ARMÁDA SPÁSY

PRŮVODCE POULIČNÍ MEDICÍNOU

SRDCE BOHU, RUCE LIDEM.

Jim Whithers, MD

PRŮVODCE POULIČNÍ MEDICÍNOU

Autor: Jim Whithers, MD
Editor textu: MUDr. Andrea Pekárková
Překlad: Eva Watson-Jones, Mgr. Lydie Marešová, PhD.
Grafická úprava, sazba: Simona Kosorin, reklamajakbrno.cz
Autorské fotografie: Jan Valter, str. 46 – archiv Armády spásy
Spolupracovali: Antonín Plachý, Mgr. Pavla Vopeláková
Nakladatelství: Armáda spásy v České republice
© Armáda spásy

Zvláštní poděkování za financování překladu publikace náleží Suverénnímu řádu Maltézských rytířů – Českému velkopřevorství.

ISBN 978-80-905801

OBSAH

Předmluva	5,7
Definice	9
Programové prohlášení	9
Filozofie	9
Základní principy	9–12
Praxe	12
Terénní práce	12–14
Oděv a chování při terénní práci	14
Angažovanost	15–16
Akutní péče	16
Chronické stavy	16–17
Preventivní péče	17
Předání pacienta a koordinace péče	17–18
Pohotovost (emergency)/doporučení k hospitalizaci	18–19
Setkání koordinované péče	19–22
Přeprava klientů	22
Pojízdná ambulance/dodávka	22
Zdravotní dokumentace	23–24
Zdravotnické zavazadlo	24–25
Léčiva	26
Konzultace v nemocnici	27
Dobrovolníci	27–30
Pojištění, odpovědnost za škody a zproštění odpovědnosti	30
Všeobecná preventivní opatření	30
Péče koordinovaná ze střediska	31–33
Ubytování	33
Další služby	36
Uživatelský poradní výbor	36
Mimořádné okolnosti	36–38
Život ohrožující počasí	38
Administrace programu pouliční medicíny	39–40
Public Relations	41–42
Fundraising	42–43
Zdravotnické vzdělání	43
Networking	44
Appendix/Seznam literatury	45
Medici pro Armádu spásy	46
O Armádě spásy	47
Příklady dobré praxe	50–58
Příběhy uživatelů	59–60

PŘEDMLUVA

Vážení a milí kolegové,

s radostí vám předkládáme překlad Manuálu pouliční medicíny od dr. Jima Witherse, zakladatele tohoto oboru. Pouliční medicína se v naší zemi začíná krok za krokem pomalu rozvíjet. V roce 2013 byla přijata Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020, jejíž významnou součástí je také kapitola o zdravotní péči. Věřím, že překlad Manuálu pouliční medicíny je dalším krokem na cestě ke zvýšení kvality zdravotní péče poskytované našim bližním žijícím na ulicích. My zdravotníci se na ulicích neobejdeme bez týmu, spolupracujeme s terénními pracovníky, sociálními pracovníky, studenty zdravotnických oborů, atd. Vzhledem k neustálému nedostatku kvalifikovaných zdravotníků, kteří by poskytovali péči přímo na ulicích, vítáme snahu nezdravotnických terénních pracovníků zapojit se do poskytování základní zdravotní péče. Doporučujeme alespoň základní proškolení, kurz první pomoci apod. Domnívám se, že pokud je pracovník proškolen a zná své hranice, může být přínosem zejména v ošetřování chronických ran a základním zhodnocení zdravotního stavu. Proto i tato příručka je k dispozici vám všem, kteří se zajímáte o poskytování zdravotní péče lidem bez domova a různými způsoby nám pomáháte.
Nejedná se o vyčerpávající návod, nenajdete zde odpovědi na všechny situace. Jedná se o nástroj, který vám pomůže vybudovat tým pouliční medicíny a stanovit jeho základní náplň. Jelikož manuál vznikl v USA, doplnili jsme jej o poznámky vztahující se k našemu českému prostředí.
Přeji vám požehnání a radost při této nelehké práci.

Andrea Pekárková , MUDr.
Armáda spásy

PŘEDMLUVA

„Manuál pouliční medicíny“ jsem si četl nejprve s překvapením, pak s rostoucí úctou a radostí. Medicínou se zabývám už téměř půl století, jsem zvyklý na práci u nemocničního lůžka i v ordinaci, ale pouliční medicína je pro mne něco neznámého a nebývalého. Je to naprosto nový pohled na zdravotnickou pomoc.

Běžný lékař je zvyklý na to, že ho pacient vyhledá a že má k němu důvěru. Důvěra je tu od počátku a pokud ji lékař nevhodným chováním nějak nenaruší, pacient je připraven trpělivě snášet jeho diagnostické a léčebné postupy v naději, že mu to pomůže. Však slovo „pacient“ je možno přeložit nejen jako „trpící“, ale i jako „trpělivý“.

V pouliční medicíně se začíná z opačného konce. Zdravotníci své klienty aktivně vyhledávají a musí získat jejich důvěru, dříve než jim nabídnou zdravotnickou pomoc. Bezdomovci, kteří žijí na ulici, svému okolí spíše nedůvěřují. Bez jejich důvěry však není žádná šance jim účinně pomáhat.

O medicíně se ve starověku a ve středověku říkalo, že je to věda i umění. V současné době dominuje věda a na umění se mnohdy zapomíná. Jsme odborníci ve stále užších specializovaných oborech. Dovedeme poskytovat vysoce odbornou péči, ale někdy nám při tom uniká, že pacient je celistvý člověk a že bez navázání důvěry nemusí mít naše špičková péče žádoucí výsledek. Důvěra totiž sama o sobě pomáhá a usnadňuje léčení. „Neulevilo-li se pacientovi po rozhovoru s lékařem, pak nemluvil s lékařem“, říkali staří učitelé medicíny.

Jestliže v dnešní „běžné“ medicíně je na prvním místě věda, v pouliční medicíně musí být na prvním místě umění, umění navázat vztah důvěry bezdomovce k terénnímu pracovníkovi. Pokud to se podaří, všechno ostatní pak může být přidáno. Důvěra ovšem není jen začátek, důvěra musí prostupovat celou pouliční medicínou, má-li být péče systematická a dlouhodobá.

V pouliční medicíně nemusí být trpělivý pacient, ale zdravotník. Aby měl dlouhou výdrž a nevyhořel, musí sám být dobře zakotven a vědět, kde čerpat sílu. Taková služba se nedá dělat sólově, ale pouze v týmu, který se navzájem podporuje. Nedivím se, že první pokusy o pouliční medicínu vznikly v prostředí Armády spásy.

Z „Manuálu pouliční medicíny“ mám radost. Přeji mu úspěch, aby rostly řady terénních zdravotníků, dobře připravených poskytovat účinnou pomoc bližním, kteří žijí na ulici.

Doc. MUDr. Zdeněk Susa, CSc.
odborný lékař internista

DEFINICE

Pouliční medicína je systematický přístup k poskytování zdravotní péče osobám bez domova žijícím na ulici.

PROGRAMOVÉ PROHLÁŠENÍ

Dokud lidé žijí venku na našich ulicích, na nábřežích řek a v opuštěných budovách, pouliční medicína bude poskytovat přístup ke zdravotní péči, která odpovídá jejich specifickým potřebám.

FILOZOFIE

Jádrem filozofie pouliční medicíny je navázat vztah s těmi, kdo spí na ulicích, který jim umožní žít zdravěji. Je klíčové, aby všechny programy pouliční medicíny směřovaly tam, kde bezdomovci bez přístřeší žijí, a navazovaly s nimi kontakt za podmínek, které jsou pro ně přijatelné. Vztah s bezdomovci bez přístřeší musí být založen na úctě ke každému jednotlivci, aby vedl k modelu péče orientované na dohodnutý cíl. Dostupnost zdravotní péče je základní funkcí pouliční medicíny. Součástí praxe pouliční medicíny jsou také kroky směřující ke zdravějšímu životu, např. pomoc při zajištění osobní bezpečnosti,[1] bydlení, příjmu, psychiatrické či toxikologické léčby, snižování rizik a možnost seberealizace.

ZÁKLADNÍ PRINCIPY

- Všechny osoby jsou rovnocenné a mají právo na plný rozvoj svého potenciálu.
- Osoby žijící bez přístřeší zakouší závažnou fragmentaci od ostatní společnosti. Tuto fragmentaci samotnou je třeba řešit, aby se naše společnost mohla uzdravit.
- Pouliční medicína se primárně věnuje osobám žijícím na ulici / bez přístřeší. Pokud tyto osoby postoupí z ulice do nějaké formy bydlení, bude jim vyhledána návazná podpora buď přímo, nebo prostřednictvím spolupracujících subjektů.
- Lidé bez domova nejsou obviňováni za svou situaci.

[1] V Praze např. terénní pracovníci kontrolují bezpečnost vytápění provizorních přístřešků a informují klienty o protipožární ochraně. Požáry a následné těžké popáleniny jsou u lidí bez domova časté.

- Lidé žijící na ulici mají pozoruhodné silné stránky, které je třeba rozpoznat a podporovat.
- Bezdomovci bez přístřeší mají právo na přístup ke zdravotní péči, která je uzpůsobena jejich reálným životním podmínkám.
- Pouliční medicína musí zachovávat nejvyšší možný standard zdravotní péče.
- Navazování kontaktů v terénu prostřednictvím dalších členů cílové skupiny, stejně jako využití zkušeností současných i bývalých bezdomovců, je velmi cenné a mělo by být aktivně vyhledáváno.
- Bezdomovci sami budou přispívat poradním hlasem k tomu, jak bude poskytování služeb probíhat.
- Klíčem v terénní práci je angažovanost.
- Osoby žijící na ulici mají právo rozhodovat o tom, jak budou žít svůj život, a mají právo služby odmítnout. Za svá rozhodnutí zodpovídá každý sám. Pouliční medicína pro ně zůstane plně otevřená, ať už se rozhodnou jakkoli.
- Služby budou založeny na individuálních potřebách a záměrech každé osoby bez domova. Každý krok bude s danou osobou předem domluven a neodsouhlasená intervence bude provedena pouze v případě, že je přímo ohrožen život klienta či jiné osoby.
- Služby budou poskytovány bez jakékoli diskriminace na základě rasy, pohlaví, věku, příjmu, kultury, vyznání, etnické příslušnosti, výšky, váhy, společenské třídy, rodinného stavu, sexuální orientace, rodinného uspořádání, diagnózy HIV/AIDS, fyzického či vývojového postižení, schopnosti domluvit se daným jazykem,[2] statusu přistěhovalce, vojenské evidence, duševní choroby či závislosti.
- Pouliční medicína se drží principů a praxe snižování rizik.
- Všechny překážky bránící zlepšení situace osob žijících na ulici je třeba omezit či odstranit.
- Všechny prostředky, které mohou mít vliv na život bezdomovců bez přístřeší, by měly být využity koordinovaně v jejich prospěch. Pouliční medicína bude všechny takové subjekty podle možností koordinovat.
- Zdravotní péče o bezdomovce bez přístřeší musí mít nejvyšší možnou komplexnost a kontinuitu.
- To, jak reagujeme na osoby žijící na ulici, je svědectvím pro celou společnost a jakákoli příležitost vést jeden druhého k větší lidskosti by měla být využita slovem či skutkem. Pouliční medicína bude usilovat o prosazování podmínek, v nichž budou všichni z okruhu osob bez domova i mimo tento okruh respektováni.

[2] V originále „schopnosti domluvit se anglicky“.

95
km

- Těm, kdo mají zájem naučit se sloužit bezdomovcům žijícím na ulici, by mělo být nabídnuto zaučení a povzbuzení.
- Lékaři pouliční medicíny budou usilovat o spolupráci s lékaři v jiných zemích za účelem vzájemné podpory, předávání znalostí a povzbuzení.

PRAXE

Při řešení potřeb bezdomovců žijících na ulici vyvstává přirozeně rozmanitá škála služeb. Ty lze zhruba rozdělit do několika kategorií, i když úsilí o zlepšení života bezdomovců na ulici je již ze své podstaty hloubkově i časově mnohovrstevné. Praxe pouliční medicíny je vskutku jistým druhem umění, které vychází z toho, co nejlépe poslouží potřebám daného jednotlivce žijícího na ulici. Pouliční medicína se nekryje s primární péčí.[3] Lze na ni pohlížet jako na jistou formu přechodné „domácí péče".[4] Při každém kontaktu by měla být vyvinuta snaha nacházet a předávat pacienty konkrétním poskytovatelům primární péče. Pouliční medicína je v mnoha případech součástí regionálního programu zdravotní péče o osoby bez domova, ale často působí jako doplněk zaměřený na populaci bez přístřeší. Při řešení potřeb bezdomovců žijících na ulici vznikají přirozeně vztahy spolupráce s jinými organizacemi. Každý, kdo může poskytnout prostředky odpovídající potřebám bezdomovců žijících na ulici, je přirozeným partnerem pouliční medicíny.

TERÉNNÍ PRÁCE

Terénní práce je jádrem pouliční medicíny. Bez aktivního vycházení za lidmi, kteří spí venku, není možné praktikovat vyspělou pouliční medicínu. Navazování nových kontaktů může probíhat různými způsoby, které by se měly částečně překrývat, tak aby byly zasaženy odlišné podskupiny osob žijících na ulici a byly řešeny jejich konkrétní potřeby. Bezdomovci žijící na ulici netvoří homogenní skupinu a je třeba vyvinout značné úsilí ke zmapování demografie daného regionu. Obvykle se zde vyskytují bezdomovci, kteří se chtějí sdružovat s dalšími, zatímco jiní jsou spíše samotáři. V mnoha městech existují mezi obyvateli ulice rasové či jiné dělící linie. Terénní práce musí být vždy přizpůsobena konkrétní situaci. Pro terénní práci jsou k dispozici vynikající materiály (viz níže uvedený článek „To Dance with Grace" a HCH Outreach Manual).

[3] Primární péčí míníme v našich podmínkách péči praktického lékaře, případně gynekologa. Tato péče klade důraz na prevenci.

[4] V Praze je součástí struktury pouliční medicíny ordinace praktického lékaře pro lidi bez domova, kam jsou pacienti z ulice posíláni. Další péče je koordinována z této ordinace. Klientům, kteří jsou na cestě sociálního začleňování, je ale postupně doporučována registrace v běžné ordinaci praktického lékaře.

