



Spolufinancováno
Evropskou unií



MINISTERSTVO
PRO MÍSTNÍ
ROZVOJ ČR

Mapování potřeb a bariér ve zdraví u osob v sociálním bydlení v Ostravě

Výzkumná zpráva

Červen 2023

Adam Bedřich

Terénní šetření realizovali: Adam Bedřich, Jan Hladík, Adam Duffek, Jana Mair, Zuzana Korecká

Odbor pro sociální začleňování (Agentura) MMR ČR, 2023

Adam Bedřich (adam.bedrich@mmr.cz)

www.socialni-zaclenovani.cz

Text neprošel jazykovou korekturou

Obsah

Seznam vyobrazení.....	4
Seznam zkratk.....	5
Manažerské shrnutí.....	6
Metodologie.....	8
Limity výzkumu	9
Zdravotní situace, přístup ke zdraví a zdravotní péči u osob v sociálním bydlení	11
Typický klient v sociálním bydlení podle sociálních služeb	13
Typologie zakázek ve zdraví směrem k sociálním službám.....	15
Typologie zdravotních problémů.....	17
Zdravotní problémy související se zaměstnáním.....	19
Zdravotní problémy související s rodinnou situací.....	20
Zdravotní problémy související s psychickým a fyzickým stresem.....	21
Zdravotní problémy související s životním stylem	22
Dostupnost lékařů primární péče	25
Pediatrie	28
Praktické lékařství pro dospělé	29
Stomatologie.....	31
Gynekologie.....	34
Dostupnost specializované lékařské péče	36
Bariéry v přístupu ke zdravotní péči.....	38
Bariéry na straně osob v sociálním bydlení.....	38
Bariéry na straně zdravotnických zařízení.....	41
Psychické a duševní zdraví lidí v sociálním bydlení.....	44
Přístup k řešení psychických problémů v kontextu sociálního bydlení.....	44
Faktory ovlivňující psychický a duševní stav nájemníků sociálního bydlení.....	45
Psychické a duševní problémy u dětí.....	49
Duševní zdraví z pohledu sociálních služeb.....	50
Reflexe kvalitativní změny v životech respondentů po nastěhování do sociálního bydlení....	54
Reflexe změny po nastěhování perspektivou nájemníků sociálního bydlení	54
Situace ve zdravotním pojištění	58
Doporučení.....	59
Poznámky	71

Seznam vyobrazení

Graf 1 - souhrn nejčastěji sdílených zdravotních problémů dospělých identifikovaných respondenty v rozhovorech	17
Graf 2 - souhrn nejčastějších zdravotních problémů dospělých identifikovaných sociálními pracovníky NNO	18
Graf 3 - souhrn nejčastějších zdravotních problémů dětí klientů identifikovaných sociálními pracovníky NNO	18
Graf 4 – Přehled počtu pacientů stomatologické pohotovosti do 18 let v Ostravě	32
Graf 5 – Přehled počtu pacientů stomatologické pohotovosti 19+ let v Ostravě	33
Graf 6 – využívání specializované lékařské péče deklarované respondenty – nájemníky sociálního bydlení	36
Graf 7 - Sebehodnocení psychického stavu respondentů (klientů sociálního bydlení; podíl v %)	44
Graf 8 - podíl respondentů (v %) v sociálním bydlení podle délky zabydlení a přístupu k řešení psychických problémů	45
Tabulka 1 – přehled respondentů – sociálních služeb poskytujících podporu lidem v sociálním bydlení a asistenci při řešení zdravotních situací	8
Tabulka 2 - přehled kategorií charakterizujících respondenty výzkumu-klienty sociálního bydlení	8
Tabulka 3 – typologie klientů – nájemníků sociálního bydlení podle poskytovatele podpory	13
Tabulka 4 - přehled dostupnosti lékařů primární péče pro klienty jednotlivých NNO	27
Tabulka 5 – počet pacientů pohotovosti do 18 let bez kapitační platby (registrace u pediatra/praktického lékaře) v Ostravě	31
Tabulka 6 - počet pacientů pohotovosti do 18 let bez kapitační platby (registrace u pediatra/praktického lékaře) v Ostravě	31
Tabulka 7 - Přehled doporučení na podporu zdraví klientů sociálního bydlení	59
Tabulka 8 - souhrn deklarovaných zdravotních problémů respondentů-klientů v sociálním bydlení	72
Obrázek 1 - Sídlo organizace Neunerhaus ve Vídni – sociální bydlení, kavárna, sociální a psychologické poradenství, veterinární klinika, ordinace praktického lékaře pro dospělé a stomatologa pod jednou střechou (zdroj: https://www.neunerhaus.at/kontakt/)	62
Obrázek 2 - Setkání klientů a členů podpůrného týmu v organizaci Smes (zdroj: Facebook Smes)	62
Obrázek 3 - Program na podporu starších lidí s depresí v organizaci El Sol Neighborhood Educational Center (zdroj: https://www.elsolnec.org/wp-content/uploads/2020/09/late_life_program-768x576.jpg)	65
Obrázek 4 - Medici na ulici (foto: Břetislav Macek; zdroj: https://medicinaulici.cz/)	67
Obrázek 5 – Zkušenosti a praxe OSPOD v souvislosti s informacemi o nedodržování preventivních vyšetření/očkování od pediatriů (zdroj: pracoviště OSPOD jednotlivých městských částí Statutárního Města Ostrava)	71

Seznam zkratek

ADHD – hyperkinetická porucha/porucha pozornosti (Attention deficit hyperactivity disorder)

ASZ – Odbor pro sociální začleňování (Agentura)

CDZ – Centrum duševního zdraví

CS – Cílová skupina

FNO – Fakultní nemocnice Ostrava

ID – Invalidní důchod

IPOD – Individuální plán ochrany dítěte

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

MMO – Magistrát města Ostravy

MMR – Ministerstvo pro místní rozvoj

NNO – Nestátní nezisková organizace

NRHZS – Národní registr hrazených zdravotních služeb

OSPOD – Orgán sociálně-právní ochrany dítěte

SMO – Statutární město Ostrava

ÚP – Úřad práce

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

VTOS – Výkon trestu odnětí svobody

Manažerské shrnutí

Cílem výzkumu bylo zmapovat nejčastěji se opakující potřeby ve zdraví, bariéry v jejich řešení a v přístupu ke zdravotní péči, se kterými se setkávají nájemníci sociálního bydlení v Ostravě. Na jejich základě pak bude možné specifikovat inovativní opatření zaměřená na komplexní podporu zdraví klientů sociálního bydlení.

Zdraví je pro respondenty tématem, jehož priorita se mění v závislosti na fázi zabydlení. **Lidé v úvodní etapě zabydlení řeší především finance (dluhy) a jiné palčivější situace a pokud zdraví nepředstavuje akutní problém, mezi prioritami se neobjevuje.** Pokud ano, pak spíše zprostředkovaně především jako prostředek k dosažení finanční stability (skrze příspěvek na péči, invalidní důchod apod.). **S postupujícím časem a délkou spolupráce se sociální službou dochází k proměně přístupu ke zdraví a priorita zdraví u nájemníků stoupá.** Bariér na straně zdravotního systému i osob v sociálním bydlení-pacientů zůstává stále mnoho.

Role sociální práce v individuální práci s osobami v sociálním bydlení je nezastupitelná pro efektivní a individualizované zplnomocňování osob v sociálním bydlení a posilování jejich sebevědomí a kompetencí směrem k samostatnosti.

S přítomností problémů v oblasti psychického a duševního zdraví se ztotožnilo 71 % respondentů. 27 % z nich vyhledalo odbornou pomoc, zatímco 31 % řešilo problémy vlastními silami, přičemž **u zbývajících 13 % zůstává problém neřešený.** Psychiatrické/psychologické služby byly popisovány také jako kapacitně nedostatečné, jejich využití některými rizikovými skupinami (osoby s historií bezdomovectví, Romové, děti atd.) jako málo efektivní a celá oblast jako stále často stigmatizovaná a tabuizovaná.

Všichni respondenti výzkumu deklarovali registraci u zdravotní pojišťovny a zároveň měli svého praktického lékaře (30 % mělo stomatologa a 80 % domácností s dětmi mělo pediatra); podíl klientů registrovaných u lékařů primární péče je ze zkušenosti sociálních pracovníků NNO výrazně nižší.

Bariérou na straně zdravotního systému byl především naplněná kapacita lékařů/pracovišť (tzv. místní nedostupnost), zaznamenaná prakticky ve všech odbornostech primární lékařské péče vyjma gynekologie. **Nejaktuálnější je situace v oblasti stomatologické péče, kdy v roce 2022 řešilo nedostatek smluvních stomatologů 71 % pacientů bez ohledu na věk prostřednictvím pohotovosti.** Související byla fyzická nedostupnost zdravotní péče včetně vyšší než zákonem definované dojezdové vzdálenosti. Překážkou je značná procesní složitost a nesrozumitelnost systému/terminologie pro řadu pacientů. Dále finanční náročnost léčby nejen v termínech registračních poplatků či doplatků za léky, ale i ne/možnosti efektivně čerpat nemocenskou dovolenou v případě zdravotních obtíží. Zmiňován byl také nerovný přístup ze strany některého zdravotnického personálu a absence možností řešit komplexní případy (kombinovaných diagnóz, sociálních případů – *casus socialis*).

U osob v sociálním bydlení-pacientů jsou problémem především výchozí podmínky situace sociálního vyloučení rámovaného chudobou a zdraví odporujícími návyky. Zdraví nemá vysokou prioritu samo o sobě a možnost získání invalidního důchodu je pro mnohé atraktivním zdrojem finanční stability. **Zásadní pro ne/využívání primární lékařské péče je nespolehlivost a nedůslednost v dodržování termínů/podmínek léčby a mechanistické pojetí zdraví soustředící se na řešení symptomů, nikoliv příčin.** U osob s nižší kognitivní schopností a nedostatečnými komunikačními (a dalšími) kompetencemi představuje interakce se zdravotním systémem často stres, kterému se raději vyhnou. Související bariérou je i **přítomná neinformovanost, mýty a stereotypy** kolující zvláště mezi Romy o efektivitě určité léčby, nebo o kontextu zdravého životního stylu.

Za klíčové faktory opakujícími se v kontextu zdraví (jak fyzického, tak psychického/duševního), majícími vliv na zlepšení či zhoršení situace, **považujeme především dys/funkční rodinné a širší sociální zázemí jednotlivce.** Zřejmý vliv má i **zaměstnání** jak v termínech stability finanční situace (či potenciálního stresu), tak jako zásadní zátěžový faktor v případě fyzicky/psychicky náročných profesí. **Stres je faktorem objevujícím se v rozličných kontextech, vždy však zásadně poznamenávajícím jak psychické, tak fyzické zdraví.** Dalšími určujícími faktory jsou **životní styl a předchozí životní trajektorie**, které do značné míry determinují fyzický i psychický stav jedince (extrémním příkladem může být látková závislost).

Vnímaná změna v situaci respondentů po zabydlení v sociálním bydlení, konkrétně vztažená ke zdraví, byla hodnocena pozitivně především v psychické rovině (zbavení se stresu), získání určitého pocitu normality oproti prostředí ubytovny, nebo pobytových sociálních služeb a v neposlední řadě i v kontextu dostupnost podpory a asistence sociální služby při řešení konkrétního zdravotního problému.

Role profesí na zdravotně sociálním pomezí, tedy zdravotně sociálních pracovníků a zdravotních mediátorů jako prostředníků mezi klienty-pacienty a zdravotnickým personálem byla minimálně z pozice osob v sociálním bydlení hodnocena velice pozitivně.

Na základě skutečností pojmenovaných ve výzkumu jsou **v závěru zprávy uvedena doporučení** (str. 59), která jsou **strukturovaná do sedmi tematických okruhů primárně pro poskytovatele sociálního bydlení na území města Ostravy a Magistrát města Ostravy.** Řada z nich vyžaduje koordinaci širšího okruhu aktérů jak na lokální, tak krajské i celostátní úrovni. Doporučení jsou dále doplněna o příklady z tuzemské i zahraniční praxe.

Podařilo se zrealizovat 45 rozhovorů s osobami v sociálním bydlení, 18 rozhovorů s pracovníky sociálních služeb, Magistrátu města Ostravy a 2 rozhovory se zdravotníky.

Metodologie

Výzkumné zadání vzniklo na základě diskuse expertního týmu ASZ a zástupců Magistrátu města Ostravy. Cílem bylo zachytit srovnatelné kategorie popisující situaci ve zdraví u nájemníků sociálního bydlení a podrobnosti jejich přístupu a využívání lékařské péče, a to v perspektivě tří cílových skupin: (1) klientů sociálních služeb a projektu MMO - nájemníků sociálního bydlení samotných, (2) sociálních pracovníků a pracovníků (sociálních služeb a projektu MMO) přímo pracujících s těmito klienty a nakonec (3) lékařů a zdravotních pracovníků taktéž pracujících s pacienty z dané CS nájemníků sociálního bydlení.

Terénní výzkum probíhal od dubna do června 2023, během kterého bylo v první vlně osloveno 10 poskytovatelů sociálních služeb a projektu MMO, s jejichž zaměstnanci (sociálními pracovníky v přímé práci) bylo realizováno celkem 18 rozhovorů. Kde to bylo možné, usilovali jsme o realizaci minimálně dvou rozhovorů v jedné organizaci. Jejich přehled uvádí tabulka 1.

Tabulka 1 – přehled respondentů – sociálních služeb poskytujících podporu lidem v sociálním bydlení a asistenci při řešení zdravotních situací

Poskytovatel	Počet
Charita Ostrava	2 rozhovory s 5 sociálními pracovníci
Rubikon	3
Armáda spásy	3
Renarkon	1
Nová Možnost	1 rozhovor se 3 soc. pracovníky
Centrom	2 rozhovory se 3 zdravotně-sociálními pracovníci
Sociální odbor SMO	2
Mens Sana	1
Slezská Diakonie	1
Spolu pro rodinu	1 rozhovor se 3 zdravotně-sociálními pracovníci
zdravotně-sociální pracovnice FNO	1

Zdroj: terénní šetření ASZ

V rámci těchto rozhovorů byl domluven způsob výběru respondentů z CS (1) nájemníků sociálních bytů, které nám velmi vstřícně zprostředkovali sociální pracovníci oslovených služeb, za což jim patří náš velký vděk. Kritériem výběru byla diverzita oslovených klientů podle kategorií předem definovaných v zadání výzkumu, čímž jsme se v rámci možností přiblížili kvótnímu výběru. Jejich přehled shrnuje tabulka 2.

Tabulka 2 - přehled kategorií charakterizujících respondenty výzkumu-klienty sociálního bydlení

	Kategorie	Počet
Pohlaví	muž	25
	žena	20
Věk	Produktivní (18-65 let)	39
	Post-produktivní (65+)	6
Délka zabydlení v soc. bytě	0-5 měsíců v bytě	12
	6-24 měsíců v bytě	15

Složení domácnosti	Více než 2 roky v bytě	18
	Jednotlivec v samostatném bytě	19
	Jednotlivec ve sdíleném bytě	7
	Samoživitel s nezletilými dětmi	9
	Úplná rodina s nezletilými dětmi	6
	Bezdětné páry	4
Etnicita*	Majorita	26
	Romové	19
Specifické sub-kategorie*	Psychické /duševní poruchy	7
	Závislosti	6
	Osoba se zdravotním omezením	15
	Osoba po návratu z VTOS	8

Zdroj: terénní šetření ASZ

Poznámka: * - kategorie etnicity a specifické subkategorie byly stanoveny na základě odhadu sociálních pracovníků a pracovníků neziskových organizací a MMO, kteří pomáhali s rekrutací respondentů. Většinou byly tyto kategorie následně ověřeny výzkumníky během rozhovoru.

Ve druhé vlně pak v několika termínech došlo na realizaci celkem 45 rozhovorů s klienty daných služeb, které sbíralo celkem 5 výzkumníků. Rozhovory většinou probíhaly v kanceláři dané služby nebo MMO, část se odehrála v domácnostech respondentů, nebo v blízkosti jejich bydliště. Rozhovor se řídil standardizovaným scénářem, ve kterém se zjišťoval nejprve kontext a historie respondenta před vstupem do sociálního bydlení a sloužil jako určitý seznamovací, sblížující nástroj před přistoupením k poměrně intimnějším tématům týkajících se zdraví. Otázky zkoumaly aktuální zdravotní problémy respondentů (případně jejich dětí), způsoby jejich řešení, psychické/duševní problémy, míru registrace u lékařů primární lékařské péče, a nakonec na subjektivní zhodnocení vlivu zabydlení na změnu respondentova stavu. Respondent byl za svou účast kompenzován stravenkou v hodnotě 130 Kč.

Všechny rozhovory byly nahrávány s vědomím a se souhlasem respondentů.

Zpracované rozhovory byly z části doslovně přepsány, z části abstrahovány do poznámek, které byly společně s terénními poznámkami následně kódovány v programu MaxQDA a analyzovány.

Limity výzkumu

V rámci obou skupin rozhovorů byla doptávána doporučení na lékaře a zdravotnická zařízení, mezi jejichž klientelou se objevují nájemníci sociálního bydlení. Těchto doporučení jsme zaznamenali dohromady několik desítek pokrývajících všechny odbornosti primární zdravotní péče. Ty jsme poté konfrontovali s výpisem z Národního zdravotního informačního portálu (NZIP), kde byla kritériem výběru fyzická blízkost zdravotnického pracoviště k sociálně vyloučeným lokalitám Ostravy podle Situační analýzy Ostravy 2018, přičemž v mnoha

případech došlo k překryvu. V první vlně jsme emailem se žádostí o poskytnutí rozhovoru oslovili 12 gynekologických, 23 stomatologických, 16 pediatrických a 40 ordinací praktického lékaře, ale odezvou byly 2 zamítavé odpovědi. Rozšířili jsme soubor o další zdravotnická pracoviště doporučená v rozhovorech, ovšem opět bez úspěchu. Dále jsme zkoušeli telefonicky kontaktovat zdravotnická pracoviště, ale naše nabídka k rozhovoru nebyla přijata ani jednou, mnohdy jsme měli problém dostat se přes zdravotní sestru k lékaři. Nakonec jsme zkoušeli i návštěvu ordinací, ale realita plných čekáren se ukázala jako nepřekonatelná. Z tohoto důvodu jsme museli na zařazení této cílové skupiny do výzkumu rezignovat. V analýze tak reprezentují zdravotní sféru pouze zdravotní sestra Ordinance pro chudé (Armáda Spásy), lékař psychiatrického oddělení Fakultní nemocnice Ostrava a na zdravotně-sociálním pomezí se nacházející zdravotně-sociální pracovnice stejného oddělení.

Závěry předkládané v této zprávě tedy prezentují primárně výpovědi nájemníků sociálního bydlení a perspektivu sociálních pracovníků NNO a MMO. V případě respondentů – nájemníků sociálního bydlení je však nutné mít na paměti značnou různorodost životních zkušeností a trajektorií ocitajících se v sociálním bydlení z různých příčin, v různých fázích života a s rozdílným souborem dispozic a kompetencí. Tato pestrost je obtížně paušalizovatelná a zobecnitelná, což je nutné reflektovat při pokusech o syntézu situace a vyvozování závěrů.

Zdravotní situace, přístup ke zdraví a zdravotní péči u osob v sociálním bydlení

Spektrum zdravotních problémů je široké a na první pohled nijak specificky odlišné od běžné populace. Zásadním faktorem je stav obecné chudoby, ve které se tyto lidé a domácnosti (často dlouhodobě) nacházejí. Konkrétně se to promítá do kvality bydlení, ze které do sociálních bytů přicházejí (ubytovny, azylové domy a jiné substandardní bydlení či přímo z ulice), nebo do nutričně chudé stravy. Nedostatek financí může dále vést k nižší mobilitě (dojezd do vzdálenějších ordinací), nižší informovanosti (bez přístupu k internetu, bez mobilního kreditu) a v důsledku k větší společenské izolaci.

Dalším faktorem je obecně nízká priorita péče o zdraví v kontextu každodenních situací osob v sociálním bydlení. Akutnější problémy, kterým tyto lidé čelí (ať už se týkají financí, bydlení, bezpečnosti, zaměstnání atd.) odsouvají téma zdraví do pozadí, dokud se zdravotní problém nestane akutní – poté se problém řeší, ale často jen formou potlačení symptomů (např. bolavá záda „se opíchnou“ na pohotovosti, aby přestala bolet), kdy příčiny zůstávají neadresované.

Předchozí životní styl, který lidé v sociálním bydlení vedli (rámcově před vstupem do sociálního bydlení), je dalším zásadním determinantem jejich zdravotní situace. Opět záleží na mnoha dalších faktorech, například věku, rodinném zázemí, nebo přítomnosti závislostí (především na alkoholu, nikotinu, případně dalších látkách), které mohou zdravotní situaci zásadně ovlivňovat.

Část respondentů vyjadřovala postoj do určité míry normalizující zdravotní obtíže vzhledem ke své minulosti/životní trajektorii, k zaměstnání, nebo obecně životním volbám, které je přivedly až do stávající situace. Ačkoliv tento postoj nutně nemusel vést k rezignaci na řešení daných problémů, nezdá se tomu tak bylo (např. ve spojení se špatnou zkušeností při návštěvě zdravotnického zařízení).

„Myslím si, že ty lidi to často berou tak, že to je normální. Že je něco bolí.“

(sociální pracovnice NNO_10)

Na základě výpovědí poskytovatelů sociálních služeb se jeví, že životní situace jejich klientů a klientek a z ní vyplývající zdravotní profil se značně liší podle převládající klientely, na kterou se daná služba zaměřuje (viz kapitola Typický klient v sociálním bydlení podle sociálních služeb). V obecné rovině je dle výpovědí sociálních pracovníků možné při značné generalizaci rozdělit klienty na několik základních typů determinovaných jejich přístupem ke zdraví a zdravotní péči.

Prvním typem jsou lidé, kteří zdravotní témata vůbec neřeší, lékařské péči se vyhýbají, preventivní prohlídky ignorují, symptomy podceňují a do ordinace se dostaví až když je skutečný problém. Podskupinou tohoto typu jsou lidé, kteří se nacházejí mimo systém – nejsou registrováni u lékařů primární péče a neřeší zdravotní pojištění. Může jít o mladé lidi

nepocítující žádné zdravotní problémy, nebo o lidech s historií bezdomovectví (v prvních měsících po zabydlení v sociálním bydlení, u kterých není zdraví primární zakázkou).

Druhým typem jsou naopak lidé, kteří se víceméně nekriticky obrazejí na lékaře s každým, byť sebetriviálnějším problémem, neodhadují závažnost situace, vyžadují medikaci (především antibiotika v případech, kdy nejsou standardně předepisována – např. virová onemocnění) a primárně navštěvují pohotovost. Často může jít o romské domácnosti, které mívají velkou důvěru v autoritu lékaře a jsou na svoje zdraví a zdraví svých dětí velmi opatrní a citliví – to se však nemusí nutně propisovat do vyšší schopnosti dodržovat preventivní prohlídky, nebo uplatňovat další zásady zdravého životního stylu. Svou roli mohou sehrát i odlišné, nebo nedostatečné informační zdroje, zvykové tradice, nebo mechanistický postoj, jaký podle sociálních služeb někteří lidé ke svému zdraví zaujímají.

Třetím typem jsou klienti s (subjektivně vnímanými) vážnějšími zdravotními problémy, které je vedou k potřebě vyřídit si invalidní důchod a tím si zajistit stabilní zdroj financí. Tito lidé od lékařské péče neočekávají vyřešení problému, jako právě poskytnutí podkladů a podpoření jejich žádosti o invalidní důchod. V tomto kontextu byli za příklady uváděni mladí lidé, nebo matky na mateřské dovolené, které údajně odkládají hledání/návrat do zaměstnání, nebo naopak starší generace, u kterých není pravděpodobnost přiznání starobního důchodu s výplatou.

Typický klient v sociálním bydlení podle sociálních služeb

Generalizovat značně různorodé charakteristiky a životní trajektorie klientů sociální práce poskytujících podporu v sociálním bydlení v Ostravě je pokusem o přiblížení určitého obecného profilu těchto lidí, kteří spolu i přes svou unikátnost sdílejí řadu společných rysů. Služby poskytující nějakou formu podpory v sociálním bydlení se liší v zaměření na více či méně specifické cílové skupiny (sociálně vyloučených osob). Služby jako Mens Sana, nebo Slezská Diakonie, které pracují s lidmi s duševním onemocněním, nebo Renarkon poskytující podporu osobám se závislostní minulostí se budou z tohoto obecného popisu nutně vymykat.

