



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Bezdomovci na urgentním příjmu

Homeless in the emergency unit

Bakalářská práce

Studijní program: Zdravotnické záchranářství

Autor bakalářské práce: David Potužník

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Němec Veverková

Kladno 2023



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Potužník** Jméno: **David** Osobní číslo: **499585**
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**
Studijní program: **Zdravotnické záchranářství**

II. ÚDAJE K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Název bakalářské práce:

Bezdomovci na urgentním příjmu

Název bakalářské práce anglicky:

Homeless in the Emergency

Pokyny pro vypracování:

Předmětem bakalářské práce bude rozbor specifické skupiny pacientů urgentního příjmu, kterou bezesporu jsou lidé bez domova. Obecná část bude mapovat různorodé cesty vedoucí k bezdomovectví a tím i jednotlivé typy výskytu lidí bez domova na urgentním příjmu. Praktická část se bude věnovat komunikaci mezi zdravotníkem a bezdomovcem a také nejčastějším důvodům k příjmu bezdomovce na urgentní příjem. Tyto důvody budou doloženy jednotlivými kazuistikami z různých zdravotnických zařízení. Cílem bakalářské práce bude pokus o zjednodušení komunikace zdravotnického personálu s takto specifickým pacientem.

Seznam doporučené literatury:

- [1] KALNICKÝ Juraj, Dobrovolný bezdomovec – senior, ed. 1., Praha: Grada, 2022, 152 s., ISBN 978-80-271-3079-5
- [2] KLIMENT Pavel, DOČEKAL Vít, Pohled na bezdomovství v České republice, ed. 1., Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017, 124 s., ISBN 978-80-244-5007-0
- [3] KLEPÁČKOVÁ Olga, KREJČÍ Zuzana, ČERNÁ Martina, Sociální péče na příkladech z praxe, ed. 1., Praha: Grada, 2022, 136 s., ISBN 978-80-271-3074-0

Jméno a příjmení vedoucí(ho) bakalářské práce:

Mgr. Eva Veverková

Jméno a příjmení konzultanta(ky) bakalářské práce:

Datum zadání bakalářské práce: **14.02.2023**

Platnost zadání bakalářské práce: **20.09.2024**

doc. Mgr. Zdeněk Hon, Ph.D.
vedoucí katedry

prof. MUDr. Jozef Rusina, Ph.D., MBA
děkan

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem *Bezdomovci na urgentním příjmu* vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Praze dne 17.05.2023

.....

David Potužník

PODĚKOVÁNÍ

Rád bych poděkoval vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Evě NěmecVeverkové za odborné vedení bakalářské práce, rady a připomínky. Dále bych poděkoval vedoucímu nelékařských zdravotních pracovníků oddělení urgentního příjmu Fakultní nemocnice Bulovka, Bc. Svatopluku Žáčkovi, za vstřícnost a rady. V neposlední řadě bych rád poděkoval vrchní sestře centra Naděje, Bc. Jarmile Urbani, za pomoc při rozhovorech s bezdomovci.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku bezdomovců na urgentním příjmu. Problematika bezdomovectví je velmi široká a zasahuje do života nás všech. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá pojmem bezdomovectví, jeho typy, příčinami a prevencí. Dále se tato část práce věnuje zmapování zdravotní péče o bezdomovce a přiblížení legislativy týkající se osob bez domova v České republice. Praktická část se zabývá strukturovanými rozhovory s respondenty z řad zdravotníků i bezdomovců. Dílčími cíli této práce je zjištění vzájemných postojů bezdomovců a zdravotníků vůči sobě. A určení možných úskalí ovlivňujících komunikaci těchto dvou skupin. Záznamy rozhovorů uvádím ve výsledcích této práce, kde jsou rozděleny dle jednotlivých otázek. Výsledky mají za cíl přispět ke zjednodušení komunikace zdravotníků a bezdomovců.

Klíčová slova

bezdomovectví; osoby bez domova; zdravotně-sociální služby; urgentní příjem; komunikace s bezdomovci;

ABSTRACT

The bachelor's thesis focuses on the issue of homeless people in the emergency room. The issue of homelessness is very broad and affects all of our lives. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part of the thesis deals with the concept of homelessness, its types, causes and prevention. Furthermore, this part of the thesis is devoted to the mapping of health care for homeless people or to the legislation concerning homelessness in the Czech Republic. The practical part of the thesis deals with structured interviews with respondents from the ranks of health professionals and homeless people. The sub-objectives of this thesis are to find out the mutual attitudes of homeless people and health professionals. And to find out possible causes influencing the communication between these two groups. The interview recordings are categorized according to each question in the results of this thesis. The results are intended to help facilitate communication between health workers and homeless people.

Keywords

homelessness; homeless people; health and social services; emergency reception; communication with homeless people

Obsah

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | ÚVOD..... | 9 |
| 2 | CÍLE PRÁCE | 10 |
| 3 | PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU | 11 |
| 3.1 | Definice bezdomovectví a jeho typy | 11 |
| 3.1.1 | Zjevní bezdomovci | 12 |
| 3.1.2 | Skrytí bezdomovci..... | 13 |
| 3.1.3 | Potenciální bezdomovci..... | 13 |
| 3.2 | Historie bezdomovectví..... | 14 |
| 3.3 | cesty vedoucí k bezdomovectví | 15 |
| 3.4 | Prevence bezdomovectví | 17 |
| 3.5 | Zdravotní péče o bezdomovce V ČR | 19 |
| 3.5.1 | Zdravotně-sociální služby | 21 |
| 3.5.2 | Medici na ulici..... | 21 |
| 3.6 | Legislativa a dokumentace u bezdomovců..... | 22 |
| 3.6.1 | Legislativa ve zdravotní péči | 23 |
| 3.6.2 | Legislativa v bydlení | 26 |
| 3.7 | Urgentní příjem..... | 26 |
| 3.7.1 | Třídění pacientů na urgentním příjmu (triage)..... | 27 |
| 3.7.2 | Popis postupu na urgentním příjmu | 28 |
| 3.8 | Komunikace | 28 |
| 4 | Metodika..... | 30 |
| 5 | Výsledky | 31 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.1.1 | Výsledky rozhovorů se zdravotníky | 32 |
| 5.1.2 | Výsledky rozhovorů s bezdomovci v ordinaci Naděje..... | 53 |
| 6 | DISKUZE | 59 |
| 7 | ZÁVĚR..... | 65 |
| 8 | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 66 |
| 9 | SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ | 71 |
| 10 | SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK..... | 72 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | 73 |

1 ÚVOD

Bezdomovci sedící na nádraží, povalující se po sedačkách tramvaje, spící pod mosty. To jsou lidé, které každý z nás potkává denně cestou do práce. Kolik lidí, kteří si v tramvaji odsedávají a na ulici se obloukem vyhýbají bezdomovcům, si dovede představit, co vše stojí za jejich příběhem? Příběhy a cesty, jak se lidé stali osobami bez domova jsou různé, mnohdy spletité. Tato práce se tak ve své teoretické části zabývá různými typy bezdomovectví, jeho příčinami i prevencí. Mapuje legislativu a systém zdravotně-sociální péče v České republice.

V rámci svého studia Zdravotnického záchranářství jsem přišel do styku s těmito osobami mnohem blíže než jen v běžném životě. Proto se tato práce zabývá také zdravotníky. Jak se jejich přístup liší při ošetření pacientů bez domova od ostatních? Teoretická část práce se věnuje také popisu urgentního příjmu a specifickým v komunikaci s pacienty bez domova.

Cílem bakalářské práce je tak poukázat na problematiku bezdomovectví, zejména na urgentním příjmu. Zabývá se postojem bezdomovců ke zdravotní péči a naopak i postojem zdravotníků k bezdomovcům. Těmto zjištěním je věnována praktická část práce, kde bude využito strukturovaných rozhovorů se zdravotníky i bezdomovci. Na základě předem připravených otázek tak zjišťuje specifika, která mohou ovlivňovat vzájemnou komunikaci zdravotníků a bezdomovců. Hlavním cílem práce je tímto terénním šetřením přispět ke zlepšení vzájemné komunikace. Záznamy a výsledky rozhovorů jsou v kapitole Výsledky, řazeny dle jednotlivých otázek a jsou doplněny o přehledné grafy. Podrobnějšímu rozboru těchto získaných dat se poté věnuje diskuze práce.

2 CÍLE PRÁCE

Pro tuto práci byl stanoven jeden hlavní cíl, dva dílčí cíle a čtyři průzkumné otázky.

Hlavní cíl práce

Hlavním cílem práce je snaha o zjednodušení komunikace zdravotnického personálu s lidmi bez domova.

Dílčí cíle práce

Cíl 1 Zjištění postojů lidí bez domova k lékařské péči a zjištění postojů zdravotníků k lidem bez domova.

Cíl 2 Zjištění, jak špatná spolupráce pacientů bez domova ovlivňuje práci zdravotníků.

Průzkumné otázky

Otázka 1 - Jaká je nejčastější příčina, se kterou bezdomovci přicházejí na urgentní příjem?

Otázka 2 - Je rozdíl mezi ošetřením běžného pacienta a ošetřením osoby bez domova?

Otázka 3 - Může být pacient bez domova, který nemá doklady totožnosti, na urgentním příjmu odmítnut?

Otázka 4 - Jsou bezdomovci spokojeni s přístupem zdravotníků?

3 PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU

3.1 Definice bezdomovectví a jeho typy

Co je to bezdomovectví? Samotná definice bezdomovectví je zásadní a přetrvávající problém. Co se týče mezinárodní dohody na jeho vymezení, bylo dosaženo jen velice malého pokroku i přes to, že přesná formulace je nezbytným základem pro vypracování smysluplných statistik a jasné charakteristiky bezdomovectví. Výrok tvrdící, že bezdomovec je člověk, který ztratil, v některých případech i opustil, svůj domov, neumí řešit komplikované situace a přijímá pomoc od ostatních, se sice velice blíží definici takových lidí, ale ani tak není zcela kompletní a přesný (Hradecká, 1996).

Pokud ale vynecháme politické názory, bezdomovec je jednoduše člověk, kterému chybí domov či nějaké jiné stabilní přístřeší. Tito lidé nemají trvalé bydliště, jejich obydlí je nevyhovující a nemají dostatečné příjmy, aby si zvládli lepší bydlení dlouhodobě udržet. Pokud už nějaké obydlí mají, často se tam nenachází postel, a tak lze říct, že spíše přežívají ze dne na den, než že by žili plnohodnotný život. Dále také mnohdy nemají dostatek na střídání oblečení, což je další nevyhovující podmínka k alespoň ucházejícímu životu. Bezdomovci často trpí hladem a své problémy řeší alkoholem. Rezignovali na většinu hygienických návyků, a nejen proto se u nich vyskytuje spousta zdravotních problémů, kterým právě lze dodržování hygieny předcházet, nebo je lze alespoň včas začít řešit (Hradecká, 1996).

Podobné definice či pojmání bezdomovectví můžeme najít u více autorů. Tony Havlík ve své knize navíc dodává, že se nemusí jednat pouze o fyzický, nýbrž i o psychický domov. Ten by měl člověk nalézat u své rodiny či přátel (Havlík, 2019). Samotné bezdomovectví můžeme rozdělit na několik typů podle různých hledisek, jak uvádí ve své studii Vlastimila a Ilja Hradečtí (1996):

- 1) Časové hledisko, kam řadíme tři skupiny bezdomovců a to:
 - **chronické** – lidé trpící duševní poruchou, kteří žijí na ulici,
 - **epizodické** – v tomto případě se jedná nejčastěji o mladé lidi, kteří také trpí duševními poruchami, ale střídají bydlení na ulici a doma,

- a v neposlední řadě sem patří bezdomovci **přechodní**, kteří jsou duševně zdraví a v situaci bez domova se ocitli v důsledku nějaké krize v jejich životě.
- 2) Z geografického hlediska rozlišujeme tyto 4 skupiny:
- bezdomovce spící na ulici,
 - klienty útulku pro bezdomovce,
 - osoby žijící v ubytování s možností přespání a snídaně; v tomto případě se jedná často o rodiny s dětmi,
 - poslední skupinu tvoří lidé, kteří přespávají u známých, protože o své bydlení přišli.
- 3) Dále můžeme lidi bez domova rozlišovat také z typologického hlediska na:
- lidi na ulici,
 - alkoholiky,
 - chronicky duševně nemocné,
 - lidi kteří přišli o bydlení i zaměstnání,
 - bezdomovecké rodiny,
 - mladistvé bez domova,
 - ženy bez domova (samotné i s dětmi).

Jedním z nejčastějších dělení, se kterým se můžeme setkat, je rozdělení na bezdomovce zjevné, skryté a potenciální.

3.1.1 Zjevní bezdomovci

Tato skupina je nejviditelnější, přesto tvoří pouze malou část. Můžeme sem zařadit osoby žijící na ulicích, na nádražích, v parcích, opuštěných objektech, squatech. Ale i ty, kteří hledají jednorázové ubytování v zimních noclehárnách, azylových domech nebo noclehárnách připravovaných charitativními organizacemi. Jedná se o obyvatele bez trvalého bydliště (Stream, 2019).

Poznáme je podle zanedbaného zevnějšku, často zápachu a „příručního zavazadla“, ve kterém mají celý svůj majetek. Tato skupina působí nápadně a jejich styl života je ovlivněn určitou rezignací na jejich životní situaci, dalo by se říct, že ani netouží po změně. Naskytá se otázka, jestli se u některých nejedná spíše o kočovný styl života.

Obživu si obstarávají žebráním, vybíráním popelnic, krádežemi či jiným kriminálním stylem života, což může zahrnovat i kriminální chování k rodině či blízkým. Například neustálé půjčování peněz či braní finančních záloh a tím se více a více oddalují od lidí jim blízkých (Průdková, 2008; Hradecká, 1996)

Tato skupina lidí dává přednost svobodnému způsobu života, takže odmítá ochranné ubytování. Přesto využívají služeb terénních pracovníků sociálních služeb. Rádi se shlukují, to je však v dnešní době na některých místech vyhláškami zakázáno viz Vyhláška číslo 14/2000 Sb. hl. m. Prahy.

3.1.2 Skrytí bezdomovci

Skrytí bezdomovci jsou lidé, kteří se snaží svůj životní styl skrývat a na první pohled je nejsme schopni poznat. Dbají o svůj vzhled, v rámci možností dodržují hygienické návyky, distancují se od skupiny zjevných bezdomovců.

Často mění bydlení a pokouší se obstarávat si práci ať už formou brigád či nelegální práci, takzvaně prací načerno. Do této skupiny patří i propuštění vězni, kteří se po vykonání trestu ocitají takzvaně na ulici bez rodiny, peněz, často bez občanského průkazu i nároku na dávky. Podobně mohou dopadnout i lidé propuštění z ústavů či dětských domovů. Jedná se o osoby, které nejsou schopny získat vlastní byt pomocí svých vlastních zdrojů. Často sem patří jedinci, kteří nečekaně přišli o zaměstnání.

Musíme ale uznat, že hranice mezi bezdomovectvím zjevným a skrytým je velice křehká. Důvodem jsou sklony k alkoholu či drogám, hazard, finanční negramotnost, absence finančních zdrojů a v neposlední řadě psychický stav. Ke zlepšení může dojít v zimních měsících, kdy si přece jen hledají ubytování, nebo podaří-li se jim sehnat práci (Hradecká, 1996).

3.1.3 Potenciální bezdomovci

Dle Průdkové a Novotného (2008) jsou potenciální bezdomovci skupina lidí, kterým ztráta domova hrozí. Většinou mají zaměstnání či bydlení nejisté a nestabilní. Často řeší rodinné problémy, jsou zatíženi vysokými hypotékami, mají sklony k alkoholismu nebo se potýkají s různými zdravotními potížemi. Všichni se velice

snadno mohou dostat do sociální krize. Dále sem patří mládež z dětských domovů, osoby propuštěné z výkonu trestu, psychiatrické nemocnice, terapeutické komunity či ústavní výchovy, patologičtí hráči nebo také lidé po likvidačních rozvodech. Tito lidé na rozdíl od skrytých bezdomovců rodinné zázemí mají, ale hrozí jim nepřijetí, vyloučení, zklamání.

3.2 Historie bezdomovectví

S bezdomovectvím, dříve spíše označovaným jako žebrota, chudina či chátra, se setkáváme v průběhu celých dějin lidstva. První písemné zmínky můžeme najít již ve Starém zákoně. Ti, již chudým poskytli almužnu, byli bráni jako dobráci. Ve středověku se poté setkáváme s žebřavými řády, které žily z příspěvků a darů movitějších měšťanů. Mezi žebračky existoval určitý druh hierarchie, kdy místní žebrota požadovala po nově příchozích, většinou vesničanech odvedení části jejich vyžebřaných peněz (Havlík, 2019; Marek, 2012).

Chátra využívala nocleh všude, kde to bylo možné, například seníky, odpadní jímky či hnůj. Tam se často nakazili různými nemocemi. Lékařské pomoci se jim ve středověku však nedostávalo. S průběhem epidemií hladomorů a válek se jejich zdravotní stav zhoršoval. Válka s sebou přinášela také nárůst handicapovaných, kteří se tak dostali na samotné dno společnosti. Handicap či malomocenství bez pomoci rodiny často znamenalo odsouzení k žebrotě (Havlík, 2019).

V 16. století, za vlády Rudolfa II., tvořila asi 40 procent tehdejších obyvatel nižší třída, zastoupená nádeníky, sluhy, vagabundy, prostitutkami a žebračky. V nočních tmavých ulicích se zvyšoval počet krádeží a násilí. Vzrostl tak nátlak bohatších obyvatel měst na městské úředníky, aby zakročili proti žebrotě. Ta se začala dělit na nečestné a poctivé žebračky. Poctivým se mohlo dostat pomoci v podobě jídla, ošacení či noclehu v chudobincích. Pokud splnili přísné podmínky, obdrželi olověnou známku, kterou se museli prokazovat. Zde také začíná svou roli sehrávat církev, která měla za úkol postarat se o nemocné a staré (Havlík, 2019).

Havlík (2019), Krejčířová a Treznerová (2011) uvádějí, že bezdomovectví tak, jak ho chápeme dnes, se objevuje v roce 1849, kdy došlo k zavedení domovského práva,

které bylo možné nabýt narozením či sňatkem. Toto právo ukládalo obcím povinnost postarat se o chudé stran ubytování a stravy. Cílem bylo omezení tuláctví, domovské právo však neřešilo komplexní péči. V této době se také objevují pohledy na chudé jako na přítěž, na osoby nebezpečné či štítící se práce. „*Dobová psychiatrie hovořila o tulácích jako o zdegenerovaných, špinavých lidech, líných psychopatech a kriminálnících, kteří od města k městu přinášejí jen problémy.*“ (Havlík, 2019 p.232)

Širší pomoci se chudým začalo dostávat po roce 1927, kdy vznikla tzv. žebračenka. Jednalo se o poukázku k zakoupení nutných potravin a oděvů, kterou chudí dostávali od státu (Havlík, 2019).

V době komunistické vlády vešel v platnost tzv. paragraf o příživnictví, který měl za cíl vymýtit bezdomovectví, jelikož pracovat v té době musel každý. V Ústavě tehdy bylo zakotveno právo na práci a zároveň povinnost pracovat. Bezdomovectví zde bylo chápáno jako jakákoli činnost nevyhovující tehdejšímu režimu. Kdo nepracoval nebo jeho obživou byla hazardní hra, prostituce, byl stíhán policií a hrozilo mu odnětí svobody, jelikož tento druh obživy byl považován za příživnictví. Ti, co opravdu domov neměli, nespali na ulici, nýbrž se ukrývali v kanálech apod. Bezdomovce jako známe dnes, posedávající na nádražích a v parcích, můžeme vidět až v devadesátých letech. Důvodem byla jednak amnestie Václava Havla, při které bylo propuštěno 15 000 lidí, kterým se nedostávala práce. A také zrušení podnikových ubytoven na základě privatizace (Havlík, 2019; Hradecká, 1996).

