

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky

Jan Frydrych

**Motivační potenciál pobytových služeb sociální
prevence pro ubytování „*rough sleepers*“
v České republice**

Diplomová práce

Praha 2010

Autor práce: **Jan Frydrych**

Vedoucí práce: **Ing. Bohumila Čabanová, Ph.D.**

Oponent práce:

Datum obhajoby:

Hodnocení

Bibliografický záznam

FRYDRYCH, Jan. *Motivační potenciál pobytových služeb sociální prevence pro ubytování „rough sleepers“ v České republice*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2010. 120 s. Vedoucí diplomové práce Ing. Bohumila Čabanová, Ph.D.

Anotace

Diplomová práce, nazvaná Motivační potenciál pobytových služeb sociální prevence pro ubytování „rough sleepers“ v České republice, se zabývá možnostmi zvýšení přitažlivosti uvedených služeb pro cílovou skupinu, a to změnou ubytovacích podmínek v nich, případně vytvořením nové služby, ke snížení počtu zjevných bezdomovců. Základní výzkumný problém práce spočívá v prověření hypotézy o potřebě „nízkoprahové“ pobytové služby, stimulující ochotu k sociálnímu začleňování zejména závislých členů cílové skupiny.

Východiskem k práci je právo na pomoc v bydlení a motivace k sociálnímu začleňování zvýšením kvality života, a to umožněním účasti na vstřícných pobytových sociálních službách. V teoretické části práce je proveden rozbor strategií a základní právní úpravy zmírňující problém bezdomovství, jsou posouzeny vybrané služby sociální prevence, vhodné k inkluzi cílové skupiny u nás a ve Velké Británii a jejich motivační potenciál, a dále je zmíněno i nestandardní dánské a slovenské inovativní řešení.

Výzkumná část práce představuje 3 zúžené zjištěné varianty možných inovativních řešení problému – „transformaci azylových domů“ k rozšíření spektra klientů, vytvoření alternativy terapeutické komunity v podobě „socializačních kempů“ anebo vznik sociálně zdravotnických doléčovacích zařízení, tzv. „rekonvalescenčních center“. Výzkum byl zaměřen na zjištění dalších možných motivačních opatření ke zvýšení přitažlivosti pobytových služeb sociální prevence a na odborné posouzení nalezených variantních inovací. Analýzou výsledků byla nalezena odpověď na základní výzkumný problém a navrženo možné motivační řešení, které by mohlo zvýšit zájem cílové skupiny o pobytové sociální služby.

Klíčová slova

bezdomovci, bezdomovství, bez přístřeší, sociální vyloučení, sociální služby, azylový dům, terapeutická komunita, resocializace, motivace, kvalita života, sociální inovace

Annotation

My Master thesis called *Motivating potential of the sojourn services of the social prevention for accommodation of „rough sleepers”* in the Czech Republic is concerned with the opportunities to increase the attractiveness of already mentioned services for the target group via the change of accommodation conditions or via the creation of new services to lower the number of homeless people. The basic research problem of my thesis consists in hypothesis verification of need for “low-liminal“ sojourn service stimulating the willingness for social integration of dependent members of the target group in particular.

The starting point for my work is the right to help in accommodation and motivation for social integration by means of life quality enhancement, namely by providing the concern in helpful social sojourn services. In the theoretical part, the analysis of strategy and basic legal regulation reducing the issue of homelessness is worked out, chosen services of social prevention, apt for inclusion of the target group in our country and in Great Britain and their motivating potential, are reviewed; furthermore the special Danish and Slovak innovative solutions are mentioned.

Practical part represents three tapered established variants of the possible innovative solutions of the problem – “shelter transformation” to broaden the range of clients, alternative creation of therapeutic community in the form of “social camps” or the formation of socio-medical institutions so called “recovery centers”. The research was based on finding the further possible motivating regulations for enhancement of attractiveness of sojourn services of social prevention and on specialized assessment of various found innovations. Thanks to the analysis of the results, the answer to the basic research problem was found out and possible motivating solution was suggested, which could increase the interest of the target group in sojourn social services.

Keywords

homeless, homelessness, roofless, social exclusion, social services, shelter, therapeutic community, resocialization, motivation, quality of life, social innovations, rough sleepers

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu.
2. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti pro účely výzkumu a studia.

V Praze dne

Jan Frydrych

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval vedoucí práce Ing. Bohumile Čabanové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a odbornou pomoc. Děkuji rovněž všem respondentům z řad odborné veřejnosti za jejich vstřícnost, ochotu, čas a poskytnutý náhled na zkoumanou problematiku. Poděkování patří také mojí rodině za trpělivost a shovívavost, které mi poskytovala po celou dobu tvorby práce, jakož i mým spolupracovníkům za jejich morální podporu.

Obsah

1 Úvod	14 -
2 Vymezení výzkumného problému	20 -
3 Cíle práce, výzkumné otázky, použité metody	25 -
3.1 Cíle práce	25 -
3.2 Výzkumné otázky	26 -
3.3 Použité metody	26 -
4 Teoretická východiska	29 -
4.1 Bydlení v kontextu základních lidských práv	30 -
4.2 Teorie sociální exkluze/inkluze	31 -
4.3 Koncept kvality života	33 -
4.4 Humanistická teorie motivace	35 -
4.5 Teorie sociální deviace/labeling	36 -
4.6 Koncept drah bydlení.....	37 -
4.7 Koncept resocializace	38 -
5 Dosavadní řešení problému v České republice a ve Velké Británii, dánská a slovenská inspirace	45 -
5.1 Evropská unie a její aktuální strategie proti bezdomovství	45 -
5.2 Česká republika proti bezdomovství.....	46 -
5.2.1 Strategie České republiky v boji s bezdomovstvím	46 -
5.2.2 Legislativa ČR v boji s bezdomovstvím	49 -
5.2.3 Motivační potenciál vybraných služeb sociální prevence	51 -
5.2.3.1 Noclehárny a azylové domy, využití kapacit a důvody odmítání služeb	51 -
5.2.3.2 Terapeutické komunity jako možná odpověď na psychické handicap a na alkoholové a nealkoholové závislosti „rough sleepers“	58 -
5.2.3.3 Služby následné péče	65 -
5.3 Velká Británie proti bezdomovství	68 -
5.3.1 Strategie Velké Británie v boji se zjevným bezdomovstvím	68 -
5.3.2 Legislativa Velké Británie v boji s bezdomovstvím	68 -
5.3.3 Motivace „rough sleepers“ ubytovacími podmínkami k využití služeb a nocleháren a hostelů ve Velké Británii	69 -
5.4 Dánské neobvyklé bydlení pro neobvyklé životní styly	71 -
5.5 Slovenský kemp pro bezdomovce	73 -
6 Motivační potenciál pobytových služeb sociální prevence v mínění odborníků, jejich návrhy a hodnocení nalezených inovačních variant	78 -
6.1 „Transformace azylových domů“	80 -
6.2 „Socializační kempy“ pro bezdomovce	84 -
6.3 „Rekonvalescenčních centra“ pro bezdomovce.....	92 -
7 Závěr	94 -
Resumé	94 -
Literatura	100 -
Přílohy	110 -

Seznam grafů

Graf 1 Lůžková kapacita vybraných služeb.....	- 22 -
Graf 2 Lůžková kapacita AD.....	- 22 -
Graf 3 Lůžková kapacita pokojů TK	- 22 -
Graf 4 Duševní nemoci a poruchy chování dle dat z ordinace praktického lékaře pro bezdomovce v Praze za období od 1.1.2005 do 31.5.2006 v procentech.....	- 58 -

Seznam schémat

Schéma 1 Vyloučení z domén bydlení a jeho možné kombinace	- 15 -
Schéma 2 Možný vzestup „ <i>rough sleepers</i> “ na dráze bydlení	- 19 -
Schéma 3 Strom problému	- 21 -
Schéma 4 Teoretické zázemí inkluze „ <i>rough sleepers</i> “ podmínkami bydlení.....	- 29 -
Schéma 5 Maslowova pyramida potřeb	- 35 -
Schéma 6 Konceptuální mapa	- 44 -
Schéma 7 Determinace bezdomovství a závislostí	- 58 -
Schéma 8 Interakce vnitřní motivace klienta v resocializaci se 3 hlavními faktory změny chování.....	- 63 -
Schéma 9 Fáze cyklického modelu změny závislého chování.....	- 66 -

Seznam tabulek

Tabulka 1 Kategorie bezdomovství podle vyloučení z domén bydlení	- 16 -
Tabulka 2 Domény kvality života dle WHO.....	- 33 -

Seznam obrázků

Obrázek 1 Uvnitř kempu	- 73 -
Obrázek 2 Toalety v kempu	- 73 -
Obrázek 3 Veřejný kemp pro bezdomovce Priekopa u Martina	- 74 -

Univerzita Karlova v Praze
Fakulta sociálních věd
Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky

Teze diplomové práce

Jméno diplomanta: Jan Frydrych

Jméno konzultanta: Ing. Bohumila Čabanová, Ph.D.

Předpokládaný název práce: **Selhávání ubytovacích služeb sociální prevence
u tzv. „rough sleepers“ bezdomovců**

A/ Stručná charakteristika práce:

1 Vymezení výzkumného problému

Pouze část bezdomovců využívá pobytové služby sociální prevence k získání „střechy nad hlavou“. Co však vede tzv. „rough sleepers“ bezdomovce, tj. tvrdé jádro bezdomovců, nocujících a přežívajících venku (Hradecký, 2006), k celodennímu přebývání a nocování na veřejných prostranstvích, kde se vystavují mnohým hygienickým, zdravotním i osobním ohrožením? Proč nevyužívají, resp. využívají jen sporadicky, společností jim nabízených ubytovacích kapacit v rámci poskytovaných sociálních služeb? Jeví se, že společností nastavená síť pobytových služeb sociální prevence, kterou zastupují zejména noclehárny a azylové domy (AD), a v menší míře i pobytové terapeutické komunity (TK) a pobytové služby následné péče, z určitých příčin u jisté části zjevných bezdomovců není dostatečně efektivní, když „rough sleepers“ bezdomovce instituce uvedených služeb nedokážou (nebo někdy snad ani nechtějí) přitáhnout, přilákat a motivovat k přebývání v jejich bezpečí.

Selhávání efektivnosti ubytovacích služeb sociální prevence jejich malou přitažlivostí pro „rough sleepers“ bezdomovce je problémem, hodným řešení zejména vzhledem k plnění strategie integrace osob sociálně vyloučených (vč. bezdomovců), podobně, jako jsou utvářeny politiky vyspělých zemí, kde vzorem v Evropě je Velká

Británie se svojí strategií k vyřešení problému do r. 2012. Vymezeným výzkumným problémem je tedy selhávání efektivnosti ubytovacích služeb sociální prevence v ČR pro jejich malou přitažlivost u „*rough sleepers*“ bezdomovců. Z dosud provedených výzkumů (srov. Hradecký, 2005, Hradecký, 2006, Šupková, 2007) lze příčiny tohoto jevu dle autora rozdělit do následujících skupin: 1. nevhodná skladba lůžkových kapacit v AD, 2. ubytovací řád AD, vnímaný jako příliš přísný, 3. absence alternativních projektů bydlení, 4. zřejmě malá kapacita a režim TK a služeb následné péče, resp. 5. absence sociálně zdravotních zařízení pro pobyt nemocných a závislých bezdomovců, ale také 6. pravděpodobně málo efektivní terénní sociální práce.

2 Cíl práce

Cílem této práce je ověřit příčiny nevyužívání ubytovacích služeb sociální prevence u „*rough sleepers*“ bezdomovců a otevřít diskusi k předpokládanému selhávání přitažlivosti ubytovacích služeb sociální prevence u tohoto tzv. tvrdého jádra zjevných bezdomovců.

Dílními cíli jsou

- ověření příčin odmítavého postoje bezdomovců k využívání nabízených kapacit pobytových sociálních služeb (i případných překážek na straně těchto služeb),
- vyhodnocení možných řešení (alternativ ubytování a integrace bezdomovců), nabízených některými sociologickými teoriemi, ke snížení počtu zjevných bezdomovců
- zjištění konkrétních alternativ k dosažení větší dostupnosti, využitelnosti a hlavně přitažlivosti uvedených služeb pro tuto nejužší část bezdomovců, které jsou osvědčeny západoevropskými zkušenostmi

3 Použité metody

Ke splnění cíle práce budou jako pracovní metody užity analýza dokumentů, analýza dostupných statistických dat a dat z výzkumů a šetření neziskových organizací, metoda strom problémů, a zejména metoda benchmarkingu vyhodnocením řešení ve Velké Británii (která je nejúspěšnější v EU při potírání bezdomovství) a rovněž řešení v Dánsku (jehož netypické alternativní řešení problému uvádí mezinárodní sdružení organizací pracujících s bezdomovci FEANTSA jako příklad dobré praxe v práci s „*rough sleepers*“ bezdomovci v EU). Ke zjištění úrovně podpory a verifikace

nalezených alternativních řešení problému pro ČR ze strany odborné veřejnosti bude využita metoda rozhovoru s experty a s lidmi se zkušenostmi v práci s bezdomovci.

4 Teoretická východiska

K nalezení možných řešení výzkumného problému ze zjištěných příčin sporadické participace „*rough sleepers*“ bezdomovců na ubytovacích službách sociální prevence budou využity teorie exkluze/inkluze (Mareš - Sirovátka, 2008), teorie sociálního kapitálu (Šafr - Sedláčková, 2006) a objektivistické teorie sociologie sociálních problémů, a sice teorie dezorganizace, teorie deviance a teorie hodnotového konfliktu (Frič, 1989). Uvedené teorie jsou validní k definovanému problému a nabízejí i některá opomíjená teoretická řešení.

5 Předpokládaný obsah

Po definování výzkumného problému a zdůraznění potřeby jeho řešení s pomocí statistických údajů a strategií v EU, budou za využití teoretických východisek analyzována možná řešení problému. Následovat bude analýza dosavadních přístupů v ČR a ve Velké Británii, případně i vybrané postkomunistické země východní Evropy. V práci bude pozornost věnována ubytovacím službám sociální prevence, zákonem určeným k řešení problému, jako jsou noclehárny a azylové domy, ale i pobytové terapeutické komunity a pobytové služby následné péče, a důvodům jejich selhávání u cílové populace. V samostatné části bude pojednáno o příkladu dobré praxe z Dánska. Výstupem práce by mohl být návrh alternativ k dosavadnímu přístupu při řešení překonávání bezdomovství u cílové skupiny „*rough sleepers*“ bezdomovců.

B/ Výchozí literatura:

1 Bibliografické záznamy knih

FITZPATRICK, Suzanne. KEMP, Peter. KLINKER, Suzanne. *Bezdomovství. Přehled výsledků výzkumů z Velké Británie*. Kostelec nad Černými lesy: 2004, 96 s., ISBN 80-86625-15-X

HRADECKÝ, Ilja. *Konflikt, bezdomovci a veřejný prostor: Profily bezdomovectví v České republice*. Praha: Ilja Hradecký, 2006, 30 s., ISBN neuvedeno

HRADECKÝ, Ilja. *Profily bezdomovství v České republice: Proč spí lidé venku a kdo jsou ti lidé*. Praha: Ilja Hradecký, 2005, 16 s., ISBN neuvedeno

ŠAFR, Jiří. SEDLÁČKOVÁ, Markéta. *Sociální kapitál. Koncepty, teorie a metody měření*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2006, 93 s. ISBN 80-7330-095-8

ŠUPKOVÁ, Danuše a kol. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007, 62 s., ISBN 978-80-247-2245-0

2 Bibliografické záznamy článků

FRIČ, Pavol. Sociológia sociálních problémů v USA: Charakteristika a vývoj základných teoretických prístupů. *Sociológia*, 1989, roč. 21, č. 6, s. 633–645, ISSN 0049-1225

JANATA, Zdeněk. KOTÝNKOVÁ Magdalena. K bezdomovství a možnostem jeho prevence. *Sociální politika*, 2002, roč. 28, č. 11, s. 3-6, ISSN 0049-0961

OBADALOVÁ, Miroslava. Problémy bezdomovství. *Sociální politika*, 2003, roč. 29, č. 1, s. 3-4, ISSN 0049-0961

KOTÝNKOVÁ, Magdalena. Fenomén sociálního vyloučení v kontextu české společnosti (1). *Sociální politika*, 1998, roč. 24, č. 12, s. 11-12, ISSN 0049-0961

KOTÝNKOVÁ, Magdalena. Fenomén sociálního vyloučení v kontextu české společnosti (2). *Sociální politika*, 1999, roč. 25, č. 1, s. 10-11, ISSN 0049-0961

MAREŠ, Petr. SIROVÁTKA, Tomáš. Sociální vyloučení (exkluze) a sociální začleňování (inkluzie) – koncepty, diskurz, agenda. *Sociologický časopis*, 2008, roč. 44, č. 2, s. 271-294, ISSN 0038-0288

3 Odkazy na internetové stránky

Communities and Local Government: *Housing: Rough Sleeping*. [online], dostupné z www:
<<http://www.communities.gov.uk/housing/homelessness/roughsleeping/>> [2009-05-04]

FEANTSA. *European Parliament Written Declaration on ending street homelessness 111/2007 adopted*. [online], dostupné z www:
<<http://www.feantsa.org/code/en/pg.asp?Page=963>> [2009-05-09]

FEANTSA. *Homelessness in Denmark: "Freak Houses for Freak People" or "Unusual Housing for Unusual Lifestyles"*. 2005, [online], dostupné z www:
<<http://www.feantsa.org/code/en/pg.asp?Page=583>> [2009-04-30]

FEANTSA. *Prevention Strategies concerning homelessness in Denmark*. [online], dostupné z www:
<www.feantsa.org/files/prevention/national%20reports/denmark.doc> [2009-04-22]

Housing Act 1996 [on - line], dostupné z www:
<http://www.opsi.gov.uk/Acts/acts1996/ukpga_19960052_en_1> [2009-05-01]

Homelessness Act 2002 [on - line], dostupné z www:
<http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2002/ukpga_20020007_en_1> [2009-05-01]

KUNSTOVÁ, Helena. *Písemné zpracování příkladů dobré praxe, porovnání spektra a systému služeb ve vybraných zemích EU: Skandinávský model veřejných služeb*. Český helsinský výbor: 2006, 6 s. [online], dostupné z www:
<http://www.rovnescance.cz/uploads/CHV_Dansko.doc> [2009-04-22]

MPSV. *Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2008 – 2010 schválená usnesením Vlády ČR č. 1209 z 22. 9. 2008*, [online], dostupné z www:
<<http://www.mpsv.cz/cs/5828>> [2009-04-11]

MPSV. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí – 2007*. Praha: 2008, 1. vydání, 196 s., ISBN 978-80-86878-83-6 [online], dostupné z www:
<<http://www.mpsv.cz/cs/3869>> [2009-05-01]

Ressource Information Service. *Emergency Hostels in the UK: An Analysis of Provision from the Emergency Accommodation Directory*. London: March 2006, 9 s. [online], dostupné z www:
<<http://www.homelessuk.org/search/resultText.asp?searchText=Analysis+Directory+2006&Search=Search&postBack=1&resultsPage=%2Fsearch%2FresultText.asp&searchPage=%2Fsearch%2FsearchText.asp>> [2009-05-03]

4 Právní předpisy

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Podpis diplomanta:

Podpis konzultanta:

1 Úvod

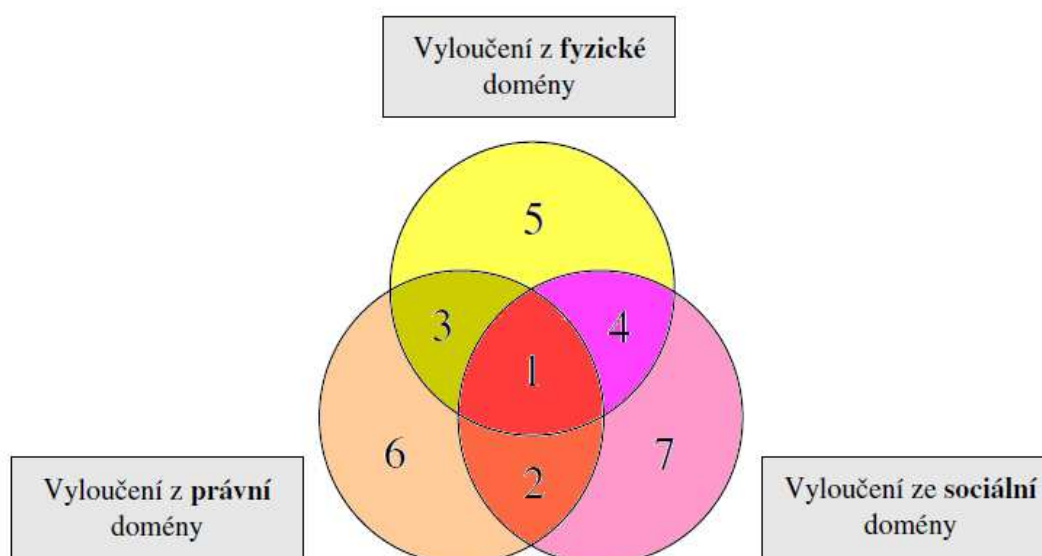
„Bezdomovství znamená nedostatek vlastního trvalého a přiměřeného obydlí. Bezdomovci jsou lidé, kteří nejsou schopni získat vlastní trvalé a přiměřené obydlí nebo si nejsou schopni takové obydlí udržet kvůli nedostatku finančních prostředků nebo kvůli jiným sociálním bariérám“ (FEANTSA in Obadalová, 2003:3). Bezdomovství „je více než nedostatkem přístřeší a více než chudobou. Je součástí širšího procesu marginalizace, založeného na neschopnosti bezdomovců participovat na způsobu života, který je standardní pro většinu populace“ (Mareš, 1999: 58). Pod pojmem bezdomovec „široká veřejnost rozumí převážně ve zúženém významu „**rough sleepers**“, případně „**roofless**“, tedy **osoby, které nevyhledávají sociální služby nebo je vyhledávají jen sporadicky**. Často lidé nerozlišují mezi bezdomovci a žebráky, kteří bezdomovci nejsou. Tak se slovo „bezdomovec“ stává pojmem pro zanedbaného, špinavého, zapáchajícího a obtěžujícího člověka, zejména muže. Naproti tomu stojí skutečnost, že bezdomovci, kteří přijímají sociální služby, mohou být nerozeznatelní od jiných osob.“ (Hradecký, 2006b: 26). Klíčovou - i když ne dostačující - podmínkou pro vyřešení bezdomovství, je zajistit bezdomovcům pro ně přiměřenější bydlení, než představují dočasné útulky (Giddens, 1999). **Osud bezdomovců „lze nejspíše zlepšit poskytnutím přístřeší, které jim zajistí potřebnou míru soukromí a stability. Bez stabilního bydlení nemá žádná jiná pomoc šanci na úspěch“** (Jencks in Giddens, 1999: 284). Chceme-li lépe pochopit problém bezdomovství, měli bychom si uvědomit, co pro člověka znamená pojem domov. „*Je to něco víc než jen přístřeší nebo možnost nocování. Znamená také místo lidského bezpečí, dobrého života mezi blízkými lidmi, někdy i místo v lidském společenství v širším slova smyslu. Být bez domova tedy znamená něco závažnějšího, než být bez střechy nad hlavou. Přesto je tato střecha ve smyslu přibytku základní podmínkou existence člověka.*“ (Hradecký in Český helsinský výbor, 2001: 49). Jen v prostředí domova lze zajistit potřebu spánku, tepla, bezpečí, celkové životosprávy, a tím předcházení zdravotním ohrožením (Šupková a kol., 2007), tedy realizovat dva základní stupně cílů lidského života, základních lidských potřeb (blíže kap. 4.4).

Domov tvoří dle FEANTSA¹ u každého člověka spoluexistence tzv. tří domén, a sice fyzické domény (slušné obydlí, způsobilé k naplňování potřeb jednotlivce a jeho rodiny),

¹ FEANTSA – Evropská federace národních sdružení pracujících s bezdomovci, viz www.feantsa.org

sociální domény (možnost uchovat si soukromí a udržovat společenské vztahy) a rovněž *právní domény* (vlastnické nebo užívací právo, tj. právní jistota užívání obydlí) [Edgar - Mert in Hradecký a kol., 2007]. Ztráta některé z těchto domén je významným posunem na sestupnou dráhu v bydlení do ohrožení bezdomovstvím, za něž již může být považována kombinace dvou chybějících domén, především absence právní a zároveň sociální domény, kde nastupuje záchraná síť pobytových služeb sociální prevence a kde jde o kategorii tzv. „*houseless*“. Absence všech tří domén je již příčinou zjevného bezdomovství, tj. existence tzv. „*roofless*“ neboli „*rough sleepers*“ (schéma 1).

Schéma 1 Vyloučení z domén bydlení a jeho možné kombinace



Zdroj: Hradecký a kol., 2007, dle Edgar - Mert

V kategorii „*roofless*“ (1) jde o osoby, přežívající venku, tj. trvale na veřejných prostranstvích, a rovněž o osoby, využívající příležitostné ubytování v noclehárně², které jsou ovšem rovněž nuceny trávit několik hodin denně ve veřejném prostoru. Označení osoby bez přístřeší („*roofless*“) není příliš vhodné, i když je tento pojem použit v zákoně pro uživatele nízkoprahových denních center³, nocleháren a terénních programů,⁴ protože není definováno, co lze považovat za přístřeší, ve vlastním významu slova označuje jen užší okruh dotčených osob, a také jde o příliš dlouhý, veřejností nepřijatý a těžko přijatelný pojem (Hradecký a kol., 2007). Proto autor používá

² § 63 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

³ § 61 téhož zákona

⁴ § 69 téhož zákona

pro uvedenou kategorii, která je cílovou skupinou této práce, v anglicky hovořících zemích i v mezinárodních institucích běžně užívaný pojem „*rough sleepers*“, který i v překladu dost přesně skupinu vystihuje. Pro úplnost je třeba dodat, že pojem přístřeší je v našem právním řádu velmi vágně stanoven pouze občanským zákoníkem jako *provizorium do doby, než si nájemce opatří řádné ubytování a prostor k uskladnění jeho bytového zařízení a ostatních věcí domácí a osobní potřeby*⁵; tato „definice“ váže na ustanovení o bytových náhradách a náhradním ubytování z důvodu výpovědi nájemního poměru ve stejném paragrafu téhož zákona, a naopak na něho váží zákonná

Tabulka 1 Kategorie bezdomovství podle vyloučení z domén bydlení

Č.	Kategorie	Fyzická doména	Právní doména	Sociální doména
1	Bez střechy (<i>roofless</i>)	Žádné obydlí (střecha)	Žádný právní nárok na užívání prostoru (vlastnictví, užívací právo)	Žádný soukromý a bezpečný osobní prostor pro sociální vztahy
2	Bez bytu (<i>houseless</i>)	Má místo k bydlení, vhodné k obýváním	Žádný právní nárok na užívání prostoru (vlastnictví, užívací právo)	Žádný soukromý a bezpečný osobní prostor pro sociální vztahy
3	Nejisté a nevyhovující bydlení	Má místo k bydlení (nejisté a/nebo nevhodné k obýváním)	Žádná jistota užívacího práva	Má prostor pro sociální vztahy
4	Nevyhovující bydlení a sociální izolace v legálně obývaném obydlí	Nevyhovující bydlení (nezpůsobilé k <i>trvalému</i> obýváním)	Má právní nárok a/nebo jistotu užívacího práva	Žádný soukromý a bezpečný osobní prostor pro sociální vztahy
5	Nevyhovující bydlení (jisté užívací právo)	Nevyhovující bydlení (nezpůsobilé k <i>trvalému</i> obýváním)	Má právní nárok a/nebo jistotu užívacího práva	Má prostor pro sociální vztahy
6	Nejisté bydlení (vhodné k obýváním)	Má místo k bydlení vhodné k obýváním	Žádná jistota užívacího práva, ztráta vlastnictví	Má prostor pro sociální vztahy
7	Sociální izolace v kontextu vhodného a jistého bydlení	Má místo k bydlení vhodné k obýváním	Má právní nárok a/nebo jistotu užívacího práva	Žádný soukromý a bezpečný osobní prostor pro sociální vztahy

Zdroj: Hradecký a kol., 2007, dle Edgar - Mert, upraveno

ustanovení jiná, např. o nařízeném vyklizení bytu⁶, o nařízeném vyklizení stavby⁷, o výkonu těchto rozhodnutí,⁸ o posuzování osoby v hmotné nouzi,⁹ jakož i ustanovení

⁵ § 712 odst. zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů

⁶ § 160 odst. 3 zákona č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů

⁷ § 140 odst. 4 zákona č. 183/2006 Sb., o územním plánování a stavebním řádu (stavební zákon), ve znění pozdějších předpisů,

⁸ §§ 340 až 344 zákona č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů

⁹ § 2 odst. 6 písm. d) zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů

dalších právních předpisů.¹⁰ Jednotlivé kategorie bezdomovství ve vztahu k absenci domén bydlení podrobněji přibližuje výše uvedená tabulka 1.

Cílové skupině této práce se velmi přibližuje kategorie *houseless* (2), pro kterou je však již charakteristické využívání pobytových služeb sociální prevence, a patří sem zejména bezdomovci, využívající služeb azylových domů¹¹, ale i tzv. skrytí bezdomovci a bezdomovci ubytovaní v podporovaném bydlení, taky žadatelé o azyl a přistěhovalci v uprchlických táborech (Hradecký a kol., 2007).

Z tabulky 1 je zřejmé, že lidé se na sestupné dráze v bydlení¹², způsobené vyloučením z jeho domén, pohybují v různých kategoriích bezdomovství. Pro lepší poznání těchto kategorií a jejich charakteristik, jako nutnosti pro výzkum a měření bezdomovství, ale hlavně pro přijetí adekvátních opatření sociální politiky vůči jednotlivým kategoriím, vytvořila FEANTSA v roce 2005 tzv. evropskou typologii ETHOS, která je stále průběžně v jednotlivých zemích Evropské unie (dále jen „EU“) precizována na konkrétní místní podmínky. Tak byla vytvořena v roce 2007 i česká typologie, ve které je cílová skupina této práce rovněž zařazena do kategorie s názvem „*bez střechy*“ (příloha 1).

Z dalších kategorií mají význam pro pochopení hlavní autorovy úvahy (viz. dále) tyto obecné kategorie dle ETHOS 2005, a to *nejisté bydlení*, kterým je myšleno bydlení v provizoriu, bydlení dočasné, i pod násilím, ale hlavně *nevyhovující bydlení*, jímž se chápe nestandardní, nevhodné, neobyvatelné či přelidněné bydlení, a patří sem bydlení v mobilních prostředcích, bydlení nouzové, bydlení v rekreačních chatách a chalupách, v přelidněných bytech (Hradecký a kol., 2007).

Na dráze bydlení dochází u bezdomovců jak k vzestupu do vyšších kategorií bezdomovství a i nad ně do sociálního a běžného bydlení (kdy je tento vzestup podporován sociální a bytovou politikou a politikou místního rozvoje), tak bohužel často naopak i k sestupu, a to mnohdy až do nejspodnější kategorie „*roofless*“ neboli „*rough sleepers*“, a to klidně přímo z kterékoliv vyšší kategorie bezdomovství či dokonce z běžného bydlení u majoritní populace.

Co bývá významnou překážkou pro postup „*rough sleepers*“ z nejnižší kategorie bezdomovství do jeho vyšších pater? U bezdomovců, a zejména „*rough sleepers*“, se

¹⁰ např. § 2 odst. 2 vl. nař. č. 306/2006 Sb., o stanovení některých podmínek pro dodávky potravin z intervenčních zásob ve prospěch nejchudších osob

¹¹ § 57 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

¹² O konceptu drah bydlení pojednáno v kap. 4.6 této práce

zpravidla kumulují dva i více handicapů (Obadalová, 2001), jako nezaměstnanost, sociální i zdravotní handicapy (včetně závislostí), které tyto lidi vylučují na okraj společnosti, a které jsou pro ně samotné významnou překážkou na cestě k návratu do účasti na životě společnosti. Příčiny bezdomovství jsou podrobně popsány v četné literatuře a výzkumných pracích. Autora zajímá, zda lze problém bezdomovství, a zejména cílové skupiny, ještě více zmírnit. U jisté části této kategorie bezdomovců jsou handicapy mnohdy překážkou participace na pobytových službách sociální prevence, a to pro určitá nastavení podmínek ze strany poskytovatelů uvedených služeb. Některým bezdomovcům se totiž stanovené podmínky účasti nedaří plnit, a ani se jim to nepodaří, pokud tyto podmínky nebudou změněny, tj. nebudou-li služby vstřícnější k jejich „potřebám“. O překážkách, které „*rough sleepers*“ de facto brání využívat pobytové služby sociální prevence a které můžeme souhrnně nazvat malou vstřícností (příp. malou přitažlivostí či atraktivností) uvedených služeb pro ně, jakož i o inspirativních zahraničních inovacích ke zvýšení této přitažlivosti, by měla pojednávat předkládaná diplomová práce.

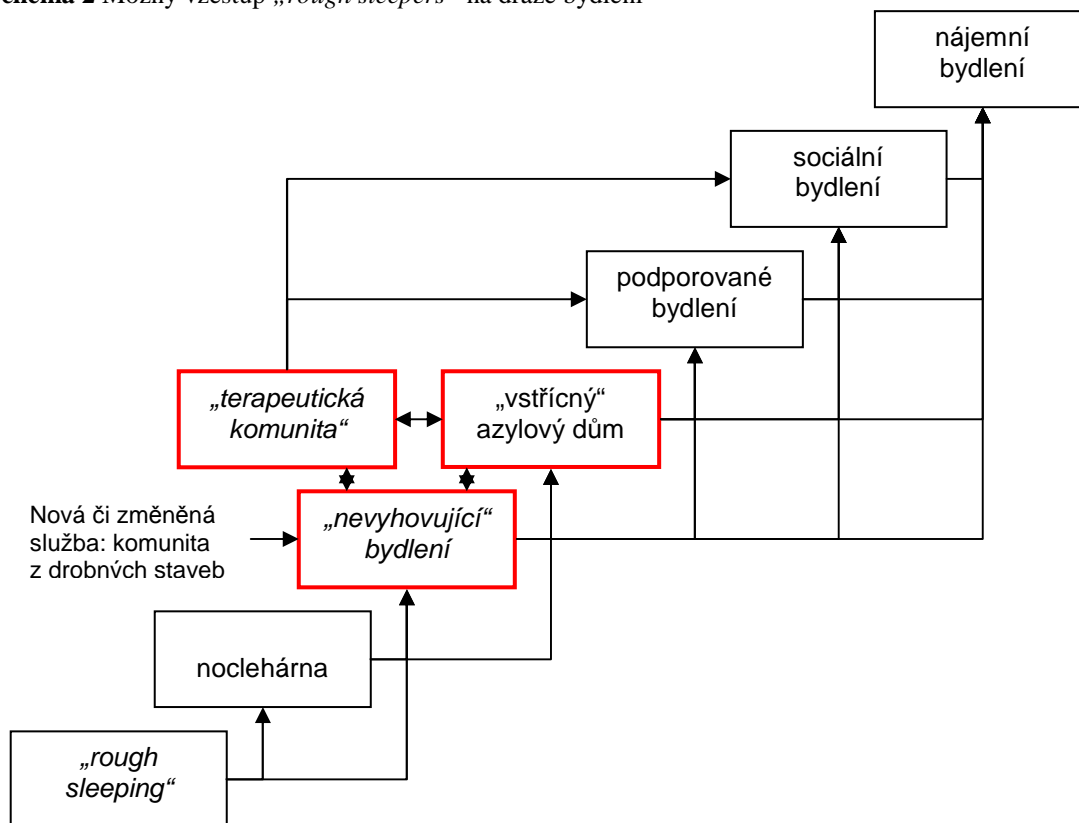
Autor vychází z úvahy, že problém bezdomovství „*rough sleepers*“ lze zmírnit větší motivací cílové skupiny k ubytování, a to buď změnou ubytovacích podmínek stávajících pobytových služeb sociální prevence, tj. „snížením prahu“ vybraných služeb (azylových domů a terapeutických komunit,¹³ a snad i služeb následné péče¹⁴), anebo vytvořením nových, „nizkoprahových“ pobytových služeb sociální prevence. V inovovaných či nových službách by byly více respektovány „požadavky“ na bydlení ze strany „*rough sleepers*“, a to i za cenu, že by jim poskytnuté bydlení nesplňovalo úplně všechny požadavky na bydlení trvalé. Tedy jde o úvahu, že je možný vzestupný posun na dráze bydlení v rámci jednotlivých kategorií bezdomovství, např. do některých přiměřených druhů bydlení, náležitých však charakteristikou do kategorie *bydlení nevyhovujícího*. To by mělo být pouze dočasné (i dlouhodobě), a šlo by tedy o první nízký krok směrem nahoru po dráze bydlení. Součástí této domněnky je i to, že pokud by takové bydlení bylo bází běžné pobytové služby sociální prevence a tato by byla i svými dalšími ubytovacími podmínkami (řády) více vstřícná zejména k osobám závislým, motivovala by „*rough sleepers*“ k participaci na ní. Jejím využitím by se tyto posunuli z uvedené kategorie minimálně mezi „*houseless*“, kde by byl více umožněn i

¹³ § 68 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

¹⁴ § 64 téhož zákona

mírný resocializační vliv, umožňující další vzestup na dráze bydlení či postup k využití jiné adekvátní sociální služby.