Terénní práci konají v ideálním případě pracovníci, kteří buď byli sami v minulosti bez domova nebo mají rozsáhlé a dobře fungující vztahy s obyvateli ulice. Oni jsou velvyslanci v prostředí ulice, zatímco zdravotníci se stávají velvyslanci zastupujícími bezdomovce ve světě zdravotnických služeb. Terénní pracovníci jsou vedoucími týmů ve smyslu plánování tras, bezpečnosti a pouliční etikety. Je zcela nezbytné, aby mezi zdravotním a terénním personálem existoval vzájemný respekt. Terénní pracovníci jsou zodpovědní za sledování pouliční dynamiky a vytipování aktivních lokalit. To vyžaduje pravidelný průzkum terénu a udržování aktivního kontaktu s populací ulice. Je také žádoucí navázat kontakt s dalšími zainteresovanými subjekty jako je policie, majitelé obchodů, dopravní podnik (správa zastávek MHD) apod.

Dobrý program pouliční medicíny musí zahrnovat pěší obchůzky. Tým obvykle tvoří minimálně terénní pracovník a lékař. Díky pěším pochůzkám jsou zasaženy i osoby žijící v odlehlých oblastech a program tak respektuje realitu těchto klientů bez domova. Terénní pracovník musí u každé osoby či tábořiště zjistit, zda je zde služba pouliční medicíny vítána, a program pochůzky přizpůsobit měnícím se podmínkám konkrétní situace. Různé týmy se v konkrétní dny zaměří na určitou geografickou oblast, aby byl prohlouben vztah mezi týmem a danou oblastí. Terénní pracovník je všeobecně klíčovou osobou pro veškeré kontakty s ulicí, zvláště při prvních setkáních s novými osobami. Je také v pozici vedoucího, pokud je nutno učinit rozhodnutí v otázkách, které se netýkají zdravotní péče. Noví členové týmu musí před obchůzkou vždy podstoupit instruktáž vedoucího terénního pracovníka ohledně pravidel a etikety pěších obchůzek. Obchůzky je možno provádět v kteroukoli denní dobu, výhodou jsou však návštěvy ve večerních hodinách, kdy jsou azylová zařízení uzavřena a lze tak nejlépe identifikovat skutečné bezdomovce bez přístřeší. Týmy často preferují možnost dopravit se autem do konkrétní oblasti, kde pěšky obejdou jednotlivá tábořiště a pak se přesunou dále.

V závislosti na terénním týmu a osobách, kterým slouží, lze obchůzky pouliční medicíny obvykle zařadit do jedné ze dvou kategorií. V první kategorii se tým pohybuje efektivně po dané oblasti tak, aby navštívil většinu zde žijících bezdomovců bez přístřeší a reagoval na jejich potřeby. Tento způsob terénní práce lze označit jako „stopařský styl". Zajišťuje, aby byly identifikovány kritické situace a většina bezdomovců v dané oblasti věděla, že je na ně pamatováno. Je vhodný pro období extrémně nepříznivého počasí. Druhým všeobecným typem obchůzek je tzv. „styl

domácí péče". U tohoto stylu práce je poskytnut dostatečný čas pro hloubkové poradenství a intervenci. U některých týmů a situací je na místě právě tato strategie.

Pojízdné ambulance (zdravotnické dodávky) jsou velice užitečné v řešení potřeb těch, kdo jsou ochotni je využít, a poskytují jak příležitost k budování komunity, tak i soukromí pro kontakty s jednotlivci. Přirozenými lokalitami pro poskytování služeb prostřednictvím dodávky jsou místa, kde se obvykle shromažďují větší skupiny bezdomovců. Je to však nutné projednat s příslušnými místními úřady i provozovateli okolních obchodů/firem. Použití pojízdné ambulance umožňuje nabízet pokročilejší služby, např. dentistické, psychiatrické, celkové zdravotní prohlídky apod. Je v ní zároveň možno přepravovat více materiálu než při „obchůzkách" s osobním autem či pěších obchůzkách. Stanoviště dodávky se stávají místem setkávání mezi pouliční medicínou a komunitou bezdomovců a jsou také výborným místem pro dobrovolníky z řad bývalých bezdomovců.

Konečným výsledkem účinné terénní práce je oboustranný zájem usilovat o lepší život pro naše klienty. V tomto bodě spojujeme síly s našimi přáteli z ulice ve vyhledávání různých prostředků, které by jim mohly pomoci na cestě ke zdraví. Tato cesta může být bohužel někdy nehostinná a trnitá. Tento proces pronikání do systému s našimi klienty po boku označujeme jako „terénní práci naruby". Bez ohledu na to, kam nás tento proces zavede, musíme trpělivě budovat takové mosty, které budou nejlépe sloužit našim přátelům z ulice. Společně můžeme dosáhnout překvapivých výsledků, které změní to, jak většinová společnost vnímá své bratry a sestry na ulici – jako jedny z nás, kteří se snaží zlepšit svůj život.

ODĚV A CHOVÁNÍ PŘI TERÉNNÍ PRÁCI

Oděv pro terénní práci musí odpovídat prostředí ulice. To znamená, že by měl odpovídat nejen povětrnostním podmínkám, ale být také společensky přijatelný. Není vhodné nosit jakkoli provokativní oděv či výrazné barvy, raději tmavší odstíny. Je třeba vyhnout se nošení předmětů, které by klienty rozptylovaly či pro ně byly pokušením. Terénní týmy by neměly dávat klientům peníze. Nebude také tolerováno jakékoli chování, které narušuje účinné interakce v terénu nebo vyvolává nebezpečí. Konečné slovo v otázce vhodného oděvu a chování během terénní práce na ulici má vedoucí terénní pracovník.

ANGAŽOVANOST

Terénní práce v samotném svém základu stojí na angažovanosti. Může se jednat o prosté posouzení situace klienta na dálku, až po hluboký rozhovor dotýkající se osobních záležitostí. Zvláštní pozornost by měla být věnována naslouchání dané osobě a zhodnocení její situace bez jakéhokoli odsuzování. Plány a cíle musí vycházet od klienta, ale měly by se stát společnou, projednanou dohodou s terénním týmem. Pokud se cíle klienta změní, tým by se měl pružně přizpůsobit. V žádném případě nelze slibovat služby či materiál, které není možno skutečně poskytnout. Správným přístupem ke klientům z ulice je postoj spolupráce v obtížné situaci. Pokud je vztah s klientem z ulice vnímán jako záchranné lano, je třeba dát pozor, aby nedošlo k jeho přetržení. Pokud se klienti přesunou z ulice do nějaké formy bydlení, případně se znovu propadnou zpět na ulici, neměla by být narušena kontinuita vztahu.

Je nezbytně nutné zachovávat mlčenlivost. Klienti musí být informováni, že veškeré sdělené informace zůstanou důvěrné, s výjimkou konzultace s dalšími odborníky v týmu, pokud to může klientovi prospět. Pokud klient vyžaduje vyšší úroveň mlčenlivosti, je třeba to respektovat. Zvláštní opatrnosti je třeba v otázkách duševního zdraví, trestních záznamů, zdravotního stavu, polohy „tajných" nocležišť, domácího násilí a dalších osobních záležitostí, které klient označí za citlivé. Mlčenlivost má být zachovávána ve všech oblastech, ale zvláště citlivé oblasti vyžadují, aby byl klient o zásadách zachování důvěrnosti výslovně ujištěn. Při poskytování služeb v pojízdné ambulanci, v azylových zařízeních a na podobných pevných stanovištích se obvykle podepisuje dohoda o ochranně osobních údajů, při kontaktech v terénu je to ponecháno na rozhodnutí týmu a klientů.

Angažovanost na ulicích povede v ideálním případě k tomu, že budeme schopni odkázat klienty na místa, kde jim mohou být poskytnuty vyšší úrovně služeb. Pro „posun" vztahu na další úroveň je nutná dobrá koordinace mezi terénními týmy a týmy, na které je z terénu odkazováno. To často vyžaduje, aby terénní tým klienta spolupracující skupině osobně představil. Kdykoli potřebuje osoba z ulice vedení v nějakém zásadním kroku, může být člen pouličního týmu klíčovým pojítkem.[5]

Nedílnou součástí procesu angažovanosti obvykle bývá poskytování konkrétních věcí klientům. Může se jednat o životně důležité vybavení jako je např. spací pytel, či praktické potřeby jako ponožky či hygienické balíčky. Postoje k této otázce

[5] V našich podmínkách se často stává, že očekávání klientů přicházejících z ulice do nízkoprahových center, noclehárен či azylových domů nejsou naplněna, klient bývá zklamán a následně je zklamána důvěra v terénního pracovníka. Stává se to z několika důvodů, tím hlavním je přetíženost zařízení poskytujících sociální služby, kde se jedinec ztrácí ve velké skupině. Dalším problémem těchto zařízení bývá, že zde je vytvořena skupina dlouhodobě navštěvujících klientů, kteří si hájí své pozice. Také je potřeba zmínit, že pracovníci z „kamenných" projektů nejsou dostatečně provázáni s terénním programem a neznají skutečné podmínky lidí žijících přímo na ulici.

se různí, protože rozsah materiální pomoci a poskytování konkrétních věcí mohou postupně odvádět pozornost od hlubších cílů dosažení zlepšení životní situace. Pro monitorování dynamiky poskytování materiální pomoci lze stanovit konkrétní pravidla či pokyny.

AKUTNÍ PÉČE

Tento typ péče obvykle řeší bezprostřední potřeby pacienta kontaktovaného na ulici. Jedná se například o drobné oděrky, infekce dýchacích cest, péči o nohy a kontroly krevního tlaku. Zdravotnický personál je vybaven materiálem vhodným k řešení těchto problémů, který však zároveň klienta žádným způsobem neohrozí v případě nedodržení doporučené léčby či v případě vážných vedlejších účinků. Rozsah péče se může lišit v závislosti na dosažené úrovni vzdělání a praxe v terénu. Všechny kritické situace musí být konzultovány s hlavním lékařem, který má službu na telefonu.[6] Skutečně naléhavé případy je nutno řešit prostřednictvím RZS (155) a personál by měl zůstat na místě do příjezdu záchranářů. V mnoha případech je velmi žádoucí, aby klienty na oddělení pohotovosti (emergency) někdo doprovázel a pomohl zajistit hladký průběh ošetření, stejně jako pochopení následné péče ze strany klienta. Každý případ akutní péče je příležitostí usilovat o skutečnou primární péči a zahájit proces koordinace péče (case management). Je důležité uzpůsobit akutní péči tak, aby klient nepociťoval žádnou bariéru v přístupu k péči, ale zároveň to vyvážit povzbuzením ke zdravějšímu způsobu života.

CHRONICKÉ STAVY

Přestože by chronické stavy klientů měly být sledovány v nějakém typu zařízení primární péče, není to vždy možné. K dispozici by měli být koordinátoři péče, kteří by klientům pomohli zajistit přístup k primární péči. V mezičase však nelze chronické potíže ignorovat. U chronických stavů je nezbytné poradenství. Při rozhodování, jakou intervenci zvolit u chronických obtíží, je třeba volit pouze realistické možnosti, které klienta neohrozí. Je-li zahájena medikamentózní léčba, je nutno ji monitorovat kvůli možným vedlejším účinkům a riziku náhlého vysazení léku klientem. Je-li zvolena dlouhodobá péče na ulici, měl by být zapojen tým koordinované péče. Pokud klient vytrvale pokračuje v destruktivním chování, může být nezbytné péči omezit,

[6] Pokud není lékař členem týmu pouliční medicíny a tým je tvořen středním zdravotnickým personálem, případně studenty zdravotnických oborů, je vhodné, aby byl k dispozici alespoň lékař konzultant. Je ale důležité, aby tento lékař měl alespoň povědomí o zdravotní péči o lidi bez domova. Doporučení nezasvěcených lékařů jsou často nevhodná a mnohdy situaci neřeší.

pokud by pokračování v léčbě bylo nebezpečnější než neléčení (např. nespolupráce při HIV vedoucí k rezistenci).[7] I rozhodnutí o ukončení určitého typu léčby by mělo být zmírněno ujištěním, že to neznamená opuštění klienta.

PREVENTIVNÍ PÉČE

Každé setkání by mělo zahrnovat poradenství ke snižování následků bezdomovectví. Primárním nástrojem k tomu je vztah důvěry s terénními pracovníky. Základní věci jako např. ochranný opalovací krém, čisté ponožky či kondomy jsou na ulici rozhodně užitečnými a vítanými pomůckami. Cílené screeningy – např. kontroly krevního tlaku, zajištění výtěrů z děložního čípku či testování na tuberkulózu – jsou příležitostí ke zvýšení informovanosti a spolupráci s dalšími organizacemi. Spolupráce se skupinami, které např. zajišťují výměnu injekčních stříkaček apod., je nedocenitelná. Programy pouliční medicíny by se měly pravidelně scházet k rozhovorům o tom, zda se daří provádět preventivní kroky a dosahovat přiměřeného snižování rizik.

PŘEDÁNÍ PACIENTA A KOORDINACE PÉČE

Péče o bezdomovce bez přístřeší bývá notoricky roztříštěná. Je-li to alespoň trochu možné, identifikujte u dané osoby poskytovatele primární zdravotnické péče. Pokud žádného poskytovatele primární péče nemá, ale má nějakou formu pojištění (zdravotní pojištění, zajištění vojenských veteránů apod.), měl by být zahájen proces napojení dané osoby na příslušného poskytovatele. Pokud daná osoba nemá ani poskytovatele primární péče (praktického lékaře) ani pojištění, je nezbytné být obeznámen s místními zdravotnickými službami, které jsou schopny přijmout nepojištěné. Někdy je to možné uskutečnit přímo v terénu, jindy je nutná konzultace ve středisku pouliční medicíny. Je dobré mít předem připraveny formuláře pro „svolení s poskytnutím informací", aby ve chvíli kontaktu s klientem bylo možné získat souhlas s vyžádáním předchozích zdravotních záznamů z jiných nemocnic či zdravotnických zařízení. To je prvním krokem k zajištění kontinuity péče.

Většina programů pouliční medicíny má vlastní denní personál pro koordinaci péče. Tento personál by měl být udržován v těsném kontaktu s vývojem situace

[7] Typickým příkladem této praxe v našich podmínkách je antikoagulační léčba warfarinem (lék proti srážení krve), při které je nutná pravidelná kontrola srážlivosti a úprava dávky. Účinnost tohoto léku je ovlivňována složením stravy. Ta je u lidí bez domova nepravidelná a různého složení. Nastavit terapeutickou hladinu u našich pacientů žijících na ulici je z těchto důvodů takřka nemožné, proto často tuto léčbu ukončujeme nebo raději vůbec nezahajujeme. Pacient s příliš vysokou hladinou léku by byl ohrožen krvácením.

klientů z ulice. Pokud je klient odeslán do střediska, pracovník v terénu by se měl se střediskem telefonicky spojit a vysvětlit konkrétní situaci. Zároveň musí být nastaven proces následného sledování postupu koordinované péče směrem ke klientovi. Pokud je v terénu identifikována naléhavá potřeba koordinace péče v noci, je nejlepší zanechat telefonický vzkaz, který bude vyřízen následujícího rána. Pravidelná setkání koordinované péče se všemi aktivními pracovníky jsou zcela nezbytná a měla by probíhat minimálně jednou týdně. Terénní tým by měl vždy mít při práci v terénu u sebe vlastní seznam kontaktů, na které je možné klienta odkázat.

