



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Agentura
pro sociální začleňování

Manuál o zdraví a zdravotní péči v sociálně vyloučených lokalitách

Autoři: Daniela Mosaad Pěničková, Kateřina Janovská, Tereza Baltag, Jan Hrubeš

Leden 2017

Text neprošel jazykovou ani grafickou korekturou

Kapitola 1: Determinanty zdraví v sociálně vyloučených lokalitách

Zdravotní nerovnosti

Průřezové výzkumy i klasické longitudinální epidemiologické studie provedené v šedesátých až devadesátých letech 20. století dokazují, že ve všech společnostech dochází k nerovné distribuci zdraví a nemocí. Lidé ve vyšších socioekonomických pozicích jsou nejenom bohatší, ale také zdravější. Tento fenomén, označovaný jako sociální gradient, se v Evropském regionu WHO projevuje například tím, že úmrtnost lidí v nejnižších sociálních pozicích je dvakrát až třikrát vyšší než u lidí, kteří jsou na vrcholu společenské hierarchie (Marmot et al., 1991). Rozdíl ve střední délce života mezi lidmi na nejvyšších a nejnižších pracovních postech se pohybuje okolo pěti let. Mezi bohatými a chudými byl rovněž zjištěn rozdíl devíti až dvanácti let v délce života bez invalidity (Marmot and Wilkinson, 1999). Ačkoli pro sociální nerovnosti ve zdraví existují různá vysvětlení, převládá shoda v tom, že jsou do značné míry důsledkem sociálního a ekonomického uspořádání společnosti. O tento názor se opírá koncept sociálních determinant zdraví, zdůrazňující význam širších sociálně-ekonomických podmínek života a jejich podstatný příspěvek k výskytu či absenci bezprostředních zdravotních rizik. Například američtí autoři Link s Phelanem (1995) zavedli v této souvislosti termín „fundamentální příčiny nemocí“, Marmot (2000) pak hovoří o „příčinách příčin“ (causes of causes) nemocí.

Existující rozdíly ve zdraví nejsou však pouze výsledkem rozdílu v materiálním blahu mezi chudými a bohatými. Hrají zde roli další související faktory, jako jsou pocit kontroly nad vlastním životem, povaha a délka práce, sociální soudržnost a sociální jistoty. Ukazuje se, že dobré mezilidské vztahy, smysluplnost života, respekt a společenské uplatnění jsou pro zdraví lidí klíčové faktory (Oxford Textbook of Public Health, 2004). Ve všech těchto oblastech jsou na tom obecně hůře lidé chudí, lidé trpí sociální deprivací. To beze zbytku platí i o situaci osob žijících v sociálně vyloučených lokalitách v České republice, kde se k sociálnímu vyloučení způsobenému chudobou často přidává i faktor etnicity (tzv. visible ethnicity, tedy vizuálně determinované etnicity, která je asociována především s Romy a v některých vyloučených lokalitách také s Ukrajinci a Vietnamci), který v české společnosti dlouhodobě přispívá k přetrvávání a prohlubování sociální vyloučenosti. Ačkoliv v sociálně vyloučených lokalitách stoupá počet neromských obyvatel (chudých etnických Čechů, kteří z české většinové společnosti nejčastěji s Romy příbuzensky mísí), jsou to především Romové, u nichž mnohočetnost znevýhodňujících faktorů produkuje největší zdravotní nerovnosti. Jelikož se chudoba v ČR podobně jako v ostatních státech EU odvíjí především od nízké formální vzdělanosti a dlouhodobé nezaměstnanosti, jsou Romové znevýhodněni dvojnásob. Do roku 1989, kdy byly nastaveny ekonomické podmínky tak, že bylo mandatorní zaměstnat všechny osoby ve státě, měli Romové a ostatní lidé nižší ekonomické vrstvy práci zajištěnou. V tržním hospodářství se podmínky zásadně změnily. Stát může zaměstnanost ovlivňovat mnohem méně a většinou pouze nepřímo, průmyslová výroba a těžba uhlí, ve kterých byli lidé ze stávajících SVL (nebo jejich rodiče) nejvíce zaměstnáváni, se přelily na východ nebo byly výrazně zredukovány. Při snižování stavů v těchto odvětvích je to právě romská etnicita, která asociována s mnohými negativními stereotypy, vytváří podhoubí pro diskriminaci Romů při hledání nových zaměstnání, která je opakovaně potvrzena výzkumy (např. Ombudsman, 2012). Výsledkem je pak významně horší zdraví Romů a dalších osob žijících v chudobě.

Nedostatek validních údajů o zdraví sociálně vyloučených osob je v ČR dlouhodobým problémem. Rutinní celostátní statistiky ani zdravotnický informační systém údaje o zdraví v SVL nesledují.

Základními ukazateli zdravotního stavu jsou tak **naděje na dožití¹** a **kojenecká úmrtnost²**, kde se lze opírat o údaje z nedávných a poměrně rozsáhlých výzkumných projektů, které se zabývaly těhotenstvím a porodem u Romů (Bobák 2005, ELSPAC 2011, Binder 2015). Je však důležité uvést, že se nejedná o údaje, které by pokrývaly celou populaci romských novorozenců, a tudíž určité zkreslení nejde vyloučit. Nicméně starší i nejnovější data zřetelně ukazují na konkrétní zdravotní nerovnosti a zdravotní znevýhodnění Romů v sociálně vyloučených lokalitách ve srovnání s většinovou populací (Sastipen 2009, Roma Inclusion Index 2015). Lze je shrnout následovně:

- Očekávaná délka života je asi o 10 let nižší než u většinové populace; kojenecká úmrtnost je asi dvakrát vyšší, než je celostátní průměr. Romské děti tvoří 3% všech živě narozených dětí, ale mezi mrtvě narozenými jich je až 5%.
- Romové mají vyšší porodnost než je celostátní průměr, mezi rodičkami je vyšší podíl mladistvých matek a výrazně nižší porodní hmotnost novorozených dětí.
- Porodní výsledky ukazují na výrazné rozdíly mezi romskými a ne-romskými matkami
- Vysoký výskyt kardiovaskulárních chorob a diabetu 2. typu
- Vysoká prevalence bolestí zad a poruch hybnosti, které se objevují v mladém věku
- Častý výskyt chronické obstrukční plicní nemoci; romské ženy jsou postiženy častěji než ženy většinové populace,
- Celkově vyšší omezení denních aktivit z důvodu špatného zdravotního stavu
- Vyšší výskyt infekčních chorob, zejména hepatitidy A a B; větší riziko TBC, sexuálně přenosných chorob a HIV/AIDS
- Obezita a špatná výživa, vysoká prevalence kouření; 60% romských žen v těhotenství kouří, některé více než 20 cigaret denně
- Častější drogová závislost mezi mládeží a dětmi
- Horší orální zdraví, nedostatečná ústní hygiena, nižší počet návštěv u zubních lékařů
- Nižší využívání preventivní péče včetně stomatologické prevence
- Vyšší využívání primární péče, a to zejména ve vyšším věku; vyhledávání lékařské péče v pozdějším stadiu onemocnění
- Častější výskyt hypothyreoidismu, orofaciálních anomálií a kongenitálních kataraktu (Richterová 2001, Seeman, Šišková 2006).

Hypotéza „celkové náchylnosti k nemocem“ (general susceptibility hypothesis)

Výsledky řady studií napovídají, že existují faktory, které zvyšují náchylnost osob k určité nemoci. Tzv. general susceptibility hypothesis, tedy volně přeloženo jako *teorii obecné náchylnosti k nemocem*, vysvětluje, proč jsou některé sociální skupiny náchylnější k nemocem a k předčasnému

¹ *Naděje na dožití* anebo *střední délka života* je ukazatel udávající počet let, který má šanci žít osoba narozená v daném roce, pokud by úmrtnost v jednotlivých věkových kategoriích zůstala stejná jako v daném roce. Sleduje se podle pohlaví, protože existují významné rozdíly mezi muži a ženami; ženy žijí déle.

² *Kojenecká úmrtnost* je podíl zemřelých dětí do jednoho roku věku na 1000 živě narozených.

umírání (Thurlow 1967, Locker 1993). Existují tedy fundamentální determinanty zdraví, vytvářející základ pro celkově vyšší zranitelnost některých skupin lidí, které přesvědčivě dokládají, že nemoci vykazují silný sociální gradient. Tento fenomén lze dobře ilustrovat na nemocech způsobených kouřením, jako je chronická bronchitida, chronická obstrukční plicní nemoc či rakovina plic. Klasické Whitehallské epidemiologické studie (Marmot et al. 1991) přinesly zjištění, že vysocí úředníci, kteří vykouří 20 cigaret denně, mají menší pravděpodobnost, že onemocní rakovinou plic než nižší úředníci, kteří vykouří stejné množství cigaret. Platí to i tehdy, pokud je kontrolován obsah dehtu a úmrtnost mezi nekuřáky. V intencích hypotézy obecné náchylnosti k nemocem lze předpokládat, že zde *spolu* s kouřením působí sociální faktory, které souvisí s tím, že život v nižší společenské vrstvě je spojený s větší a vícerozměrnou deprivací, která zvyšuje pravděpodobnost chronického stresu a způsobuje jeho obtížnější zvládnutí. To pak vede k celkové náchylnosti k nemocem, která je dána kombinací vnějších environmentálních podmínek (chudí lidé obvykle bydlí v místech s větším znečištěním, hlukem, kriminalitou, horší hygienou, etc.) a zdravotně rizikového životního stylu obyvatel chudých lokalit. Životní styl, charakterizován nezdravými stravovacími návyky, kouřením, nadměrným pitím alkoholu, užíváním drog a dalšími rizikovými atributy je přitom pro materiálně a sociálně deprivované lidi často jediným dosažitelným způsobem, jak přežít a jak se vyrovnat se stresem, který život se sociálním vyloučením přináší.

Přesto, že koncept sociálních determinant zdraví je dnes považován za teoretický základ veřejného zdravotnictví, v politické praxi se zatím příliš neuplatňuje. Vznik nových ghett a zvyšování počtu sociálně vyloučených obyvatel v zemi ukazují, že intervence zaměřené na zlepšení životních podmínek jsou nedostatečné a převažuje důraz na výchovu k individuální odpovědnosti za vlastní zdraví. Ta se v současné době pojí s konceptem *zdravotní gramotnosti*. Podle něj je hlavním úkolem veřejného zdravotnictví zvyšovat znalosti, dovednosti a schopnosti lidí vztahující se ke zdraví, které pak mají vést k omezení zdravotně rizikových návyků a lepšímu a efektivnějšímu využívání zdravotní péče. Přesto, že tento předpoklad se zdá být logický, není v praxi příliš úspěšný a naráží na řadu závažných protiargumentů. Stavět změnu na zdravotnických doporučeních týkajících se zdravého životního stylu rodin, žijících v prokazatelně nezdravých podmínkách – tj. bydlících ve vlhkých, plísni a štěnicemi napadených a přeplněných ubytovnách – je nereálné (Hnilicová, 2014). Statistiky dokládají, že ani většinová česká populace doposud významně nezareagovala zvýšením své zdravotní gramotnosti na zdravotně výchovná doporučení, aby omezila kouření a pití alkoholu. Nelze proto očekávat, že pouze prostřednictvím zdravotní gramotnosti dojde k významnější pozitivní změně životních návyků v SVL (Hnilicová, Dobiášová, 2013).

Nejvýznamnější determinanty zhoršeného zdraví v SVL

Dlouhodobá nezaměstnanost se týká více než poloviny osob v SVL a je sama o sobě výrazným zdravotním rizikem. Placené zaměstnání je v západní společnosti nezbytnou součástí identity člověka, neboť uspokojuje potřebu finančního zabezpečení, umožňuje společenský kontakt a smysluplně strukturuje čas (Malindová, 2011). Dlouhodobá nezaměstnanost je tudíž stresující životní situace, která má dopad jak na psychické tak i fyzické zdraví. Vyvolává úzkosti, deprese a může být spouštěčem řady psychosomatických nemocí. Předpokládá se, že fyzické zdraví u nezaměstnaných lidí je horší než u zaměstnaných (Kebza, 2005). Lidé žijící v SVL patří v tomto smyslu k nejohroženějším. Nedostatečné zdroje, nízký socioekonomický status a neadekvátní vzdělání se vzájemně ovlivňují, působí na sebe v interakci s imunitním systémem, výživou a životním prostředím a tvoří tak začarovaný kruh zdravotního znevýhodnění, které je spojené se sociálním vyloučením i přímou a nepřímou diskriminací v mnoha oblastech společenského života.

Nevyhovující kvalita bydlení patří k výrazným faktorům ovlivňujícím zdraví. Vedle chudoby je to i široké pojetí rodiny a silná rodinná pouta v romské kultuře, která vedou k tomu, že často žije pospolu a na malém prostoru několik generací. Nucenost vystěhovávat se z finančních důvodů do neudržovaných a zchátralých budov vede k situacím, kdy multigenerační rodiny s dětmi dlouhodobě žijí ve zdraví ohrožujících podmínkách. Hygienické standardy jsou zde nevyhovující, není výjimkou, že byty jsou napadeny plísní a parazity. Určitým řešením by bylo, pokud by hygienická služba důsledněji plnila svou roli státního orgánu ochrany veřejného zdraví a prováděla pravidelně kontroly podmínek bydlení v sociálně vyloučených lokalitách. Stávající legislativa, zdůrazňující ochranu soukromí, je v tomto ohledu ne vždy dostatečně funkční. Další konkrétní překážkou je nedostatek pracovníků krajských hygienických stanic v důsledku reformy, která proběhla v průběhu posledních patnácti let (Vzájemné soužití, 2012).

Životný styl mnoha lidí v SVL lze charakterizovat jako rizikový a nezdravý. Typické je silné **kuřáctví**, a to již od raného věku. Studie ukazují, že Romové kouří častěji a více cigaret než většinová populace. Kouří 70% Romů starších 16 let a většina vykouří dvě krabičky cigaret denně, přičemž mnozí z nich kupují levné cigarety z horší kvalitou filtrů (Sastipen, 2009). Kvalitativní šetření ukazují, že u nich není patrna motivace tento zvyk zanechat, a to ani poté, když se u nich vyvine chronická plicní obstrukční nemoc. Pracovníci poraden pro odvykání kouření udávají, že Romové mezi jejich klienty chybí. V souvislosti s kouřením je jeden z největších problémů pasivní kouření dětí, kterému je mnoho z nich vystaveno v průběhu celého dětství. S tím souvisí častý výskyt alergií a bronchiálního astmatu, což potvrdili oslovení plicní lékaři z několika českých nemocnic (1.LF UK, 2015).

Drogové závislosti se vyskytují v sociálně vyloučených lokalitách frekventovaně a to včetně jejich nejnebezpečnější forem, jako je čichání toulenu (vzhledem k nízké ceně a téměř neomezené dostupnosti). Je alarmující, že mezi oběťmi jsou děti mladší deseti let. Není výjimkou, že drogovou závislostí jsou zasaženy celé rodiny, včetně prarodičů (Národní monitorovací zpráva o drogách 2012, 2014). Vedle zmiňovaného zneužívání těkavých látek je nejčastější užívání konopných látek a pervitinu. Drogová situace se v různých lokalitách liší. V řadě z nich nepředstavují drogy problém, který by byl závažnější, než je tomu mimo sociálně vyloučené lokality, zatímco v jiných vyloučených lokalitách je užívání návykových látek přímo spojeno se sociálním vyloučením. V zasažených oblastech jsou patrné zdravotní důsledky, které závisí od typu drog. U injekčních uživatelů drog jsou to abscesy, flegmóny, hepatitidy, toxické psychózy nebo výrazné poškození chrupu. Ze sociálních důsledků je nejzávažnější chudoba související s dlouhodobou nezaměstnaností, vedoucí k zadluženosti s následnými exekucemi. Do dluhové pasti se sociálně vyloučení lidé dostávají také v důsledku patologického hráčství, jehož dramatický nárůst je v ČR zaznamenán již od 90. let minulého století (Národní monitorovací zpráva o drogách 2014).

Alkohol je standardně udávaným faktorem souvisejícím se sociálním vyloučením, ať již k vyloučení vede nebo je jeho důsledkem. Závislost na alkoholu však ukazuje určitá etnická specifika a jeví se jako problém převládající především u etnických Čechů, kteří také převládají v počtu bezdomovců. Na rozdíl od drog, nadměrné pití alkoholu není u romské populace příliš rozšířené. Nedávná slovenská studie ukazuje, že problém alkoholizmu je u Romů méně než u většinové populace (Hepa Meta Study, 2014). I další výzkumná šetření ukazují na nižší spotřebu alkoholu mezi Romy. Konkrétně bylo zjištěno, že romské ženy pijí alkohol v průměru méně často než ženy z většinové populace (Bobák 2005, Klímová 2011). Pro srovnání je zajímavé uvést, že toto platí i pro obyvatelky romských osad východního Slovenska (Hepa Meta Study, 2014). Také romští muži pijí alkohol méně než je běžné u mužů většinové populace. Podle výsledků studie Sastipen (2009) v posledním roce nepilo žádný alkohol až čtyřicet procent romských mužů, kdežto podle reprezentativního celostátního šetření nepilo alkohol pouze 8% českých mužů (Sovinová, Czémy, 2012). Rozdíl je zde evidentní, a to i pokud

bychom připustili určité zkreslení výsledků ze strany respondentů. Lze se domnívat, že jednou z příčin menší obliby alkoholu u Romů může být skutečnost, že Romové alkohol hůře metabolizují, a historicky se tak u nich nerozvinula motivace k požívání většího množství alkoholických nápojů. Ačkoliv existují etnicky podmíněné biologické odlišnosti, které jsou výzkumně potvrzeny,³ o kulturních návycích v souvislosti s pitím alkoholu lze pouze hypotetizovat.