Schéma 2 Možný vzestup „rough sleepers“ na dráze bydlení



Zdroj: autor

2 Vymezení výzkumného problému

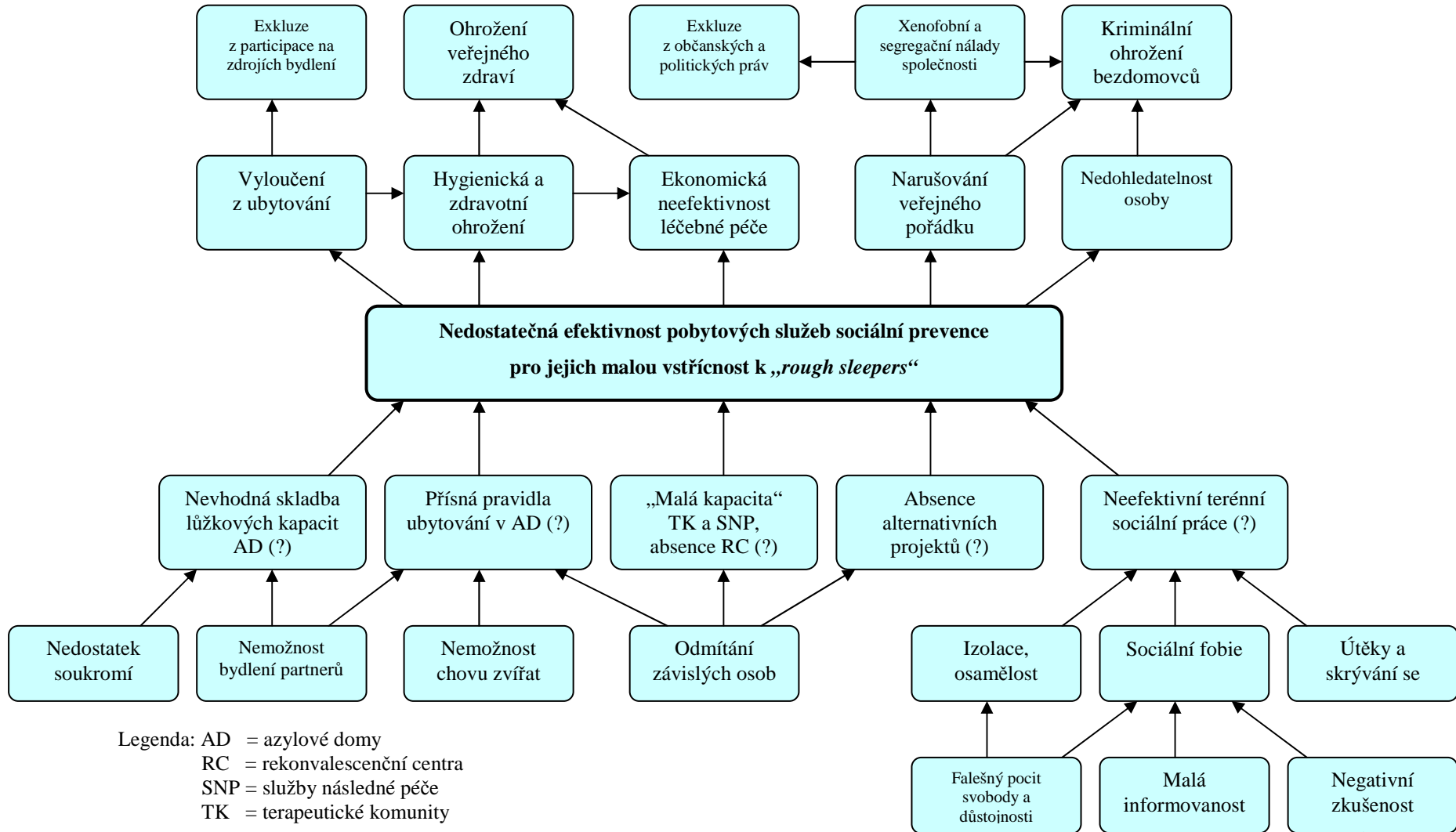
Jak již bylo uvedeno, tzv. „*rough sleepers*“ pobytové služby sociální prevence nevyužívají, a naopak se uchylují k celodennímu přebývání a nocování na veřejných prostranstvích. Proč nocují venku, kde jim hrozí hygienická, zdravotní i osobní nebezpečí? Jejich často špatný zdravotní stav (tyfus, TBC, HIV, cizopasnici) negativně ovlivňuje zdraví širšího okolního světa (Šupková a kol., 2007). Proč tak málo využívají či nevyužívají vůbec kapacity pobytových služeb sociální prevence, jichž lze dosáhnout pomocí doplatku na bydlení, resp. mimořádné okamžité pomoci dle zákona o hmotné nouzi? Nastavený „nízký“ práh pobytových služeb sociální prevence (hlavně azylových domů) i nocleháren je pro „*rough sleepers*“ zřejmě stále ještě dost vysoký, nemluvě již o dalších, středněprahových službách. Hlavním důvodem odmítání služeb ze strany cílové skupiny, jak lze sekundární analýzou zjistit z provedených výzkumů¹⁵, je pravděpodobně malá vstřícnost (přitažlivost, atraktivnost) služeb k nim, z těchto autorem klasifikovaných příčin (Frydrych, 2009a, rukopis):

1. **nevhodná skladba lůžkových kapacit azylových domů** (neposkytující tolik žádané soukromí a možnost společného ubytování partnerů),
2. **ubytovací řád azylových domů, vnímaný jako příliš přísný** (těžko splnitelný pro osoby se závislostmi, osoby cítící se příliš svázané „vycházkovými“ pravidly a pravidly pro příchod návštěv, a pro osoby chovající zvíře, což jim řády neumožňují),
3. **absence žádaných alternativních projektů bydlení** (malých projektů jako chatky, obytné buňky a obytné kontejnery, karavany, maringotky, vagóny apod.),
4. nejspíš „**malá kapacita**“ a **zejména režim terapeutických komunit (i služeb následné péče), stěží splnitelný pro cílovou skupinu, absence sociálně zdravotních zařízení**, tzv. rekonvalescenčních center (pro pobyt nemocných a závislých bezdomovců k jejich doléčení po hospitalizaci), a
5. **neefektivní terénní sociální práce**, nedostatečně překonávající sociální fobii „*rough sleepers*“ bezdomovců (jejich neinformovanost a negativní zkušenosti s pracovníky sociálních zařízení a jinými klienty), preferování svobody, osamělost a izolovanost.

Problémy (příčiny), s nimiž se „*rough sleepers*“ setkávají, a z toho plynoucí negativní důsledky pro společnost, lze pomocí stromu problémů znázornit následovně:

¹⁵ Viz. výzkumy Naděje o. s. in Hradecký, 2005, Hradecký 2006b, Šupková a kol., 2007

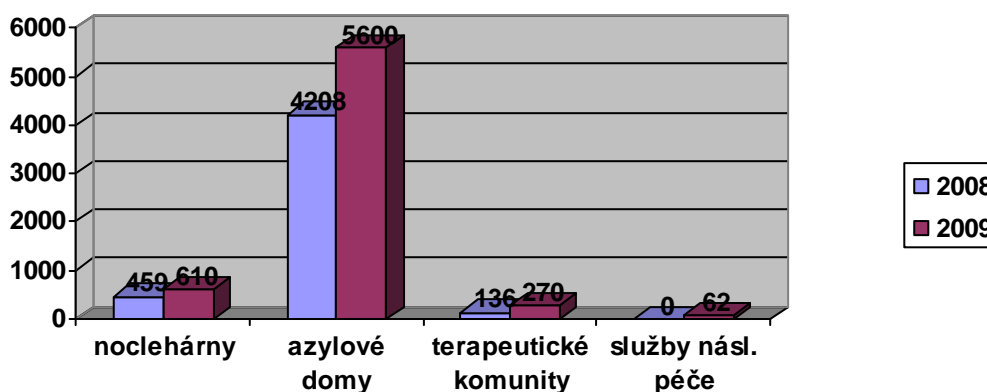
Schéma 3 Strom problému



Zdroj: Frydrych, 2009b, rukopis

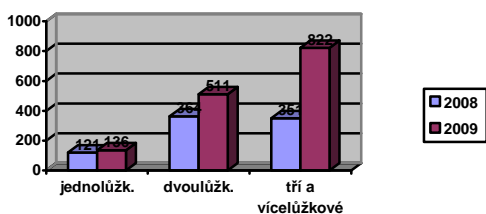
Faktem je jednak ne vždy absolutní využití stávajících kapacit pobytových služeb sociální prevence u nás a na druhé straně statisticky relativně velký počet (avšak z neuvedených příčin) neuspokojených žadatelů o tyto sociální služby (srov. MPSV, 2009b, příloha 2). **Jsou tedy kapacity nocleháren a azylových domů dostatečné a vyhovují k řešení problému „rough sleepers“? Jsou či mohly by být terapeutické komunity a služby následné péče odpovědí na tento problém, když jsou zaměřeny přímo na potíže, provázející i cílovou skupinu?** Statistické výzkumy ukazují, že kapacity nocleháren a azylových domů meziročně rostou, avšak cestou zvyšování tří a vícelůžkových pokojů, v azylových domech je poměrně malý počet žádaných pokojů jednolůžkových a dvojlůžkových (graf 1, 2).

Graf 1 Lůžková kapacita vybraných služeb



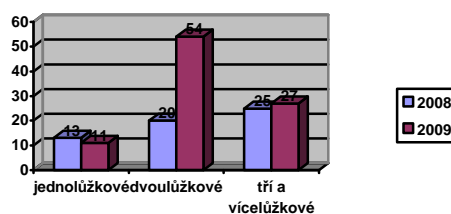
Zdroj: MPSV, 2008b, MPSV, 2009b

Graf 2 Lůžková kapacita AD



Zdroj: MPSV, 2008b, MPSV, 2009b

Graf 3 Lůžková kapacita pokojů TK



Zdroj: MPSV, 2008b, MPSV, 2009b

Přítom dochází k určitým rezervám ve využití kapacit. Noclehárny problém bydlení neřeší, poskytují jen nouzové přenocování „*rough sleepers*“ zejména v kritickém zimním období a v kapacitách s výraznou převahou tří a vícelůžkových pokojů. Z azylových domů a nocleháren (vč. denních center) odchází 11,2 % klientů z důvodu vyloučení (Cveček et al., 2007). **Je i to přímým důsledkem malé vstřícnosti služeb sociální prevence, zejména pobytových, k „*rough sleepers*“ z výše uvedených příčin?** Velmi malá je u nás kapacita terapeutických komunit pro psychicky nemocné a závislé a kapacita služeb následné péče, určených psychicky nemocným a narkomanům (graf 3), jejich využití bezdomovci je teoretické, i když pro jejich sociální inkluzi by bylo určitě žádoucí. V literatuře je využití terapeutických komunit i ze strany bezdomovců, užívajících drogy, uváděno, jde zde však spíše o využití terapeutické komunity jako metody psychoterapie v pobytových zařízeních pro bezdomovce (Kalina, 2008), tedy v azylových domech, ale taky v psychiatrických léčebnách a věznicích, kde by se bezdomovci mohli po určitou dobu vyskytovat, a nikoli o terapeutickou komunitu v samostatném organizačně institucionálním pojetí, o kterém by taky měla pojednávat tato práce.

K obecným trendům v poskytování sociálních služeb u nás, které lze vztáhnout i na problém bezdomovství, patří decentralizace, kde smyslem je maximálně přiblížit služby (v požadované kvantitě, struktuře i kvalitě) těm, kdo je potřebují, a to s co nejnižšími náklady. Významným nástrojem k tomuto je komunitní plánování. Trendem je i podpora rozvoje péče o občany v jejich vlastních domácnostech a nahrazování kapacit ústavní péče péčí domácích, obslouženou zejména streetworkem¹⁶ (Molek, 2009).

Jeví se, že společností nastavená síť pobytových služeb sociální prevence, kterou zastupují zejména azylové domy a teoreticky i pobytové terapeutické komunity a pobytové služby následné péče, z určitých příčin u jisté části zjevných bezdomovců není dostatečně efektivní, když „*rough sleepers*“ instituce uvedených služeb nedokážou (nebo někdy snad ani nechtějí) přitáhnout a přilákat, tj. motivovat k přebývání v jejich bezpečí. Nedostatek participace i na přístupu k bydlení, jako jednomu z 5 základních zdrojů společnosti, je sociální exkluzí (Kotýnková, 1998). Bez přístřeší končí „*lidé*,

¹⁶ streetwork = terénní sociální práce, viz § 69 Terénní programy v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

kteří nedovedou nebo nemohou uchopit vlastní život do svých rukou a nést za něj svoji individuální odpovědnost“ (Kotýnková, 1999: 10), a jde zejména o duševně nemocné, alkoholiky, narkomany, gamblery, osoby zadlužené, HIV pozitivní, mladé po útěku z domova aj., odkázané na pomoc státu a občanské společnosti. Často jsou oběťmi násilné trestné činnosti (i díky xenofobii vůči nim), výjimkou nejsou útoky proti jejich životu (Hradecký, 2006b, Šupková a kol., 2007), jsou cílem extremistů (Vláda České republiky, 2009a), bývají i okradeni o doklady. „Pro člověka bez dokladů se jeho práva stávají jen teorií.“ (Hradecký, 2006a: 3). Neúčastí na životě společnosti jsou bezdomovci vyloučení i z dalších práv. „Bydlení je nejenom jednou ze základních lidských potřeb, věcí ve své podstatě velmi soukromou, ale i oblast života, která je výrazně ovlivňována politikou státu, a tedy věcí velmi veřejnou“ (Kostecký, 2005: 330). Pro vše uvedené se ubytování i „rough sleepers“ jeví nutností k jejich znovuzачlenění do společnosti a nemělo by být odbýváno zaklínadlem, že „nemají zájem“. Odmítání zde dle názoru autora bude spíše tzv. naučenou bezmocností, tj. naučeným jednáním k vyhnutí se neřešitelnému problému tím, že člověk upadá do stavu deprese a bezmocnosti (viz. Nakonečný, 1999: 64).

Nedostatečná efektivnost pobytových služeb sociální prevence pro jejich malou vstřícnost (přitažlivost, atraktivnost) vůči „rough sleepers“ je tedy veřejně politickým problémem, hodným řešení i vzhledem k plnění politického požadavku Evropského parlamentu z dubna 2008 ke snižování bezdomovství (kap. 5.1) a cílů Evropského roku boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení (kap. 5.1), tedy strategie integrace osob sociálně vyloučených (vč. bezdomovců), podobně, jako jsou utvářeny politiky vyspělých zemí, kde vzorem v Evropě je Velká Británie se svojí strategií k vyřešení problému do r. 2012 (kap. 5.3.1). **Výzkumným problémem je ověření autorovy domněnky o potřebě nízkoprahové pobytové služby sociální prevence v České republice ke snižování počtu „rough sleepers“, tj. takové pobytové služby, která bude eliminovat překážky, bránící jim dosud ve využívání služeb stávajících, kterou bude cílová skupina vnímat více jako svůj dočasný „domov“, a která umožní jejich vzestup na dráze bydlení či posun do jiné adekvátní sociální služby.** Pomocí analýzy a empirického výzkumu bude tedy ověřena autorova hypotéza o malé motivační přitažlivosti vybraných pobytových služeb sociální prevence (azylových domů a snad i terapeutických komunit a služeb následné péče), ale taky nocleháren co ambulantní služby, pro cílovou skupinu. Zároveň půjde o zjištění možných variant

nových pobytových služeb, jejich reálnosti, vhodnosti i úskalí, a to dotazováním odborníků, a rovněž o získání přehledu i o dalších možných, příp. zvažovaných, řešeních ke zmírnění problému u nás.

3 Cíle práce, výzkumné otázky, použité metody

3.1 Cíle práce

Hlavním cílem práce je ověřit u odborné veřejnosti správnost, reálnost a míru podpory autorovy hypotézy o potřebě a vhodnosti zavedení nízkoprahové pobytové služby sociální prevence v České republice, případně o potřebě přeměny některé stávající pobytové služby i na službu nízkoprahovou, ke snížení počtu „*rough sleepers*“, a zjistit příhodnou variantu této služby. Inspirací zde mohou být taky zahraniční zkušenosti v motivaci cílové skupiny k většímu využívání pobytových sociálních služeb pomocí změny ubytovacích podmínek. Variantní možnosti (zavedení nové služby nebo transformace některé služby současné) budou reflektovat nejen zahraniční zkušenosti, ale taky analyzované příčiny nevyužívání a odmítání stávajících pobytových služeb sociální prevence ze strany „*rough sleepers*“, a rovněž doporučení teoretických konceptů.

Práce bude sledovat tyto dílčí cíle:

1. ověřit možnou souvislost mezi 20-25 procentním nevyužitím stávajících kapacit vybraných pobytových služeb sociální prevence a statisticky uváděnými významnými počty odmítnutých klientů, se zaměřením na důvody těchto odmítnutí ze strany poskytovatelů sociálních služeb
2. zjistit náhled a možná východiska, která nabízejí některé zvláště sociologické teorie i vědecké a veřejně politické koncepty pro možné zmírnění bezdomovství a snížení počtů „*rough sleepers*“
3. rozpoznat variantní možnosti pro řešení problému, spočívající zejména v úpravě ubytovacích podmínek pobytových služeb sociální prevence
4. zjistit odborné názory a návrhy možných inovací ke zvýšení motivace pro využívání pobytových služeb sociální prevence cílovou skupinou, ověřit správnost, reálnost a míru podpory možných variant změny či nových pobytových služeb sociální prevence ze strany odborníků (z řad ministerstva práce a sociálních věcí,

ministerstva zdravotnictví, ministerstva pro místní rozvoj, odborů krajských úřadů a neziskových nestátních organizací, pracujících s bezdomovci)

3.2 Výzkumné otázky

1. Proč jsou kapacity nocleháren, azylových domů, terapeutických komunit a služeb následné péče využity pouze cca ze 75 % a jaké jsou nejčastější důvody odmítnutí klientů ze strany poskytovatelů služeb?
2. Pokud by mohly vést ke snížení počtů „*rough sleepers*“ změny ubytovacích podmínek v pobytových službách sociální prevence, o jaké změny by mělo jít?
3. Do jaké míry je vhodná a reálná transformace azylových domů (tj. změna lůžkových kapacit a rozvolnění režimu, resp. přizpůsobení ubytovacích řádů potřebám jednotlivých skupin „*rough sleepers*“ (tj. snížení prahu zařízení dle inspirace z Velké Británie) ke zmírnění problému?
4. Do jaké míry je vhodné a reálné ke snížení počtu „*rough sleepers*“ přizpůsobení režimu pobytových terapeutických komunit cílové skupině k její větší účasti na službě?
5. Nakolik může pomoci vytvoření rekonvalescenčních center pro „*rough sleepers*“ ke snížení jejich počtu?
6. Nakolik je vhodné a reálné ke zmírňování bezdomovství a snížení počtů „*rough sleepers*“ vytvoření nové nízkoprahové pobytové služby sociální prevence z malých stavebních objektů s určením pro cílovou skupinu?
7. Jaká by byla podpora pro výše uvedené inovace či nové služby ze strany poskytovatelů služeb a odborné veřejnosti?
8. Jaká mohou být další motivační opatření k většímu využívání pobytových služeb sociální prevence cílovou skupinou?

3.3 Použité metody

Ke splnění výše uvedených cílů budou jako pracovní metody vstupního rozboru problematiky užity tyto metody:

Studium a analýza dokumentů (Disman, 1993), a to veřejně politických a strategických dokumentů (nadmárodních a národních v hlavních sociálních politikách ovlivňujících problém (dle myšlenkové mapy), a dále studium a analýza právního rámce, bezprostředně vymezujícího problém, opět v hlavních sociálních politikách, k poznání současného stavu v oblasti sociálního začleňování bezdomovců, studium

knih, odborných studií, statistických dat a výzkumných dokumentů, které se týkají bezdomovství a léčby hlavně závislostí, které jsou pro cílovou skupinu příznačné. Z legislativních textů půjde o zaměření zejména na zákony č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb., zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi a zákon č. 379/2005 Sb., o ochraně před škodami působenými alkoholem, tabákovými výrobky a dalšími návykovými látkami. Nejvýznamnějším a nejaktuálnějším tuzemským strategickým dokumentem zabývajícím se sociálním začleňováním bezdomovců, je *Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2008 – 2010* s již třetím *Národním akčním plánem sociálního začleňování vyloučených osob*. Význačnými prameny jsou články odborných periodik Sociální politika, Adiktologie. Při sběru informací bude provedena i analýza zdrojů dat z internetu.

Analýzou dostupných statistických dat (Knobloch, 2007, Ochrana, 2007) je zjišťován u vybraných druhů pobytových služeb sociální prevence vývoj celkových kapacit, vývoj a podíl žádaných jednolůžkových a dvoulůžkových pokojů k pokojům vícelůžkovým, míra využití kapacit, jakož i počty odmítnutých klientů. Zdrojem jsou statistické ročenky MPSV z let 2007 - 2008, tedy z období účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Vedle zjištěných důvodů odmítání pobytových služeb sociální prevence ze strany cílové skupiny **sekundární analýzou dat** (Knobloch, 2007) z výzkumů a šetření neziskových organizací budou rovněž zjišťovány obdobné zkušenosti zahraniční, včetně úrovně tamního překonávání těchto překážek.

Pomocí **metody strom problémů** (Veselý - Nekola, 2007) jsou vizuálně názorně zobrazeny zjištěné příčiny a zejména důsledky malé motivace „*rough sleepers*“ k využívání pobytových služeb sociální prevence.

S využitím **metody myšlenkové mapy** (Veselý - Nekola, 2007) bude výzkumný problém dislokován ve sféře sociálních politik a jejich prvků, které jej ovlivňují, se začleněním použitých teoretických konceptů do mapy budou zobrazena možná slabá místa, využitelná pro inspirativní inovace k řešení problému.

Metoda benchmarkingu, založená na posuzování dat a spočívající v čerpání inspirace ze zahraničních zkušeností k řešení problému bydlení „*rough sleepers*“ a tím ke zjištění možných inovativních variant k řešení problému (Veselý - Nekola, 2007).

K zjištění současné úrovně překonávání překážek participace cílové skupiny na pobytových službách sociální prevence, k zjištění možností větší motivace „*rough sleepers*“ v této oblasti, jakož i k zjištění správnosti, reálnosti a úrovně podpory nalezených možných inovačních variant řešení výzkumného problému ze strany odborné veřejnosti, bude využita **metoda polostandardizovaného dotazování** kladením otevřených otázek v interview (Knobloch, 2007, Ochrana, 2007) s experty a lidmi se zkušenostmi v práci s bezdomovci, a to prostřednictvím jak dotazování telefonického, tak pomocí PC (prostřednictvím e-mailu).

Pro vzhled do problematiky budou osloveni zástupci ministerstev, a to expert z Odboru sociálních služeb a sociálního začleňování Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, expert z Odboru zdravotně sociálních služeb Ministerstva zdravotnictví České republiky a expert z Odboru koncepce bytové politiky a rozvoje bydlení Ministerstva pro místní rozvoj České republiky. Z řad zřizovatelů služeb sociální prevence bude osloven projektový manažer Magistrátu města Plzně, kde bylo přistoupeno k nestandardnímu využití obytných buněk jako noclehárny cílové skupiny¹⁷, a dále budou osloveni pracovníci odborů sociálních služeb krajských úřadů. Z řad poskytovatelů služeb sociální prevence budou dotazováni odborníci ze Sdružení azylových domů v České republice o.s., Naděje o.s., Armády spásy České republiky o.s., Charity Česká republika, Slezské Diakonie a Českého červeného kříže o.s., a ze zahraničních odborníků pracujících s bezdomovci vedoucí Verejného kempu pre bezdomovcov Priekopa u Martina. Možnosti pobytové resocializace závislých a duševně nemocných „*rough sleepers*“ budou konzultovány i se zdravotnickými specialisty na adiktologii¹⁸ a psychoterapeutiku.

Otázky polostandardizovaného dotazování jsou uvedeny v přílohách 7-9.

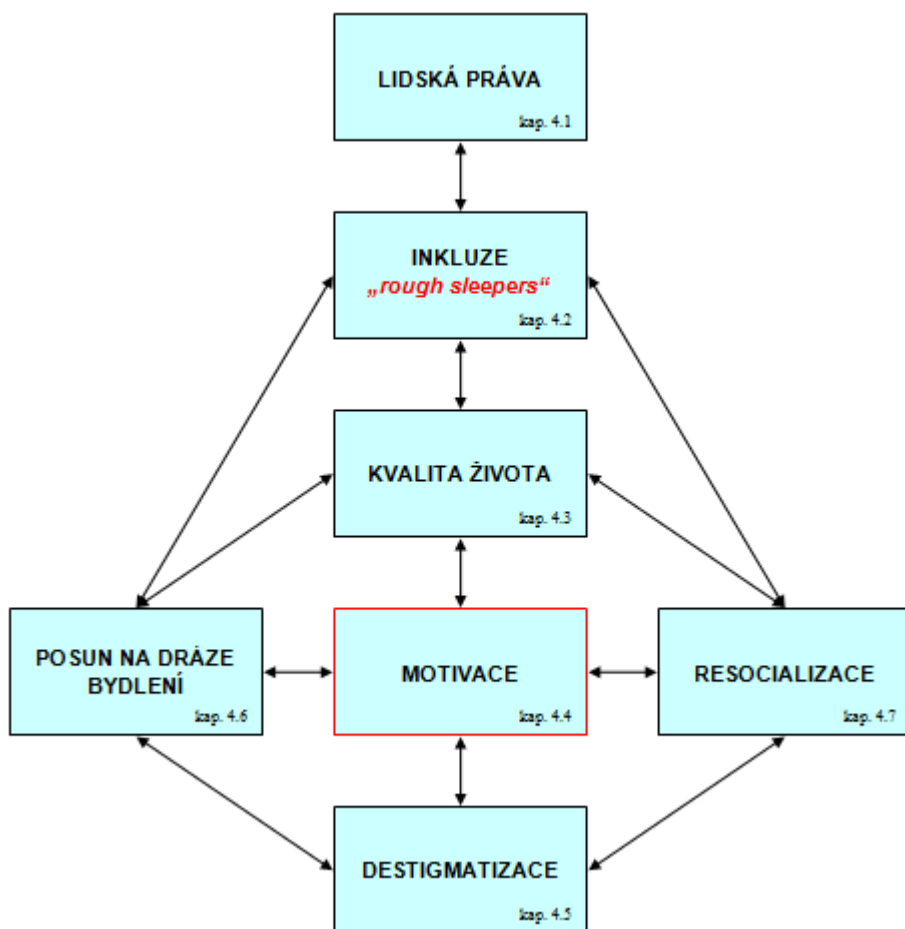
¹⁷ Viz. Pešková, ČTK, 2009

¹⁸ „Adiktologii chápeme jako multidisciplinární obor, který se zaměřuje na prevenci, léčbu a výzkum užívání návykových látek a jiných forem potenciálně závislostního chování, jejich dopadů na jedince a na společnost a na sociální reintegraci osob, které v důsledku takových forem chování strádají“ (Kalina a kol., 2008, s. 11)

4 Teoretická východiska

Potřeba pomoci cílové skupině v oblasti bydlení vyplývá ze zaručených lidských práv, je řešením teorie exkluze/inkluze k začlenění sociálně vyloučených skupin do života společnosti, na význam bydlení pro zdravý vývoj jedince upozorňuje evropský koncept kvality života. Odmítání účasti „*rough sleepers*“ na pobytových službách sociální prevence může pomoci pochopit humanistická teorie motivace, která upozorňuje na nezbytnost současného uspokojování více vnímaných požadavků na stejném stupni pyramidy potřeb. Motivaci cílové skupiny k inkluzi mohou zvýšit její destigmatizace dle teorie labelingu, posun tzv. „do lepšího“ dle konceptu drah bydlení a vstřícnost služeb vůči závislým a duševně nemocným dle konceptu resocializace.

Schéma 4 Teoretické zázemí inkluze „*rough sleepers*“ podmínkami bydlení



Zdroj: autor

4.1 Bydlení v kontextu základních lidských práv

V odpověď na ekonomické, sociální a morální důsledky 2. světové války přijalo Valné shromáždění OSN v roce 1948 **Všeobecnou deklaraci lidských práv**, právně sice nezávazný akt, jeho politická autorita je však uznávána na celém světě. Výročí jejího přijetí se každoročně slaví jako Den lidských práv. Ve svém čl. 22 deklaruje, že každý člověk jako člen společnosti má nárok na sociální zabezpečení a na to, aby mu byla zajištěna hospodářská, sociální a kulturní práva, nezbytná pro jeho důstojnost a svobodný rozvoj osobnosti. Čl. 25 deklaruje pak „*právo na životní úroveň přiměřenou zdraví a blahobytu jeho a jeho rodiny, čítajíc v to potravu, šatstvo, bydlení, lékařskou péči a nezbytné sociální služby;*“ právo na další zabezpečení v nezaměstnanosti, nemoci, pracovní nezpůsobilosti atd. K důslednému a závaznému uplatňování deklarovaných práv a svobod došlo u nás až po změně společenských poměrů na přelomu 80. a 90. let minulého století, kdy náš tehdejší stát jako člen Rady Evropy ratifikoval Konvenci na ochranu lidských práv a základních svobod, čehož důsledkem bylo přijetí Listiny základních práv a svobod do čs. právního řádu v r. 1991 a později do ústavního pořádku nové České republiky v prosinci 1992. Následně v létě 1999 ratifikovala Česká republika i **Revidovanou Evropskou sociální chartu**, z níž vyplynula povinnost zabezpečit základní životní podmínky a přístup k sociálním službám celé populaci. Konkrétně čl. 13 a 14 zakotvují právo každého, kdo je bez dostatečných prostředků, na sociální a zdravotní pomoc a právo každého na využívání služeb sociální péče. V čl. 30 je stanoveno právo každého na ochranu proti chudobě a sociálnímu vyloučení a konečně v čl. 31 právo každého na bydlení. **Listina základních práv a svobod** je, jak již bylo zmíněno, součástí Ústavního pořádku České republiky jako Usnesení České národní rady č. 2/1993 Sb. Kromě zaručení práv a svobod všem bez rozdílu v čl. 3 má pro otázku bezdomovství význam čl. 30 o právu každého v hmotné nouzi na nezbytnou pomoc pro zajištění základních životních podmínek, kdy podrobnosti stanoví zákon, a čl. 31 o právu každého na ochranu zdraví a o právu občanů na základě veřejného pojištění na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek stanovených zákonem. S účinností od 1.12.2009 byla u nás ratifikována **Lisabonská smlouva**.¹⁹ V této smlouvě se v čl. 6 odst. 1 Evropská unie přihlašuje k **Listině**

¹⁹ <<http://www.euroskop.cz/192/sekce/lisabonska-smlouva---ke-stazeni/>>

základních práv Evropské unie²⁰ ve znění, upraveném v r. 2007 ve Štrasburku. V čl. 34 této Listiny, nazvaném Sociální zabezpečení a sociální pomoc, Evropská unie uznává a respektuje právo na sociální zabezpečení a pomoc v deklarovaných sociálních situacích, a to pro všechny, kteří se legálně pohybují v prostoru Evropské unie. „*Za účelem boje proti sociálnímu vyloučení a chudobě uznává a respektuje právo na sociální pomoc a pomoc v oblasti bydlení, jejichž cílem je zajistit, v souladu s pravidly stanovenými právem Unie a vnitrostátními právními předpisy a zvyklostmi, důstojnou existenci pro všechny, kdo nemají dostatečné prostředky.*“ V čl. 35, nazvaném Ochrana zdraví, je stanoveno právo každého na přístup k preventivní zdravotní péči a na obdržení lékařské péče za podmínek stanovených vnitrostátními právními předpisy a zvyklostmi.

Sociální práva jsou tedy posílena rozšířením na větší spektrum situací a lidí, avšak v oblasti bydlení se právo na bydlení, deklarované dřívější Evropskou sociální chartou, v Lisabonské smlouvě formálně zúžilo na pomoc v oblasti bydlení. Je však nutno uvést, že i dřívější deklarované právo na bydlení nezakládalo nárok na byt, pouze umožnění přístupu k bydlení. „*Bydlení je řazeno k tzv. sociálním právům - právům na sdílení minimálního blahobytu (rozuměj minimální životní úroveň, obvyklé v dané společnosti). Právo na bydlení je nenárokové a nevymáhatelné; jeho naplňování je výrazem zodpovědnosti vlád za životní podmínky obyvatelstva. Právo na bydlení rozhodně nemůže být chápáno jako zákonné právo na zajištění obydlí*“ (Valentová, 1999).

4.2 Teorie sociální exkluze/inkluzie

Sociální exkluze je chápána jako ohrožení jako ohrožení integrity a sociální koheze společnosti a zpochybnění společné identity jejích členů odsouváním určitých osob a marginalizovaných kolektivit mimo společnost. Jde o mechanismy „*oddělování určitých skupin od hlavního proudu společnosti*“ (Giddens in Mareš - Sirovátka, 2008: 273), tedy o sociální vyloučení. Podle definice Evropské unie (dále jen „EU“) jsou sociálně vyloučení obyvatelé/občané společnosti ti, „*kteří z důvodů, které nemají sami pod kontrolou, nemohou participovat na obvyklých aktivitách, k nimž by jejich občanství opravňovalo a na něž aspirují*“ (Burchardt – Le Grant - Piachaud in Mareš - Sirovátka, 2008: 273), a plyne z ní zřejmý požadavek EU na zapojení vyloučených občanů do života společnosti na základě jejich občanských práv, ale i svobodné vůle.

²⁰ <<http://www.euroskop.cz/627/sekce/charta-zakladnich-prav-eu/>>

Rozlišuje se 7 dimenzí sociální exkluze (Percy - Smith in Mareš - Sirovátka, 2008: 274-275): *ekonomická* (např. nízký příjem a příjmová chudoba, dlouhodobá nezaměstnanost), *sociální* (např. rozbití tradiční domácnosti, rozpad manželství, sociální izolace, bezdomovství), *politická* (např. upírání politických práv, neúčast ve volbách), *komunitní* (např. devastované prostředí a obydlí, nedostupnost služeb), *individuální* (např. fyzický či mentální handicap, nemoc, závislosti, nevzdělanost, nekvalifikovanost, ztráta sebeúcty), *skupinová* (vyloučení celých skupin lidí) a *prostorová* (koncentrace vyloučených v prostředí). Teorie uvádí jako příčinu sociálního problému (exkluze) uzavírání se majority vůči marginálním skupinám (např. v přístupu k možnostem) jejich prohlášením za nežádoucí nebo nevhodné pro jejich charakteristiku, která je odlišná od společenského standardu. Sociálním začleňováním (**inkluzí**) je překonání exkluze jako důsledku selhání některého či několika společností integrujících systémů, a sice systému *demokratického a legislativního*, který zajišťuje občanskou integraci, systému *trhu práce*, který zajišťuje ekonomickou integraci, systému *sociálního státu*, který zajišťuje sociální integraci, a konečně systému *rodiny a komunity*, který zajišťuje interpersonální integraci (Bergman in Mareš - Sirovátka, 2008). Agenda sociálního začleňování hraje důležitou roli v EU od roku 2000, kdy byla přijata v Nice, a na jejímž základě Evropská komise v rámci tzv. metody otevřené koordinace ovlivňuje členské země k přijímání strategií, cílů a opatření inkluze a za pomoci indikátorů hodnotí dosažené výsledky v této oblasti. Členské státy tak povinně přijímají *národní akční plány sociálního začleňování* a od roku 2006 *národní zprávy o strategii sociální ochrany a sociálního začleňování*. Koncept sociální inkluze tedy legitimizuje opatření sociální politiky v EU (Mareš - Sirovátka, 2008). Cestou k inkluzi je dle teorie exkluze/inkluze začleňování marginalizovaných a vyloučených skupin obyvatel do společnosti provázanými a koncepčními opatřeními, a to redistribucí zdrojů (příjmů, služeb, bydlení), vytvářením rovných příležitostí na trhu práce, vytvářením sociálních kontaktů a sítí, upevňováním důvěry v instituce (Mareš - Sirovátka, 2008). K východiskům výzkumného problému náleží tedy sociální pomoc dávkami hmotné nouze, pomoc službami sociální prevence jak formujícími pracovní návyky a sociální vztahy bezdomovců, tak poskytujícími spektrum pobytových možností, a dále sociální práce (zvláště terénní, tzv. streetwork) k překonání izolace „*rough sleepers*“, a i uznání jejich lidské důstojnosti umožněním realizovat i politická a občanská práva.

4.3 Koncept kvality života

Jedním z úkolů pro sociální stabilitu světa v tzv. Rozvojových cílech tisíciletí, přijatých OSN v roce 2001, je dosáhnout do roku 2020 výrazného zvýšení kvality života chudých obyvatel (Balabán dle OSN in Potůček - Mašková a kol., 2009). **Kvalita života** zahrnuje všechny podstatné charakteristiky individuálního lidského života, související s úrovní blaha jednotlivců žijících ve společnosti, popisuje objektivní životní situaci lidí a zároveň jejich subjektivní vnímání této situace (Mašková – Drhová in Potůček - Mašková a kol., 2009). Problematika kvality života (QOL) začíná být v posledním desetiletí v popředí zájmu na poli humanitních věd, zejm. ve zdravotnictví, psychologii, pedagogických a sociálních vědách, a to jak v zahraničí, tak v tuzemsku. Jde v ní jak o měření sociálních ukazatelů (možnosti, bariéry, zdroje), tak o subjektivní spokojenost se životem a jeho jednotlivými oblastmi (Kirby in Doležalová, 2006). Světová zdravotnická organizace WHO zdůrazňuje, že „kvalita života není totožná s životním postavením člověka, ale s tím, jak člověk tuto svoji situaci hodnotí“ (WHO in Doležalová, 2006: 17).

Tabulka 2 Domény kvality života dle WHO

Doména	Indikátory WHOQOL
Tělesné zdraví	energie a únava, bolest a diskomfort, spánek a odpočinek
Psychické funkce	obraz vlastního těla a vzhledu, negativní a pozitivní emoce, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, pozornost
Úroveň nezávislosti	mobilita, aktivity v každodenním životě, závislost na lécích a zdravotních pomůckách, pracovní schopnost
Sociální vztahy	osobní vztahy, sociální podpora, sex
Prostředí	finanční zdroje, svoboda, bezpečí, zdraví a sociální pohoda, prostředí domova , možnost získání informací a kompetencí
Spiritualita	víra a zbožnost, osobní přesvědčení

Zdroj: WHOQOL in Doležalová, 2006, upraveno

Nejkomplexněji vystihuje kvalitu života 6 domén, definovaných WHO v projektu WHOQOL 1997, kde podmínkou kvality života je hlavně zdraví, ovšem v interakci s prostředím obklopujícím člověka (Kováč in Doležalová, 2006), zejm. prostředím domova (tabulka 2). Listinou základních práv Evropské unie, jak již bylo uvedeno v kap. 4.1, je zaručeno právo všech, kdo nemají dostatečné prostředky na důstojnou existenci. Druhý evropský průzkum kvality života, který proběhl v 31 zemích Evropy od září 2007 do února 2008, zdůraznil závislost účinné sociální inkluze do společnosti a integrace do zaměstnání na naplnění základní potřeby přístřeší, a rovněž důležitost domova pro rodinný život a sociální vztahy, podtrhl význam bydlení v období globální

ekonomické krize. „Cenová dostupnost, přiměřenost a kvalita bydlení je hlavní starostí většiny evropských občanů“, v žebříčku priorit dobré kvality života je požadavek přiměřeného bydlení velmi vysoko (Albera - Fahey in Anderson et al., 2009). Regulace a financování bydlení je v Evropské unii výsadou jednotlivých členských států, což má za následek rozmanitost způsobů řešení, která jsou podporována jako základní prvek infrastruktury v rámci regionálního rozvoje strukturálními fondy (Anderson et al., 2009). I když průzkum kvality života nezachytil názory bezdomovců, je z jeho výsledků význam bydlení pro inkluzi zřejmý.