Setkání na ulici je často odrazovým můstkem pro doporučení na další servisní organizace. Terénní personál by měl mít psané seznamy organizací vhodných k doporučení včetně adres, provozní doby a telefonních čísel.[8] Je-li to možné, mělo by být klientovi kromě písemného doporučení poskytnuto také jméno konkrétní kontaktní osoby, která je obeznámena s problematikou bezdomovců z ulice. Ve zvláště citlivých případech je vhodné zajistit, aby klienta na doporučené místo někdo doprovázel. Pro usnadnění přepravy na důležitá setkání je možné poskytnout klientovi jízdenky na veřejnou dopravu či poukázku k využití taxislužby. Terénní personál by měl být vybaven mobilním telefonem s důležitými telefonními čísly.

V případě potřeby lze zorganizovat setkání mezi klienty a zástupci dalších organizací přímo na ulici prostřednictvím týmu pouliční medicíny. Místo takového setkání by mělo být pokud možno tiché, bezpečné a poskytující dostatek soukromí. Plány péče ze všech setkání koordinované péče by měly být dány k dispozici týmu pouliční medicíny, aby mohla být zajištěna návazná péče. Často bývá v různých organizacích konkrétní klíčová osoba pověřená řešením záležitostí bezdomovců z ulice. Dobrý pracovní vztah s takovými osobami je nezbytností.

POHOTOVOST (EMERGENCY) DOPORUČENÍ K HOSPITALIZACI

Komunikace a koordinace s oddělením akutní medicíny (emergency) je zcela klíčová. Navzdory pozitivnímu dopadu pouliční medicíny ve smyslu menšího využívání služeb pohotovosti, bude lékařská služba první pomoci (úrazová ambulance, emergency) nadále tvořit významnou část světa bezdomovců bez přístřeší. V ideálním případě

[8] V Praze nám pro tento účel slouží příručka V Praze doma bez domova, která je pravidelně aktualizována.

by návštěvě pohotovostní ambulance měla předcházet a také po ní následovat komunikace s programem pouliční medicíny. Pouliční týmy, které převáží či odesílají pacienty na pohotovost, by o tom měly informovat hlavního lékaře či zaměstnance, který má službu na telefonu, a zároveň komunikovat s personálem pohotovosti ohledně okolností, které k předání pacienta vedly. Je vhodné požádat lékaře sloužícího na pohotovosti, aby personál pouliční medicíny telefonicky informoval, zda bylo rozhodnuto o propuštění pacienta či hospitalizaci. To umožní poskytnout relativně souvislou „domácí péči" s přiměřenou následnou péčí. V zařízeních jako jsou pohotovostní ambulance, je nanejvýš užitečné identifikovat si „klíčové osoby". Tito lidé pak mohou sloužit jako oči a uši programu pouliční medicíny a hájit zájmy bezdomovců bez přístřeší v často chaotickém prostředí pohotovosti (emergency). Investovat čas do vytvoření takovýchto klíčových vztahů je velmi žádoucí.[9]

Dalším způsobem, jak zlepšit a zdokumentovat koordinaci jak s pohotovostními ambulancemi, tak s nemocničními odděleními, je distribuovat *předávací formuláře a formuláře návazné péče.* Ty nemohou sloužit jako náhrada přímé telefonické komunikace, ale mohou být velmi užitečné. Odesílající týmy pouliční medicíny by měly vyplnit předávací formulář, který má pacient u sebe a který jednak informuje pracovníky pohotovosti a zároveň může být podnětem k tomu, aby ocenili roli programu pouliční medicíny. Formulář návazné péče by měl být vyplněn personálem ambulance či personálem nemocničního oddělení při propuštění a odeslán faxem do střediska pouliční medicíny k zadokumentování a podniknutí příslušných kroků. Cílem je dosáhnout dobré návaznosti péče o klienty – bezdomovce žijící na ulici.

SETKÁNÍ KOORDINOVANÉ PÉČE

Koordinátoři péče z terénu i střediska by se měli pravidelně (např. jednou týdně) scházet k prodiskutování celkové situace na ulici, konkrétních klientů a mezer ve službách. Terénní pracovníci obvykle podávají zprávu jak o pokrytých oblastech, tak o potřebách jednotlivců, a koordinátoři péče ze střediska poté informují o aktuálním vývoji konkrétních případů a potřebách následné péče na ulicích. Je-li třeba zaměřit se na konkrétní jednotlivce za účelem hlubší intervence, je žádoucí, aby pověření koordinátoři péče terénní týmy doprovázeli. Je dobré ponechat určitý čas na diskusi o obecných záležitostech týkajících se bezdomovců a daného programu. Pokud je součástí programu větší skupina dobrovolníků, mohou se scházet např. jednou

[9] V Praze se velmi často setkáváme se špatnou praxí zacházení s lidmi bez domova na příjmových ambulancích nemocnic. Nejčastěji sem bývají přivezeni v noci, ve špatném hygienickém stavu, často pod vlivem alkoholu a ve většině případů proti své vůli. Jejich zdravotní problémy bývají často přehlédnuty nebo řešeny neadekvátně. I v indikovaných případech nejsou hospitalizováni a jsou propouštěni na ulici bez zajištění následné péče. Snažíme se postupně informovat tyto ambulance o možnostech následné péče, distribuujeme kontakty na centra sociálních služeb a terénní pracovníky.

za čtvrt roku k diskuzi nad protokoly a klinickými otázkami. Při všech setkáních je nutno zachovávat důvěrnost informací a profesionální přístup. Tato setkání jsou příležitostí k přizvání dalších organizací, které pracují s populací bezdomovců na ulicích.

PŘEPRAVA KLIENTŮ

Klienti by všeobecně měli cestovat veřejnou dopravou, vozem taxislužby či v naléhavých případech vozidlem záchranné služby. Za určitých okolností může být rozhodnuto o převozu klienta služebním vozem. K tomu lze přistoupit pouze po schválení. V případě převozu klienta musí být přítomni alespoň dva terénní pracovníci, z toho alespoň jeden statný muž. Vždy by měl být převážen pouze jeden klient, a to na předním sedadle spolujezdce, s terénním pracovníkem v sedadle za ním. Během převozu a po jeho skončení se ohlaste hlavnímu lékaři.[10]

POJÍZDNÁ AMBULANCE / DODÁVKA

Péče poskytovaná v pojízdné ambulanci je doplňkem k péči poskytované na ulici. Často je s klientem nějakou dobu udržován kontakt v prostředí ulice, než je ochoten využít službu pojízdné ambulance. Služby pojízdné ambulance by měly poskytovány jednotně a spravedlivě ke všem, kdo je využívají. Je nutné, aby byl k dispozici pracovník, který určí pořadí pacientů dle naléhavosti, a někdo se schopností udržovat bezpečnost a pořádek. Je třeba vytvořit pořadník, jehož dodržení lze porušit pouze v naléhavém případě. Personál by měl vystupovat jednotně při rozhodování o postupu, zvláště ve věci vydávání materiálu. Prostory příjmu a klinického vyšetření by měly být bezpečné a poskytovat soukromí. Provozní místa a hodiny by měly být vyvěšeny na viditelném místě na vozidle, aby se předešlo nedorozuměním. Je třeba respektovat parkovací předpisy a brát ohled na bezpečnost místních obyvatel. Při využívání pojízdné ambulance je rozumné oddělit hlavní distribuci materiálu od poskytování zdravotní péče.

[10] V našich podmínkách je nejčastěji potřeba převoz nepohyblivých klientů z odlehlejších lokalit do zdravotnického zařízení nebo do azylového domu. Před návštěvou oficiálního zdravotnického zařízení doporučujeme poskytnutí hygieny a výměny šatstva, pokud to stav klienta umožňuje.

ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE

Je nezbytné vést přesnou zdravotní dokumentaci veškerých klinických aktivit. Klienti musí být vyrozuměni, že záznamy jsou součástí úřední dokumentace a jako takové jsou důvěrné. Je-li to možné, měl by být podepsán souhlas s poskytnutím osobních údajů. I v případě, že některý z klientů neuzavře s týmem pouliční medicíny formální dohodu (před tím, než mu sdělí důvěrné informace), měl by být sepsán záznam o tom, jak tým situaci vnímá a hodnotí. Záznamy pouliční medicíny mohou být vedeny tradičně na papíře, elektronické databáze jsou však výrazně upřednostňovány. V pracovní síti pouliční medicíny je k dispozici několik různých produktů, které mohou být uzpůsobeny podle místních potřeb. Je třeba vytvořit propracovaný proces řízení informací pro sběr a ukládání dat a průběžně sledovat jeho kvalitu. Záznamy mohou být předávány v podobě písemných zápisů ze setkání, zvukových nahrávek, e-mailem či faxem. Každý záznam by měl umožňovat kompletní zdokumentování pojištění, poskytovatele primární péče, zdravotní anamnézy pacienta, alergií, užívání návykových látek, psychiatrických obtíží, bytové situace, užívání léků, kontaktních osob v případě nouze a klíčových demografických identifikátorů. Je-li pečlivě vysvětlen důvod pro poskytnutí těchto informací i jejich důvěrný charakter, většina klientů z ulice potřebné údaje poskytne. Zdravotní záznamy z každého setkání by měly obsahovat kromě zdravotních údajů také sociální podmínky klienta. Záznamové systémy by měly být uzpůsobeny tak, aby mohly být postupem času doplňovány další údaje, pokud klient poskytne konkrétnější informace. To může vyžadovat identifikaci klientů před zjištěním skutečných jmen pomocí fyzických identifikátorů a schopnost systému sloučit záznamy, pokud je dodatečně zjištěna duplicita. Každé setkání by mělo být samostatně zaznamenáno v pacientově kartě, a to včetně data, místa a specifických podrobností setkání. Měla by být také zaznamenána klientova přání vyjádřená během setkání. Záznam má obsahovat slovní popis setkání, který je důležitý pro zachycení průběhu návštěvy a pracovníkových dojmů, stejně jako oddíly pro záznamy o zdravotním stavu, vydaných materiálech a lécích (také kvůli inventarizaci), diagnózách a vydaných doporučeních.

Pokud klient doporučenou léčbu či předání k lékaři odmítne, mělo by to být ze záznamu jasně patrné. Mělo by být jasně popsáno, za jakých okolností byla doporučení klientovi vysvětlena a jak je přijal. Pokud byl klient pod vlivem toxických látek nebo nespolupracoval, mělo by to být také uvedeno. Je třeba podrobně popsat,

jaká doporučení, rizika a výhody byly klientovi vysvětleny. Měl by být zaznamenán alternativní plán následné péče a sledování situace. To je nejen vodítkem dobré praxe pouliční medicíny, ale také právním podkladem v případě pozdějších pochybností. Elektronický zdravotnický informační systém by měl pracovníkům umožnit vytváření zpráv potřebných pro péči o pacienty. Může jít např. o vygenerování seznamu termínů vyšetření, aby terénní pracovníci měli přehled o vyšetřeních klientů, která mají v blízké době proběhnout. Ideální záznamový systém by měl fungovat na přenosném elektronickém zařízení buď pomocí bezdrátového přenosu, nebo se staženými záznamy pro použití v terénu. Veškerá taková zařízení musí být v souladu s předpisy o ochraně osobních údajů.

ZDRAVOTNICKÉ ZAVAZADLO

Zdravotnická zavazadla se mohou lišit podle úrovně dokončeného vzdělání a praxe každého klinického pracovníka. Na ulici by neměly být prováděny žádné procedury ani medikace, které by v těchto podmínkách mohly pacienta ohrozit. Kliničtí pracovníci by měli být proškoleni ohledně konkrétních rizik, která může vyvolat medikace na ulici, např. podání Tylenolu u alkoholiků, léky, které mohou být nebezpečné v případě nedodržení předepsané léčby či v případě nevhodného stravování (např. orální hypoglykemika).

Následující seznam popisuje obvyklé „zavazadlo medika", které by mohlo sloužit jako základní verze pro praxi pouliční medicíny.[11]

Batoh standardní velikosti pro každodenní použití z odolného materiálu s následujícím obsahem:[12]

Jednotlivá balení:
Léky na předpis (mohou vydávat pouze lékaři):

- Antibiotika: Dalacin, Amoksiklav, V-penicilin, Nitrofurantoin, Klacid, Doxybene, Biseptol
- Bronchodilatancia: Berodual, Ventolin, Euphyllin
- Anacida: Anacid, Helicid
- Antihypertenziva a diuretika: Egiramlon ve všech dávkách, Piramil, Agen, Vasocardin, Furon, Indapamid, Hydrochlorothiazid

[11] Tato sekce byla upravena dle běžných léků používaných v ČR.
[12] S výhodou lze zakoupit záchranářský batoh bez vybavení. Disponuje oddělenými prostory, taštičkami, atd. Umožňuje zachovat přehlednost zavazadla.

- Lokální antibiotické přípravky: Pamycon, Framykoin mast, Tobrex, Maxitrol
- Lokální kortikosteroidy: Triamcynolon mast, Locoid crelo, Belogent
- Další: perorální antidiabetika, Prednison, Torecan čípky, Tramal, Indometacin, Infectoscab, Diazepam

Volně prodejná léčiva a materiál (mohou vydávat také ostatní zdravotníci, proškolení terénní pracovníci):

- Analgetika: Ibalgin, Paralen, Nalgesin, Acylpirin
- Kapky do nosu při nachlazení: Sanorin, Olynth, Nasivin
- Léky na utlumení kašle: Stoptussin, atd.
- Léky na odkašlání: Ambrobene, Bromhexin, Mucosolvan
- Léky proti průjmu: Carbo adsorbens, Smecta
- Antihistaminika: Zyrtec
- Vitaminy: multivitaminové rozpustné tablety, B-komplex, železo, vitamin C
- Masti: Canesten, Imazol, Betadine, Ichtoxyl, Saloxyl, Borová mast, Kalciová mast
- Obvazový materiál: gázové čtverce různých velikostí, sterilní i nesterilní, Peha Crep obvazy, elastická obinadla, náplasti, Omnifix
- Jednorázové rukavice vyšetřovací, desinfekce pro personál
- Další: peroxid, pinzety, nůžky – převazové i normální, čepelky

Tonometr na paži i na zápěstí (v zimě jen na zápěstí), fonendoskop, oto/oftalmoskop, teploměr (digitální do ucha, bohužel není k dostání bezkontaktní teploměr, který by měřil venku), špachtle do krku, glukometr, hodinky, svítilna, fyziologický roztok, baterie, malý deštník, tužka a zápisník, sada k odstranění stehů, několik plastových sáčků na materiál pro klienty, sáčky na biologický odpad.