V současné době se na zapojení bezdomovců do běžného života podílí stát pomocí různých sociálních dávek a podpor. Jedná se zejména o pomoc se zdravotní péčí, bydlením, sociálními službami a zapojením do běžného života (Koncepte prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020, 2014).

3.3 cesty vedoucí k bezdomovectví

Příčin, jak se dostat na ulici, je opravdu mnoho. Obvykle se jedná o kombinaci více faktorů, nelze tedy stanovit jeden jediný spouštěč, problémy se obvykle kumulují. Pád

na ulici často bývá právě útekem od těchto problémů a od dlouhodobě nahromaděného stresu. Dle názoru mnoha bezdomovců míra stresu s odejitím na ulici poklesla, což zmiňuje ve své publikaci Vágnerová a kol. (2018).

Jako nejčastější příčinu mnoho publikací uvádí ekonomické problémy. Vágnerová a kol. (2018) udává, že se jedná až o 80 % případů. Havlík (2019) zmiňuje, že častou příčinou zadluženosti bývají tzv. rychlé půjčky, kterými lidé neobratně řeší své ekonomické problémy. Mohou se tak dostat do exekucí a vymanění se z tohoto bludného kruhu se pak stává velmi náročným. V některých případech, zejména u osob s nízkou finanční gramotností, je vysvobození z takové situace téměř nereálné.

Rozpad vztahu je druhou z nejčastěji uváděných příčin. Odchodu z domova však předchází obvykle řada konfliktů, samotný odchod bývá velice impulzivní reakcí. U mužů tímto „posledním“ impulzem bývá alkohol. Ženy nejčastěji odchází z domova z důvodu psychického či fyzického týrání (Vágnerová, 2018).

Ztráta práce a bydlení, a to v jakémkoli pořadí, bývá často zapříčiněna pozdní reakcí na nastalou situaci. Neschopnost platit nájemné může být způsobena ukončením pracovního poměru nebo neschopností hospodařit s penězi. Důvodem výpovědi z práce bývá často alkohol či sklony k alkoholismu nebo zhoršení zdravotního stavu. Nadměrné pití alkoholu má vliv jednak na mezilidské vztahy, jednak i na výkon povolání a patří tedy mezi jednu z nejčastějších příčin bezdomovectví. U mladých lidí bývá za častou příčinu bezdomovectví považováno také užívání drog. Opět bývá spojeno s rozpadem rodinných vztahů či ztrátou práce. Na ulici také mohou končit propuštění vězni, ti se často potýkají s absencí zázemí a je pro ně obtížný návrat do běžného života. V menší míře se za příčinu považují také psychické problémy či fyzický handicap (Vágnerová, 2018; Havlík, 2019; Hradecká, 1996).

Dle výše uvedeného, je zřejmé, že se jednotlivé faktory úzce prolínají. Barták (2011) také zmiňuje, že je velice obtížné stanovit, co je příčinou a co je naopak následkem bezdomovectví.

Příčiny, které vedou k bezdomovectví, můžeme zde tedy rozdělit na:

- strukturální příčiny, mezi které patří zejména chudoba, situace na trhu práce, situace týkající se bydlení, nedostupnost sociálního zabezpečení či změny v rodinném životě,
- individuální příčiny bezdomovectví jsou chápány jako určitá míra osobního selhání z pohledu rodinného života či pracovního života.

Operační program lidské zdroje a zaměstnanost uvádí čtyři tzv. trajektorie zapříčiňující bezdomovectví:

- dlouhá trajektorie, jak již název napovídá, hledá příčiny po celou dobu života člověka. Často se jedná o lidi mladšího věku bez rodinného zázemí, lidi s nízkým vzděláním.
- krátká trajektorie zahrnuje situace, které mohou vést k bezdomovectví poměrně rychle. Nejčastěji se jedná o dluhy, nezaměstnanost či zdravotní potíže. Tyto problémy bývají kompenzovány pomocí alkoholu, rychlých půjček, gamblerství či dokonce trestnými činy. Následkem problému bývá rozpad rodinných vztahů. Do této skupiny, tvořící více než polovinu bezdomovců, spadají i lidé s vyšší vzdělaností. Mnohdy se může jednat i o seniory, jejichž důchody nepokryjí náklady na život.
- zdravotní trajektorie, jak název opět napovídá, je zaměřena na lidi se zdravotním handicap. Nejčastěji se jedná o psychické poruchy. Zahrnují pouze 10 procent lidí bez domova, jejich podíl se však zvyšuje s délkou života na ulici.
- poslední trajektorii je dobrovolný život na ulici neboli tzv. bezdomovectví volbou. To se v České republice nevyskytuje příliš často. Jedná se o nesouhlas s většinovým životním stylem ostatních lidí (MPSV, 2012).

3.4 Prevence bezdomovectví

Prevenci bezdomovectví můžeme chápat jako souhrn kroků, které předchází situacím vedoucím k životu na ulici. Jak uvádí Sborník z konsensuální konference o bezdomovectví v České republice (2015), prevence je mnohdy účinnější a levnější způsob řešení než řešení samotných následků.

Primární prevence je cílené působení zejména na rizikové osoby, formující jejich uvažování již od dětství. Zaměřit by se měla na všechny děje, ovlivňující formování dítěte, a to působením rodiny, školy, mimoškolních aktivit, ale i pomocí médií. Sahat by měla až do dospělého věku. Do primární prevence spadá také formování osob, které běžně do kontaktu s bezdomovci přicházejí. Jsou jimi nejen různé instituce, ale také běžná veřejnost (Konsensuální konference o bezdomovectví v České republice, 2015).

Sekundární prevence je dlouhodobé působení zaměřené na osoby, pro něž je bezdomovectví v blízké budoucnosti velice pravděpodobné. Konkrétně se jedná o osoby před opuštěním věznice, dětské instituce, zdravotnického zařízení nebo o osoby dlouhodobě nezaměstnané. Důležitá je spolupráce s pracovníky v daných zařízeních (Konsensuální konference o bezdomovectví v České republice, 2015).

Terciární prevence má za svůj cíl osoby, které se již potýkají s problémy s bydlením, ale zatím se nenacházejí na ulici. Jedná se často o zadlužené, dlouhodobě nezaměstnané osoby, neúplné rodiny s nezaopatřenými dětmi nebo osamocené důchodce. Všeobecně jsou to lidé, u nichž náklady na bydlení převyšují jejich příjmy. Aby takový člověk neskončil na ulici, potřebuje náhradní bydlení, které je v České republice zajištěno formou domů na půli cesty, pouze však pro lidi do 26 let, dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (MPSV, 2012; Zákony pro lidi, 2023).

Pomoc ze strany sociálních služeb v České republice je zajištěna formou náhradního bydlení. Cílí však na skupiny osob, které již nemají kde bydlet. Pro ně jsou zřízeny azylové domy, noclehárny či nízkoprahová denní centra. Pro osoby, které jsou ztrátou bydlení teprve ohroženy, jsou k dispozici terénní programy a sociální rehabilitace. **Nízkoprahová denní centra** jsou k dispozici pro všechny, kteří postrádají bydlení nebo bydlí v nedostačujících podmínkách. Jak již název napovídá, jedná se o službu poskytovanou během dne. V centrech je poskytnuto poradenství, stravování, oblečení či zázemí pro hygienu. Pro osoby, které z nějakého důvodu nejsou schopny využít služeb nízkoprahových center, jsou k dispozici **terénní pracovníci**. Ti mají za cíl dostat lidi z ulice do lepší formy „bydlení“. Dále opět nabízí základní potřeby, jako příkrývky, oblečení, potraviny apod. V neposlední řadě také poskytují poradenství v různých oblastech a kontakty na další poskytované sociální služby. Osoby z nízkoprahových denních center i osoby z ulice často přicházejí na noc do

nocleháren, zejména pak v zimě. Zde naleznou nejen možnost strávit noc v teple, ale také čisté oblečení, možnost hygieny, stravu a samozřejmě také poradenství s cílem zajištění vyšší úrovně bydlení. Další formou bydlení jsou **azylové domy**, ty již poskytují komplexnější péči o osoby bez bydlení. Mimo základní služby se zaměřují na pomoc s hledáním zaměstnání a rozvoj pracovních dovedností. Dalším typem bydlení je **bydlení s podporou**. Takový typ bydlení zprostředkovává mimo jiné například Armáda spásy, jedná se o tzv. sociální byty. Zde je potřeba větší samostatnosti a odpovědnosti ubytovaných osob, musí si udržet práci, aby byli schopni platit nájemné. Pro rozvoj běžně užívaných dovedností je k dispozici **sociální rehabilitace**. Ta u nás funguje jak formou terénní, tak i ve formě ambulantní péče. Jedná se o nácvik dovedností jako je soběstačnost, komunikace, navazování společenských kontaktů a začlenění do kolektivu. Poskytuje také pomoc s vyřizováním záležitostí jako jsou návštěvy lékaře, úřadů či uplatňování práv a zájmů (Lidé bez domova, 2016; Armáda spásy).

Dále je potřebnou prevencí také cílení na konkrétní oblasti, které jsou pro rizikové skupiny problémové. Nejedná se tedy pouze o prevenci zaměřenou na bydlení, ale také o prevenci, která by předcházela zadlužení a následným exekucím, prevenci ztráty zaměstnání, předcházení rozpadu rodinných vztahů a sociálních vazeb či prevenci ve zdravotnictví, která má za cíl předcházet zhoršení zdravotního stavu (Konsensuální konference o bezdomovectví v České republice, 2015).

3.5 Zdravotní péče o bezdomovce V ČR

Nocleh a všeobecně život na ulici s sebou přináší vážná zdravotní rizika. Mezi nejčastější problémy se řadí kožní onemocnění, nemoci dýchacích cest a vážné přenosné choroby. Tato část populace také trpí na závislosti či různá psychická onemocnění. S vyšším výskytem nemocí je spojeno i riziko předčasného úmrtí, které je u lidí bez domova výrazně vyšší než je tomu v ostatní populaci, jak uvádí například Koncepce řešení problematiky bezdomovectví (Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020, 2014). Problémem jsou nejen samotná onemocnění, která jsou vázána na nedostatečnou hygienu a pobyt

venku nebo chybějící finance. Pokud se bezdomovec dostaví se svými problémy k lékaři či terénní zdravotnické službě, setkáváme se především s nemožností či neschopností dodržovat následné léčebné postupy (MPSV, 2012).

Zdravotní péči o bezdomovce můžeme rozdělit na péči v terénu, péči ambulantní, lůžkovou a preventivní péči.

Terénní péče, která probíhá přímo na ulici, má za svůj cíl předcházet rozvoji onemocnění, jedná se především o základní ošetření, například ran, dále o zvýšení informovanosti týkající se infekčních onemocnění, odborné rady či přivolání záchranné služby. V současné době jsou terénní služby, které by předcházely nutnosti další zdravotnické péče, poskytovány jen málo. Problémem je nejen nedostatečné množství proškoleného personálu, ale také problém s financováním ze strany státu či pojišťoven. V neposlední řadě se také jedná o problém s mapováním zdravotního stavu lidí bez domova.

V **ambulantní péči** se pak jako jeden z hlavních problémů jeví samotná návštěva lékaře. Mnohdy bezdomovec ošetření odmítá. S odmítnutím poskytnout lékařskou službu se setkává i na opačné straně, tedy ze strany zdravotnického zařízení či lékaře. Překážkou bývá zejména absence dokladů totožnosti či absence nebo dluh na zdravotním pojištění. Jako častý důvod odmítnutí může být i nedostatečná hygiena pacienta z ulice. Charita Česká republika (2019) v tomto kontextu doporučuje u lidí bez domova, kteří jsou ochotni navštívit lékařské zařízení, zajistit nejprve čisté oblečení a možnost provedení osobní hygieny.

Problémů týkajících se **lůžkové péče** je hned několik. Člověk, který opouští nemocniční zařízení, často potřebuje dále pomoc jiné osoby, vhodné podmínky k doléčení nemoci, a to jsou aspekty, které osobám žijícím na ulici chybí. Azylové domy či jiná sociální bydlení nemají personální ani kapacitní možnosti se o tyto lidi postarat. Dalším problémem se jeví osoby, které opouští zařízení typu léčebny. Vzhledem k jejich aktuálnímu stavu již nepotřebují nutně další pobyt v tomto zařízení, ale ulice pro ně není vhodným místem, kde by byli schopni život po léčbě zvládnout. Potíží jsou i běžná onemocnění, jako je angína či podobná, jelikož tato onemocnění vyžadují nějakou, byť jen základní péči, a u lidí bez domova pak často

dochází k neléčení a k zhoršení celkového zdravotního stavu. Tyto osoby by potřebovaly alespoň přechodné zařízení uzpůsobené k takové základní léčbě.

Preventivní péče z pohledu zdravotnictví je k dispozici zejména v rámci terénní práce, šíření informovanosti, ale také formou zajišťování potravin (Koncepte prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020, 2014).

3.5.1 Zdravotně-sociální služby

Účinná zdravotní péče, a to jak na úrovni prevence, tak i na úrovni následné péče, by měla být úzce provázána s péčí sociální. Propojení těchto dvou sfér je minimální. Např. v některých azylových domech působí zdravotní personál což je velice ojedinělý příklad. Setkáme se také i se specializovanými lékařskými ordinacemi praktických lékařů. Ty se nacházejí převážně ve větších městech, kde je počet bezdomovců vysoký. Počet a dostupnost zařízení takového typu je však nedostačující. Chybí zde provázanost a finanční podpora ze strany státu, obcí i zdravotních pojišťoven. Zdravotně-sociální služby by mohly nabídnout lepší léčbu ze strany lékařů, neboť by mohl využít léčebný postup za podpory sociálního pracovníka. Působení sociálních pracovníků by pak mohlo vést k vyšší návštěvnosti lékařských zařízení a dodržování léčebných postupů. Nejedná se však pouze o péči, kterou poskytují obvodní lékaři, ale také o specializované lékaře, zejména kožní lékaře, zubní lékaře či gynekology (Podpora sociálního začleňování na místní a regionální úrovni, 2015).

Potřeba provázanosti zdravotních a sociálních zařízení je zřejmá také z publikace Šupkové a kolektivu (2007), která nabízí souhrn problémů pomocí dotazníkového šetření v azylových domech, u zdravotníků záchranných služeb a zaměstnanců nemocnic. Z průzkumu jasně vyplývá, že všechny zmíněné skupiny považují za podstatné vytvoření či rozšíření specializovaných sociálně-zdravotnických zařízení.

3.5.2 Medici na ulici

Určitou díru v systému v poskytování sociálně zdravotní péče se snaží vyplnit spolek Medici na ulici. Původní myšlenka navazuje na práci Dr. Jima Witherse, který stál na počátku hnutí Street Medicine, které vzniklo v devadesátých letech dvacátého

století v USA (Medici na ulici, 2023). Na tento projekt navázala v České republice Dr. Andrea Pekárková. Medici na ulici poskytují základní terénní zdravotní péči. Jak sami medici uvádějí, nejčastěji se jedná o ošetření bércových vředů či infikovaných ran, jejichž zhoršení by mohlo vést k život ohrožujícím stavům. Díky této péči snižují zatížení zdravotnických zařízení jako jsou urgentní příjem, pohotovostní služby nebo ZZS. Péče Mediků na ulici má však i významný psychologický vliv, neboť pro mnohé pacienty je lékem už jen lidský a chápavý přístup. Tvoří tak pomyslný most mezi zdravotní péčí a bezdomovci (Česká televize, 2021). Sama organizace uvádí jako jeden ze svých cílů: „*V první řadě se iniciativa snaží svou činností znovuobnovit důvěru osob bez domova ve zdravotníky a zprostředkovat jim často nedostupnou základní péči.*“ (Medici na ulici, 2023).

Služby, které poskytují Medici na ulici, nejsou pouze terénního charakteru, ale pomáhají také ve specializovaných ambulancích či noclehárnách. Jednou takovou ordinací je ordinace praktického lékaře pro osoby sociálně vyloučené, kde působí MUDr. Andrea Pekárková. Takové ordinace se od běžných ordinací liší zejména „léčbou ušitou na míru“. Jedná se o správné zvolení léčebného postupu, který bude daná osoba, vzhledem k životním podmínkám, duševnímu stavu či dostupným financím, schopna dodržovat. Ordinace Pekárkové je spojena také s dalšími službami, jako je azylový dům či noclehárna, a díky podpoře Armády spásy si tak může dovolit například nákup léků, které by si jinak návštěvník běžné ordinace musel doplácet (Vita Nostra Revue, 2018). Počet absolventů, kteří i po dokončení studia stále pokračují v práci a myšlenky tohoto projektu, začíná narůstat, což tvoří velký potenciál do budoucna, neboť by mohlo dojít k rozšíření a systematizaci takové péče.

3.6 Legislativa a dokumentace u bezdomovců

V české legislativě se nesetkáme se zákony, které by cílily přímo na osoby bez domova. Najdeme však právní předpisy a zákony týkající se práv a povinností bezdomovců. Základ legislativy spojené s bezdomovectvím najdeme v Listině základních práv a svobod, zakotvené v Ústavním zákoně č.23/1991 Sb., a do právního řádu České republiky usnesením předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb. (Šupková, 2007; Zákony pro lidi, 2023).

3.6.1 Legislativa ve zdravotní péči

Listina základních práv a svobod mimo jiné zaručuje, že každý občan má právo na základě veřejného pojištění na bezplatnou zdravotní péči. Toto však platí za podmínek, které stanovuje zákon. Ne všechna zdravotní péče je tak poskytována bez úplaty. Jako jeden z příkladů mohu uvést zavedení poplatku na pohotovosti, který vstoupil v platnost roku 2008. Pro případ osob v hmotné nouzi je zde udělena výjimka. Lidé spadající do této skupiny, jako jsou právě bezdomovci, musí doložit potvrzení o hmotné nouzi které není starší déle než 30 dní. Získat takové potvrzení je pro většinu bezdomovců problematické (Šupková, 2007).

Jedním ze zákonů upravujících práva člověka na zdravotní péči je zákon o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb., ten zadává státu povinnost poskytnout zdravotní péči všem občanům stejnou měrou, tedy i osobám bez domova. V praxi je však tento zákon úzce spjat se zdravotním pojištěním, více viz. kapitola 8.1.1 Zdravotní pojištění (Konsensuální konference o bezdomovectví v České republice, 2015; Zákony pro lidi, 2023).

Zajištění zdravotní péče se dále řídí zákonem o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., ten mimo jiné upravuje podmínky propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení. *„Má-li být propuštěn pacient, u něhož není zajištěna další péče, poskytovatel o tom včas informuje obecní úřad obce s rozšířenou působností příslušný podle adresy místa trvalého pobytu pacienta (MPSV, 2012 s.86).“* Pacienti z řad bezdomovců často odcházejí ze zdravotnického zařízení a míří do azylových center či nocleháren. Tento typ sociálních zařízení není na osoby vyžadující následnou zdravotnickou péči připraven (Zákony pro lidi, 2023).

