěli se zbavit pouze příznaků pomocí léků a na převazy úrazů a bércových vředů chodili velmi sporadicky.

Tři respondenti uvedli mezi indikacemi neurologické příčiny, všichni tři zdůrazňovali epileptické záchvaty. Dále v rozhovorech u třech respondentů byly uváděny kožní problémy v podobě omrzlin a popálenin. Dva respondenti se shodují na stavech po napadení. Pouze jeden respondent mezi indikace zařadil abstinenční příznaky a další respondent casus socialis. Nejvíce respondentů se shodlo na úrazech a intoxikacích alkoholem, ale v rozhovorech zaznělo mnoho indikací, které se opakovaly nanejvýše u dvou až třech respondentů, tuto skutečnost přisuzuji faktu, jak uvádí Šupková (2007, online) a Pekárková (2013), že bezdomovci jsou polymorbidní pacienti. A jejich stavy, které vyžadují zásah ZZS, jsou vždy v kontextu s požitím alkoholu.

Poslední výzkumná otázka zní: „V čem vidí zdravotničtí záchranáři specifičnost při práci s bezdomovci?“ Jak znázorňuje tabulka 3 (Subjektivní vnímání) na straně 51, výjezdy u bezdomovců nepředstavují pro žádného z respondentů stresovou situaci, ale

sedm respondentů přiznává, že jim je práce s bezdomovci nepříjemná. Specifika práce s bezdomovci z pohledu ZZ shrnuje tabulka 4 (Specifika práce zdravotnických záchranářů s bezdomovci) na straně 52. Všichni respondenti se shodli, že na výjezdech u bezdomovců, jak jsem již dříve zmínila, se potýkají s ebriou pacientů. ZZ nemají ve své výbavě alkoholtesty, dechovou zkoušku tedy provádí Policie České republiky nebo městská policie, která je dle slov respondentů téměř vždy na místě. Z výzkumu, který byl proveden v Torontu v roce 2004, vyplývá, že bezdomovci mají kladnější vztah k zdravotnickým záchranářům, než k policistům. (Zakrison, Hamel, Hwang, 2004, online)

Devět respondentů se u těchto pacientů chrání více než u běžných, proto na těchto výjezdech dochází k větší spotřebě ochranných pomůcek. Pouze jeden respondent nepoužívá dvoje rukavice. Pět respondentů přiznává strach z přenosu infekčních a parazitárních chorob a stěžuje si na nedostatečnou hygienu u těchto pacientů, s tím souvisí i delší následná desinfekce vozu po výjezdech, na kterou upozornili tři respondenti. Šupková (2007, online) i Franz (2001, online) také poukazují na časovou náročnost těchto výjezdů a na větší rozsah práce ZZ. Pět respondentů považuje za problematické předání pacienta bezdomovce do nemocničního zařízení. Nejlépe vystihl tyto situace první respondent, který předání pacientů bezdomovců na oddělení považuje za nejobtížnější z celého výjezdu a dodává, že reakce personálu příjmových ambulancí jsou často hodně nevybíravé. Předkládá příklady, na kterých vysvětluje, že je důležité pokaždé zdůrazňovat právě ty aspekty týkající se oddělení, na které chce pacienta předat. Šupková (2007, online) vysvětluje, že obtížné předání pacienta na oddělení pramení často z jeho polymorbidity včetně alkoholové intoxikace. Marie Macková a Jana Macková (2012, online) uvádí, že kolikrát je nemocničnmu personálu bezdomovce líto, ale soucit mizí poté, co s tímto člověkem musí pracovat. Benešová s Čajkovou (2009, online) také poukazují na fakt, že když je bezdomovec přivezen do nemocnice, je u něj většinou nutné nejdříve provést hygienickou péči a až poté je možné ho řádně vyšetřit. Oddělení, na která ZZ předávají bezdomovce, shrnuje tabulka 6 (Oddělení, na která jsou bezdomovci předáváni zdravotnickou záchrannou službou) na straně 54.

