



Spolufinancováno
Evropskou unií



2025



PRŮZKUM

četnosti osob se specifickými potřebami

Zpracovatel: ACoRD CZ, z.s.

Obsah

1	Zadání a metodika	4
1.1	Zadání	7
1.2	Metodika zpracování	8
1.2.1	Časový harmonogram	8
1.2.2	Individuální hloubkové polostrukturované rozhovory	8
1.2.3	Fokusní skupiny	10
1.2.4	Výzkumné otázky	12
1.2.5	Sekundární analýza dat	13
1.2.6	Hypotézy	13
2	Sekundární analýza dat	14
2.1	Sekundární analýza – počet osob cílové skupiny v Královéhradeckém kraji	15
2.2	Návrh kritérií pro statistické sledování počtu osob cílové skupiny	18
3	Výzkumná zpráva	20
3.1	Individuální hloubkové polostrukturované rozhovory	21
3.1.1	Okruh osob, které nejsou zajištěny stávající péčí	21
3.1.2	Odhad četnosti počtu osob v Královéhradeckém kraji	25
3.1.3	Stávající možnosti péče a podpory	36
3.1.4	Další směřování péče a podpory	38
3.2	Fokusní skupiny	41
3.2.1	Fokusní skupina A	41
3.2.2	Fokusní skupina B	43
3.2.3	Fokusní skupina C	44
3.2.4	Závěr	46
4	Případové studie	47
4.1	Případová studie č. 1 Osamělý	48
4.2	Případová studie č. 2 Psychiatrická	51
4.3	Případová studie č. 3 Návyková	54
5	Závěry a doporučení	57
5.1	Závěry	58
5.1.1	Závěry zjištěných skutečností	58
5.1.2	Vyhodnocení stanovených hypotéz	59
5.2	Doporučení – Verze 1	61
5.3	Doporučení – verze 2	63
6	Použitá literatura	65

SEZNAM TABULEK, GRAFŮ, OBRÁZKŮ A MAP

Tabulka 1 Časový harmonogram zpracování analýzy.....	8
Tabulka 2 Přehled uskutečněných individuálních rozhovorů.....	8
Tabulka 3 Fokusní skupina A	10
Tabulka 4 Fokusní skupina B	11
Tabulka 5 Fokusní skupina C	11
Tabulka 6 Výzkumné otázky	12
Tabulka 7 Kvantifikace cílové skupiny v Královéhradeckém kraji	17
Tabulka 8 Návrh kritérií pro statistické sledování počtu osob cílové skupiny.....	18
Tabulka 9 Zkušenosti respondentů s četností osob s nezajištěnou (problematicky zajistitelnou) péčí	26
Tabulka 10 Detailní popis kazuistik AD Matky Terezy Hradec Králové	30
Tabulka 11 Detailní popis kazuistik Denního centra Charita Hradec Králové	33

SEZNAM ZKRATEK

AD	– azylový dům
BZU	– byty zvláštního užívání
CDZ	– centrum duševního zdraví
ČR	– Česká republika
ČSÚ	– Český statistický úřad
CMP	– cévní mozková příhoda
CSS	– centrum sociálních služeb
DMT	– Dům Matky Terezy
DnB	– doplatek na bydlení
DOZP	– domov pro osoby se zdravotním postižením
DPS	– domov pro seniory
DZR	– domov se zvláštním režimem
EHIS	– Evropské šetření o zdraví (European Health Interview Survey)
ESF+	– Evropský sociální fond plus
ETHOS	– Evropská typologie bezdomovectví a vyloučení z bydlení
EU	– Evropská unie
GDPR	– obecné nařízení o ochraně osobních údajů
HK	– Hradec Králové
HN	– (dávky) hmotné nouze
CHOPN	– chronická obstrukční plicní nemoc
ID	– invalidní důchod
JIP	– jednotka intenzivní péče
KHK	– Královéhradecký kraj
LDN	– léčebna dlouhodobě nemocných
MAS	– místní akční skupina
MI	– motivační rozhovor
NZIP	– Národní zdravotnický informační portál
NÚDZ	– Národní ústav duševního zdraví
OP	– občanský průkaz
ORP	– obec s rozšířenou působností
PDZ	– Podpora duševního zdraví (název organizace)
PEG	– perkutánní endoskopická gastrostomie
PN	– psychiatrická nemocnice
PNP	– příspěvek na péči
PnŽ	– příspěvek na živobytí
PS	– pečovatelská služba

RIAPS – Regionální institut ambulantních psychosociálních služeb (název organizace)

ROS – roztroušená skleróza

RZS – rychlá záchranná služba

SAS – sociálně aktivizační služby

SD – starobní důchod

SLDB – sčítání lidu, domů a bytů

SO ORP – správní obvod obce s rozšířenou působností

THC – kanabis

ÚP – Úřad práce

ÚSP – ústav sociální péče (historický termín)

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

VDB ČSÚ – Veřejná databáze Českého statistického úřadu

VÚPSV – Výzkumný ústav práce a sociálních věcí

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

1



ZADÁNÍ A METODIKA

1.1 ZADÁNÍ

Cílem zpracování analýzy je tvorba průzkumu četnosti osob se specifickými potřebami na území Královéhradeckého kraje včetně stanovení okruhů těchto osob za účelem zajištění podkladů pro další rozvoj sítě sociálních služeb s důrazem na služby sociální péče. Analýza je dle zadání zacílena zejména na osoby, kterým není zajištěna péče nikoliv z kapacitních důvodů, ale zejména proto, že sociální služby nejsou schopny reagovat na jejich aktuální specifické potřeby.

Do této skupiny patří osoby, které propadají stávajícím systémem ať už z důvodů životních návyků, nedostatečné úrovně příjmů, zdravotního stavu, života na ulici apod. Níže je uveden základní okruh specifických znaků a potřeb cílové skupiny, na kterou se průzkum zaměřil:

- Osoby, které se nacházejí v nepříznivé sociální, rodinné, ekonomické, sociokulturní a zdravotní situaci, které při snižující se schopnosti sebepéče a soběstačnosti se mohou dostat do situace ohrožení zdraví případně až ohrožení života
- Osoby s problematickými životními návyky
- Osoby s duševním onemocněním, osoby s gerontopsychiatrickým onemocněním, osoby s kombinací několika diagnóz, osoby s duálními diagnózami
- Osoby s organickým poškozením mozku a osoby s trvalými důsledky po úrazech a onemocněních mozku (CMP, onkologická onemocnění, následky operací mozku, následků úrazů atd.), osoby s chronickými neléčenými zdravotními problémy (neléčený diabetes mellitus, epilepsie atd.)

Analýza je zpracována v rámci projektu „Rozvoj regionálního partnerství v sociální oblasti na území obcí Královéhradeckého kraje III“, registrační číslo: CZ.03.02.02/00/22_006/0000241

Na zpracování tohoto dokumentu se podílel tým odborníků společnosti ACoRD CZ, z.s.: Mgr. Zuzana Skříčková, Mgr. Veronika Polášková, Mgr. Jakub Benda, Mgr. Nela Hrušková a Bc. Ladislav Marek, DiS.

1.2 METODIKA ZPRACOVÁNÍ

1.2.1 Časový harmonogram

Tabulka 1 Časový harmonogram zpracování analýzy

Aktivita	duben	květen	červen	červenec	srpen
Výběr oslovení a rekrutace respondentů (individuální rozhovory)					
Zpracování designu individuálních hloubkových rozhovorů					
Realizace individuálních hloubkových rozhovorů					
Výběr oslovení a rekrutace respondentů (fokusní skupiny)					
Zpracování designu fokusních skupin					
Realizace fokusních skupin a zpracování zpráv					
Zpracování případových studií					
Zpracování závěrečné výzkumné zprávy					
Průběžné konzultace se zadavatelem					

1.2.2 Individuální hloubkové polostrukturované rozhovory

V průběhu měsíců květen až července 2025 proběhlo celkem 26 individuálních hloubkových polostrukturovaných rozhovorů (detailně viz tabulka níže).

Tabulka 2 Přehled uskutečněných individuálních rozhovorů

Skupina	Oslovené organizace	Role respondenta v organizaci	Datum uskutečnění rozhovoru
Pracovníci ORP	ORP Broumov – Odbor sociálních věcí a zdravotnictví	- Vedoucí odboru - Sociální kurátor pro dospělé, sociální pracovník - Sociální pracovník, veřejný opatrovník	26.6.2025
	ORP Hradec Králové – Magistrát města	Vedoucí oddělení koncepcí a sociální péče	Průběžně v období červen až červenec 2025
	ORP Jaroměř – Odbor sociálních věcí a zdravotnictví	Zástupce vedoucího odboru, sociální kurátor, opatrovník	30.6.2025
	ORP Vrchlabí – Odbor sociálních věcí a zdravotnictví	- Vedoucí odboru - Sociální kurátor pro dospělé, sociální pracovník - Sociální pracovník, veřejný opatrovník - Sociální pracovník, veřejný opatrovník	3.6.2025
	ORP Rychnov nad Kněžnou – Odbor sociálních věcí	Vedoucí odboru	17.6.2025

Skupina	Oslovené organizace	Role respondenta v organizaci	Datum uskutečnění rozhovoru
		- Sociální kurátor pro dospělé, sociální pracovník - Sociální pracovník, veřejný opatrovník	
	ORP Nové Město nad Metují – Odbor sociálních věcí	- Vedoucí odboru - Sociální pracovník - Sociální pracovník	19.6.2025
Služby sociální péče (terénní forma)	PRO SEN (Rychnov nad Kněžnou), pečovatelská služba	- Ředitel organizace - Sociální pracovnice - Vedoucí domácí zdravotní péče	3.7.2025
	Centrum sociálních služeb Naděje Broumov (pečovatelská služba)	- Vedoucí pečovatelské služby - Sociální pracovník služby	26.6.2025
	Domeček plný koleček, z. s. (Osobní asistence)	Vedoucí službu Osobní asistence	17.6.2025
	Sociální služby města Jičína (pečovatelská služba)	Vedoucí sociálního úseku	13.6.2025
	Oblastní charita Hradec Králové (charitní pečovatelská služba)	Vedoucí pečovatelské služby	16.6.2026
Nemocnice	Fakultní nemocnice Hradec Králové	Vedoucí oddělení sociální péče	30.5.2025
	Oblastní nemocnice Jičín – LDN Nový Bydžov	Sociální pracovnice	26.6.2025
	Oblastní nemocnice Náchod – Lůžka následné péče Jaroměř	- Zdravotně sociální pracovnice – sociální lůžka - Zdravotně sociální pracovnice LDN	30.6.2025
	Hamzova léčebna Luže – Košumberk	Vedoucí sociálního oddělení	9.6.2025
Pobytové sociální služby	Rýchorské domovy sociální péče	Ředitel organizace	12.6.2025
	Domov Černožice	- Sociální pracovník služby - Sociální pracovní služby – metodik	2.6.2025
	Domov na Stříbrném vrchu	Sociální pracovník služby	23.6.2025
	Domov Dolní zámek Teplice nad Metují	- Ředitelka zařízení - Sociální pracovnice služby - Vrchní sestra	1.7.2025
	Domov důchodců Malá Čermná	Vedoucí sociálního úseku	20.6.2025

Skupina	Oslovené organizace	Role respondenta v organizaci	Datum uskutečnění rozhovoru
	PRO SEN (Rychnov nad Kněžnou), DPS	- Ředitel organizace - Sociální pracovníce služby - Sociální pracovníce služby	3.7.2025
	Domov bez bariér Hořice	Vedoucí sociálně aktivizačního úseku	13.6.2025
Služby sociální prevence	RIAPS Trutnov	Vedoucí služby	18.6.2025
	Azylový dům Dům matky Terezy Hradec Králové	Vedoucí služby	6.6.2025
	Most k životu p.o.	Ředitel organizace	13.6.2025
	PDZ Rychnov nad Kněžnou	- Vedoucí služby - Zástupce vedoucí služby, sociální pracovník	4.7.2025

1.2.3 Fokusní skupiny

V průběhu měsíce června proběhly tři fokusní skupiny zaměřené na hledání řešení, postupů a změn ve stávajícím systému poskytování sociálních služeb pro cílovou skupinu výzkumu. Scénář fokusních skupin byl připraven na základě zadání šetření a upraven na základě zjištění z provedené sekundární analýzy a individuálních rozhovorů.

Výběr a rekrutace respondentů proběhla ve spolupráci se zadavatelem.

Tabulka 3 Fokusní skupina A

Respondenti pozvaní k účasti	Role respondenta v organizaci	Datum uskutečnění
Domov na Stříbrném vrchu	Zástupkyně ředitelky zařízení	10.6.2025 od 9:30 hod
Domov Dolní zámek	Sociální pracovníce Vrchní sestra	
Domov bez bariér Hořice	Sociální pracovníce	
Domov Černožice	Sociální pracovníce	
Celop s.r.o.	Nezúčastnili se	
Fakultní nemocnice Hradec Králové – zdravotně sociální pracovník	Vedoucí Sociálního oddělení	
Hospic Anežky České – Červený Kostelec	Sociální pracovníce	
LDN Nový Bydžov	Nezúčastnili se	
ORP Jaroměř	Nezúčastnili se	
ORP Jičín	Sociální pracovníce	
ORP Kostelec nad Orlicí	Nezúčastnili se	
ORP Náchod	Sociální pracovníce (veřejné opatrovnictví)	

Tabulka 4 Fokusní skupina B

Oslovení respondenti	Role respondenta v organizaci	Datum uskutečnění
Oblastní charita Hradec Králové	Sociální pracovnice	11.6.2025 od 9:00 hod
Pečovatelská služba Dvůr Králové nad Labem	Nezúčastnili se	
Centrum sociálních služeb Naděje Broumov	Nezúčastnili se	
Most k životu p.o.	Ředitelka zařízení	
ORP Broumov	Nezúčastnili se	
ORP Dvůr Králové nad Labem	Koordinátorka plánování	
ORP Hořice	Nezúčastnili se	
ORP Hradec Králové	Nezúčastnili se	
Oblastní nemocnice Jičín	Nezúčastnili se	
Oblastní nemocnice Náchod (LDN Jaroměř)	Nezúčastnili se	
Oblastní nemocnice Náchod (psychiatrie)	Nezúčastnili se	
Oblastní nemocnice Náchod (sociální lůžka Broumov)	Zdravotně sociální pracovnice	

Tabulka 5 Fokusní skupina C

Oslovení respondenti	Role respondenta v organizaci	Datum uskutečnění
RIAPS Trutnov	Vedoucí služeb	11.6.2025 od 12:00 hod
Péče o duševní zdraví	Vedoucí služeb Hradec Králové	
Sociální služby města Jičína	Sociální pracovnice Vedoucí služby PS	
Diakonie Náchodsko	Nezúčastnili se	
ORP Nový Bydžov	Nezúčastnili se	
ORP Rychnov nad Kněžnou	Nezúčastnili se	
ORP Trutnov	Vedoucí oddělení	
ORP Vrchlabí	Sociální pracovnice	
LDN Trutnov	Nezúčastnili se	
Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod nebo PN Kosmonosy	Nezúčastnili se	
Nemocnice Vrchlabí	Nezúčastnili se	
Pracoviště ošetřovatelské péče HK	Nezúčastnili se	

1.2.4 Výzkumné otázky

Základní výzkumné otázky byly stanoveny zadavatelem, jejich další specifikace pro účely kvalitativního šetření je uvedena v následující tabulce:

Tabulka 6 Výzkumné otázky

Základní výzkumné otázky	Okruhy podotázek
Jaké okruhy osob, tedy specifické cílové skupiny, které nejsou zajištěné péčí a dostatečnou podporou se v Královéhradeckém kraji nacházejí?	Jaké skupiny osob často „propadají“ stávající síti sociálních služeb (prokazatelně vykazují znaky nepříznivé sociální situace, ale není jim poskytována sociální služba, jelikož nespádají do okruhu osob, pro které je k dispozici stávající nabídka sociálních služeb určena)?
	U kterých cílových skupin nejsou sociální služby reagovat na jejich aktuální potřeby?
	Jaké faktory nejvíce přispívají k nedostatku péče v těchto skupinách?
	Existují určité geografické oblasti v kraji, kde je péče výrazněji nedostatečná?
Jaká je četnost osob se specifickými potřebami na území Královéhradeckého kraje?	Můžete na nějakých konkrétních životních situacích (příbězích) těchto osob můžete popsat chybějící podporu a péči ze strany stávající sítě služeb?
	Dokážete kvantifikovat počty těchto osob (na úrovni kraje, okresu, ORP, vaší organizace...)?
Jaká forma podpory je jim v současné chvíli poskytována?	Vedete si nějaké vlastní statistiky těchto osob (například na úrovni neuspokojených žadatelů o službu apod.)?
	Jaké konkrétní služby (terénní, ambulantní, pobytové) jsou dostupné těmto cílovým skupinám? O jaké služby se jedná a kde působí?
	Jaké jiné formy podpory (mimo sociální služby) tyto osoby v současné době využívají? O jaké služby se jedná a kde působí?
	Lze tedy formy podpory považovat za dostatečné, jsou schopny reagovat na jejich specifické potřeby?
Kam by se měla péče o tyto specifické skupiny posunout (například jaké druhy sociálních služeb by měly na území Královéhradeckého kraje vzniknout)?	Jakým způsobem do péče o tyto osoby vstupují jejich rodinní příslušníci a další neformální pečující? Mají oni dostatečnou podporu? Jaká podpora je jim poskytována?
	Jaké změny by na úrovni krajské sítě měly nastat, aby byla péče o tyto specifické skupiny byla dostatečná?
	Jsou třeba i nějaké změny v oblasti legislativy, aby došlo ke zlepšení péče o tyto cílové skupiny?

1.2.5 Sekundární analýza dat

V průběhu analytických činností využil zpracovatel i předpokládané zdroje sekundárních údajů, které se nějakým způsobem vztahují k vymezeným cílovým skupinám. Jednalo se o údaje z registru poskytovatelů sociálních služeb, ČSÚ, ÚZIS, Data KHK, webové stránky poskytovatelů sociálních, zdravotnických služeb a veřejné správy a statistiky veřejných opatrovníků.

1.2.6 Hypotézy

- Některé sociální služby (terénní, ambulantní i pobytové) mají pro osoby ze sledovaných skupin nastaven příliš „vysoký práh“, který se stává důvodem pro neposkytnutí služby pro osoby ze sledovaných cílových skupin (například kritéria ohledně věku, kritéria ohledně abusu návykových látek, kritéria ohledně diagnostických okruhů, výše úhrady atd.).
- Zajištění péče o osoby ze sledovaných skupiny není záležitostí pouze sociálních služeb, ale širší sítě dalších služeb a pomoci (zdravotnická zařízení, dostupné bydlení, právní nástroje v podobě například zvláštního příjemce, opatrovnictví apod.). V této souvislosti je pro zajištění péče klíčová interdisciplinární spolupráce, kvalitní metodické postupy pro využití „měkkých“ nástrojů (například právní postupy) a nabídka infrastrukturních nástrojů (ubytování a bydlení).
- Zajištění péče pro osoby ze sledovaných skupin, kteří jsou zároveň opatrovanci veřejných opatrovníků může být v některých aspektech jednodušší než pro zástupce cílových skupin, kteří nemají veřejného opatrovníka.
- Vymezení okruhu cílové skupiny osob se specifickými potřebami není v současnosti dostatečně exaktně popsáno, tudíž je vhodné se tomuto vymezení věnovat.

2



SEKUNDÁRNÍ ANALÝZA DAT

2.1 SEKUNDÁRNÍ ANALÝZA – POČET OSOB CÍLOVÉ SKUPINY V KRÁLOVÉHRADECKÉM KRAJI

Vzhledem k absenci uceleného statistického přehledu o počtu osob spadajících do vymezené cílové skupiny byl v rámci této části studie zvolen přístup sekundární analýzy dostupných analytických a strategických zdrojů. Tyto zdroje obsahují dílčí údaje o skupinách osob, které lze na základě charakteristik zařadit do sledované cílové skupiny, nebo se k ní blíží svou povahou. Prezentované údaje proto nepředstavují přesné statistické vyčíslení, nýbrž kvalifikovaný odhad založený na kombinaci různých datových podkladů a odborném posouzení jejich relevance.