Dalším zákonem je zákon o poskytování zdravotnické péče v sociálních službách, jedná se o zákon č. 108/2006 Sb., (2023) tento zákon umožňuje poskytnout péči pouze v zařízeních jako jsou stacionáře či domovy důchodců. Nespadají sem však žádná sociální zařízení vhodná pro bezdomovce (MPSV, 2012).

3.6.1.1 Zdravotní pojištění

System zdravotní péče je závislý na zdravotním pojištění. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, umožňuje základní zdravotní péči všem občanům České republiky, tedy těm s trvalým pobytem. Podmínkou je však pravidelná úhrada zdravotního pojištění (Podpora sociálního začleňování na místní a regionální úrovni, 2015; Zákony pro lidi, 2023).

Úhrada pojištění je zajištěna obvykle zaměstnavatelem, případně státem, nebo si pojištění hradí sám pojištěnec. Mezi osoby, kterým pojištění hradí stát patří mimo jiné osoby pobírající starobní důchod nebo osoby, jež dosáhly věku potřebného pro přiznání starobního důchodu, ale nesplňující podmínky pro jeho přiznání. Dále se jedná o osoby pobírající rodičovský příspěvek, registrované uchazeče o zaměstnání a osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřeby. Dávky sociální potřeby, dle zákona č. 482/1991 Sb., můžeme chápat jako dávky určené osobám, jejichž příjmy jsou pod hranicí životního minima a které nejsou schopny svůj příjem vlastním přičiněním zvýšit, například z důvodu vysokého věku či handicapu (Šupková, 2007). Životní minimum činí, dle Ministerstva práce a sociálních věcí (2023), k roku 2023 4860 Kč a je ošetřeno zákonem č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi (Zákony pro lidi, 2023).

Jak uvádí Šupková (2007), v případě akutní potřeby lékařské péče nesmí být žádný člověk odmítnut. Jedná se zejména o úrazové stavy, akutní onemocnění či akutní zhoršení zdravotního stavu nebo o neodkladný porod. Podle zákonů by každý člověk, včetně bezdomovců, měl mít právo i na základní zdravotní péči. V mnoha případech, u osob žijících dlouhodobě v sociálních či charitativních zařízeních, popř. na ulici, dochází k neplacení pojistného. Tito lidé tak mohou mít platné pojištění například z doby, kdy je za ně platil zaměstnavatel nebo úřad práce, ale odchodem ze zaměstnání či vynětím z registrace úřadu přešla platební povinnost na ně samotné. Nedochozí-li k pravidelným úhradám, roste tak dluh na pojištění. Zde se právo na zdravotní péči a povinnost hradit pojištění dostávají do zásadního rozporu. Další problém, který je k neuhrazenému pojištění vázán, je administrativní. Zde dochází k problémům s proplácením poskytnuté péče zdravotnickým zařízením a to právě ze strany

pojištěn, u nichž stále narůstá onen dluh. Právě Kvůli obavám z následné administrativy při vymáhání úhrad tak lékaři často bezdomovce odmítají ošetřit.

3.6.1.2 Zdravotní dokumentace

U osob bez domova se často setkáváme s nemožností prokázat se kartičkou pojištěnce a dokladem totožnosti, jako je občanský průkaz. Poskytnutí zdravotní služby tak probíhá pouze na základně rodného čísla. Značná část těchto osob nedochází pravidelně k lékaři, ani k pravidelným lékařským prohlídkám. Obvykle nemají žádného obvodního lékaře a není jim vedena žádná zdravotní karta, komplexní léčba je tedy velice složitá (Podpora sociálního začleňování na místní a regionální úrovni, 2015).

3.6.1.3 Osobní doklady

Většina práv člověka je úzce spjata s místem trvalého bydliště, bezdomovci se však ve většině případů v místě trvalého bydliště nezdržují. Trvalé bydliště často zůstává hlášeno v místě posledního pobytu, v prostorách, kde trávili dětství nebo na úradě. Může také dojít ke zrušení trvalého pobytu, a to v případě, že osoba nemá žádná práva k užívání bytu. Pokud tedy člověk v hmotné nouzi odejde z bytu a byt později užívá jiný majitel, může dojít z jeho strany ke zrušení trvalého pobytu předchozího obyvatele. V takovém případě se údajem o trvalém pobytu stává adresa ohlašovny trvalého pobytu městského nebo obecního úřadu místně příslušného k poslední adrese trvalého pobytu, jeho občanský průkaz se stává neplatným a je třeba žádat o nový. Žádat o nový občanský průkaz, ať již z důvodu výše uvedeného, nebo z důvodu ztráty či odcizení, je pro bezdomovce obtížné (MPSV, 2012; Osobní doklady, 2023).

Samotný proces žádosti o nový občanský průkaz není nijak složitý. Je k tomu však zapotřebí navštívit úřad, což je situace, která se mnoha osobám bez domova přičítá. Důvodem obvykle bývá negativní předešlá zkušenost s pracovníky úřadu. Dalším problémem může být správní poplatek 200 Kč a především předložení dalšího dokladu totožnosti, kterým je například rodný list. Absence rodného listu bezdomovců je velmi častá, jeho získání je však komplikovanější. V případě, že žádající osoba nemá rodinného příslušníka, musí navštívit sociálního kurátora. Tito kurátoři jsou na jednání

s osobami, které se ocitli v nepříznivé životní situaci, zvyklí, a dokáží jim pomoci i v jiných oblastech (MPSV, 2012; Osobní doklady, 2023).

Jak bylo zmíněno již výše, některá práva člověka jsou spojována s trvalým pobytem. Ten, kdo má práva, má však i určité povinnosti. V případě, že je člověk bez jakýchkoliv dokladů, je „*totálně anonymizován, z hlediska společnosti neexistuje a nikde se s ním nepočítá.*“ (Vágnerová, 2013, s.177). Tento stav mnohým osobám bez domova vyhovuje. Taková anonymní osoba však nemůže například žádat o práci, jak uvádí Vágnerová (2013) a z některých rozhovorů s bezdomovci vyplývá, že je to velice častá výmluva. I když někteří bezdomovci nechtějí být zaměstnáni, doklady by měli mít, jelikož jejich neexistence může být překážkou pro přijetí ze strany zdravotnických zařízení, s výjimkou urgentní péče (viz kapitola o zdravotním pojištění).

3.6.2 Legislativa v bydlení

Jedním ze zákonů týkajících se bydlení je zákon o obcích č.128/2000 Sb., který udává obcím povinnost rozvíjet sociální péči pro své občany. Tato povinnost je obcím ukládána pouze za „místních předpokladů“ a „místních zvyklostí“. I když má tedy obecní úřad povinnost nabídnout sociální službu osobám, kterým hrozí ohrožení života či zdraví, pokud místní předpoklady či místní zvyklosti toto neumožňují, není tento zákon vymahatelný (Zákony pro lidi, 2023).

Další zákon, který se týká zejména prevence bezdomovectví, je zákon č. 257/2000 Sb., o Probační a mediační službě. Jedná se především o rannou pomoc osobám před propuštěním z vazby (Zákony pro lidi, 2023).

3.7 Urgentní příjem

Urgentní příjem je specializované pracoviště, které poskytuje akutní lůžkovou péči v nepřetržitém provozu. Zajišťuje příjem a zároveň poskytování intenzivní akutní lůžkové péče i specializované ambulantní péče pacientům, u kterých náhle vzniklo závažné postižení zdraví a pacientům, u kterých je přímo ohrožen život. Je využíván jako místo prvního vyšetření a následně ošetření pacientů na vstupu do zdravotnického

zařízení, a to bez ohledu na závažnost jejich zdravotního stavu nebo na způsob, jakým byli k ošetření dopraveni (Polák, 2018).

Pacienti mohou urgentní příjem, známý též jako emergency nebo také oddělení centrálního příjmu, navštívit po své vlastní ose, nebo je tam může dopravit Zdravotnická záchranná služba.

Martin Polák (2018) uvádí, že oddělení urgentního příjmu slouží k vyšetření a následnému léčení všech neplánovaných či neobjednaných pacientů. Zmiňuje také urgentnost vyšetření a ošetření, která je posuzována hned z několika pohledů, a to z pacientova, doporučujícího lékaře či lékaře zdravotnické záchranné služby. Jedná se o naléhavost, se kterou by se mělo přistupovat k vyšetření a ošetření pacienta, určuje se podle jeho klinického stavu.

3.7.1 Třídění pacientů na urgentním příjmu (triage)

Slovo triage pochází z francouzského slova TRIER, což znamená vybírat si nebo třídit. Toto třídění zavedl francouzský chirurg Dominique Jean Larrey. Jednalo se o chirurga, který touto metodou hodnotil a třídil raněné. Již během napoleonských válek. Jednalo se o systém co nejrychlejšího odsunutí raněných z bojiště.

Triage pacientů je tedy posouzení zdravotního stavu pacienta po příchodu na urgentní příjem, který má sloužit k zařazení do kategorie, ve které jsou zohledněny priority péče o pacienta. Do systému triage se promítají hlavní obtíže pacienta, vážnost stavu, schopnost pohybovat se, mentální schopnost a druh péče, kterou pacient potřebuje. Správně stanovená triage pomůže určit prioritu v ošetření lékařem. Měla by tedy minimalizovat prodlení u závažných pacientů a zároveň by měla vést ke snížení rizika závažných příhod. Provádí jí sestra nebo zdravotnický záchranář (tedy nelékařský personál). Pokud pacient není schopen komunikace, musí sestra požádat o informace doprovod nemocného (příbuzné či jinak zúčastněné osoby) nebo ZZS. Triage je činností nelékařského personálu do té doby, než je pacient vyšetřen lékařem. Ve světě jsou používány různé typy třídění a nemůžeme říct, že by byla zavedena na všech odděleních urgentních příjmů na světě (Urgentní medicína, 2013).

3.7.2 Popis postupu na urgentním příjmu

Pacient v péči urgentního příjmu prochází vstupní triází, vyšetřením a stabilizací vitálních funkcí, včetně primárního ošetření. Poté je předán na odpovídající pracoviště poskytovatele, jako jsou intenzivní, intermediální nebo standardní akutní lůžka, nebo operační sál. Pokud je to nezbytné, může být indikován překlad do jiného zdravotnického zařízení, který poskytuje zdravotní péči, odpovídající pacientově stavu.

V případě méně závažných stavů pacientovi může být přiděleno expektační lůžko nebo ambulantní část urgentního příjmu. Po provedení nezbytných vyšetření a ošetření je pacient propuštěn a předán do péče jeho registrujícího poskytovatele v oboru všeobecného praktického lékařství nebo praktického lékařství pro děti a dorost, poskytovatele příslušné specializované ambulantní péče, domácí péče a podobně (Věstník, 2020).

3.8 Komunikace

Samotná komunikace mezi pacientem a lékařem hraje velkou roli a neměla by se opomíjet její důležitost. Vedle odborných znalostí by měl každý lékař ovládat právě dovednost správně mluvit se svým pacientem. Schopnost umět komunikovat řadíme mezi základní předpoklady pro povolání v tomto prostředí. Základem dobré komunikace není pouze zkušenost, jedná se totiž o soubor dovedností, kterým je třeba se naučit, její efektivita mezi lékařem a pacientem vede nejen ke spokojenosti obou stran, ale na základě studií lze tvrdit, že také pozitivně ovlivňuje přesnost diagnózy, dodržování léčby a také výsledky léčby. (Ptáček, 2011)

Během komunikace s adiktologickými pacienty a obecně osobami užívajícími návykové látky může docházet ke snížení efektivity komunikace a v krajních případech se můžeme setkat i se zbytečnými konflikty jako jsou napadení a následná zranění. Mezi nejčastější situace, při kterých dochází ke konfliktům, patří žádost pacienta o předepsání léčiva, se kterým se ale nelegálně obchoduje, nebo ho dotýčný pacient zneužívá. Dále situace, kdy pacient vyžaduje nějaké výjimky, například

ošetření, na které však nemá nárok. Je tedy pochopitelné, že na pacienty žijící na ulici či ve squatech nelze aplikovat standardní komunikační vzorce (Ptáček, 2011).

Zdravotníci se často komunikace s pacienty závislými na návykových látkách obávají, což je zcela pochopitelné. Obecně se zdravotník může řídit tím, že komunikace s pacientem musí být slušná, ale zároveň direktivní a důrazná. Zdravotník si musí ponechat roli toho, kdo komunikaci vede a kdo nastavuje pravidla v dané situaci. V ohrožení může být zdraví nejen pacienta, ale i zdravotníka, jehož bezpečnost má dokonce přednost. V případě komunikace mezi zdravotníkem a agresivním pacientem je vždy nutné zachovat slušnost a informovat ho o každém úkonu, který ošetřující personál bude provádět (Ptáček, 2011).

Často se pacienti ke svým závislostem na návykových látkách vůbec nepřiznají, nebo zamlčují některé důležité informace o svém vlastním zdravotním stavu. I v těchto případech by však zdravotník měl být velice trpělivý, s pacientem jednat klidně, a i přes obtížnost situace by si měl zachovat profesionální přístup (Ptáček, 2011).

4 METODIKA

Tématem mé práce bylo zjistit nejčastější důvody příjmu bezdomovců na urgentní příjem a specifika vzájemné komunikace mezi touto skupinou pacientů a zdravotníky. Pro svou práci jsem v prvopočátku volil metodu kazuistik, které mi poskytla Fakultní nemocnice Bulovka. Během zpracování kazuistik jsem však zjistil, že problematika komunikace není z kazuistik dobře zjištělná, jelikož zde nejsou jasně popsány okolnosti ani vzájemná komunikace. Další překážkou v mé práci byla také chybějící data ze strany statistického úřadu. Statistický úřad mě odkázal na Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, kde mi bylo sděleno: *„Bohužel, naše databáze neumožňuje osoby bez domova v rámci zdravotnických registrů jednoznačně identifikovat.“* Jako další problém shledávám sdělení téhož úřadu, že: *„Individuální ZZ evidují bezdomovce rozdílně.“* Nedostatek dat ovlivnil další vývoj mé práce.

Pro tuto bakalářskou práci jsem tak zvolil formu kvalitativního výzkumu formou standardizovaných strukturovaných rozhovorů. Jedná se o typ rozhovoru zjišťující názory respondentů na předem dané otázky související s osobní zkušeností respondentů (Vojtíšek, 2012). Rozhovory probíhaly mimo pracoviště zdravotníků a mimo jejich pracovní dobu. Osloveno bylo patnáct zdravotníků z jedné nemocnice ve Středočeském kraji a ze dvou nemocnic v Praze. Zdravotníkům bylo položeno jedenáct strukturovaných otázek. Rozhovory s pěti bezdomovci probíhaly v centru Naděje za účasti zdravotní sestry. V rámci získávání rozhovorů jsem byl zdravotní sestrou Bc. Jarmilou Urbani upozorněn na nepravdivost některých údajů, podle jejích zkušeností bezdomovci často lžou a zamlčují údaje o svém zdravotním stavu. Z tohoto důvodu byla sestra Urbani po celou dobu rozhovoru přítomna, bezdomovci ji osobně znají, dá se tedy předpokládat, že k ní mají větší důvěru než k cizí osobě.

Dotazovaní byli předem seznámeni s účelem rozhovoru a s cílem této práce. Jejich účast na rozhovoru byla zcela dobrovolná a nebyla podmíněna žádnou odměnou. Všichni respondenti na začátku rozhovoru poskytli ústní souhlas a v bakalářské práci byli anonymizováni. Rozhovory byly písemně zaznamenávány do standardizovaného listu.

5 VÝSLEDKY

Praktická část práce vychází z rozhovorů se zdravotníky a bezdomovci. Rozhovory se zdravotníky obsahují 11 otevřených otázek a rozhovory s bezdomovci obsahují 5 jednoduchých otevřených otázek. Pro přehlednost jsou výsledky rozděleny dle jednotlivých otázek a shrnuty do grafů. Rozhovory s patnácti zdravotníky probíhaly v jedné nemocnici ve Středočeském kraji a ve dvou nemocnicích v Praze. Rozhovory s bezdomovci probíhaly v ordinaci Naděje, za účasti zdravotní sestry Bc. Jarmily Urbani.

Tabulka 1 – Počty rozhovorů a respondentů

| Počty rozhovorů a respondentů | | |
|--------------------------------------|--------------------|-------------------|
| | Zdravotníci | Bezdomovci |
| Počet rozhovorů | 15 | 6 |
| Počet otázek | 11 | 5 |

5.1.1 Výsledky rozhovorů se zdravotníky

5.1.1.1 Nejčastější onemocnění u bezdomovců

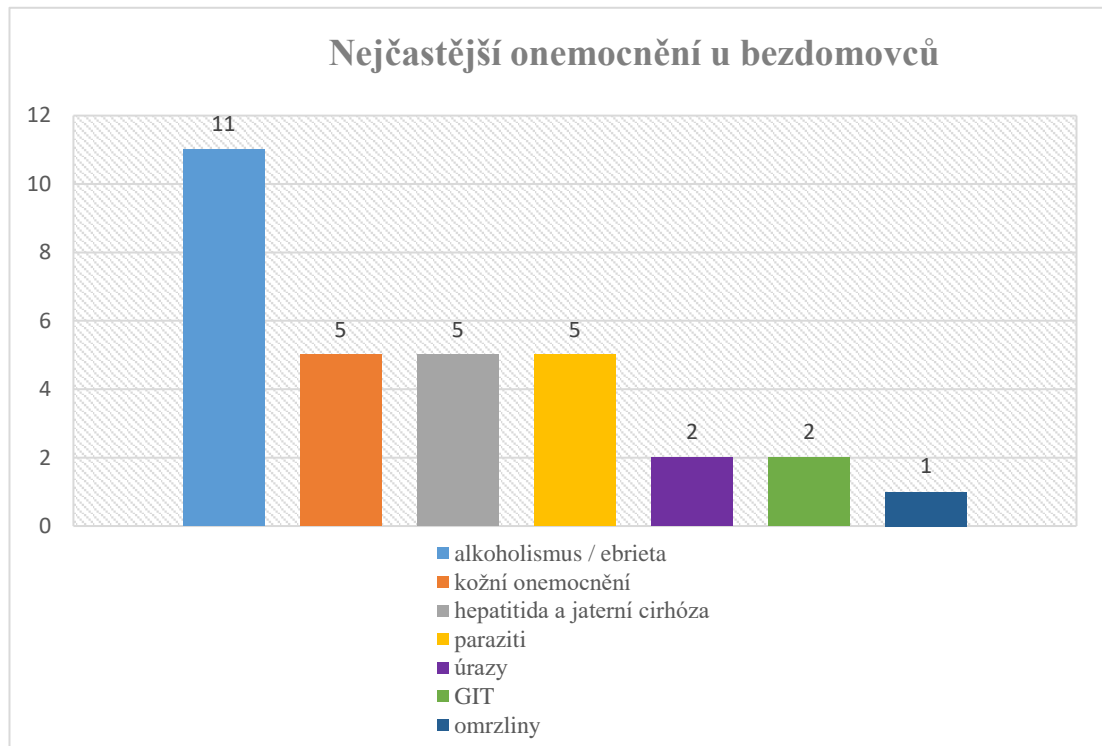
Otázka 1: „Které onemocnění bezdomovců řadíte mezi nejčastější?“

Odpovědi:

1. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Alkoholismus, úrazy obecně, dominuje úraz hlavy, kožní choroby – svrab, vši, paraziti.*“
2. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Ethylismus, virové hepatitidy, jaterní cirhóza, svrab.*“
3. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Alkoholismus.*“
4. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Svrab, alkoholismus, nízká úroveň osobní hygieny.*“
5. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Úraz s tržnou ranou hlavy, intoxikace alkoholem, paraziti a svrab.*“
6. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Alkoholismus, hepatitida, paraziti, svrab, vši.*“
7. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Alkoholismus, vši, svrab.*“
8. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Ethylismus, kožní defekty, svrab, bércové vředy.*“
9. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Etylismus no a s tím spojené poruchy způsobené požíváním alkoholu.*“
10. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Ebrieta, nachlazení, úraz v důsledku ebriety.*“
11. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Abúzy, jícnové varixy a s nimi spojené zvracení a nejčastěji bych řekla bércové vředy.*“
12. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Zánětlivé onemocnění dolních končetin, krvácení z GIT.*“
13. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Krvácení z GIT, velice často, až perforace GIT.*“
14. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji: „*Chronický ethylismus s následnými důsledky (úrazy, alkohol. epilepsie, ascites), všechny chronické*

choroby s následky, které nejsou léčeny, protože neužívají medikaci, depresivní stavy, v zimě omrzliny, to bych tak řekla že jsou ty nejčastější.“

15. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji: „*Chronické onemocnění jater, slinivky, kožní defekty.“*



Graf 1 – Nejčastější onemocnění u bezdomovců

Jak je vidět z grafu číslo 1, nejčastěji se zdravotníci setkávají s pacienty bezdomovci, kteří jsou pod vlivem alkoholu. Na toto v rozhovorech upozorňuje 11 z 15 respondentů. Další velmi často uváděné choroby jsou různá kožní onemocnění, jak zmiňuje 5 z 15 respondentů, hepatitida a jaterní cirhóza, jak uvádí také 5 z 15 respondentů a parazité, které zmiňuje opět 5 z 15 dotázaných. Méně často se pak v odpovědích objevují potíže jako úrazy či krvácení z GIT, na které upozorňují pouze 2 z dotázaných. Jen 1 dotázaný poté zmiňuje omrzliny.