Vizitky *(s bezplatným telefonním číslem),* záznamové formuláře, formuláře souhlasu s poskytnutím údajů, zalaminovaná mapa města.[13]

Méně zkušení účastníci či účastníci bez zdravotnického vzdělání mohou místo zdravotnického materiálu nést ponožky, potraviny apod.

[13] V Praze se osvědčily osobní pozvánky na jméno, používáme pozvánky jak do denních center obecně, tak do míst poskytujících zdravotní ošetření. Napíšeme důvod, proč pacienta posíláme.

LÉČIVA

Je-li to možné, měly by léky být předepsány příslušným praktickým lékařem (lékařem primární péče) daného klienta a hrazeny z jeho zdravotního pojištění.[14] Pokud klient praktického lékaře a zdravotní pojištění nemá, je možno pořídit schválená léčiva prostřednictvím poukázek Zdravotní péče pro bezdomovce.[15] Všechna léčiva na předpis musí být schválena hlavním lékařem, který má službu na telefonu. Z praktických důvodů nebo z nedostatku jiných možností musí někdy programy pouliční medicíny distribuovat léčiva pořízená z vlastního rozpočtu. Pro tyto účely je vhodné mít v rámci programu k dispozici omezené zásoby léčiv.

Na distribuci léčiv prostřednictvím programu pouliční medicíny dohlíží hlavní lékař a klinický personál. Léčiva jsou obvykle distribuována formou výdeje lékařem, pokud není k dispozici oficiální výdejna léků/lékárna. Výběr léčiv by měl vycházet z časté potřeby, finanční dostupnosti, bezpečnosti a dostupnosti na trhu. Veškerá léčiva by měla být skladována ve velikostně odpovídajících baleních a jasně označena štítkem s názvem léčiva, správným dávkováním (množství a frekvence) a datem expirace. Na štítku léčiva by měly být uvedeny také kontaktní údaje programu a jméno lékaře.

Je velice vhodné zavést pro každou oblast programu pouliční medicíny inventarizační systém. Objednávky by měly být jednotné a pečlivě evidované. Je třeba vést záznamy o léčivech přidělených do jednotlivých oblastí programu (zavazadla do terénu, pojízdná ambulance, krizová zimní noclehárna atd.). Konečně, je nutné uvádět vydaná léčiva do formulářů pro záznamy z terénu, aby bylo možné monitorovat distribuci na místě kontaktu. V zásobách pouliční medicíny by neměly být skladovány žádné kontrolované látky. Je vhodné monitorovat vzorce užívání léčiv u jednotlivců i skupin. Pokud u některých léčiv existuje možnost zneužívání (např. použití inhalátorů pro zvýšení účinku cracku), je nutno je sledovat se zvýšenou pozorností. Narkotika a psychiatrické preparáty by měl pokud možno předepisovat pouze pacientův praktický lékař. Pokud nenastanou výjimečné okolnosti, neměl by program pouliční medicíny klientům poskytovat dlouhodobě narkotika.[16]

[14] V Praze tato praxe funguje v ordinaci praktického lékaře Naděje. Pacientům, kteří se mohou prokázat platným průkazem pojištěnce a jsou schopni léky vyzvednout, léky předepisujeme. V ostatních případech vydáváme léky z vlastních zásob.

[15] Program v USA.

[16] V Praze se striktně vyhýbáme preskripci benzodiazepinů, opiáty nepředepisujeme vůbec.

KONZULTACE V NEMOCNICI

V účinném programu pouliční medicíny hraje stěžejní roli, může-li zprostředkovat bezdomovcům z ulice vyšetření v nemocnici. Když je pacient – bezdomovec z ulice přijat do místní nemocnice, pracovníci by v ideálním případě měli k pacientovi přizvat službu pouliční medicíny,[17] pokud s tím pacient souhlasí. Povědomí o této možnosti je stále potřeba zvyšovat, pacienti k tomu však často zdravotníky sami vyzvou. V této otázce mohou napomoci setkání se skupinami zdravotníků, sociálními pracovníky, studenty ošetřovatelských oborů atd. Je důležité poukázat na přínos, který může konzultace s pouliční medicínou mít na účinnou a efektivní péči o klienta bez domova. Žádost o konzultaci by měla být vyřízena během jednoho dne po jejím přijetí prostřednictvím nepřetržité telefonické služby. Je také velmi užitečné najít v každé nemocnici či oddělení klíčového zaměstnance, který se bude zasazovat o využití konzultační služby pouliční medicíny.

Konzultace pouliční medicíny jsou užitečné v celé řadě ohledů. Příchod týmu pouliční medicíny často znamená velkou úlevu pro pacienta bez domova, který má pocit, že se ocitl v neznámém prostředí, kde mu nikdo nerozumí. Konzultační tým pouliční medicíny může přispět k lepší důvěře a komunikaci mezi pacientem bez domova a zdravotním personálem. Vhled do situace a znalost prostředí mohou pomoci nasměrovat péči a pozitivně ovlivnit délku pobytu v nemocnici. Propouštěcí plány se budou zakládat na realitě a plány následné péče pak budou s větší pravděpodobností dodrženy. Hospitalizace je jednou z několika výhodných příležitostí, jak využít existujícího vztahu z ulice a napojit pacienta na možnosti primární péče, rehabilitace a ubytování. I v případě, že se pacient vrátí zpět na ulici, dobrá následná péče na ulici může omezit komplikace a pravděpodobnost opakovaných hospitalizací. Konzultační služba pouliční medicíny je navíc výbornou vyučovací příležitostí pro studenty medicíny i nemocniční lékaře a může sloužit jako model pro práci s řadou dalších ohrožených skupin.[18]

DOBROVOLNÍCI

1. Příprava dobrovolníků
   Všichni dobrovolníci podstoupí vstupní orientační zaškolení a také rozsáhlejší školení, pokrývající minimálně následující témata:

[17] V našich podmínkách se spokojíme s přítomností i jiných terénních pracovníků, kteří docházejí na návštěvy za klienty do nemocnic.

[18] Studenti nebo lékaři na stážích před atestací, kteří vykonávají pouliční medicínu, se během své povinné praxe často setkávají na různých odděleních náhodně se svými pacienty z ulice a často pomáhají aktivně řešit zajištění následné péče, snižují napětí mezi personálem, apod.

Osobní bezpečnost a přístup ke klientům bez domova
Rozbor předsudků a předpojatých názorů na otázky bezdomovství
Časté zdravotní a duševní obtíže bezdomovců
Užívání návykových látek a alkoholismus
Život ohrožující situace v terénu
Přístup k péči a spolupracující partneři

2. Vztah dobrovolník – klient a zdravotní péče
   Všichni dobrovolníci podepíší prohlášení, specifikující rámec a hranice poskytované péče a služeb.
   S výjimkou krizových situací musí být veškerá zdravotnická péče poskytována pod dohledem kvalifikovaných zdravotníků, tedy lékařů, diplomovaných sester, lékařských asistentů či kvalifikovaných zdravotnických záchranářů.[19]
   Dobrovolníkům je zakázáno poskytovat klientům jakoukoli peněžní hotovost.
   Dobrovolníkům je zakázáno přijímat hotovostní platby za poskytnuté služby.
   Dobrovolníkům je zakázáno poskytovat klientům alkohol, tabákové výrobky a nelegální látky či drogy.
   Dobrovolníkům jsou zakázány jakékoli osobní aktivity či chování, které porušují zásady vztahu mezi profesionálním zdravotním pracovníkem a klientem, stanovené příslušnou profesní komorou.

Všichni dobrovolníci, kteří přicházejí do styku s klienty, musí splňovat požadované zdravotní standardy, resp. prokázat jejich splňování před tím, než začnou poskytovat klinické služby klientům.

Požadavky:

1. Prohlášení, že daná osoba není nositelem infekční nemoci.
2. Doklad o podstoupení testu PPD (Mantoux) v posledním roce a v případě pozitivního výsledku také doklad o kontrolním vyšetření.
3. Doklad o proškolení OSHA o krví přenosných patogenech a doklad o vakcinaci proti hepatitidě typu B.[20]
4. Dle potřeby výpis z trestního rejstříku.[21]
5. Doklad o imunizaci či existenci protilátek proti zarděnkám (rubeola).
6. Prodělání/neprodělání planých neštovic (varicella).
7. Doklad o imunizaci proti spalničkám (morbilli) u osob narozených od roku 1957 dále.

[19] V originále jsou vyjmenovány všechny přijatelné lékařské tituly (M.D., D.O.) resp. tituly diplomovaných sester (R.N., B.S.N.) a dalších kvalifikovaných zdravotníků (P.A. – physician assisant , N.P. – nurse practicioner, E.M.T. – emergency medical technician), aplikovatelné v USA
[20] OSHA je Úřad pro bezpečnost a zdraví na pracovišti americké vlády.
[21] V originále „prověření dle Zák. 33 (zneužívání dětí) a Zák. 34 (trestní záznamy)“, jde samozřejmě o americkou legislativu.

8. Očkování proti tetanu v uplynulých 10 letech.
9. Nepovinné testování na HIV.[22]

POJIŠTĚNÍ, ODPOVĚDNOST ZA ŠKODY A ZPROŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI

Každý dobrovolník musí mít sjednané pojištění odpovědnosti za škody (zanedbání povinné péče) a podepsat s programem pouliční medicíny dohodu o zproštění odpovědnosti za případná osobní zranění. Program pouliční medicíny zajistí skupinové pojištění. Každý účastník si také musí přečíst orientační materiál a operační manuál programu. Dále musí všichni účastníci podepsat dohodu o zachování mlčenlivosti.[23]

Všichni účastníci musí mít platnou licenci a zdravotní prověrku, jmenovitě nedávno absolvovanou lékařskou prohlídku, vyšetření na TBC a platné očkování proti tetanu a žloutence. O jakýchkoli zdravotních omezeních musí být informován administrátor programu a hlavní lékař. Dále je vyžadováno poskytnutí kontaktů pro případ nouze. Nezletilí účastníci musí mít doprovod zodpovědné osoby.

VŠEOBECNÁ PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ

Pro všechny oblasti pouliční medicíny platí všeobecná opatření pro omezení rizika infekce. Je povinností každého umývat si ruce a v terénu používat desinfekční roztoky na ruce. Při jakémkoli kontaktu s otevřenými ranami či tělesnými tekutinami je nutno mít k dispozici a používat rukavice. Jakékoli poranění injekční jehlou musí být okamžitě ošetřeno podle běžných nemocničních protokolů a nahlášeno administrativnímu personálu. V klinických prostorách není povoleno jíst a veškeré pracovní prostory je třeba pravidelně uklízet vhodnými čisticími prostředky. Na jehly a skalpely je nutno používat kontejnery na ostrý odpad a s infikovaným odpadem nakládat předepsaným způsobem. Klienti, u nichž existuje podezření, že mohou být nakaženi tuberkulózou, MRSA, VRE či jinou infekční chorobou, musí být vhodným způsobem předáni do lékařské péče a izolace. Personál pouliční medicíny by měl být testován na vystavení riziku tuberkulózy pomocí každoročního vyšetření PPD.[24]

[22] V našich podmínkách pouze očkování proti VHB a tetanu, proškolení BOZP.
[23] V našich podmínkách: dobrovolnická smlouva, úrazové pojištění dobrovolníka v rámci organizace.
[24] V našich podmínkách není potřeba, nízký výskyt tuberkulózy u našich osob bez domova to nevyžaduje.

PÉČE KOORDINOVANÁ ZE STŘEDISKA

Středisko pouliční medicíny staví svou péči na základě vztahů rozvinutých při práci na ulicích. Příslušní pracovníci koordinované péče jsou informováni o stavu klienta z ulice a každému klientovi založí osobní složku. Přednostně jsou zpracovány případy klientů v akutní nouzi (těhotenství, zhoršující se nemoc nebo jiný kritický stav). Dále jsou k urychlenému zpracování doporučeni klienti s dobrou motivací, u nichž je pravděpodobné, že se po základním nenáročném ošetření jejich stav stabilizuje. Každému klientovi by měl být přidělen takový pracovník, který má k němu nejlepší vztah a nejlepší možnosti přiblížit se k jeho problémům. Vývoj každého případu musí být konzultován mezi pracovníky střediska a terénním lékařem, aby péče mohla být dobře koordinována.

Klíčovými prvky koordinované péče o jednotlivce jsou:

1. Stanovit společné cíle
2. Sestavit plán služeb
3. Definovat silné stránky a překážky
4. Povzbudit a motivovat klienta
5. Nabídnout možnosti a nasměrování
6. Vyjednávat a spolupracovat s vhodnými subjekty
7. Sledovat situaci klienta a přizpůsobit se jí
8. Ocenit každý úspěch každého klienta

Kromě případů, které do koordinované péče zařadí terénní pracovníci, mohou do střediska přijít také další klienti na základě ústního doporučení. Ačkoliv okamžitá komplexní a koordinovaná péče nemusí být v tu chvíli dostupná, každý klient by se měl cítit vítán. V některé dny a doby (např. ráno) může být frekvence nečekaných příchozích pravidelně vyšší. Na to by měl být brán zřetel, co se týče počtu pracovníků střediska. Klientům by měla být poskytnuta první pomoc v akutních potřebách a sestaven plán dalších ošetření. Vyžaduje to flexibilitu a dobrou spolupráci mezi jednotlivými pracovníky střediska. Minimální počet pracovníků, koordinace přísunu materiálu a bezpečnostní pravidla musí být stanovena předem. Někteří klienti budou testovat hranice; je proto potřeba laskavý, ale pevný a rozhodný přístup.

Je potřeba pracovat společně v týmu jako kontaktní středisko orientované především na zájmy klienta. Každý den je ovlivněn rozmanitou škálou faktorů. Vítězstvím je už

samotný fakt, že lidé z ulice přijdou pro nabízenou pomoc a jsou u nás vítáni. To je důležité mít na paměti i ve chvíli, kdy je práce stresující. Obvykle se však potýkáme s určitou frustrací, když klient přichází do střediska poprvé se žádostí o pomoc v tíživé situaci. Jeho skutečné obtíže jsou často ještě zkomplikovány arogantním či manipulativním vystupováním. Pracovníci pouliční medicíny mohou velmi snadno narazit na nedorozumění mezi sebou, způsobené přesměrováním stresu. Proto je nezbytné o všem otevřeně komunikovat. Pro zachování bezpečí, soukromí a kontroly nad pacienty je důležité i fyzické uspořádání střediska pouliční medicíny. V ideálním případě by středisko mělo disponovat vstupní halou (čekárnou) s patřičnými bezpečnostními prvky. Vyškolený personál by měl zajišťovat plynulost provozu mezi čekárnou a dalšími pracovišti střediska. Středisko by v ideálním případě mělo mít samostatný vchod pro personál.

