

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

SPECIFIKA PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČE  
O BEZDOMOVCE V PRAZE

Bakalářská práce

FERDINAND BETLACH, DiS.

Praha 2019

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

SPECIFIKA PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČE  
O BEZDOMOVCE V PRAZE

Bakalářská práce

FERDINAND BETLACH, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: PhDr. Pavel Pěnkava

Praha 2019



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.  
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

BETLACH Ferdinand

3CZZ

### Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Specifika přednemocniční péče o bezdomovce v Praze

*Specifics of Homeless People Pre-Hospital Care in Prague*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Pavel Pěnkava

V Praze dne 1. listopadu 2018

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

# PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 23.4.2019

## PODĚKOVÁNÍ

Rád bych poděkoval PhDr. Pavlu Pěnkavovi za vedení této bakalářské práce a za jeho cenné rady a připomínky. Dále bych rád poděkoval všem, kteří mě v psaní této práce podpořili.

Díky patří i Zdravotnické záchranné službě hlavního města Prahy a jejím zaměstnancům za umožnění provedení průzkumu a za dojmy, které mě vedly k sepsání této práce.

V neposlední řadě děkuji každému, komu problematika bezdomovectví není lhostejná.

## ABSTRAKT

BETLACH, Ferdinand. *Specifika přednemocniční péče o bezdomovce v Praze*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Pavel Pěnkava. Praha 2019. 80 stran.

Bakalářská práce je zaměřená na specifika přednemocniční péče o bezdomovce v Praze. Líčí různé faktory zhoršující zdravotní stav osob bez domova a popisuje některá konkrétní onemocnění, ke kterým tyto faktory mohou vést. Dále se práce zaměřuje na dostupnost zdravotní péče osobám bez domova a část je věnována dilematům ošetřování těchto osob v záchranné službě.

Praktická část se zabývá rozhovory se zaměstnanci Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy. Dále se věnuje dotazníkovému šetření, které zkoumalo problematiku dostupnosti zdravotní péče u osob bez domova. V závěru práce je uvedena jedna kazuistika, která ilustruje problematiku přednemocniční péče o bezdomovce.

### Klíčová slova

Bezdomovectví. Dostupnost zdravotní péče. Přednemocniční péče. Zdraví. Zdravotnická záchranná služba.

## **ABSTRACT**

BETLACH, Ferdinand. *Specifics of Homeless People Pre-Hospital Care in Prague*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Pavel Pěnkava. Prague. 2019. 80 pages.

This bachelor thesis is focused on specifics of homeless people pre-hospital care in Prague. It shows several factors affecting health of homeless people and describes certain specific diseases, which can be caused by these factors. Then, the thesis is focused on availability of health care by homeless people. One part is dedicated to some issues, which arise during providing pre-hospital emergency care to these people.

The practical part includes interviews with employees of Emergency medical services in Prague. Then there is a questionnaire, which searches availability of health care by homeless people. In the end, there is a case study presenting the issue of homeless people pre-hospital care.

Key words

Availability of health care. Emergency medical services. Health. Homelessness. Pre-Hospital Care.

# OBSAH

Prohlášení.....	4
Poděkování.....	5
Abstrakt.....	6
Abstract.....	7
Obsah.....	8
Seznam použitých odborných výrazů.....	10
Úvod.....	11
1 Definice bezdomovectví.....	14
2 Kontext sociální a zdravotní situace.....	17
2.1 Zdravotní pojištění.....	18
2.2 Psychické zdraví.....	19
2.3 Rizikové faktory zhoršující zdravotní stav.....	20
2.3.1 Nekvalitní strava.....	20
2.3.2 Omezený přístup pitné vody.....	20
2.3.3 Snížená úroveň hygieny.....	20
2.3.4 Nepřízeň počasí.....	21
2.3.5 Omezené finanční prostředky.....	21
2.3.6 Krádeže.....	22
2.3.7 Omezený přístup ke zdravotní péči.....	23
2.3.8 Užívání alkoholu.....	23
2.3.9 Kouření.....	24
2.4 Vybraná onemocnění.....	24
2.4.1 Vředová choroba žaludku a duodena.....	25
2.4.2 Parazitární onemocnění.....	25
2.4.3 Bércové vředy.....	25
2.4.4 Omrzliny a podchlazení.....	26



2.4.5	Popáleniny.....	27
2.4.6	Tuberkulóza.....	27
2.4.7	Úrazy a napadení.....	27
3	Zdravotní péče pro osoby bez domova.....	29
3.1	Cyklus „Ulice – záchranná služba – nemocnice – ulice“.....	29
3.2	Následná péče.....	31
3.3	Ordinace pro osoby bez domova.....	31
3.4	Pouliční medicína.....	32
3.5	Protialkoholní záchytná stanice.....	33
3.6	Dilemata ošetřování v přednemocniční péči.....	33
4	Vlastní průzkum.....	37
4.1	Realizace rozhovorů se záchranáři.....	37
4.1.1	Průzkumné otázky.....	39
4.1.2	Získané údaje.....	39
4.2	Dotazníkové šetření mezi bezdomovci.....	53
4.2.1	Průzkumné otázky.....	54
4.2.2	Interpretace výsledků.....	54
5	Kazuistika.....	60
6	Diskuze.....	65
7	Doporučení pro praxi.....	70
	Závěr.....	71
	Seznam použité literatury.....	72
	Seznam příloh	

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

abúzus – nadměrné užívání

dezinsekce – hubení hmyzu a dalších členovců

duodenum – dvanáctník

frequent ED users – častí uživatelé urgentních příjmů

hostilní – nenávistný, nepřátelský

incidence – nemocnost

komorbidita, polymorbidita – současný výskyt více nemocí u jednoho pacienta

lege artis – podle pravidel lékařského umění

malhygiena – snížená čistota

vasokonstrikce – zúžení cév

## ÚVOD

Problematika bezdomovectví patří v dnešní době v naší společnosti k velmi palčivým tématům. Samotná přítomnost osob bez domova obývajících veřejný prostor podněcuje mezi lidmi někdy rozdílné emoce a názory na řešení tohoto problému. Ze širšího pohledu je vhodné si uvědomit, že bezdomovectví výrazně ovlivňuje nejen samotné osoby bez domova, ale i všechny ostatní obyvatele. Tento fenomén závažně zasahuje do oblasti politiky bydlení, do sociálního sektoru, do ekonomiky a v neposlední řadě do zdravotnictví.

Vzhledem k obtížnému měření fenoménu bezdomovectví jsou i přesné počty osob bez domova nejasné. Lze vycházet z již provedených studií a průzkumů, díky kterým bylo v Praze v roce 2004 sečteno 3096 osob bez domova, případně mezi lety 2003 a 2006 se v jednu chvíli nacházely v situaci bezdomovství 6000 osob. V Praze se osoby bez domova nekonzcentrují snad kvůli lepší nabídce sociálních služeb, ale především kvůli předpokladu zlepšení jejich finanční a životní situace. V Praze poté zůstanou i v případě, že se tato představa nenaplní (BARTÁK, 2011).

Osoby bez domova mají z různých důvodů oproti většinové populaci sníženou dostupnost zdravotní péče. Zdravotnická záchraná služba (dále jen ZZS) je díky své velice specifické roli v systému zdravotní péče jedna z mála organizací, kde toto omezení neplatí a s osobami bez domova se setkává poměrně běžně.

Impulzem k důvodu vybrání tohoto tématu bakalářské práce byla velmi častá pracovní zkušenost s osobami bez domova a nesnáze, které z tohoto kontaktu plynuly. Výběr tématu jistě ovlivnila i zkušenost s předchozím, ač nedokončeným vzděláním z Vyšší odborné školy sociálně pedagogické a teologické Jabok.

V teoretické části práce se čtenář stručně seznámí s problematikou bezdomovectví, především se zdravotní složkou tohoto fenoménu. Práce uvádí informace, které je dobré mít na paměti při ošetřování osoby bez domova. Zmiňuje faktory, které negativně ovlivňují zdravotní stav bezdomovců a upozorňuje na zhoršenou dostupnost zdravotní péče. Dále popisuje vybrané zdravotní stavy, kvůli kterým se osoba bez domova může stát pacientem ZZS. Třetí část obsahuje popis služeb poskytující zdravotní péči speciálně pro osoby bez domova.

Praktická část obsahuje průzkum porovnávací názory zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy (dále jen ZZS HMP) a samotných bezdomovců. Část průzkumu se záchranáři je vedena formou individuálních rozhovorů, jedná se o kvalitativní průzkum. S osobami bez domova je použit polostrukturovaný dotazník. Na konci práce je uvedena kazuistika, přibližující čtenáři obtíže provázející zásah ZZS u pacienta bez domova.

Práce by mohla být využita jako vzdělávací materiál pro zdravotníky setkávající se ve své práci s osobami bez domova.

### **Pro tvorbu této bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

#### **Cíl 1**

Seznámit čtenáře s problematikou bezdomovectví a popsat provázání zdravotních a sociálních potíží osob bez domova.

#### **Cíl 2**

Popsat dostupnost zdravotní péče osobám bez domova v Praze a možnosti řešení zdravotních potíží mimo zdravotnickou záchrannou službu. Dále popsat povědomí osob bez domova a posádek výjezdových skupin ZZS HMP o těchto službách.

#### **Cíl 3**

Popsat zdravotní stavy, kvůli kterým se osoby bez domova stávají pacienty zdravotnické záchranné služby a popsat specifika jejich ošetřování.

#### **Cíl 4**

Zjistit, jestli se personál výjezdových složek ZZS HMP chová k osobám bez domova jinak než k bydlící populaci. Pokud se toto potvrdí, bude dalším cílem práce zjistit příčinu tohoto jevu a pokusit se vymyslet způsob nápravy.

#### **Cíl 5**

Zjistit charakter vztahů bezdomovců a posádek Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy.

### **Vstupní literatura:**

BARTÁK, Miroslav. *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2011. ISBN 978-80-7414-441-7.

ŠUPKOVÁ, Danuše, Jaromír PEŠEK, Luděk TRNKA, Helena VIDOVIČOVÁ a Jana VOLNÁ. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2245-0.

*Sborník z konference "Zdravotnická péče a bezdomovectví": (obtíže, možnosti, cesty a výzvy): Olomouc, 4. prosince 2008*. Olomouc: Charita Olomouc, 2008. ISBN 978-80-254-3656-1.

### **Popis rešeršní strategie:**

Vyhledávání odborné literatury, která byla využita pro bakalářskou práci s názvem *Specifika přednemocniční péče o bezdomovce v Praze*, probíhalo v období listopad 2018 až únor 2019. Vyhledávací období pro rešerši (viz Příloha A) z Národní lékařské knihovny bylo stanoveno od roku 2004 do roku 2019, v českém jazyce.

Na základě rešerše z portálu Medvik Národní lékařské knihovny z databáze *Bibliographia medica Czechoslovaca* a specializované databáze *Theses* bylo vyhledáno 77 českých a dva slovenské záznamy. Druhým cenným zdrojem literatury byla Knihovna Jabok a její oddělení specializované na bezdomovectví. Další literatura byla doporučena vedoucím této práce, PhDr. Pavlem Pěnkavou.

# 1 DEFINICE BEZDOMOVECTVÍ

Tato práce si dala za úkol popsat specifika přednemocniční péče o bezdomovce. Je tedy potřeba vysvětlit, kdo je v této práci pod pojmem *bezdomovec* nebo *osoba bez domova* popisován.

Legislativní řád České republiky zná pojem *bezdomovec* pouze jako osobu bez státního občanství, což je pro potřeby této práce zcela nevhodný výraz. Dále se v zákoně o hmotné nouzi objevuje pojem *osoba bez přístřeší*, kterou tento zákon charakterizuje jako osobu, která právě z důvodu absence přístřeší nemůže uspokojivě naplňovat životně důležité potřeby. Tento druhý výklad je obsahu této práce mnohem bližší, ale stále nedostačující (ČESKO, 2013), (ČESKO, 2006).

Bezdomovectví je chápáno jako extrémní forma sociálního vyloučení. Výrazy *bezdomovectví* a *bezdomovství* se zde budou považovat za synonyma, podobně jako označení *bezdomovec* a *osoba bez domova* a další, neboť žádné z těchto označení nemusí nést pejorativní význam a jsou navzájem zaměnitelná. Lidé, kteří nejsou bezdomovci, zde budou označováni jako *většinová* nebo *bydlící populace*, stejně jako je tak označují i někteří další autoři (MPSV, 2013), (HRADECKÁ, 1996), (SCHWARZOVÁ, 2010), (BARTÁK, 2011).

Všeobecně uznávaná definice bezdomovectví v České republice stále neexistuje a je pravděpodobné, že ještě dlouho existovat nebude. Jakákoliv definice totiž velmi pravděpodobně nebude zahrnovat a vysvětlovat všechny okolnosti, ze kterých k bezdomovectví dochází. Netýkala by se tak všech osob, kteří by se nyní za bezdomovce dali označit a naopak, někoho by do této množiny obsáhla, ačkoliv se tak třeba sami necítí (BARTÁK, 2004b).

Je tedy na místě vysvětlit, na koho přesně je práce zaměřená. Představa staršího, opilého muže, který v prostředcích městské hromadné dopravy zapáchá a svým zevnějškem obtěžuje ostatní cestující je sice s pojmem *bezdomovec* spojována často, ale ani zdaleka nezahrnuje všechny osoby, které se takto dají označit (OUŘADOVÁ, 2017a).

Vlastimil a Ilja Hradečtí rozdělili bezdomovectví na tři kategorie – zjevné, skryté a potenciální. *Zjevné bezdomovectví* je právě to popsané v minulém odstavci. Jedná se o lidi skutečně bez střechy nad hlavou, přespávající v parcích na lavičkách, v dopravních prostředcích, pod mosty, na nádražích a na podobných místech ve veřejném prostoru.

Právě nádraží jsou pro tyto osoby zvláště přitažlivá. Snad pro svoji tradičně výhodnou polohu blízko městského centra, pro blízkost obchodních center či pro velkou fluktuaci osob, od kterých se dá sehnat nějaký finanční obnos. Právě u nádraží vznikají kvůli velké koncentraci osob bez domova centra charitativních organizací. Praha je dobrým příkladem tohoto fenoménu – organizace Naděje zřídila nízkoprahové denní centrum a ordinaci pro osoby bez domova v ulici U Bulhara, nedaleko od pražského Hlavního nádraží. Tato stavba navíc stojí pod známou dopravní tepnou, severojižní magistrálou, tedy příznačně „pod mostem“ (HRADECKÁ, 1996).

Zjevní bezdomovci jsou také těmi, kdo k přespání využívají celoroční a zimní noclehárny zřizované městy a charitativními organizacemi. Zjevní bezdomovci jsou již dle svého pojmenování ti nejviditelnější; jsou těmi, kdo utváří názor většinové, bydlící populace na osoby bez domova. Existují však i další možné výklady pojmu bezdomovectví.

Zjevným bezdomovcem se člověk může snadno stát ze skrytého bezdomovce. *Bezdomovství skryté* se projevuje přechodně stálým, ale dlouhodobě neudržitelným a nevyhovujícím bydlením. Může se jednat o přespávání v opuštěných domech, squatech, domovních sklepích, stanech a dalších stavbách či přístřešcích, které nejsou k delšímu bydlení vhodné nebo uzpůsobené. Poskytují člověku střechu nad hlavou a někdy i možnost provést základní hygienu, nebo jsou alespoň místem, kde si za určitých podmínek můžou nechat a schovat nějaký svůj majetek. Mají se tak alespoň trochu kam vrátit a každý den vědí, kam půjdou spát. I zde však bezdomovci musí každý den počítat s tím, že je během jejich nepřítomnosti někdo o majetek připraví, nebo je zde nenechá pobývat delší dobu (JANSOVÁ, 2018), (HRADILEK, 2010).

Třetí skupinou je *bezdomovectví potencionální*. Jedná se o osoby prozatím bydlící v opravdovém bydlení, jehož udržení je však nejisté nebo přímo vyloučené. Jedná se například o bydlení v budovách určených k demolici, v sociálních bytech, v nevýhodných podnájmech. Dále jsou to lidé čekající na ukončení pobytu v instituci – může se jednat o osoby propouštěné z výkonu trestu odnětí svobody nebo o mladistvé odcházející z dětského domova či z bytu svých rodičů (FITZPATRICK, 2000).

Organizace FEANTSA nověji označuje osoby spící venku jako *roofless* – *bez střechy*; osoby žijící v zařízeních pro bezdomovce jako *houseless* – *bez bytu*; osoby s nejistým bydlením jako *people living in insecure housing* – *nejisté bydlení* a osoby žijící

v podmínkách nedosahující minimálním standardům v konkrétním prostředí jako *people living in inadequate accomodation – nevyhovující bydlení* (BARTÁK, 2004b), (FEANTSA, 2005), (ANON, 2005).

Další autoři používají různá další rozdělení, ale pro potřeby této práce bude stačit rozdělení Hradeckých. Pro svůj největší potenciál utvářet mínění veřejnosti o bezdomovcích se tato práce bude věnovat především zjevnému bezdomovectví. Dle definice organizace FEANTSA se bude jednat v převážné většině o osoby *bez střechy*. V této práci se budou tyto lidé označovat jako *bezdomovci* nebo *osoby bez domova*.



## 2 KONTEXT SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ SITUACE

Ošetřování záchranou službou bývá logicky důsledkem zhoršení zdravotního stavu. Je tedy na místě uvést, jak je životní styl osob bez domova zodpovědný za jejich zdravotní stav.

„Bezdomovectví je komplexním jevem se spleťnými příčinami a následky“ (SCHWARZOVÁ, 2010, s. 320). Možných příčin ztráty domova může být několik, ať už se jedná o ztrátu zaměstnání, dlouhodobou nezaměstnanost, zadluženost, rozpad rodiny, alkoholismus či propuštění z ústavu, z vězení nebo z psychiatrické nemocnice. Většinou ztrátu domova nespustí jen jeden z uvedených faktorů, ale kombinace několika různých. Jisté je, že bezdomovectví není dobrovolná volba člověka, ale výsledek špatně zvládnuté životní situace. Příčinami bezdomovectví se tato práce zabývat nebude, protože je již lépe popsali jiní. Větší potenciál však práce má v popisu zdraví ovlivňujících důsledků bezdomovectví a konečných onemocnění či diagnóz, které osobám bez domova hrozí více než bydlící populaci (HRADECKÁ, 1996), (VÁGNEROVÁ, 2004), (HUDÁKOVÁ, 2012).

Je důležité podotknout, že stejně jako je celý fenomén bezdomovectví složitý a komplexní problém, který nelze zcela jednoznačně analyzovat, tak i jednotlivé zdraví ovlivňující faktory jsou navzájem provázané a nelze je tedy vždy jasně označit jako příčinu či důsledek. Typicky psychické zdraví bezdomovců nebo závislost na alkoholu mohou být jak spouštěči bezdomovectví, tak jeho důsledkem. Podle Bartáka tomuto tvrzení odpovídá i mnoho dalších situací a jevů. Pro potřeby této práce je vhodné podotknout, že tento nejednosměrný vztah se týká i bezdomovectví a zdraví (BARTÁK, 2011), (BANDIT, 2013), (ŠUPKOVÁ, 2007), (MPSV, 2013).

Šeblová v souvislosti s bezdomovci připomíná model závislosti jednotlivých složek zdraví Světové zdravotnické organizace, která zdůrazňuje bio-psycho-socio-spirituální jednotu a vzájemný vliv jmenovaných složek (ŠEBLOVÁ, 2017).

V dalších částech práce se proto čtenář mimo jiné dozví, že život na ulici souvisí se zvýšenou možností okradení, tím s absencí dokladů, ta vede ke zhoršené dostupnosti zdravotní péče, a tedy ke zhoršení zdravotního stavu a ten zhoršuje další aspekty bezdomovectví. Ačkoliv zajištění dostupnosti zdravotní péče úzce souvisí s řešením bezdomovectví samotného, tak „zdravotní péče o bezdomovce není v systému zdravotní péče ani v systému zdravotního pojištění nijak koncepčně řešena“ (MPSV, 2013, s. 30).

Bezdomovci tak mají pro přístup ke zdravotní péči stejně nastavené podmínky jako bydlící populace, což však v praxi znamená, že je jim zdravotní péče mnohem hůře dostupná.

V České republice není sociální situace bezdomovectví popisována žádným legislativním dokumentem, který by tento styl života upravoval. Naproti tomu například ve Velké Británii existují zákony o bydlení *Housing Act* a o bezdomovectví *Homelessness Act*, které jsou pro řešení problému bezdomovectví považovány jako klíčové. I díky nim v Anglii klesá počet bezdomovců kategorie *roofless* (BARTÁK, 2004b), (BARTÁK, 2011).

## 2.1 Zdravotní pojištění

Česká republika má systém zdravotní péče založený na veřejném zdravotním pojištění. Dle zákona o zdravotním pojištění je každý člověk (tedy i každý bezdomovec) s trvalým pobytem na území České republiky pojištěn. Pojistné je tradičně placeno zaměstnavatelem, nebo si ho platí člověk sám, případně ho za něj za určitých podmínek platí stát (typicky se jedná o uchazeče o zaměstnání v registru úřadu práce). V některých případech se však může stát, že za pacienta není zdravotní pojištění placeno a u pojišťovny tak dochází k narůstání dluhu. Dochází zde k zásadní situaci, která způsobuje mnoho problémů. Bezdomovec sice neplní svou zákonnou povinnost platit si pojistné, ale zůstávají mu práva pojištěnců, například právo na akutní lékařské ošetření. Tato skutečnost poskytovatelům zdravotní péče výrazně zvyšuje administrativní zátěž, neboť zdravotní pojišťovna ošetření takového klienta odmítá zdravotnickému zařízení proplatit. Zdravotníci proto odmítají takové pacienty ošetřit s argumentací, že jsou „nepojištěni“, což je dle právního rámce České republiky většinou *de jure* nemožné. Tato argumentace však pro člověka bez domova, navíc neznalého svých práv může znít logicky, zapamatuje si ji a další zdravotní péči již nevyhledává. Tento zásadní problém si uvědomuje i Ministerstvo práce a sociálních věcí (ČESKO, 1997), (ŠUPKOVÁ, 2007), (HRADECKÁ, 1996), (VÁGNEROVÁ, 2004), (MPSV, 2013).

Tento zvláštní rozpor v poskytování zdravotní péče způsobuje zhoršování zdravotního stavu osob bez domova a ve finálním důsledku zvyšuje budoucí náklady na péči a „zhoršuje efektivitu dalších služeb hrazených z veřejných rozpočtů“ (MPSV, 2013, s. 17). Zároveň pro osoby bez domova působí značně demotivačně.

Personál v nemocnicích si někdy může platnost zdravotního pojištění pomocí nadiktovaného čísla pojištěnce ověřit v internetové aplikaci *VZP Point*. Zdravotničtí záchranáři ve výjezdových skupinách záchranné služby tuto možnost nemají a není v jejich zájmu pacientovi bez evropského průkazu zdravotního pojištění věřit, že má platné zdravotní pojištění a že tedy za poskytnutou péči dostane záchranná služba od pojišťovny adekvátně zapláceno. Záchranáři totiž mohou být tlačeni zaměstnavatelem k tomu, aby za poskytnutou přednemocniční péči pacientům bez průkazu pojištění vystavovali faktury. O těch se v případě osoby bez domova sice nepředpokládá, že by někdy byly zapláceny, ale na základě neproplacených faktur (dále například od cizinců) může ZZS žádat svého zřizovatele (v Praze Magistrát hlavního města Prahy) o navýšení finanční podpory (ANON, 2019a), (HOCEK, 2004), (BARTÁK, 2004b), (JANČOVÁ, 2016).

