

Názov:

Ľudia bez domova a migrácia

Autor:

Mgr. Pavol Sabela

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Ľudia bez domova a migrácia

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre PpVP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
044	25. október 2022	<i>schválené</i>	15. november 2022

Autori štandardného postupu

Autor:

Mgr. Pavol Sabela

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných postupov pre výkon prevencie a odporúčaných postupov pre výkon prevencie MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre PpVP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre PpVP: Rastislav Bilík, MSc.; Mgr. Milada Eštoková, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; PhDr. Zuzana Gavalierová, MPH; MUDr. Darina Haščíková, MPH; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; Mgr. Eva Klimová; PhDr. Kvetoslava Kotrbová, PhD., MPH; PhDr. Mária Lévyová; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; MUDr. František Podivinský, PhD.; Mgr. Iveta Nagyová Rajničová, PhD.; MUDr. Eva Sabolová; Mgr. Henrieta Savinová; Mgr. Robert Ševčík; MUDr. Adriana Šimková, PhD.; Mgr. Gabriela Švecová Cveková; MUDr. Valéria Vasil'ová; Mgr. Hana Wijntjes; doc. MUDr. Viliam Žilínek, CSc.

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek, MBA; Mgr. Ludmila Eisnerová; Mgr. Gabriela Tamášová; Mgr. Michaela Čavojská; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Michal Kratochvíla, PhD.; Ing. Martin Malina; PhDr. Dominik Procházka

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: "Tvorba nových a inovovaných postupov pre výkon prevencie a ich zavedenie do medicínskej praxe" (kód NFP312041R239)

Kľúčové slová

ľudia bez domova, migrácia, migrant, prevencia, ochorenia, preventívna diagnostika, štandardný postup, kvalita života, všeobecná kondícia

Obsah

<u>Zoznam skratiek</u>	3
<u>Úvod</u>	4
<u>Typológia bezdomovectva</u>	6
<u>Príčiny bezdomovectva</u>	8
<u>Plošný monitoring</u>	9
<u>Časový rámec bezdomovectva</u>	10
<u>Migrácia</u>	11
<u>Vnútroštátna migrácia</u>	12
<u>Medzinárodná migrácia</u>	13
<u>Zdravie a zdravotná starostlivosť</u>	15
<u>COVID-19 a ľudia bez domova</u>	18
<u>Príklady efektívnych postupov</u>	20
<u>Odporúčania</u>	20
<u>Odporúčania v kontexte kapitoly COVID-19:</u>	21
<u>Riziká pri ponechaní súčasného stavu</u>	21
<u>Dobrovoľné a nedobrovoľné návraty občanov SR z tretích krajín</u>	21
<u>Ľudia bez domova s psychickou poruchou</u>	25
<u>Predispozícia</u>	25
<u>Následok</u>	25
<u>Vplyv prostredia</u>	25
<u>Trauma z bezdomovectva</u>	26

Zoznam skratiek

- ➔ **Utečenec:** je cudzinec, ktorý uteká z vlastnej krajiny, pretože je v nej prenasledovaný podľa dôvodov uvedených v Dohovore o právnom postavení utečencov z roku 1951 (Ženevský dohovor), alebo má oprávnené obavy, že bude prenasledovaný a vzhľadom na tieto obavy nemôže alebo sa nechce vrátiť do vlastnej krajiny. V slovenskom právnom poriadku bol pojem utečenec nahradený pojmom azylant.
- ➔ **Žiadateľ o azyl (azylant):** osoba na úteku z vlastnej krajiny hľadajúca útočisko a žiadajúca azyl v inej krajine. Žiadateľ o azyl je právo byť uznaný za utečenca, získať tak právnu ochranu a materiálnu pomoc. Žiadateľ o azyl musí preukázať, že jeho strach z prenasledovania v jeho domovskej krajine je opodstatnený (<https://www.europarl.europa.eu>).
- ➔ **Migrant:** OSN definuje migrantov, ako osoby, ktoré sa zdržujú mimo krajiny svojho pôvodu dlhšie, ako jeden rok. Dôvody, kvôli ktorým došlo k odchodu z rodnej krajiny sa nezohľadňujú, za migrantov nie sú považovaní turisti, či osoby na pracovných cestách. Termín migrant je tiež bežne používaný i pre sezónnych pracovných migrantov.
- ➔ **Ženevský dohovor:** je hlavným medzinárodným nástrojom utečeneckého práva z roku 1951. V dohovore je jasne vymedzené, kto je utečenec a o aký druh právnej ochrany, inej pomoci a sociálnych práv má právo žiadať od krajín, ktoré dokument podpísali.

Dohovor sa obmedzil hlavne na ochranu európskych utečencov po druhej svetovej vojne. Protokol prijatý v roku 1967 pôsobnosť dohovoru rozšíril, nakoľko problém presídlenia sa stal problémom celosvetovým (Official Journal of the European Union C 303/17, 2007).

- **UNHCR:** United Nations High Commissioner for Refugees – úrad vysokého komisára OSN pre utečencov zriadený Valným zhromaždením OSN 14. decembra 1950.
- **Slobodný jedinec:** osoba, ktorá koná na základe vlastnej vôle, čo je jednou z podmienok ľudskej slobody, pričom zároveň neobmedzuje slobody iných svojou vlastnou slobodou. Slobodná vôľa je aj jedným z atribútov ľudskej dôstojnosti, možnosť a schopnosť konať na základe svojich vlastných rozhodnutí, názorov, presvedčení, na základe svojej vlastnej vôle. Sloboda je predovšetkým schopnosť určovať seba samého, zdokonaľovať a uplatniť sa v spoločnosti (Gluchmann, 2000).
- **Prevenčia:** súbor vedeckých a praktických poznatkov, akým spôsobom cielene predchádzať a zabrániť poškodeniu zdravia a vzniku ochorení. Prevenčia, ako základná myšlienka nielen modernej medicíny, zahŕňa všetky oblasti zdravého ľudského života od jeho narodenia a počas celého obdobia života. Preventívna starostlivosť sa chápe, ako využitie všetkých dostupných prostriedkov, ktorými možno dosiahnuť a udržať optimálne zdravie.
- **Diagnostika:** postup od zberu dát skúmaného problému, k ich popisu a následnej interpretácii. Súhrn operácií, postupov a techník s cieľom stanoviť diagnózu v závislosti od cieľov diagnostiky. Zahŕňa popis stavu, javu, interpretáciu, zaradenie do kategórie, popis individuálnych zvláštností etc.
- **Štandardný postup:** jednotný postup pre diagnostiku a intervenciu s cieľom prevencie neprenosných ochorení, reflektujúci najnovšie poznatky vedy.
- **Všeobecná kondícia:** definuje stav organizmu determinujúci jeho adaptáciu na záťaž. Kondíciu chápeme ako psychický, energetický, funkčný a pohybový potenciál človeka. Predstavuje podmienku pohybovej činnosti, ktorá je determinovaná funkčným stavom organizmu a úrovňou pohybových schopností. Rôzne stupne kondície označujeme, ako napr. dobrá kondícia, dobrý zdravotný stav, čo je schopnosť ľahko a rýchlo s dobrou obratnosťou prekonávať rôzne prekážky (Feč, 2013).
- **Zdravie:** podľa WHO (2018) je to stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody a nielen neprítomnosť choroby alebo postihnutia.
- **Duševné zdravie:** definícia WHO (2018) charakterizuje duševné zdravie ako stav pohody, v ktorom jednotlivec môže uskutočniť svoje schopnosti, vie zvládať stresové situácie bežného života, vie produktívne pracovať a vie prispievať do života spoločnosti. Duševné zdravie všeobecne vnímame ako stav, keď všetky duševné pochody prebiehajú optimálnym spôsobom, umožňujú správne odrážať vonkajšiu realitu, primerane a pohotovo reagovať na všetky podnety a zároveň nám umožňuje mať pocit uspokojenia zo svojej činnosti (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>).

Úvod

Bezdomovectvo nie je fenoménom dneška, ale históriou sa prelievajúci sociálny fenomén. Starostlivosť a pomoc týmto skupinám obyvateľov bolo vo väčšine prípadov v rukách cirkvi, až príchodom sociálnej práce, ako vednej disciplíny sa iba rozšírili pôsobnosti a ciele práce s týmito ľuďmi. Naplnenie základných potrieb je obohatené o potrebu sebaurčenia,

evanjelizácia a spytovanie viny je nahradená právom na sebaurčenie a pochopenie životného príbehu jednotlivca. Mechanické nazeranie na človeka, ako na úložisko/schránku pre dušu, ktorá bude v posmrtnom živote spasená je v sociálnej práci zamerané na prítomnosť, minulosť a budúcnosť existencie celistvého bytia.

Ľudia bez domova (homeless people) tvoria neoddeliteľnú súčasť spoločnosti. V priebehu historického vývoja našej populácie existovali rôzne skupiny ľudí, ktoré predstavovali spoločensky najnižšiu vrstvu obyvateľstva, ktoré boli pomenovávané rôznymi názvami, avšak spĺňali bazálnu definíciu „človek bez domova“. Problém bezdomovectva preto nepredstavuje nový fenomén. Vyvíja a mení sa v priestore a čase. V jednotlivých historických obdobiach, či už národných alebo globálnych sa kvantitatívne, ale najmä kvalitatívne odlišuje.