Počty osob s duální diagnózou¹

Přesný počet osob s duální diagnózou není v dostupných statistických zdrojích evidován. Ani Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), ani Národní zdravotnický informační portál (NZIP) nezohledňují ve svých výstupech možnost souběhu duševního onemocnění a závislosti. Přesto některé dílčí studie poskytují alespoň orientační vodítka k odhadu velikosti této skupiny.

Například studie Komorbidita pacientů s diagnózou schizofrenie, depresivní poruchy, generalizované úzkostné poruchy a neuropatické bolesti (COSMOS), realizovaná Národním ústavem duševního zdraví ve spolupráci se společností KRKA ČR, s.r.o. v roce 2017, uvádí, že téměř polovina pacientů s depresivními a úzkostnými poruchami a téměř třetina pacientů se schizofrenií trpí další souběžnou duševní poruchou – přičemž mezi nejčastější komorbiditami patří poruchy spojené s užíváním návykových látek.

Dle dat ÚZIS² bylo v roce 2022 na území Královéhradeckého kraje 2 059 pacientů s diagnózou schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20-F29) a 3 063 s diagnózou depresivní fáze a periodická depresivní porucha (F32-F33).

Definice osoby s duální diagnózou



Za osoby s duální diagnózou jsou považovány ty, které současně trpí duševním onemocněním a závislostí na návykových látkách.

Tato skupina osob představuje jednu z nejvíce ohrožených a současně nejhůře obslužených částí populace – často se vyskytuje mezi osobami bez domova, je vysokým podílem zastoupena mezi oběťmi násilných trestných činů a čelí značným překážkám při využívání služeb, a to jak v oblasti zdravotnictví, tak v oblasti sociálních služeb.

Zásadní komplikací je skutečnost, že systém péče je nastaven odděleně pro psychiatrii a závislosti, a osoby, které trpí oběma typy onemocnění zároveň, „propadají“ mezi těmito subsystémy.

440 až 550 osob

osob s duální diagnózou v KHK.

Z hlediska poskytování adekvátní podpory jedna z nejnáročnějších skupin.

Evidována výrazná absence metodické podpory a specializovaných služeb umožňujících efektivnější práci.

Při extrapolaci těchto údajů na populaci Královéhradeckého kraje to může znamenat, že v Královéhradeckém kraji žije přes 2 200 osob s možnou duální diagnózou. Tento údaj je však nutné vnímat jako orientační odhad, nikoliv jako exaktní statistiku.

Při kvalifikovaném předpokladu, že přibližně 15 až 20 % z těchto osob naplňuje znaky cílové skupiny (potřebu péče), je možné odhadnout, že do sledované kategorie lze zařadit cca 440 až 550 osob s duální diagnózou.

Z výstupů fokusních skupin a individuálních rozhovorů navíc vyplývá, že osoby s duální diagnózou tvoří významnou část klientely, se kterou respondenti pracují. Zároveň jsou poskytovateli sociálních služeb, sociálními pracovníky a zástupci

zdravotnických zařízení označovány jako jedna z nejnáročnějších skupin z hlediska poskytování adekvátní podpory, zejména kvůli nízké stabilitě, omezené motivaci ke změně a složité dostupnosti

¹ J. Růžková a kol., Podpora lidí s duální diagnózou, s. 10, Metropolitní zdravotnický servis Praha, p.o. (nedatováno)

² <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/oborove-statistiky/dusevni-onemocneni-regiony/>

potřebné odborné psychiatrické a adiktologické péče. Výrazná je i absence specializovaných služeb či metodické podpory, která by umožnila efektivnější práci s tímto typem klientely.

Počty osob bez domova vykazující znaky zkoumané cílové skupiny

Podstatná část osob bez domova vykazuje známky duševního onemocnění, závislostního chování nebo kombinaci obojího. Podle studie „Populace osob bez domova v ČR: osoby přespávající venku, v noclehárnách, v azylových domech a v obecních ubytovnách“ (2021) trpí významné množství osob bez domova psychiatrickou diagnózou, která jim byla lékařsky stanovena a s níž byli léčeni. Výsledky této studie ukazují, že minimálně 39 % osob bez domova se v minulosti léčilo se závislostmi, depresemi, úzkostnými stavy, psychotickými poruchami nebo poruchami osobnosti. Tato zjištění potvrzuje také mezinárodní studie „The Unhealthy State of Homelessness – Health Audit Results“ (2014), podle níž až 45 % osob bez domova trpí některou formou duševního onemocnění.

Na základě dat ze sčítání osob bez domova provedeného v roce 2019³ bylo na území Královéhradeckého kraje identifikováno přibližně 762 osob bez domova. Tento údaj zahrnuje všechny kategorie osob bez střechy (přespávající venku nebo v noclehárnách) i vybrané kategorie bez bytu (osoby v azylových domech, domech na půl cesty, obecních ubytovnách či specifických zdravotnických a vězeňských zařízeních).

Při konzervativní extrapolaci uvedených dat – s využitím hodnot ze zmíněných studií – lze kvalifikovaně odhadnout, že v Královéhradeckém kraji žije přibližně 300 až 340 osob bez domova, které zároveň vykazují znaky zkoumané cílové skupiny, tj. kombinaci duševního onemocnění a/nebo závislosti s absencí stabilního bydlení a podpůrné sítě. Tyto osoby se často nacházejí v akutním ohrožení zdraví i života a bývají opakovanými uživateli zdravotní nebo nízkoprahové sociální péče.

300–340 osob
bez domova vykazující znaky
cílové skupiny v KHK.

39 % osob bez domova
se v minulosti léčilo se
závislostmi, depresemi atd.

Počty opatrovanců veřejných opatrovníků v Královéhradeckém kraji

Z výpovědí sociálních pracovníků z obcí Královéhradeckého kraje, které byly získány v rámci realizovaných kvalitativních individuálních rozhovorů, vyplynulo, že část osob pod veřejným opatrovnictvím vykazuje znaky odpovídající zkoumané cílové skupině – zejména kombinaci duševního onemocnění, výrazného sociálního znevýhodnění a nízké míry soběstačnosti. Tito lidé často žijí osamoceně, bez dostupné podpory v přirozeném prostředí a mají omezenou schopnost využívat dostupné sociální nebo zdravotní služby.

Na základě této zkušenosti považují autoři analýzy za důležité zařadit veřejné opatrovance mezi podskupiny, které mohou být součástí zkoumané cílové skupiny.

150 až 190 opatrovanců
s projevy odpovídající cílové
skupině v KHK.

**Výhoda v systematické
a dlouhodobé podpoře**
ze strany veřejných opatrovníků.

Dle údajů Ministerstva vnitra ČR bylo v roce 2025 v Královéhradeckém kraji celkem 942 osob, na které obce čerpaly příspěvek na výkon veřejného opatrovnictví. Při kvalifikovaném předpokladu, že přibližně 15 až 20 % z těchto osob naplňuje znaky cílové skupiny, je možné odhadnout, že do sledované kategorie lze zařadit cca 150 až 190 osob z této podskupiny.

Z výpovědí respondentů zároveň vyplývá, že osoby pod veřejným opatrovnictvím mají oproti jiným osobám v obdobně nepříznivé situaci výhodu v systematické a dlouhodobé podpoře, kterou jim veřejný opatrovník poskytuje. Veřejní opatrovníci zde často zastávají roli koordinátorů péče (case managerů), zajišťují návaznost služeb, hájí zájmy klienta při jednání s institucemi a podporují jejich

³ O. Nešporová, P. Holpuch, K. Janurová, V. Kuchařová, Sčítání osob bez domova v ČR 2019, Kategorie bez střechy a vybrané kategorie bez bytu podle typologie ETHOS, VÚPSV, v. v. i. Praha, s. 35

udržení v přirozeném prostředí. Tato forma doprovázení se v praxi ukazuje jako efektivní model podpory, který výrazně přispívá ke stabilizaci těchto osob. Význam této podskupiny je proto relevantní nejen pro účely odhadu velikosti cílové skupiny, ale také pro další metodické a systémové úvahy v oblasti plánování péče a služeb.

Závěrečné shrnutí a odhad celkového počtu osob cílové skupiny

V současné době neexistuje v České republice systematický mechanismus sběru dat, který by umožňoval přesně kvantifikovat počet osob spadajících do sledované cílové skupiny – tedy osob s duševním onemocněním, závislostí a/nebo jejich kombinací, které se současně nacházejí v nepříznivé sociální, ale také zdravotní situaci a často nedosáhnou na běžné formy pomoci. Vzhledem k této absenci bylo v rámci studie přistoupeno k metodě sekundární analýzy dostupných statistických a výzkumných dat, které se vztahují k dílčím podskupinám osob odpovídajících charakteristikám zkoumané skupiny.

V Česku

neexistuje systematický mechanismus sběru dat umožňující kvantifikaci cílové skupiny.

Celkový odhadovaný počet osob zkoumané cílové skupiny na území KHK činí 780 až 970 osob.

Na základě této sekundární analýzy lze v Královéhradeckém kraji kvalifikovaně odhadnout, že do zkoumané cílové skupiny spadá cca 780 až 970 osob, a to v následujícím členění – viz tabulka níže.

Tabulka 7 Kvantifikace cílové skupiny v Královéhradeckém kraji

Podskupina	Odhadovaný počet osob
Osoby s duální diagnózou (psychiatrické onemocnění + závislost)	cca 330-440 osob
Osoby bez domova vykazující znaky cílové skupiny	cca 300–340 osob
Opatrovanci s projevy odpovídající cílové skupině	cca 150–190 osob
Celkový kvalifikovaný odhad	780–970 osob

Zdroj: MV ČR, ÚZIS, VÚPSV, v. v. i. Praha, NÚDZ, zpracování vlastní

Je nezbytné zdůraznit, že prezentovaný údaj nelze chápat jako exaktní statistiku, ale jako kvalifikovaný odborný odhad, který vychází z kombinace analytických studií, dostupných dat veřejných institucí a poznatků z kvalitativního šetření (fokusních skupin a individuálních rozhovorů).

Získaná data zároveň potvrzují, že potřeba systematického sledování a evidence této cílové skupiny je zásadní. Informace o počtech a struktuře těchto osob jsou důležité jak pro plánování a rozvoj sociálních a zdravotních služeb na úrovni kraje a jednotlivých ORP, tak i pro každodenní práci sociálních pracovníků obcí, poskytovatelů služeb a samospráv. Zvláštní pozornost by měla být věnována nastavení sdílené metodiky, sběru anonymizovaných dat v rámci multidisciplinárních týmů a podpoře standardizovaného vyhodnocování potřeb této cílové skupiny v regionálním plánování.

2.2 NÁVRH KRITÉRIÍ PRO STATISTICKÉ SLEDOVÁNÍ POČTU OSOB CÍLOVÉ SKUPINY

Na základě poznatků z rozsáhlého kvalitativního šetření (výstupů z individuálních rozhovorů a fokusních skupin) se jednoznačně ukazuje potřeba systematického sledování a evidence osob spadajících do vymezené cílové skupiny. Tato potřeba se vztahuje zejména na úroveň Královéhradeckého kraje a správních obvodů obcí s rozšířenou působností (SO ORP), kde vzniká tlak na přesnější plánování kapacit a typů sociálních služeb.

Systematický monitoring cílové skupiny je důležitý:

- pro sociální pracovníky obcí, kteří v terénu identifikují osoby v nepříznivé sociální situaci,
- pro pracovníky sociálních služeb, kteří potřebují plánovat rozsah a typ intervence,
- pro vedení samospráv, které odpovídají za zajištění sítě služeb v území,
- a v neposlední řadě pro Královéhradecký kraj, který síť služeb na regionální úrovni koordinuje a financuje.

Zpracovatel proto vytvořil návrh základního rámce pro statistické sledování této cílové skupiny, který může sloužit jako východisko pro další metodické ukotvení a praktickou implementaci. Tento rámec pracuje s předem definovanými kritérii, která vycházejí z odborné zkušenosti, výsledků výzkumu a praxe sociálních služeb.

Návrh pravidel pro práci s kritérii:

- Evidence by měla probíhat prostřednictvím jednoduchých sledovacích formulářů nebo indikátorových archů, které lze využít na úrovni ORP nebo multidisciplinárních týmů.
- Doporučuje se zavedení skórovacího systému, kde splnění tří a více kritérií značí zařazení osoby do sledované cílové skupiny.
- Data by měla být sbírána anonymizovaně, výhradně za účelem regionálního a krajského plánování a vyhodnocování potřebnosti služeb.

V následující tabulce je uvedeno sedm základních kritérií pro identifikaci osob spadajících do této cílové skupiny. Kritéria odrážejí reálné situace, s nimiž se pracovníci setkávají v praxi, a pokrývají klíčové oblasti rizik spojených s propadáním systémem pomoci.

Tabulka 8 Návrh kritérií pro statistické sledování počtu osob cílové skupiny

Kritérium	Popis a typické projevy	Možné zdroje evidence
Zdravotně-sociální kombinace problémů (duální diagnóza)	Kombinace duševního onemocnění a závislosti, kontakt se zdravotními i sociálními službami. Osoba vykazuje dlouhodobý nebo opakovaný kontakt se zdravotními zařízeními (psychiatrie, detox) i se sociálními službami.	• Příjemce služeb sociální prevence (SAS, azylové domy, terénní programy, nízkoprahová denní centra, noclehárny apod.) • Záznam o hospitalizaci v psychiatrické léčebně
Opakovaný výskyt nebo dlouhodobé setrvání v systému sociální pomoci	Osoba je více než 12 měsíců v kontaktu s minimálně dvěma různými druhy sociálních služeb (např. terénní program + SAS).	• Individuální plán péče/case management • Přerušování nebo neúspěšné ukončení služby • Sledování tzv. "návratů" do systému
Absence nebo ztráta přirozené podpory	Osoba nemá blízkou osobu schopnou poskytovat péči či podporu. Vyskytuje se sociální izolace potvrzená službou nebo sociálním pracovníkem obce.	• Život bez opory rodiny či blízkých • Potvrzení od sociálního pracovníka obce

		• Uživatel bez určeného opatrovníka, kontaktní osoby
Riziková změna stavu bez návazného zázemí/služby	Propuštění z výkonu trestu, z ústavní léčby, z pěstounské péče nebo ústavní výchovy bez zajištěného následného ubytování či péče.	• Záznam o ukončení institucionální péče • Chybějící nástupní služba nebo následná péče
Ohrožení bytovou nouzí (dle ETHOS)	Osoba splňuje jednu z následujících podmínek: • Žije na ulici • Bydlí v azylovém domě, noclehárně nebo squatu • Bydlí u známých bez smlouvy nebo v nejisté právní situaci • Hrozí mu vystěhování nebo má výpověď z bytu • Více než 2 opakované ztráty bydlení během posledních 2 let.	• Statistiky sociálních pracovníků obcí • Statistiky poskytovatelů sociálních služeb • Statistiky obcí (pokud disponují obecními byty)
Neposkytnutí pomoci navzdory zjevnému nepříznivému stavu (tzv. „propadání systémem“)	Osoba se nachází v nepříznivé sociální nebo zdravotně-sociální situaci, ale: • není přijata do žádné sociální služby z důvodu, že neodpovídá cílové skupině, nebo • je opakovaně odmítána službami kvůli nízké motivaci, abstinenční podmínce, duální diagnóze apod., nebo • je mezi dvěma systémy (např. mezi ukončenou hospitalizací a přijetím do pobytové služby) bez podpory.	• Statistiky sociálních pracovníků obcí • Statistiky poskytovatelů sociálních služeb
Potřeba zajištění péče v rámci činností preventivních služeb	Osoba vykazuje potřeby zajištění tzv. „péčových“ úkonů, zatímco jsou jí poskytovány služby sociální prevence a naopak (například uživatelé pečovatelských služeb, kteří vykazují vysokou míru potřeb podpory na úrovni činností preventivních služeb).	• Statistiky sociálních pracovníků obcí • Statistiky poskytovatelů sociálních služeb

Zdroj: výzkumné šetření, vlastní zpracování

3



VÝZKUMNÁ ZPRÁVA

3.1 INDIVIDUÁLNÍ HLOUBKOVÉ POLOSTRUKTUROVANÉ ROZHOVORY

Z realizovaných rozhovorů jednoznačně vyplývá, že značná část osob (žadatelé o pobytovou sociální službu, osob v režimu veřejného opatrovnictví, lidé setrvávající ve zdravotnických zařízeních a další dále specifikované okruhy lidí) se nachází v mnohostranně problematické situaci, kterou současná síť sociálních služeb nedokáže úspěšně uspokojit. U těchto lidí se často kombinuje absence (stabilního) bydlení, nízká soběstačnost, duševní onemocnění, závislostní problémy, finanční problémy a absence blízkých vztahů a podporujících osob.

Bez dostatečně koordinovaných systémových a vstřícných místních opatření dochází k tomu, že tito lidé kolují mezi různými zařízeními napříč sociálním a zdravotním sektorem, přičemž ale téměř žádné zařízení neumí nabídkou konečnou a ideální variantu pomoci.

V textu analýzy je využita **přímá řeč respondentů** z individuálních rozhovorů a fokusních skupin. Přímé citace slouží jako **doklad zjištěných skutečností** a umožňují ilustrovat konkrétní zkušenosti a postoje dotazovaných osob. Autoři analýzy záměrně ponechali **nespisovné a slangové výrazy**, které se v odpovědích objevily, a to z důvodu **zachování autenticity sdělení**. Tím je čtenáři zprostředkován co nejvěrnější obraz reálné praxe, který by mohl být při jazykové úpravě zkreslen nebo oslaben.

3.1.1 Okruh osob, které nejsou zajištěny stávající péčí

*„Každý má něco jiného. Je to tak moc individuální. A mění se to s věkem a zdravotním stavem.“
(Zkušenost pracovníka sociálního odboru)*

Dotazovaní respondenti popisovali velice pestrou škálu zkušeností, klientů a případů, kde vnímají významné a letité potíže, a bez nadsázky by se dalo konstatovat, i jakousi frustraci z toho, že se pro tyto osoby nedaří sehnat vhodná pomoc a podpora.

Ze zkušeností dotazovaných lze vyextrahovat tyto klíčové skupiny osob, pro které je extrémně obtížné až téměř nemožné zajistit péči a pomoc prostřednictvím (nejen) sociálních služeb.

Osoby s psychiatrickou zátěží⁴

Osoby s diagnostikovanou chronickou psychiatrickou nemocí (často také kombinace více diagnóz, včetně duálních diagnóz). Často se vyskytující i určitá mentální zátěž. Časté dlouholeté či opakované hospitalizace v psychiatrických nemocnicích. Často jde o osoby ve veřejném opatrovnictví. Lehce manipulovatelné a zneužitelné. Často s další zátěží typu dluhy, nízké příjmy, důchody bez nároků na výplatu, závislost na dávkách hmotné nouze. Často bez stabilního a vhodného bydlení a bez výhledu toto bydlení získat.

Osoby užívající návykové látky (akutní abusus nebo abusus v anamnéze)

Lidé se závislostí na návykových látkách. Nejčastěji alkoholu, ale ve vysoké míře i na dalších nealkoholových látkách. Nejsou výjimkou závislosti na více typech drog. Situaci těchto lidí komplikuje častá přítomnost další duševní nemoci. Letité užívání návykových látek způsobuje vysokou míru devastace organismu a s tím související somatické obtíže. Častým dopadem letitého užívání je pozávislostní demence.