Toto se může pro výjezdové skupiny záchranné služby jevit jako zbytečná práce a může to tak být zdroj antipatie vůči osobám bez domova.

## 2.2 Psychické zdraví

Osoby bez domova jsou bezesporu v mimořádně náročné životní situaci a musí čelit výrazné zátěži. Nelze se proto divit, že jejich psychické zdraví nebývá na vysoké úrovni. Bezdomovci bývají depresivní a hostilní, což opět prohlubuje další zhoršování kvality života (BARTÁK, 2011), (VÁGNEROVÁ, 2014).

S bezdomovectvím se pojí naučená bezmocnost – jedná se o stav celkové rezignace jedince a jeho nedůvěru v možnost zlepšení situace vlastním přičiněním. Tento stav bývá vyvolán stresovými událostmi prožitými v minulosti, jejichž řešení ze strany bezdomovce nebylo možné. Snad i to může být důvodem, proč osoby bez domova čekají na „impulz zvenčí“ (MIKULÁŠEK, 2011, s. 26). Při znalosti pocitu bezmocnosti je pochopitelné užívání tzv. *paliativní obranné strategie* – to znamená, že člověk neřeší problém nebo jeho příčinu, ale pouze se snaží omezit jeho negativní projevy. Aby byli lidé bez domova schopni si udržet alespoň určitou úroveň sebeúcty, přisuzují často vinu za svůj úpadek jiným lidem či náhodným okolnostem. Přesto mívají nízké sebehodnocení (BARTÁK, 2011), (VÁGNEROVÁ, 2004).

Psychické zdraví osob bez domova je podstatným tématem i u dalších autorů zabývajících se bezdomovectvím. Například dle studie uvedené Bartákem je incidence duševních nemocí a poruch u lidí obývajících ubytovny a noclehárny osminásobná oproti

většinové populaci a u lidí přespávajících na ulici dokonce jedenáctinásobná. V pražské psychiatrické nemocnici v Bohnicích tvoří pět až deset procent hospitalizovaných pacientů právě bezdomovci (ŠUPKOVÁ, 2007), (BARTÁK, 2011), (KOUBOVÁ, 2015).

## **2.3 Rizikové faktory zhoršující zdravotní stav**

Domov není zdaleka jen střecha nad hlavou. Je to místo poskytující jistotu, zázemí, bezpečí. Bez domova je člověk ohrožen hned několika významnými faktory ovlivňující zdravotní stav. Kvalitní bydlení „je jedním ze základních předpokladů dobrého zdraví“ (BARTÁK, 2004a, s. 40). Hlavní příčinou zhoršené kvality zdravotního stavu je samotné bezdomovectví a jevy, které se s ním pojí ruku v ruce (BARTÁK, 2011).

### **2.3.1 Nekvalitní strava**

Častým zdrojem potravin bezdomovců jsou popelnice – domovní na komunální odpad, nebo popelnice u supermarketů, kam se vyhazují neprodané potraviny s prošlým datem spotřeby. Je jasné, že tento skladovací prostor není pro potraviny vhodný a jejich nezávadnost je tak velmi snadno ohrožena. Špatná nutriční hodnota stravy pak dále i ovlivňuje léčbu jindy běžnými preparáty. Osoby bez domova mají sníženou možnost si stravu tepelně upravit a dá se proto předpokládat vyšší podíl studených pokrmů. V neposlední řadě je také potřeba uvědomit si nutné dietní složení stravy u některých onemocnění, které však osoby bez domova nejsou schopni držet a nutně tak dochází ke zhoršování zdravotního stavu daného pacienta (KOUBOVÁ, 2015), (SEZNAM.CZ, 2019b), (HRADILEK, 2010), (VÁGNEROVÁ, 2014), (WHITHERS, 2015), (KVAPIL, 2015).

### **2.3.2 Omezený přístup pitné vody**

Shánění pitné vody se stává náplní práce stejně jako shánění potravin a peněz. Někdy se dá voda, o jejíž kvalitě však lze přinejmenším pochybovat, sehnat například na hřbitovech. Jinde jsou vodovodní kohoutky v parcích, nebo se dá užívat dalších veřejně přístupných míst, jako třeba toalety v restauračních zařízeních (KOUBOVÁ, 2015), (JANSOVÁ, 2018), (MALÍK, 2012), (HRADILEK, 2018).

### **2.3.3 Snížená úroveň hygieny**

S omezeným přístupem k vodě se pojí i snížená úroveň hygieny. V teplých měsících se lze umýt v přírodních vodních plochách a celoročně lze využít některé sociální služby, kde však může být vyžadován doklad totožnosti. Další možností uspokojení této běžné potřeby může být příjem nebo hospitalizace v nemocnici. Ve

výzkumu provedeném Institutem zdravotní politiky a ekonomiky v Kostelci nad Černými lesy (dále jen IZPE) téměř polovina respondentů uvedla, že má možnost hygieny denně a devadesát procent respondentů alespoň jednou týdně. Toto však lze argumentovat složením respondentů, kterými byli pouze aktuální návštěvníci sociálních služeb (KOUBOVÁ, 2015), (ECHO24, 2016), (HRADILEK, 2010), (BARTÁK, 2011), (BENEŠOVÁ, 2009).

Kromě mytí těla patří k základní hygieně i možnost vyprat si oblečení. Tato činnost je u osob bez domova pochopitelně výrazně omezená, s čímž se pojí vyšší četnost kožních a parazitárních onemocnění. Například lékař olomoucké ordinace pro osoby bez domova Libor Kvapil se během své tamní praxe setkával se svrabem a často i s vešmi šatními, ačkoliv je do té doby jinde nepotkával. Nemožnost dodržení hygieny při léčbě bylo pro tuto ordinaci někdy i důvodem odeslání pacienta k hospitalizaci v nemocnici (KVAPIL, 2015).

#### **2.3.4 Nepřízeň počasí**

Absence kvalitního zázemí ohrožuje osoby bez domova nejen v zimních měsících chladem a mrazem.

#### **2.3.5 Omezené finanční prostředky**

Fakt, že osoby bez domova mají málo peněz, jistě překvapí málokoho. Dle výzkumu IZPE provedeném v roce 2005 bylo zjištěno, že 70 % procent tehdy tázaných bezdomovců má průměrné měsíční příjmy nižší než pět tisíc korun. Nedostatek financí může být pro bezdomovce problémem při platbě za léky, zdravotnický materiál, kompenzační pomůcky, ale i za devadesátikorunový pohotovostní poplatek v nemocnici. Finanční náročnost zdravotní péče, především cena volně prodejných léků i léků na předpis, je problém, který řada bezdomovců považuje za snížení dostupnosti zdravotní péče. Omezující jsou i spoluplatby u zubních lékařů (BARTÁK, 2011), (KVAPIL, 2015).

Za samotné spaní na ulici (rozumějme *přestupek proti veřejnému pořádku*) lidé na ulici dostávají blokové pokuty, které z pochopitelných důvodů nezaplatí. Vymáhání pokuty pak může postoupit i do exekučního řízení. Pro některé bezdomovce se tak zdá být nemožné sehnat potřebný kapitál, se kterým by bylo možné opustit život na ulici a začít si platit například nájem na ubytovně (PLÍHAL, 2019).

Na nedostatek financí je potřeba myslet i při ošetřování bezdomovců v odborných ambulancích a při kontinuální zdravotní péči, například při ošetřování kožních defektů.

Je zde žádoucí předepisovat léky a zdravotnický materiál s co nejmenším doplatkem. Finanční tíseň bohužel může být i důvodem odmítnutí potřebné hospitalizace, což podporuje tvrzení Hradeckých, že "souvislost mezi zdravím, resp. špatný zdravotním stavem na jedné straně, a chudobou nebo společenským vyloučením na straně druhé je evidentní" (HRADECKÁ, 1996, s. 33), (VONDRÁČKOVÁ, 2014).

### **2.3.6 Krádeže**

Člověk žijící na ulici delší dobu je navenek velmi snadno rozpoznatelný. To může být jedním z důvodů, společně s pobytem ve veřejném prostoru, proč bývají tito lidé častými oběťmi krádeží. Možnost okradení samozřejmě díky snížení koncentrace zvyšuje i požití alkoholu či spánkový deficit (MIKULÁŠEK, 2011), (VÁGNEROVÁ, 2014), (SEZNAM.CZ, 2019a).

Peněženka je jednou z mála věcí, se kterými se člověk první den na ulici ocitá. Při její ztrátě nebo krádeži kromě peněz přichází o doklady a například i o průkaz zdravotního pojištění, což pak může způsobovat neochotu ošetřit člověka na ulici zdravotnickým personálem (MIKULÁŠEK, 2011).

Bez občanského průkazu se zhorší možnost provést hygienu a získávání dalších financí, například výběr důchodu nebo dávek v hmotné nouzi, ale i příležitostné zaměstnání se bez občanského průkazu shání hůř. Stejně tak do různých nocleháren je vstup podmíněn prokázáním se průkazem totožnosti. Václav Bural, člověk, který v Praze bez domova žil 4 roky tvrdí, že být osobou bez domova v cizím městě bez dokladů je „úplná katastrofa“ (ANON, 2019b). I Šeblová upozorňuje na fakt, že ztráta dokladů vede „k vypadnutí jedince ze všech organizovaných systémů“ (ŠEBLOVÁ, 2017), (VÁGNEROVÁ, 2014).

V průzkumu IZPE byla absence evropského průkazu zdravotního pojištění nejčastěji udávaným důvodem pro odmítnutí ošetření pacienta-bezdomovce zdravotnickým personálem (BARTÁK, 2011).

Kvůli okradení může osoba bez domova přijít i o předměty, jejichž absence může rapidně zhoršit jeho zdravotní stav. Ztráta nebo odcizení bot, berlí, brýlí či třeba glukometru se může stát téměř neřešitelnou situací, neboť nové pomůcky si takový člověk již nezakoupí.

### 2.3.7 Omezený přístup ke zdravotní péči

Barták tvrdí, že „zdravotní stav populace bezdomovců je horší než stav bydlící populace, jejich potřeba zdravotní péče je tudíž vyšší“ (BARTÁK, 2004a, s. 78). Je tedy s podivem, že jsou jim zdravotní služby hůře dostupné. Přístup ke zdravotní péči je omezený mimo jiné již zmíněnou absencí evropského průkazu zdravotního pojištění, ale nejen kvůli ní.

V čekárnách lékařů se kvůli svému zevnějšku osoby bez domova setkávají s odporem a při každé návštěvě musí překonat stud a ponížení. Pro lékaře je snadné a výhodné takového pacienta odmítnout. Bezdomovci jsou důvěřiví, a tak snadno můžou uvěřit tomu, že oslovený praktický lékař již další pacienty nepřijímá. Skutečnost však může být zcela jiná – pro lékaře se takový pacient nevyplatí, právě proto, že vyžaduje více času než bydlící populace a péče o něj je pro lékaře zkrátka finančně nevýhodná (KVAPIL, 2008), (HRADECKÁ, 1996), (MARTINKOVÁ, 2008).

Udržení kvality zdravotního stavu sice může být pro některé bezdomovce prioritou, ale se sníženou možností se o své zdraví starat je logické, že dochází k jeho úpadku. Kontakt s cizím prostředím zdravotnictví je navíc sám o sobě významným stresorem, protože bezdomovec se v nemocnici ocitá „v neznámém prostředí, kde mu nikdo nerozumí“ (WHITHERS, 2015, s. 27), (ŠUPKOVÁ, 2007).

Dvořáčková mluví o pojmu *zdravotní gramotnost* jako o kognitivní a sociální dovednosti, determinující „motivaci a schopnost jednotlivců získávat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je k rozvoji a udržení dobrého zdraví“ (DVOŘÁČKOVÁ, 2016, s. 199). Osoba bez domova s nízkým vzděláním, s nevhodnými sociálními vazbami a se špatnou zkušeností s komunikací s okolím má jistě i úroveň zdravotní gramotnosti na nevalné výši.

U dalších faktorů je přinejmenším diskutabilní, jestli je jejich provázanost s bezdomovectvím tak automatická.

### 2.3.8 Užívání alkoholu

Všeobecná představa zjevného bezdomovce jako alkoholika je jistě založená na mnoha reálných dojmech a nelze ji považovat za zcela nesprávnou. Je však záhodno připomenout, že alkoholismus sice může být příčina sociálního úpadku a vzniku

bezdomovectví, ale také může být jeho důsledkem. Ať už je posloupnost jakákoliv, je jasné, že pomáhá vytvářet a udržovat velmi negativní obraz bezdomovců mezi veřejností, zdravotníci nevyjímaje (KOUBOVÁ, 2015), (ŠUPKOVÁ, 2007).

Náplň dne běžného bezdomovce není ničím, čím by se kdokoliv chtěl chlubit. Prohrabávání popelnic, žebrota či přespávání v parku jsou činnosti značně nedůstojné a alkoholové opojení může lidem na ulici uvolnit stres, který se s těmito činnostmi pojí. Střízlivý stav je požadavek, který (ačkoliv nemusí být uváděn či striktně kontrolován) se klade na uživatele mnoha služeb a zařízení, nejen těch pro osoby bez domova. Pro osobu bez domova však užití alkoholu může dodat potřebnou odvalu k tomu, aby tuto službu vůbec navštívil (PĚNKAVA, 2019).

Podle Faldyny alkohol „nahrazuje smysl a cíl života, rozpouští zlost, vztek, pocit křivdy a spojuje s ostatními lidmi, kteří mají stejný úděl. Umožňuje přežít v lhostejnosti. Lhostejnosti k ostatním i k sobě“ (FALDYNA, 2018, s. 37). Hradečtí podobně tvrdí, že „pití ničí sice život, usnadňuje však přežít právě tento den“ (HRADECKÁ, 1996, s. 64).

### **2.3.9 Kouření**

Dle výzkumu IZPE kouří většina žen i mužů bez domova. Přibližně jedna pětina mužů bezdomovců dokonce vykouří více než 20 cigaret denně. Je známou skutečností, že kouření významně zvyšuje riziko vzniku celé řady onemocnění a bezdomovce navíc ohrožuje i druhým, známým způsobem. „Jeho finanční náročnost odčerpává již tak omezené finanční zdroje bezdomovců“ (BARTÁK, 2011, s. 112).

## **2.4 Vybraná onemocnění**

Výše uvedené faktory se podílejí na vzniku onemocnění, které ve většinové populaci nemusí být ani zdaleka tak rozšířené. Podle různých zdrojů patří mezi nejčastější zdravotní potíže osob bez domova onemocnění dýchacích cest, vředy dolních končetin (dále jen DK), impetiga, cévní onemocnění, flegmóny, zranění hlavy a krku, svrab a další parazitární onemocnění, žaludeční a střevní potíže, závislosti, neurologická a mnohá další onemocnění. Mnozí bezdomovci se již setkali s hepatitidou, tuberkulózou, boreliózou či omrzelinami. Pochopitelně se jim nevyhýbají běžná civilizační onemocnění jako diabetes a hypertenzní nemoc (ŠUPKOVÁ, 2007), (BARTÁK, 2011), (MPSV, 2013), (KŘIVÁNKOVÁ, 2008), (KOUBOVÁ, 2015).

Život na ulici zkrátka zapříčiňuje celkové somatické chátrání. Mnohaletý abúzus alkoholu, podchlazení a úrazy zvyšují riziko předčasné smrti. Krom toho samotná



nezaměstnanost, jakožto faktor přispívající ke vzniku bezdomovectví, zvyšuje riziko sebevražedného jednání (VÁGNEROVÁ, 2014).

#### **2.4.1 Vředová choroba žaludku a duodena**

Vředová choroba žaludku a duodena bývá způsobena zvýšeným příjmem alkoholu, užíváním některých analgetik, kouřením, stresem, nepravidelnou stravou a dalšími faktory, které osobám bez domova nejsou cizí. Projevuje se bolestí břicha, jejíž intenzita závisí na charakteru a stádiu onemocnění. Vřed může prasknout a akutně člověka ohrozit na životě (ŠTEFÁNEK, 2011), (MATLACH, 2016).

Kvůli tomu, že bolest jako subjektivní vjem nelze přístrojově měřit či jinak objektivizovat, lze bolest břicha jako takovou i simulovat a zajistit si tak ošetření v nemocnici, nebo ji lze naopak ignorovat a příčinu bolesti neřešit.

#### **2.4.2 Parazitární onemocnění**

Snížené hygienické návyky, nemožnost adekvátně se starat o stav svého oděvu a v neposlední řadě používání mnoha přikrývek k zamezení chladu významně zvyšuje možnost osob bez domova napadení různými parazity. Jedním z nich je i zákožka svrabová, jejíž jedinci se doslova zavrtávají do kůže pacienta. K tomu dochází především v místech s měkkou kůží – prostor mezi prsty, oblast genitálu, zápěstí. Na kůži pacienta napadeného tímto parazitem vzniknou viditelné drobné červené linky, které začnou svědit a následné škrábání ohrožuje pacienta vznikem druhotné infekce. Onemocnění lze někdy rozpoznat i na první pohled a pro většinovou populaci s sebou nese jisté sociální stigma. Toto však nemusí být pro pacienta bez domova tak závažný problém, což bohužel snižuje motivaci pacienta k vyléčení (ŠTEFÁNEK, 2011).

Dalšími obvyklými parazity mezi bezdomovci jsou vši šatní, které se ve většinové populaci objevují pouze velmi raritně. Paraziti sice nebývají důvodem pro volání záchranné služby, ale záchranáři na ně musí myslet při ošetřování osob bez domova z důvodu vlastní bezpečnosti a pozdějšího úklidu vozidla a pomůcek (KVAPIL, 2008).

#### **2.4.3 Bércové vředy**

Podle Ministerstva práce a sociálních věcí jsou bércové vředy nejčastěji řešenou diagnózou v ordinaci praktického lékaře Naděje. Vznikají vlivem kombinace mnoha rizikových faktorů, mezi které patří nedostatek pohybu, kožní traumata, špatná hygiena a strava, dlouhodobé přespávání v sedě, infekce, diabetes, trombózy žil. Dochází ke zhoršování kvality tkání dolních končetin, oslabení kůže, vzniku otoků a vzniku různě

rozsáhlých defektů. Ty mohou začít hnisat, nepříjemně zapáchat a pacientovi způsobovat bolest v končetině. Rozvoj tohoto onemocnění je dlouhodobý a podobně i jeho léčba – bolest dolních končetin způsobená bércovými vředy by tedy z podstaty neměla být důvodem pro volání zdravotnické záchranné služby (PEKÁRKOVÁ, 2010), (ŠTEFÁNEK, 2011), (ČESKO, 2011).

Bolest dolních končetin snižuje mobilitu pacienta a tím i schopnost výtělu u osob bez domova, s čímž se pojí další potíže (HRADILEK, 2018).

#### **2.4.4 Omrzliny a podchlazení**

Osoby bez domova jsou v České republice hlavní skupinou obyvatel, u kterých se můžeme setkat s omrzlinami. Kromě působení chladu je důležitým faktorem i vliv alkoholu. Omrzliny vznikají hlavně na okrajových částech těla, tedy na končetinách a v obličeji. Chlad poškozují buňky těla a způsobuje jejich necitlivost. Jako obranou reakci tělo volí vazokonstrikci, která však ve finálním důsledku způsobuje nekrózu tkáně. U těžkých omrzlin bývá nutná amputace, která u bezdomovce pochopitelně výrazně zhoršuje životní situaci (PLÍHAL, 2019), (ŠTEFÁNEK, 2011), (HUDÁKOVÁ, 2012).

Důležitým krokem, kterým se letošní zimu podařilo několika stovkám osob bez domova pomoci, byl projekt *Darujte nohy v teple*. Organizace Naděje mezi listopadem 2018 a únorem 2019 rozdala osobám bez domova již více než 200 párů bot a několik stovek párů ponožek díky významné finanční podpoře veřejnosti (LIŠKOVÁ, 2019).

Druhým zdařilým počinem je *Nocleženska* od Armády Spásy – možnost pro veřejnost jednorázovým nákupem poukazu zprostředkovat člověku v nouzi přespání v teple, možnost hygieny a teplou polévku (ANON, 2018b).

Kromě omrzlin ohrožuje chlad osoby bez domova i celkovým podchlazením. Situace je tak vážná, že přestože ZZS HMP již v listopadu vydala tiskovou zprávu a informace pro své zaměstnance o nebezpečí podchlazení, během letošní zimy několik bezdomovců v Praze na následky podchlazení zemřelo. Smrt způsobená podchlazením organismu je bohužel u osob bez domova častá. Srdeční zástava způsobená primárně podchlazením nereaguje v přednemocničních podmínkách na konvenční léčbu a je potřeba pacientovi zajistit napojení na mimotělní oběh, tzv. ECMO. Dobrá zpráva je, že tito pacienti mívají poměrně dobrou prognózu (ANON, 2018c), (FRANĚK, 2018), (NOVINKY, 2019), (VÁGNEROVÁ, 2014).

#### **2.4.5 Popáleniny**

Kvůli chladu si osoby bez domova poměrně běžně rozdělávají otevřený oheň, aby se udrželi v teple. Bohužel jsou pak časté případy, kdy si bezdomovec třeba i kvůli vlivu alkoholu přivodí výrazné popáleniny. Další, poměrně častou příčinou je dlouhodobý kontakt s topícím tělesem v dopravních prostředcích, ve kterých osoby bez domova někdy přespávají. Když si bezdomovec sedne na sedačku, svěsí se mu ruka a několik minut se mu opírá o topení v tramvaji, nepříjemná popálenina je na místě (PLÍHAL, 2019), (HRADILEK, 2010), (ČTK, 2019), (WHITHERS, 2015), (SKOTNICOVÁ, 2019).

#### **2.4.6 Tuberkulóza**

Podstatným nebezpečím u osob bez domova je výskyt tuberkulózy. Ta postihuje převážně osoby se sníženou obranyschopností, kterými osoby bez domova bez pochyby jsou. Tuberkulóza se přenáší vzduchem, ale obvykle je k nákaze potřeba s nemocným trávit i několik hodin, takže pro zdravotnické záchranáře při běžném kontaktu riziko nehrozí. Při předpokladu, že osoby bez domova nežijí samostatně, ale ve skupině, však není šíření nákazy v této populaci žádným překvapením. Nejčastější přidruženou podmínkou pro vznik tohoto onemocnění je kouření (WALLENFELS, 2017).

V letech 2002-2006 bylo mezi bezdomovci prováděno aktivní vyhledávání tuberkulózy, díky kterému se zjistilo, že výskyt tohoto onemocnění mezi bezdomovci je desetkrát častější než v celkové populaci. Standardní léčba onemocnění trvá alespoň půl roku (WALLENFELS, 2017), (ŠUPKOVÁ, 2007).

#### **2.4.7 Úrazy a napadení**

Oproti většinové populaci se osoby bez domova „častěji stávají obětí psychického či fyzického násilí a sexuálních útoků“ (MPSV, 2013, s. 31).