Na Slovensku sa chudoba a s ňou spojené bezdomovectvo objavili opäť verejne po zmene spoločenského režimu v roku 1989. Do roku 1989 boli ľudia bez domova marginálnou súčasťou spoločnosti a často boli za tento svoj spoločenský status perzekvovaní. Obdobie po roku 1989 je známe rozsiahlou spoločenskou, ekonomickou aj sociálnou transformáciou, ktorá spôsobila postupný nárast ľudí bez domova.

V súčasnosti, po 32 rokoch sa odhaduje, že na Slovensku je približne cca 23 483 ľudí bez domova (z toho odhady hovoria o 5000 ľuďoch bez domova v meste Bratislava). V riziku chudoby je odhadom 670 tisíc ľudí¹. Tak ako všade vo svete je bezdomovectvo problém najmä hlavného mesta, čiastočne aj iných regionálne významných miest na území SR. Nakoľko tento štandard vzniká v období vojny na Ukrajine, vnímame prvé náznaky bezdomovectva občanok (jedná sa najmä o ženy) a zároveň v kontexte nekončiaceho sa konfliktu sa množstvo ľudí z Ukrajiny v riziku bezdomovectva a nútenej, ale aj vynútenej prostitúcie.

V nadväznosti na členstvo Slovenskej republiky v EÚ je dôležité prijať sociálnu zodpovednosť a vytvárať dôstojné podmienky pre život. Koordinovaná a koncepčne založená starostlivosť o ľudí bez domova je viditeľným nástrojom presadzovania rešpektu voči odlišným jedincom a skupinám. V tomto zmysle môže byť podnetom pre vyššie rešpektovanie odlišnosti a dodržiavanie ľudských práv.

V zmysle vyššie uvedeného je potrebné jasne definovať, kto je človekom bez domova, kde sa SR nachádza na poslednom mieste z členských krajín EÚ, bez tejto definície a taktiež jasne definovaných služieb, ktoré podporujú ukončovanie bezdomovectva, vrátane služieb zameriavajúcich sa na zdravie a prevenciu ohrozených skupín obyvateľstva, a to nie len fyzické, ale aj duševné zdravie. V kontexte migrácie aj na občanov SR, ktorí sa z rôznych príčin ocitli v ťaživej, krízovej situácii mimo územia materskej krajiny.

¹ <https://spravy.pravda.sk/domace/clanok/427849-pocet-ludi-na-slovensku-ohrozenych-chudobou-stupol/> (25.7. 2017)

Tento dokument sa zameriava na čo najpresnejšie pomenovanie prístupov, k naplneniu cieľov dôstojnosti, prístupu k službám a zdravotnej starostlivosti. Zároveň poukazuje na pohyb obyvateľov v rámci lokálneho, ale aj globálneho priestoru.

Typológia bezdomovectva

Nasledujúce strany by sme pri legislatívnom ukotvení nemuseli vôbec písať, avšak pri aktuálnom stave je nevyhnutné získať vhl'ad do tejto problematiky.

Teoreticky i prakticky je vecne problematické vymedziť a charakterizovať fenomén chudoby, ako aj jednoznačne definovať pojem „*bezdomovectvo*“ bez toho, aby sa neopomenuli žiadne jeho aspekty. Dostatočnou oporou nie je ani slovenská legislatíva, kde absentuje pojem „*človek bez domova*“. V tomto smere je SR negatívnym unikátom v rámci krajín EÚ, nakoľko sme poslednou krajinou, ktorá neprijala tzv. typológiu ľudí bez domova, a z tohto dôvodu aj v rámci štatistického zisťovania bezdomovectva v rámci EÚ, SR neposkytuje relevantné podklady. Táto absencia zasahuje aj lokálne samosprávy, kde dochádza k disproporcii medzi samosprávou a mimovládnyimi organizáciami pri rozdieloch v tisíckach jednotlivcov.

V rámci legislatívy SR sa okrajovo tejto problematiky dotýka Zákon o sociálnych službách č. 448/2008 Z. z. konštatuje: „(..) v z.n.p.² v § 2 ods. 2 všeobecne opisuje nepriaznivú sociálnu situáciu ako ohrozenie fyzickej osoby sociálnym vylúčením alebo obmedzenie jej schopnosti sa spoločensky začleniť a samostatne riešiť svoje problémy. Následne sa v ods. 3 uvádza, že: „Zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby na účely tohto zákona je **zabezpečenie ubytovania, stravy, nevyhnutného ošatenia, obuvi a nevyhnutnej základnej osobnej hygieny** (..).“³

Európska únia prezentuje bezdomovectvo predovšetkým ako formu viditeľnej chudoby. Chudoba v najširšom zmysle neznamená len hlad a nemať kde bývať, chudoba predstavuje duchovnú a morálnu depriváciu, pasivitu, beznádej. Chudoba je nulová šanca na zmenu bez pomoci zvonku. Chápeme ju aj ako nerovnaký prístup k produktom a službám.⁴

V rokoch 2002 – 2009 bola vypracovaná pomerne obsiahla definícia bezdomovectva, známa ako typológia ETHOS⁵, ktorú ponúka nadnárodná organizácia FEANTSA. Zachytáva viac ako 20 rôznych životných situácií, v ktorých možno hovoriť o bezdomovectve alebo vylúčení z bývania. Uvedená typológia sa stala východiskom národných definícií bezdomovectva pre potreby verejných politík a výskumu vo väčšine krajín EÚ.

²Zákon č. 448/2008 Z.z. z 30. októbra 2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

³ <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2008-448> (18.7.2017)

⁴ Halušková. E. – Božik, J., 2015.

⁵ <http://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2015/Ondrusova/kapitola1.pdf> (18.7. 2017)

ETHOS - European Typology of Homelessness and housing exclusion.

Na Slovensku forma absolútnej chudoby existuje najmä v podobe bezdomovectva. Za človeka bez domova je najčastejšie považovaný človek bez trvalého pobytu, čo je nepresné, pretože väčšina ľudí bez domova v doklade totožnosti trvalý pobyt má, aj keď len formálny, napr. obec. Nachádzajú sa medzi nimi takmer všetci ľudia v hmotnej núdzi (*čo tiež nie je pravidlom*), nedokážu si vlastnými prostriedkami uspokojiť základnú životnú potrebu – stabilné bývanie.

Ľudia bez domova sú veľmi rôznorodí ľudia z rôznych spoločenských vrstiev. Do tejto kategórie patria muži a ženy rôzneho veku, s rozdielnym stupňom dosiahnutého vzdelania, s rôznou minulosťou, skúsenosťami a odlišnými problémami.

Príčiny bezdomovectva občanov SR v prostredí mimo domovskú krajinu sú mnohoraké a prechádzajú cez rôzne skupiny ľudí. Od sezónnych študentov až po obeť obchodovania s ľuďmi. Ako aj pri už spomínaných počtoch ľudí bez domova, aj pri tejto skupine nevidujú oficiálne orgány počty takýchto osôb. V tomto smere sú počty opäť len odhadované mimovládnu organizáciou, ktorá poskytuje medzinárodnú pomoc a organizáciami pracujúcimi s ľuďmi, ktorí sa stali obeťami obchodovania.

V Slovenskej republike sa v praxi používajú aj tieto definície:

- *Človek bez domova* – ide o osobu nemajúcu domov, či možnosť dlhodobo využívať nejaké prístrešie.
- *Bezdomovectvo* – predstavuje spôsob života takejto osoby a existenciu tohto javu, a je to zjavné predovšetkým vo veľkých mestách, väčšinou býva sprevádzané sociálnou izoláciou a psychickou i fyzickou depriváciou jednotlivých takto postihnutých osôb.

K samotnému pojmu „bezdomovec“ sú v sociálnom priestore výhrady, lebo ide o stigmatizujúci a v praktickom styku s klientom ponížujúci pojem, preto sa používa jemnejšie slovné spojenie „človek bez domova“.

Príchodom sociálnej práce prichádza aj potreba zafinovania cieľových skupín, čo však kvôli rôznym sociálno-spoločenským okolnostiam potrvá ešte mnoho rokov. Až začiatky 20. storočia priniesli určité zmeny, kde hranice a historické krivdy sú odpustené a je čas správať sa humanisticky, a to nie len v ponímaní krajín a politikov, ale aj v spoločnosti. Na základoch humanistických princípov vzniká v rámci štruktúr EÚ platforma FEANTSA⁶, ktorá definuje bezdomovectvo v systéme ETHOS⁷. Používa základné štyri modely:

- a.) *Rooflessness* – ľudia, spiaci priamo na uliciach.
- b.) *Houselessness* – ľudia prespávajúci v dočasných zariadeniach, nocľahárňach, azylových domoch a pod.
- c.) *Living in insecure housing* – ľudia so strechou nad hlavou, ale v riziku straty tohto priestoru. Dlhodobí neplatiči, osoby trpiace domácim násilím, bez zmluvy o prenájme a pod.

⁶ <http://www.feantsa.org/en/about-us/what-is-feantsa>

⁷ <http://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>

d.) *Living in inadequate housing – ľudia bývajúci v autách, karavanoch, záhradných chatkách, starých budovách a pod.*

Pre zjednodušenie a vyhnutie sa komplikovanému definovaniu z dôvodu spádovosti ľudí s hypotékami, občanov zo segregovaných rómskych komunit používalo OZ STOPA Slovensko zjednodušenú typológiu, pre naše územie zrozumiteľné a užívané v rámci EESH.