⁴ Podrobněji viz Případová studie č. 2 Psychiatrická

Osoby s gerontopsychiatrickou zátěží

Lidé s demencí, Alzheimerovou chorobou a dalšími typy tohoto onemocnění. Do domovů pro seniory pro diagnózu demence nebývají přijati („už sem nepatří“). Do domovů se zvláštním režimem ale „ještě nepatří“. Jejich situace je taková, že nemoc není ještě tak pokročilá, ale už je samotné ohrožuje a ohrožuje i jejich okolí. Často žijí sami, rodiny nemají nebo nejsou v dosahu. Tito lidé obtěžují až ohrožují své okolí, často na ně upozorňují sousedé, praktičtí lékaři. Podpora terénními službami situaci zcela neřeší. Často tito lidé cítí, že je nikdo nechce, nikam se nehodí. Bývají ze své situace zoufalí. Když se situace hrotí, dostanou se do zdravotnických zařízení typu lůžka následné péče, lůžka dlouhodobé péče, kde obvykle dlouhodobě „uvíznou“.

Lidé somaticky nemocní (zdravotně postižení)

Jde o osoby po úrazech, haváriích, s neurologickými nemocemi, po cévních mozkových příhodách, s ROS, po amputacích, lidé zdevastovaní životním stylem apod., kteří ale nejsou v seniorském věku. Jejich celková situace a zdravotní stav vyžaduje náročnou péči. Často chybí rodina nebo se jim rodinné vztahy rozpadly. Často také rodina není schopna zajistit tak náročnou a výhledově mnohaletou péči – prioritně je třeba zajistit péči o děti, včetně finančního zajištění. Jde o osoby, které věkově nesplňují hranici pro přijetí do domovů pro seniory, nadto jejich životní styl neodpovídá životnímu stylu lidí o několik generací starších. V extrémních případech jde o osoby, které se po léčbě a pobytu například v rehabilitačních ústavech nemají kam vrátit. Jejich stav nedovoluje žít na ubytovnách, azylových domech a v jiných dočasných formách bydlení. V rámci Královéhradeckého kraje je pro tyto osoby určeno zařízení Domova bez bariér Hořice, které ale podle zkušeností respondentů není kapacitně dostačující.

Osoby bez domova nebo v nevyhovujícím, případně dočasném bydlení

Jde o osoby, u kterých v případě zhoršení zdravotního stavu nebo propuknutí nemoci (psychické choroby diagnostikované, nediagnostikované, duální diagnózy, demence a další jiné somatické choroby) nastává významná obtíž se zajištěním potřebné péče a pomoci. Častou překážkou pro zajištění vhodné péče je pak akutní závislost na návykových látkách. Motivace ke spolupráci a hledání řešení je často problematická až nulová, stejně tak motivace k léčbě. Životní návyky, hodnoty a životní styl je pro tyto osoby tak zásadní a jejich změna tak obtížná, že možnosti sladit je s pravidly a podmínkami sociální služeb či jiných zařízení, bývá extrémně nízká. Problematická je také finanční situace, často úplná absence jakýchkoliv finančních příjmů.

Matky s psychiatrickou zátěží nebo mentálním hendikepem

Jde o matky, které mají různé druhy zdravotních potíží, které často vyžadují odbornou zdravotní péči a uzpůsobené služby (psychiatrická onemocnění, duální diagnózy, vč. akutní závislosti, mentální hendikepy, fyzické hendikepy a jejich nejrůznější kombinace).

Jejich nepříznivá situace je často spojena s absencí trvalého bydlení, absencí rodiny a blízkých lidí. Problematické bývají také schopnosti spojené s péčí o dítě (nikoli ale ochota o dítě/děti pečovat).

Manželské páry, každý s jiným problémem

Podle respondentů je problematické zajistit odpovídající zařízení také pro manželské páry seniorů (nebo osob se zdravotním hendikepem), kdy nepříznivá situace každého jednotlivého z nich vykazuje rozdílné charakteristiky (například jeden z partnerů trpí demencí, druhý má somatické potíže).

Mezi faktory a bariéry, které se stávají příčinou, že péče není dostupná nebo se ji nedaří zajistit, patří:

Věk

„Často jsou to osoby s hraničním věkem – zdravotně jsou na tom často hůře než ti starší, ale věkem nedosáhnou na tu vymezenou cílovou skupinu, kterou mají třeba domovy pro seniory.“ (Zkušenost zdravotnického zařízení)

„Chybí zařízení pro mladší lidi. Cca 50 let. Praskne jim aneurysma a ze dne na den jsou totálně nepohybliví. Jsou po nemocnicích. Nebo CMP u mladších lidí. Tito mladší lidé by o pomoc a nějaké zařízení stáli.“ (Zkušenost pobytové zařízení typu DPS)

„Nevhodná“ diagnóza

„Služby mají cílové skupiny, podle diagnóz. Jedna věc je, že je málo psychologů a psychiatrů, takže nikdo nemá čas na to, něčí diagnózu přezkoumávat a řešit, když mu již byla jednou sdělena. A druhá věc je, že co psychiatr, to jiný názor na diagnostiku, takže se na to ani moc nedá spoléhat. Cílové skupiny ve většině zařízení jsou striktně dány a neuhnou ani o kousek, takže pak je ten klient, který nemá správnou diagnózu, v podstatě neumístitelný.“ (Zkušenost pobytové zařízení typu DZR)

Životní styl a životní hodnoty, které nejsou v souladu s podmínkami a pravidly péče a pomoci

„Osoby, u kterých je evidentní, že je pro ně těžké snášet ten náš režim. Někteří mají dokonce diagnózu na to, že se v minulosti léčily a ono to v pobytovém zařízení nefungovalo. Je pro ně těžké snášet, že se musí přizpůsobit, a to je pak samozřejmě těžké, i pro personál a ostatní klienty.“ (Zkušenost pobytového zařízení typu DPS)

„Někteří naši klienti jsou už i desítky let na ulici a nejsou schopni být pod kontrolou a tím pádem i odmítají klasické bydlení.“ (Zkušenost zdravotního zařízení)

Nedostatek nebo absence finančních příjmů

„Ze služeb nám to neřeknou oficiálně, sdělí, že nemají místo, ale my víme, že to je špatnou finanční situací, kdy jsou např. v důchodu, ale nemají nárok na výplatu. Služby říkají, že nemají kapacitu, ale ten člověk pro ně prostě není lukrativní. Zařadí je do pořadníků, ale fyzicky se na ně nikdy nedostane, protože furt mají lukrativnější lidi než bez příjmu, a ještě třeba navíc s psychiatrickým onemocněním. Oni nám třeba i řeknou, že pán nemá finance, že by to pro ně bylo administrativně náročné. Ze zkušenosti víme, že to takhle prostě funguje.“ (Zkušenost zdravotnického zařízení)

Nedostatek nebo úplná absence vhodného bydlení (městské ubytovny, sociální bydlení)

„Narůstá nám počet lidí na ulici. Ztrácí se možnosti ubytoven, u nás už jen soukromá ubytovna. A zhruba 15 lidí je aktuálně venku. Lidi z výkonu trestu není kam dát. Když jsou aspoň na ubytovnách, tak je možnost spolupráce a motivace. Na ulici není lidí k čemu motivovat.“ (Zkušenost pracovníka sociálního odboru)

„Tito lidé nemají kde být ... osoby bez domova, závislí ... Rozhodně je potřebujeme někam dát. Mít nějaký prostor, kde by mohli být. Jinak žádnou péči nevymyslíme. Když jsou aspoň na ubytovnách, tak je možnost spolupráce a motivace. Na ulici není moc lidí k čemu motivovat. Na ulici to prostě nejde.“ (Zkušenost pracovníka sociálního odboru)

Hrubé, hostilné až agresivní chování u klienta

„Neumístitelní jsou lidé s kombinací akutní abusus a agrese.“ (Zkušenost pracovníka sociálního odboru)

„Už nepečujeme o příjemné babičky a dědečky se vstřícnou rodinou. Klienti jsou hrubí, rodiny nespolupracují, čím dál častěji vypovídáme smlouvu pro neplnění podmínek ze strany klienta. Situace,

se kterými jsme se dříve vůbec nepotkávali. Potřebujeme se chránit. Musíme domýšlet každý důsledek. Přibývá agrese u klientů.“ (Zkušenost terénní sociální služby)

Alkohol a další návykové látky (často ale i jen historický záznam o abusu)

„V našem druhu služeb je velkou překážkou, když lidé trpí nějakou závislostí. A jsou zase dva pohledy: služby nechtějí takové lidi, mám na mysli lidi, kteří mají duševní onemocnění a zároveň jsou závislí a z druhé strany, ani ti lidé, klienti nechtějí do těch zařízení právě skrze tu závislost, nechtějí dodržovat žádný režim, vzdát se své závislosti. Jsou „v pohodě“ tak, jak to je, nebo alespoň mají ten pocit.“ (Zkušenost pobytového zařízení typu DZR)

Nezájem o nabízenou pomoc

Někteří klienti mají pocit, že jsou jiní, že jsou na tom lépe. A pomoc odmítají. Nebo jim to hrdost nedá, přijmout pomoc. Taky každý má jiný standard. My máme pocit, že takhle ho nemůžeme nechat, ale on je s tím v pohodě. S věkem ztrácí schopnosti. A někdy se ochota spolupracovat – postupem věku – začne měnit. Anebo taky ne ...“ (Zkušenost pracovníka sociálního odboru)

„Měli jsme starší paní. Byli doma zvyklí, že potřebu vykonávali na nočník a ten pak vylévali na dvůr. Pan starosta chtěl, aby se tam uklízelo. Aby se to tam hygienicky zlepšilo. Ale to jsou starší lidé a nepřipustí, že by se žilo jinak, než byli celý život zvyklí. Oni tu naši pomoc a péči často nechtějí.“ (Zkušenost terénní sociální služby)

„Máme pána, už 3 roky v péči, aktuálně je na LDN, řešíme ho s Magistrátem. Pán není schopen domyslet důsledky svého jednání a svých rozhodnutí. Kognitivně je už úplně špatný. Je mu 52 let, ideálně klient do DPS. Životní styl ale neodpovídá kolektivu a pobytovému zařízení. Je slepý, má PEG. Má defekty na kůži, dominuje u něj špatná výživa. V jeho domácnosti chybí teplá voda, je tam nepořádek. My nejsme schopni zajistit v takové domácnosti dobrou péči. Ale pán chtěl jít z nemocnice domů, tak byl doma. Nešlo to ale, takže opakovaná hospitalizace. Žádosti v zařízení jsou podány. Bylo mnoho návrhů, co by se dalo, ale pán úplně vše bojkotoval.“ (Zkušenost terénní sociální služby)

Kumulace zdravotních problémů a dalších typů znevýhodnění a rizik

„Takový člověk na vozíku, neuvaří si, nedojde si na záchod, nemá rodinu, ale ... má psychiatrickou diagnózu, nebo zkušenost s bezdomovectvím, návykovými látkami. A my už tušíme, že prostě nebude schopen dodržovat náš režim. Vlastně se nikam nehodí. Když se řekne návykové látky – napadl by člověka nějaký léčebný režim – komunita, psychiatrie apod. Když ale má klient další postižení např. zdravotní, tak se do komunity nebo léčebny nehodí a nikde ho nevezmou. Nehodí se ani k nám, nemáme adiktologa, psychiatra ani psychoterapeuta. Nevezmeme si ho ani my, byť je tam tělesný handicap a potřebuje naši péči. Nejsme vybaveni, neumíme s nimi jednat.“ (Zkušenost pobytové služby typu DOZP)

Neochota a nezájem na straně odborníků

„U nás ve službě se to neděje, ale jsou to často doktoři, kteří to tak mají, že např. kvůli alkoholu odmítnou spolupráci. Sice jsou studovaní, ale mají předsudky. Začíná to už u praktiků, mají plné registry, moc jich tu není, když už někoho ukecáme a ten klient pak moc nespolupracuje, tak do budoucna to zavírá dveře pro jakoukoliv spolupráci.“ (Zkušenost terénní sociální služby)

„Někteří z nich potřebují nutně denní zdravotní péči, potřebují zajistit hygienu a další. Doktoři jim ale nenapišou ani PNP ... Naše paní psychiatricka, nemá dobrý přístup. Pán, který má alko demenci, potřeboval by PNP, ale ona mu ho kvůli alkoholu odmítá napsat. Že si za to může sám ... Máme problém, aby je vůbec odvezla rychlá (záchranná služba, pozn. autorů), když ji k nim zavoláme. Udělají mini ošetření a pošlou je zpět.“ (Zkušenost pracovníka sociálního odboru)

3.1.2 Odhad četnosti počtu osob v Královéhradeckém kraji

Odhad četnosti počtu osob, které nejsou zajištěny péčí, odráží praktické a historické zkušenosti dotazovaných respondentů. Tyto zkušenosti odpovídají druhu sociální služby nebo pracovní agendě, kterou respondenti vykonávají a s ohledem na to, s jakou klientelou a počtem případů přichází do kontaktu.

Některé organizace mají evidence, ze kterých lze získat informace o počtech osob, pro které je obtížné či nemožné zajistit adekvátní péči (například evidence odmítnutých zájemců o službu u pobytových služeb, záznamy o případech jednotlivých klientů u služby Azylový dům). Pracovníci obcí vycházejí z reálných případů klientů, se kterými se setkali v rámci své agendy (nejčastěji veřejné opatrovnictví a sociální kuratela). V některých případech nevycházeli respondenti z konkrétních evidencí, ale ze znalosti každodenní praxe, případně svých historických zkušeností.

Informacím o četnosti je nutné rozumět v tomto kontextu a pracovat s nimi jako s daty odbornými a kvalifikovanými, ale stále jen odhadovanými.



Tabulka 9 Zkušenosti respondentů s četností osob s nezajištěnou (problematicky zajistitelnou) péčí

Organizace (respondent)	Četnost	Specifické zkušenosti
ORP Broumov – Odbor sociálních věcí a zdravotnictví	Odbor eviduje cca 11 případů, kde je extrémně problematické (případně výhledově bude) zajistit adekvátní péči.	Částečně jde o případy z veřejného opatrovnictví, případy sociálního kurátora.
ORP Hradec Králové – Magistrát města	Cca 40 případů klientů. Cca 10 lidí s akutní potřebou nenaplněné péče.	Specifikace případů: Klienti v nestandardním nebo nevyhovujícím bydlení, často s psychiatrickou zátěží, finančními problémy. Několik případů osob ve veřejném opatrovnictví. Zkušenost s případy klientů s významnou agresí.
ORP Jaroměř – Odbor sociálních věcí a zdravotnictví	Jednotky případů klientů ve veřejném opatrovnictví. Jednotky případů klientů kurátora pro dospělé.	Na straně klientů často nezám o nabízenou pomoc, nezám o život a péči v pobytovém zařízení sociálních služeb
ORP Vrchlabí – Odbor sociálních věcí a zdravotnictví	Cca do 20 případů. Klienti v režimu veřejného opatrovnictví, klienti na ubytovnách, klienti na ulici (aktuálně cca 15 osob na ulici).	Odbor má velmi dobrou a rozsáhlou zkušenost s využíváním institutu zvláštního příjemce dávek. Pracovníci vnímají rostoucí trend.
ORP Rychnov nad Kněžnou – Odbor sociálních věcí	Kvalifikovaný odhad cca 20 případů. Klienti v režimu veřejného opatrovnictví, klienti na ubytovnách, klienti na ulici.	Pracovníci vnímají rostoucí trend. Služby se více vyhraňují. Velmi významně se objevují lidé, kteří nikoho nemají a kde není, kdo by pomohl péči zajistit.
ORP Nové Město nad Metují – Odbor sociálních věcí	Aktuálně pouze jednotky případů.	Historicky zkušenost se 4 klienty, kteří zemřeli na ulici nebo v rámci městské ubytovny. Ve všech případech byla alkoholová závislost klientů. Minimálně polovina z nich by adekvátní péči v pobytovém zařízení (pokud by byla dostupná) odmítla.
PRO SEN (Pečovatelská služby, Rychnov nad Kněžnou)	Několik případů pacientů domácí zdravotní péče, kteří zcela odmítají další pomoc ze strany sociálních služeb péče. Cca 6 dalších případů klientů pečovatelské služby, kde stávající péče výrazně neodpovídá potřebám dané osoby.	Zkušenosti i s dalšími případy, kde aktuálně služby nepůsobí. Zkušenosti pracovníků služby se zanedbáváním péče ze strany pečujících osob.

Centrum sociálních služeb Naděje Broumov (pečovatelská služba)	Desítky případů v oblasti Broumova. Velká pestrost co do potřeb klientů a charakteru nepříznivých situací.	Problematické případy: • Osaměle žijící senioři propuštění z nemocnic bez zajištěné další péče • Zneužívání senioři • Lidé s kombinací mentální a psychiatrické zátěže • Lidé lehce zneužitelní, jednodušší, s omezenou gramotností • Lidé s psychiatrickým onemocněním, poruchami chování
Domeček plný koleček, z. s.	Případ pouze 1 klientky, pro kterou se nedařilo dlouhodobě zajistit potřebnou službu. Organizace vychází z historické zkušenosti, nemá specifickou evidenci.	Zkušenost i s osobami závislými, buď organizace službu zajistí sama anebo je pošle někam, kde je vezmou.
Sociální služby města Jičína (pečovatelská služba)	Odhad cca desítky jedinců ročně – lidé, kterým byla služba odmítnuta.	Zkušenosti v rámci organizace.
Oblastní charita Hradec Králové (charitní pečovatelská služba)	Dříve v jednotkách, dneska už i v 10 případech, kde je péče extrémně obtížně zajiřitelná nebo sehnatelná.	Organizace vychází ze zkušenosti, nemá specifickou evidenci. Přibývá případů mladých lidí s pozávislostní demencí (20-30 letí lidé). Přibývá klientů, kde je velmi náročná komunikace, (psychiatrická zátěž, sociopatie). Přibývá lidí v nestandardních podmínkách, nemají doma dobré podmínky pro péči.
Fakultní nemocnice Hradec Králové (Oddělení sociální péče)	Kvalifikovaným odhadem stovky lidí, pro které je po akutní hospitalizaci obtížně zajistit pomoc a péči mimo zdravotnický systém (tj. zamezit rotaci mezi LDN). Ze zkušeností takových osob přibývá.	Skupiny osob s potřebou péče, kde přibývá jejich četnost: • Lidé bez domova • Lidé závislí na návykových látkách, alkoholu • Osamělí senioři • Významně přibývá lidí, kteří pečují v 70 letech o 90leté rodiče • Přibývá vícegenerační péče (rodiny, kde je třeba pečovat už o 2 generace – o rodiče i prarodiče) • Narůstá počet lidí, kteří potřebují zvláštní režim

Oblastní nemocnice Jičín - LDN Nový Bydžov	Jednotky až desítky případů za rok.	Nejde o významný počet ve srovnání s dalšími pacienty. Jde ovšem o nejsložitější a nejnáročnější případy. Které navíc často nemá uspokojivé řešení.
Oblastní nemocnice Náchod – Lůžka následné péče Jaroměř	Desítky lidí.	Problém jsou lidé po CMP. Dosud samostatní, náhle odkázáni zcela na péči (aktuálně 2 plné pokoje). Problém bývají manželské páry – není výjimkou, že máme oba manžele. Problém bývají lidé z ulice, kteří nestojí o další péči.
Hamzova léčebna Luže - Košumberk	1-2 případy z Královéhradeckého kraje.	Největší problém jsou čtyřicátníci a padesátníci. Kognitivně a mentální schopnosti v pořádku, ale fyzicky potřebují celodenní péči.
Rýchorské domovy sociální péče	Celkově propadlo (bez zajištěné péče)i v posledních 2 letech cca 10 osob.	Téměř vždy obdobný scénář a důvody.
Domov Černožice	Zkušenost posledního období s cca 10-15 osobami.	Lidé s psychiatrickými dg., které do domova nespádají. Lidé z LDN, které se nedaří umístit. Lidé z psychiatrických nemocnic.
Domov na Stříbrném vrchu	Nespádají do cílové skupiny, ale mají onemocnění – buď závislost nebo nějaké další duševní onemocnění, přesně 50 % žádostí do zařízení (aktuálně konkrétně 35 lidí).	
Domov Dolní zámek	Prakticky 95 % žádostí zájemců o službu je zamítnuto. Nesplňují CS. Ze 20 žádostí: 10 zájemců nepotřebuje celodenní péče, postačovala by nižší míra podpory. 4 řeší bezdomovectví, dluhy, nízké příjmy, situaci, kdy nedosáhnou na žádnou formu bydlení (přijetím by se suplovalo pouze a jen bydlení). 5 lidí neprojde požadovanou léčbou závislostí (do léčeben nejsou přijati z důvodu pohybového omezení a potřeby náročné péče).	U 4 zájemců z 5 jsou jejich nepříznivé situace spojené výhradně s absencí bydlení, resp. tito zájemci od služby DZR očekávají pouze zajištění bydlení (chybí motivace pro řešení čehokoliv dalšího).
Domov důchodců Malá Čermná	Rok 2024 celkem 96 žádostí o službu v zařízení:	

	Muži (49 žádostí): 51 % z nich je bez podpory rodiny, nikdo se o ně nezajímá, polovina je bez blízkých lidí, 37 % je bez bydlení. U 40 % je demence, 35 % má nějakou psychiatrickou diagnózu. V mnoha případech se jedná o mladší ročníky, často po mrtvici – způsobeno nezdravým životním stylem Ženy (47 žádostí): 17 % bez podpory rodiny, 4 % bez bydlení. Co se týká demence a psychiatrických onemocnění, obdobné jako muži. Závislosti méně, ale u žen skrytější – prášky proti bolesti, nespavosti apod.	
PRO SEN (Rychnov nad Kněžnou)	Jednotky až desítky případů.	Zkušenosti s extrémním nárůstem zájemců/klientů s demencí a s tím souvisejícími potřebami.
Domov bez bariér Hořice	Desítky případů.	Velmi problematičtí jsou lidé se závislostmi. Aktuální zkušenost k 31.7.: ukončení služby se dvěma klienty. Další 3 v pořadí, kteří jsou problematičtí z hlediska závislostí.
RIAPS Trutnov	Celkem 367 klientů ročně – s duální diagnózou – 150. Zcela bez příjmů (i na noclehárnu) – cca 20 lidí ročně. Problematika bydlení – cca 50 klientů.	
Azylový dům Dům matky Terezy Hradec Králové	Cca 1/3 klientů na AD potřebuje nějakou zdravotní péči. Aktuálně minimálně 7 klientů na AD (tj. ¼ klientů z AD) má velice významné fyzické zdravotní problémy. Vyžadují trvalou péči. Aktuálně je to tedy cca ¼ klientů azylového domu. Fyzické zdravotní omezení. Aktuálně 3 klienti s duševním onemocněním, resp. psychiatrem stanovenou diagnózou. Jeden klient se středně těžkou demencí – zcela neorientovaný.	pozn. Detailní popis případů klientů, kteří potřebují péči je zařazen na konci této kapitoly.