Osoby bez domova se z různých důvodů stávají oběťmi fyzického násilí, ale i bez něj můžou snadno přijít i k těžkému úrazu. Bezdomovci bývají oběťmi násilí nejen od bydlící populace, ale útočí na sebe i mezi sebou. Umělec Epos 257, který se rozhodl žít na ulici po dobu 23 dní, tvrdí, že bezdomovec starší čtyřiceti let se všemi zuby je „velká vzácnost“ (JANSOVÁ, 2018), (KAR, 2017), (KŘIVÁNKOVÁ, 2008), (SEZNAM.CZ, 2019c).

Závažnost úrazu a podle toho i potřeba přednemocniční neodkladné péče (dále jen PNP) závisí na mechanismu úrazu a na dalších faktorech. Pokud se pacient zraní někde

na veřejnosti, je celkem pravděpodobné, že mu kolemjdoucí lidé záchrannou službu zavolají. Možným takovým úrazem je úraz hlavy po pádu na zem z důvodu intoxikace alkoholem.

Specifická situace, se kterou bydlící populace vážně nepočítá a pro osoby bez domova může být docela běžná, je pokousání potkany a dalšími hlodavci. Jedním možným způsobem ochrany před těmito nežádanými návštěvníky je vlastnictví psa, kterého se potkani bojí (PLÍHAL, 2019).

### **3 ZDRAVOTNÍ PÉČE PRO OSOBY BEZ DOMOVA**

Člověk s bytovým zázemím může při zhoršení nebo změně svého zdravotního stavu prakticky kdykoliv navštívit svého praktického lékaře, nebo může i lékař navštívit pacienta u něj doma. Ten sleduje vývoj zdravotního stavu pacienta, spousta zdravotních potíží je schopen sám řešit a pokud si neví rady, odešle pacienta k jinému lékaři, specialistovi. Při pravidelných kontrolách tedy není důvod k tomu, aby se zdraví bydlícího člověka dostalo do zuboženého stavu. Pro osobu bez domova ale není tak snadné se i k této primární péči dostat. Praktický lékař může bezdomovce jako svého nového pacienta odmítnout. Pokud bezdomovec ví, že by měl svůj zdravotní problém řešit, ale praktického lékaře navštívit nemůže, mnoho možností mu nezbyvá. Barták tvrdí, že „role praktických lékařů je z hlediska řešení zdravotních problémů klíčová“ (BARTÁK, 2011, s. 115), (VONDRÁČEK, 2002).

Pokud člověk z nějakého důvodu nemůže navštívit praktického lékaře, může se svými zdravotními potížemi zajít přímo do nemocnice. To by ovšem pro osoby bez domova bylo mimořádně náročné. V nemocnici by museli naprosto změnit svůj dosavadní životní styl, museli by se podříditi řádu nemocnice, abstinovat, nekouřit a po dobu případné hospitalizace přerušit všechny sociální vazby (ŠIVLOVÁ, 2008).

#### **3.1 Cyklus „Ulice – záchranná služba – nemocnice – ulice“**

Při vědomí všech výše uvedených informací lze pochopit, že osoby bez domova nechají někdy svůj zdravotní stav dojít až do bodu, kdy je opravdu potřeba zavolat záchrannou službu. Ne třeba vždy kvůli život ohrožujícímu stavu s nutností intenzivní péče, ale zkrátka pro celkové somatické zchátrání, které již neumožňuje další pobyt na ulici.

Mezi lety 2005 a 2007 byl proveden průzkum, který oslovil zaměstnance azylových domů, záchranných služeb i nemocnic. Průzkum ukazuje, že osoby bez domova bývají problémem už v záchranné službě, ještě před přijetím pacienta do nemocnice. Ošetřování pacienta bez domova záchrannou službou se tato práce bude věnovat později, nyní popíše průběh přijetí a hospitalizace v nemocnici (ŠUPKOVÁ, 2007).

Tyto pacienty na rozdíl od bydlících pacientů neohrožuje aktuálně vzniklý život ohrožující stav, který má jasnou příčinu a známé řešení, ale mívají kombinaci zdravotních a sociálních problémů daných svým životním stylem. Při absenci centrálních urgentních

příjmů v nemocnicích se pak záchranáři na jednotlivých odděleních setkávají s odmítáním přijetí pacienta.

Neochota pacienta přijmout je pochopitelná, pokud si uvědomíme, že personál nemocnic vidí jako významnou zátěž nepojištění pacienta. Jak již ale bylo řečeno dříve, možnost nepojištění občanů České republiky není v podmínkách našeho státu legislativně reálná. To samozřejmě není jediný problém pro zdravotníky v nemocnicích. Je nutné dodat, že zatížení personálu při ošetření a pobytu bezdomovce v nemocnici vzniká nejen ze strany pojišťoven, ale i přímo od samotných bezdomovců.

Jistě nelze složitou a různorodou skupinu osob bez domova při pobytu v nemocnici generalizovat, ale není výjimkou, že jsou k personálu i ostatním pacientům drzí a bezohlední. Možná kvůli ztrátě zvyku dodržovat jakýkoliv řád opouštějí nemocniční oddělení z vlastní vůle bez řádného propuštění lékařem, nedodržují léčebný a hygienický režim, žebrají, a i přímo v nemocnici kradou. Pochopitelnou skutečností je i zvýšená potřeba hygienické péče včetně dezinfekce a výměny oblečení, neboť při příjmu bývají častěji znečištěni močí, stolicí a zvratky. Personál takovému pacientovi musí věnovat zvýšenou a nestandardní péči. I přesto bývají tyto pacienti k personálu agresivní, možná kvůli vlivu alkoholu, který nebývá výjimkou (KOUBOVÁ, 2015), (BENEŠOVÁ, 2009), (PŮROVÁ, 2008).

Potíže s bezdomovci mají následně i sociální pracovníci, kteří jim i opakovaně pomáhají shánět osobní doklady a snaží se jim zajistit umístění do zařízení, kde by se mohli po hospitalizaci zotavovat (PŮROVÁ, 2008), (ŠUPKOVÁ, 2007).

Při takto zvýšených nárocích na péči se dá porozumět snaze personálu nemocnic propustit pacienty bez domova z hospitalizace, jakmile je to jen možné. I tato jindy běžná formalita s sebou nese další potíže. Z podstaty problému bezdomovectví nelze provést řádnou rekonvalescenci „doma“, ačkoliv to pro mnoho zdravotních stavů bývá přinejmenším vhodné. Sociální pracovníci se proto snaží umístit tyto pacienty do azylových domů, které však nemají vyčleněnou místnost pro nemocné klienty a nemívají ani zdravotnický personál. Domovy pro seniory osoby bez domova přijímat nechtějí, protože by jim bezdomovci jednoduše nemohli pobyt zaplatit (KOUBOVÁ, 2015).

Dochází tak k zacyklení situace. Pacient-bezdomovec je přijat k ošetření akutního stavu a případně hospitalizaci, poté propuštěn do neexistující domácí péče, což vede kvůli

zhoršování zdravotního stavu až k situaci, kdy hrozí opět ohrožení života a pacient se tak opět objevuje na příjmovém oddělení nemocnice (ŠUPKOVÁ, 2007).

### **3.2 Následná péče**

Výše uvedený výzkum mimo jiné zjistil, že by zdravotní stav osob bez domova mohlo výrazně zlepšit otevření sociálně-zdravotnického zařízení následné péče, kde by mohli být bezdomovci ubytováni v době po propuštění z nemocnice. Jedno takové zařízení v Praze od roku 2012 existuje. Jedná se o Azylový dům s ošetrovatelskou službou (dále jen ADOS) s kapacitou 26 lůžek. Pro některé bezdomovce má však příliš přísná pravidla přijetí – například jsou zde preferováni občané České republiky před zahraničními a občané s trvalým pobytem na území Prahy před ostatními. Dále musí být klient během pobytu v ADOSu schopný abstinovat a musí být plně mobilní. Při nutnosti chůze o berlích již není zařízením přijat (SKOTNICOVÁ, 2019).

Klienti jsou zde přijímáni pouze na základě doporučení ošetřujícího lékaře nebo „sociálního kurátora, sociálního pracovníka, případně organizace, se kterou spolupracují na řešení své nepříznivé sociální situace“ (ANON, 2012) a nemůžou sem tak přijít sami.

V zahraničí mají s podobnými zařízeními dobré zkušenosti. Zjistilo se totiž, že „jakmile lidé z ulice získají možnost ubytování, jejich celkový zdravotní stav se často zásadně zlepší“ (WHITHERS, 2015, s. 33). Během pobytu rovnou probíhá i sociální práce s klienty se snahou nalezení trvalého ubytování (OUŘADOVÁ, 2017a), (HELLER, 1994).

### **3.3 Ordinace pro osoby bez domova**

Kromě cyklu *Ulice – záchranná služba – nemocnice – ulice* lze o zdraví osob bez domova pečovat i jinak, lépe. Charitativní organizace Naděje provozuje již několik let v denním centru pro osoby bez domova nedaleko Hlavního nádraží v Praze ordinaci praktického lékaře, gynekologa, psychiatra a stomatologa. V podobném duchu založila ordinaci i Charita v Olomouci. Tyto ordinace, na rozdíl od jiných zdravotnických zařízení, jsou na klienty bez domova připraveny. Počítají s finanční ztrátou a personál zde nemá problém se zevnějškem pacienta, s jeho chováním, případně i s opilostí. Vždyť alkohol může pacientovi dodat potřebnou odvalu k tomu, aby se k lékaři jakožto autoritě vůbec vypravil. Umístění ordinace hned u denního centra je velkou výhodou – pacienti se například můžou před prohlídkou lékaře osprchovat a zároveň lze využít okamžité spolupráce zdravotníků a sociálních pracovníků. V ordinaci se osoby bez domova můžou

dočkat komplexního vyšetření a klientům je zde poskytováno i specializované vyšetření nutné pro přijetí na ubytovnu (ČIHÁKOVÁ, 2018), (ECHO24, 2016), (KVAPIL, 2008), (NADĚJE, 2019).

Základní zdravotnické ošetření poskytuje také Armáda Spásy v Holešovicích. Zde však nebývá lékař, ale pouze zdravotní sestra (ČIHÁKOVÁ, 2018).

### 3.4 Pouliční medicína

Další zajímavou možností je pouliční medicína, známá též jako *street medicine*. Jedná se o poměrně mladý koncept poskytování zdravotní péče v prostředí, které je bezdomovcům vlastní. Zdravotníci a studenti medicíny ošetřují osoby bez domova v centru sociálních služeb v Holešovicích, v nouzových zimních ubytovnách, a dokonce i v kanceláři oddělení sociální prevence Úřadu městské části Praha 1 (ROUN, 2018).

Tato péče sice není vždy *lege artis*, ale o její prospěšnosti není pochyb. Během samotného ošetřování ran, které tvoří značnou část náplně práce pouliční medicíny se daří obnovovat důvěru bezdomovců ve zdravotníky a vzbudit jejich zájem o řešení svých zdravotních potíží. Krom toho se tito studenti na lékařské fakultě zasloužili o otevření studijního předmětu poskytujícího vzdělání právě o problematice bezdomovectví (DAS, 2018), (OUŘADOVÁ, 2017a), (ROUN, 2018).

Je s podivem, že přestože pouliční medicína významně snižuje celkové náklady na zdravotní péči, není pojišťovny proplácena (MPSV, 2013).

Organizace Naděje také provozuje terénní službu, ale její hlavní náplní je především sociální poradenství, poskytované zdravotní služby jsou velmi omezené. Zaměstnanci Naděje používají speciálně upravený a vybavený dodávkový vůz, se kterým podle pravidelného rozpisu objíždějí místa, na kterých na ně osoby bez domova mohou počkat. Je však otázkou, jak dobře jsou osoby bez domova o těchto terénních službách informovány. S terénní službou ne nepodobnou té, kterou poskytuje Naděje, se můžeme setkat i v zahraničí. Tyto terénní programy ve svém důsledku zlepšují zdravotní stav bezdomovců i rozdáváním teplé stravy a základních komodit, které jsou pro přežití na ulici důležité – spací pytle, ponožky či boty (MPSV, 2013), (ANON, 2018a), (POST, 2007), (WHITHERS, 2015).

Ordinace pro osoby bez domova a pouliční medicína, tedy služby přímo organizované pro zlepšování zdravotního stavu této cílové skupiny, jsou nepochybně



prospěšné, ale pouze pro ty, kteří o jejich službách vědí. Barták upozorňuje na skutečnost, že zvláště mladí a nezkušení bezdomovci nemusí být s těmito možnostmi seznámeni (BARTÁK, 2011).

### **3.5 Protialkoholní záchytná stanice**

Pokud je záchranná služba přivolána k člověku, který pod vlivem alkoholu ohrožuje své zdraví a nemá žádné poranění, může ho záchranná služba převést na protialkoholní záchytnou stanici. Toto zařízení však neslouží k poskytování pomoci opilým osobám, ale k jejich nedobrovolnému umístění, které má chránit společnost před jejich obtěžováním a případným násilím. Pobyť na záchytné stanici tak není placen z veřejného zdravotního pojištění, ale měl by být splácen samotnými klienty, což se v případě osob bez domova pochopitelně neděje. Toto specifické zařízení je zde uvedeno mimo jiné proto, že není výjimkou, že se bezdomovec kvůli nemožnosti vyspat nikde jinde úmyslně opije tak, aby na protialkoholní záchytné stanici musel být umístěn – má tak zajištěnou hygienu a čistou postel alespoň na jednu noc. Někteří lidé tak i toto zařízení navštěvují opakovaně a narůstá jim tak jejich dluh (KUČERA, 2016), (FALDYNA, 2008), (ANON, 2018d).

### **3.6 Dilemata ošetřování v přednemocniční péči**

Zdravotnická záchranná služba nese v systému zdravotní péče velmi specifickou funkci. Jedná se o konvenčně zřízenou a financovanou organizaci respektovanou legislativou (na rozdíl od pouliční medicíny), která poskytuje svoje služby nepřetržitě a bez rozdílu všem. Záchranná služba nemá jednu konkrétní cílovou skupinu pacientů (jako má třeba ordinace pro osoby bez domova, nebo i jakékoliv běžné oddělení v nemocnici) a své pacienty si vedení ani zaměstnanci nevybírají.

Při příjmu reálně znějící tísňové výzvy zpravidla zdravotnické operační středisko (dále jen ZOS) vysílá na místo události výjezdovou skupinu a je již především na ní, jak si s danou situací na místě poradí. ZOS nemá (na rozdíl od praktického lékaře nebo přijímajícího lékaře v nemocnici) fakticky možnost pacienta odmítnout a stejně tak výjezdová skupina poskytne PNP *de facto* každému pacientovi. Odmítnutí pacienta ve zdravotnickém zařízení tak může ve členech výjezdových skupin způsobovat frustraci, že personál v nemocnicích má při rozhodování o příjmu pacienta jiná práva než oni.

Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy, jako přední poskytovatel PNP v Praze, vydala pro své zaměstnance etický kodex, jehož smyslem je "stanovit

žádoucí standardy profesionálního chování zaměstnanců ZZS HMP" (KOLOUCH, 2017). Stejně tak ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále jen MZČR) je dostupný etický kodex nelékařských pracovníků, kterým zdravotničtí záchranáři jsou.

Kodex MZČR o nelékařských zdravotnických pracovnících uvádí, že "při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení" (ANON, 2004, s. 12). Pro tuto práci je podstatné, že zdravotnický záchranář by měl dle tohoto kodexu respektovat lidská práva a důstojnost bez ohledu na sociální postavení.

Kodex ZZS HMP pak uvádí, že společným cílem zaměstnanců výjezdových skupin je „maximální uspokojení potřeb pacientů“ a zaměstnanci své povinnosti vykonávají „s největší mírou slušnosti, porozumění, ochoty a bez jakýchkoli předsudků“ (KOLOUCH, 2017). Dále mají zaměstnanci jednat zdvořile, korektně a vstřícně. Obtížně se však takto komunikuje s někým, kdo není ochotný se zdravotnickým personálem spolupracovat a chová se asociálně (KŘIVÁNKOVÁ, 2008).

Dle průzkumu mezi záchranáři uvedla dokonce většina respondentů mimo jiné tyto potíže při ošetřování osob bez domova:

- Náročné předání pacienta v cílovém zdravotnickém zařízení kvůli komorbiditě a intoxikaci alkoholem,
- Obtížná komunikace s pacientem kvůli jeho lhostejnosti, agresivitě a opilosti,
- Pocit marné práce, kdy posádka předem tuší, že ať udělá cokoliv, pacient opět skončí na ulici a brzy pro něj oni nebo kolegové pojedou znovu,
- Zvýšená časová náročnost při výjezdu kvůli nutné očištění vozu a pomůcek (ŠUPKOVÁ, 2007).

Podobně jako i další pomáhající profese, zdravotničtí záchranáři a zdravotníci obecně se při své práci setkávají s různými dilematy (DAVIDOVÁ, 2010).

Jedním z dilemat může být neshoda mezi zájmem pacienta a zájmem záchranáře, případně mezi zájmem jednoho pacienta a dalších potencionálních pacientů. Pokud by bylo vhodné pacienta kvůli kvalitnímu vyšetření vysvléct nebo odhalit, může záchranářovi být nepříjemný zápach tohoto pacienta, možnost znečištění sanitního vozu

nebo samotného záchranáře infekčním materiálem, případně i přenos parazitů z pacienta na záchranáře nebo sanitní vůz.

Podle Koubové nepovažují osoby bez domova svoje zdraví jako prioritu, což může být způsobeno chybějící perspektivou budoucnosti. U zdravotních potíží se projevuje již zmíněná paliativní obranná strategie, kdy bezdomovci nejsou motivováni k vyřešení příčiny jejich potíží, ale požadují jen léky proti bolesti. Toto může být záchranáři nepochopeno a vnímáno jako marné nakládání vlastních sil, protože jejich pravomoci končí při předání pacienta v nemocnici a na další léčbě se již nemůžou podílet. Zatímco běžný bydlící pacient chce být zdravý a alespoň určitou mírou spolupracuje při léčbě, osoba bez domova může na toto rezignovat (KOUBOVÁ, 2015), (VÁGNEROVÁ, 2014).

Vágnerová popisuje ambivalentní postoj většinové společnosti k osobám bez domova. Na jednu stranu osobami bez domova společnost pohrdá a odsuzuje je, na druhou stranu s nimi a jejich bídou pocítují soucit. Tento postoj se dá tedy předpokládat i u zdravotníků (VÁGNEROVÁ, 2014).

Zdravotníci dále při nedostatečné informovanosti o problematice bezdomovectví mohou mít frustrující pocit, že osoby bez domova svoje zdravotní potíže dlouhodobě zanedbávají a do zuboženého stavu se dostali vlastní vinou (KOUBOVÁ, 2015).

Některé osoby bez domova jsou představitelé skupiny odbornou veřejností nazývanou *frequent ED users*, tedy *častí uživatelé urgentních příjmů*. Ti dle Šeblové „dohánějí zdravotníky k pocitu marnosti až zoufalství“ (ŠEBLOVÁ, 2017, s. 51). V průzkumu provedeném v roce 2011 mezi 1500 lékaři urgentních příjmů přiznalo 59 % respondentů, že „pro tyto pacienty mají nižší empatii než pro ostatní, 82 % lékařů udává v souvislosti s jejich ošetřováním nějakou míru vyhoření a 91 % je vnímá jako problém pro jejich oddělení“ (ŠEBLOVÁ, 2017, s. 51). Ačkoliv obdobné údaje z České republiky a konkrétně z přednemocniční péče nejsou známy, dá se předpokládat, že postoj českých zdravotníků bude přinejmenším podobný. Šeblová dále uvádí, že dobrá rada a reálná snaha těmto pacientům pomoci se bohužel často zcela mívá účinkem, což může u zdravotníků dále podporovat pocit marné práce.

Kvapil popisuje dilemata lékaře v ordinaci pro osoby bez domova. Lékař se zde musí rozhodovat o různé úrovni poskytnuté péče jednotlivým klientům, především v závislosti na její finanční náročnosti a možnostech ordinace. Dále musí rozhodnout,

který bezdomovec bude pro daný den „vyvolený“ a komu umožní celodenní pobyt v jinak pouze noční noclehárně – de facto tak o všech ostatních bezdomovcích říká, že jim ještě není tak špatně, aby nezvládli být celý den venku v dešti nebo mrazu. V neposlední řadě rozhoduje o vydání potvrzení, které osobě bez domova omluví absenci na úřadu práce a nevyloučí ho tak na šest měsíců z příjmu sociálních dávek. Lékař ví, že pokud toto potvrzení nevydá, bude mít pacient půl roku výrazně omezené finanční prostředky, což může snadno vést ke zhoršení zdravotního stavu. Na druhou stranu, pokud by toto potvrzení vystavil vždy, snižoval by tak motivaci pacientů dbát na svoje vlastní povinnosti (KVAPIL, 2015).

Přednemocniční péče se však tato dilemata příliš netýkají. Záchranář má v naprosté většině případů na starost vždy jen jednoho pacienta a nemusí tedy aktuálně brát ohledy na žádné „ostatní“ pacienty.

Jančová upozorňuje na problém, kdy zdravotnická záchranná služba i u bydlící populace mnohdy nahrazuje funkci praktických lékařů. Osoby bez domova jsou však u praktických lékařů registrováni ještě méně než většinová společnost, a tak často ani nemají možnost svoje zdravotní problémy s praktikem řešit. Personál záchranné služby si svoji funkci náhradníka za praktické lékaře uvědomuje, ale pokud nemá znalost o zdravotních službách pro osoby bez domova, tak nemůže těmto pacientům nabídnout žádnou přijatelnou alternativu (JANČOVÁ, 2016), (KOUBOVÁ, 2015).

Z celospolečenského hlediska je vhodné si uvědomit, že snížená dostupnost primární, preventivní, a tedy i nejlevnější možné zdravotní péče ve svém finálním důsledku způsobuje, že se osobám bez domova poskytuje ve formě zdravotnické záchranné služby péče mnohem dražší a méně vhodná (OUŘADOVÁ, 2017b).

## 4 VLASTNÍ PRŮZKUM

Praktická část práce je pojatá metodou kvalitativního rozhovoru se záchranáři z výjezdových skupin ZZS HMP a dotazníkovým šetřením mezi osobami bez domova.

Průzkum na téma „Specifika přednemocniční péče o bezdomovce v Praze“ měl následující cíle:

### Cíl 1

Popsat povědomí osob bez domova a posádek výjezdových skupin ZZS HMP o možnostech řešení zdravotních potíží osob bez domova mimo zdravotnickou záchrannou službu.

### Cíl 2

Popsat zdravotní stavy, kvůli kterým se osoby bez domova stávají pacienty zdravotnické záchranné služby a popsat specifika jejich ošetřování.

### Cíl 3

Zjistit, jestli se personál výjezdových složek ZZS HMP chová k osobám bez domova jinak než k bydlící populaci. Pokud se toto potvrdí, bude dalším cílem práce zjistit příčinu tohoto jevu a pokusit se vymyslet způsob nápravy.