- a.) *Ľudia na ulici („ľudia bez domova“) – krátkodobo, ľudia v kríze, bez informácií o podpore a pomoci, vyhýbajúci sa alebo neznalí zariadení pre komunitu ľudí bez domova. Využívajú zariadenia kombinované, a to najmä integračné centrá. Na prvý pohľad veľmi ťažko identifikovateľní.*
- b.) *Ľudia žijúci v dočasných alebo krízových zariadeniach: nočľahárne, útulky, krízové domy a pod.*
- c.) *Ľudia žijúci v nedôstojných podmienkach (chatky, kanále, miesta, ktoré im poskytujú čiastočnú ochranu).*
- d.) *Ľudia s komplexnými ťažkosťami (jedná sa najmä o ľudí s psychiatrickou diagnózou, fyzickým postihnutím v kombinácii s jednou z typológií človeka bez domova. Je to súhrn troch a viac potrieb. Môže to byť aj závislosť, choroba, bezdomovectvo).*
- e.) *Chronickí pouliční ľudia bez domova: najmä dlhodobí ľudia bez domova, pre ktorých sa tento stav stal životným štýlom. Sú zmierení so svojím stavom. Odmietajú sociálne služby alebo ich využívajú len v nevyhnutnom prípade (choroba, zlé poveternostné podmienky).*

Ako sme už spomínali, na našom území sa táto typológia nepoužíva, čo má za následok problémový prístup ku zdrojom zo strany mimovládnych organizácií, miest, ale aj samotných distribútorov zdrojov z EÚ fondov. Okrem iného je tento stav na medzinárodnej úrovni vnímaný veľmi negatívne a Slovensko je v mnohých štatistikách o ľuďoch bez domova na mapách označené čiernou farbou, teda „bez dát“. Z tohto dôvodu mnohé organizácie používajú spomínaný ETHOS.

Nakoľko však nie je úlohou tohto štandardu zaoberať sa polemikou definovania bezdomovectva, budeme sa držať definície ETHOS, a v ďalších riadkoch prejdeme k návrhom riešenia tejto problematiky v rámci našich skúseností a našej praxe. Avšak jedným zo zásadných výstupov pre akékoľvek aplikovanie štandardov a techník, ktoré by Slovensko aspoň čiastočne priblížili k vyspelým krajinám Európy je bezodkladné definovanie človeka bez domova a služieb pre ľudí bez domova zameraných na zdravie a ukončenie bezdomovectva. Vnímame niekoľkoročnú snahu rôznych aktérov o vytvorenie dokumentu Národnej koncepcie prevencie ukončovania bezdomovectva, ktorý môže byť prvým krokom k jasnejšiemu a koncepcnejšiemu prístupu k tejto skupine obyvateľstva.

Príčiny bezdomovectva

Príčiny bezdomovectva môžu súvisieť s konkrétnym človekom, jeho minulosťou, sociálnym postavením a rodinným zázemím, zdravotným stavom či osobnými schopnosťami. Človek o svoj domov väčšinou prichádza, keď nastane krízová situácia, pri ktorej zlyhá aj záchytná sociálna sieť (rodina, priatelia, spoločnosť), a ktorú ďalej nie je schopný zvládnuť iným spôsobom. Ide o situáciu, ktorú človek vníma ako svoju osobnú prehru, a ktorú si sám nevyberá.

Medzi najčastejšie subjektívne príčiny a spúšťače procesu pádu na sociálne dno patria:

- vzťahové problémy v rodine – partnerské, súrodenecké alebo rodičovské,
- úmrtie partnera, rodičov či inej blízkej osoby,
- zdravotné postihnutie,
- strata zamestnania, znevýhodnenia v prístupe na trh práce,
- migrácia za prácou do veľkých miest, kde je jedinec odkázaný sám na seba,
- neschopnosť plniť podmienky spojené s užívaním bytu/domu (platba nájomného a energií),
- strata bytu/domu v dôsledku iných okolností (podvod, právny nárok iných osôb),
- výstup z ústavného zariadenia (detský domov, psychiatrická liečebňa),
- návrat z výkonu trestu odňatia slobody,
- sklon k nekonvenčnému spôsobu života prijatý ako riešenie problémov,
- rôzne druhy závislostí.

Záverečná správa z výskumu a sčítania ľudí bez domova v Bratislave z roku 2016⁸ uvádza medzi najčastejšie príčiny straty domova odchod z rodičovského domu, rozpad manželstva, vystažovanie z dôvodu zadlžovania, odchod kvôli problémom v rodine. Uvedené štyri dôvody tvoria dve tretiny z celkového počtu uvedených príčin, pričom najčastejšie išlo o kombináciu viacerých dôvodov. Ostatné príčiny straty bývania majú nižšie zastúpenie ako napríklad podvody, skúsenosť s násilným správaním, strata zamestnania či skúsenosť s drogami a alkoholom.

Plošný monitoring

Ak však chceme nazrieť hlbšie do problematiky, zameriavanie sa na „počet“ a „kvantitu“ je bez poznania príčin, typológie, dôvodov atď. nič nehovoriace číslo. Preto mimovládna organizácia OZ STOPA Slovensko v rokoch 2018 a 2019 vykonala na malom území MČ Staré Mesto hlbší tzv. plošný monitoring potrieb, aj za prítomnosti zahraničných pozorovateľov. Ten poukázal na ročný nárast o 32 %. Taktiež sa preukázala zmena rebríčka dôvodov straty domova. V roku 2019 sa príčiny vymenili a niektoré z roku 2016, ktoré boli menej zastúpené, sú dnes dominantné. Mnohé z nich poukazujú na komplexné zlyhávanie zložiek prevencie a integrácie.

- ukončenie pobytu v zariadení na výkon rozhodnutia súdu (detský domov) a v ústavnom zariadení (psychiatrická liečebňa), je jednou z najviac zastúpených príčin bezdomovectva, kde je výrazne badateľné znižovanie veku ľudí bez domova,
- migrácia za prácou do veľkých miest, kde je jedinec odkázaný sám na seba, je generačným protipólom predošlého bodu,
- návrat z výkonu trestu odňatia slobody. V dnešnej dobe sa už pri absencii dát, nevieme dopátrať k príčine, avšak je v tejto skupine prítomný opakovaný výkon trestu a prerušované bezdomovectvo,
- migrácia osôb v kríze a ľudí bez domova do miest so zvýšenou anonymitou. Slovensko, historicky rurálna krajina, neposkytuje anonymitu ľuďom v kríze – následne ľuďom bez domova identifikovanie zo strany rodiny, známych a pod. Preto veľké množstvo

⁸ <https://www.employment.gov.sk/sk/informacie-media/aktuality/vyhodnotenie-bratislavského-sčítania-luďi-bez-domova-2.html> (18.7. 2017)

vyhľadáva anonymitu miest, primárne hlavné mesto SR Bratislava, ako útočisko pre zbavenie sa hanby a tlaku okolia,

- v tomto bode sa nachádzajú všetky spomínané príčiny uvádzané v roku 2016,
- v mnohých prípadoch je uvádzané a identifikované dlhodobé bezdomovectvo, v spojitosti s nárastom dlhov a ich neschopnosť splácať – povestný „zakliaty kruh bezdomovectva“.

Európska typológia bezdomovectva a vylúčenia z bývania – ETHOS v sebe zahŕňa diapazón konkrétností a životných trajektórií od zjavného bezdomovectva, cez skryté až potenciálne bezdomovectvo.

Zjavné bezdomovectvo: charakterizuje život mimo štandardných hraníc sociálnych noriem a návykov, ako prespávanie na ulici, zdržiavanie sa na verejných priestranstvách, fungovanie pod záštitou sociálnych služieb a charitatívnych organizácií.

Skryté bezdomovectvo: ide o typ nie zrejmý a nemusí byť očividný podľa vonkajších znakov, integrovaný do štruktúr sociálnych služieb formou nocľahární a azylových domov. Charakteristická pre tento typ je aj forma nestabilného ubytovania v záhradných chatkách, garážach, opustených domoch. Na našom území pri aplikácii ETHOS, by sme však museli rátať aj s veľkou časťou obyvateľstva zo segregovaných rómskych komunít, ktoré balansujú na hranici skrytého alebo potenciálneho bezdomovectva.

Potenciálne bezdomovectvo: charakteristické pre tento typ je ohrozenie bezdomovectvom, týka sa osôb žijúcich na ubytovniach, prepustených z väzenia, mladých ľudí z detských domovov, seniorov a osamelých matiek s deťmi.

Odporúčanie: pravidelné plošné monitoringy zamerané mimo iné aj na zdravotný a psychický stav populácie ľudí bez domova. Odporúčame aj zameranie sa na otázku, prečo dochádza k zhoršeniu zdravotného stavu v kontexte dlžôb na zdravotnom poistení. Zároveň zistiť najčastejšie zdravotné komplikácie u populácie ľudí bez domova. Následne na základe týchto zistení vytvárať mechanizmy zdravotnej starostlivosti pre ľudí, ktorí z rôznych príčin nemajú k prevencii a starostlivosti prístup.