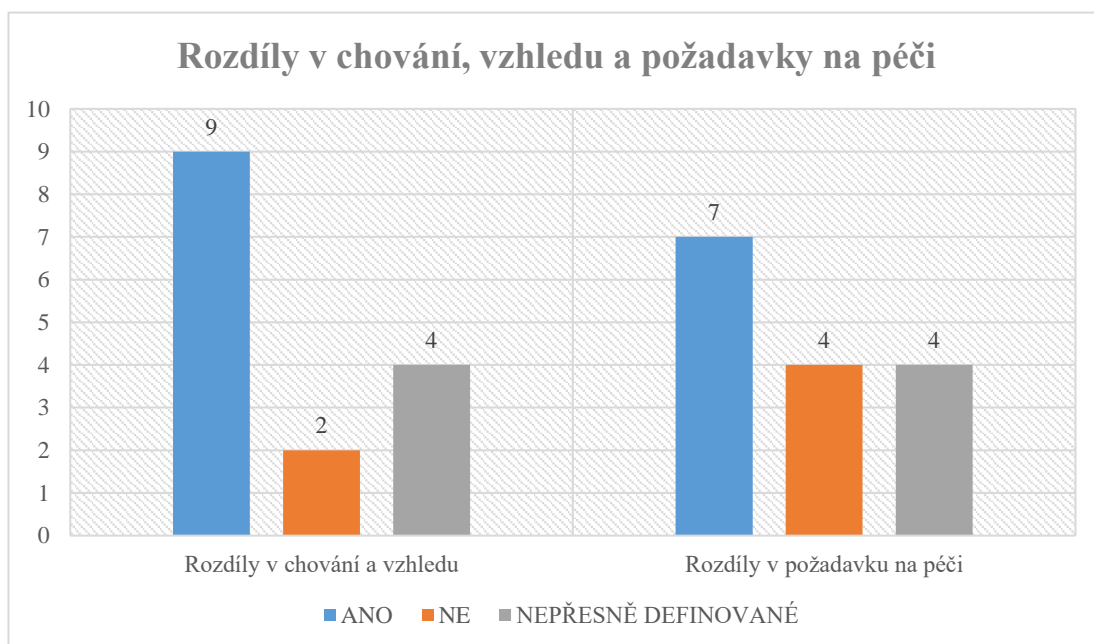
5.1.1.2 Rozdíly v chování a požadavky na péči

Otázka 2: „Jsou mezi bezdomovci nějaké rozdíly? Myslím například v chování, jak vypadají, jaké vlastně mají požadavky na péči? “

Odpovědi:

1. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Celá škála chování od zcela slušných a vděčných po verbálně agresivní a brachiální násilí. Někteří se chtějí ohrát (v zimním období), někdo se osprchovat, to je méně časté a někdy nechtějí nic a vše odmítají.“
2. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ano, někteří do nemocnice nechtěli, takže ani nechtějí ošetřit, jiní trvají na hospitalizaci, přes fakt, že jsou v pořádku.“
3. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Chování je většinou úměrné naměřené hodnotě alkoholu, který pacient požil.“
4. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ne.“
5. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ano jsou, někteří mluví, někteří ne. Většina chce teplo, postel a ticho.“
6. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Rozdíl je přírodní a městský, dle špíny a zápachu. Chování záleží na množství alkoholu v krvi a dechu.“
7. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Záleží na alkoholémii, požadavky mají na jídlo a lůžko.“
8. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Často agresivní, nevděční, je s nimi velice obtížná spolupráce.“
9. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ano, většinou, jsou nároční na péči, ale najdou se i bezdomovci, kteří odmítají jakoukoliv péči.“
10. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „No chtějí teplo a klid, o to jim jde hlavně, řekl bych, že se liší jen v míře zanedbání.“
11. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Neřeším to.“
12. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Jsou, a to opravdu velké, od slušných lidí až po extrémně agresivní. No a co se týče požadavků, tak velice často se nám tady stává, že se položí na lůžko a dělejte se mnou něco!“

13. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Ano, to jsou, závisí na užívané návykové látce a na množství užívané látky.*“
14. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji: „*Každý člověk je jedinec, bohužel bezdomovectví je spjato převážně s ethylismem, v kterém nacházejí dle mého názoru únik z neúnosné situace. Pod vlivem alkoholu reagují různě – agrese, pláč převažují. Rozdíl ano – někteří dokáží vyhledat pomoc, aby měli zajištěny alespoň doklady, jídlo, ubytování, finanční pomoc v nouzi. Někteří to přenechávají „osudu“. Požadavky na péči – převládá mít v krizi kde přespat, najíst se, být v teple.*“
15. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji: „*Chování je různé, např. v podnapilosti. To bych řekl, že chování je v tu chvíli naprosto nepředvídatelné.*“



Graf 2 – Rozdíly v chování, vzhledu a požadavcích na péči

Z výše uvedeného grafu 2 si lze povšimnout, že většina respondentů z řad zdravotníků shledává mezi bezdomovci rozdíly jak v jejich chování či vzhledu, tak i v požadavcích na péči. Jedná se o 9 z 15 dotázaných v otázce na rozdíly v chování a 7 z 15 respondentů v otázce rozdílných požadavků na péči. V 6 případech z 15 pak zdravotníci zmiňují, že záleží na užívání návykových látek či míře užitého alkoholu.

5.1.1.3 Míra zájmu o hospitalizaci a zda bezdomovec přichází z vlastní vůle na urgentní příjem

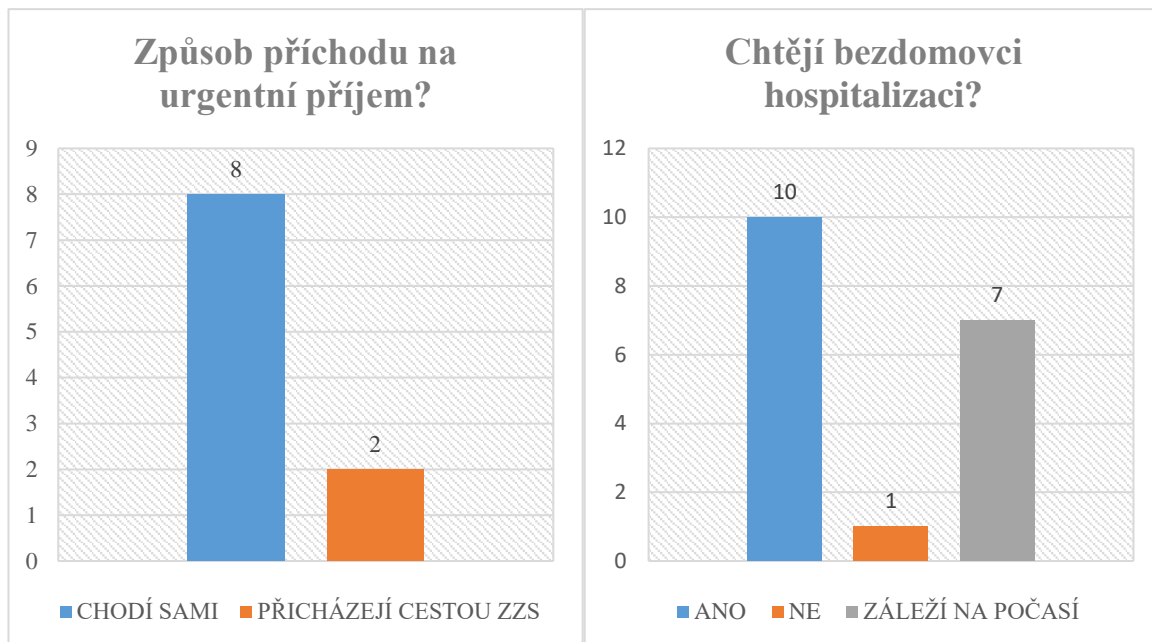
Otázka 3: „Myslíte si, že sami bezdomovci chtějí hospitalizaci? Stalo se Vám, že bezdomovec přišel sám a dobrovolně na urgentní příjem a vyhledával pomoc?“

Odpovědi:

1. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Typicky v zimních měsících lidé bez domova vyhledávají nemocnice a hospitalizaci, mají přesně naučené příznaky nemoci. Občas jsou schopni se sebepoškozovat. Někteří se chtějí ohřát (v zimním období) někdo se osprchovat (méně časté), někdy nechtějí nic a odmítají.“
2. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „V zimě a za špatného počasí nevyhledávají pomoc, ale možnost ubytování zdarma s plnou penzí. Nejčastěji se k nám dostanou cestou ZZS.“
3. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ano, většinou drogově závislí, nejčastěji sami chodí v zimě, chtějí spát v suchu a teple.“
4. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ano, chtějí, ano.“
5. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ano, někteří, ale jak jsem už říkal v předešlé otázce, většina chce jídlo, teplo, postel.“
6. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Bezdomovci chtějí hospitalizovat v závislosti na ročním období a venkovní teplotě. Bezdomovci chodí jen ve stejné závislosti, jak už jsem říkal, a to v závislosti na venkovní teplotě a ročním období.“
7. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ano, hlavně v zimě.“
8. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ano, většinou, ale vyhledávají cestou ZZS a azyl v nemocnici chtějí většinou v zimních obdobích.“
9. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Setkáváme se s tím běžně, obvykle tento případ je u narkomanů.“
10. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ano a ano.“
11. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Jakmile jim řekneme, že zde nebudou moct užívat a pít alkohol, tak je hned chuť na hospitalizaci přejde.“
12. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Velice často chtějí, většinou je to za špatného počasí. A ano, někdy záchranná služba, ale spíše chodí po vlastní ose.“
13. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Často využívají naši nemocnici jako zdroj tepla, když je hospitalizujeme, tak i zdroj jídla.“

14. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji: „*Určitě ano.*“

15. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji: „*Ano, nejčastěji v zimě – sociální důvody.*“



Graf 3 – Způsob příchodu na urgentní příjem

Graf 4 – Chtějí bezdomovci hospitalizaci?

Dle dotázaných zdravotníků chce být většina bezdomovců hospitalizována. K tomuto názoru se přiklání 10 z 15 dotázaných. Sedm z dotázaných uvedlo, že často záleží na počasí. Pouze jeden z respondentů vypověděl, že o hospitalizaci, dle jeho názoru, nemají bezdomovci zájem.

5.1.1.4 Pohlaví a rozdílnost v chování

Otázka 4: „Chodí k Vám spíše muži, či ženy? Je jejich chování odlišné?“

Odpovědi:

1. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Spíše dominují muži bez domova. Chování mi přijde stejné.“
2. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Častěji jsou to muži, jejich chování je přímo úměrné hladině alkoholu v krvi.“
3. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Muži.“
4. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Spíše muži, není.“
5. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Většinou muži, jejich chování se moc neliší.“
6. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Muži chodí častěji než ženy, občas není ani poznat rozdíl.“
7. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Mužů je více. Ženy bývají často v horším stavu než mužská část této skupiny.“
8. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Častěji muži.“
9. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Převážně muži, ano, je.“
10. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ano a obecně je na ulici více mužů než žen.“
11. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Řekla bych, že je to tak muži vs ženy 5:2.“
12. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Spíše to jsou muži, ale rozdíly mezi nimi jsou naprosto minimální.“
13. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Muži více, u žen bych řekla, že jejich specifikum je to, že jsou po většinu případů narkomanky.“
14. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji: „Muži.“
15. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji: „Muži, chování je podobné.“

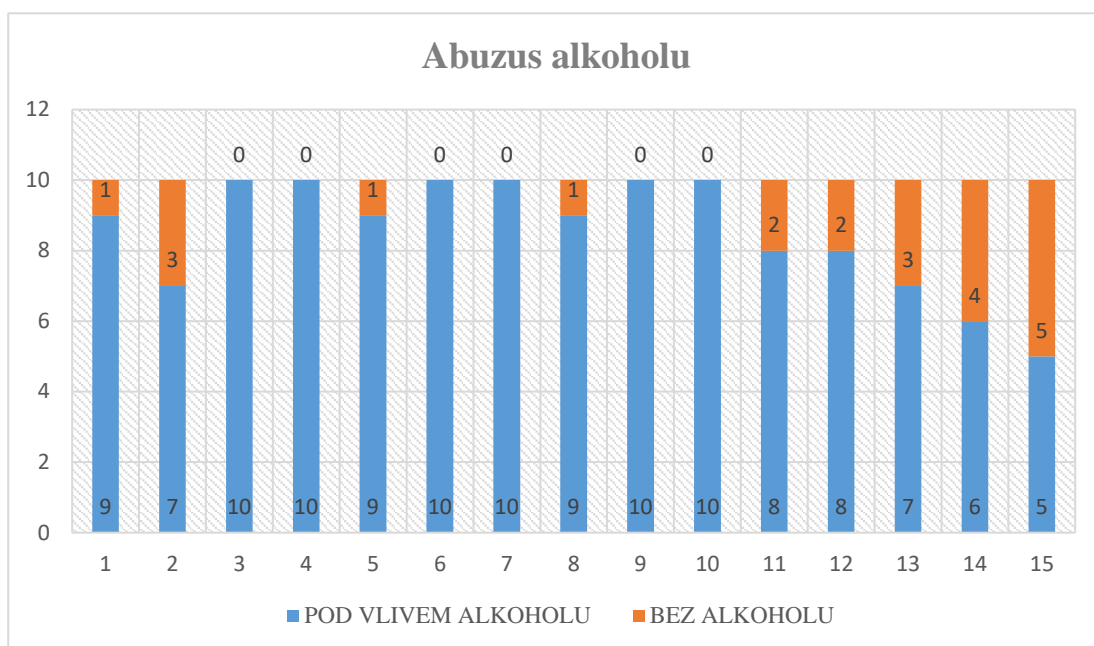
Z výše uvedených odpovědí jasně vyplývá, že častěji navštěvují urgentní příjem muži, tuto odpověď uvedlo všech 15 dotázaných respondentů.

5.1.1.5 Abuzus alkoholu

Otázka 5: „V kolika případech z deseti je bezdomovec přijatý na urgentní příjem pod vlivem návykových látek? “

Odpovědi:

1. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Cca v 9.“
2. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „7/10, těch zbylých, který nám dělají 3/10, mají nízkou hladinu alkoholu natolik, že mají křeče z nedostatku alkoholu.“
3. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „10/10.“
4. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „10/10.“
5. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „9/10.“
6. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „10/10.“
7. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „10/10.“
8. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „9/10.“
9. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „10/10.“
10. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „10.“
11. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „8 z 10.“
12. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „8 z 10.“
13. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „7 z 10,“
14. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji: „Tak v 6 případech a pouze do rána na přespání, nebo na vyspání se z ebriety.“
15. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji: „Asi v pěti.“



Graf 5 – Abusus alkoholu

Z uvedeného grafu 5 je zřejmé, že 6 z 15 dotázaných uvedlo, že 10 z 10 bezdomovců se dostávají na urgentní příjem pod vlivem alkoholu. Dva z respondentů se setkávají s podnapilými bezdomovci v 8 z 10 případů, stejně tak 2 z respondentů uvádějí, že se jedná o 7 z 10 případů. Pouze 2 zdravotníci uvádějí, že je toto číslo nižší, konkrétně 6 z 10 a 5 z 10. Průměrně se tedy jedná o 8,5 případů z 10.

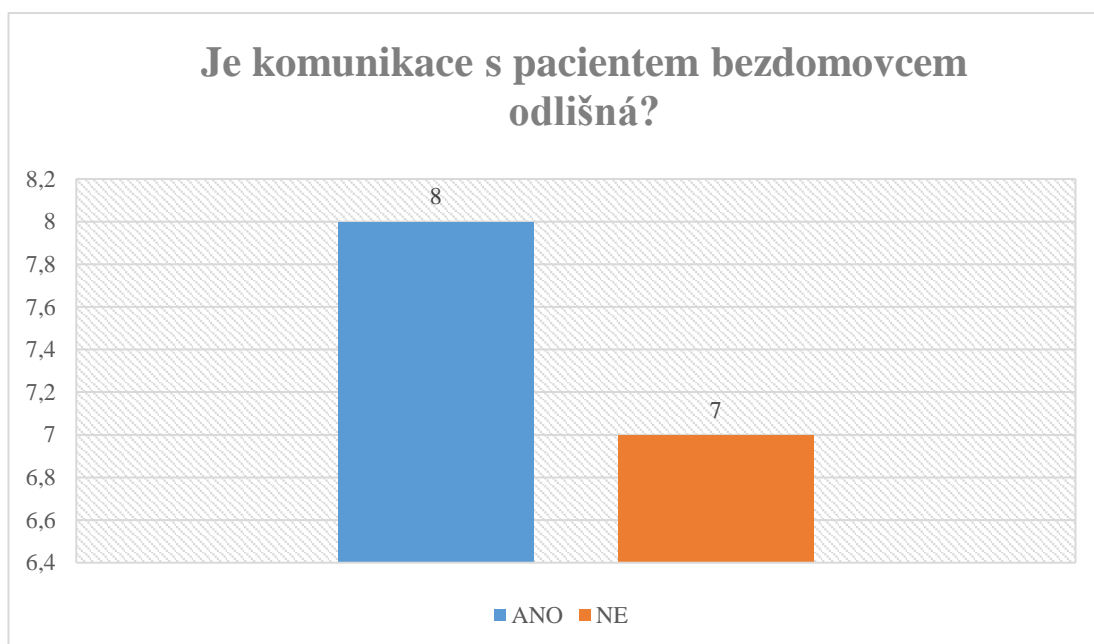
5.1.1.6 Odlišnosti komunikace

Otázka 6: „Je vaše komunikace s pacientem bezdomovcem odlišná od komunikace s běžným pacientem?“

Odpovědi:

1. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Komunikace je náročnější, nicméně stejně náročná jako například se seniorním nedoslýchavým pacientem.“
2. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ne! Ke všem pacientům se chováme stejně, pokud jsou verbálně agresivní, ignoruji to a snažím se je uklidnit, v případech, že jsou i brachiálně agresivní, přivolám ochranku.“
3. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Personál musí přizpůsobit komunikaci, aby se domluvil a zjistil nutné informace.“
4. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ne.“
5. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Někdy musíme třeba polopatě. Někdy zvýšit hlas.“
6. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ano, musíme mluvit nahlas a důrazně.“
7. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ano.“
8. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ne.“
9. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Je nutno jim informace podat jednodušeji, vést je striktním, direktivním a jednoduchým pokynům ke spolupráci.“
10. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ne.“
11. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Bohužel se nám velice často stává, že dokonce odmítají výkony, které jim mohou zachránit život.“
12. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Komunikace je velice odlišná, obtížně od nich získáváme nějaké informace.“
13. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Komunikace s bezdomovcem je obtížnější, většinou to ale ztěžuje fakt, že většinou jsou pod vlivem návykových látek.“
14. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji: „Mírně se liší, ale záleží na chování pacienta bezdomovce, vážně záleží na tom, jak on se chová, což je většinou ovlivněno faktem, že je v ebrietě!“

15. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji: „V komunikaci není rozdíl.“



Graf 6 - Je komunikace s pacientem bezdomovcem odlišná?