### Cíl 4

Zjistit charakter vztahů bezdomovců a posádek Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy

Průzkum probíhal v období ledna až března 2019

### 4.1 Realizace rozhovorů se záchranáři

Průzkum započal polostrukturovanými individuálními rozhovory se záchranáři výjezdových skupin ZZS HMP. Tato forma byla zvolena z toho důvodu, že během rozhovoru má dotazující šanci nejlépe porozumět pohledu daného respondenta. Z výjezdových skupin byli vybráni pouze záchranáři, protože jejich pozice je při poskytování přednemocniční péče klíčová. Lékaři ošetřují méně pacientů než záchranáři a obvykle se výjezdů pro osoby bez domova vůbec nezúčastní. Řidiči vozidel zdravotnické záchranné služby se sice výjezdů pro bezdomovce účastní a ošetřují je

častěji než lékaři, ale kvůli jiné náplni práce nerozhodují o šíři poskytnuté péče, ani o dalším směřování pacienta.

V období ledna až března 2019 bylo osloveno sedm záchranářů z výjezdových skupin ZZS HMP. Respondenti byli vybíráni náhodně, ale dva oslovení záchranáři nahrávaný rozhovor odmítli poskytnout. Jeden respondent (respondent č. 4) poté doporučil druhého (respondent č. 5), který by jinak pravděpodobně osloven nebyl. Celkem tedy proběhlo šest nahrávaných rozhovorů s respondenty ze čtyř různých výjezdových základen.

Tři rozhovory probíhaly na výjezdových základnách ZZS HMP, jeden rozhovor v restauraci a dva rozhovory probíhaly u respondentů doma. Všichni respondenti byli upozorněni na to, že rozhovor bude nahrávaný. Bylo jim oznámeno, že bude použit pouze pro účely této bakalářské práce a jejich jméno nebude v bakalářské práci ani nikde jinde uvedeno. Dále byli dotázáni, zda souhlasí s tím, že v rozhovoru bude položena otázka na výjezdovou základnu, na které dotyčný záchranář pracuje. Pět respondentů s tímto souhlasilo, pouze jedna respondentka nechtěla sdělit výjezdovou základnu a dobu zaměstnání. Odůvodnila to skutečností, že podle těchto údajů by kvůli omezenému počtu žen ve výjezdových skupinách ZZS HMP šlo snadno zjistit, o jakou zaměstnankyni se jedná. Dovolila uvést skutečnost, že pracuje na jiné výjezdové základně než jakýkoliv další respondent. Při přepisu a hodnocení rozhovorů však bylo rozhodnuto, že výjezdové základny nebudou uvedeny u žádných respondentů. Některé znaky z jejich výpovědí by je totiž na konkrétní základně mohly s jejich osobou snadno propojit a v některých případech tak i kompromitovat. Lze zde uvést, že respondent č. 2 pracuje na stejné výjezdové základně jako respondent č. 3 a stejně tak jsou ze stejné základny respondenti č. 4 a 5.

Rozhovor s prvním respondentem se lišil oproti pozdějším rozhovorům množstvím otázek. První respondent totiž odpověděl na několik úvodních otázek, na které se pak nebylo potřeba ptát dalších respondentů.

Jeden respondent, který nechtěl, aby tato informace byla spojena s jeho rozhovorem a ani výjezdovou základnou, s sebou vozil a při požádání o rozhovor ukázal seznam přibližně 20 osob bez domova s jejich osobními údaji – byly zde jména, příjmení, čísla pojištěnce, adresy trvalého bydliště, kódy zdravotní pojišťovny a někdy i dodatková informace jako „VŠI!!!“ nebo „HIV“.

#### **4.1.1 Průzkumné otázky**

1. Jak záchranář zjistí, že jede k osobě bez domova?
2. Na co záchranář myslí cestou k osobě bez domova?
3. Jaké rozdíly pociťují záchranáři při ošetřování osob bez domova oproti ošetřování pacientů bydlící populace?
4. Jaké potíže mají záchranáři při předávání pacientů v nemocnicích?
5. Jsou opakované výjezdy ke stejným osobám bez domova častější než k lidem z bydlící populace?
6. Jaké mají záchranáři povědomí o možnostech řešení zdravotních potíží osob bez domova mimo zdravotnickou záchrannou službu?

Rozhovory byly po nahrání přepsány do textového editoru a následně analyzovány pomocí metody zakotvené teorie. Bylo potřeba v přepsaném textu označit a kategorizovat pojmy nebo fráze, které říkali různí respondenti, ale týkaly se stejného nebo podobného jevu. Tyto jevy byly pojmenovány, seskupeny dohromady a označeny tzv. kódem (STRAUSS, 1999). Následně byl každý kód zpětně hledán ve všech zbylých rozhovorech. K vyhodnocení byly využity dva počítačové programy ze sady Microsoft Office, Word a Excel.

#### **4.1.2 Získané údaje**

Rozhovoru se účastnilo 6 respondentů. Odpověď pouze jednoho respondenta tak má relativní hodnotu 16,6 %, odpověď dvou respondentů odpovídá 33,3 %, odpověď tří má hodnotu 50 %, čtyř respondentů 66,6 %, pěti 83,3 % a všech šest respondentů odpovídá hodnotě 100 %.

Celkem bylo v rozhovorech analyzováno 32 kódů. Pokud se daný jev v rozhovoru přímo objevil nebo ho respondent sám zmínil, byla danému kódu přidělena hodnota jednoho bodu. Pokud téma zmínil jen velmi okrajově, nebo odsouhlasil jeho znalost bez dalšího upřesnění, byla výjimečně kódu přidělena hodnota půl bodu. Pokud se v rozhovoru daný jev vůbec neobjevil, byla ponechána nulová hodnota.

Tabulka s výsledky kódování rozhovorů se nachází v příloze B.

V každém ze šesti rozhovorů se objevilo 8 kódů, v alespoň pěti se objevily čtyři kódy, alespoň ve čtyřech rozhovorech se opakovaly opět čtyři kódy a alespoň v polovině

rozhovorů další čtyři kódy. V dalších oddílech budou uvedeny vybrané odpovědi jednotlivých záchranářů.

#### **4.1.2.1 Povědomí posádek o zdravotních službách pro bezdomovce.**

Všichni respondenti mají alespoň nějaké povědomí o lékařské ordinaci Naděje nedaleko hlavního nádraží (kód *Naděje u Bulhara*). Jen jeden respondent sám zmínil možnost zdravotní péče v budově Armády Spásy v Holešovicích. U dvou dalších respondentů se tato informace objevila také, ale jejich výpovědi bylo přiřazeno pouze půl bodu (kód *Armáda Spásy Holešovice*):

Otázka: *Znáš nějaké ne sociální, ale zdravotní služby přímo pro osoby bez domova?*

Respondent 1: *Jediný co si pamatuje je, že je v Bolzanový doktor od myslim Armády Spásy, a že tam mají několik lůžek, nebo to tak aspoň bylo dřív, pro bezdomovce kterejm je blbě a nemůžou bejt venku, ale nepotřebujou vyloženě špitál.*

Respondent 4: *u Bulhara se jezdí, tam je nějakej doktor, ted' nevím jestli jednou za týden nebo jak, tak tam vždycky stojej dlouhý fronty těch lidí. A když tam není doktor tak jim nějak převazujou ty nohy a je možnost se nějak osprchovat tam.*

Otázka: *Super, u Bulhara, víš něco dalšího ještě?*

Respondent 4: *Nevím jestli v Armádě Spásy, ale víc asi neznám.*

Otázka: *Znáš nějaké ne sociální, ale zdravotní služby přímo pro bezdomovce?*

Respondent 6: *No, tak znám Naději u hlaváku a pak Armádu Spásy akorát.*

Otázka: *To jsou organizace, které poskytují celkově péči lidem bez domova. Víš o nějaké jejich zdravotnické složce?*

Respondent 6: *Vím že v tý Naději je snad nějakej doktor.*

Otázka: *Zmínil jsi Naději u Bulhara, co o tom víš?*

Respondent 2: *Jsou tam sociální pracovníci, psychiatr, myslim že je tam i internista, který se těm slušnějším snaží pomáhat.*

Otázka: *V Holešovicích v Armádě spásy je ordinace zdravotní sestry, o tom víš?*

Respondent 2: *Asi jsem to někdy slyšel.*

Otázka: *Znáš nějaké další zdravotní služby přímo pro bezdomovce?*



Respondent 3: *Naděje. Pod magistrálou u Sherwoodu, tam je zdravotnická péče, možná lékařská. A nejsem si jistej, jestli je něco i dole na Husitský.*

Tři respondenti udali, že vědí o terénní službě Naděje a jeden z nich zmínil i jejich stanoviště, přestože mluvil o jiné organizaci (kód *Terénní program Naděje*). Konkrétní čas a stanoviště neznal ani jeden respondent (kód *Rozpis terénu Naděje*):

Otázka: *Existuje terénní služba Naděje, kdy s dodávkou stojí na pravidelných místech.*

Respondent 2: *Jo, to vim.*

Otázka: *Viš o terénní službě Naděje pro osoby bez domova?*

Respondent 3: *Na dvou nebo třech místech, V Korytech u točny tramvají se objevilo Sananimácký auto který má nějaký svoje lokality, který objíždí. Je tam lékař, sestra a byl tam zástup deseti bezdomovců, kam jsme párkrát byli volaní. K problému jako chronický selhávání jater u mladýho kluka. A pak u Hermesu taky stojí sanitka s bezdomovcema, zase Sananim.*

Otázka: *Naděje má terénní službu, kdy s dodávkou podle pravidelného rozpisu objíždějí Prahu a tam poskytují hlavně sociální péči, ale občas i základní zdravotní služby. Slyšel jsi o tom někdy?*

Respondent 4: *Myslím že jsem to viděl, ale už dlouho ne.*

O projektu Medici na ulici nikdy neslyšel ani jeden dotazovaný záchranář (kód *Medici na ulici*). Pět respondentů uvedlo, že by uvítali možnost, kdyby mohli informace o zdravotních službách zaměřených na osoby bez domova předávat pacientům (kód *Zájem poskytovat informace*):

Otázka: *Takže ty kdybys měl v sanitce leták s nějakým rozpisem těchto a dalších služeb...*

Respondent 1: *Tak to by bylo ideální, každému bezdřákoví bych to dal. To se mi líbí, to je supr nápad. Průser ale je, že ten leták ztrácí smysl, když ho stejně musím odvézt do nemocnice. Kdybych mohl pacienta poučit s kontaktama, říct mu zítra si sem zajděte, to by bylo dobrý. Kdybych mohl zavolat na dispečink a říct pacient nevyžaduje transport, poučen, rozumí, dal jsem mu leták.*

Otázka: *Bylo by ti k něčemu, kdybys měl v sanitce rozpis těchto zdravotních služeb pro bezdomovce?*

Respondent 3: *Určitě ano, rozdával bych to na setkání, protože primární prevence má dost značnou úlohu. Šetří peníze následný péči.*

Otázka: *Kdybys to měl někde napsané v sanitce, například na letáku, všechny tyhle zdravotní služby, použil bys to někdy? Bylo by ti to k něčemu?*

Respondent 4: *Tak to je podobný jako ten leták „pomáhající organizace“, který máme. Asi by se to použilo taky. Myslím že by se tím dosáhlo snížení výjezdů pro tyhle lidi, kdyby měli nějakou informaci kam se můžou obrátit.*

Otázka: *A to bys chtěl?*

Respondent 4: *Samozřejmě.*

Otázka: *Bylo by ti k něčemu, kdybys měl rozpis těchto zdravotních služeb pro bezdomovce v sanitce?*

Respondent 5: *Neříkám že u každého bezdomovce bych to použil, ale bylo by to k něčemu. Kdyby to šlo zmenožovat tak že ho ponecháme na místě a předali někomu kdo si ho vezme do tepla. Tak by to bylo s velkou výhodou, protože bychom je nevláčeli do nemocnic.*

Otázka: *Kdybys měla v sanitce nějaký rozpis těchto zdravotních služeb v sanitce, bylo by ti to k něčemu, využila bys to někdy?*

Respondent 6: *No jasný, samozřejmě. Myslím že by to bylo dobrý pro nás záchranáře, že bychom aspoň věděli že takovýhle služby jsou, a tím pádem by to bylo dobrý i pro ty pacienty, protože bychom jim to pak mohli dát, třeba. Byl by to takovej první krok k řešení týchle složitý situace, protože myslím že je to fakt složitý.*

#### **4.1.2.2 Indikace výjezdů a specifika ošetřování**

Všichni respondenti nějakým způsobem zmínili, že u osob bez domova předpokládají sníženou hygienu. Toto zjištění koresponduje i s výsledky Šupkové (kód *Předpoklad malhygieny*):

Otázka: *Na co myslíš, když jedeš k pacientovi a víš nebo tušíš, že je to bezdomovec?*

Respondent 1: *Proběhne takovýto „to bude zas vožralá socka“. Člověk to přijme s určitou formou nelibosti. Jsou obtěžující ne kvůli péči, ale díky malhygieně, je s nimi obtížná komunikace, bejvaj ožralý, to je pravidlo. Bezdomovec kterej není nalitej je zázrak.*

Respondent 2: *Prakticky na nic, jen si říkám že to bude větší oser. Že bude opilej, špinavej, poblitej, posranej, to je komplikace vždycky. No a snažíme se to nějak zvládnout.*

Respondent 3: *Modlím se za co největší stupeň čistoty tohoto jedince. Oceňuju že řekne rovnou že je bezdomovec. Když se mnou jedná narovno a řekne co chce, tak pak samozřejmě mu vyjdu vstříc, když to dokáže popsat proč to řeší takovýmhle způsobem. Stalo se mi to párkrát a byl jsem velmi mile překvapen.*

Všichni oslovení tvrdí, že osoby bez domova jednají při ošetřování záchrannou službou účelově (kód Účelové jednání):

Respondent1: *Je trochu tendence oproti běžnému výjezdu. Třeba „sedí na lavičce nemůže na nohy“. Tak to nad nim stojím a netvářím se úplně mile. Ještě se mi nestalo že „nemůže na nohy“ by nedošel do sanitky. Čekáš účelový jednání, hlavně v zimních měsících, jseš otrávenej. Nevadí mi že se o něj musím postarat, ale sere mě že mi lže. Kdyby mi nelhal a normálně řekl že je mu zima a neví co má dělat, tak mu řeknu „budem tvrdit že jste se někde kopnul a pojedeme na ortopedii, ať jste alespoň dvě hodiny v teple. Oni vás pak vyhodí zase ven, ale dvě hodiny budete mít klid“.*

Otázka: *Říkal jsi, že očekáváš „tyhle“ komplikace, tak to jsi navazoval na charakter té výzvy?*

Respondent 5: *To ne. Tak tam je komplikace s manipulací s těma lidma protože bejvaj tak zanedbaný že je obtížný je do toho auta dát aniž bys měl rozmazaný všechno možný úplně všude. A ty lidi jsou často pod vlivem alkoholu nebo něčeho jinýho a blbě se s nima komunikuje, bejvaj nespolupracující. A další věc je že ne všichni, ne vždycky, ale dost často jejich jednání bývá účelový. Ty lidi poměrně dost dobře vědí co udělat, aby se dostali do nemocnice když se tam chtěj dostat. Tim pádem jsou schopný vyprávět mnoho příznaků z různých oborů, aby člověk neměl tendence je tam nechat nebo aby dostatečně dodali závažnosti situace.*

Mezi zmíněnými diagnózami mezi všemi záchranáři zazněla intoxikace a bolest dolních končetin, pět respondentů zmínilo úraz a čtyři uvedli bércové vředy. Polovina oslovených záchranářů mluvila o parazitech (kódy *Intoxikace*, *Bolest dolních končetin*, *Bércové vředy*, *Úraz a Paraziti*):

Otázka: *S jakými problémy se bezdomovci nejčastěji potýkají?*

Respondent 3: *Opilost versus doplňková diagnóza. Bud' úraz, nebo intoxikace, úrazy. A kožní onemocnění, klasika. Jsou pod vlivem, skoro nonstop.*

Otázka: *Na co myslíš, když jedeš k pacientovi a víš, že je to bezdomovec?*

Respondent 5: *No. Rozhodně z toho člověk není nadšený, člověk očekává tady ty komplikace. Mě nejvíc vadí nedostatečná hygiena a ty lidi jsou nosiči parazitů související s tím jejich životním stylem. A pak infekční nemoci. A to mně hodně vadí protože mám nějakou rodinu a dost mi vadí že bych mohl tohle někam přitáhnout.*

Otázka: *Kromě té lokality, poznáš bezdomovce i nějak podle indikace výjezdu?*

Respondent 5: *Klasicky kožní problémy, bércové vředy, tekoucí nohy, nemůže na nohy a je to venku. Tak to jsou takový oblíbený diagnózy kde člověk už ví většinou předem do čeho jde.*

Překvapivé může být zjištění, že pouze jeden respondent mluvil o polymorbiditě pacientů bez domova. Ta by se dala u osob bez domova vzhledem k jejich způsobu života snadno předpokládat, ale kupodivu se neobjevuje ani v uvedené vstupní literatuře (kód *Polymorbidita*):

Otázka: *Setkáváš se s problémy při předávání pacienta? Odmítli tě někdy?*

Respondent 4: *Většinou je problém když těm lidem je spousta věcí. Když ho bolí noha, do toho je ožralej, do toho má nějaký úraz a do toho já nevím něco tak se začnou přít že patří na internu, že patří na infekční, že patří na plicní, na chirurgii, na ortopedii. Tak se začnou vždycky přít kam toho člověka mám odvézt, ale nikdy to není to oddělení kde právě jsem. Takže to se stává velice často.*

Všichni respondenti říkali, že při absenci dokladů se snaží dohledat si pacienta v počítačovém systému. Zároveň všichni sdělili, že se osoby bez domova obvykle vozí záchrannou službou opakovaně, a tak není problém zjistit údaje o daném pacientovi z minulosti. Stačí jim i údaj o příslušné zdravotní pojišťovně (kódy *Ošetřování opakovaně* a *Informace v počítači stačí*):

Otázka: *Takže pojišťovnu opíšeš ze záznamu a neřešíš to?*

Respondent 6: *Ano.*

Otázka: *Fakturu bys takovému pacientovi psala?*

Respondent 6: *Ne, to je zbytečný, vždyť to stejně nezaplatí.*

Osobám bez domova s českým občanstvím by fakturu za ošetření napsal pouze jeden respondent, a to pouze pokud by neměl doklady a z jeho výslovnosti by měl záchrannář pochyby o jeho národnosti:

Otázka: *Takže fakturu nepíšeš.*

Respondent 1: *Ne. To je zakázaný metodickým pokynem. Tam je napsaný že za bezdomovce přebírá zodpovědnost VZP jako nejsilnější pojišťovna. Fakturu píšu bezdomovcům který nemá doklady a mluvěj divně česky. Když mluví slovensky tak mu rovnou píšu fakturu.*

Jeden respondent použil napsání faktury jako jakési zadostiučinění u bezdomovce, který ho rozčílil:

Respondent 4: *Napsal jsem jí asi jenom jednou, a to jsem byl nasranej, tak jsem mu jí napsal protože mě sral.*

Pouze jeden respondent nějak vážněji zareagoval na potenciální možnost mít v sanitním voze přístup do aplikace *VZP Point*, aby si mohl přímo v terénu ověřit příslušnost pacienta k dané zdravotní pojišťovně (kód *Zájem o VZP Point*):

Otázka: *Personál v nemocnici má možnost si platnost pojištění ověřit. Chtěl bys mít stejnou možnost v sanitce? Bylo by ti to k něčemu, změnilo by se něco?*

Respondent 5: *Bylo by to určitě k něčemu. Kdybychom k tomu měli přístup, tak by to pomáhalo hodně. A to jsi mi připomněl, že někdy v nemocnicích než toho člověka předáme tak oni si to ověřej a třeba ty data upravěj. Třeba protože se méně pojišťovny protože to oni změní za nějaký benefit a pak na to zapomenou.*

Reakce zbylých respondentů byly buď vlažnější, nebo negativní.

Všichni respondenti dále shodně uvedli, že předávání pacientů bez domova v nemocnicích je obtížnější než s bydlícími pacienty. Ke stejnému zjištění dospělo i průzkumné šetření Šupkové (kód *Obtíže při předávání v nemocnici*):

Otázka: *Jak probíhá předání pacienta bezdomovce v nemocnici?*

Respondent 2: *Zajisté je to horší, hůř se prodávaj. Nemocnice je nechtěj, vědí že by se s nimi museli štvát. Snažej se posílat na jiný oddělení. Třeba má bolavou nohu, ty si myslíš že to může být trombóza, oni řeknou že to má jet na kožní. Je to víc konfliktů, kvůli normálnímu pacientovi by se takhle nehádali, ale ty to musíš nějak prodat. Snažíš se to udělat s co nejmenším odporem, a to člověka vyčerpává.*

Respondent 5: *Předání bezdomovce v nemocnici je problematický od samýho prvopočátku. Ten personál nemocnice ho tam nechce, ne na každým oddělení maj vybavení aby se mohli postarat o pacienta kterej vyžaduje zvýšenou hygienickou péči. Takže ty nemocnice se zkoušej se z toho vykrotit. Nehledě když ty lidi vyžadujou nějaký intenzivní lůžko, protože i pro takový jezdíme, tak pak čekání na avízo je otázka hlavně na dispečerky, ty tomu rozuměj líp. Ale myslim že zavízet pacienta kterej je primárně casus je na intenzivní lůžko dost těžký.*

Respondent 6: *No jak říkám, oni ho tam taky nechtěj. Tak já když vim že ho nechtěj tak se snažim přijít slušně a třeba řeknu že se předem omlouvám, že je to bezdomovec a řeknu co mu je, a že holt musíme k nim. Oni se pak často ptaj odkud jedeme, jestli jsme náhodou neměli jet jinam, tak to jen tak na nás zkoušej.*

Otázka: *Odmítli tě někdy při předávání pacienta?*

Respondent 6: *Ne že by ty nemocnice řekly „my ho neberem“, ale snažej se ten problém přesunout na někoho jinýho, protože ten bezdomovec je taky obrovská přítěž. Tak zkoušej, jestli bychom neměli jet na jiný oddělení, ale to je takovej standard.*

Pět ze šesti dotázaných pozná již ze zprávy od ZOS, že pacient, pro kterého jedou, bude osoba bez domova. Buď jim to ZOS přímo uvede do zprávy (toto uvedli tři respondenti; kód *Informace ve výzvě od ZOS*), nebo to poznají podle poskytnutých informací. Všech pět záchranářů k úsudku, že se jedná o osobu bez domova, dojde i podle místa výjezdu, i podle indikace. Čtyři respondenti mezi místy výjezdů uvedli okolí nějaké stanice metra (kódy *Identifikace bezdomovce podle lokalizace*, *Identifikace bezdomovce podle indikace* a *Okolí metra*):

Otázka: *Jak vypadá tahle informace k člověku bez domova?*

Respondent 1: *Na první dobrou se do nedá říct. I když někdy ti to řekne dispečink v tom pageru, že je bezdomovec. Někdy známe nějaký typický místa výjezdu, který už jsem schopnej odhadnout.*

Otázka: *Jaký třeba to jsou?*

Respondent 1: *Okolí metra Kobylisy, takzvaně u fontánky, pak okolí metra Palmovka.*

Otázka: *Kde tam přesně?*

Respondent 1: *Zastávka tramvaje směr Libeňský most nebo směr Žižkov. Pak Českomoravská, autobusový nádraží. Typicky je to úraz hlavy doplněnej o ebrietu, nebo toalety nákupního centra ve večerních hodinách těsně před zavíračkou. To je úplně typický. Pak takový ty zahrádkářský chatky, tam večer nikdo asi neokopává mrkev nebo nepěstuje cibuli.*