Obezita. Výzkumy i zkušenosti z klinické praxe ukazují, že obezitou je zasažena významná část populace sociálně vyloučených osob, včetně dětí (Vacková, Brabcová 2015). Důvodem obezity je nezdravá výživa, a to jak z hlediska nutriční skladby, tak i kalorické hodnoty. U movitější části romské i neromské populace chudých je obliba jídel typu fast food, ohřívané sekané a uzeniny v pouličních stáncích a bufetech, hot dogy a jídla typu Mc Donald (EQUI Health Roma: Czech Republic, 2015). Nedávná studie zmapovala výživové zvyklosti ve vyloučených romských osadách na východním Slovensku. Bylo potvrzeno, že Romové ve srovnání s majoritní populací jedí významně méně ovoce, zeleniny a mléčných výrobků. Romské ženy mají vyšší spotřebu masa a také nealkoholických (slazených, kofeinových) nápojů. Tyto rozdíly ve stravovacích návycích by mohly být spojeny s vyšším výskytem metabolického syndromu v mladším věku (Hepa Meta Study, 2014). Tyto závěry s velkou pravděpodobností platí také pro romské obyvatele z vyloučených lokalit v ČR. Podrobně jsou zmapovány výživové zvyklosti romských těhotných žen v českých SVL. Bylo potvrzeno, že výživa těhotných Romek je horší než u většinové populace. Obsahuje více sladkostí, bílého pečiva, nasycených tuků a méně zeleniny a ovoce (Rambousková, 2003, 2009). U romských novorozenců byl zjištěn relativní nedostatek jódu, což může mít negativní vliv na růst a mentální vývoj (Dlouhý, 2006). Obezita spolu s nedostatkem pohybu má vliv na vysokou prevalenci kardiovaskulárních nemocí, metabolických poruch, pohybových problémů a navíc dále zhoršuje jejich prognózu. Lékaři z plicních oddělení nemocnic v oblastech s větší koncentrací Romů soudí, že obezita a fyzická nečinnost u Romů přispívají k rychle se zhoršujícímu průběhu nemocí spojených s kouřením, jmenovitě pak chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN). Díky častému kouření se tato nemoc u dospělých Romů vyskytuje relativně často. Navíc je obezita, zvláště abdominální obezita u žen, jedním z hlavních rizikových faktorů pro vývoj i průběh astmatu a schopnost pacientů tuto chronickou nemoc zvládat (Hnilicová, 2016).

Jak úvodní kapitola Manuálu ilustruje, zdravotní nerovnosti v sociálně vyloučených lokalitách jsou významné a četné a má-li úsilí o jejich snižování být efektivní, musí být komplexní a mnohavrstevné. Jednu ze základních rovin této práce představuje dokonalejší využití stávajícího systému, viz následující kapitola.

³ Přibližně 50 procent Asiatů a jenom 5 procent Evropanů je nositeli mutace, která urychluje rozklad alkoholu na acetaldehyd, který se pak hromadí v těle. Jedním z jeho nepříjemných účinků je bolest hlavy a nevolnost. Lidé asijského původu mají ve své genetické informaci často **mutaci**, která zhoršuje fungování dalšího enzymu, odbourávajícího acetaldehyd na neškodnou kyselinu octovou. V roce 2008 zjistil tým genetiků z Yaleské univerzity, že jedna z těchto mutací (ADH1B-47His zřejmě byla ve východoasijské populaci upřednostňována přirozeným výběrem (zdroj: www.prirodovedci.cz)

Kapitola 2: Systém poskytování zdravotní péče v ČR

Základní pojmy a definice

Zdraví:

Individuální zdraví (podle WHO – Světové zdravotnické organizace): Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody člověka, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci.

Veřejné zdraví (podle zákona č. 258/2000Sb.): Veřejným zdravím se rozumí zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin. Je dáno souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem života.

Ochranou veřejného zdraví se zabývá především zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví v aktuálním znění.

Zdraví je to nejcennější, co máme. To se týká nejen individuálního zdraví každého z nás. Platí to stejnou měrou pro veřejné zdraví, tj. zdravotní stav obyvatel města, kraje nebo země. Bez zdravého obyvatelstva se nemůže komunita úspěšně rozvíjet. Zdraví je stejně cenné jako svoboda, hospodářská prosperita nebo vzdělanost. Špatný zdravotní stav má také drtivý ekonomický dopad, ať již na jednotlivce, rodinu, komunitu či region.

Pojem „zdraví“, na první pohled jednoduchý, je ve skutečnosti výslednicí komplikovaného působení mnoha desítek až stovek faktorů, jejichž složení a míra vlivu se mění v průběhu života každého jednotlivce. Faktory ovlivňující zdraví nazýváme determinanty zdraví.

Determinanty zdraví:

Úroveň zdraví (= zdravotního stavu) zásadně ovlivňuje životní styl (= způsob života, životospráva) jedince. Složky životního stylu tvoří až 50% všech faktorů ovlivňujících výsledné zdraví člověka. Dále se na zdraví podílí stav životního prostředí (nejen přírodního, ale i sociálního), pracovního prostředí a rodinné zátěže (dědičné vloh). Vliv těchto determinant je velmi individuální, obecně lze každému z nich přisoudit cca 10% vlivu na zdraví. Značný význam má i úroveň zdravotní péče, a to nejenom její kvalita, ale i dostupnost (cca 15% podíl). Střetávají se zde tedy momenty biologické podstaty člověka, přírodní i společenské faktory a možnosti a schopnosti zdravotnického systému.

Zdravotní nerovnosti – inekvity:

Jak již bylo v úvodu zmíněno, úroveň zdraví není a nemůže být pro jednotlivce rovná. Některé rozdíly ve zdraví jsou výsledkem přirozené biologické různosti nebo svobodné volby chování. Řada rozdílů ale vzniká v důsledku sociálních, ekonomických nebo environmentálních podmínek bez možnosti jedinců o nich rozhodovat. Tyto rozdíly se označují jako zdravotní inekvity. Lze je snižovat až odstranit, a tím významně zlepšit zdraví cílové skupiny. Mezi doložené příčiny zdravotních inekvit patří mj. sociální vyloučení, chudoba, nízké vzdělání, příslušnost k etnické menšině, vyšší věk, nezaměstnanost, ad.

Odstraňování zdravotních inekvit se děje nejenom snižováním rozdílů mezi sociálními skupinami, ale také zvyšováním celkové sociální úrovně v celé komunitě (nejenom rozdíl, ale i gradient rozdílu).

Zdravotní péče vs. péče o zdraví:

Zdravotní péči ve smyslu popsaném v kap. 1.2. organizuje a garantuje stát, resp. jím schválené subjekty.

Péče o osobní zdraví je především zodpovědností každého jednotlivce. Tak jako u každé jiné lidské aktivity je nezbytným předpokladem jistá míra kvalifikovanosti, čili schopnosti danou aktivitu správně provádět. V oblasti zdraví lze tuto „kvalifikaci“ shrnout pod pojem zdravotní gramotnost.

Zdravotní gramotnost (ZG):

Zdravotní gramotnost (podle WHO – Světové zdravotnické organizace) je soubor kognitivních a sociálních schopností určujících motivaci a způsobilost jednotlivců k tomu, aby si dokázali získat přístup k informacím, porozuměli jim a využívali je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví.

Zdravotně gramotný je tedy člověk, který dokáže o svém zdraví kvalifikovaně rozhodovat a kladně ho ovlivňovat. Potřebné kompetence ZG se v průběhu života mění. Jiné znalosti a dovednosti potřebuje dítě, jiné dospělý člověk, jiné senior. Co potřebuje jedinec znát, aby mohl pečovat o své zdraví, lze rozdělit do několika oblastí, které se vzájemně doplňují a prolínají:

Oblast podpory zdraví: sem patří především individuální životní styl a péče o prostředí

- Životní styl: správná výživa, pohybová aktivita, denní režim, duševní hygiena, svoboda od závislosti (návykové chování), sexuální chování, bezpečné chování (prevence úrazů) ad.
- Péče o prostředí: prostředí v domácnosti, vztah k institucím, spolupráce veřejného prostoru (životní, sociální, pracovní, školní prostředí)
- Oblast prevence nemocí:
 - chování vedoucí k předcházení infekcím
 - chování vedoucí k předcházení neinfekčním chorobám (např. srdečně cévním nemocem)
 - postoje k institucím poskytujícím zdravotní péči a k medicíně založené na důkazech (Evidence Based Medicine)
 - Oblast zdravotní péče (ve smyslu zdravotnických dovedností jednotlivce):
 - kompetence ošetrovatelské péče, čili řešení běžných zdravotních potíží
 - kompetence neodkladné první pomoci
 - Kompetence pro zdravotní gramotnost získává člověk již jako dítě v rodině. Rodinné a širší sociální prostředí v dětství je pro vytváření návyků životního stylu zásadní a dobré i špatné návyky si dítě přenáší do dalšího života. Druhým nejvýznamnějším formativním sociálním prostředím je mateřská škola, kde tvorba správných návyků v této oblasti tvoří významnou součást výchovy. V základní škole je možnost korekce nevhodných návyků významně nižší.
 - Možnost zvýšit svoje kompetence zdravotní gramotnosti, a tedy schopnost lépe pečovat o vlastní zdraví, existuje kdykoliv v průběhu života. Vyžaduje však kromě znalostí a praktických dovedností také vnitřní motivaci – snahu. Pozitivní dopady správného životního stylu a péče o zdraví se totiž často neprojeví okamžitě, ale jistá omezení a nutnost přiměřené sebekontroly (např. ve výživě, konzumaci alkoholu atd.) přináší výsledky až v průběhu měsíců a let.

Prevence:

Prevence nemocí je výhodná pro jedince i pro společnost. Je účinnější, pro pacienta šetrnější a ekonomicky výhodnější než léčba již vzniklých nemocí. Z hlediska předcházení chorobám dělíme prevenci na:

1. Primární prevence: je zaměřená na zdravou/běžnou populaci nebo jednotlivce. Cílem je zabránit vzniku onemocnění nebo vznik alespoň významně oddálit. To se děje snahou

eliminovat rizikové faktory pro vznik nemoci. Sem patří např. programy podpory správné výživy, zvýšení pohybové aktivity, programy pro zvýšení bezpečnosti s cílem snížit výskyt úrazů, sexuální osvěta ad.

2. Sekundární prevence: je zaměřená na včasné odhalení nemoci. Časná stadia chorob poskytují významně vyšší šanci na úplné vyléčení, a to i v případě těžkých nemocí. Do sekundární prevence patří např. screeningové programy některých nádorů (např. rakoviny prsu, střev, děložního hrdla)
3. Terciální prevence: je zaměřena na snížení negativních dopadů již existujícího onemocnění a zabránění nebo alespoň omezení dalšího rozvoje. Sem patří např. dispenzární péče, tj. pravidelné kontroly a další opatření (vč. úprav životního stylu) u diabetiků, alergiků atd.

Někdy se používá i termín kvarterní prevence v souvislosti s předcházením pro pacienta nepříjemných a zatěžujících stavů při paliativní (= léčba zaměřená na odstranění bolesti a utrpení, která neléčí příčinu nemoci) a terminální péči.

Je prokázáno, že dobrou primární prevencí a podporu zdraví lze zabránit nebo alespoň významně oddálit rozvoji až 80% srdečně cévních nemocí i diabetu (cukrovky) 2. typu a až 40% zhoubných nádorů. Tato chronická neinfekční onemocnění přitom mají v naší populaci nejvyšší podíl na úmrtnosti a také na finančních nákladech ve zdravotnictví.

System poskytování zdravotní péče v ČR

Česká republika (ČR) garantuje všem svým občanům poskytování odborné zdravotní péče. Zdravotní služby jsou převážně poskytovány na základě povinného veřejného zdravotního pojištění a každý občan ČR má nárok na poskytnutí zdravotní péče hrazené z tohoto pojištění. Kromě toho jsou poskytovány další zdravotní služby nehrazené z pojištění.

Povinné veřejné zdravotní pojištění:

Zdravotní pojištění upravuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění.

Zdravotní pojištění občanů ČR je povinné. Jsou z něj hrazeny náklady na zdravotní péči v základním potřebném rozsahu. Pojištění a hrazení nákladů za zdravotní péči zajišťují zdravotní pojišťovny (ZP). V ČR je nyní sedm ZP: Všeobecná zdravotní pojišťovna, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, Revírní bratrská pokladna, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda.

Dominantní postavení má Všeobecná zdravotní pojišťovna, která také disponuje nejvyšším počtem poboček v ČR.

Registrace u zdravotní pojišťovny:

Registrace u ZP je povinná a každý občan se musí registrovat u zvolené zdravotní pojišťovny. Registrace se provádí na základě návštěvy na pobočce ZP, případně (v některých případech) on-line.

Pro přihlášení k ZP je třeba vyplnit písemnou Přihlášku a doložit zejména:

- Potvrzení o zaměstnání u zaměstnanců, u osob samostatně výdělečně činných oprávnění k podnikatelské činnosti a doklad o výši záloh na pojistné hrazených předchozí zdravotní pojišťovně

- v případě pojištěnců, za něž hradí zdravotní pojištění stát, doklady prokazující nárok na zařazení pojištěnce do příslušné kategorie
- Na základě registrace obdrží občan doklad („kartičku pojišťovny“), kterou je povinen předkládat při návštěvě zdravotnického zařízení.
- Právo na výběr pojišťovny nelze použít při narození dítěte – dnem narození se dítě stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, kde je pojištěna matka dítěte v době jeho narození. Není-li matka narozeného dítěte zdravotně pojištěna, stává se dítě pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je zdravotně pojištěn otec dítěte. Narození dítěte je jeho zákonný zástupce povinen zdravotní pojišťovně oznámit (vyplněním Přihlášky a evidenční listu pojištěnce, příp. on-line) a doložit doklady o rodném čísle dítěte (rodný list nebo doklad z matriky o přidělení RČ), rodném čísle matky/otce a příjmení a jménu matky/otce (průkaz totožnosti zákonného zástupce nebo kopie rodného listu atd.).

Změna zdravotní pojišťovny:

Zdravotní pojišťovnu lze změnit jen jednou za 12 měsíců, a to vždy k 1. dni pololetí. Přihláška ke zvolené zdravotní pojišťovně musí být podána nejpozději však 3 měsíce před požadovaným termínem změny. Toto omezení má za cíl zamezit neustálému přecházení pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami. Změna ZP se provádí na základě návštěvy na pobočce nebo on-line (má-li ZP el. systém). Kartičku pojištěnce je při změně ZP nutné vrátit původní ZP do 8 dnů.

Platby zdravotního pojištění:

Osoby se zdanitelnými příjmy (zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné apod.) odvádí část výdělku ze mzdy či jiných příjmů na zdravotní pojištění u zvolené zdravotní pojišťovny. Výše odvodů je určena legislativně.

Neplněním povinnosti odvádět pojistné nezaniká ani vztah ke zdravotní pojišťovně ani nárok na čerpání zdravotní péče. V případě neplacení pojistného ZP vyměří penále, které bude společně s dlužným pojistným vymáhat.

U osob bez zdanitelných příjmů je plátcem pojistného stát. Zdravotní pojištění neplatí:

- studenti do 26 let
- důchodci
- ženy na mateřské nebo rodičovské dovolené
- osoby pečující celodenně a osobně alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku
- uchazeči o zaměstnání (= nezaměstnaní evidovaní na ÚP)
- osoby pečující o dlouhodobě těžce zdravotně postižené děti nebo částečně bezmocné rodinné příslušníky starší 80 let
- osoby povoláné k vojenskému cvičení
- osoby ve vazbě nebo výkonu trestu
- Všichni pojištěnci mají povinnost nahlásit důležité změny (např. změnu či ztrátu zaměstnání, odchod do důchodu, narození dítěte apod.) své zdravotní pojišťovně, a to nejpozději do 8 dnů. Je nutné nahlásit také ztrátu registrační kartičky ZP.
- Občan má právo podílet se na kontrole výdajů poskytnuté zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním. ZP mu poskytne výpis hrazené zdravotní péče.

Zdravotní pojištění cizinců:

Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR, v platném znění, ukládá cizinci povinnost prokázat se pojištěním kryjícím náklady na zdravotní péči.

Cizincům spadajícím do systému veřejného zdravotního pojištění je garantována stejná zdravotní péče jako občanům ČR. Do systému veřejného zdravotního pojištění jsou zařazeny následující skupiny cizinců:

- osoby s trvalým pobytem na území ČR
- zaměstnanci, tj. cizinci, kteří jsou zaměstnáni u zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR
- cizinci, kteří legálně pobývají a jsou zaměstnáni či podnikají či studují na území jiného členského státu EU (dle nařízení Rady ES č. 1408/71 a č. 859/2003)
- žadatelé o mezinárodní ochranu
- azylanti a osoby s doplňkovou ochranou (pojistné hradí Min. vnitra)
- cizinci, jimž bezplatnou zdravotní péči zaručují mezinárodní smlouvy (pouze některé země)
- Ostatní cizinci splní zákonnou povinnost uzavřením smluvního zdravotního pojištění. Toto pojištění poskytují smluvní pojišťovny v různém rozsahu (pozor – nejedná se o připojištění pro turisty). Cizinec může prokázat, že náklady spojené s poskytnutím zdravotních služeb jsou hrazeny jiným způsobem.
- Cizinci musí také mít doklad o uzavřeném pojištění a předkládat ho při návštěvě zdravotnického zařízení („kartička“).