Ve většině případů se u dotázaných zdravotníků setkáváme s nutností jednat odlišně či přizpůsobovat komunikaci. 8 z 15 dotázaných tak zmiňuje, že je třeba odlišný způsob komunikace, oproti 7 dotázaným, kteří nevidí v komunikaci rozdíl. Mezi časté změny v komunikaci podle respondentů patří: mluva nahlas a jednoduše, jak zmiňuje 5 z dotázaných. Dále je během komunikace kladen důraz na zjišťování informací, jak uvádějí 2 z respondentů.

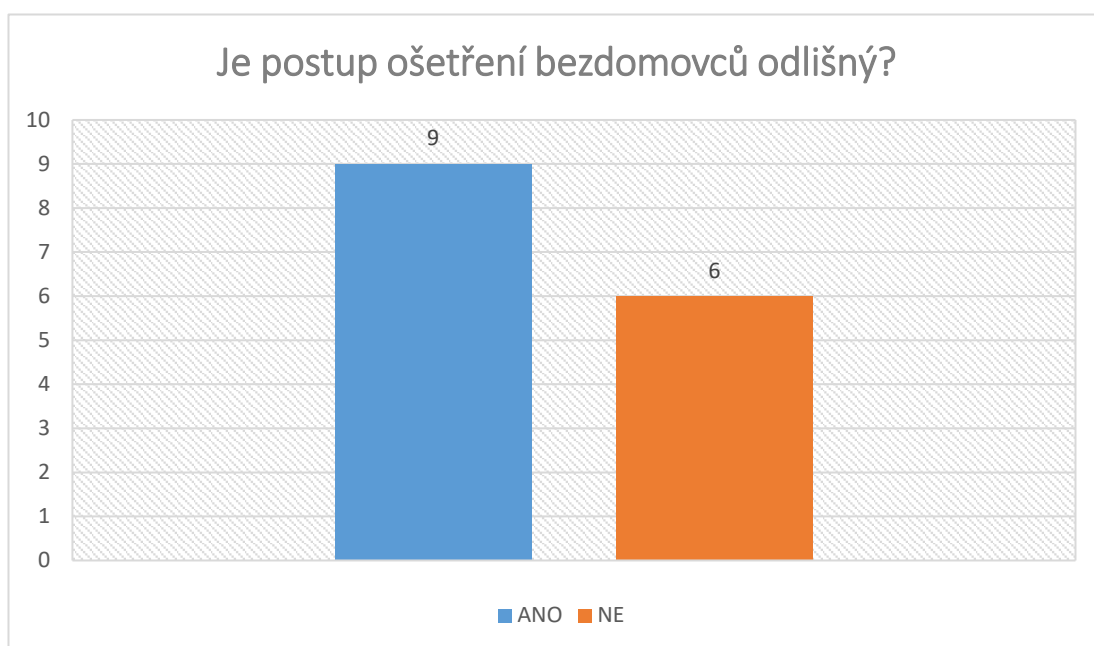
5.1.1.7 Odlišnosti postupu ošetření

Otázka 7: „Je u této skupiny pacientů odlišný postup ošetření? Případně jak?“

Odpovědi:

1. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Často vyšetření předchází celková toaleta a použití protiparazitárních prostředků.“
2. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Přidává se celková hygiena, odvšivení, odblešení, ošetření kůže, kompletně nové čisté oblečení.“
3. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „NE.“
4. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ne.“
5. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ano, jejich změněné chování, jejich práh bolesti a stav kůže.“
6. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Trochu, je častá celková koupel.“
7. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ne, není, snažíme se postup ošetření neměnit u žádného pacienta.“
8. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ne.“
9. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Je nutno nejdříve zajistit bezinfekčnost jeho i jejich okolí.“
10. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ne! Maximálně se snažím v případě, kdy není pojištěný, abychom mu nemuseli toho naučtovat moc. Ale nikdy se to neděje na úkor jeho zdraví či terapie, která je potřeba.“
11. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ano, někdy tyto pacienty je nutné hospitalizovat, ačkoliv by pacient mohl v klidu být řešen ambulantně, ale asi ti je jasný, že bezdomovec by za takovou péčí nedocházel.“
12. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Určitě, například neužívají medikaci, často si nevyzvednou nové léky, třeba ATB, a to velice komplikuje naši péči o ně.“
13. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „No často pacienta musíme nejprve osprchovat a převléci, než přikročíme k nějakému ošetření, ale jinak bych řekla, že postup jako takový odlišný není.“
14. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji: „Řekla bych že ano, ale jen v tom, co je nutné navíc.“

15. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji: „Není.“



Graf 7 – Je postup ošetření bezdomovců odlišný?

Z výsledků vyplývá, že způsob ošetření je rozdílný, jak uvádí 9 respondentů. Pouze 6 z dotázaných nevidí v ošetření bezdomovců oproti ostatním skupinám rozdíl. 7 z dotázaných zdravotníků vypovědělo, že rozdíl shledávají zejména v osprchování a převlečení před zahájením péče.

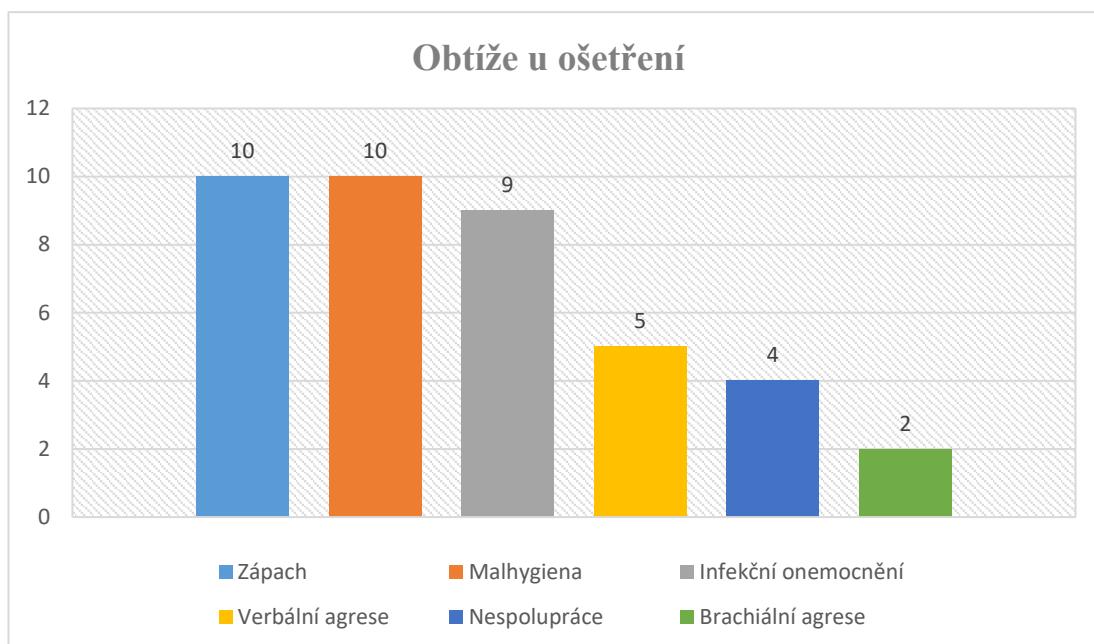
5.1.1.8 Obtíže při ošetření

Otázka 8: „S jakými nepříjemnostmi se nejčastěji potýkáte (zápach, hygiena, nakažlivé nemoci)?“

Odpovědi:

1. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Zápach, malhygiena, verbální agrese.“
2. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Agresivita, a to jak brachiální, tak verbální. Nejčastěji se setkáváme s nevyšetřenými/neléčenými infekčními onemocněními jako jsou TBC, virové hepatitidy, HIV atd.“
3. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Malhygiena, různé entomologické druhy.“
4. Pracovník urgentního příjmu nemocnice v Praze: „Zápach, hmyz, špatná hygiena, agresivita.“
5. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Vše, co jsi říkal.“
6. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Zápach, malhygiena, nakažlivé nemoci, verbálně agresivní, hmyz všeho druhu, červi.“
7. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Nejčastěji to jsou malhygiena, zápach a infekční nemoci.“
8. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Zápach, hygiena, nakažlivé nemoci, svrab, vši, alkohol, jsou často pozvracení a pomočení, takže je stejně musíme většinou převléct.“
9. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Paraziti, malhygiena, respirační obtíže.“
10. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Zápach.“
11. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Naprostá nespoupráce!“
12. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Malhygiena, a jak už jsem říkala, agresivita a nespoupráce je největší problém.“
13. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Zápach a nespoupráce, to je tak největší nepříjemnost.“
14. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji: „Zápach, ebrieta.“

15. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji: „Zápach, hygiena, červi.“



Graf 8 – Obtíže u ošetření

Mezi nejčastější potíže, se kterými se zdravotníci při ošetření setkávají, jsou zápach a malhygiena, na něž poukazuje 10 dotázaných. Dalším častým problémem jsou různá infekční onemocnění, ta v rozhovoru zmínilo 9 dotázaných. Pouze 5 z respondentů zmiňuje verbální agrese. S nespoluprací ze strany bezdomovců se setkávají 4 z 15 dotázaných a pouze 2 z dotázaných uvádějí brachiální agrese.

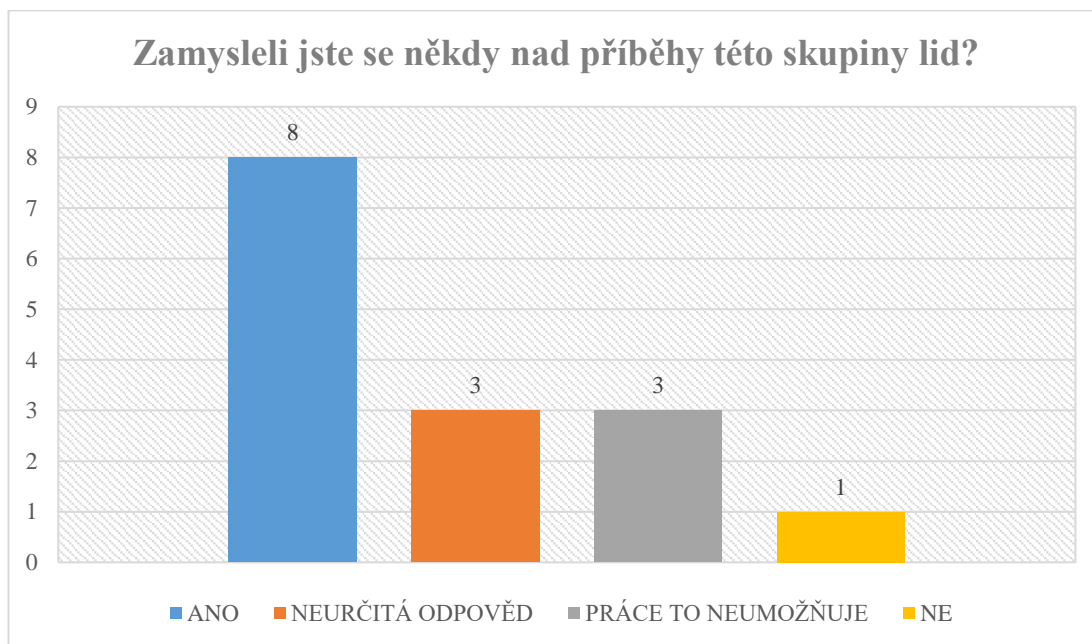
5.1.1.9 Zamyšlení nad problematikou

Otázka 9: „Zamysleli jste se někdy nad příběhy této skupiny pacientů? Utkvěl vám některý z nich v paměti?“

Odpovědi:

1. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Velice často myslím na to, jakým řízením životních osudů se dostane člověk na ulici. Určitě u několika pacientů znám jejich příběhy velice podrobně.*“
2. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Ano, například mentálně retardovaný, čistý, slušný muž, kterého opakovaně propustili z psychiatrické péče bez zajištění další sociální péče, nepil a chtěl pracovat.*“
3. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Příběhy jsou povětšinou stejného zaměření.*“
4. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Opakovaně.*“
5. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Ano, ale i přesto jsem se na jejich příběhy nikdy neptal.*“
6. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Budoucnost je taková, jakou si jí každý udělá.*“
7. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Možná kdysi dávno.*“
8. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Ne, tak nějak mě to nezajímá.*“
9. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Ano, naposledy byl příběh: porušil nařízení v práci, už si nevzpomenu jaké, vyhodili ho z minuty na minutu, když se s touto informací vrátil domů, tak se s ním přítelkyně rozešla a on tím skončil na ulici.*“
10. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Ano, ale s lidmi bez domova se mimo práci nebavím.*“
11. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Na urgentním příjmu jako je ten náš na to není prostor ani čas.*“
12. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*V množství pacientů, kteří projdou urgentním příjmem, to nelze.*“
13. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Při provozu na urgentním příjmu nelze vést dlouhé rozhovory s pacienty.*“

14. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji „*Velmi často a pokud vidím zájem problém řešit, snažím se jim poskytnout co nejvíce informací, jak bezdomovectví nebo pomoc v něm řešit.*“
15. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji: „*Někdy ano, ano, utkvěl. Rodiče se stali bezdomovci kvůli milionovým dluhům ze špatného podnikání své dcery.*“



Graf 9 - Zamysleli jste se někdy nad příběhy této skupiny lid?

Více než polovina respondentů se zamýšlí nad příběhy osob bez domova, konkrétně takto odpovědělo 8 z 15 dotázaných. Další 3 dotázaní však neodpověděli na tuto otázku konkrétně. Ve 3 případech zdravotníci uvádějí, že při jejich práci na takové zamýšlení není prostor. Pouze 1 dotázaný uvedl, že se nad příběhy této skupiny lidí nezamýšlí.

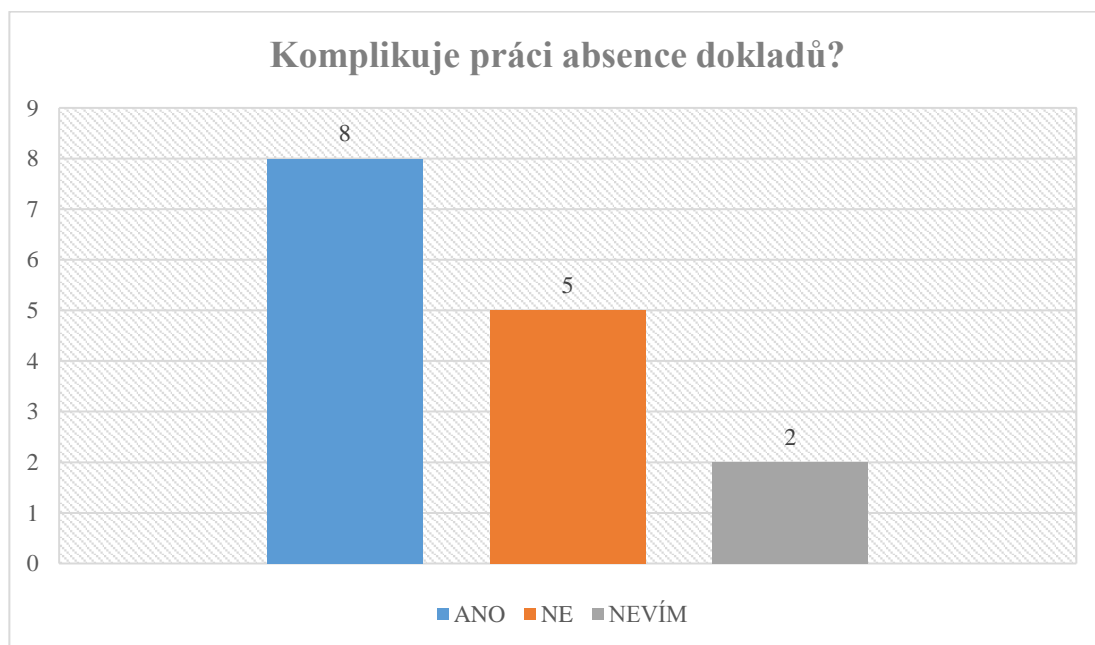
5.1.1.10 Komplikace spojené s absencí osobních dokladů

Otázka 10: „Komplikuje vaši práci to, že často chybí u této skupiny pacientů osobní doklady a karta pojištěnce? Případně jak?“

Odpovědi:

1. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „O komplikaci se jedná, v případě chybění dokladů není jistá identita pacienta, ve chvíli, kdy se nemocný hospitalizuje, musí dojít k ztotožnění přes policii. Velice problematická je také úhrada zdravotní péče. Bez dokladů pacienta bez domova nepřijmou některá azylová pracoviště.“
2. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Jako urgentní příjem nemáme tak přísná pravidla na identifikaci občanů bez dokladů.“
3. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ano, ale část této skupiny je nám již důvěrně známa.“
4. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ano.“
5. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ano, identifikovat je někdy velice náročné, dost často jim vůbec nerozumím, co říkají, a tak je to někdy i nemožné.“
6. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Občas. Většinou zadáváme jako neznámý.“
7. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Někdy ano, velice špatně se tyto informace dostávají z podnapilého pacienta. Jinak se zadává jako neznámý.“
8. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ano, ale jsou způsoby, jak je identifikovat i bez dokladů, takže ano, komplikují, ale dá se to řešit.“
9. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Velmi, občas selhávají i jiné cesty, kterými bychom byli schopni zjistit informace o jejich identitě.“
10. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Nevím, na to ti bohužel nedám odpověď.“
11. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Ne, nekomplikuje.“
12. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Naštěstí toto ověření probíhá, ještě než vstoupí do ordinace, takže to není součástí mé práce.“
13. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „Zrovna toto není součástí mé práce, za mě každý pacient musí být ošetřen!“
14. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji: „Nekomplikuje, vše je dohledatelné.“

15. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji: „Nesetkal jsem se s tímto případem.“



Graf 10 – Komplikuje práci absence dokladů?

Z výše uvedených odpovědí plyne, že více než polovina, konkrétně 8 z 15 dotázaných, uvádí, že absence dokladů je komplikací při výkonu jejich práce. Naopak 5 z 15 dotázaných nevidí v absenci dokladů problém, jenž by práci komplikoval. Dva z respondentů uvedli, že nevědí, či na otázku nejsou schopni odpovědět.