Otázka: *Poznáš už z té zprávy na pageru, že je pacient bezdomovec?*

Respondent 2: *Většinou jo, je to takový typický místo. Typický místo jako Skalka u fontány, nebo hlavák venku. Pak podle toho problému. Bolest DK, nevolnost, chlad, ebrieta, agresivní. To jsou takový věci, který ti řeknou, že asi jedeš na bezdomovce. Nebo nejlepší informace je „sedí na zastávce a volající k němu nejde“.*

Otázka: *Když jsi na základně a dostaneš výjezd, tak ti přijde zpráva na pager a esemeska. Poznáš už podle té zprávy, že jedeš k bezdomovci?*

Respondent 3: *Jsou věci který tomu nahrávají. Pokud přímo nenapišou „Causus socialis“ do předmětu výzvy tak to může bejt lokalita kam se jede, a dost často spojený „EE“, jako ebrieta, samozřejmě.*

Otázka: *Poznáš už podle této první informace, že ten pacient je bezdomovec?*

Respondent 6: *Někdy jo.*

Otázka: *Jak to poznáš?*

Respondent 6: *Podle toho kde to je a kdo to je. Když je tam třeba napsaný „muž 50 let, hlavák, v parku u hlaváku, úraz hlavy“, nebo něco takovýho, tak to je jasný.*

Otázka: *Takže podle té lokality, nebo podle toho že jde o úraz hlavy?*

Respondent 6: *Spíš podle tý kombinace všeho dohromady. Podle tý lokality plus druh toho problému. Taky že mu asi není třináct. Nejvíc asi podle tý lokality. Protože jakmile je to hlavák, tak to je tak strašně běžný že tam jen velmi výjimečně jedeme pro někoho jinýho než pro bezdomovce.*

Tři respondenti v rozhovorech použili výraz *Causus* nebo *Causus socialis* jako označení pro osobu bez domova (kód *Označení Causus socialis*) (KALVACH, 2007):

Otázka: *Když ti přijde zpráva na pager a esemeska o výjezdu, poznáš z ní, že jedeš za bezdomovcem?*

Respondent 4: *Většinou ne. Jedině když dispečink napíše že se jedná o bezdomovce. Občas tam je napsáno „Causus“.*

#### **4.1.2.3 Chování záchranářů a vztah k bezdomovcům**

Ve čtyřech rozhovorech se objevila informace o negativním přístupu záchranářů k osobám bez domova. Dva z nich dokonce zmínili i použití fyzického násilí (kódy *Negativní postoj* a *Fyzické násilí k pacientovi bez domova*):

Otázka: *Jak se ti s pacienty-bezdomovci komunikuje? Ty jsi říkal že lžou...*



Respondent 1: *Vadí mi to pravidlo ta opilost. Často bývá to jednání účelový, zažíváme už tak frustraci, že vyjíždíme na každé výjezd, o to víc máš pocit že s tebou ten bezdomovec vyjebává. Když vidím problém, tak se chovám korektně. Vadí mi sprostý a agresivní když jsou, ale vzhledem k tomu že jsem výbušná povaha tak často přejdu na jeho notu a to riskuje že když začne máchat pěstičkama tak dostane do držky. Ale to není že bych si vylejval svůj mindrák, ale taková aktivní obrana. Když začal máchat rukama, tak i kdyby se netrefil, už ode mě dostal dělo. Navíc je problém že si myslíme že si to k bezdomovcům můžeme dovolit. Čtyřicetiletýho chlapa kterej by na mě byl drzej doma bych netrefil. Jo, s tím bych diskutoval. Ale toho bezdomovce prostě nabombíš. A je to špatně.*

Otázka: *Chováš se k bezdomovcům jinak, než k ostatním pacientům?*

Respondent 3: *Vzhledem k tomu že s drtivou většinou bezdomovců je nějaký problém, tak ano.*

Otázka: *Jak jinak?*

Respondent 3: *Když je to od začátku hulvát a nespolupracuje, neřekne normálně co mu je, nebo mu třeba fakt nic není, tak nejsem moc příjemnej. Normální pacient ti neplive po sanitce, takže taky nedostane facku.*

Oba tito respondenti zároveň v jiných částech rozhovoru zmínili, že oceňují upřímnost osoby bez domova a jsou rádi, když jim rovnou řekne, co potřebuje. Jeden z těchto dvou respondentů dokonce jako jediný ze všech dotázaných projevil ambivalentní postoj k osobám bez domova, jak ho popisuje Vágnerová. Nadto projevil i značnou dávku soucitu (kódy *Ocenění upřímnosti*, *Ambivalentní postoj* a *Soucit záchranáře*) (VÁGNEROVÁ, 2014):

Respondent 1: *Já jsem sice agresivní a hnusnej, ale zase si říkám že venku je pět stupňů mrazu a on musí bejt v tý zimě. Já jdu z hospody kde je krb domů deset minut, kde bude zase teplo a vana a tvářím se jak kdybych měl chcípnout. Ale ten člověk je v tom celou zimu. On čeká na jaro až bude aspoň 15 stupňů. Nemám je sice rád, ale je mi jich líto, je to strašný. Ta situace, kdy nemáš kam jít a budeš celou noc v zimě. Když musíš někde jezdit tramvají odkud tě každých pět minut někdo vyrazí. To je strašný.*

(...)

Otázka: *Pro mě by třeba byla hrozná ostuda být na záchytce...*

Respondent 1: *Pro tyhle lidi je to ale jediná možnost jak strávit mrazivou noc. Jediná možnost jak být v teple. Ty máš kde spát. Je to ostuda pro tebe být na záchytce, ale pro něj ne, on nemá takový zábrany. Mě je všechno jedno, hlavně budu v teple, vyspím se. Zmlátí mě tam někdo? Nezmlátí, protože jsem pod kamerama.*

#### **4.1.2.4 Další zjištěné informace**

Ve čtyřech ze šesti rozhovorů zazněla informace, že zdravotnická záchranná služba kromě poskytování PNP zprostředkovává i sociální pomoc (kód ZZS jako *sociální služba*). To se sice může zdát samozřejmé, ale v zákoně o ZZS tato informace není a ZZS na ní není personálně ani organizačně připravená. Jeden respondent použil výraz *CPALP* jako zkratku pro pojem *Cílový poskytovatel akutní lůžkové péče*. Takto je v zákoně o ZZS standardně označena nemocnice (ČESKO, 2011):

Otázka: *Jedeš někdy pro bezdomovce ne kvůli zdravotnímu problému, ale kvůli sociálnímu?*

Respondent 1: *Jo, nemá kam jít, nemá kde spát, to je běžný. To volaj samaritáni v batikovanejch šatech že pán zmrzne když ho tam necháme. To pak dochází ke konfliktu s volajícíma, když je konfrontuju s realitou. Není to moje zlá vůle, ale je to systém. Když řeknu i s dobrým úmyslem že jestli pro něj chtěj něco udělat ať ho vezmou domů, daj mu navečeřet, ať ho vykoupou. Oni říkaj že od toho tady oni nejsou, ale já jim říkám že tu nejsem od toho abych řešil sociální problémy. Záchranka má řešit život ohrožující stavy, ale není schopná zajistit následnou péči, kterou ale neřeší ani nemocnice. Ažyláků není málo, ale má to striktní podmínku nebejt vožralej. Bezdomovci jsou chronický alkáči, lejou do sraček, ale tím se limituju sami. Priorita je alkohol a pokud u něj bude priorita alkohol tak nemůžou očekávat sociální péči v plnym rozsahu. Já chápu že nemá jinou životní náplň než bejt opilý, protože pak ten čas líp utíká. Jsou chudáci, často z jejich volby i mimo jejich volbu. Démon alkohol, vznikne začarovanej kruh a jsou v prdeli. A takových je devadesát procent.*

Otázka: *Nemá teda kde spát.*

Respondent 1: *Spát nebo je mu zima a neví ani kde bejt, kam se utulit. Záchraná služba má z legislativy možnost předat pacienty jenom do „CPALP“, do nemocnice. Měli bychom mít kontakty na ty Armády Spásy, na ty sociální komunity, a pokud zjistíme že ten*

*člověk nemá zdravotní problém, tak bych ho mohl vozit do azyláku na Žižkov. Řekl bych není mu nic, změřil jsem ho, tlak má dobrej, jen je mu zima. A ta sociální péče by nám ho měla převzít a neměli by se vůbec dostat do zdravotnickýho zařízení. Ale to je razítko z nemocnice a nebo nic. Jestli společnost očekává, že záchranná služba bude řešit sociální problémy klientů, tak nám k tomu musí dát legislativní pravomoc. Já ho pak vezu do nemocnice, vymyslím si diagnózy, dělám podvod na pojišťovnu. Dělán podvod na systém, vymyslím si hypotermii do zápisu a vadí mi to.*

*Otázka: Řešil jsi někdy přímo to, že bezdomovec nemá kde přespát?*

*Respondent 2: Jistě, hodněkrát, že je mu zima. Naposled minulý týden. Ty ho nemůžeš nechat na místě, víš že zavolá za chvíli znova. Tak nemáš jinou možnost než ho odvézt do nemocnice.*

*Otázka: Kam si ho vezl?*

*Respondent 2: Na internu, na sociální hospitalizaci.*

V polovině rozhovorů zazněla informace, že záchrannou službu volají jiné osoby než samotní bezdomovci (kód *Záchrannou službu volá okolí*):

*Otázka: Máš pocit, že v záchranné službě řešíš to, že ten člověk nemá kde spát?*

*Respondent 5: To se určitě děje. Někdy to bývá účelový jednání těch lidí. Já jim věřím že ta bezvýhodnost situace je taková že si nechaj zavolat sanitku a řeknou že je bolí na hrudi, protože věděj že se na nějaký alespoň dvě hodiny dostanou do tepla, než se v nemocnici udělá základní laboratoř. Dost často to ale bývá tak že je to poslední varianta. Někdy ale nechtěj nic akutně řešit v nemocnici, ale kolemjdoucí to neunesou a maj pocit že by to měl někdo řešit a zavolaj tu sanitku a ty lidi jsou v takový apatii že se nebráněj a je jim to jedno.*

*Otázka: Jakým způsobem to bývá složitější?*

*Respondent 6: Nejčastějc asi tím že ty lidi jsou opilý a nejsou moc schopný komunikovat normálně. Většinou zavolá sanitku někdo kdo šel kolem a ten bezdomovec sám by si tu sanitku vůbec nezavolal. Takže on někde zmoženě leží a někdo vedle čeká na sanitku protože chtěl bejt hodnej. Prostě se s nim těžko komunikuje, musíme ho tahat, protože když je ožralej tak sám se nezvedne, takže musíme vytáhnout nosítka.*

Dva respondenti v podstatě sami popsali kapitolu této bakalářské práce *Cyklus „Ulice – záchranná služba – nemocnice – ulice“*. Dva respondenti naznačili nízké povědomí o možnostech, které člověk v nouzi může využít, aby se jeho životní situace dále nezhoršila (kódy *Neznalost systému pomoci bezdomovcem* a *Cyklus ulice-ZZS-nemocnice-ulice*):

Respondent 6: *Je to celý takový marný. Ty víš že ho někam odvezeš, nebo to nějak vyřešíš pro tu chvíli, ale ten člověk se velice rychle vrátí do těch kolejí ze kterých ty ho v tu chvíli vytáhneš, že pro něj nemůžeš udělat víc.*

Otázka: *A proč se vrátí do těch starých kolejí?*

Respondent 6: *No podle toho co to je. Bud' ho odvezem na záchytku, tak to je jasný. Nebo má fakt nějaký problém a podaří se nám ho horkotěžko někam dát, ale já na tom člověku už vidím tu jeho další cestu. Tady v tý nemocnici bude nějak ošetřenej, ale budou se ho snažit vylifrovat zase nějak pryč.*

Respondent 1: *Těm lidem chybí sociální opora. Rodina, přátelé kteří jsou schopní ti pomoci. Bezdomovec jí nemá. Chlap se přestěhuje do Prahy, dřevorubec z pohraničí. Je to persona simplex, nemá dobrý základ, třeba není vysoký intelekt. Odjede do Prahy, v supermarketu vyplňuje rohlíky, něco se posere a on neumí jednat a najednou je bez příjmu. A skončí na ulici. Vzhledem k svému intelektu neví jak to řešit. To nemusí bejt ani opilec. On si vozí batoh a spí po parcích a on neví kde má hledat pomoc. On se postupně dostane do stadia kde jediný řešení je záchranka, kde se setká se systémem kde ho někdo vypíčuje, ochranka ho pak ještě vyhodí ze špitálu a zacyklí se. A pak je minimální snaha nemocnic posílat ty lidi někam dál do sociálních zařízení, aby nekončili znova na tý ulici. Ochranka tě vysmejká za bránu špitálu, to je jediný řešení fakulního zařízení. To není řešení. Není snaha nemocnic řešit problém dál. Amerika předává bezdomovce komunitě a stará se o něho. Nebo Norsko. Moje kamarádka tam pracovala a když propouštěli lidi, tak propustili primárně jí. Dostala ranec jak blázen a další měsíc jí bez jakýkoliv snahy začala chodit normálně v norských Korunách sociální pomoc. Tady jak čurák musíš lítat po sociálkách a doprošovat se. Oni ti pomůžou, ale jen když o tom víš. V Norsku ti automaticky přijde podpora. Tady toho člověka vyhoděj z práce a on se z toho systému vytratí někam. A už nikoho nezajímá. Žije někde, žije z něčeho, žere něco? Chcípe? Bydlí někde?*

Respondent 3: *Bud' nevěděj na koho se obrátit nebo vědí, ale je jim to jedno.*

## 4.2 Dotazníkové šetření mezi bezdomovci

Dotazníky byly po předchozí dohodě předány v polovině měsíce ledna 2019 personálu oddělení sociální prevence Úřadu městské části Praha 1 a zdravotníkům z ordinace Naděje. Tito lidé byli požádáni o postupné předávání dotazníků svým klientům a o jejich následný sběr. Na těchto dvou místech se osoby bez domova koncentrují a bylo tak snadné oslovit větší počet respondentů. Na každé z těchto míst bylo nejdříve předáno 50 vytištěných dotazníků. Po několika týdnech se však ukázalo, že ačkoliv o vyplnění dotazníků bylo na každém sběrném místě požádáno několik desítek osob, jen zlomek z nich s vyplněním souhlasil.

V čekárně ordinace Naděje po několika týdnech vyplnilo dotazník 18 osob, v kanceláři oddělení sociální prevence nechtěl vyplnit dotazník ani jeden klient. To mohlo být způsobeno nízkou motivací respondentů nebo strachem, že jejich odpovědi budou zpracovávány personálem na sběrných místech a pravdivým vyplněním budou později nějak znevýhodněni. V kanceláři oddělení sociální prevence bylo proto dalších 5 dotazníků poté vyplněno s dopomocí a v podstatě tak šlo o polostrukturovaný rozhovor. Tito respondenti byli primárně osloveni vedoucím oddělení sociální prevence na základě jeho zkušenosti s nimi.

V rozhovorech uvedli záchranáři několik konkrétních míst, kde předpokládají výskyt osob bez domova. Další respondenti pro dotazníkové šetření byli proto poté hledáni a oslovováni právě na těchto místech. Překvapivě se v časech, kdy zde byli respondenti vyhledáváni, nenacházel téměř nikdo, kdo by mohl být k vyplnění dotazníku osloven. Ve většině případů na těchto místech nebyl nikdo, o kom by se dalo na základě jeho vzhledu předpokládat, že je osobu bez domova a pár dalších osob tak sice vypadalo, ale zrovna byli buď pod příliš silným vlivem alkoholu, nebo například spali. Celkem se tedy takto podařilo sehnat pouze dva další respondenty.

Dotazník byl konstruován tak, aby otázkám rozuměli i klienti s nižší úrovní intelektu. Některé otázky tak byly položeny úmyslně nekorektně, ovšem srozumitelně i pro tuto cílovou skupinu.

Dotazník obsahoval 16 uzavřených otázek, tři otázky otevřené a jednu polouzavřenou otázku. Prvních třináct otázek bylo určeno pro všechny respondenty, dalších sedm pouze pro respondenty, kteří v posledních pěti letech byli pacienti zdravotnické záchranné služby.

V úvodu dotazníku byli respondenti informováni o smyslu dotazníku. O zaručené anonymitě informováni nebyli, což mohlo být dalším důvodem nízké návratnosti dotazníků.

Dva respondenti, kteří nevyplňovali dotazník v kanceláři oddělení sociální prevence Úřadu městské části Praha 1 ani v čekárně lékaře pro osoby bez domova Naděje byli podle vzoru Bartáka motivováni k vyplnění dotazníku odměnou v hodnotě 20 Korun českých (BARTÁK, 2011).

Předložený dotazník pro osoby bez domova je k nahlédnutí v této práci v příloze F.

#### **4.2.1 Průzkumné otázky**

1. Jaké procento osob bez domova je registrováno u praktického lékaře?
2. Jak často osoby bez domova pijí alkohol?
3. Jaké mají osoby bez domova povědomí o možnostech řešení svých zdravotních potíží mimo zdravotnickou záchrannou službu?
4. Jaké procento osob bez domova bylo v posledních pěti letech pacienty zdravotnické záchranné služby?
5. Jak se záchranáři chovají k osobám bez domova?

#### **4.2.2 Interpretace výsledků**

Dotazník nakonec vyplnilo celkově 25 osob bez domova. Jeden respondent má tedy hodnotu přesně čtyř procent. Mezi respondenty bylo 20 mužů a 5 žen. Dotazník vyplnilo 18 osob v čekárně lékaře Naděje, pět osob s dopomocí v kanceláři oddělení sociální prevence Úřadu městské části Praha 1 a dva muži vyplnili dotazník s dopomocí v terénu, mimo jakoukoliv instituci.

Jeden respondent uvedl v dotazníku svůj věk mezi 18 a 26 lety. Věk mezi 27 a 49 lety, tedy nejvíce produktivní věk, uvedlo 10 respondentů. Jedenáct osob uvedlo svůj věk v rozmezí 50 až 62 let. Dva muži uvedli věk mezi 63 a 69 lety a jeden dotazovaný označil svůj věk jako sedmdesát či více.

Sedm respondentů, kteří dotazník vyplňovali s dopomocí, uvedlo svůj věk následovně: 54, 43, 55, 47, 43, 51 a 57 let. Věkový průměr těchto osob byl 50 let.

Třetí otázka se ptala respondentů, jak dlouho žijí na ulici. Pět respondentů, kteří všichni vyplňovali dotazník v čekárně lékaře Naděje uvedlo, že jsou na ulici méně než

jeden rok. Deset respondentů označilo možnost 1 až 5 let a čtyři respondenti 5 až 10 let. Více než deset let je na ulici šest respondentů.

Na otázku, jestli mají svého praktického lékaře, odpovědělo 11 osob kladně a 14 osob záporně. Bez registrujícího praktického lékaře je tedy 56 % oslovených.

Další otázka se respondentů ptala na četnost konzumace alkoholu. Otázka zde byla položena z důvodu možného srovnání s výzkumem IZPE, ve kterém každodenní konzumaci alkoholu uvedlo 12 % mužů bez domova a 20 % mužů uvedlo, že abstinuje. K abstinenci se přihlásilo 50 % žen a jen 4 % žen přiznalo, že konzumují alkohol denně. Je možné, že v tomto uvedeném výzkumu chtěli občasně užívání alkoholu někteří klienti zamlčet, protože tehdy byl průzkum prováděn pouze v organizacích, kde je užívání alkoholu nežádoucím jevem (BARTÁK, 2011).

Každodenní pití alkoholu přiznali pouze dva respondenti, kteří vyplňovali dotazník s dopomocí v kanceláři oddělení sociální prevence Úřadu městské části Praha 1 a jeden respondent, který takto vyplňoval dotazník ve stanici metra Náměstí republiky. Tři respondenti by sice odpovídali právě dvanácti procentům celkového vzorku, ale pro nízký počet respondentů nelze tento výsledek hodnotit jako relevantní v porovnání s průzkumem IZPE.

Dvanáct respondentů uvedlo, že pijí nepravidelně, pět označilo možnost "několikrát týdně" a tři možnost "několikrát ročně". Možnost "několikrát měsíčně" neoznačil ani jeden respondent. Abstinenci tvrdí jedna žena a čtyři muži, kteří všichni vyplňovali dotazník v čekárně lékaře Naděje. Zde již lze zvážit srovnání s výzkumem IZPE, kde se k abstinenci hlásilo 50 % žen. Z popravdě úzkého vzorku v této bakalářské práci se z pěti dotazovaných žen k abstinenci přihlásila jediná.

Druhá část se týkala znalostí o možnostech zdravotní péče. Jeden respondent nechal celou tuto část nevyplněnou, a tak lze v této oblasti hodnotit odpovědi pouze 24 respondentů. Ani jeden dotazovaný nevedl, že by nevěděl o ordinaci lékařů v Naději. Je však potřeba přiznat, že u většiny dotázaných tato otázka neměla smysl, protože ji vyplňovali právě v čekárně této ordinace. Tři respondenti vyplňující dotazník v této čekárně označili možnost, že ošetření v této ordinaci ještě nevyužili. Stejně odpověděli tři respondenti z kanceláře oddělení sociální prevence a jeden respondent z terénu. Ten tvrdil, že je v celé organizaci Naděje nepříjemný personál. Ostatních 17 dotazovaných s ošetřením v této ordinaci zkušenosti má.

Vysoký počet jedenácti dotazovaných uvedl, že neví o existenci ordinace zdravotní sestry v centru Armády Spásy v Holešovicích. Šest dotazovaných o této možnosti ví, ale nikdy ji nevyužilo a sedm respondentů zde již ošetřeno bylo.

Pět respondentů nevědělo ani o jedné ošetrovně službě spolku Medici na ulici. Osm respondentů vědělo o ošetřování v kanceláři oddělení sociální prevence, ale tuto možnost nevyužilo a celkem deset respondentů tuto možnost již využilo. Nutno dodat, že během vyplňování dotazníku se všemi pěti respondenty dotazovaných v prostorách této kanceláře byli dva medici přítomni ve stejné místnosti. Z těchto pěti tuto službu jen jeden člověk ještě nevyužil.

O možnosti ošetření u zastávky Vltavská věděl pouze jeden jediný respondent, který zde však ošetření nevyužil. Ten tuto volbu označil i u ordinací Naděje a Armády Spásy, a i u ostatních ošetřoven spolku Medici na ulici. Zajímavostí je, že tento respondent byl jediný ze všech, který později uvedl, že jel záchrannou službou více než patnáctkrát.

O možnosti ošetření v ubytovně Michle 19 respondentů vůbec nevědělo, dva věděli, ale nevyužili a pouze tři respondenti zde již ošetřeni byli.

Další otázka se týkala znalosti terénního programu Naděje, kterou již vyplňoval i respondent, který předchozí otázky vynechal. Pouze tři dotazovaní o této službě vůbec nevěděli a deset respondentů o ní sice vědělo, ale nevěděli, v jakých časech můžou službu využít na konkrétních místech. Třináct respondentů tvrdilo, že tuto znalost má.