Tři respondenti se shodují, že bezdomovci jsou agresivními pacienty. Jeden z nich agresi přisuzuje alkoholovému opojení, ale zbytek respondentů mi agresi u bezdomovců vyvracel a spíše se shodl na odevzdanosti a rezignaci bezdomovců. Pouze jeden respondent si stěžuje na obtížnou komunikaci a absenci dokladů u těchto pacientů. Šupková (2007, online) ale uvádí, že ve výzkumu, který provedla v roce 2006, si stěžuje na ztíženou komunikaci s bezdomovci, absenci dokladů a obtížnou administrativu těchto výjezdů celých šedesát procent.

Respondenti během rozhovorů poukazují také na skutečnost, že často vyjíždí ke stejným bezdomovcům, u kterých řeší ty samé problémy, jaké řešili před měsícem, týdnem, dnem. Dokonce někteří z respondentů uvedli, že pro stejné bezdomovce vyjíždí tak často, že znají jejich osobní údaje. Přičítají to stejně jako Šupková (2007, online) a Koubová (2015, online) nedostatečnému doléčení, neboť pacienti bezdomovci, kteří jsou propuštěni z nemocnice, nemají možnost domácího doléčení a končí opět na ulici, kde je pro ně těžké dodržovat klidový režim, léky si často nevyzvednou a neužívají je. Žižlavský (2011) nás ve svém článku upozorňuje na vznik doléčovacího centra pro bezdomovce, které vzniklo v Praze, bohužel jeho kapacita je velmi nízká. Je zde pouze 28 míst. Žižlavský (2011) také uvádí, že toto je jediná možnost, jak se vyvarovat toho, aby lidé bez přístřeší po propuštění z nemocnice končili na ulici. Také poukazuje na fakt, že pokud bude zdravotní péče pro lidi bez domova dostupnější, sníží se množství akutních stavů u těchto lidí, které zatím řeší ZZS a následná léčba nebude tak finančně nákladná. Žižlavský (2011, online) také předkládá, že řešením by mohla být výstavba nemocničního zařízení určeného právě bezdomovcům, tak jako tomu je v západních zemích, ale naskytuje se zde otázka, zda by nedošlo ještě k větší marginalizaci.

Všichni respondenti se shodují, že bezdomovci zneužívají zdravotnickou záchrannou službu. Respondenti na vysvětlenou dodávají, že bezdomovci vyžadují jejich pomoc hlavně v nepříznivém počasí, kdy se chtějí nechat hospitalizovat, aby se mohli v teple vyspat a dostali najíst. Tři respondenti ale dodali, že si nemyslí, že by bezdomovci zneužívali jejich služby více než bydlící populace. Ke zneužívání ZZS bezdomovci se vztahuje tabulka 7 (Zneužívání zdravotnické záchranné služby bezdomovci) na straně 54. Zneužívání a nadužívání zdravotnické záchranné služby, jak

uvádí Slabý (2015, online), je velkým problémem. Dle jeho slov vzrostl počet výjezdů ZZS o třicet procent za posledních pět let a tyto výjezdy stály 270 milionů korun. Slabý (2015, online) ještě dodává, že vedle finančních nákladů to může vést k prodlužování doby dojezdu ZZS z důvodu uskutečnění výjezdu ze vzdálenějšího stanoviště, k únavě či poklesu ostražitosti zdravotnických záchranářů, kteří jsou stále častěji voláni k banalitám. Slabý (2015, online) také uvádí, že velké procento výjezdů tvoří zásahy u opilců a narkomanů. Slabý s Knorem (2014, online) navrhuje řešení, že za výjezdy, u kterých by se prokázalo, že pacient byl pod vlivem návykových látek, by měl být vyžadován po pacientovi správný poplatek či uhrazení nákladů za výjezd ZZS.

7 Závěr

Tématem bakalářské práce je Problematika výjezdů zdravotnické záchranné služby u lidí bez domova. Tato práce pojednává o bezdomovectví jako o extrémním sociálním vyloučení a poukazuje na problematiku poskytování přednemocniční neodkladné péče bezdomovcům.

Stanovila jsme si dva cíle, a to zjistit indikace výjezdů k lidem bez domova, a v čem vidí zdravotničtí záchranáři specifickou práci s bezdomovci. Ke splnění cílů práce jsem si stanovila tři výzkumné otázky, na které jsem se snažila nalézt odpovědi při polostrukturovaných rozhovorech, které byly vedeny se zdravotnickými záchranáři.