Most k životu p.o.	Cca 30 lidí ročně.	Problematické návyky, neschopnost soužití s dalšími lidmi, drogy, alkohol.
PDZ Rychnov nad Kněžnou	Zkušenost s jednotkami případů.	Přibývá klientů seniorů s chronickou psychiatrickou nemocí (celoživotní diagnózou). Přibývá klientů s duální diagnózou (ve službě cca 10-15 lidí aktuálně).

3.1.2.1 Detailní popis případů klientů AD Matky Terezy Hradec Králové, kteří potřebují péči

Tabulka 10 Detailní popis kazuistik AD Matky Terezy Hradec Králové

Klient	Zdravotní situace	Finanční situace	Potřeby ve vztahu k péči	Další vhodná podpora
Klient 1 (70 let)	Fyzický: - Artróza DK - Problémy s chůzí na delší vzdálenosti - Používá hole - Užívá léky na tlak a na bolest Psychický: - V současnosti orientován - v minulosti fabulace, bludy, stíhomamy, zmatenost - pravděpodobně nějaký druh organické poruchy - k psychiatrovi nechodí	- Starobní důchod (SD) cca 13 000,- - Lehká zneužitelnost a manipulovatelnost - Probíhá soud o omezení svéprávnosti	- Pomoc s přípravou stravy, nákupy - Potřeba doprovodů při chůzi (pády) - Dohled nad braním léků - Potřeba dořešit neurologické a psychiatrické vyšetření (nyní odmítá)	- Zatím souhlasil pouze s podáním žádosti do DPS (dosud nepodány, čekáme na rozhodnutí soudu o opatrovnictví) - Není schopen bydlet samostatně bez podpory a dohledu - Předpoklad zhoršení zdravotního stavu jak po psychické, tak po fyzické stránce
Klient 2 (56 let)	Fyzický: - Aneurisma na mozkové tepně - Opakované epileptické záchvaty - Problémy se srdcem - Několik CMP - Potíže s chůzí (pomůcky) - Občasná inkontinence - Časté odvozy RZS a hospitalizace Psychický:	- invalidita III. stupně – zatím v jednání, zda bude vyplácen ID - dávky HN (PnŽ, DnB)	- Pomoc s řešením zdravotního stavu – dohled a potřebná vyšetření - Dohled nad braním léků - Potřeba pravidelné zdravotní péče	- Není schopen bydlet samostatně bez podpory a dohledu - Předpoklad zhoršení zdravotního stavu jak po psychické, tak po fyzické stránce

	- občasné výpadky paměti, zmatenost, výrazná dezorientace - potíže s řečí - závislost na alkoholu			
Klient 3 (65 let)	Fyzický: - V pořádku Psychický: - Paranoia, bludy, zmatenost - Obtížná komunikace, potíže s řečí - Dezorientace	- ID III. stupně (cca 9 800,-) - Veřejný opatrovník (finance) - Starobní důchod v jednání	- Potřeba kompenzovat psychický stav, potřebné vyšetření - Dohled nad užíváním léků a zdravotní péči	- Není schopen bydlet samostatně bez podpory a dohledu
Klient 4 (74 let)	Fyzický: - Potíže s chůzí (2 fr. hole) - Vidí pouze na jedno oko - Inkontinence (pleny) - Neschopen ujít delší vzdálenosti - Opakované hospitalizace a následně pobyt v LDN Psychický: - Orientován - Mírné deprese, plačtivost	- SD (14 000,-) - Dluhy na předchozím nájemném a energiích (splácí) - PNP v jednání	- Nákupy (zajišťuje CHPS) - Dohled nad užíváním léků a zdravotní péče - Problémy s hygienou (potřebuje pomoc) - Inkontinence	- Není schopen bydlet samostatně bez podpory a dohledu - Podány žádosti do: - DPS Chlumec n. C - DPS Malá Čermná - DPS Rýchorské domovy - DPS Humburky
Klient 5 (70 let)	- Potíže s chůzí (2 fr. hole) - amputace dolní končetiny - píštěle (nutnost plen) - Neschopen ujít delší vzdálenosti (potřebuje doprovody) - Opakované hospitalizace a následně pobyt v LDN - Pravidelné převazy (píštělě) Psychický: - Orientován	- SD (14 000,-) - PNP – II. stupeň - Dluhy na VZP (splácí)	- Nákupy (zajišťuje CHPS) - Pravidelné převazy zdravotní péče - Dopomoc s hygienou - Doprovody na potřebná zdravotní vyšetření	- Není schopen bydlet samostatně bez podpory a dohledu - Podány žádosti do BZU Harmonie II, pro lidi s fyzickým handicapem - Předpoklad zhoršení zdravotního stav, možná amputace i druhé končetiny.
Klient 6 (73 let)	Fyzický: - Potíže s chůzí - Po cévní mozkové příhodě - Potíže s řečí	- SD (9 000,-)	- Doprovody na potřebná zdravotní vyšetření - Potřeba dohledu nad užíváním léků	- Není schopen bydlet samostatně bez podpory a dohledu - Podány žádosti do: • DPS na Třešňovce – Česká Skalice,

	Psychický: - Středně těžká demence - Potíže s orientací v čase a prostoru - Výrazné zapomínání (neví kdy jedl, co jedl, kdy má důchod, kdy má kam jít, ...) - Není schopen si vzpomenout, kdy a jaké má brát léky – tzn. léky nebere		- Potřeba dohledu nad běžnými denními činnostmi (vzhledem k demenci)	• DPS Dvůr Králové nad Labem, • DPS – Malá Čermná – Bohemia, • Rýchorské domovy Žacléř. • Podána i žádost o byt v DPS Jaroměř.
Klient 7 (71 let)	Fyzický: - CHOPN (chronická obstrukční plicní choroba) - Není schopen brát léky a není schopen inhalovat (nepozná rozdíl mezi nádechem a výdechem) - Časté výjezdy RZS a hospitalizace Psychický: - Velmi snížené intelektové a mentální schopnosti - Potíže v komunikaci - Pravděpodobná neurologická porucha nebo schizofrenie - Bludy, halucinace, - Obtížná orientace v čase - Omezen na svéprávnosti (lehká zneužitelnost)	- SD (veřejný opatrovník) - Omezen ve svéprávnosti - PNP II. stupeň	- Doprovody na potřebná zdravotní vyšetření - Potřeba dohledu nad užíváním léků a inhalací - Potřeba dohledu nad běžnými denními činnostmi (hygiena, strava) - Nákupy zajišťuje CHPS	- Není schopen bydlet samostatně bez podpory a dohledu - Podány žádosti do: • DPS a DZR (zajišťuje opatrovnice) • Podána i žádost o byt v DPS Jaroměř.



3.1.2.2 Detailní popis případů klientů Denního centra Charita Hradec Králové, kteří potřebují péči

Tabulka 11 Detailní popis kazuistik Denního centra Charita Hradec Králové

Klient	Zdravotní situace	Finanční situace	Informace z průběhu spolupráce ve službě	Další vhodná podpora
Klient 1 (28 let)	- Klient s lehkou mentální retardací a schizofrenií - Medikaci nebere, i přes opakovaně nabízenou podporu, k psychiatrovi nechodí - Má zkušenost s drogami, aktuálně příležitostně THC	- ID 12 000,- - Omezen ve svéprávnosti – opatrovníkem jeho matka, chce podat návrh na změnu opatrovníka vzhledem k náročnosti spolupráce	- Klient ve službách opakovaně s přestávkami od r. 2016 - Ovlivnitelný, zmanipulovatelný – důvodné podezření, že byl pro snížený intelekt známými využíván pro páchání trestné činnosti (krádeže) - Z ubytoven opakovaně vyhozen, často z důvodu porušování řádu – bez povolení na pokoji ubytoval své kamarády - Opakovaně ztrácí OP - Není schopen dlouhodobě samostatně bydlet bez pravidelné podpory, monitoringu - Samostatně si nic nezařídí (lékaře, doklady, úřady, bydlení apod.)	- Podpora, monitoring, pravidelný kontakt, dohled nad bráním medikace, doprovody při vyřizování si záležitostí – úřady, lékaři apod. - Chráněné bydlení – podání žádosti klienti odmítá
Klient 2 (24 let)	- Porucha osobnosti, lehká mentální retardace, Turettův syndrom - Klient opakovaně hospitalizován na psychiatrii - Pokud není hospitalizován, medikaci nebere - Drogová závislost	- ID II. stupně – cca 11 000,- - Omezen ve svéprávnosti, má opatrovníka	- V souvislosti s duální diagnózou opakovaně řešeno agresivní chování klienta - I přes opakované pokusy i za podpory matky, opatrovníka není schopen se udržet v bydlení, není schopen bez podpory samostatně bydlet	- Dohled nad medikací - Pobyt služba pro duševně nemocné
Klient 3 (57 let)	- Duševní onemocnění - Zanedbaná hygiena	- Invalidní důchodce - Běží řízení o omezení ve svéprávnosti	- Opakovaně selhává v bydlení - Nezvládá hospodařit s penězi	
Klient 4 (57 let)	- Neurologická poškození z důvodu dlouhodobého nadužívání alkoholu - Omezená mobilita	- Pobírá pouze dávky HN		

Klient 5 (68 let)	- Těžká vada očí, klientka velmi špatně vidí - Chronické defekty na nohách – opakovaně potřeba ošetřování - Snížená míra mobility – bolest nohou	- Starobní důchod cca 18 000,- - S penězi opakovaně nevychází		- DPS, bydlení s podporou - Vzhledem k omezené mobilitě potřebuje stabilní zázemí, kde si bude moci dle potřeby odpočinout, bude dostupná zdravotní, ošetřovatelská služba - Pomoc s nákupy a některými domácími pracemi - Má podanou žádost na MMHK, AD v DMT
Klient 6 (40 let)	- Duševní onemocnění - Drogová závislost	- Invalidní důchod, má opatrovníka	- Aktuálně užívá medikaci (bez medikace agresivní)	
Klient 7 (38 let)	- Drogová závislost - Impulsivní jednání, agresivita	- Dávky HN		
Klient 8 (45 let)	- Omezená mobilita – klient na invalidním vozíku - Závislost na alkoholu	- Dávky HN		
Klient 9 (58 let)	- Duševní onemocnění - Omezená mobilita – chůze o holích - Chronické defekty na nohách – potřeba ošetřování - Onkologicky nemocný	- Invalidní důchod cca 9000,-		
Klient 10 (48 let)	- Duševní onemocnění	- Dávky HN		
Klient 11 (29 let)	Zdravotní stav - Snížený intelekt, duševní onemocnění (medikaci bere + depotní injekce)	- ID II. stupně 8000,- - Příspěvek na péči II. stupeň	- Klient služby využívá opakovaně, opakovaně prošel i službou Azylový dům, byl v chráněném bydlení, ubytovny...ve službách selhává - Snadno ovlivnitelný a manipulovatelný - Nezvládá hospodařit s penězi - Spolupracuje s CDZ	- Dohled nad hospodařením - Potřeba pravidelného kontaktu, monitoringu, podpory v případě potřeby zajistit úřady apod. - Klient potřebuje vést, mít podporu, dohled - Běží žádost do chráněného bydlení Domov Dědina
Klient 12 (neuvedeno)	- Duševní onemocnění - Nařízená ambulantní léčba	- Omezen ve svéprávnosti má opatrovníka - Invalidní důchod cca 6000,-		

Klient 13 (73 let)	- Snížená mobilita vzhledem oboustranné výměně kyčlí, artróza - Klientka ujde pár metrů a kvůli bolesti si musí odpočinout - Vyjde max. 5 schodů - Chůze o holích	- Starobní důchod 11 000,- - Příspěvek na péči 880,-	- Velmi omezené možnosti bydlení vzhledem ke zdravotnímu stavu a nízkému příjmu - Většina ubytoven je bariérových, na komerční bydlení nemá finance	- Podaná žádost na MMHK, výzva přes soc. síť, žádost na AD, žádost o byt na Kropačce - Potřebuje bezbariérové bydlení, pomoc s nákupy, mobilitou na větší vzdálenosti, s některými domácími pracemi
Klient 14 (76 let)	- Opakované defekty nohou, infekce, chůze o holích - Duševní onemocnění	- Starobní důchod cca 12 000,- - S financemi opakovaně nevychází, kupuje si věci, které nepotřebuje (nadměrné množství drahého oblečení apod.)	- Dlouhodobá klientka ve službách s menšími přestávkami od r. 2014 - V důsledku duševního onemocnění s klientkou náročná spolupráce a komunikace - žije ve svých fabulacích, konfliktní, má nerealné cíle, nemá náhled na svou situaci	- Domov pro seniory (ten ale klientka odmítá, chce do služeb ve Dvoře Králové n. L., kam se ale kvůli místní nepříslušnosti nemá šanci se dostat)
Klient 15 (54 let)	- Omezená mobilita – klient na invalidním vozíku - Omezená hybnost levé ruky	- Dávky HN		- Podaná žádost do Domova na Kalvárii a Topas Seč
Klient 16 (55 let)	- Alkoholová demence	- Dávky HN	- Je třeba vysoká míra podpory při zajišťování osobních záležitostí (hospodaření, lékař, úřady...)	
Klient 17 (52 let)	- Duševní onemocnění	- Důchod 14 000,-		
Klient 18 (70 let)	- Duševní onemocnění - Lehce ovlivnitelný, manipulovatelný	- Omezen ve svéprávnosti má opatrovníka - Starobní důchod		
Klient 19 (53 let)	- Omezená mobilita (nohy po omrzlinách) – chůze o berličích	- Dávky HN		- Podaná žádost do pobytové služby v Kutné hoře
Klient 20 (neuvedeno)	- Duševní onemocnění	- Invalidní důchod		
Klient 21 (neuvedeno)	- Opakovaný rozvrat minerálů - Inkontinence - Prodělaná mozková příhoda - Velké problémy s chůzí (chůze o holích) - Alkoholová závislost	- Invalidní důchod 18 000,-	- Opakované s klientem řešena nedostatečná hygiena, kterou narušuje chod služby - Kvůli zhoršujícímu se zdravotnímu a mentálnímu stavu přestává zvládat režim ambulantních služeb – opakované pády	- Podpora při hygieně - Nákupy, příprava stravy, doprovody na delší vzdálenost - Má podanou žádost do domova pro seniory ve Skutči



3.1.3 Stávající možnosti péče a podpory

„Nejvíce se nám podařilo umístit klientů za covidu. Bylo volno, zařízení měla kapacitu, i do Biřičky jsme umístili klienta z AD.“ (Zkušenost pracovníků Azylového domu)

Respondenti se shodují, že v případech lidí z této cílové skupiny, se často čeká na „krizovku“ (až se něco stane) – až někoho napadnou, až někde upadnou, až se zraní, až někoho zraní, až budou dostatečně nemocní, ... Pak obvykle nastupuje systém zdravotní pomoci, který má v danou chvíli legitimitu vstoupit a situaci začít řešit.

Mnoho osob pak ale zůstává bez podpory a „mezi systémy“ (psychiatrie, sociální služby, zdravotnictví), které si je vzájemně předávají, bez toho, aniž by došlo k potřebné spolupráci, a aniž by se našlo ideální (a pokud možno finální) řešení.

Zkušenosti respondentů dokládají, že síť sociálních služeb a podpory je roztržitá (nesladěná) a nedostatečná, často s dlouhými čekacími lhůtami, nejistým a nepředvídatelným výsledkem, který nadto ještě často závisí na osobních vztazích a osobní ochotě konkrétních lidí.

Jako obrovskou bariéru popisují respondenti nedostatek bydlení pro tyto skupiny osob – a to jak kapacitní, tak i kvalitativní nedostatek. Řada žádostí o poskytování péče v pobytových zařízeních je pak motivována zejména potřebou bydlení.

S možnostmi podpory a péče u těchto osob samozřejmě extrémně souvisí jejich motivace a ochota pomoc (a s ní související podmínky) vůbec přijmout. Někteří klienti přijímají pomoc jen pod tlakem okolí, nikoli z vlastní motivace – jejich situace a rizika s tím spojená jim nevádí, problém řeší spíše prostředím, opatrovník, zdravotníci a případně rodina.