Časový rámec bezdomovectva

V súčasnosti sa rozlišuje krátkodobé a dlhodobé bezdomovectvo:

- a) **krátkodobé bezdomovectvo** – človek je v stave akútnej núdze a práve sa ocitol na ulici. Väčšinou je to dôsledok straty zamestnania či rodinnej krízy (rozvod, úmrtie člena rodiny). Ak je takémuto človeku poskytnutá okamžitá a účinná pomoc, je veľmi pravdepodobné, že na ulici neostane dlhodobo a za krátky čas sa mu podarí začleniť sa do spoločnosti.
- b) **dlhodobé bezdomovectvo** – človek je na ulici už dlhý časový úsek (kritická hranica je rok až dva). Žije špecifickým spôsobom života, ktorý spôsobuje určité problémy znemožňujúce mu úspešný návrat do spoločnosti. Dlhodobé bezdomovectvo spôsobuje množstvo faktorov, ako napríklad alkoholizmus, drogovú závislosť, absenciu rodiny či narušené rodinné vzťahy alebo dlhodobú nezamestnanosť. Tieto aspekty

ďalej negatívne vplývajú na ďalší vývoj osoby bezdomovca – stratí sociálne väzby, pracovné návyky, sebadôveru a sebaúctu. Spoločnosť však vníma tieto problémy zväčša len jednostranne – má predsudky a bezdomovca neprijíma.

Migrácia

Migrácia (lat. *migration*), v zmysle putovať, presúvať sa, presun. Ide teda o pohyb osôb alebo skupín osôb v geografickom a sociálnom priestore spojený s prechodnou alebo trvalou zmenou miesta pobytu. V tomto zmysle je migrant osoba, ktorá z akýchkoľvek dôvodov dočasne alebo trvalo zmenila miesto svojho trvalého, respektíve obvyklého pobytu, buď z jednej časti krajiny do inej (vnútroštátna migrácia) alebo z jednej krajiny do druhej (medzinárodná, resp. zahraničná migrácia).

Kto sú migrujúci ľudia bez domova? Pred samotným začatím hlbších analýz príčin a následkov je dôležité definovať, ktoré skupiny sú migrantmi.

V rámci nášho textu používame tento výraz na označenie ľudí, ktorí vstupujú na územie Slovenska, ale aj na občanov Slovenska, ktorí opúšťajú z rôznych príčin územie domovskej krajiny a následne sa do nej vracajú. Tento dokument osobitne cieľi na migrantov, ktorí sú bez domova alebo v riziku bezdomovectva.

V praxi to zahŕňa niekoľko odlišných skupín, podľa Európskeho hospodárskeho priestoru (EHP) sú to osoby:

- *Žiadatelia o azyl,*
- *Utečenci,*
- *Migranti bez dokladov,*
- *Nelegálni migranti*⁹.

Do roku 1989 bola medzinárodná migrácia značne obmedzená. Na druhú stranu bola migrácia v niektorých prípadoch riadená priamo štátom, či už vo forme odmeny, napĺňania pracovných cieľov krajiny, alebo vo forme trestu (nútené vysťahovania najmä osôb obvinených z buržoázných priestupkov). Po roku 1989 sa stalo mesto Praha cieľom mnohých ľudí zo Slovenska. Po rozdelení došlo k masívnemu presúvaniu sa smerom z východu na západ do Bratislavy. Mesto do tohto obdobia nebolo pripravené na taký nápor nových obyvateľov a nereagovalo na to výstavbou pre nižšie a stredné triedy obyvateľstva. Nedostatok cenovo dostupného bývania je prítomný dodnes.

V najviac hĺbkovej publikácii „Migračné toky v Slovenskej republike“ (Infostat¹⁰) sa dozvedáme o miere presúvania obyvateľov na vnútornej mape Slovenska.

Ako bolo uvedené vo viacerých publikáciách (napr. Bezák, 2002; Jurčová, 2000; Podolák, 2006), v druhej polovici 20. storočia prevládala na Slovensku koncentračný typ sťahovania. Obyvateľstvo smerovalo najmä do miest a okresov s dobrou ponukou pracovných príležitostí,

⁹ Patria sem odmietnutí žiadatelia o azyl, o ktorých sa predpokladá, že nemajú dôvod na pobyt, ale nemôžu sa vrátiť do svojej krajiny pôvodu.

¹⁰ <http://www.infostat.sk/vdc/pdf/migracnetoky.pdf>

čo bolo podporované sústavou plánovaného hospodárenia – kam smerovali investície, tam smerovala aj bytová výstavba, a teda tam sa sťahovalo aj obyvateľstvo. Vidiek sa vyľudňoval. Tento typ pohybu obyvateľstva bol v 70. rokoch podporovaný aj prostredníctvom modelu strediskovej sústavy osídlenia, ktorý usmerňoval migráciu do vybraných centier hierarchickej štruktúry. V 80. rokoch 20. storočia bolo na Slovensku v podstate 6 imigračných priestorov. Obyvateľstvo najviac priťahovali naše najväčšie mestá – Bratislava a Košice, ktoré patrili medzi najrýchlejšie rastúce mestá v strednej Európe aj vďaka imigrácii a ich zázemiu – okresy Bratislava – vidiek a Košice – vidiek vykazovali dlhodobo vysoké migračné straty (Jurčová, 2000). Na konci 80. a na začiatku 90. rokov začalo dochádzať k zásadným zmenám aj v oblasti vnútornej migrácie. Mnohé obce sa rozčleňovali, čo malo vplyv aj na objem vnútornej migrácie. Najvýraznejším prejavom bola postupná zmena koncentračných tendencií na dekoncentračné a vytváranie nových imigračných priestorov. Nové územné a správne usporiadanie v roku 1996 vytvorilo však nové regionálne jednotky, a tak sa porovnávanie migrácie z konca 80. rokov a od polovice 90. rokov značne skomplikovalo. Najatraktívnejším priestorom, do ktorého smerujú migračné toky v súčasnosti je Bratislavský kraj. Má to svoju logiku, nakoľko Bratislavský kraj je hospodársky najvyspelejšou časťou našej krajiny s regionálnym HDP na obyvateľa v parite kúpnej sily na úrovni 148,7 % EÚ (EÚ = 100 %), čo ho medzi 275 regiónmi (NUTS2) EÚ radí na 20. miesto. V období 2005 – 2009 sa do Bratislavského kraja prisťahovalo až 28 500 osôb, čo v priemere znamená 5700 prisťahovaných ročne (v porovnaní s predchádzajúcim obdobím o cca 1550 osôb ročne viac).

Faktory migrácie sú primárne pracovné v kombinácii s ekonomickými. Ak však prejdeme k ľuďom v núdzi, ukazovatele sa nám rozširujú.

Vnútroštátna migrácia

Bezdomovectvo, ako príčina migrácie, nie je primárnou formou. Dominantná forma korešponduje s túžbou uplatnenia sa na trhu práce. To v realite znamená, že človek prichádza do mestského/iného prostredia s vidinou lepšej budúcnosti, avšak jej napĺňanie sa vzdáľuje a človek sa prepadá do prostredia bezdomovectva. Bezdomovectvo je teda následkom a nie príčinou. Z rôznych príčin zlyháva primárna sociálna sieť (rodina a blízke osoby) a človek ostáva v pocite samoty umocnenej cudzím prostredím. Sociálne služby sú pre mnohých poslednou možnosťou, ako vystúpiť z kruhu, avšak často sa ku nim dostávajú neskoro a naopak, sociálne služby sa dostávajú k týmto ľuďom v rámci krízovej terénnej služby ako druhé. Prvý kontakt stále zastupujú chronické skupiny ľudí bez domova.

Špecifickou formou vnútornej migrácie, európsky až svetový unikát na Slovensku, je využívanie nočných vlakových spojov ako nocľahární. Desiatky jednotlivcov využívajú každú noc vlaky na tratiach Bratislava → Košice, Bratislava → Zvolen ako nocľahárne, z ktorých opätovne vystúpia ráno v Bratislave a pokračujú v pouličnom živote. Tento faktor výrazne zvyšuje napätie v spoločnosti a zároveň je aj čiastočne významným zdravotným rizikom, nie len počas pandémie.

Odporúčanie: zvýšiť aktivity zo strany miest a obcí (sociálnych úradov), v kontexte evidencie a včasnej intervencie pri riziku vzniku bezdomovectva.

Medzinárodná migrácia

V rámci medzinárodnej migrácie musíme vnímať viacero dôležitých ukazovateľov. Sú nimi napríklad dobrovoľnosť, sezónnosť, nelegálna forma, obchodovanie s ľuďmi. Unifikačná typológia nie je dostupná, avšak vieme definovať aspoň základné ukazovatele.

Typológia migrantov zo Slovenska:

- a.) **Migrant s odborným vzdelaním alebo stredoškolským vzdelaním**, niektorí s pracovnou praxou, okolo 30 rokov. Najdôležitejšou motiváciou k migrácii je strata zamestnania/často aj bývania v krajine pôvodu a v neposlednom rade rozdielny príjem medzi treťou krajinou a domovskou krajinou. Jedná sa najmä o stavebných robotníkov, ktorí migrujú aj napriek tomu, že by sa vedeli uplatniť v krajine pôvodu.
- b.) Druhou skupinou sú **mladí migranti**, ktorí práve ukončili odborné vzdelávanie alebo strednú školu. Mnohí z nich sa rozhodnú migrovať hneď po ukončení školy a bez pracovných skúseností. Podľa britských štatistík je práve táto skupina zastúpená najviac až v 80 % (vek 18 – 34 rokov) a z toho migranti od 18 – 24 až v 43 %¹¹.
- c.) **Mladí a nezadaní migranti s vyšším vzdelaním** (študenti vysokých škôl, alebo po ukončení vysokej školy), ktorí migrujú za získaním jazykových zručností sú tiež zastúpení. Ich ohrozenie je najmä v tom, že často pracujú v oblastiach, na ktoré sú nadmerne kvalifikovaní. Táto skupina však ostáva na danom území len krátky čas.
- d.) Najmenšou skupinou sú vzdelaní **špecialisti s praxou**, ktorí sú motivovaní mzdovou politikou, ktorá je diametrálne odlišná oproti krajine pôvodu.