První výzkumná otázka zněla, jak často se zdravotničtí záchranáři setkávají s ošetřováním lidí bez domova. Z rozhovorů vyplynulo, že zdravotničtí záchranáři se s bezdomovci setkávají alespoň jedenkrát do měsíce. Nejvíce respondentů uvádí, že s bezdomovci jsou v kontaktu jednou až dvakrát do týdne, tři respondenti dokonce téměř každou službu.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala indikace výjezdů zdravotnické záchranné služby k lidem bez domova. Odpovědi nebyly jednoznačné a indikací bylo mnoho, ale většina respondentů se shodla na tom, že nejčastějším důvodem jsou intoxikace alkoholem a úrazy, které jsou často způsobeny v ebrietě.

Poslední výzkumná otázka zjišťovala, v čem vidí zdravotničtí záchranáři specifickou práci s bezdomovci. Respondenti odmítají tvrzení, že by pro ně byly tyto výjezdy stresující, ale sedm z nich se shoduje, že jim je práce s těmito pacienty nepříjemná, protože bezdomovci jsou téměř vždy opilí, jejich hygiena je nedostatečná, trpí infekčními a parazitárními nemocemi. Většina respondentů se shoduje, že se na těchto výjezdech chrání více, používají dvoje rukavice a někdy roušku. Polovina respondentů považuje předání pacientů – bezdomovců na oddělení za obtížnější, než u běžných pacientů.

Při výzkumném šetření jsem uskutečnila deset rozhovorů se zdravotnickými záchranáři. Musím přiznat, že všichni byli ochotní a rozhovor s nimi byl pro mne

přínosem. I přes zaručenou anonymitu respondentů si myslím, že některé rozhovory nebyly zcela objektivní. Domnívám se totiž, že mohlo docházet k tomu, že někteří respondenti předkládali svůj pohled na bezdomovce v lepším světle. Při mé praxi na zdravotnické záchranné službě jsem často zaslechla dosti nevybíravé řeči o těchto pacientech a ne úplně profesionální přístup zdravotnických záchranářů mi potvrdila i zdravotní sestra pracující v Armádě spásy. Myslím, že toto chování zdravotnických záchranářů plyne z pocitu marné práce, protože vědí, že tito pacienti zase zanedlouho skončí na ulici. Zdravotničtí záchranáři si jsou také vědomi častého zneužívání jejich služeb. Myslím si, že by se zneužívání zdravotnické záchranné služby dalo předcházet regulačními poplatky, které by byly vybírány pouze v případě, že vedoucí posádky zdravotnické záchranné služby vyhodnotí pacientův stav jako neindikovaný pro zásah zdravotnické záchranné služby.

Cíle této bakalářské práce byly splněny, na všechny výzkumné otázky byly nalezeny odpovědi. Bohužel až při vyhodnocování výzkumné části jsem si uvědomila, jak málo jsem se při rozhovorech zabývala zdravotními výkony, které zdravotničtí záchranáři vykonávají při poskytování péče bezdomovcům. Myslím si, že tyto informace by byly pro tuto práci přínosem.

V budoucnu by bylo také užitečné, kdyby bylo zrealizováno kvantitativní výzkumné šetření zabývající se indikacemi výjezdů zdravotnické záchranné služby k lidem bez domova. Myslím si totiž, že z důvodu malého výzkumného souboru nemůže být výsledek zcela validní. Myslím si, že různorodost odpovědí týkající se indikací výjezdů zdravotnické záchranné služby k bezdomovcům může pramenit z problematického vyhodnocení bezdomovcova zdravotního stavu, na kterém se podepisuje jeho nezdravý životní styl. Bezdomovci jsou ve většině případů polymorbidní pacienti, jejichž stav je komplikován přítomností alkoholu nebo jiných návykových látek v krvi. Proto si myslím, že řešením by mohly být systematické kroky ke snížení spotřeby a dostupnosti alkoholu.

Ráda bych, aby tato bakalářská práce přispěla k nastartování diskuze na téma „neodkladná přednemocniční a nemocniční péče o bezdomovce“, která by přispěla k větší informovanosti o tomto problému. A byla bych také ráda kdyby, v budoucnu

vzniklo komplexní řešení tohoto fenoménu, které by zahrnovalo jak péči sociální, tak zdravotní. Neboť si myslím, že sociální problémy jdou ruku v ruce s těmi zdravotními.