Tabulka 3 – typologie klientů – nájemníků sociálního bydlení podle poskytovatele podpory

Poskytovatel	Typický klient služby/nájemník sociálního bydlení
Rubikon	muž kolem 40 let, kumulace dluhů, z disfunkčních vztahů/bez zázemí, se závislostní minulostí, nejistým bydlením, s chronickými a dlouhodobě zanedbanými zdravotními problémy, obtížně zaměstnatelný, přicházející z ulice nebo azylového domu
Slezská Diakonie	osoby s mentálním a duševním onemocněním, pro které je zásadní psychiatrická péče
Nová Možnost	tři typy klientů: jedni zdravotní témata vůbec neřeší a podceňují situaci, druzí chodí za doktorem s jakoukoliv maličností, neodhadují závažnost a zbytečně dramtizují. Třetí je typ "zcela zvenku", který odmítá jakoukoliv lékařskou péči, dokud nejde o skutečný problém.
Mens Sana	lidé s duševním onemocněním, stejně muži a ženy, hlavně v kategorii 50-60 let, ale mají i mladší přicházejí po pobytu v psychiatrických zařízeních (z následné péče), občas z nejistého/substandardního bydlení (ubytovny)
Charita Ostrava	lidé, kterým se něco zásadního stalo v životě, kvůli čemu skončili v nějakých nevhodných podmínkách, s vleklými zdravotními problémy, s dluhy za dopravu u městského podniku, s množstvím bariér už od mládí, kombinace alkoholu a závislosti, z nefungujícího rodinného zázemí. Hodně klientů jsou „sprinteři“ motivovaní k aktivnímu přístupu pouze krátkodobě. Častěji rodiny s dětmi
Sociální práce SMO	většinou mladí lidé kteří nemají žádné akutní zdravotní problémy a řeší jen registraci u doktora pro potvrzení pro ÚP, že nemohou pracovat, typicky matky na mateřské, které nechtějí nastoupit do práce, mají ještě malé dítě a chtějí jít cestou zdravotního omezení, shánějí doktora, kterého nemají a léta neřešily
Centrom	všichni mezi 15-88 lety, Romové
Armáda Spásy	úplně celé spektrum, nad 18 let a jsou schopni samostatně fungovat (nepotřebují pečovatelskou službu)
Spolu pro rodinu	mladí lidé od 15 let minimálně – nad 55 let přes 40 % klientů, přibývá seniorů, lidi z nízkopříjmových profesí-když pracovali, tak nějaká těžká práce, nějaké brigády, horší pracovně-právní ochrana, protože pracovali někde načerno.

zdravotně sociální pracovnice FNO	často osoby bez přístřeší, psychotici... jsou zachyceni na ulici, policií, sanitkou, nebo je přivedou příbuzní; senioři – mají svůj domov, ale nezvládají žít sami (demence, strachy, přeludy...); mladší pacienti, mají většinou kde bydlet, hospitalizace souvisí se situací v rodině (týrání, zneužívání...), hraniční poruchy osobnosti, sebepoškozování
--	--

Zdroj: terénní šetření ASZ

Dále se u většiny služeb minoritně objevují klienti, kteří se skrze nějakou událost v životě dostali do bytové nouze, ale v jiných ohledech fungují zcela samostatně. Přestože nejde o typického klienta, je to opakující se model, kdy takový člověk/domácnost pouze využije sociální byt na určitou dobu jako místo pro konsolidaci a po vyřešení svého problému pokračuje do běžného bytu. Přes 30 % respondentů na druhé straně žilo v bytě déle než 24 měsíců a mnoho z nich nepočítalo s tím, že by se někdy stěhovali jinam.

Typologie zakázek ve zdraví směrem k sociálním službám

Klienti-nájemníci sociálního bydlení při zahájení procesu spolupráce obecně nepovažují zdraví za prioritu, které by se chtěli věnovat (pokud nejde o nějaké akutní případy). V rámci úvodních jednání se sociální pracovníci většinou doptávají na celý komplex podrobností o klientovi tak, aby byli schopní zorientovat se v jeho aktuálním stavu, zjistili míru registrace u lékařů primární péče atd. **Pouze minimum klientů pojmenuje jasně svůj zdravotní problém s tím, že jej chce společně řešit.** Až po nějaké době pravidelné spolupráce, kdy se řada témat může objevit přirozeně (v rozhovoru, pozorování) je možné začít otevírat možnost některé zdravotní otázky adresovat a pokusit se je vyřešit. Pokud však ze strany klienta nepřijde poptávka po řešení i nějakého zcela očividného problému, sociální pracovníci nemají způsob, jak jej např. nechat hospitalizovat.

„My, pokud mu to neohrožuje to bydlení, tak my to samozřejmě pojmenujeme, protože jedna z našich základních činností je jakoby prevence rizik. A to znamená, že my mu popíšeme, co se stane, když to nebude řešit. [...] Ale pokud on nám řekne, já to řešit nechci, tak my do toho prostě nejdeme, protože to není jeho potřeba vůči nám. Já jí tam můžu vidět, můžu mu to říct, můžu ho informovat o rizicích, ale tím končí to, kam můžu zajít.“
(sociální pracovnice NNO_3)

Zprostředkování a asistence při registraci u lékařů primární lékařské péče, tedy u pediatrů, praktických lékařů pro dospělé, stomatologů a gynekologů bylo v oblasti zdraví jednou z hlavních zakázek na sociální pracovníce a pracovníky ze strany klientů – nájemníků v sociálním bydlení. Role sociálních pracovníků byla ve většině případů ve zprostředkování komunikace mezi klienty a zdravotními pojišťovnami či lékaři a dále pak v motivování klientů vůbec se do procesu registrace a řešení zdravotních otázek pouštět.

V další podpoře, např. při docházce na pravidelná vyšetření, v dodržování termínů kontrol atd. se už přístup sociálních pracovníků lišil – někdo to nepovažoval za svou agendu a nechával odpovědnost plně na klientech, jinde to bylo vnímáno jako riziko potenciálně/přeneseně ohrožující schopnost udržet si bydlení a tím pádem to bylo relevantním tématem. Záleželo také na klientele dané služby a míře jejich angažovanosti a samostatnosti.

Navazující zakázkou ze strany klientů je pomoc při nasměrování na relevantní zdroj informací (ve formátu základního poradenství), ať už jde o lékárnu, lékaře, nebo specializované pracoviště. Součástí této informace bývá itinerář, jak postupovat, ovšem reálné kroky už většinou musí podniknout klient sám, aby se posilovala míra jeho kompetence.

Časté je také doprovázení klientů na úřady a do zdravotnických zařízení, přičemž míra zapojení sociálního pracovníka je vždy na rozhodnutí klienta.

Další významnou službou, kterou sociální pracovníci a pracovníci svým klientům a klientkám poskytují, je vedle praktické pomoci s vyřizováním věcí i **psychická podpora a motivace**

potřebná pro překonávání rozličných bariér. Mnohé sociální pracovnice to viděly jako „malou službu s velkým efektem“, kdy jde často jen o vyslechnutí, pochopení, podporu a povzbuzení, že daný problém vyřeší a společně překonají. Tato role je velmi důležitá, zvláště v kontextu místně nedostatkových kapacit psychologů a psychoterapeutů. Vyžaduje však čas k navázání vztahu důvěry.

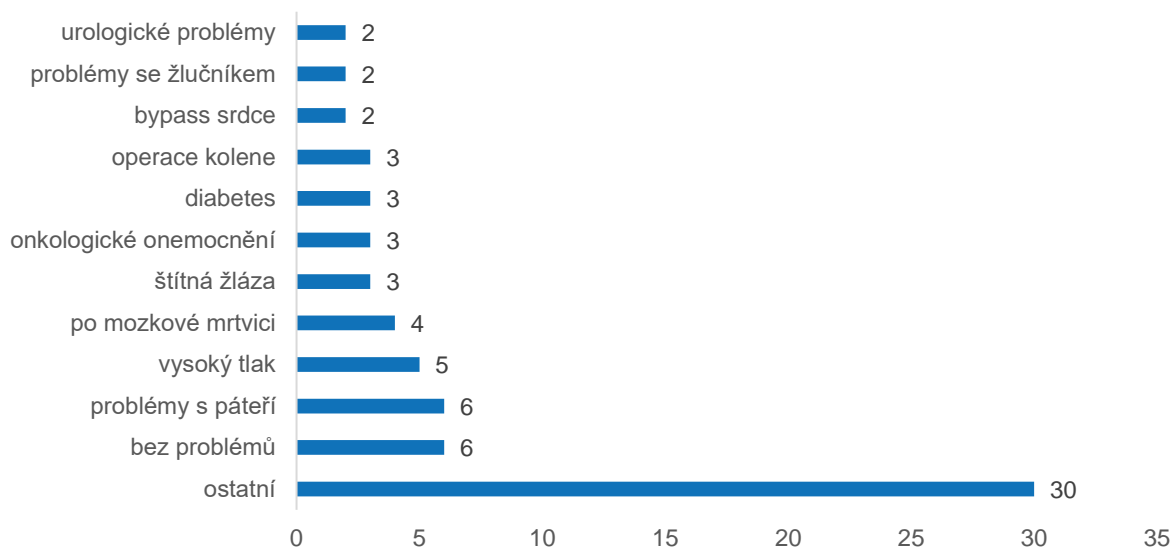
„Naše práce fakt není o ničem jiném, než když je nějaká žádanka u toho praktického, ten člověk potřebuje sehnat nějakého odborného, tak si s ním sedneme, vezmeme telefon, zkusíme a zkusíme a obvoláváme a obvoláváme. A zjišťujeme, jak to je kapacitně tam a tam a tam. Máme speciální tarify. Až se to prostě podaří.“

(sociální pracovnice NNO_10)

Typologie zdravotních problémů

Jak naznačuje přehled zaznamenaných zdravotních problémů u respondentů-nájemníků sociálních bytů (viz graf 1 nebo podrobněji v příloze) a na čem se shodují i sociální pracovníci a pracovnice dotazovaných služeb je, že *spektrum* zdravotních problémů není výrazně odlišné od situace běžné populace¹ - rozdíl je však v kumulaci jejich počtu a souvislost s dalšími rizikovými faktory. Mladší ročníky zdravotní problémy příliš nepociťují, matky s dětmi řeší pravidelné preventivní kontroly a běžné (dětské) nemoci, u starších lidí se objevuje více problémů a komplikací zároveň. Mezi častěji se opakujícími problémy, které sociální pracovníci a pracovnice zmiňovali, patřily u dospělých klientů nemoci pohybového aparátu, stomatologické problémy a obtíže onkologického, urologického a psychického charakteru. Ve výpovědích respondentů-klientů sociálního bydlení se potvrzují kategorie nemocí pohybového aparátu (problémy s páteří) a onkologická onemocnění; pětici nejčastějších zdravotních problémů mezi klienty uzavírají vysoký tlak, mozková mrtvice a disfunkce štítné žlázy. U dětí pak byly sociálními službami vnímány jako nejpálčivější stomatologické problémy, poruchy záměru chování a opozičního vzporu (ADHD) a psychologické/psychiatrické obtíže společně s respiračními/chronickými dýchacími problémy (výčet shrnují následující grafy).

Graf 1 - souhrn nejčastěji sdílených zdravotních problémů dospělých identifikovaných respondenty v rozhovorech

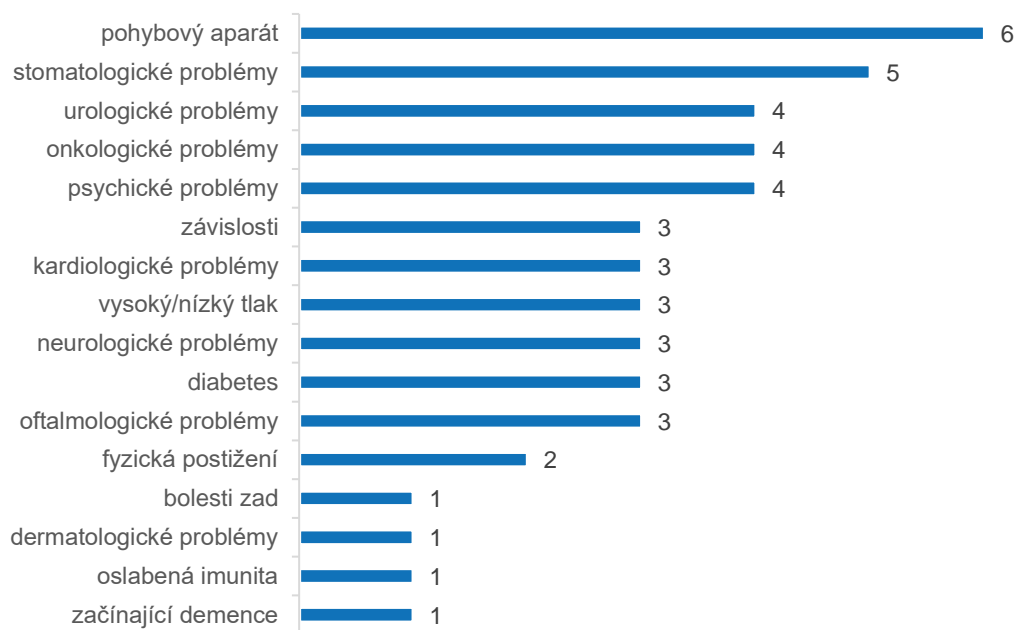


Zdroj: terénní šetření ASZ

Poznámka: v kategorii „ostatní“ se objevovaly různorodé problémy od nízkého tlaku, celiakie, lupenky, bércových vředů, astmatu, až po šelesty na srdci, zaléčenou hepatitidu C či chronickou kýlu; výzkumný soubor tvořilo 45 respondentů

¹ Viz např. <https://www.statistikaamy.cz/2021/08/18/zprava-o-zdravi-a-nemocech>, nebo <https://www.uzis.cz/res/f/008435/zdrroccz2021.pdf> (str. 29 – 78).

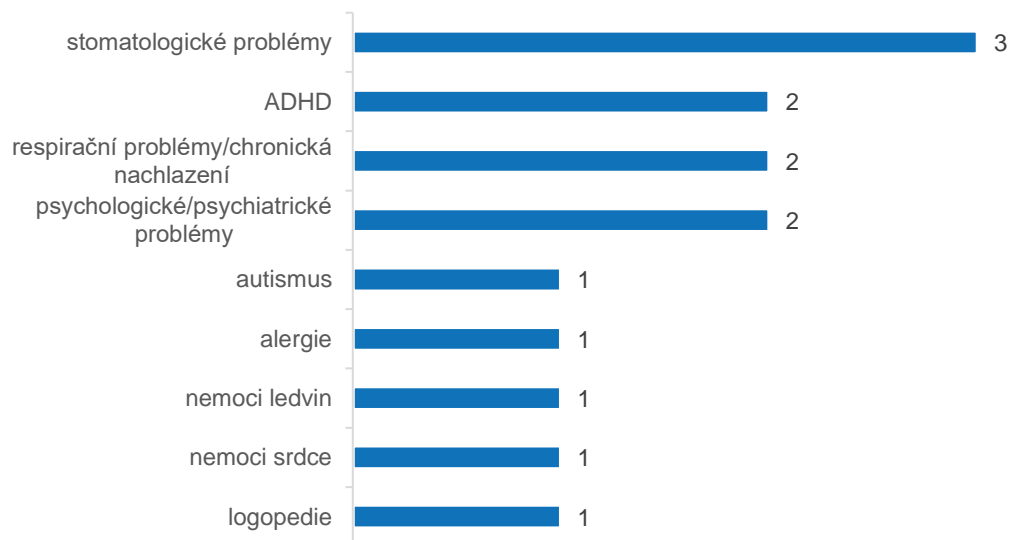
Graf 2 - souhrn nejčastějších zdravotních problémů dospělých identifikovaných sociálními pracovníky NNO



Zdroj: terénní šetření ASZ

Poznámka: výzkumný soubor tvořilo 17 respondentů z 11 sociálních služeb

Graf 3 - souhrn nejčastějších zdravotních problémů dětí klientů identifikovaných sociálními pracovníky NNO



Zdroj: terénní šetření ASZ

Poznámka: výzkumný soubor tvořilo 17 respondentů z 11 sociálních služeb

Zdravotní problémy související se zaměstnáním

Jedním z opakovaně zmiňovaných témat v souvislosti s aktuálním zdravotním stavem bylo předchozí zaměstnání, které podle respondentů významně ovlivnilo či v některých případech přímo zavinilo současné zdravotní problémy, se kterými se potýkají. **Častěji byla tato spojitost zachycena u mužů staršího středního věku a souvisela s manuálními, fyzicky náročnými profesemi** (zedník, automechanik, horník, dělník v cihelně) či vysloveně extrémními (důlní záchranář), u kterých lze předpokládat vyšší míra opotřebením organismu.

„Teď to říkám, to je následek těch deseti let. Motory, sekání trávy ve svahu. Dělal jsem v lesích. Sadby, údržby, těžba. Byl jsem tam jako šofér, svážel jsem klády. [...] To bylo mrazy, horko... V zimě, takhle, já jsem spal v průměru po celých 10 let dvě až tři hodiny. Za 10 let jsem odpadl. Tak se mi to projevilo.“
(klient_NNO_7, 67 let)

„Mám zdravotní problémy, to bych lhal. Mám klouby v háji. A navíc tam je opravdu těžká robota, takže mi odešla i šlacha na ruce. Plus nějaká chrupavka, nebo co to je. Tady na té ruce nic není. [...] Já byl půl roku na nemocenské. Tam se dělají ty výrobky, šamotové cihly, pro různé komíny, některé mají 33 kg. Potom, jak co potřebuji oni, tak jsem i lisoval. Ale tam jsem potom té mistrové ukázal, že mám ruku tak, tak k doktorovi. Já jsem i s tou rukou na druhý den šel do práce, co to udělá. Jenže bohužel ono to bylo ještě horší.“
(klient_NNO_2, 60 let)

Řada respondentů také vykonávala či stále vykonává veřejnou službu, aby zvýšili své životní minimum, ovšem pohyb venku se v kombinaci s nemocemi pohybového aparátu může stát fyzicky náročným.

„bydlení je to hlavní, ale musím vyžít no...na koupaliště si nezajdu. Dělán veřejnou službu, abych měla víc, ale mám problémy to odchodit... těch 30 hodin, jak to neodděláte klesáte na minimum. A to je pořád venku, zima, horko... Já bych třeba ten úklid i vydržela týden, 14 dní, ale pak odpadnu fyzicky...“
(klientka_NNO_3, 60 let)

U žen šlo častěji o zaměstnání, kde dochází k jednostranné zátěži pohybového ústrojí – páteře, horních i dolních končetin při opakovaném pohybu (typicky úklid, vyskladňování zboží apod.), nebo se projevuje syndrom karpálního tunelu.

„Měla jsem nějaký zánět břicha, to jsem brala asi troje nebo čtvery antibiotika a to se pak spravilo a během toho se mi dostal zánět do ruky, do ramene... tak musím chodit na rehabilitaci... jako někdy to zabolí [...] nemohla jsem se ani opřít. Ale je to asi z práce říkal doktor, že stojím a furt to hážu na jednu stranu, že to je jeden pohyb...“
(klientka_NNO_3, 45 let)

„...a co s tou rukou, já mám ty karpály – já už měla být dávno na operaci, ale bylo moc horko. [...] To mám z namáhání, z praní... já na všechno byla sama, ten můj většinou chlastal a teď trpím.“ (klientka_NNO_1, 44 let)

Zdravotní problémy související s rodinnou situací

Rodinná situace a širší rodinné vazby se dále často objevovaly v kontextu zdraví respondentů jako důležitý faktor. Šlo především o vztahy mezi rodiči a dětmi, případně (především u romských respondentů) mezigenerační vazby mezi dospělými dětmi, jejich dětmi či vnoučaty a stárnoucími rodiči. **Ve větší míře takové situace a vyplývající zdravotní důsledky popisovaly ženy.** Na jednu stranu představovaly tyto vztahy silný motivátor pro překonání dočasných obtíží (finanční problémy, nedostatečné bydlení) či nalezení řešení z konkrétní svízelné situace (partnerský konflikt), což mohlo mít zcela konkrétní dopady na zdravotní (psychickou) situaci respondentů.

„[Maminka] má cukrovku. A tlak. Se srdcem. A ona neměla vlasy, měla zhoubný nádor, byla dvakrát operovaná. Má hrozně léků, ona bere denně 14 léků. Astmatička je. A kde třeba venku je slunce, tak ona nesmí být dlouho na slunci. Takže se jí udělají takové vyrážky a něco takového černého. Tak s ní chodím všude, k diabetičce, všude s ní chodím. Takže ještě máma do toho. Takže já, abych popravdě řekla, ani tak moc nespím. Takže mám se někdy tak, někdy tak.

A co vy, jak jste na tom se zdravím?

Já jsem v pořádku. Když mě něco bolí, tak to neříkám ani mámě, nic. Tak se prostě starám, musím se starat o toho malého. Když mně třeba, že jsem od mala na ledviny. [...] Ale já to neříkám mámě. Protože vím, že mám dělat kolem malého, tak si vezmu prášek, ať mi to přestane.“

(klientka_NNO_1, 43 let)

Na druhé straně prezentovaly tyto vazby kapacitní překážku pro řešení vlastních zdravotních obtíží respondentů – respondenti a respondentky upozadovali své vlastní problémy kvůli starosti o další členy rodiny, případně si uvědomovali nezastupitelnost své role (jako živitele rodiny, starající se osoby apod.). Typickou situací je jediná vydělávající osoba v domácnosti, která si „nemůže dovolit být nemocná“ (rodiče samoživitelé), nebo lidé pečující o své stárnoucí rodiče či nemocné partnery.

„...a v práci, já nevím, jak to mám říct, ale ty lidi jsou tak zlí, že třeba máte volno a bojíte se, že přijdete druhý den, a už tu práci nemáte. Že už nemáte ani čas. Já jsem po operaci, dva roky je tomu. [...] já jsem měla být tři měsíce doma a byla jsem měsíc doma a šla jsem do práce. Ještě bolavá. Protože normálně se bojíte nejit do práce.“ (klientka_NNO_5, 49 let)

„Hodně krát do měsíce musím s dcerou lítat po doktorech, to není tejdén, abysme někde nemusely a to pak zpátky do školky nemůže, takže si musím vzít na zbytek dne volno... a pak si to musím nějak dodělat, nebo napracovat dopředu...já nevím... je to takový složitý, je toho na mě moc. Vždycky jsem musela všechny nemoci přechodit, protože jsem si nemohla dovolit ztratit práci... mám žlučníkové kameny, tohleto a x dalších věcí...“

(klientka NNO_2, 43 let)

Zdravotní problémy související s psychickým a fyzickým stresem

V případě některých respondentů souviselo jejich fyzické zdraví přímo s psychickým zdravím (a naopak). V rozhovorech jsme zachytili několik případů, kdy **psychická nerovnováha vyvolaná nějakou zátěžovou situací přímo vyvolala akutní fyzickou reakci**. V jednom případě žena (57 let) vedle dlouhodobých zdravotních obtíží (cukrovka, zvětšená štítná žláza) popisovala pohybové problémy s páteří a nohama, prožívala dlouhodobý stres v důsledku nejistého bydlení (vypovězení z bytu, pobyt na ubytovně, stěhování do sociálního bytu), vícenásobných exekucí či ztráty zaměstnání v důsledku zdravotních obtíží. Dobrovolně podstoupila léčení v psychiatrické léčebně v Opavě a v poslední době se zátěž projevila diagnózou *těžké psychické tetanie*².

„teď mi znepríjemňují život ty záda bolavé, ta noha, jak mi tam škuje... v ruce, dlaně... já si říkám, že už se asi rozpadám. Já bych měla chodit na zábaly, ale mě to nepomáhá. [...] Kolikrát mám chuť, že vezmu kladivo a budu si po tom kotníku bouchat tak dlouho, abych měla důvod, že mě to bolí.“

(klientka NNO_3, 54 let)

Další zaznamenaný případ popisoval muž (53 let) psychiatricky diagnostikovaný se středně těžkou úzkostnou poruchou (neurotická porucha), která mu bránila ve vykonávání běžných denních činností. Ačkoliv si respondent uvědomoval neopodstatněnost svých obav a úzkostí, často akcentovaných v pracovním prostředí, nebyl schopen jim efektivně čelit, což má za následek zhoršené pracovní uplatnění a sociální izolaci. Fyzicky byly tyto stavy u respondenta doprovázeny akutní panickou atakou a vysokým krevním tlakem.

„Do padesáti mi nic nebylo, nebral jsem skoro žádný prášky, ale po padesátce vysokej tlak a další neduhy... se ty nemoci nějak začaly shromažďovat. Teď v pátek jsem zkolaboval z vysokého tlaku, skončil jsem na kapačkách v nemocnici.“

(klient NNO_3, 53 let)

² Tetanie je stav zvýšené dráždivosti (hyperiritability) nervosvalového ústrojí. Je způsobena buď nedostatkem vápníku, anebo hlavně nedostatkem hořčíku (Mg). Tato choroba se projevuje buď sklonem ke křečím (tzv. latentní forma), různými křečovými stavy (tzv. manifestní forma), také však rozsáhlými křečovými záchvaty, stavy hluboké deprese, rozšířené agresivity, nervozity. (zdro: wikipedie.cz)

Dalším příkladem je respondent (41 let) donedávna žijící v soukromém nájemném bytě, který se podle svých slov v důsledku pracovní zátěže zhroutil, přišel o bydlení i zaměstnání a momentálně se léčí na psychiatrii.