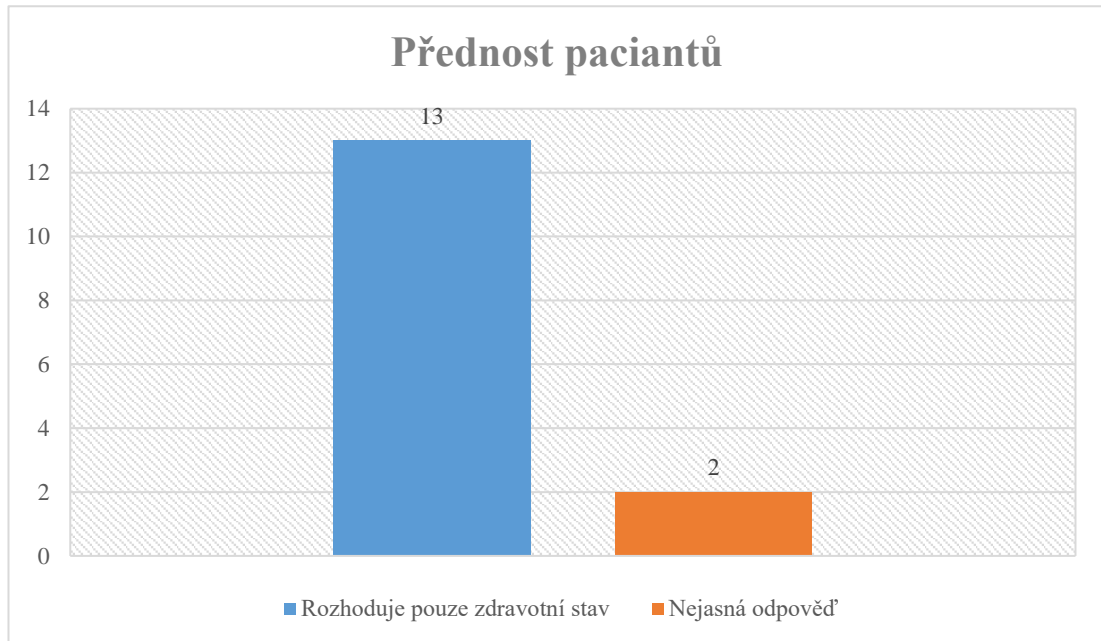
5.1.1.11 Přednost pacientů

Otázka 11: „*Stane se, že při triáži dáte přednost jinému pacientovi?*“

Odpovědi:

1. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*V případě triáže pacientů nesmí docházet k rozhodování na základě příslušnosti k bezdomovecké menšině, nebo jakékoliv jiné menšině. Musí rozhodovat aktuální zdravotní stav.*“
2. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Určení pořadí je na lékaři, a hlavně na zdravotním stavu pacienta.*“
3. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Hodnotí se dle stavu pacienta.*“
4. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Ano, ve chvíli, kdy jiný pacient je v akutnějším stavu.*“
5. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Pacienty třídím dle priority ošetření, tedy dle závažnosti stavu!*“
6. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Dáváme přednost dle závažnosti.*“
7. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Občas.*“
8. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Je to dle stavu a na rozhodnutí lékaře.*“
9. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Běžně, pokud jeho stav vyhodnotíme jako závažnější, tak má přednost před ostatními, no prostě tak jak to správně má být.*“
10. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Ano, stane se to, ale ne z důvodu toho, že je pacient bezdomovec.*“
11. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Záleží čistě na jeho obtížích.*“
12. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Důležité jsou obtíže a nebezpečí z prodlení.*“
13. Pracovník urgentního příjmu v Praze: „*Spíše s ohledem na zápach bezdomovce je ošetřen co nejdříve, co je to možné, pro komfort pacientů v čekárně.*“
14. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji: „*Ne.*“

15. Pracovník urgentního příjmu ve Středočeském kraji: „*To se nestane, vždy záleží na závažnosti zdravotního stavu.*“



Graf 11 – Přednost pacientů

Z výše uvedeného vyplývá, že téměř všichni respondenti, konkrétně 13 z 15 dotázaných, uvedli, že nezáleží na sociální skupině, ale vždy rozhoduje zdravotní stav pacienta. Dva z respondentů na tuto otázku neodpověděli jasně.

5.1.2 Výsledky rozhovorů s bezdomovci v ordinaci Naděje

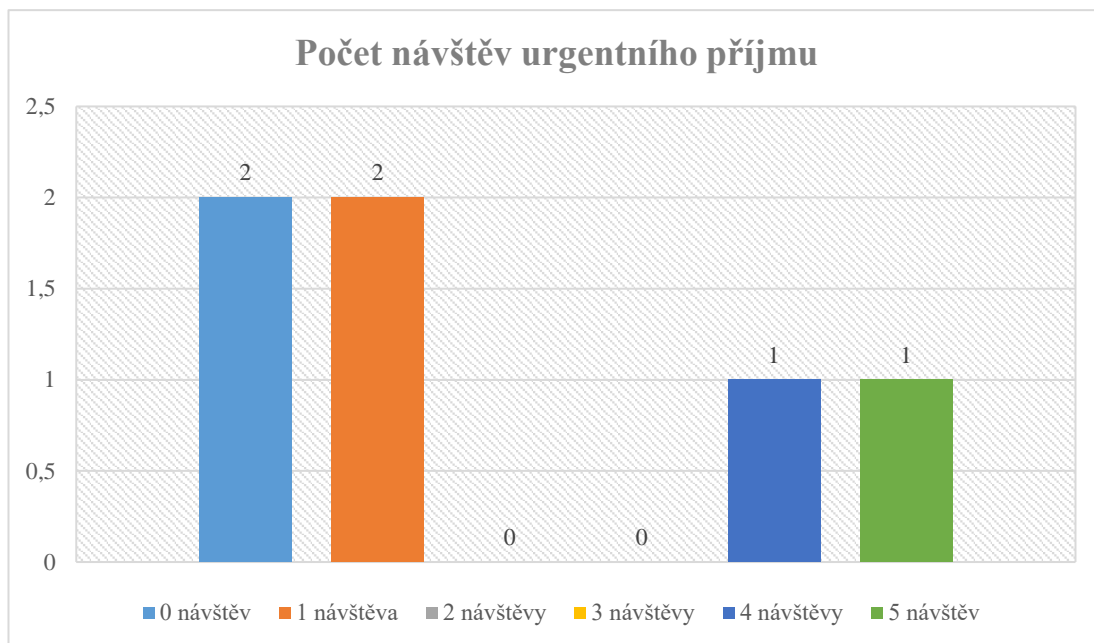
Tyto rozhovory byly vedeny s bezdomovci za účasti a koordinace zdravotní sestry Bc. Jarmily Urbani. Respondenti do ordinace Naděje docházejí častěji. Ke známému člověku mají větší důvěru, jak mě informovala sama Urbani. Zdravotní sestra Jarmila Urbani však také v rámci našeho rozhovoru uvedla: *„Je potřeba počítat s tím, že ne všechny odpovědi mohou být pravdivé.“* Toto tvrzení mi zdravotní sestra předkládala zejména u 2 pacientů, u nichž ví, že na urgentním příjmu byli, ale během rozhovorů to neuvedli nebo popřeli.

5.1.2.1 Intenzita vyhledání urgentního příjmu bezdomovci

Otázka 1: *„Kolikrát jste navštívil urgentní příjem od začátku roku?“*

Odpovědi:

1. Respondent *„1x.“*
2. Respondent *„4x.“*
3. Respondent *„5x.“*
4. Respondent *„1x, ale to mě tam dotáhli poldové, já tam nechtěl.“*
5. Respondent neguje, že by byl v tomto roce na urgentním příjmu.
6. Respondent *„Tam já letos nebyl, však já teď chodím jen k vám.“*



Graf 12 – Počet návštěv na urgentním příjmu

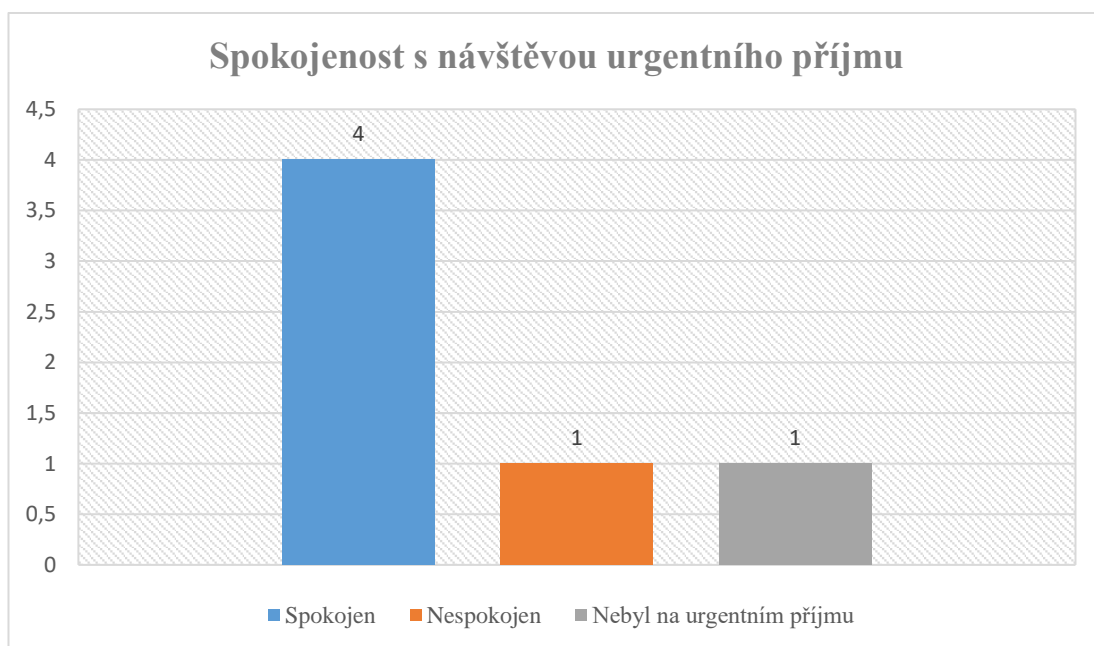
Z výše uvedených dat vyplývá, že jeden z respondentů navštívil urgentní příjem 5x, druhý z dotázaných 4x. Dva z kontaktovaných bezdomovců tvrdí, že na urgentním příjmu byli pouze 1x a dva uvádějí, že urgent nenavštívili vůbec.

5.1.2.2 Spokojenost s pracovníky urgentního příjmu

Otázka 2: „*Jak jste byl spokojen s tím, jak se k vám pracovníci urgentního příjmu chovali?*“

Odpovědi:

1. Respondent „*Jo, byli na mě příjemní, já jim říkal, že jste mě tam poslala vy.*“
2. Respondent „*Jo, byli OK, ani jsem většinou tak dlouho nečekal.*“
3. Respondent „*Fajn, bylo to v pohodě.*“
4. Respondent „*Chovali se ke mně slušně, mnohem víc než ty policajti.*“
5. Respondent Tvrdí, že letos nebyl.
6. Respondent „*Já jsem tam minule byl, a to vám říkám, že tam už nepůjdu, nikdy.*“



Graf 13 – Spokojenost s návštěvou urgentního příjmu

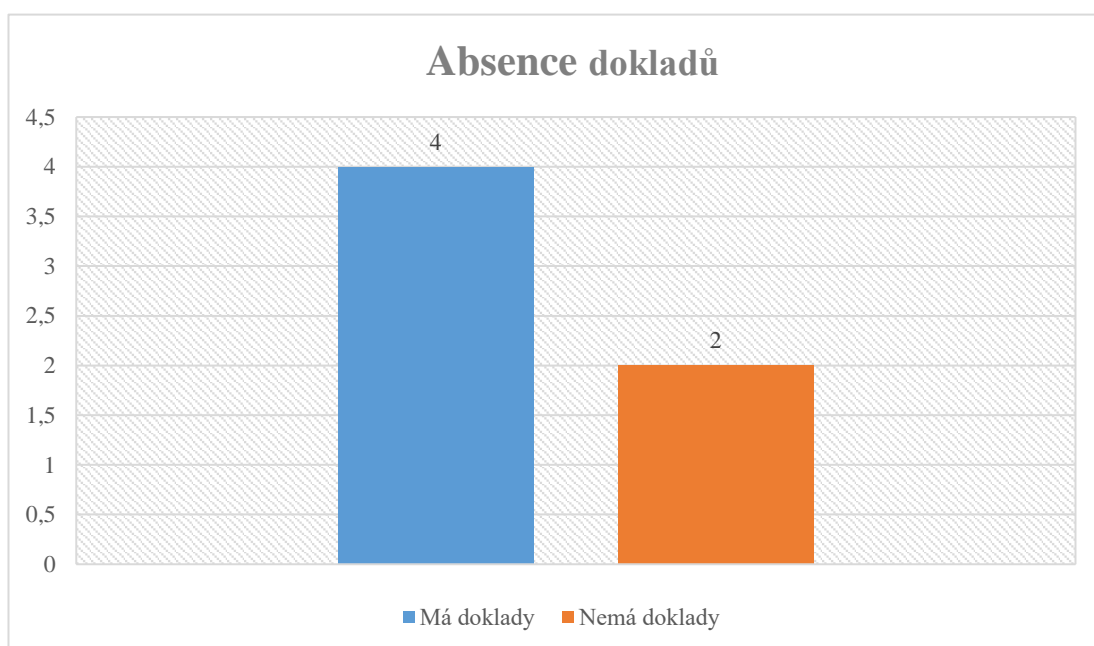
Z 6 dotázaných bezdomovců byli 4 s chováním pracovníků na urgentním příjmu spokojeni, 1 spokojen nebyl a 1 z respondentů nemohl odpovědět, neboť urgentní příjem nenavštívil.

5.1.2.3 Odmítnutí zdravotní péče

Otázka 3: „Odmítli vás někdy přijmout k lékaři kvůli tomu, že jste neměl doklady?“

Odpovědi:

1. Respondent „*Naštěstí mi je ještě nikdo neukradl, dávám si na ně bacha. Ale jo, už třikrát mě nevzali, dvakrát mi tvrdili, že tam není doktor, a jednou mi prostě nedali zprávu, i když jsem ji po nich chtěl.*“
2. Respondent „*Ne, vždy byli v pohodě.*“
3. Respondent „*Ne.*“
4. Respondent „*Úplně v pohodě i když je nemám, ale v pohodě.*“
5. Respondent „*Doklady nemám, ale kam jdu, tam mě znaj tak je to v klidu.*“
6. Respondent „*Já je mám furt u sebe, raději je nikde nedávám, víte proč? No, aby mi je nikdo neukradl, ne?*“



Graf 14 – Absence dokladů

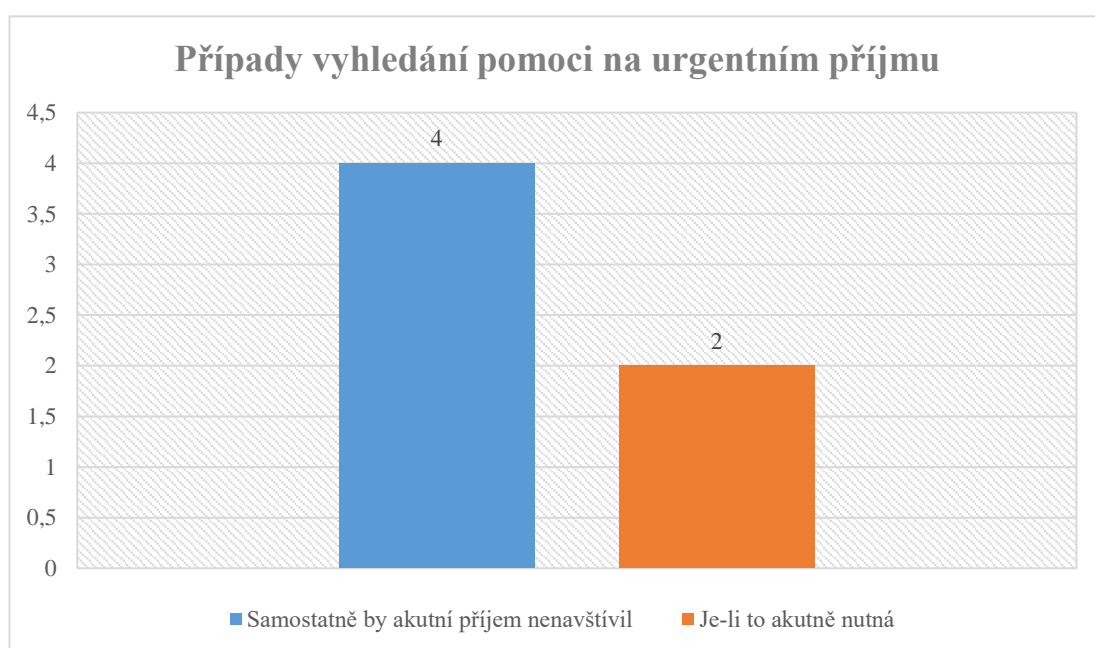
Z výše uvedených odpovědí vyplývá, že 4 z 6 dotázaných mají osobní doklady a 2 z 6 osobní doklady nemají. Ani jeden ze dvou zmíněných se nesetkal s odmítnutím poskytnutí péče na urgentním příjmu kvůli absenci dokladů.

5.1.2.4 Nejčastější příčiny návštěvy urgentního příjmu

Otázka 4: „V jakém případě vyhledáváte pomoc na urgentním příjmu?“

Odpovědi:

1. Respondent „Když fakt musím.“
2. Respondent „No, když nedojdu ani sem, no tak to pak si nechám zavolat, no, jako to fakt pak už bolí.“
3. Respondent „Sám fakt ne, to jenom když mě tam odvezla sanitka.“
4. Respondent „Nešel bych tam vůbec, ale dotáhli mě tam.“
5. Respondent „Nikdy.“
6. Respondent „Jen sem.“



Graf 15 – Případy vyhledání pomoci na urgentním příjmu

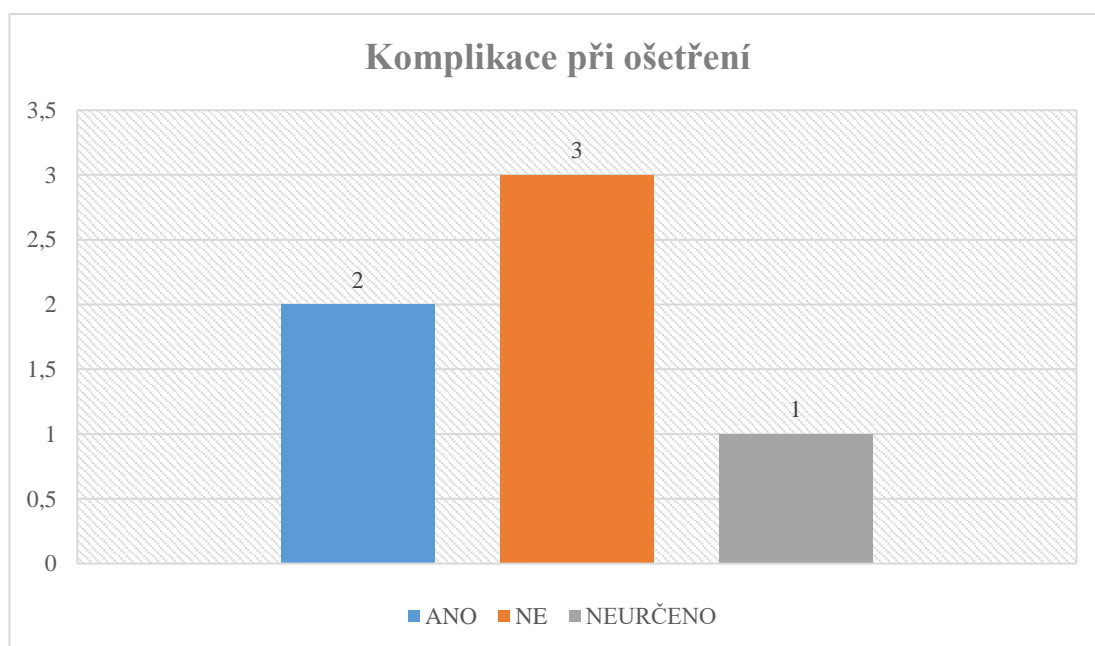
Z rozhovorů plyne, že většina dotázaných tvrdí, že akutní příjem by nenavštívili, nebo by jej nenavštívili z vlastní vůle. Pouze dva z respondentů se jasně vyjádřili k návštěvě akutního příjmu v akutních případech.