„Co dělat, když“ - nejčastější problémy:

osoba (občan ČR) není vůbec registrovaná u ZP

potřebuje neodkladnou (nebo akutní) péči

neodkladnou zdravotní péči je povinen poskytnout každý lékař (i jiný zdravotník) každé osobě v rámci svých kompetencí bez ohledu na registraci u ZP či jiné skutečnosti. Platbu za zdravotní péči pak řeší příslušné zdravotní zařízení a ZP. Vzhledem k častým problémům vymežit rozdíl mezi neodkladnou péčí a akutní péčí, lze toto opatření vztáhnout i na akutní péči.

potřebuje péči, ale ne neodkladnou

občan má navštívit pobočku zvolené ZP a zaregistrovat se, potom se registrovat u lékaře primární péče a problém řešit s ním

osoba (občan ČR) neví, jestli je registrovaná a u které pojišťovny

potřebuje neodkladnou péči

viz předchozí text

potřebuje péči, ale ne neodkladnou

občan si sám má zjistit, zda a u které ZP je pojištěný, např. osobní návštěvou na pobočkách. Neví-li, u které ZP by mohl být pojištěn, musí obejít/obvolat různé pobočky, protože ačkoliv VZP má evidenci pojištěnců všech ZP, nesděluje ji (ochrana osobních údajů)

osoba (občan ČR) je registrovaná a ví u které ZP, ale ztratila průkazku

potřebuje neodkladnou péči

viz předchozí text

potřebuje péči, ale ne neodkladnou

občan si má vyřídit novou průkazku. Náhradní potvrzení získá na pobočce bezprostředně, průkazku obvykle za několik dní až týdnů

může ZP odmítnout registraci zájemce?

ne

cizinec ze země v EU potřebuje péči

potřebuje neodkladnou péči

viz předchozí text

potřebuje péči, ale ne neodkladnou

při poskytování zdrav. péče ZP posuzuje, zda má u nás daná osoba tzv. těžiště zájmů a tedy nárok na poskytování zdrav. péče v běžném rozsahu. To ZP posuzuje na základě Dotazníku pro určení státu bydliště, v rámci kterého je zájemce vyzván k předložení dokladů potvrzujících těžiště zájmů.

cizinec ze země mimo EU potřebuje péči

nemá uzavřené smluvní pojištění a potřebuje neodkladnou péči

viz předchozí text

nemá uzavřené smluvní pojištění a potřebuje péči, ale ne neodkladnou

řešením je uzavřít smluvní pojištění nebo si péči zaplatit hotově. Může také prokázat uzavření pojištění v jiné zemi EU

Poznámka: v praxi je velmi často problematické určit, co spadá pod tzv. neodkladnou péči (definice viz dále), co je to akutní péče a co už ne. Nelze určit jednoznačně, je to velmi individuální. Pacient sám často nedokáže toto posoudit, ať už z důvodu nízké zdrav. gramotnosti (mezi kompetence ZG patří i schopnost v základní míře posoudit svůj zdrav.stav) nebo z důvodu mnohotvárnosti a složitosti projevů chorobných stavů či proto, že vzhledem k chorobě má sníženou schopnost svůj stav vyhodnotit. Tento problém je často zdrojem sporů o zneužívání pohotovostní služby nebo zdrav. záchranné péče.

Definice: Neodkladná péče: „účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život, nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí“.

Akutní péče: „účelem je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu nebo aby se pacient nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí“.

Tip: styčnou institucí pro řešení nestandardních problémů se zdravotním pojištěním je Kancelář zdravotního pojištění VZP ČR (www.kancelarZP.cz), lze zde i požádat o výjimku ve sporných případech, např. při uznávání pobytu cizinců na území ČR.

Poskytování zdravotní péče:

Poskytování zdravotní péče vymezuje především zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

Zdravotní služby, hrazené z veřejného zdravotního pojištění, mohou poskytovat pouze zdravotničtí pracovníci (popřípadě tzv. jiní odborní pracovníci ve zdravotnictví), a to v rozsahu jejich odborné způsobilosti.

Zdravotní služby jsou poskytovány ve zdravotnických zařízeních (= v registrovaných zařízeních poskytovatelů zdravotních služeb). Zdravotní pojišťovna pojištěnce (= občana, pacienta) je potom proplácí na základě smlouvy mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotní pojišťovnou. Pouze ve výjimečných případech lze hrazené zdravotní služby poskytnout i na jiném místě. Stejně tak ve výjimečných případech může poskytovat zdravotní služby neregistrovaný subjekt (např. odborná první pomoc, zdravotní služby poskytované dle zákona o sociálních službách apod.)

Pacient se finančně podílí na úhradě nebo částečné úhradě některých léčivých přípravků (= léků). Ty jsou rozděleny podle účinku do skupin, přičemž v každé skupině musí být nejméně jeden, který je zdravotní pojišťovnou zcela hrazen.

Mezi zdravotní služby patří především poskytování zdravotní péče, dále např. konzultační služby, zdravotnická záchraná služba, zdravotní dopravní služba a další.

Při poskytování zdravotní péče má pacient právo na plné a srozumitelné informace o svém zdravotním stavu a poskytované péči. Dále má právo na informace, které jsou uvedeny v jeho zdravotní dokumentaci, například nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo na výpisy či kopie z této dokumentace. Další práva i povinnosti pacienta viz **příloha č. 1**.

Typy zdravotní péče

Ambulantní péče

je péče, u které není nutné přijetí do nemocnice. Je poskytována lékaři primární péče nebo odbornými specialisty. Existuje svobodná volba lékaře, tzn., že pacient si vybírá lékaře, na které se bude v případě nemoci obracet.

Primární péči poskytuje praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař a gynekolog. U těchto lékařů se pacient musí nejprve zaregistrovat. Registrace se provádí na základě návštěvy u lékaře, který vystaví registrační list. V případě nemoci se občan obrací v prvé řadě na tyto „své“ lékaře. Předchozí objednání není nutné, je ale možné. Lékař primární péče také koordinuje zdravotní péči poskytovanou jinými lékaři, provádí preventivní prohlídky a očkování. Součástí primární péče je v případě potřeby návštěvní služba. V případě narození dítěte je návštěvní služba v domácnosti dítěte povinnou součástí zdravotní péče o novorozence.

Odborní lékaři/specialisté poskytují péči podle jednotlivých oborů. Odborného specialistu může pacient navštívit bez doporučení lékaře primární péče.

Lékař může odmítnout přijetí pacienta do péče:

- jestliže by jeho přijetí znamenalo pro lékaře takové pracovní zatížení, které by mu znemožnilo kvalitní péči o tohoto či jiné pacienty,
- pokud by vzdálenost místa pobytu pacienta neumožňovala v případě poskytování zdravotních služeb výkon návštěvní služby (existují limity dostupnosti = vzdálenosti zdravotního zařízení od místa bydliště),

- pacient není pojištěncem zdravotní pojišťovny, se kterou má poskytovatel uzavřenou smlouvu (to se nevztahuje na pojištěnce z jiných států EU, Švýcarska a států, se kterými má Česká republika uzavřenou smlouvu, zahrnující nároky na zdravotní péči).

Lékař může ukončit péči o pacienta v případě, že:

- prokazatelně předá pacienta s jeho souhlasem do péče jiného lékaře
- pominou důvody pro poskytování zdravotních služeb (= zejm. když se pacient uzdraví); to neplatí, jde-li o registrujícího lékaře (např. praktik primární péče)
- pacient vysloví nesouhlas s poskytováním veškerých zdravotních služeb
- pacient závažným způsobem omezuje práva ostatních pacientů, úmyslně a soustavně nedodržuje navrženou léčbu, přestal spolupracovat v rozsahu nezbytném pro léčbu nebo se neřídí vnitřním řádem zdrav. zařízení a toto jeho chování není způsobeno jeho zdravotním stavem
- Ukončením péče nesmí dojít k bezprostřednímu ohrožení života nebo vážnému poškození zdraví pacienta.
- V případě odmítnutí má pojištěnec právo, aby mu lékař odmítnutí potvrdil písemně. V případě neodkladné péče (např. úraz, akutní náhlé onemocnění, porod, krizové situace) nesmí lékař ani jiný zdravotník pomoc a ošetření odmítnout, poté však předává pacienta jeho ošetřujícímu lékaři.
- Pojištěnec může změnit lékaře primární péče a zaregistrovat se u jiného lékaře. Změna se provádí na základě návštěvy u lékařů (v některých případech lze on-line)

Poznámka: je zřejmé, že v případě odmítnutí se jedná často o důvody a situace, na něž může mít jiný názor pacient a jiný zdravotník. Je vhodné trvat na dodržení zákonných postupů, vyžadovat písemné potvrzení, ale v případě konfliktů jednat citlivě se snahou pochopit argumenty protistrany. Je prokázáno, že většina neshod mezi pacienty a zdravotníky vychází z nezvládnuté komunikace, často na straně zdravotníků. **Příloha č. 2** uvádí text „Doporučení postupu při nepřijetí pacienta do péče“, které Agentura zpracovala ve spolupráci s Kanceláří veřejného ochránce práv pro Poradna pro občanství/Občanská a lidská práva v Ostravě.

Lůžková péče

je zdravotní péči, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta (=přijetí do nemocnice). Lůžková péče musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu.

Lůžkovou péči doporučuje lékař primární péče nebo ambulantní specialista nebo přijetí sám dohodne.

Zdravotnická záchranná služba

Slouží pro případ náhlých těžkých onemocnění nebo úrazů, kdy se pacient nemůže sám dopravit k lékaři, a kdy je nezbytné rychlé ošetření na místě, případně přeprava pacienta do nemocnice za stálého poskytování neodkladné péče.

Bezplatná telefonní čísla tísňového volání:
155 - národní číslo tísňového volání k řešení zdravotních problémů
112 - jednotné evropské číslo tísňového volání pro přivolání pomoci k událostem s větším počtem na zdraví postižených osob a pro aktivaci integrovaného záchranného systému (policie, zdravotnická záchranná služba a hasiči) –

Pohotovostní služba

Při méně závažném náhlém onemocnění včetně zubního nebo úrazu v době mimo ordinační hodiny nebo nepřítomnosti ošetřujícího lékaře v závislosti na místních podmínkách se lékaři navzájem zastupují, nebo se organizují pohotovostní služby ve zvláštních ordinacích pohotovostní služby. Uvedené pohotovostní služby obvykle poskytují i nemocnice. Zřídit pohotovostní službu např. na poliklinice není povinné.

Domácí péče

Je péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Jde především o ošetřovatelství, rehabilitaci a dále paliativní péči u těžce nemocných osob (= kdy je hlavním cílem zmírnit potíže a usnadnit život pacienta)

Některé další typy zdravotních služeb a péče

Pracovně-lékařské služby jsou preventivní zdravotní služby, v rámci kterých se hodnotí vliv práce (= pracovní činnosti, pracovního prostředí a pracovních podmínek) na zdraví a provádějí se preventivní prohlídky. Účelem je posoudit zdravotní způsobilost k práci a posílit ochranu zdraví při práci. Tyto služby hradí zaměstnavatel a není zde svobodná volba lékaře.

Dispensární péči zajišťují obvykle odborní lékaři specialisté za účelem dlouhodobého sledování zdravotního stavu (např. u diabetiků, alergiků a dalších).

Lázeňská léčebně rehabilitační péče. Návrh na lázeňskou péči podává praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci a musí ji potvrdit revizní lékař pojišťovny. Pokud se jedná o péči plně hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, pacient musí respektovat termín léčby, rozsah a další podmínky.

Poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků

Léčivé přípravky distribuují zařízení lékárenské péče (= lékárny), a to jak na základě lékařského předpisu, tak i bez něj, tj. ve volném prodeji.

Platnost lékařského předpisu:

- 1 den následující po dni jeho vystavení pro recept z pohotovostní služby,
- 5 dnů pro recept na antibiotika a antimikrobiální chemoterapeutika,
- 14 dnů pro ostatní recepty, neurčí-li předepisující lékař jinak

Preventivní prohlídky

Preventivní prohlídky popisuje vyhláška č.70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách, v aktuálním znění. Jsou důležitou součástí zdravotní péče a jejich četnost i povinný rozsah se liší podle věku. V dospělosti jsou základním intervalem prev. prohlídek 2 roky. Cílem je posoudit zdravotní stav a odhalit případné odchylky ve stadiu, kdy pacient ještě příznaky nemoci nepociťuje, ale při prohlídce mohou být objeveny. Preventivní prohlídky jsou hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Prohlídky jsou povinné, za nereagování na výzvu k prev. prohlídce lze uložit sankci (pokutu 500 Kč), ačkoliv v praxi k této sankci obvykle nedochází. Preventivní prohlídky provádí v pravidelných intervalech registrující lékaři primární péče (praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař a gynekolog), kteří také pacienty odesílají k dalším preventivním vyšetřením, hrazeným z veřejného zdrav. pojištění (např. mamografie ad.). Preventivní prohlídky se provádí obvykle na základě předchozího objednání.

V dospělosti je preventivní prohlídka provádí:

- 1x za dva roky u praktického lékaře. Od věku 50 let je součástí vyšetření na skryté krvácení do stolice (prevence rakoviny tlustého střeva a konečníku), které je možné od věku 55-ti let nahradit kolonoskopickým vyšetřením 1x/10 let. Od 40ti let je součástí vyšetření EKG (elektrokardiogram) 1x/4 roky.
- 1x ročně u zubního lékaře
- ženy 1x ročně u gynekologa, který také vystaví od věku 45 let ženy žádanku k preventivnímu mamografickému vyšetření (prevence rakoviny prsu) 1x/2roky

Zdravotní péče nehrazená z veřejného zdravotního pojištění/tzv. nadstandardní péče

Občan může podle svého rozhodnutí vyhledat zdravotní péči, která není hrazená z veřejného zdravotního pojištění (někdy nazývaná nadstandardní péče). Tuto péči hradí pak sám. Patří sem např. estetické zákroky plastické chirurgie. Pokud tuto péči poskytuje registrované zdravotnické zařízení, musí být dodrženy všechny legislativní požadavky pro poskytování zdravotní péče.

Často různé „zdravotní“ služby nabízí subjekt, který není registrován jako zdravotnické zařízení. Pak se nejedná o zdravotní péči, ale o jiné služby, např. na základě živnostenského oprávnění. To může představovat pro pacienta zdravotní riziko.

„Co dělat, když“ - nejčastější problémy :

Lékař odmítne pacienta registrovat do péče nebo ukončí péči o pacienta proti jeho vůli a vystaví na toto potvrzení

Pacient si na základě svobodné volby může vybrat jiného lékaře. Pokud nemůže najít žádného lékaře, který by jej převzal do péče, má se obrátit na svou zdrav. pojišťovnu

Lékař odmítne pacienta registrovat do péče nebo ukončí péči o pacienta proti jeho vůli a odmítne vystavit na toto potvrzení

Občan má trvat na písemném potvrzení odmítnutí a na osobním kontaktu s lékařem. V žádném případě se nemá spokojit s ústním odmítnutím např. zdravotní sestrou. V případě neúspěchu se má obrátit na svou zdravotní pojišťovnu

Lékař specialista odmítne ošetřit pacienta bez písemného doporučení praktického lékaře

V případě neodkladné péče nesmí lékař ošetření odmítnout (viz výše). Ostatní případy je potřeba posuzovat individuálně, lékař specialista např. může potřebovat další zdravotní informace od praktika a tedy může trvat na jeho doporučení apod. Pacient však může v případě odmítnutí trvat na písemném zdůvodnění.

Registrující lékař (praktik, pediatr) odmítne vykonat návštěvní službu

Návštěvní služba je součástí zdravotní péče u registrovaného praktického lékaře. Lékař by měl zdůvodnit důvod odmítnutí, na vyžádání písemně

Pacient nesouhlasí s některými výkony zdravotní péče, ale neodmítá celou péči od daného lékaře/poskytovatele

Pacient má právo na odmítnutí některých výkonů či celé péče. Lékař může trvat na písemném potvrzení odmítnutí navržené péče

Pacient má výhrady k poskytnuté péči (kvalita, rozsah) nebo k jednání lékaře či jiného zdravotníka

Výhrady k péči či výhrady k chování lékaře řeší obvykle příslušné orgány okresních poboček České lékařské komory. Stížnost je možno podat i na pobočce své ZP

Kapitola 3: zdravotní a hygienická problematika bydlení

Hygienický standard a ochrana zdraví ve stavbách

Problematika v bytech, bytových domech, ubytovnách a dalších typech obytných prostor v sobě zahrnuje mnoho pojmů a proměnných, které se nacházejí v několika rovinách. Zdravotní a hygienická hlediska spolu s požadavky na jejich kvalitu a ochranu zdraví jsou definovány několika normami a pod normami. Základní normou je **stavební zákon 183/2006 Sb.** který stanovuje základní pravidla provádění staveb a určuje tzv. „veřejný zájem“, v jehož rámci může stavební úřad (SÚ) nařídít zabezpečení stavby, provádět kontroly stavby a jejího technického stavu. Veřejným zájmem se dle §132 odst. 3) písm. e) rozumí požadavek, aby „byly odstraněny stavebně bezpečnostní, požární, hygienické, zdravotní nebo provozní závady na stavbě anebo na stavebním pozemku, včetně překážek bezbariérového užívání stavby.“

Konkrétní požadavky na stavby a jejich specifika stanovuje prováděcí Vyhláška o technických požadavcích na stavby č. 268/2009 Sb. Ministerstva pro místní rozvoj (MMR), která v §10 stanovuje, že: „*Stavba musí být navržena a provedena tak, aby neohrožovala život a zdraví osob nebo zvířat, bezpečnost, zdravé životní podmínky jejich uživatelů ani uživatelů okolních staveb a aby neohrožovala životní prostředí nad limity obsažené v jiných právních předpisech.*“⁴ K ohrožení může dojít zejména následkem:⁵

- a) uvolňování látek nebezpečných pro zdraví a životy osob a zvířat a pro rostliny
- b) přítomnosti nebezpečných částic v ovzduší
- c) uvolňování emisí nebezpečných záření, zejména ionizujících,
- d) nepříznivých účinků elektromagnetického záření
- e) znečištění vzduchu, povrchových nebo podzemních vod a půdy
- f) nedostatečného zneškodňování odpadních vod a kouře
- g) nevhodného nakládání s odpady
- h) výskytu vlhkosti ve stavebních konstrukcích nebo na povrchu stavebních konstrukcí uvnitř staveb,
- i) nedostatečných tepelně izolačních a zvukoizolačních vlastností podle charakteru užívaných místností,
- j) nevhodných světelně technických vlastností

Na základě podání PODNĚTU nebo provedených zjištění, může stavební úřad provádět kontroly a nařizovat opatření vedoucí k nápravě stavu. Ve správním řízení může stavební úřad nařizovat pokuty, případně je viník řešen v přestupkovém nebo správním řízení. Z pohledu ochrany zdraví je součinným orgánem Krajská hygienická stanice (KHS), a to dle § 77 Zákona o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb. Sankce se mohou vztahovat jak na fyzické tak i právnické osoby.