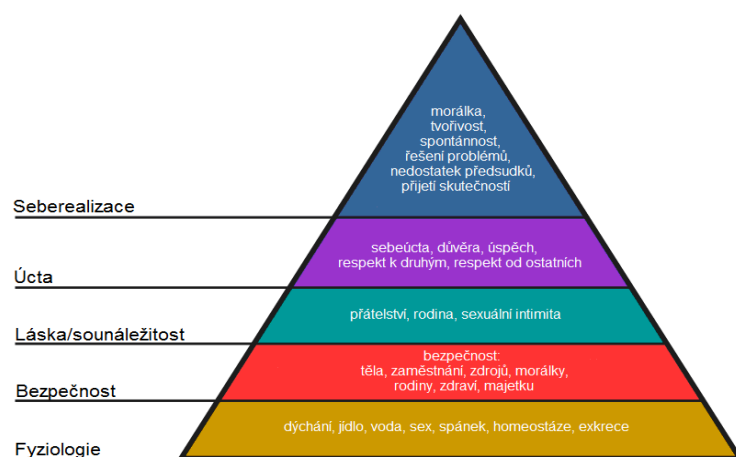
Kvalita života vyjadřuje také potřeby určitých sociálních skupin populace, je hodnotícím měřítkem různých výzkumů, zaměřených např. na hodnocení životní úrovně lidí, úrovně poskytování rezidenčních zdravotnických i sociálních služeb. Nástrojů (dotazníků) zjišťování kvality života je celá řada a tyto jsou zaměřeny na konkrétní sociální podskupiny (Doležalová, 2006), bohužel s cílovou skupinou této práce se stále míjejí a její potřeby tedy nejsou zjišťovány, a možná i proto se jim nabízená pomoc neseťká s dostatečným zájmem. Výzkum kvality života byl ale realizován v roce 2002 v prostředí českých terapeutických komunit u skupiny drogově závislých na nealkoholových drogách, s cílem zmapování subjektivního vnímání kvality života rezidenty těchto institucí ke zvýšení efektivity poskytované služby. Výzkumu byla podrobena i kontrolní skupina „zdravých“ respondentů. Podnětem pro jeho provádění byl předchozí výzkum v r. 2000 u skupiny osob s vybranými duševními onemocněními, jehož se účastnili především pacienti v ústavní léčbě, závislí na alkoholových drogách. Residenti terapeutických komunit za nejdůležitější oblasti života považovali péči o sebe, lásku, zdraví, svobodu, fyzickou soběstačnost. Podobně kontrolní skupina uváděla jako důležité zdraví, péči o sebe, psychickou pohodu a svobodu. Při hodnocení spokojenosti rezidenti uváděli významně větší spokojenost v oblastech fyzické soběstačnosti a jídla, bezpečí, prostředí domova a spánku. Kontrolní skupina vykázala statisticky větší spokojenost rovněž v oblasti fyzické soběstačnosti, zdraví, jídla, zálib, prostředí a domova. Výzkum zjistil pozitivní vliv komunitního života v terapeutické komunitě na spokojenost rezidentů s uspokojováním potřeb nižších stupňů Maslowovy pyramidy na rozdíl od dřívějšího „drogového životního stylu“ (Doležalová, 2006). Prostředí terapeutické komunity uspokojováním základních lidských potřeb poskytuje základní jistoty, čímž vytváří prostor bezpečí a důvěry, v podstatě náhradní domov. „Vytváří příznivou atmosféru přijetím klientů takových, jací jsou, pravidly skupinové práce

zaručuje možnost vytvoření důvěryplného vztahu jak k terapeutům, tak k ostatním klientům“ (Doležalová, 2006, s. 22). „Rozdíl mezi „drogovým životním stylem“ a životem v komunitě je pravděpodobně natolik výrazný, že pro klienty je vstup do jasně strukturovaného, od drog prostého a pravidly vymezeného prostředí osvobozením od existenciální nejistoty, kterou přináší život s drogou“ (Doležalová, 2006, s. 20).

4.4 Humanistická teorie motivace

Motivace jako psychologický proces, tzv. vnitřní hnací síla jedince, aktivuje jeho chování, kterému dává účel a směr k uspokojení dosud nenaplněných potřeb, tedy k dosažení osobních cílů. Motivy jsou pohnutky, psychologické osobní příčiny reakcí, činností a jednání člověka, vycházejí z interiorizovaných hodnot, přičemž základními motivy jsou potřeby. Vnější objekty, k nimž ve svém chování směřujeme, nejsou nikdy motivy, ale jen prostředky jejich realizace. Motivy se tedy neodvozují od dosahovaných objektů, ale jde o tzv. dovršující reakce. Tzn., že motivem není např. přímo jídlo, ale potřeba nasycení (Nakonečný, 1997), tedy motivem nebude přístřeší, ale potřeba bydlení, motivem nebude byt, ale potřeba domova apod. Svoji teorii motivace představil A. H. Maslow již v roce 1943 a vychází v ní z předpokladu, že existuje pět skupin cílů člověka, které lze označit jako hierarchicky uspořádané základní potřeby. Jsou jimi potřeby nižší úrovně (fyziologické potřeby, bezpečí), vyšší úrovně (láska, uznání) a

Schéma 5 Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: Wikipedia, upraveno

BETA úrovně (vrcholné zážitky – sebeaktualizace či seberealizace), přičemž potřeby na vyšším stupni pyramidy se uplatňují až po uspokojení potřeb na stupni nižším. Tzn., že níže položené cíle (základní potřeby) jsou naléhavější, a až do doby jejich naplnění ovládnou vědomí a vůli, přičemž méně naléhavé vyšší cíle jsou do té doby

minimalizovány, zapomenuty nebo popřeny. Alespoň částečné uspokojení nižších potřeb je podmínkou pro vznik do té doby méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb (Plháková, 2006).

Humanistická teorie motivace je využitelná pro dosažení cílů práce, neboť nastiňuje předpokládané pořadí nástupu uspokojování potřeb u skupiny „*rough sleepers*“ a také vlastně předpokládá zájem o souběžné uspokojování všech potřeb na tom kterém stupni pyramidy po dosažení stupně předchozího. Cílová skupina se zejména potýká denně s nesnáze při uspokojování fyziologických potřeb, k jejichž naplnění jí mohou významně napomáhat stávající nízkoprahové služby, tj. terénní služby, denní a kontaktní centra, noclehárny. Proč cílová skupina odmítá participaci na pobytových službách sociální prevence? Snad by bylo možno ve smyslu teorie motivace říct, že potřebu ubytování v uvedených službách by „*rough sleepers*“ pocíťovali, kdyby mohli zároveň uspokojit více potřeb na témže stupni pyramidy, na kterém leží potřeba bydlení (stupeň bezpečnost), tj. kdyby mohli spolu s ubytováním uspokojit mj. zejména i potřebu soukromí, tedy vnímání dočasného domova, což jim není umožněno, jak vidno z výše klasifikovaných příčin odmítání služeb cílovou skupinou. Styl života „na ulici“ nutně ovlivňuje zdravotní stav „*rough sleepers*“, kteří mají ztíženou cestu k uspokojování základních biologických potřeb, zejm. spánku a nasycení, tepla a bezpečí. Spolu s nedostatečnou hygienou vedou tyto nedostatky u nich k rychlejšímu zhoršování zdravotního stavu. Negativně je ovlivněno jednak jejich fyzické zdraví (častý výskyt nemocí dýchací soustavy, nemocí kůže a podkožního vaziva, častější než u *houseless*, a častější je i úmrtnost zejm. z důvodu infekcí) [Binesová a WHO in Šupková, 2008]. „*Britské studie stejně jako zkušenost z České republiky sdílí společný názor, že hlavní hrozbou pro zdraví bezdomovců je nedostatečný přístup ke zdravotním službám*“ (Šupková, 2008: 47).

4.5 Teorie sociální deviace/labeling

Tato teorie od 40. let 20. století považuje sociální problémy, které vznikají jako závažné odchylky od obecně přijatých norem za přirozenou a očekávanou součást života. Teorie spatřuje příčiny sociálního problému v selhání jedince díky negativnímu vlivu sociálního okolí, což je typické mj. u alkoholismu a narkomanie (Frič, 1989), v blokovaných aspiracích a v nedostatku sociální kontroly ze strany neformálních (rodina, sousedství) i formálních institucí (společnost). Její ústřední myšlenkou je, že

člověk se svému chování, jak deviantnímu (myšleno nonkonformnímu) tak konformnímu, naučí v průběhu své participace ve společenských skupinách a stejně tak se může svému dosavadnímu chování odnaučit. Nedostatek sociální kontroly je pak zapříčiněn hlavně lhostejností okolí (Frič, 1989). Teorie staví na několika teoriích jiných, např. na teorii delikventní subkultury A. Cohena (Frič, 1989), kde příčinou deviantního chování je přebírání kultury delikventní skupiny, do níž je jedinec zapojen (Munková, 2004), na Mertonově teorii anomie (Frič, 1989) a jeho kategoriích nonkonformního chování (deviantních adaptací), mj. např. retreatismu (úniku) jako odmítnutí cílů a prostředků odklonem od konvenční společnosti bez snahy o jakoukoli konstruktivní změnu (tuláci, alkoholici, vagabundi, lidé po životním zlomu bez snahy o dosažení hodnot) [Munková, 2004], kde příčinou deviantního chování je frustrace lidí, kterou vyvolávají bariéry jako je chudoba, rasové předsudky aj. Teorii sociální deviace obohatili E. M. Lemert a H. Becker o **teorii labelingu** (značkování, nálepkování), která vysvětluje deviantní chování jako důsledek **stigmatizace** jedince sociálním okolím (Frič, 1989, Munková 2004).

Jako východisko sociálního problému teorie sociální deviace nabízí změnu prostředí - primární skupiny k odnaučení deviace, a to jak formálně prostřednictvím státních programů, tak neformálně vytvářením podmínek pro činnost svépomocných hnutí. Teorie labelingu pak uvádí jako řešení sociálního problému obranu kontranálepkou nebo oslabením pozice nálepkujících (srov. Frič, 1989) k destigmatizaci cílové skupiny. Tedy výzkumný problém by mohl být řešen změnou, resp. rozšířením stávajících pobytových služeb sociální prevence o jiné možnosti ubytování (bez negativního vlivu okolí), a to i cestou svépomocných zařízení. Možností řešení je i výchovné a mediální ovlivňování majority k realističtějšímu pohledu na „*rough sleepers*“ bez předsudků a k překonání lhostejnosti veřejnosti.

4.6 Koncept drah bydlení

Každý člověk v průběhu svého života podstupuje cestu v kariéře svého bydlení po dráze, která ovšem nemusí směřovat jen směrem vzhůru do většího a modernějšího bydlení, tj. tzv. „do lepšího“, ale může mířit i do menšího bydlení s horším standardem, resp. může jít o renovaci stávajícího obydlí či o změnu charakteru sousedství, tedy o setrvání v obydlí, což vše je závislé na charakteru individuálního běhu života (věku, rodině, zaměstnání). Dráha bydlení bývá definována jako posloupnost obydlí a forem

bydlení, např. od sociálního k nájemnímu, od nájemního k vlastnickému apod., ale i naopak, a za součást této dráhy lze považovat i epizody bezdomovství, bydlení v institucích sociálních služeb a bydlení v ubytovnách. Dráha bydlení může být tedy vzestupná, sestupná, oscilující nebo setrvalá (Vajdová - Čermák - Sunega in Lux et al., 2002). Krajním případem, do něhož vede sestupná dráha bydlení, je tedy bezdomovství, jako důsledek různých krizových situací v životě. „Návrat na vzestupnou dráhu bydlení znamená začlenění lidí zpět do společnosti“ (Vajdová - Čermák - Sunega in Lux et al., 2002: 236). Bydlení²¹ obecně determinují 3 proměnné, a to *kvalita obydlí* ve smyslu deseti znaků (opravenost, čistota, kvalitní izolace, kvalitní osvětlení, kvalitní vytápění, soukromí, klid, neexistence hmyzu, bezpečnost obydlí, volnost v drobné údržbě obydlí), *subjektivní pocit spokojenosti* (pocit domova²² a bezpečnosti v něm, příp. naopak pocit vyřazenosti či odloučenosti) a *právní důvod užívání* bydlení (Vajdová - Čermák - Sunega dle Kisson in Lux et al., 2002). Absence některé z uvedených proměnných výrazně zvyšuje riziko bezdomovství (blíže domény bydlení s. 14-15 a násl. této práce).

Z konceptu drah bydlení by mohl být možným východiskem problému k sociální inkluzi „*rough sleepers*“ podle autora této práce, jak již uvedl v úvodu na str. 18-19, jejich návrat na vzestupnou dráhu bydlení, a to umožněním dočasného bydlení alespoň v obydlí s nikoliv nutným zastoupením všech znaků *kvality pro trvalé bydlení* (vyjma ovšem soukromí!),²³ nejlépe v zařízení, provozovaném jako pobytová služba sociální prevence.

4.7 Koncept resocializace

Resocializace je procesem znovuzачlenění, resp. znovuuvedení a zapojení jedince do společnosti, obnovení jeho společenských vazeb. Používá se u osob závislých, dlouhodobě odloučených od normálního prostředí (např. z důvodu vězení, války, přírodní pohromy, dlouhodobé nemoci, bezdomovství apod.) nebo u osob psychicky nemocných. Resocializace používá různých socio a psychoterapeutických postupů, je tedy také procesem uzdravování jedince (Vokurka – Hugo, 2009). Směřuje ke změně dosud interiorizovaných hodnot člověka, které přijal za své, a které ho motivují k jeho dosavadnímu chování, jde tedy o změnu sebe sama. Člověkem jednou přijaté hodnoty

²¹ dle FEANTSA „domov“, viz str. 14-15

²² dle FEANTSA „pocit soukromí“, tamtéž

²³ resp. všech aspektů *fyzické domény* dle FEANTSA, tamtéž

v procesu socializace se vyznačují velkou rezistencí, v pozdějších letech života se mění jen velmi zřídka a obtížně (zejména po 40. roku věku), projevuje se zde tzv. obava z resocializace neochotou začlenit nové vlivy a požadavky do svých hodnotových rámců (Prudký in Potůček - Mašková, 2009). I proto je jistě motivace cílové skupiny ke změně chování obtížná. *V institucionalizované podobě má resocializace závislých osob řadu forem, a to od pracovní terapie po chráněné dílny, od sociálního poradenství po socioterapeutické kluby, od výuky sociálních dovedností po rekvalifikační programy apod. Teoretické východisko resocializace najdeme v **bio-psycho-sociálním modelu závislosti**. Zatímco léčba a rehabilitace se zaměřuje na somatická a psychická poškození, resocializace umožňuje získání potřebných sociálních znalostí a dovedností. Hranice mezi léčbou, rehabilitací a resocializací je otevřená, všechny tři typy intervencí spolu úzce souvisí a vzájemně se podmiňují. Pojetí resocializace jako komplementární součásti každého typu služeb v procesu léčby je novým prvkem. Dříve byly resocializační programy vnímány jako služba následující po léčbě (detoxikace-léčba-resocializace). Příslušné služby je však možné (potřebné) poskytovat jak aktivním uživatelům drog, lidem se substituční léčbou, stejně jako lidem v „abstinenčních“ programech. Terénní nebo nízkoprahová střediska (služby první linie) dnes nabízejí řadu resocializačních aktivit - důležitým momentem je adekvátnost typu služby vzhledem k potřebám, resp. možnostem daného člověka. Je např. neadekvátní poskytnout těžce závislému aktivnímu uživateli drog rekvalifikaci či nechráněnou práci, neboť jde o nadprahové, nikoli potencující služby.*²⁴ Např. na Slovensku je resocializace drogově závislých stále až poslední fází léčby závislostí, a to po detoxikaci (ke zbavení organismu návykové látky a překonání abstinenčních příznaků) a střednědobé zdravotnické léčbě (k vytvoření základních abstinenčních postojů a zručností). Cílem resocializace je zde prohloubení abstinence (odolnost k recidivě) a zařazení abstinujícího závislého do společnosti, uskutečňuje se ve speciálních centrech na principu terapeutické komunity, kde základem je aktivní podíl pacienta na léčení, vytvoření obousměrné komunikace a vztahů na všech úrovních v komunitě, zvýšená rovnoprávnost v rozhodování, kolektivnost a sociální učení s rychlou zpětnou vazbou jako reakcí na chování od ostatních členů komunity (Halama - Klimas, 2006).

²⁴ <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/r/resocializace_social_rehabilitation>

SHRNUTÍ

využitelných referencí teorií a konceptů k řešení výzkumného problému

- Mezi základní **lidská práva** patří mj. právo na sociální pomoc, a to i v bydlení, a rovněž právo na dostupnost základní lékařské péče pro důstojný a svobodný rozvoj osobnosti; právo na pomoc v bydlení nelze ovšem chápat jako zákonný nárok na zajištění obydlí, ale pouze umožnění přístupu k bydlení.
- Pro sociální soudržnost a integritu společnosti je nezbytné překonávat sociální exkluzi ve všech jejích 7 dimenzích, které se komplexně projevují u bezdomovců. Význam zde má **inkluze** redistribucí základních zdrojů společnosti, zejména zdrojů bydlení, v níž lze docílit participaci cílové skupiny na těchto zdrojích pomocí spektra pobytových sociálních služeb a efektivní terénní sociální prací (streetworkem) při uznání lidské důstojnosti „rough sleepers“.
- Zdraví a existence prostředí domova jsou zásadní pro kvalitní život člověka ve společnosti. Na potřebě přístřeší a domova (bydlení) závisí účinná inkluze lidí do společnosti. Bezpečí a důvěru poskytují svým klientům terapeutické komunity, které okamžitě zvyšují **kvalitu** jejich života a jsou jimi vnímány jako náhradní dočasný domov.
- Humanistická **teorie motivace** mj. upozorňuje, že potřeby nižší úrovně (biologické potřeby a potřeby bezpečí, respektive po naplnění potřeb biologických všechny potřeby kategorie bezpečí, kam lze zařadit jistě potřebu bydlení, soukromí a domova) nastupují souběžně, což lze využít pro zvýšení přitažlivosti pobytových služeb sociální prevence umožněním současného uspokojení těchto potřeb (zejména bydlení ve spojení se soukromím); to zabezpečí i větší přístup cílové skupiny ke zdravotním službám.
- Pro inkluzi „rough sleepers“ má velký význam změna prostředí, v němž dosud žijí a jenž je silně ovlivňuje v jejich chování; výrazně zde může napomoci i **destigmatizace**, spočívající ve výchově společnosti k realističtějšímu pohledu na tuto vyloučenou sociální skupinu, tj. pomocí školní výuky a publicity v médiích (i politiky) dosáhnout změny vstřícných postojů a názorů veřejnosti na potřebu pomoci cílové skupině.

- *Návrat na vzestupnou dráhu bydlení u cílové skupiny lze dosáhnout (vede zpět) dočasným ubytováním i v bydlení nevyhovujícím, tj. nezpůsobilém k bydlení trvalému, v němž lze opětovně získat základní návyky s bydlením spojené. Pro bydlení je důležité zajištění soukromí a bezpečnosti, tj. pocitu domova.*
- *Pro osoby závislé, psychicky nemocné a dlouhodobě odloučené od normálního života, tedy i pro cílovou skupinu, je nezbytná k znovuzačlenění do společnosti **resocializace** pomocí socio a psychoterapeutických postupů k opětovnému získání sociálních znalostí a dovedností a k eliminaci závislého chování. K tomu musí být ovšem „rough sleepers“ především dosažitelní a zde nacházejí svůj význam hlavně nízkoprahové služby a malé sociální komunity ke znovuzačlenění zejména osob závislých, ale nejen jich.*

Pro doplnění lze uvést, že možnými východisky ze sociálních problémů se zabývají také jiné sociálně psychologické a sociologické teorie, kterých by bylo možno využít k uchopení zkoumaného problému a k nalezení inspirativních inovací, avšak bližší pojednání o nich by značně zvětšilo rozsah této práce. Jde zejména o teorii malých sociálních skupin (1), teorii sociálního kapitálu/sociálních sítí (2), teorii sociální dezorganizace (3), teorii hodnotového konfliktu (4) [např. Šafr – Sedláčková, 2006, Frič, 1999, Nakonečný, 1999]. Stručně lze uvést některá jejich inspirativní východiska, která se významně blíží již zmíněným východiskům výše uvedených teorií a konceptů:

- *(1) Malé sociální skupiny mají velký motivační potenciál ovlivňovat své členy ve smyslu zaměření celé skupiny. Ten je umožněn bezprostřední vzájemnou komunikací ve skupině, stejnorodostí členů skupiny, skupinovými formálními i neformálními pravidly, možností uspokojovat sociální potřeby a podle míry tohoto uspokojování i vzájemnou výchovnou reflexí chování členů skupiny.*
- *(2) Zapojení cílové skupiny do života sociálních komunit obnoví sociální vazby a kontakty se sociálními pracovníky (vč. pracovníků streetworku) obnoví i sociální důvěru v instituce.*

- (3) *Větší participaci na pobytových službách sociální prevence by umožnilo přizpůsobení pravidel pro ubytování v nich požadavkům cílové skupiny nebo rozšíření nabídky o služby jí více vstřícné, a dále také prohloubení vzájemné komunikace s majoritou*
- (4) *K předcházení případným konfliktům s majoritou by mohlo pomoci vytvoření samosprávné reprezentace cílové skupiny v malých sociálních komunitách pro ni určených k prezentování zájmů a požadavků, ke komunikaci s majoritou.*

Přehled možných východisek výzkumného problému, a to jak stávajících tak i inovačních podle zmíněných teorií a konceptů, nabízí i model v příloze 3 této práce; inovační řešení jsou odlišena červeným orámováním.

Teoretická a konceptuální pojednání v této kapitole i model v příloze 3 poukazují na potenciál malých sociálních komunit a jejich samospráv, na potřebu vzájemné komunikace „rough sleepers“ s majoritou, na význam malých stavebně – technických projektů a na význam streetworku pro řešení výzkumného problému.

V případě otázky bezdomovství jako formy sociální exkluze a obzvláště v jeho nejextremnější podobě „rough sleepers“ jde o multi-sociálně politický problém, k jehož řešení je zapotřebí úzké spolupráce a provázanosti strategií hlavních sociálních politik, zejména politiky sociálního zabezpečení, politiky bydlení, resp. politiky regionálního rozvoje, a v případě cílové skupiny i zdravotní politiky, za výrazné podpory politiky vzdělávací a příspěvní i politiky zaměstnanosti. Snad právě proto se problém nedaří uspokojivě řešit a lze možná hovořit i o implementačním deficitu komplexního řešení problému, který je často důsledkem každé meziodvětvové spolupráce, zejména chybí-li facilitátor. Multi-sociálně politickou dimenzi problému lze zobrazit např. následující konceptuální mapou. V mapě jsou zobrazena i možná teoretická východiska pro řešení problému, užitá v této práci, otazníky upozorňují na eventuelní slabá místa, resp. pojednávané možnosti k větší vstřícnosti pobytových služeb sociální prevence vůči cílové skupině, s důrazem na motivaci zejména nabídnutím většího soukromí.

Legenda konceptuální mapy:

AD - azylové domy

bydl. - bydlení

EK - Evropská komise

EP - Evropský parlament

EU - Evropská unie

FEANTSA - Evropská federace národních sdružení
pracujících s bezdomovci

FN - fakultní nemocnice

KÚ - krajské úřady

MěÚ - městské úřady

MMR - ministerstvo pro místní rozvoj

MPSV - ministerstvo práce a sociálních věcí

MZ - ministerstvo zdravotnictví

N – noclehárny

NAPSI - Národní akční plán sociálního začleňování

nevh. - nevhodné

NNO - neziskové nestátní organizace

odb. - odbor

PL - psychiatrické léčebny

podp. - podporované

S.A.D. - Sdružení azylových domů

SNP - služby následné péče

soc. - sociální

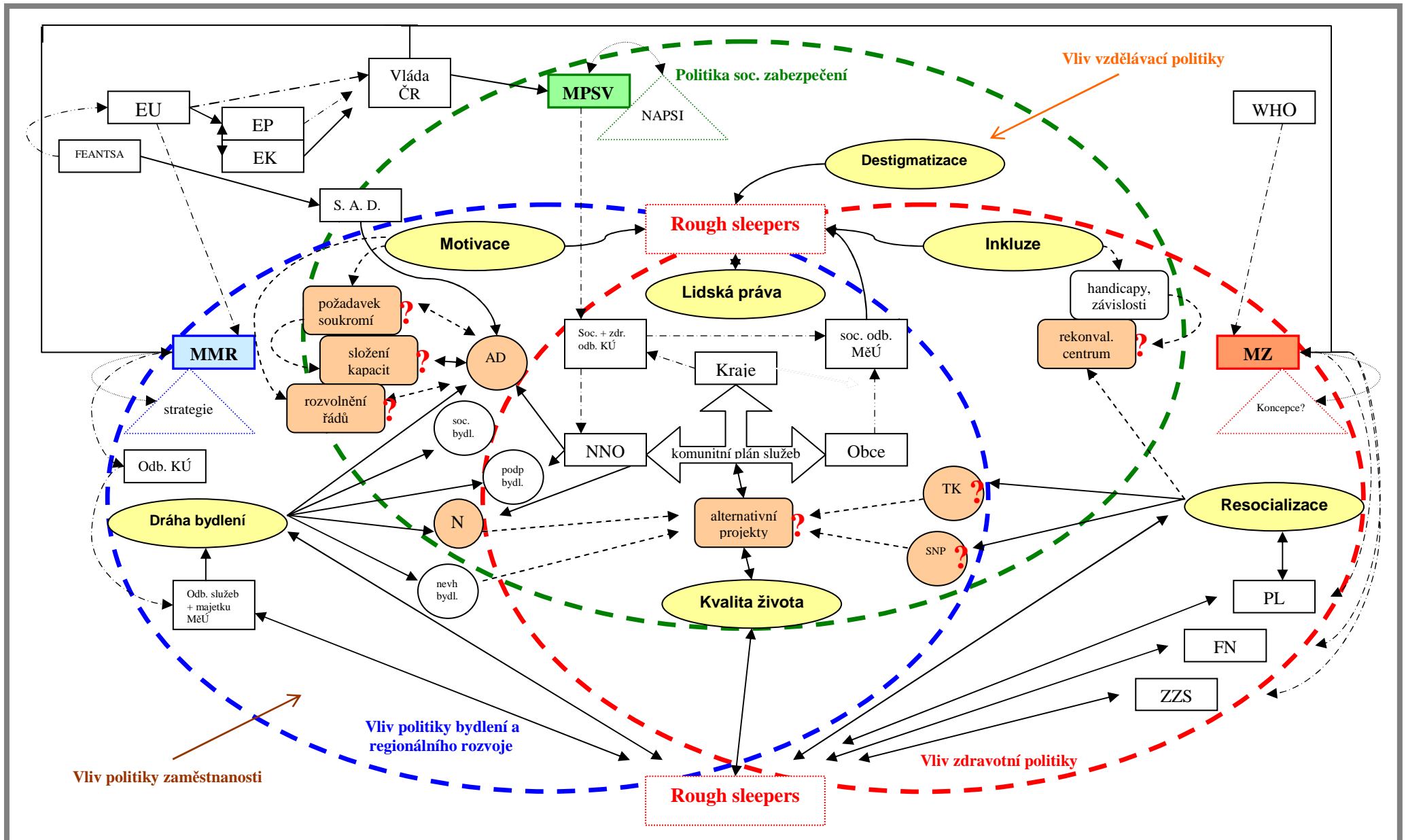
TK - terapeutické komunity

WHO - Světová zdravotnická organizace

zdr. - zdravotní

ZZS - Záchraná zdravotní služba

Schéma 6 Konceptuální mapa



Zdroj: autor

5 Dosavadní řešení problému v České republice a ve Velké Británii, dánská a slovenská inspirace

5.1 Evropská unie a její aktuální strategie proti bezdomovství

Evropský parlament vydal v dubnu 2008 **politické prohlášení č. 111/2007 Declaration of the European Parliament on ending street homelessness**²⁵ o potřebě holistického přístupu k bezdomovství a hlavně o nutnosti vyřešit problém „rough sleepers“ v Evropě, s požadavkem na Radu Evropy ke sjednání dohody Evropské unie o závazku učinit tak do roku 2015, a s požadavkem na Evropskou komisi k vypracování definice bezdomovství, shromáždění statistických dat a k zajištění každoroční aktualizace opatření ve státech Evropské unie k ukončení bezdomovství. Rozhodnutím Evropského parlamentu a Rady z října 2008 byl vyhlášen rok 2010 Evropským rokem boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení, kde základem je solidarita aktérů i obyvatel v boji proti sociálnímu vyloučení se záměry mj. osvěty, umožnění vyjádření potřeb sociálně vyloučených, jejich destigmatizace, zajištění kvality života, sociálního blahobytu a rovných příležitostí pro všechny (MPSV, 2009a). **Evropský rok boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení** tedy sleduje 4 hlavní cíle: 1. *uznání práv* (zejména na důstojný život a účast na životě společnosti zvýšením informovanosti veřejnosti o situaci osob žijících v chudobě, podporou jejich přístupu k sociálním, hospodářským a kulturním právům, k dostatečným zdrojům a kvalitním službám, podporou boje proti stereotypům a stigmatizaci); 2. *sdílená odpovědnost a účast* (odpovědnost aktérů za politiky a činnosti v sociálním začleňování, zdůraznění kolektivní odpovědnosti a zapojení jednotlivců do boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení, zdůraznění významu propagace a dobrovolnictví); 3. *soudržnost* (zvyšování povědomí o výhodách společnosti s vymýcenou chudobou a se spravedlivým přerozdělováním pro celkovou kvalitu života); 4. *závazek a konkrétní opatření* (souhlasná politická reagence členských zemí na politický požadavek Evropské unie zásadně pokročit ve vymýcení chudoby a sociálního vyloučení, podpora tohoto závazku a činností na všech úrovních veřejné

²⁵ FEANTSA. *European Parliament Written Declaration on ending street homelessness 111/2007 adopted*. [online], dostupné z [www: <http://www.feantsa.org/code/en/pg.asp?Page=963>](http://www.feantsa.org/code/en/pg.asp?Page=963) [2009-05-09]

správy v jednotlivých zemích na základě metody otevřené koordinace v sociální ochraně a sociálním začlenění) [MPSV, 2010, Zukal, 2010]. Většina nástrojů je uplatňována na vnitrostátní úrovni, ale ¾ obyvatel Evropy očekává pomoc i od Evropské unie, neboť téměř 80 milionů Evropanů (16 % obyvatel) žije pod hranicí chudoby a čelí překážkám v přístupu mj. i k bydlení. V průměru 89 % Evropanů si přeje, aby jejich vláda začala problém chudoby (a sociálního vyloučení) ihned řešit, z toho 53 % považuje svoji národní vládu za hlavního aktéra (Špidla, 2009). Strategie Evropské unie, s podporou evropské veřejnosti, je tedy k řešení výzkumného problému vstřícná.

5.2 Česká republika proti bezdomovství

5.2.1 Strategie České republiky v boji s bezdomovstvím

Česká republika dodnes nevytvořila politickou strategii, cílenou ke snižování zjevného bezdomovství, její boj s tímto jevem je součástí širší strategie boje s chudobou a sociálním vyloučením, kde jsou preferovány jiné cíle a důraz je kladen spíše na jiné cílové skupiny obyvatel. Rámec strategie poskytování sociálních služeb přesto určuje **Bílá kniha** v sociálních službách z roku 2003.²⁶ Mezi vůdčími principy, tvořícími deklarovaný základ všech služeb, jsou uvedeny na prvních místech zejména *nezávislost a autonomie* uživatelů služeb (tj. podpora nezávislosti klientů, respektování rozdílů, směřování k zajištění jejich důstojnosti, individuality, práv a odpovědnosti); *začlenění a integrace* (tj. pomoc žít běžným životem, ve vlastním domově se zapojením do okolního života)²⁷, *respektování potřeb* (tj. škála služeb, nabízených jednotlivcům, má být určována individuálními potřebami lidí a nikoliv potřebami systému, což znamená, že služby se mají přizpůsobovat potřebám lidí a ne naopak). I proto Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky MPSV deklaruje v uvedeném dokumentu svoji podporu inovacím (MPSV, 2003). Nakolik jsou uvedené zásady reflektovány při tvorbě konkrétní strategie boje proti bezdomovství, je zřejmé z našich hlavních současných strategických dokumentů. Strategii české sociální politiky je v **Národní zprávě o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování 2008 –**

²⁶ <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>

²⁷ možnost žít ve vlastním domově při užívání sociální služby preferuje 43,7 %, tj. největší % respondentů z výzkumu (Taylor Nelson Sofres Factum 2001, in Bílá kniha v sociálních službách, 2003, s. 10)

2010 v pořadí již třetí **Národní akční plán sociálního začleňování**, tzv. NAPSI (MPSV, 2008a). Prioritní cíl 1 k integraci sociálně vyloučených uvádí i bezdomovce jako cílovou skupinu, opatření jsou zaměřena na prevenci ztráty bydlení poskytováním sociálních služeb zejména osobám, jimž bezdomovství bezprostředně hrozí („ex ante“), a na průběžnou sociální práci k posilování sociální dovednosti vyloučených osob. Prioritním cílem 3 je podpora komunitního plánování sociálních služeb a partnerství všech aktérů politiky začleňování. Strategie tedy neobsahuje opatření k přímému snižování (odstraňování) výskytu bezdomovství. **Vládní program** současné Fišerovy vlády z června 2009 deklaroval zaměření vlády v sociální oblasti a zdravotnictví na analýzu efektivnosti sociálních služeb (Vláda České republiky, 2009b) v reflexi na dřívější vládní **Koncepci podpory transformace pobytových sociálních služeb**²⁸ z února 2007, která byla zaměřena na zkvalitňování životních podmínek klientů pobytových zařízení v souladu s jejich individuálními potřebami, bohužel šlo pouze o služby sociální péče (MPSV, 2007). Na tuto koncepci navázala současná vláda dokumentem MPSV s názvem **Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009 – 2012**.²⁹ Prioritou č. 1 je podpora rozvoje služeb sociální prevence s cílem snižovat riziko sociálního vyloučení nebo omezovat jeho dopady, kde cílovými skupinami jsou osoby ohrožené trestnou činností jiné osoby, osoby užívající návykové látky, osoby propuštěné z institucionální výchovy, osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách a osoby ohrožené rizikovým způsobem života, tzn. de facto i příslušníci cílové skupiny této práce. Nástroji k tomu jsou hlavně terénní sociální práce, služby následné péče, jakož i další služby sociální prevence. Oblast tzv. transformace sociálních služeb jejich poskytováním v přirozeném prostředí a jejich odvození od individuálních potřeb každého klienta (tzv. humanizace služeb), je prioritou č. 2, která se opět, bohužel, týká jen služeb sociální péče. (MPSV, 2009c). Na vyhlášený Evropský rok boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení (kap. 5.1) reagovala Vláda české republiky prostřednictvím MPSV tzv. **Národním programem Evropského roku boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení České republiky**.³⁰ V jeho rámci je samostatnou prioritou č 5 „podpora přiměřeného bydlení sociálně ohrožených skupin + řešení bezdomovectví.“ Cílovou skupinou jsou mj. i bezdomovci, osoby bez přístřeší

²⁸ <<http://www.mpsv.cz/cs/3857>> [2010-04-05]

²⁹ <<http://www.mpsv.cz/cs/9>> [2010-04-05]

³⁰ <<http://www.mpsv.cz/cs/7455>> [2009-10-20]

v provizorních podmínkách,³¹ opatřením je investiční podpora státu (prostřednictvím Ministerstva pro místní rozvoj a Státního fondu rozvoje bydlení) dotacemi fyzickým i právnickým osobám vč. obcí pro výstavbu sociálních bytů a následné pronajímání tohoto bydlení osobám z této cílové skupiny po stanovenou dobu (MPSV, 2009d).

Z tohoto programu plyne, že pomoci ve formě sociálního bydlení se může dostat kategoriím od „*houseless*“ výše, a tedy se jeví úvaha o pozvednutí „*rough sleepers*“ resp. „*roofless*“ na dráze bydlení do kategorie *nevyhovujícího bydlení* jako předpoklad pro opětovné získání základních návyků v bydlení k následně možnému postupu až do bydlení sociálního, tedy do bytu. Inovace i v sociální oblasti, nejen v ekonomice, jsou potřebné k naplnění vize strategie udržitelného rozvoje a kvality života společnosti a měly by postupovat v souladu s jejím kulturním vývojem (srov. Štefec in Potůček - Mašková a kol., 2009).

V rámci **Koncepce bytové politiky**³² ministerstva pro místní rozvoj z roku 2005 se stát orientuje do roku 2010 na vybrané skupiny obyvatelstva znevýhodněné v přístupu k bydlení (ze sociálních, zdravotních a jiných důvodů). Protože obce ne vždy dostatečně využívají sociální služby k prevenci ztráty bydlení a k posílení schopnosti ohrožených skupin domácností si bydlení udržet, využívá stát vlastní nástroje k podpoře výstavby sociálního bydlení pro tyto domácnosti, a to zejména sociálně zacílený bytový fond. Ve výstavbě potřebného sociálního bydlení za využití státních dotací by na svém teritoriu však již měly mít určující vliv obce podle svých aktuálních potřeb. Pro využití tohoto levného bydlení by měly být stanoveny podmínky tak, aby nedemotivovalo jeho uživatele v dosahování vlastnického či běžného nájemního bydlení. Mezi programy financované ze státního rozpočtu prostřednictvím ministerstva pro místní rozvoj patří dle přílohy 3 uvedené koncepce i subvence výstavby podporovaných bytů ve vlastnictví obcí, a to ***chráněných bytů*** (pro osoby se sníženou soběstačností z důvodů zdravotních či z důvodu pokročilého věku), ***bytů na půli cesty*** (osobám se sníženými schopnostmi začlenit se do života běžné společnosti) a ***vstupních bytů*** (osobám, které v důsledku nepříznivých životních okolností nemají přístup k bydlení, přičemž jsou schopny plnit povinnosti vyplývající z nájemního vztahu). Podmínkou poskytnutí dotace u prvních dvou je poskytování sociálních služeb.³³ Obec může sružit pro tuto výstavbu finanční prostředky pouze s obcí nebo s právnickými osobami, založenými k poskytování zdravotních a

³¹ srov. *nejisté bydlení* s. 15-17 této práce

³² <<http://www.mmr.cz/Bytova-politika/Koncepce-Strategie/Koncepce-bytove-politiky-z-r--2005-%281%29>> [2010-04-18]

³³ srov. § 51 a § 58 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

sociálních služeb, a dále s obecně prospěšnými společnostmi, církevními organizacemi apod. (MMR, 2005). Odborník z Ministerstva pro místní rozvoj České republiky k tomu sdělil, že jde o obecnou podporu uvedeného sociálního nájemního bydlení, nikoliv podporu výstavby sociálních služeb. Ministerstvo poskytuje pouze dotace, kterými může i ovlivnit technické parametry nájemních bytů a někdy i podmínky pronájmu. Nejde dle něho tedy o politiku, zaměřenou na cílovou skupinu této práce. Zřízení sociálních zařízení v regionech je dle vyjádření zmíněného odborníka záležitostí místních úřadů, případně poskytovatelů sociálních služeb. Rozvoj regionů se pak řídí **Strategií regionálního rozvoje České republiky**³⁴ platnou pro období 2007-2013 Ministerstva pro místní rozvoj České republiky z května 2006, kde prioritou 3.2 je podpora bydlení, zaměřená mj. na rozvoj sociálních služeb a navazující sociální infrastruktury v malých sídlech a periferních územích regionů včetně odstraňování technických a sociálních bariér (zodpovídají kraje), a kde prioritou 3.3 je sociální soudržnost založená na rovnosti příležitostí, zaměřená mj. na zkvalitnění a *rozvoj nových forem sociálních a zdravotních služeb* a na modernizaci objektů zdravotnických zařízení, zařízení sociálních služeb, na obnovu a zkvalitňování jejich vybavení (zodpovídají ministerstvo práce a sociálních věcí, ministerstvo zdravotnictví a kraje) [MMR, 2006]. Strategii ministerstva zdravotnictví, která by se dotýkala výzkumného problému, se autorovi zjistit nepodařilo.

5.2.2 Legislativa ČR v boji s bezdomovstvím

Právní ochrana bezdomovců navazuje na dokumenty o lidských právech (kap. 4.1).

O legislativní úpravě, pojednávající o „přístřeší“ a „osobách bez přístřeší“ již bylo stručně zmíněno v úvodu práce.