Ze všech respondentů jich bylo za posledních pět let v nemocnici hospitalizováno devatenáct. Deset z nich byli propuštěni ve stavu, kdy jim již bylo dobře a zbylých devět uvedlo, že se ještě necítili zdrávi. Zde je však samozřejmě velmi diskutabilní, jak si respondenti pocit zdraví představují.

Jeden jediný respondent odpověděl kladně na otázku, zda někdy jel do nemocnice nebo na protialkoholní záchytnou stanici jen proto, aby se měl kde vyspat. Jeden respondent odpověď na tuto otázku vynechal a všichni ostatní odpověděli záporně.

Poslední otázka ze společné části se ptala na počet ošetření záchrannou službou v posledních pěti letech. Šest dotazovaných označilo, že záchranná služba pro ně nejela ani jednou. Dvanáct respondentů přiznalo využití záchranné služby jednou nebo dvakrát, šest respondentů třikrát až pětkrát a jeden již výše zmíněný respondent označil možnost



"více než patnáctkrát". Možnost 6-15× nebyla označena žádným respondentem. Celkem tedy záchrannou službou alespoň jednou v posledních pěti letech jelo devatenáct respondentů. Jeden z nich však v této části skončil s vyplňováním dotazníku, další část tedy vyplnilo pouze 18 osob. Jedná se tedy o 76 % respondentů, kteří zkušenost se ZZS mají, oproti 24 %, kteří tuto službu nevyužili.

První otázka další části se ptala na důvod ošetření záchrannou službou, šlo o otevřenou otázku. Čtyři respondenti nechali toto pole prázdné. Další respondenti pod otázku napsali následující (doslovný přepis):

Respondent 4: *Nemohl jsem chodit*

Respondent 5: *Bolesti končetin – silné*

Respondent 7: *Měl jsem srdeční kolaps*

Respondent 9: *Srdeční slabost*

Respondent 11: *Ohledně nemoci růže na noze*

Respondent 12: *Porod*

Respondent 13: *Kolaps, nízký TK, vytrhnutý permanentní katetr*

Respondent 15: *Zlomená noha*

Respondent 16: *Těžká opilost. Agresivita.*

Respondent 17: *Zranění*

Další čtyři respondenti vyplňovali dotazník s dopomocí a během vyplňování uvedli následující:

Respondent 19: *Bolest dolních končetin.*

Respondent 20: *Přepadli mě, rozbili mi hlavu, do sanitky mě nakládali policajti. A jednou kvůli cirhóze jater.*

Respondent 23: *Zkolaboval jsem, byl jsem týden v kómatu, dávali mi třináct druhů antibiotik v kapače.*

Respondent 25: *Bolest břicha, byla z toho operace žaludku.*

Další otázka se ptala respondentů, zda rozuměli všemu, co jim během ošetření záchranáři říkali. Ani jeden respondent neodpověděl záporně. Naprostá většina označila možnost "Ano". Při vyplňování s dopomocí jeden dotazovaný řekl, že se s ním záchranáři vůbec nebavili a druhý řekl, že byl v kómatu, takže si nic nepamatuje.

Další otázka se ptala na chování záchranářů. Opět šlo o otevřenou otázku. Toto pole nechali prázdné jen tři dotazovaní. Ostatní respondenti pod otázku napsali následující (doslovný přepis):

Respondent 4: *Slušně*

Respondent 5: *V jednom případě zcela "nelidsky", nevezal mi sebou do sanitky os. věci ač jsem ho o to požádal*

Respondent 7: *Vždy se mnou hovořili srozumitelně, chovaly se vždy slušně*

Respondent 9: *Slušně*

Respondent 10: *Bili mylí*

Respondent 11: *Šlo to*

Respondent 12: *Hezky*

Respondent 13: *Ke mně vždy slušně*

Respondent 15: *Dobře – profesionálně*

Respondent 16: *Profesionálně*

Respondent 17: *Slušně*

Další čtyři respondenti vyplňovali dotazník s dopomocí a během vyplňování uvedli následující:

Respondent 19: *V pohodě, ke mně byli slušní.*

Respondent 20: *Dělaj rozdíly, i tehdy dělali rozdíly. Mysleli si že se ožralové poprali. Udělaj to co je potřeba pro záchranu života, ale ten jejich přístup.*

Respondent 23: *Nepamatuju si.*

Respondent 25: *Asi normálně, bez problémů.*

Podle čtrnácti dotazovaných osob by se záchranáři chovali stejně, i kdyby jejich pacient nebyl bez domova. Čtyři dotazovaní si myslí, že by chování záchranářů bylo jiné.

Jeden respondent zde vyplňování dotazníku ukončil a další dvě otázky tak vyplnilo 17 respondentů. Jedenáct z nich má pocit, že záchranáři dobře rozumí problematice bezdomovectví. Osm dalších si toto nemyslí.

Pouze tři respondenti si uvědomují, že personál záchranné služby měl nějaké komplikace při příjezdu do nemocnice. Čtrnáct respondentů si tohoto není vědomo.

Poslední otázka byla opět otevřená a ptala se dotazovaných, co by změnili ohledně záchranné služby, pokud by měli tu možnost. Jednalo se o poslední otevřenou otázku. Zde pouze čtyři dotazovaní v čekárně lékaře Naděje něco napsali, ostatní nechali pole volné nebo proškrtnuté. Čtyři zmínění uvedli následující (doslovný přepis):

Respondent 5: *Vyměnil (vyhodil z práce – dal výpověď) všem záchranářům, kteří ke své práci nepřístupují zodpovědně a profesionálně*

Respondent 11: *Nevim – nic*

Respondent 15: *To nevím. To závisí na záchranářích. My jejich problémy nevidíme.*

Respondent 16: *Nic*

Další čtyři, se kterými byl dotazník vyplňován s dopomocí uvedli toto:

Respondent 19: *Někdy přijedou pozdě. Nebo jedou kolem člověka ležícího na zemi a nezastaví.*

Respondent 20: *Měli by to být lidi který to chtějí dělat. Oni se neptají proč je člověk na ulici, chtělo by to individuální přístup.*

Respondent 23: *Aby mohli poskytovat nějaké léky.*

Respondent 25: *Nevim, nic mě nenapadá, nerozumím tomu.*

## 5 KAZUISTIKA

Tato kapitola představí jednu vybranou kazuistiku výjezdové skupiny Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy k osobě bez domova. Lze na ní ilustrovat alespoň některé jevy, které jsou u ošetřování bezdomovců typické.

Výzva: Bolest DK+ (priorita dvě – dle volajícího t. č. bez ohrožení vitálních funkcí), volající bude čekat na ulici v průmyslové zóně v Malešicích, naproti sídlu jedné konkrétní organizace.

Podmínky k dosažení místa zásahu: Leden, 09:00, vzdálenost dojezdu cca 5 km, teplota ovzduší -4 °C, suchá vozovka, bezvětrí, slabý dopravní provoz.

Okolní síť ZZS: Nejbližší výjezdová základna ZZS od místa zásahu: výjezdová základna Míčanky je vzdálená 5 km, s možností využití čtyř výjezdových skupin rychlé zdravotnické pomoci (dále jen RZP). Nejbližší výjezdová skupina s lékařem je na základně Černý most, vzdálené asi 7 km.

Síť zdravotnických zařízení: Nejbližší zdravotnické zařízení poskytující ambulantní, standardní lůžkovou a intenzivní lůžkovou péči je vzdálené 4 km od místa zásahu. Další zdravotnická zařízení jsou dvě nemocnice, obě vzdálené přibližně 14 km od místa zásahu

Informace od ZOS: Muž ve věku 66 let, bolest DK

Průběh zásahu z pohledu zdravotnické záchranné služby:

Čas: 09:04 – stručný záznam volání na ZOS

Dispečerka zdravotnického operačního střediska přijímá tísňové volání na linku 155 od muže, který žádá pomoc pro svého spolubydlícího. Muž oznamuje, že jeho spolubydlícího bolí obě dolní končetiny tak, že na nich nemůže chodit. Je při vědomí a komunikuje. Muž dispečerce řekl, že počká na výjezdovou skupinu na nejbližší ulici, naproti sídlu jedné konkrétní organizace.

Čas: 09:07

Tísňová výzva byla přijata výjezdovou skupinou RZP ve složení dvou zdravotnických záchranářů. Výjezdová skupina vyjíždí z výjezdové základny Míčanky.

Čas: 09:07

Výjezdová skupina RZP potvrdila příjem výzvy k výjezdu „Bolest DK+, priorita 2“.

Čas: 09:14

Příjezd na místo události. Naproti sídlu jmenované organizace čekal na ulici muž, který se představil posádce výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby jako volající. Oznámil, že jeho kamarád nemůže vůbec chodit. Výjezdová skupina si vzala s sebou na místo zásahu zásahový batoh a schodolez a následovala volajícího po pěšině v zasněženém travnatém porostu až do nedalekého řídkého lesíka.

Čas: 09:17

Volající zavedl posádku RZP až k dřevěnému příbytku, ve kterém se měl údajně nacházet pacient. Vešel dovnitř a při pokusu o vstup zdravotnického záchranáře se směrem ke dveřím rozběhl štěkající pes. Zdravotnický záchranář rychle zavřel dveře, aby znemožnil psovi napadení posádky. Obyvatelé příbytku byli požádáni, aby psa přivázali. Jeden muž psa chytil do náruče a řekl, že je pes neškodné štěně a nikomu jistě neublíží. Posádka RZP však trvala na svém a obyvatelům příbytku oznámila, že pokud pes nebude přivázaný, tak dovnitř nevstoupí. Chvíli poté byl pacient vyveden ostatními obyvateli ven, pozdravil a posadil se na schodolez. Dveře příbytku se zavřely a s posádkou RZP již nikdo kromě pacienta nekomunikoval.

Zatímco zdravotnický záchranář-řidič vzel pacienta na schodolezu po pěšině zpět směrem k vozu ZZS, druhý zdravotnický záchranář se pacientovi představil a oznámil mu, že pacienta nejdříve transportují do vozu ZZS a poté ho vyšetří. Pacient se představil jako M.Š., s postupem souhlasil a při příjezdu k vozu ZZS s pomocí posádky vystoupal tři schody vedoucí do ambulantního prostoru.

Pacient byl znečištěn, zdravotnický záchranář proto na sedačku umístil jednorázový povlak na postel, aby pozdější údržba vozu nebyla tak náročná. Pan Š. se po vyzvání na místo posadil. Byl požádán, aby si z důvodu měření fyziologických funkcí sundal bundu, což pacient ochotně udělal. Poté začalo řidičem-záchranářem měření fyziologických funkcí a druhý zdravotnický záchranář během toho odebíral od pacienta anamnézu.

Pan Š. vypověděl, že ve zdejším příbytku žije s dalšími třemi muži, jednou ženou a psem. Již více než šest měsíců ho bolí kolena a tato bolest se v posledním týdnu zhoršila a přesunula se i na lýtka a stehna. Nyní kvůli bolesti a slabosti dolních končetin téměř neopouští příbytek, pouze kvůli každoměsíční cestě pro důchod. Pan Š. byl oblečený do trika, mikiny, spodního prádla a měl jen velmi tenké kalhoty a na nohách ponožky a pantofle, jednoznačně nevyhovující aktuálním klimatickým podmínkám.

Řidič-záchranář během tohoto odebrání anamnézy provedl vyšetření životních funkcí a oznámil výsledky měření druhému zdravotnickému záchranáři. Krevní tlak byl naměřen na hodnotě 150/90 Torrů, puls byl pravidelný o frekvenci 90 úderů za minutu a saturace periferní krve kyslíkem byla 90 %. Glykémie byla glukometrem stanovena na hodnotě 5,2 mmol/l.

Zdravotnický záchranář poté doplnil kompletní vyšetření pacienta podle algoritmu ADCDE<sup>1</sup>:

A – Dýchací cesty byly spontánně průchodné, pacient komunikoval.

B – Oxygenace a ventilace: eupnoe s dechovou frekvencí 18 dechů za minutu, subjektivní pocit mírné dušnosti, který pan Š. přisuzoval třiceti letům práce v šachtě na Ostravsku. Auskultačně dýchání bilaterálně čisté, sklípkové, saturace hemoglobinu kyslíkem 90 %, hrudník se zvedal symetricky. Záchranář nabídl pacientovi oxygenoterapii medicínálním kyslíkem, ten tuto možnost odmítl.

C – Krevní oběh: puls hmatný a pravidelný na arteria radialis o frekvenci 90 pulzů za minutu, kapilární návrat do dvou sekund. Puls byl hmatný symetricky i na dolních končetinách na obou dolních končetinách na arteria tibialis posterior a arteria dorsalis pedis.

D – Pacient byl při vědomí, orientován místem, časem i osobou, kvantitativní stav vědomí dle *Glasgow coma scale* (GCS) 15 (4–5–6) bodů, zornice isokorické, fotoreakce bilaterálně přítomna, jazyk pacient plazil středem, zuby cenil symetricky. Pohyby a cití

---

<sup>1</sup> Postup ABCDE je běžně známý a používaný postup při vyšetřování pacienta. Jednotlivá písmena znamenají konkrétní kroky při vyšetřování pacienta:

A – Airway, zajištění dýchacích cest

B – Breathing, zajištění dýchání

C – Circulation, zajištění krevního oběhu

D – Disability, vyšetření úrovně vědomí

E – Exposure, vyšetření celého těla „od hlavy k patě“

končetin byly symetrické, bez lateralizace a u horních končetin bez deficitu. U obou dolních končetin si pacient stěžoval na bolest při pohybu v kolenním kloubu. Tělesná teplota byla 36,5 °C.

E – Pacient byl bez známek akutního traumatu, bez otoků, bez známek porušení kožní integrity. Zdravotnický záchranář se zaměřil především na dolní končetiny, které byly obě velmi hubené, se světlou suchou kůží. Na levé patě byl několikacentimetrový defekt, který byl prý způsobený úrazem traktorem před mnoha lety. Dále pan Š. uvedl sníženou citlivost konečků některých prstů na horních končetinách kvůli mnoha letům práce se sbíjecím kladivem.

Pacientovi bylo oznámeno, že ho posádka může převézt na vyšetření do nejbližší nemocnice, ale že jeho aktuální zdravotní potíže nejsou indikací k volání zdravotnické záchranné služby, ale s řešením jeho zdravotního stavu by měl začít praktický lékař. Pan Š. si byl tohoto vědom a uvedl, že si snažil v Praze praktického lékaře najít. Ten ho ale odmítnul s argumentací, že má pan Š. trvalé bydliště v Havířově a lékař již navíc další pacienty nepřijímá. Zdravotnický záchranář pacientovi oznámil, že pro osoby bez domova je zřízená ordinace lékaře v rámci denního centra Naděje nedaleko Hlavního nádraží. Pacient řekl, že mu jeho spolubydlíci tvrdili, že tato ordinace již není v provozu.

To zdravotnického záchranáře překvapilo a začal se proto více vyptávat na podrobnosti o jejich společném bydlení. Pan Š. je prý ve skupině jediný, kdo dostává pravidelně starobní důchod, ale vždy ho prý ostatním ihned odevzdává. Pro potíže při chůzi ho prý spolubydlíci kromě cesty pro důchod nenechávají opustit příbytek, proto ani nemá jinou obuv než pantofle. Při žádosti o lepší obuv se setkal s odpovědí „kam bys chodil, lepší nepotřebuješ“. O den dříve jim peníze z důchodu došly, pacient je jim tak v příbytku na obtíž a zavolali mu dnes záchrannou službu, protože se ho prostě chtějí na nějakou dobu zbavit.

Pan Š. na požádání předložil občanský průkaz. Neměl sice průkaz zdravotního pojištění, ale měl papírové potvrzení, které tento průkaz dočasně nahrazuje. Ten zdravotnickému záchranářovi také zapůjčil.

Čas: 09:42

Pacient byl v sanitním voze na sedačce připoután bezpečnostním pásem. Zdravotnický záchranář poté požádal řidiče-záchranáře o transport k ortopedické

ambulanci nejbližší nemocnice a byl řidičem-záchranářem upozorněn, že přijetí tohoto pacienta na ortopedické ambulanci je velmi nepravděpodobné z důvodu možné interní příčiny bolestí pacienta. Zdravotnický záchranář si tuto možnost uvědomoval, přesto chtěl pacienta nejdříve zkusit předat na ortopedické ambulanci. Během transportu oznámil zdravotnický záchranář pacientovi, že si myslí, že jeho potíže s dolními končetinami jsou způsobené dlouhodobým působením chladu, což přisuzuje nevhodnému oblečení a obuvi. Panu Š. bylo oznámeno, že by i pro jeho zdravotní stav bylo vhodnější opustit společné bydlení a z vlastních peněz si platit ubytování v ubytovně. Pacient s tímto souhlasil.

Čas: 09:49

Vozidlo RZP dojelo bez potíží do nemocnice k ortopedické ambulanci. Zdravotnický záchranář byl připraven, že by předání pacienta mohlo být problematické a oznámil tuto skutečnost pacientovi. Uvedl, že je na ortopedické ambulanci pravděpodobné odmítnutí přijetí pacienta a přeoslání posádky RZP na interní ambulanci.

Do ordinace lékaře vstoupil sám zdravotnický záchranář; pacient zatím seděl v čekárně na kolečkovém křesle v doprovodu řidiče-záchranáře. V ordinaci byl lékař, zdravotní sestra a sanitář. Zdravotnický záchranář pozdravil lékaře a oznámil mu, že je připraven s odmítnutím, ale dle jeho posouzení má pacient nejlepší šanci na adekvátní pomoc na ortopedii. Lékaři byla vysvětlena životní i momentální situace pacienta.

Lékař se zdravotnického záchranáře zeptal, jestli pacient nemá na končetinách omrzliny. Sám dodal, že v takovém případě by měl být pacient nejdříve ošetřen na klinice popáleninové medicíny sídlící v jiném pavilonu nemocnice. Zdravotnický záchranář toto negoval. Zdravotní sestra na ambulanci tento dotaz rozvedla a ptala se, jestli zdravotnický záchranář kontroloval i stav prstů na noze, kde bývají omrzliny nejčastější. Zdravotnický záchranář potvrdil, že se koukal i na prsty. Ty jsou sice špinavé a zapáchají, ale omrzliny na nich nejsou a pacient s nimi hýbe volně.

Pacient byl i přes nevoli personálu přijat k ošetření na ortopedické ambulanci.



## 6 DISKUZE

Bakalářská práce s názvem „Specifika přednemocniční péče o bezdomovce v Praze“ měla pět cílů, které splnila následovně:

### Vyhodnocení cíle č. 1

Seznámit čtenáře s problematikou bezdomovectví a popsat provázání zdravotních a sociálních potíží osob bez domova.

Tento cíl byl splněn v teoretické části práce. Zde byly především uvedeny faktory, kterými sociální situace bezdomovectví ovlivňuje zdraví jedince a dále konkrétní onemocnění, se kterými se osoby bez domova potýkají.

### Vyhodnocení cíle č. 2

Popsat dostupnost zdravotní péče osobám bez domova v Praze a možnosti řešení zdravotních potíží mimo zdravotnickou záchrannou službu. Dále popsat povědomí osob bez domova a posádek výjezdových skupin ZZS HMP o těchto službách.

Tento cíl byl splněn. Teoretická část práce představila problematiku poskytování zdravotní péče osobám bez domova a popsala i čtyři organizace, které se na zdravotní pomoc bezdomovcům zaměřují.

Na druhou část tohoto cíle se pak zaměřil průzkum v praktické části práce. Z rozhovorů se záchranáři bylo zjištěno, že všichni oslovení mají alespoň nějaké povědomí o ordinaci lékařů Naděje nedaleko hlavního nádraží. Tři ze šesti respondentů i nějakým způsobem zmínili zdravotnickou péči v centru Armády Spásy v Holešovicích, ale nikdo z oslovených nevěděl, že zde působí zdravotní sestra bez lékaře. Alespoň minimální povědomí o terénní službě Naděje projevíli 3 oslovení respondenti, ale pouze jeden zmínil i nějaké detaily. Ani jeden respondent neznal rozpis umístění této služby.

O projektu *Medici na ulici* nikdy neslyšel ani jeden z oslovených záchranářů. Zároveň 5 ze šesti oslovených projevílo zájem o možnost informace o těchto službách bezdomovcům poskytovat.

Všechny oslovené osoby bez domova věděly o ordinaci lékařů Naděje, jako o nejdůležitějším místě pro poskytování zdravotních služeb osobám bez domova v Praze. O ordinaci zdravotní sestry v Holešovicích ale nevědělo 11 bezdomovců, tedy 44 %. Znalost jednotlivých ošetřoven projektu *Medici na ulici* dopadla velmi nekonzistentně.

O ošetřovně v kanceláři oddělení sociální prevence neví 6 dotazovaných, tedy 24 %. Dva z nich žijí na ulici 1-5 let, další dva 6-10 let a třetí dvojice na ulici žije více než 10 let. Ani jeden z těchto 6 není mladší 26 let a jen dva jsou mladší 50 let.

Znalost ošetřovny na zastávce Vltavská potvrdil pouze jeden respondent, a to ve věku mezi 50 a 62 lety, žijící na ulici 1-5 let. Ošetřovnu v ubytovně Michle nezná 19 respondentů. Čtyři z nich žijí na ulici méně než jeden rok, sedm dalších je na ulici 1 až 5 let. Další tři tito respondenti žijí na ulici 5-10 let a pět respondentů neznalých ošetřovny v ubytovně Michle je na ulici déle než 10 let.

Předpoklad Bartáka, že zvláště mladí a nezkušení bezdomovci nemusí být s těmito možnostmi řešení svého zdravotního stavu seznámeni, se tedy neprokázal. Je pravda, že návratnost dotazníků pro osoby bez domova byla očekávána jako vyšší. I z malého počtu použitelných dotazníků však vyplývá, že povědomí osob bez domova o různých zdravotních službách by mohlo být lepší, zvláště u osob, které využívají služby různých pomáhajících organizací (BARTÁK, 2011).

Neznalost možností řešení zdravotního stavu samotným bezdomovcem ilustruje i uvedená kazuistika. Ukazuje, že pacient si sice uvědomoval svůj zdravotní stav a snažil se ho řešit vhodným způsobem, ale neuspěl. Praktický lékař ho odmítl vyšetřit, a když mu jeho spolubydlíci nepravdivě řekli, že ordinace pro osoby bez domova není v provozu, neměl pacient téměř žádnou možnost svůj zdravotní stav řešit jinak než přivoláním záchranné služby.

### **Vyhodnocení cíle č. 3**

Popsat zdravotní stavy, kvůli kterým se osoby bez domova stávají pacienty zdravotnické záchranné služby a popsat specifika jejich ošetřování.

Tento cíl byl splněn. Mezi diagnózami zmínili všichni oslovení záchranáři intoxikaci a bolest dolních končetin, pět ze šesti respondentů zmínilo úraz a čtyři mluvili o bércových vředech. Polovina záchranářů zmiňovala přítomnost parazitů, pouze jeden záchranář hovořil o polymorbiditě pacientů bez domova.

Ohledně specifík ošetřování osob bez domova komentovali všichni oslovení záchranáři sníženou hygienu těchto osob a jejich účelové jednání během poskytování PNP. Dále se zdá, že pro nikoho ze záchranářů není zásadní problém absence dokladů osob bez domova, protože si potřebné informace dokážou najít v počítačovém systému

přímo v sanitním voze. Tomu napomáhá všemi oslovenými záchranáři zjištěná informace, že osoby bez domova bývají záchrannou službou ošetřovány opakovaně. Možnost přímo ve voze využít aplikaci *VZP Point* k přesnější identifikaci údajů o klientovi by uvítal pouze jeden dotazovaný.