⁴ Těmito předpisy jsou: Zákon č. 2058/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a Vyhláška č. 380/2002 Sb., k přípravě a provádění úkolů ochrany obyvatelstva.

⁵ § 10 odst. 1 vyhlášky o technických požadavcích na stavby č. 268/2009 Sb.

Na řešení situace by tedy KHS a SÚ měli vzájemně spolupracovat v případech, kdy se stav objektu dotýká zdravotní závadnosti stavby.

Kompetence KHS ubytovny a bytové domy

Kompetence KHS jsou v oblasti bytů a ubytoven rozdílné. V tomto smyslu je patrný deficit KHS směrem k bytovým domům a bytům, kde pracovníci nemohou vstupovat do obydlí za účelem šetření. Hlavní pravomoci KHS jsou definovány Zákonem o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb. (ZOVZ).⁶

Podle ZOVZ je každá osoba povinna podle potřeby provádět běžnou ochrannou dezinfekci, dezinfekci a deratizaci (DDD), a to jako součást čištění a běžných technologických a pracovních postupů (§ 57 odst. 1 ZOVZ). Běžná ochranná deratizace má charakter preventivních opatření, která směřují k tomu, aby nedošlo ke zvýšenému výskytu hlodavců a dalších živočichů.

Každá podnikající fyzická osoba a právnická osoba má povinnost zajistit podle potřeby speciální ochrannou deratizaci, dezinfekci či dezinfekci ve své provozovně, pokud dojde ke zvýšenému výskytu škodlivých a epidemiologicky významných členovců, hlodavců a dalších živočichů. Nařídit ji může Krajská hygienická stanice v rámci kontroly dodržování povinností stanovených zákonem, což při zjištění nedostatků znamená současně i finanční postih. Jde-li o obytné místnosti a nebytové prostory nesloužící k podnikání, má tuto povinnost vlastník nemovitosti nebo společenství vlastníků.

§21a ZOVZ stanovuje **kompetence KHS ve smyslu oprávněnosti zaměstnanců kontrolovat ubytovny**, nikoliv však bytové domy, *přičemž u ubytoven dochází ke kontrolám plnění provozního řádu*. Na podkladě provozního řádu, který musí být v souladu se zákonem (kontroluje rovněž KHS) může KHS kontrolovat například přelidněnost ubytovny.⁷

Ubytovny

Stěžejní povinností provozovatele je vypracování provozního řádu ubytovacího zařízení, v němž mimo jiné uvede i počet a plochu počet ubytovacích jednotek a maximální počet ubytovaných osob. Provozní řád je provozovatel povinen předložit ke schválení příslušné KHS a následně s ním seznámit zúčastněné osoby, zejména zaměstnance, kteří musí jeho ustanovení dodržovat. Bez schváleného provozního řádu by provozovatel ubytovacího zařízení neměl ani tuto činnost vykonávat; zákon o ochraně veřejného zdraví sankcionuje nedodržování povinností na úseku provozních řádů pokutou podle § 92m ZOVZ?

Pracovníci KHS mají v kompetenci provádění kontrol v ubytovnách, stejně tak jako v hotelech, motelech, restauracích či jiných provozovnách, dle §21a ZOVZ. Na základě šetření, které může být provedeno i na základě podnětu, dojde k šetření, kde KHS stanoví případné vady a přikáže opatření, která jsou vymahatelná pod sankcí ve správním nebo přestupkovém řízení. Na příklad v případě parazitů mohou pracovníci KHS nařídit desinfekci, dezinfekci a deratizaci, dle §61 odst. 2 ZOVZ.

Bytové domy

V kompetenci KHS je rovněž kontrola bytových domů, ovšem s tím rozdílem, že kontrole podléhají jen společné prostory bytového domu, i zde může KHS nařídit DDD dle §61 ZOVZ. Do soukromého bytu může pracovník KHS vstoupit pouze v mimořádných případech, které stanoví §88 odst. 1 ZOVZ:

⁶ Záleží na skutečnosti, jak je stavba kolaudována, vyhláška č. 1371/98 Sb. o obecných požadavcích na výstavbu rozlišuje několik druhů staveb, kde legislativa v případě pravomocí KHS hovoří o pobytových místnostech, které nalezneme v ubytovnách nebo hotelech.

⁷ V provozním řádu uvedou podmínky činnosti, zásady prevence vzniku infekčních a jiných onemocnění, způsob zacházení s prádlem a způsob očištění prostředí ubytovacího zařízení. §21a ZOVZ

*„Zaměstnanci orgánů ochrany veřejného zdraví se při plnění úkolů orgánů ochrany veřejného zdraví a výkonu oprávnění podle tohoto zákona, přímo použitelných předpisů Evropské unie a zvláštních právních předpisů prokazují služebním průkazem, jehož vzor upraví prováděcí právní předpis. Služební průkaz je u zaměstnanců orgánů ochrany veřejného zdraví pověřených výkonem státního zdravotního dozoru (dále jen „kontrolující“) pověřením ke kontrole podle zvláštního právního předpisu o kontrole. **Pokud hrozí šíření nákazy, zvýšený výskyt přenašečů infekčních onemocnění a škodlivých nebo epidemiologicky významných členovců, hlodavců a dalších živočichů a ke zjištění ohniska nákazy, k nařízení, provedení a kontrole protiepidemických opatření mohou zaměstnanci orgánu ochrany veřejného zdraví v mimořádných případech hodných zvláštního zřetele vstupovat do obydlí fyzických osob.** Kontrolující jsou oprávněni vstoupit do obydlí fyzické osoby ke zjištění zdroje hluku a vibrací, kterým byl překročen v chráněných prostorech upravených v § 30 odst. 3 hygienických limit hluku nebo vibrací a ke zjištění zdroje neionizujícího záření, kterým byla v místě přístupném fyzickým osobám překročena nejvyšší přípustná hodnota neionizujícího záření. Fyzické osoby jsou povinny jim tento vstup umožnit a strpět či provést opatření nařízená podle tohoto zákona k zamezení vzniku a šíření infekčních onemocnění.“*

Řešení hygienických závad

Paraziti

Uvedené *mimořádné případy* se vztahují na situace, kdy je ohroženo zdraví obyvatel výskytem epidemiologicky závažných členovců a dalších živočichů. Může jít například o zákožku svrabovou, švábi, vši, štěnice, z živočichů zejména o potkana obecného nebo holuba domácího. V těchto případech lze postupovat následovně:

- Nejprve se pokusit domluvit s majitelem ubytovny/bytového domu na nápravě problému. Nájemní či podnájemní smlouva zajišťuje nájemci možnost případné slevy na nájemném, jeli stav bytu nebo obytné místnosti v nevyhovujícím stavu a tento stav není zaviněn obyvatelem bytu. Poskytnutí slevy však majitele nevyvinuje z pozornosti sjednat nápravu věci.
- V případě, že je dohoda s majitelem nemožná, je možné podat podnět na KHS, která na základě tohoto podnětu provede šetření, na jehož základě může majiteli nařídit DDD.
- Pomáhá rovněž odstranění odpadků z domů a jejich blízkého okolí, které je živnou půdou pro parazity, proto je vhodné oslovit obec a odborem životního prostředí, v případě, že dochází vně i uvnitř bytového domu k hromadění odpadků, které jsou často zdrojem parazitů.⁸

Plísně

V případě plísní je klíčová otázka, čím je plíseň způsobena. V případech, kdy je plíseň v bytech způsobena nesprávným užíváním bytu (například špatných větráním), není majitel ubytovny či bytového domu povinen zá vadu odstraňovat. Pochopitelně záleží vždy na domluvě mezi majitelem a nájemníkem, na rozsahu poškození plísní. **Pokud zá vadu způsobí sám nájemce nebo ti, kdo s ním bydlí, je za odstranění odpovědný on. Nájemce by měl provádět běžnou údržbu bytu, pokud se nedohodl s pronajímatelem jinak. Ostatní údržbu bytu a nezbytné opravy bytu provádí pronajímatel, pokud se nedohodl s nájemcem jinak.**⁹ A naopak: jsou-li podmínky k bydlení ztížené z důvodu špatného technického stavu domu, nese za jejich nápravu odpovědnost majitel. I zde

⁸ Dle §58 odst. 2) zák. č.128/2000 Sb. může obec uložit pokutu až do výše 100 000 Kč právnické osobě a fyzické osobě, jenž je podnikatelem, která neudrzuje čistotu a pořádek na pozemku, který užívá nebo vlastní, tak, že naruší vzhled obce.

⁹ Ustanovení 2207 zákona č. 86/2012 Sb., občanský zákoník.

platí, že pokud majitel domu problémy neodstraní v přiměřené době po nahlášení, má nájemce nárok na slevu na nájemném.¹⁰

Plíseň se však v bytě či ve společných prostorách domu může vyskytovat také z důvodu špatných stavebně technických podmínek. V tomto ohledu je možné, v případě, že majitel domu neučiní nápravná opatření, podat podnět na stavební úřad. Stavební úřad na základě předběžného posouzení žádosti provede zpravidla kontrolní prohlídku stavby. Prohlídkou zjistí, co je příčinou závadného stavu, jestli jde o nesprávné užívání bytu nebo špatný stav či špatné provedení stavby. Pokud zjistí, že příčinou výskytu plísní je špatný stav či provedení stavby, nařídí vlastníkovi odstranění závad a lhůtu, do kdy tak má učinit. Pokud vlastník závady neodstraní, může mu to stavební úřad uložit rozhodnutím, které je vymahatelné.

Problematiku plísní může řešit i KHS. Legislativně je problém řešen §13 ZOVZ, podle něhož jsou uživatelé povinni zajistit, aby vnitřní prostředí pobytových místností (tj. v ubytovnách) odpovídalo hygienickým limitům chemických, fyzikálních a biologických ukazatelů upravených prováděcími právními předpisy. Prováděcím právním předpisem je zde vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 6/2003 Sb., kde limity výskytu plísní a způsob jejich zjišťování jsou stanoveny v § 5. Při výkonu státního zdravotního dozoru je zjišťován i tento biologický ukazatel a jeho případný nárůst. Nezajištění dodržení hygienických limitů lze postihnout podle § 92e odst. 1 ZOVZ.

Na koho se tedy může LK v případě závažných hygienických a stavebně technických nedostatků obrátit?

- Majitel nemovitosti (pronajímatel) - má primární zodpovědnost za stav nemovitosti
- Stavební úřad - pokud jde o stavebně technické příčiny
- Krajská hygienická stanice – pokud jde o hygienické nedostatky
- Vodoprávní úřad – jedná-li se o nedostatky s odpadními vodami a kanalizací
- Obec – jde-li o odpady (nejčastěji odbory životního prostředí obcí s rozšířenou působností)
- OSPOD, Komise pro sociálně právní ochranu dětí - jde-li o rodiny s dětmi¹¹
- Síť poskytovatelů služeb

Kapitola 4: Zdravotní a hygienická problematika péče o nezletilé děti a osoby svěřené do péče

Zdraví dítěte a jeho pobyt v nevyhovujících podmínkách je součástí hodnocení situace dítěte ze strany orgánů sociálně právní ochrany dětí (OSPOD). Dojde-li pracovník OSPODu k závěru, že je potřebná intervence OSPODu, je rodina zaevidována pracovníkem OSPOD dle §6 zák. 359/1999 Sb. o sociálně prvních ochraně dětí. Pokud není páchána úmyslná trestná činnost směřující k ohrožování jeho zdraví, svobody či důstojnosti, měl by pracovník OSPODu směřovat úsilí rodiny k tomu, aby se situace v rodině stabilizovala, a to za součinnosti obce a místní sítě služeb pro rodiny s dětmi. Za tímto účelem pracovník OSPOD vypracovává tzv. **individuální plán ochrany dítěte**, do kterého zapojuje i poskytovatele sociálních služeb, služeb pro rodiny s dětmi, expertní služby či osoby pověřené k výkonu sociálně právní ochrany dětí.

Smyslem této činnosti je prostřednictvím systému koordinované péče najít zdroje pro podporu rodiny a zajistit tak pro dítě přirozené rodinné prostředí. Je-li v lokalitě problém s ubytovny a

¹⁰ Ustanovení § 2264 a § 2265 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

¹¹ U rodin s dětmi je z těchto důvodů možné odebrání dítěte, proto se v těchto případech musí přistupovat mimořádně citlivě. OSPOD by ve spolupráci se sítí služeb pro rodiny s dětmi měl zasadit o to, aby se nevyhovující podmínky bydlení řešily za pomoci poskytovatelů služeb nikoliv intervencí a odebráním dítěte (vyjma závažných případů jako fyzické týrání, CAN apod.). Praxe je však regionech odlišná a proto by měl LK zjistit kvalitu práce OSPODu a jeho často využívanou praxi.

kvalitou jejich prostředí, je vhodné tuto problematiku řešit s obcí, případně na úrovni Komise pro sociálně právní ochranu dětí, kterou zřizuje starosta ORP.¹²

Potřebu intervence u rodin s dětmi vyhodnocuje pracovník OSPOD buď sám, díky svému setření v terénu nebo na základě podnětů od okolí (například NNO, poskytovatelů služeb pro rodiny s dětmi, školami). Způsob, jakým se vyhodnocuje situace v rodině, je vždy individuální a odpovídá konkrétní situaci rodin s dětmi. V celorepublikovém rámci bohužel dochází k rozdílné praxi. Měřítko ohrožení dítěte v sociálně vyloučených lokalitách mají obvykle „vyšší práh“ než tam, kde jsou pracovníci OSPOD obecně méně vytíženi.

Pokud se v lokalitě nachází ubytovna nebo bytový dům, kde je vícero rodin s dětmi v nevyhovujících podmínkách, měl by o tom informovat komisi pro sociálně právní ochranu dětí (na úrovni ORP), která dle zákona č. 359/2009 Sb. koordinuje výkon sociálně právní ochrany dětí v lokalitě.

Kapitola 5: Reprodukční zdraví v SVL

Specifika reprodukčního zdraví v SVL

Statistiky ukazují, že ženy v SVL začínají rodit děti v průměru dříve než ženy z většinové společnosti. Platí to zejména pro ženy v komunitách žijících tzv. tradičním způsobem, kde etnografické materiály dokládají, že prokázat schopnost rodit děti (v mladším věku, než evropský průměr) a zajistit pokračování rodu je např. v romské, ale i vietnamské nebo ukrajinské kultuře vysoce hodnoceno. V těchto rodinách stoupá sociální prestiž ženy, je-li matkou a do určité míry platí, že čím více má dětí, tím je pro komunitu důležitější. Romské matky v průměru rodí poprvé ve věku 21 let¹³. Mnohé mladé rodičky v SVL nejsou sociálně zralé a jsou většinou ekonomicky závislé na širší rodině. V případě těhotenství výrazně spoléhají na pomoc svých matek, popřípadě babiček nebo tet. Někteří porodníci uvádí tento vzorec chování jako příčinu reprodukcí se nedostatečné schopnosti matek dobře pečovat o novorozené děti: Lékař-porodník: „*Matky mladých matek mají staré návyky, které předávají svým dcerám – a vše (čti nedostatečná péče) se opakuje*“ (1. LF UK, 2016)

Mezi rodičkami v SVL převažují svobodné matky, jejichž podíl dosahuje až 90% (Binder 2015). Tento trend je pozorován i u majoritní populace, kde je podíl neprovdaných matek nižší a děti mimo manželství se rodí o něco méně než polovina (ČSÚ 2015). Bobák (2005) zjistil, že děti narozené mimo manželství, tj. romské i ne-romské, měly v průměru horší porodní ukazatele (váha, výška, donošenost), než děti narozené v manželství.

Mladé matky v SVL

V sociálně vyloučených lokalitách není výjimkou těhotenství a porod u nezletilých, tedy před dovršením 18 let. Kvalitativní šetření ukazují, že se tak děje i přesto, že obdobně majoritním rodinám, romské matky od předčasného těhotenství své dcery odrazují: „*Říkáme jim to, pořád, ale ony si nedají říct*“ – uvádělo několik respondentek z pražské vyloučené lokality (1. LF UK, 2016). Nicméně, pokud nezletilé dcery otěhotní, mladé ženy nejsou až na výjimky odsuzovány, nýbrž jsou rodinou přijaty a jejich matky, které samy mohou mít malé děti, jim s péčí o dítě pomáhají: „*Stalo se, s tím se nedá nic dělat – láska je láska, musíme pomoci, chceme pomoci* (žena ve středním věku ze SVL *stará se o syna mladší sestry*). Není výjimkou, že mladé dívky otěhotněním řeší svou existenční situaci.

¹² Dle §38 ZSPOD.