„Měl jsem stabilní bydlení v Mariánkách, 1+1, stabilní práci, 6 let jsem montoval okna a dveře a pak mě chytla panická ataka a úplně jsem odpadl a už jsem nemohl dělat takovou těžkou práci... už jsem bral aj léky, doktor mi řekl že potřebuju nějakou lehčí práci nebo takhle... týden jsem ležel v posteli, točila se mi hlava, měl jsem úzkosti a tak a šéf z práce mě tam odvezl na doporučení nějaký kamarádky“ (klient NNO_3, 41 let)

Posledním příkladem je žena (43 let) po VTOS s fobií ze zubařů, která řeší dlouho zanedbanou zubní péči. Protože využívala psychiatrickou pomoc ve VTOS (i z jiných důvodů), má lékařské potvrzení, že může absolvovat zákrok u stomatologa pouze v celkové anestezii. Očekává však jen další komplikace.

„Teď jsem si našla zubaře, který mě ale vezme až v desátém měsíci. Ale jen se zaevidovat... teď mě objedná za jak dlouho zase? Teď mu tam hodím papír, že jenom v celkové anestezii a řeknu mu: dobře, objednejte mě někde, protože já si to chci nechat všechno vytrhat, protože to je všechno zkažený a nechat si udělat nový... ale to bude... já už to vidím teď! [...]“ (klientka NNO_2, 43 let)

Zdravotní problémy související s životním stylem

Dosavadní životní styl je patrně nejzásadnějším faktorem podepisujícím se na aktuální zdravotní situaci respondentů. Ten je, jak bylo popsáno výše, do značné míry ovlivněn životními podmínkami, v jakých se sociálně vyloučení lidé pohybují – materiální chudobou, prekarizovanou/těžkou manuální prací, substandardními podmínkami v bydlení apod. Velká část dotazovaných respondentů-nájemníků soc. bydlení v rámci popisu svých každodenních činností uváděla běžnou konzumaci cigaret a kávy, permanentní míru stresu zapříčiněnou (opět) finanční nejistotou, nezaměstnaností, závislostí na dávkách hmotné nouze a podpoře sociálních služeb, nebo komplexní životní situací (životní trajektorii), která je mnohdy dovedla až do sociálního bydlení apod.

Sociální pracovnice služeb pracujících s Romy a romskými rodinami poukazovaly na spektrum zdravotních problémů vyplývajících z jejich životního stylu a tradičních přístupů. V jejich pohledu jde především o pozitivní percepci vyšší tělesné váhy jako žádoucího statusového symbolu (obezita), podceňování vlivu zdravé a vyvážené stravy a aktivního trávení volného času (dostatek pohybu) – vyplývající problémy zasahují jak děti, tak dospělé. Ve vztahu ke zdravotnímu systému a v interakci s ním pak Romové ve větší míře trvají na předepisování léků, zvláště antibiotik, případně se dožadují, nebo naopak odmítají operační zákrok. Lékař, který doporučuje změnu životního stylu, pro ně není dobrým lékařem. Ve výchově dětí podle

sociálních pracovníků rodiče dostatečně neakcentují zdravé návyky (ať už ve stravování, konkrétně u množství konzumovaného cukru), které ostatně sami příliš nenásledují, což se poté, podle některých respondentů, může propisovat do genetické výbavy dalších generací (např. ve formě zvýšeného výskytu výchovných poruch/poruch pozornosti např. ADHD).

U části Romů podle některých sociálních pracovníků přetrvává řada zvyklostí a mýtů, které jsou vyloženě zdraví poškozující. Za příklad může sloužit způsob uspávání dětí s kostkou cukru v ústech, tabuizace menstruace u dospívajících dívek (poukazující na nepřítomnost osvěty), nebo nekritický přístup některých rodičů k žádostem svých dětí, především co se týče stravovacích návyků (což neplatí pouze pro Romy) charakterizované heslem *dítě nesmí plakat*.

„Já vám to povím, s tím malým, už mu párkrát řezali [zuby], měl zánět okostice. Ten čtyřletý. Prakticky mi tam řekli, že to bude bolet, takže mu nemám ani čistit ty zuby. Protože já ho ještě kojím. Já jsem to tam vysvětlila, on třeba si vezme oplatek, on strašně rád pije ty obyčejné Kofoly... to jsem tam vysvětlila, ještě jsem řekla, že ho ještě kojím. A oni mi řekli, že ho mám přestat kojit, že to je i s tím mlékem. Že to mléko už není dobré pro něho.“
(klientka NNO_1, 43 let)

Zřetelně byla souvislost zdravotních problémů vyplývajících ze životního stylu pojmenována v případě závislých osob (nejčastěji na pervitinu a alkoholu) a často se týkala stomatologických problémů. Jak situaci popsala jedna sociální pracovníce – „drogy žerou zuby“ (sociální pracovníce NNO_2), kdy mnoho z těchto osob v mladém věku již prakticky nemá zuby.

„jo tak zuby... taky jsem objednaný k zubaři... ale to jsou takové problémy, jo, to jsou třeba ty následky, ty zuby. Ale vím, že i někteří abstinenti mají problémy se zubama... ale já to mám vysloveně z těch drog a alkoholu.“

(klient NNO_4, 43 let)

Ve spojení s plošným nedostatkem dostupné (skrze pojišťovnu hrazené) stomatologické péče je jejich situace prakticky neřešitelná, což se projevuje negativně na sebevědomí zvláště žen a omezuje to jejich pracovní uplatnění i možnosti sociálních interakcí. U závislých osob je otázka vlastního zdraví navíc hodně upozaděna, což s přibývajícím věkem pouze násobí množství komplikací. Jeden z respondentů zhodnotil své zdravotní problémy jako důsledek primárně svého laxního (až poškozujícího) přístupu, ke kterému pobyt ve VTOS ani užívání drog nijak nepomohly.

„já jsem vždycky zastával názor, že se ze všeho vyléčím sám, ať už flaškou koňaku, nebo balantýnky. Takže já jsem vyloženě na to sral, a tak se to na mě projevilo. Pak ty fety, tak to vůbec... to máte úplně, jinak žijete... nerad na to vzpomínám. Za to si můžu sám, žádnéj systém... taky jsem měl autonehody, to se taky projevilo.“
(klient NNO_2, 53 let)

V tomto kontextu lze ještě zmínit skupinu osob, kteří k lékaři dlouhodobě se svými zdravotními problémy za lékařem nedocházeli a řešili to vlastními prostředky (většinou vlastní medikací, nebo právě alkoholem), nebo ve vážnějších případech na pohotovosti. Tito lidé nemusejí nutně trpět syndromem bílého pláště, ale už se po mnoha letech bez lékařské péče cítí komfortněji, než by čelili stresu a jisté míře ponížení při nové registraci. Častěji může jít o starší ročníky, osoby s historií bezdomovectví, nezřídka pak s nějakou vážnou/terminální anamnézou, která by vyžadovala intenzivní, nebo alespoň pravidelnou léčbu či operaci, na kterou však tyto lidé předem rezignují a „chtějí už jen dožít“.

Dostupnost lékařů primární péče

Služby primárně vystupovaly jako psychická i praktická podpora v procesu řešení zdravotních situací a zároveň zprostředkovatelé kontaktu mezi lékaři a klienty (procesní podpora). Jako taková byla jejich role vnímána velice pozitivně a klienti oceňovali jistotu, s jakou se na sociální pracovníce a pracovníky mohou (nejen v otázkách týkajících se zdraví) obracet. Ze strany lékařů a zdravotnického personálu bohužel zpětnou vazbu nemáme – z výpovědí sociálních pracovníků jsme zaznamenali více nuancované situace, ve kterých může tato zprostředkovatelská role mít na konečný cíl registrace/ošetření klientů více či méně pozitivní efekt. Na jedné straně podle sociálních pracovníků některá zdravotnická pracoviště oceňovala jejich přítomnost jako prostředníků v komunikaci s potenciálně komplikovanějšími pacienty. To se týkalo především oboustranného překladu a vysvětlování, které pro obě strany v důsledku zvyšuje pochopení zdravotního problému zdravotníky, i výsledků vyšetření či doporučeného postupu klienty/pacienty. Navíc napomáhá zvýšení disciplinovanosti v plnění smluvených termínů na straně klientů/pacientů, nebo představuje pro zdravotníky možnost kontaktovat sociální pracovníky a pracovníce v případě potřeby (např. nedostupnosti pacienta). V jiných případech je přítomnost sociálního pracovníka indikátorem *nestandardního* pacienta, který bude vyžadovat specifickou péči, což většinou znamená práci navíc.

„Občas narazíme i na to, že když voláme my, tak se to podaří, ale když volá klientka, která prostě je, jaká je, tak je problém. Protože už to slyší po hlase, a už tu maminku třeba nechtějí ani přijmout. I kdyby měli volno. A když řekneme my, že voláme jako za někoho, a jsme sociální pracovníci, tak oni už si to většinou tak jakože domyslí.“ (sociální pracovníce NNO_1)

„To záleží na tom. Někdy je to problém. Že oni [zdravotníci] řeknou, aha, tak vy potřebujete tady paní pečovatelku [...] třeba pro mě to zároveň trochu znamená, že když za někoho volá sociální pracovník, tak to není úplně motivovaný člověk, který by opravdu toho lékaře chtěl. A někdy je to naopak, jo, tak to je super, že má sociální pracovníci, s ní se domluvíme. Ale spíš je to naopak.“ (sociální pracovníce NNO_10)

Sociální pracovníce jsou tak v mnohých případech považovány za opatrovnice, ošetřovatelky, pečovatelky či rodinné příslušníky. Pro klienta-pacienta to může znamenat zpasivnění jeho role v případech, kdy se zdravotníci obrazejí primárně na sociální pracovníci, což může vést k pasivitě, rezignaci a nedostatečném zapojení se do léčebného procesu (minimálně v komunikaci s lékařem).

„Ano. Někteří chtějí třeba doprovod, že se cítí bezpečněji s tím sociálním pracovníkem. Záleží doktor od doktora. Některý lékař na to může reagovat negativně, protože má pocit, že ten člověk je onálepkovaný, a tím pádem, v uvozovkách, nižší sorta. Já, když jsem šla doprovodit pána, tak naopak ten doktor to vítal, protože ta komunikace přece jenom s pánem je těžší, když je po mrtvici, tak se nedokáže tak vyjádřit. A já jsem s ním předtím

nějakou dobu komunikovala, tak jsem přesně věděla, co chceme. Takže tam on zase na druhou stranu říkal, super, super, báječné, tady se domluvíme a kdykoliv přijďte zas. To záleží člověk od člověka. “

(sociální pracovnice NNO_3)

„ten doktor jakmile vidí, že s ním někdo jde do tý ordinace, tak to automaticky vyhodnotí, že má omezenou svéprávnost a že jsem opatrovnice. Strašně rychle začne fungovat ten efekt, že se ty doktoři začnou bavit s váma, že ten doktor to říká vám a ten člověk z toho úplně vypadává. Pro mě je to diskomfort, ale hlavně pro toho člověka, protože s ním nakonec jednají jako s debilem [...] když by tam ale beze mě vůbec nešel, je to asi menší zlo, když tam jdu s ním“ (sociální pracovnice NNO_2)

Většina sociálních pracovnic a pracovníků se zároveň shodovala na vstřícném a profesionálním jednání zdravotnického personálu s jejich klienty, na druhou stranu však tématizovali rozdíl v přístupu sester a lékařů v případech, kdy klienty doprovází a kdy nikoliv.

„A opravdu, až když jsme tam šli spolu, a viděl ten doktor třeba, protože oni nevypadají, ti klienti. Jako takhle, jak bych to řekla, oni je rádi odflinknou, protože prostě jsou z nějakých poměrů a žijí, jak nejlépe umí. Ale oni se k nim chovají tak, že jim nechťejí moc dávat ty šance. Takže opravdu, když tam jdou pak s doprovodem, i na dávkách, oni prostě jim nevysvětlí ty věci, oni se pak rozčílí, oni tomu nerozumí...“ (sociální pracovnice NNO_1)

Přese všechno však byla možnost doprovodu k lékaři a asistence/facilitace efektivní komunikace se zdravotním personálem hodnocena po všech stránkách pozitivně, především s efektivnějším výsledkem pro klienta, který se v důsledku pozitivní zkušenosti v ordinaci může při příští příležitosti cítit sebevědomější a schopnější řešit svoje zdravotní záležitosti samostatně.

Jako nejideálnější se napříč službami jevílo vyhledávání lékařů *po známosti* či *na osobní doporučení*, kde je už nějaká předchozí záruka toho, že zdravotníci budou s klienty dané služby jednat s respektem, budou mít větší pochopení pro jejich specifika apod.

„...máme třeba dva, tři smluvní lékaře, kteří nám vezmou klienty ve smluvený čas rovnou, bez čekání v ordinaci – oni tam nevydrží čekat, oni musí každou chvíli jít ven kouřit, nebo nejsou úplně... jsou třeba cítit nějak, nevypadají nějak normálně, takže sestra nám otevře zadní vchod, rovnou do ordinace.“ (sociální pracovnice NNO_6)

Nejčastěji asistovaly služby s vyhledáváním stomatologa, poté pediatra, praktického lékaře a v nejmenším počtu případů řešily registraci u gynekologů. Jednotlivé služby se lišily ve své zkušenosti, s jakou bylo možné danou odbornost s úspěchem svým klientům zajistit. Dominantním faktorem v tomto případě sehrává pravděpodobně cílová skupina, s jakou daná

služba většinou pracuje, případně situace konkrétního klienta či klientky.³ Následující tabulka tuto zkušenost shrnuje. Shoda panovala v nedostupnosti stomatologů, a naopak v relativně dobré dostupnosti gynekologů. U pediatrů a praktických lékařů pro dospělé se zkušenost poměrně lišila – určující se zdá být profil klientů, kdy lidé s historií bezdomovectví (Spolu pro rodinu), po VTOS (Rubikon), nebo Romové se setkávají s většími bariérami při registraci.

Tabulka 4 - přehled dostupnosti lékařů primární péče pro klienty jednotlivých NNO

	pediatr	praktický lékař	stomatolog	gynekolog
Charita Ostrava	+/-	+/-	-	+
Rubikon	-	-	-	+
Armáda Spásy	+	+	-	0
Renarkon	0	+	-	0
Nová Možnost	+	-	-	+
Centrom	+/-	+/-	-	+
Soc. odbor MMO	-	+	-	0
Mens Sana	0	+	-	+
Slezská Diakonie	+	+	-	+
Spolu pro rodinu	-	-	-	0

Zdroj: terénní šetření ASZ

Vysvětlivky: **+** dobrá dostupnost, **0** nemají zkušenost/není objednávka ze strany klientů; **-** nedostupné; **+/-** nelze s určitostí tvrdit/záleží na konkrétní situaci

Poznámka: výzkumný soubor tvořilo 16 respondentů z 10 organizací

V případě rozdílných zkušeností sociálních pracovníků/mediátorů zdraví (Charita Ostrava, Centrom) s registrací u pediatrů a praktických lékařů byla nejčastěji popisována nedostatečná kapacita místních lékařů, respektive dlouhá doba předcházející úspěšnému zaregistrování. Svou roli hrají i dynamicky se měnící kapacity na straně lékařů. Služby i klienti často reagují na doporučení, že se někde uvolnila kapacita a je možné se registrovat, ovšem to se rychle mění. Hlášení volných kapacit pojišťovně je problematické a mnohdy neodpovídající, protože lékařské ordinace si často ponechávají určitou operativní kapacitu nevyužitou pro možné nově příšle registrace a, protože počítají s přítomným převisem poptávky, nenahlašují svoje volné kapacity zdravotní pojišťovně.

Kapacity v posledních dvou letech dále napíná množství ukrajinských uprchlíků (zvláště u pediatrů a praktických lékařů) i generační obměna lékařů, kdy ordinace starších ročníků odcházející do důchodu nepřebírají mladší lékaři. Jedna sociální pracovnice hovořila o 6 pediatrických ordinacích, které se mají zavírat v letošním roce 2023 bez navazující služby, potenciálně tvořící převis poptávky v řádu nižších tisíců pacientů.

³ Faktorů ovlivňujících zkušenost sociálních pracovníků a pracovníků s dostupností lékařů primární péče bude jistě více. Mimo uvedené mohou hrát roli i individuální charakteristiky sociálních pracovníků (angažovanost, komunikační dovednosti atd.), konkrétní způsoby prezentace své poptávky, nebo vzájemná předchozí zkušenost lékařů/sester s pacienty doprovázených/doporučených sociálním pracovníkem. Rolí jistě hraje také flexibilita a pouhé štěstí, kdy se poptávka aktuálně protne s právě uvolněnou kapacitou dané ordinace.

„problém najít doktora, ať už pediatra, nebo obvodáka, byl už před válkou a ještě se to ztížilo přílivem uprchlíků [...] zhruba 95% našich klientů je registrovaných... a když ne, je většinou vina na straně klientů.“

(sociální pracovnice NNO_1)

Situaci tedy formuje i přístup klientů – pacientů samotných a jejich motivace a přístup ke využívání zdravotnických služeb. Některé sociální pracovnice popisovaly svou zkušenost s klienty, u kterých je obtížné udržet stabilní úroveň motivace v procesu hledání lékaře, aby k němu nakonec skutečně došli, další hovořili o problematické komunikaci mezi některými klienty a lékaři/sestrami v ordinacích, nebo o nedůslednosti v dodržování domluvených termínů ze strany klientů-pacientů, vedoucích často k jejich vyškrcnutí z databáze a ztrátě lékaře. Pro řadu klientů je proto snazší ušetřit si stres v ordinacích a řeší svoje zdravotní problémy ad-hoc až v akutních případech návštěvou pohotovosti (více viz kapitola Bariéry na straně osob v sociálním bydlení a Bariéry na straně zdravotnických zařízení).

„první problém dostat je do ordinace, nastartovat je a jakmile zjistí, že je to pro ně dobré, tak si jsou často schopní další věci domlouvat sami... teda když je s nimi lékař ochoten mluvit.“

(sociální pracovník NNO_5)

Pediatric

Pediatric je jedním z oborů primární zdravotní péče, kde je silně pocítován prohlubující se nedostatek lékařů. Na tom se podílí odchod mnohých pediatriů do důchodu, po kterých ordinace nikdo nepřebírá a zároveň zvýšená poptávka zapříčiněná válkou na Ukrajině a množstvím ukrajinských dětí vytěžujících ostravské pediatrické kapacity.

„...poslední rok je na Ostravsku hlavně hledání pediatriů během na dlouhou trať“

(sociální pracovnice NNO_7)

„Takže někdy to je fakt náročné a složité. Jako ano, pediatriů je málo, odcházejí do důchodu a noví nejsou. Teď nechci na to nějak poukazovat, ale co jsem slyšela, opravdu od těch pediatriů, přibyly jim ukrajinské děti. A žádný malý počet. A to tedy jsem vyslechla od sestry, ve smyslu, paní doktorka má plnou kapacitu, a ještě má dalších asi 60 pacientů, dětských, ukrajinských, které musí zvládnout nad svůj limit. A už nevezme další. Nebo nevezme ty problémové.“

(sociální pracovnice NNO_10)

Registrace dětí klientů sociálních služeb je u pediatriů komplikovanější kvůli odpovědnosti zdravotnických zařízení informovat OSPOD o případném neplnění preventivních a očkovacích kalendářů. Tato agenda nad rámec běžné (už tak zatěžující) administrativy má za následek zvýšenou citlivost zdravotnického personálu na určité indicie napovídající, že by mohlo jít o *problémového* pacienta – může jít o tradičně romské příjmení, počet dětí, způsob komunikace, nebo právě skutečnost, že registraci vyjednává sociální pracovnice⁴.

⁴ O ambivalenci vnímání této asistence viz výše

„je problém nalezení jakéhokoliv lékaře, zvláště, když volá sociální pracovník... pro lékaře to značí, že to není ideální klient. A zvláště u pediatriů, že se nechtějí tahat s ospodem“ (sociální pracovnice NNO_7)

Podle dat OSPOD se míra intenzity těchto problémů značně liší podle lokality v rámci Ostravy. Některé městské části registrovaly desítky takových případů – například Moravská Ostrava a Přívoz necelé tři desítky za první trimestr roku 2023 či Slezská Ostrava cca padesát případů ročně, zatímco v jiných městských částech šlo o jednotky případů (viz obrázek 1 v Příloze).

Běžnou praxí je zajištění pediatra ještě před opuštěním porodnice a děti tak bývají běžně registrované bez problémů. To potvrzoval i soubor respondentů-nájemníků sociálního bydlení s dětmi, kde všechny děti měly svého pediatra. Konkrétní lokality (např. Kunčičky) byly identifikovány jako problematické z hlediska dostupnosti pediatrické péče. Problém dále nastává, pokud je třeba pediatra změnit (např. kvůli změně bydliště), nebo není ze strany rodičů dostatečná spolupráce (dodržování termínů prohlídek atd.) a pediatr dítě vyřadí ze svého registru.⁵

„Což o to, to ano. Pediatr třeba změnit nejde. Je velký problém sehnat, to je velký problém, ale změnit nejde [...] jenom tak, že by si to chtěl, jakože, hm, tak to už dneska ne. To už je obrovský problém...“

(sociální pracovnice NNO_10)

Priorita zdraví dětí (oproti dospělým) a související využívání preventivních vyšetření apod. byla často zmiňována především u romských rodin – nutně se to však nemuselo odrážet i ve zdravějším životním stylu, vyváženější stravě apod. Některé sociální pracovnice to dávaly do souvislosti s občasným nadužíváním pediatrické péče kvůli častějšímu omlouvání absencí ve škole. Frekventovaný byl podle některých sociálních pracovnic i mýtus o všemocnosti antibiotik, které jsou romskými klienty často vyžadovány jako jediná opravdu efektivní léčba.

I v tomto případě sociální pracovnice a pracovníci preferovali oslovování pediatriů s žádostí o registraci pro své klienty na doporučení/po známosti, což pravděpodobně platí za nejspolehlivější referenci.

„Prostě má někdo pediatra, třeba s kolegyní, který bere.... jako neříkáme, že to jsou klienti, ale třeba známí.“ (sociální pracovnice NNO_2)

Praktické lékařství pro dospělé

Všichni dotazovaní respondenti uvedli, že jsou u svého praktického lékaře registrovaní, téměř třetina z nich pak déle než 2 roky, nezdídkou i dlouhodobě. Lidé po VTOS uváděli relativně

⁵ „Lékař může ukončit péči o pacienta v případě, že: pacienta předá s jeho souhlasem do péče jiného lékaře, pacient vysloví nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb, pacient závažným způsobem omezuje práva ostatních pacientů, úmyslně a soustavně nedodržuje navržený léčebný postup (pokud s ním vyslovil souhlas) nebo se neřídí vnitřním řádem zařízení a jeho chování není způsobeno zdravotním stavem, přestal poskytovat součinnost nezbytnou pro další poskytování zdravotních služeb. V žádném případě nesmí ukončením péče dojít k bezprostřednímu ohrožení života nebo vážnému poškození zdraví pacienta. (zdroj: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/118>)

krátkou dobu registrace, protože jejich bývalý praktik během doby strávené ve VTOS buďto zemřel, odešel do důchodu, nebo je vyškrtl z evidence (uložil kartu do archivu). Část respondentů měla zkušenost s ordinací pro chudé provozovanou Armádou spásy, kterou navštěvovali i po zabydlení v sociálním bytě, protože si vážili citlivého přístupu, vysokého standardu péče a známého/bezpečného prostředí. Tato ordinace je hojně využívaná také v případě potřeb zajištění potvrzení pro přijetí do azylového domu, což se týká především osob bez prostředků. Někteří klienti neměli vůbec potřebu se u praktického lékaře registrovat, pokud nepociťovali nějaký akutní problém.

„dřív jsem neměl vůbec doktora, teda měl, pracoval jsem na šachtě, ale byl jsem zdravěj a vůbec jsem tam nechodil... jenom když jsem potřeboval volno, třeba vymalovat, nebo tak, jsem k němu zašel a dal mu pětistovku a on mi napsal nemocenskou“
(klient NNO_2, 65 let)

Nutnost registrace u praktického lékaře pro řadu klientů získala prioritu se zvyšujícím se věkem a častější frekvencí specializovaných vyšetření, která doporučuje a žádanky vystavuje nejčastěji právě praktik (i když nutně nemusí⁶). V opačném případě, nebo při jiných komplikacích při registraci, se celý proces neúměrně prodlužuje. V rozhovoru byl sdílen případ klientky, která u registrace u praktika zjistila, že nemá kartičku pojištěnce; její vyřízení trvalo dlouhých 8 měsíců, během kterých se lékaři naplnila kapacita a musel jí posléze odmítnout.