Sociální pomoc pro bezdomovce dávkou stanoví **zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi**. Mimo příspěvku na živobytí ve výši životního, resp. jen existenčního minima (dle **zákona č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu**) se u bezdomovců nejčastěji využívá § 33 odst. 5 zákona o pomoci v hmotné nouzi, podle něhož se pro potřeby ubytování bezdomovců v zařízeních sociálních služeb nepovinně poskytuje doplatek na bydlení. Na základě tohoto ustanovení je často sociálními odbory městských úřadů v praxi prováděna úhrada za ubytování bezdomovců zejména v azylových domech, což může být výjimečně řešeno

³⁴ <<http://www.mmr.cz/getdoc/f77e14bc-2c26-4884-9fda-b47c24a5294b/Strategie-regionalniho-rozvoje-Ceske-republiky-pro>> [2010-04-18]

jednorázově i mimořádnou okamžitou pomocí dle § 2 odst. 5 písm. a) téhož zákona. Sociální pomoc službou řeší **zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**, a **vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách**, a ty se poskytují jako služby sociální péče a služby sociální prevence. Pobytové služby sociální péče bezdomovci mohou využít, patří-li zároveň k cílové skupině služeb i svým tělesným handicapem, chronickou nemocí, stářím, a splňují-li další zákonné podmínky (např. domovy pro osoby se zdravotním postižením, pro seniory, sociální služby zdravotních zařízení), zpravidla nepůjde o „*rough sleepers*“. Základem zmírňování bezdomovství u cílové skupiny jsou tedy služby sociální prevence a z nich zejména nízkoprahová denní centra a noclehárny, z pobytových služeb hlavně azylové domy, u definovaných osob do 26 let i domy na půli cesty.³⁵ Výjimečně a teoreticky i terapeutické komunity a snad i služby následné péče. Obsah vybraných služeb sociální prevence, o nichž pojednává tato práce, je uveden v příloze 4. Většina českých sociálních zařízení určených bezdomovcům, je propojením několika služeb, např. azylový dům má v přízemí nízkoprahové denní centrum, kam mohou přijít lidé přímo „z ulice“, jedna či několik místností je využito jako noclehárna, pokoje se společnou kuchyní a sociálním zařízením mohou být využity jako domy na půli cesty (Průdková - Novotný, 2008). U všech těchto služeb se předpokládá dobrovolný zájem klienta o službu a zejména ochota a schopnost podřídit se režimu v zařízeních, která jsou, vyjma nocleháren, prakticky již středně a vysokoprahová, tudíž pro mnohé „*rough sleepers*“, jak výše uvedeno, méně vstřícná. Hlavní úsilí o boj s bezdomovstvím je v České republice zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, přeneseno na regiony, obce a občanský neziskový sektor, jako hlavní zřizovatele služeb, které ke společné snaze stmeluje komunitní plánování sociálních služeb, povinné od roku 2007 v krajích, nepovinné v obcích a městech. Zákon však zřejmě nedostatečně stanovuje kvalitativní standardy poskytování jednotlivých služeb. Určuje pouze obecně povinnost stanovit vnitřní pravidla poskytování služby bez určení obsahu těchto pravidel pro jednotlivé služby, ten nestanovuje ani vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se stanovují některá opatření k provedení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (Molek, 2009). Proto může docházet ve vnitřních řádech poskytovatelů služeb k omezením klientů,

³⁵ § 58 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

daných komerčními účely, která mohou ve svém důsledku demotivovat cílovou skupinu k vyhledávání a přijímání pobytových služeb sociální prevence (str. 20-21).

Zdravotní péče o bezdomovce závisí v České republice na zdravotním pojištění. **Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů**, stanoví v § 2 obligatorní pojištění mj. všech osob s trvalým pobytem na území České republiky. Pojištění u takových osob vzniká dnem narození a zaniká úmrtím, prohlášením za mrtvého, ukončením trvalého pobytu v republice. Vzhledem k tomu, že podle zákona č. 133/2000 Sb. o evidenci obyvatel a o rodných číslech, ve znění pozdějších předpisů, má každý občan zapsán trvalý pobyt alespoň na příslušné ohlašovně (obci), jsou bezdomovci zpravidla pojištěnci a mohou užívat práva z pojištění, i když jej neplatí. Podle § 7 odst. 1 písm. f) uvedeného zákona platí zdravotní pojištění za bezdomovce, pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi, stát. Právo na zdravotní péči mají pak podle § 9 **zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu**.

5.2.3 Motivační potenciál vybraných služeb sociální prevence

5.2.3.1 Noclehárny a azylové domy, využití kapacit a důvody odmítání služeb

Noclehárny jsou ambulantní služby sociální prevence a svým nízkým prahem jsou určeny pro cílovou skupinu této práce (příloha 4). V požadavcích jsou shovívavější, než azylové domy, umožňují však pouze jedno (i opakované) přenocování na přidělené posteli, s poskytnutím hygienického servisu a snídaně. Standard bydlení v noclehárně je nízký, zpravidla jde o velkou místnost s mnoha lůžky. Klient může využít uzamykatelnou skříňku. Ráno odchází a vrátit se smí zase večer. Osoby pod vlivem alkoholu a jiných návykových látek, osoby agresivní nebo trpící infekčním onemocněním, nemohou být ubytovány. Filosofii nocleháren je neumožnit přes den zahálku bezdomovců s vizí, že ti tak budou nuceni se o sebe sami postarat přes den (Průdková - Novotný, 2008). Je sporné, zda (do jaké míry) vůbec tato vize plní cíl resocializace bezdomovců. Výsledkem je spíše naopak bezcílné vyplnění volného času popíjením levného alkoholu a kouřením cigaret ubalených z nalezených nedopalků (Průdková - Novotný, 2008). Běžnou součástí dne bezdomovce z cílové skupiny je posezení se stejně žijícími lidmi u krabice vína, na kterou se spolu složili, nebo kterou zcizili, což je pro tyto lidi možná cesta, jak přežít další den bez perspektivy na lepší budoucnost. Obvyklou představou bezdomovce je taky proto jedinec, který špinavý a

zapáchající sedí na městské lavičce a popíjí levné alkoholické nápoje (Šupková, 2008). Motivační potenciál využití nocleháren cílovou skupinou, jak z uvedeného porovnáním s příčinami odmítání služeb, je malý (zajišťují pouze fyziologické potřeby, poskytují pouze minimální soukromí, o náhradě domova nelze hovořit, jsou taky málo vstřícné vůči závislým bezdomovcům). Noclehárny zaznamenávají zvýšený zájem hlavně v zimním období, které svými nízkými teplotami cílovou skupinu výrazně ohrožuje na zdraví a hlavně přímo na životě. V České republice je statisticky podchyceno 54 nocleháren v celkové kapacitě 610 lůžek. Celoročně je využilo 455 klientů, musí být ale stresující nemít jistotu nocování ve stejném pokoji, na stejném lůžku. Navíc 977 žadatelů o službu nebylo v roce 2008 uspokojeno (MPSV, 2009b).

Azylové domy jsou již pobytovými službami sociální prevence, sociálními zařízeními pro lidi bez domova. Mají vyšší práh než noclehárny, na klienty kladou vyšší nároky. Pobyt je dlouhodobější v řádu týdnů a měsíců, během kterých je očekáváno vyřešení problémů klienta a jeho návrat k soběstačnosti (Schwarzová in Průdková-Novotný, 2008). Klient musí dodržovat vnitřní řád a na základě anamnesticko-diagnostického pohovoru je pro jeho pobyt stanoven individuální plán péče jako výsledek vzájemně uzavřené dohody klienta se sociálním pracovníkem, s přesně stanovenými termínovanými cíli re/socializace klienta. Předpokládá se zájem a spolupráce klienta, jeho finanční spoluúčast na hrazení pobytu podle ubytovací smlouvy (Vacínová in Průdková - Novotný, 2008). Azylový dům poskytuje sice větší soukromí než noclehárna (méně lůžek na pokoji), klient může na pokoji celodenně pobývat i když se předpokládá jeho docházka do zaměstnání, může si připravovat jídlo v kuchyňce, práť prádlo v pračce, sledovat televizi nebo internet ve společenské místnosti, přijímat ve stanovenou dobu návštěvy v místnosti k tomu určené. Bydlení v azylovém domě se tedy podobá bydlení v ubytovně s tím, že bydlení zde je levnější, řád v zájmu bezpečí klientů přísnější, je zde trvalá podpora sociálních pracovníků a dosažitelnost dalších specialistů, zejm. zdravotnického personálu, jako jsou psychoterapeuti, lékaři a zdravotní sestry (Průdková - Novotný, 2008). Azylové domy u nás jsou zaměřeny pouze na muže, ženy, matky s dětmi, příp. otce s dětmi, neumožňují ubytování partnerů. Rovněž neumožňují ubytování bezdomovců, chovajících domácích zvířet (zejm. psa, což bývá časté). Většinou nejde ani o bezbariérová zařízení. Azylových domů je v České republice uváděno 185 s celkovou kapacitou 5600 lůžek, v tom pouze 136 jednolůžkových a 511 dvoulůžkových pokojů, převažují tří a vícelůžkové pokoje (graf

1, 2 na s. 22). Celoroční pobyt zde využívalo celkem 3864 klientů, 2548 žadatelů nebylo uspokojeno (MPSV, 2009b). O možné větší vstřícnosti azylových domů jejich motivační reagenční na potřeby „*rough sleepers*“ bude pojednáno za pomoci metody benchmarkingu v kap. 5.3.3 (podmínky ubytování v hostelech Velké Británie) a zejména v kap. 6.1 (možnosti „transformace“ azylových domů u nás).

Odborník z ministerstva práce a sociálních věcí vnímá využití kapacit služeb nocleháren a azylových domů v celoročním průměru jen ze 75 % lze pozitivně s tím, že je třeba taky identifikovat další informace a údaje, která toto procento upřesní. V letních měsících obecně dochází ke snížení zájmu o služby, protože mnoho osob bez domova volí jinou alternativu „bydlení“ než azylový dům nebo noclehárnu a rovněž díky sezónnímu zaměstnání lze taky využít komerčního ubytování. V zimních měsících naopak kapacity mnohdy nestačí, což je jeden z hlavních zákonných důvodů³⁶ odmítnutí přijetí klienta do služby. Dalšími důvody odmítnutí jsou zákonem stanovené možnosti, a sice že uživatel nepatří do cílového okruhu osob, kterým je služba poskytována; zdravotní stav uživatele nedovoluje přijetí do sociální služby a vyžaduje přijetí ve zdravotnickém zařízení; s uživatelem byla v posledním půlroce ukončena smlouva o poskytování sociální služby pro hrubé porušování smluvních povinností. S ohledem na hygienické normy je častým důvodem odmítnutí to, že žadatel je majitelem domácího zvířete, nejčastěji psa. Odborník z oddělení sociálních služeb Krajského úřadu Jihomoravského kraje spatřuje jako hlavní důvod odmítání služeb ze strany klientů jejich nepřizpůsobivost vnitřním řádům zařízení, která stanovují pravidla společného soužití klientů, což se týká agresivních jedinců a těch, kteří nehodlají nijak řešit svoji hlavně alkoholovou závislost. Nevyužití plné kapacity zařízení rovněž vysvětlil sezónním zájmem klientů. Odborník z ústředí Naděje o.s. k využití nocleháren sdělil, že v zimě bývají kapacity plně obsazeny a pro převis poptávky se na noc otevírá i denní centrum pro víc než sto lidí. „*V létě jsou to peníze, které někteří lidé neradi dávají z ruky, když se dá přežít venku. Obecně převažuje zájem o levnější noclehy.*“ Procento využití služeb zkruskuje taky to, že v létě mívají některá zařízení zavřeno z důvodu podfinancování provozu, a takové dva měsíce pak znamenají výpadek i 15-20 % kapacity. K důvodům odmítání klientů ve službách náleží agresivní chování,

³⁶ § 91 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

nezaplacený dluh z dřívějšího ubytování; důvodem dočasného odmítnutí klienta (třeba na dvě hodiny) je opilost. Jde o individuální posouzení každého případu s cílem zabránit možnosti, aby přijatý klient obtěžoval a ohrožoval ostatní. V zimě jsou podmínky obecně mírnější, protože cílové skupině jde o život. Noclehárna je podle zákona ambulantní službou, tzn., že poskytuje přístřeší jen od večera do rána a přes den má zavřeno. Pro úschovu věcí klientů v noclehárně, stejně jako v denním centru, nejsou vytvořeny podmínky a nejsou k tomu tedy možnosti. Různí poskytovatelé mají ale pro opakované noclehy různá pravidla. Často, jako např. také v Naději o.s., noclehárna doplňuje levnou ubytovnu a klient se vrací na „své“ lůžko opakovaně. Podle odborníka z Armády spásy Brno jejich zařízení odmítají klienty ze zákonných důvodů a taky proto, že klient má evidentně změněné chování pod vlivem nějaké látky. V takovém případě není přijat nebo vpuštěn do zařízení, případně může být i vyhoštěn, záleží na subjektivním posouzení službu konajícího pracovníka. Nepoužívá se dýchání do detekčních trubiček, neboť míra tolerance k návykovým látkám je silně individuální a tudíž takto získané výsledky jsou pro posouzení možnosti užití sociální služby nepoužitelné. V přerovské noclehárně Českého červeného kříže o.s. patří k důvodům odmítání klientů jejich trvalé bydliště mimo město, případně mimo okres. Dále jde o případy, kdy žadatel není v pravém slova smyslu bezdomovec a uvádí jako důvod potřeby ubytování konflikt v rodině či zájem o odstěhování se z rodiny. Odmítání jsou i klienti, s nimiž byly v minulosti špatné zkušenosti (např. pro agresivitu, zejména pod vlivem alkoholu, pro napadání klientů na ubytovně, ničení majetku a pro krádeže). Pro přijímání závislých klientů nezná noclehárna Českého červeného kříže kritérium závislosti, ta se u klientů zpravidla teprve projeví (téměř výhradně jde vždy o alkoholovou závislost), a tato je průběžně řešena. Zařízení je poměrně tolerantní, využívá pravidlo 3x a dost, odebírá alkohol při vstupu na ubytovnu, pokud je viditelně nesen, rozhodně dle sdělení odborníka ale není prováděna např. kontrola tašek. Pobyt je klientům v zařízení umožněn na neomezenou dobu, ukončován je na vlastní žádost klienta nebo z důvodu hrubého porušení provozního řádu. Podmínkou pro ubytování je vedení klienta v seznamu uchazečů o zaměstnání úřadem práce a pobírání alespoň dávek životního minima, což souvisí úzce s úhradou za poskytnutí služby. Odborník sdělil, že je nepraktické v noclehárně každý den ukončovat pobyt klienta, neboť by to způsobovalo velkou administrativní zátěž, zvýšené náklady na praní prádla, ztíženou práci s klientem a zvýšení přenosu infekčních nemocí. V zimním období nebo při plném

obsazení noclehárna Českého červeného kříže otevírá pro klienty na „1 noc“ tzv. „*sed'árnu*“, kde je k dispozici pohovka, stůl a židle pro 10 osob, a v níž je klientům poskytnuta deka a teplý čaj, klienti mohou využít sociální zařízení. „Sed'árna“ je otevřena od večera do 9,00 hod. druhého dne, kdy musí být klienty opuštěna. Klienty do „*sed'árny*“ občas přiváží městská policie a v takovém případě neplatí pravidlo trvalého pobytu klienta z města či okresu. Problémem v zařízení noclehárny je absence návazného bydlení, takže ubytování v noclehárně je pro mnohé klienty trvalé. V azylovém domě Českého červeného kříže o.s. Louny platí, že ten, kdo přijde pod vlivem drog či alkoholu, není do objektu vpuštěn. Důvodem odmítnutí klienta je jeho nevyhovující zdravotní stav (při přijetí klient předkládá vyplněnou žádost a potvrzení od obvodního lékaře, plicního a kožního, že je v pořádku a může pobývat mezi ostatními), dále není přijat ten, který je „pod vlivem“ anebo ten, který nemá na úhradu ani formou sociální dávky. Hlavním důvodem odmítnutí klientů je v současné době plná kapacita azylového domu. Odborník z Městské charity Plzeň byl dotazován k realizaci projektu z komunitního plánu rozšíření kapacit tamní noclehárny pomocí 3 obytných buněk, tedy malých stavebních objektů. Uvedl, že rozšíření kapacit o 12 až 16 lůžek (4 lůžka možných přistýlek) pomocí obytných buněk bylo vyhodnoceno jako rychlé, estetické, investičně nejméně nákladné (cena buněk 900 tis., stavební práce 200 tis., vybavení palandami, skříňkami a mini ledničkami 100 tis.), prakticky bez mzdových nákladů na personál (umístění ve dvoře u stávajícího zařízení neklade žádné nároky na posílení personálu, což umožnila variabilita buněk), stavebně technicky a stavebně správně nejjednodušeji proveditelné. Výhodou se ukázala být kromě levnosti právě variabilita (dodávka buněk s konkrétními parametry, umožňujícími propojení buněk, jejich vybavení sanitárním zařízením - sprchovým koutem, umyvadlem, bojlerem a WC, a rovněž kuchyňským koutem, členění buněk příčkami), útulnost, snadná vnější i vnitřní údržba (omyvatelnost), buňky lze dle potřeby odstranit a umístit jinde. Na stavbu bylo získáno dočasné povolení jejího užívání na 3 roky, které lze dále prodlužovat. Protože noclehárna v Plzni registruje každý rok v zimě až 250 % převis poptávky po ubytování, nebylo uvažováno s motivačním potenciálem buněk, což paradoxně umožnilo zavést v nich výšeprahový výběr klientů (dle odborníka jde o „výběrovou záležitost“, kde budou ubytováni jen klienti s doklady, s pravidelným legálním příjmem, přizpůsobiví řádu v zařízení), i když ubytovací řád bude stejný jako v noclehárně (ubytování pouze přes noc, cena 40,--

Kč/noc, možnost vykonání hygieny, snídaně). V tomto smyslu vlastně i buňky v Plzni budou plnit svoji motivační funkci. Uvažuje se o dalším rozšíření kapacit tzv. „stohováním“ dalších buněk na ty současné. Podle osloveného odborníka je rovněž žádoucí v noclehárně denně ukončovat pobyt, aby byli klienti, tj. osoby bez přístřeší, motivováni ke spolupráci a ke změně životního stylu, k pravidelné hygieně a ke schopnosti soužití s jinými, jakož i ke schopnosti službu hradit, což vše povede k jejich „dosažení“ na celodenní ubytování. Uvedené informace potvrdil i odborník z Magistrátu města Plzně, který sdělil, že projekt noclehárny z buněk má roční zpoždění a nachází se teprve před kolaudací, je povolen jako dočasná stavba, do provozu bude uveden v květnu/červnu 2010. V zadání projektu byla 3 hlavní kritéria: 1. rozšíření kapacity noclehárny z důvodu překračování její stávající kapacity v zimě až o 250 %, a to pomocí jednoduchého stavebně technického řešení, 2. zajištění dostatečných hygienických podmínek, 3. zajištění dostatečného množství personálu. Vhodným a levným řešením byl nákup 3 stavebních buněk a jejich umístění ve dvoře u stávající noclehárny pro dosah tamního personálu.

SHRNUTÍ

využití kapacit nocleháren a azylových domů a důvodů odmítání klientů

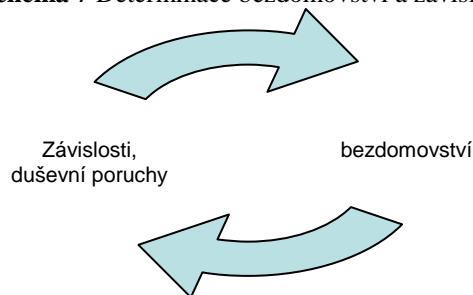
- *Statistické využití kapacit jen cca ze 75 % je hodnoceno odborníky pozitivně, údaje je potřeba vnímat v kontextu se sezónním kolísáním zájmu o služby, kdy v zimních měsících kapacity nepostačují a naopak v letních se zájem o služby výrazně snižuje pro jiné možnosti „bydlení“ cílové skupiny, např. komerčního ubytování v souvislosti s prováděním sezónních prací, a taky v kontextu s tím, že v letním období jsou některé služby uzavřeny pro jejich nedostatečné financování, a i tím, že služby jsou málo cenově přitažlivé pro cílovou skupinu.*
- *Služby noclehárny a azylového domu jsou ze strany jejich poskytovatelů odmítány především ze zákonných důvodů dle § 91 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., a to převážně z důvodu nedostatečné kapacity; dalším důvodem je neuspokojivý zdravotní stav, vyžadující pobyt ve zdravotnickém zařízení, infekční onemocnění. V podstatě na základě zákona jsou odmítáni i klienti, nepatřící do cílového okruhu osob konkrétní služby a osoby agresivní.*

- *Jako další jsou ze strany poskytovatelů uváděny jako důvody odmítnutí (resp. pro vpuštění do zařízení nebo k ukončení služby) tyto příčiny: uživatel je pod vlivem alkoholu či jiné návykové látky a má proto tzv. změněné chování (zde záleží na individuálním posouzení službu konajícího pracovníka, vstup do zařízení může být odmítnut proto i dočasně, tzv. na 2 hodiny); a dále, že s uživatelem byla v posledním půlroce ukončena smlouva pro hrubé porušování smluvních povinností (agresivita, napadání ostatních, ničení majetku, krádeže), nebo i proto (zřejmě již nad rámec zákona), že klient má dluh z předchozího ubytování nebo nemá na úhradu služby ani formou sociální dávky. Častým důvodem odmítnutí klienta je, že vlastní domácí zvíře, ponejvíce psa. Objevuje se i důvod, že uživatel nemá trvalý pobyt v místě, příp. v okrese. Lze vyvodit, že odmítání služeb z uvedených důvodů, které patří k překážkám participace na službách (s. 20-21), se musí nutně promítnout i do procentuálního (ne)využití kapacit, spolu s odmítáním služby ze zákonných důvodů.*
- *Problém bydlení „rough sleepers“ noclehárny neřeší, umožňují jen jejich nouzové přenocování v kapacitách s výraznou převahou tří a vícelůžkových pokojů, i když se mnohdy denně klient vrací na „své“ lůžko, noclehárny neposkytují prakticky žádné soukromí. Klienti se v nich učí hygieně a soužití s jinými.*
- *Některé noclehárny suplují dlouhodobý pobyt v azylových domech, jsou i mírně vstřícnější vůči osobám závislým na alkoholu, mají však specifické požadavky na klienty (podmínka trvalého pobytu v místě, okrese)*
- *V zimních měsících jsou pro nouzové přenocování „rough sleepers“ využívány i prostory denních center, příp. je zřizována tzv. „sedárna“, jako noční obdoba tzv. „ohřívárny pro bezdomovce“ (srov. Průdková – Novotný, 2008).*
- *Motivační potenciál buněk noclehárny v Plzni spočívá v ubytování v nich v podstatě za odměnu pro klienty, kteří si již osvojili základní hygienické návyky a schopnost soužití s jinými v klasických prostorách noclehárny. Projekt byl vyhodnocen jako optimální řešení problému.*

5.2.3.2 Terapeutické komunity jako možná odpověď na psychické handicapy a na alkoholové a nealkoholové závislosti „rough sleepers“

Duševní zdraví je u cílové skupiny horší než u „houseless“, nejčastější jsou deprese, úzkosti a nervové potíže, které jsou taky čtenější než symptomy fyzické (Binesová in Šupková, 2008). Vysoké procento „rough sleepers“ (vyšší než u „houseless“) vykazuje spojení duševního onemocnění s těžkou závislostí na alkoholu (Fitzpatrick - Kemp - Klinker, 2004). Závislosti i jiné duševní poruchy a onemocnění jsou častými doprovodnými příznaky člověka bez domova, bezdomovství tyto mnohdy spouštějí a naopak jsou často taky jeho důsledkem. Zahraniční výzkumy potvrdily, že „závislost v některých případech determinuje bezdomovství a v některých naopak bezdomovství determinuje závislost“ (Šupková, 2008, s. 45).

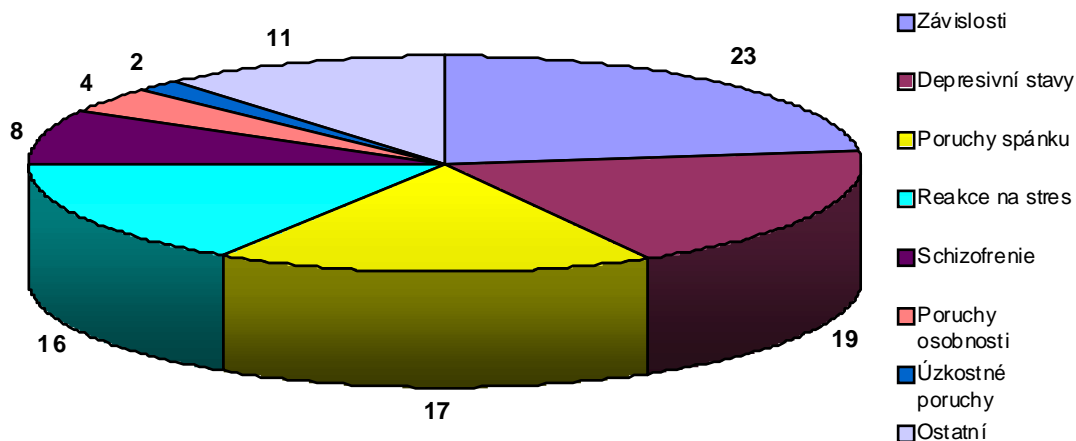
Schéma 7 Determinace bezdomovství a závislosti



Zdroj: Šupková, 2008, vlastní zpracování

Výzkum, provedený v letech 2005-2006 v ordinaci praktického lékaře pro bezdomovce, potvrdil, že psychické poruchy a nemoci, a rovněž závislosti, zpravidla na alkoholu, jsou nejčastějšími zdravotními symptomy u „rough sleepers“ (Šupková, 2008).

Graf 4 Duševní nemoci a poruchy chování dle dat z ordinace praktického lékaře pro bezdomovce v Praze za období od 1.1.2005 do 31.5.2006 v procentech



Zdroj: Šupková, 2007, upraveno

Sociální zařízení, poskytující služby bezdomovcům, nejsou zpravidla vůbec připravena na bezdomovce - toxikomany (Průdková - Novotný, 2008). V České republice bohužel není problematice závislosti na alkoholu a na zneužívání drog a s tím spojeného zdravotního stavu u „*rough sleepers*“ věnována potřebná pozornost za účelem zefektivnění služeb sociální prevence poskytovaných této sociální skupině (srov. Šupková, 2008). Odpovědí na všechny tyto uvedené „neřesti“ u cílové skupiny by mohly být dle názoru autora této práce terapeutické komunity, resp. komunity na jejich způsob, zaměřené cíleně na „*rough sleepers*“, když se tyto zdravotně sociální služby v re/socializaci u jiných závislých a duševně nemocných osob osvědčují. Proto je v dalším textu podrobněji o terapeutických komunitách pojednáno.

Terapeutické komunity jsou převážně intenzivní skupinovou psychoterapií, v níž klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě společných sezení se účastní i pracovní a jiné společné činnosti, dané programem komunity (Kalina a kol., 2008). V terapeutické komunitě se kromě psychoterapie uplatňuje v rámci **resocializace** i pracovní terapie, komunitní režim, edukace, někdy artterapeutické aktivity, sportovní a rekreační činnosti, směřující k cíli resocializace (Halama - Klimas, 2006). Terapeutické komunity lze odlišit v „širším slova smyslu“ jako systém organizace léčebného oddělení a v „užším slova smyslu“ jako metodu psychoterapie (Kratochvíl in Kalina a kol., 2008), typově rozlišujeme demokratické terapeutické komunity pro klienty s poruchami duševního zdraví (neurózy, psychózy, poruchy osobnosti apod.) a hierarchické terapeutické komunity pro drogově závislou klientelu. Oba typy mají společné to, že je v nich udržována neformální a otevřená atmosféra, je místem skupinových setkání v terapeutickém programu, rezidenti se podílejí na udržování a chodu komunity, stávají se aktivními účastníky ve své léčbě a účastní se na rozhodování v komunitě, sdílejí společné hodnoty a myšlenky (Kennard in Kalina a kol., 2008). Odlišnost obou typů terapeutických komunit je pouze v cílové populaci (Kalina a kol., 2008).

Zakladatelé terapeutické komunity Maxwell Jones a jeho kolegové z nemocnice v Belmontu se v 50. letech 20. stol. snažili nahradit dosavadní dominanci zdravotnického personálu v psychiatrických odděleních novým demokratickým systémem (odtud pojem demokratické terapeutické komunity) se spolurozhodováním pacientů (Radimecký, 2006b). M. Jones vymezil 5 hlavních principů terapeutické komunity, k nimž patří vzájemná komunikace mezi pacienty, pacientem a personálem,

spolurozhodování pacientů o chodu komunity, konsenzus v přijímání rozhodnutí, sociální učení v interakci tady a teď (Jones in Kalina a kol., 2008). Pozdější americké svépomocné komunity využívaly skupinu vrstevníků k řešení problémů svých residentů, zpravidla bez účasti profesionálů, kdy závislého jednotlivce vnímaly jako nemocného. Evropské modifikace se posunuly směrem od modelu závislosti jako nemoci k více holistickému pojetí, nazývanému též *bio-psycho-socio-spirituální přístup*. Ten umožnil uplatnit biologicky, psychologicky a sociálně-environmentálně založené intervence, čímž došlo od původně konfrontační léčby v terapeutické komunitě k přístupu více terapeutickému, tj. založenému na dialogu mezi residenty a personálem (Radimecký, 2006b). Východiskem pro uvedený přístup je definice zdraví podle WHO, uvádějící, že „zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ (WHO in Kalina a kol., 2008: 159). V Evropě se terapeutické komunity rozšiřují od 70. let 20. stol., v České republice začaly být budovány po roce 1990. Oficiálního uznání jako legitimní léčebné modality pro uživatele návykových látek se jim dostalo až po schválení zákona č. 379/2005 Sb., o ochraně před škodami působenými alkoholem, tabákovými výrobky a dalšími návykovými látkami (Radimecký, 2006b). V tomto zákoně jsou terapeutické komunity vymezeny jako **služba zdravotní péče**, a to právní kvalifikací, že k typům odborné péče o osoby závislé na tabákových výrobcích, alkoholu nebo jiných návykových látkách, patří podle § 20 odst. 2 písm. h) zákona rezidenční péče v terapeutických komunitách, kterou je *program léčby a resocializace* ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6 až 15 měsíců. V § 68 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou terapeutické komunity vymezeny jako **služba sociální prevence**, poskytující pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života. Kromě stravy a ubytování (za úhradu) nabízejí službu *sociální terapie*, kontakt se společností, pomoc při obstarávání práv, zájmů a osobních záležitostí (blíže příloha 6). Tedy dva zákony vymezují de facto totéž, vždy z pohledu jiné, v terapeutické komunitě uplatňované, metody vědní disciplíny (psychoterapie vs. socioterapie, které působí nutně pospolu a vzájemně podpůrně).

Hierarchické terapeutické komunity umožňují odvykací léčbu v programu residenční léčby pro závislé, využívající skupinu k ovlivňování sociální a psychosociální změny v chování jednotlivce k dalšímu životu bez závislosti. K tomu je nejvíce využíváno

sociální učení ve skupině vrstevníků za pomoci terapeutického týmu (De Leon in Radimecký, 2006b). Terapeutická komunita je malým modelem společenského prostředí, do něhož si klienti s obdobnými problémy promítají otázky svého života. Tzn., že se vzájemně podporují, učí a hodnotí, rozvíjejí sociální a komunikační dovednosti, učí se toleranci a akceptaci jiných názorů, poznávají blíže sami sebe a své reakce v různých situacích. Tím jim terapeutická komunita umožňuje kolektivní nápravu a zkušenost. Členy jsou klienti/rezidenti, terapeuti - lékaři, psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci, sestry, laičtí koterapeuti, ale i návštěvy „zvenčí.“ (Lúčna, 2009). Všichni musí dodržovat stejná morální a etická pravidla, ale ne všichni mají rovná práva a povinnosti. Většinu rozhodovacích pravomocí má komunita (chod zařízení, přestup klientů z fáze do fáze, sankce, uzavírání kontraktů, vyloučení a znovupřijetí do komunity atd.). Klienti mají stejný počet hlasů jako členové týmu a mají tedy značný vliv na život komunity. Tým má omezené pravomoci vůči komunitě, týkající se odborné stránky a výjimek z pravidel. Vedoucí komunity má právo veta vůči rozhodnutím týmu i komunity. Hierarchie se projevuje v postavení členů týmu i v postavení klientů, zařazených do určitých fází programu, kdy každá funkce s sebou nese odlišná práva a povinnosti. Primární je odpovědnost všech, tj. týmu i klientů vůči celému zařízení, čímž se celá skupina stává skutečnou komunitou (Kalina a kol., 2008). K základním rysům komunit pro závislé patří bezdrogové prostředí, organizační autonomie, izolace od vnějšího světa, svépomoc klientů v léčbě a chodu komunity, tým z profesionálů i bývalých klientů/absolventů, důraz na pravidla chování, proces léčby celé osobnosti, etapovité sociální učení i léčba, role, závislost pozic a funkcí klientů na pokroku v léčbě, význam pracovní aktivity, výchovy a vzdělávání v programu (Kalina a kol., 2008: 203). Doba pobytu v komunitě se v každém zařízení liší, klienti/residenti se v terapeutické komunitě aktivně podílejí na zajištění chodu komunity (od úklidu, přes vaření, praní, žehlení, přípravu programu, hlasování o něm apod.), komunity sestávají zpravidla ze skupin do 15 klientů, snahou je, aby prostředí i skupina co nejvíce připomínaly větší „rodinu“, kde si klienti i personál navzájem věří, pomáhají si a vzájemně se podporují, personál je neformálně oblečen, s klienty si zpravidla tyká (pokud s tím klient souhlasí) [Radimecký, 2006b]. Terapeutická komunita jako společenství zajišťuje vysoce pro-sociální prostředí, tj. organizovanost, strukturu a bezpečí, řídí se hodnotami jako je rovnost, čestnost, otevřenost a důvěra, život v ní je psychoterapeuticky ovlivňován a probíhá v neustálém dialogu o hodnotách, pocitech,

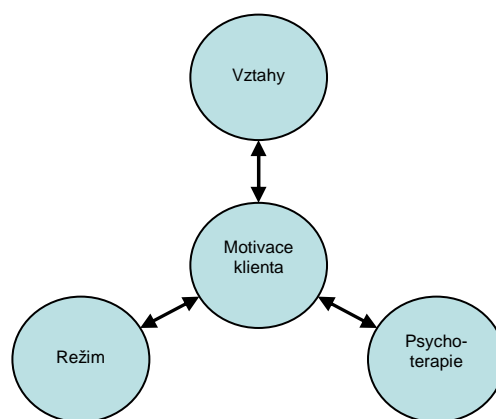
postojích, cílech. Zachovává se individualita a jedinečnost jedince. Léčí komunita a ne terapeut – ten jen usměrňuje a vede. Klient se v komunitě učí vyjadřovat a prožívat svoje kladné i záporné pocity, přebírat odpovědnost za své jednání, prožívat i to, čemu se v minulosti vyhýbal a co odsouval, akceptovat i nepříjemné, konfrontační a frustrující chování a hodnocení ostatních, tolerovat jiné názory. Postupně se ztotožňuje s poznáním, že pro kvalitní život je abstinence nevyhnutelná, není cílem, ale prostředkem k optimálnímu životu, závislost je chronické onemocnění, které se dá léčit a zastavit, a každý má naději na vyléčení, když převezme spoluodpovědnost za léčbu (postoj chci - ne musím, začnu u sebe) [Lúčna, 2009: 25].

Dlouhodobý pobyt umožňuje intenzivní psychoterapeutickou intervenci (práci s klientem). Důležitým faktorem léčby je **motivace**, která v dlouhodobém pobytu kolísá, a proto je nutno ji posilovat (dodáváním naděje od klientů a terapeutů, příkladem starších klientů), tj. jde o neustálé interaktivní ujišťování klienta o rozhodnutí přestat a o víře (přesvědčení) v možnost jeho změny, které je nutno podpořit i z vnějšího prostředí (z rodiny). [Halama - Klimas, 2006]. Motivace se dnes chápe jako výsledek působení mezi klientem, terapeutem a prostředím komunity, jako něco, čeho lze dosáhnout až vzájemnou spoluprací. Nedostatek motivace je interpretován jako přirozená odpověď vůči obavám ze změny závislého chování. Do terapeutické komunity dnes nastupují rovněž klienti rovnou tzv. „z ulice“, tj. bez předchozí léčby v psychiatrické léčebně. Většina nastupuje do léčby spíše pod tlakem nejbližších, tlakem zdravotníků, finančních či jiných problémů, v důsledku konfliktu se zákonem nebo drogovými dealery, než na základě vlastního uvážení rozhodnutí. Pracovníci terapeutických komunit už také akceptovali „odpor“ klientů k léčbě jako její nedílnou součást zpravidla v důsledku přirozené obavy klientů z neznáma, tedy z požadavku zásadně změnit svůj dosavadní životní styl (Radimecký, 2006a: 47). Nápomocnými faktory, směřujícími k resocializaci klientů, jsou podle výzkumu, provedeného mezi nimi v roce 2006, vedle motivace zejména: 1. *psychoterapie* (klienti příznivě hodnotili sdílení podobných zkušeností, brali si kladné vzory od jiných a zjišťovali universálnost závislosti, tedy že „v tom“ nejsou sami, oceňovali informace, vysvětlení a rady terapeutů, považovali si zájmu o svoji osobu, pozitivně hodnotili prostor k vyjádření - „vyplakání se“ - a zpětnou vazbu od ostatních); 2. *režim*, a to jak externí pravidla (zákaz agrese a krádeží, hrozba trestu, budíček, dodržování režimu dne), tak interní (tlak komunity na chování klienta, resp. na zdržení se něčeho, např. vzdání se majetku

souvisejícího se závislostí a jejím stylem, jako CD, oblečení atp., pod hrozbou trestu nebo naopak očekávání odměny). Většina klientů tlak kladně hodnotila, ale část jej i negativně prožívala. Doporučením je proto vyváženost důsledků (dostatečná pozitivní odměna), aby nebyla narušena důvěra v komunitě. Příklad režimových opatření je uveden ve smlouvě o poskytnutí služby terapeutické komunity (příloha 6). 3. *vztahy a komunikace* (významný je vzor, příklad jiného klienta, pozorování a učení se z chyb druhých, přátelství se spolu-klientem, ocenění, pochvala, motivace od klientů, vzájemná pomoc mezi klienty i od personálu) [Halama - Klimas, 2006: 370-371].

Dá se říct, že pozitivní změna u klientů resocializačního zařízení je facilitována³⁷ třemi velkými skupinami faktorů: režimem zařízení, psychoterapií a interpersonálními vztahy. Režim zařízení pomocí příkazů, zákazů, odměn a trestů facilituje motivaci a pomáhá k vytváření nových vzorců chování. Psychoterapie působí jak v kognitivní (náhled, informace), tak v emoční rovině (zážitek podobnosti, katarze). Budování vztahů s jinými klienty a se členy terapeutického týmu přináší sociální podporu, nácvik sociální interakce (Halama - Klimas, 2006).

Schéma 8 Interakce vnitřní motivace klienta v resocializaci se 3 hlavními faktory změny chování



Zdroj: dle Halama-Klimas, 2006, upraveno

Hlavním cílem léčby v terapeutické komunitě má být **zlepšení kvality života** uživatelů návykových látek a ne „pouhá“ abstinence (Nevšímal - Berdychová in Radimecký, 2006a). Abstinence je jen cestou, tj. podmínkou a součástí léčby a

³⁷ Sociální facilitace je pojem pro označení vlivu skupiny na aktuální výkony jednotlivce, popisuje jev, který vede ke zlepšení výkonu jednotlivce za přítomnosti druhých lidí, což platí pouze pro jednoduché, známé a dobře zvládnutelné úkoly – zdroj:

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Soci%C3%A1ln%C3%AD_facilitace>

pro budoucnost nezbytným prostředkem pro **inkluzi** klienta do života společnosti (Kalina a kol., 2008). Doživotní abstinence na rozdíl od minula už tedy není hlavním cílem, jde spíše o zapojení klientů/absolventů do běžného života bez škodlivého užívání těchto látek v míře, která by mohla kvalitu jejich života znovu ohrožovat (Radimecký, 2006a). „České terapeutické komunity se hlásí ke standardům a cílům Evropské federace terapeutických komunit (EFTC), která definuje terapeutickou komunitu jako formu léčby primárně zaměřenou na úzdravu uživatelů drog prostřednictvím jejich osobního růstu“ (EFTC in Radimecký, 2006a: 47). Podle definice Světové federace terapeutických komunit (WFTC) je „hlavním cílem terapeutické komunity podpoření osobního růstu klientů - uživatelů drog“ (WFTC in Radimecký, 2006a: 47) změnou životního stylu a pomocí společenství. Změna závislého chování prostřednictvím osobního růstu ke zlepšení kvality života a k návratu do podmínek života normálního je tedy hlavním cílem terapeutické komunity.