8 Klíčová slova

Přednemocniční neodkladná péče

Zdravotnická záchranná služba

Sociální vyloučení

Bezdomovectví

9 Zdroje

1. BARTÁK, Miroslav. *Bezdomovectví v ČR: zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, 2011, 200 s. ISBN 978-80-7414-441-7.
2. BARTÁK, Miroslav. *Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty 1.: Bezdomovectví v zrcadle veřejné politiky* [online]. Kostelec nad Černými lesy: Institut politiky a ekonomiky, 2004 [cit. 2016-01-04]. ISSN 1213-8096. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/513-zdravotni-stav-populace-bezdomovcu-v-cr-a-jeho-determinanty-i.pdf>
3. BARTKOVSKÝ, Martin. Pohled z druhé strany: jací jsou bezdomovci v očích zdravotníka [online]. © MuniMedia 11.12.2010. [cit. 2014-02-20]. Dostupné z: <http://www.munimedia.cz/prispevek/pohled-z-druhe-strany-jaci-jsoubezdomovci-v-ocich-zdravotnika-638/>.
4. BENEŠOVÁ, Hana a ČEJKOVÁ, Marta. Problematická péče o bezdomovce. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 12, s. 54-55. ISSN 1210-0404. dostupné též z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/problematicka-pece-o-bezdomovce-448633>
5. BENEŠOVÁ, Hana a ČEJKOVÁ, Marta. Problematická péče o bezdomovce. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 12, s. 54-55. ISSN 1210-0404. dostupné též z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/problematicka-pece-o-bezdomovce-448633>
6. Česká republika. Listina základních práv a svobod. In: *Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.*
7. Česká republika. Zákon č. 108/2006 Sb.: Zákon o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2006.
8. Česká republika. Zákon č. 110/2006 Sb. o životním a existenčním minimu. In: *Úplné znění*. Ostrava: Sagit, 2015.
9. Česká republika. Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi. In: *Úplné znění*. Ostrava: Sagit, 2015.
10. Česká republika. Zákon č. 239/2000 Sb.: Zákon o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. 2000.

11. Česká republika. Zákon č. 372/2011 Sb.: Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Zákony pro lidi.cz*. 2011.
12. Česká republika. Zákon č. 374/2011 Sb.: Zákon o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011.
13. Česká republika. Zákon č. 40/2009 Sb.: Trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů ČR*.
14. Česká republika. Zákon č. 48/1997 Sb.: Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Úplné znění*. Ostrava: Sagit, 2015.
15. Česká republika. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In: *Úplné znění*. Ostrava: Sagit, 2015.
16. FRANZ, Jiří. Poranění bezdomovců. *Urgentní medicína*. 2001, roč. 4, č. 3, s. 34-36. ISSN 1212-1924. signatura 36A2364 dostupné též z: http://mediprax.cz/um/casopisy/UM_2001_03.pdf
17. Historie zdravotnické záchranné služby v ČR. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2010 [cit. 2016-01-03]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/historie-zdravotnicke-zachranne-sluzby-v-cr-451490>
18. HRADECKÁ, Vlastimila a Ilja HRADECKÝ. *Bezdomovství - extrémní vyloučení*. Praha: Naděje, 1996, 107 s. ISBN 80-902292-0-4
19. HRUŠKA, Lubor. *Studie o stavu bezdomovectví v Ostravě* [online]. Ostrava: PROCES, 2012 [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: https://www.ostrava.cz/cs/urad/magistrat/odbory-magistratu/odbor-socialnich-veci-zdravotnictvi-a-vzdelanosti/oddeleni-socialnich-sluzeb/studie-a-analyzy/studie-a-analyzy/c-users-zivcakzd-desktop-komplexna-socialna-prace-bezdomovstva-studie-proces-studie_o_stavu_bezdomovectvi_v_ostrave_final.pdf
20. KÖHLEROVÁ, Irena. *Etický kodex nelékařských zdravotnických profesí: ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA NELÉKAŘSKÝCH OBORŮ* [online]. 3 [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: http://www.nconzo.cz/document_library/get_file?uuid=a740f1ac-a17a-412c-89ea-30e5cd71780e&groupId=11063