Reflexe dostupnosti praktických lékařů se napříč službami poměrně lišila (viz výše). Řada sociálních pracovníků měla rozdílné zkušenosti a **klíčové se pro zajištění registrace zdá být zasílávání a know-how daných služeb**⁷. Většina nových registrací odkazovala na řetězec Moje Ambulance, kde byla poměrně spokojeně registrována velká část klientů. Kritici naopak poukazovali mimo jiné na poplatky za rutinní úkony (kopie karty), nedostatek času, pokaždé jiný ošetřující lékař (diskontinuita péče) apod.

Stejně jako u pediatrie je u praktiků komplikované změnit lékaře bez závažného důvodu. Ze zkušenosti některých sociálních pracovníků tato změna není jednoduchá a vyžaduje precizní argumentaci. V jiných případech je zkušenost se změnou lékaře zcela opačná.

„Jeden z těch dotazů je, kde ten člověk bydlí, jestli je to daleko. A když řekneme, jo, je to třeba v jiném obvodu, tak on řekne, tam já bych nemohl vykonávat domácí návštěvy. Což ale stejně nikdo nedělá. Nebo skoro nikdo to nedělá. Ale to je jeden z těch základních důvodů, kdy on může odmítnout registraci. A nikdo mu na to nemůže nic říct. Možná je to spíš výmluva. Nebo se ptají, jestli je to senior, jak moc bude náročná ta péče o něho. No, tak na to nemáme kapacity. Oni nechtějí ty návštěvy v domácnosti. To je zdržuje. To znamená, pokud jim tam ten pacient ještě dojde, tak je to ještě

⁶ „Spolu s doporučením zasílá registrující lékař písemné odůvodnění a důležité zdravotní údaje včetně výsledků předem provedených vyšetření a informace o provedeném léčení. I v tomto případě má pacient právo na svobodnou volbu ambulantního specialisty. Na vyšetření k odbornému lékaři můžete jít i bez doporučení svého registrujícího lékaře. Je lepší jej však neobcházet a nejprve se vždy poradit s ním.“ (zdroj: [Průvodce zdravotním systémem | NZIP](#))

⁷ Viz pozn. p. č. 3

dobré, to ještě vezmou. Oni taky dostávají proplacený jenom určitý objem péče v tom měsíci.“ (sociální pracovnice NNO_10)

„Praktika jsem měla v Hlučíně, ale to bych musela dojíždět, tak jsem si našla tady u McDonalds, MojeAmbulance a to je dobrý.. už skoro 2 roky. Já jsem ho nenašla, já jsem dělala u technických služeb pro sociálku, abychom měli stejné peníze a byl tam pán a nabízel doktora... to byla náhoda, že jsem ho potkala!“ (klientka NNO_3, 50 let)

Z dat o využití obecné lékařské pohotovosti lidmi bez kapitační platby na území města Ostravy, tedy osobami neregistrovanými u praktického lékaře, vyplývá meziroční nárůst těchto pacientů o zhruba 30 % bez ohledu na věk. Protože však od roku 2020 roste počet pacientů pohotovosti celkově, je i celkový podíl těchto pacientů relativně stabilní (viz následující tabulky).

Tabulka 5 – počet pacientů pohotovosti do 18 let bez kapitační platby (registrace u pediatra/praktického lékaře) v Ostravě

Rok	Počet pacientů do 18 let celkem	Počet pacientů do 18 let bez kapitační platby	Změna (v %)
2019	5 681	78	1,4
2020	3 073	53	1,7
2021	3 683	67	1,8
2022	5 262	90	1,7

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS)/ Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZS); (vlastní zpracování)

Poznámka: Data neobsahují informace o pacientech mimo veřejné zdravotní pojištění (část cizinců, přímo placená péče).

Tabulka 6 - počet pacientů pohotovosti do 18 let bez kapitační platby (registrace u pediatra/praktického lékaře) v Ostravě

Rok	Počet pacientů 19+ let celkem	Počet pacientů 19+ let bez kapitační platby	Změna (v %)
2019	6 060	257	4,2
2020	4 167	189	4,5
2021	4 242	244	5,8
2022	5 445	310	5,7

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS)/ Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZS); (vlastní zpracování)

Poznámka: Data neobsahují informace o pacientech mimo veřejné zdravotní pojištění (část cizinců, přímo placená péče).

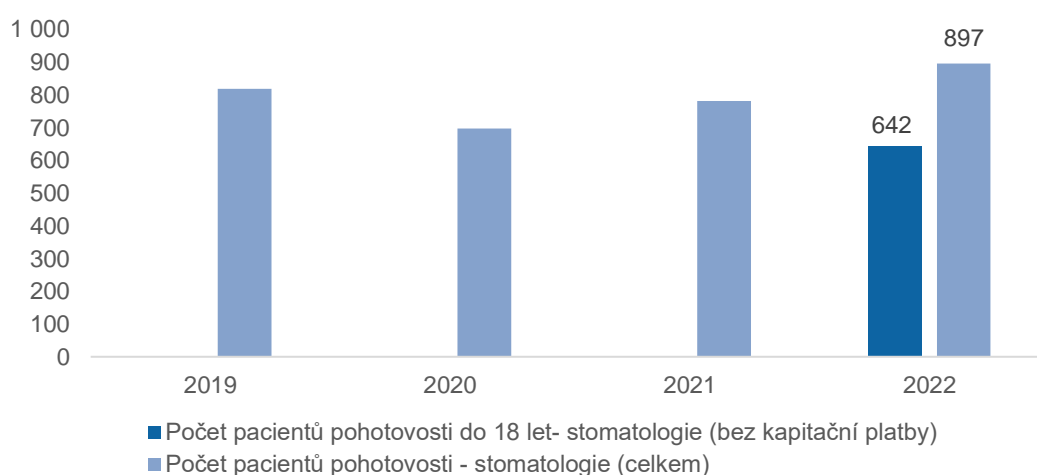
Stomatologie

Zubní lékařství je v Ostravě obecně a plošně nedostupné nejen pro sociálně vyloučenou klientelu nájemníků sociálního bydlení, ale i pro velkou část majoritní společnosti. Pro většinu stomatologů je finančně výhodnější poskytovat své služby za přímou úhradu, a nikoliv jako součást veřejného zdravotního systému, což v kontextu potřeb nájemníků sociálního bydlení,

nacházejících se chronicky ve finanční tísní, znamená nepřekročitelnou bariéru, nebo další zadlužení. Problém tedy není na rozdíl od praktiků a pediátrů v místním nedostatku smluvních zdravotnických pracovišť, ale ve finanční náročnosti poskytované péče.

Podíl registrovaných klientů v jedné z dotazovaných sociálních služeb odhadovala sociální pracovnice na cca 30 %, v jiné službě byl tento odhad 1-2 %. Stejně jako v případě předchozích odborností se bude značně lišit podle cílové skupiny, se kterou daná služba pracuje. V souboru našich respondentů mělo zubaře 20 % respondentů, přičemž klíčem k registraci byla většinou náhoda (zkusili štěstí při návštěvě pohotovosti ve Vítkovicích), doporučení od známých, v několika případech zafungovala poptávka na zdravotní pojišťovnu. Následující grafy nabízejí přehled ošetřených pacientů podle věku na stomatologické pohotovosti v Ostravě – **u dospělých byl podíl ošetřených pacientů bez registrace u stomatologa 69 %, zatímco u mladších 18 let dosahoval podíl hodnoty bezmála 72 %.**

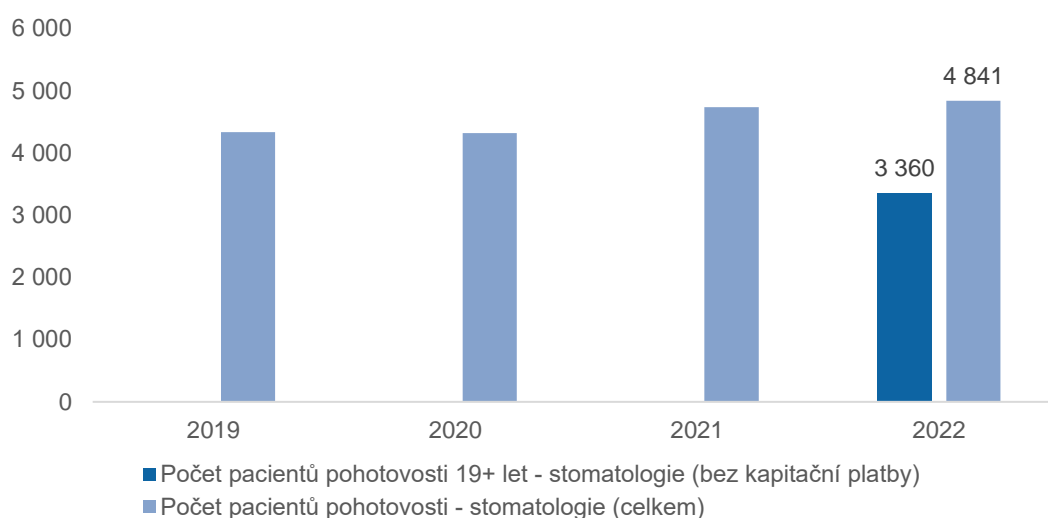
Graf 4 – Přehled počtu pacientů stomatologické pohotovosti do 18 let v Ostravě



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS)/ Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZS); (vlastní zpracování)

Poznámka: kapitační platby jsou vykazovány u stomatologů od roku 2022, a to pouze v případě stomatologů, kteří systém kapitačních plateb využili. Data neobsahují informace o pacientech mimo veřejné zdravotní pojištění (část cizinců, přímo placená péče).

Graf 5 – Přehled počtu pacientů stomatologické pohotovosti 19+ let v Ostravě



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS)/ Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZS); (vlastní zpracování); (vlastní zpracování)

Poznámka: kapitační platby jsou vykazovány u stomatologů od roku 2022, a to pouze v případě stomatologů, kteří systém kapitačních plateb využili. Data neobsahují informace o pacientech mimo veřejné zdravotní pojištění (část cizinců, přímo placená péče).

Zcela standardní jsou šestiměsíční termíny objednání vyšetření, zatímco u většiny neregistrovaných je normou sériové řešení stomatologických problémů na pohotovosti.

„Jediný, co sháním, je zubař, ale toho neseženete... to už je pěkná doba, co jsem měla naposledy zubaře... já byla v Přívozu, v Porubě, všude! Já mám všeobecku 212, tam mi taky dali (kontakty), ale všude plné...tak jezdím na pohotovost, teď se přestěhovali někam do Zábřehu, nebo na Fifejdy (?) Tam se na vás podívají, zkontrolují a zaplatíte 90Kč. Ale to oni vám vyčistí, pomůžou vám... ale to máte na chvíli. Oni vám prohlídku neudělají... tak tam chodíte každé rok“ (klientka NNO_3, 50 let)

Mladší ročníky, pokud nemají se zuby akutní problémy, registraci u stomatologa neřeší vůbec (mimo jiné i kvůli obecné nedostupnosti stomatologické péče) a na druhé straně značná část respondentů ve věku 50+ let už zubaře také neřeší, protože reálně zuby nemají. Lze pouze spekulovat, zda je nepřítomnost dostupné stomatologické péče příčinou, nebo důsledkem zcela utilitárního pohledu na tuto zdravotní službu. Většina respondentů (bez registrace) jinými slovy neviděla potřebu shánět zubaře, protože zuby *zatím drží*.

„Jak mě chytanou zuby, tak to se asi oběsím. Zarostlé kořeny... [...] Teď, musím to zaklepat, zatím mě nebolí. Jak člověka nic nebolí, tak to je hej. Ale jak začnou bolesti a různé zdravotní problémy, tak už potom budu muset začít přemýšlet, co s tím.“ (klient NNO_1, 69 let)

„Zubaře? Nehledal jsem... na co? Nemám bolesti...“ (klient NNO_1, 44 let)

U mladých lidí s vážně poškozeným chrupem/bez zubní péče (často s historií užívání návykových látek) a zvláště u žen, se tento stav podle sociálních pracovníků silně promítá do jejich psychického zdraví (vlastního sebezpožívání) a současně je silně hendikepuje v běžných sociálních interakcích a na trhu práce. Tlak na vyřešení tohoto problému vede nutně k potřebě zajistit financování zákroků, což představuje další stres, přičemž v rozhovorech byly sdíleny i zkušenosti s poměrně nekorektním jednáním.

„Oni si často i domluví první prohlídku, tam je vezmou, ale pak jim řeknou, že rozpis rekonstrukce chrupu bude stát 120 tisíc... a někdy docela natvrdo: *...tak si vezmete půjčku, nám to nevadí.*“

(sociální pracovnice NNO_4)

U dětí klientů-nájemníků sociálního bydlení je situace s dostupností o něco lepší, i když stále problematická.

„Naštěstí se daří [...] tak u těch dětí. Že tam i ty o OSPOĎačky kolikrát to nějakým způsobem posunou, ale jinak je to velký problém najít. Chodíme na pojišťovny, máme 6, 7 papírů z obou dvou stran, všechny obvolané, nikdo vás nevezme“

(sociální pracovnice NNO_1)

U osob, které dlouhodobě nedocházely na kontroly, ale jsou registrované, služby doporučovaly obnovit kontakt s původním lékařem, pokud je to možné – obecně však podle zkušenosti sociálních pracovníků nejde o spolehlivé a svědomité pacienty a v registraci se dlouho neudrží.

Sociálními pracovníky bylo vnímání potřeby stomatologické péče romských klientů popisováno v termínech *zbytečná* a *obávaná*. Nejčastějším způsobem léčby jsou léky proti bolesti a nakonec návštěva pohotovosti.

„Já měla paradentózu, tak jsem si říkala, nechám si to všechno vytáhnout, nebudu trpět a udělám si nový... jsem za to tehdy zaplatila 200 korun – takovou zubařku jsem měla tady. A za to, že jsem nešla na kontrolu, protože jsem byla na Slovensku, tak mě i děti vyřadila... A když to chci zpátky, tak že si mám připravit 15 tisíc – tak to je pěkný!“

(klientka NNO_1, 44 let)

I v případě této zdravotní služby se projevuje opatrnost ze strany zdravotního personálu k registraci apriori/stereotypně vnímaných rizikových skupin pacientů. Je to tím více, čím je toto prostředí konkurenčnější a každý nevyužitý termín by využila řada jiných pacientů. I zde se v některých případech uplatňoval pozitivní efekt zprostředkování kontaktu sociálními pracovníky, které byly vnímány jako jistá záruka, že termín nepropadne.

Gynekologie

Je nejméně problémovou zdravotní odborností primární péče, ve které je situace diametrálně odlišná od ostatních a lékaře si lze vybírat. Část služeb se s poptávkou po této zdravotní péči

nesetkává vůbec, nebo jen velmi okrajově. Z dotazovaného souboru 20 žen jich bylo u gynekologa registrováno 80 %. Z výpovědí respondentek vychází, že část žen (často Romek) na pravidelné kontroly ke gynekologovi nedochází. Ze zkušenosti zdravotních mediátorek pak vyplývá, že tato témata bývají mezi Romy tabuizovaná podobně jako sexuální prevence a osvěta u mládeže. **Přinášení dlouhodobě neřešených témat v oblasti zdravotní péče (např. právě gynekologie) pak některé služby považovaly za svou zodpovědnost, jiné nikoliv a řídily se spíše poptávkou klientů.**

„Teď jsem to řešila. Snad po 50 letech byla poprvé u gynekologa, tak jsem jí vysvětlovala, že je to potřeba. Tady u těch jejích dcer [...] dvě ty holky, co jsou plus mínus okolo 16 až 25 let, tak taky v životě nebyly u gynekologa. Takže tím, že se to tam vlastně dědí z generace na generaci, že ta péče jakoby v rámci tady tohohle, tam vůbec nebyla, tak jsem musela taky vysvětlovat, že to je opravdu potřeba, minimálně jednou ročně atd. Takže jsme taky potom hledali. Zapomíná se na to často. Neřeší to.“

(sociální pracovnice NNO_1)

Nejčastěji se podle sociálních služeb související témata otevírala v souvislosti s těhotenstvím, porodem a poporodní péčí a antikoncepcí. Zprostředkování návštěvy či nalezení gynekologické ordinace se jako zakázka ze strany klientek objevovala zřídka, její řešení však bylo ve srovnání s jinými odbornostmi zdaleka nejjednodušší.

„Za mě u gynekologa je to nejlehčí. Tam mi brali vždycky. Ale jak kdy, někdy jsou čekačky, co jsem měla já s těmi klientkami. Ale vesměs to šlo hezky. Že kolikrát se mi podařilo sehnat i to, co se málokdy daří“

(sociální pracovnice NNO_1)

Registrační poplatek, který bývá v rámci registrace požadován a který se může pohybovat v řádech stokorun, může představovat bariéru zabraňující využití jinak místně dostupného vyšetření.

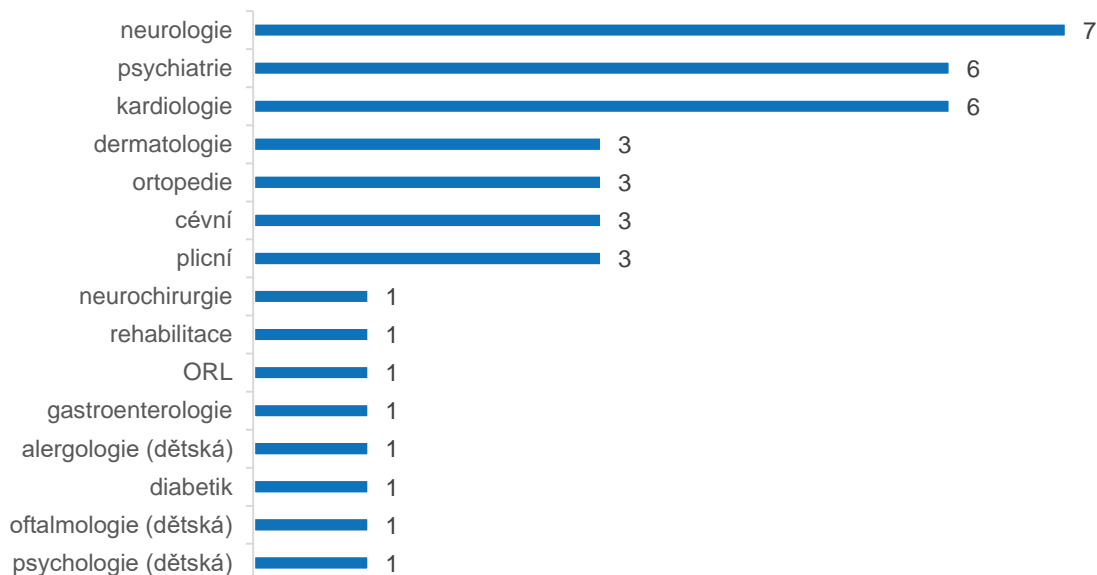
„S jednou klientkou jsem řešila gynekologa, ale nakonec nebyly finance na vstupní poplatek... jinak se s tím nesetkávám“

(sociální pracovnice NNO_7)

Dostupnost specializované lékařské péče

Většina klientů zmiňovala nějakou předchozí zkušenost s využitím specializované lékařské péče a téměř 87 % respondentů navštěvovalo ordinace specialistů. Nejčastěji uváděli respondenti kontakt s neurology, psychiatry a kardiology (viz následující graf).

Graf 6 – využívání specializované lékařské péče deklarované respondenty – nájemníky sociálního bydlení



Zdroj: terénní šetření ASZ

Poznámka: výzkumný soubor tvořilo 45 respondentů

Mezi tématy indukujícími nedostupnost v kontextu specializované péče se objevovaly nejčastěji dlouhé termíny a komplikovanost procesu objednání, komunikace s lékaři a překlad z obtížně srozumitelného odborného jazyka do běžné řeči. I zde byla dostupnost zdravotní péče omezená kapacitou, což v praxi znamená dlouhé čekací lhůty a termíny objednání v řádu měsíců.

„Většinou jo. Buď mají prostě stop stav, že mají moc pacientů, nebo prostě vůbec nejsou. Nebo fakt potřebujeme něco řešit akutně, nějaké odborné lékaře, fakt dostanou třeba za půl roku nějakou žádanku, termín, a to je prostě problém.“
(sociální pracovnice NNO_1)

Perspektivou klientů-pacientů tak řada zdravotních situací zůstávala bez efektivního řešení, protože vyšetření proběhlo často až po odeznění akutních příznaků. To zpochybňovalo význam těchto vyšetření a znevažovalo celý proces indikace a léčby.

„Jenom to, že to dlouho trvá. Že někdy mám potíže, a za tu dobu, než se tam dostanu, ty potíže přejdou. Oni všechno přezkoumají, je to v pohodě. Je to v rámci věku. A za 14 dnů bum, a já to mám znovu. Takže je to

nedostatečně rychle přezkoumané. Že to tělo se chová jednou tak, potom je klid, ale chová se potom agresivněji ještě víc“. (klient NNO_7, 67 let)

Při vyřizování specializovaného vyšetření velmi záleželo na kompetencích konkrétních klientů, které se i v rámci jedné služby značně liší. Hranice soběstačnosti a sebedůvěry klientů často končily u lékařů, se kterými přicházeli častěji do kontaktu (praktik, pediatr). Při potřebě navštívit specialistu už potřebují asistenci sociálních pracovníků, byť jen v praktických aspektech např. dopravy do ordinace.

„A potom nějaké specializovanější, u mojí klientky, tak tam jsme měli myslím oční a mamograf. Kdy měla žádanku a nevěděla, co s ní. To znamená, za moje klienty, jsou schopní si víceméně dojít k tomu obvodákovi a vyřídit si žádanku, ale pak už s tou žádanku úplně nejsou, ten další krok už nejsou úplně třeba schopni udělat. Protože tam sice mají napsáno, že mají jít na mamograf, ale vůbec nevědí, kam mají volat. Takže tohle řešíme.“ (sociální pracovníce NNO_3)

Vedle různorodého spektra specializací se častěji objevovala poptávka asistence s nalezením dětského logopeda a alergologa, pro dospělé pak psychologické i psychiatrické péče. Všechny vyjmenované specializace byly vnímány jako (kapacitně) nedostačující.

„Hodně to je tedy bezplatná pomoc v rámci psychologů. Psychologové, psychiatři, toho je nedostatek. A myslím si, že to je hodně potřeba. Zvlášť u těch rodin, které si pořád procházejí krizovou situací, nebo v minulosti procházely a teď se zastavily a najednou to na ně všechno dopadlo. A zpětně si to v té hlavě urovnávají, čím si prošli. Teď vyrovnávat se zpětně se všemi těmi situacemi je velmi náročné.“ (sociální pracovníce NNO_1)

Mezi know-how některých sociálních služeb patřila například znalost rychlejšího objednání se na určité specializované vyšetření skrze konkrétní zdravotní pojišťovnu, a tedy efektivní zkrácení čekání na termín vyšetření o mnoho měsíců.

Bariéry v přístupu ke zdravotní péči

Bariéry na straně osob v sociálním bydlení⁸

Překážkou je v určitých parametrech velmi specifické sociální prostředí, ze kterého tito lidé často pocházejí, ve kterém se pohybují a které formuje jejich životní styl, hodnotový rámec, nastavuje priority apod. V důsledku se pak **jejich postoje a očekávání nezřídka ocitají v nesouladu s nastavením zdravotního systému, který s jejich specifickými potřebami nedokáže příliš efektivně pracovat**. Výsledkem je frustrace, nedůvěra a nevyřešení zdravotního problému.

„Taky bych řekla, jak říká kolegyně, ten nefungující rodinný systém. Že mají buď špatné vztahy s rodinou, nebo se rozvedou, rozejdou a zůstanou sami a nezvládají to potom. A závislosti. Drogy, alkohol. A hlavně, oni to ani neumí. Oni nemají zázemí, ale oni neumí, oni vyrůstají pořád dokola v tom systému od malička, takže jim to nepřijde divné. Oni jsou tady v tom zacyklení, takže to jsou většinou lidi, rodiny, oni se tu znají napříč Ostravou, napříč službami.“ (sociální pracovnice NNO_1)

„Pak je tady i nějaká migrace, jak se odněkud přistěhují, tak už přijdou s narozeným dítětem. Nebo i s novorozencem, které není nikde přihlášené. A vím, že jsme půl roku sháněli, to bylo půlroční mimino, furt jsme neměli, dokonce ještě potom jim bylo víc. A to byla maminka v azylovém domě pro matky s dětmi. Ve finále, když jsme něco někde rozjednali, tak ona se odstěhovala mimo náš dosah.“ (sociální pracovnice NNO_10)

S tím úzce souvisejí stigmatizující zážitky těchto osob v situacích, kdy s nimi nebylo ze strany společnosti či autorit (např. zdravotního personálu) zacházeno rovnocenně, byly obětí stereotypizace apod. Této zkušenosti se pak s velkými obtížemi zbavují a mnohdy (recipročně) stereotypizují lékařskou profesi jako celek. To se týká především osob bez domova, nebo etnických a jiných menšin.