Terapeutických komunit je v současnosti v České republice 16 s kapacitou pouhých 270 lůžek, v tom 11 jednolůžkových a 54 dvoulůžkových pokojů (graf 3, s. 11). V roce 2008 nebylo uspokojeno 94 žadatelů o tuto službu (MPSV, 2009b). Programem léčby a resocializace v terapeutické komunitě procházejí ročně stovky uživatelů drog, z nichž významná část se ke svému předešlému životnímu stylu, spojenému s problémovým užíváním drog, již nevrací (Radimecký, 2006b).

SHRNUTÍ

vhodnosti modelu terapeutické komunity pro resocializaci cílové skupiny

- *Terapeutická komunita je sociální službou i službou zdravotní péče o duševně nemocné a závislé, kteří mají mezi „rough sleepers“ vysoké zastoupení, a pro které jiné pobytové služby sociální prevence nejsou určeny.*
- *Jde o model rodinného prostředí (malé sociální komunity), využívající motivační potenciál malých sociálních skupin, které svou velikostí mohou více čelit sociální fobii cílové skupiny a jejímu odporu k velkým anonymním institucím, prostředí vytváří pevnější sociální sítě mezi klienty navzájem a mezi klienty a odborným personálem.*
- *Klienti se podílejí na samosprávě komunity se stanovenou odpovědností podle možností a schopností jednotlivce, na změně chování se významně podílí společná činnost a vzájemná komunikace uvnitř komunity.*

- *Dlouhodobý pobyt v komunitě umožňuje větší individuální práci s klienty, ať již sociální či zejména psychoterapeutickou, umožňuje i větší motivování klientů ke změně dosavadního chování, přitom léčí zejména sama komunita bez nálepkování (všichni klienti řeší podobný problém). Do zařízení lze nastoupit i přímo tzv. „z ulice“.*
- *Dodržování pevných pravidel a denního režimu, se systémem odměn a trestů, povinné zapojení do všech terapií, pravidelné podílení se na chodu zařízení, činí službu středněprahovou, což je ovšem režimová překážka pro cílovou skupinu, a zde se nastoluje otázka možné inovace přizpůsobením režimu cílové skupině.*
- *Cílem terapeutické komunity je zlepšení kvality života klientů, jejich osobní růst.*
- *Terapeutická komunita je vysoce efektivní, ovšem taky nákladnou službou pro menší počet lidí (Kalina, 2008).*

5.2.3.3 Služby následné péče

Celý proces změny závislého chování se odehrává v několika fázích. Zatímco léčba závislosti (často po detoxifikaci) s posunem ke změně závislého chování je hlavním cílem terapeutické komunity a spadá do 4. fáze celkové změny závislého chování - *akce*, následná péče představuje „poslední“ 5. fázi procesu změny - tzv. *udržování*, a patří sem i intervence k udržení navozených změn v chování klienta. Jde o podporu a udržení abstinence po léčbě, o soubor všech služeb po ukončení základní léčby (ambulantní, nebo pobytové v psychiatrické léčebně či terapeutické komunitě), které pomáhají vytvářet podmínky pro abstinenci absolventa léčby. V širším pojetí spadá do následné péče vše, co následuje již po detoxifikaci (Kalina a kol., 2008).

Dynamický a otevřený proces **resocializace** tedy tvoří často opakovaný cyklus, složený z 5, resp. 6 fází: 1. *prekontemplace* (stádium před uvažovanou změnou závislého chování, závislý si svoji závislost neuvědomuje, návykovou látku si užívá, myslí, že má vše pod kontrolou, problém si racionalizuje); 2. *kontemplace* (období nerozhodnosti, uvažování o změně na základě výskytu problémů, souvisejících s návykovou látkou); 3. *rozhodnutí* (stádium odhodlání, kdy na základě zhoršení situace klienta tento vnímá ztráty z užívání návykové látky jako větší než „užitky“); 4. *akce* (konkrétní krok ke změně, např. nástup do navržené/doporučené léčby, snaha o laickou abstinenci); 5. *udržování* (snaha změnu udržet a fixovat i při návratu do prostředí

běžného života klienta) [Prochaska - Di Clemente in Radimecký, 2006a: 48, Kalina a kol., 2008: 123-124, Kalina, 2008: 130]. Z výzkumů bylo zjištěno, že 70 - 80 % alkoholiků, kuřáků a narkomanů během 1 roku po léčbě zrelapsovalo (Hunt - Barnett - Branch in Radimecký, 2006), 84 % relapsovaných se vrátilo do fáze kontemplanace s rozhodnutím začít znovu a se závislostí skončit; 6. relaps jako selhání a vzetí návykové látky, je dnes brán jako krok k cíli, posun k uzdravení (např. kuřák bez odborné pomoci zrelapsuje průměrně 3x než se zbaví závislosti (Prochaska - Di Clemente in Radimecký, 2006a), narkoman 7x (Rotgers a kol., in Radimecký, 2006a). Z fáze relapsu nemusí klient nutně projít celým cyklem, ale může vejít rovnou (zkratkou) do fáze 3. rozhodnutí či 4. akce (Radimecký, 2006a: 49).

Schéma 9 Fáze cyklického modelu změny závislého chování



Zdroj: Prochaska - Di Clemente in Radimecký, 2006a: 52

Zákon č. 379/2005 Sb., o ochraně před škodami působenými alkoholem, tabákovými výrobky a dalšími návykovými látkami, v § 20 odst. 2 písm. i) uvádí, že typem odborné péče o osoby závislé na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách jsou programy následné péče, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení; obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence. V § 68 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou služby následné péče vymezeny jako ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují (blíže příloha č. 4).

V následné péči nejde jen o udržení abstinence, ale i o sociální rehabilitaci klienta a jeho integraci do podmínek normálního života (Kalina a kol., 2008). „*Cílem sociální rehabilitace je (re)integrace závislého do společnosti pomocí (znovu) nabytých sociálních a profesních dovedností a podpůrného sociálního prostředí a vztahů*“ (Dvořák in Kalina a kol., 2008, s. 216). Abstinence tedy „ustupuje do pozadí“, uvědomíme-li si, že valná část klientů se vrací do běžného života s dluhy a se zápisem v trestním rejstříku, což je činí stěží zaměstnavatelnými, jakož i s dalšími překážkami pro sociální začlenění. V následné péči jde o *uplatňování podpůrné psychoterapie* (nejen podpora abstinence, ale i vyřešení problémů běžného života, které vedly u klienta k závislosti), o *prevenci relapsu* (je klíčová v následné péči, jde o zvýšení sebekontroly klienta ke zvládnutí rizikových situací a k odolání cravingu, tj. bažení po návykové látce), o pomoc při *hledání práce* (či rekvalifikace, resp. chráněného pracovního místa), o možnost *získání chráněného bydlení* (resp. domu na půli cesty, což je často klíčovým motivem vstupu klienta do programu následné péče), o *lékařskou péči* (pro vyléčení průvodních symptomů drogové kariéry), o *práci s rodinnými příslušníky* (rodinná terapie je důležitá pro překonání pocitu selhání rodičů či naopak jejich nedůvěry, pro překonání případných rodinných problémů, které byly příčinou vzniku závislosti u klienta a mohly by vést k relapsu), o nabídku volnočasových aktivit (k integraci do běžného života). [Kalina a kol., 2008: 217 a násl.]

V České republice je v současnosti 23 zařízení služeb následné péče s kapacitou 62 lůžek, v tom 6 jednolůžkových a 13 dvoulůžkových pokojů; v roce 2008 nebylo uspokojeno 53 žadatelů (MPSV, 2009b).

Služby následné péče nebudou pro výše uvedené tedy zpravidla využitelné cílovou skupinou, neboť předcházelo-li pobytu v nich využití jiné resocializační služby, do níž klient vstoupil, nelze již hovořit o „*rough sleepers*“.

SHRNUTÍ

poznatků o vhodnosti služeb následné péče pro bydlení cílové skupiny

- služby následné péče se uplatňují u klientů, kteří již prošli základní léčbou závislosti a netýkají se tedy bezprostředně cílové skupiny, jde o další - 5. fázi resocializace s cílem konečné inkluze a vzápětí integrace jedince do společnosti, mj. i pomocí získat a poskytnutím podporovaného bydlení a zaměstnání.

5.3 Velká Británie proti bezdomovství

5.3.1 Strategie Velké Británie v boji se zjevným bezdomovstvím

Velká Británie naplňuje již několik desetiletí své účinné a postupné strategie, orientované na řešení a předcházení bezdomovství. Proto i výskyt „*rough sleepers*“ je zde dlouhodobě vykazován v nižších počtech, než v ostatních evropských zemích. Na rozdíl od strategií dřívějších, zaměřených spíše na pomoc lidem, kteří se stali bezdomovci „neúmyslně“ se souběžně s jejich naplňováním Velká Británie zaměřuje v posledních 12 letech strategicky právě i na cílovou skupinu této práce a postupně se jí daří stále snižovat počty „*rough sleepers*“ z 1850 v roce 1998 na 464 v září 2009, tj. o 75 %, díky společnému úsilí vlády, místních úřadů a neziskového sektoru. Ve své současné strategii *No one left out – Communities ending rough sleeping* z listopadu 2008 usiluje Velká Británie o úplné vyřešení problému do roku 2012.³⁸

5.3.2 Legislativa Velké Británie v boji s bezdomovstvím

Jako jediný stát Evropské unie má Velká Británie již od roku 1977 zákonem (tzv. „**Housing Act 1977**“) upravenu povinnost místních orgánů zabezpečovat dlouhodobé ubytování definovaných skupin bezdomovců, které rozdělil taky na jednotlivce a rodiny bez domova. Právě toto rozdělení bezdomovců je považováno za významný dopad uvedeného zákona a ve výzkumech i praxi přetrvává dodnes (Fitzpatrick - Kemp - Klinker, 2004). Působnost v oblasti snižování bezdomovství zároveň převedl ze správy sociálního zabezpečení na resort bydlení. Tato právní úprava byla upřesněna v roce 1996 novelou („**Housing Act 1996**“), upravující mj. definici bezdomovství, rozdělení a posuzování žadatelů o bydlení, poskytování poradenských a ubytovacích služeb, způsobilost pro podporu ubytováním (pro prioritní potřebu jsou způsobilé těhotné ženy, ženy s dětmi, staré, nemocné, duševně a tělesně postižené osoby, osoby postižené mimořádnou událostí jako je povodeň, požár apod., bez ohledu na to, staly-li se bezdomovci „úmyslně“ nebo „neúmyslně“). Tzv. „úmyslným“ bezdomovcům bez prioritní potřeby má být poskytováno poradenství a pomoc, a jsou-li k dispozici kapacity, rovněž ubytování. To je v praxi místních orgánů zajišťováno v B&B

³⁸ Communities and Local Government: *Housing: Rough Sleeping*. [online], dostupné z [www: <http://www.communities.gov.uk/housing/homelessness/roughsleeping>](http://www.communities.gov.uk/housing/homelessness/roughsleeping) [2010-04-15]

noclehárnách a hostelích (viz. kap. 5.3.3) [Fitzpatrick - Kemp - Klinker]. „Housing Act 1996“ byl dále změněn zákonem o bezdomovství z roku 2002 („**Homelessness Act 2002**“), který stanovil povinné strategické plánování boje proti bezdomovství na lokálních úrovních.

K dotazu, zda se v České republice nepřipravuje podobná právní úprava bezdomovství se stanovenou povinností místních bytových orgánů řešit bydlení „svých“ bezdomovců, sdělil odborník z Ministerstva práce a sociálních věcí, že existují nějaké poslanecké záměry na vytvoření zákona o bezdomovectví, avšak konkrétní návrhy zatím předloženy nebyly. Iniciativu přitom vyvíjelo zejména Hlavní město Praha, kde je tendence bezdomovce vytlačovat a zákonem o bezdomovectví by určitým osobám „zakázala“ pobyt v hlavním městě s odkazem na „domovskou obec“. Z prvotního záměru ale bylo upuštěno a hledá se „jiná forma řešení“, protože podle určitých interpretací by realizací záměru mohlo dojít ke kriminalizaci osob bez domova, tedy „kriminalizaci chudoby“. Informaci potvrdil i odborník z Armády spásy České republiky o. s., který přímo upozornil, že je potřeba tlumit podobné požadavky, které by vedly k domovskému zákonu s možností vytlačet bezdomovce do domovských obcí.

5.3.3 Motivace „rough sleepers“ ubytovacími podmínkami k využití služeb a nocleháren a hostelů ve Velké Británii

Bezdomovcům jsou ve Velké Británii určeny obdobné primární pobytové služby jako v České republice, a to noční **noclehárny** a obdoba tuzemských azylových domů, tzv. **hostely**. Pokud se jedná o **noční noclehárny** (Bed&Breakfast hotels, zkráceně B&B), mají obecně nízký standard k nouzovému přenocování a některé jsou v provozu jen v zimním období. „*V posledních letech byly zřízeny nouzové noclehárny s volnějším domovním režimem tak, aby mohly uspokojovat potřeby lidí, kteří spí na ulici již dlouhou dobu a nebyli by schopni přizpůsobit se pravidlům, která jsou v hostelech zejména pro ty, kteří pijí nebo mají nějaké domácí zvíře*“ (Fitzpatrick - Kemp - Klinker, 2004, s. 66). Páteří nouzového ubytování bezdomovců jsou ve Velké Británii **hostely**, které složením kapacit, režimem a zaměřením na specifické podskupiny bezdomovců tyto více motivují k využití poskytovaných služeb, než české azylové domy, tedy jsou vstřícnější vůči cílové skupině této práce. V lednu roku 2006 (aktuálnější údaje nejsou autorovi dostupné, avšak i ty následující údaje z roku 2006 zcela postačují k přiblížení britského motivačního řešení) bylo ve Velké Británii 349 hostelů, z toho 37 pouze

s denním provozem. Zbylých 312 hostelů mělo celkovou kapacitu 10927 lůžek. Hostely se svou kapacitní velikostí vzájemně velmi liší (5. tabulka v příloze č. 2). Více než třetinu (119 hostelů) prezentovaly požadované malé projekty do 20 lůžek, polovinu celkové lůžkové kapacity hostelů tvořily padesáti a vícelůžkové hostely. Bez ohledu na to se počty žádaných jednolůžkových pokojů v hostelech stále zvyšují, veškeré či část ubytování v nich poskytovalo 270 hostelů, což je 87 % jejich počtu. Jednolůžkových pokojů bylo v britských hostelích 8914, což činilo téměř 82 % celkové lůžkové kapacity hostelů, 50 hostelů nabízelo ubytování ve dvou až šestilůžkových pokojích, jen ve 13 hostelech byly stále i více než šestilůžkové pokoje. Britské hostely charakterizuje větší orientace na specifické podskupiny bezdomovců a jejich potřeby, jako jsou mladí lidé ve věku 16-30 let (45 hostelů), lidé černé pleti a příslušníci etnických skupin (14 hostelů), gayové (2 hostely), lesbické ženy (3 hostely). Ubytování párů ve stejném pokoji umožňuje 37 hostelů, což je 12 %. (Ressource Information Service, 2006). Úspěšnou britskou motivací je i zavádění volnějšího režimu pro „*rough sleepers*“, zvláště pro ty, co pijí či chovají zvíře. „*Určitý posun za poslední roky byl dosažen u ubytování bezdomovců s problémy s alkoholem, a to skrze odlišení „mokrých“ a „suchých“ hostelů a denních center*“ (Fitzpatrick - Kemp - Klinker, 2004: 52). Narůstá počet hostelů se specializovanou pomocí, např. na narkomany se zaměřilo 51 hostelů (16 %), na alkoholiky 45 hostelů (14 %), na duševně nemocné 37 hostelů (12 %), na chovatele zvířat, zvláště psů, 37 hostelů (12 %), na tělesně handicapované 131 hostelů (42 %) s bezbariérovým přístupem. Již 147 hostelů (47 %) hostelů ve Velké Británii rozvolnilo pravidla a umožňuje 24 hodinový (nepřetržitý přístup) vlastním klíčem od vstupu či pomocí technického zařízení (domovní telefon), většina hostelů zde povoluje návštěvy, i když mnohé stanovují návštěvní čas, 192 hostelů (62 %) neumožňuje návštěvám přenocovat, 72 hostelů (23 %) návštěvy neumožňuje vůbec (Ressource Information Service, 2006).

SHRNUTÍ

zkušeností z Velké Británie

- *Velká Británie vykazuje statisticky nízké počty výskytu „rough sleepers“ díky cíleným dlouholetým strategiím a regulativním opatřením, v současnosti uplatňuje strategii úplného vyřešení problému do roku 2012*

- *Je zde využíván **motivační potenciál skladby kapacit a režimu hostelů**, spočívající v tom, že část hostelů tvoří malé projekty, odstraňující fobii z velkých zařízení, 4/5 hostelů nabízejí žádané soukromí v jednolůžkových pokojích a kapacity tvoří naprostou většinou přímo jednolůžkové pokoje, zhruba desetina hostelů umožňuje ubytování partnerů. Téměř polovina hostelů umožňuje nepřetržitý 24 hodinový přístup a jsou i hostely umožňující přenocování návštěv. Významná je motivační specializace hostelů na různé podskupiny bezdomovců. Tzv. „mokrý“ hostely umožňují pobyt osob závislých na alkoholu. Jsou zde hostely pro narkomany, pro duševně nemocné, pro chovatele psů. Hostely jsou přizpůsobeny i pro osoby tělesně handicapované.*
- *Uvedená široká motivace bezdomovců k využívání služeb hostelů ze strany poskytovatelů těchto služeb nesporně významně přispěla k tomu, že se ve Velké Británii počet „rough sleepers“ snížil na několik set a stále se dál snižuje.*

5.4 Dánské neobvyklé bydlení pro neobvyklé životní styly

Rovněž v Dánsku jsou osou pobytových služeb sociální prevence **útulky** a **chráněné noclehárny**. Vysoké daňové příjmy státu, vysoká životní úroveň, relativně nízká nezaměstnanost a místní mentalita tolerance k odlišným životním stylům zde umožnily taky testování nových sociálních experimentů (Kunstová, 2006). Potřebě „rough sleepers“ tzv. „kempovat“ čelí Dánsko od roku 1990 vládní strategií vytváření rozmanitých řešení, umožňujících každému si najít vlastní, i když jednodušší, bydlení (FEANTSA, Prevention Strategies), a od roku 2000 konečně i praxí **neobvyklého bydlení pro neobvyklé životní styly**, určeného cílové skupině, obzvláště psychicky nemocným, alkoholikům a narkomanům, chovatelům zvířete, nesnášenlivým lidem. Jde o malé projekty (do 20 bytů/projekt) k účinnému a aktivnímu překonávání překážek participace „rough sleepers“ (viz. s. 20-21) na pobytových sociálních službách, v nichž je poskytnuto vlastní soukromí (srov. „sociální doména“ s. 15) na základě nájemní smlouvy (srov. „právní doména“ s. 15), a kde vždy nemusí být striktně dodrženy všechny hygienické a bezpečnostní normy pro trvalé bydlení (tj. může jít o *nevyhovující bydlení* viz. s. 17, srov. „fyzická doména“ s. 14). Projekty jsou tvořeny skupinami chat, karavanů, obytných buněk, ale může jít i o prázdná kasárna, kde bezdomovci žijí

v komunitě s volnými pravidly, s podmínkou pouhého udržování pořádku v obydlí a jeho okolí a s podmínkou účasti i na „vylepšování“ bydlení v komunitě, což má význam pro vytváření silných vzájemných sociálních sítí a pro vytvoření podmínek k postupné a beznátlakové resocializaci. Díky nájemnímu vztahu zde nehrozí ztráta tohoto „domova“ při pokračování v závislostech, což posiluje sebeúctu. Cílem projektů je okamžité zvýšení **kvality života** a posléze pozvolná beznátlaková sociální práce k další **inkluzi** (FEANTSA, 2005). Nespornými efekty tohoto řešení je přístup k „vlastnímu“ prvnímu hygienickému a bezpečnému bydlení a ke zdravotní péči, a umožnění další pozvolné **resocializace** „*rough sleepers*“, ale také jejich organizování k prosazování vlastních zájmů vytvářením vztahů mezi nimi navzájem a mezi nimi a sociálními pracovníky (znovuvybudování sociálních sítí), a dále nepochybně zkvalitnění terénní sociální práce terénních sociálních pracovníků. V roce 2005 byla dánská praxe neobvyklého bydlení pro neobvyklé životní styly vybrána organizací FEANTSA jako příklad dobré praxe při začleňování cílové skupiny této práce. Myšlenka **identifikace bezdomovců se „svým obydlím“** jako cesty k jejich inkluzi je podporována *Národní radou marginalizovaných lidí* jako konzultačním orgánem dánské vlády, složeným i z bezdomovců, jediným orgánem svého druhu v Evropě (FEANTSA, 2005).

SHRNUTÍ

motivačního významu dánského řešení

- *Poskytuje soukromí ve „vlastním“ bydlení „rough sleepers“ v komunitách z žádaných drobných staveb.*
- *Uspokojuje potřeby nižší úrovně (kap. 4.4), umožňuje přístup k základní hygieně a zdravotní péči, cílem je okamžité zlepšení kvality života cílové skupiny.*
- *Je určeno zejména duševně nemocným, závislým, nesnášenlivým osobám, chovatelům zvířete.*
- *Pravidla v komunitě jsou volná (povinnost udržovat pořádek v obydlí a jeho okolí, vylepšování podmínek bydlení v komunitě umožňuje vytváření silných sociálních sítí.*
- *Dlouhodobý pobyt umožňuje pozvolnou beznátlakovou resocializaci, je „nízkoprahovou“ alternativou k terapeutické komunitě.*
- *Zkušenosti z tohoto prvního bydlení, kde nemusí být dodržena fyzická doména obydlí (jde o tzv. „nevyhovující“ bydlení – s. 17), umožňují následný postup na dráze bydlení.*

5.5 Slovenský kemp pro bezdomovce

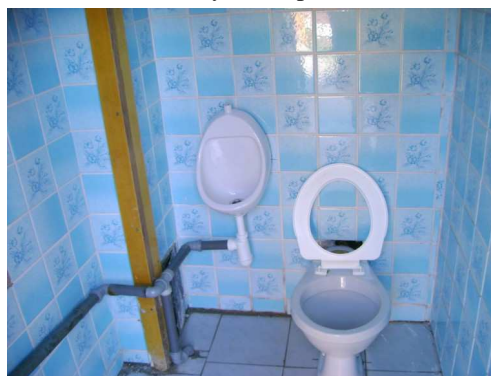
Tzv. „Verejný kemp pre bezdomovcov“ založil v roce 2002 na vlastním pozemku pan Daniel Dižkanec, člen Občianskeho združenia Proces 3, jemuž pozemek pronajal, a které se zabývá pomocí bezdomovcům a vydáváním časopisu o lidech bez domova s názvem Priestor pre život. Kemp v Priekope u Martina je tvořen v současné době již 10 (z toho 9 pro bezdomovce) dřevěnými, nepodsklepenými a zateplenými chatkami, vybavenými ústředním topením a elektřinou. Současná kapacita kempu je 28 lůžek, ovšem k 25. 2. 2010 jej obývalo 47 lidí bez domova včetně 9 dětí. K výbavě kempu nyní náleží dvě společné koupelny se sprchami a toalety, v kempu je zavedena pitná voda ohřívána bojlerem a slunečními kolektory, kemp je připojen na kanalizaci, má vlastní kotelnu a pekárnu chleba. Počáteční problémy, spojené s legalizací kempu (kemp byl budován bez stavebního povolení a hrozilo mu i zrušení), byly výjimkou stavebního úřadu vyřešeny v roce 2006, kdy byly odstraněny stavební nedostatky a odkdy je povoleno dočasné pětileté užívání kempu. V témže roce obdržel kemp i grant, z něhož bylo financováno zateplení chatek, výměna oken, výstavba oplocení, ústředního topení, kuchyňky, sprchy aj. V kempu nachází ubytování bezdomovci, kteří z různých důvodů nevyužívají pobytové sociální služby, zejména osoby s psychickými problémy vč. bývalých klientů psychiatrických léčeben, osoby závislé na alkoholu, osoby apatické bez pracovních návyků, osoby osamělé, důchodci, i rodiny s dětmi. Spolu tvoří rodinnou komunitu, která dle správce kempu těmto lidem vyhovuje hlavně soukromím v chatkách oproti anonymnímu ubytování ve velkých budovách a rodinnou atmosférou, kdy se všichni společně zapojují do vytváření hodnot. Kemp vybudovali svépomocně v něm průběžně ubytovaní a žijící bezdomovci, a to s výpomocí nezaměstnaných, které

Obrázek 1 Uvnitř kempu



Zdroj: Priestor pre život č. 3/2009: 3

Obrázek 2 Toalety v kempu



Zdroj: Priestor pre život č. 4/2008: 3

poskytl úřad práce.³⁹ „Dalo by sa povedať, že kemp postavili nezamestnaní ešte väčším chudákom, ako sú oni. Myslím, že aj to malo svoj zmysel, a zároveň si trénovali rôzne remeselné zručnosti“ (Diškanec, Priestor pre život 1/2007: 2). Bezdomovci ubytovaní v kempu spoločne udržiavajú priestranstvá kempu, budujú chodníky a cesty, ploty, staví ubytovacie chatky a rôzna drevěná hospodárska stavení (seníky, drevěníky, různé přístřešky pro zvířata a zemědělskou techniku), udržiavajú a opravujú zemědělskou techniku (traktor, sekačku, hrabačku, motorové pily, nákladní vozidlo, valník), obhospodařují 5 ha pozemků, chovají domácí zvířata (krávy, koně, kozy, drůbež, králíky, slepice, psy), pěstují zeleninu, sváží dřevě na otop z okolních lesů a chystají ho na zimu, vyrábějí kvašené zelí, pečou chléb, kolportují vlastní časopis, čímž vším se mění jejich vztah k hodnotám, kterých si pak více váží. Zemědělská technika a spousta dalších věcí byla pořízena právě z výtěžku časopisu Priestor pre život, který je v kempu vydáván v nákladu 20 000 výtisků v ceně 0,33 € (10 Sk), a který mj. pravidelně informuje i o životě a činnosti obyvatel v kempu, což je dokumentováno množstvím fotografií. Život v kempu se řídí pravidly (příloha 5), v nichž je stanovena povinnost odpracovat podle svých schopností pro komunitu 32 hodin měsíčně, dále zákaz alkoholu a drog, zákaz lhaní, krádeží a pomluv, zákaz zneužívání jiných ve svůj prospěch, úhrada nákladů spojených s ubytováním, při porušení pravidel je uplatňována zásada 3x a dost. Obyvatelé kempu udržiavajú styk s veřejností i různými společenskými akcemi, např. uspořádáním setkání v kempu s jeho sympatizanty a ochotnického divadla v kulturním zařízení obce.⁴⁰ Veřejný kemp pro bezdomovce v Priekope u Martina umožnil návrat do života od svého založení v roce 2002 do listopadu 2008 již šesti stům

Obrázek 3: Veřejný kemp pro bezdomovce Priekopa u Martina



Zdroj: Priestor pre život č. 1/2010:8

³⁹ <<http://www.priestorprezivot.sk/>>

⁴⁰ dtto

bezdomovců (Direrová, 2008). Mnozí bezdomovci odešli z kempu bydlet k přítelkyním, do podnájmu nebo si našli práci (Priestor pre život č. 2/2003: 8).

Vedoucí pracovník kempu pro bezdomovce přiblížil autorovi okolnosti existence a provozu kempu i nad rámec výše uvedených informací, zveřejněných na webových stránkách kempu. Provozovatelem je občanské sdružení „OZ Proces 3“ o třech členech, z nichž 2 patří k vedení kempu. Sdružení je evidováno u MV SR jako vydavatel periodického tisku, má oprávnění k provozování ubytovny a farmy. Pozemek, na kterém kemp stojí, má sdružení pronajatý za symbolickou cenu 1 Sk na 99 let od svého člena - vedoucího pracovníka a správce kempu, a veškeré vybavení kempu, hlavně chatky, drobné stavby, auta a zemědělské stroje a nářadí jsou ve vlastnictví sdružení. Výstavba kempu byla financována téměř zcela z prodeje periodika Priestor pre život, vydávaného v kempu občanským sdružením, a další provoz je dle slov vedoucího pracovníka kempu již poměrně levný. Příspěvek klientů je 24 €/měsíc, což náklady sdružení na elektřinu, vodné a stočné a odvoz komunálního odpadu sice nepokryje, ale zaběhnutý prodej periodika umožňuje dotovat chybějících 30 % průběžných provozních nákladů. Dřevo na otop je zajišťováno svépomocí na základě dohod s vlastníky okolních lesů, jimž klienti kempu zdarma čistí méně přístupné části lesa od kletí a polomů. Provozní náklady jsou snižovány i chovem hospodářských zvířat a pěstováním zeleniny, vlastním obhospodařováním 5 ha půdy, zejména luk. Zkušenosti ukázaly, že provoz kempu po jeho vybudování nepotřebuje ani státní dotace. Klienty kempu jsou především duševně nemocní, jsou zde ubytováni i alkoholově závislí a občas výjimečně i drogově závislí bezdomovci. Často je, spíše nechtěně, poskytována dočasná pomoc i osamělým lidem, důchodcům, i celým rodinám. V kempu se za dobu jeho existence vyměnilo téměř 700 klientů. Levné ubytování a podmínky kempu jsou důvodem vysokého převisu poptávky ze strany bezdomovců. Komunita kempu poskytuje rodinnou atmosféru, což určité skupině lidí velmi vyhovuje. Oproti anonymní ubytovně umožňuje totiž rodinná atmosféra pod praktickým vedením i vytváření nových hodnot, a tedy bezdomovci zde prokazují, že dovedou být i užiteční. Na adresu alkoholově závislých vedoucí pracovník kempu uvedl, že podle jeho zkušeností jsou často pracovně aktivnější než někteří ubytovaní leniví abstinenti. Prakticky jedinou motivací k práci je osobní příklad vedení kempu a ostatních členů komunity. Kapacita kempu je v současné době 28 lůžek v 9 chatkách, které jsou velmi malé, ale kemp ve skutečnosti k 25. 2.

2010 obývá 47 klientů, včetně 9 dětí. V kempu jsou proto pro nedostatek místa velmi skromné podmínky, veškeré místo v chatkách je zcela využito pro bydlení. Chatky jsou uzamykatelné a každý ubytovaný má svůj vlastní klíč. Od některých chatek se společným zařízením má klíč i správce kempu, který respektuje soukromí ubytovaných. Kemp je vybaven vanou, třemi sprchovacími kouty a pěti splachovacími záchody s odvodem do městské kanalizace, společnou kuchyňkou na umývání nádobí. Vaří a pere si každý sám, o svátcích a při společných akcích a brigádách (sběr a svoz dřeva, senoseč) je organizována společná příprava jídla. V kempu není zaměstnán žádný odborný personál, sociální a zdravotnickou pomoc si klienti zajišťují individuálně. Absence odborného personálu byla důvodem nezařazení kempu do registru sociálních služeb. Ubytovaní v kempu je věcí ústní dohody v případě uvolněné kapacity, s klienty není sepsána žádná smlouva. Písemná pravidla ubytování (příloha 5) slouží jen jako přibližný kodex chování a jsou uplatňována velmi neformálně a volně, vedoucí kempu (správce) požívá přirozené a morální autority, jeho rozhodnutí jsou v praxi bezproblémově respektována, je rozhodčím případných konfliktů, umravňuje i případné agresivní chování některých obyvatel, ke každému klientovi volí individuální přístup podle jeho osobnostní charakteristiky, schopností a možností jednotlivce. Místní obyvatelé Priekopy jsou k obyvatelům kempu poměrně tolerantní, vzájemné vztahy s nimi jsou v současnosti neutrální oproti projevům nespokojenosti některých lidí v počátcích výstavby kempu. Samozřejmě někteří lidé se verbálně proti kempu zasazují i v současnosti, i když dle vedoucího pracovníka kempu nemají k tomu důvod, neboť za celou dobu existence kempu nedošlo k žádné události, která by odůvodňovala negativní zkušenost s jeho obyvateli, na druhé straně jsou i lidé, kteří činnost kempu podporují minimálně verbálně. Největší problém, s nímž se kemp potýká, je otázka vlastní existence kempu, tj. prodloužení dočasného povolení jeho užívání, které je uděleno jen do 31. 3. 2011.

SHRNUTÍ

motivační přitažlivosti slovenského kempu pro bezdomovce

- *Priekopský kemp je určen mj. taky pro cílovou skupinu této práce a umožňuje dočasné ubytování ve „vlastním“ bydlení v malé chatce, tedy žádané soukromí.*
- *Stanovená pravidla pro ubytování jsou velmi volná a jsou tudíž akceptovatelná včetně pracovní povinnosti, ke každému klientovi je individuálně přistupováno.*

- *V kempu jsou zabezpečeny všechny potřeby nižší úrovně (kap. 4.4) a přístup k základní hygieně, prohlubují se sociální a estetické dovednosti, zvyšuje se kvalita života.*
- *Zařízení je malou komunitou s rodinnou atmosférou, přijatelnou pro cílovou skupinu a vytvářející mezi nimi sociální síť, využívá tedy plně motivační potenciál malých sociálních skupin.*
- *Kolportováním zde vydávaného periodika dává kemp možnost členům cílové skupiny si přivydělat, společnou komunitní práci na výstavbě a vylepšování kempu, jakož i pracemi v lese a v hospodářství a zemědělství se zde formují pracovní návyky bezdomovců a jejich vztah k hodnotám.*
- *V zařízení je umožněn chov zvířat včetně psů.*
- *Jde o tzv. „nevyhovující“ bydlení (s. 17), o určitou „nízkoprahovou“ alternativu k terapeutické komunitě.*
- *Kempem prošlo již téměř 700 bezdomovců, pro mnohé, kteří nechtěli využít běžné pobytové sociální služby, byl novým počátkem na vzestupné dráze bydlení.*
- *Zásadním nedostatkem je zde absence přístupu sociálních pracovníků a zdravotnického personálu, nezařazení kempu do registru sociálních služeb.*
- *Efektivním se jeví způsob financování zařízení, bez zajímavosti není ani to, že průběžná výstavba kempu dala práci i nezaměstnaným z úřadu práce.*

6 Motivační potenciál pobytových služeb sociální prevence v mínění odborníků, jejich návrhy a hodnocení nalezených inovačních variant

S využitím inspirace ze zahraničí (kap. 5.3 až 5.5) a ze stromu problémů (str. 21) lze pomocí negace hlavních příčin nízké participace „*rough sleepers*“ na pobytových službách sociální prevence najít některá možná motivační řešení problému, spočívající zejména ve změně ubytovacích podmínek. Může jít skutečně jak o úpravu (inovaci) stávajících služeb, tak o vytvoření služeb nových, význam přitom má i zkvalitnění terénní sociální práce. Konkrétně by tedy mohlo jít o:

1. obrat skladby lůžkových kapacit azylových domů u nás k většímu zastoupení žádaných jedno a dvoulůžkových pokojů dle britského vzoru
2. rozvolnění pravidel ubytování v azylových domech rovněž dle britského vzoru
3. rozšíření kapacit terapeutických komunit (a snad i služeb následné péče) o jejich nízkoprahovou alternativu, vstřícnou cílové skupině
4. zřízení zdravotně sociálních zařízení (rekonvalescenčních center) pro bezdomovce
5. vytvoření alternativních projektů ubytování/bydlení pro cílovou skupinu
6. zefektivnění terénní sociální práce (streetworku) vyšší motivací cílové skupiny

Vhodnost některých těchto řešení podporují i výše pojednané teorie a koncepty (kap. 4).

K bodu 1.: Přeměna kapacit azylových domů by zřejmě nutně musela proběhnout za chodu zařízení. Lze předpokládat, že by motivačně zaujala všechny bezdomovce, ale přilákala by jen určité % „*rough sleepers*“ do volných míst, a to s důsledkem, že by si nejspíše polepšili bezdomovci již ubytovaní (získali by jedno a dvoulůžkové pokoje), tedy celková kapacita by se nezvýšila a je možné, že by ji bylo potřebné rozšířit o další místa i pro cílovou skupinu.

K bodu 2.: Rozvolnění řádů a přizpůsobení azylových domů jednotlivým podskupinám bezdomovců podle vzoru hostelů Velké Británie (kap. 5.4) by mohlo zvýšit motivaci a možnosti ubytování, umožnilo by zejména osobám se závislostmi a psychickými handicapami setrvat v ubytování. Zaměření na tyto různé podskupiny bezdomovců by zřejmě nutně vedlo k migraci bezdomovců mezi azylovými domy, a to nejen jich, ale i taky odborného personálu. Lze předpokládat, že by mezi azylovými domy vznikla určitá

rivalita při výběru svého zaměření. Kapacity by pojaly zřejmě opět jen určité % „*rough sleepers*“ do volných míst a bylo by potřebné zřejmě i zde jejich rozšíření. Část „*rough sleepers*“ by si jistě zvolila „svobodu na ulici“ z odporu k větším institucionálním zařízením.

K bodu 3.: Zvýšení kapacity terapeutických komunit o jejich nízkoprahovou alternativu by mohlo umožnit pobyt a snad i úzdravu závislých a psychicky nemocných „*rough sleepers*“ bezdomovců. Současné terapeutické komunity, vhodně malé okolo 15 lůžek, s převahou dvoulůžkových pokojů (MPSV, 2009b), jsou minimálně středněprahovými službami, tj. dle literatury využívané výjimečně i bezdomovci, ale nevhodné svým režimem pro cílovou skupinu.

K bodu 4.: Dobrou praxí Velké Británie pro veřejné zdraví jsou zařízení „domácí“ péče a zdravotního zotavení fyzicky a psychicky nemocných bezdomovců, jejichž stav již není k hospitalizaci (Šupková a kol., 2007). V rekonvalescenčních centrech by se bezdomovci mohli „doléčit“ po hospitalizaci, problémem by asi ale bylo, že pokud by nezískali za dobu pobytu, která by byla zřejmě krátká, schopnost využít jiné pobytové služby sociální prevence, tj. neresocializovali by se, skončili by zase „na ulici“.

K bodu 5.: Vytvoření nových alternativních nízkoprahových projektů tzv. „kempů“ pro všechny kategorie „*rough sleepers*“ by mohlo motivačně zvýšit zájem o tyto služby splněním požadavků na přístřeší, „vlastní nezávislé“ bydlení, „volný režim“, soukromí, přístup k hygieně, dostupnost zdravotní péče, možnost setrvání v pobytu i osobám s alkoholovými a nealkoholovými závislostmi. Mohlo by umožnit i organizování bezdomovců k prosazování jejich zájmů. Dobrá praxe Dánska (FEANTSA, 2005) je inspirační ke zlepšení kvality života „*rough sleepers*“ (míří na standard č. 2 v poskytování sociálních služeb)⁴¹, obdobně je tomu i u slovenské praxe kempu pro bezdomovce.

K bodu 6.: Zefektivnění terénní sociální práce (streetworku) je vcelku podmíněno nabídkou vstřícných pobytových služeb, tedy uskutečněním některé z motivačních změn v bodech 1. až 5.