Do dlouhodobých plánů by měl být zařazen program pro stmelování a obnovu sil pracovníků střediska. V závěru větších projektů mohou být za tímto účelem například zařazeny různé společenské aktivity. Personálu by také měl být vyhrazen čas pro pokračující vzdělávání a pro účast na různých setkáních. Všem členům pracovních týmů by se v jedinečných oblastech jejich služby mělo dostat patřičného uznání a také by jim mělo být umožněno navrhovat různá zlepšení a nová řešení situací, do kterých se dostávají. Výsledky práce je nutné pravidelně hodnotit; celkový výkon skupiny se zlepší, když pracovníci budou mít častější příležitosti pro zpětnou vazbu. Kromě setkání všech pracovníků koordinované péče by se měly konat i schůzky pracovníků střediska, na nichž bude možné diskutovat jednotlivé postupy.

Měla by být zahrnuta i možnost osobního poradenství v naprostém soukromí. Koordinovaná péče spočívá v aktivním přístupu klienta s podporou personálu. Naprosto nezbytné je zajištění bezpečí a diskrétnosti. Schůzky za účelem poradenství by měly být plánovány dopředu; dle uvážení personálu je ale možné vyplnit volný prostor službou neohlášeným příchozím. Ve středisku musí vždy být dostatečný počet pracovníků zajišťujících bezpečnost těch, kteří jsou o samotě s klienty. Bezpečnostní protokol (krizové tlačítko apod.) by měl být prodiskutován a schválen bezpečnostní agenturou střežící budovu. Subjekty (které se nevěnují bezdomovcům) v okolí střediska pouliční medicíny se často cítí ohroženy kvůli návštěvníkům střediska; proto by pohyb klientů po okolí měl být pečlivě plánován. Je třeba mít neustále na paměti reálné riziko krádeží a zajistit adekvátní ochranu personálu i ostatních klientů.

Je velice vhodné, aby program pouliční medicíny měl nepřetržitě k dispozici telefonního operátora. Umožní to ostatním subjektům kdykoliv program zkontaktovat a zkoordinovat péči o klienty. Zároveň by měl být 24 hodin na telefonním příjmu hlavní lékař, který bude schopen reagovat na dotazy z terénu a poradit s naléhavými zdravotními problémy. Nepřetržitý přístup k databázi pouliční medicíny přes internet by měl být samozřejmostí. Měla by být zpracována také doporučená řešení nezdravotnických krizových situací a stížností.

UBYTOVÁNÍ

Jedním z hlavních cílů programu pouliční medicíny je samozřejmě získat pro klienty ubytování. Jakmile lidé z ulice získají možnost ubytování, jejich celkový zdravotní stav se často zásadně zlepší. Většina středisek pouliční medicíny nemá vlastní ubytovací kapacity, ale bude klientům z ulice pomáhat dostupné ubytovací možnosti zkontaktovat. Koordinátoři péče by se proto měli seznámit s vhodnými partnerskými organizacemi, které by v této oblasti mohly být nápomocné. Bývá ovšem takřka pravidlem, že stávající možnosti lidem žijícím na ulicích z nějakého důvodu nevyhovují. Právě u klientů, kteří žijí na ulici dlouhodobě a dobrovolně, bývá klíčovým faktorem na cestě k ubytování hluboký osobní vztah s dobrovolníky/zaměstnanci programu pouliční medicíny. Státem dotované ubytovny a různé formy sociálního bydlení mohou být určitým východiskem; programy pouliční medicíny však nejčastěji spolupracují s iniciativami založenými na modelu „ubytování na prvním místě". V tomto modelu jsou lidé z ulice umístěni rovnou do bytu ve své vlastní lokalitě a koordinátor péče s nimi intenzivně pracuje na tom, aby tento přechod byl úspěšný. Program „ubytování na prvním místě" bývá obvykle financován z fondů HUD.[25] Nejtěžším úkolem je v tomto případě pomoci jednotlivci ke změně životního stylu, naučit ho vycházet s pronajímatelem, se sousedy a ostatními lidmi v okolí. Výhodou je vztah důvěry a pochopení, navázaný mezi koordinátorem péče pouliční medicíny a klientem, který pomáhá tyto těžkosti překonat. Je zde zapotřebí velké flexibility a často i smyslu pro humor. Koordinátor péče musí klienty v jejich novém domově pravidelně navštěvovat, obzvláště v počátečním období po přesunu. Když se klientova situace stabilizuje, frekvence návštěv se může snížit. Program pouliční medicíny by měl počítat s dalšími nutnými návštěvami u ubytovaných klientů, jako např. návštěvy lékaře, psychiatra nebo právníka. Ubytování klienta je pouze částečným vítězstvím; je však velmi důležitým krokem ve směru k normálnímu životu.[26]

[25] HUD – Housing and Urban Development, ministerstvo pro bydlení a městskou výstavbu v USA.

[26] Dlouhodobé ubytování klienta v azylovém domě je pro většinu našich pacientů z ulice nedostupné z mnoha důvodů, azylové domy většinou nejsou uzpůsobeny pro péči o nemocné. Snažíme se proto zavést zařízení respitní péče – krátkodobé ubytování nemocného bezdomovce s ošetřovatelskou péčí a lékařskými návštěvami vede často k rychlému zlepšení zdravotního stavu, během léčení probíhá sociální práce s klientem na různé úrovni se snahou o přesun na trvalé ubytování.

DALŠÍ SLUŽBY

V závislosti na místních podmínkách může na stávající program pouliční medicíny navazovat celá řada dalších služeb placeného personálu, dobrovolníků či partnerských projektů. Může se jednat například o právnické poradenství, pomoc v oblasti zdravotního pojištění, pomoc specialistů na domácí násilí atd. Jaká konkrétní oblast služeb je zapotřebí, vyplyne nejlépe z naslouchání a řešení konkrétních potřeb klientů.

UŽIVATELSKÝ PORADNÍ VÝBOR

Celý program pouliční medicíny by se měl v ideálním případě vyvíjet v přímé souvislosti s realitou a potřebami lidí na ulicích. Vytrvalý vývoj v návaznosti na realitu ulic je filosofickým závazkem a vyžaduje neustálou pozornost. Kromě pravidelné zpětné vazby od terénních pracovníků, klientů bez domova a dalších je vhodné ustanovit formální Uživatelský poradní výbor (dále jen „výbor"). Klienti žijící pod mostem jsou žel obvykle poněkud nespolehliví, co se týče dostupnosti. Výbor se může skládat z bezdomovců současných i bývalých. Většina stávajících výborů nemá žádnou výkonnou moc, ale existují výjimky. Některé programy práci členů výboru odměňují. Podněty od uživatelského poradního výboru by mělo brát v úvahu jak představenstvo, tak administrativní personál programu pouliční medicíny, a k návrhům výboru by měly vypracovat oficiální stanovisko.

MIMOŘÁDNÉ OKOLNOSTI

Některým speciálním okolnostem v praxi pouliční medicíny je třeba se věnovat s mimořádnou pozorností. Jedná se o situace s vysokým rizikem vzniku ohrožení zdraví nebo fungování programu. Takových okolností může bezpochyby vzniknout celá řada, ale následující seznam zdůrazní potřebu vytvoření pravidel pro určité vysoce rizikové oblasti.

Zneužití – Výskyt fyzického zneužívání je v populaci bezdomovců běžný a značně rozšířený. Paradigmata intervencí používaná v obecné medicíně zde mohou být určitým vodítkem, ale pro řešení potřeb zneužívaných osob žijících na ulici

jsou nedostatečná. Například dynamika vztahu agresora a oběti může být ovlivněna dalšími osobami a aktivitami, které celý problém komplikují. Standardní postup vykázání násilníka z domácnosti je v prostředí bezdomovců rovněž zcela bezpředmětný. Základními postupy jsou zde získání důvěry, zachování diskrétnosti a vytvoření možnosti úniku do bezpečí. Pokud se klient rozhodne opustit zneužívajícího partnera, musí být předem vypracován plán úniku a zabezpečení. Je nezbytná spolupráce s místním krizovým centrem pro domácí násilí.

Nouzové ubytování – V některých případech je nezbytné některým klientům poskytnout okamžité ubytování. Každý tým terénních pracovníků by u sebe měl mít seznam kontaktů na azylové domy, krizová centra a další nouzové ubytovací možnosti. V žádném případě by ale klienty neměli brát k sobě domů, ani když se jiná možnost ubytování nenaskytne! Nouzovým řešením může být spíše určitý vymezený finanční obnos na dočasné ubytování v místním hotelu. Obvykle je nutné, aby terénní pracovník klienta v hotelu zaregistroval, domluvil s personálem hotelu plán další péče a uhradil náklady za ubytování.[27]

Násilí – Násilí je běžnou součástí života na ulici. Pokud pracovníci programu pouliční medicíny dodržují základní bezpečnostní opatření, obvykle se nestávají obětí násilí. Pokud hrozí, že se terénní pracovníci stanou terčem násilí, je třeba podniknout patřičné kroky a urychleně je přemístit z místa ohrožení. Pokud to uznají za vhodné, zavolají mobilním telefonem policii. Policii by měli uvědomit také v případě, že jsou svědky násilí páchaného na jiné osobě, nebo mají pádné podezření, že se k násilí schyluje. Tyto případy musí být hlášeny také hlavnímu lékaři, který má službu na telefonu. V případě jakéhokoliv zranění musí terénní pracovníci ihned zkontaktovat nejbližší zdravotnické zařízení a následně informovat hlavního lékaře, který má službu na telefonu.

Hrozba vraždy nebo sebevraždy – Týmy pracovníků pouliční medicíny se mezi bezdomovci dříve nebo později setkají s vyhrožováním vraždou či sebevraždou. Vzhledem k časté intoxikaci a potřebě klienta zdůraznit vlastní emocionální nouzi nebývá snadné odhadnout závažnost těchto hrozeb.[28] Pokud vznikne podezření na závažný úmysl, měla by být informována policie nebo psychiatrická záchranná služba. V méně jasných případech by nejzkušenější člen týmu měl s klientem na klidném místě v soukromí do hloubky probrat jeho problémy. Pokud není možné zajistit bezpečnost pracovníka, měla by být informována policie. Možnost vyjádřit vlastní emocionální potřeby je klient často ochoten oplatit závazkem, že neublíží sobě ani nikomu jinému. Pokud se nepodaří dosáhnout tohoto výsledku, měla by být přivolána záchranná služba.

[27] Kapacita krizových – nízkoprahových lůžek je v Praze velmi omezená. Ubytování v hotelu lze v našich podmínkách nejspíše nahradit ubytováním na komerční ubytovně, pokud to zdravotní stav klienta umožňuje.
[28] Někdy se může jednat o účelové jednání – snaha být hospitalizován.

Těhotenství – Pro každou ženu žijící na ulici je těhotenství nesmírně rizikové. Vznikne-li podezření na těhotenství, měla by se podniknout veškerá opatření k jeho potvrzení a zajistit klientce prenatální péči. To se však nepodaří vždycky hned. Pak by měla být těhotné klientce přidělena důvěryhodná členka týmu a jiný zkušený pracovník (muž) by se měl pokusit získat důvěru klientčina partnera. Členové týmu by se měli společně pokusit minimalizovat rizika a zajistit těhotné dostatečnou výživu. Měl by být předem prodiskutován a vypracován plán všech dostupných možností péče.[29]

Spolupráce s policií – Pracovní týmy pouliční medicíny přicházejí do kontaktu s mnoha subjekty včetně policie. Vztah s těmito subjekty by měl být pokud možno formálně ošetřen dříve, než se s nimi setkají v krizové situaci na ulici. Je nezbytné, aby se pracovníci pouliční medicíny k těmto organizacím chovali vždy profesionálně a s úctou. Měli by se vždy ochotně legitimovat, případně předložit patřičná povolení. Pokud se vyskytne nevhodné chování ze strany těchto organizací, mělo by být členy týmu zdokumentováno a nahlášeno vedení programu pouliční medicíny k následnému prošetření.

ŽIVOT OHROŽUJÍCÍ POČASÍ

V mnohých městech jsou v případě extrémně nepříznivého počasí bezdomovci vystaveni smrtelnému nebezpečí. Program pouliční medicíny je v ideální pozici, aby tato rizika chápal a reagoval na ně. Program by se měl podílet na plánování a realizaci patřičných opatření v případě nepříznivého počasí. Pracovníci pouliční medicíny mohou přinejmenším projít ulicemi, upozornit bezdomovce na hrozbu extrémně nepříznivého počasí a nasměrovat je do krizových nocleháren. V ideálním případě pak v krizové noclehárně mohou pracovníci týmu poskytnout klientům zdravotní péči na základě důvěry vybudované během období terénní práce mezi nimi. Je dobré uzavřít dohodu s meteorologickou stanicí, aby středisko pouliční medicíny dostávalo varování před očekávanými extrémními výkyvy počasí. S krizovými útulky je zase možné sjednat rozeslání SMS zprávy, zda budou či nebudou otevřeny. Krizová zimní noclehárna nabízí příležitost ke zlepšení koordinace péče o ty, kdo vytrvale zůstávají na ulici, včetně možnosti psychiatrické péče či jiných potřebných služeb. Tým pouliční medicíny může navrhnout krizové noclehárně vhodná sanitární opatření a případně potřebná zdravotní vyšetření klientů.[30]

[29] Prenatální péče v naší zemi patří do rukou gynekologa. V Praze byla snaha získat gynekologa do ordinace Naděje, podařilo se to jen na přechodnou dobu. Snažíme se tedy zajistit základní péči o těhotné svépomocí, zaregistrovat naše pacientky v běžných ambulancích a porodnicích se daří jen zřídka.

[30] V našich podmínkách se jedná především o zimní krizová nocležiště. V Praze poslední dva roky fungovalo takové nocležiště ve spolupráci Armády spásy, Naděje, Charity a Maltézské pomoci, byla poskytována zdravotní péče. Dalším příkladem je krizové otevření denního centra na noc po dobu povodní, kdy jsou lidé vytlačeni ze svých obydlí v okolí řek.