Každá z nich má svoje špecifiká a svoju cieľovú skupinu. Všetky majú svojho spoločného menovateľa vo forme výstupu, ktorým je práve bezdomovectvo. Samozrejme vnímame, že mnohé prípady sa nedostanú do evidencie zahraničných organizácií a inštitúcií a danému jednotlivcovi sa podarí zvládnuť krízu vlastnými silami alebo s pomocou primárnej, či sekundárnej sociálnej siete. My však zameriame pozornosť na stav, kedy daný jednotlivec túto situáciu nebol schopný vyriešiť a ocitol sa ako človek bez domova.

Migranti s odborným vzdelaním alebo stredoškolským vzdelaním sú najčastejšou skupinou ľudí, ktorí sa ocitnú na uliciach. Strata zamestnania v tretej krajine, hanba zo zlyhania im zabránuje vrátiť sa domov. Často ostávajú na uliciach resp. v nocľahárňach vo viere a nádeji, že sa im čoskoro podarí uplatniť. Mnohí z nich však prepadnú beznádeji a ostávajú na ulici, kde sa ich zdravotný stav radikálne zhoršuje. Taktiež treba zdôrazniť, že sú najpočetnejšou skupinou, ktorá sa stáva súčasťou čiernej práce na hranici s otroctvom, často spojeným s násilím a nehumánnym prístupom (príklad z praxe: v jednom objekte v malých podzemných častiach budovy boli nájdení dvadsiati ľudia, ktorí boli bez dokladov. Ich týždenná mzda bola vo výške 20 libier a pracovali na dvanásťhodinové smeny. Boli podvyživení a s rôznymi najmä plúcnymi ťažkosťami. Zaujímavým fenoménom tohto príkladu bolo, že len polovica z nich požiadala o pomoc a ochranu, druhá polovica si priala v týchto podmienkach zostať. Dokonca prišlo aj k rozvodu, kedy žena chcela zostať a muž nie. Hraničné štokholmské syndrómy sú prítomné aj v týchto situáciách. Nakoľko však nebolo dokázané otrokárstvo bola táto skupina „zamestnávateľov“ len pokutovaná za čiernu prácu). Istým fenoménom tejto skupiny

¹¹ Toto percento je však ovplyvnené sezónnymi pracovníkmi

(najmä bezdetní a slobodní jednotlivci) sú opakované návraty, kedy po návrate do krajiny pôvodu pociťujú anómiu a nevedia sa z danej situácie dostať vlastnými silami. Nakoľko sociálne služby a podpora ľudí v núdzi je v západných krajinách na oveľa vyššej úrovni, volia si radšej bezdomovectvo v zahraničí.

Migrácia v rámci EÚ je/bola bezproblémovou a človek sa bez akýkoľvek problémov vedel v rámci schengenského priestoru pohybovať bez obmedzení. Taktiež do roku 2020, kedy Spojené kráľovstvo bolo súčasťou EÚ bolo a aj napriek jeho vystúpeniu stále je, primárnou oblasťou kam smerujú migračné toky občanov SR.

V rámci tohto dokumentu používame tento výraz na označenie ľudí/občanov SR, ktorí vstúpili na územie tretej krajiny a majú v úmysle zostať. Náš dokument sa osobitne zameriava na migrantov, ktorí sú bez domova alebo im hrozí, že sa nimi stanú.

Samotné organizácie v tretích krajinách nevidia rozdiely v príčinách a cieľoch migrácie bezdomovectva lokálneho a medzinárodného. Máme skúsenosti s tým, že migrujúci ľudia bez domova majú rovnaké ciele ako občania Spojeného kráľovstva. Chcú čo najskôr nájsť stabilné bývanie a sú silne motivovaní pracovať, ak tak ešte nerobia.

Samotné organizácie tvrdia že, „ideálnym prístupom k riešeniu bezdomovectva migrantov by bolo ignorovanie postavenia „migranta“ a poskytnutie ľuďom rovnaké nároky ako štátnym príslušníkom“. To však v realite nefunguje a títo ľudia často čelia rôznym prekážkam, ktoré sú skryté alebo otvorene nastavené k motivácii návratu do krajiny pôvodu.

„Problémy, ktorým čelia migrujúci bezdomovci, ako aj samotné bezdomovectvo sa väčšinou sústreďujú na početné spôsoby, ako sú im zákonné služby obmedzené alebo odmietnuté... sú riadené širšou politickou agendou zameranou na zníženie čistej migrácie...“ (Crisis).

Podľa štatistík z roku 2016/2017 bolo v Londýne z celkového počtu ľudí bez domova až 39 % migrantov z krajín EHP. Podľa informácií je toto mesto najčastejším miestom migrácie aj ľudí zo Slovenska. Tieto percentá zastúpenia sú značne podobné aj v iných mestách EÚ.

Najčastejšie uvádzané mestá, z ktorých sa vracajú ľudia bez domova naspäť na územie SR:

1. Londýn,
2. Oblasť Yorkshire,
3. Berlín,
4. Praha.

Mestá, ktoré sú súčasťou úzkeho kontaktu a daná skupina ľudí by sa dala definovať aj ako bezdomoveckí pendleri, je najmä mesto Viedeň a v menšej miere Brno.

Toky ľudí bez domova samozrejme nesmerujú len z územia Slovenska, ale aj na naše územie, a to najmä do mesta Bratislava a v prípade špecifických okolností do pohraničných oblastí. Najväčšie zastúpenie na našom území majú občania Poľska nasledovaní občanmi Českej republiky. V menších počtoch evidujeme občanov Ukrajiny a pobaltských krajín.

Špecifickými skupinami sú najmä počas turistickej sezóny občania Rumunska a Bulharska, ktorí využívajú tzv. „žobravého turizmu“, kedy sa presúvajú smerom na západ cez južné veľké mestá Európy a následne sa vracajú cez Prahu späť do domovskej krajiny. Nakoľko sa Bratislava nachádza na historickej križovatke, prechádzajú a isté obdobie ostávajú opäťovne na našom území.

Druhým špecifickým prípadom bola masívna migrácia ľudí bez domova po schválení legislatívy obmedzujúcej a tvrdo postihujúcej ľudí žijúcich na ulici, ktorí začali masívne prechádzať na pohraničné mestá Slovenska a mnoho z nich tranzitovalo cez Bratislavu – Petržalku smerom do Viedne.

Najmenej identifikovanou a aj z dôvodu jazykovej bariéry nepoznanou skupinou ľudí žijúcich na ulici sú občania tretích krajín, ktorí sa usadzujú na rôznych industriálnych zónach mesta Bratislava.

Najmenším počtom ľudí bez domova sú občania krajín západnej Európy.

Zdravie a zdravotná starostlivosť

Zdravotné problémy ľudí bez domova majú zvýšený stupeň úmrtnosti. Ľudia bez domova trpia mnohými zdravotnými problémami, na ktoré má vplyv niekoľko faktorov:

- a.) Extrémna chudoba,**
- b.) Nedodržiavanie terapie,**
- c.) Kognitívne poruchy,**
- d.) Nepriaznivé účinky samotného bezdomovectva.**

Ako prvé je potrebné zdôrazniť, že každý človek má právo na bezodkladnú zdravotnú starostlivosť. Žiaľ v slove „bezodkladná“ sa skrýva háčik, nakoľko je tento pojem v každej krajine vnímaný iným spôsobom. Sú krajiny, ktoré nerobia rozdiely medzi cudzincami a ich vlastnými občanmi (krajiny Beneluxu), sú krajiny, kde sú špecializované zariadenia pod komplexnou zdravotnou starostlivosťou štátu, kde ľudia v núdzi, ľudia s dlhmi, osoby z rôznych krajín, vrátane ľudí bez domova, dostanú odbornú a profesionálnu starostlivosť, a v prípade nutnosti odporúčanie na špecializovanú liečbu (tento prístup je najmä v Spojenom kráľovstve a v Nemecku). Slovensko je v tejto oblasti na chvoste EÚ. Podľa vyjadrení zahraničných pozorovateľov, ktorí občas navštevujú našu krajinu pri rôznych príležitostiach ako napríklad pozvania MVO na rôzne konferencie a iné, prirovnávajú náš prístup k ľuďom v núdzi „k lazaretom a ich prácu niekde na počiatku 80. rokov“.

Na Slovensku sa touto problematikou dlhšie zaoberajú odborníci, nakoľko vnímajú tieto prekážky. A to najmä rôznymi novelami zákonov sa snažia dostatočne zadefinovať kritériá pre neodkladnú zdravotnú starostlivosť. Konkrétne v rámci noviel zákona č. 580/2011 Z. z., zákona č. 581/2011 Z. z., navrhovali zmeny, pretože si uvedomujú, že nemáme dostatočne zadefinované kritériá pre neodkladnú zdravotnú starostlivosť, čo komplikuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti o ľudí bez domova a nekorešponduje s podmienkami v EÚ.