V úvaze, co z uvedeného je žádoucí a čemu je třeba se vyhnout, je nutno vyjít z toho, že smyslem je poskytnout i „*rough sleepers*“ bydlení ke zkvalitnění způsobu jejich života, k eliminaci jejich hygienických, zdravotních a kriminálních ohrožení, k větší účasti na zdrojích bydlení a nenásilné inkluzi, čímž ochráníme i veřejné zdraví, veřejný

⁴¹ příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb.

pořádek a bezpečnost. Je třeba se vyhnout možnosti vzniku ghett, segregaci a izolaci „*rough sleepers*“, nátlaku na ně v souvislosti s jejich resocializací, rovněž je potřeba vyhnout se odporu zejména veřejnosti v souvislosti se zaváděným novým řešením problému.

Reflexí výše uvedeného lze zúženě stanovit následující možné motivační varianty řešení problému rozšíření ubytování/bydlení „*rough sleepers*“:

1. „transformace azylových domů“
2. „socializační kempy“ jako alternativa terapeutických komunit pro bezdomovce
3. zřízení „rekonvalescenčních center“ pro bezdomovce

6.1 „Transformace azylových domů“

Tato možnost by spočívala jednak v rekonstrukci azylových domů ke zvýšení počtu jednolůžkových a dvoulůžkových pokojů, neboť zejména jednolůžkové pokoje jsou potřebou cílové skupiny (Janata - Kotýnková, 2002) a rovněž osvědčeným trendem Velké Británie (Ressource Information Service, 2006) pro vytvoření žádaného soukromí. Lze předpokládat značnou investiční nákladnost rekonstrukce azylových domů. K lepší individuální sociální práci se ale osvědčují spíše menší projekty azylových domů (Musil - Kubalčíková - Havlíková, 2009). Dále by se azylové domy mohly specializovat na různé kategorie bezdomovců, tj. umožnil by se příjem a setrvání psychicky nemocných a závislých „*rough sleepers*“, zvýšila by se volnost pohybu bezdomovců a umožnil by se rovněž případně i chov zvířat - zejména psů, což by mohlo zlepšit sociální integraci bezdomovců (ověřeno z jiných pobytových sociálních služeb) [např. Neuwirthová, 2009]. Služba by byla celoroční, jak je u azylových domů stanoveno zákonem. K rozšíření kapacit by mohlo být užito i variabilních obytných buněk, které nabízí trh od 100 tis./buňka a lze je i pronajmout od 3 tis./rok. Na nové azylové domy lze čerpat i grant z Evropských sociálních fondů. Před provedeným kvalitativním výzkumem autor předpokládal, že služba ubytování v azylovém domě si již své klienty našla a že ministerstvo práce a sociálních věcí i sami poskytovatelé o její změně neuvažují, že trendem je pouze kvalita provádění současných standardů.

Podle odborníka z ministerstva práce a sociálních věcí je nejčastější porušovanou podmínkou ubytování v mj. i v azylových domech ze strany klientů zákaz konzumace alkoholu nebo drog. Protože ve většině případů dochází pod vlivem alkoholu a drog

ke konfliktům a agresivním projevům chování, nelze z této podmínky ustoupit. V případě, že stav žadatele pod vlivem alkoholu či drog je život ohrožující a neumožňuje přijetí do sociální služby, je nejčastěji volena varianta umístění v záchytné stanici, kde však následně vznikají dluhy za pobyt. V tomto směru by se nabízelo například zřízení „*nízkoprahových*“ *záchytných stanic*. Protože jde však již o problematiku detoxikace a lékařské pomoci, měl by se o takovou službu zasadit resort zdravotnictví. Vnitřní provozní řády nejsou zákonem omezeny, pouze podléhají schválení hygienickou stanicí a je na poskytovatelích, jak si je stanoví. Ve všech sociálních službách se zejména v zimních měsících, kdy noční teploty klesají hluboko pod bod mrazu, přistupuje k individuálním „úlevám“ ze zákazu požívání alkoholu a drog, ovšem pouze v případech, kdy žadatel není agresivní a neohrožuje sebe, ostatní uživatele nebo personál. Je opět na zřizovateli/poskytovateli, zda umožní pobyt partnerům. Ubytování v případech, kdy je žadatel majitelem psa či jiného domácího „mazlíčka“, by řešilo mnoho jinak odmítnutých případů, ale je zde závislost na hygienických normách. Taky by bylo nutno dokladovat zdravotní stav zvířete, případně jeho čipování a hrazení poplatků stanovených vyhláškou města, což by většina z řad bezdomovců nejspíš nesplnila. Rovněž nelze podcenit a riskovat možné ohrožení vzteklinou či jinou infekční chorobou přenosnou ze zvířete na člověka. Odborník z oddělení sociálních služeb Krajského úřadu Jihomoravského kraje uvedl, že pro cílovou skupinu byla vhodná pro výše uvedený účel služba *Domov se zvláštním režimem*,⁴² ale poskytovatelé služeb pro osoby bez přístřeší mají negativně vymezené právě osoby problémové a nepřizpůsobivé, protože lidé kvůli svému akutnímu „*nehodnému, nepřizpůsobivému až ohrožujícímu stavu vzhledem k ostatním*“ nemohou být přijati do azylového domu. Sociální péče o tyto lidi je i otázkou etického dilematu sociálního pracovníka, nakolik dát přednost důstojnosti, příp. i zdraví vlastní osoby, před péčí o takového klienta, který by se mohl ocitnout v takovém zařízení i tzv. nedobrovolně. Ubytování duševně nemocných a závislých osob, možnost partnerského soužití, stanovení časů příchodů a odchodů, jakož i umožnění chovu zvířectva v azylových domech je věcí poskytovatele dle jeho možností a potřeb. V zařízení je ale vhodné mít vždy stejnorodou cílovou skupinu. Odborník z Naděje o.s. vnímá absenci ubytování (noclehu) typu „*wet hostel*“ (tzv. „mokrý“ hostel dle vzoru Velké Británie v kap. 5.3.3), a proto je v současnosti z jeho strany navrhováno ministerstvu zřízení

⁴² § 50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

nové pobytové služby sociální prevence, tzv. „*azylového domu se zvláštním režimem*“ (analogicky právě k domovu se zvláštním režimem) pro závislé a duševně nemocné „*rough sleepers*“. Azylové domy pro lidi s různými druhy závislostí, s psychickými a fyzickými handicapy v České republice podle něho chybí. Je však otázkou, zda se pak nedostáváme na pomezí, resp. za hranice prevence do služeb péče. Každopádně služby na hranici prevence a péče se ukazují jako potřeba. Toto se týká také seniorů bez domova, což se jako obrovský problém bude stupňovat. K možným změnám ubytovacích podmínek sdělil, že jsou stále hledána příznivá vyladění mezi cenou a typem ubytování pro motivaci klientů, což je neskutečné, protože systém financování nutí poskytovatele, aby vybírali za nocleh maximum. Jednolůžkové pokoje v azylových domech (tam, kde jsou) jsou většinou využívány až jako následné bydlení s podporou. Zřízení pokojů se dvěma nebo s několika málo lůžky je problém finanční, tj. investičních i provozních nákladů. Ubytování dvojic je v Naději o.s. problém, protože takových je velmi málo. Soukromí a komfort považuje v azylových domech ale za kontraproduktivní, neboť mohou vést, a skutečně i vedou k závislosti na službě. Některé lidi demotivuje k využití azylových domů taky nedostatek návazného bydlení s podporou po ukončení pobytu v azylovém domě. Postup do navazujícího podporovaného bydlení z azylového domu se přitom ukazuje jako nutnost k získání dalších návyků k samostatnému bydlení před posunem na dráze bydlení výše. Podle odborníka z Armády spásy by specializace azylových domů byla vhodná, avšak je třeba vzít v úvahu, že ve Velké Británii se podobné služby vyvíjejí intenzivně několik desítek a možná stovek let, proto jsou tam větší nabídky služeb, kdežto u nás jde o pouhých 20 let a z toho s podporou zákona jen o pouhé 4 roky. Tedy se nedá očekávat brzká diversifikace a na členy cílové skupiny se prostě zatím nedostane, nedokážou-li se někteří přizpůsobit současným požadavkům, musí žít „na ulici“, což je dnes legální. Důvodem je taky nedostatek kapacit a kvalifikovaného personálu podle zákona (např. azylový dům Armády spásy v Brně má jen jednoho pečovatele). U cílové skupiny musí tedy sehrávat větší úlohu *terénní sociální služby* a *denní centra*, na což je v Armádě spásy v Brně kladen důraz. Oslovený odborník z Českého červeného kříže uvedl, že důvodem nevyhledávání služby ze strany „*rough sleepers*“ je, že v azylovém domě se musí dodržovat určitá pravidla, na které si dlouhodobý bezdomovec těžko zvyká. Z důvodu vytváření resocializačních návyků je stanoven režim zařízení, podle kterého se musí klienti vždy denně vrátit do azylového domu do 21:00 hod., po řádné domluvě i

později, ale v „normálním“ stavu, klienti musí udržovat pořádek, uklízet si své věci a pravidelně dodržovat hygienu, pravidelně se střídají v úklidu společných prostor. Klient azylového domu nesmí chovat žádné domácí zvíře. Azylový dům je určen pouze pro muže, návštěvy mohou klienti přijímat jen na kuchyňce, nesmí být voděni na pokoj z důvodu soukromí a bezpečnosti spolubydlících, neboť jde jen o vícelůžkové pokoje. Český červený kříž o.s. by uvítal **specializaci azylových domů**, „ale popravdě – který bezdomovec se časem nestane alkoholikem? S alkoholem bojujeme často“ (odborník z Českého červeného kříže). Psychoterapeut pracující s bezdomovci považuje specializaci azylových domů na jednotlivé podskupiny „*rough sleepers*“ za vhodnou, avšak až pro případy, které není možné uspokojit v běžném typu azylových domů, neboť cílem azylových domů není separace, ale také edukace (výchova) k toleranci odlišností. Problém vytvoření zvláštních azylových domů spatřuje spíše v realizaci z ekonomických důvodů.

SHRNUTÍ

(varianta „transformace“ azylových domů v mínění odborníků)

- *Specializaci azylových domů na jednotlivé skupiny bezdomovců podle vzoru Velké Británie by poskytovatelé sociálních služeb uvítali.*
- *Řády a pravidla azylových domů mají za cíl edukační a socializační obnovu sociálních dovedností.*
- *Zejména závislosti jsou překážkou ubytování, vpuštění i setrvání v ubytování, limitem je tzv. změněné chování klienta.*
- *Odborník z Ministerstva práce a sociálních věcí spatřuje potřebu zřízení tzv. „nízkoprahových záchytných stanic“ pro bezdomovce.*
- *Oslovení odborníci z řad poskytovatelů sociálních služeb sami vnímají nezbytnost adaptace azylových domů i na potřeby zejména závislých osob z řad cílové skupiny pro jejich motivaci k využití služby; mělo by jít o službu analogickou se službou sociální péče Domov se zvláštním režimem.*
- *Ministerstvu práce a sociálních věcí je ze strany Naděje o. s. navrhováno zřízení nové pobytové služby sociální prevence, tzv. „azylového domu se zvláštním režimem“ („mokrý“ hostel - s. 70-71) pro psychicky nemocné a závislé bezdomovce, odborníci z řad poskytovatelů služby azylového domu tedy prozatím dle vzoru Velké Británie preferují jen určitou modifikaci této varianty.*

- *Pro větší motivaci cílové skupiny k využití služby se stále hledají příznivá cenová vyladění.*
- *Jednolůžkové pokoje jsou z kapacitních důvodů využívány pro navazující služby, azylové domy skutečně neumožňují ubytování partnerů, i když tomu nic nebrání; větší soukromí v těchto směrech vede k závislosti a službě.*
- *Umožnění chovu domácích zvířat je ze strany odborníků odmítáno s poukazem na hygienické normy a pro možná zdravotní ohrožení klientů*
- *Je nedostatek navazujícího podporovaného bydlení po ukončení pobytu v azylovém domě, projevuje se i nedostatek odborného personálu v pobytových službách sociální prevence.*

6.2 „Socializační kempy“ pro bezdomovce

V Dánsku jde o užitou pobytovou službu (kap. 5.4), jde vlastně o nízkoprahovou „alternativu“ terapeutických komunit (i když je zmiňována i jako trvale podporované bydlení), která by možná mohla být vhodná pro všechny kategorie „*rough sleepers*“ podle různých zaměření těchto zařízení, a mohla by představovat adekvátní bezpečné a hygienické řešení vyhovující přáním a způsobu života cílové skupiny k jeho zkvalitnění. Podobné soukromé zařízení na Slovensku (kap. 5.5) není bohužel v registru tamních sociálních služeb pro absenci odborného personálu. Náklady na výstavbu „kempu“ by se zřejmě různily podle technického provedení od dřevěných chat (které jsou užity na Slovensku, jsou dražší, hořlavé, ale nejméně stigmatizující), přes obytné stavební buňky (které jsou technickým řešením noclehárny v Plzni) a recyklované obytné kontejnery (které jsou bezpečné, levné, velmi variabilní, ale dle názoru odborníka z řad poskytovatelů služeb „masívně stigmatizující“), až k laciným karavanům (se sporadickým celoročním využitím a s malou bezpečností) i maringotkám (vyvolávajícím asociaci s kočovnictvím a tedy silně stigmatizujícím). Výhodou dřevěných chatek na Slovensku se ukázala možnost poskytnutí práce členům cílové skupiny i jiným nezaměstnaným na jejich výstavbě. Výhodou buněk a kontejnerů by snad mohla být stavební pestrost (jak ve výbavě, tak i možností je různě seskupovat, případně po ukončení projektu je lehce odstranit a využít i jinak), sanitárními buňkami by bylo možno „socializační kemp“ podle potřeby doplňovat

o hygienickou vybavenost. V Evropských zemích jde o běžnou záležitost, která se využívá i k běžnému bydlení domácností s nízkými příjmy, jako mladých rodin, seniorů, studentů a právě bezdomovců (např. Vaníčková, 2009, iDNES, 2009, iDNES, 2007). O ceně je stručně již pojednáno v kap. 6.1, zde by však zřejmě nebyl vhodný pronájem buněk, které lze však pořídit i levněji, např. se slevou šrotovného.⁴³ Pro rok 2010 jsou terapeutické komunity zařazeny v programu podpory, tj. lze předpokládat i možnou dotaci ze státního rozpočtu na provoz i na nové služby.⁴⁴ V rámci financování služby by bylo vhodné uvažovat i s vlastníky prostorů, objektů a prostředků MHD, kde „*rough sleepers*“ nocují, jako s možnými sponzory pro výstavbu a provoz „socializačního kempu“, pro poskytnutí vhodné lokality, kde oplátkou sponzorům by bylo poskytnutí nabídky ubytování této jejich nechtěné „klientele“ v socializačním kempu), tedy zejména s obcemi, Českými drahami, Vodárnami a kanalizacemi, Správou silnic, soukromými vlastníky různých objektů se squatty. Výběr vhodné lokality je přitom velmi důležitý k prevenci vzniku ghetta, neměl by být za městem (nepůjde-li přímo zemědělskou komunitu), ale v dosahu dopravního spojení a občanské vybavenosti, v místech s pracovními možnostmi. Obce/města, která taky mohou plánovat rozvoj sociálních služeb na svém území, tedy budou mít zřejmě jen malý zájem o toto v zahraničí osvědčené řešení a je předpoklad, že budou uplatňovat zásadu tzv. „ne na mém dvorečku“. Podporu by bylo možno očekávat snad spíše ze strany krajů. Služba by mohla být poskytována v souladu s konceptem resocializace i dlouhodobě (i 18 měsíců), zásadně ovšem dočasně a jako předstupeň k využití jiného bydlení na vzestupné dráze bydlení.

Odborná adiktologická veřejnost zaregistrovala existenci podobných sociálních experimentů, o nichž je pojednáno v kap. 5.4 a 5.5, a které popsala i knižně. Uvádí se, že existují alternativní instituce, které využívají model terapeutické komunity. Jde o tzv. antipsychiatrické komunity, zajímající se o duchovní, morální a sociální stránky života individuů, na těchto stránkách tyto komunity staví a vytvářejí tím alternativu k léčbě v psychiatrické léčebně (charakterizuje je tzv. humanistická, nehierarchická, liberální a participativní filosofie). Mají společné znaky jako je víra, životní filosofie, důraz na rovné postavení členů, kde se nerozlišuje „personál“ a „klient“ (Kalina, 2008).

⁴³ např. <<http://www.earch.cz/clanek/4109-srotovne-na-stare-bunky.aspx>>

⁴⁴ <www.mpsv.cz/cs/7471>

Antipsychoiatrické hnutí vzniklo v 60. letech 20. století mezi londýnskými nekonformními psychoanalytiky, kteří poukazovali na nedemokratičnost dosavadních terapeutických komunit v tom, že stigmatizovaly a násilně přizpůsobovaly duševně nemocné normám společnosti. Zdůrazňování demokratičnosti v terapeutických komunitách bylo podle hnutí pokrytectvím, neboť základní rozhodování, uplatňování tzv. metapravidel, zůstalo v rukou personálu a zařízení. Navíc personál má možnost po práci z komunity odejít a věnovat se v soukromí čemukoliv včetně v komunitě zakázaného sexu, tedy přestávají pro něj v tu chvíli společná pravidla komunity platit, kdežto klienti ve skutečnosti žádné soukromí nemají. Antipsychoiatrické hnutí o deset let později zanikalo, ale mělo nesmírný vliv na reformní hnutí v péči o duševní zdraví, tzv. Mental Health, k jehož rysům patřily: 1. *deinstitutionalizace* (eliminace psychiatrické hospitalizace, přenos péče do místních společenství), 2. *částečná depsychiatrize* (psychiatrům přisouzena role konzultantů, a sice respektovaných, ale nedominujících členů odborných týmů operujících v sociálních službách), 3. *důraz na práva duševně nemocných* (cestou zákonů hájících práva duševně nemocných a kontroly jejich dodržování) a 4. *participace uživatelů služeb* (komunity zájmového a svépomocného charakteru s účastí klientů i rodinných příslušníků a profesionálů). Hnutí Mental Health stavělo na ideách sociální spravedlnosti, solidarity ekvity a na lidských právech. Obě hnutí byla výrazně levicová (Kalina, 2008: 47-48). Od 90. let 20. stol. se opět v teorii a praxi antipsychoiatrické hnutí objevuje a zdá se, že zaznamenává oživení v podobě křesťanských a různých jinak orientovaných společenství, kterým se daří vytvářet institucí, jež jsou obdobou antipsychoiatrických experimentů a jež se zabývají psychicky nemocnými, různě stigmatizovanými lidmi, mj. i lidmi se závislostmi, **bezdomovci**, propuštěnými vězni, nemocnými AIDS apod. Odborný svět o těchto konkrétních komunitách mnohdy ani neví. „*Využívání principů, modelů a metod zde ještě zdaleka nemusí znamenat přihlášení se k pojmu terapeutické komunity a jejím tradicím*“ (Kalina, 2008, s. 54).

Odborník z ministerstva práce a sociálních věcí je k podobným projektům pro bezdomovce skeptický. Důležitější se mu jeví spíše možnost poskytování služeb „*chráněné bydlení*“⁴⁵ a „*podpora samostatného bydlení*“⁴⁶ bezdomovcům jako

⁴⁵ § 51 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

⁴⁶ § 43 téhož zákona

dalšímu cílovému okruhu osob vedle osob zdravotně postižených a duševně nemocných. Pokud se tuto možnost nepodaří vložit do zákona, bude podle něho nezbytné diagnosticky rozpoznávat duševní onemocnění bezdomovců a těmto duševně nemocným nebo zdravotně postiženým nabízet adekvátní a dostupné sociální služby. V rámci současného znění zákona lze zřizovat a taky jsou zřizovány různé druhy zařízení, poskytujících sociální služby, rovněž cílovou skupinu lze vymezit velmi rozmanitě i v současné podobě zákona. Obdobná služba by mohla být tedy podřazena pod službu stávající a není nutné zřizování služby nové. Odborník z oddělení sociálních služeb Krajského úřadu Jihomoravského kraje uvedl, že potřeba podobné služby jako „socializační kemp“ pro cílovou skupinu je zřejmá, neboť na žebříčku ulice-noclehárna-azylový dům-„terapeutická komunita“-chráněné bydlení-vlastní bydlení je mezi ulicí a vlastním bydlením velká propast, která je na první pohled zcela nepřekonatelná a odrazující od motivace ke změně. Proto by služba umožnila první malý krůček vzhůru po této cestě. Je však mít třeba stále na paměti etickou otázku věci, nenutit násilně „*rough sleepers*“ ke změně, protože mají svoji osobní svobodu v rozhodování a vlastní zodpovědnost za sebe jejich ochota ke změně životního stylu je věcí jejich vnitřní motivace. Odborník z Naděje o.s. je s podobnými řešeními obeznámen: „***Ano, tak to funguje i v Polsku, lze se inspirovat hlavně tam, ale třeba i v Dánsku nebo ve Velké Británii, není nutno nic vymýšlet, jen aplikovat na místní podmínky. K tomu je nutné, aby to chtěl někdo financovat, tedy jakási zakázka od veřejné správy.***“ Ochota k podobnému řešení je ale v tuzemsku malá, daleko horší než v okolních zemích, což je dáno názory veřejnosti i politiků na „*rough sleepers*“. Odborník z Armády spásy České republiky o.s. rozhodně odmítá jako technické řešení projektu obytné kontejnery, což by mělo za následek masivní stigmatizaci ubytovaných, aspoň ve středoevropském prostoru. Rovněž se obává toho, že kempy by vedly k tzv. „obytným přívěskům měst“, jakýchsi ghatt, což si nedokáže vůbec v Evropě představit. Oceňuje dánský příklad, ovšem poukázal na odlišnou mentalitu tamních obyvatel. V rámci české kultury by akceptoval např. chatky jako na Slovensku. Je obeznámen s tím, že v Polsku jsou komunity bezdomovců běžnou praxí a jde o sociální soběstačné projekty v zemědělství, což je odvětví, kde se mohou bezdomovci dobře uplatnit. Každopádně považuje za důležitější integraci cílové skupiny pomocí tvorby pracovních příležitostí, hlavně formou veřejně prospěšných prací, zaměřených například na úklid obcí, opravu a údržbu dopravního značení, výrobu a prodej jednoduchých výrobků. Zde však odborník

z Naděje o.s. zdůrazňuje, že předpokladem k tomu, aby člověk mohl běžně žít a pravidelně pracovat, je odpočinek na vlastní posteli. „*Bydlení, nebo aspoň ubytování, je k tomu základním předpokladem, bez něhož si člověk nemůže upravit životní rytmus. Neodpočínutý člověk nemůže pravidelně chodit do práce, nehledě na překážku ze strany zaměstnavatele, kdyby se u něho ucházel o práci člověk, který udá jako bydliště ulici*“, tj. ohlašovnu (obecní úřad). Odborník z Armády spásy České republiky o.s. je dále spíše pro model: velká města - velká zařízení, malá města - malá zařízení, protože je velký převis potenciálních klientů. Tedy není zastáncem malých komunit, alespoň ne prozatím. Například totiž jen v Brně při sčítání v roce 2006 bylo zjištěno 1200 bezdomovců, v únoru 2010 již celkem 1350 (tedy nárůst o 150 bezdomovců), přičemž veškeré kapacity v Brně mohou pojmout jako klienty pouze 1/3 celkového zjištěného počtu. Preferuje tedy spíše výstavbu azylových domů a nocleháren oproti malým experimentům. Taký odborník z Českého červeného kříže upozornil na nutnost poskytnout pracovní možnosti k postupnému začleňování cílové skupiny do společnosti a k edukaci odpovědnosti za práci i za sebe. Podobné řešení jako na Slovensku si žádá zajištění velkého pozemku, financí a odborného personálu (kvalitního sociálního pracovníka a hlavně kvalitní pracovníky v sociálních službách, kteří by se takovým lidem mohli plně věnovat). Podle názoru odborníka z oddělení sociálních služeb Krajského úřadu Jihomoravského kraje by nemělo být zasahováno do terapeutických komunit, které fungují optimálně u jejich cílové skupiny, už i proto, že je jich velmi málo. Otázkou by rovněž bylo, nakolik by byli „*rough sleepers*“ motivováni k dobrovolnému pobytu v alternativě terapeutické komunity. Psychoterapeut pracující s bezdomovci oceňuje malé komunity jako velmi vhodné pro určité klienty i z hlediska možnosti lepší individuální pomoci k jejich opětovnému zařazení do majoritní společnosti. Upozorňuje však na skutečnost, že poptávka po službách je tak velká, že v současné době by mohly takové komunity uspokojit jen velmi malý počet žadatelů, resp. by těchto komunit muselo být hodně. Stejně tak přední český adiktolog by za účelem řešení problému bydlení a resocializace cílové skupiny rozhodně nezasahoval do stávajících terapeutických komunit, tzn., že je proti rozvolňování jejich řádu a praxe, i když sám vnímá, že na trhu sociálních služeb je v tomto ohledu „*mezera*“. Terapeutické komunity plní očekávání a jsou v tomto směru osvědčené. Podle něho by bylo vhodné zřídit novou službu, např. s názvem „*socializační skupina pro bezdomovce*“, kde by bylo možno provádět s klienty psychoterapeutické rozhovory,

protože by byli dosažitelní. Bez ohledu na terminologii, je podle něho třeba i v této oblasti experimentovat a hledat inovace v „alternativách institucí“, které by více odpovídaly potřebám cílových skupin a něco prospěšného pro ně dělaly. Je proto podnětná úvaha o využití předností podobných zařízení, jako jsou na Slovensku a v Dánsku, k dočasnému ubytování cílové skupiny, tj. poskytnutí soukromí např. v chatce s určitým pocitem volnosti a samostatnosti s motivačním potenciálem k práci (výstavba kempu, případně další práce), a tyto spojit s přednostmi terapeutické komunity (resocializace pod odborným psychoterapeutickým vedením). Co se týče „psychoterapeutického působení“, uvedený expert uvažuje pro takové nízkoprahové socializační společenství bezdomovců s různými dalšími svízelemi v oblasti duševního zdraví o možnosti a vhodnosti provádění modifikací tzv. *motivačních rozhovorů*. Vyjádřil se v tom smyslu, že příklady z Dánska a Slovenska mají zjevně blízko k různým náboženským pospolitostem a jiným morálním společenstvím, která nevyužívají odborný personál, a která se věnují kromě psychotiků taky dalším sociálně stigmatizovaným jedincům, jako jsou bezdomovci, mentálně postižení lidé a bývalí vězni. Jde o instituce, využívající jen zčásti model terapeutické komunity.

Motivaci klienta lze chápat jako „*proces usměrňování, udržování a energetizace chování, proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince. Vlivem drog se tato základní osobnostní dimenze zásadně mění, jednak výsledným poklesem zájmu o cokoli jiného než záležitosti týkající se drog a jednak ztrátou energie, kterou jedinec potřebuje k růstu a prosperitě. Je jedním faktorem ze čtyř (dalšími jsou: stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince, kvalita jeho okolí včetně sociálního), které rozhodují o úspěšnosti léčby*“ (Dobiášová - Broža - Kalina dle Kalina a kol., 2001 in Kalina a kol., 2008: 121). Efekt motivačního rozhovoru se závislými klienty spočívá v přesunu odpovědnosti za změnu chování klienta zčásti na terapeuta (Miller - Rollnick in Kalina a kol., 2008). Základním psychoterapeutickým cílem motivačního rozhovoru je dosahování změn k bezpečnějšímu, úspěšnějšímu a šťastnějšímu životnímu stylu, ať již při redukci užívání drog vč. alkoholu, anebo při cílené trvalé abstinenci. Ta nemusí být prioritní, může jít „pouze“ o stabilizaci, návrat do určité životní role, zlepšení **kvality života** jedince (Kalina a kol., 2008).

Je možné, že závislí členové cílové skupiny se nacházejí ještě v 1. fázi cyklického modelu změny závislého chování (lépe řečeno ve stádiu před vstupem do tohoto cyklu),

nazvaným *prekotemplate* (viz. kap. 5.2.3.3), kde klient nevnímá závislost jako svůj problém, který by měl řešit, resp. problém externalizuje a umísťuje do okolního světa, který k němu je zlý, nespravedlivý, nechápavý. Problém si racionalizuje a jakákoliv změna se mu jeví příliš obtížná a navíc zbytečná. Může však mít občas pochybnosti a uvažovat o změně (Není zde podobnost s uvažováním bezdomovce? Není v této souvislosti příliš heretická otázka, zda zjevné bezdomovství někdy není již samo o sobě vlastně obdobou závislosti? Odpovědět by měly vědy jako psychologie, psychiatrie). Je spíš pravděpodobné, že se „*rough sleepers*“ nacházejí již ve fázi 2. *kontemplate*, kdy vnímají výskyt spousty souběžných problémů (zhoršení zdravotního stavu a všech ostatních neřestí bezdomovství), spojených se svou závislostí, vážají se změnou, zvažují klady a zápory změny svého chování. **Motivačními rozhovory** by bylo možno dosáhnout psychoterapeutického cíle (viz. předchozí odstavec), tj. jejich nenásilné a postupné resocializace. K tomu je ale jistě potřebná průběžná dosažitelnost klienta terapeutem, která by byla možná v pobytovém nízkoprahovém zařízení. Lze jen vytušit, zda přesně tento záměr a postup není využíván v dánské strategii a praxi neobvyklého bydlení pro neobvyklé životní styly (kap. 5.4). Základními principy motivačního rozhovoru, jsou 1. *vyjádření empatie* (umění naslouchat, vcítění se terapeuta, jeho přijetí klienta takového jaký je, přijímání klientových náhledů jako pochopitelných, rozumných a v rámci jeho „světa“ opodstatněných); 2. *rozvíjení rozporů* (rozvinutí v klientově mysli rozporu mezi tím, co dělá a co by chtěl, jde o tzv. „vědomé rozladění“ klienta, aby si uvědomil a sám pojmenoval nejen zisky, ale i ztráty, které svojí závislostí nabývá, aby si více uvědomil, že nesměruje k cílům, kterých by ve skutečnosti v životě chtěl dosáhnout); 3. *vyhýbání se argumentaci a sporu* (jde pouze o jemně přemlouvavý styl, o vyhýbání se udělování stigmatizačních nálepek klientovi, protože hádky a příkré argumenty jsou kontraproduktivní a vyvolávají obranu, nálepkování utvrzuje klienta v přesvědčení, že je mu jeho úděl souzen); 4. *otočení (využití) odporu* (jde o pootočení klientova stanoviska, jinou interpretaci, parafrázování jeho názorů, pokládání otevřených otázek ke klientově argumentaci, tj. o odražení slovního útoku klienta nikoli protiútokem, ale jeho odchýlením do jiné roviny, o tzv. „psychologické judo“); 5. *podpora sebedůvěry klienta* (upevňování důvěry klienta ve vlastní schopnosti a v možnosti změnit kvalitu svého života (Miller - Rollnick, 2003: 49-55).

SHRNUTÍ

(varianta „socializační kempy“ pro bezdomovce v mínění odborníků)

- *Do osvědčených terapeutických komunit by nemělo být zasahováno rozvolněním jejich režimů.*
- *I když popisované komunity v Dánsku a na Slovensku (kap. 5.4 a 5.5) využívají model terapeutické komunity, jde jen o alternativní projekty. Tyto ovšem zaplňují „mezeru“ na trhu sociálních služeb a motivačně jsou velmi přitažlivé pro cílovou skupinu.*
- *Podobný projekt může být provozován i jako jiná služba definovaná v zákoně, tzn., že nemusí jít o samostatně definovanou pobytovou službu sociální prevence.*
- *Analogické komunity jsou využívány i ve Velké Británii a hlavně v Polsku, kde jde rovněž o soběstačné projekty v zemědělství, a kde se pro práce v nich bezdomovci dobře uplatňují.*
- *Obecně je dostatek zahraničních příkladů komunit pro bezdomovce, využitelných v určité modifikaci v tuzemsku, kde bohužel chybí zakázka od veřejné správy a podpora politiků i veřejnosti.*
- *Vznik kempů hrozí vytvářením ghatt bezdomovců jako „obytných přívěsků měst“.*
- *Pro střeoevropský prostor je důležité technické provedení; využití obytných kontejnerů by mohlo cílovou skupinu velmi stigmatizovat, vhodné je proto spíše využití chat, které jsou u nás běžné. V případě obytných buněk a kontejnerů by mohlo jít o poměrně levné řešení. Šlo by tedy o tzv. „nevhodné bydlení“ (s. 17).*
- *Zemědělská komunita je vhodná, problematičtější je sehnání dosti velkého pozemku, financí a hlavně odborného personálu.*
- *Projekty by umožnily individuální terapeutickou práci s klienty, ale jen stěží by pokryly očekávaný velký převis poptávky.*
- *Mělo by jít o odlišnou službu než terapeutickou komunitu, tzv. „socializační skupinu pro bezdomovce“ s využitím motivačních rozhovorů jako metody psychoterapeutického působení na cílovou skupinu. Tato služba by byla tzv. „předsazena“ před jiné pobytové služby sociální prevence, resp. služby zdravotní péče. Inovace v sociálních, ale i zdravotních, službách se jeví tedy jako potřebné.*

6.3 „Rekonvalescenčních centra“ pro bezdomovce

Jde o možnou „nizkoprahovou zdravotně sociální službu“ k ubytování bezdomovců, jejíž požadavek vzešel z výzkumu, provedeného mezi pracovníky Záchrané zdravotní služby, Fakultních nemocnic a Psychiatrických léčeben za účelem rekonvalescence bezdomovců po jejich ošetření nebo po ukončení hospitalizace, není-li tato již nutná (Šupková a kol., 2007). Šlo by o krátkodobou službu umožňující nutné „doléčení“, omezenou jen na úzkou skupinu bezdomovců, kteří prošli lékařským ošetřením či léčbou ve zdravotnickém zařízení, tedy by šlo zřejmě spíše o menší projekty. Náklady na zřízení zařízení by mohly být relativně nízké v případě vhodného využití např. uprázdněných vojenských objektů. Možné jsou dotace ze státního rozpočtu⁴⁷ i z ESF⁴⁸ přímo k transformaci pobytových sociálních služeb pro bezdomovce a osoby závislé. Podporu pro jejich zřízení lze očekávat z výše uvedených zdravotnických zařízení. Služba by mohla posílit ekonomickou efektivnost léčebné péče, vynaložené na bezdomovce, mohla by se jí prohloubit ochrana veřejného zdraví.

Odborník z ministerstva práce a sociálních věcí k eventuelní potřebě uvedeného zdravotně sociálního zařízení upozornil, že propuštění pojištěnce ze zdravotnického zařízení je upraveno v § 27 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, podle kterého při „*propuštění pojištěnce, u něhož není zajištěna další péče, propouštějící zařízení včas informuje obecní úřad obce s rozšířenou působností (v hlavním městě Praze Magistrát hlavního města Prahy) příslušný podle místa pobytu pojištěnce*“. Pokud tedy není možné hospitalizovaného člověka propustit do domácího léčení (nemá-li se kam vrátit), mají sociální pracovníci ve zdravotnických zařízeních povinnost kontaktovat úřad obce s rozšířenou působností a ve spolupráci se sociálním pracovníkem úřadu hledat způsob pomoci. Pokud řešení nenaleznou, nelze takového člověka propustit a zdravotnické zařízení přistoupí k poskytnutí sociální služby ve zdravotnickém zařízení ústavní péče podle § 52 téhož zákona. Navrhovaná zdravotně sociální služba by dle něho nebyla zapotřebí, pokud by zdravotnická zařízení dodržovala platnou legislativu. Odborník z oddělení sociálních služeb Krajského úřadu Jihomoravského kraje považuje popsaná rekonvalescenční centra za žádoucí. Podle odborníka ze Sdružení azylových domů České republiky o.s. a

⁴⁷ dotační program MZ - odkaz pro nedostatek místa uveden ve zdrojích dat

⁴⁸ Integrovaný operační programy pro období 2007-2013, dostupné z: <http://www.strukturalni-fondy.cz/iop>

Naděje o.s. jde o otázku, vyžadující politické rozhodnutí. Buď stát uzná lidi bez domova za svébytnou sociální minoritu a pak má význam pro ni zřídit potřebné specializované zdravotně sociální služby, anebo je jen jedna kategorie občanů s rovnými právy, pak je třeba se tak k lidem bez domova také chovat. V problematice azylových domů však tento odborník přímo uvádí potřebu zřízení služeb na hranici mezi zdravotními a sociálními (kap. 6.1).

SHRNUTÍ

(varianta „rekonvalescenční centra“ pro bezdomovce v mínění odborníků)

- Podle názoru ministerstva není zřízení obdobné služby potřebné, je zapotřebí pouze dodržovat platnou legislativu ze strany zdravotnických zařízení, tj. ustanovení § 27 odst. 6 a § 52 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů (nelze-li propustit klienta do domácího léčení, musí být poskytnuty sociální služby ve zdravotnickém zařízení).
- Na cílovou skupinu je nazíráno jako na součást běžné populace, a proto nemůže být očekáváno zřízení zdravotně sociální služeb pro ni.
- Tato varianta je tedy nevhodně autorem stanovena, v práci je zmíněna hlavně pro komplexnější pojednání o možných řešeních rozšířením pobytových služeb pro cílovou skupinu; řešení bylo autorem zjištěno sekundární analýzou dat z výzkumů neziskových organizací.

7 Závěr

Politickým požadavkem Evropského parlamentu k vyřešení zjevného bezdomovství v Evropské unii do roku 2015 a vyhlášením Evropského roku boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení, jenž vyžaduje právo na kvalitu života i osob sociálně vyloučených jejich přístupem ke zdrojům a destigmatizací při kolektivní odpovědnosti v boji proti chudobě a sociálnímu vyloučení, vzniká potřeba přiměřené sociální pomoci tzv. „*rough sleepers*“ i poskytováním pobytových sociálních služeb vstřícných jejich „potřebám“. Veřejnost očekává větší roli vlády v řešení problému „*rough sleepers*“. I přes prohlášenou podporu inovacím je ale v množství souběžně platných strategií MPSV a MMR cílem spíš předcházet bezdomovství a strategie se zaměřují tedy na jeho jiné (vyšší) kategorie. Problém zjevného bezdomovství má řešit hlavně streetwork a služby následné péče a tyto nástroje se mají zaměřit na osoby závislé z řad cílové skupiny. Vlastní rozvoj sociálních služeb pro cílovou skupinu je pak svěřen krajům, obcím, NNO a komunitnímu plánování. MZd svoji strategii neprezentuje.

Analýzou užitých veřejně politických konceptů a některých validních sociologických teorií v kap. 4 byl zjištěn následující základ možných východisek k řešení výzkumného problému: Veřejnoprávní dokumenty zakotvující **lidská práva** zakládají nenárokové právo na pomoc v bydlení, na důstojnou lidskou existenci s přístupem ke zdravotní péči. **Kvalitu života** u cílové skupiny může zajistit poskytnutí přístřeší a prostředí domova v něm, které umožní i ochranu jejich zdraví. Tímto se vyznačují terapeutické komunity, které staví na motivačním potenciálu malých sociálních skupin, a které poskytují bezpečné prostředí, v němž jsou klienti přijímáni takoví, jací jsou, bez dehonestující stigmatizace. K základním lidským potřebám nižší úrovně náleží dle **teorie motivace** potřeba bydlení s určitou dávkou soukromí, vytvářející domov. Významné přitom je ubytování v kapacitně malém obydlí (resp. v pokoji o malém počtu lůžek), a možnost ubytování partnerů. Východiskem **teorie exkluze/inkluzie** je mj. také poskytnutí zdrojů bydlení, formování pracovních návyků a sociálních kontaktů a upevňování důvěry k sociálním institucím (uznáním lidské důstojnosti). **Teorie sociální deviace a labelingu** vidí cestu k řešení sociálního problému ve změně prostředí (poskytnutím bezpečného prostředí prostého škodlivých vlivů) a v destigmatizaci člověka (v úctě k jeho osobnosti), a to i oslabením vlivu nálepkujících (např. ve výchovném a mediálním ovlivňování majority). Podle **konceptu drah** bydlení lze otočit směr k bezdomovství

návratem na vzestupnou dráhu, např. i do *nevyhovujícího* bydlení a pozvednout „*rough sleepers*“ minimálně mezi „*houseless*“. **Koncept resocializace** spatřuje řešení v socio a psychoterapii prováděné v nízkoprahových adekvátních službách a rovněž v malých sociálních komunitách s dlouhodobou dosažitelností klientů k terapii, kde se uplatňují i nové přístupy v resocializaci klientů i přímo tzv. „z ulice“ (kap. 5.2).