21. KOLÁŘOVÁ, Zdena. Zbytečné výjezdy stojí přes čtvrt miliardy ročně. *Deník.cz* [online]. [cit. 2016-01-15]. Dostupné z: http://www.denik.cz/z_domova/zbytecne-vyjezdy-stoji-pres-ctvrt-miliardy-rocne-20151122.html
22. *Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020*. Praha: MPSV, 2013, 68 s. ISBN 978-80-7421-072-3.
23. KOUBOVÁ, Michaela. Z nemocnice rovnou na ulici. Česku zcela chybí návazná a úlevová péče pro bezdomovce. In: *Zdravotnický deník* [online]. Praha, 2015 [cit. 2016-01-16]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/10/z-nemocnice-rovnou-na-ulici-cesku-zcela-chybi-navazna-a-ulevova-pece-pro-bezdomovce/>
24. L. ZAKRISON, Tanya, Paul A. HAMEL a Stephan W. HWANG. *Homeless People's Trust and Interactions with Police and Paramedics* [online]. New York, 2004 [cit. 2016-04-02]. Dostupné z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3455926/pdf/11524_2006_Article_328.pdf
25. LEBRUN-HARRIS, Lydie A., Travis P. BAGGETT, Darlene M. JENKINS, Alek SRIPIPATANA, Ravi SHARMA, A. Seiji HAYASHI, Charles A. DALY a Quyen NGO-METZGER. Health Status and Health Care Experiences among Homeless Patients in Federally Supported Health Centers: Findings from the 2009 Patient Survey. *Health Services Research* [online]. 2013, [cit. 2014-02-08]. roč. 48, č. 3, 992-1017. DOI: 10.1111/1475-6773.12009.
26. MACKOVÁ, Jana a MACKOVÁ, Marie. Pohled zdravotníků na bezdomovce. In: *Ošetrovatelstvo* [online]. 2012, roč. 2, č. 3 [cit. 2016-03-25], s. 83-86. ISSN 1338-6263. Dostupné z: http://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2012/3/pohled-zdravotniku-na-bezdomovce-2012-2-3.pdf.
27. MAREK, Jakub, Aleš STRNAD a Lucie HOTOVCOVÁ. *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 175 s. ISBN 978-80-262-0090-1.
28. MAREŠ, Petr. *Faktory sociálního vyloučení*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno, 2006, 41, 5 s. ISBN 80-87007-15-8.

29. MATUŠINSKÁ, Jana. Posouzení stavu komunity bezdomovců. Diagnóza v ošetrovatelství. 2010, 7-8, ročník VI., 25-26. ISSN 1801-1349
30. Mezi nakaženými virem HIV dominují homosexuálové. In: *Česká televize: ČT 24* [online]. Praha, 2012 [cit. 2016-01-16]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/1136223-mezi-nakazenymi-virem-hiv-dominuji-homosexualove>
31. PEKÁRKOVÁ, Andrea. Bezdomovec pacientem - pacient člověkem. *Vita nostra revue*. 2010, roč. 19, č. 2, s. 52-55. ISSN 1212-5083
32. PEKÁROVÁ, Andrea. Sociálně - zdravotní problematika: Bezdomovectví. *Sociální služby: Zdravotní péče* [online]. 2013, s. 28-31 [cit. 2014-12-29]. Dostupné z: <http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/SS%208,9-2013%20s28-31.pdf>
33. POKORNÝ, Jiří. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 547 s. ISBN 80-7262-259-5.
34. Pomoc v hmotné nouzi. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha, 2015 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5>
35. PRŮDKOVÁ, Táňa a Přemysl NOVOTNÝ. *Bezdomovectví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008, 93 s. ISBN 978-80-7387-100-0.
36. První krok Václava Havla. In: *Česká televize: ČT 24*, 2010, Praha. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/76696-prvni-krok-vaclava-havla-v-uradu-rozsahla-amnestie/>
37. RUBEK, Aleš a Alan RYBA. Komplexní vzdělávání zaměstnanců ZZS HMP - ÚSZS. *Urgentní medicína*. České Budějovice: Mediprax CB s.r.o., 2009, **12**(4), 8-11. ISSN 1212-1924.
38. RYCHTÍŘ, Milan. Výjezdy ZZS pohledem primární péče. In: *Medical tribune* [online]. Tábor, 2015 [cit. 2016-01-18]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/35902-vyjezdy-zzs-pohledem-primarni-pece>
39. SLABÝ, Marek. Studio 6. In: ČT1. TV. 10.11.2015, 5:59. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1096902795-studio-6/2154110101110/obsah/434538-zbytecne-vyjezdy-zachranaru>