Pro všechny oslovené záchranáře je předávání pacienta bez domova v nemocnicích obtížnější než předávání pacientů s běžným bytovým zázemím. V průzkumu Šupkové tento problém zmínilo 70 % respondentů ze záchranných služeb, v průzkumu Jančové označila předání pacienta v nemocnici jako problematické polovina respondentů. Tento problém ukazuje i uvedená kazuistika, ve které si oba zdravotničtí záchranáři uvědomovali pravděpodobné odmítnutí přijetí nebo alespoň problémové předání pacienta ze strany ortopedické ambulance, které se potvrdilo. (ŠUPKOVÁ, 2007), (JANČOVÁ, 2016).

Pět ze šesti oslovených pozná již ze zprávy od ZOS, že jejich pacient bude pravděpodobně osoba bez domova. Poznají to podle kombinace indikace výjezdu a místa zásahu. Čtyři z těchto pěti zmínili mezi místy zásahu okolí stanice metra.

Ze čtyř rozhovorů bylo patrné, že záchranáři k osobám bez domova přistupují s nelibostí.

Čtyři osoby bez domova jako důvod jejich ošetření záchrannou službou uvedli stav související s neúrazovou bolestí dolních končetin, čtyři uvedli příčinu, která by se dala klasifikovat jako slabost či kolaps a další tři zmínili úraz. Poslední tři zmíněné indikace byly porod, těžká opilost a bolest břicha.

Porod ani bolesti břicha nezmínil ani jeden z dotazovaných záchranářů. V průzkumu Jančové uvedlo mezi nejčastějšími indikacemi 70 % respondentů shodně úraz a intoxikaci alkoholem.

V uvedené kazuistice se jednalo o pacienta, který nebyl v ohrožení života a nebyl tedy typickým pacientem záchranné služby ani akutní příjmové ambulance v nemocnici, což je dle Jančové u pacientů bez domova očekávatelné. Indikace výjezdu byla bolest dolních končetin. Tato indikace byla zmíněná ve všech rozhovorech se záchranáři, zmínili jí i čtyři osoby bez domova v dotazníkovém šetření (JANČOVÁ, 2016).

Pacient měl špinavé oblečení, posádka proto věnovala zvýšenou pozornost následné očištění vozu a podnikla proto preventivní krok, a to potažení sedačky jednorázovým povlakem na postel. Na problém malhygieny poukazovali všichni oslovení záchranáři.

Pro posádku RZP bylo jistě příjemné, že pacient z kazuistiky měl občanský průkaz a potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění. To minimalizovalo administrativní zátěž.

#### **Vyhodnocení cíle č. 4**

Zjistit, jestli se personál výjezdových složek ZZS HMP chová k osobám bez domova jinak než k bydlící populaci. Pokud se toto potvrdí, bude dalším cílem práce zjistit příčinu tohoto jevu a pokusit se vymyslet způsob nápravy.

Tento cíl byl splněn. Výsledky ukazují, že se záchranáři k osobám bez domova někdy chovají „jinak“, ale jistě se v tomto nedá paušalizovat a tvrdit, že by se snad záchranáři chovali hůř od začátku poskytování PNP. Z výsledků nelze soudit, že by případné „jiné“ chování záchranářů vycházelo z jejich iniciativy, spíše se jedná o reakci na nevhodné chování pacienta bez domova. Výsledky naznačují, že chování k osobám bez domova není zcela stejné, jako k lidem s bytovým zázemím. Jak již bylo zmíněno, ze čtyř ze šesti rozhovorů bylo možné identifikovat negativní postoj záchranáře k bezdomovcům. Dva respondenti sami hovořili o použití fyzického násilí vůči osobám bez domova, ke kterému by se u bydlícího člověka neuchýlili.

Jedenáct osob bez domova hodnotilo chování záchranářů kladně, dva negativně a dva neutrálně – jeden slovy „Asi normálně, bez problémů“, druhý si jejich chování nepamatuje, protože byl v bezvědomí. Čtrnáct tázaných osob bez domova si myslí, že by se k nim záchranáři chovali stejně i v případě, že by nebyli bez domova. Pouze čtyři další s tímto nesouhlasí.

Ne každý zdravotnický záchranář by se snažil porozumět aktuální životní situaci pacienta v uvedené kazuistice (společné bydlení a odevzdávání důchodu) a nenavrhl by mu změnu typu bydlení. Také by ho nemusel informovat o ordinaci praktického lékaře v denním centru Naděje a mohl by ho jednoduše převézt na interní ambulanci, kde by bylo možné rychlé vyloučení interní příčiny potíží a propuštění zpět na ulici. Kazuistika žádné nežádoucí chování záchranáře neukazuje. Pacient zde však nejevil známky

intoxikace alkoholem a se záchranáři spolupracoval, což dle oslovených záchranářů nebývá pravidlem. Zdravotnický záchranář bohužel u sebe neměl žádný dokument s informací o zmíněné ordinaci, kterou by mohl pacientovi rovnou předat.

### **Vyhodnocení cíle č. 5**

Zjistit charakter vztahů bezdomovců a posádek Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy.

Tento cíl byl splněn částečně.

Ve čtyřech ze šesti rozhovorů se záchranáři se objevila informace o negativním postoji záchranáře k osobám bez domova. Dva z nich dokonce zmínili i použití fyzického násilí. Dále ze všech rozhovorů vyplývá, že záchranářům vadí účelové jednání osob bez domova a zdá se, že by byli rádi, aby pacienti bez domova jednali se záchranáři čestně a řekli jim, co potřebují. Ocenění upřímného jednání zmínili sice pouze dva respondenti, ale vzhledem k často zmíněnému účelovému jednání se dá toto přání předpokládat i u dalších záchranářů. Jeden respondent projevil soucit k situaci osob bez domova a tím i ambivalentní postoj, jak ho popisuje Vágnerová (VÁGNEROVÁ, 2014).

Dotazníky pro osoby bez domova na tento cíl nebyly dobře zaměřené.

## 7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Zdá se, že pouliční medicína zlepšuje zdravotní stav osob bez domova a výrazně šetří peníze systému zdravotní péče. Bylo by proto z ekonomického hlediska vhodné, aby byla tato péče více podporována, například proplácena zdravotními pojišťovny. Dá se předpokládat, že pokud by přibýlo kvalitního ošetření v rámci *street medicine*, mohlo by ubýt zbytečně drahé a nevhodné péče formou záchranné služby.

Dále je pravděpodobné, že by stejnému cíli prospělo zřízení dalších zařízení následné péče pro osoby bez domova, jako je uvedený ADOS.

Pravděpodobně by významně prospělo i vytvoření zákona o bezdomovectví. Barták ho ve scénáři vývoje bezdomovectví v České republice označuje jako nejvýznamnější nástroj politiky boje proti bezdomovectví (BARTÁK, 2004).

Z rozhovorů se záchranáři i z dotazníků pro bezdomovce vyplynulo, že ani jedna z těchto skupin nezná dobře všechny možnosti zdravotní péče pro osoby bez domova. Tuto skutečnost podporuje i uvedená kazuistika. Proto bylo přistoupeno k vytvoření grafického návrhu informačního letáku, který by tyto informace obsahoval a mohl být distribuován osobám bez domova. Tento leták má šest stran a je uveden v příloze G.

Při jeho tvorbě se kladl důraz na přehlednost letáku a snadnou čitelnost. Osoba bez domova nemusí mít vhodné brýle a nemusí mít intelektové dovednosti na to, aby se vyznala v příliš složité tabulce. Dále bylo z důvodu lepší čitelnosti zvoleno použití pouze velkých písmen, tzv. verzálek.

Dále bylo potřeba, aby jednotlivé části byly snadno upravitelné v případě změn rozpisů jednotlivých služeb. Proto bylo přistoupeno k vytvoření letáku v počítačovém programu Microsoft Word, který je velmi rozšířen a soubory v něm vytvořené tak může v případě potřeby upravovat široká veřejnost. Ze stejného důvodu je na přední straně letáku uvedeno datum správnosti údajů, protože je pravděpodobné, že se rozpisy jednotlivých služeb budou s časem měnit. Leták byl vytištěn na papíře o síle 200 g/m<sup>2</sup>.

Tento leták bude při úspěšném obhájení této bakalářské práce nabídnut a distribuován všem výše uvedeným aktérům problematiky zdravotního stavu osob bez domova.

## ZÁVĚR

Osoby bez domova mívají vlivem specifického životního stylu horší zdravotní stav, a tedy vyšší potřebu zdravotní péče než většinová populace. Nedostupnost primární, preventivní, a tedy i nejlevnější možné zdravotní péče ve svém finálním důsledku pro společnost způsobuje, že se osobám bez domova poskytuje ve formě zdravotnické záchranné služby péče mnohem dražší a méně vhodná (OUŘADOVÁ, 2017b).

Teoretická část práce popsala provázanost sociální a zdravotní stránky problematiky bezdomovectví. Popsala různé konkrétní rizikové faktory, které na osoby bez domova působí a ohrožují je zhoršením zdravotní stavu. V návaznosti na tyto faktory byly představeny různé konkrétní onemocnění, které mohou být těmito faktory vyvolány.

Podstatná část práce se věnuje problematice dostupnosti zdravotní péče a konkrétním organizacím, které osobám bez domova zdravotní služby poskytují. Zdravotnická záchranná služba je díky své roli první zdravotní službou, se kterou se osoba bez domova v případě zdravotního problému setkává a může tak utvořit názor osob bez domova na celé zdravotnictví, a tedy i ovlivnit postup další léčby. Zároveň samotným bezdomovcům a jejich okolí (díky tomu, že ZZS je s nimi ve velmi úzkém kontaktu a přichází do jejich soukromí) mohou dát záchranáři radu, jak situaci řešit příště.

Práce si kladla pět cílů, z nichž čtyři se podařilo splnit úplně a jeden částečně. Jak bylo zjištěno v průzkumu provedeném mezi záchranáři a samotnými osobami bez domova, povědomí všech zúčastněných o nabízených službách je menší, než by mohlo být. Výstupem této práce je proto návrh letáku s rozpisem zmíněných zdravotních služeb. Ten může být poskytnut mnoha organizacím, jejichž představitelé přicházejí s osobami bez domova do kontaktu.

Dále může být tato práce využita jako vzdělávací materiál pro zdravotníky setkávající se ve své práci s osobami bez domova.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANON. Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských zdravotnických oborů. *Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2004, 12-13. Dostupné také z: [http://mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID=9306&typ=application/zip&nazev=Vestnik\\_7-2004.zip](http://mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID=9306&typ=application/zip&nazev=Vestnik_7-2004.zip)

ANON. ETHOS Typology on Homelessness and Housing Exclusion. *FEANTSA: Working Together to End Homelessness in Europe* [online]. Brussels, 01 Apr 2005 [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>

ANON. Azylový dům s ošetrovatelskou službou ADOS. *Centrum sociálních služeb Praha* [online]. Praha, 2012 [cit. 2019-01-21]. Dostupné z: <https://www.csspraha.cz/24816-azylovy-dum-s-osevovatelsskou-sluzbou>

ANON. Mobilní sociální služba: Stanoviště platná od 3. 8. 2018. In: *Naděje* [online]. c2013-2019, 2018a [cit. 2019-01-15]. Dostupné z: [https://www.nadeje.cz/img-content/4/files/dokumenty/TP\\_Rozpis%20stanovist%20MSS.pdf](https://www.nadeje.cz/img-content/4/files/dokumenty/TP_Rozpis%20stanovist%20MSS.pdf)

ANON. *Nocleženska* [online]. Praha: Armáda Spásy, 2018b [cit. 2019-01-15]. Dostupné z: <https://www.noclezenka.cz/>

ANON. Pražská záchranka ošetřila první podchlazené pacienty. *Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy* [online]. Praha: Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy, c2018, 30. listopadu 2018c [cit. 2018-12-26]. Dostupné z: <https://www.zzshmp.cz/aktuality/prazska-zachranka-osevovatelsskou-sluzbou>

ANON. Speciál: Vše o záchytce, sami jsme vyzkoušeli!: Fotograf Krimi zavřený na záchytce, redaktor naopak v bílém plášti. *Krimi-Plzeň* [online]. c2014-2019, 26. ledna 2018d [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: <https://www.krimi-plzen.cz/a/fotograf-krimi-zavreny-na-zachytce-redaktor-naopak-v-bilem-plasti/>

ANON. Bezdomovci v Česku? Na ulici je velká úmrtnost, cesta zpět je obtížná, říká Vašát. *Aktuálně.cz* [online]. Economia, c1999-2019, 9.11.2018e [cit. 2019-01-05]. Dostupné z: <https://video.aktualne.cz/dvtv/bezdomovci-v-cesku-na-ulici-je-velka-umrtnost-cesta-zpet-je/r~6aa003eae2c111e8b474ac1f6b220ee8/>



ANON. Co umožňuje VZP Point. *Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR* [online]. VZP ČR, c2019a [cit. 2019-02-17]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/e-vzp/vzp-point/co-umoznuje-vzp-point>

ANON. Život na ulici? Někoho to zlomí, já to nevzdal, žebrákům peníze neházím, říká Bural. *Aktuálně.cz* [online]. Economia, c1999-2019, 11.2.2019b [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://video.aktualne.cz/dvtv/zpoved-byvaleho-bezdomovce-kradl-jsem-zkusil-pervitin-cesta/r~77a59a502d3511e9b73eac1f6b220ee8/>

BANDIT, Rad. Šílenství bez domova. *Nový Prostor*. 2013, (426). ISSN 1213-1911. Dostupné také z: <http://novyprostor.cz/clanky/426/silenstvi-bez-domova>

BARTÁK, Miroslav. Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty. *Zdravotnictví v České republice*. 2004a, (říjen), 76-81. ISSN 1213-6050.

BARTÁK, Miroslav. *Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty I.: Bezdomovství v zrcadle veřejné politiky*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004b. ISSN 1213-8096.

BARTÁK, Miroslav. *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2011. ISBN 978-80-7414-441-7. Dostupné také z: [http://pokrok.ujep.cz/elektronicka\\_knihovna/Bezdomovstvi\\_v\\_CR.pdf](http://pokrok.ujep.cz/elektronicka_knihovna/Bezdomovstvi_v_CR.pdf)

BENEŠOVÁ, Hana a Marta ČEJKOVÁ. Problematická péče o bezdomovce. *Sestra: Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské pracovníky*. Mladá fronta, 2009, **19**(12), 54-55. ISSN 1210-0404.

ČESKO, 1997. Zákon č. 48 ze dne 7. března 1997, o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. **16**, 1185-1264. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3007>

ČESKO, 2006. Zákon č. 111 ze dne 14. března 2006, o pomoci v hmotné nouzi. In: *Sbírka zákonů České republiky*. **37**, 1305-1328. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFible.aspx?type=c&id=4883>

ČESKO, 2011. Zákon č. 374 ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů České republiky*. **131**, 4839-4848. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=23499>

ČESKO, 2013. Zákon č. 186 ze dne 11. června 2013, o státním občanství České republiky a o změně některých zákonů (zákon o státním občanství České republiky). In: *Sbírka zákonů České republiky*. **77**, 1774-1809. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=25745>

ČIHÁKOVÁ, Martina. *V Praze doma bez domova: pouliční průvodce Prahou* [online]. 11. vyd. Praha: Centrum sociálních služeb Praha, 2018 [cit. 2019-01-21]. Dostupné z: <https://www.csspraha.cz/wcd/publikace/vprazedomabezdomova2018.pdf>

ČTK. Bezdomovec se chtěl v mrazech zahrát, málem se udusil. *Týden.cz* [online]. Empresa media, c2006-2019, 05.02.2019 [cit. 2019-02-16]. Dostupné z: [https://www.tyden.cz/rubriky/domaci/bezdomovec-se-chtel-v-mrazech-zahrat-malem-se-udusil\\_512714.html](https://www.tyden.cz/rubriky/domaci/bezdomovec-se-chtel-v-mrazech-zahrat-malem-se-udusil_512714.html)

DAS a NOVINKY. Mladá lékařka Andrea Pekárková pečuje o lidi bez domova. *Novinky.cz* [online]. Borgis, c2003-2019, 14. Května 2018 [cit. 2019-02-16]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/zena/styl/470453-mlada-lekarka-andrea-pekarkova-pecuje-o-lidi-bez-domova.html>

DAVIDOVÁ, Ivana. *Metodická příručka pro sociální kurátory a metodiky sociální prevence* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2010 [cit. 2019-02-15]. ISBN 978-80-7368-628-4. Dostupné z: [http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/metodicka\\_prirucka.pdf](http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/metodicka_prirucka.pdf)

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, Romana BELEŠOVÁ, Alena KAJANOVÁ a Brahim BERGOUGUI. Zdravotně sociální aspekty bezdomovectví. *Kontakt*. 2016, **18**(3), 196-201. ISSN 1212-4117.

ECHO24 a ČTK. Pražští bezdomovci mají nově zubaře a psychiatra. *Echo24.cz: Názorový deník* [online]. ECHO MEDIA, 2019, 30. Května 2016 [cit. 2019-02-16]. Dostupné z: <https://echo24.cz/a/irVsY/prazsti-bezdomovci-maji-nove-zubare-a-psychiatra>

FALDYNA, Zdeněk. Alkohol a lidé bez domova. In: *Sborník z konference "Zdravotnická péče a bezdomovectví": obtíže, možnosti, cesty a výzvy*. Olomouc: Charita Olomouc, 2008, s. 35-38. ISBN 978-80-254-3656-1.

FEANTSA. ETHOS – Evropská typologie bezdomovství a vyloučení z bydlení v prostředí ČR. In: *FEANTSA: Working Together to End Homelessness in Europe* [online]. Brussels, 2005 [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: [https://www.feantsa.org/download/cz\\_\\_\\_\\_8621229557703714801.pdf](https://www.feantsa.org/download/cz____8621229557703714801.pdf)

FITZPATRICK, Suzanne, Peter KEMP a Susanne KLINKER. *Single homelessness: An overview of research in Britain*. Bristol: The Policy Press, 2000. ISBN 1-86134-255-1. Dostupné také z: <https://www.jrf.org.uk/file/36345/download?token=TCNXTyf8&filetype=full-report>

FRANĚK, Ondřej. Zástavy oběhu u podchlazených pacientů. *TEP: Zpravodaj ZZS HMP*. Praha, 2018, 2(4). Dostupné také z: <https://tep.zzshmp.cz/tep-4-2018-zpravodaj-zzs-hmp/zastavy-obehu-u-podchlazenych-pacientu/>

HELLER, Samuel. Když je bezdomovec nemocný. *Praktický lékař*. Praha, 1994, 74(7-8), 354. ISSN 0032-6739.

HOCEK, Josef. Problémy s bezdomovci. *DP Kontakt*. Praha, 2004, 9(3), 13. ISSN 1212-6349. Dostupné také z: <http://www.dpp.cz/download-file/240/03-brezen-2004.pdf>

HRADECKÁ, Vlastimila a Ilja HRADECKÝ. *Bezdomovství - extrémní vyloučení*. [1. vyd.]. Praha: NADĚJE, 1996, 107 s. ISBN 80-902-2920-4. Dostupné také z: [https://www.nadeje.cz/img-content/files/docs/odborne/1996bezdomovstvi\\_exv.pdf](https://www.nadeje.cz/img-content/files/docs/odborne/1996bezdomovstvi_exv.pdf)

HRADILEK, Ludvík. Sonda roku: Pepík a Pepa radí, jak přežít na ulici. *Aktuálně.cz* [online]. Economia, c1999-2019, 24.12.2010 [cit. 2018-11-19]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/sonda-roku-pepik-a-pepa-radi-jak-prezit-na-ulici/r~i:gallery:17793/>

HRADILEK, Ludvík. Nic mi neschází, ničeho se nebojím, nejlepší je nemít nic. Jak se žije v Praze na ulici. *Deník N* [online]. N Media, 21. listopadu 2018 [cit. 2019-01-17]. Dostupné z: <https://denikn.cz/23104/nic-mi-neschazi-niceho-se-nebojim-nejlepsi-je-nemit-nic-jak-se-zije-v-praze-na-ulici/>

HUDÁKOVÁ, Zuzana. Starostlivost' o bezdomovcov. *Florence*. 2012, **8**(1), 14-15. ISSN 1801-464X.

JANČOVÁ, Monika. *Problematika výjezdů zdravotnické záchranné služby u lidí bez domova*. České Budějovice, 2016. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Bc. Robert Havlíček.

JANSOVÁ, Petra. Tři týdny bezdomovcem. Umělec žil v Praze ve křoví, na týden mu stačilo 70 korun. *Aktuálně.cz* [online]. Praha: Economia, c1999-2019, 17.10.2018 [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: <https://magazin.aktualne.cz/epos-257/r~fdd1660ecde511e8b5b20cc47ab5f122/>

KALVACH, Zdeněk. Osobní selhání, nebo příklad sociální exkluze?. *Medical tribune*. 2007, 3(7), A9. ISSN 1214-8911.

KAR. Jak žijí čeští bezdomovci? Tři čtvrtiny z nich přiznávají, že mají dluhy. *ČT 24* [online]. 2019, 28.6.2017 [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/veda/2165362-jak-ziji-cesti-bezdomovci-tri-ctvrtiny-z-nich-priznavaji-ze-maji-dluhy>

KOLOUCH, Petr. *Etický kodex a normy profesionálního chování zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy*. Praha, 2017. Dostupné také z: [https://zip.zzshmp.cz/vm/upload/Prilohy\\_Zip/131/ZD.03.01.pdf](https://zip.zzshmp.cz/vm/upload/Prilohy_Zip/131/ZD.03.01.pdf)

KOUBOVÁ, Michaela. Z nemocnice rovnou na ulici. Česku zcela chybí návazná a úlevová péče pro bezdomovce. *Zdravotnický deník: zdravé je vědět* [online]. Media Network, 2018, 21.10.2015 [cit. 2019-02-16]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/10/z-nemocnice-rovnou-na-ulici-cesku-zcela-chybi-navazna-a-ulevova-pece-pro-bezdomovce/>

KŘIVÁNKOVÁ, Malvína a Šárka ROČKOVÁ. Klient bez domova na Oddělení urgentního příjmu. In: *Sborník z konference "Zdravotnická péče a bezdomovectví": obtíže, možnosti, cesty a výzvy*. Olomouc: Charita Olomouc, 2008, s. 32-34. ISBN 978-80-254-3656-1.

KUČERA, Robert. Podmínky k přijetí klienta k pobytu na ZPS. In: *Městská poliklinika Praha* [online]. 1.8.2016 [cit. 2018-12-17]. Dostupné z: <http://www.prahamp.cz/file.php?nid=7262&oid=5228123h>

KVAPIL, Libor. Charitní ordinace pro bezdomovce Střediska Samaritán. In: *Sborník z konference "Zdravotnická péče a bezdomovectví": obtíže, možnosti, cesty a výzvy*. Olomouc: Charita Olomouc, 2008, s. 12-16. ISBN 978-80-254-3656-1.

KVAPIL, Libor. Zkušenosti z praxe v ordinaci olomoucké Charity pro bezdomovce a lidi v hmotné nouzi. *Practicus*. 2015, 14(3), 19-22. ISSN 1213-8711.