„Takže ty lidi ještě mají zkušenost z té doby života na ulici, kdy byli úplně přehlíženi. Nebo spíš byli neustále terčem nějakých útoků a nějakého odporu ze strany té společnosti. A oni třeba k doktorům nechodili, nebo chodili do Armády spásy, do ordinace, ale všude se setkávali s tím zhnusením. Že i ten zdravotní personál s nimi nemluví hezky, nechová se k nim hezky, protože ty lidi nevypadají dobře. Protože oni si nesou tu zkušenost v sobě, a to je další bariéra. Radši tam nepůjdu, než abych zase poslouchala ty řeči. Nebo byl přehlížený.“ (sociální pracovnice NNO_10)

⁸ Při zpracování této kapitoly jsme vycházely především z výpovědí sociálních pracovníků a pracovnic, kteří/které byli schopni své zkušenosti formulovat lépe a jasněji, oproti respondentům z CS.

Nejčastěji skloňovaným deficitem na straně klientů byla malá motivace, nespolehlivost v dodržování smluvených termínů (návštěv u lékaře) a jejich opakované odkládání. To vede lékaře s omezenou časovou dotací pro každého pacienta k vyškrtávání těchto pacientů z registru a upřednostňování spolehlivějších pacientů. Pro klienty to znamená především hrozbu nedostupnosti primární lékařské péče, ale může to vést i k pocitům vlastní neschopnosti a prohloubení pasivity ve světle přibývajících bariér (*co já jim řeknu paní sociální?*).

„Druhá věc je, že někteří, samozřejmě jim zajistíte a oni se potom na to vyfláknou, na ty termíny. Takže zase se někdy nedivím, zrovna u těch psychiatrů třeba je to takové problematické. Protože někteří lidé, když už mají nějakou tu diagnózu, i když my to vidíme a cítíme, že tam není něco v pořádku, tak se dojedná, ale potom tam nedojdou.“

(sociální pracovnice NNO_1)

„Tam je fakt problém, tam člověk neví, jestli se má zlobit na paní doktorku, nebo na ty lidi. Protože oni nejsou důslední. Nechodí. A ten lékař má asi taky svoje nastavení, a musí tam proběhnout očkování a pravidelné prohlídky těch dětí. A pokud tam ty maminky nechodí, tak je to taky nebaví. Taky jsou naštvaní, že sestra obesílá a oni nepřijdou.“

(sociální pracovnice NNO_10)

Související je obtížná dosažitelnost klientů-pacientů, protože často ztrácejí telefony, mění svá telefonní čísla, předávají je jiným lidem, nebo nemají kredit. Mnohdy jde o romskou klientelu či osoby bez domova. Sociální pracovníci a pracovnice jsou pak jediným dosažitelným prostředníkem, jak tyto lidi oslovit s připomínkou termínu návštěvy apod.

Pokud zdraví není na straně klientů vnímané jako obecně prioritní téma, s čímž souvisí nedostatečné informace a kompetence k vyhodnocení situace, **není navázán pozitivní vztah mezi lékařem a pacientem**, případně zcela absentuje (ať už z jakéhokoliv důvodu), problémy ve zdraví nejsou řešeny standardní cestou. To může vést nejen k přetěžování pohotovostních ambulancí a v důsledku k další frustraci, posilování stereotypů a nepochopení na obou stranách, ale i k reálnému zhoršení zdravotní situace těchto lidí.

„A oni už bohužel u nás jakoby mají takovou zkušenost, že fakt potom jim nezbyvá než pohotovost. Odpoledne, když děti mají horečky a tak. A navíc ty maminy zase, toto etnikum je takové hned vyplašené, hned letí na pohotovost. A všichni už, jeden vedle druhého, mají pak špatnou zkušenost. A zase, logicky, vůbec se nedivím, že na pohotovosti slyším, proč nám tady s tím dítětem chodíte, když je vlastně nachlazené, nebo je tam jenom ta teplota? Máte mít praktika, tohle je věc, aby dořešil praktik. Oni mají taky pravdu. Ale kam má jít ta mamina s tím dítětem, když si neví rady a praktika nemá? A tady už u nás je to o tom, že už od miminka. Když

je ta žena těhotná, tak už by měla mít svého pediatra, jenže to tady tak nefunguje.“ (sociální pracovnice NNO_10)

Prostředí sociálního vyloučení (případně nedostatečné vzdělání) souvisí s nižšími komunikačními kompetencemi a horší schopností zorientovat se v komplexním a složitém zdravotnickém prostředí. Neschopnost srozumitelně komunikovat se zdravotnickým personálem a efektivně tak přispívat k řešení vlastní situace jen podtrhuje stereotypy ve vnímání jednotlivých aktérů (jako někoho, s kým se nelze domluvit) a vykreslují obraz zdravotnictví jako služby pro *pouze některé* vrstvy obyvatel.

„Klienti ví, co je špatně, uvědomují si, co potřebují sdělit, ale když jsou v přímé interakci s lékaři, nedokážou asi zvolit správná slova, a tak jsou buďto defenzivní, nebo přehnaně agresivní...“ (sociální pracovnice NNO_1)

„Jo. Že oni se i dost často potřebují i třeba z té primární péče dostat nějakou odbornou péči, ale vlastně si to nedokážou sami zajistit. Že ten praktický lékař jim řekne, běžte na ortopedii, nebo na urologii, ale pro ně je to tak vysoký schod, že tam už nejsou schopni si to zajistit a zjistit, kde nějaký urolog je, jak se k němu objednat, kde to vůbec je, jak tam dojít. Nebo to zkusil a nevzali ho. A už nevěděl, kam má jít třeba jinam, nebo už neměl vůbec chuť to zkusit znovu.“ (sociální pracovnice NNO_10)

Další bariérou je epizodičnost, izolovanost a fragmentarizované vnímání vlastních zdravotních obtíží. Tím máme na mysli konceptualizaci zdraví, ve kterém se jednotlivé problémy a nemoci řeší izolovaně a bez širšího vztahu k dalším aspektům života člověka. Požadované řešení je většinou v medikaci a cílem je zbavit se nepříjemných příznaků/projevů nemoci, nikoliv se nutně vyléčit – **řeší se důsledky, nikoliv příčiny**. Komplexnější a holističtější pojetí zdraví nemá opodstatnění, chronické dysfunkce bývají akceptovány jako danost a utilitárně využívány jako argument pro zajištění invalidního důchodu (bez snahy je efektivně vyřešit).

„Že oni tak, ti lidé nedochází pravidelně k těm lékařům. Oni potřebují, mají nějaký problém, oni to vyřeší, odléčí, a tím to končí. Že by někde pravidelně. Taky máme klienty, kteří mají psychické problémy, zalékují se, najednou je to super, vysadí léky... Takže tak.“ (sociální pracovnice NNO_1)

Základním rámcem, ve kterém se všichni lidé v sociálním bydlení pohybují, je větší či menší finanční tíseň. **Nedostatek prostředků, závislost na dávkách hmotné nouze a prekarizovaná zaměstnání podstatně omezují možnosti volby těchto lidí, což platí i ve zdravotní oblasti**. Nejde jen o dostupnost léků, ale i o možnost vzít si volno v práci kvůli vyšetření/doprovodu do ordinace, dodržovat režim rekonvalescence apod. Nežádka byly zmiňovány situace, kdy klient volí možnost utratit peníze jiným způsobem než za předepsané léky.

„Anebo ještě mě napadá, že maminku s dítětem, najdeme toho pediatra, pediatr, prostě nějaká nemoc dítěte, ať už kašel, rýma, nasadí léky, a maminka nemá na ty léky. Nebo nemůže je koupit všechny, jak to ten lékař

předepíše, protože ty finance dává v první řadě na bydlení, na potraviny, a na ty léky už prostě nezbyde. Neříkám, že to je vždycky. Ale záleží na konkrétní situaci.“ (sociální pracovnice NNO_1)

„oni to mají tak, že nakupují velké množství léků, když to jde... a pak si ten problém přehodí že třeba nemůžou zaplatit nájem, protože koupili třeba deset nurofenů, protože jim doktor řekl, že to dítě to potřebuje.“

(sociální pracovnice NNO_5)

Poslední bariérou je chápání sebe sama a vyplývající vztah k sobě samému, svému tělu, potažmo k jeho problémům. Řada respondentů s historií bezdomovectví či závislosti tématizovala určitý stav vyhoření či bezvýchodné stagnace zapříčiněné špatnými volbami v minulosti. Tito lidé už jen příslovečně *čekali na smrt*, což nepředpokládá příliš velkou investici do řešení svého zdraví. Premisou je, že pokud si klienti nebudou sami sebe vážit, intervence v otázkách zdraví nebudou mít potřebný efekt.

„pokud ti lidé sami sebou opovrhují, tak pak choděj k lékaři jenom kvůli nám.“ (sociální pracovnice NNO_2)

Bariéry na straně zdravotnických zařízení

Základní překážkou a bariérou rámuující celou situaci jsou nedostatečné kapacity lékařů (viz výše). Ačkoliv jde o obtížně adresovatelný problém na lokální i regionální úrovni, je nutné jej uvést.

„No, to není moc o nás, to je o těch kapacitách těch lékařů. Protože ještě když jsme to začínali, já už jsem tu asi třetím rokem, a to ještě šlo. To ještě nebyli jenom ty zubaři. Ale všechno ostatní se dalo docela krásně. Šlo to. A horší se to.

A bylo to protože těch ordinací bylo víc?

Lékařů bylo víc. Já myslím, že jich hodně odchází. Teď odpadá dost pediatriů. Jo, už jsou to staré paní doktorky a končí. A ono je to hrozně poznat, protože jestli už teď jsou ty ordinace přeplněné, a někdo z nich úplně končí.“ (sociální pracovnice NNO_10)

Přímo související je pak lokální nedostupnost garantované primární lékařské péče. **Zkušenost respondentů s asistencí zdravotních pojišťoven při hledání dostupného lékaře primární péče se značně různí.** Mezi většinou negativních je i několik pozitivních (kdy např. pojišťovna zajistila stomatologa, nebo kdy je schopna rychle zajistit specializované vyšetření). Často však platí, že dostupnost dané péče v dojezdové vzdálenosti neodpovídá reálným možnostem pacientů – ordinace nemají volnou kapacitu, nebo časová/finanční náročnost překonání této dojezdové vzdálenosti představuje pro klienty-pacienty příliš velkou bariéru.

„To je to, že ten argument pro tu pojišťovnu, té dojezdové vzdálenosti, to jsou přesně tahle místa, že oni mohou odkazovat až na takovéhle vzdálenosti. Tohle je pro ty lidi, kteří mají peníze sotva na jídlo, problém, dojíždět někam dál. Vůbec si koupit jízdenku do centra, natož aby dojeli do Bohumína, kde se otevřela nová zubní ordinace. Nebo v Kopřivnici jsme našli. Tak jako dobré. Paní z Ukrajiny na to sice měla peníze, ale neměla na to úplně skills, aby se tam dostala.“ (sociální pracovnice NNO_3)

Ačkoliv od respondentů v sociálním bydlení nezaznívaly stížnosti na nerovný přístup ze strany zdravotníků, někteří sociální pracovníci sdíleli zkušenosti s nerespektujícím, předsudečným a jinak neprofesionálním chováním zdravotnického personálu vůči jejich klientům. V nejlepším případě šlo o komunikační bariéru, kdy lékař používá nesrozumitelný jazyk, kterému pacient nerozumí. Často se to týkalo osob bez domova, Romů, případně osob s historií výkonu trestu odnětí svobody (VTOS). Zkušenost s podobným jednáním měla pak přímý dopad na motivovanost těchto lidí řešit svou zdravotní situaci.

„A někteří praktici jsou, jak bych to řekla, zlí na ty naše klienty. Někteří fakt, že to jsou lidi zanedbaní z ulice, a mají nějaké, třeba hepatitidu C. Ale jsou lidi a lidi.“ (sociální pracovnice NNO_2)

„... ten lékař na ně nějak mluví, a oni mu stejně jakoby nerozumí. Takže to je hrozné. Já tedy se s tím setkávám strašně moc, že ten člověk tam zůstane sedět, a když na něho bude ten lékař mluvit, nedejbože odborně, tak on se úplně zatne. Protože on vůbec neví. Asi to musí být hrozný pocit, tam být. Tak přestane mluvit. Ale jak přestane komunikovat, tak si ten lékař udělá nějaký svůj vlastní verdikt. A ztrácí se tam i ta účelovost, proč bysme tam vlastně šli. A zas tam zůstane ten človíček s tím, že, hm, zas nic, vždyť mi nic neřekl, vždyť mi nepomohl.“ (sociální pracovnice NNO_10)

Zdravotní systém jako celek je touto cílovou skupinou osob (definovanou nízkými kompetencemi a vzděláním, špatnou předchozí zkušeností, minoritní etnicitou atd.) vnímán jako příliš nesrozumitelný a komplikovaný, což vede k frustraci a rezignaci na řešení zdravotních problémů a zabraňuje vzájemné efektivní interakci. Nároky kladené zdravotníky na formulaci problémů, porozumění terminologii či dodržování termínů při několikaměsíčních čekacích lhůtách jsou pro mnohé klienty sociálního bydlení příliš vysoké a bez intenzivní podpory sociálních pracovníků nemají velkou pravděpodobnost, že jim vyhoví a zdárně procesem projdou. Velkou část klientů tento proces spíše odradí a napříště se mu raději vyhnou úplně.

„Jsme byli u lékaře, tak mám papír, tak jsem jí říkal, kde. Jenže telefonicky to nejde, prostě mi řekne, že potřebuje ten papír. A teprve na základě toho tam přijdete, dáte papír, a ona řekne, mám plnou kapacitu, a zase někde xjinde. A to je ten problém, že jim nestačí ten papír, a říct, ne, my nemáme volno. I telefonicky. Člověk musí se dostavit, podat papír. A to je, pak si člověk připadá...“ (klient NNO_7, 67 let)

Zjevnou bariérou je v případě vstupu do systému zdravotní péče registrační poplatek u lékaře. Ten pojišťovna nehradí, přičemž jeho uváděná výše se lišila od 100–1000 Kč (u specialistů typu psycholog). Částka může být pro někoho nedosažitelná, nebo může být rozhodujícím argumentem pro nevyužití péče. Stejný efekt mají i poplatky v různé výši za běžné administrativní úkony, jako je nahlédnutí/ výpis ze zdravotní karty, potvrzení pro Úřad práce, potvrzení o bezinfekčnosti atd. Respondenty často využívaná Moje Ambulance účtovala za běžné úkony podle zkušeností sociálních pracovníků vyšší poplatky, než je běžné.

V případě stomatologie dochází k postupné (ale plošné) komercializaci celého segmentu ambulantní péče, kde je jedinou dostupnou a zcela nedostačující alternativou ošetření na pohotovosti. Stomatologům se nevyplatí ošetřovat vyšší počty pacientů zdravotních pojišťoven, protože jim stačí poměrně méně pacientů platících hotově, kterým se však mohou více věnovat a mají nakonec vyšší tržby. Situace je alarmující. Takto tržně nastavené podmínky vedou k tomu, že klienti mohou být manipulováni do zcela neakceptovatelných situací, kdy prakticky volí mezi neošetřením, nebo dluhovou pastí (viz citace v kapitole Stomatologie str. 34 nahoře).

Složitá je také situace „sociálních případů“ (*casus socialis*) na lůžkových odděleních v nemocnicích. Z výpovědi respondentky popisující stav na psychiatrickém oddělení FNO je obtížné nacházet umístění pro pacienty s duševním onemocněním bez sociálního zázemí v léčebnách dlouhodobě nemocných, nebo jiných pobytových zařízeních. **Zařízení typu chráněného bydlení je pro značnou část z nich příliš vysokoprahové** (nejsou schopni absolvovat ani vstupní proces), **podmínky jsou nastavené velmi přísně a často se stává, že po propuštění z nemocnice není zřejmé, kam může pacient pokračovat.** Sociálně-zdravotní pracovnice, která má jako jediná prostor tyto případy řešit, je zahlcená počtem případů, protože jde o pozici negenerující žádný zisk (není zdravotník a její plat se hradí z rozpočtu nemocnice).

„V LDN si taky rozmyšlejí, jestli někoho přijmou, pokud mají podezření/vědí, že je to casus socialis a nikdo si ho/jí odmtamtud nevezme... Občas jsou ve Dvorcích, nebo na Krnovsku elděenky, které jsou ochotné, ale už mi říkala vrchní sestra, že už tam mají desítky ostravských pacientů, kteří jim tam pendlují mezi Dvorcema a ještě jednou elděenkou tam někde... a že jestli se nezaručíme, že si toho pacienta někdo vezme, tak už je nemůžou přijímat.“
(sociální pracovnice NNO_11)

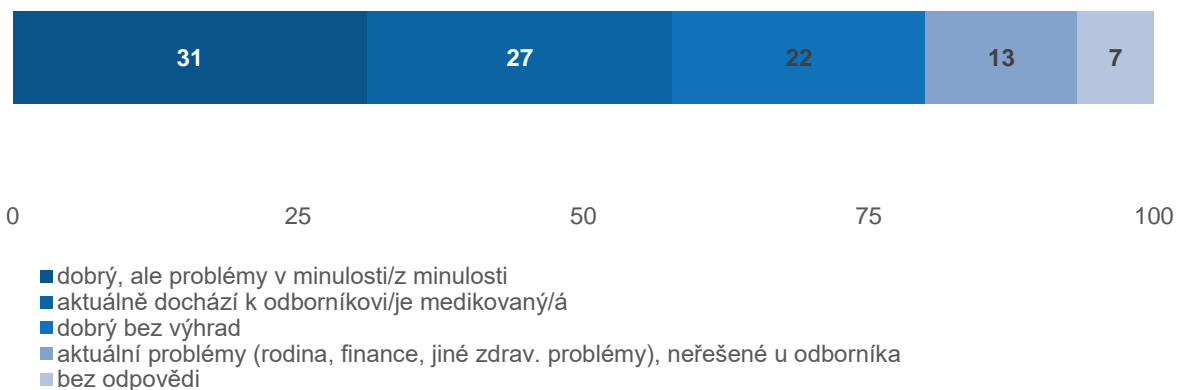
Psychické a duševní zdraví lidí v sociálním bydlení

Psychické problémy představují u lidí v sociálním bydlení velké téma, ať už aktuálně, nebo se setkali s problémy tohoto druhu v minulosti. Přestože jsou osobní historie a životní trajektorie všech respondentů unikátní, lze v nich vyčíst některé srovnatelné kategorie ovlivňující psychické a duševní zdraví.

Přístup k řešení psychických problémů v kontextu sociálního bydlení

O problémech psychické nebo duševní povahy hovořila většina dotazovaných respondentů – nájemníků sociálního bydlení, pouze zhruba čtvrtina (22 %) nepociťovala žádné obtíže tohoto druhu. Téměř třetina (31 %) pak byla schopná se s danými obtížemi vyrovnat vlastními silami, nebo s pomocí svých blízkých, rodiny a přátel – sílu k jejich překonání čerpali tyto respondenti z víry v Boha, orientovali se na péči o svoje děti či našli cestu, jak o svých problémech hovořit se sociálními pracovníky a pracovníky dostupných služeb, kteří je v jejich řešení podpořili. Dalších 27 % respondentů je aktivně řešilo docházením k psychiatrovi (méně často k psychologovi).

Graf 7 - Sebehodnocení psychického stavu respondentů (klientů sociálního bydlení; podíl v %)



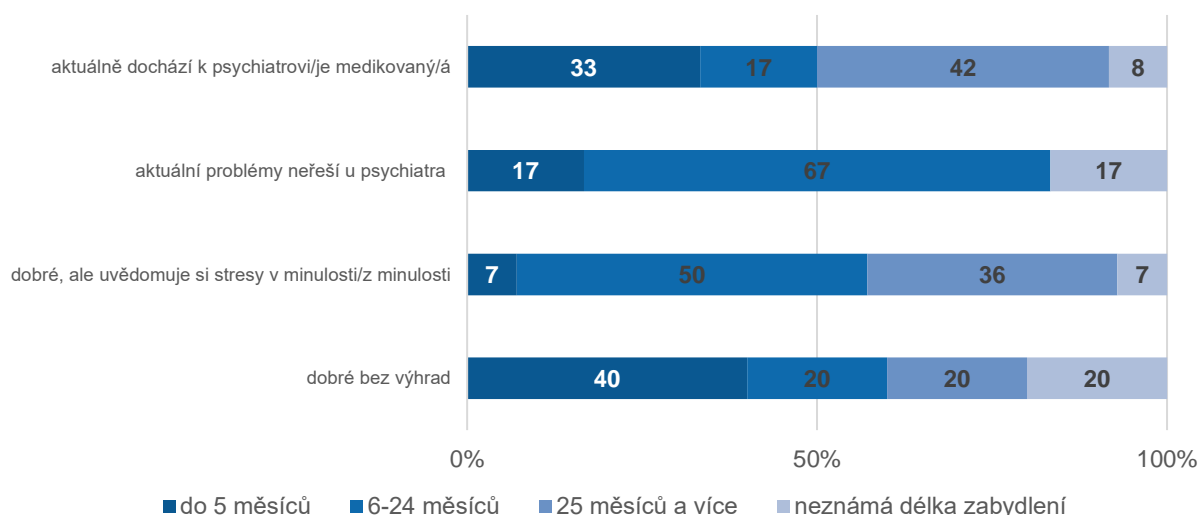
Zdroj: terénní šetření ASZ

Poznámka: výzkumný soubor zahrnoval 45 respondentů

Podle přístupu k řešení psychických problémů bylo možné rámcově rozdělit respondenty do čtyř kategorií na škále od bezproblémových až po ty navštěvující psychiatra/zamedikované. Podle délky zabydlení je možné sledovat určité trendy, jak je shrnuje následující graf. Například že v úvodní fázi zabydlení do 5 měsíců deklaruje nejvíce respondentů, že nemá žádné problémy (40 %), následované aktuálními návštěvami u psychiatra (33 %). V průběhu prvních dvou let života v sociálním bydlení se situace proměňuje a nejvíce respondentů v této

kategorii vnímá aktuální problémy, ale neřeší je u psychiatra (67 %), anebo jsou v pořádku, i když si uvědomují stresy z minulosti (50 %). Nakonec v období po dvou letech zabydlení nebyl mezi respondenty nikdo s přítomnými, ale neřešenými problémy u psychiatra (!), zato 42 % řešilo své problémy u psychiatra a 36 % si uvědomovalo své problémy z minulosti, ale už to pro ně nebyl problém. **Do jisté míry lze v tomto kontextu argumentovat pozitivním vlivem intenzivní sociální práce a stabilizací lidí v sociálním bydlení.**

Graf 8 - podíl respondentů (v %) v sociálním bydlení podle délky zabydlení a přístupu k řešení psychických problémů



Zdroj: terénní šetření ASZ

Poznámka: výzkumný soubor zahrnoval 45 respondentů

Lidé pociťující aktuální tlak na svou psychickou rovnováhu, ovšem neřeší je u psychiatra, jsou v průměru o tři roky starší, než ostatní (51 let) a jsou i v průměru zabydleni nejkratší dobu – o něco málo déle než jeden rok (14 měsíců), oproti průměrné délce bydlení 23 měsíců u ostatních skupin. Obecně starší jsou i lidé aktuálně docházející k psychiatrovi/medikovaní (v průměru 51 let), ovšem průměrnou délkou zabydlení (23 měsíců) jsou tito lidé rovni zbývajícím dvěma kategoriím (bez problémů, nebo se stresy v minulosti).

Faktory ovlivňující psychický a duševní stav nájemníků sociálního bydlení

Zaměstnání (případně jeho absence), těsně provázané s komplikovanou finanční situací domácností, se zdá být silným činitelem podílejícím se na zhoršeném psychickém stavu obyvatel sociálních bytů, specificky v současné době probíhající ekonomické recese a energetické krize. Vyplývající situace zadluženosti a kumulovaných exekucí či insolvence představují další tlak a stres zhoršující psychický stav respondentů.

„V hlavě si to furt jako... ty dluhy.. to mě drtí. Mám kamarády, kteří jsou na tom podobně, mají taky dluhy, ale nijak nám to nepomáhá se o tom bavit. Jsme jakoby všichni stejně na dně, spíš bysme to potřebovali vyřešit.“
(klient NNO_5, 37 let)

Někteří respondenti dávali do souvislosti náročné zaměstnání a svoje psychické problémy – někdy jako přímý důsledek pracovní zátěže, v jiných případech mohlo jít spíše o nevhodné pracovního prostředí.