¹³ Ve srovnání 30 let u českých prvoroďček v roce 2013

Jelikož po ukončení základní školy mnohé nepracují, nemají žádný příjem a jsou tak pro rodinu finanční „zátěží, jsou považovány za „bezceňné“. *“Když nemáte žádný příjem, nejste potřebný”; když je Romovi dvacet a nemá příjem, ani dávky, tak je pro rodinu nepotřebný.*” (VŠ romský respondent, vyrostl v SVL v Ústí nad Labem). Faktem z pohledu některých lékařů zůstává, že některé nezletilé matky ze SVL díky své sociální i psychologické nezralosti *„nejsou schopny přijmout svou novou roli matky a vytvořit si potřebný vztah ke svému dítěti“* (lékaři pracující s matkami ze SVL v Ústí nad Labem). Podle lékařů respondentů mladé matky nevěnují těhotenství a přípravě na porod dostatečnou pozornost. To se projevuje nepravidelnými nebo absentujícími návštěvami prenatální poradny, pozdním zahájením těchto návštěv a nekritickým spoléháním se na své matky a příbuzné, které, perspektivou porodníků, berou těhotenství svých dcer často jako fatální záležitost. Rozhodují o postupu při plánování a vlastním porodu, k odvozu do porodnice často volají vozy rychlé záchranné služby, což je z pohledu zdravotnického zařízení považováno za zneužívání a rodičku doprovází do porodnice četní příbuzní, což často vzbuzuje nevoli zdravotního personálu. Z pohledu romských rodin, ale i z pohledu dalších etnických minorit žijících v ČR, je doprovod příbuzného při důležité životní události naopak považován za chování etické. Podobná kulturní rozdílnost v chápání žádoucího a nežádoucího chování nastává po porodu, kdy některé, zejména mladé, matky odcházejí záhy po porodu z porodnice domů, aby se staraly o ostatní děti a příbuzné, když je, z jejich pohledu, o jejich novorozence kvalitně postaráno ve zdravotnickém zařízení.

Plánování rodičovství

Plánované rodičovství a užívání antikoncepce jsou v SVL méně časté než v majoritní společnosti. Binder ve své studii (2015) zaměřené na romské ženy uvádí, že antikoncepci někdy užívalo pouze necelého půl procenta rodiček ze vzorku 300 žen. Jak ilustruje kvalitativní výzkum 1. LF UK v sociálně vyloučených lokalitách jsou to především muži, kteří antikoncepci a používání ochrany při pohlavním styku vnímají jako něco cizorodého a nebezpečného. Výzkumné šetření 1. LF UK přináší mnohé výpovědi žen v reprodukčním věku typu: *“Ten můj to nechce, abych do sebe něco ládovala”*. Některé ženy s vyšším vzděláním dokonce antikoncepci zatajují před svými partnery, a to z obavy komentovanými slovy: *„co by tomu ten můj řekl“, „ten můj to vůbec nechce“*. U žen v SVL je tak faktem, že užívají hormonální antikoncepci a prezervativy méně než většinová populace a častěji si nechávají (někdy tak, aby to partner nevěděl) nitroděložní tělíčko. Edukace mladých mužů ve většině rodin ze SVL, která by vedla ke změně postojů k antikoncepci, je v daném sociálním a kulturním kontextu nepravděpodobná. Mladé ženy se v postojích přizpůsobují svým partnerům a starším ženám většinou kulturně nepřisluší v této oblasti mladé muže vzdělávat. Starší generace mužů prošla podobným vzorcem reprodukčního chování a v mnoha případech nepociťuje nutnost jej měnit. Stejně jako u většinové populace souvisí v sociálně vyloučených lokalitách plánované rodičovství a bránění nežádoucímu početí s úrovní formálního vzdělání v rodině. Předčasné těhotenství a rodičovství se týká především těch dívek a jejich partnerů, kteří po ukončení základní školy dále nestudují. Podle průzkumů podíl nezletilých matek mezi rodičkami ze SVL převažuje a pohybuje se okolo 80% (Binder 2015). Závěrem lze říci, že k současnému reprodukčnímu zdraví žen a absenci plánovaného rodičovství v SVL z lékařského hlediska negativně přispívá nedostatečná motivace ke změnám sexuálního a reprodukčního chování a odmítavý postoj ke chráněnému sexu a antikoncepci, především u mužů.

Kapitola 6: Duševní/mentální zdraví

Základní pojmy a definice

(dle Vavrinčíková, L. Libra, J., Miovský, M., 2013)

Adiktolog

Je nelékařská zdravotnická odbornost (viz zák. č. 96/2004 Sb., v platném znění), která se zabývá prevencí, léčbou a/nebo minimalizací rizik a poruch působených užíváním alkoholu, tabákových výrobků a jiných psychoaktivních látek včetně těch, působených hazardní hrou a patologickým hráčstvím. Odbornost má interdisciplinární charakter, v léčbě klientů/pacientů je používán komplexní přístup s využitím individuálně uplatňovaných specifických léčebných, edukativních a preventivních postupů včetně sociální práce, jejichž efektivita je dostatečně podložena poznatky z výzkumu.

Specializovaná adiktologická péče

Diferencovaně poskytovaná péče pacientům/klientům s adiktologickými poruchami v ambulancích, stacionářích či lůžkových (pobytových) službách. Specializovaná adiktologická péče je poskytována uživatelům všech typů psychoaktivních látek, patologickým hráčům a lidem trpícím obdobnými poruchami. Poskytují ji i (a t.č. zejména) pracovníci jiných odborností, než je odbornost adiktologa – tedy lékaři, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci, pedagogové aj. Je poskytována ve službách, které jsou registrovány veskrze jako zdravotní a/nebo sociální. Specializovaná péče je vymezena prostřednictvím standardů odborné způsobilosti v organizacích, které úspěšně prošly certifikačním procesem.

Psychoaktivní látky

V souladu s Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN-10) jsou psychoaktivními látkami ty, které se podílejí na vzniku poruch uvedených v diagnostických skupinách F10–F19, tj. alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa nebo hypnotika, kokain, stimulancia včetně kofeinu, halucinogeny, tabák, organická rozpouštědla a jejich kombinace.

Patologické hráčství

V MKN-10 jde o diagnostickou jednotku F63.0 z okruhu nutkavých a impulzivních poruch (F63). Běžně, ale s odbornými výhradami, je ztotožňována s pojmem gambling. Má následující charakteristiky:

Časté opakované epizody hráčství dominují v životě na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků. Postižení popisují intenzivní puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, spolu se zaujetím myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí. Trvale se opakující hráčství, které pokračuje a často i vzrůstá přes nepříznivé sociální důsledky, jako je ztráta peněz a majetku, narušené rodinné vztahy a rozkol osobního života.

Gambling

Gambling neboli hazardní hraní je neodborný, ale běžně užívaný ekvivalent diagnostické jednotky patologické hráčství. Jde o zúžení zájmu a činnosti na *hazardní* hru. Poškozený prochází periodami výher a proher. Při výhře není schopen často přestat hrát, proto se často postupně zadlužuje. To, co toto hráči vydělají později pouze „umožňuje“ dluhy, což dlužníky motivuje k nelegální práci nebo k tomu, že přestávají pracovat. Situace může vést ke kriminalitě nebo k dalšímu hazardu. Situace se tak prohlubuje a stává stále více bezvýhodnou (Nešpor, 2010).

Legislativní rámec a národní strategie:

Léčba a sociální začleňování a snižování rizik představují dva ze čtyř pilířů Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018. Na strategii navazující Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013 až 2015, který je posledním tedy aktuálním plánem. Akční plán definuje na období své platnosti čtyři priority: 1. Snižit míru nadměrného pití alkoholu a míru (intenzivního) užívání konopí mladými lidmi, 2. Zaměřit se na vysokou míru problémového užívání pervitinu (metamfetaminu) a opiátů, 3. Zefektivnit financování protidrogové politiky – definovat a zavést systémové změny v zajištění a koordinaci financování protidrogové politiky, 4. Integrovaná protidrogová politika – aktivity snižující nadměrné užívání alkoholu a reflektující jeho dopady jsou neoddelitelnou součástí protidrogové politiky (Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky, 2013).

Adiktologické služby jsou financovány dotacemi z MZ (zdravotní služby), MPSV (sociální služby), RVKPP (různé typy služeb), krajů a obcí (různé typy služeb) a významnými plátcí péče jsou také zdravotní pojišťovny (zdravotní služby).

Vláda schválila a postoupila parlamentu návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který má nahradit zákon č. 379/2005 Sb. Návrh zákona mj. mění ustanovení týkající se adiktologických služeb, zavádí definici adiktologické poruchy a uvádí, kdo je poskytovatelem odborné péče osobám s adiktologickou poruchou. Odbornou péči zajišťují podle návrhu zákona poskytovatelé zdravotních služeb, poskytovatelé sociálních služeb a vězeňská služba (jde-li o péči ve věznicích nebo v ústavech pro zabezpečovací detenci).

Podle Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v ČR, která byla v r. 2013 schválena Společností pro návykové nemoci ČLS JEP (SNN) a Českou asociací adiktologů (ČAA) (Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP et al., 2013), se za specializovanou adiktologickou péči považuje diferencovaně poskytovaná péče pacientům/klientům s adiktologickými poruchami v ambulancích, stacionářích či lůžkových (pobytových) zařízeních. Poskytují ji pracovníci různých odborností - adiktologové, lékaři, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci, pedagogové aj. Je poskytována ve službách registrovaných veskrze jako zdravotní a/nebo sociální. Standardy odborné způsobilosti definují 10 typů služeb: detoxifikace, terénní programy, kontaktní a poradenské služby, ambulantní léčba, stacionární programy (denní stacionáře), krátkodobá a střednědobá ústavní léčba, rezidenční péče v terapeutických komunitách, ambulantní doléčovací programy, substituční léčba a adiktologické služby ve vězení.

Od ledna 2014 je uvedeno 6 specifických adiktologických výkonů v seznamu zdravotních výkonů ve vyhlášce č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. S účinností od 1. 1. 2014 byla úhradovou vyhláškou č. 428/2013 Sb. poprvé stanovena hodnota bodu adiktologických výkonů, a to ve výši 1 Kč. Úhrada výkonů adiktologa je vázána na kvalifikaci zdravotnického pracovníka s vysokoškolským vzděláním v příslušném oboru se specializovanou způsobilostí (tato nyní v oboru adiktologie neexistuje) nebo zvláštní odbornou způsobilostí, která se získává absolvováním tzv. certifikovaného kurzu akreditovaného MZ ČR.

Přesto nedošlo v l. 2014 a 2015 k významnému posunu v uzavírání smluv se zdravotními pojišťovnami o poskytování služeb a k jejich úhradě v praxi nedochází i přes intenzivní jednání se 3 největšími zdravotními pojišťovnami v ČR.

Typy adiktologických služeb jsou v § 20 Zákona č. 379/2005 Sb.7 definovány následovně:

- akutní lůžková péče, již je diagnostická a léčebná péče poskytovaná pacientům, kteří se požitím alkoholu nebo jiných návykových látek uvedli do stavu, v němž jsou bezprostředně ohroženi na zdraví, případně ohrožují sebe nebo své okolí,
- detoxifikace, kterou je léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinenčnímu syndromu,
- terénní programy, kterými jsou programy sociálních služeb a zdravotní osvěty pro problémové uživatele jiných návykových látek a osoby na nich závislé,
- kontaktní a poradenské služby,
- ambulantní léčba závislostí na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách,
- stacionární programy, které poskytují nelůžkovou denní léčbu problémovým uživatelům a závislým na alkoholu a jiných návykových látkách, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti vyčlenit je z jejich prostředí,
- krátkodobá a střednědobá ústavní péče, kterou je léčba problémových uživatelů a závislých na alkoholu a jiných návykových látkách ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v obvyklém rozsahu 5–14 týdnů,
- rezidenční péče v terapeutických komunitách, kterou je program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6– 15 měsíců,
- 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,
- substituční léčba, kterou je krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, jež spočívá v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku, je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantní péče pod vedením lékaře.

V r. 2006 byl přijat Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, připravovaný od počátku 90. let, který stanovuje typy sociálních služeb, systém financování, zajištění jejich dostupnosti a kvality. Sociální služby jsou definovány jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Zákon definuje 31 typů sociálních služeb, které rozděluje na

(1) služby sociální péče,

(2) služby sociální prevence a

(3) sociální poradenství, které je základní činností při poskytování všech typů sociálních služeb. Uživatelé návykových látek jsou v zákoně uvedeni jako cílová skupina některých služeb sociální prevence a pro oblast léčby a péče jsou relevantní zejména následující typy sociálních služeb:

- terénní programy,
- kontaktní centra,
- terapeutické komunity,
- služby následné péče a chráněné bydlení,
- domovy se zvláštním režimem (zahrnující zejména pobytovou péči pro starší klienty závislé na alkoholu),

- sociální rehabilitace.

Adiktologická problematika spojuje ve službách pacientům/klientům spojuje zdravotní a sociální služby. Vytváří to potřebu společného financování těchto služeb prostředky obou resortů, ovšem rovněž potřebu definovat způsob a transparentní pravidla vícezdrojového financování.

Pojmy dle mezinárodní klasifikace nemocí relevantní pro SVL. Oddíl poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

Tento oddíl MKN obsahuje široké spektrum nemocí různé tíže a různých klinických forem, které však všechny sdílejí společný jmenovatel, kterým je užívání psychoaktivních substancí, které mohou, ale nemusejí být předepsány lékařem.

Akutní intoxikace

Stav po aplikaci psychoaktivní látky vedoucí k poruchám úrovně vědomí, poznávání vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. Poruchy jsou vyvolány přímým akutním farmakologickým působením a časem mizí, s úplným návratem, pokud nedojde k poškození tkání, nebo se neobjeví jiné komplikace.

Škodlivé použití

Příklad užití psychoaktivní látky vedoucí k poruše zdraví. Poškození může být somatické (hepatitida při injekčním podání), nebo psychická (epizody sekundární deprese až těžký alkoholismus)

Syndrom závislosti

Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnutí při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritou v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav.

Odvykací stav

Skupina příznaků různého seskupení a stupně závažnosti, vyskytující se při absolutním nebo relativním odvykání psychoaktivní látky po jejím dlouhotrvajícím užívání. Nástup a průběh odvykacího stavu jsou časově ohraničeny a mají vztah k typu psychoaktivní látky a dávce, která byla užitá bezprostředně před zastavením nebo redukcí užívání. Odvykací stav může být život ohrožující.

Základní klasifikace návykových látek relevantních pro SVL

Cannabinoidy (marihuana):

Pro marihuanu je typické užívání ve společnosti dalších lidí. Skupinky uživatelů představují z hlediska užívání dalších látek určité riziko, protože jednotliví členové jsou pod sociálním tlakem ostatních. Rizikem jsou možné komplikace v průběhu intoxikace, které mohou vést k duševním obtížím. Rizikový je také účinek na srdeční sval, který může vést k poruchám srdečního rytmu. Rizikové je užívání

zejména u dětí a dospívajících a celkově tendence podceňování negativ plynoucích z užívání marihuany v ČR. V SVL jsou zprávy o užívání marihuany i devítiletých dětí (Podané ruce, DIS, 2015).

Opiáty:

Heroin: Stejně jako další opiáty má heroin tlumivé účinky, způsobuje útlum centrálního nervového systému. S útlumem souvisí pocit zpomalení a uklidnění, člověk prožívá okolní svět jako klidnější, méně náročný. Významným účinkem heroínu je jeho účinek na vnímání bolesti. Heroin, podobně jako ostatní opioidy, tlumí vnímání bolesti a to jak její percepční složku (tedy vlastní cítění bolesti), tak její složku emocionální. Heroin může být užíván kouřením, častější je však injekční aplikace a s ní jsou spojená zdravotní rizika pro jedince i pro celou populaci, ve které pak hrozí zvýšené riziko šíření některých onemocnění (jako HIV nebo hepatitidy). Zprávy o výskytu heroínu v tzv. ghettech se v posledních letech objevovaly zejména z Brna (DIS, 2012).

Buprenorfin:

Je přípravek v rámci zdravotnictví užívaný k substituční léčbě závislosti na opioidech (zejména heroin). Buprenorfin je účinnou látkou dostupnou v komerčních preparátech pod názvem Subutex, Suboxone aj. Buprenorfin, podobně jako ostatní opioidy, způsobuje celkový útlum. Subutex je v ČR distribuován od r. 2001 a pro svou cenu, stabilní kvalitu a další vlastnosti je užíván také mimo zdravotnictví, a prodávám společně s jinými návykovými látkami na tzv. černém drogovém trhu, často užíván injekčně. V takovém případě má jiné účinky a dopad na zdraví člověka. Buprenorfin je užíván zejména ve Středočeském kraji a hlavním městě Praha (NMS, Výroční zpráva, 2013).

Stimulační drogy – pervitin:

Je látkou často se podílející na sociálním vyloučení a v SVL užívanou. Pervitin se prodává i po padesáti až sto korunových dávkách, čímž se stává cenově dostupný (podobné platí u Buprenorfinu, který je mnohonásobně levnější než heroin). Častá je výroba přímo v komunitě, a proto dobrá dostupnost od nedalekého zdroje, čímž odpadnou náklady spojené s nutností dojíždění pro látku. Pervitin, podobně jako ostatní látky ze skupiny amfetaminů, má psychostimulační účinky. Po jeho užití dochází k celkovému povzbuzení organismu, ke stimulaci psychiky i ke stimulaci tělesné. V ČR se jedná o nejčastěji užívanou nelegální látku. Pro vnějšího pozorovatele se jeví intoxikovaný jako hovorný, urychlený, často jsou patrné podivné pohybové stereotypy (tzv. vykroucenost). Nápadné je množství energie a prakticky nulová potřeba spánku. Po odeznění účinků drogy se dostaví intenzivní únava. Typické pro SVL je to, že děti přebírají zodpovědnost za chod domácnosti s rodičem, který ve svých dospělých povinnostech selhává. V některých lokalitách jsem se setkala s vyplácením mzdy v podobě pervitinu. Nejvíce uživatelů pervitinu je v Ústeckém kraji (DIS, 2016).

Těkavé látky:

Těkavé látky jsou užívané zejména sociálně znevýhodněnými skupinami právě pro svou cenovou dostupnost – toluen, technický benzín, velmi nebezpečné a zároveň prakticky nejdostupnější náplně do zapalovačů, spreje, barviva. Na diskotékách jsou užívány tzv. „Poppers“ – kapsle s těkavým roztokem. Jedná se o inhalační drogy. Typickým způsobem užití je vdechování výparů z textilie nebo vdechování z igelitového pytlíku s malým množstvím těkavé látky. Příznaky intoxikace se podobají opilosti. Euforická fáze je kratší, předávkování je proto snadnější. K úmrtí dochází obrnou dýchacího centra nebo srdečním selháním. Při delším užívání dochází k celkovému otupění, "hloupnutí", poruchám emotivity a chování, agresivitě, ztrátě zájmů a výkonnosti. Těkavé látky jsou často užívány právě dětmi a dospívajícími.