ADMINISTRACE PROGRAMU POULIČNÍ MEDICÍNY

Pro úspěšnou administraci programu pouliční medicíny je nezbytná flexibilita a zvláštní dovednosti. Dobrý program pouliční medicíny být citlivý k vnímání zdraví a zdravotní péče z perspektivy lidí žijících na ulici. Program by měl mít k dispozici jednu osobu v pozici administrátora, plně seznámeného s realitou pouliční práce a schopného sladit požadavky klinické praxe s předpisy, s financováním, s řízením pracovního personálu a zdrojů. Měl by být jasně formulován popis pracovní náplně a zodpovědnosti jednotlivých pracovníků. Předem by měl být vypracován i systém zpětné vykazatelnosti. Administrátor musí spolupracovat s hlavním lékařem na plánování vývoje programu a hodnocení jeho efektivity.

Hlavní lékař je další klíčovou osobou úspěšného programu pouliční medicíny. Zodpovídá za všechny klinické záležitosti a ručí za kvalitu poskytované zdravotní péče. Poskytuje záruku ve všech zdravotnicko-právních záležitostech. Hlavní lékař by se měl účastnit všech pracovních schůzek programu koordinované péče. V ideálním případě by se měl přímo a pravidelně podílet i na práci v terénu. Všechna závažná klinická rozhodnutí dobrovolníků a zaměstnanců a všechna pravidla poskytování zdravotnické péče by měla být s hlavním lékařem konzultována. Hlavní lékař nebo jeho kvalifikovaný zástupce musí být nepřetržitě dostupný na telefonu.

Dalšími důležitými pozicemi v programu pouliční medicíny jsou sekretářka a recepční. V některých případech může obě funkce vykonávat jedna osoba. Je třeba, aby tato osoba dokázala obsloužit široké spektrum návštěvníků střediska pouliční medicíny vyrovnaně a trpělivě. Je vhodné mít k dispozici alespoň dvě osoby, které uvítají a uvedou dále všechny klienty, studenty a dárce, kteří každodenně do střediska přicházejí. Sekretářka má na starost koordinaci a aktualizaci časového rozvrhu všech terénních pracovníků, studentů a dalších pracovníků.

Je třeba mít na této pozici osobu naprosto spolehlivou a organizačně zdatnou; zvlášť pokud středisko spolupracuje s lékaři – dobrovolníky. Lékaři by měli být přítomni zadávání svých dat do systému, aby se s tímto procesem seznámili, pro program je však nedocenitelné, jsou-li data zpracovávána jednotně stále stejnou osobou. Hlavní lékař a administrátor by měli kontrolovat kvalitu zadávání a zpracování dat.

Další nezbytnou osobou v programu pouliční medicíny je vrchní sestra koordinované péče. Tato zdravotní sestra by měla řešit akutní potřeby klientů přicházejících do střediska a pomoci jim zařadit se do procesu primární péče. Vrchní sestra koordinované péče bude z přísunu klientů vybírat ty, kteří mají akutní potřeby nebo mimořádné příležitosti a zařazovat je do časového harmonogramu přednostně. Je vhodné, aby tato sestra měla přehled o distribuci léčiv a podílela se na službě konzultací. Musí také úzce spolupracovat s hlavním lékařem.

Snad nejdůležitější ze všech rolí pouliční medicíny je ovšem sociální pracovník. Tato osoba stráví nejvíce času v přímém kontaktu s klienty; bude úzce spolupracovat a navazovat kontakty s dalšími subjekty. Je to práce, která vyžaduje vysoké nasazení, smysl pro humor a mnoho trpělivosti. Sociální pracovník přirozeně pomáhá sehnat klientům ubytování. Jedná se o časově náročný proces změny; sledování podpora nově ubytovaných klientů zabere značnou část pracovní doby sociálního pracovníka. Je proto dobrou investicí zaměstnat sociální pracovníky dva, je-li to možné.

Má-li program pouliční medicíny k dispozici dodávku, je třeba mít pro její provoz vyhrazeného řidiče. Jeho zodpovědností bude i péče o potřebnou údržbu automobilu. Na službách pojízdné ambulance závisí mnoho lidí, její řidič by proto měl být velmi spolehlivý.

Terénní pracovníci by měli být pro lidi z ulice důvěryhodní a měli by umět správně posoudit situaci. Pro tuto práci jsou ideální bývalí bezdomovci, pokud je jejich životní situace stabilizována alespoň 6–12 měsíců. Je třeba věnovat pozornost jejich osobním potřebám, aby se nestalo, že snaha pomoci druhým ohrozí jejich vlastní proces uzdravování. Zdaleka ne všichni bývalí bezdomovci se pro práci terénních pracovníků hodí. Dalšími vhodnými kandidáty na pozice terénních pracovníků jsou lidé s rozsáhlými zkušenostmi v oblasti pouliční práce. Ve větších městech obvykle bývá řada sociálních pracovníků s přirozeným nadáním v této oblasti. Stavět na již vybudovaných vztazích k lidem z ulice je velmi účinnou metodou práce.

PUBLIC RELATIONS

Public relations jsou další důležitou oblastí zájmu programu pouliční medicíny. Pouliční medicína se věnuje lidem, ke kterým má veřejnost obvykle rozporuplné postoje. Program jako takový bude proto budit pozornost mnoha různých skupin. Jedná se především (ale nikoliv pouze) o místní zastupitelstvo, obchodní partnery, média, zájmové skupiny, zdravotnická zařízení, církve a sociální organizace. Má-li být zachována důvěryhodnost zdravotní péče, je třeba zachovat diskrétnost a respektovat důstojnost klientů bez domova. Lze bezpochyby tvrdit, že program pouliční medicíny by se neměl zaplétat do „politiky" bezdomovství. Ze zkušenosti nicméně plyne, že vzhledem k pozitivnímu dopadu, který může mít jasné svědectví zdravotního programu o těžkostech bezdomovců, je to téměř morální povinností. Nesmírně důležité při tom je, jakým způsobem tyto informace předáváme.

Osvědčeným způsobem, jak zlepšit informovanost, je například veřejné vystoupení před kolegy na pracovišti nebo v určitých zájmových skupinách. Pro tento úkol by měli být vyškoleni jeden či dva oficiální mluvčí programu. S určitou praxí se mohou veřejné přednášky, případně obohacené o fotodokumentaci (s písemným souhlasem klientů) stát velmi prospěšným nástrojem pro změnu smýšlení o této problematice. Okamžitým přínosem bývají dary a nabídky dobrovolníků; ještě důležitější je však dlouhodobý vliv – aby společnost začala vnímat bezdomovce také jako lidi. Představa společnosti, v níž jsou všichni její členové ceněni a respektováni, se pro vnímavé posluchače stává silnou motivací. Přednášky je možné obohatit osobním svědectvím klientů bez domova, je však třeba dát pozor, aby takové vystoupení nebylo pro klienta příliš emocionálně náročné.
Měl by být předem pečlivě vypracován protokol pro kontakt s médii *dříve, než* vznikne riziko nežádoucí mediální pozornosti či skandálu. Pokud ve své organizaci máte oddělení pro komunikaci s médii, prodiskutujte s ním své představy a cíle v dostatečném předstihu. Mělo by být dosaženo určité rovnováhy mezi úplným odmítnutím medializace a přílišnou otevřeností. S dalšími partnery v oblasti proberte možnosti řešení kontroverznějších (nezdravotnických) aspektů PR týkajících se bezdomovství. Obvykle platí, že čím méně řečí zdravotnický program nadělá, tím větší váhu mají jeho slova, když je nutné se k nějakému problému vyjádřit. Právní záležitosti prokonzultujte s právníkem, a pokud si nejste jisti, raději vždy volte variantu ochrany klienta před nebezpečím.

Pouliční medicína sama o sobě představuje pro většinovou společnost hozenou rukavici. Je pro nás zkouškou, jak se zachováme k těm, kdo se dostali na dno. Pracovat s lidmi, které společnost pokládá za viníky jejich vlastní nepříznivé situace, s sebou může nést určitá rizika. Neměli bychom se nechat zatáhnout do sporů způsobených strachem nebo hněvem. Naším nejsilnějším argumentem (budeme-li parafrázovat slova Alberta Schweitzera) by měl být způsob, jakým žijeme a sloužíme. Máme-li příležitost poskytnout někomu naději na uzdravení, už tato příležitost je naplněním našeho zdravotnického poslání.

FUNDRAISING

Pouliční medicína není sama o sobě ziskovou aktivitou. Kdyby byla, existovalo by programů pouliční medicíny na světě mnohem více. K úspěšnému zavedení a provozu programu pouliční medicíny však jsou finanční zdroje nezbytné. Rozpočet je možné zásadně obohatit dary a službami dobrovolníků, je však třeba mít pevné jádro stálých profesionálních zaměstnanců, aby byla zajištěna vykazatelnost. Existuje několik modelů financování programu pouliční medicíny, ale i když je středisko zavedeno v místní nemocnici, poliklinice či v jiném zdravotnickém zařízení pro bezdomovce, je potřeba získat ještě další zdroje financí. Příprava žádostí o granty a vypracování zpráv o činnosti je podstatnou součástí pracovní náplně administrátora programu. Přísun financí i personálu může být pozitivně ovlivněn spoluprací s dalšími subjekty a různými nadacemi. Je dobré být uznávanými partnery ochotnými spolupracovat, ale je třeba dbát na to, abychom při tom neztratili ze zřetele poslání svého vlastního programu. Ve vztahu s partnery je třeba (stejně jako ve vztahu s klienty bez domova) neslibovat nic, co nemůžeme splnit. Vaše pověst, co se spolehlivosti týče, pro vás bude tím největším doporučením. Peníze by se nikdy neměly stát pro program středem zájmu. Naučte se při vytváření každodenních záznamů pamatovat na požadavky povinných hlášení financujícím subjektům a neztrácet při tom ze zřetele reálné potřeby klientů.

Kromě příspěvků nadací a grantových agentur je možné provádět fundraisingové akce v dané lokalitě a zviditelnit tak potřeby programu. Tyto akce se mohou stát vzácnými příležitostmi projevení solidarity společnosti. Většinová společnost si obvykle přeje vidět pozitivní přístup, a právě to může program pouliční medicíny nabídnout. Zapojení studentů tuto pozitivitu posiluje a zároveň vychovává

budoucí profesionály. K pokrytí všech finančních potřeb pouliční medicíny je většinou potřeba poskládat více různých dílů mozaiky. Dlouhodobá praxe napomáhá v umění jednotlivé dílky hledat a skládat.

ZDRAVOTNICKÉ VZDĚLÁNÍ

Vedoucí programu pouliční medicíny se shodují, že pro správné fungování programu je nezbytné zapojení nadšených a vynalézavých studentů. Ačkoliv dohled a řízení může být zpočátku vyčerpávající, spolupráce se vzdělávacími institucemi může být pro pouliční medicínu velkým přínosem. Lékařské fakulty jsou ideálním zdrojem dobrovolného i stálého personálu. Mladický elán studentů lékařství, ošetřovatelství, stomatologie i jiných oborů vnáší do programů pouliční medicíny zásadní posun k lepšímu. Zvláštní projekty vedené studenty a jejich fakultami umožňují rozšiřování služeb programu. Vzdělávací instituce jsou navíc často otevřenými dveřmi k vyšším úrovním ošetření, které naši klienti z ulice potřebují. Dobrovolníci z těchto oblastí se stávají přirozenými a silnými zastánci našich klientů. Během práce u nás mnozí ze studentů získají motivaci stát se profesionálními zdravotníky zaměřenými na službu potřebným.[31]

Program pouliční medicíny musí mít systém pro zapojení studentů dobře zorganizovaný. Každý student musí projít vstupním proškolením a jeho práce musí být kontrolována. Studenti musí dostat jednoznačně specifikované úkoly, časový harmonogram, seznam potřebných telefonních čísel a zaměstnanců, kteří jim mohou pomoci. Hlavní lékař musí být se studenty v úzkém kontaktu, zajistit jim dostatečnou péči a bezpečnost. Musí pravidelně vyslechnout jejich hlášení, řešit s nimi problémy a zajímat se o jejich zkušenosti. Studentům by během praxe mělo být umožněno pod dohledem samostatně vést případy několika klientů. Doporučuje se vedení pracovního deníku a četba souvisejících odborných materiálů. Pokud na různých úrovních pracují různé skupiny studentů, měl by k veškerým jejich aktivitám být přidělen koordinátor. Žádný student by nikdy neměl pracovat s klienty o samotě. Při střídání studentů na stanovištích je třeba vypracovat písemné zhodnocení se vzájemnou zpětnou vazbou.

[31] V Praze již druhým rokem funguje oficiální spolupráce 3. lékařské fakulty UK s Armádou spásy a Nadějí. Studenti vytvořili několik projektů a zapojují se do několika programů, kde se zdravotní péče poskytuje (terénní program, mobilní sociální služba, ošetřovna na denním centru, zimní nocležiště, ordinace). Pracuje se na rozšíření spolupráce do dalších měst v ČR.

NETWORKING

Networking je proces propojování silných stránek jednoho programu s dalšími subjekty za účelem zlepšení podmínek pro klienty bez domova. Networking na místní úrovni je klíčový a propojení vzniká často přirozenou cestou na základě potřeb jednotlivých klientů. Jakmile jsou klíčoví partneři rozpoznáni, je dobré aktivně zorganizovat setkání ještě v předstihu. Každé takové setkání je příležitostí ocenit práci ostatních subjektů a hledat cesty společného využití možností obou skupin. Přistupujeme-li k ostatním organizacím s úctou, otevřeností a snahou o spolupráci, společné cíle většinou pomohou předejít konfliktům. V zájmu našich klientů bez domova je důležité nespálit žádný důležitý most. Ti, kdo chtějí bezdomovcům opravdu pomáhat, téměř vždycky najdou nějakou možnost spolupráce. Jak už bylo zmíněno dříve, sdílené projekty (jako např. krizové zimní noclehárny a programy prevence TBC) mohou vybudovat platformy pro spolupráci a zároveň otevřít nové možnosti pro naše klienty.

V letech 1995–2005 vzniklo hnutí propojující programy pouliční medicíny napříč Spojenými státy a v dalších zemích. Vzájemné návštěvy a výměna zkušeností prokázaly, že pouliční medicína je ideálním prostředím pro vzájemné obohacení odborníků z různých měst. První Mezinárodní sympozium pouliční medicíny se konalo v říjnu 2005 v Pittsburghu v Pennsylvánii. Setkali se zde odborníci z 12 států USA, průkopníci z Indie, Chile, Portorika a Honolulu, diskutovali a vyměňovali si zkušenosti ze svých programů. Bylo to první takové setkání a mělo velký úspěch. Ke Street Medicine Network se pak připojila řada dalších partnerů z Evropy, Asie i USA. Aktivity se koordinují mezi jednotlivými městy, ale také na úrovni celých organizací, jako jsou Health Care for the Homeless v USA a FEANTSA v Evropě. Intenzivní networking vyústil v definování Nejlepší praxe pouliční medicíny, založení fondu stipendií pro studenty a závazek spolupráce mezi jednotlivými městy. Síť programů pouliční medicíny (www.streetmedicine.net) je úžasným zdrojem inspirace pro kohokoliv, kdo má zájem začít ve svém okolí s novou službou pro bezdomovce nebo rozšířit a zkvalitnit službu stávající.[32]

[32] Na podzim 2013 byla ČR poprvé zastoupena na mezinárodním sympoziu pouliční medicíny v Bostonu. Podařilo se získat kontakty. 29. 3. 2014 se konala první Národní konference o zdravotní péči o lidi bez domova v ČR, kde hlavním mluvčím byl dr. James Withers.