„Měl jsem stabilní bydlení v Mariánkách, 1+1, stabilní práci, 6 let jsem montoval okna a dveře a pak mě chytla panická ataka a úplně jsem odpadl a už jsem nemohl dělat takovou těžkou práci.. už jsem bral aj léky, doktor mi řekl že potřebuju nějakou lehčí práci nebo takhle.. týden jsem ležel v posteli, točila se mi hlava, měl jsem úzkosti a tak a šéf z práce mě tam odvezl na doporučení nějaký kamarádky“
(klient NNO_5, 41 let)

„Mám diagnostikovanou středně těžkou úzkostnou poruchu... takže mě trápí hlava, pořád zabývám nějakými problémama, co bude v práci, co si o mě kdo myslí, co si o mě říkají, když tam nejsem a tak...“
(klient NNO_5, 53 let)

Zaměstnání však mělo na psychiku i pozitivní vliv – umožňovalo kontakt s lidmi a udržovalo tak dotyčné osoby v dobré psychické kondici.

„A tím pádem, že jsem na tu psychiku, takže já musím pracovat, i kdybych nechtěla... já musím být mezi lidmi. Třeba tady mám krásný byt, lokalita super, a já mám volno třeba dva dny, a na mě už jdou takové... Já se těším do té práce. Na dovolené nemáme. Tak na co se mám těšit? Alespoň že trošku v té práci... je to hnusná nemoc, ta deprese.“ (klientka NNO_5, 49)

Dalším z faktorů ovlivňujících psychiku byla změna oproti předchozímu bydlení na ubytovně, nebo v azylovém domě. Ačkoliv byla tato změna reflektována pozitivně s řadou konkrétních zlepšení v běžných každodenních situacích (zisk samostatnosti, sebedůvěry, vlastního denního rytmu atd.), některé výpovědi poukazovaly i na osamělost v sociálním bydlení.

„teď je to ta psychika...na tom azyláku to možná bylo v něčem lepší, protože jsem byl mezi lidma, bylo nás víc na pokoji, mohli jsme pokecat... teď jsem sám, rozešel jsem se s přítelkyní 3 měsíce zpátky... takový ty depresivní stavy“
(klient NNO_3, 41 let)

Opakujícími se tématy byly ve výpovědích stresy způsobené podmínkami života na ulici, v pobytových zařízeních sociálních služeb (azylový dům) nebo zdravotních služeb (léčebna dlouhodobě nemocných, psychiatrická nemocnice), nebo v nejistém/přechodném bydlení (u kamarádů, příbuzných atd.).

„ze dne na den mě propustili [z LDN], to bylo ještě před Vánocama, já neměl nic domluvenýho, z toho starýho bytu už mě vyhodili, tak mi ještě

domluvila ubytovnu na Svinově... ale tam nebyl klid, to bylo hrozný, byl jsem pořád ve stresu, vůbec jsem se nevyspal, pořád bordel...“

(klient NNO_2, 65 let)

„Exekučně jsem byl propuštěný. A protloukal jsem se po venku. Po charitách, po Armádách. Jsem přespával někdy i venku. Beru, jako kdysi. Též to zanechalo nějakou stopu na mě. Když ta psychická stránka potom, že jste venku, a jestli prší, sněží, mrzne. Jsem měl též omrzliny, pravá noha. A nenechají vás tam na noc. Třeba na Armádě. Jako na celý den. Když jsou takové problémy, tak, přijďte v tolik a tolik. Se vyspat jenom, a pryč. Tak to na mě zanechalo též nějakou psychiku. Že jsem se zmrzlou nohou musel jít celý den po venku, v mrazu. Ale už na to nechci ani myslet.“

(klient NNO_3, 41 let)

Dále byla zhoršená psychika dávana do souvislosti s problémovými partnerskými vztahy (kulminujícími často odchodem ženy s dětmi z předchozího bydlení), úmrtím partnera/manžela či partnerky/manželky, případně člena rodiny. Svou roli sehrává i odloučení od dětí v důsledku VTOS, nebo obava o budoucnost rodiny, ve které byla žena klíčovou postavou.

„Protože jsem dobitá. Když berete antidepresiva, tak to má svůj účinek. Když jste už dobitá z té práce, tak ještě doma, plus pro malého. A teď nákupy s taškami. Někdy ani nestíhám, jenom pověším bundu, umyju si ruce, a rychle. Takže prakticky všechno vedu já. Ale teď jsem nedávno byla nemocná, a říkám, že kdyby se se mnou něco stalo, tak já nevím.“

(klientka NNO_5, 49 let)

„Já už taky chodím k psychiatrovi – já jsem k němu docházela i ve výkonu už, tam jsem se trápila, protože jsem neměla děti. A teď mi doktor předepisuje antidepresiva a teď mi dala prášky na úzkosti, ale ty neužívám... ale ty antidepresiva jo. To je stres, samota, úzkosti... že je člověk na ty děti sám, na to všechno.“

(klientka NNO_2, 43 let)

Dalším faktorem ovlivňujícím psychiku respondentů bylo užívání návykových látek, často alkoholu a pervitinu. Úspěšné řešení závislosti (související s funkčním rodinným/sociálním zázemím) je zároveň klíčovým determinantem v procesu zabydlování v sociálním bydlení.

„Byl jsem na léčení s alkoholem asi tak 6 měsíců zpátky, ale myslím, že mi to nepomohlo... je to v hlavě, každý to má jinak hozené... že si to musí srovnat sám. Ten alkohol vám jako na chvíli uleví, uvolní, ale pak ta kocovina je ještě mnohem horší, to je fakt hnus... fuj!“

(klient NNO_3, 41 let)

Zhruba čtvrtina respondentů (27 %) potvrdila, že aktuálně řeší psychické obtíže s psychiatrem, případně užívají předepsanou medikaci. Jde o klienty služeb pracujících s lidmi s mentálním hendikepem (Slezská Diakonie) či duševním onemocněním (Mens Sana), dále pak o klienty

ostatních poskytovatelů sociálního bydlení (ať už diagnostikované, nebo ne), přičemž specifickou skupinou jsou klienti služeb pro osoby se závislostmi, kteří mimo závislost mají často nějakou psychiatrickou obtíž. Velká část z nich uvedla užívání léků na zmírnění stresu, nebo na uvolnění, případně léky na spaní či proti bolesti. Užívání medikace se dále podepisuje na jejich dalším fyzickém zdraví (jde o silné léky s vedlejšími účinky), což vede buďto k potřebě další medikace (léky na žaludek, úpravu trávení apod.), nebo k jejich vlastnímu rozhodnutí o neužívání a vysazování (např. z obav z vytvoření návyku na Tramal).

„Jojo, ty prášky jí jako pomáhaj... i když, jsou pozitivné a negativné stránky toho léku, ale pomáhá jí to v tom směre, že se jí uleví, že není nervózná“
(klient NNO_1, 46 let)

Respondenti neuváděli problém s docházením k psychiatrovi, pokud sami cítili potřebu, nebo jim to bylo doporučeno. Ve výpovědích jsme spíše zachytili problém se změnou-nalezením nového psychiatra, pokud původní z nějakého důvodu nevyhovoval.

„To mám teď s psychiatrem momentálně... protože mám takovýho psychiatra hodně sebestřednýho idiota, namyšlenýho, kterej se umí chovat opravdu nepříjemně, a to není jenom moje zkušenost a sháním jinýho, ale momentálně jsou stop-stavy.“
(klient NNO_3, 53 let)

„chodím na kontroly k psychiatrovi, jenomže ten si s váma nepokecá... jdete k němu, on vám napíše léky, řekne pár slov, jak se máte a vykopne vás. To není psychiatr, kterej s váma mluví...“
(klient NNO_8, 39 let)

Ať už u psychiatra, nebo bez něj, řešilo svoje aktuální psychické problémy více mužů (13) než žen (5). Rozdíl v přístupu a možnostem řešení vlastních problémů (nejen psychických) podle pohlaví reflektovali i pracovníci a pracovnice sociálních služeb, když popisovali změnu klientů po zabydlení v sociálním bydlení. **Muži se v této perspektivě zdáli být více zaměřeni na řešení/dosažení konkrétního cíle, kdežto do situace žen často vstupují problémy spojené s péčí o děti, rodinné příslušníky apod. a řešení je tím pádem složitější.**

„U těch ženských, tam je fakt, že ony o některých věcech tolik nemluví. U těch žen je to takové, že tam je opravdu strašně moc věcí, co se musí řešit. Muži jsou takový upřímnější a na férovku. Ano, oni mají čas to s námi i probírat, dalo by se říct. Protože oni neřeší tolik věcí. Ale s těmi ženskými se řeší furt něco. To je prostě pořád dokola. Jestli to je nemocnost dětí, nemocnost mamky, finance na zaplacení bytu, potraviny pořád dokolečka, práce. Prostě když už si něco, za nějakou delší dobu najdou, tak potom ta nemocnost těch dětí atd. Nebo se zase řeší věci, co se týká otců. Návrat z vězení. Výživné, to je neskutečné. S těmi maminkami je tam toho fakt hodně, co se musí řešit. Takže tam není ta zpětná vazba úplně. Ale chlapi jo, přijde mi, že oni se i pochválí. Prostě jo, tak já jsem si našel ten byt a mám to tu fajn.“

(sociální pracovnice NNO_1)

„Jak to zvládám [po psychické stránce] No... musím to zvládnout, už jen kvůli dětem.“ (klientka NNO_1, 43 let)

Širší shoda panovala ohledně dlouhých termínů objednání se na vyšetření (situace opakující se i u dalších lékařů-specialistů), která je u dospělých pacientů běžně 4 až 6 (někdy i více) měsíců, což znemožňuje pružně reagovat na aktuální psychický stav. Pro přednostní registraci a rychlejší přijetí bývá možnost zaplatit jednorázový poplatek (zmiňováno bylo cca 500,- Kč) - pro některé je to však příliš mnoho a do běžného termínu se jejich stav může zásadně změnit, problém přestane být aktuální, nebo dojde ke zhoršení. U dětských psychiatrů byla podle neziskového sektoru péče ještě hůře dosažitelná, objednávací doby i dvojnásobné (12 měsíců) a volných kapacit ještě méně než u psychiatrů pro dospělé. Jedna z respondentek docházejících s dcerou k psychologce (s diagnózou citové vyprahlosti a zanedbání během jejího pobytu ve VTOS) shrnula situaci po přestěhování do nového bytu a získání dcery do péče.

„já to chtěla na začátku, jestli by mi [psycholožka] neporadila jak s dcerou, protože já jsem si jí získávala, ona mě neznala...nevěděla jsem si s ní rady. Ona že mě nemá ráda, že se mnou nechce bydlet... tak jsem od ní chtěla poradit, jenže ty termíny jsou od sebe hrozně daleké. Jeden den potřebuju poradit a ona mě přes internet objedná až za půl roku... a já tam přijdu za ten půlrok a ta holčička mě miluje“ (klientka NNO_2, 43 let)

Psychické a duševní problémy u dětí

O psychiatrických problémech dětí klientů-nájemníků sociálního bydlení hovořili sociální pracovníci služeb poskytujících podporu v bydlení, nikoliv jejich klienti-rodiče samotní (v rozhovorech jsme na ně nenarazili). **Téma psychiatrických problémů dětí se často otevírá skrze školu, případně intervenci OSPOD. Týká se většinou výchovných problémů, poruch autistického spektra, ADHD, poruch učení, případně deviantního chování (sebepoškozování),** kterých podle některých respondentů v důsledku opatření proti pandemii COVID-19 přibylo co do počtu i závažnosti. I rodiče sami v některých případech oslovují sociální služby s poptávkou po diagnostice a léčbě svých dětí, pokud už situaci sami nezvládají. Problém nastává opět v lékařských kapacitách, kdy po sanaci prvotního ataku nabízejí psychiatrická pracoviště možnost docházet i po skončení hospitalizace/diagnostického procesu, ale je nutné zároveň hledat vlastního psychiatra/psychologa, což se ne každému podaří (nebo jej ne každý aktivně hledá).

„[s kapacitami] je to ještě horší. V Ostravě jsou čtyři dětské psychiatry, a z toho jedna paní doktorka nemá smlouvu se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. A nebere ani jeden.“ (sociální pracovníce NNO_10)

Vedle psychiatrů byla specificky **problematizována dostupnost psychologů a efektivita jejich práce s klienty z vyloučeného socio-kulturního prostředí, případně specificky**

s Romy. Svou roli mohou hrát stereotypy na obou stranách, vnímaná stigmatizace oblasti duševního zdraví, stejně jako komunikační i kulturní bariéry.

„Dětských psychologů je sice mnohem více, můžete je sehnat na nějakou diagnostiku, ale na nějakou terapii, tak to prostě ne. Oni to s těma našima klientama... tam to nikam nikdy nevedlo. Oni se s nimi neumí bavit, ti psychologové. Tam se to vždycky tak jako... to je k ničemu. Ale ono to platí i o dospělých. Nejen o dětech. Že jsou prostě nastaveni na jiné klienty než tady tyto. [...] Tam už při té první schůzce nevznikne dobrý vztah, nějaká důvěra. Oni se na ně tak jako divně dívají, ti klienti v ně nemají důvěru a ani spolu neumí mluvit.“
(sociální pracovnice NNO_10)

Nedostupnost péče může mít vedle neřešení daného problému i negativní dopad na finanční situaci domácnosti, například v případě potřeby vyřízení příspěvku na péči (což se nutně nemusí týkat pouze dětí).

„Hlavně taky potřebujete ta různá vyšetření, když žádáte příspěvek na péči – tam je ta psychická diagnóza. Teď to potřebujete, protože to řízení běží, nebo do budoucna poběží a oni tam řeknou: tak si počkejte na tu zprávu od lékaře a podejte si tu žádost znovu. [...] Si požádáte, teď to řízení trvá 3 měsíce... to jako dostanete zpětně, ale když vám tam chybí jeden lékař a protože tam jsou ty závažné diagnózy, tak vám to nedají. Nejdéle jsem to vyřizovala třičtvrtě roku a ti lidi se během toho dostali do dluhů...“
(sociální pracovnice NNO_6)

Duševní zdraví z pohledu sociálních služeb

Z pohledu sociálních služeb bylo psychické zdraví tématem, které u svých klientů řešili průřezově prakticky všichni poskytovatelé. Stejně jako u jiných zdravotních problémů jsou i psychické/duševní obtíže určitou formou rizika, které ovlivňuje potenciál daného klienta v úspěšném setrvání v bydlení a tím pádem jde o legitimní téma v rámci spolupráce se sociálními pracovníky (podmíněné klientovým souhlasem). Shoda na přítomnosti problému a nutnosti jeho adresování však musí být pro efektivní řešení oboustranná.

„Protože vidím, že pán – naprosto konkrétní situace, zamedikovaný psychiatricky, do toho pije. Když pije, tak neví a nedělá a neplní. A dělá věci, které dělat nemá, a naháníme ho tady prostě. Bojíme se o jeho zdraví. RZ ho vzít nechce, protože prostě ten tvrdí, že mu nic není. Policie ho na záchytku neodveze, protože záchytka není otevřená. Prostě propadl v systému. Takže na něho v podstatě jakoby... se s ním bavíme, že by tu svojí zdravotní situaci měl řešit, protože jestli ji řešit nebude, tak přijde o bydlení, a to už je naše téma.“
(sociální pracovnice NNO_3)

Sociální pracovníci a pracovnice se setkávají se širokým spektrem diagnóz od schizofrenie, bipolárních poruch, poruch osobnosti, neuróz, psychóz, chronických úzkostí až po deprese, patologické hromadění věcí apod. Podle zaměření konkrétní služby jde častěji o lidi přicházející z ulice, se zkušeností bezdomovectví, psychotiky, na jejichž situaci se do různé míry podepisují látkové závislosti (především alkohol), nebo lidi po nějakém akutním zhoršení psychického stavu (po ataku). Další skupinou jsou lidé v seniorském věku, u mnohých se projevuje počínající demence, kteří již nezvládají život na ubytovně, nebo na ulici a zároveň bez nároku na výplatu důchodu nedosáhnou na žádnou pobytovou službu.

Řada sociálních pracovníků se shodovala na přítomnosti klientů s potřebou (psychické/psychiatrické) stabilizace a medikace i na obtížnosti, s jakou toho lze dosáhnout. Primární bariérou bylo stále přítomné stigma vážící se k oblasti duševního zdraví, kdy někteří klienti mají problém svůj stav a potřeby sdílet se sociálními pracovníky a pracovnicemi, nebo podceňují vážnost situace.

„pacienti [psychiatrického oddělení FNO] často nechtějí, aby sdělovali informace příbuzným... no to by třeba u slepého střeva asi nebylo, že?“

(sociální pracovnice_11)

Především v úvodních fázích spolupráce bez navázání klíčové důvěry mezi klientem a soc. pracovníkem je téma duševního zdraví pro sociální služby (i v kontextu dalších přítomných problémů) obtížné otevřeně komunikovat s pozitivním efektem a zároveň je to téma potřebné řešit dlouhodobě.

„Všichni jsou hrozně ve stresu právě před vstupem do bydlení a pak když začne koloběh vyřizování – rodný list, občanka, dávky a všechno tohle, následuje propad... a pak se to teprve zlepšuje“

(sociální pracovnice NNO_1)

„Tak někdo přijde, a řekne třeba, že schizofrenik, nebo tak, že medikovaný, že třeba chodí k lékaři. To je od klienta, někdo je otevřenější, někdo ty věci nechce přiznat. To není jenom o zdravotním stavu, to je i o vlastně trestnosti a tak. Ale jsou takoví, co otevřeně řeknou, že mají takovou a takovou diagnózu.“

(sociální pracovnice NNO_1)

Později může jít o „pouhou“ psychickou podporu a vyslechnutí klientů, kteří se o svých problémech nemají s kým poradit, nebo je obtížné je řešit v rámci svých sociálních vazeb a sítí kvůli převládajícímu tabu a stigmatu spojenému s duševním onemocněním. Tato podpora ze strany služeb je však považována za naprosto klíčovou a nepostradatelnou pro úspěšné završení procesu získávání kompetencí v bydlení.

„Třeba hodně lidí si nevěří, a ti mají ty deprese. Takže si myslí, že se neposouvají. Takže je přesvědčujeme, že se posouvají. Co dokázali za tu dobu, že už bydlí. Takže je tak jako přesvědčujeme o tom. Někteří jsou

takoví, a někteří, se jim to zlepšší. Že fakt jako vidí. To fakt záleží na člověku.“
(sociální pracovnice NNO_3)

„Řeší to, oni spíš si o tom chtějí s námi popovídat, případně najít nějakou tu psychiatrickou, když není. Nebo spíš ta psychická podpora je pro ně důležitá z naší strany. Že to mají komu říct, my je nějakým způsobem podpoříme, spíš takhle. [...] že ten problém tam je, protože ony samy nejsou úplně podpořené. Takže tam je někdy na místě se ptát, jestli i ony nepotřebují nějakou psychologickou pomoc. A vím, že některé berou prášky atd. A to, že vám to řeknou, to chce ten čas. Neřeknou vám to v prvních třech měsících. Mám rodiny, které třeba po roce, po roce a půl, prostě začínají mluvit o tom, mám takový a takový problém, měla jsem takový a takový problém. A je to v té psychické rovině, beru prášky, neberu prášky, docházím k psychologovi, psychiatrovi.“

(sociální pracovnice NNO_3)

Stejně jako v oblasti fyzického zdraví je i zde ze strany klientů hlavní objednávkou primární (akutní) pomoc a asistence s nalezením lékaře – psychiatra/psychologa, napojení na specializované služby a specialisty, přičemž i zde narážela tato snaha na kapacitní problémy a dlouhé čekací doby na volný termín. To bývá často demotivujícím faktorem daný problém vůbec začít řešit. Kapacity psychiatrické péče se uvolňují jen zřídka a pro sociální pracovnice a pracovníky bývá předchozí známost či zkušenost s konkrétním lékařem (tak, jako v jiných odbornostech) pro získání termínu klíčová.

„To je taky špatné. Ale zas to je po známosti, a tam je taky dlouhá čekací doba. On to je totiž takový doktor, jako na baterky. Že jsem vnímala to, že toho člověka spíš jako nafláká těmi utlumovacími prášky. Že kolikrát, jeden klient, který právě byl z ulice, šel bydlet, tak se mu sesypalo zdraví, měl neurologické problémy, nemohl chodit, a ještě pil alkohol, takže jsem vždycky jela místo toho klienta k tomu psychologovi, nebo psychiatrovi, on ho ani nepotřeboval vidět a prostě mu jenom psal prášky. Že to bylo hrozné.“
(sociální pracovnice NNO_2)

V rovině spolupráce měla řada služeb konkrétní znalosti a zkušenosti s jednotlivými lékaři, na které je možné se obrátit, kteří (pokud je kapacita) přijímají jejich klienty. Tato dlouhodobá znalost a známost mezi sociálními pracovníky a lékaři se napříč poskytovateli sociálních služeb ukazuje jako klíčová pro efektivní podporu klientům při řešení jejich situací. Oceňováno bylo navýšení kapacity psychiatrické péče ve Fakultní nemocnici Ostrava – Poruba a přítomnost Centra duševního zdraví (CDZ), které může sanovat typy situací, na které sociální služby nemají kompetence (například aplikace depotních injekcí v domácím prostředí v případě, kdy se klientovi zhorší psychický stav natolik, že přestane vycházet z domu a nedojde sám k lékaři). Na druhé straně jsme ve výpovědích zaznamenali několik případů odmítnutí klientů v CDZ kvůli striktně vymezené cílové skupině, se kterou pracují. Tam podle některých pracovníků sociálních služeb nespádají lidé s duálními diagnózami, psychózami či

s nějakou závislostní situací (zhoršení stavu v důsledku užívání návykových látek). Stejně tak byl zaznamenán případ nedostatečně navázaného kontaktu (komunikační bariéra) mezi CDZ a romskými klienty/pacienty na ubytovnách⁹, kteří tak zůstávají nepokrytí – oslovené mediátorky zdraví (Centrom z.s.) se necítily komfortně v práci s psychiatrickými klienty natolik, aby mohly vykonávat nějakou formu dohledu. Někteří sociální pracovníci se pokoušeli nakontaktovat své klienty na CDZ pro využití jejich psychiatrických kapacit, problémem však byl požadavek CDZ na komplexní péči, včetně přidělení sociálního pracovníka, sestavení individuálního plánu apod.

⁹ Kteří v daný okamžik striktně vzato nespádají do kategorie klientů sociálního bydlení, poukazuje to však na určitý nedostatkový faktor, který je potřeba brát v úvahu při nastavování funkční podpory specifických skupin klientů (pokud se tito v sociálním bydlení ocitnou).

Reflexe kvalitativní změny v životech respondentů po nastěhování do sociálního bydlení

V rámci rozhovoru jsme se respondentů – nájemníků sociálního bydlení ptali na vnímanou změnu v jejich životě po zabydlení se v sociálním bytě, tedy na situaci v momentě rozhovoru a zároveň na srovnání aktuálního stavu se situací před vstupem do sociálního bydlení. Otázky se specificky týkaly pocitu kontroly nad svými věcmi, zda se cítí silnější, případně v čem, jestli si nyní více věří (a v čem), nebo mají možnost plánovat do budoucna. Nutno zdůraznit, že ne u všech respondentů se zdála odezva na tyto otázky promyšlená a některé odpovědi byly spíše formální (*ano, určitě*), někteří respondenti neuměli na otázku reagovat, nebo o doptávaných tématech dříve nepřemýšleli. Zbylé odpovědi však nabízejí zajímavou reflexi a srovnání s perspektivou sociálních pracovníků.

Reflexe změny po nastěhování perspektivou nájemníků sociálního bydlení

Standardní vstupní situace u většiny klientů je definovaná potřebou stabilizovat bydlení a základní související životní oblasti (především finance, dávky, dluhy...). Prvotní změna, tedy posun z předchozího (substandardního/nejistého) bydlení, nebo pobytové služby do sociálního bytu je značná. Ačkoliv tuto změnu většina respondentů hodnotila kladně (jako posun k lepšímu v termínech většího soukromí, větší osobní svobody a kontroly nad vlastním časem, menšího stresu apod., objevily se i reflexe vyzdvihující pozitiva společného bydlení – například pozitivum větší kontroly zneužívání alkoholu, nebo větší možnost sociálních interakcí se spolubydlicími, oproti relativní osamělosti v pronajatém bytě.