„Čl. V navrhli nasledovné znenie bodu 1:

V § 2 ods. 3 znie:

„Neodkladná zdravotná starostlivosť (ďalej len "neodkladná starostlivosť") je zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe pri náhlej zmene jej zdravotného stavu, ktorá bezprostredne ohrozuje jej život alebo niektorú zo základných životných funkcií, bez včasného poskytnutia zdravotnej starostlivosti môže vážne ohroziť jej zdravie, spôsobuje jej náhlu alebo neznesiteľnú bolesť alebo spôsobuje náhle zmeny jej správania alebo konania, pod ktorých vplyvom bezprostredne ohrozuje seba alebo svoje okolie. Neodkladná zdravotná starostlivosť je aj vyšetrenie u všeobecného lekára, bez ktorého nie je možné určiť, či diagnostika alebo liečba znesie odklad. Neodkladnou zdravotnou starostlivosťou je aj preventívna prehliadka u všeobecného lekára pre deti a dorast, všeobecného lekára pre dospelých, zubného lekára, gynekológa a pôrodníka, urológa alebo gastroenterológa. Neodkladná zdravotná starostlivosť je aj zdravotná starostlivosť poskytovaná počas rizikovej gravidity žien a pri pôrode. Neodkladnou zdravotnou starostlivosťou je aj očkovanie za účelom prevencie infekčných ochorení, ako aj liečba infekčného ochorenia alebo iného ochorenia, ktoré má bez liečby za následok ťažké a nevratné zmeny zdravia vedúce k predčasnému úmrtiu patriacemu do skupiny liečiteľných odvrátiteľných úmrtí. Neodkladná starostlivosť je aj vyšetrenie osoby označenej za možný zdroj rýchlo sa šíriacej a život ohrozujúcej nákazy, diagnostika a liečba osoby s rýchlo sa šíriacou a život ohrozujúcou nákazou. Súčasťou neodkladnej starostlivosti je neodkladná preprava osoby do zdravotníckeho zariadenia, neodkladná preprava medzi zdravotníckymi zariadeniami, neodkladná preprava darcu ľudského orgánu a príjemcu ľudského orgánu určeného na transplantáciu, neodkladná preprava zdravotníckych pracovníkov, ktorí vykonávajú činnosti súvisiace s odberom ľudského orgánu a neodkladná preprava ľudského orgánu určeného na transplantáciu; neodkladnú prepravu vykonávajú poskytovatelia záchranej zdravotnej služby. 1) Neodkladná preprava je aj preprava osoby, ktorej zdravotný stav vyžaduje poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas takejto prepravy.“

Na našom území sú mnohé služby nahrádzané MVO a najmä terénnymi sociálnymi pracovníkmi, ktorí majú základné tréningy zamerané na pouličné ošetrovanie. Taktiež sú prítomné, opäť pod MVO ošetrovne, avšak aj tie s občasnou, alebo žiadnou kvalifikovanou pomocou zdravotníckeho personálu. V realite sa to ukazuje ako stav, kedy sa aj z banálnej rany, alebo ochorenia stáva veľký zdravotný problém a v mnohých prípadoch dochádza k fatálnym následkom.

Aktuálne len na území mesta Bratislava za rok 2021 evidujeme viac ako 15 úmrtí na ulici. Ročne sa počet v mnohých prípadoch zbytočných úmrtí približuje k stovke, a to len na území mesta Bratislava. Zahraničná štúdia nie je ďaleko od reality, s ktorou pracujeme na našom území. „Zlé fyzické zdravie súvisí s chudobou vo všeobecnosti, zdá sa však, že je výraznejšie u osôb bez domova (APA, 2010). V porovnaní s bežnou populáciou ľudia bez domova majú horšie fyzické zdravie, vrátane vyššej miery tuberkulózy, hypertenzie, astmy, cukrovky a HIV/AIDS (Zlotnick & Zerger, 2008), ako aj vyššej miery lekárskeho hospitalizácií (Kushel a kol., 2001). Ochorenie HIV/AIDS prevláda u niektorých podskupín ľudí bez domova. Vek, pohlavie a etnická príslušnosť súvisia s takýmto rizikovým správaním proti HIV/AIDS, ako je injekčné užívanie drog a vysoko rizikové sexuálne praktiky (Song et al., 1999).“

Najčastejšie sa u skupín ľudí v núdzi objavujú nasledovné zdravotné komplikácie:

- Záchvaty,
- Chronická obštrukčná choroba pľúc,
- Artritída,
- Iné muskuloskeletálne poruchy.

Často dlhodobo neodhalené bývajú:

- Hypertenzia,
- Cukrovka,
- Anémia,
- Infekcie dýchacích ciest,
- Orálne a zubné problémy,
- Rôzne formy hepatitídy,
- Rakovina,
- Žalúdočné komplikácie z nedostatku alebo nestability príjmu potravy.

Obzvlášť časté sú problémy s pokožkou a nohami:

- Kožné choroby,
- Celulitída,
- Venózna stagnácia,
- Svrab,
- Vši,
- Onychomykóza,
- Tinea pedis,
- Omrzliny a amputácie,
- Nekróza,
- Bodno-rezné rany, ktoré sa rýchlo zapália a zahnisajú.

Mnohé z týchto prípadov narážajú aj na druhý faktor a to je nedostatočnosť, alebo nedostupnosť hygienických centier. Čím sa však pohybujeme smerom na západ, tým sa čoraz viac stretávame s aktívnym prístupom zo strany štátu a tým aj znižovaniu rizík úmrtia alebo zdravotných komplikácií, ktorých riešenie je mnohonásobne ekonomicky náročnejšie ako investícia do prevencie.

Druhou veľkou skupinou je psychiatrická diagnóza. Tu však musíme definovať dve skupiny ľudí. Do prvej skupiny patria ľudia, ktorí na základe diagnózy skončili na ulici, do druhej skupiny patria ľudia, ktorí si vybudovali isté diagnózy až počas pobytu na ulici. Na základe zahraničnej štúdie „*miera duševných chorôb u ľudí bez domova v USA predstavuje dvojnásobok miery zistených u bežnej populácie (Bassuk a kol., 1998). 47 percent žien bez domova spĺňa kritériá na diagnostiku závažnej depresívnej poruchy – dvojnásobne viac ako ženy všeobecne (Buckner, Beardslee a Bassuk, 2004).*“

„Obzvlášť dôležité môže byť rozlišovanie medzi osobami s ťažkými duševnými chorobami alebo bez nich. Asertívne komunitné ošetrovanie ponúklo oproti štandardným modelom riadenia

prípadoch významné výhody pri znižovaní bezdomovectva a závažnosti symptómov u ľudí bez domova s ťažkými duševnými chorobami (Coldwell & Bender, 2007). Táto populácia s väčšou pravdepodobnosťou využíva nemocnice ako bežnú ambulantnú starostlivosť (North & Smith, 1993), ktorá je nielen nákladnejšia, ale vedie k fragmentácii služieb a menšej pozornosti venovanej pretrvávajúcim potrebám duševného zdravia. Shinn a Gillespie (1994) tvrdili, že hoci zneužívanie návykových látok a duševné choroby prispievajú k bezdomovectvu, primárnou príčinou je nedostatok bývania s nízkym príjmom. Ľudia s návykovými látkami a inými duševnými poruchami čelia ešte väčším prekážkam v prístupe k bývaniu ako ich náprotivky: deficit príjmu, stigma a potreba komunálnych služieb. Náprava bezdomovectva zahŕňa zameranie sa na rizikové faktory, ktoré k bezdomovectvu prispievajú, ako aj obhajovanie štrukturálnych zmien.“

Naše lokálne skúsenosti prisudzujú vznik duševných porúch najmä z hlbokej personálnej deprivácie, ktorá sa časom stupňuje. Každý tretí človek, ktorí navštívil Integrované centrum definoval svoj duševný stav ako depresívny. Menšie percento vyjadrilo, že ich existencia nemá zmysel a jediným východiskom je ukončenie života. Tento akt však neprevedú do formy samovraždy alebo sebapoškodenia v zmysle vedomého ublíženia, ale formou zmeny/prijatia prvkov správania, ktoré spoločensky definujeme ako antisociálne, vedú zvýšenou mierou ku konzumácii alkoholu a omamných látok, absolútne alebo čiastočne ignorovanie hygienických návykov, ignorovanie alarmov organizmu, že niečo nie je v poriadku k tzv. totálnemu rozkladu organizmu (tento pojem, je používaný ako najčastejšia definícia úmrtia človeka bez domova).

Taktiež sa v poslednej dobe môžeme stretnúť s poruchami spôsobenými liečbou najmä v zariadeniach so silným náboženským vplyvom. Tieto zariadenia často používajú nástroj viery ako substitúciu k droge. To má často za následok vznik tzv. „religiózne psychózy“, ktorá u niektorých prerastie až do preludov.

U osôb prichádzajúcich zo zahraničia sú zvýšené najmä panické poruchy, paranoidné prejavy, ale aj rôzne deviácie. U prvých dvoch spomínaných sú často druhotným efektom obchodovania s ľuďmi alebo inej formy vykorisťovania. Deviácie sú často spojené so sexuálnymi útokmi a často sú tieto osoby zaznamenané v systémoch policajných zložiek ako rizikové, a ich repatriácia podlieha prísnyim bezpečnostným pravidlám, tie však na území Slovenska prestávajú platiť a táto osoba sa ďalej môže pohybovať bez obmedzení a pokračovať v násilnom spávaní.