Psychofarmaka – benzodiazepiny:

Benzodiazepiny jsou užívány často legálně - předepisované lékařem, nebo jako droga doplňková k hlavní droze (pervitin, heroin, Subutex) - získávané pak častěji na černém trhu za poměrně nízkou cenu, např. 10 korun/lék. Benzodiazepiny mají hypnotický, sedativní a anxiolytický efekt (způsobují zklidnění až spánek a odstraňují strach). Závislost na benzodiazepinech vzniká snadno a je obtížně léčitelná - má složku psychickou i somatickou. Rychlé vysazení benzodiazepinů může být život ohrožující, často se vyskytují epileptické záchvaty. Léky jsou často k dostání v lékárnách prarodičů, kterým jsou často lékaři předepisovány po celé roky (přestože by léčba měla sloužit pouze na akutní stavy). Zástupci jsou diazepam, neurolept, rohypnol, lexaurin aj. Riziková je kombinace s alkoholem a opiáty, která může způsobit smrt.

Alkohol:

Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu. Společnost je ohrožena zejména tzv. nepřímými důsledky alkoholu. Mezi nejčastější ohrožení patří jízda pod vlivem alkoholu nebo agresivní chování, kriminalita pod vlivem alkoholu, šíření pohlavně přenosných onemocnění při alkoholem motivovaném sexuálním chování. Zvláště negativní je konzumace alkoholu u dětí a dospívajících. Alkohol je v SVL i jinde cenově i jinak dostupnou drogou.

Tabák:

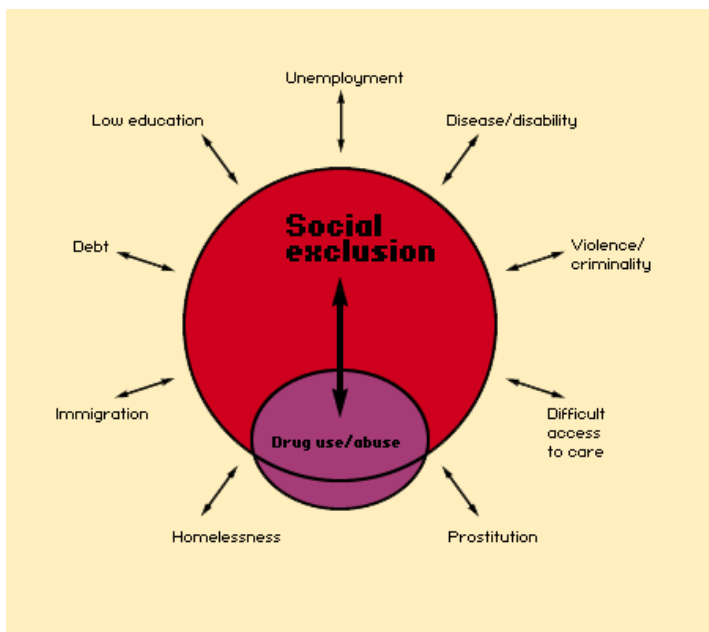
Kouření má neblahý vliv na zdraví kuřáka. Významně se podílí na vzniku mnoha nemocí, nebo je přímo zapříčiňuje. Ovlivňuje také ještě nenarozený plod, ohrožuje děti i dospělé. Pobyt v zakouřeném prostředí zvyšuje u dětí i dospělých riziko mnoha onemocnění. Závislost na nikotinu i behaviorálních stereotypech s ním spojených vzniká poměrně rychle. Kouření nezatěžuje pouze zdraví, ale i finanční rozpočet lidí v SVL.

Kouření pomáhá zmírňovat stress a uvolňuje napětí, a také proto je těžké tuto závislost odstranit v SVL, kde se lidé potýkají s chudobou a kumulací dalších nepříznivých vlivů, stresových faktorů, jako jsou nedostatek peněz, špatné bydlení apod. Tento aspekt souvisí s užíváním a možností změny pro všechny návykové látky, kdy je nutné celková změna života a zvýšení jeho kvality, aby byla možná změna v návykovém chování daného člověka v komunitě.

Užívání návykových látek může být viděno jako příčina nebo jako důsledek sociálního vyloučení. Může tedy jak zhoršit životní podmínky nebo zdraví člověka a jeho rodiny na jedné straně, tak na druhé straně může být následkem sociálního vyloučení. Souvislost je tedy obousměrná.

Podobná je souvislost mezi chudobou a užíváním návykových látek. Návykové nemoci mohou vést k chudobě a chudoba a s ní související stres zvyšují riziko návykových nemocí. Naproti tomu pouze léčba návykové nemoci u člověka v extrémně špatné sociální situaci je obtížná a někdy naráží i na administrativní překážky (Nešpor, 2010). Uživatelům návykových látek často chybí kartačka zdravotní pojišťovny, jindy mohou narážet na předsudky lékařů. Děti si lehce osvojují návykové chování svých rodičů. Špatná sociální situace rodin nedovoluje právě těmto dětem rozvíjet se náležitě ve volném čase, který by mohl nabízet protiva tomu, co si osvojují v nefunkčních rodinách. Tak se patologické chování předává do dalších generací. Děti žijí ve stresujících podmínkách a učí se, jak náročné životní situace zvládají jejich rodiče. Obecně ale platí, že alkohol, drogy nebo hazard zhoršují ekonomickou situaci jedince i jeho rodiny. To vyvolává stres. Stres zvyšuje riziko návykové nemoci u daného člověka i v jeho okolí. Sociální a zdravotní rizika alkoholu jsou známa. Například pití alkoholu patří k nejdůležitějším rizikovým faktorům u nemocí a úrazů (Rehm, 2009). Podobná situace panuje také v oblasti kouření tabáku. Zdá se, že ve vyspělých zemích je častější u lidí z nižších socioekonomických vrstev a u nezaměstnaných. Výdaje za tabák u těchto lidí pak často spotřebují podstatnou část jejich měsíčního příjmu.

Obrázek č. 1. Překrývání oblastí užívání drog a sociálního vyloučení, zdroj: EMCDDA, 2003



Odmyslíme-li dopad užívání na daného jedince a jeho blízké okolí, nevýhodné jsou i dopady užívání návykových látek z celospolečenského hlediska. Důvodem bývají hlavně vyšší nemocnost a nižší produktivita v oblasti legální práce u uživatelů. Ekonomicky nevýhodné je z podobných důvodů i pití alkoholu (Johansson a spol., 2009). U alkoholu navíc v důsledku úrazů či otrav umírají i mladí lidé. Podobně je třeba uvažovat o hazardu s ohledem na kriminalitu, sociální problémy a nižší produktivitu práce patologických hráčů.

Zařízení poskytující léčbu, poradenství a prevenci drogové závislosti

Všechna relevantní data ohledně dostupnosti péče související s užíváním návykových látek má monitorovat Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Na tomto odkaze je možné najít tzv. Mapu pomoci, která umožňuje vyhledat příslušné zařízení v daném regionu. Data jsou pravidelně kontrolována a aktualizována. Odkaz zde: <http://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/> Služby jsou vyhledatelné jednoduše dle svého typu (druhu léčby) a města, regionu. Data jsou většinou aktuální. Mapa pomoci obsahuje také seznam protidrogových koordinátorů, na které je možné se obracet s dotazy související s návykovými látkami nebo chováním v daném regionu.

Druhy léčby¹⁴

Primární prevence: Primární prevence si klade za cíl odradit od prvního užití drogy nebo aspoň co nejdéle odložit první kontakt s drogou. Preventivní aktivity se mohou zaměřovat na celou populaci, jako je například využití masových médií ve vzdělávání široké veřejnosti, na komunitně zaměřené iniciativy nebo programy ve školách zaměřené na většinu studentů a mladých lidí. Primární prevence se může zaměřovat také na ohroženou populaci, jako jsou např. záškoláci, mladiství vyloučení ze školy, mladiství delikventi nebo děti uživatelů drog.

¹⁴ Zdroj: webové stránky organizace Sananim.

Programy vytváření povědomí a informovanost o drogách a nepříznivých zdravotních a sociálních důsledcích spojených s jejich užíváním. Programy primární prevence podporují protidrogové postoje a normy, posilují prosociální chování nebo posilují jednotlivce a skupiny v sociálních dovednostech, které jsou nezbytné pro osvojení si zdravého způsobu života v širším slova smyslu. Mohou se také zaměřovat na smysluplné trávení volného času nebo kvalitu školního prostředí apod.

Harm reduction (snižování rizik):

Lze říct, že se jedná o opak přístupu represivního (ideálem je, aby se represivní služka doplňovala právě s HR přístupem). Pokud člověk už drogy užívá a zatím není motivován ke změně, k léčbě, je nezbytné, aby byly k dispozici služby, které mu pomohou udržet se při životě s co nejmenšími dopady na jeho zdraví. HR programy chrání jak uživatele, tak jeho okolí před rizikem nákazy infekčními chorobami a snižují další zdravotní a sociální rizika související s užíváním drog. Mezi programy harm reduction (HR) patří kontaktní centra a terénní programy, které nabízejí zejména služby výměny injekčních stříkaček, zdravotní ošetření a poradenství. Tímto způsobem dochází ke snížení nákladů na případnou léčbu somatických potíží a onemocnění, které souvisí s užíváním drog. Uživatel dostává informace o tom, jak drogy užívat tak, aby si ublížil co nejméně a také aby neohrozil ostatní. Díky tomu, že drogově závislí klienti mohou bezplatně a anonymně využít podporu terénních pracovníků, získávají důvěru a jsou ochotni spíše vyhledat i další odbornou pomoc a léčbu. Programy harm reduction jsou provozovány buď přímo v terénu, na ulici, na místech, kde se uživatelé drog scházejí (terénní práce, streetwork) nebo v tzv. nízkoprahových zařízeních. Nízký práh znamená překonání psychologických a administrativních bariér, podmínky pro využití služeb centra jsou postavené tak, aby je mohl využít kdokoli z uživatelů drog, bez doporučení.

Kontaktní centra:

Kontaktní centra nabízejí obvykle výměnný program, informace o „bezpečném“ užívání drog, základní zdravotní ošetření. Klient má zpravidla možnost využít služby „kontaktní místnosti“ (pobyť v prostorách KC stanovený na cca 1 - 2 hodiny, kdy může hovořit s pracovníky KC, získat informace, případně si dát třeba čaj nebo polévku nebo se osprchovat, vyprat prádlo, pokud toto kontaktní centrum nabízí apod.). Další možností je poradenství v případě sociálních potíží, motivační trénink před léčbou (informace o léčbě, podmínkách, příprava na léčbu), zprostředkování léčby aj. Důležitá je dostupnost služeb a dojezdnost pro uživatele ze SVL. Pokud chybí, je možné K-centra částečně nahradit terénním programem přímo v SVL, což se tak na mnoha místech ČR děje.

Substituční léčba:

Substituce je způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno lékařsky předepsaným užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími zdravotními riziky (viz heslo Buprenorfin) nebo může jít o substituci škodlivého způsobu aplikace drogy za méně škodlivý (např. cigarety jsou nahrazeny nikotinovými náplastmi), případně je to kombinace obou způsobů (např. injekční užívání heroínu je nahrazeno užíváním metadonu, který je podáván jako nápoj). Cílem substituce je eliminování užívání určité, především ilegální, drogy a/nebo eliminace škodlivé formy podávání drogy, která je provázena výraznými zdravotními riziky (injekční užívání). Doba jejího trvání může být různá. Od několika týdnů, měsíců či let. V průběhu vhodně indikované substituční léčby dochází ke stabilizaci zdravotního stavu i sociální situace klienta a klient postupně může snižovat substituční preparát. Někdy, zvláště v případě uživatelů drog s velmi dlouhou dobou užívání drog, může být substituce časově neomezená. Substituční léčba má být provázena s psychoterapií, sociálním poradenstvím, což napomáhá klientovi se postupně zapojit do běžného života. Substituční léčba pomáhá snížit náklady na léčbu zdravotních potíží, ke kterým by další užívání drog vedlo.

Detoxifikace:

Smyslem detoxikace je zbavit organismus návykové látky. Zbavení se, vyčištění se, od návykové látky se může dít buď v domácím prostředí (samoléčba) nebo ve zdravotnických zařízení. Detoxikace ve zdravotnictví je bezpečnější a má klienta připravit na další léčbu, kam nastoupí po absolvování „detoxu“. Po detoxu většinou následuje léčba pobytová, pro kterou je absolvování detoxu povinné.

Léčebné programy – ambulantní léčba (klient dochází do organizace několikrát v týdnu), pobytová léčba (psychiatrické léčebny, komunity pro drogově závislé), doléčování (ambulantní nebo pobytové např. chráněné bydlení).

Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog (Drogy-info, 2016)

Podle Sčítání adiktologických služeb 2014 je v ČR 271 zařízení poskytujících adiktologické služby. Téměř 40 % zařízení se identifikovalo jako adiktologická, 34 % jako sociální a 17 % jako psychiatrická zdravotní služba. Nejčastěji šlo o zařízení s formálním statutem sociální (58,3 %) a zdravotní (35,8 %) služby. Nejvyšší podíl zařízení pracuje s uživateli nelegálních drog (88,6 %), alkoholu (63,5 %), psychoaktivních léků (58,3 %) a patologickými hráči (50,9 %). Adiktologická zařízení poskytují především ambulantní léčbu a poradenství (134 zařízení, tj. 49,4 %) a nízkoprahové služby a poradenství (128, tj. 47,2 %). Rezidenční péči poskytuje 58 zařízení (21,4 %), z toho je 31 zdravotnických. Poskytování následné péče uvádí 93 zařízení, ale následnou péči s chráněným či sociálním bydlením deklaruje mimo psychiatrických lůžkových zařízení a terapeutických komunit jen 23 zařízení s 254 lůžky. Více než polovina zařízení (51,3 %) vedla pořadník na zařazení klienta do péče, mezi pobytovými službami vedlo pořadník celkem 78 % zařízení. Více než polovina zařízení je držitelem certifikátu odborné způsobilosti RVKPP, téměř stejný podíl zařízení má registraci sociální služby MPSV.

Místní dostupnost harm reduction služeb je relativně dobrá - na Moravě působí téměř v každém okrese kontaktní centrum či terénní program, v Čechách jsou však tyto služby rozmístěny nerovnoměrně (týká se krajů Plzeňského, Středočeského, Libereckého, Královéhradeckého, Pardubického a Vysočiny). Síť programů ambulantní léčby je značně nerovnoměrná. Z důvodu nedostatku financí se snižuje časová dostupnost služeb a jejich personální zabezpečení (zejména je nedostatek psychoterapeutů, psychiatrů a dalších lékařů). Špatná je situace je v Karlovarském kraji, kde chybí specializované programy primární prevence, detoxifikace, substituční program, doléčovací program i terapeutická komunita (Drogy-info, Specializovaná léčba a služby pro uživatele drog, 2016).

Od ledna 2014 je v seznamu zdravotních výkonů 6 specifických adiktologických výkonů. K uzavření smluv se zdravotními pojišťovnami dosud došlo velmi výjimečně.

Na začátku března 2015 byl spuštěn Národní registr léčby uživatelů drog, který integruje Registr žádostí o léčbu hygienické služby a národní registr substituční léčby a který umožní rovněž hlášení osob s primární drogou alkohol i tabák nebo patologických hráčů.

Drogy a zákony

Výběr klíčových částí zákonů, týkajících se drog. Trestní zákoník platný od 1. ledna 2010.

§ 283 Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy

(1) Kdo neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabídne, zprostředkuje, prodá nebo jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku, přípravek obsahující omamnou nebo psychotropní látku, prekursor nebo jed, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo peněžitým trestem.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1

a) jako člen organizované skupiny,

b) ač byl za takový čin v posledních třech letech odsouzen nebo potrestán,

c) ve značném rozsahu, nebo

d) ve větším rozsahu vůči dítěti nebo v množství větším než malém vůči dítěti mladšímu patnácti let.

(3) Odnětím svobody na osm až dvanáct let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán,

a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví,

b) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného značný prospěch,

c) spáchá-li takový čin ve velkém rozsahu, nebo

d) spáchá-li takový čin ve větším rozsahu vůči dítěti mladšímu patnácti let.

(4) Odnětím svobody na deset až osmnáct let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán,

a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví nejméně dvou osob nebo smrt,

b) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného prospěch velkého rozsahu, nebo

c) spáchá-li takový čin ve spojení s organizovanou skupinou působící ve více státech.

(5) Příprava je trestná.

§ 284

Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu

(1) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu přechovává v množství větším než malém omamnou látku konopí, pryskyřici z konopí nebo psychotropní látku obsahující jakýkoli tetrahydrokanabinol, izomer nebo jeho stereochemickou variantu (THC), bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(2) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu přechovává jinou omamnou nebo psychotropní látku než uvedenou v odstavci 1 nebo jed v množství větším než malém, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(3) Odnětím svobody na šest měsíců až pět let nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve větším rozsahu.

(4) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve značném rozsahu.

§ 285

Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku

(1) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu pěstuje v množství větším než malém rostlinu konopí, bude potrestán odnětím svobody až na šest měsíců, peněžitým trestem nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(2) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu pěstuje v množství větším než malém houbu nebo jinou rostlinu než uvedenou v odstavci 1 obsahující omamnou nebo psychotropní látku, bude potrestán

odnětím svobody až na jeden rok, peněžitým trestem nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(3) Odnětím svobody až na tři léta nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve větším rozsahu.

(4) Odnětím svobody na šest měsíců až pět let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve značném rozsahu.