Konkrétní služby a možnosti podpory a pomoci dostupné (alespoň v určité míře) těmto cílovým skupinám

- Azylové domy a noclehárny – Hradec Králové, Jičín, Trutnov, a další regionálně dostupné. Péče zajištěna prostřednictvím domácí zdravotní péče, pečovatelské služby. V Hradci Králové velmi pozitivní zkušenosti s projektem Medici na ulici a pouliční medicínou. V ostatních regionech terénní zdravotní péče pouze na indikaci lékaře. Tam, kde není ochota lékařů vůči této cílové skupiny, není potřebná zdravotní péče zajištěna.
- Terénní pečovatelské služby – schopny zajistit významnou péči, včetně podpory v nestandardním bydlení (ubytovny městské i soukromé). Často ale péče naráží na neochotu a nezájem klientů (včetně finančních limitů), neadekvátní podmínky pro péči (zanedbané domácnosti, bez teplé vody, chybějící pomůcky apod.).
- LDN (léčebny dlouhodobě nemocných) – osoby zde setrvávají dlouhodobě, často čekají na vhodnou sociální službu
- Pobytové služby – rozdílné zkušenosti s jednotlivými službami.
- Domovy se zvláštním režimem (DZR) – dostupné jen omezeně, někdy se snaží klienty propouštět i přes jejich zjevnou potřebu podpory (např. Dolní Zámek).
- Tmavý důl, Domov důchodců Malá Čermná, Domov důchodců Náchod, Domov důchodců Černožice, Domov Dolní Zámek, Domov na Stříbrném vrchu – zařízení, u kterých jsou mezi respondenty zkušenosti s přijímáním osob s popsanou problematikou.
- Domov bez bariér Hořice – pobytová služba pro osoby s tělesným postižením, pozitivní zkušenost s přijímáním cílové skupiny. Problémem je nedostatečná kapacita zařízení.
- Domov Zámek – zkušenosti respondentů s významně selektivním výběrem zájemců. Nejistoty veřejných opatrovníků ohledně podmínek a setrvávání jejich klientů ve službě. Nejasné zacílení služby pro pracovníky ze zdravotnických zařízení, sociální pracovníky obcí.
- CELOP s.r.o. – léčebna dlouhodobě nemocných, ochota přijmout klienta z cílové skupiny, podmínkou je ale zafinancování péče.

- CDZ – pomoc a podpora v terénu, spolupráce i v AD a jiných preventivních službách. Ze zkušeností některých pracovníků obcí (veřejných opatrovníků) však malá kapacit (např. CDZ RIAPS Trutnov), málo „pokusů“ pracovníků CDZ namotivovat klienty ke spolupráci.
- Albertinum, léčebný ústav Žamberk (Pardubický kraj) – pozitivní opakovaná zkušenosti s detoxikační léčbou žadatelů o pobytové služby.
- Byty se zvláštním určením – velmi dlouhé čekací doby, kapacitní důvody, mnoho žadatelů čeká i několik let (zkušenost Hradec Králové, ale i další města). Řada osob z cílové skupiny však nemá šanci na BZU, případně jiné městské, sociální apod. byty dosáhnout (dluhy, dřívější nespolečnost, nepřizpůsobivost apod.).
- Významná podpora ze strany veřejných opatrovníků.
- Zkušenost pracovníků Magistrátu města HK s umístěním 2 klientů do Domova přístav Praha, DZR pro osoby bez domova.

Níže jsou popsány další konkrétní zkušenosti a názory respondentů se stávajícími možnostmi péče a podpory.

Podpora pečujících osob

Není stále dostačující. Pečující nemají dostatek informací. O podporu služeb žádají, až ve velmi vyhraněných situacích. Je zde stále prostor pro práci měst a obcí, poskytování informací. Chybí intenzivní provázání rodina a pečujících, zejména při rozhodování, zda péči v domácím prostředí zajistí a zvládnou.

Byrokraticky komplikovaný systém žádostí o pobytová zařízení (každé zařízení má vlastní formuláře, vlastní postupy).

„Není dostatečná podpora pečujících a koordinace pomoci. A to u lidí s psychiatrickým onemocněním také platí. Do systému potřebujeme dostat co nejvíce pomoci pro pečující. Profi služby. Ale skutečnou pomoc. Nejen nějaké „povídací skupinky. A co úplně chybí – odlehčovací služby pro pečující, kteří se starají o blízkého s psychiatrickou dg. I například formou domácího odlehčení, to by pomohlo.“ (Zkušenost pracovníků terénní služby)

Hamzova léčebna – zkušenosti

„KHK je jeden z mála krajů, kde není tak velký problém sehnat pomoc. Máme dobré zkušenosti s Hořicemi, DOZP. Ještě berou do Betaně, Náchod. V Hradci Králové dobrá zkušenost s odlehčovací službou Areta. Odlehčovací služba, Honkova, Hradec Králové. Sem berou lidi starší, vyššího věku.“

Dobrá zkušenost také Žiřeč, aspoň berou na odlehčovací službu. Problém je s domovy pro seniory, těch je málo a moc nám neberou (zájemce, pozn. autorů).“

Léčebny dlouhodobě nemocných

Zařízení, kam v případech zdravotní a jiné krize „doputuje“ značná část osob ze sledované skupiny. Často pak putují na trase „...ulice – akutní lůžka – LDN – ulice – ...“.

„Krizové situace, i blbě dlouhodobé sociální situaci odnáší zdravotnický sektor.“ (Zkušenost pracovníků terénní služby)

Někteří zdravotně sociální pracovníci léčeben popisují velmi neúspěšné pokusy zajistit klienty z řad cílové skupiny v systému sociálních služeb.

„My profitujeme z toho, že ty 3 měsíce jsou tu ti lidé zdarma, to uhradí pojišťovna a z toho příjmu si mohou našetřit alespoň něco, aby potom třeba mohli někam jít, alespoň na přechodnou dobu. Někdy se snažíme tu hospitalizaci přerušit, poslat klienta na nějaký čas třeba jinam a pak znovu na 3 měsíce k nám, ale to nám udělají maximálně dvakrát. Bylo by super, kdyby byl nějaký apel z kraje,“

aby ta zařízení, kam patří, je prostě vzala. Ale je to jasné – na úřadě jim nesedí, jsou laxní, je jim to jedno.“ (Zkušenost pracovníků zdravotnického zařízení)

Ubytovny

Péči na ubytovnách (městských, komerčních) zajišťují nejčastěji domácí zdravotní péče. Pečovatelská služba také zajistí poskytnutí péče, ale musí pro to být v daném místě vhodné podmínky a ochota ke spolupráci.

„Ubytovny jsou na péči problém, pokud tam klient nemá polohovací postel. Což nemívá. Taky máme zkušenosti, že zde klienti nedodržují sjednané časy, nekupují pomůcky. A je pravda, že ubytovny, až tak často se nedostáváme, výjimečně, tam to hodně saturuje zdravotnický systém.“ (Zkušenost terénní sociální služby)

„Nestandardní bydlení – všude jsou za sestry vděčné. Jezdí na ubytovnu. Běžně.“ (Zkušenost terénní domácí péče)

Noclehárny, azylové domy

Zkušenosti se zajištěním péče ze strany pečovatelské služby a domácí zdravotní péče. Dobrá spolupráce v Hradci Králové.

„Noclehárna – pomoc s hygienou, to zajišťujeme. Azylový dům – tam také chodíme. Máme pána na vozíku, bezdomovec, potřeboval pomoc hygienou. Ano, na noclehárně dokážeme umýt..., vozíme náklady, to běžně.“ (Zkušenost terénní sociální služby)

Zvláštní příjemce dávek

Institut, se kterým mají dobrou zkušenost pracovníci Odboru sociálních věcí a zdravotnictví ve Vrchlabí. Využitím tohoto instituce se daří udržet bydlení u osob, kde je vysoké riziko, že by o bydlení přišli.

Odlehčovací služby

Vzhledem k nízkým příjmům cílové skupiny, je mezi respondenty zkušenost, že do odlehčovacích služeb nejsou přijímáni.

Pečovatelská služba

„Přijde mi, že pečovatelská služba všechno odnese. Tlusté, ožralé, špinavé, nespolehlivé ... neodmítáme, snažíme se vzít všechny. Ostatní pak mají pocit, že umíme vyřešit všechno.“ (Zkušenost terénní sociální služby)

3.1.4 Další směřování péče a podpory

Zkušenosti respondentů s nedostatky a chybějící podporou

- Sociální bydlení – dostupnost i pro lidi s nízkými příjmy či důchody
- Chráněné bydlení – potřeba více kapacit, zejména pro osoby s duševním onemocněním (úplná absence chráněného bydlení pro osoby s duševním onemocněním v HK)
- Denní centra a stacionáře – chybí kapacity, navrhována spolupráce s odborníky na duševní zdraví.
- Služby pro osoby s kombinovanými diagnózami (psychiatrie + závislost) – nejsou systémově řešeny.
- Podpora po propuštění z léčby nebo vězení – chybí návazné služby a resocializační programy.
- Motivační a podpůrné programy – klienti často postrádají motivaci, chybí systematická práce s udržením motivace.

- Dostupná zdravotní péče – někteří lékaři odmítají složitější a náročnější klienty (praktičtí lékaři, psychiatři)
- Chybí služby pro rodiče s psychiatrickou zátěží – typu chráněné bydlení, kde by mohli mít děti.

Krizová pomoc

„V kraji chybí akutní, krizová pomoc, která by tak úplně neřešila cílovou skupinu a jestli má nebo nemá správnou diagnózu. Prostě někdo se dostane do krize, nemá kam jít – dostane postel, dostane teplo, jídlo, možnost se uklidnit, vyspat a pak se dále podívat po další vhodné pomoci.“ (Zkušenost terénní sociální služby)

Služby pro lidi s psychiatrickou zátěží

„Ideální by byla služba péče specializovaná na psychiatrické pacienty. Znala by jejich zvláštnosti. Služba, která by uměla kombinovat „péčové“ úkony například s psychiatrickou rehabilitací.“ (Zkušenost terénní sociální služby)

Mokrý „azylák“

Služba pro lidi, kteří nejsou schopni abstinence, ale potřebují bydlení a základní péči.

„Od 60 let věku je pro lidi na ulici určitě vhodná pobytová služba. Mokrý azylák, volnější režim. Mokré denní centrum, to by také bylo potřeba.“ (Zkušenosti pracovníků azylového domu)

Ošetřovatelský „azylák“

„Co chybí, jsou sociálně zdravotní lůžka pro komunitu bezdomovců. Oni nebudou fungovat s majoritou, běžnými seniory. Společné zařízení pro všechny typy našich klientů by nefungovalo. Součástí týmu azylových služeb je potřeba zdravotník. Zdravotní péče přímo v azylu, to by byla cesta. Hodil by se i psychiatr. To je problém, když přestává klient fungovat.“ (Zkušenosti pracovníků azylového domu)

Ošetřování na ulici

„Levněji vyjde ošetřování na ulici. Je to pomoc, pro ty lidi, co nikam nechtějí. Prostě jinam nedostaneme. Kam asi tak by mohli? Do kterých zařízení by je asi tak vzali? Cesta je pomoci jim na ulici.“ (Zkušenost pracovní odboru sociálních věcí)

Pobytové zařízení typu DZR pro okruh lidí ze sledovaných skupin

Někteří respondenti s jistou nejistotou mluví o představě specializovaného zařízení typu DZR, které by zajistilo péči pro velmi pestrá, širokou a nesourodou skupinu osob, kterou představují sledované osoby.

„Je složité si to představit, že by se tito všichni lidé se dali pod jednu střechu a pod jedny pravidla. Aby tam nebyli zranitelní ti s organickou demencí, například. Nebo ti lehce ovlivnitelní, zneužitelní. Krizový pelmel asi ano, ale konečné řešení ... to tak nevidím.“ (Zkušenost terénní sociální služby)

Ze zkušenosti mnoha dotazovaných vyplynulo, že pro určité spektrum klientů není a nebude vhodná forma pomoci přes péči v pobytových zařízeních sociálních služeb.

„Typ služby DZR, není pro tyto klienty. Celkově, pobytová služba spíše nee. Naprosto jim vyhovují ty ubytovny. A ideální by byla pomoc v terénu. Posouzení stavu v terénu. Zajištění péče v terénu. Pro některé si umím představit azylový dům ... ale musela by tam být nějaká tolerance alkohol, cigarety. Bez toho by to nešlo.“ (Zkušenost pracovníka sociálního odboru)

„Chudobince se zdravotní péčí. Stále je tendence na standardy a kvalitu. Ale ti lidé o to nestojí ...“ (Zkušenost pracovníka sociálního odboru)

Naprostá většina respondentů je přesvědčena, že není možné navrhnout nějaký ideální způsob řešení situace osob bez péče. A že jedině kombinace různých přístupů, včetně místních specifických postupů, nebazírování na „hranicích“ mezi prevencí a péčí, otevření se novým trendům (tolerance alkoholu v zařízeních apod.), jsou cesty, jak je možné péči zajistit.

3.2 FOKUSNÍ SKUPINY

3.2.1 Fokusní skupina A

Úvod

Fokusní skupina A se uskutečnila dne 10. 6. 2025. Setkání bylo součástí kvalitativního šetření v rámci analýzy osob se specifickými potřebami, které nejsou zajištěny odpovídající péčí. Cílem fokusní skupiny bylo identifikovat konkrétní cílové skupiny osob, kterým se v současném systému péče nedostává podpory, analyzovat četnost výskytu těchto osob, zhodnotit současné možnosti pomoci a formulovat doporučení pro budoucí směřování péče. Diskuse probíhala v moderované podobě a vycházela ze stanovených výzkumných otázek.

Osoby se specifickými potřebami, které nejsou zajištěny stávající péčí

Na základě výstupů z fokusní skupiny lze za jednu z nejvíce zasažených cílových skupin považovat osoby s demencí, které nejsou systémově podchyceny. Tito lidé často nesplňují podmínky pro přijetí do pobytových služeb (např. domovy pro seniory nebo zařízení se zvláštním režimem), přičemž jejich zdravotní stav jim zároveň neumožňuje bezpečný a důstojný pobyt v domácím prostředí: „*My máme klienta s demencí, který není schopen být doma, ale domov pro seniory ho nevezme – není ještě dost starý, ale nemocný už je hodně.*“ Výsledkem je časté přetěžování rodinných příslušníků a riziko zhoršení kvality života samotných osob s demencí.

Další zmiňovanou skupinou byli dospělí somaticky nemocní v produktivním věku, kteří jsou závislí na péči jiné osoby. Tito lidé rovněž obtížně hledají odpovídající formy pobytových či terénních služeb, jelikož nespádají do žádné z tradičně definovaných cílových skupin (senioři, osoby se zdravotním postižením).

Respondenti dále upozorňovali na osoby s psychiatrickou zátěží (např. poruchy osobnosti, závislosti), které často rotují mezi nevhodnými typy ubytování (např. komerční ubytovny) bez návaznosti na zdravotní nebo sociální podporu. U těchto osob je obtížné zajištění kontinuální péče, a to především z důvodu nízké motivace ke změně a neschopnosti adaptovat se na pravidla služeb: „*Ti lidé jsou ztraceni mezi systémy, nikam nezapadají, a nikdo za ně nezodpovídá.*“

Výrazně ohroženou skupinu představují také osoby na hraně bezdomovectví, často v kombinaci s dalšími zátěžemi (např. závislost, duševní onemocnění). Tito lidé se ocitají mimo systém, jelikož nevyužívají dostupné formy pomoci nebo pro ně nejsou služby koncipovány.

Doporučení účastníků fokusní skupiny směřovalo především k vytvoření flexibilních a specializovaných služeb pro výše uvedené skupiny. U osob s demencí byla akcentována potřeba komunitního typu bydlení s podporou, u somaticky nemocných potřeba existence pobytových zařízení pro mladší věkové skupiny s dlouhodobým onemocněním a u osob s duální diagnózou (psychiatrická zátěž + závislost) potřeba terapeuticky zaměřených pobytových služeb s vyšší mírou tolerance a podpory.

Odhad četnosti těchto osob v Královéhradeckém kraji z pohledu respondentů

Všichni účastníci se shodli, že počet osob se specifickými potřebami, které nejsou systémově podchyceny, se zvyšuje: „*Přibývá nám klientů, o které nemáme, jak pečovat, a statistiky to nezachytí.*“ Jedná se o problém, který se týká všech věkových kategorií – od dětí po seniory. V rámci diskuse však zaznělo, že přesná četnost těchto osob není známa, jelikož často nejsou vedeni v žádných oficiálních evidencích, nepodávají žádosti o služby nebo spadají do tzv. „šedé zóny“ systému.

Za zásadní je považováno zlepšení evidence těchto osob a sledování důvodů, proč nejsou schopni nebo ochotni využívat stávající systém služeb: „*Reálně těch lidí přibývá, ale nemáme je jak spočítat – nevedeme evidenci, protože oni nikde nejsou.*“ Takové údaje by mohly významně přispět k lepšímu plánování kapacit a cílenější intervenci.

Odhad četnosti těchto osob v Královéhradeckém kraji z pohledu respondentů

Byla identifikována potřeba hlubší koordinace mezi zdravotními a sociálními službami: „Sociální služby jsou přetížené a zdravotní systém nás vůbec nezapojuje.“ Účastníci reflektovali, že stávající služby se často snaží situaci řešit, ale potýkají se s nedostatečnými kapacitami, a to jak u pobytových zařízení, tak u terénních forem podpory: *„Každý řeší jen svůj výsek problému, ale ten člověk potřebuje komplexní řešení.“*

Některé služby se profilují jako specializované pro osoby s duševním onemocněním, nicméně jejich kapacita neodpovídá aktuální potřebě. Kromě toho byla opakovaně zmiňována absence jednotné koordinační platformy, která by umožnila sdílení informací mezi jednotlivými segmenty péče. Účastníci se rovněž shodli, že je nutné posílit personální kapacity a vytvořit podmínky pro udržitelné financování služeb, které pracují s náročnou klientelou.

Navrhovaná řešení z pohledu respondentů

Diskutována byla potřeba vybudování nízkoprahových azylových domů s dostupnou zdravotní péčí a sociální podporou: *„Chtělo by to něco jako nízkoprahové azylové domy, kde by byla i zdravotní péče – takový mezistupeň mezi ulicí a nemocnicí.“* Tyto služby by měly být určeny pro osoby, které z různých důvodů odmítají tradiční formy pomoci, ale zároveň potřebují základní zázemí a odbornou pomoc.

Dále byla zmiňována potřeba komunitního bydlení s různou úrovní podpory, které by reflektovalo měnící se potřeby klientů: *„Nám by pomohlo mít komunitní bydlení, kde by byl třeba pečovatelský člověk by nemusel rovnou do ústavu.“*

V oblasti terénní práce byla navržena rozšíření činnosti o zdravotní složku a zajištění dostupnosti mimo velká města. V ideálním modelu by měla vzniknout síť navazujících služeb umožňující plynulý přechod mezi jednotlivými úrovněmi péče.

Zaznělo také, že určité skupiny osob o pomoc nestojí nebo nemají motivaci ji přijmout – zde může být účinným nástrojem individuální přístup na komunitní úrovni (např. prostřednictvím obecních bytů, sousedské výpomoci apod.).

Další zmiňované cílové skupiny, mimo rámec výzkumu

V průběhu fokusní skupiny byli účastníky zmiňováni i další cílové skupiny osob, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci, avšak nespádají do přímého zaměření tohoto výzkumu. Zazněly především potřeby rodičů dětí s poruchou autistického spektra, kde byl reflektován nedostatek pobytových služeb pro děti s náročným chováním, přetížení kapacit stávajících zařízení a obtížná dostupnost specializované podpory.

Dále byly zmiňovány problémy osob v přechodném období mezi dětskými a dospělými službami, např. mladiství se zdravotním nebo mentálním znevýhodněním, pro které neexistují návazné služby. Diskutovány byly také obecné problémy systému, jako je nedostatek odborného personálu, finanční zajištění služeb či rozdíly v dostupnosti péče mezi regiony.

Tyto poznatky nejsou součástí hlavního výzkumného zaměření této analýzy, nicméně dokreslují širší potřeb, které v rámci Královéhradeckého kraje zůstávají částečně nebo zcela nepokryty.

3.2.2 Fokusní skupina B

Úvod

Fokusní skupina B se uskutečnila dne 11. 6. 2025 v Hradci Králové za účasti zástupců zdravotnických zařízení, poskytovatelů sociálních služeb a zástupců obcí z různých částí Královéhradeckého kraje. Tato skupina byla zaměřena na výměnu zkušeností a identifikaci problémů spojených s cílovými skupinami osob, jejichž potřeby nejsou v současném systému adekvátně zajištěny, zejména z pohledu zdravotně-sociální návaznosti péče. Diskuse probíhala podle předem stanovených výzkumných otázek.