Autorem vedený výzkum ověřil domněnku, že snížení počtu „*rough sleepers*“ umožní taky změny ubytovacích podmínek služeb sociální prevence, kde hlavně je potřebné zřídit vstřícnou sociální službu vůči osobám závislým (zejména alkoholově) a duševně nemocným. Na technické provedení ve formě tzv. *nehodného bydlení* se názory odborníků různily.

Výzkum přímo nepotvrdil, že by částečné nevyužití kapacit nocleháren a pobytových služeb sociální prevence mělo mít souvislost s počtem odmítnutých klientů. Využití kapacit nocleháren a azylových domů jen cca ze 75 % je odborníky hodnoceno pozitivně. Skutečnost, že kapacity nejsou stoprocentně využity, je podle nich způsobena vlivem sezónního zájmu o služby a uzavřením některých kapacit v letních měsících. Významná je i malá cenová přitažlivost služeb, projevující se v teplém ročním období. Naopak v zimě je zaznamenán převis zájmu o služby oproti jejich kapacitním možnostem, což platí hlavně pro noclehárny. Využívány jsou zákonné důvody odmítání klientů ze strany poskytovatelů sociálních služeb, uvedené v § 91 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Nedostatek volné kapacity nocleháren a azylových domů je nejčastějším důvodem odmítání klientů. Dalším důvodem odmítání je zdravotní stav žadatelů, vyžadující si pobyt ve zdravotnickém zařízení, jejich infekční onemocnění. Odmítány jsou osoby agresivní a osoby nepatřící k cílové skupině osob konkrétní poskytované služby. Důvodem odmítnutí klienta (třeba jen na 2 hodiny) i k ukončení již poskytované služby bývá změněné chování pod vlivem alkoholu i jiných návykových látek. Dále jde o negativní zkušenosti s klientem z minulosti (zrušení smlouvy pro agresivitu, ničení majetku, krádeže, dluhy za již poskytnuté pobytové sociální služby), rovněž o insolventnost klienta (nepobírání aspoň dávek hmotné nouze), o nepřizpůsobivost řádům u závislých osob. Překážkou pro poskytnutí služeb noclehárny či azylového domu je i vlastnictví zvířete, nejčastěji psa, někdy i skutečnost, že žadatel o službu nemá v místě trvalý pobyt. Tedy stále přetrvávají překážky participace „*rough sleepers*“ na málo vstřícných pobytových službách sociální

prevence (s. 20-21), což se nutně musí zčásti projevit i v procentuálním (ne)využití kapacit. Blíže v kap. 5.2.3.1.

Dotazováním odborníků z řad poskytovatelů sociálních služeb k jimi uplatňované praxi bylo zjištěno, že k využití nocleháren se motivačně osvědčuje větší tolerance vůči závislým osobám a umožnění vracet se opakovaně na „své“ lůžko. Motivační schopnost obytných buněk noclehárny v Plzni ověří teprve následující zimní sezóna. Obecně platí, že noclehárny problém bydlení „*rough sleepers*“ neřeší, nejsou ani pobytovou službou, poskytují jen minimum soukromí (skříňka, lůžko) ve vícelůžkových pokojích, neumožňují ani úschovu osobních věcí mezi jednotlivými noclehy. V zimním období se kapacit nocleháren nedostává. Jsou vyhledávány jako levné ubytování. Stále se hledá příznivé vyladění ceny pobytu v azylových domech, které je odborníkem z Naděje o.s. považováno za možné motivační opatření k využití služby přímo související s ubytovacími podmínkami. I když si je expert z řad poskytovatelů sociálních služeb vědom možné motivace zvýšením komfortu ubytování, není příliš nakloněn poskytování většího soukromí v noclehárnách a azylových domech, neboť to by mohlo vést a z jeho zkušenosti i vede k větší závislosti na těchto službách, tedy k demotivaci hledat si jiné bydlení. Kapacitně není možné zejména z finančních/investičních důvodů poskytovat v azylových domech více žádaných jedno a dvoulůžkových pokojů, kterých je málo, a které jsou proto využívány jako vyšší, podporované bydlení. I když právně nic nebrání možnosti ubytování partnerů, poskytovatelé služeb toto cílové skupině neumožňují, třeba i s vysvětlením, že párů mezi „*rough sleepers*“ je zanedbatelné množství. S poukazem na hygienické normy a na možnost nákazy např. vzteklinou, jakož i na neplacení místních poplatků ze psů bezdomovci, je odborníky odmítáno ubytování chovatelů zvířat. Přitom uvádějí, že je to velmi častý důvod odmítnutí klienta a připouštějí, že ubytování chovatelů psů z řad cílové skupiny by umožnilo mnohým dosáhnout pobytových služeb. Blíže rovněž kap. 5.2.3.1 a kap. 6.1.

Oslovení odborníci by vcelku přivítali specializaci (diferenciaci) azylových domů na jednotlivé různorodé podskupiny „*rough sleepers*“ podle vzoru Velké Británie. Psychoterapeut pracující s bezdomovci pouze upozornil na nebezpečí separace různých těchto skupin lidí. Protože podle odborníků skutečně chybí služba vstřícná vůči osobám závislým a duševně nemocným, k jejichž ubytování není určen azylový dům, navrhuje Naděje o.s. zřízení specializovaného „*azylového domu se zvláštním režimem*“ podle vzoru tzv. „mokrých hostelů“ Velké Británie, jako obdoby služby sociální péče „domov

se zvláštním režimem“, a toto řešení je požadováno i odborníkem z Krajského úřadu Jihomoravského kraje. Odborník z MPSV by uvítal zřízení taky „*nízkoprahových záchytných stanic pro bezdomovce*“, což by mělo být ale záležitostí ministerstva zdravotnictví. Blíže kap. 5.3.3 a 6.1. Varianta „*transformace azylových domů*“ je odborníky tedy nejvíce preferována, ovšem zatím jen do určité míry. Některé britské specializace jsou českou odbornou veřejností zatím odmítány.

Terapeutická komunita ve smyslu pobytové služby sociální prevence, kombinovaná de facto se službou zdravotní péče, o duševně nemocné a závislé osoby, je zatím jedinou teoretickou možností ubytování těchto osob z řad „*rough sleepers*“. Pro svůj vyšší práh není jimi ale ve skutečnosti využívána. Úspěchy terapeutických komunit v resocializaci závislých osob umožňuje vysoce motivujícím prostředí malých sociálních komunit (kap. 4.7, závěr kap. 4, kap. 5.2.3.2). Rozvolnění řádů dobře fungujících stávajících pobytových terapeutických komunit, kterých není mnoho, pro jejich přizpůsobení cílové skupině expert na léčbu závislostí odmítá. Přijal by ovšem k řešení problému bydlení závislých a jinak společensky handicapovaných „*rough sleepers*“ novou nízkoprahovou pobytovou službu, založenou na modelu terapeutické komunity, a to v podobě tzv. „*socializační skupiny pro bezdomovce*“, jako předstupně k jejich další resocializaci, s využitím motivačních rozhovorů coby přijatelné formy psychoterapie (kap. 6.2). S umožněním většího soukromí v malých stavebních objektech využitím dánské nebo slovenské inspirace by mohlo jít o efektivní a poměrně levné, umocněné motivační řešení problému dočasného bydlení bezdomovců, i když o bydlení tzv. *nevhodné* (s. 17, kap. 4.6, 5.4, 5.5 a 6.2). Takové bydlení bude nyní využívat i noclehárna Charity v Plzni. Zřízení nové služby v popsané formě, tedy varianta „*socializační kempy*“ pro bezdomovce či její modifikace, je výzvou k inovačnímu řešení výzkumného problému i pro Českou republiku. Odborník z MPSV by ovšem raději rozšířil využití služeb „*chráněné bydlení*“ a „*podpora samostatného bydlení*“ i na cílovou skupinu (kap. 6.2).

Služby následné péče nejsou určeny pro cílovou skupinu (kap. 5.2.3.3). Zřízení sociálně zdravotnických doléčovacích zařízení, tj. varianty tzv. „*rekonvalescenčních center*“ pro bezdomovce, není nutné při dodržování zákonných norem zdravotnickými zařízeními (kap. 6.3). Je škoda, že se k věci nevyjádřil oslovený odborník z ministerstva zdravotnictví, který i přes několikerý opakovaný ústní i písemný příslib prostřednictvím svého sekretáře nakonec interview k výzkumu neposkytl.

Resumé

V souvislosti s politickým prohlášením Evropského parlamentu z dubna 2008 o nutnosti vyřešit problém zjevného bezdomovství v Evropské unii do roku 2015 a následným vyhlášením roku 2010 Evropským rokem boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení, sledujícím hlavně uznání práva na důstojný život přístupem sociálně vyloučených skupin obyvatel ke zdrojům a kvalitním službám, jejich destigmatizaci a zdůrazněním kolektivní odpovědnosti všech v boji proti chudobě a sociálnímu vyloučení, vyvstává potřeba přiměřené sociální pomoci osobám z řad „*rough sleepers*“ i poskytováním pobytových služeb sociální prevence, více vstřícných jejich specifickým „potřebám“.

Práce proto staví na právu každého na pomoc v bydlení, na konceptu kvality života a na teorii sociální exkluze/inkluze, teorii motivace, teorii labelingu (destigmatizace). Pro větší inspiraci při nalezení cest motivační přitažlivosti služeb sociální prevence vychází práce i z konceptu drah bydlení a z konceptu resocializace, přibližuje ale i východiska teorie malých sociálních skupin, teorie sociálního kapitálu/sociálních sítí, teorie sociální dezorganizace a teorie hodnotového konfliktu. Analýza uvedených hlavních konceptů a teorií tvoří základ teoretické části práce. Teoretickou bázi práce doplňuje rozbor strategií sociální a bytové politiky a politiky místního rozvoje, rozbor základní sociálně právní a zdravotně právní úpravy zmírňující problém bezdomovství v České republice, jsou zde i posouzeny vybrané pobytové služby sociální prevence, vhodné k inkluzi cílové skupiny v tuzemsku a ve Velké Británii a jejich motivační potenciál, a je charakterizováno taky nestandardní dánské a slovenské inovativní řešení.

Výzkumná část práce v první řadě představuje 3 varianty možných inovativních řešení problému, zjištěné reflexí poznatků z teoretické části, a sice „*transformaci azylových domů*“ k rozšíření spektra klientů, vytvoření alternativy terapeutické komunity v podobě „*socializačních kempů*“ pro bezdomovce anebo vznik sociálně zdravotnických doléčovacích zařízení, tzv. „*rekonvalescenčních center*“ pro bezdomovce. Výzkum potvrdil hypotézu o potřebě nové služby sociální prevence pro závislé a psychicky nemocné bezdomovce, kdy poskytovatelé sociálních služeb žádají podle příkladu britských tzv. mokrých hostelů zřízení služby *azylový dům se zvláštním režimem*. Odborník na léčbu závislostí radí zřídit alternativu k terapeutické komunitě - tzv. *socializační skupinu pro bezdomovce* jako předstupně k další

resocializaci, s využitím motivačních rozhovorů coby přijatelné formy psychoterapie. Objevil se i požadavek na zřízení *nízkoprahových záchytných stanic* pro bezdomovce. Výzkum prokázal efektivnost a proveditelnost malých komunit z drobných stavebních objektů k resocializaci a návratu cílové skupiny na vzestupnou dráhu bydlení, jde však o službu malému počtu klientů a v České republice k jejímu oficiálnímu zavedení chybí zakázka ze strany veřejné správy a dostatečná politická podpora. Výzkum dále potvrdil, že kapacity nocleháren a azylových domů jsou stále v zimních měsících nedostatečné, což umožňuje poskytovatelům nastavit režim v zařízeních tak, že stále přetrvávají některé překážky větší účasti „*rough sleepers*“ na službách a zařízení si mohou své klienty v podstatě vybírat. Odborná veřejnost upozorňuje na nebezpečí závislosti členů cílové skupiny na pobytových sociálních službách při zvyšování jejich komfortu a soukromí v nich. Výzkumem bylo rozpoznáno, že služby následné péče nejsou určeny cílové skupině. Taky bylo vyloučeno užití varianty zřízení rekonvalescenčních center pro bezdomovce při dodržování zákonných norem ze strany zdravotnických zařízení.

Resumé

The need for adequate social help for „*rough sleepers*“ by providing them the sojourn services of social prevention, more helpful for their specific needs, arises from the political declaration of the European Parliament from April 2008 which concerns the necessity to solve the problem of evident homelessness in the European Union until 2015, and from consequential proclaiming of the year 2010 to be the year of struggle against poverty and social exclusion. It mainly observes the recognition of the right for the dignified life with the approach of socially eliminated inhabitants towards the resources and high-quality services, their destigmatisation and emphasizes the collective responsibility in the struggle against the poverty and social exclusion.

The thesis thus builds upon the general right for help in accommodation, upon the concept of life quality, the social exclusion/inclusion theory, motivation theory, labelling theory (destigmatisation). For greater inspiration besides finding the ways of the motivating attractiveness of social prevention services, the work departs from the concept of accommodation chains and re-socialisation. It brings closer also the basis of the theory of small social groups, theory of social capital/social networks, social disorganisation theory and theory of value conflict. The analysis of theories and main concepts mentioned above create the fundamental element of my theoretical part. Theoretical part of my work is supplemented with the strategy analysis of social,

housing and local development policy, the analysis of basic socio-legal and medico-legal regulations reducing the issue of homelessness in the Czech Republic; the chosen sojourn services of social prevention appropriate for the target group inclusion in inland and in Great Britain are discussed and finally the special Danish and Slovak innovative solutions are characterized.

The practical part of my thesis primarily introduces three variants of possible innovative problem solutions found out by evidence reflection from the theoretical part, namely „*shelter transformation*” to broaden the range of clients, alternative creation of therapeutic community in the form of „*social camps*” for homeless people or the formation of socio-medical institutions so called „*recovery centres*” for homeless people. The research confirmed the hypothesis concerning the need of new service of social prevention for addicted and mentally ill homeless people, when the social service providers ask, according to British so called wet hostels, for service creation of *shelters with specialized regime*. The specialist in addiction treatment advises to add an alternative to the therapeutic community – so called *social group for homeless* as the initial level for re-socialisation, using the motivating dialogues as the acceptable ways of psychotherapy. Even the requirement for *low-liminal sobering-up station* for homeless has occurred.

The research has proven the effectiveness and practicability of small communities from tiny building site to re-socialisation and return of the target group to ascending track of accommodation, nevertheless it represents a service for small number of clients only and in the Czech Republic the order on the part of public service and sufficient policy support are missing for its official introduction. The research has also proven that the capacities of hostels and shelters are insufficient during the winter months. It enables the setting of the regime in the institutions to the providers so that some inconveniences of greater attendance of “rough sleepers” in the services have persisted and institutions can in principle choose their clients. The professional public draws the attention to the addiction danger of target group members in the sojourn social services when increasing their comfort and privacy. Thanks to the research it has been recognised that the services of the follow-up care are not designated for the target group. The using of the variant concerning the creation of recovery centres for homeless people with law-abiding on the part of the medical institutions has been excluded as well.

Literatura

ANDERSON, Robert et al. (2009), *Second European Quality of Life Survey, Overview. Luxemburg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, 2009, 95 s., ISBN 978-92-897-0847-0 [online], dostupné z www: <<http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0902.htm>> [2010-04-05]

Communities and Local Government. *Housing: Rough Sleeping*. [online], dostupné z www: <<http://www.communities.gov.uk/housing/homelessness/roughsleeping/>> [2009-05-04]

CVEČEK, David et al. (2007). *Návrh udržitelného rozvoje sociálních služeb pro bezdomovce: Projekt Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007, 104 s., ISBN 978-80-247-2348-8

Český helsinský výbor (2001). *Zpráva Českého helsinského výboru o stavu lidských práv v České republice v roce 2000*. ČHV: Praha, 2001, 130 s, ISBN 80-86436-03-9, [online], dostupné z www: <<http://www.helcom.cz/view.php?cislocianku=2003061901>> [2009-05-07]

ČTK (2009). *Šrotovné na staré „buňky“*. eARCH.ITEKT: Architektura online, 2009. [online], dostupné z www: <<http://www.earch.cz/clanek/4109-srotovne-na-stare-bunky.aspx>> [2009-11-09]

DIREROVÁ, Miroslava (2008). *Priekopský kemp stále nestačí*. *Denník SME*. Vydanie z 27. 11. 2008, [online], dostupné z www: <<http://dennik.sme.sk/c/4195418/priekopsky-kemp-stale-destaci.html>> [2009-12-08]

DISMAN, Miroslav (1993). *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 1993. 374 s., ISBN 80-7184-141-2

DIŠKANEC, Daniel. *Priestor pre život: Archív časopisov*. OZ PROCES - 3, ISSN 1336 – 4170, [online], dostupné z www: <<http://www.priestorprezivot.sk/archiv-casopisov/>> [2010-03-11]

DOLEŽALOVÁ, Pavla (2006). *Kvalita života drogově závislých v terapeutických komunitách*. *Adiktologie*. 2006, roč. 6, č. 1, s. 12-25, ISSN 1213-3841

drogy-info.cz informační portál o ilegálních a legálních drogách. [online], dostupné z www: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/r/resocializace_social_rehabilitation> [2010-03-11]

FEANTSA. *European Parliament Written Declaration on ending street homelessness 111/2007 adopted*. [online], dostupné z www: <<http://www.feantsa.org/code/en/pg.asp?Page=963>> [2009-05-09]

FEANTSA (2005). *Homelessness in Denmark: "Freak Houses for Freak People" or "Unusual Housing for Unusual Lifestyles"*. 2005, [online], dostupné z www: <<http://www.feantsa.org/code/en/pg.asp?Page=583>> [2010-04-15]

FEANTSA. *Prevention Strategies concerning homelessness in Denmark*. [online], dostupné z www: <<http://www.feantsa.org/files/prevention/national%20reports/denmark.doc>> [2009-04-22]

FITZPATRICK, Suzanne - KEMP, Peter - KLINKER, Suzanne (2004). *Bezdomovství: Přehled výsledků výzkumů z Velké Británie*. Kostelec nad Černými lesy: 2004, 96 s., ISBN 80-86625-15-X

FRIČ, Pavol (1989). Sociológia sociálnych problémov v USA: Charakteristika a vývoj základných teoretických prístupov. *Sociológia*, 1989, roč. 21, č. 6, s. 633–645, ISSN 0049-1225

FRYDRYCH, Jan (2009a, rukopis). *Zmírňování bezdomovství v České republice pomocí ubytovacích sociálních služeb a jeho cílené řešení ve Velké Británii, Dánský příklad dobré praxe jako možná varianta řešení problému*. Seminární práce pro předmět Evropská sociální politika. 2009, rukopis.

FRYDRYCH, Jan (2009b, rukopis). *Formulování veřejně politického problému do kurzu MATP*, cvičení č. 5 do MATP I, téma: Selhávání ubytovacích sociálních služeb u nepříznivé části populace bezdomovců. 2009, rukopis

GIDDENS, Anthony (1999). *Sociologie*. 1. vydání - dotisk. Praha: Argo, 1999, 595 s., ISBN 80-7203-124-4

HALAMA, Peter – KLIMAS, Ján (2006). Nápomocné faktory zmeny závislých klientov v procese resocializácie. *Adiktologie*, 2006, roč. 6, č. 3, s. 366-375, ISSN 1213-3841

Homelessness Act 2002 [online], dostupné z www: <http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2002/ukpga_20020007_en_1> [2009-05-01]

Housing Act 1996 [online], dostupné z www: <http://www.opsi.gov.uk/Acts/acts1996/ukpga_19960052_en_1> [2009-05-01]

HRADECKÝ, Ilja a kol. (2007). *Definice a typologie bezdomovství*. 1. vydání. Praha: Naděje o. s., 2007, 50 s., ISBN 978-80-86451-13-8

HRADECKÝ, Ilja (2006a). Je tu zima, zmrznou další bezdomovci. *Literární noviny*, 2006, č. 50, s. 3, [online], dostupné z www: <http://literarninoviny.cz/index_o.php?p=clanek&id=3109> [2009-04-27]

HRADECKÝ, Ilja (2006b). *Konflikt, bezdomovci a veřejný prostor: Profily bezdomovectví v České republice*. Praha: Ilja Hradecký, 2006, 30 s., ISBN neuvedeno

HRADECKÝ, Ilja (2005). *Profily bezdomovství v České republice: Proč spí lidé venku a kdo jsou ti lidé*. Praha: Ilja Hradecký, 2005, 16 s., ISBN neuvedeno

iDNES (2007). *Obytné kontenery: Ve světě běžný způsob bydlení*. iDNES, 5. 12. 2007. [online] dostupné z www: <http://bydleni.idnes.cz/obytno-kontejnery-ve-svete-bezny-zpusob-bydleni-f6r-/architektura.asp?c=A071204_143959_architektura_web> [2009-11-09]

iDNES (2009). *Podnikavá Francouzka staví domy z přepravních kontejnerů: Stačí jí na to měsíc*. iDNES, 23. 9. 2009. [online] dostupné z www: <http://bydleni.idnes.cz/podnikava-francouzka-stavi-domy-z-prepravnic-kontejneru-staci-ji-na-to-mesic-1hp-/stavba.asp?c=A090922_150549_stavba_rez> [2009-09-23]

JANATA, Zdeněk. KOTÝNKOVÁ Magdalena (2002). K bezdomovství a možnostem jeho prevence. *Sociální politika*, 2002, roč. 28, č. 11, s. 3-6, ISSN 0049-0961

KALINA, Kamil (2008). *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 400 s., ISBN 978-80-247-2449-2

KALINA, Kamil a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 392 s., ISBN 978-80-247-1411-0

KNOBLOCH, František (2007). *Učební text: Kvalitativní versus kvantitativní výzkum*. 2007, [online], dostupné z www: <<http://samba.fsv.cuni.cz/~knobloch>> [2009-02-28]

KOSTELECKÝ, Tomáš (2005). Recenze knihy LUX et al., *Bydlení – věc veřejná: Sociální aspekty bydlení v České republice a v zemích Evropské unie*, Praha: SLON, 2002, 287 s., ISBN 80-86429-12-1, in: *Sociologický časopis=Czech Sociological Review*, 2005, roč. 41, č. 2, str. 330-332, ISSN 0038-0288

KOTÝNKOVÁ, Magdalena (1998). Fenomén sociálního vyloučení v kontextu české společnosti (1). *Sociální politika*, 1998, roč. 24, č. 12, s. 11-12, ISSN 0049-0961

KOTÝNKOVÁ, Magdalena. (1999). Fenomén sociálního vyloučení v kontextu české společnosti (2). *Sociální politika*, 1999, roč. 25, č. 1, s. 10-11, ISSN 0049-0961

KUNSTOVÁ, Helena. *Písemné zpracování příkladů dobré praxe, porovnání spektra a systému služeb ve vybraných zemích EU: Skandinávský model veřejných služeb*. Český helsinský výbor: 2006, 6 s. [online], dostupné z www: <http://www.rovnosance.cz/uploads/CHV_Dansko.doc> [2009-04-22]

LÚČNA, Silvia (2009). *Psychoterapia a terapeutická komunita v liečbe závislostí*. 2009. [online] dostupné z www: <<http://www.google.cz/#hl=cs&source=hp&q=psychoterapia+a+terapeutick%C3%A1+komunita+v+lie%C4%8Dbe+z%C3%A1vislost%C3%AD&btnG=Vyhledat+Googlem&lr=&aq=f&aqi=&aql=&oq=psychoterapia+a+terapeutick%C3%A1+komunita+v+lie%C4%8Dbe+z%C3%A1vislost%C3%AD&fp=e90e454ea526b27f>> [2010-03-03]

LUX, Martin et al. (2002). Bydlení – věc veřejná: Sociální aspekty bydlení v České republice a zemích Evropské unie. 1. vydání. Praha, Sociologické nakladatelství, 2002, 287 s. ISBN 80-86429-12-1

MAREŠ, Petr. *Sociologie nerovnosti a chudoby*. Vydání první. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999, 248 s., ISBN 80-85850-61-3

MAREŠ, Petr - SIROVÁTKA, Tomáš (2008). Sociální vyloučení (exkluze) a sociální začleňování (inkluze) – koncepty, diskurz, agenda. *Sociologický časopis*, 2008, roč. 44, č. 2, s. 271-294, ISSN 0038-0288

MILLER, William R. – ROLLNICK, Stephen. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*. 1. vydání v českém jazyce. Tišnov: Sdružení SCAN, 2003, 332 s., ISBN 80-86620-09-3

MMR (2005). *Koncepce bytové politiky, schválená vládou usnesením ze dne 16. 3. 2005* č. 292. březen 2005, [online], dostupné z [www](http://www.mmr.cz/Bytova-politika/Koncepce-Strategie/Koncepce-bytove-politiky-z-r--2005-%281%29):
<<http://www.mmr.cz/Bytova-politika/Koncepce-Strategie/Koncepce-bytove-politiky-z-r--2005-%281%29>> [2010-05-03]

MMR (2006). *Strategie regionálního rozvoje České republiky na roky 2007-2013, schválená usnesením Vlády České republiky usnesením č. 682 ze dne 12. července 2000*. [online], dostupné z [www](http://www.mmr.cz/getdoc/f77e14bc-2c26-4884-9fda-b47c24a5294b/Strategie-regionalniho-rozvoje-Ceske-republiky-pro):
<<http://www.mmr.cz/getdoc/f77e14bc-2c26-4884-9fda-b47c24a5294b/Strategie-regionalniho-rozvoje-Ceske-republiky-pro>> [2010-04-18]

MOLEK, Jan (2009). *Marketing sociálních služeb*. 1. vydání. Praha: VÚPSV, 2009, 163 s., ISBN 978-80-7416-026-4, [online], dostupné z [www](http://www.vupsv.cz/index.php?p=publikace&site=default):
<<http://www.vupsv.cz/index.php?p=publikace&site=default>> [2010-04-15]

MPSV (2003). *Bílá kniha v sociálních službách. Konzultační dokument*. 2003, [online], dostupné z [www](http://www.mpsv.cz/cs/9):
<<http://www.mpsv.cz/cs/9>> [2010-04-05]

MPSV (2009a). *Evropský rok boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení*. 2009. [online], dostupné z [www](http://www.mpsv.cz/cs/7718):
<<http://www.mpsv.cz/cs/7718>> [2009-10-20]

MPSV (2007) *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*. 2007. [online], dostupné z [www](http://www.mpsv.cz/cs/3857):
<<http://www.mpsv.cz/cs/3857>> [2010-02-23]

MPSV (2010). *Národní program Evropského roku boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení. Česká republika*. 2010. [online], dostupné z [www](http://www.mpsv.cz/cs/7455):
<<http://www.mpsv.cz/cs/7455>> [2009-10-20]

MPSV (2009d). *Národní program Evropského roku boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení*. 2009 [online], dostupné z www:
<<http://www.mpsv.cz/cs/7455>> [2009-10-20]

MPSV (2008a). *Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2008 – 2010 schválená usnesením Vlády České republiky č. 1209 z 22. 9. 2008*, 2008a [online], dostupné z www:
<<http://www.mpsv.cz/cs/5828>> [2009-04-11]

MPSV (2009c). *Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009 – 2012*. 2009. [online], dostupné z www:
<<http://www.mpsv.cz/cs/9>> [2010-05-10]

MPSV (2008b). *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2007*. Praha: MPSV, 2008, 1. vydání, 196 s., ISBN 978-80-86878-83-6, [online], dostupné z www:
<<http://www.mpsv.cz/cs/3869>> [2009-05-01]

MPSV (2009b). *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí – 2008*. Praha: MPSV, 2009, 178 s., ISBN 978-80-7421-004-4 [online], dostupné z www:
<http://www.mpsv.cz/files/clanky7870/ročenka_2008b.pdf> [2009-12-23]

MPSV. *Vyhlášení dotačního řízení MPSV ČR pro rok 2010 v oblasti poskytování sociálních služeb*. [online], dostupné z www:
<<http://www.mpsv.cz/cs/7471>> [2009-11-12]

MUNKOVÁ, Gabriela (2004). *Sociální deviace: Přehled sociologických teorií*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004, 134 s., ISBN 80-246-0279-2

MUSIL, Libor - KUBALČÍKOVÁ, Kateřina - HAVLÍKOVÁ, Jana (2009). *Přístup pracovníků vybraného zařízení sociálních služeb ke klientům v kontextu implementace Standardů kvality*. Praha: VÚPSV, 2009, 66 s., ISBN 978-80-7416-036-3, [online], dostupné z www:
<<http://www.vupsv.cz/index.php?p=publikace&site=default>> [2009-11-04]

MZ. *Dotační program MZ ČR Národní program zdraví – projekty podpory zdraví: vyhlášení dotačního výběrového řízení pro rok 2010* [online], dostupné z www:
<<http://www.mzcr.cz/Verejne/Pages/437-dotacni-program-mz-cr-narodni-program-zdravi-projekty-podpory-zdravi-vyhlaseni-dotacniho-vyberoveho-rizeni-pro-rok-2010.html>> [2009-11-13]

MZ. *Integrační operační programy IOP pro období 2007-2013*, dostupné z www:
<<http://www.strukturalni-fondy.cz/iop>> [2009-11-13]

NAKONEČNÝ, Milan (1997). *Motivace lidského chování*. 1. vydání. Praha: Academia, 1997, 270 s., ISBN 80-200-0592-7

NAKONEČNÝ, Milan (1999). *Sociální psychologie*. 1. vydání. Praha: Academia, 1999, 287 s., ISBN 80-200-0690-7

NEUWIRTHOVÁ, Šárka (2009). O ergoterapii – a nejen o ní: Terapeutické aktivity v ÚSP Hrabyně. *Sociální služby*, 2009, roč. 11, č. 3, s. 22-23, ISSN 1803-7348

OBADALOVÁ, Miroslava (2003). Problémy bezdomovství. *Sociální politika*, 2003, roč. 29, č. 1, s. 3-4, ISSN 0049-0961

OBADALOVÁ, Miroslava (2001). *Přístup k bydlení sociálně ohrožených skupin*. 2001, VUPSV, s. 8-9 [online], dostupné z <http://www.vupsv.cz/index.php?p=publikace&rok=2001&kateg=91&oddeleni=vse&cite=&pracovnik=vse&klasif=&search=&site=default&limit=20&projekt=>> [2010-04-15]

OCHRANA, František (2007). *Manažerské metody ve veřejném sektoru: teorie, praxe a metodika uplatnění*. 2. upravené a rozšířené vydání. Praha: Express, s.r.o., 2007, 178 s., ISBN 80-86929-23-X

PEŠKOVÁ, Lada (2009). Plzeň koupí stavební buňky pro bezdomovce, zařídí jim lékaře. *ČTK*, 2009, [online], dostupné z <http://zpravodajstvi.plzen.cz/clanky/Plzen-koupi-stavebni-bunky-pro-bezdomovce-zaridi-jim-lekare-7318> [2009-09-07]

PLHÁKOVÁ, Alena (2006). *Dějiny psychologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006, 328 s., ISBN 80-247-0871-X

POTŮČEK, Martin - MAŠKOVÁ, Miroslava a kol. (2009). *Česká republika – trendy, ohrožení, příležitosti*. Vydání první. Praha: Karolinum, 2009, 364 s., ISBN 978-80-246-1655-1

PRŮDKOVÁ, Táňa - NOVOTNÝ, Přemysl (2008). *Bezdomovectví*. 1. vydání. Praha: TRITON, 2008, 93 s., ISBN 978-80-7387-100-0

RADIMECKÝ, Josef (2006a). Očekávání pracovníků terapeutických komunit vs. proces změny chování klientů. *Adiktologie*, 2006, roč. 6, č. 1, s. 42-53, ISSN 1213-3841

RADIMECKÝ, Josef (2006b). *Terapeutické komunity pro uživatele drog*. 2006. [online] dostupné z <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/72/173/Terapeuticke-komunity-pro-uzivatele-drog.html?acc=enb> [2010-03-14]

Ressource Information Service (2006). *Emergency Hostels in the UK: An Analysis of Provision from the Emergency Accommodation Directory*. London: March 2006, 9 s. [online], dostupné z <http://www.homelessuk.org/search/resultText.asp?searchText=Analysis+Directory+2006&Search=Search&postBack=1&resultsPage=%2Fsearch%2FresultText.asp&searchPage=%2Fsearch%2FsearchText.asp> [2010-04-15]

ŠAFR, Jiří - SEDLÁČKOVÁ, Markéta (2006). *Sociální kapitál. Koncepty, teorie a metody měření*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2006, 93 s. ISBN 80-7330-095-8

ŠPIDLA, Vladimír (2009). *Devět z deseti Evropanů chce okamžitá opatření proti chudobě*. 2009, [online], dostupné z www:
<<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/09/1585&format=HTML&aged=0&language=CS&guiLanguage=fr>> [2010-02-19]

ŠUPKOVÁ, Danuše (2008). Závislost jako jeden z aspektů života bezdomovců. *Adiktologie*, 2008, roč. 8, č. 1, s. 44-51, ISSN 1213-3841

ŠUPKOVÁ, Danuše a kol. (2007). *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007, 62 s., ISBN 978-80-247-2245-0

VALENTOVÁ, Božena (1999). *Sociální aspekty bydlení*. 1999, [online], dostupné z www:
<<http://www.mmr.cz/Bytova-politika/Statistiky-Analyzy/Analyzy-a-odborne-texty-z-oblasti-bydleni-%281%29/Socialni-aspekty-bydleni>> [2010-04-06]

VANÍČKOVÁ, Barbora (2009). Ve Francii nabízejí bydlení ve stylových kontejnerech. *Novinky.cz*, 2009, [online], dostupné z www
<<http://www.novinky.cz/bydleni/reality-a-finance/177926-ve-francii-nabizeji-bydleni-ve-stylovych-kontejnerech.html>> [2009-09-03]

VESELÝ, Arnošt - NEKOLA, Martin (2007). *Analýza a tvorba veřejných politik. Přístupy, metody a praxe*. 1. vydání. Praha: SLON, 2007, 407 s., ISBN 978-80-86429-75-5

Vláda České republiky (2009a). 78. *Zpráva o stavu lidských práv v ČR za rok 2008. Tisková zpráva z 1. 6. 2009* [online], dostupné z www:
<<http://www.vlada.cz/cz/clenove-vlady/ministri-pri-uradu-vlady/michael-kocab/tz/78--zprava-o-stavu-lidskych-prav-v-cr-za-rok-2008-58377/>> [2009-10-26]

Vláda České republiky (2009b). *Programové prohlášení Vlády ČR. 1. 6. 2009* [online], dostupné z www:
<<http://www.vlada.cz/cz/jednani-vlady/programove-prohlaseni/programove-prohlaseni-vlady-cr-58369/>> [2009-10-22]

VOKURKA, Martin - HUGO, Jan a kol. (2009). *Velký lékařský slovník*. 8. vydání. Praha: Maxdorf, 2009, 1144 s., ISBN 978-80-7345-166-0, [online], dostupné z www:
<<http://lekarske.slovníky.cz/pojem/resocializace>> [2010-03-11]

Wikipedia. The Free Encyclopedia, *Maslow's Hierarchy of Needs.svg*, [online], dostupné z www:
<http://en.wikipedia.org/wiki/File:Maslow%27s_Hierarchy_of_Needs.svg> [2010-03-04]

Wikipedia. Otevřená encyklopedie. *Sociální facilitace*, [online], dostupné z www:
<http://cs.wikipedia.org/wiki/Soci%C3%A1ln%C3%AD_facilitace> [2010-04-10]

ZUKAL, Jiří (2010). Evropský rok boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení. *Veřejná správa*, 2010, roč. 21, č. 2, s. 18-19, ISSN 1213-6581

Legislativa

Všeobecná deklaráce lidských práv. [online], dostupné z www:

<http://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni_vztahy/lidska_prava/vseobecna_deklarace_lidskych_prav/index.html> [2010-04-05]

Sdělení ministerstva zahraničních věcí č. 14/2000 Sb. m. s. o Evropské sociální chartě, [online], dostupné z www:

<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2000/smlou_02.html#castka_7m> [2009-04-11]

Lisabonská smlouva. [online], dostupné z www:

<<http://www.euroskop.cz/192/sekce/lisabonska-smlouva---ke-stazeni/>> [2010-04-05]

Listina základních práv Evropské unie, [online], dostupné z www:

<<http://www.euroskop.cz/627/sekce/charta-zakladnich-prav-eu/>> [2010-04-05]

Usnesení předsednictva ČNR č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky, ve znění pozdějších předpisů, [online], dostupné z www:

<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1993/zakon_1q.html#castka_1> [2009-04-11]

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 183/2006 Sb., o územním plánování a stavebním řádu (stavební zákon), ve znění pozdějších předpisů,

Zákon č. 379/2005 Sb., o ochraně před škodami působenými alkoholem, tabákovými výrobky a dalšími návykovými látkami, ve znění pozdějších předpisů

Nařízení vlády č. 306/2006 Sb., o stanovení některých podmínek pro dodávky potravin z intervenčních zásob ve prospěch nejchudších osob

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Internetové zdroje

Communities and Local Government <<http://www.communities.gov.uk/>>

EUROSKOP <<http://www.euroskop.cz/>>

FEANTSA <<http://www.feantsa.org/>>

Homeless UK <<http://www.homelessuk.org/>>

Ministerstvo práce a sociálních věcí <<http://www.mpsv.cz/>>

Ministerstvo pro místní rozvoj <<http://www.mmr.cz/>>

Ministerstvo vnitra <<http://www.mvcr.cz/>>

Ministerstvo zahraničních věcí <<http://www.mzv.cz/>>

Ministerstvo zdravotnictví <<http://www.mzd.cz/>>

Priestor pre život <<http://www.priestorprezivot.sk/>>

Sdružení Podané ruce, o.s. <<http://www.podaneruce.cz/>>

Vláda České republiky <<http://www.vlada.cz/>>

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí <<http://www.vupsv.cz/>>

Přílohy

Příloha 1 Typologie ETHOS pro Českou republiku (tabulka)