§ 286

Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu

(1) Kdo vyrobí, sobě nebo jinému opatří anebo přechovává prekursor nebo jiný předmět určený k nedovolené výrobě omamné nebo psychotropní látky, přípravku, který obsahuje omamnou nebo psychotropní látku, nebo jedu, bude potrestán odnětím svobody až na pět let, peněžitým trestem, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let bude pachatel potrestán,

a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 jako člen organizované skupiny,

b) spáchá-li takový čin ve značném rozsahu,

c) spáchá-li takový čin ve větším rozsahu vůči dítěti, nebo

d) získá-li takovým činem pro sebe nebo pro jiného značný prospěch.

§ 287

Šíření toxikomanie

(1) Kdo svádí jiného ke zneužívání jiné návykové látky než alkoholu nebo ho v tom podporuje anebo kdo zneužívání takové látky jinak podněcuje nebo šíří, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.

(2) Odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1

a) jako člen organizované skupiny,

b) vůči dítěti, nebo

c) tiskem, filmem, rozhlasem, televizí, veřejně přístupnou počítačovou sítí nebo jiným obdobně účinným způsobem.

(3) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 vůči dítěti mladšímu patnácti let.

§ 288

Výroba a jiné nakládání s látkami s hormonálním účinkem

(1) Kdo neoprávněně ve větším množství vyrobí, přechovává, doveze, vyveze, proveze, nabízí, prodá, jinému poskytne nebo podá látku s anabolickým nebo jiným hormonálním účinkem za jiným než léčebným účelem, nebo kdo vůči jinému použije metodu spočívající ve zvyšování přenosu kyslíku v lidském organismu nebo jinou metodu s dopingovým účinkem za jiným než léčebným účelem, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.

(2) Odnětím svobody na jeden rok až tři léta bude pachatel potrestán,

a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 jako člen organizované skupiny, nebo

b) spáchá-li takový čin ve větším rozsahu vůči dítěti nebo v množství větším než malém vůči dítěti mladšímu patnácti let.

(3) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán,

a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví,

b) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného značný prospěch,

c) spáchá-li takový čin ve větším rozsahu vůči dítěti mladšímu patnácti let

d) spáchá-li takový čin jako lékař nebo jiná způsobilá zdravotnická osoba.

(4) Odnětím svobody na pět let až dvanáct let bude pachatel potrestán,

a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví nejméně dvou osob nebo smrt,

b) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného prospěch velého rozsahu, nebo

c) spáchá-li takový čin ve spojení s organizovanou skupinou působící ve více státech.

§ 289

Společné ustanovení

(1) Zákon stanoví, co se považuje za omamné látky, psychotropní látky, přípravky obsahující omamnou nebo psychotropní látku, prekursory používané pro nezákonnou výrobu omamných nebo psychotropních látek.

(2) Vláda nařízením stanoví, co se považuje za jedy ve smyslu § 283, 284 a 286 a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů.

(3) Vláda nařízením stanoví, které rostliny nebo houby se považují za rostliny a houby obsahující omamnou nebo psychotropní látku podle § 285 a jaké je jejich množství větší než malé ve smyslu § 285.

(4) Vláda nařízením stanoví, co se považuje za látky s anabolickým a jiným hormonálním účinkem a jaké je větší množství ve smyslu § 288, a co se považuje za metodu spočívající ve zvyšování přenosu kyslíku v lidském organismu a jiné metody s dopingovým účinkem ve smyslu § 288.

Důležité odkazy:

Liberecký kraj:

Radimecký, J. *Analýza kvality služeb následné péče pro uživatele legálních i nelegálních návykových látek v Libereckém kraji.* Souhrnná zpráva, 2012. Dostupné na: **file:///C:/Users/Asus/Downloads/Analýza kvality služeb následne pece pro uzivatele legálních i nelegálních návykových látek v L.pdf**

OBECNÉ INFORMACE:

<http://www.drogy-info.cz/> - výroční zprávy o stavu drog v ČR, seznam odborníků a ambulancí, rejstřík pojmů atd.

<http://www.drogy.net/> - pravidelný monitoring médií v oblasti užívání n.l. v ČR plus výzkumné zprávy, informace o drogách, aktuality

http://www.vlada.cz/cs/rvk/rkpp/rvkpp_uvod.html - RVKPP - Rada vlády pro koordinaci protidrogové problematiky, vládní dokumenty a prohlášení

DATABÁZE KONTAKTŮ na SLUŽBY, ORGANIZACE, PROTIDROGOVÉ KOORDINÁTORY dle měst/regionů:

<http://www.drogy.net/databaze-kontaktu/>

<http://www.drogy-info.cz/kontakty/>

ZPRÁVY Z REGIONŮ:

Protidrogová politika v krajích, souhrnná zpráva ke stažení zde: <http://www.drogy-info.cz/publikace/protidrogova-politika/souhrnna-zprava-o-realizaci-protidrogove-politiky-v-krajich-v-r.-2013/>

SEZNAM A DEFINICE VÝKONŮ DROGOVÝCH SLUŽEB:

<http://www.drogy-info.cz/publikace/navykove-latky/metodika/seznam-a-definice-vykonu-drogovych-sluzeb/>

SEZNAM SLUŽEB PRO UŽIVATELE N.L. příklady z praxe:

Sananim Je jedna z největších organizací poskytující drogové služby v ČR, v liště najdete paletu služeb, a tím také možnou inspiraci pro zavádění chybějících služeb v regionu.

<http://www.sananim.cz/>

Dlouhou historii má také organizace Drop-in, v liště naleznete také příklad etického kodexu a práv pacientů.

<http://www.dropin.cz/>

Přehledný seznam služeb sociální prevence: <https://socialnipece.brno.cz/texty/5/podmenu/19/sluzby-socialni-prevence/>

DROGOVÁ PORADNA:

<http://www.drogovaporadna.cz/>

Je možné posílat i odborné, na legislativu zaměřené dotazy, dotazy související se zřízením služeb apod.!!!! Dotaz bude zodpovězen přímo, případně budete zcela jistě dobře nasměrováni! Je možné si zažádat také o kontakty na odborníky přímo v regionech. Odpověď dostanete v řádech několika hodin.

LEGISLATIVA

Zákon o sociálních službách: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákon o zdravotních službách: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>

Legislativa pojící se s drogovou problematikou: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-167>

Úhradová vyhláška, zdravotní výkony adiktologa: <http://www.asociace-adiktologu.cz/zdravotni-vykony-adiktologa-2/>

<https://www.facebook.com/asociaceadiktologu/posts/1735421843339259:0>

Tisková zpráva věnující se úhradové vyhlášce VZP a smlouvám s adiktology plus mapa uzavřených smluv od České asociace adiktologů za rok 2016.

PUBLIKACE KE STAŽENÍ:

K publikacím je zajisté možné mít výhrady, na druhou stranu je v českém kontextu publikací věnující se drogám a sociálnímu vyloučení velmi málo, můžete je tedy brát jako určité inspirační zdroje.

<http://www.streetwork.cz/content/view/4227/> Drogy v romských rodinách

<http://www.edekontaminace.cz/clanek/1/373/realita-socialniho-zaclenovani-klientu-kc.html> Sociální začleňování klientů z kontaktních center

<http://www.drogy-info.cz/drogova-situace-2014/socialni-souvislosti-uzivani-drog-a-resocializace-uzivatele-drog-2014/uzivani-drog-v-socialne-znevychodnenych-skupinach-a-lokalitach-2014/uzivani-drog-v-socialne-vyloucenych-lokalitach-2014/> Užívání drog v SVL výzkumná zpráva

<http://www.edekontaminace.cz/clanek/1/310/terenni-prace-s-uzivateli-drog.html?warning=kill>

Terénní práce s uživateli drog

<http://www.adiktologie.cz/> zde najdete také několik studií souvisejících s tématem n.l.

<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/365/1749/> Výzkum užívání n.l. dětí z etnických minorit

<http://www.edekontaminace.cz/> harm reduction magazín pro aktivní uživatele drog, ale také zprávy z konferencí a různé články od pracovníků NNO, zprávy z terénu (terénem je myšlena otevřená drogová scéna), informace o bezpečném užívání drog, úvahy nad směřování sociálních a adiktologických služeb

Kapitola 7: Dotační programy v oblasti zdraví

7.1. Dotační programy ministerstva zdravotnictví:

Národní program zdraví – projekty podpory zdraví: je určený pro NNO, příspěvkové organizace, církevní organizace ad. dle metodiky (viz http://www.mzcr.cz/obsah/narodni-program-zdravi-projekty-podpory-zdravi-3330_1.html). V rámci tohoto titulu jsou podporovány především projekty primární prevence intervenčního charakteru, které mají nadregionální charakter. Nejsou podporovány investiční projekty ani výzkumné projekty. Přesné zaměření na jednotlivé oblasti (např. prevence obezity ad.) je uvedeno každý rok v metodice programu. Výše podpory bývá obvykle v rozsahu desítek tisíc až set tisíc korun, přičemž pro všechny dotační programy Min.zdravotnictví platí, že nejméně 30% celkového rozpočtu projektu musí být hrazeno z jiných než veřejných zdrojů.

Národní program řešení problematiky HIV/AIDS: specifikace možných žadatelů, obvyklá výše podpory a další podmínky jsou shodné s NPZ-PPZ výše. Více viz http://www.mzcr.cz/obsah/narodni-program-reseni-problematiky-hiv/aids_3331_1.html

Protidrogová politika MZ: je program určený pro podporu neinvestičních projektů v uvedené oblasti. Finanční prostředky jsou určeny pro projekty, v rámci kterých jsou poskytovány zdravotní služby uživatelům návykových látek nebo osobám s návykovým chováním nebo realizovány další aktivity reagující na aktuální potřeby při tvorbě a implementaci protidrogové politiky MZ a nejedná se o přímé poskytování zdravotních služeb. Prioritně jsou podporovány projekty, které se věnují péči o nezletilé klienty. Odkaz: http://www.mzcr.cz/obsah/protidrogova-politika-mz-3278_1.html

Rozvojové projekty zdravotní péče: titul slouží pro naplňování vybraných aktuálních cílů a priorit vycházejících ze strategických a koncepčních dokumentů rezortu zdravotnictví. Vyhlášené priority se mění podle potřeby v daném období, ale jsou i takové, které se každým rokem opakují, a tvoří podstatnou část strategie Zdraví 2020. Jedná se např. o péči o děti a dorost, problematiku vzácných onemocnění, prevenci nádorových onemocnění, rozvoj paliativní a hospicové péče, omezení škod způsobených alkoholem apod. Odkaz: http://www.mzcr.cz/obsah/rozvojove-projekty-zdravotni-pece-3340_1.html

Zdravotně sociální dotace: se poskytují v rámci „Programu grantové podpory“ a „Programu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením“. Okruh možných žadatelů, rozsah a další podmínky jsou uvedeny v metodikách těchto titulů: http://www.mzcr.cz/obsah/program-grantove-podpory_3337_1.html a http://www.mzcr.cz/obsah/program-vyrovnvani-prilezitosti-pro-obcany-se-zdravotnim-postizenim_3338_1.html

Program „Péče o děti a dorost“ a program „Prevence kriminality“ jsou zaměřeny na podporu aktivního vztahu a odpovědnosti ke zdraví a zdravému životnímu stylu a jejich posilování a podporu ve společnosti. Musí mít podstatnou část projektu tvořenou vlastními aktivitami dětí a mládeže, rozvíjet žádoucí vzorce chování a cílit na výcvikovou, činnostní formu prevence. Více viz odkaz http://www.mzcr.cz/dokumenty/metodika-pro-zadatele-o-poskytnuti-statni-dotace-v-ramci-programu-%E2%80%9Epece-o-deti-a_10770_3353_1.html#

Na podporu činnosti NNO působících ve zdravotnictví a ochraně zdraví je zaměřen program popsáný na http://www.mzcr.cz/obsah/program-na-podporu-cinnosti-nno-pusobicich-v-oblasti-zdravotnictvi-a-ochrany-zdravi-v-roce-2016_3445_1.html, jsou v něm však primárně podporovány činnosti související se zdravotnickými aktivitami.

7.2 Dotace krajů a obcí, nadační příspěvky

Dotační možnosti pro oblast podpory a ochrany zdraví a prevenci nemocí mimo sociální služby se v jednotlivých krajích a obcích značně liší. V některých krajích nejsou dotační programy směřující primárně na podporu zdraví vůbec vypisovány (např. ve Zlínském kraji), je ale možno využít dotační tituly v blízkých oblastech, např. vzdělávání, sport apod. Naopak dotační program přímo zaměřený na podporu zdraví má např. kraj Vysočina. Stejně tak rozdílné a měnící se v čase jsou nadační příspěvky pro oblast zdraví z různých nadací.

Rámcový přehled pro NNO poskytuje web Databáze grantů na Econnect-informační servis pro NNO: <http://nno.ecn.cz/index.stm?apc=nF2x-->

7.3 Grantové výzvy v oblasti adiktologie:

<http://grantystaze.adiktologie.cz/granty>

Drogy-info, heslo: financování

Kapitola 8: Instituce v ochraně veřejného zdraví

8.1 Ministerstva

Základním správním orgánem v ochraně veřejného zdraví je Ministerstvo zdravotnictví, který svou činnost vykonává především prostřednictvím útvaru hlavního hygienika. Úkoly a kompetence státní správy v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví jsou popsány v zákoně 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, v aktuálním znění.

Ministerstvo zdravotnictví řídí a kontroluje výkon státní správy v ochraně a podpoře veřejného zdraví, odpovídá za tvorbu a uskutečňování národní politiky ochrany a podpory veřejného zdraví včetně prevence nemocí a řídí a kontroluje její plnění.

Další ministerstva se podílí na státní správě v rozsahu své působnosti, např. Ministerstvo dopravy na poli ochrany před hlukem apod.

8.2 Kraje

Kraje se v přenesené působnosti s obcemi podílí na přípravě programů podpory veřejného zdraví včetně prevence nemocí a zdravotních rizik, spolupracují při jejich realizaci a poskytují jim podporu.

8.3 Krajské hygienické stanice

Krajské hygienické stanice (KHS) jsou správními úřady. Nejedná se tedy o zdravotnická zařízení, ale o úřady. Jsou zřízeny ve všech krajích a většinou v krajích zřizují i pobočky (pracoviště). Vykonávají státní zdravotní dozor nad dodržováním zákazů a plněním povinností stanovených příslušnými předpisy Evropské unie, českými zákony a zvláštními právními předpisy k ochraně veřejného zdraví zejména v oblastech:

obecné a komunální hygieny (kvalita pitných a rekreačních vod, komunální provozovny, ubytovací zařízení, rekreační zařízení, prostředí sídel ad.)

hygieny práce (pracovní podmínky, pracovní prostředí, rizika z práce, kategorizace prací ad.)

hygieny výživy (stravovací zařízení ad. – o kompetence se dělí s veterinární správou a Českou zemědělskou a potravinářskou inspekcí)

hygieny dětí a dorostu (podmínky pro výchovu dětí ve školách a dalších institucích, letní tábory a další zotavovací akce ad.)

epidemiologie (oblast, zabývající se příčinami vzniku a zákonitostmi šíření nemocí hromadného výskytu).

KHS tedy rozhodují o opatřeních k předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a jejich ukončení, nařizují mimořádná opatření při epidemii a nebezpečí jejího vzniku a mimořádná opatření k ochraně zdraví fyzických osob při výskytu nebezpečných výrobků a nejakostních vod, při živelních pohromách a jiných mimořádných událostech. V souladu se svým posláním mohou také ukládat sankce za neplnění povinností kontrolovaných subjektů.

Pokud se týká podpory zdraví, jedním z úkolů KHS je tvorba zdravotní politiky v krajích. Vlastní intervenční nebo edukační aktivity však mezi úkoly KHS nepatří. Protože KHS jsou správní úřady a rozpočtové organizace, nemohou vyvíjet jinou činnost, než jaká jim přísluší ze zákona.

8.4 Zdravotní ústavy

Státní zdravotní ústav (SZÚ) je příspěvkovou organizací Ministerstva zdravotnictví.

Je to zdravotnická organizace, zřízená k přípravě podkladů pro národní zdravotní politiku, pro ochranu a podporu zdraví, k zajištění metodické a referenční činnosti na úseku ochrany veřejného zdraví, k monitorování a výzkumu vztahů životních podmínek a zdraví, k mezinárodní spolupráci, ke kontrole kvality poskytovaných služeb k ochraně veřejného zdraví, k postgraduální výchově v lékařských oborech ochrany a podpory zdraví a pro zdravotní výchovu obyvatelstva.

Součástí SZÚ jsou oddělení podpory zdraví, která se mj. zabývají preventivními programy (vč. řešení vlastních projektů podpory zdraví) či poradenstvím. V současné době pracují, mimo pražského pracoviště, dislokovaná pracoviště podpory zdraví v krajích: Libereckém, Plzeňském, Moravskoslezském, Jihomoravském a kraji Vysočina. Mohou poskytovat metodické vedení či jinou odbornou podporu partnerům při tvorbě a řešení programů prevence a podpory zdraví pro soc. vyloučené lokality. Některá tato pracoviště zajišťují i anonymní testování na HIV/AIDS (Praha, Jihlava, Brno, Hodonín). Do budoucna se předpokládá vznik krajských center podpory zdraví i v dalších krajích.

Kontakt lze získat přes webové stránky <http://www.szu.cz>

Zdravotní ústavy

Kromě Státního zdravotního ústavu existují ještě další dva Zdravotní ústavy (ZÚ), a to se sídlem v Ostravě a v Ústí. Oba ZÚ mají podobné úkoly jako SZÚ, poskytují také testování poradenství v oboru prevence HIV/AIDS. Aktuální rozsah činností v oboru prevence lze najít na webových stránkách (<http://www.zuova.cz>, <http://www.zuusti.cz>)

8.5 Neziskové organizace v podpoře zdraví

Národní síť podpory zdraví, z. s.

Národní síť podpory zdraví je představitelem nezávislých neziskových organizací. Zabývá se primární prevencí: činnostmi při podpoře zdravého životního stylu, zdravotně výchovnou, vzdělávací a ediční činností, poradenstvím a konzultačními činnostmi. Působí na území celé České republiky, nemá však zkušenosti s programy pro sociálně vyloučené osoby či skupiny. Kontakt: <http://www.nspz.cz> .