LIŠKOVÁ, Michaela. Na „nohy v teple“ už bezdomovcům přispěly tři stovky lidí. Darovat záchranu před omrzlinami lze ještě ve čtvrtek. *ČT 24* [online]. 2019, 30.1.2019 [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/2720753-na-nohy-v-teple-uz-bezdomovcum-prispely-tri-stovky-lidi-darovat-zachranu-pred>

MALÍK, Tomáš a Tomáš HAVLÍN. Život v garáži. *Nový prostor*. 2012, (397), 8-9. ISSN 1213-1911. Dostupné také z: <http://www.novyprostor.cz/clanky/397/zivot-v-garazi.html>

MARTINKOVÁ, Leona. Úvod do problematiky bezdomovectví a vznik charitní ordinace. In: *Sborník z konference "Zdravotnická péče a bezdomovectví": obtíže, možnosti, cesty a výzvy*. Olomouc: Charita Olomouc, 2008, s. 7-11. ISBN 978-80-254-3656-1.

MATLACH, Radek, Pavol MAKOVICKÝ a Peter MAKOVICKÝ. Letální případy krvácení do horní části gastrointestinálního traktu. *Vnitřní lékařství*. 2016, **62**(12), 1028-1033. ISSN 0042-773X.

MIKULÁŠEK, Ondřej a Klára ŠIVLOVÁ. Realita? Fikce? -Příběh!. In: *"Jak se žije na ulici - zjevné bezdomovectví": sborník z konference*. Olomouc: Charita Olomouc, 2011, s. 17-30. ISBN 978-80-254-8895-9.

MPSV. *Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020* [online]. Praha, 2013 [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/16157/koncepce.pdf>

NADĚJE. Zdravotní péče pro lidi bez domova. In: *Naděje* [online]. Praha, c2013-2019 [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: [https://www.nadeje.cz/img-content/4/files/letaky/PH\\_ORDINACE\\_EL\\_BAR.pdf](https://www.nadeje.cz/img-content/4/files/letaky/PH_ORDINACE_EL_BAR.pdf)

NOVINKY a ČTK. Na jihu Moravy umrzli od úterý čtyři lidé, oběti hlásí i Praha. *Novinky.cz* [online]. Borgis, c2003-2019, 23. ledna 2019 [cit. 2019-02-15]. Dostupné z:

<https://www.novinky.cz/domaci/495300-na-jihu-moravy-umrzli-od-utery-ctyri-lide-obeti-hlasi-i-praha.html>

OUŘADOVÁ, Anna. Bezdomovství a péče o lidi bez domova. *Vita nostra revue*. Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, 2017a, **26**(4), 49-53. ISSN 1212-5083.

OUŘADOVÁ, Anna. Street Medicine Symposium 2017 v Pensylvánii: Pouliční medicína jako hnutí, jehož myšlenky a principy stojí za povšimnutí. *Vita nostra revue*. 2017b, **27**(4), 45-47. ISSN 1212-5083.

PEKÁRKOVÁ, Andrea. Bezdomovec pacientem - pacient člověkem. *Vita nostra revue*. 2010, **19**(2), 52-55. ISSN 1212-5083.

PĚNKAVA, Pavel. *Rozhovor na téma Práce sociálního kurátora*. Praha, 4.2.2019.

PLÍHAL, Jakub. Foto: Život v mrazech na ulici. V noci obchází potkani, zloději i policie s pokutami. *Aktuálně.cz* [online]. Economia, c1999-2019, 31.1.2019 [cit. 2019-02-17]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/foto-zivot-v-mraze-na-ulici-bezdomovci/r~323e78f4249f11e9b981ac1f6b220ee8/>

POST, Patricia. *Mobile Health Care for Homeless People: Using Vehicles to Extend Care* [online]. Nashville: National Health Care for the Homeless Council, 2007 [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: <https://www.nhchc.org/wp-content/uploads/2012/02/mobilehealth.pdf>

PŮROVÁ, Judita. Sociálně zdravotní péče o bezdomovce. In: *Sborník z konference "Zdravotnická péče a bezdomovectví": obtíže, možnosti, cesty a výzvy*. Olomouc: Charita Olomouc, 2008, s. 39-41. ISBN 978-80-254-3656-1.

ROUN, Jakub. Medici pomáhají. Armáda Spásy [online]. c2016, 15.6.2018 [cit. 2019-01-26]. Dostupné z: <https://armadaspasy.cz/medici-pomahaji/>

SKOTNICOVÁ, Jarmila. *Rozhovor na téma Spolupráce ordinace praktického lékaře pro osoby bez domova s operačním střediskem a výjezdovými skupinami záchranné služby*. Praha, 13.2.2019.

SEZNAM.CZ. První noc na ulici. Dostat se na ni je daleko jednodušší, než by se mohlo zdát. In: *Stream* [online]. c1996-2019, 4. února 2019a [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <https://www.stream.cz/bez-domova/10030302-prvni-noc-na-ulici-dostat-se-na-ni-je-daleko-jednodussi-nez-by-se-mohlo-zdat>

SEZNAM.CZ. Druhá nejdůležitější potřeba. Jak si obstarat jídlo na ulici? In: *Stream* [online]. c1996-2019, 11. února 2019b [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: <https://www.stream.cz/bez-domova/10030303-druha-nejdulezitejsi-potreba-jak-si-obstarat-jidlo-na-ulici>

SEZNAM.CZ. Dlaňovka, klečení a krádeže. Způsoby, jak se člověk bez domova dostane k penězům In: *Stream* [online]. c1996-2019, 18. února 2019c [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: <https://www.stream.cz/bez-domova/10030521-dlanovka-kleceni-a-kradeze-zpusoby-jak-se-clovek-bez-domova-dostane-k-penezum>

SCHWARZOVÁ, Gabriela. Sociální práce s bezdomovci. In: MATOUŠEK, Oldřich a Pavla KODYMOVÁ, KOLÁČKOVÁ, Jana (eds). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, s. 315-330. ISBN 978-80-7367-818-0.

STRAUSS, Anselm L. A Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-858-3460-X.

ŠEBLOVÁ, Jana. Zoufalství na obou stranách barikády aneb částí uživatelé pohotovostních služeb. *Vita nostra revue*. Praha, 2017, **27**(1), 51-53. ISSN 1212-5083.

ŠIVLOVÁ, Klára a Ondřej MIKULÁŠEK. Lidé žijící na ulici a zdravotní péče. In: *Sborník z konference "Zdravotnická péče a bezdomovectví": obtíže, možnosti, cesty a výzvy*. Olomouc: Charita Olomouc, 2008, s. 17-20. ISBN 978-80-254-3656-1.

ŠTEFÁNEK, Jiří. *Medicína, nemoci, studium na I.LF UK* [online]. Praha, 2011 [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <https://www.stefajir.cz/>

ŠUPKOVÁ, Danuše, Jaromír PEŠEK, Luděk TRNKA, Helena VIDOVIČOVÁ a Jana VOLNÁ. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2245-0. Dostupné také z: <https://www.nadeje.cz/img-content/files/docs/odborne/2007zpb.pdf>

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. A přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VONDRÁČEK, Lubomír. *Co by měl vědět pacient*. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2002.

VONDRÁČKOVÁ, Lea. Problematické hojení ran. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Mladá fronta, 2014, **24**(5), 24-25. ISSN 1210-0404.

WALLENFELS, Jiří. *Tuberkulóza v současné Evropě*. Acta Medicinæ. 2017, 6(5), 64-66. ISSN 1805-398X.

WHITHERS, Jim, PEKÁRKOVÁ, Andrea, ed. *Průvodce pouliční medicínou* [online]. Armáda spásy v České republice, 2015 [cit. 2019-01-16]. ISBN 978-80-905801. Dostupné z: <https://armadaspasy.cz/wp-content/uploads/2017/08/Průvodce-pouliční-medicínou.pdf>



## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Průvodní list k řešerši.....	I
Příloha B – Kódování rozhovorů.....	II
Příloha C – Protokol 1.....	III
Příloha D – Protokol 2.....	IV
Příloha E – Protokol 3.....	V
Příloha F – Dotazník pro lidi bez domova.....	VI
Příloha G – Leták Zdravotní služby pro lidi bez domova v Praze .....	X

## Příloha A

### PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

**Jméno:** Ferdinand Betlach

**Název práce:** Přednemocniční péče o bezdomovce

**Jazykové vymezení:**

čeština

**Vyhledávací termíny:**

Lidé bez domova, bezdomovci, bezdomovectví, přednemocniční péče, urgentní zdravotnické služby, urgentní ošetrovatelství, poskytování zdravotní péče, zdravotnické služby, sociální izolace

**Časové vymezení:** 2004-2019

**Druhy dokumentů:**

Knihy, články, abstrakta, kvalifikační práce

**Počet záznamů:** 79

**Základní prameny:**

Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)

Bibliographia medica Czechoslovaca (BMČ – články)

Theses - registr vysokoškolských kvalifikačních prací

Zpracovala:

Mgr.Lojdová, NLK

1.3.2019

## Příloha B – Kódování rozhovorů

Respondent	1	2	3	4	5	6	součet
Předpoklad malhygieny	1	1	1	1	1	1	6
Účelové jednání	1	1	1	1	1	1	6
Naděje u Bulhara	1	1	1	1	1	1	6
Ošetřování opakovaně	1	1	1	1	1	1	6
Informace v počítači stačí	1	1	1	1	1	1	6
Intoxikace	1	1	1	1	1	1	6
Bolest dolních končetin	1	1	1	1	1	1	6
Obtíže při předávání v nemocnici	1	1	0,5	1	1	1	5,5
Identifikace bezdomovce podle lokaliza	1	1	1	0	1	1	5
Zájem poskytovat informace	1	0	1	1	1	1	5
Identifikace bezdomovce podle indikace	1	1	1	0	1	1	5
Úraz	1	0	1	1	1	1	5
Negativní postoj	1	1	1	0	1	0	4
Okolí metra	1	1	0	0	1	1	4
ZZS jako sociální služba	1	1	1	0	1	0	4
Bércové vředy	1	0	1	1	1	0	4
Označení Casus socialis	0	0	1	1	1	0	3
Informace ve výzvě od ZOS	1	0	1	1	0	0	3
Záchramnou službu volá okolí	1	0	0	0	1	1	3
Paraziti	1	1	0	0	1	0	3
Terénní program Naděje	0	0,5	1	0,5	0	0	2
Ocenění upřímnosti	1	0	1	0	0	0	2
Fyzické násilí k pacientovi bez domova	1	0	1	0	0	0	2
Neznalost systému pomoci bezdomovcem	1	0	1	0	0	0	2
Armáda Spásy Holešovice	0	0,5	0	0,5	1	0	2
Cyklus ulice-ZZS-nemocnice-ulice	1	0	0	0	0	1	2
Zájem o VZP Point	0	0	0,5	0,5	1	0	2
Ambivalentní postoj	1	0	0	0	0	0	1
Soucit záchranáře	1	0	0	0	0	0	1
Polymorbidita	0	0	0	1	0	0	1
Medici na ulici	0	0	0	0	0	0	0
Rozpis terénu Naděje	0	0	0	0	0	0	0

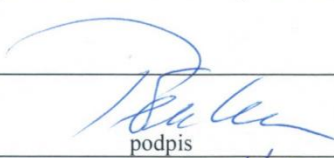

## Příloha C – Protokol 1

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5



### PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Ferdinand Betlach	
Studijní obor	Zdravotnický záchranář	Ročník 3.
Téma práce	Specifika přednemocniční péče o bezdomovce v Praze	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Pavel Pěnkava	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	 podpis
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	 Mgr. Zdeněk Křivánek, DiS. 1684 podpis

V Praze dne 12.12.2018

  
.....  
podpis studenta

## Příloha D – Protokol 2

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5



### PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Ferdinand Betlach	
Studijní obor	Zdravotnický záchranář	Ročník 3.
Téma práce	Specifika přednemocniční péče o bezdomovce v Praze	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Oddělení sociální prevence úřadu MČ Praha 1	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Pavel Pěnkava	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím	podpis
	<input type="checkbox"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím	podpis
	<input type="checkbox"/> nesouhlasím	

Uřad městské části  
Odd. sociální prevence  
Vodičkova 18, 115 08 Praha 1  
-1-

V Praze dne 12.12.2018

podpis studenta

## Příloha E – Protokol 3


Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5



### PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Ferdinand Betlach	
Studijní obor	Zdravotnický záchranář	Ročník 3.
Téma práce	Specifika přednemocniční péče o bezdomovce v Praze	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Naděje	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Pavel Pěnkava	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	



01 podpis JF  
213 K Brance 11/19e, 155 00 Praha 5  
Ordinace Naděje Praha - U Bulhara  
praktický lékař, tel.: 775 868 861  
000 U Bulhara 11/19e, 155 00 Praha 2  
DIČ: CZ00570931

V Praze dne 12.12.2018



podpis studenta

## Příloha F – Dotazník pro lidi bez domova

Dobrý den, jmenuji se Ferdinand Betlach a pracuji jako zdravotnický záchranář na Záchraně službě hlavního města Prahy.

Poprosil bych Vás o vyplnění otázek v tomto dotazníku. Ten je součástí mé bakalářské práce, která má za úkol zlepšit možnosti zdravotní péče poskytované lidem bez domova.

Za vyplnění předem děkuji.

1. Jste?
  - a. Muž
  - b. Žena
  
2. Kolik je vám let?
  - a. 18–26
  - b. 27–49
  - c. 50–62
  - d. 63–69
  - e. 70 a více let
  
3. Jak dlouho žijete na ulici?
  - a. Méně než 1 rok
  - b. 1 až 5 let
  - c. 5 až 10 let
  - d. Více než 10 let
  
4. Kde tento dotazník vyplňujete?
  - a. v ordinaci Naděje
  - b. u sociálního kurátora
  - c. Jinde (prosím, dopište): .....
  
5. Máte svého praktického lékaře?
  - a. Ano
  - b. Ne
  
6. Pokud, tak jak často konzumujete alkohol?
  - a. Nepravidelně
  - b. Několikrát týdně
  - c. Několikrát měsíčně
  - d. Několikrát ročně
  - e. Nepiji alkohol vůbec

7. Jaké máte zkušenosti s ošetřením v těchto ordinacích?
- a. Lékařská ordinace v denním centru Naděje, u Bulhara
    - i. Nevím o tom
    - ii. Vím, ale ošetření jsem zde nevyužil/a
    - iii. Již jsem ošetření využil/a
  
  - b. Ordinace zdravotní sestry v centru Armády Spásy v Holešovicích
    - i. Nevím o tom
    - ii. Vím, ale ošetření jsem zde nevyužil/a
    - iii. Již jsem ošetření využil/a
8. Jaké máte zkušenosti s ošetřením v rámci projektu Medici na ulici na těchto vybraných místech?
- a. U sociálního kurátora Pavla Pěnkavy
    - i. Nevím o tom
    - ii. Vím, ale ošetření jsem zde nevyužil/a
    - iii. Již jsem zde ošetření využil/a
  
  - b. U metra Vltavská
    - i. Nevím o tom
    - ii. Vím, ale ošetření jsem zde nevyužil/a
    - iii. Již jsem zde ošetření využil/a
  
  - c. V ubytovně Michle
    - i. Nevím o tom
    - ii. Vím, ale ošetření jsem zde nevyužil/a
    - iii. Již jsem zde ošetření využil/a
9. Jaké máte zkušenosti s terénní službou Naděje, při které jezdí s dodávkou na vybraná stanoviště?
- a. Nevím o tom
  - b. Vím že tento program existuje, ale nevím kdy jsou na jakých místech
  - c. Vím o místech a časech, kde je můžu najít



10. Byli jste za posledních 5 let hospitalizováni v nemocnici?
- a. Ano
  - b. Ne

Pokud jste byli hospitalizováni v nemocnici:

- 10a. Propustili Vás z nemocnice po dostatečném uzdravení?
- a. Ano, bylo mi již dobře
  - b. Ne, stále jsem nebyl zdravý/zdravá

11. Jeli jste někdy do nemocnice nebo na záchytku jenom proto, abyste se měli kde vyspat?
- a. Ano
  - b. Ne

12. Kolikrát pro vás za posledních 5 let jela záchranná služba?
- a. Ani jednou
  - b. 1-2 ×
  - c. 3-5 ×
  - d. 6-15 ×
  - e. Více než 15 ×

**Pokud pro Vás záchranná služba v posledních 5 letech nejela, tak Vám děkuji za vyplnění dotazníku. Odevzdejte ho, prosím.**

**Pokud pro Vás jela, pokračujte prosím dále.**

13. Proč pro vás záchranná služba jela? Prosím, rozepište se.

14. Rozuměl jste všemu, co vám záchranáři říkali? Mluvili srozumitelně?
- a. Ano
  - b. Ne

15. Jak se k Vám personál záchranné služby choval? Prosím, rozepište se.

16. Myslíte si, že by se k vám chovali stejně, pokud byste nebyl bez domova?
- Ano
  - Ne
17. Máte pocit, že záchranáři dobře rozumí problematice bezdomovectví?
- Ano
  - Ne
18. Měl personál záchranné služby nějaké nepříjemnosti při příjezdu do nemocnice? Například byli přesměrováni na jiné oddělení, nebo do jiné nemocnice.
- Ano
  - Ne
19. Kdybyste mohli změnit něco ohledně záchranné služby, co by to bylo?

Mnohokrát děkuji za vyplnění dotazníku

# ZDRAVOTNÍ SLUŽBY PRO LIDI BEZ DOMOVA V PRAZE

Lidem bez domova se denně stává, že je odněkud vyhazují: z tramvaje, z parku, z obchodního centra. Občas je vyhodí i od lékaře. Zde je přehled zdravotních služeb, odkud je jen tak nevyhodí, a kde umí vyjít vstříc jejich specifickým potřebám.

DATUM AKTUALIZACE: DUBEN 2019

Vytvořeno jako součást bakalářské práce na Vysoké škole zdravotnické. Zdroj: BETLACH, Ferdinand. *Specifika přednemocniční péče o bezdomovce v Praze*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Pavel Pěnkava. Praha 2019.

## ZDRAVOTNÍ SLUŽBY

### NADĚJE

PRAHA 2

Naděje

📍 U Bulhara 46, Praha 2

☎ 775 868 861 @ [ordinace.praha@nadeje.cz](mailto:ordinace.praha@nadeje.cz)

### ORDINACE PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ <sup>NADĚJE</sup>

🕒 PONDĚLÍ 8:30 – 12:30 A 16:00 – 18:00

Dále také pro objednané 13:00 – 15:30.

🕒 ÚTERÝ 16:00 – 18:00

Dále také sudé týdny 9:00 – 12:00.

🕒 STŘEDA 15:30 – 18:00

🕒 ČTVRTEK 8:30 – 12:30 A 13:00 – 16:00

🕒 PÁTEK 8:30 – 12:30

### ZDRAVOTNÍ SESTRA BEZ LÉKAŘE <sup>NADĚJE</sup>

🕒 PONDĚLÍ 8:30 – 12:30 A 13:00 – 18:00

🕒 ÚTERÝ 8:30 – 12:30 A 13:00 – 18:00

🕒 STŘEDA 8:30 – 12:30 A 13:00 – 18:00

🕒 ČTVRTEK 8:30 – 12:30 A 13:00 – 18:00

🕒 PÁTEK 8:30 – 12:30 A 13:00 – 15:00

### **GYNEKOLOGICKÁ ORDINACE** NADĚJE

🕒 STŘEDA 8:30 – 14:30

### **ZUBNÍ ORDINACE** NADĚJE

🕒 ÚTERÝ 14:00 – 18:00

🕒 ČTVRTEK 16:00 – 19:00

### **PSYCHIATRICKÁ ORDINACE** NADĚJE

🕒 ČTVRTEK 9:00 – 16:30, JEN PRO OBJEDNANÉ

🕒 PÁTEK 9:00 – 16:30, JEN PRO OBJEDNANÉ

### **ARMÁDA SPÁSY**

**PRAHA 7**

Centrum sociálních služeb B. Bureše

📍 Tusarova 60, Praha 7

### **ZDRAVOTNÍ SESTRA BEZ LÉKAŘE** ARMÁDA SPÁSY

🕒 PONDĚLÍ 11:00 – 15:00

🕒 ÚTERÝ 11:00 – 15:00

🕒 STŘEDA 11:00 – 15:00

🕒 ČTVRTEK 11:00 – 15:00

🕒 PÁTEK 14:00 – 16:00

Pátek v rámci programu Medici na ulici

## MEDICI NA ULICI

Základní zdravotní ošetření a převazy,  
akutně výdej léčiv bez předpisu

🕒 PONDĚLÍ 15:00 – 17:00 **PRAHA 1**

Ošetřování v kanceláři oddělení sociální prevence  
📍 Karolíny Světlé 7

🕒 ÚTERÝ 19:30 – 21:00 **PRAHA 7**

Ošetřování s hnutím Sant'Egidio  
📍 Zastávka tramvaje Vltavská

🕒 ÚTERÝ 20:30 – 22:00 **PRAHA 4**

Ošetřování v ubytovně Michle  
📍 Chodovská 4

🕒 ČTVRTEK 20:30 – 22:00 **PRAHA 4**

Ošetřování v ubytovně Michle  
📍 Chodovská 4

## HYGIENICKÉ SLUŽBY A PREVENCE

### TERÉNNÍ SLUŽBY NADĚJE

Bezplatné sociální poradenství, pomoc při základním zdravotnickém ošetření a potravinová pomoc

🕒 PONDĚLÍ 9:30 – 11:30 **PRAHA 14**

📍 Zálužská, u hřbitova

🕒 PONDĚLÍ 13:00 – 15:00 **PRAHA 10**

📍 Strančická × Radošovická, parkoviště za točnou tramvaje Radošovická

🕒 ÚTERÝ 9:30 – 11:30 **PRAHA 6**

📍 Podbabská × Pod Paťankou, parkoviště u křižovatky

🕒 ÚTERÝ 15:45 – 18:15 **PRAHA 1**

📍 Cihelná

🕒 ÚTERÝ 18:30 – 20:00 **PRAHA 1**

📍 Těšnov

🕒 STŘEDA 8:45 – 10:00 **PRAHA 4**

📍 Pikovická, u vjezdu na autobusové nádraží

🕒 STŘEDA 10:15 – 11:30 **PRAHA 4**

📍 Choceradská, parkoviště

🕒 STŘEDA 12:30 – 14:00 **PRAHA 12**

📍 Generála Šišky, příjezdová cesta ke sběrnému dvoru



🕒 STŘEDA 14:15 – 15:45 **PRAHA 12**

📍 Mezi ulicemi Československého exilu, Povodňová a Píšovická, poblíž zastávky Tylova čtvrť

🕒 ČTVRTEK 9:30 – 11:30 **PRAHA 6**

📍 Zvoníčková × U Vojtěšky  
parkoviště před stadionem Markéta

🕒 ČTVRTEK 12:00 – 15:30 **PRAHA 13**

📍 Pod Hranicí, pod tubusem metra u stanice Hůrka

🕒 PÁTEK 9:30 – 11:30 **PRAHA 14**

📍 Cíglerova, pod tubusem metra

🕒 PÁTEK 13:00 – 15:00 **PRAHA 5**

📍 Hlubočepy, parkoviště vedle  
Barrandovského mostu, poblíž cyklostezky