„na ubytovně jste furt s někým... tak podle toho, jestli se snesete, nebo ne, máte pořád nějaké stresy, že vám někdo něco sebere, nějaké jídlo... máte furt nějaké to... Ale když jsem sama v bytě, tak si udělám, co chci, kdy chci. Je to rozdíl, než když se nevyspíte, když navečer tam dělá kravál... Jsem na tom byla aj dost i psychicky špatně – teď jsem klidnější, prostě, dovedu se soustředit, dovedu si vyřizovat, když něco potřebuju... je to velkej rozdíl.“

(klientka NNO_3, 60 let)

„[větší kontrolu] nevím no, tak napůl, aj jo aj ne... někdy se napiju. Na tom azyláku to nešlo, tam to byly maximálně dvě piva, ale tady občas s kámošem vypijem i dvě flašky. Víím, že tady mi nikdo nedá fouknout. Silnější? tak stejně... tam byli lidi okolo, že jsem si mohl pokecat, na pokojí jsme byli dva... Ale jo, mám z toho radost, tady mám zas volnost... na azyláku byly furt kontroly, klíče vracet, na pokojích úklidy, skříňky...“

(klient NNO_3, 41 let)

Na druhou stranu některé sociální pracovníce viděly tuto situaci zcela opačně a hovořily o větší nejistotě a nesvobodě v sociálním bydlení, než na ubytovně či azylovém domě.

„Oni ztrácejí svobodu, protože tady jsou pravidla, tady musí doplácet na bydlení. V azylovém domě nemusí, tady musí. Neví, nikdo jim neřekne, velká nejistota, nikdo jim neřekne, kolik budu doplácet. Teď ta pravidla jsou na ně jako hodně. Takže si myslím, že tady jakože ztrácí do jisté míry tu svobodu.“
(sociální pracovníce NNO_1)

Naprostá většina výpovědí se však shodovala na značném rozdílu v psychické pohodě, schopnosti užívat si věcí a ve větším pocitu normality pro zabydlení. Tato změna vedla k tomu, že tito lidé mohli plánovat na delší čas dopředu (nebo si jen mohli uvařit do zásoby beze strachu, že jim ve společné lednici jídlo do druhého dne zmizí), vnímali posílení sebedůvěry ve vlastní schopnost řešit případné problémy a komplikace (příčemž velkou roli hrála přítomnost dostupné podpory ze strany sociálních pracovníků) a

„Konečně si můžu připadat jako normální člověk v normálním bytě... syn má pokoj, já mám pokoj, konečně balkón, konečně mám sporák s normální troubou a ne takovej ten...tu plotýnku.. no perfektní.“

(klientka NNO_3, 45 let)

„No tak i na psychiku to je lepší, jak je střecha nad hlavou a člověk ví, že se má kam vrátit. Si odemkne, je v teple. Tak to i psychicky působí, pochopitelně. Horší, kdybych musel jít tady někde na lávku spát.“

(klient NNO_1, 69 let)

Pro respondenty s odlišnou životní trajektorií však byla minulé situace (v předchozím bydlení neodmyslitelně spjatá s vyšší životní úrovní, často s funkčním rodinným zázemím a celkově lepším standardem, na který i přes pozitivní hodnocení sociálního bydlení jako takového nemohou pomýšlet jinak než s nostalgii). Opakujícím se tématem byl propad zdravotního stavu (respondent po mozkové mrtvici necítí větší kontrolu ani silnější pozici ve svém životě), nebo předchozí lepší finanční situace (samoživitelka vzpomíná na vyrovnanější domácí rozpočet, když ještě žila s partnerem).

„Tak pod kontrolou, teď mě už, žiju, jak žiju. Někdy mám takové myšlenky, někdy, jakože jak kdyby mi bylo všechno jedno, nebo něco takového. Že už mi nezáleží na nějakém, že bych měl nějaký pevný cíl. Jako vyhořel jsem. V 70 už nic nenavymýšlím. Si myslím. Kdyby alespoň zdravotní stav byl dobrý, tak bych někam chodil, nebo bych se o něco snažil, ale já jsem rád, že dojdou do toho obchodu. Nebo někde, kde musím jít, na nějaký úřad, nebo co. Bohužel. Důchody nepřidají žádné.“
(klient NNO_3, 64 let)

„Já už radši neplánuji vůbec nic. S čím se mám skromnit? S tím, co mám. Lepší už to nebude. Nebude to lepší už. Čím dál, tím horší. Už teď je ta doba převrácená. Teď.“
(klientka NNO_1, 43 let)

Někteří respondenti reflektovali příležitost danou vstupem do sociálního bydlení (a podporou sociální služby) jako zásadní transformující událost. Tito lidé si byli schopni naplánovat určité realistické cíle, kterých chtějí dosáhnout a (s podporou sociálních pracovníků) získali dostatečnou sebedůvěru a motivaci k jejich postupnému plnění. Zázemí ve formě stabilního bydlení v tom sehrálo zásadní roli.

„[*máte nyní život po kontrolou?*] Opravdu a hodně. Už ho držím, a už to nepustím, protože to by byla ta největší chyba, kterou bych udělal. Všeho se vzdát. Mám prostě už své zázemí, jsem stabilizovaný. Mám nějakou perspektivu, budoucnost. I když už je mi 60 a ne 40, vůbec to nevádí, na věku mi tak nezáleží.“
(klient NNO_2, 60 let)

„Díky sociální službě jsem se nevrátil k původní trestný činnosti, to by jinak bylo hodně těžký znovu naskočit. Teď po třech měsících si moji bývalí známí už jako zvykli, že jsem jinde, že už v tom nejedu a je to ok-potkávám je každé den. Na psychice se vlastní byt podepisuje taky určitě pozitivně. Díky tomu, že mám ten byt, jsem se nenechal namotat do prodávání drog přes moje bývalý pracoviště do věznice [...], ale kdybych ten byt neměl, potřeboval bych vydělávat, abych něco zaplatil... Nebo bych potřeboval na drogy – ty taky nejsou zadarmo a já měl spotřebu jak Freud.“
(klient NNO_2, 53 let)

Vedle uvedených dopadů byly popisované i další pozitivní vlivy zabydlení na celkovou situaci domácností.

„Ovlivnilo. Semknutí. Daleko větší semknutí, než jak jsme měli. Když my jsme jako řvali po sobě taky. Ale semknutí, že malá chodí tady do školy, má tady kamarádky. I že si vodí kamarádky domů na noc, chodí taky někde. Že o ní se jedná, že má normální život, že není závislá na ubytovnách. Ona ví, že je doma.“
(klient NNO_7, 67 let)

„Syn není tolik unavený – dřív, jak jsme byli často venku, jsme museli pořád chodit, zahřát se, schovávat se před deštěm...to dítě má kratší nohy žejo, takže on toho naběhal chudák... Život nám tak naložil, že už nás nic nerozhodí.“
(klientka NNO_7, 39 let)

Mezi respondenty byli i tací, kteří se ke změně v důsledku zabydlení v sociálním bytě stavěli více neutrálně. Ačkoliv byli za standardní a dostupné bydlení rádi, přítomnost jiných problémů, nejčastěji finančních, je tížila více, respektive z ní nenacházeli uspokojivě rychlou cestu ven. Hrají zde roli i značně individuální charakteristiky klientů, které mohou rozhodovat o jejich posunu v rámci spolupráce.

„Máme jednu paní, je motivovaná a zvládla všechno dobře, asi po čtyřech měsících a teprve po dvanácti měsících je čas na víc věcí, třeba terapii, schopnost představit si, že si najde vlastní bydlení, že sociální byt není na

dožití a tak... a jiná paní ve stejný čas, velmi podobná situace, a tady se nestihly ani kartičky na pojišťovnu“ (sociální pracovnice NNO_1)

Ze zkušenosti sociálních pracovníků plyne, že ať jsou vstupní charakteristiky klientů relativně jakékoliv, stabilní bydlení spojené s podporou při adresování aktuálních problémů s větší prioritou připravuje těmto lidem podmínky pro řešení problémů ve zdraví v budoucnu, byť se potřebná doba může lišit.

Situace ve zdravotním pojištění

Respondenti ani sociální pracovníci netématizovali oblast zdravotního pojištění jako něco problematického – všichni respondenti měli zdravotní pojištění a ani ze zkušenosti sociálních pracovníků nebyl zaznamenán nějaký problém. Pokud však šlo o dluhy na zdravotním pojištění, byla situace zcela jiná. Dluhy u zdravotních pojišťoven vznikají nejčastěji v důsledku neplacení zdravotního pojištění v období absence registrace na ÚP, po návratu z pobytu v zahraničí (po kterém se pojištění automaticky neobnovuje), nebo jako pozůstatek nezdařeného pokusu o podnikání. **Spíše, než absence pojištění jako takového je běžnější neznalost pojišťovny, u které jsou klienti pojištěni.** A pokud je známá i konkrétní pojišťovna, nejčastěji absentuje kartička pojištěnce. Bez ní se nelze u lékaře registrovat ani objednat na vyšetření, což podle některých aktérů sice není povinností, jde však o běžnou praxi. Zkušenost naznačuje, že to může zásadně zdržet celý proces.

„... našla jsem nakonec pro klientku praktika, ta se tedy šla zaregistrovat, ale tam zjistily, že nemá kartičku pojišťovny... Její vyřízení trvalo celých 8 měsíců a daný lékař už mezitím naplnil kapacitu“

(sociální pracovnice NNO_7)

Specifická znalost zdravotní situace v Ostravě u některých poskytovatelů sociálních služeb vede k doporučení změny pojišťovny pro zvýšení šancí registrace u poptávané odbornosti.

„OZP nemají smluvně ošetřené ortopedy, dětské psychology a psychiatry. Revírní bratrská objednává do 14 dnů na magnetickou rezonanci, ale u všech ostatních to trvá skoro 4 měsíce...“ (sociální pracovnice NNO_6)

Přítomnost šmelinářů se zdravotním pojištěním, nabízejícím finanční odměnu za přestup k jiné zdravotní pojišťovně, byl stejnou měrou potvrzován i popírán a záleží tak na konkrétní zkušenosti.

Doporučení

Následující doporučení vycházející ze zjištěných potřeb a bariér jsou určena **poskytovatelům sociálního bydlení a Magistrátu města Ostravy**. Mnohá doporučení se neomezují pouze na ně, ale vyžadují spolupráci s řadou dalších aktérů, jako jsou ordinace lékařů, poskytovatelé sociálních služeb, univerzity, Státní zdravotní ústav, zdravotní pojišťovny apod. Nezbytnou podmínkou je co největší zapojení klientů sociálního bydlení do přípravy, realizace a vyhodnocení navržených opatření.

Doporučení jsou rozdělena do sedmi **tematických okruhů**, přičemž ke každému z nich je uvedeno zdůvodnění a příklady opatření, kterými se mohou příslušní aktéři inspirovat.

Tabulka 7 - Přehled doporučení na podporu zdraví klientů sociálního bydlení

Aktér	Okruh opatření	Příklady opatření
1 Poskytovatel sociálního bydlení	1.1 Snižování bariér při poskytování psychologické podpory klientům sociálního bydlení	<ul style="list-style-type: none"> Začlenění terénní psychologické/psychoterapeutické podpory do podpůrných týmů Vzdělávání členů podpůrných týmů v motivačních rozhovorech
	1.2 Zplnomocňování klientů sociálního bydlení	<ul style="list-style-type: none"> Zavádění trauma-informovaného či trauma-zohledňujícího přístupu Zapojování lidí se zkušeností s bezdomovectvím do podpůrných týmů Afiliční/komunitní koučové
	1.3 Podpora spolupráce mezi klienty, pracovníky podpůrných týmů a specialisty, zejména v oblastech adiktologie a psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> Budování a rozvoj intenzivního case managementu v podpůrných týmech
	1.4 Zvyšování kompetencí klientů sociálního bydlení v oblastech podpory zdraví	<ul style="list-style-type: none"> Využívání intervencí založených na přístupu <i>Communication for Health</i> Pořádání komunitních akcí a workshopů ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, lokálními NNO, univerzitami apod. Spolupráce se Stomatologickou komorou ČR cílená na klienty sociálního bydlení, zejména děti
2 Magistrát města Ostravy	2.1 Koordinace a spolupráce aktérů působících ve zdravotní a sociální oblasti	<ul style="list-style-type: none"> Vznik platformy pro podporu zdraví Pořádání pravidelných setkání zdravotně-sociálních pracovníků a pracovníků Vytvoření výzkumného nástroje umožňujícího zjišťovat stav a vývoj situace ve zdraví u osob v sociálním bydlení Vzdělávací modul ve zdravotně-sociální oblasti pro vysokoškolské studenty Podpora studentských aktivit se sociálně-zdravotním zaměřením (např. Medici na ulici) Využití telemedicíny při kontaktu s lékaři Vznik labelu „sociální ordinace“
	2.2 Posilování kompetencí aktérů působících ve zdravotní a sociální oblasti	<ul style="list-style-type: none"> Vzdělávání pro sociální pracovníky a zdravotně-sociální pracovníky vedená zdravotními specialisty Metodická role a zajištění vzdělávání pro poskytovatele sociálního bydlení ve vybraných nástrojích Podpora dalšího vzdělávání lékařského personálu
	2.3 Usilování o systémové změny v oblasti poskytování zdravotní péče	<ul style="list-style-type: none"> Zajištění systémového financování pro zdravotně-sociální pracovníky v nemocnicích Změny v kompetencích zdravotní sestry a nižšího zdravotního personálu

1 Poskytovatel sociálního bydlení

1.1 Snižování bariér při poskytování psychologické podpory klientům sociálního bydlení

Zdůvodnění:

S přítomností problémů v oblasti duševního zdraví se ztotožnily asi čtyři pětiny dotázaných klientů sociálního bydlení. Psychiatrické/psychologické služby byly současně popisovány jako kapacitně nedostatečné, jejich využití některými rizikovými skupinami (osoby s historií bezdomovectví, Romové, děti atd.) jako málo efektivní a celá oblast jako mnohdy stigmatizovaná a tabuizovaná.

Příklady opatření:

Jedním z možných opatření je **začlenění psychologa či psychoterapeuta do podpůrných týmů, a to v terénní formě**, která umožňuje se dostat ke klientovi snáz a rychleji, a tím předcházet případnému zhoršení psychického stavu. Terénní forma může být obzvláště přínosná pro pečující osoby (ve výzkumu se jednalo zejména o matky), nebo pro klienty, kteří mají negativní zkušenost s poskytováním odborné péče a je pro ně překážkou vyhledat a pravidelně docházet do ambulantního zařízení.

Efektivní výbavu sociálního pracovníka při práci s klienty představují také **motivační rozhovory**, které mohou přispět ke změně ve prospěch zdravého životního stylu. Motivační rozhovory jsou terapeutickou technikou, která klientovi pomáhá se vyrovnat s ambivalentními pocity či nejistotou a zvyšuje míru jeho motivace k omezení nezdravých návyků, včetně nadužívání návykových látek. Tato technika může rovněž přispět k vyššímu sebevědomí klienta a zlepšit výsledky paralelně probíhajících terapií¹⁰.

1.2 Zplnomocňování klientů sociálního bydlení

Zdůvodnění:

Jedním z faktorů ovlivňujících psychiku byla změna spojená s přechodem z ubytovny nebo azylového domu do sociálního bytu. Ačkoliv byla tato změna reflektována veskrze pozitivně, některé výpovědi poukazovaly i na problém osamělosti. Dále byla zhoršená psychika dávana do souvislosti s problémovými partnerskými vztahy, úmrtím partnera/manžela či partnerky/manželky, případně člena rodiny.

Řada respondentů s historií bezdomovectví či závislosti rovněž tematizovala určitý stav vyhoření či bezvýchodné stagnace zapříčiněné špatnými volbami v minulosti. Premisou je, že pokud si klienti nebudou sami sebe vážit, intervence v otázkách zdraví nebudou mít potřebný efekt.

Příklady opatření:

Vzhledem k vysoce traumatizujícím zkušenostem, se kterými se někteří klienti s historií bezdomovectví či závislosti setkali, je pro členy podpůrných týmů zásadní vědět, jak s těmito

¹⁰ <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep22-06-02-003.pdf>

klienty komunikovat citlivě a bezpečně, aby nedocházelo k nežádoucímu znovuprožívání traumatizující události. Jednou z možností, jak tohoto cíle dosáhnout, je **zavádění trauma-informovaného či trauma-zohledňujícího přístupu** do systému poskytované podpory¹¹. V praxi to může znamenat, že všichni členové podpůrného týmu mají základní povědomí o vzniku a dopadech traumatu, umějí rozpoznat jeho základní projevy a navzájem hledají možnosti, jak v organizaci snižovat riziko možné retraumatizace. Samozřejmě by měla být podpora pro pracovníky v přímé péči. V českém prostředí prosazuje trauma-zohledňující přístup například organizace Jako doma – Homelike¹².

Další možností, jak snížit klientovu úzkost, rozšířit jeho vnitřní zdroje na cestě k zotavení a zvýšit motivaci k využití sociálních či zdravotních služeb, je **začleňování lidí se zkušeností s bezdomovectvím do podpůrných týmů – peer konzultantů**¹³. Obecnější rolí peer konzultanta je zprostředkování vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem v procesu podpory, provázení klienta při cestě ke změně, ale také zvyšování kompetencí sociálního pracovníka v pochopení podpůrného procesu. Možností, jak tuto pozici pojmout v rámci podpůrných týmů, je vícero, např. se může jednat o model peer instruktora ve dvojici s odborníkem, komunitního pracovníka, helpline pracovníka apod¹⁴. Peer konzultant se může rovněž zaměřovat na podporu zdraví, např. v roli peer pracovníka zaměřeného na zdravotní prevenci či peer advokačního pracovníka¹⁵.

V Česku jsou lidé se zkušeností s bezdomovectvím neodmyslitelnou součástí podpůrných týmů například ve vybraných projektech Armády spásy, Slezské diakonie či Baobabu. Komplexní model vzdělávání peer konzultantů a členů podpůrných týmů v tom, jak využít potenciál peer konzultantů, nabízí kupříkladu vídeňská organizace Neunerhaus zastřešující program Peer Campus¹⁶.

¹¹ https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf

¹² http://jakodoma.org/wp-content/uploads/2022/10/publikace_trauma_FINAL.pdf

¹³ <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep22-06-02-003.pdf>

¹⁴ https://socialnibydeni.org/wp-content/uploads/2018/12/PEERS_CS-INT.pdf

¹⁵ [peer_support_policy_paper2951723577548485776.pdf](https://www.feantsa.org/peer-support-policy-paper2951723577548485776.pdf) (feantsa.org)

¹⁶ <https://www.feantsa.org/download/2022-neunerhaus-peer-campus-english6029541595287225605.pdf>

Obrázek 1 - Sídlo organizace Neunerhaus ve Vídni – sociální bydlení, kavárna, sociální a psychologické poradenství, veterinární klinika, ordinace praktického lékaře pro dospělé a stomatologa pod jednou střechou (zdroj: <https://www.neunerhaus.at/kontakt/>)



V Belgii se v rámci projektů Housing First rozhodli podpořit zplnomocňování klientů prostřednictvím **afiliačních/komunitních koučů**. Jejich cílem je provázet klienty při začleňování do společenského života a pomáhat jim při vytváření sítě sociálních vazeb. Spektrum možných intervencí sahá od společného trávení volného času (procházkou, návštěvou kulturní či sportovní události) až po podporu při pořádání aktivit navržených a pořádaných klienty¹⁷.

V Bruselu například vznikla pod organizací Smes Rada nájemníků sdružující klienty z programu Housing First, která jednak spoluvytváří nabídku volnočasových aktivit (skupinové procházky, návštěvy kina, kreativní dílny apod.), a současně nabízí poskytovatelům sociálního bydlení možnost otevřené diskuse s klienty o podobě nabízených služeb a potřebných změnách v jejich nastavení¹⁸.

Obrázek 2 - Setkání klientů a členů podpůrného týmu v organizaci Smes (zdroj: Facebook Smes)



¹⁷ <http://www.housingfirstbelgium.be/medias/files/housing-first-fr-1-.pdf>

¹⁸ <https://smes.be/fr/affiliation/>

1.3 Podpora spolupráce mezi klienty, pracovníky podpůrných týmů a specialisty, zejména v oblastech adiktologie a psychiatrie

Zdůvodnění:

Někteří sociální pracovníci se potýkali s problémem, jak adresovat podporu klientům s komplexními potřebami, k nimž například patří lidé s duálními diagnózami (souběh dvou psychických onemocnění, z nichž jedním bývá závislost na návykových látkách), a to zejména v kontextu hůře dostupných psychiatrických či psychologických služeb.

Rovněž výzkum ukázal, že zkušenosti s (ne)dostupností lékařských kapacit se mezi poskytovateli sociálního bydlení a zdravotně-sociálními službami lišily (s výjimkou stomatologické péče). Pozitivním faktorem v tomto ohledu byla místní znalost lékařských ordinací a s nimi navázané vztahy. Dalším pozitivním faktorem při kontaktu s ordinacemi byla přítomnost sociálního pracovníka či zdravotního mediátora, který (aspoň zpočátku) sloužil jako komunikační most mezi lékařem a klientem.

Příklady opatření:

Možným nástrojem, který slouží k naplňování komplexních potřeb klienta a je založen na spolupráci mezi ním, jeho přirozenými zdroji a místními službami, je **intenzivní case management**. Intenzivní case management se od běžného case managementu odlišuje častější frekvencí setkání a nižším počtem klientů na jednoho case managera (zpravidla do 20 případů). Předpokladem pro úspěšný case management je znalost místní sítě služeb a jejich dostupných kapacit. Intenzivní case management zaměřený na práci s lidmi se zkušeností s bezdomovectvím je spojován s nižší mírou výskytu psychotických symptomů, deprese, úzkosti, pokusů o sebevraždu a konzumace alkoholu či jiných návykových látek. Na druhou stranu může zvýšit klientovu ochotu spolupracovat s potřebnými službami¹⁹. Case management uplatňuje v programu Housing First například Armáda spásy²⁰.

1.4 Zvyšování kompetencí klientů sociálního bydlení v oblastech podpory zdraví

Zdůvodnění:

Častými problémy klientů sociálního bydlení jmenovanými sociálními pracovníky jsou potíže pohybového aparátu, stomatologické či urologické obtíže, vysoký krevní tlak a diabetes. Společným jmenovatelem široké škály zjištěných problémů je skutečnost, že se většinou jedná o problémy zdravotně-sociální (než čistě medicínské) a preventabilní. K jejich zlepšení může přispět efektivní komunikace zohledňující kulturně-sociální prostředí a specifika všech skupin, kterých se týká. Takovou komunikací lze posouvat klíčové determinanty zdraví, kterými jsou znalosti, postoje a sociální normy.

Příklady opatření:

Uvedené determinanty například zohledňuje nástroj Světové zdravotnické organizace nazvaný C4H, tedy **Communication for Health** (Komunikace pro zdraví). C4H je nástroj

¹⁹ <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep22-06-02-003.pdf>

²⁰ <https://www.youtube.com/watch?v=WkJVf7aeJJs&t=1137s>

podpory zdraví, který má potenciál měnit znalosti, postoje a sociální normy dané komunity, obce, regionu. Východiskem tohoto nástroje je, že komunikace témat podpory zdraví by měla být adresná, srozumitelná a vycházet ze zjištěných potřeb. Důležitou součástí je nastavení cílů vytvořeného programu a jeho následná evaluace²¹.

Příkladem aktivity opírající se o nástroj C4H a cílící na problémy s pohybovým aparátem, ale také s kardiovaskulárními onemocněními mohou být **zdravotní cvičení v rámci komunitních aktivit sdružujících osoby v sociálním bydlení**, ať už v prostorách domů se sociálním bydlením (některé mají klubovny), nebo v nízkoprahových centrech, klubech, kam již část klientů dochází. Vhodnými komunikačními kanály je potřeba započatou aktivitu dostat do povědomí klientů. Zdravotnímu cvičení se věnují instruktoři tzv. zdravotní tělesné výchovy, někteří instruktoři jógy či instruktoři s certifikátem o absolvování zdravotního cvičení z tělovýchovné organizace Sokol. Současně je třeba účastníky cvičení informovat, co zdravotní cvičení obnáší, a zvýšit tak povědomí o komplexitě tohoto druhu cvičení. Do zdravotního cvičení, nebo zdravotní tělesné výchovy, jsou typicky zařazeny dýchací a balanční cviky, izometrické cvičení pro zpevnění určitých svalů, protahovací cvičení pro zkrácené svaly a uvolňovací cviky pro zvětšení kloubního rozsahu vedoucí k vyšší mobilitě. Cvičení využívá prvky jógy, pilates, chi-kung a je vhodné ho pojmout jako společenskou aktivitu.

Na zlepšení péče o chrup (zejména u dětí mladistvých) lze spolupracovat s Českou stomatologickou komorou, která disponuje různými nástroji, např. může uhradit **sérii workshopů zubního lékaře/lékařky, hygienisty/hygienistky pro klienty sociálního bydlení**, může zprostředkovat edukaci výrobce zubních kartáčků, kteří sami nabízejí preventivní programy spojené s distribucí vzorků vlastních výrobků.