5.1.2.5 Spokojenost s ošetřením

Otázka 5: „Nastaly nějaké komplikace nebo nepříjemné situace během vašeho ošetření?“

Odpovědi:

1. Respondent „Už jsem říkal, prostě minule mě poslali domů, anebo tam ten doktor prostě nebyl.“
2. Respondent „Když jsem trochu pil, tak na mě byli pěkně zlí, ale nechali mě vyspat.“
3. Respondent „Ne.“
4. Respondent „Ne.“
5. Respondent „Asi ne.“
6. Respondent „To si nepamatuju.“



Graf 16 – Komplikace při ošetření

Z 6 dotázaných respondentů z řad bezdomovců se 2 setkali s lehkými komplikacemi při příchodu na urgentní příjem. Další 3 respondenti nezmínili žádné komplikace a 1 z dotázaných si toto nepamatuje.

6 DISKUZE

Tato bakalářská práce měla za cíl zjednodušení komunikace zdravotnického personálu s lidmi bez domova. Problematika bezdomovectví je velmi široká, proto se práce nejprve zabývá stručnou historií a definicí, co se pod tímto termínem skrývá. Dále se zabývá cestami vedoucími k bezdomovectví, zde je zřejmé, že se jedná o skupinu lidí s různými životními příběhy a různým vzděláním. Důvodů, které stojí za tím, stát se bezdomovcem, je mnoho, jak také uvádí autoři Vágnerová (2018) nebo Havlík (2019). Liší se také délka jakési životní krize, která tomu předcházela, jak uvádí MPSV (2012). Následně se práce věnuje prevenci. Přesto, že nalezneme mnoho sociálních služeb či organizací věnujících se této problematice, jako jsou nízkoprahová denní centra, azylové domy či terénní pomoc v různých podobách, jeví se mi tato prevence jako nedostačující. Osobně jsem navštívil centrum Naděje, kde probíhaly rozhovory týkající se praktické části této práce. Velmi mě zaujala komplexnost tohoto zařízení, která nabízí denní centrum, pomoc sociálních pracovníků a kurátorů, již pomáhají bezdomovcům s administrativou, která je pro ně samotné takřka nad jejich síly. Důležitou součástí centra Naděje je především obvodní lékař či gynekolog nebo zubař. Nejvíce práce zde zastanou dvě zdravotní sestry, které jsou zde každý všední den a jejichž práce je velmi obětavá. Podstatnou součástí práce je zmapování současného stavu zdravotně-sociální péče v České republice, ta probíhá jak ambulantně, tak i formou terénních služeb. Pracovníci terénních služeb jsou pro pomoc bezdomovcům velmi důležití, tvoří jakýsi pomyslný most mezi zdravotními službami a samotnými bezdomovci. Nabízí nejen základní zdravotní ošetření, ale také informace o dostupnosti další péče. Organizace jako jsou Medici na ulici, jsou velkým přínosem pro tuto problematiku. Rozšíření takových organizací a specializovaných center, jako jsou Medici na ulici nebo Naděje, by mohlo velmi pomoci dané problematice.

Práce se dále zabývá legislativou, ve stejnojmenné kapitole jsou uvedeny zákony, které se dotýkají daného tématu a ovlivňují tak život lidí na ulici. Žádný ze zákonů však necílí konkrétně na osoby bez domova, jak také uvádí Šupková (2007). V naší legislativě, nebo spíš v některých zákonech, shledávám určité překážky. Jednou z nich je například poplatek za ošetření na pohotovosti, jenž platí od roku 2008. I když tento zákon osoby v hmotné nouzi zohledňuje a umožňuje jim odpuštění tohoto poplatku, je nutné opatřit si potvrzení, které nebude starší než 30 dní. Toto se mi jeví pro

bezdomovce jako nereálná podmínka (Šupková, 2007). Jako velmi zásadní vnímám problematiku propouštění osob bez domova ze zdravotních zařízení, neboť tyto osoby nemají vhodné životní podmínky na doléčení nemocí a azylové domy či jiná zařízení, kam bezdomovci směřují, nejsou pro takovou péči zařízené (MPSV 2012). V neposlední řadě se práce zaměřuje na urgentní příjem, postup na urgentním příjmu, triage a komunikaci s pacienty.

V rámci praktické části práce jsem komunikoval s 15 zdravotníky ze 3 různých zdravotnických zařízení. Mezi jednotlivými nemocnicemi shledávám rozdíly zejména v kritériích přijetí, každý urgentní příjem je také zatížen jiným způsobem. Dále se liší typ úrazů či onemocnění, a konečně každý z těchto urgentních příjmů má také jinou dopravní dostupnost.

První otázka rozhovoru se týká nejčastějších chorob, se kterými osoby bez domova přicházejí nebo jsou přivezeni na urgentní příjem. Většina dotázaných, konkrétně 11 respondentů z 15, uvedlo, že mezi nejčastější příčiny patří ethylismus, jak je také zobrazeno v grafu číslo 1. Z uvedených odpovědí je zřejmé, že nadměrné užívání alkoholu může být také vedlejší příčinou, tedy že může stát za následnými chorobami či zraněními. Tyto výsledky tak odpovídají na průzkumnou otázku O1, že nejčastější vedlejší příčinou, se kterou bezdomovci přicházejí na urgentní příjem, je ebrieta.

Toto tvrzení dokládá i tabulka uvedená v příloze 1. Ze zmíněné tabulky, která zaznamenává příjem bezdomovců na urgentním příjmu Fakultní nemocnice Bulovka po dobu 1 měsíce však vyplývá, že pacientů s ebrietou je téměř 55 %. Konkrétně tedy 28 z 51 přijatých bezdomovců. Záznamy o ošetření bezdomovců pro tuto práci poskytl vedoucí nelékařských zdravotních pracovníků odd. urgentního příjmu FNB, Bc. Svatopluk Žáček.

K užívání alkoholu také směřovala má otázka číslo 5, kde jsem se respondentů dotazoval, v kolika z 10 případů je bezdomovec přijat na urgentní příjem pod vlivem návykových látek. Celkově se jedná o 8,5 případů z 10. Zde je patrné, že zdravotníci z nemocnice ve Středočeském kraji uvádějí pouze 5-6 případů z 10. Oproti zdravotníkům z nemocnic v Praze, kteří uvádějí 8-10 případů. Zde by mohla hrát svou roli lokalita a dostupnost nemocnice. K podobným výsledkům došla ve své diplomové

práci také Růžičková (2012), která uvádí až 70 % intoxikovaných pacientů z řad bezdomovců. Ethylismus může být při hospitalizaci velký problém, neboť při absenci alkoholu dochází k deliriu tremens a je nutné pacientům podávat benzodiazepiny, jak během našeho rozhovoru uvedl Bc. Svatopluk Žáček, vedoucí nelékařského personálu. Toto tvrzení uvádí také Žáková (2016) ve své bakalářské práci.

Další otázka, číslo 4, směřovala na pohlaví pacientů bez domova. Patnácti zdravotníků jsem se dotazoval, zda urgentní příjem navštěvují častěji muži nebo ženy. Zde se všichni dotazovaní shodli na jednotné odpovědi, tedy že muži navštěvují urgentní příjem častěji. Stejného názoru je také Halamová (2011), která uvádí také, že mezi bezdomovci je všeobecně více mužů než žen. V rozhovorech se zdravotníky si také lze povšimnout zajímavého faktu, že pracovník urgentního příjmu nemocnice v Praze zmiňuje, že ženy bývají často v horším zdravotním stavu než muži. Částková (2022) také uvádí, že mnoho žen žije formou skrytého bezdomovectví. Jedná se o ženy, které se se statutem bezdomovkyně neztotožňují a na ulici nepřespávají, i když žádný domov nemají.

Jedna z mých otázek směřovala také na rozdílnost mezi bezdomovci, zde je jasně zřetelné, že zdravotníci vidí i v této specifické skupině důležité rozdíly, a to nejen co se týká jejich chování či vzhledu, ale také i v požadavcích na péči. Opět zde hraje výraznou roli alkohol. Jak uvedlo 6 z dotázaných, chování bezdomovců je alkoholem velmi ovlivněno.

Z mého pohledu jsou velmi zajímavé odpovědi, týkající se způsobu příchodu na urgentní příjem. Z rozhovorů se zdravotníky jasně plyne, že většina respondentů tvrdí, že bezdomovci přicházejí na urgentní příjem převážně samostatně. Jejich cílem často bývá právě hospitalizace, jak uvedlo 10 z 15 respondentů. 7 z dotázaných také zmínilo, že touha po hospitalizaci je závislá na roční době a počasí, jak si můžeme všimnout na grafech číslo 3 a 4. Dle tabulky FNB v příloze číslo 1, však můžeme sledovat, že bezdomovci se k ošetření na urgentním příjmu Fakultní nemocnice Bulovka, konkrétně v měsíci lednu, dostávají samostatně pouze v ojedinělých případech. Valná část bezdomovců je na urgent dopravena ZZS. Z rozhovorů s bezdomovci dále plyne, že 4 ze 6 osob by urgentní příjem sami nevyhledali, jak je viditelné také z grafu číslo 16. Tento fakt však může být ovlivněn typem bezdomovců, s nimiž rozhovory

probíhaly. Jednalo se o pacienty centra Naděje, kteří lékařskou i jinou pomoc vyhledávají právě v tomto centru. Můžeme tedy předpokládat, že díky návštěvám centra je jejich zdravotní stav poměrně dobrý. Také je pravděpodobné, že v případě, že hledají pouze teplo a přespání, půjdou právě do centra Naděje a nikoli na urgentní příjem.

Z tabulky FNB, jež je součástí přílohy číslo 1 číslo, je viditelné, že hospitalizováno bylo 12 pacientů, dalších 15 pacientů bylo odesláno do protialkoholní záchytné stanice a pouze 1 pacient byl odeslán do sociálního centra Armády spásy. Důležitých je 23 z 51 pacientů, kteří byli propuštěni v měsíci lednu na ulici. I když ze zmíněné tabulky plyne, že se převážně jednalo o pacienty, kteří si přivodili pád v ebrietě, kde je vhodné místo pro jejich následnou péči? Zákon sociálním službám neumožňuje lékařskou péči, tak jak je to například v domovech pro seniory. Noclehárny a jiná centra nejsou pro následnou péči vybavena. Záchytné stanice také nejsou vhodné pro osoby s poraněním. Kde by měl tento koloběh tedy skončit?

Jedna z mých otázek se také zaměřila na komunikaci s pacienty bez domova. Zde se většina dotázaných shoduje, že v komunikaci jsou určité rozdíly. Jedná se o postupy jako je řízení rozhovoru, direktivnost, často se také objevuje nutnost mluvit nahlas a jednoduše nebo potřeba získávat informace více, než je tomu u jiných pacientů. Zdravotníci dále uvádějí, že komunikace je obtížnější s pacienty v ebrietě. Se stejnými názory se setkává také Růžičková (2012). Potíže s komunikací v 60 % případů uvádí také Šupková (2007), ta upozorňuje na častou lhostejnost ze strany bezdomovců, která může způsobovat pocit marné práce ze strany zdravotníků. Tento problém shledávám zásadní, jelikož může docházet k poklesu motivace pomáhat bezdomovcům. Zdravotníci také uvádějí, že je obtížné od takových pacientů získávat informace o zdravotním stavu, proto je nutné komunikaci vhodně přizpůsobit. Dalším problémem může být nepravdivost údajů. V rámci získávání rozhovorů s bezdomovci jsem byl zdravotní sestrou Bc. Jarmilou Urbani upozorněn na nepravdivost některých údajů, podle jejích zkušeností bezdomovci zdravotníkům často lžou a zamlčují údaje o svém zdravotním stavu. Z výše uvedeného je tedy zřejmé, že komunikace je základem práce s osobami bez domova. V té se občas vyskytují překážky, ovšem je potřeba je překonávat. Určitá pravidla a postupy při komunikaci s pacienty bez domova, ať již

střízlivými nebo ovlivněnými alkoholem, uvádí například Ptáček (2011), viz kapitolu Komunikace. Výše uvedeným lze pokládat cíl práce za splněný.

Samotní dotázaní bezdomovci byli ve většině případů s komunikací zdravotníků spokojeni, 4 ze 6 uvádějí, že komunikace byla v pořádku. Odpověď na průzkumnou otázku 4 je ano. Pacienti bezdomovci jsou s přístupem zdravotníků spokojeni. K podobným výsledkům došla ve své práci také Růžičková (2012), která se setkala se spokojeností z řad bezdomovců u 7 ze 7 respondentů. Otázky týkající se komunikace tak splňují dílčí cíle práce C1 a C2.

Při práci s pacienty bez domova se může lišit postup ošetření, k čemuž také směřovala má otázka číslo 7 a zároveň i průzkumná otázka práce číslo 2. V tomto ohledu se 9 z 15 dotázaných vyjádřilo tak, že vidí rozdíl v ošetření pacientů bezdomovců. Respondenti nejčastěji vidí odlišný přístup zejména v nutnosti hygieny, kdy je pacient nejprve osprchován a převlečen. Tedy pokud to akutnost jeho stavu dovolí. S tímto názorem se shoduje také Šupková (2007), která uvádí, že příjem bezdomovce je pro zdravotní zařízení zátěží, mimo jiné právě z důvodu malhygieny. I přes tato specifika ošetření se jednoznačně dotázaní shodují, že pacientům bezdomovcům nedávají přednost či je naopak neznevýhodňují oproti ostatním pacientům. Všichni respondenti uvádějí, že se přihlíží pouze ke zdravotní stavu pacienta. Tím se minimalizuje nebezpečí zhoršení zdravotního stavu z prodlení. Nedostatečná hygiena je také jeden z nejčastějších problémů, který zdravotníci uvádějí. Nejčastěji zdravotníci během rozhovorů uváděli zápach, malhygienu a infekční onemocnění. S těmito názory se shodují také práce Růžičkové (2012) nebo Tauchmanové (2014).

Další potíž, která může nastat při ošetření, jsou chybějící doklady totožnosti nebo absence zdravotního pojištění. 8 z 15 dotázaných uvedlo, že identifikace osob bez dokladů je náročná. 5 z 15 respondentů toto nepovažuje za problémové nebo se jich ověřování totožnosti netýká. Zde může svou roli sehrát například různý způsob přijímání pacientů, tedy organizace recepce, zda je pacient směřován nejprve na recepci či přímo do ambulance. Potíže v administrativní části práce zdravotníků však uvádí například Šupková (2007), která píše, že potíže se objevují ve více než 84 %. Podobné závěry výzkumu uvádí také Tauchmanová (2014), která potíže

s administrativou uvádí u 80 % zdravotních sester pečujících o bezdomovce. Fišerová (2019) ve své práci uvádí, že pouze 1 z 10 dotázaných považuje zátěž v administrativě a velmi vysokou, dalších 6 respondentů ji považuje pouze za mírně vysokou a 3 respondenti zde nevidí problém.

Z tabulky FNB, příloha číslo 1, také vyplývá, že z 51 případů bylo pouze 11 % bezdomovců, kteří neměli pojištění. Pacienti bez dokladů však musí být v případě ohrožení života ošetřeni, což je také odpověď na průzkumnou otázku 3. U osob bez dokladů se můžeme setkat s uvedením osoby jako „neznámá“. Toto však může komplikovat dohledání předešlých úrazů a nemocí. Proto považuji za podstatné zmírnit zátěž na zdravotníky, která se týká administrativy. Dle mého názoru by tyto činnosti měly být řešeny ihned po příchodu na recepci, a to v každé nemocnici. Věřím, že zmírnění této části zátěže by mohlo pomoci v komunikaci s pacienty bez domova.

U bezdomovců se objevuje opačný názor, nikdo z dotázaných se nesetkal s problémem z důvodu absence dokladů. 4 z respondentů doklady mají, 2 doklady nemají, ale ani tak neměli s ošetřením problém. Zde může opět hrát svou roli centrum Naděje, kam tito dotázaní dochází a kde najdou vždy potřebnou pomoc.

Z terénního šetření i ze své praxe tedy mohu říct, že pacienti bez domova jsou různí. Pokud bezdomovci směřují na urgentní příjem pouze za účelem noclehu, nemají doklady, jsou v podnapilém stavu, vulgární či nespolupracují, je taková práce pro zdravotníky velkou zátěží a není se čemu divit, že mnohdy považují tuto odvedenou práci za marnou. Pokud by se však dalo tomuto předejít, věřím, že by tato práce pro zdravotníky nebyla takovou zátěží. Vždyť každý zdravotník chce pomáhat lidem a věřím, že je mnoho lidí, kteří pomoc vyloučené skupině považují za opravdu hodnotnou. Dovedu si představit, že řada bezdomovců by se osprchovala a využila čisté šaty a tím tak trochu zjednodušila práci a zlepšila pohled zdravotníků. Důležitou roli zde mohou sehrát terénní pracovníci, kteří často budí v bezdomovcích důvěru a dovedou je nasměrovat na místo, kde se jim dostane patřičné pomoci. Za ideální bych považoval zřízení více center typu Naděje, kde jsou na bezdomovce připraveni, budují si jejich důvěru, a tak jim dovedou lépe pomáhat. Důvěra ve zdravotnictví ze strany bezdomovců by rozhodně přispěla k usnadnění práce zdravotníků, a tak i ke zlepšení vzájemné komunikace. Toto zjištění bylo také hlavním cílem této bakalářské práce.

7 ZÁVĚR

V 90. letech se v České republice začalo objevovat bezdomovectví v podobě, jakou známe dnes, tedy lidé bez domova posedávající na nádraží apod. Na tyto osoby se tak zaměřuje má práce. Konkrétně na bezdomovce na urgentním příjmu. V rámci teoretické části se práce věnuje cestám vedoucím k bezdomovectví a jednotlivým typům bezdomovců. Dále se práce zaměřuje na legislativu a současný stav zdravotně-sociální péče v České republice. V neposlední řadě se práce zabývá fungováním urgentního příjmu a především specifickou komunikací s bezdomovci.

Zdravotníkům nejvíce komplikuje práci s bezdomovci ebrieta a případná následná agrese. Průběh ošetření bezdomovců je odlišný od ostatní populace, zejména nutností provedení hygieny a výměny ošacení. Zdravotníci uvádějí, že většina bezdomovců si hospitalizaci přeje, sami bezdomovci však tvrdí, že urgentní příjem by vyhledali pouze v případě akutní nouze. I přes tato fakta a odlišný způsob komunikace jsou bezdomovci s péčí zdravotníků převážně spokojeni.