Osoby se specifickými potřebami, které nejsou zajištěny stávající péčí

Respondenti se opakovaně shodli, že nejohroženější skupinu tvoří osoby s duální diagnózou – tedy kombinací duševního onemocnění a závislosti. Tito lidé čelí bariérám vstupu do služeb kvůli pravidlům, která nedovolují přítomnost pod vlivem nebo vyžadují abstinenci, přičemž právě těmto podmínkám nejsou klienti schopni dlouhodobě dostát. Výsledkem je časté odmítání a absence kontinuální péče: *„Ten člověk nemá kam jít. Nepřijmou ho nikde, protože má nálepku – pije a má schizofrenii.“*

Upozorňováno bylo rovněž na osoby s mentálním postižením, které ztrácí své pečující (např. úmrtím rodiče), a není pro ně k dispozici dostupná náhradní péče nebo vhodné chráněné bydlení: *„Pokud zemře rodič, který se stará o člověka s mentálním postižením, systém nedokáže reagovat pružně.“* Tito lidé jsou pak ohroženi ústavní formou péče nebo úplnou sociální izolací.

Výrazná byla i shoda na problému osamělých seniorů se zhoršujícím se zdravotním stavem, kteří ale ještě nedosahují stupně závislosti umožňující nástup do pobytových služeb. Tito lidé bývají často přehlíženi systémem a jejich situace se řeší až v akutní fázi: *„Než se u seniora něco začne dít, tak ho nikdo nevnímá. A když už se něco stane, tak je pozdě.“*

Odhad četnosti těchto osob v Královéhradeckém kraji z pohledu respondentů

Respondenti se shodli, že přesná data o četnosti těchto osob nejsou k dispozici. Mnoho z nich není zachyceno v žádných statistikách, protože nejsou klienty služeb, nebo je jejich kontakt se službou nahodilý a krátkodobý: *„Jsou to desítky lidí v každém větším městě. Jenže nejsou nikde evidovaní.“* Přesto byly popsány případy, kdy tyto osoby tvoří značnou část problémové klientely, se kterou se poskytovatelé potýkají: *„My je potkáváme, známe je. Ale nikde nejsou zapsaní, nikdo je oficiálně neeviduje.“* Zaznělo, že z kapacitních důvodů není možné vést přesnou evidenci těchto osob a že systém plánování služeb nevyužívá dostupná data dostatečně efektivně.

Navrhovaná řešení z pohledu respondentů

Za klíčové bylo označeno vytvoření flexibilních: *„Když se někdo začne propadat, potřebuje zásah hned – ne až za měsíc...“*, nízkoprahových pobytových zařízení, která umožní pracovat s lidmi s duální diagnózou bez přísných podmínek abstinence. Takové zařízení by kombinovalo sociální a zdravotní složku a mohlo by sloužit jako mezistupeň mezi krizovou pomocí a stabilizovanou péčí.

Rovněž byla zmiňována potřeba posílení terénních multidisciplinárních týmů, které by mohly pracovat přímo v komunitě s klienty, kteří nejsou schopni docházet do ambulantních služeb: *„Musíme pracovat s těmi lidmi tam, kde jsou. Ne čekat, že přijdou do poradny.“* Důraz byl kladen na včasnost zásahu a propojení mezi zdravotnictvím a sociální oblastí: *„Potřebujeme něco mezi azylem a nemocnicí – místo, kde by mohli chvíli být a stabilizovat se.“*

Respondenti rovněž upozorňovali na klíčovou roli měst a obcí při zajištění dostupnosti a rozvoji sociálních a návazných služeb: *„Starostové by měli vědět, že je jejich povinností se postarat o své občany. Klíčová role PS i v jedničkových obcích, stále je problém, aby chtěli spolufinancovat PS.“* Zejména u osob se složitějšími potřebami (např. kombinace sociálních, zdravotních a psychických problémů) je nezbytné, aby samospráva aktivně koordinovala a vytvářela podmínky pro fungování

návazné péče. Dále upozorňovali na častý problém s rozlišování podpory ze strany obcí (například v oblasti bydlení) pouze pro osoby s trvalým bydlištěm na jejich území: „Problémem je vymezení příspěvkových služeb jen pro osoby s trvalým bydlištěm.“

Současně zazněla obava ze zvyšujících se nároků kladených na pracovníky služeb sociální prevence. Zatímco tyto služby nejsou primárně určeny k poskytování péče nebo zdravotních úkonů, realita terénu ukazuje, že pracovníci často čelí potřebám klientů, které by za běžných okolností vyžadovaly asistenci zdravotní nebo ošetrovatelskou: „Děláme pečovatelskou práci, přitom jsme sociální pracovníci. Některé klienty bychom spíš měli předat zdravotnictví, jenže to prostě není komu.“ To přináší tlak na kvalifikaci, personální zajištění i metodickou podporu těchto služeb: „Masivní vzdělávání sociálních pracovníků – kvalitní lidé ve službách.“

Respondenti rovněž zmínili, že je nezbytné metodicky a odborně potvrdit oprávněnost dlouhodobé péče v rámci některých typů služeb sociální prevence, jako jsou např. SAS. V praxi dochází k situacím, kdy tyto služby suplují absenci jiných forem podpory, a je proto důležité, aby tento způsob poskytování péče byl systémově uznán a podpořen: „Je důležité, aby někdo řekl – ano, může to být dlouhodobé. Ne že se budeme bát, že děláme něco špatně.“ S tím souvisí i opakovaně zmiňovaná potřeba kvalitního a stabilního personálního zajištění, které je základním předpokladem pro dlouhodobou a efektivní práci s cílovými skupinami. Respondenti upozorňovali na nutnost posílení vzdělávací nabídky i metodické podpory ze strany státu a krajů: „Bez kvalitního personálu to nepůjde. A kvalitní lidé potřebují kvalitní vzdělávání.“

Další zmiňované cílové skupiny, mimo rámec výzkumu

Diskuse se dotkla i dalších skupin mimo rámec zaměření výzkumu. Opakovaně byli zmiňováni rodiče pečující o děti s poruchami autistického spektra: „Rodiče dětí s autismem jsou zoufalí. Nemají, kam je dát – ani na den, ani na noc...“, a mladí lidé přecházející z dětských domovů do samostatného života: „Dítě v dětském domově má 18, a co dál? Nemá kde bydlet, nemá podporu, nikdo ho nepřebírá.“

Tyto skupiny se rovněž potýkají s nedostatkem návazných služeb a podporou, která by odpovídala jejich potřebám. Přestože nejde o hlavní cílovou skupinu této analýzy, jejich potřeby byly vnímány jako akutní a dlouhodobě neřešené.

3.2.3 Fokusní skupina C

Úvod

Fokusní skupina C se uskutečnila dne 11. 6. 2025 v Hradci Králové za účasti zástupců obcí, sociálních odborů, veřejných opatrovníků a poskytovatelů sociálních služeb z různých částí Královéhradeckého kraje. Cílem diskuse bylo identifikovat potřeby cílových skupin, jejichž situace není dostatečně pokryta stávajícím systémem služeb, a sdílet zkušenosti s příklady dobré i nefunkční praxe. Zjištění jsou strukturována podle předem stanovených výzkumných otázek.

Osoby se specifickými potřebami, které nejsou zajištěny stávající péčí

Respondenti identifikovali jako zásadní problém skutečnost, že současný systém neumí efektivně a včas reagovat na osoby, které kombinují více problémových oblastí – duševní onemocnění, závislost, ztrátu bydlení a absenci přirozené podpory. Tito lidé jsou často odmítáni službami kvůli své „komplikovanosti“ a opakovaně se propadají do krizových situací. Zásadní slabinou systému je, že většina služeb je nastavena na klienty s jasně vymezeným problémem, ale ne na osoby s komplexní potřebou.

Upozorněno bylo také na osoby, které přecházejí mezi zdravotnickým a sociálním systémem – např. propuštění z psychiatrické léčby nebo z vězení – bez návazné podpory: „Máme klienta, který byl ve vězení, pak na psychiatrii a teď je venku – a nevíme, kam s ním. Nikdo ho nechce – moc nemocný pro sociální služby, málo nemocný pro zdravotnictví.“ Tito lidé často končí na ulici nebo jsou umísťováni

do zařízení, která jim nemohou poskytnout potřebnou péči. Významným rizikem je jejich izolace, ztráta důvěry v systém a nárůst chronických problémů.

Další opakovaně zmiňovanou skupinou byli lidé s mentálním a kombinovaným postižením, kteří ztratili pečující osobu. U těchto klientů je často velmi obtížné nalézt vhodné navazující služby, zejména v lokalitách s omezenou nabídkou chráněného bydlení nebo adiktologických služeb: „V regionu nejsou služby, kam by mohl přejít z léčby. Buď azylák, nebo ulice.“

Odhad četnosti těchto osob v Královéhradeckém kraji z pohledu respondentů

Odhad počtu osob se specifickými potřebami v kraji je složitý – respondenti uváděli, že tito lidé často neprocházejí standardními statistickými nástroji, protože nejsou v evidenci služeb nebo zůstávají na hraně systému. Napříč krajem však byly zmiňovány opakující se případy, které zřetelně zatěžují místní samosprávy i poskytovatele. Mnoho obcí a měst uvedlo, že se jedná o jednotky až desítky klientů, kteří vyžadují vysokou míru pozornosti a péče: „Těch lidí je víc, než si myslíme – jen nejsou nikde napsaní.“

Zaznělo, že velikost problému nelze posuzovat pouze kvantitativně – jednotlivé případy bývají natolik složité a náročné, že zahlcují pracovní kapacity malých obcí nebo sociálních odborů: „*Jednoho takového máme – a máme s ním plno práce celý rok.*“ V menších městech a vesnicích má často i jeden člověk s duální diagnózou nebo silným sociálním znevýhodněním výrazný dopad na lokální systém.

Respondenti dále upozornili na absenci propojených datových zdrojů mezi zdravotnickým, sociálním a školským systémem, což znemožňuje přesnější plánování služeb: „*Jak máme plánovat služby, když nevíme, kolik lidí potřebuje pomoc?*“

Navrhovaná řešení z pohledu respondentů

Respondenti se shodli, že řešení pro cílové skupiny s kumulovanými problémy (zdravotní, sociální, závislostní, psychické) musí být komplexní, dlouhodobé a mezioborově koordinované. Za zásadní byl označen přístup založený na individuálním provázení klienta tzv. case managementem: „*Když máme case managera, tak klient opravdu někam směřuje. Jinak se to motá dokola.*“ Nejlépe funguje tam, kde koordinaci přebírá obec, protože má možnost navazovat na konkrétní bytové kapacity a místní síť služeb.

Významným nástrojem pro udržení klienta ve stabilní situaci je dostupné bydlení. Obce, které disponují bytovým fondem (nebo uzavírají dohody se soukromými vlastníky), mohou vytvořit tzv. tranzitní nebo tréninková bydlení s podporou. Problémem zůstávají vysoké vstupní požadavky – např. bezdlužnost, trvalý pobyt, schopnost doložit příjem – které řada cílových osob není schopna splnit: „*Bez obecního bytu se těžko něco řeší. Jenže podmínky jsou nastavené tak, že na ně naši klienti nedosáhnou.*“

Zazněla také nutnost posílit financování a flexibilitu služeb, které pracují s osobami s duální diagnózou, a rozšířit jejich dostupnost. Například v okrese Jičín zcela chybí adiktologické služby, což v kombinaci s nedostatkem terénní podpory ztěžuje práci pracovníků v přirozeném prostředí: „*Nemáme žádné adiktologické služby. Nemáme vůbec nic.*“

Respondenti doporučili zřízení koordinačních pracovníků na úrovni obcí s rozšířenou působností, kteří by řešili případy napříč resorty, pomáhali vytvářet síť návazných služeb a podíleli se na komunitním plánování: „*Potřebujeme někoho, kdo to za obec celé koordinuje. Jinak si každý hraje na svém písečku.*“

Další zmiňované cílové skupiny, mimo rámec výzkumu

Respondenti se zmínili o dalších ohrožených skupinách, které sice nejsou předmětem této analýzy, ale objevují se v jejich praxi. Jedná se například o seniory se ztrátou soběstačnosti: „*Starší lidé jsou v podstatě přehlíženi – není to tak viditelné jako u mladých, ale je to stejné...*“, osoby opouštějící ústavní péči a mladé lidi bez zázemí, kteří selhávají ve vzdělávacím systému a na trhu práce: „*Když mladý opustí domov, nemá nic. Pokud se hned nechytí, padá velmi rychle dolů.*“

3.2.4 Závěr

Královéhradecký kraj se potýká se stále rychleji rostoucí skupinou osob, které „propadají“ mezi stávajícími sociálními a zdravotními službami. Jde zejména o kombinaci těchto okruhů:

- Osoby s duální diagnózou (závislost + duševní onemocnění) a nízkou motivací ke změně.
- Lidé s počínající či atypickou demencí v nižším věku a somaticky nemocní v produktivním věku závislí na péči jiné osoby.
- Osoby s mentálním či kombinovaným postižením, které ztratily rodinné zázemí.
- Klienti na hraně bezdomovectví (často s tzv. „tripl-trablem“: závislost, psychiatrická zátěž, sociální izolace) a mladí dospělí po odchodu z institucionální péče.

Hlavní systémové bariéry

- Vysoký vstupní práh (abstinence, bezdlužnost, trvalý pobyt) brání přijetí do služeb i obecních bytů; Jičínsko zcela postrádá adiktologické služby.
- Nedostatek návazností mezi nemocnicemi, léčebnami, věznicemi a sociální sférou.
- Regionální disproporce – jeden složitý klient dokáže kapacitně ochromit malou obec.
- Přetížené služby sociální prevence, které suplují zdravotní úkony bez metodické opory.

Doporučení napříč skupinami

- Institucionalizovat case-management řízený obcí/ORP.
- Rozšířit tranzitní a komunitní bydlení; zmírnit vstupní podmínky.
- Zřídit nízkoprahová pobytová zařízení s integrovanou zdravotní péčí.
- Posílit terénní multidisciplinární týmy dostupné i mimo krajské centrum.
- Metodicky uznat dlouhodobou péči v rámci služeb sociální prevence a cíleně ji financovat.
- Propojit datové zdroje pro realistické plánování kapacit.

Bez propojovacích článků – case-managera, flexibilního bydlení a nízkoprahové péče – zůstane i kvalitní jednotlivá služba neefektivní. Koordinace na úrovni obcí, stabilní odborný personál a ochota zmírnit „tvrdé hranice“ vstupu jsou podmínkou pro omezení recidivního koloběhu:

nemocnice → ulice → vězení a odlehčení přetíženému systému.

4



PŘÍPADOVÉ STUDIE

4.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 1 OSAMĚLÝ

Charakteristika cílové skupiny

- Typickou osobou bývají hlavně muži, přestože se problematika týká i žen.
- Lidé bez rodiny, bez funkčních vazeb v rodině, bez sociálního zázemí, bez funkčních vztahů na další blízké osoby.
- Lidé bez bydlení, resp. bez vhodného bydlení. Často jejich bydlení bylo spojeno s prací. Ve chvíli, kdy přestali být práce schopní, přišli i o bydlení. Nikdy nemysleli dopředu, tudíž nemají žádné úspory, žádné připravené možnosti, jak řešit ztrátu bydlení, výpadek příjmů.
- Lidé napříč věkovým spektrem.
- Extrémně problematická je generace 40-50 letých lidí. Významně zdravotně negativně ovlivněná celoživotním užíváním návykových látek nebo alkoholu.
- Lidé bez finančního zajištění (bez nároku na výplaty starobního nebo invalidního důchodu).
- Často jde o osoby, pro které životní plánování a zajištění vlastního života, je nad jejich schopnosti. Zároveň ale na tom nejsou tak, aby byli zbaveni (omezeni) v právních úkonech (šedá zóna, tzv. „pro svět nepoužitelní“). Díky své jednoduchosti a zneužitelnosti nasbíraly v průběhu života velké množství zátěže, způsobily si celoživotní problémy, které jsou často v podstatě neřešitelné.
- Často jde o lidi částečně negramotné, s omezenou schopností rozumět textům, rozumět úřednímu jazyku. V důsledku toho nejsou schopni dostát povinnostem a bývají vyřazení z evidencí a systémů podpory.
- Často jde o lidi s cizí státní příslušností, kteří nemají optimálně vyřešený pobyt na našem území (legálnost pobytu, legální práce, pojištění, finanční zajištění). Často nemají žádné zázemí (bydlení, blízké osoby).
- Jedná se zpravidla o osoby, které nerozumí pravidlům, podmínkám, složitostem světa, případně jejich akceptace pravidel, režimu, podmínek, je problematická až nulová.
- V některých případech je o lidi vysoce konfliktní až agresivní.

Potřeby, dostupná podpora a pomoc

- Potřeba péče přichází kvůli zdravotnímu problému (úraz, nemoc, devastace organismu). Osoba se dostane na akutní lůžko a odsud následně do LDN. Zde dostane péči, včetně šance našetřit nějakou finanční hotovost. Zdravotničtí pracovníci nechtějí daného člověka propouštět na ulici nebo do nevhodných a nezajištěných podmínek, ale zároveň už ve zdravotnickém zařízení nemůže být. Sociální pracovníci léčeben začnou rozesílat žádosti do příslušných bytových služeb (DPS, DZR), pokud jsou tedy alespoň splněny elementární podmínky (příslušný věk, příslušná diagnóza). Zároveň velmi často kontaktují spádové obce (zejména v případech, kdy by průkazně dostatovala terénní péčová služba).
- Domovy pro seniory často vyhodnotí, že důvody k nástupu do zařízení (k poskytnutí služby) jsou zejména (především): absence bydlení, absence finančního zajištění a absence rodiny, která by se postarala. Zdravotně na tom sice není daný člověk dobře, potřebuje péči, ale nemusí nutně jít o péči 24hodinovou. Byla by dostačující i nižší podpora.
- Obce, buď nedisponují žádným vhodným bytovým fondem (BZU) nebo ho nejsou ochotny dané osobě poskytnout.
- Daný člověk tak odchází na ubytovnu, do azylových služeb, do nevhodných bytových podmínek, případně i na ulici.

Případové ilustrace (mikrokazuistiky)

Kazuistika – muž z Ukrajiny (35 let)

Muž z Ukrajiny, v ČR za prací, pracoval „na černo“. Způsobil dopravní nehodu, po které zůstal imobilní a těžce zdravotně postižený, odkázaný na kompletní 24hodinovou péči. Pán není v pracovní neschopnosti, nemá žádné finance, nemá vůbec žádný příjem, nemá bydlení, nemá příbuzné. Aktuálně je v LDN, kde hledají, kam jej posunout. Z oslovených zařízení ho nikde nechtějí. Pracovníci LDN ho nechtějí propustit na ulici.

Kazuistika – „Pan L.“ (ročník 1962)

Pan L. je muž ve věku 62 let, který se dlouhodobě nachází ve zranitelné sociální situaci. Nemá žádné rodinné zázemí ani kontakty s blízkými osobami. V minulosti pracoval jako skladník, je manuálně zručný – rád se věnoval modelářství, výtvarné tvorbě a práci ve skleníku. Pohybuje se s pomocí jedné hole, nepotřebuje absorpční pomůcky, osobní hygienu zvládá samostatně, má zachovaný chrup. Je společenský, v komunikaci aktivní a hlučný.