1. Typologie ETHOS s návrhem národních subkategorí pro Českou republiku

Konceptní kategorie	Operační kategorie	Životní situace	Generická (druhov) definice	Národní subkategorie	★	
BEZ STŘECHY	1 Osoby přetřívající venku	1.1 Veřejné prostory nebo venku (na ulici)	Osoby přetřívající na ulici nebo ve veřejné přístupných prostorách bez možnosti ubytování	1.1.1 Osoby spící venku (např. ulice, pod mostem, nádraží, letiště, veřejné dopravní prostředky, kanály, jeskyně, odstavené vany, stany, garáže, prádelny, sklepy a půdy domů, vraky aut)	b	
	2 Osoby v noclehárně	2.1 Noclehárna	Osoby bez obvyklého bydliště, které využívají nízkoprahové noclehárny	2.1.1 Osoby v nízkoprahové noclehárně 2.1.2 Osoby sezonně užívatelci k přenocování prostory zařízené bez lůžek	b b	
BEZ BYTU	3 Osoby v bytových pro bezdomovce	3.1 Azylový dům pro bezdomovce	Osoby v azylových domech s krátkodobým ubytováním	3.1.1 Muži v azylovém domě 3.1.2 Ženy v azylovém domě 3.1.3 Matky s dětmi v azylovém domě 3.1.4 Otcové s dětmi v azylovém domě 3.1.5 Úplné rodiny v azylovém domě 3.1.6 Osoby v domě na půli cesty	b b b b b b	
		3.2 Přechodná ubytovna	Osoby ve veřejných ubytovných s krátkodobým ubytováním, které nemají vlastní bydlení	3.2.1 Osoby ve veřejné komerční ubytovně (nemají jinou možnost bydlení) 3.2.2 Osoby v přístřeší po vystěhování z bytu 3.3.1 Bydlení s podporou výslovně určené pro bezdomovce neexistuje	b b b	
		3.3 Přechodná (podporované ubytování)				
	4 Osoby v pobytových zařízeních pro ženy	4.1 Pobytové zařízení pro ženy		Ženy ubytované krátkodobě v zařízení z důvodu ohrožení domácím násilím	4.1.1 Ženy ohrožené domácím násilím pobývající na skryté adrese	a
					4.1.2 Ženy ohrožené domácím násilím pobývající v azylovém domě	a
	5 Osoby v ubytovných pro imigranty	5.1 Přechodné bydlení (azylová zařízení pro žadatele o azyl) 5.2 Ubytovny pro migrující pracovníky		Imigranti v přechodných ubytovných z důvodu imigrace Osoby v ubytovných pro migrující pracovníky	5.1.1 Žadatelé o azyl v azylových zařízeních	a
					5.2.1 Migrující pracovníci – cizinci ve veřejné komerční ubytovně (nemají jinou možnost bydlení)	a
	6 Osoby před opuštěním instituce	6.1 Věznice a vazební věznice 6.2 Zdravotnické zařízení 6.3 Zařízení pro děti		Bez možnosti bydlení po propuštění Zůstává dle z důvodu absence bydlení Bez možnosti bydlení	6.1.1 Osoby před opuštěním věznice	a
					6.2.1 Osoby před opuštěním zdravotnického zařízení	a
					6.3.1 Osoby před opuštěním dětské instituce 6.3.2 Osoby před opuštěním péčovské péče	a a
	7 Uživatelé dlouhodobější podpory	7.1 Pobytová péče pro starší bezdomovce 7.2 Podporované bydlení pro bývalé bezdomovce		Senioři a osoby invalidní dlouhodobě ubytované v azylovém domě Dlouhodobé bydlení s podporou pro bývalé bezdomovce	7.1.1 Muži a ženy v seniorském věku nebo invalidě dlouhodobě ubytované v azylovém domě	b
					7.2.1 Bydlení s podporou výslovně určené pro bezdomovce neexistuje	
	NEJISTÉ BYDLENÍ	8 Osoby žijící v nejistém bydlení	8.1 Přechodné bydlení u příbuzných nebo přátel	Přechodné bydlení u příbuzných nebo přátel	8.1.1 Osoby přechodně bydlící u příbuzných nebo přátel (nemají jinou možnost bydlení)	a
8.2 Bydlení bez právního nároku			Bydlení bez právního nároku, nezákonné obsazení budovy	8.1.2 Osoby v podnájmu (nemají jinou možnost bydlení)	a	
8.3 Nezákonné obsazení pozemku			Nezákonné obsazení pozemku	8.2.1 Osoby bydlící v bytě bez právního důvodu 8.2.2 Osoby v nezákonné obsazené budově 8.3.1 Osoby na nezákonné obsazeném pozemku (zahradkářské kolonie, zeměnice)	a b b	
9 Osoby ohrožené vystěhováním		9.1 Výpověď z nájemního bytu 9.2 Ztráta vlastnictví bytu		Výpověď z nájemního bytu Ztráta vlastnictví bytu	9.1.1 Osoby, které dostaly výpověď z nájemního bytu	a
					9.2.1 Osoby ohrožené vystěhováním z vlastního bytu	a
10 Osoby ohrožené domácím násilím		10.1 Policejné zaznamenané domácí násilí		Případy, kdy policie zasáhla k zajištění bezpečí obětí domácího násilí	10.1.1 Osoby ohrožené domácím násilím – policejné zaznamenané případy – oběti	a
NEVÝHOVUJÍCÍ BYDLENÍ	11 Osoby žijící v provizorních a neobvyklých stavbách	11.1 Mobilní obydlí	Mobilní obydlí, které není určeno pro obvyklé bydlení	11.1.1 Osoby žijící v mobilním obydlí, např. maríngotka, karavan, hausbót (nemají jinou možnost bydlení)	a	
		11.2 Neobvyklé stavba	Nouzový přístřešek, bouda, chatrč, barák	11.2.1 Osoby žijící v budově, která není určena k bydlení, např. osoby žijící na pracovišti, v zahradních chatkách se souhlasem majitele	a	
		11.3 Provizorní stavba	Provizorní stavba	11.3.1 Osoby žijící v provizorních stavbách nebo v budovách např. bez kolaudace	a	
12 Osoby žijící v nevhodném bydlení	12.1	Obydlené neobyvatelné byty	Bydlení v objektu označeném podle národní legislativy jako nevhodné k bydlení	12.1.1 Osoby žijící v nevhodném objektu – obydlí se stalo nezpůsobilým k obývání, ale dříve mohlo být	a	
13 Osoby žijící v předělném bytě	13.1	Nejvyšší národní norma definující předělní	Definované jako překračující nejvyšší normu podle rozměru nebo počtu místností	13.1.1 Osoby žijící v předělných bytech	a	

* Použité zkratky v posledním sloupci – Stupeň ohrožení

a – ohrožené osoby

b – bezdomovci

Zdroj: Hradecký, 2007

Příloha 2 Statistika kapacit a využití vybraných pobytových služeb sociální prevence (tabulky)

1. POČET A CELKOVÁ KAPACITA VYBRANÝCH PSSP k 31.12.2007/ k 31.12.2008

	počet zařízení		v tom pobyt		kapacita celkem	v tom pobyt	
	celkem	celoroční	týdenní	denní		celoroční	denní
Noclehárny	29/54	15/25	0/2	5/27	459/610	303/547	66/-
Azylové domy	162/185	134/185	8/0	9/0	4208/5600	3257/5600	974/-
Terapeutické komunity	13/16	10/16	0/0	0/0	136/270	13/270	128/-
Služby následné péče	-23	-23	-4	-0	-62	-62	-0

Zdroj dat MPSV 2008, 2009 (upraveno)

2. KAPACITA VYBRANÝCH PSSP (POČET POKOJŮ) k 31.12.2007/k 31.12.2008

	Počet jednolůžk. pok.			Počet dvoulůžk. pok.			Počet tří- a vícelůžk. pok.		
	celkem	celoroč.	týden.	celkem	celoroč.	týden.	celkem	celoroč.	týden.
Noclehárny	0/0	0/0	0/0	16/24	16/24	0/0	70/102	70/97	0/5
Azylové domy	121/136	117/136	4/0	364/511	362/511	2/0	351/822	340/822	11/0
Terapeutické komunity	13/11	13/11	0/0	20/54	20/54	0/0	25/27	25/27	0/0
Služby následné péče	-6	-6	-0	-13	-13	-0	-5	-5	-0

Zdroj dat MPSV 2008,2009 (upraveno)

3. POČET UŽIVATELŮ (KLIENTŮ) VYBRANÝCH PSSP

	k 31.12.2006		k 31.12.2007		k 31.12.2008	
	celoroč. pobyt	denní pobyt	celoroč. pobyt	denní pobyt	celoroč. pobyt	denní pobyt
Noclehárny	235	48	303	66	455	225
Azylové domy	2 912	954	3 257	974	3864	0
Terapeutické komunity	63	0	128	0	160	0
Služby následné péče	-	-	-	-	41	0

Zdroj dat MPSV 2008,2009 (upraveno)

4. POČET NEUSPOKOJENÝCH ŽADATELU O VYBRANÉ PSSP v r. 2007/v r. 2008

	celkem
Noclehárny	340/977
Azylové domy	1 704/2548
Terapeutické komunity	260/94
Služby následné péče	-53

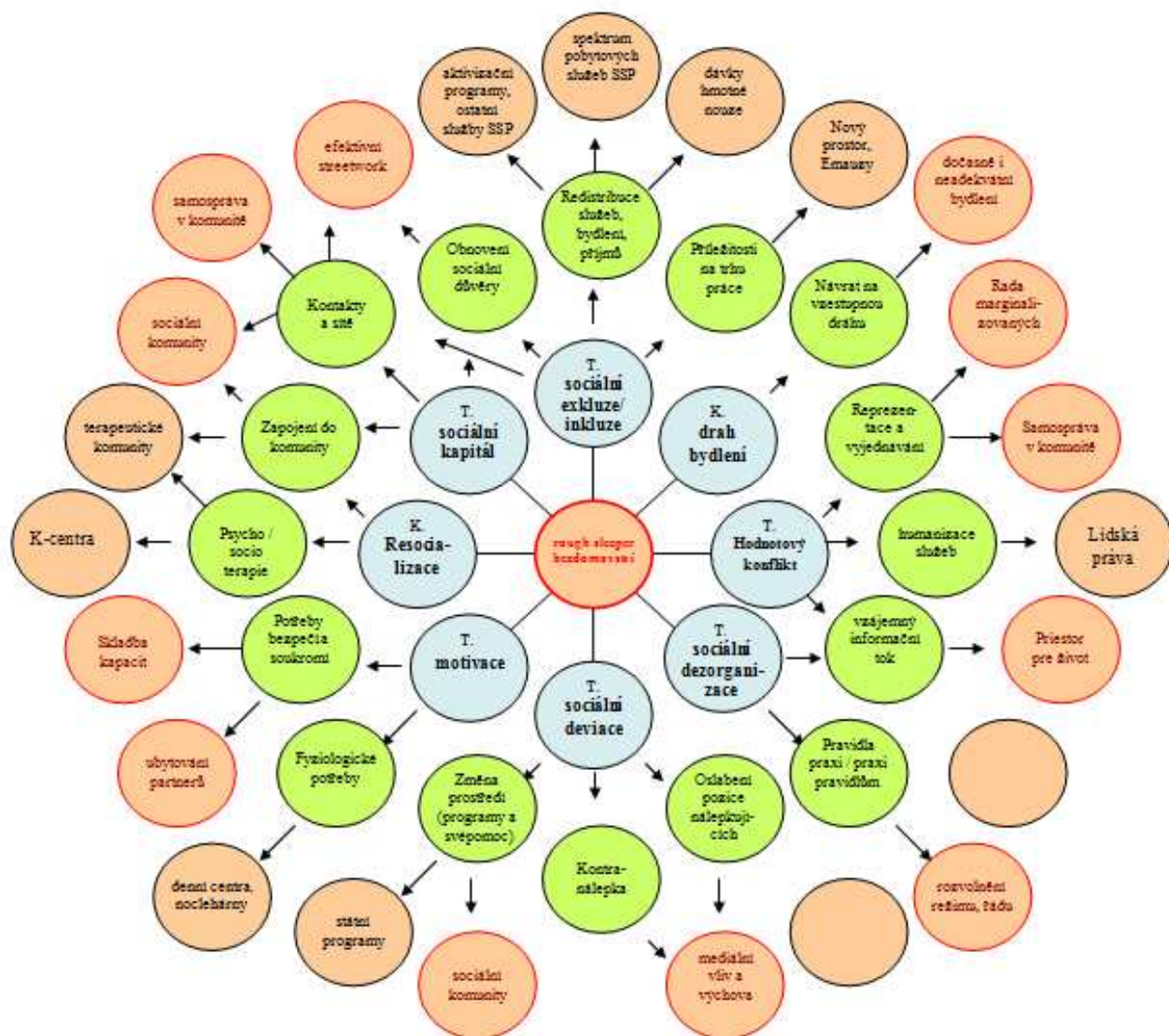
Zdroj: MPSV 2008b, 2009b (upraveno)

5. VELIKOST NOUZOVÝCH UBYTOVEN VELKÉ BRITÁNIE v lednu 2006

Celkový počet lůžek	Počet a % z ubytoven	Počet a % z lůžek
méně než 10	27 9%	189 2%
10 – 19	92 29%	1290 12%
20 – 29	64 21%	1476 13%
30 - 49	66 21%	2518 23%
50 - 99	49 16%	3431 31%
více jak 100	14 4%	2023 19%
Celkem	312 100 %	10927 100%

Zdroj: www.homelessuk.org (Analysis)

Příloha 3 Spektrum nalezených řešení problému (schéma)



Zdroj: autor

Příloha 4 Obsah vybraných pobytových služeb sociální prevence

(ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)

Noclehárny (§ 63 a § 76 zákona, § 28 vyhlášky)

Poskytují ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (*zajištění podmínek pro běžné úkony osobní hygieny a pro celkovou hygienu těla*), poskytnutí přenocování (*přenocování, úklid a výměna ložního prádla*).

Služba se poskytuje za úhradu ve výši stanovené poskytovatelem.

Azylové domy (§ 57 a § 76 zákona, § 22 vyhlášky),

Poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění (*vytvoření podmínek pro samostatnou přípravu nebo pomoc s přípravou stravy, zajištění nebo poskytnutí stravy*), poskytnutí ubytování (*ubytování zpravidla po dobu nepřevyšující 1 rok, umožnění celkové hygieny těla, vytvoření podmínek pro zajištění úklidu, praní a žehlení osobního prádla, výměny ložního prádla*), pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (*pomoc při vyřizování běžných záležitostí vyplývajících z individuálních plánů, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob, včetně uplatňování zákonných nároků a pohledávek*).

Služba se poskytuje za úhradu ubytování (*max. 100 Kč denně, u rodiny s nezletilými dětmi 70 Kč denně/dospělý a 40 Kč denně/dítě, včetně provozních nákladů*) a stravy (*maximálně 150 Kč denně za celodenní stravu v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel, 75 Kč za oběd, včetně provozních nákladů*).

Terapeutické komunity (§ 67 a § 76 zákona, § 33 vyhlášky)

Poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života. Služba obsahuje poskytnutí stravy (*vytvoření podmínek pro samostatnou přípravu nebo pomoc s přípravou stravy, zajištění nebo poskytnutí stravy*), poskytnutí ubytování (*ubytování, zajištění podmínek pro úklid, praní ložního prádla a žehlení, zajištění podmínek pro celkovou hygienu těla*), zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (*aktivity umožňující lepší orientaci ve vztazích odehrávajících se ve společenském prostředí*), sociálně terapeutické činnosti (*pracovní terapie a další socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k trvalé abstinenci, prevenci relapsu, rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob, výchovné, vzdělávací, aktivizační a volnočasové aktivity*), a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a pro obstarávání osobních záležitostí (*pomoc při vyřizování běžných záležitostí, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*).

Služba se poskytuje za úhradu ubytování (*150 Kč denně celkem včetně provozních nákladů*) a stravy (*150 Kč denně za celodenní stravu v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel, 75 Kč za oběd, včetně provozních nákladů*).

Služby následné péče (§ 64 a § 76 zákona, § 29 vyhlášky),

Jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstínují. Služba obsahuje tyto základní činnosti: sociálně terapeutické činnosti (*socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k trvalé abstinenci, prevenci relapsu, rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob*), zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (*aktivity umožňující lepší orientaci ve vztazích odehrávajících se ve společenském prostředí, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí pomoc při vyřizování běžných záležitostí, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*). Služba poskytovaná formou pobytových služeb v zařízeních následné péče obsahuje vedle těchto základních činností obsahuje poskytnutí ubytování (*ubytování, zajištění podmínek pro úklid, praní ložního prádla a žehlení, zajištění podmínek pro celkovou hygienu těla*) a poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy (*vytvoření podmínek pro samostatnou přípravu stravy, nebo zajištění celodenní stravy*).

Služba se poskytuje za úhradu ubytování (*maximálně 150 Kč denně včetně provozních nákladů*) a stravy (*150 Kč denně za celodenní stravu v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel, 75 Kč za oběd, včetně provozních nákladů*).

Příloha 5 Pravidlá pobytu vo Verejnom kempe Priekopa u Martina

Článok 1. Povinnosti obyvateľov kempu

- a./ Vo Verejnom kempe platí zásada tolerancie a súcitu s druhými. Osobné záujmy sú podriadené kolektívu - komunite. Táto zásada je prvoradá a nemenná.
- b./ Vo Verejnom kempe je zakázané požívať alkoholické nápoje a drogy. Pod vplyvom alkoholu je zakázané vstupovať do objektu Verejného kempu a táto zásada platí aj pre náhodných návštevníkov.
- c./ Ubytovaní sa podieľajú na hradení nákladov spojených s prevádzkou kempu, náklady na el. energiu, palivá a iné náklady, nutné k zabezpečeniu prevádzky Verejného kempu.
- d./ Ubytovaní sa riadia pokynmi správcu kempu alebo jeho povereným zástupcom.
- e./ Každý obyvateľ kempu je povinný odpracovať 32 hodín mesačne na prácach spojených s budovaním kempu resp. na prácach spojených s prevádzkou kempu. O odpracovaných hodinách sa bude viesť evidencia.
- f./ Vo verejnom kempe nie je dovolené klamať, kraďnúť a ohovárať. Ďalej nie je dovolené byť dlžný alebo byť dlžníkom. V kempe nie je dovolené zneužívať slabších jedincov k osobnému prospechu, ako aj k získaniu osobných výhod. Každý obyvateľ sa podieľa v rámci svojich možností a schopností na prácach v kempe.

Článok 2. Práva obyvateľov kempu

- a./ Každý obyvateľ Verejného kempu využíva možnosti, výdobytky a produkty v primeranom rozsahu a potreby, za uplatnenia zásad tolerancie a súcitu k druhým.

Článok 3. Záverečné ustanovenia

- a./ Trojnásobným porušením zásad uvedených v Článku 1 bude mať za následok vylúčenie z komunity a odchodu z Verejného kempu. Toto je povinný rešpektovať každý a opustiť Verejný kemp do 48 hodín.
O vylúčení dostane menovaný písomné potvrdenie s uvedením dôvodu vylúčenia.
- b./ Doterajší obyvatelia Verejného kempu sú povinní prijať Pravidlá pobytu vo Verejnom kempe s podpisom o poučení. Nedodržanie tohto pravidla bude mať za následok vylúčenie z komunity resp. Verejného kempu. V prípade neakceptovania pravidiel sú povinní opustiť Verejný kemp do 48 hodín.
- c./ Nikto z ubytovaných si nebude uplatňovať nárok za vykonané práce vo Verejnom kempe. Neplatí zásada zásluhovosti, ani lepších osobných schopností. Každý schopnejší využíva svoje schopnosti v prospech komunity. Platí zásada: Čím viac schopnejší, tým viac slúži druhým.

Zdroj: Priestor pre život 6/2003:7

Příloha 6 Smlouva o poskytnutí služby sociální péče v terapeutické komunitě

Níže uvedeného dne, měsíce a roku u z a v ř e l i

1) Pan (paní)(jméno a příjmení), nar. (datum narození),
bydliště (adresa), rodné číslo, v textu této smlouvy
dále jen „Osoba“
zastoupený(á)

a

2) Sdružení Podané ruce, o. s. se sídlem v Brně, Francouzská 36, 602 00, zastoupená Ing. Janem
Bartoškem, v textu této smlouvy dále jen „Poskytovatel“,

v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, tuto smlouvu o poskytnutí služby sociální
péče v terapeutické komunitě podle § 68 cit. zák. (v textu této smlouvy dále jen „Smlouva“):

I

Rozsah poskytování sociální služby

- (1) Poskytovatel se zavazuje poskytovat Osobě v terapeutické komunitě
 - a) ubytování,
 - b) stravování,
 - c) úkony péče.
- (2) Osobě mohou být poskytovány jako fakultativní další činnosti.

II

Ubytování

- (1) Osobě se poskytuje ubytování ve dvou, případně trojlůžkovém pokoji.
- (2) Pokoj je vybaven pro jednoho klienta následujícím zařízením: lůžko, šatní skříň, noční stolek, světlo
stropní, lampička.
- (3) Mimo pokoj a prostory uvedené v předchozím odstavci může Osoba způsobem obvyklým užívat
společně s ostatními Osobami v domově také:
 - a) jídelnu,
 - b) kuchyni,
 - c) sprchy a WC,
 - d) společenskou místnost,
 - e) balkón.
 - f) dílny,
 - g) terapeutickou místnost,
 - h) hřiště,
 - i) posilovnu.
- (4) Ubytování zahrnuje také topení, teplou a studenou vodu, elektrický proud.
- (5) Osoba je povinna podílet se na úklidu, udržování prostor, topení, vaření, praní a žehlení, **péči
o domácí zvířata** v souladu s vnitřními pravidly terapeutické komunity.
- (6) Poskytovatel je povinen zajistit podmínky pro úklid, praní prádla a žehlení.
- (7) Osoba je povinna užívat prostory vyhrazené jí k ubytování a k užívání řádně. V prostorách nesmí
Osoba bez souhlasu Poskytovatele provádět žádné změny.

III

Stravování

- (1) Osoba má nárok na poskytnutí stravy.
- (2) Stravování probíhá podle vnitřních pravidel terapeutické komunity.
- (3) Osoba se podílí na přípravě stravy v souladu s vnitřními pravidly terapeutické komunity.

IV

Péče

- (1) Poskytovatel se zavazuje a je povinen poskytovat Osobě tyto základní činnosti:
 - a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:
aktivity umožňující lepší orientaci ve vztazích odehrávajících se ve společenském prostředí,
 - b) sociálně terapeutické činnosti:

1. pracovní terapie a další socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k trvalé abstinenci, prevenci relapsu, rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,
 2. výchovné, vzdělávací, aktivizační a volnočasové aktivity,
- c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:
1. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,
 2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob.

V

Místo a čas poskytování sociální služby

- (1) Služba sjednaná v čl. I. Smlouvy se poskytuje v terapeutické komunitě provozované Poskytovatelem na adrese TK Podcestný Mlýn, Kostelní Vydří 64, 380 01 Dačice.
- (2) Služba sjednaná v čl. I. Smlouvy se poskytuje 24 hodin denně, a to každý den po dobu platnosti Smlouvy.

VI

Výše úhrady a způsob jejího placení

- (1) Osoba je povinna zaplatit úhradu za ubytování a stravu v částce 3500 Kč měsíčně.
- (2) Poskytovatel je povinen předložit Osobě vyúčtování úhrady podle odstavců 1 až 3 za kalendářní měsíc, a to nejpozději do 10. pracovního dne v kalendářním měsíci, který následuje po kalendářním měsíci, za nějž Poskytovatel vyúčtování předkládá.
- (3) Úhrada se platí zálohově, a to do posledního dne v kalendářním měsíci, za který má být zaplacen.
- (4) Osoba se zavazuje a je povinna platit úhradu podle tohoto článku v hotovosti v pokladně Poskytovatele, nebo zaslat platbu převodem na účet terapeutické komunity a jako variabilní symbol uvést rodné číslo Osoby.
- (5) Osoba je povinna doložit Poskytovateli výši svého příjmu ve smyslu § 7 zákona č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu. Výši příjmu je Osoba povinna doložit při nástupu do terapeutické komunity a dále při každé změně příjmu.
- (6) Přeplatky na úhradách za služby poskytované Poskytovatelem podle této Smlouvy je Poskytovatel povinen vyúčtovat a písemně vyúčtování. Osobě předat (doručit) nejpozději do konce kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za nějž přeplatek vznikl. Poskytovatel je povinen přeplatek vyplatit Osobě v hotovosti nejpozději ve lhůtě, v jaké je povinen předat (doručit) vyúčtování tohoto přeplatku.
- (7) Zamlčela-li Osoba skutečnou výši svého příjmu při jeho doložení podle odst. 7 tohoto článku, je povinna doplatit úhradu do částky stanovené podle skutečné výše jejího příjmu.

VII

Ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených Poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb

- (1) Osoba prohlašuje, že byla seznámena s vnitřními pravidly terapeutické komunity (Pravidla Terapeutické komunity pro drogově závislé Podcestný mlýn), v níž se poskytuje sociální služba podle této Smlouvy. Osoba prohlašuje, že vnitřní pravidla jí byla předána v písemné podobě, že tato pravidla přečetla a že jim plně porozuměla. Osoba se zavazuje a je povinna tato pravidla dodržovat.

VIII

Výpovědní důvody a výpovědní lhůty

- (1) Osoba může Smlouvu vypovědět bez udání důvodu. Výpovědní lhůta pro výpověď Osobou činí 24 hodin, pokud je den následující po dni, ve kterém byla výpověď podána, dnem pracovním. Je-li následujícím dnem po dni podání výpovědi sobota, neděle nebo svátek, činí výpovědní doba tolik hodin, kolik jich je mezi okamžikem podání výpovědi a šestnáctou hodinou nejbližšího pracovního dne.
- (2) Poskytovatel může Smlouvu vypovědět pouze z těchto důvodů:
 - a) Jestliže Osoba hrubě porušuje své povinnosti vyplývající ze Smlouvy. Za hrubé porušení Smlouvy se považuje zejména:
 1. zamlčení výše příjmu nebo jeho změn, pokud byla úhrada za ubytování a stravu stanovena podle odst. 2 čl. VI Smlouvy nebo pokud Osoba úhradu za ubytování a stravu neplatila podle odst. 3 čl. VI Smlouvy,
 2. nezaplacení úhrady, byla-li Osoba povinna platit úhradu podle čl. VI Smlouvy.

- b) Jestliže Osoba hrubě poruší povinnosti, které jí vyplývají z vnitřních pravidel terapeutické komunity, a to zejména za:
1. užívání návykových látek (alkoholu či drog, nevztahuje se na tabák, kofein), a to i mimo objekt, ve kterém je služba sjednaná v čl. I Smlouvy poskytována,
 2. vnesení návykových látek (nevztahuje se na tabák, kofein) do objektu, ve kterém je služba sjednaná v čl. I Smlouvy poskytována,
 3. fyzické napadení jiné osoby či osob v terapeutické komunitě,
 4. vyhrožování fyzickým násilím jiné osobě či osobám v terapeutické komunitě,
 5. úmyslné ničení majetku Poskytovatele,
 6. neúčast na programu terapeutické komunity.
 7. za krádež majetku Poskytovatele, nebo jiných Osob
- (3) Výpovědní lhůta pro výpověď danou Poskytovatelem z důvodů uvedeného v odst. 2 písm. a) tohoto článku činí 24 hodin.
- (4) Výpovědní lhůta pro výpověď danou Poskytovatelem z důvodů uvedeného v odst. 2 písm. b) tohoto článku činí 2 hodiny.

IX

Individuální plán klienta

- (1) Osoba, která uzavírá smlouvu s poskytovatelem služby si stanovuje individuální plán na léčbu.
- (2) Tematické vymezení plánu Osoba konzultuje s Poskytovatelem tak, aby byl plán sestaven v rámci možností obou smluvních stran a jeho naplnění bylo reálné.
- (3) Tematické vymezení plánu klienta.....
.....
.....
.....
.....
.....

X

Doba platnosti Smlouvy

- (1) Smlouva nabývá platnosti a účinnosti okamžikem jejího podpisu oběma smluvními stranami.
- (2) Doba platnosti a účinnosti Smlouvy je sjednána na dobu určitou. A to ode dne podpisu této Smlouvy oběma smluvními stranami na dobu trvání příslušného programu terapeutické komunity. Nejdéle však na 12 měsíců od podpisu této Smlouvy. V případě potřeby lze smlouvu prodloužit. Termín dokončení programu terapeutické komunity bude stanoven pozdější dohodou mezi Osobou a Poskytovatelem a bude písemně zaznamenán do individuálního plánu Osoby.

XI

- (1) Smlouva je vyhotovena ve dvou exemplářích s platností originálu. Každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- (2) Smlouva může být měněna nebo zrušena pouze písemně.
- (3) Osoba nemůže práva z této Smlouvy postoupit na jiného.
- (4) Smluvní strany prohlašují, že Smlouva vyjadřuje jejich pravou a svobodnou vůli a že Smlouvu neuzavřely v tísní za nápadně nevýhodných podmínek.
- (5) Smluvní strany prohlašují, že smlouvu přečetly, jejímu obsahu rozumí a s jejím obsahem úplně a bezvýhradně souhlasí, což stvrzují svými vlastnoručními podpisy.

V Kostelním Vydří dne

podpis Osoby

podpis Poskytovatele

Zdroj: www.podaneruce.cz

Příloha 7 Výzkumné otázky (ministerstva, poskytovatelé služeb)

1. Nakolik myslíte, že je stávající strategie prevence úpadku do bezdomovství v NAPSI 2008-2010 dostačující k řešení problému bezdomovství, když neobsahuje konkrétní cíle i ke snižování počtů bezdomovců? Chystá se její změna a v čem by měla spočívat? Do jaké míry souhlasíte s tvrzením, že zajištění bydlení/ubytování je předpokladem k další možné resocializaci tzv. „*rough sleepers*“?
2. Uvažuje se, resp. připravuje se zákonná úprava bezdomovství (definice bezdomovství, kategorizace bezdomovců, sociální pomoc jednotlivým kategoriím apod. podobně jako např. ve Velké Británii)? Pokud ano, mohl byste stručně navrhovanou úpravu s jejími hlavními instituty přiblížit?
3. Jaký je Váš názor k důvodům využití kapacit nocleháren a azylových domů pouze cca do 75 % (viz. Statistická ročenka MPSV za rok 2008)? Statisticky jsou uváděny i významné počty neuspokojených žadatelů o tyto služby ve srovnání s jejich kapacitou. O jaké důvody odmítání žadatelů o tyto pobytové služby sociální prevence převážně jde ve Vašich zařízeních?
4. Jestliže by mohly přispět ke snížení počtů tzv. „*rough sleepers*“ případné změny ubytovacích podmínek pobytových služeb sociální prevence, o jaké změny by mohlo dle Vašeho názoru jít?
5. Nakolik myslíte, že je obsah standardů kvality sociálních služeb, stanovený vyhl. č. 505/2006 Sb., dostatečný? Proč podle Vás není konkretizován pro jednotlivé sociální služby, a zejména pro pobytové služby sociální prevence, využívané bezdomovci? Není žádoucí podrobnější stanovení „jak“ má být ta která služba poskytnuta (pravidla, řád v zařízení)?
6. Jaká je ve Vámi provozovaných noclehárnách hranice tolerance pro přijetí a setrvání v noclehu u závislých (alkohol, drogy) a duševně nemocných bezdomovců? Je podle Vašeho názoru vhodné ukončovat denně pobyt bezdomovců v noclehárně a proč? Můžete potvrdit tuto tezi: pokud týž klient opakovaně denně vyhledává službu noclehárny, je ubytován zpravidla vždy v jiném pokoji (s jinými spolunocležníky), na jiném lůžku a bez možnosti si zde ponechat své „věci“?
7. Do jaké míry jsou vstřícné ubytovací řády a pravidla Vašich azylových domů „požadavkům“ tzv. „*rough sleepers*“, jako je nabídka více jedno a dvoulůžkových pokojů pro větší soukromí, pro ubytování partnerů, ubytování bezdomovců chovajících zvíře, rozvolnění režimu denních příchodů a odchodů, přijímání návštěv, přizpůsobení režimu skupinám bezdomovců s různými závislostmi, s psychickými a fyzickými handicapy? Jaká je ve Vašich azylových domech hranice tolerance pro přijetí a setrvání v ubytování u závislých (alkohol, drogy) a duševně nemocných bezdomovců? Myslíte, že by byla vhodná a reálně možná „specializace“ jednotlivých azylových domů na různé skupiny bezdomovců (s různými druhy závislostí, s psychickými a fyzickými handicapy, pro ubytování partnerů, pro ubytování chovatelů domácích zvířete)? Jaká úskalí by takové řešení podle Vašeho názoru mělo?
8. Nakolik by bylo podle Vás vhodné a možné ke snížení počtu tzv. „*rough sleepers*“ zřízení nové služby pro závislé a duševně nemocné bezdomovce, kteří na stávající pobytové služby svojí nepřízpůsobivostí „nedosáhnou“? Jakou by tato služba podle Vašeho názoru mohla mít podobu (charakteristiku)? Mohlo by jít o komunitu v malých stavbách (obytné buňky, chaty, obytné kontejnery) s mírnějším režimem než v terapeutické komunitě, kde prioritou by bylo zkvalitnění života „*rough sleepers*“ a jejich resocializace by byla až následná, druhoplánová? Nebo spíše o tzv. kemp pro bezdomovce k jejich resocializaci ve formě obdobných malých zařízení komunitního charakteru? Jaká úskalí by taková služba podle Vašeho názoru měla? Bylo by možné předpokládat zájem o poskytování takové služby i zařízeními Vaší organizace?
9. Z výzkumu, provedeného v r. 2005 - 2007 PhDr. Šupkovou a kol. z Naděje o. s. mezi zaměstnanci Záchrané služby, Fakultních nemocnic, Psychiatrických léčeben a azylových domů, vzešel požadavek na zřízení sociálně zdravotnických zařízení (rekonvalescenčních center) specializovaných na doléčení bezdomovců po jejich ošetření či hospitalizaci, není-li tato již nutná. Uvažuje se o zřízení těchto či podobných zařízení, např. v kontextu s Prioritami rozvoje sociálních služeb pro období 2009 - 2012? Byl tento požadavek směřován i na příslušná ministerstva? O jakou službu, jaké charakteristiky a v jakém rozsahu by mohlo jít? Nakolik jde podle Vašeho názoru o vhodné a potřebné řešení k řešení problému bezdomovství?
10. Jaké rady a doporučení byste mi v kontextu výše uvedeného udělili?

Příloha 8 Výzkumné otázky (Plzeň)

Otázky k projektu:

1. Jaké cíle byly řešením sledovány a z kolika a jakých variant jste řešení vybírali?
2. Podle jakých kritérií byly případné varianty posuzovány, resp. podle jakých kritérií byla tato Vámi zvolená varianta zimního ubytování bezdomovců vyhodnocena jako optimální?
3. V případě, že bylo víc kritérií, jakým způsobem byly stanoveny váhy jednotlivých kritérií a jaká byla velikost těchto vah?
4. Jakými metodami byly případné varianty zimního ubytování bezdomovců hodnoceny?
5. V čem tedy hlavně spatřujete optimálnost tohoto řešení (ubytování v obytných buňkách) pro bezdomovce?
6. Jaké byly celkové náklady projektu?
7. Vzhledem k informaci o plánovaném připojení inženýrských sítí, kanalizace a vodovodu prosím sdělte, jaké bylo stanovisko stavebního úřadu, tj. na jakou dobu a k jakému účelu užívání je zařízení schváleno a jaké případné požadavky/povinnosti pro užívání stavební úřad stanovil.

Otázky k provozu:

1. Domníváte se, že buňky přilákaly v Plzni do noclehárny tzv. „rough sleepers“ (tj. bezdomovce venku nocující a jen sporadicky využívající sociální služby) a na základě čeho tak soudíte? Tj. zvýšil se zájem o služby noclehárny díky ubytování v buňkách noclehárny ze strany bezdomovců, jak velký je/byl a je/byl uspokojen?
2. Jaká byla/jsou kriteria (kladené požadavky) na ubytování bezdomovců v buňkách noclehárny? V čem se liší tato kriteria výběru bezdomovců pro ubytování v buňkách noclehárny od ubytování v ostatních kapacitách noclehárny? Dožadovali se bezdomovci spíše ubytování v obytných buňkách nebo v původních prostorách noclehárny a z jakých důvodů?
3. Jaký je provozní/ubytovací řád zařízení (obytných buněk)?
4. Jakým sanitárním zařízením jsou obytné buňky vybaveny?
5. Jak zařízení (možnost ubytování v obytných buňkách) hodnotí sami bezdomovci a jak zaměstnanci noclehárny?
6. Byla kapacita podle zimních zkušeností dostatečná nebo je plánováno její rozšíření o další buňky?
7. Vyskytly se při provozu nějaké nepředpokládané nedostatky tohoto řešení (tj. ubytování bezdomovců v obytných buňkách) a jak byly/budou řešeny?
8. Je vhodné dle Vašeho názoru ukončovat denně pobyt bezdomovců v noclehárně a proč?
9. Kdy byla noclehárna v obytných buňkách uvedena do provozu a dokdy bude jako noclehárna plnit svou funkci (vzhledem k tiskové informaci o budoucím využití buněk k jiným účelům (služby lékaře, bydlení pro matky s dětmi)?
10. Jaká je/byla tedy vlastně kapacita noclehárny - obytných buněk?

Příloha 9 Výzkumné otázky (Slovensko)

1. Jaké jsou požadavky ubytovacího řádu ve Vašem veřejném kempu na bezdomovce/klienty?
2. Jaká je ve Vašem kempu obecná hranice tolerance pro přijetí a setrvání v noclehu u nesnášenlivých, závislých (alkohol, drogy) a duševně nemocných bezdomovců?
3. Jak velký je zájem o kemp ze strany tzv. „rough sleepers“ bezdomovců a je uspokojen?
4. V čem zejména spatřujete optimálnost Vašeho řešení (kempu) pro bezdomovce?
5. Jaká je kapacita chat/pokojů Vašeho kempu?
6. Jsou ve Vašem kempu zaměstnání sociální pracovníci a zdravotnický personál, resp. jak spolupracujete s těmito specialisty?
7. Jak řešíte konfliktní (agresivní) chování klientů, porušení pravidel kempu?
8. Jak motivujete klienty k účasti na provozu a výstavbě kempu?
9. Jaké jsou přibližné roční náklady na provoz Vašeho kempu, jaké je jejich složení a z jakých zdrojů jsou pokryty?
10. Jaká je v současnosti tolerance vůči Vašemu kempu a jeho klientům ze strany místních obyvatel?
11. S jakými případnými těžko řešitelnými problémy při provozu kempu se potýkáte, resp. co byste rád změnil?
12. Případná další důležitá sdělení z Vaší strany?

Použité zkratky

AD - azylové domy
AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome (syndrom získaného selhání imunity)
B&B - bed and breakfast (nocleh se snídaní)
bydl. - bydlení
CD - compact disc (kompaktní disk)
ČR - Česká republika
ČTK - Česká tisková kancelář
EFTC - Evropská federace terapeutických komunit
EK - Evropská komise
EP - Evropský parlament
ETHOS - evropská typologie bezdomovství
EU - Evropská unie
FEANTSA - Evropská federace národních sdružení pracujících s bezdomovci
FN- fakultní nemocnice
HIV - Human Immunodeficiency Virus (retrovir způsobující AIDS)
KÚ - krajský úřad
MěÚ - městský úřad
MHD - městská hromadná doprava
MMR - ministerstvo pro místní rozvoj
MPSV - ministerstvo práce a sociálních věcí
MZd - ministerstvo zdravotnictví
MV SR – Ministerstvo vnitra Slovenské republiky
N - noclehárny
NAPSI - Národní akční plán sociálního začleňování
nevh. - nevhodné
NNO - neziskové nestátní organizace
odb. - odbor
OSN - Organizace spojených národů
OZ – občianske združenie (občanské sdružení)
PC – personal computer (osobní počítač)
PL - psychiatrické léčebny
podp. - podporované
QOL - kvalita života
RC - rekonvalescenční centra
S.A.D. - Sdružení azylových domů
SNP - služby následné péče
soc. - sociální
TBC - tuberkulóza
TK - terapeutické komunity
WFTC - Světová federace terapeutických komunit
WHO - Světová zdravotnická organizace
zdr. - zdravotní
ZZS - Záchraná zdravotní služba