Jako hlavní problém shledávám nedostatek dat o bezdomovcích, která nemá k dispozici ani Zdravotní statistický úřad. Je tak těžké cílit pomoc do konkrétních míst. Velkým přínosem je fungování terénních služeb, jako jsou Medici na ulici. Takové služby bych doporučil rozšířit a v ideálním případě propojit jejich fungování se zdravotním zařízením. Závažným problémem, se kterým se zdravotníci setkávají je následná péče. Tedy kam s bezdomovcem, u kterého je třeba doléčit různá zranění či choroby v případech, kdy není nutná hospitalizace. Na toto zákony ČR nepomýšlejí. Tito pacienti, tak končí zpět na ulici, kde nejsou vhodné podmínky na doléčení.

Doporučení do praxe, které tato práce přináší, je nutnost rozšíření specializovaných zdravotně sociálních center, kde se lidem bez domova dostane veškeré pomoci, od noclehu, přes lékaře či pomoci s administrativou. Zdravotníci působící v těchto centrech mají s lidmi bez domova praxi, ovládají specifickou komunikaci s osobami v nouzi, bezdomovci jim důvěřují. Věřím, že větší výskyt těchto center, by zvýšil důvěru bezdomovců ve zdravotnictví a snížil by počty pacientů bez domova na urgentním příjmu.

8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Životní a existenční minimum, 2023. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 5.1.2023 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/zivotni-a-existencni-minimum>

Medici na ulici [online], 2023. Praha: Medici na ulici [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://medicinaulici.cz/>

Osobní doklady, 2023. *Ministerstvo vnitra České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2023 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/osobni-doklady-642319.aspx?q=Y2hudW09MTI%3D>

ČÁSTKOVÁ, Denisa, Denisa SADOVÁ a Lucie VLACHOVÁ, 2022. *Bezdomovectví žen. Fórum sociální práce* [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2022, **2022**(1), 6 [cit. 2023-04-30]. Dostupné z: <https://lurl.cz/3rRGv>

Věstník [online], 2020. 2020. [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://lurl.cz/Wrny4>

HAVLÍK, Tony, 2019. *Homeless guide: jak přežít na ulici a užít si to*. 1. V Brně: BizBooks. ISBN 978-80-265-0885-4.

Stream: Bez domova [online], 2019. Praha: Stream [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.stream.cz/bez-domova>

FIŠEROVÁ, Lenka, 2019. *Zátěžové faktory zdravotníků na urgentním příjmu*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Vedoucí práce PhDr. Natálie Beharková, Ph.D.

Zdravotně-sociální pomezí v sociálních službách, 2023. *Charita* [online]. Praha: VIZUS.CZ, 2019 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.charita.cz/>

VÁGNEROVÁ, Marie, Jakub MAREK a Ladislav CSÉMY, 2018. *Bezdomovectví ve středním věku: příčiny, souvislosti a perspektivy*. 1. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4054-9.

POLÁK, Martin, 2018. *Třídění pacientů na oddělení emergency, aneb, Návrh, jak by to mohlo vypadat*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4650-3.

Vita Nostra Revue: Časopis 3. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy [online], 2018. 28. Praha: Lékařská fakulta Univerzity Karlovy [cit. 2023-04-15]. ISSN 1212-5083. Dostupné z: <https://lurl.cz/Kr8ta>

Lidé bez domova, 2016. *Armáda spásy* [online]. Praha: Armáda spásy, 2016 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://lurl.cz/Vrn8s>

ŽÁKOVÁ, Magdalena, 2016. *Pacient s diagnózou delirium tremens v intenzivní péči*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. František Dolák, Ph.D.

Konsensuální konference o bezdomovectví v České republice: sborník z konference : Praha, 26.-27.11.2014, 2015. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7421-094-5.

Podpora sociálního začleňování na místní a regionální úrovni: Návrh na řešení vybraných zdravotně-sociálních aspektů spojených s problematikou bezdomovectví s vazbou na regionální a místní specifika [online], 2015. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://lurl.cz/Yrnya>

TAUCHMANOVÁ, Lenka, 2014. *Bezdomovec očima všeobecných sester*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce PhDr. Hana Svobodová.

Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020, 2014. 1. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-062-4.

Lidé bez domova, 2023. *Naděje* [online]. Praha: Naděje [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://lurl.cz/Trn8j>

VÁGNEROVÁ, Marie, Ladislav CSÉMY a Jakub MAREK, 2013. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. 1. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2209-5.

Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči [online], 2013. 2013. [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2013_03.pdf

RŮŽIČKOVÁ, Veronika, 2012. *Bezdomovec jako pacient*. Zlín. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

MAREK, Jakub, Aleš STRNAD a Lucie HOTOVCOVÁ, 2012. *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0090-1.

MPSV: Souhrnný materiál pro tvorbu Koncepce práce s bezdomovci v ČR na období do roku 2020 [online], 2012. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://lurl.cz/Orncf>

VOJTÍŠEK, Petr, 2012. *Výzkumné metody*. 1. Praha: VOŠSP. ISBN 978-80-90-51-09-3-7. ISSN 978-80-90-51-09-3-7.

BARTÁK, Miroslav, 2011. *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. 1. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem. ISBN 978-80-7414-441-7.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

KREJČÍŘOVÁ, Olga a Ivana TREZNEROVÁ, 2011. *Malý lexikon sociálních služeb*. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2754-6.

HALAMOVÁ, Anna, 2011. *Ženy bez přístřeší jako téma teologické etiky*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce ThLic. Ing. René Milfait, Th.D.

PRŮDKOVÁ, Táňa a Přemysl NOVOTNÝ, 2008. *Bezdomovectví*. 1. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-100-0.

ŠUPKOVÁ, Danuše, Jaromír PEŠEK, Luděk TRNKA, Helena VIDOVIČOVÁ a Jana VOLNÁ, 2007. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2245-0.

ČESKÁ REPUBLIKA, 2000. Vyhláška o omezujících opatřeních k zabezpečení místních záležitostí veřejného pořádku v souvislosti se žebráním. In: *04/200*. Praha: Zastupitelstvo hlavního města Prahy, ročník 2000, číslo 14. Dostupné také z: <https://lurl.cz/prny2>

Zastupitelstvo hlavního města Prahy: Vyhláška o omezujících opatřeních k zabezpečení místních záležitostí veřejného pořádku v souvislosti se žebráním., 2000. In: . Praha: Zastupitelstvo hlavního města Prahy, ročník 2000, číslo 14.

HRADECKÁ, Vlastimila a Ilija HRADECKÝ, 1996. *Bezdomovství: extrémní vyloučení*. 1. Praha: Naděje. ISBN 80-902292-0-4.

HAASOVÁ, Jana. [online]. [cit. 2023-04-30].

Armáda spásy [online]. [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://lurl.cz/Vrn8s>

ČÁSTKOVÁ, Denisa, Denisa SADOVÁ a Lucie VLACHOVÁ. *Bezdomovectví žen*. Praha.

Podpora sociálního začleňování na místní a regionální úrovni: Návrh na řešení vybraných zdravotně-sociálních aspektů spojených s problematikou bezdomovectví s vazbou na regionální a místní specifika. 52.

Věstník.

Česká televize, 2021. *S mediky na ulici* [online]. Praha: Česká televize [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://www.ceskatelevize.cz/>

9 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

| | |
|--|----|
| Graf 1 – Nejčastější onemocnění u bezdomovců..... | 33 |
| Graf 2 – Rozdíly v chování, vzhledu a požadavcích na péči | 35 |
| Graf 3 – Způsob příchodu na urgentní příjem | 37 |
| Graf 4 – Chtějí bezdomovci hospitalizaci? | 37 |
| Graf 5 – Abuzus alkoholu..... | 40 |
| Graf 6 - Je komunikace s pacientem bezdomovcem odlišná?..... | 42 |
| Graf 7 – Je postup ošetření bezdomovců odlišný? | 44 |
| Graf 8 – Obtíže u ošetření..... | 46 |
| Graf 9 - Zamysleli jste se někdy nad příběhy této skupiny lid? | 48 |
| Graf 10 – Komplikuje práci absence dokladů?..... | 50 |
| Graf 11 – Přednost pacientů | 52 |
| Graf 12 – Počet návštěv na urgentním příjmu | 54 |
| Graf 13 – Spokojenost s návštěvou urgentního příjmu..... | 55 |
| Graf 15 – Absence dokladů..... | 56 |
| Graf 16 – Případy vyhledání pomoci na urgentním příjmu | 57 |
| Graf 17 – Komplikace při ošetření..... | 58 |

10 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

| | |
|---|----|
| Tabulka 1 – Počty rozhovorů a respondentů | 31 |
|---|----|

11 SEZNAM PŘÍLOH

| Věk | Pojišťovna | Doprava | Pohlaví | Diagnóza hlavní | Diagnóza vedlejší | Text knihy | Poznámka | Umístění |
|-----|------------|---------|---------|-----------------|-------------------|---|------------------|----------------------|
| 63 | 111 | ZZS HMP | žena | Y871 | | napadení | | CHIR AMB |
| 25 | 330 | ZZS HMP | muž | G407 | ebrieta | po EPI v ebrietě | | PZS |
| 31 | 111 | ZZS SŠK | muž | S009 | | úraz brady po výbuchu petardy | | plastika |
| 42 | 201 | ZZS HMP | žena | S003 | | tržná rána hlava – napadení | | dimise |
| 58 | 211 | ZZS HMP | muž | S009 | | po pádu – EE | | dimise |
| 45 | 213 | ZZS HMP | muž | F100 | ebrieta | pád v ebrietě | | PZS |
| 55 | 213 | ZZS HMP | muž | I832 | ebrieta | pád v ebrietě | | PZS |
| 37 | 111 | ZZS HMP | muž | S009 | ebrieta | vypadl z MHD – ebrieta | s ochrankou | PZS |
| 55 | 213 | ZZS HMP | muž | R460 | ebrieta | Epistaxe – po pádu | s ochrankou | PZS |
| 42 | 111 | ZZS HMP | muž | S009 | | Pád – EE | | PZS |
| 47 | 444 | SÁMA | muž | S009 | ebrieta | pád v ebrietě | přijel s PČR | PZS |
| 33 | 444 | ZZS SŠK | muž | F100 | ebrieta | pád v ebrietě | | PZS |
| 42 | 201 | ZZS HMP | žena | S009 | ebrieta | Pád – na eskalátorech | | PZS |
| 61 | 444 | ZZS HMP | muž | F100 | ebrieta | pád v ebrietě | | dimise |
| 52 | 111 | ZZS HMP | muž | F100 | ebrieta | pád v ebrietě | | dimise |
| 28 | 207 | ZZS HMP | muž | F100 | ebrieta | pád v ebrietě | | PNB |
| 25 | 111 | ZZS HMP | muž | F100 | ebrieta | pád v ebrietě | | PZS |
| 40 | 207 | ZZS HMP | žena | F100 | ebrieta | úraz hlavy | 2x ochranka | PZS |
| 60 | 111 | ZZS HMP | žena | S099 | | opakované pády | hep B | interní JIP |
| 45 | 111 | ZZS SŠK | muž | S009 | ebrieta | pád v ebrietě | | CHIR AMB |
| 47 | 213 | ZZS HMP | muž | S009 | | nalezen u metra vydávající neurčené křiky | | interní JIP |
| 48 | 111 | ZZS HMP | muž | S009 | | voláno HP pro pád na hlavu | | oční amb |
| 30 | 211 | ZZS HMP | muž | S000 | | úraz hlavy | pád | CHIR JIP |
| 46 | 201 | ZZS HMP | muž | S019 | | úraz hlavy | napadení | dimise |
| 44 | 111 | ZZS HMP | muž | S009 | | Stp napadení | | dimise |
| 23 | 607 | ZZS HMP | muž | Y871 | | Stp napadení | | dimise |
| 33 | 207 | ZZS HMP | muž | S099 | | donucovací prostředky PČR – EE | PČR | dimise |
| 73 | 111 | ZZS HMP | muž | S099 | | Ležel na chodníku, přivolána RZP | | dimise |
| 46 | --- | 2222 | muž | --- | | kolaps | u budovy infekce | interní amb |
| 45 | 207 | ZZS HMP | muž | S202 | | ležící muž volající pomoc | | dimise |
| 77 | 111 | ZZS HMP | muž | S099 | | pád | | dimise |
| 76 | 111 | ZZS HMP | muž | S099 | | pád | | dimise |
| 48 | 111 | ZZS HMP | muž | S019 | ebrieta | ebrieta | | dimise |
| 62 | 111 | ZZS HMP | žena | S009 | | pád | | armáda spásy |
| 34 | 111 | ZZS HMP | muž | Y871 | | Stp napadení | | dimise |
| 48 | 111 | ZZS HMP | muž | S009 | ebrieta | pád z tramvaje | | dimise |
| 55 | 213 | ZZS HMP | muž | F100 | ebrieta | pád v ebrietě | | dimise |
| 57 | 444 | ZZS HMP | muž | S009 | ebrieta | pád v ebrietě | | neurologie |
| 50 | 201 | ZZS SŠK | muž | S000 | ebrieta | úraz hlavy | ostraha | PZS |
| 80 | 111 | ZZS HMP | muž | S000 | ebrieta | úrau hl | | dimise |
| 47 | 213 | ZZS HMP | muž | F100 | ebrieta | pád v ebrietě | | dimise |
| 60 | 211 | ZZS HMP | žena | F100 | ebrieta | pád v ebrietě | | infekční |
| 49 | 111 | ZZS HMP | muž | Y041 | | Stp napadení | ostraha | dimise |
| 47 | 213 | ZZS HMP | muž | F100 | | opakované pády | ostraha | dimise |
| 65 | 111 | ZZS HMP | muž | S009 | ebrieta | pád v ebrietě | | odchází bez výsledku |
| 44 | 999 | ZZS HMP | muž | S009 | ebrieta | pád v ebrietě | | PZS |
| 55 | 207 | Interna | muž | S009 | | pád ze schodů | | dimise |
| 38 | 201 | ZZS SŠK | žena | Y871 | | Stp napadení | | dimise |
| 36 | 111 | ZZS SŠK | muž | T068 | | pád ze schodů | | PZS |
| 30 | 111 | ZZS HMP | muž | S009 | | potyčka mezi bezdomovci | | PZS |
| 61 | 111 | ZZS HMP | muž | R410 | epilepsie | stp epi | | interna amb |

D

David Potužník <potuznikdavid@gmail.com>

komu: Jarmila ▾

10. 5. 2023 12:29 (před 3 dny)

Dobrý den,

Již dopisuji poslední věci do mé bakalářské práce a chtěl jsem Vás touto formou požádat zda mohu zmiňovat Vaše jméno v mé bakalářské práci.

Byla byste zmíněna že jste byla přítomna u rozhovorů s bezdomovci a že jste mi sdělila jak funguje vaše ordinace.

Není žádný problém Vám v případě zájmu tuto práci poslat.

Předem moc děkuji a přeji krásný zbytek dne.

David Potužník

pá 21. 4. 2023 v 14:14 odesílatel David Potužník <potuznikdavid@gmail.com> napsal:

...

J

Jarmila Urbani

komu: mně ▾

10. 5. 2023 14:44 (před 3 dny)

Dobrý den,

ano, můžete uvést mé jméno do své práce.

Budu velmi ráda, kdybyste mi poslal svou práci.

S přáním krásného dne

BC. JARMILA URBANI

VEDOUČÍ ORDINACE

NADĚJE

U BULHARA EV.Č. 46 , 120 00 PRAHA 2

+420 775 868 861, JARMILA.URBANI@NADEJE.CZWWW.NADEJE.CZ[POMÁHEJTE SPOLEČNĚ S NÁMI](#)

Příloha 2 – Souhlas s citací

D

David Potužník <potuznikdavid@gmail.com>

komu: Svatopluk ▾

st 10. 5. 12:33 (před 3 dny)

Dobrý den,

Již dopisuji poslední věci do mé bakalářské práce a chtěl jsem Vás touto formou požádat zda mohu zmiňovat Vaše jméno v mé bakalářské práci.

Byl byste zmíněn že jste mi poskytl tabulku kterou ve své bakalářské práci velice používám a také v případě kdy píšu o podávání benzodiazepinů v případech kdy je bezdomovce třeba hospitalizovat a on je závislý na alkoholu.

Není žádný problém Vám v případě zájmu tuto práci poslat.

Předem moc děkuji a přeji krásný zbytek dne.

David Potužník

pá 28. 4. 2023 v 21:36 odesílatel David Potužník <potuznikdavid@gmail.com> napsal:

...

B

Bc. Svatopluk ŽÁČEK

komu: mně ▾

st 10. 5. 12:39 (před 3 dny)

Davide jasný použijte mě :)

--

Svatopluk Žáček

vedoucí nelékařských zdravotnických pracovníků odd. urgentního příjmu FNB

Fakultní nemocnice BulovkaBudínova 67/2, 180 81 Praha 8, www.bulovka.cz

telefon: +420 26608 4525, mobil: +420 603 821 696

Příloha 3 – Souhlas s citací

Smlouva o spolupráci při šetření pro účely vypracování závěrečné práce
uzavřená v souladu s ustanovením § 1746 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění
pozdějších předpisů (dále jen „**Občanský zákoník**“)
(dále jen „**Smlouva**“)

Smluvní strany:

Fakultní nemocnice Bulovka

se sídlem: Budínova 67/2, 180 81 Praha 8
IČO: 00064211
DIČ: CZ00064211
zastoupená: Mgr. Soňa Mendlová, náměstkyně pro oš. péči, na základě pověření
bankovní spojení: Česká národní banka
číslo účtu: 16231081/0710
(dále jen „**FNB**“)

a

Jméno a příjmení: David Potužník
datum narození: 9.4.1999
bytem: Uhelná 43, Zbuzany
(dále jako „**student**“)

(FNB a student dále společně jako „**smluvní strany**“ nebo jednotlivě jako „**smluvní strana**“)

I.

Úvodní ustanovení

- 1) FNB je státní příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky, která byla dle ustanovení § 54 odst. 2 zákona č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích, ve znění pozdějších předpisů, zřízená zřizovací listinou Ministerstva zdravotnictví ze dne č. j. MZDR 17268-XI/2012 ze dne 29. 5. 2012, ve znění pozdějších změn provedených Opatřeními Ministerstvem zdravotnictví naposledy vydaného pod č. j. MZDR 54541/2020-2/OPR ze dne 22. prosince dle § 2 odst. 1 a § 4 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.
- 2) Předmětem činnosti FNB je zejména poskytování ústavní i ambulantní komplexní všeobecné zdravotní péče. Předmětem činnosti FNB je dále podílení se na zdravotnické výchově a vzdělávání.
- 3) Student je fyzická osoba, aktuálně studující v prezenční formě studia v oboru zdravotnické záchranářství na FBMI ČVUT v Praze, což dokládá aktuálně platným potvrzením o studiu. Pro potřeby úspěšného ukončení studia student vypracovává závěrečnou práci, jejíž součástí je také praktická část ve formě šetření prováděného ve FNB.

II.

Předmět a účel Smlouvy

- 1) Předmětem této Smlouvy je úprava právních vztahů smluvních stran při provádění šetření studenta ve FNB pro účely vypracování závěrečné práce studenta.
- 2) Smluvní strany se dohodly, že FNB za účelem provedení šetření umožní studentovi přístup na vybrané pracoviště FNB, kde student získá informace potřebné pro vypracování závěrečné práce.
- 3) Účelem této Smlouvy je zajištění provedení šetření studenta ve FNB ve formě pozorování a vytvoření kazuistiky, pro účely získání dat a informací potřebných pro vypracování závěrečné práce studenta, tedy pro studijní účely (dále jen „**šetření**“).