Dobře slyší, orientace časem, místem i osobou je zachována. Původně pobýval v Domově pro seniory Přepychy, kde se potýkal s problémy spojenými s užíváním alkoholu, které sám vysvětloval jako důsledek napjatých vztahů se spolubydlicím. Přestože zde byla jeho situace stabilizovaná, došlo k organizačním změnám spojeným s omezením kapacity zařízení a nebylo možné pokračovat v poskytování služby. Pan L. byl přechodně umístěn do odborného léčebného ústavu v Žamberku, poté do Domova Dolní zámek v Teplicích nad Metují, kde však může zůstat jen na omezenou dobu – přibližně jeden rok, a to za podmínky dodržování pravidel zařízení (zejména abstinence). Žádost o přijetí do Rýchorských domovů sociální péče byla podána v květnu 2024. Vzhledem k absenci trvalého řešení situace pana L. byla jeho žádost o službu v Rýchorských domovech sociální péče ponechána v evidenci jako aktivní, aby bylo možné v případě potřeby navázat další péčí.

Komplex potřeb: Pan L. potřebuje vzhledem ke svému věku, absenci podpory rodiny, rizikovému chování (alkohol), omezené mobilitě a duševní zátěži stabilní sociální prostředí s dohledem a podporou v každodenním fungování. Jeho klíčové potřeby jsou: stabilní pobytové zázemí bez časového omezení, strukturovaný denní režim, možnost využití dovedností (zahrada, modely, tvořivá práce), podpora v oblasti abstinence a motivace.

Závěr: Pan L. představuje typického zástupce skupiny tzv. obtížně umístitelných osob, které z důvodu absence rodinného zázemí, přetrvávajících rizikových návyků a částečné míry nesoběstačnosti nespádají do běžného schématu pobytových sociálních služeb. Současná síť sociálních služeb v Královéhradeckém kraji pro tyto klienty neumožňuje plynulé navázání péče, což vede k opakovanému přesouvání, provizoriím a potenciálnímu selhání podpory.

Kazuistika – „Pan z L.“

Pán z vesnice, po smrti matky zůstal v domě zcela sám. Sestřička z domácí zdravotní péče našla pána ve špatném stavu. Volala se RZS, hospitalizovali ho. Zareagovala obec, kde pán bydlí, paní starostka byla nápomocná. Obec by podporovala zavedení pečovatelské služby, finančně je ochotná se podílet. Pán odmítá. Pán je po CMP, začal znovu chodit, zůstává doma. Přichází další ataka CMP. Opět hospitalizace, opět návrat do nevyhovujícího prostředí. Od PS nic nechce, péči odmítá. Bez PNP. Není poskytoval pomoci. Zdravotní stav dále upadá. Pán na LDN. V domácnosti už není reálné pečovat. Pán jiné možnosti než návrat domů, odmítá.

Kazuistika – „Pan z J.“

Pán bezdomovec, romský původ, nemá žádný náhled na svoji situaci, nic nechce řešit, veškeré návrhy na pomoc odmítá. Pán na ulici, má cévku, dekubity. Jediné, o co projevuje zájem, jsou dávky hmotné nouze. Agresivní, pokud nemá peníze.

Z ulice odvezen na interní oddělení nemocnice Náchod, následně LDN. Odsud opět na ulici. Situace se v průběhu jednoho jediného roku 18x opakuje (18x proběhne hospitalizace).

Zkušenosti Azylového domu Matky Terezy Hradec Králové

„Máme cca 500 klientů ve všech službách pro lidi bez domova. A z toho je cca 5-10 osob, které jsou fakt problémové. To jsou ti extra obtížní, které nechce vůbec nikdo, všichni je řeší, nikdo neví, co s nimi.

Všichni naši klienti v životě chybovali. Ale tito se nepoučili, furt vybírají špatnou cestu. Jsou to ti, co hrají divadlo na ulici, nechávají se neustále odvážet RZS. Jsou agresivní na zdravotníky, kteří jsou stále ještě ochotní jim pomáhat. Je to sorta lidí, se zvláštní s duševním onemocněním. Na ně nejsou páky.“

4.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 2 PSYCHIATRICKÁ

Charakteristika cílové skupiny

- Typickou osobou bývají muži i ženy.
- Jde o osoby různého stáří.
- Osoby s diagnostikovanou chronickou psychiatrickou nemocí (často také kombinace diagnóz, včetně duálních diagnóz). Častá i určitá mentální zátěž.
- Často po dlouhých letech či opakovaných hospitalizacích v psychiatrických nemocnicích.
- Lidé bez rodiny, bez funkčních vazeb v rodině, bez sociálního zázemí, bez funkčních vztahů na další blízké osoby. Případně je rodina již tak vyčerpana dosavadní péčí, že kontakt s nemocným přerušuje.
- Bez schopnosti vést běžný život, plánovat, finančně hospodařit. Často jde o osoby ve veřejném opatrovnictví. V počátcích bývá opatrovníkem i rodina, v průběhu času ale žádá o převedení opatrovnictví na obec.
- Lehce manipulovatelné a zneužitelné osoby.
- Často s další finanční a sociální zátěží – dluhy, nízké příjmy, důchody bez nároků na výplatu, závislost na dávkách hmotné nouze.
- Často putující z jednoho nejistého bydlení do druhého – azylové domy, ubytovny, sociální byty.
- Specifickou skupinou jsou pak osoby s celoživotní psychiatrickou zátěží, které dosáhly seniorského věku a s tím spojených zdravotních potíží („psychiatři“ senioři). S věkem nastupuje potřeba péče, pomoci v domácnosti.
- Zvláště obtížná je spolupráce s lidmi s poruchami osobnosti a poruchami chování.

Potřeby, dostupná podpora a pomoc

Nepříznivá situace je často spojená s absencí bydlení, nedodržováním léčebného režimu, neschopností si zajistit základní životní potřeby a běžně fungovat ve společnosti. Situaci často zhoršuje závislost na návykových látkách, alkohol. Tito lidé potřebují dohled nad dodržováním léčebného režimu, dohled nad hygienou, dohled nad stravováním a běžným denním fungováním. Azylové domy a další služby prevence nejsou schopny zajistit odpovídající dohled, režim spojený s podáním léků apod. Terénní služby typu sociální rehabilitace zase selhávají v pomoci zajistit odpovídající bydlení a možnost udržet se v bydlení. Daný člověk potřebuje často dohled na denní bázi a intenzivní až téměř asistenční služby. Finančně si však tyto služby nemůže dovolit, kromě toho pro ně nebývá ani motivován.

Dohled nad financemi často vykonává veřejný opatrovník.

Se seniorským věkem přichází další zdravotní potíže seniorského věku a nastává problém se zajištěním této péče. Dosavadní model – domov – hospitalizace v psychiatrické nemocnici při zhoršení stavu – opět domov – už není dostačující. Pečovatelské služby nemají běžně s psychiatrickými seniory zkušenosti, spolupráce s nimi je pro ně obtížná. Nerozumí jejich projevům nemoci, jejich specifickému chování. Stávají se pro ně nečitelní, nespolehliví, nelypovatelní.

Lidé s těmito poruchami nejsou často vhodní ani pro pobytová zařízení, která také nejsou schopna reagovat na jejich individuální potřeby (potřebná míra soukromí, stabilita v personálu apod.).

Případové ilustrace (mikrokazuistiky)

Kazuistika – „Pan P.“

Pan P. je muž ve věku 56 let, který se nachází v dlouhodobě nepříznivé sociální a zdravotní situaci. V minulosti pracoval jako prodávač a vedoucí prodejny, část svého profesního života strávil také u Českých drah. V současnosti je příjemcem invalidního důchodu I. stupně ve výši 9 000 Kč měsíčně a má

podanou žádost o jeho zvýšení. Paralelně žádá také o příspěvek na péči (šetření již proběhlo). Od roku 2014 je pravidelně léčen pro psychiatrické onemocnění (schizofrenii). V minulosti absolvoval hospitalizaci v Psychiatrické léčebně ve Šternberku. Pan P. nemá funkční rodinné zázemí. Je dvakrát rozvedený, s dcerou není v kontaktu. Nejbližší osobou je pro něho jeho přítelkyně, se kterou udržuje kontakt prostřednictvím mobilního telefonu.

Současná situace a možnosti pomoci: Sociální šetření proběhlo v květnu 2025 v zařízení CELOP s. r. o., kde pan P. dočasně pobývá. Po ukončení pobytu (pobyt je naplánován do poloviny června 2025) je očekáván jeho návrat do LDN Nový Bydžov. Paralelně má podanou žádost o přijetí do více zařízení pobytového typu (např. CSS Hrabyně, ÚSP Snědovice, DS Hořice). Zdravotní stav pana P. vyžaduje soustavnou péči, ale není natolik akutní, aby byl indikován pobyt na akutních lůžkách. Dochází tak ke střídání pobytů mezi LDN a zařízeními typu CELOP, která však představují pouze přechodné řešení. Pan P. potřebuje pomoc s osobní hygienou, oblékáním a obouváním. Pohybuje se pouze na krátké vzdálenosti za pomoci vysokého chodítka, k přesunu na lůžko vyžaduje asistenci druhé osoby. Je inkontinentní (používá pleny), stravuje se samostatně. Chrup má výrazně zanedbaný. Používá brýle na čtení, sluch má v normě. Po duševní stránce působí klidně, je pozitivně naladěný, je nekonfliktní a dobře adaptovaný na prostředí. V rozhovoru spolupracuje, komunikuje srozumitelně, projevuje zájem o běžné dění. Je mírně dezorientovaný. Nenarušuje kolektivní soužití. Ze zálib uvádí sledování televize (zejména zprávy a seriály), rád odpočívá, sbírá také fotografie autobusů.

Zhodnocení stávajících možností pomoci: Případ pana P. dokládá současný stav systému, v němž nejsou dostupné dostatečně kapacitní ani vhodně specializované služby pro osoby s kombinací psychiatrické diagnózy, částečné soběstačnosti a absence trvalého zázemí. Dlouhodobé setrvávání v LDN, střídání pobytů v zařízení typu CELOP a absence trvalého umístění ukazují na selhávání systému návazné péče. Sociální pracovníce CELOP hodnotí pana P. jako osobu, která může dobře fungovat ve vhodném typu zařízení s běžným režimem a mírnou podporou. Nevyžaduje zvýšený dohled mimo pomoc s denními úkony.

Jeho situaci by výrazně pomohla dostupnost pobytového zařízení pro osoby s duševním onemocněním, kde není nutná akutní psychiatrická péče, a větší pružnost systému v přijímání osob s kombinací nižšího příjmu, duševního onemocnění a částečné soběstačnosti.

Kazuistika – „Pan R. “

Pan R., 35 let. Aktuálně žije v bytě, o který ale výhledově přijde. Má diagnostikovanou schizofrenii. Užívá pervitin, alkohol. Často přebývá na ulici, bývá vulgární, chová se nevhodně. Má podporu služby sociální rehabilitace. Ta ho doprovází nejčastěji k lékaři, snaží se podporovat motivaci k léčbě. Na lékaře bývá vulgární, slovně agresivní, nechťejí ho ošetřovat. Pracovníci služby sociální rehabilitace vnímají, že zpomalují klientův pád na dno. Ale nejsou si jisti, že je to dobře. Čekají na bod zlomu, na nějaký „průšvih“ (například až klient někoho napadne a bude legální ho umístit do léčby. Nebo až se klientovi stane úraz a on se dostane do zdravotnického zařízení.) Klient by potřeboval soustavný dohled na bráním léků, podporu v abstinenci a celkově zavedení denního fungování.

Kazuistika – „Pan Č. “

Pan Č., narozen v roce 2000, kombinované psychiatrické onemocnění. K tomu nařízením sexuální léčby, pro agresivní chování ukončena pobytová služba. Z kapacitních důvodů se nedaří najít potřebnou pobytovou službu, a to na celém území ČR.

Kazuistika – „Pan z O.“

Klient, romský původ. Má psychiatrickou diagnózu, není schopen samostatně fungovat. Má veřejného opatrovníka. K základní diagnóze má ještě obsedantní potřebu zapalovat ohně. Zapaluje si i vlastní hlavu. V průběhu času se zkoušela různá zařízení, propouštěli ho kvůli této obsesi. Sociální zařízení nemají kapacitu ho hlídat, příliš narušuje bezpečnost.

Kazuistika – „Paní B.“

Paní B. je již 160 dnů v LDN. Paní je narozená v Bělorusku, má české občanství. Biologická dcera v Bělorusku, vnuk v Polsku. Manžel měl také zdravotní potíže, nejprve byl v LDN, následně umístěn do DPS. Dokud žili společně, domácnost zvládali. Paní má evidentní psychiatrické potíže a lékařsky diagnostikovanou demenci. Paní je plačtivá, má bludy a další psychiatrické projevy. Pro jejich zvládnutí je potřebná výrazná medikace, její intenzivní kontrola a pravidelná úprava. Paní je dále zcela neorientována místem, časem, osobou, ... Jinak je fyzicky zdatná ... Má ustanoveného zvláštního příjemce důchodu. Důchod velmi nízký. Paní má žádosti do DZR, je vedena jako akutní zájemce. Přesto se jeví jako neumístitelná.

4.3 PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 3 NÁVYKOVÁ

Charakteristika cílové skupiny, problémy, potřeby, dostupná podpora a pomoc

- Typickou osobou bývají muži (i když se závislosti týkají i ženy).
- Jde o osoby velice variabilního věku.
- Pro lidi ve věku 20-30 let bývá charakteristická závislost na návykových látkách nealkoholových.
- Výrazná je generace lidí cca 40-50 letých, který mají celoživotní zkušenosti s nealkoholovými návykovými látkami. Celoživotním užíváním jsou výrazně somaticky poznamenáni, včetně stavů demence.
- U lidí s celoživotní závislostí na alkoholu je běžná alkoholová demence.
- Častá bývá přidružená další zátěž (psychiatrická, poruchy chování, poruchy osobnosti, omezení mentálních schopností).
- Lidé bez rodiny, bez funkčních vazeb v rodině, bez sociálního zázemí, bez funkčních vztahů na další blízké osoby. Případně je rodina již tak vyčerpaná z dosavadní podpory, že kontakty ukončuje.
- Osob bez schopnosti vést běžný život, plánovat, finančně hospodařit. Často jde o osoby ve veřejném opatrovnictví.
- Lidé finančně zcela nezajištění, bez šance se v budoucnu, jakkoliv finančně posunout.
- Lidé bez stabilního bydlení nebo žijící po ubytovných nebo v jiném nevhodném bydlení.

Potřeby, dostupná podpora a pomoc

Potřeba pomoci a péče přichází často až s výrazným zdravotním propadem, někdy až ve stádiu demence. Často nejde o potřebu osob samotných, ale spíše potřebu jejich okolí nenechat je umrznout, zemřít, žít na ulici atd.

Často se dostávají do zdravotnických zařízení, kde dochází k přirozenému detoxu a ukončení závislosti.

Pokud jsou v nějakém dostupném bydlení (azylové domy, ubytovny), péči a podporu často poskytují terénní služby. Pro zařízení a pobytové služby jsou problematičtí – skutečná či předpokládaná agresivita, obtížné chování, neochota k respektu pravidel, obtěžování dalších osob v zařízení.

Někdy se ale obtížně dostávají i do zařízení, která jsou pro ně určena (Domov Dolní Zámek, Teplice nad Metují). Požadovaný detox či léčbu závislosti nemají kde absolvovat, neboť jejich zdravotní stav a potřeba péče je překážkou pro přijetí do léčeben. Zůstávají tak v bludném kruhu, ze kterého nebývá východisko.

Případové ilustrace (mikrokazuistiky)

Kazuistika – „Detox“, Paní K.

Paní K., narozená 1953, v současné době na LDN, potřebuje péči 24hodin v pobytové službě. Paní je imobilní, aktuálně není schopna si zajistit alkohol, nic neužívá. Má podánu žádost do Domova Dolní Zámek. Podmínkou přijetí je absolvování detoxu v PL. Z důvodu imobility ale PL odmítá klientku přijmout. Tudíž nemůže splnit podmínku, aby mohla být přijata do pobytové služby

Kazuistika – „Detox“, Paní T.

Paní T. Klientka se nedostane do léčby závislosti, je nepohyblivá, a tudíž ji do léčeben nepřijmou (nejsou vybaveni na imobilní pacienty). Jde o mladou ženu, je odkázána na invalidní vozík. Adiktolog potvrdil, že aktuálně nepije. Služba pro ni přesto není dostupná, neboť požaduje absolvování léčby pro závislost nebo minimálně pobyt v léčebně kvůli detoxu.

Kazuistika – „Pan B.“

Pán B., 58 let, není omezen ve způsobilosti. O situaci pána je opakovaně informován pracovník odboru sociálních věcí, a to ze strany zdravotnických pracovníků, správce ubytovny a pracovníků úřadu práce. OSV se snaží pána motivovat, bezvysledně.

Pán s velmi omezenou hybností, pohybuje pomocí chodítka, má rány na nohou a další zdravotní potíže. Pán měl zajištěnu ubytovnu, ÚP z přiznaných dávek ubytovnu platil. Pán nedodržel dohody s ÚP, nedostavoval se a nedokládal potřebné doklady. Na ubytovně pil, nedodržel hygienu. O bydlení přišel. Na ulici pravidelně žebře. Nechává se zamykat na záchodech v nemocnici nebo na veřejném záchodě. Když se dostane do krize, dojede autobusem někam do okolních vesnic a nechá si zavolat rychlou záchranou službu. V nemocnici nabere sílu, případně je chvíli na LDN. Situace se stále dokola opakuje.

Kazuistika – „Pan D.“

Pan D., věk 50+, strávil 20 let ve věznici. Celý pobyt ve vězení byl na drogách, i po propuštění dále zneužívá návykové látky. Finančně zcela nezajištěn. Je zcela mentálně zdevastovaný, není schopný se o sebe postarat. Pro žádné zařízení není cílovou skupinou.

Kazuistika – „Pan K.“

Pán, 48 let, celoživotní abus alkoholů. Nemá rodinu. Bydlel na ubytovně. Tam to nezvládal. Potřeboval rehabilitační službu a služby sociální péče (pomoc s hygienou apod.). Pracovníky PS kontaktoval magistrát. U pána došlo ke zhoršení zdravotního stavu a byl dlouho v nemocnici. Pak se na výjimku dostal na odlehčovací službu. Odsud zpět na ubytovnu. Zde se tak opil, že skončil na JIP. Došlo k omezení svéprávnosti a následné umístění do Dolního zámku Teplice.

Kazuistika – „Pan H.“

Pan H., 49 let. Od r. 2012 je klientem sociálního kurátora, od r. 2019 má veřejného opatrovníka. Prodělal několik úrazů, následně operace mozku. Aktuálně má pán alko demence, těžkou epilepsii, psychiatrická diagnóza. Byl hospitalizován v PN HB. Odvykací léčbu absolvoval v Léčebném ústavu v Žamberku. Nutná péče 24hodin, trvalý dohled. Sám by se nenajedl a neumyl.

Aktuálně v Domově Dolní Zámek Teplice. Zde má již 2 napomenutí pro porušení podmínek služby. Při třetím napomenutí Teplice ukončují službu. Klient situaci vůbec nerozumí. Měl vycházku, potkal svého bývalého kamaráda a napil se. Nevnímá v tom problém.

Veřejný opatrovník neví, co potom s klientem dále, pokud znovu poruší podmínky. Kde mu sehnat službu, kde ho zajistit. V Teplicích má smlouvu na dobu určitou, na 3 roky. Aktuálně má před sebou ještě 2,5 roku pobytu v zařízení. Klient podle opatrovníka dobře funguje, na domečku, kde pobývá. V rámci svých malých možností něco málo vykonává.

Žádosti o pobytovou službu podal opatrovník do dalších zařízení: Domov Tmavý důl, nespadá věkově. DZR Broumov – i do tohoto zařízení se díky nesouladu s cílovou skupinou nehodí. DZR Rokytnice, opět se cílovou skupinou nehodí se, jelikož pije.

DZR Rýchorské domovy – pan ředitel byl vstřícný, mají lidé s alkodemenci. Ale pro změnu je „nehodné“ jeho závažné duševní onemocnění.

Klient je „loudil“, v běžných DPS by napadal a obíral ostatní klienty. Žebrol by.