40. *Sociální práce: Bezdomovectví* [online]. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2006, (4) [cit. 2016-01-10]. ISSN 1213-6204. Dostupné z: <http://socialniprace.cz/index.php?sekce=2&podsekce=&ukol=1&id=30>
41. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 400 s., xvi s. obr. příl. ISBN 978-80-247-4434-6.
42. ŠIMŮNKOVÁ, Marta. Světová zdravotnická organizace proti tuberkulóze. *Medical Tribune* [online]. 2014 [cit. 2016-05-01]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/34076-svetova-zdravotnicka-organizace-proti-tuberkuloze>
43. ŠTĚCHOVÁ, Markéta, Marina LUPTÁKOVÁ a Bedřiška KOPOLDOVÁ (ed.). *Bezdomovectví a bezdomovci z pohledu kriminologie: závěrečná zpráva*. Vyd. 1. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2008, 111 s. Studie (Institut pro kriminologii a sociální prevenci). ISBN 978-80-7338-069-4.
44. ŠUPKOVÁ, Danuše. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 62 s. ISBN 978-80-247-2245-0. dostupné též z: <http://www.nadeje.cz/vz/zpb.pdf>
45. ŠVEJNOHA, Josef. *Historie Mezinárodního Červeného kříže*. Praha: Úřad Českého červeného kříže, 2008, 151 s. ISBN 978-80-87036-28-0
46. TICHÝ, Oldřich. Od ledna 2016 se mění zdravotní pojištění u všech skupin plátců. In: *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. 2015 [cit. 2016-05-01]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/od-ledna-2016-se-meni-zdravotni-pojisteni-u-vsech-skupin-platcu>
47. VŠEOBECNÁ ETICKÁ TEORIE A PROFESNÍ ETIKA ZÁCHRANÁŘE [online]. Dostupné z <http://www.paskola.cz/pasoptik/etika/rybar.htm> [cit 2012-03-28].
48. ŽIŽLAVSKÝ, M. 2011. Problematika osob bez přístřeší. In *Britské listy* [online], 2011. [cit. 2015 -03-21]. Dostupné z: <http://www.blisty.cz/art/61622.html>.

10 Přílohy

Příloha 1 : Polostrukturovaný rozhovor vedený se ZZ

- Jak často se setkáváte při výkonu svého povolání s bezdomovci? Kolikrát do týdne?
- Je pro Vás práce s bezdomovci stresující nebo nepříjemná? Proč?
- Již pojem bezdomovectví je značně stigmatizující. Máte předsudky vůči bezdomovcům?
- Jsou bezdomovci jako pacienti agresivnější než běžní pacienti?
- Je na místě přítomna Policie ČR nebo MPČR?
- Měli jste podezření na užití alkoholu nebo jiných návykových látek? Jakou máte možnost si to ověřit?
- Jaké jsou indikace výjezdů k bezdomovcům?
- Jsou časté výjezdy ke stejným lidem bez domova?
- Objevuje se u Vás strach z přenosu některých chorob? Jak se u těchto pacientů chráníte?
- Na jaké oddělení nejčastěji umístíte tyto pacienty?
- Na podkladně čeho se rozhodnete k převozu na protialkoholickou záchytnou stanici?
- Setkal jste se s obtížnějším umístěním pacienta bezdomovce na oddělení? Jak jste tuto situaci řešil?
- Myslíte, že bezdomovci zneužívají služeb ZZS?
- Myslíte, že dochází k bagatelizování diagnóz u bezdomovců? Proč?
- Kdo podle Vás hradí péči o lidi bez domova?
- Jaké vidíte řešení bezdomovectví?
- Kolik Vám je let?
- Jaké je Vaše vzdělání?
- Kolik let pracujete u ZZS?