Druhým faktorom, a nie menej dôležitým je spánkový deficit v kombinácii s absenciou bezpečia.

COVID-19 a ľudia bez domova

V júli 2020 generálny tajomník Organizácie spojených národov (OSN) zdôraznil, že ľudia bez domova sú obzvlášť ohrození počas pandémie a nemali by byť „negatívne ovplyvňovaní opatreniami na zabránenie vírusu“. Taktiež Úrad vysokého komisára OSN pre ľudské práva a Agentúra Európskej únie pre základné práva zdôraznili potrebu zabezpečenia ochrany ľudí

bez domova.¹² Podľa medzinárodných organizácií aj v rámci vyjadrení WHO sú ľudia bez domova jednou z najohrozenejších skupín obyvateľstva. Chatrné zdravie, nemožnosť dodržiavania sociálneho dištanču, nemožnosť uchýliť sa do bývania ich vystavuje vysokému stupňu rizika nákazy s fatálnymi následkami. Taktiež komunitné šírenie je v tejto komunite obzvlášť zvýšené, nakoľko nie je možné izolovať jednotlivcov. Mortalita tejto skupiny ľudí v rámci EÚ bola výrazná najmä v krajinách južnej Európy, kde zároveň dochádzalo aj k agresívnym a násilným prejavom zo strany obyvateľstva zo strachu, nakoľko médiá, tak ako aj u nás, identifikovali práve ľudí bez domova ako potenciálnych šíriteľov nákazy. Mnohé západoeurópske krajiny reagovali na pandémiu veľmi rýchlo a v mnohých ohľadoch efektívne, avšak objavila sa otázka čo nastane s občanmi iných krajín, vrátane Slovenska. Do momentu zastavenia dopravných kanálov na naše územie boli prinavrátení ľudia bez domova z krajín EÚ, a to bez akejkoľvek evidencie. Už v tejto fáze sme registrovali zvýšené riziko nárastu infikovaných a rozšírenie do komunity ľudí bez domova. Tu sme sa však k reálnym počtom nedostávali a vďaka medzinárodným štruktúram sme vedeli len o malých počtoch. Počas krátkych etáp otvárania koridorov sme mali informácií o niečo viac, nakoľko zahraničné organizácie boli pri návratoch v kontakte s lokálnou MVO. Napriek tejto vzájomnej informovanosti sme však nemali žiadne nástroje prevencie masívneho šírenia, a to aj napriek existencii karanténneho mesta pre ľudí bez domova v Bratislave, ktorá je vstupnou bránou pri návratoch.

Fenoménom sa stalo migrovanie ľudí bez domova za lepšími službami do Rakúskej republiky. Na našom území počas najtvrdších opatrení a najväčšej mortalite, karanténne zariadenia pre ľudí bez domova boli na priemernej vyťažnosti oproti zahraničiu a aj v pomere k šíreniu nákazy medzi populáciou, bola nákaza a šírenie v komunite ľudí bez domova skôr raritnou a nezodpovedala stavu masívneho šírenia v celkovej populácii. Dnes máme na tento stav aj odpoveď. Množstvo ľudí bez domova prekračovalo hranice medzi Slovenskom a Rakúskom a dobrovoľne sa nechali „chytiť“ a zavrieť do karanténnych zariadení na území Rakúska. Odpoveď prečo, nie je ani o kvalite poskytovania sociálnej starostlivosti, ale o komplexe služieb, ktoré boli ľuďom v karanténe poskytované. Treba zdôrazniť, že vrcholom bolo obdobie chladu a zimy, čiže karanténa bola pre mnohých istým východiskom a kalkulom.

Na našom území museli mať príznaky alebo pozitívitu, v Rakúsku mali automatickosť karantény po dobu dvoch týždňov istú, a to aj využívali, niekedy aj opakovane. Nuansy, ktoré privádzali mnohých k tomuto riešeniu bol aj tzv. „*control drinking system*“ (prístup rozšírený najmä v Írsku), kedy im bolo v malom množstve, ale predsa, poskytované malé množstvo alkoholu, ktoré malo udržiavať týchto ľudí v istom ich prirodzenom komforte. Taktiež mal každý svoju vlastnú izbu a dostávali tabakové výrobky/cigarety. Pravidelná strava bola samozrejmosťou. Pozitívita daných ľudí však bola na úrovni priemeru a nijak sa nevymykala. Toto je aj odpoveďou na stav, kedy MVO pracujúce s ľuďmi bez domova nehlásili žiadne radikálne zhoršenie situácie v tejto komunite. Dôležité je však dodať, že títo občania po návrate na Slovensko pokračovali v pouličnom živote, a to najmä v komunitách ľudí bez domova, čo vnímame počas pandémie ako formu rizikového života. S fenoménom „nezájmu“ sa stretávame vo väčšine foriem migrácie občanov Slovenska.

¹² https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/458780/homelessness-COVID-19-factsheet-eng.pdf

Príklady efektívnych postupov:

Vo väčšine západných krajín¹³ sa uplatňoval prístup „*everybody in*“. Mestá, MVO a štát najmä formou masívnej finančnej pomoci získal nástroj ako zamedziť radikálnemu šíreniu. Taktiež služby sociálne, zdravotné, psychologické a iné špecifické služby boli vykonávané priamo v miestach pobytu, aby sa zamedzilo pohybu ľudí po zariadeniach. Nakoľko v texte spomíname západné krajiny, treba zdôrazniť, že v týchto krajinách je počet pouličných ľudí bez domova minimálny a jedná sa najmä o skupinu ľudí z krajín bývalého sovietskeho bloku (A4¹⁴ a A8¹⁵).

Barcelona: mesto podporilo lokálne MVO aby ubytovali do bytov 200 jednotlivcov.

Brigton: mesto podporilo lokálne MVO aby ubytovali ľudí do hostelov a hotelov s prístupom k zdravotnej starostlivosti priamo v mieste ubytovania.

Škótsko: jedna z krajín, ktorá vďaka masívnej podpore zo strany škótskej vlády pred pandémiou dosiahla minimum ľudí na uliciach a podporou počas pandémie sa aj tento stav znížil. Dokopy len v meste Glasgow ostalo na uliciach podľa informácií terénnych tímov len 5 ľudí a 130 bolo umiestnených do hotelov a študentských domovoch.

Leicester: mesto podporilo prenajatie izieb v B and B hoteloch pre 40 ľudí a ďalších 20 ľudí dostalo permanentné ubytovanie.

Westminster (Londýn centrum): mestská časť, ktorá má najviac A8 a A4 ľudí na uliciach, ubytovalo 500 z nich na hoteloch a hosteloch.

Praha: podporila otvorenie a prenajatie izieb v hoteloch a hosteloch pre ľudí bez domova.

Bratislava: na našom území sa poskytovalo minimum podpory západného typu. Hotely ani hostely sa neotvorili a istú časť pandémie sa mnohí ľudia bez domova skrývali na cintorínoch, nakoľko polícia na základe rozhodnutí o zákaze zhromažďovania skupiny ľudí bez domova rozpúšťala. To sa prejavovalo aj pri návratoch, kedy mnohí ľudia bez domova, ktorým bolo poskytnuté treťou krajinou vrátiť sa domov túto možnosť odmietali, nakoľko mali informácie o nedostupnosti služieb. Aj tento stav zvýšil počet migrujúcich ľudí bez domova preč z územia Slovenska.

Odporúčania:

- Zákonné zadefinovanie človeka bez domova.
- Započatie reálneho riešenia bezdomovectva lokálneho.
- Na základe národnej stratégie riešenia a prevencie bezdomovectva vytvoriť subkategóriu migrácie a zdravia, ktorá bude aktívne riešiť príčiny migrácie tejto skupiny

¹³ <https://world-habitat.org/wp-content/uploads/2020/06/EESH-Responding-to-Covid19-case-studies-FINAL-1.pdf>

¹⁴ A4 krajiny – medzinárodné pomenovanie pre krajiny vyšehradskéj štvorky

¹⁵ A8 krajiny – krajiny prijaté do EÚ v roku 2004 bez Malty a Cypru (občas sa používa aj označenie EU8). Česká republika, Estónsko, Maďarsko, Litva, Lotyšsko, Poľsko, Slovensko, Slovinsko.

obyvateľov a zároveň vytvárať nástroje na európskej úrovni pri návrate týchto občanov späť do krajiny pôvodu.

Odporúčania v kontexte kapitoly COVID-19:

- Príprava opatrení na zavedenie včasného systému „everybody in“ aj na našom území.
- Vyčlenenie finančných prostriedkov na funkčnosť prístupu „everybody in“.
- Zahnúť do subjektov hospodárskej mobilizácie aj prevádzky ubytovacích zariadení (minimálne štátnych – študentské domovy, internáty a podobne).
- Príprava školeného personálu, nie len sociálnych pracovníkov, ale aj zdravotníkov, psychológov a odborníkov pracujúcich so závislosťami, aby bolo zamedzené pohybu osôb za službami.
- Vytvorenie karanténneho miesta pre ľudí, ktorí sú prichádzajúci späť z tretích krajín, a ktorí nemajú domov, nemajú kde vykonať samoizoláciu.
- Aktívna komunikácia zastupiteľstiev SR s lokálnymi partnermi, aby bolo zabezpečené bezpečné transportovanie do karanténnych zariadení humánnym spôsobom (bez využitia represívnych zložiek).
- Jasné a zrozumiteľné pravidlá testovania.