Urologické problémy úzce souvisejí s imunitou lidského organismu a stravováním. Posilováním imunitního systému se věnují jak někteří urologové, tak především imunologové a někteří dietologové. Propojením těchto odborníků s poskytovateli sociálního bydlení může vzniknout vzdělávací kurz/workshop pro osoby v sociálním bydlení, který lze pojmout jako **vzdělávání ve zdravotní gramotnosti v oblasti zdravé stravy** (tzv. stravování pro zdraví), **posilování imunity a prevence infekcí** (např. v podzimním období, kdy mají lidé zvýšený zájem dozvědět se, jak se chránit před infekčními chorobami).

Participativní workshopy na všechna uvedená témata zajišťují organizace jako Národní síť podpory zdraví²² nebo Centrum podpory veřejného zdraví Státního zdravotního ústavu²³. V Ostravě je mohou rovněž zajistit zdravotní mediátoři, kteří v současné době působí pod organizací Centrom²⁴. Klíčové je propojení tématu se zájmem osob v sociálním bydlení a vedle skupinového vzdělávání (nejlépe participativní metodou např. zážitkové pedagogiky) zprostředkovat také individuální poradenství v podpoře zdraví na dané téma a napojení klienta na stávající zdravotní služby. Příklady konkrétních komunitních aktivit včetně způsobu jejich

²¹ <https://www.who.int/about/communications>

²² <https://nspz.cz/>

²³ <https://szu.cz/odborna-centra-a-pracoviste/centrum-podpory-verejneho-zdravi/>

²⁴ <https://centrom.cz/wp-content/uploads/2023/05/2Projekty-ESF-na-WEB.pdf>

vyhodnocení nabízí například americká organizace El Sol Neighborhood Educational Center zaměřená na podporu zdraví v hispánských komunitách²⁵.

Obrázek 3 - Program na podporu starších lidí s depresí v organizaci El Sol Neighborhood Educational Center (zdroj: https://www.elsolnec.org/wp-content/uploads/2020/09/late_life_program-768x576.jpg)



Dalším příkladem individualizovaného programu podpory zdraví v sociálním bydlení je **model Health at Home (Zdraví doma)** využívaný britským poskytovatelem nájemního bydlení Peabody²⁶. V tomto modelu hrají důležitou roli zdravotní navigátoři a proškolení dobrovolníci, veskrze vysokoškolští studenti v oboru veřejného zdraví, kteří klientům poskytují koučink (metodou CFA – Coaching for Activation) a spolupracují s relevantními místními službami. Aby podpora odpovídala aktuální motivaci, znalostem a kompetencím klienta, využívají nástroj PAM²⁷ (Patient Activation Measure). Na základě zjištěného skóre PAM a potřeb klienta vzniká individuální plán podpory zdraví zaměřený na zvolené téma (dodržování medikace, zvládání stresových událostí, komunikace s lékařem, zvládání samoty, stravování apod.). U klientů s nejnižším skóre je plán naplňován skrze tříměsíční intenzivní kurz ve spolupráci se zdravotním navigátorem či dobrovolníkem. Klientům se středním skóre PAM jsou nabídnuty tři individuální konzultace. Zbylí klienti mají možnost své zdravotní problémy konzultovat telefonicky.

2 Magistrát města Ostravy

2.1 Koordinace a spolupráce aktérů působících ve zdravotní a sociální sféře

Zdůvodnění:

Z podstaty řešené problematiky na pomezí zdravotní a sociální sféry je racionální podpořit efektivní, účelnou a oboustranně otevřenou komunikaci, koordinaci a spolupráci mezi co nejširším okruhem pracovníků a pracovníc obou sfér. Zkušenost sociálních služeb zřetelně potvrzuje výhodu dobrého zasíťování, osobních vazeb a dlouhodobých zkušeností

²⁵ <https://www.elsolnec.org/chw-impact-reports/>

²⁶ <https://www.peabodygroup.org.uk/media/3441j4qi/peabody-health-at-home.pdf>

²⁷ <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/04/patient-activation-measure-quick-guide.pdf>

v komunikaci a spolupráci s některými lékaři a pracovišti, stojící na osobní známosti. Tyto vazby a související know-how pak umožňují řešit situace klientů efektivněji (např. rychleji najít registrujícího lékaře) a přispívají k lepšímu pochopení vzájemných perspektiv, očekávání a bariér (klient/pacient-lékař-sociální pracovník). Minimalizují potenciálně konfliktní situace, ke kterým může v ordinacích dojít, čímž napomáhají rychlejšímu diagnostikování, úspěšnější léčbě i rekonvalescenci, usnadňují nalezení vhodnější následné péče a zabraňují relapsu.

Příklady opatření:

Jedním z možných formátů podpory sdílení informací a dobré praxe zvyšující kvalitu a efektivitu poskytovaných služeb je etablování **platformy pro podporu zdraví**, v jejímž rámci by vznikl prostor pro profesionály z relevantních oborů zdravotní a sociální sféry, kteří by spolu jinak přišli do kontaktu pouze prostřednictvím sdíleného pacienta/klienta, případně po telefonu, pokud vůbec. Platforma potenciálně prohloubí osobní vazby všech participujících, podpoří sdílení inspirativní praxe a ověřeného know-how, nebo napomůže pojmenovat a strukturovat potřeby a bariéry ve spolupráci. Dále může fungovat jako komunikační kanál směrem k MPSV a MZ a tlumočením problematických oblastí spolu s podněty přispívat ke změnám legislativy.

Od **pravidelných setkání zdravotně-sociálních pracovníků s relevantními sociálními službami** lze taktéž očekávat větší prohloubení povědomí o vzájemných potřebách a možnostech, což může vést k vyšší kvalitě poskytovaných služeb.

Vzájemná spolupráce nemusí mít nutně podobu stálé platformy. Může se (zprvu) jednat o **multidisciplinární tým**, jenž by svou činnost zaměřil na předem definovaný úkol. S tím má mimochodem Magistrát města Ostravy již zkušenost, například při zpracování metodických materiálů nabízených Sociopointem²⁸. Následující návrhy opatření rozvíjejí doporučení uvedená v bodě 1.4 Zvyšování kompetencí klientů sociálního bydlení v oblastech podpory zdraví, která nemusí zavádět jednotliví poskytovatelé sociálního bydlení individuálně, nýbrž mohou být koordinována Magistrátem města Ostravy.

Relativně jednoduchým způsobem, jak získat a udržet přehled o vývoji klíčových parametrů v oblasti zdraví v průběhu času je **vytvoření stručného výzkumného nástroje** (může jít o dotazník, ale i strukturovaný scénář rozhovoru), který bude u klientů sociálního bydlení (případně i dalších cílových skupin) v pravidelných intervalech mapovat podstatná kritéria v oblasti zdraví a jejich změnu v čase. Taková data mohou být vyhodnocována, archivována a zpřístupňována pro diskusi v rámci relevantních skupin, při nastavování souvisejících opatření, při argumentaci směrem ke stakeholderům či veřejnosti. V neposlední řadě by měla být zjištěná data podkladem pro rozhodování v oblasti zdraví a sociálního bydlení.

K větší prominenci a lepšímu porozumění zdravotně-sociálních témat mezi relevantními aktéry, ale i u veřejnosti, by přispělo **prosazení vzdělávacího modulu ve zdravotně-sociální oblasti** pro vysokoškolské studenty medicíny (případně i studenty dalších humanitně zaměřených oborů). Takový modul by doplňoval tradiční kurikulum o sociální kontext ovlivňující lidské zdraví a budoval by již během studia informovaný zájem o tuto oblast. Modul

²⁸ https://kpostrava.cz/wp-content/uploads/2021/09/Bezdomovectvi_manual.pdf

by mohl mít různé podoby, ideálně by měl zahrnovat přímý kontakt se sociálně vyloučenými či sociálně vyloučením ohroženými lidmi, a to ve spolupráci s organizacemi poskytujícími těmto skupinám obyvatel služby. Inspirací může být kurz na univerzitě v Sheffieldu ve Velké Británii, kde studenti oboru zdravotní sestra vytvářejí komunitní projekty podpory zdraví²⁹.

Dalším krokem může být obecnější **podpora studentských aktivit ve veřejném prostoru se sociálně-zdravotním zaměřením**. Ty mohou být velmi různorodého charakteru, zacílené především na osvětu a prevenci v prostředí s omezenou dostupností informací či území sociálně vyloučených lokalit. Takové aktivity mohou být navázané na již etablované (každoroční, pravidelné) události, nebo mohou být ad-hoc součástí preventivních programů nízkoprahových klubů pro děti a mládež, kontaktních center, volnočasových klubů apod. Výraznou podobou tohoto druhu studentské aktivizace představuje činnost spolku **Medici na ulici**, kteří poskytují základní ošetření a konzultace primárně osobám bez domova přímo v terénu (zatím) měst Prahy, Brna a Plzně³⁰.

Obrázek 4 - Medici na ulici (foto: Břetislav Macek; zdroj: <https://medicinaulici.cz/>)



Řešení mnoha bariér, které byly pojmenovány ve výzkumu, se nachází mimo dosah a potenciál lokálních aktérů, Statutární město Ostrava nevyjímaje. Popisovaný nedostatek zdravotnických zařízení (především některých odborností primární lékařské péče), ale i (dětských) psychologů a psychiatrů a dalších je strukturálním problémem. Dílčí odpovědí na tuto situaci představuje **telemedicína³¹ využívající informační a komunikační technologie pro poskytování zdravotních služeb na dálku**. Je určena především pacientům s chronickými onemocněními. Tímto způsobem lze ušetřit čas i zdroje, rychleji zachytávat rizikové situace a odlehčit přetížené čekárny zdravotnických zařízení. Telemedicína je od roku

²⁹ <https://www.shu.ac.uk/news/all-articles/features-and-comment/nursing-students-deliver-community-health-projects>

³⁰ Více na <https://medicinaulici.cz/>

³¹ Někdy také distanční medicína, více informací viz Národní telemedicínské centrum (<https://ntmc.fnol.cz/>).

2017 legislativně etablovaná novelou zákona o zdravotnických zařízeních. Že ji lze úspěšně využít i při práci s lidmi bez domova diagnostikovanými s chronickými onemocněními, ukázal pilotní program proběhlý v azylovém bydlení v Budapešti³².

Zajištění dostupné, včasné a kvalitní lékařské péče pro osoby bez domova, bez zdravotního pojištění, ve finanční tísní či z jiných důvodů marginalizovaných a vyloučených z běžného systému zdravotní péče je nezbytné. Doposud byla taková zařízení (jakým je například Ordinance pro chudé zřizovaná Armádou Spásy v Ostravě a Praze, nebo ordinace pro osoby sociálně vyloučené v Pardubicích, Plzni a Olomouci) vnímána jako víceméně pilotní projekty³³. Vhodné by však bylo podpořit vznik nových zdravotních zařízení tohoto typu, například pod stejným labellem **sociální ordinace**, ideálně za garantované podpory ze strany města, s dotovaným nájemným (v prostorách města) anebo hrazeným odborným vzděláváním ošetřujících lékařů a dalšího personálu ordinací, a samozřejmě v koordinaci s pojišťovnami apod.

Jistou inspirací, ačkoli je třeba vzít v potaz rozdílnost zdravotních i sociálních systémů v zahraničí, mohou být rodinná centra ve Švédsku³⁴, nebo komunitní zdravotní centra ve Spojených státech³⁵ či ve Francii³⁶. Obdobná zařízení z různých zemí jsou sdružena pod hlavičkou Mezinárodní federace komunitních zdravotních center, jež definuje minimální společný standard³⁷.

2.2 Posilování kompetencí aktérů působících ve zdravotní a sociální oblasti

Zdůvodnění:

Práce na pomezí zdravotní a sociální sféry klade na pracovníky na obou stranách nemalé nároky. Zvláštní výzvu představují specifické nároky práce s cílovou skupinou sociálně vyloučených osob, Romů, osob bez domova apod. Pro efektivní práci zaměřenou na podporu klientů při řešení jejich potřeb/úspěšnou léčbu pacientů a prevenci zdravotních obtíží je jednak zapotřebí stabilní a kontinuální (personální) prostředí umožňující navázání důvěry a zároveň neustálá nutnost aktualizace v postupech a metodách práce přinášejících nejlepší výsledky. V takovém prostředí je jednak lidský kapitál obtížně nahraditelný a v konkurenci lépe ohodnocených profesí bývá fluktuace pracovníků a pracovníků na některých pozicích značná. Zároveň jde o prostředí vybízející k inovacím, kde je podpora profesního růstu a dostupnost kvalitního odborného vzdělávání, sdílení zkušeností a udržování kontaktu s odbornou veřejností nutným předpokladem pro kvalitní výkon profese na zdravotně-sociálním pomezí.

³² <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-022-01803-4>

³³ byť například v Praze je dostupná ordinace praktického lékaře pro osoby bez domova od roku 1994, v Plzni je pilotovaný stejný model min. od roku 2011.

³⁴ <https://familjecentraler.se/wp-content/uploads/2014/11/Brochure-Family-Centre-Familjecentral.pdf>

³⁵ <https://www.nachc.org/community-health-centers/what-is-a-health-center/>

³⁶ <https://www.levillage2sante.fr/liens-partenariats.html>

³⁷ <https://www.ifchc.org/what-are-chcs/>

Příklady opatření:

Jedním ze základních zdrojů podpory sociálních a zdravotně-sociálních pracovníků a pracovnic je **zajištění kvalitního a strukturovaného vzdělávání**, vedeného zdravotními specialisty a garantovaného Státním zdravotním ústavem, Českou lékařskou komorou, nebo jinou obdobnou organizací. Cílem by bylo udržovat mezi sociálními a zdravotně-sociálními pracovníky dostatečnou míru odbornosti a aktuální znalosti o zdravotních otázkách relevantních k výkonu jejich povolání.

Komplementární opatření k předchozímu doporučení se pak zaměřuje na zdravotnický personál, kterému by se vedle školení ve vlastní odbornosti měl nabízet i **kvalitní vzdělávací program rozšiřující jejich kompetence především v oblasti interkulturní komunikace** a řešení specifických situací vyplývajících právě z komunikace s jinými (menšinovými) etnickými skupinami, především s Romy. Romové-respondenti výzkumu (stejně jako některé sociální služby) potvrdili (mezi Romy) většinou vysoko vnímaný status lékařské profese. Toho by bylo vhodné využít pro úspěšný rozvoj spolupráce na zdravotně-sociálním pomezí.

Město jako partner všech účastných stran a arbitr funkční a efektivní spolupráce mezi nimi může zastat metodickou roli při nastavování pravidel poskytování sociálního bydlení a podpůrných sociálních služeb a zajišťovat další vzdělávání poskytovatelům sociálního bydlení mimo jiné v oblastech case managementu, motivačních (aktivizačních) rozhovorů s klienty, způsobech a možnostech využití peer pracovníků apod.

2.3 Usilování o systémové změny v oblasti poskytování zdravotní péče

Zdůvodnění:

Formát péče o lidi z různých důvodů marginalizované a sociálně vyloučené sám o sobě testuje a posouvá hranice systému garantované zdravotní péče. Osoby v sociálním bydlení mají za sebou často různé traumatické zážitky, zkušenosti vlastního selhání či odmítnutí ze strany systému, scházejí jim základní kompetence k využití dostupných nástrojů řešení jejich (zdravotní) situace, jinými slovy jsou v jejich případě bariéry často přítomné na každém kroku. Podstatou usilování o reálnou dostupnost zdravotních služeb pro tyto skupiny obyvatel, jako nezadatelného lidského práva ukotveného v čl. 31 Základní listiny lidských práv a svobod, je zpřístupňování těchto služeb lidem, jejich emancipace a podpora vedoucí k jejich samostatnému využívání. Zároveň je nutné reflektovat nedostatky systému a poukazovat na možná zlepšení, mající za cíl větší inkluzivitu systému, efektivitu intervencí a dlouhodobější dopad vynaložených prostředků. Zkušenosti z dlouhodobé práce se sociálně vyloučenými lidmi v kontextu zdraví mohou posloužit k identifikování konkrétních problémů ve struktuře systému zdravotní péče, které pak budou mít plošný dopad i mimo tuto cílovou skupinu.

Příklady opatření:

Z výzkumných rozhovorů vyplynula mimo jiné **potřeba systémového zajištění financování pro pozice sociálně-zdravotních pracovníků a pracovnic v nemocnicích**, kteří mají jako

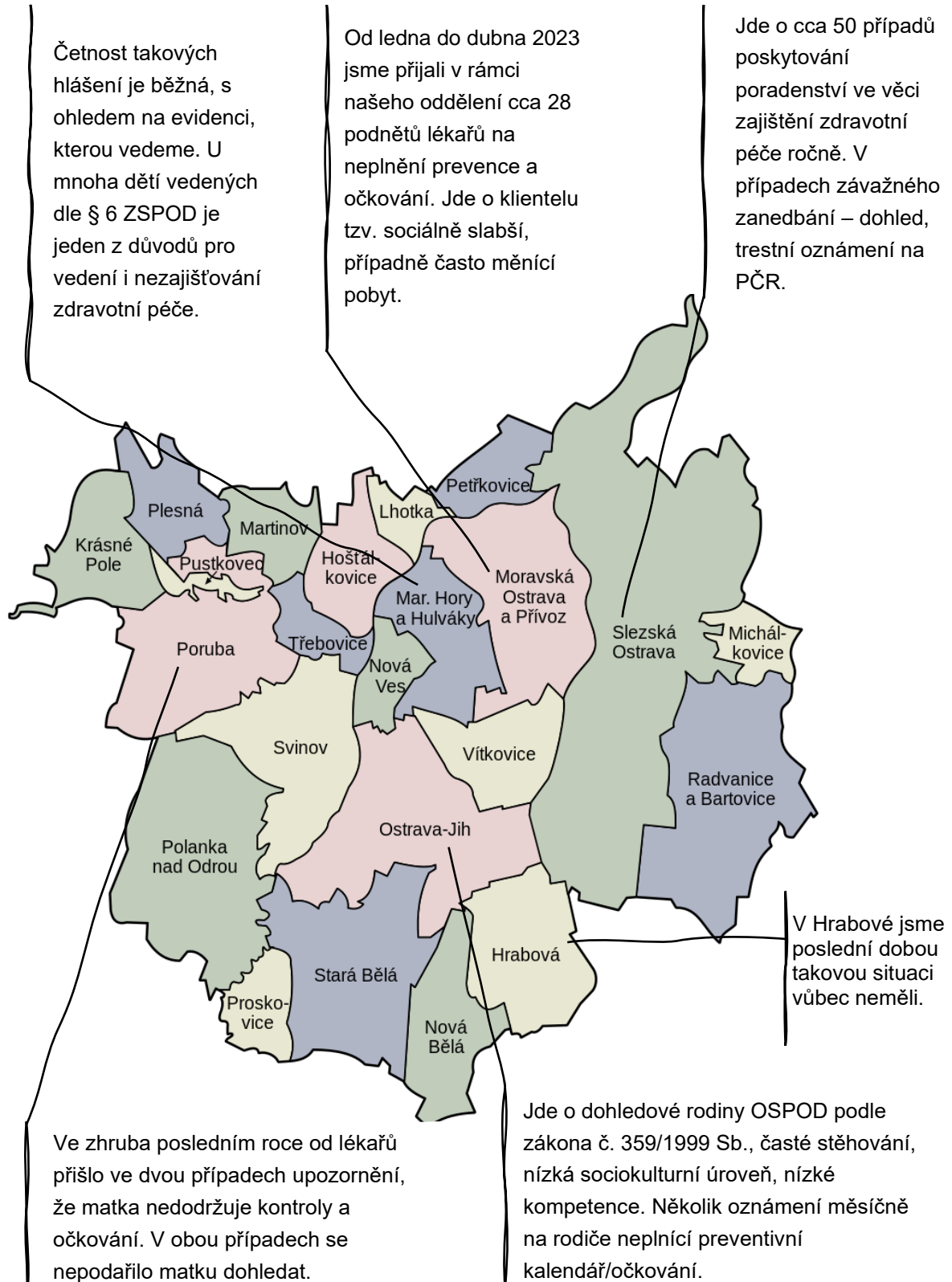
jediní mandát k řešení komplexních sociálních situací klientů ocitajících se na nemocničním lůžku a mohou tak podstatně přispět k úspěšnosti léčby, předcházet relapsu, navazovat na další sociální služby apod. Momentálně jsou tyto pozice hrazeny z rozpočtu nemocnic, protože doplácí na svůj hraniční charakter. Pro nemocnici jde ekonomicky vzato o ztrátovou pozici nepřinášející zařízení žádný přímý zisk (jako zdravotní personál). Zároveň není dostatečně podporována žádnou z přítomných oborových organizací (Česká asociace sester, Společnost sociálních pracovníků).

Stabilní přetížení praktických lékařů v ordinacích je v různé míře běžným stavem. Realističtější a efektivnější než navyšování počtu ordinací se může ukázat **posilování kompetencí zdravotních sester**, které by převzaly část agendy lékařům a uvolnily jim tak kapacity pro jinou práci. Tato idea není izolovaná a propojuje se s aktuálně probíhající diskusí vedenou Českou asociací sester a dalšími oborovými organizacemi³⁸.

³⁸ Viz např. Vyšší kompetence sester? Jednání se daří, mnozí lékaři jsou pro (dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2023/01/vyssi-kompetence-sester-jednani-se-dari-mnozi-lekari-jsou-pro/>)

Poznámky

Obrázek 5 – Zkušenosti a praxe OSPOD v souvislosti s informacemi o nedodržování preventivních vyšetření/očkování od pediátrů (zdroj: pracoviště OSPOD jednotlivých městských částí Statutárního Města Ostrava)



Zdroj: OSPOD MMO

Tabulka 8 - souhrn deklarovaných zdravotních problémů respondentů-klientů v sociálním bydlení

zdravotní problém	věk	pohlaví	délka zabydlení	ID bez výplaty
úraz páteře	20	m	5	-
šelesty na srdci	22	m	6	-
poškozená imunita, celiakie	31	m	12	-
bez problémů	32	ž	-	-
astma (po prodělání černého kašle)	34	ž	1	-
bez problémů	34	ž	30	-
štítná žláza; po dvou operacích kolene	37	m	24	-
problémy s bederní a krční páteří	38	ž	-	-
bez problémů	39	ž	2	-
bércové vředy, cévní problémy	39	m	4	III.st ID bez výplaty
po operaci střev, problémy se žlučníkem, bolesti páteře	40	ž	84	-
zánět slinivky	41	m	30	-
po peraci kolene, problémy s páteří	42	m	4	-
pozorování po epileptickém záchvatu, zaléčená hepatitida C	43	m	1,5	-
žlučnickové kameny	43	ž	4	-
ledviny	43	ž	10	-
vysoký tlak, disfunkce štítné žlázy, křečové žíly	43	ž	72	-
po mozkové mrtvici (berle/inv. vozík)	44	m	10	-
po mozkové mrtvici, zánět karpálního tunelu, zvětšená štítná žláza	44	ž	24	-
nízký tlak, od mládí slepá na obě oči	45	ž	7	-
zánět v ruce, gastro-enterologické obtíže	45	ž	72	-
skolióza páteře	46	m	0,25	-
2x bypass srdce, mozková mrtvice, zničené vazy a žíly v nohou	48	m	3	ID bez výplaty
po operaci kolene	48	ž	-	-
po operaci nádoru na moč.měchýři	49	ž	24	I.st ID
bez problémů	50	ž	84	-
diabetes, lupus, zánět nervů/klobů dolních končetin	51	m	72	ID bez výplaty
nervová necitlivost v 1/2 těla, urologické problémy	53	m	4	čeká na ID
poškození mozku po 30+min v klin. smrti; bypass srdce	53	m	24	III.st ID odebraný
vysoký tlak	53	m	42	-
diabetes, těžká psychická tetanie	57	ž	54	ID bez výplaty
zánět šlach, kloubů a chrupavky v ruce	60	m	13	-
invalidita (neurologický/cévní problém s páteří)	60	ž	36	ID bez výplaty
nepotvrzené podezření na TBC	61	m	1	-
leukémie, borelióza, problémy se spánkem	61	m	18	z II. na III. st. ID
bez problémů	62	m	-	-
vysoký tlak, cholesterol, pohybový aparát	64	ž	30	-
prodělaný infarkt (2021) špatná respirace	64	m	60	-
diabetes, po amputaci nohy,	65	m	10	-
po mozkové mrtvici (špatná artikulace), urologické problémy	65	m	-	-
rakovina, leukémie, vysoký tlak, astma, chronická kýla, diabetes	66	ž	42	III.st ID bez výplaty

vysoký tlak	67	m	36	přiznaný ID
operace páteře; zlomenina bederní chrupavky	69	m	9	-
bez problémů	70	m	6	-

Zdroj: terénní šetření ASZ

Poznámka: ID – invalidní důchod; výzkumný soubor zahrnoval 45 respondentů