Ústav pro zdravotní gramotnost, z. ú.

Ústav pro zdravotní gramotnost je neziskovou organizací zřízenou podle § 402 a n. Nového občanského zákoníku. Účelem ústavu je podpora **zvyšování a rozvoje zdravotní gramotnosti** obyvatel České republiky. Ústav připravuje strategické dokumenty týkající se rozvoje zdravotní gramotnosti a také realizuje:

- výzkumy týkající se zdravotní gramotnosti v různých populačních skupinách,
- organizuje odborné konference, semináře a školení zaměřené na podporu zdravotní gramotnosti,
- spolupracuje s orgány státní správy, odbornými institucemi, neziskovými organizacemi a příslušnými mezinárodními organizacemi. Kontakt: <http://www.uzg.cz> .

Green Doors, z. ú.

Green Doors je nestátní nezisková organizace, která pomáhá lidem s duševním onemocněním na cestě zpět do zaměstnání. Snaží se co nejvíce propojovat sociální služby s životem v komunitě. Vychází z myšlenky, že obeznámenost veřejnosti s problematikou duševního zdraví usnadňuje lidem s duševním onemocněním jejich zařazení do běžného zaměstnání nebo školy. Snahou je tedy díky zařazení do pracovního života podporovat integraci do širší komunity.

Konkrétně Greendoors provozují tři podniky, ve kterých je služba pro širší veřejnost propojena s rehabilitací. Jedná se o tréninkovou kavárnu Pátá kolona, tréninkovou restauraci Mlsná kavka a Cafe na půl cesty.

Odkaz na organizaci: www.greendoors.cz

Kontaktní osoba: Myroslava Bubela ředitelka, mirka.bubela@greendoors.cz, 606 601 575

8.6 Příklady dobré projektové praxe v podpoře zdraví

Uvedené kazuistiky a příklady projektů mohou sloužit obcím, krajům, neziskovým organizacím, místním akčním skupinám a dalším lokálním aktérům jako orientace v činnostech, které v oblasti zdraví v České republice probíhají nebo se implementují a inspirovat je pro tvorbu obdobných projektů zaměřených na zlepšování kvality zdraví lidí ohrožených sociálním vyloučením.

Jako doma – Homelike

Obecně prospěšná společnost **Jako doma – Homelike** se věnuje ženskému bezdomovectví. Jejím cílem je společnost, kde každý má možnost důstojně bydlet a kde nejsou sociální a genderové nerovnosti. Jako prostředek k tomuto cíli používá asistenci při tvorbě zdravé kuchyně a pomáhá ženám vytvořené produkty prodávat ve stánkovém prodeji. Zároveň zapojuje ženy v sociální tísní a bez domova do dalších emancipačních aktivit organizace, včetně destigmatizace a prevence bezdomovectví. Vytváří konkrétní dlouhodobé projekty pomoci, jako sbírku na zřízení kamenného bistra pro ženy v tísní a bez domova v oblasti Prahy.

Odkazy organizace:

<http://jakodoma.org/co-delame/kuchari-a-kucharky-bez-domova/>

<https://www.facebook.com/jakodomaos>

<https://www.indiegogo.com/projects/cooks-without-homes--3/x/13725912#/>.

Kordinátorka: alexandra.dolezelova@jakodoma.org +420 777 132 741

Hrou proti AIDS

Zdravotně preventivní program sexuální výchovy „**Hrou proti AIDS**“ je interaktivní program zaměřený na prevenci HIV/AIDS, ostatních pohlavně přenosných onemocnění a prevenci nežádoucího otěhotnění. Je určený pro skupiny dospívajících ve věku cca 14-16 let, tj. optimálně 9. třídy ZŠ a 1. ročníky ŠŠ. Optimální velikost skupiny je cca 50 osob. Program probíhá formou skupinové práce cílové skupiny na 5ti stanovištích s tématy: Cesty přenosu infekce HIV, Metody ochrany proti HIV a antikoncepce, Příběh (modelace možností nákazy HIV a následujícího života HIV pozitivního člověka), Otázky a odpovědi, Pantomima (odlehčující stanoviště – nonverbální vyjádření postojů a emocí).

Program provádí **Státní zdravotní ústav** bezplatně v rámci projektu prevence HIV/AIDS.

Odkazy: <http://www.prevencehiv.cz/nase-sluzby/hrou-proti-aids/>

Kontakty: jiri.stupka@szu.cz, 267 082 475, 731 571 330

Zdravotně sociální pomoc a asistence

Projekt spolku Sdružení sociálních asistentů, z. s. je zaměřený na zlepšení zdravotní gramotnosti a podmínek pro péči o zdraví obyvatel SVL na území města **Ostravy**. Projekt zavádí sociální službu zdravotně-sociální pomoci formou až 6 kvalifikovaných zdravotně sociálních pomocníků (= 3 plné úvazky), jejichž prostřednictvím je min. pro 330 osob ze SVL vytvořena příležitost získat informace a podporu v aktivnějším přístupu k vlastnímu zdraví, včetně podpory ve vztahu k relevantním institucím. Probíhá od r. 2017.

Odkazy: <http://socialniasistence.cz>

Kontakt: dana@socialniasistence.cz, 737 012 390

Food Not Bombs

Jedná se o alternativní (anarchistickou) iniciativu, ale inspirativní pro práci v SVL. Zabývá se distribucí jídla nejpotřebnějším a to zdarma. Většinu času organizátoři využívají na bezplatné získávání jídla ze všech možných zdrojů: z velkých skladů, obchodů se zdravou výživou, pekáren a jiných míst, ve kterých se z různých důvodů nepovoluje jeho prodej. Kdyby nebylo aktivistů z FNB, tyto potraviny by byly vyhozeny na smetiště. Z takto získaných surovin se připravuje výživná strava. Hotové jídlo se rozdává na místech, kde se shromažďují lidé, kteří je mohou potřebovat. Tato forma „recyklace jídla“ zjevně dokazuje, že příčina hladu není v nedostatku potravin, ale v neschopnosti distribuce – dennodenně se vyhazuje z neopodstatněných důvodů velká množství stravy, která by dokázala uživit mnoho lidí trpících chudobou.

Odkazy: <https://food-not-bombs.cz>, na webu jsou uvedeny kontakty dle lokalit, kde iniciativa působí

Sanitka – mobilní zdravotní služby pro uživatele návykových látek a/nebo lidi bez domova

Sanitka kromě výměnného programu pro injekční uživatele návykových látek poskytuje také základní zdravotní ošetření a testování na infekční choroby (HIV, žloutenka typu C, syfilis). Může poskytovat také další základní zdravotní úkony, případně poskytovat doporučení do jiných zdravotních nebo sociálních služeb. Jedná se o velmi nízkoprahovou službu, která je dostupná lidem bez ohledu na sociální situaci. Poradenství i testování probíhá bezplatně.

Projekt realizuje: Sananim, z.ú. v Praze, většinou dvakrát za týden v pravidelných intervalech

Odkazy: [http://www.sananim.cz/terenni-programy-\(tp\)/kde-tp-najdete.html](http://www.sananim.cz/terenni-programy-(tp)/kde-tp-najdete.html)

Kontakty: Mrg. Aleš Herzog, vedoucí terénních služeb, street@sananim.cz

Použité zdroje:

Webové stránky:

<http://programypojistoven.cz> (srovnání preventivních programů ZP)

<http://kancelarzp.cz> (Kancelář zdravotního pojištění)

<http://www.mzcr.cz/Cizinci/> (odkaz webu Ministerstva zdravotnictví)

<http://www.asimos.cz/Zivotni-situace/Zdravotni-pece>

www.drogy-info.cz

Literatura:

Berkman LF, Health and Ways of Living: The Alameda Study. New York: Oxford: Oxford University Press, 1983

EMCDDA, Annual report 2003: the state of the drugs problem in the European Union and Norway, 2003.

Link, B.G., Phelan, J.C. 1995. „Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35 (Extra Issue): 80-94.

Marmot, M. : Social determinants of Health inequalities *Lancet* 2005; 365: 1099–104 Vol 365 March 19, 2005

Marmot M. Davey, Smith, G. Stansfield, S. et al. (1991). "Health Inequalities among British civil servants: the Whitehall II study". *Lancet* **337** (8754): 1387–1393. doi:10.1016/0140-6736(91)93068-K. PMID 1674771.

Nešpor, K. a kol. Návykové nemoci a chudoba, 2010. Staženo z: www.drnespor.eu/chudo4.doc

Marmot MG, North F, Feeney A, Head J. Alcohol and sickness absence: from the Whitehall II study. *Addiction* 1993;88:369-382. Work, stress, health the Whitehall II studies, 2004 <https://www.ucl.ac.uk/whitehallIII/pdf/wii-booklet>

Sovinová H., Csémy L. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2012. <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/uzivani-tabaku-a-alkoholu-v-cr>

Středisko romských studií : Zpráva o bezpečnostní situaci Romů v ČR 2013 <http://www.romea.cz/dokumenty/SRS-zprava-2013.pdf>

Přílohy

Příloha č. 1:

Práva a povinnosti pacienta a Charta hospitalizovaných dětí

Práva pacienta:

dle zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v aktuálním znění:

Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li zákon jinak

Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni

Pacient má právo zvolit si poskytovatele zdravotních služeb a zdravotnické zařízení

Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo:

na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb

zvolit si poskytovatele oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb, které odpovídají zdravotním potřebám pacienta, a zdravotnické zařízení, pokud tento zákon nebo jiné právní předpisy nestanoví jinak

vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele, popřípadě zdravotnického pracovníka, než který mu poskytuje zdravotní služby; to neplatí, jde-li o poskytování neodkladné péče nebo o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence

být seznámen s vnitřním řádem zdravotnického zařízení lůžkové nebo jednodenní péče (dále jen „vnitřní řád“)

na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, popřípadě osoby určené zákonným zástupcem, pěstouna nebo jiné osoby, do jejíž péče byl pacient na základě rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu svěřen, je-li nezletilou osobou

na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, popřípadě osoby určené zákonným zástupcem, je-li osobou zbavenou způsobilosti k právním úkonům, nebo osobou s omezenou způsobilostí k právním úkonům tak, že není způsobilá posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí

na přítomnost osoby blízké nebo osoby určené pacientem, a to v souladu s jinými právními předpisy a vnitřním řádem, a nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytnutí zdravotních služeb; to neplatí, jde-li o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence

být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje

znát jméno, popřípadě jména, a příjmení zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků přímo zúčastněných na poskytování zdravotních služeb a osob připravujících se u poskytovatele na výkon zdravotnického povolání, které jsou při poskytování zdravotních služeb přítomny, popřípadě provádějí činnosti, které jsou součástí výuky

odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněny a osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka

přijímat návštěvy ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče, a to s ohledem na svůj zdravotní stav a v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, pokud tento zákon nebo jiný právní předpis nestanoví jinak

přijímat ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče duchovní péči a duchovní podporu od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v České republice nebo od osob pověřených výkonem duchovenské činnosti (dále jen „duchovní“) v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, a s ohledem na svůj zdravotní stav, nestanoví-li jiný právní předpis jinak; návštěvu duchovního nelze pacientovi odepřít v případech ohrožení jeho života nebo vážného poškození zdraví, nestanoví-li jiný právní předpis jinak

na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb

Povinnosti pacienta:

dodržovat navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas

řídít se vnitřním řádem zdravotnického zařízení

uhradit poskytovateli cenu poskytnutých zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění nebo jiných zdrojů, které mu byly poskytnuty s jeho souhlasem

pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb

nepožívat během hospitalizace alkohol nebo jiné návykové látky a podrobit se na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v odůvodněných případech vyšetřením za účelem prokázání, zda je nebo není pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek

Charta hospitalizovaných dětí:

Práva dětského pacienta a jeho rodičů (zákonných zástupců)

Děti musejí být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.

Děti v nemocnici musejí mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.

Děti a/nebo jejich rodiče musejí mít právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.

Děti a/nebo jejich rodiče musejí mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které nejsou pro jeho léčbu nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.

S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.

Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.

Děti musejí mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.

O děti musí být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.

Děti musejí být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.

Děti musejí mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobených jejich věku a zdravotnímu stavu.

Příloha č. 2:

Doporučení postupu při nepřijetí pacienta do péče

Doporučení postupu *při nepřijetí pacienta do péče* odkazuje na několik rovin problému, ve kterých lze situaci řešit: a) místní rovina – lékaři a zdravotní pojišťovna, b) krajská rovina – podnět ke zřizovateli, c) lidsko-právní rovina – Kancelář veřejného ochránce práv.

1. Kontaktovat praktického lékaře/lékařku, kteří odmítli přijmout pacienta/pacientku do lékařské péče a vyžádat si **písemnou zprávu se zdůvodněním odmítnutí**. Písemná zpráva je klíčová pro další postup, viz níže. Na písemnou zprávu má pacient právo podle odst. § 48 odst. 5 zákona o zdravotních službách a jejich poskytování (Zákona č. 372/2011 Sb.).

Pacient a/nebo sociální pracovník/pracovnice mohou upozornit lékaře na to, že nevydání zprávy o důvodu odmítnutí přijetí pacienta do péče je **správní delikt** a lékaři/poskytovateli zdravotních služeb za něj hrozí pokuta do 100.000 Kč (podle § 117 odst. 3 písm. c) zákona o zdravotních službách a jejich poskytování)

Pro upřesnění, poskytovatel má právo pacienta odmítnout ze třech základních důvodů, které jsou:

- a) překročení únosného pracovního zatížení, nebo přijetí do péče brání provozní a další důvody
- b) vzdálenost bydliště pacienta neumožňuje v případě poskytování zdrav. služeb v oboru všeobecného praktického lékařství pro děti a dorost výkon návštěvní služby
- c) pacient není pojištěn u zdravotní pojišťovny, se kterou má poskytovatel uzavřenou smlouvu podle zákona o veřejném zdravotním pojištění¹⁵

2. Napsat stížnost a poslat zřizovateli zdravotnických zařízení uvedených lékařů a lékařek. Ve valné většině případů se jedná se o krajský úřad. Každý kraj má portál s informacemi o formě podání a příjmu stížností, např. portál pro Moravskoslezský kraj: <http://www.msk.cz/cz/kontrola/prijem-stiznosti-a-jinych-podnetu-41861/>.

Ke stížnosti připojit kopie písemných zpráv od lékařů/lékařek. U poskytovatelů, kteří odmítnou písemnou zprávu vydat, připsat ve stížnosti tuto skutečnost. Jinak je vhodné stížnost formulovat přímo jako **podnět k zahájení řízení o správním deliktu podle ustanovení § 117 odst. 3 písm.**

a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, tj. že poskytovatel odmítl pacienta přijmout do péče v rozporu se zákonem. Za tento správní delikt může krajský úřad uložit pokutu do 300.000 Kč, viz předchozí odkaz na paragraf, odstavec a písmeno zákona.

3. Zároveň písemné zprávy hromadně doručit zpět příslušné zdravotní pojišťovně a vyzvat ji k zajištění lékařské péče lékaři/lékařkami, kteří s ní mají uzavřenou smlouvu podle zákona o veřejném zdravotním pojištění. Pokud některý z uvedených poskytovatelů odmítl vydat písemnou zprávu, sdělit tuto informaci pojišťovně.

Poznámka: Ačkoliv krok č. 2 lze přirozeně vynechat a rovnou učinit krok č. 3 (tj. vyčkat na výsledky konání příslušné pojišťovny), krok č. 2, tedy stížnost ke zřizovateli, zvyšuje pravděpodobnost zabránění stejného chování, tj. správních deliktů, uvedených poskytovatelů.

4. Zároveň s kroky č. 2 a 3, lze předat případ odmítnutí jako oficiální **podnět** k šetření možné diskriminace Kanceláři veřejného ochránce práv. Kancelář situaci vyhodnotí a své hodnocení

¹⁵ Pro úplný text znění viz § 48 odst. 1 zákona o zdravotních službách a jejich poskytování

zformuluje v tzv. Zprávě ochránkyně. V ní uvede, zda se z jejího pohledu jedná nebo nejedná o diskriminační jednání ve smyslu zákona č. 198/2009 Sb. (antidiskriminační zákon). Na základě Zprávy pak může stěžovateli/ce navrhnout podporu v případě řešení problému soudního cestou, např. při získání právníka/právníčky z Pro bono aliance, tedy bezplatné právní pomoci. Zprávu může do žaloby překlopit a pro soudní jednání využít stěžovatel/ka sám/ma, bez další asistence nebo svolení veřejné ochránkyně práv.

Poznámka: V oblasti zdravotní péče se v případě podání žaloby na diskriminační jednání tzv. *přesouvá důkazní břemeno* ze žalobce na žalovaného. To znamená, že není na žalobci dokázat, že lékař či lékařka jednali diskriminačně, ale lékaři sami by v tomto případě museli prokázat, že odmítnutí přijetí do lékařské péče bylo ze zákonných důvodů (tj. kapacita, vzdálenost neúnosná pro návštěvy nebo neexistující registrace u jejich pojišťovny, viz str. 1). V případě kdy více lékařů/lékařek odmítne téhož pacienta/tutéž pacientku, resp. jejich děti, v jednom časovém období, jsou důvody odmítnutí podezřelé a právníci z Kanceláře veřejného ochránce práv soudí, že hypotetická žaloba má šanci uspět. To neznamená, že uspěje, jde o výchozí úsudek.

Pokud se stěžovatel/ka rozhodne nejít soudní cestou, ombudsmanka může po dohodě zaslat Zprávu ochránkyně lékařům a lékařkám jako *upozornění na nerovné zacházení v přístupu ke zdravotní péči a jejího poskytování*. Na Kancelář veřejného ochránce práv se lze obrátit přímo, např. na Mgr. Evu Nehudkovou, právníčku oddělení rovného zacházení, +420 542 542 367, eva.nehudkova@ochrance.cz