Pán má velmi problematickou finanční stránku: VZP dluží 80 000. Opatrovnice má snahu zvýšit mu příjem. Město mu odpustilo dluh na odpadech. Má HN, PNP. Jinak zcela nulový příjem. Navždy už bude bez finančního zajištění.

Když byl v LDN, tak se našetřilo. Nyní ale již úspory dochází. Z dávek hmotné nouze mu aktuálně zbývá 700 Kč. Závislý na tabáku, musí mít aspoň tabák. V Domově v Teplicích kupují levné doutníky a ty mu rozdělí do cigaret. Jinak by neměl ani na cigarety.

Chce zpět do rodiště, žije si v historii dávno zpět, myslí, že mají s matkou dům. Má sklony k sebevraždě a depresi.



ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ

5.1 ZÁVĚRY

5.1.1 Závěry zjištěných skutečností

Cílové skupiny a četnost

Analýza identifikovala skupiny osob, které nejsou plně pokryty stávající sítí sociálních služeb v Královéhradeckém kraji:

- Osoby psychiatrickou zátěží a s duální diagnózou (psychiatrické onemocnění v kombinaci se závislostí) – opakovaně odmítané pro nesoulad s vymezenými cílovými skupinami služeb.
- Osoby s organickým poškozením mozku a s následky úrazů či onemocnění – časté odmítání v DOZP a DZR.
- Mladší osoby s těžkým fyzickým handicapem – chybí zařízení cílená na nižší věkové kategorie mimo seniorskou péči.
- Osoby bez stabilního bydlení a příjmů – kumulace sociálních a zdravotních obtíží, časté narážení na finanční limity při přijímání do služeb.
- Osoby s gerontopsychiatrickými diagnózami a kombinovanými onemocněními – odmítání v zařízeních dlouhodobé péče z důvodu věku či diagnózy.
- Kvantifikace těchto skupin je obtížná. Neexistuje jednotný registr, organizace uvádějí spíše „jednotky až desítky“ případů, které se nedaří umístit. V součtu se jedná o stovky osob v rámci kraje.
- Mezi respondenty však panuje shoda ve zkušenosti, že přibývá počet osob, kteří jsou v nedobré zdravotním stavu, který zakládá potřebu fyzické péče, a to ve významně mladém věku (30-50 let).

Bariéry v přístupu k péči

Na základě výpovědí respondentů i analýzy dostupných dat se opakovaně projeví následující bariéry:

- Vysoký „práh“ přijetí u řady služeb – časté odmítání osob se závislostí, s agresivními projevy, s duální diagnózou nebo s omezenými finančními možnostmi.
- Nedostatečné kapacity pobytových služeb – dlouhé čekací doby vedoucí k včasnému neřešení potřeb části klientů.
- Absence některých typů služeb – část klientů je v důsledku toho fakticky neumístitelná.
- Nejasné vymezení hranic a kompetencí mezi sociálními a zdravotnickými službami – sociální služby nemohou poskytovat zdravotní výkony; zdravotnická zařízení obvykle nepřijímají dlouhodobou odpovědnost za sociální problematiku.
- Bariéry a limity dané zákony – kombinace péče a prevence v sociálních služeb (neexistence služeb typu Pečovatelský azylový dům apod.).
- Neexistence služeb s nízkých prahem ve vztahu k návykovým látkám a alkoholu (tzv. „mokrý služby“).

Role rodiny a neformálních pečujících

- Zapojení rodiny je v řadě případů omezené nebo se objevuje pozdě; kde rodina funguje, bývá přetížená. Opatrovnictví poskytuje administrativní rámec tam, kde rodina chybí, nezajišťuje však každodenní podporu.

Regionální rozdíly

- V některých ORP se daří pružnější koordinace díky dobré znalosti místních aktérů, vstřícné osobní komunikaci a ochotě konkrétních lidí.

- Schopnost některých obcí pružně zareagovat na potřeby (např. převést byt v režimu azylového bydlení na BZÚ pro klienta, který zde dožívá).

Dobrá praxe: Příklad dobré součinnosti na úrovni ORP (např. Nová Paka) a situace, kdy krajský úřad účinně intervenoval, posloužily jako „záchranná síť“ v jinak neřešitelných případech.

Dobrá praxe ve spolupráci, ochotě zkoušet nové postupy: Trutnov, Dvůr Králové n. Labem, Vrchlabí.

Legislativní/zadavatelské limity poskytování služeb

- Legislativní vymezení druhů a forem sociálních služeb omezuje možnost poskytnout klientům nezbytné úkony sociální péče v rámci služeb sociální prevence (např. azylové domy). Tato mezera vede k „přehazování“ klientů mezi službami a institucemi bez trvalého řešení.
- Bariéry a limity v možnostech kombinace péče a prevence v sociálních službách (neexistence služeb typu Pečovatelský azylový dům apod.).
- Neexistence služeb s nízkými prahem ve vztahu k návykovým látkám a alkoholu (tzv. „mokrý služby“).

Dobrá praxe: Spolupráce azylových domů s terénními pečovatelskými službami umožnila v jednotlivých případech zajistit alespoň část potřebné péče (hygiena, strava, dohled).

Personál a přístup v práci s cílovou skupinou

- V rozhovorech i fokusních skupinách byla opakovaně zdůrazňována klíčovitost odbornosti a přístupu pracovníků: trpělivost, vytrvalost v navazování a udržování kontaktu, odborné porozumění specifickým potřebám (zejména u osob s duální diagnózou, závislostmi a kombinovanými obtížemi) a schopnost budovat důvěryhodný vztah.

Za vhodný nástroj koordinace podpory byl opakovaně označen case management, a to vzhledem k roztříštěnosti pomoci napříč službami, obory a resorty. V praxi byl tento přístup hodnocen jako efektivní tam, kde byl uplatňován (např. v projektech sociálního bydlení či v rámci týmů sociální rehabilitace).

5.1.2 Vyhodnocení stanovených hypotéz

Hypotéza 1: Nastavení „vysokého prahu“ brání přijetí osob ze sledovaných skupin.

Potvrzena. V rozhovorech a fokusních skupinách opakovaně zaznívalo odmítání klientů s duální diagnózou, aktivní závislostí, agresivními projevy či s omezenými finančními možnostmi. Důsledkem je dlouhodobé setrvávání části osob mimo dostupnou síť služeb.

Hypotéza 2: Zajištění péče není pouze věcí sociálních služeb, ale širší síť (zdravotnictví, bydlení, právní nástroje).

Potvrzena. V řadě případů se péče láme na rozhraní sociální a zdravotní sféry; bez koordinace zdravotnických zařízení, dostupného bydlení a právní podpory (např. opatrovnictví, zvláštní příjemce) se nedaří dosáhnout stabilizace.

Hypotéza 3: Péče o osoby pod veřejným opatrovnictvím může být v některých aspektech jednodušší než o osoby bez opatrovníka.

Částečně potvrzena. Veřejné opatrovnictví poskytuje administrativní zastřešení a usnadňuje komunikaci s institucemi, nicméně nezajišťuje každodenní podporu a výkon opatrovnictví je kapacitně omezen. Přínos se projevuje zejména tam, kde chybí rodinné zázemí. Klient ve veřejném opatrovnictví oproti klientovi bez podpory má větší ochranu.

Hypotéza 4: Vymezení okruhu cílové skupiny osob se specifickými potřebami není dostatečně exaktní.

Potvrzena. Respondenti se v rozhovorech i fokusních skupinách shodovali, že cílová skupina není jednoznačně vymezena. Ukázalo se, že není možné přesněji kvantifikovat počet osob, které do ní spadají, a to i přes snahu o využití datových zdrojů. Nejasné vymezení vede k rozdílným interpretacím mezi jednotlivými poskytovateli služeb a institucemi, což komplikuje plánování kapacit a efektivní zacílení podpory.

5.2 DOPORUČENÍ – VERZE 1

Analýza potvrdila existenci několika skupin osob, jejichž potřeby nejsou dostatečně pokryty stávající sítí služeb (osoby s duální diagnózou, s organickým poškozením mozku, osoby závislé, mladší osoby s těžkým fyzickým handicapem, osoby bez stabilního bydlení, osoby s gerontopsychiatrickými diagnózami).

Doporučení:

- Integrovat monitoring četnosti cílových skupin (viz kapitola 2.3) do plánování krajské sítě sociálních služeb a propojit ho se zdravotnickými a obecními daty. Reagovat tak na zjištění vyplývající z Hypotézy 4.
- Zaměřit se na nastavení úzké spolupráce mezi jednotlivými aktéry – poskytovateli sociálních služeb, zdravotnickými zařízeními, obcemi a krajem.
- Podpořit zavádění case managementu jako nástroje, který propojuje roztržštěnou pomoc napříč resorty a institucemi a umožňuje individuální plánování podpory.

Analýza i výpovědi respondentů potvrdily přetrvávající překážky, které komplikují dostupnost péče pro zkoumané cílové skupiny: vysoký „práh“ přijetí do služeb, nedostatečné kapacity v některých typech služeb, absence specializovaných zařízení, nejasné hranice mezi sociálními a zdravotnickými službami a legislativní limity.

Doporučení:

- Snížit bariéry vstupu do služeb podporou individuálního posuzování situace klienta.
- Rozvíjet spolupráci mezi zdravotnickými a sociálními službami prostřednictvím společného plánování propuštění z nemocnic, sdílení informací a možností následné péče.
- Podporovat vznik flexibilních forem péče (např. krátkodobé či opakované pobyty).
- Podpořit diskusi o kompetencích a možnostech spolupráce mezi zdravotními a sociálními službami.
- Iniciovat legislativní změny umožňující větší provázanost služeb sociální prevence a sociální péče.
- Podpořit pilotní projekty integrovaných týmů (sociální pracovník + zdravotní sestra).
- Podpořit pouliční medicínu (zdravotní terénní péči) v Hradci Králové a dalších větších městech kraje.

Role rodiny je v péči o cílové skupiny nerovnoměrná – někdy zcela absentuje, jindy funguje jako stabilizační prvek, často je však přetížená. Tam, kde rodina nebo blízká osoba není dostupná, se významně uplatňuje institut veřejného opatrovnictví.

Doporučení:

- Podporovat rodiny a neformální pečující prostřednictvím odlehčovacích služeb, podpůrných skupin či poradenství. Zacílit podporu na rodiny pečující o lidi s psychiatrickou zátěží.
- Rozvíjet nástroje podpory veřejného opatrovnictví, včetně metodického vedení a provázání s poskytovateli sociálních služeb.

V některých ORP bývá koordinace pomoci pružnější díky osobní znalosti komunity, zatímco v některých městech je systém péče složitější a méně přehledný. V některých případech došlo k účinným intervencím ze strany ORP nebo kraje.

Doporučení:

- Posílit roli obcí a ORP jako koordinátorů péče prostřednictvím lokálních platforem.
- Sdílet příklady dobré praxe.
- Vytvořit mechanismus krizové intervence na úrovni kraje.
- Podpořit rozvoj komunitních služeb a menších poskytovatelů v regionech.

Právní vymezení druhů a forem sociálních služeb omezuje flexibilitu při práci s cílovými skupinami. Typickým příkladem je nemožnost poskytovat některé úkony péče v rámci služeb sociální prevence.

Doporučení:

- Iniciovat změny legislativy umožňující překryv úkonů sociální prevence a péče.
- Podpořit pilotní projekty kombinující prvky prevence a péče (např. azylové domy s „pečovými“ a zdravotními úkony). Zavedení zdravotní péče v preventivních službách (terénní programy, azylové domy, noclehárny, denní centra, ...).
- Rozvíjet úzkou spolupráci mezi službami prevence a pečovatelskými službami.
- Podpořit pouliční týmy (zdravotníci, sociální pracovníci).
- Podpořit a stabilizovat pouliční medicínu.
- Upravit metodická doporučení tak, aby nedocházelo k odmítání klientů kvůli rigidnímu výkladu cílové skupiny a úkonů (Hypotéza 1).
- Zvážit vytvoření specializovaných nízkoprahových lůžek (ve vhodně zvoleném druhu sociální služby, například DZR, azylové domy apod.) pro osoby ze zkoumané cílové skupiny.

Pro práci s cílovou skupinou jsou klíčové osobnostní a odborné kvality pracovníků – jejich trpělivost, schopnost navázat kontakt, dlouhodobě udržovat motivaci klienta a orientace v komplexních potřebách. Za ideální formu práce byl označen case management.

Doporučení:

- Systematicky podporovat vzdělávání pracovníků v komunikaci, práci s duální diagnózou, psychiatrickými pacienty, s lidmi s poruchami chování apod.
- Rozvíjet dovednosti case managementu – zavedením specializovaných pozic nebo metodickým vedením.
- Zajistit supervizi a podporu týmů, aby se předešlo vyhoření pracovníků.
- Podporovat sdílení dobré praxe mezi poskytovateli (např. modely case managementu).
- Propojovat sociální a zdravotnický personál v terénních i pobytových službách.
- Rozvíjet mezioborovou spolupráci a posilovat odborný personál (Hypotéza 2).

5.3 DOPORUČENÍ – VERZE 2

Doporučení pro Královéhradecký kraj

Na krajské úrovni chybí jednotný rámec pro sběr a vyhodnocování dat (kap. 2.3), koordinace komplexních případů napříč resorty a jednotná metodika k hranicím sociálních a zdravotnických kompetencí. Dále se projevuje „vysoký práh“ vstupu do služeb a absence stabilního ukotvení case managementu a integrovaných týmů; legislativní nastavení brání pružnému překryvu některých úkonů péče.

Doporučení:

- Zvážit vytvoření kapacit specializovaného pobytovaného zařízení. Zřízení takového zařízení sebou nese obtížen typ nastavení hranic péče a prevence, problematiku režimu a pravidel služby.
- Integrovat **monitoring z kapitoly 2.3** do krajského plánování (sjednocená metodika, anonymizovaný sběr, roční vyhodnocení ve spolupráci s ORP, poskytovateli a zdravotnickými zařízeními).
- Poskytovat podporu například **krajskou koordinační platformu** pro komplexní případy (sociální služby–zdravotnictví–bydlení–justice), vč. „rychlé linky“ podpory pro ORP/poskytovatele.
- Systémově **podporovat case management** (pilotáže, metodika, standardy kvality, víceleté financování, sdílení praxe).
- Podporovat v **metodiku k vyjasnění hranic a kompetencí** mezi sociálními a zdravotnickými službami (propouštění, návaznost péče, sdílení informací, role kontaktních osob).
- Podpořit **integrované terénní týmy** (sociální pracovník + zdravotní sestra) a jejich financování v krajských dotačních titulech.
- Podporovat **průřezové vzdělávání** (duální diagnóza, práce s agresivitou a závislostí, deeskalace, MI, case management, práce s rodinou).
- Nastavit **rámcové dohody** o minimálních přijímacích kritériích a **pre-admisních case konferencích** ke snižování „vysokého prahu“.
- Definovat **indikátory dopadů** (např. doba bez podpory po propuštění, počet případových konferencí, míra rehospitalizací) a pravidelně je vyhodnocovat.
- Iniciovat změnu **zákona o sociálních službách** k omezenému **překryvu úkonů péče** v rámci sociální prevence a k **jasnějším kompetencím** mezi resorty.
- Prosazovat **právní a metodické ukotvení case managementu** (definice role, financování, standardy).
- Podpořit **bezpečné sdílení dat** a multidisciplinární plánování (GDPR-konformní rámec).

Doporučení pro ORP

Na lokální úrovni je spolupráce aktérů nerovnoměrná; chybí standardizované případové konference, jasně určené kontaktní osoby a systematická implementace monitoringu (kap. 2.3). Propouštění z nemocnic často postrádá návazný plán; „vysoký práh“ služeb a nedostupné krizové/ tréninkové bydlení komplikují stabilizaci.

Doporučení:

- Zavést/posílit **case management** a **sdílené individuální plánování**; jmenovat **koordinátora případu** u klientů s kombinovanými potřebami.
- Zřídit/posílit **lokální koordinační platformy** a **pravidelné případové konference** pro komplexní klienty; určit **kontaktní osoby** za ORP.
- Implementovat **monitoring 2.3** na úrovni ORP (sběr dle sjednocené metodiky, agregace a sdílení do krajského přehledu).

- Zavést/posílit roli **koordinátora / case managera** při ORP (provázání s veřejným opatrovnictvím a sociální kuratelou).
- Uzavírat **pracovní dohody s nemocnicemi a poskytovateli** o společném plánování propuštění a rychlém nástupu návazné péče (pojmenované kontaktní osoby).
- Vytvářet „**bydlení první volby**“ a krizové přístupy včetně **krizových/tréninkových bytů** ve spolupráci s NNO a bytovou politikou obce.
- Posílit **podporu rodin a neformálních pečujících** (poradenství, odlehčovací služby) a jejich zapojení do plánování podpory.
- **Facilitovat snižování „vysokého prahu“**: sjednávat s poskytovateli **pre-admisní jednání** a individuální výjimky v obtížných případech.

Doporučení pro poskytovatele sociálních a zdravotnických služeb

Přetrvává „vysoký práh“ přijímání, roztržitá péče bez jednotného koordinátora, nejasnosti v postupech na pomezí sociálních a zdravotnických úkonů a nepravidelný sběr dat. Discharge planning nebývá standardem; týmy narážejí na limity dovedností a supervize, spolupráce s rodinou/opatrovníkem je proměnlivá.

Doporučení:

- **Revidovat přijímací postupy** ke snížení „vysokého prahu“ (rozlišit historickou vs. aktuální závislost, využít **pre-admisní** případové konference).
- Prohloubit **spolupráci sociální–zdravotní**: smluvně propojit služby sociální péče s **domácí ošetrovatelskou péčí**; vymezit postupy pro medikaci, ošetřování a dohled v zákonných mezích.
- Standardizovat **plánování propuštění** (pojmenované kontaktní osoby, sdílené checklisty) a plynulý nástup návazné péče.
- **Sběr a reporting dat** dle sjednocené metodiky (kap. 2.3) pro regionální plánování a vyhodnocování dopadů.
- Cílené **vzdělávání a supervize** týmů (duální diagnóza, práce s agresivitou, deeskalace, MI, trauma-informovaný přístup).
- Systematicky **zapojovat rodinu/opatrovníka** (souhlasy, komunikační kanály) do plánování i průběhu podpory.
- Vytvářet **flexibilní krátkodobé/odlehčovací kapacity a tréninková ubytování**; rozvíjet doprovody a asistenci k vyšetřením.
- Uzavírat **memoranda o spolupráci** mezi službami sociální prevence a sociální péče pro překlenutí „mezer“ v zákonných úkonech.



POUŽITÁ LITERATURA

J. Růžková a kol., Podpora lidí s duální diagnózou (ISBN 978–80–11–02592–2), Metropolitní zdravotnický servis Praha, p.o. (nedatováno)

Strategie prevence sociálně nežádoucích jevů v Královéhradeckém kraji na léta 2022-2027 (2021)

Š. Daňková a kol., Vyhodnocení výběrového šetření o zdravotním stavu EHIS – výskyt duševních potíží a využívání péče o duševní zdraví, projekt Datová a analytická základna moderního systému péče o duševní zdraví v ČR (Data pro psychiatrii), ÚZIS (2021)

PSYCHIATRICKÁ ROČENKA, ÚZIS (2022), dostupná na:
<https://www.uzis.cz/res/f/008442/psych2022.pdf>

O. Nešporová, P. Holpuch, Populace osob bez domova v ČR, Osoby přespávající venku, v noclehárnách, v azylových domech a v obecních ubytovnách, VÚPSV, v. v. i. Praha (2020), dostupné na:
https://katalog.vupsv.cz/fulltext/vz_478.pdf

O. Nešporová, P. Holpuch, K. Janurová, V. Kuchařová, Sčítání osob bez domova v ČR 2019, Kategorie bez střechy a vybrané kategorie bez bytu podle typologie ETHOS, VÚPSV, v. v. i. Praha (2019), dostupné na: https://katalog.vupsv.cz/Fulltext/vz_458.pdf