APPENDIX
SEZNAM LITERATURY

The Health Care of Homeless Persons, James J. O'Connell, MD Editor, 2004.

To Dance with Grace: Outreach and Engagement to Persons on the Street, Sally Erickson, M.S.W. and Jaimie Page, M.S.W., L.S.W. 1998.
http://aspe.hhs.gov/homeless/symposium/6-Outreach.htm

Outreach to People Experiencing Homelessness, Ken Kraybill, MSW National Health Care for the Homeless, June 2002.

O'Toole, S., Withers, J., „From the Streets to the Emergency Room and Back: A Model of Emergency Care for the Homeless", Topics in Emergency Medicine, volume 20/number 4, December 1998, pp12-20.

Psychology on the Street, Thomas L. Kuhlman, 1994.

Outreach to People Experiencing Homelessness, A Curriculum for Training Health Care for the Homeless Outreach Workers, Craig Rennebohm,
http://www.nhchc.org/Curriculum/preface.htm

MEDICI PRO ARMÁDU SPÁSY

Hnutí pouliční medicíny po celém světě je založeno na aktivním zapojení studentů medicíny. Toto zapojení má několikerý efekt. Studenti významně pomáhají s ošetřováním ran, kontaktováním osob na ulicích a rozvojem oboru. Na druhou stranu pro ně samotné představuje prostředí pouliční medicíny jakousi učebnu, učí se komunikaci, učí se zvládat neobvyklé situace a také se dovídají mnoho sami o sobě. Jen někteří zůstávají v oboru i po promoci, ale všem zůstává v paměti setkání s bezdomovcem – člověkem, se kterým se dá normálně mluvit.

V naší zemi začali medici oficiálně působit v pouliční medicíně v roce 2012, kdy byla v Praze otevřena zimní krizová noclehárna s ošetřovnou. Byla navázána spolupráce s 3. lékařskou fakultou UK a medici byli osloveni jako dobrovolní zdravotníci. Studenti sami vytvořili projekt s názvem „Medici pro Armádu spásy" a začali po večerech docházet na zimní nocležiště, kde pomáhali s ošetřením lidí bez domova. Od roku 2012 se pravidelně zapojují do zimních programů, vypomáhají jako zdravotníci na denním centru a v terénní službě. V roce 2014 se aktivně účastnili české konference o zdravotní péči o bezdomovce a téhož roku vyjeli s příspěvkem na mezinárodní symposium pouliční medicíny v Dublinu. V roce 2015 se začínají rozvíjet studentské programy také v dalších českých městech.

Co znamenají medici pro pouliční medicínu? Kdybych byla inženýrem, nazvala bych je motorem pouliční medicíny. Kdybych byla filozofem, nazvala bych je duší pouliční medicíny, kdybych byla duchovním, nazvala bych je požehnáním pouliční medicíny, ale já jsem lékař, tak je nazvu srdcem pouliční medicíny. Jsou naší nadějí a představují budoucnost lidí bez domova.

MUDr. Andrea Pekárková

ARMÁDA SPÁSY

Armáda spásy byla založena roku 1865 metodistickým kazatelem Williamem Boothem. V současné době tato křesťanská organizace působí ve 126 zemích světa a má své mezinárodní ústředí v Londýně ve Velké Británii.

V Československu zahájila Armáda spásy práci roku 1919, ale v roce 1950 byla její činnost komunistickým režimem násilně ukončena. K obnovení práce došlo v roce 1990, kdy se Armáda spásy v České republice zaregistrovala jako občanské sdružení. V roce 2013 se Armáda spásy stala rovněž registrovanou církví.V současné době působí v Praze, Brně, Ostravě, Havířově, Karlových Varech, Krnově, Opavě, Přerově, Šumperku, Jirkově a v Chodově.

Cílem Armády spásy je fyzická, sociální, morální a duchovní podpora lidí všech věkových kategorií, a to na křesťanských základech. Cílovou skupinou Armády spásy jsou všichni ti, kteří se ocitli v obtížné životní situaci, ale také ti, kteří hledají jakoukoliv duchovní pomoc či oporu. Armáda spásy provozuje sociální zařízení a komunitní centra, ve kterých poskytuje více než 60 registrovaných sociálních služeb. Každý den jejich služeb využívá přes tisíc znevýhodněných osob.

Známý slogan Srdce Bohu, ruce lidem, výborně vystihuje naši podstatu. Jsme tu pro ty, kteří potřebují pomoc. Pro ty, kdo se ocitli bez střechy nad hlavou, stejně jako pro osamělé a hledající. A naše motivace? Tu i nadále čerpáme z naší křesťanské víry a usilujeme, aby mnozí ti, kteří se s námi setkají a využijí nabídky služeb, se rovněž setkali s Tím, který dává smysl našemu bytí.

Ústředí Armády spásy
Petržílkova 2565/23
158 00 Praha 13
tel.: +420 251 106 424
email: ustredi@armadaspasy.cz
Více na www.armadaspasy.cz

PŘÍKLADY DOBRÉ PRAXE

Práce s bezdomovci je velmi rozmanitá. Díky nasazení zaměstnanců a poskytovatelů různých typů sociálních služeb a díky široké spolupráci vznikají nejrůznější aktivity, které rozvíjejí již klasické programy pro bezdomovce (terénní práce, nízkoprahová denní centra, noclehárny a azylové domy). Níže uvedené příklady ukazují, jak jsou organizace, které se zabývají problémem bezdomovství flexibilní a pokud jim to finanční, personální a prostorové podmínky umožní, dovedou pružně reagovat na to, aby pokryli potřebu lidí, kteří chtějí svou situaci řešit. Jedná se o některé ukázky z různých oblastí podporující snahu zaměstnanců a uživatelů k integraci. Prostřednictvím Sdružení azylových domů jsme oslovili organizace pracující s bezdomovci, a ty nám poslali tyto příklady, které přikládáme pro inspiraci a další rozvoj služeb pro bezdomovce. Různé aktivity vznikaly a vznikají na základě různých impulsů, ať již to je impuls finanční (zdroje z Evropské unie) nebo podněty ze samospráv, centrálních úřadů nebo různých institucí, kterých se problematika bezdomovství dotýká.

ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO BEZDOMOVCE V PRAZE

Realizátor: Naděje o.s.
Realizace: od roku 1994 dosud
Roční provozní náklady: 1,2 mil. Kč
Financování: MZ, MHMP, VZP, dary
Webové stránky: http://www.nadeje.cz/index.php?q=node/54

Způsob života lidí bez domova (špatná strava, dlouhodobý pobyt na ulici, často nedostatečné oblečení, absence podmínek pro dodržování hygieny, narušení rytmu aktivity a odpočinku) přináší zhoršený zdravotní stav po stránce fyzické i duševní. Ztráta sociálních vazeb zvyšuje míru stresového zatížení a psychického strádání. Proto Naděje zřídila koncem roku 1994 v centru města nedaleko hlavního nádraží ordinaci praktického lékaře, která navazuje na denní centrum. Jejím posláním je zajištění dostupnosti základní zdravotní péče pro lidi bez domova, zlepšení jejich zdravotního stavu a ochrana ostatních občanů před riziky infekčních chorob, jejichž nositeli mohou lidé bez domova být. Ordinace praktického lékaře spolupracuje

s nízkoprahovými denními centry, které před vyšetřením umožňují pacientům vysprchování a výměnu ošacení. V případě pacientů s psychickými problémy mají zaměstnanci ordinace možnost kontaktovat psychologa nízkoprahového denního centra. Ordinace praktického lékaře zaštiťuje poskytování základního zdravotního ošetření v rámci terénního programu. Existence tohoto zdravotnického zařízení, kromě přímé pomoci samotným bezdomovcům, je nástrojem prevence šíření přenosných chorob a parazitů. Kromě běžné léčby bezdomovců ordinace spolupracovala několik let s Národní jednotkou dozoru nad tuberkulózou při screeningu a s Hygienickou službou prováděla očkování proti virové hepatitidě. Toto ojedinělé zařízení je od začátku finančně podporováno Ministerstvem zdravotnictví a městem Prahou.

Zdůvodnění:
Hlavní město Praha se potýká s nárůstem počtu bezdomovců. Jeden z dobrých příkladů je tento projekt, který řeší zdravotní problémy bezdomovců. Obdobné, byť prozatím v menším měřítku, je řešení stejné problematiky v Olomouci. Zdravotní problémy bezdomovců jsou znásobeny častou absencí lékařské péče obzvláště u osob, které se nacházejí na ulici. Mnozí odmítají lékařskou péči, podceňují ji, jejich způsob života vyvolává nejrůznější zdravotní problémy. Často z pochopitelných důvodů jsou také odmítáni k přijetí ve zdravotnických zařízeních. Jako příklad dobré praxe je vytvoření ordinací přímo v místech, kde se bezdomovci pohybují, tedy poskytování základní zdravotnické péče v blízkosti azylového domu, nízkoprahového denního centra nebo přímo v terénu.

FARMA STRAHOVICE

Realizátor: Armáda spásy
Realizace: od 1. července. 2011 dosud
Roční provozní náklady: 784 970 000 Kč
Financování: rok 2011 Individuální projekt prostřednictvím Moravskoslezského kraje (ESF, OP LZZ), rok 2012 MPSV, Magistrát města Opavy
Webové stránky: http://www armadaspasy.cz
Popis: V rámci programu azylových domů Armády spásy jsou povinné aktivizační programy, tedy programy, které u uživatelů azylových domů obnovují nebo vytvářejí pracovní návyky. Opavský azylový dům vytvořil projekt, kde je možnost vykonávat

tyto aktivity na zemědělské usedlosti. Uživatelé azylového domu, většinou dlouhodobě nezaměstnání nebo lidé zapojení v rámci veřejné práce, se zde podílejí na údržbě budov a pozemku, krmí zvířata nebo se zapojují do další smysluplné činnosti. Díky široké škále různých možností si uživatelé mohou uvědomit svou hodnotu na základě splnění nejrůznějších úkolů. Zaměstnanci pak poskytují uživatelům podporu a zpětnou vazbu. Uživatelé tohoto projektu se pak mohou seznámit s konkrétními výsledky své činnosti.
Hlavním přínosem projektu je vytvoření základních sociálních návyků a dovedností potřebných k soběstačnosti a uplatnění ve společnosti, nácvik pracovních dovedností. Tento nácvik pracovních dovedností probíhá pod dohledem pracovníka zařízení v přirozeném prostředí obyvatel obce, kde se starají o udržování veřejných prostranství (odstraňování náletových dřevin, sekání louky atd.), dále pečují o domácí zvířectvo, kdy se pod vedením pracovníka přenáší postupně odpovědnost za zajištění potřeb svěřeného zvířete (krmení, čistění, dojení atd.). Těmito nácviky dochází k získávání získání nových vědomostí, dovedností a aktivizace uživatele v oblasti pracovních činností.
Od 1. 7. 2011 do 31. 12. 2011 službu využilo celkem 12 uživatelů, z tohoto počtu byli 3 uživatelé z nízkoprahového denního centra a 9 uživatelů služby azylový dům.

Zdůvodnění:
V azylových domech jsou často uživatelé, kteří nebyli zaměstnáni, nemají pracovní návyky. Je to součástí jejich životní cesty, nemají patřičné vzdělání, zůstávají bez práce. Podobné projekty (farmy) u některých z nich probouzejí nejen pracovní návyky, ale ukazují také smysluplnost jejich činnosti, práce v zemědělství nebo v lese je baví.

MOBILNÍ TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBA NADĚJE V PRAZE

Realizátor: Naděje o. s.
Realizace: od 2007
Roční provozní náklady: 836 tis. Kč
Financování: Praha 1, Praha 4, Praha 5, MPSV
Webové stránky: http://www.nadeje.cz
Jedná se o projekt propojující tři oblasti, které jsou klíčové pro práci s bezdomovci, a to oblast terénní práce, sociální práce a zdravotních služeb. V rozsahu, v jakém je služba poskytovana (5 dní v týdnu) a jakému množství osob (průměrně 100

osobám denně), nemá tento projekt vzhledem k počtu uživatelů v oblasti terénních služeb pro lidi bez domova v České republice srovnání. Terénní pracovníci využívají pro projekt speciálně upravené a vybavené dodávkové auto. Základní materiální, zdravotnická pomoc včetně sociální práce se tak stávají pro lidi bez domova dostupnější. Služba vytváří lidem bez domova podmínky pro nastartování řešení jejich situace. V některých případech pomoc pracovníků mobilní sociální služby zachrání život člověku bez domova. Společným jmenovatelem cílové skupiny je, že ze subjektivních důvodů nevyužívají služby určené lidem bez domova. Klíčovým výsledkem projektu je propojenost výše uvedených oblastí, které napomáhají lidem z cílové skupiny zmírňovat zdravotní a sociální rizika. Dále je to mobilita sociální služby, která přichází za klientem přímo na ulici. Díky mobilitě a bezprahovosti projektu jsou poskytovány služby lidem, pro které jsou stacionární sociální služby pro lidi bez domova nedostupné. Prostřednictvím projektu je také osloveno větší množství lidí bez domova, kteří jsou motivováni a podporováni k využívání následných sociálních služeb v rámci denních center, nocleháren a pobytových služeb, tedy v posunu k integraci zpět do společnosti. Projekt byl vyhodnocen mezi 100 nejlepšími projekty ve střední Evropě.

Zdůvodnění:
Stále existuje velké množství bezdomovců, kteří z nejrůznějších důvodů nevyhledávají „kamenné" sociální služby a zůstávají na ulicích nebo v jiném prostředí. Smyslem mobilních kanceláří je tyto bezdomovce vyhledávat, kontaktovat a nabízet jim v jejich prostředí základní pomoc a jiné alternativy života. Takovéto, žel ještě pořád málo používané projekty pomáhají eliminovat rizika, ať už sociální nebo zdravotní, přímo v prostředí, kde bezdomovci žijí.

DŮM POD SVAHEM – SLUŽBA NÁSLEDNÉ PÉČE

Realizátor: Armáda spásy
Realizace: od září 2009 dosud
Financování: Roční provozní náklady: 4 454 736 Kč. MPSV, Nadace OKD, Moravskoslezský kraj, dary
Webové stránky: http://www armadaspasy.cz
Popis: Projekt Následné péče Armády spásy vznikl proto, že léčebny nebo terapeutické komunity opouštějí lidé, kteří absolvovali první část boje se svou závislostí, ale pak se nemají kam vrátit a potřebuji se ještě v částečně chráněném

prostředí naučit žít bez závislostí. Často se stává, že se vrátí do prostředí, které je k závislosti přirozeně přivede zpět. Dům pod svahem je pobytové zařízeni s patnácti místy pro muže starší osmnácti let, kteří řeší svou závislost na alkoholu nebo gamblingu a alespoň krátkou dobou abstinují. V tomto případě jsou zařazení do programu složeného ze tří fází. První z nich je část adaptační, druhá směruje již intenzivně k abstinenci, a to prostřednictvím pracovní terapie, komunit a individuálních rozhovorů. Ve třetí fázi se již připravují na odchod z Domu pod svahem. Důležité je, že po absolvování třetí ráze mohou uživatelé v omezeném počtu pokračovat v tréninkovém bydlení. Uživatelé služby mají mimo možnosti ubytování, prostorů pro společné programy také povinnost se zúčastnit pracovního programu v rámci malé zemědělské usedlosti. Kapacita služby je 15 osob v místě jejího poskytování a čtyři uživatelé mohu využívat služby dvou tréninkových bytů.

Zdůvodnění:
Tento ojedinělý projekt podporuje převážně bezdomovce, kteří se snaží vyřešit zásadní problém závislostí. Ti, kteří absolvují léčbu nebo déle abstinují se nemají kam vrátit. V případě, že přijdou do azylového domu nebo podobného zařízení, jsou často negativně ovlivňování jinými uživateli a jejich abstinence je pak často porušena. Díky tomuto projektu se mohou v abstinenci upevnit a prostřednictvím možného návazného bydlení mohou zahájit novou kapitolu svého života.

PREVENCE BEZDOMOVSTVÍ OSTRAVA

Realizátor: Armáda spásy
Realizace: od počátku roku 2005 dosud
Financování: MPSV, Magistrát města Ostravy, Úřad městského obvodu Moravská Ostrava a Přívoz. V letech 2008–2011 byla služba financována také z Individuálního projektu Moravskoslezského kraje (ESF, OP LZZ).
Roční provozní náklady: 3 024 800 Kč
Webové stránky: http://www. armadaspasy.cz
Popis: Služba napomáhá uživatelům využít vlastní možnosti a síly ke zvládání životních situací zejména v oblasti bydlení a zaměstnanosti. Služba je poskytována především v jim známém prostředí, tedy v jejich bytech. Hlavním cílem služby je kontaktování osob v nepříznivé sociální situaci a jejich podpora k samostatnosti a začlenění do společnosti formou poradenství a terénní práce. Uživatelé služby

mají možnost zažádat si o podnájem přímo v bytě, který má Armáda spásy pronajatý od Městského obvodu Moravská Ostrava a Přívoz. V současné době se jedná o 35 bytů. Do těchto bytů jsou vybíráni především jednotlivci a rodiny, kteří prošli již buď samostatným bydlením, nebo sociální službou (např. azylové domy, domy na půl cesty apod.). Terénní a sociální pracovníci Armády spásy uživatelům pomáhají a doprovázejí je při řešení nejrůznějších situací a záležitostí spojených převážně s bydlením v nájemním bytě. Uživatelé mohou v podnájmu od Armády spásy setrvat nejvýše 5 let. Jsou povinni se o byt starat, řádně hradit nájem, mít řádně připojené energie a aktivně řešit svou sociální situaci s terénním nebo sociálním pracovníkem. Pokud se taková spolupráce daří po dobu minimálně dvou let, mohou zaměstnanci doporučit městskému obvodu (vlastníkovi bytu) uzavření nájemní smlouvy s tímto uživatelem. S uživateli, kterým byl předán byt do nájemního vztahu, jsou terénní pracovníci nadále, dle zájmu nájemníků, v kontaktu. Místo tohoto bytu dostaneme od městského obvodu pak byt další a naše služba dává šanci jinému uživateli. Za dobu provozování služby bylo takto úspěšně předáno 11 bytů. Služba je jedinečná velmi úzkou spoluprací městského obvodu a neziskové organizace. Význam služby pro klienta spočívá v tom, že může i jako uživatel azylového zařízení dosáhnout na nájemní formu bydlení. Získává zde kompetence a dovednosti k udržení takového bytu. Městský obvod pak získává do bytu nájemníka, který je začleněný a umí se o sebe a své bydlení dobře postarat, a je zde vysoká pravděpodobnost, že si nabyté bydlení a životní standard udrží.
V roce 2011 měla služba celkem 253 uživatelů v rámci bytového poradenství a 35 z nich mělo podnájemní smlouvu na tréninkový byt.

Zdůvodnění:
Stálým problémem uživatelů azylových domů, ať už jednotlivců, částí rodin nebo celých rodin je možnost osamostatnění se v samostatném bytě. Ze zkušeností nejen v těchto dvou uvedených projektech je zřejmé, že tyto služby jsou pro společnost levnější a pro živitele efektivnější. Uživatelé tréninkových bytů se za asistence sociálních pracovníků učí přebírat na sebe nejen povinnost včas hradit nájem a poplatky spojené s bydlením, ale také samostatnému životu (hledání práce, péče o rodinu apod.).

DOMOV PŘÍSTAV

Realizátor: Armáda spásy
Realizace: od počátku roku 1992 dosud
Roční provozní náklady: 11 000 000 Kč
Financování: Město Ostrava (30%) MPSV (35%) uživatelé (35%),
Webové stránky: http://www.armadaspasy.cz

Problémy bezdomovců, kteří z důvodu věku nebo svého zdravotního stavu jsou závislí na podpoře jiné osoby, řeší Domov Přístav v Ostravě. Jedná se o ty, kteří již nejsou schopni využívat klasické služby pro bezdomovce (např. azylový dům) nebo nemohou být dále umístěni ve zdravotnickém zařízení. Celý program je zaměřen na jejich podporu v rámci zvláštnímu režimu. Vzhledem k častým zdravotním problémům tvoří personál služby i zdravotničtí pracovníci. Služba je poskytována v kategorii domovů se zvláštním režimem a je jediným takto specializovaným projektem v České republice. Díky vedenému pořadníku a průzkumu, který proběhl na území města Ostravy, mají zaměstnanci této služby přehled o potřebě takovéto služby. Vzhledem k stárnutí populace, k velmi špatnému prvotnímu stavu bezdomovců je počet 44 lůžek nedostačující. Z těchto důvodů a za spolupráce Magistrátu města Ostravy, Moravskoslezského kraje a Armády spásy byla v listopadu 2012 v Ostravě otevřena obdobná služba, která se ale více zaměří na imobilní uživatele – bezdomovce.

Zdůvodnění:
Na základě průzkumu, který proběhl v části Moravskoslezského kraje v azylových domech a v zdravotnických zařízeních, byla potvrzena potřeba vytvořit specializovanou sociální službu pro ty bezdomovce, kteří nemohou existovat vzhledem ke svému zdravotnímu stavu bez podpory druhé osoby, ale nepotřebuji k tomu využívat zdravotnické zařízení. Většinou se jedná o kombinovaně postižené uživatele, kdy jsou zdravotní problémy doprovázeny alkoholovou nebo jinou demencí, proto poskytovatel zvolil typ služby Domov se zvláštním režimem.

Dům pod svahem – služba následné péče, Armáda spásy

Pan Dušan je uživatelem azylového domu od poloviny roku 2011. Důvodem jeho ubytování byla ztráta zaměstnání a bydlení. Pracoval jako pomocný dělník u jednoho podnikatele, který mu zároveň zajišťoval bydlení. Protože mu však přestal platit, odešel od něj a vyhledal služby Armády spásy v Opavě, kde v minulých letech pár nocí přespal na noclehárně. Vyřídil si sociální dávky a po ubytování začal spolupracovat se sociální pracovnicí na hledání zaměstnání. Moc se mu nedařilo, překážkou byl jeho vyšší věk – 56 let. Panu Dušanovi byla nabídnuta možnost využívat služby statku Armády spásy, aby neztratil své pracovní návyky, než se mu podaří najít nové zaměstnání. Nabídku přijal s nadšením, jak sám tvrdil, nebavilo ho trávit čas na azylovém domě, byl zvyklý pracovat celý život a bez práce nedokázal žít. Práce na statku ho velmi bavila, staral se o různá hospodářská zvířata, opravoval samotnou budovu statku apod. Žádná práce pro něj nebyla problém, protože za svůj život vystřídal více zaměstnání, např. kopal hroby, pracoval na stavbách a větší část života se právě staral o zvířata, takže podojit kozu nebo zabít krůtu mu nečinilo žádný problém. Pan Dušan na statku Armády spásy ve Strahovicích pracuje i v současnosti a je velkou oporou. Zatím se mu nepodařilo najít zaměstnání, měl pár nabídek, ale nejednalo se o legální práci na smlouvu. Díky práci ve Strahovicích však neztrácí naději a doufá, že se na něj brzy usměje štěstí.

Azylový dům, Naděje o. s.

Paní Marie si snad jako mnohá jiná žena nikdy nepřipustila, že by mohla skončit v azylovém domě. Tato milá a usměvavá paní vždy žila běžný život – měla manžela a práci, která ji bavila. Ačkoliv paní Marie absolvovala pouze základní školu, díky své pracovitosti se vypracovala z dělnice třídící ovoce až na vedoucí prodejny. Po rozvodu si paní Marie našla přítele. Partner paní Marie však pro ni neznamenal novou šanci, postupem času se ukázalo, že možná radši než paní Marii má alkohol. A co bylo horší, zálibu v alkoholu vypěstoval i u ní. A když se rozpadl i tento vztah, paní Marie byla najednou sama. Paní Marie přišla do azylového domu na doporučení jiné uživatelky, byla již několik dní na ulici, špinavá a hladová, alkohol hrál u ní prioritní roli. Prošla velkým zklamáním, dostala se na dno a hledala sílu k návratu. Projevila se u ní obrovská vůle a vytrvalost, která jí pomohla absolvovat protialkoholní léčení a v abstinenci vytrvat dodnes. Jak sama říká, pomoc našla především sama v sobě, ve své vůli žít lépe. Pomoc však také našla u pracovníků Naděje

a v neposlední řadě – u Boha. Po návratu z léčebny se vrátila do azylového domu, a stále s tou silnou vůlí dát si život do pořádku si hledala práci. Mnozí v jejím věku by si stěžovali, že je to těžké, je-li vám 55 let a máte pouze základní vzdělání, ne tak paní Marie. Ačkoliv z první nalezené práce ji po změně vedení vyhodili, paní Marie se ani v této zatěžkávací zkoušce k berličce alkoholu nevrátila a po čase si našla jinou práci, ve které je spokojená. Příběh paní Marie a mnoha dalších dává jistotu, že naše práce není zbytečná. Je velmi snadné ztratit svůj dosavadní život a dostat se až k nám. Azylový dům ale není konec – naopak je to nový začátek a naděje pro lidi, kteří to nechtějí vzdát.

Prevence bezdomovství, Armáda spásy

Paní Nováková po odchodu dospělých dětí z rodiny a po rozvodu zůstala sama a bez bytu. Na základě těchto skutečností byla přijata do azylového domu, kde si po kratší době vyzkoušela samostatné bydlení, ale vzhledem k organizačním důvodům se musela vrátit zpět do azylového domu, kde pomáhala v kuchyni a v šatníku. Když se na Prevenci bezdomovství v Ostravě uvolnil byt, dostala v roce 2006 nabídku k jeho obsazení. Hlavním problémem, který ji zavedl do azylového domu, byl alkohol. Statečně s touto závislostí bojovala, ale přicházely i prohry. Před přijetím do samostatného bytu slíbila, že s tímto svým problém bude tvrdě bojovat. Svůj slib dodržela, pravidelně dochází do ordinace odborného lékaře a pod jeho dohledem užívá antabus. Díky podoře zaměstnanců Armády spásy si našla zaměstnání uklizečky a postupně hradí svůj dluh na zdravotním pojištění. Pokud půjde vše dobře, od června by již měla obdržet byt v klasickém nájemním vztahu. Paní Nováková díky pokrokům, které ve své nelehké situaci dělá, byla vybrána jako zástupce České republiky na setkání lidí se zkušeností chudoby v Bruselu, kde bude spolu s čtyřmi dalšími referovat o svém životě a o tom, že díky navazující koncepci sociálních služeb se vrací zpět do běžného života.

Autor: Jim Whithers, MD
Editor textu: MUDr. Andrea Pekárková
Překlad: Eva Watson-Jones, Mgr. Lydie Marešová, PhD.
Grafická úprava, sazba: Simona Kosorin, reklamajakbrno.cz
Tisk: Blueart, s.r.o.
Autorské fotografie: Jan Valter, str. 46 – archiv Armády spásy
Spolupracovali: Antonín Plachý, Mgr. Pavla Vopeláková
Nakladatelství: Armáda spásy v České republice
Náklad: 1 000 ks
© Armáda spásy

DR. JIM WITHERS

Studium medicíny započal na Haverford College a dokočil na Univerzitě v Pittsburgu v roce 1984. Jeho zájem o medicínu zaměřenou na službu (serviced oriented medicine) vzrostl díky lékařským cestám do Střední Ameriky a Indie. Po lékařské stáži v nemocnici Mercy Hospital v Pittsburgu začal učit na fakultě na oddělení interní medicíny. Začal se zajímat o domácí násilí, mezinárodní medicínu a o zdravotní péči o bezdomovce.

V roce 1992 založil Operation Safety Net (Operace bezpečnostní síť), první komplexní celodenní lékařskou službu pro bezdomovce. Operation Safety Net se stala mezinárodně uznávanou a je studována a využívána ve (velko) městech po celém světě.

V roce 2005 založil každoroční Mezinárodní sympozium pouliční medicíny (International Street Medicine Symposia). V současnosti spolupracuje s partnery v Severní, Jižní a Střední Americe, Evropě a Asii na podpoře péče o ty, kteří spí na ulici.

Založil Institut pouliční medicíny (Street Medicine Institute), který se zaměřuje na pomoc komunitám. Vznikl tak program pouliční medicíny, který zlepšuje současnou praxi. Vytvořil týmy studentů, kteří se na pouliční medicíně podílejí.

Zajímá se o četné dobrovolnické aktivity, je členem rad a bývá jmenován do rozličných lékařských výukových programů. Nejvíce je hrdý na množství studentů, kteří si zvolili kariéru v medicíně spojenou se (sociální) službou.