Riziká pri ponechaní súčasného stavu:

- Masívne šírenie nákazy v komunite.
- Pri presune územím Slovenska zvýšené riziko šírenia a otvárania sa skrytých ohnísk nákazy (obdobné úkazy sa objavili pri rómskych komunitách, po návrate členov komunít z UK).
- Zvýšená mortalita ľudí bez domova a to priamo na uliciach.
- Riziko rozšírenia nákazy medzi sociálne služby (počas jednej fázy pandémie došlo k výpadku troch z piatich organizácií, čo malo za následok zníženie dostupnosti sociálnych služieb).

Dobrovoľné a nedobrovoľné návraty občanov SR z tretích krajín


Forma akou sa vracajú alebo sú prinavrátení občania SR z tretích krajín je rôzna. Je často podmienená otázkou, či návrat je príčinou alebo následkom konania daného človeka. Taktiež či je to inštitucionálny návrat, návrat podporný, alebo návrat dobrovoľný v jednoduchosti povedané „na vlastnú päsť“.

Dobrovoľný návrat je: návratom individuálnym bez podpory. Je najmenej evidovaný, nakoľko sa dozvedáme o takýchto presunoch len z komunikácie daného človeka. Pre naše územie je typické migrovať z/do okolitých krajín. Dá sa povedať, že cirkulácia ľudí z okolitých krajín a občanov SR do okolitých krajín je veľmi aktívna. Občania SR cirkulujú najmä kvôli lepším sociálnym službám a servisu, ktorý im je tam aj napriek inej štátnej príslušnosti poskytovaný v plnej miere (jedná sa najmä o Rakúsko, v ostatných krajinách tieto výhody nemajú). Migrovanie na naše územie najmä občanov Poľska čiastočne Českej republiky je skôr pracovného/brigádneho charakteru. Občania SR v takomto režime migrujú najmä do Českej republiky. Sú to najmä ponuky, pri ktorých sa objavuje kolónka „s ubytovaním“. Taktiež je známe, že títo občania sa vracajú naspäť do svojich krajín po letnej/jesennej sezóne, kde si za našetrené peniaze prenajímajú izbu na ubytovni aby prečkali zimu. MVO tento stav vnímajú

dlhodobo, nakoľko pred letom zaznamenávajú zvýšený pohyb cudzojazyčných ľudí bez domova a naopak na jeseň ľudí, ktorí sú na ulici „noví“ resp. ich zložka v rámci terénnych služieb sa opätovne „otvára“.

Návraty ako sme spomínali môžu byť aj asistované. Tie už sú vo zvýšenej miere evidované MVO na základe vzájomnej komunikácie so zahraničnými partnermi. Ročne je takto asistované prinavrátených na územie SR cez 200 jednotlivcov (údaj je získaný na základe skúsenosti autora, ktorý túto činnosť vykonával na území Spojeného kráľovstva v kombinácii s evidovanou komunikáciou so zahraničnými partnermi OZ STOPA počas roka 2020). Do týchto počtov nie sú zarátavané obeť obchodovania s ľuďmi, nakoľko tie podliehajú inej forme asistencie a ochrany. V tomto prípade je veľkým prínosom, ak sú v danej krajine dohodnuté spolupráce so zastupiteľstvami SR a MVO. Tieto spolupráce urýchľujú procesy vybavovania jednorazových cestovných dokladov, ktoré sú pre presun nevyhnutné. Žiaľ, v tomto prípade je zdravotný stav, vrátane závislostí, rôznych porúch nepokrytý a títo ľudia sa dostávajú do šedej zóny. Obzvlášť je tento stav zreteľný pri ľuďoch, ktorým bola na území inej krajiny poskytovaná terapeutická podpora, substitučná dostupná liečba, pri osobách s rizikovými prvkami monitorovací náramok. Všetky tieto služby sú na našom území neadekvátne až nedostupné.

Tabuľka č. 1

Preventívne postupy 		Príklady	
	Zahranie	Slovensko	Odporúčania
Psychiatrické diagnózy	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Podpora odborníkov, špecializované zariadenia, možnosť rýchlej hospitalizácie, komplexná podpora ➤ Psychiatrická intervencia priamo v prostredí klienta 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nedostupnosť odbornej pomoci ➤ Neexistencia špecializovaných zariadení ➤ Hospitalizácia za podmienky, ak osoba ohrozuje seba alebo svoje okolie. Neexistencia psychiatrov v uliciach 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vytvorenie špecializovaného multidisciplinárneho tímu včasnej reakcie (psychiater, zdravotník, sociálny pracovník) ➤ Zvýšiť reakčnú schopnosť na potreby terénnych alebo ambulatných tímov pri riešení konkrétneho jednotlivca

	Zahranície	Slovensko	Odporúčania
Závislosti	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Možnosť voľby substitučnej liečby ➤ Dostupnosť substitučných látok v rámci systému zdravotníckych zariadení ➤ Liečenie ako možnosť voľby 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Substitučná liečba – metadon ➤ Minimum zariadení ➤ Stigmatizujúce zariadenia ➤ Liečenie a jeho dostupnosť je zdĺhavá 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zvýšiť možnosť voľby substitučnej liečby ➤ Vytvorenie možností/ siete miest distribuujúcich substitučnú liečbu (zdravotnícke zariadenia/ zazmluvnené lekárne) ➤ Zvýšenie povedomia o podporných skupinách AA; AN ➤ Začať odbornú diskusiu o kontrolovanom užívaní (írsky model „control drinking“)
Zdravotný stav	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Špecializované zariadenia s lekárskou starostlivosťou ➤ Špecializované zariadenia majú právo odporúčať k špecialistom ➤ Dostupné zdravotné zariadenia ➤ Dostupné zariadenia pre „domáce“ doliečenie so sociálnou podporou 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ošetrovanie v rámci ulice sociálnymi pracovníkmi so základnými školeniami v oblasti zdravotnej starostlivosti ➤ Ošetrovne v rámci mimovládnych organizácií s čiastočnou lekárskou starostlivosťou ➤ Minimum zariadení pre doliečenie 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vytvorenie špecializovaného zdravotníckeho zariadenia pre osoby bez domova a osoby ohrozené extrémnou chudobou ➤ Zapojenie lekárskeho univerzít vo forme praxového pracoviska ➤ Vytvorenie špecializovaného zariadenia pre doliečovanie osôb bez domova resp. zvýšená podpora MVO, ktoré takéto zariadenia aktuálne prevádzkujú ➤ Vytvorenie tímu „medici na ulici“ (Pražský model) tvorený dobrovoľníkmi z radov študentov

	Zahranie	Slovensko	Odporúčania
			medicíny (tento model bol na našom území funkčný v rokoch 2008 – 2010)
Obchodovanie s ľuďmi	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Špecializované zariadenia ➤ Komplikovaný prístup krajín založený na smerodajných ukazovateľoch (tzv. „ticking points“), kedy pri nesplnení zadefinovaného¹⁶, čo i len jedného bodu je status obchodovania zamietnutý a tým aj forma profesionálnej pomoci 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Jasné zadefinovanie na základe medzinárodných dohôd prináša do inak nie celkom efektívneho systému istý poriadok a postup ➤ Ambasády SR aktívne spolupracujú s lokálnymi MVO a špecializovanými policajnými zložkami ➤ Prepojenie zahraničných sietí a MVO pôsobiach a aktívne podporovaných na SR pomáha týmto ľuďom komplexne a efektívne 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ V tejto oblasti je systém najviac reakcie schopný ➤ Vytvorenie evidencie sexuálnych agresorov, nakoľko tí pri vstupe na územie SR nie sú evidovaní a často dochádza k páchaniu násilia po návrate ➤ Dôslednejšie zavedenie prevencie na známych trasách, ktoré sú využívané ➤ Rozšírenie dostupnosti možností liečby závislostí (súvisí s odporúčaním v bode „závislosti“) ➤ V prípade návratu pandémie zvýšiť komunikáciu a zefektívniť nástroje presunu z letísk, vlakov do karanténnych miest

Nedobrovoľné návraty sú špeciálnou kategóriou. Sú súčasťou repatriačných procesov a vznikajú najmä v situáciách, ak dôjde resp. dochádza k opakovanému porušovaniu zákonov danej krajiny. Aj napriek tomu, že daný človek chce ostať na danom území a odpykať si trest (ktorý je častokrát ústretovejší a v kombinácii s lepším fungovaním nápravných zariadení, prívetivejší, ako na území SR) nie je mu toto umožnené a je navrátený do krajiny pôvodu, často aj s vyhlásením za „persona non grata“. Avšak tu je dôležité poznamenať, že náležitá

¹⁶ Najčastejšie sa jedná o podmienku zakúpenia cestovného dokladu. Obchodníci s ľuďmi tento stav poznajú a preto „požičiavajú“ na cestu a človek si pod ich dohľadom kúpi cestový doklad sám. To je vnímané ako dobrovoľné opustenie domovskej krajiny.

zdravotná starostlivosť je pri týchto procesoch poskytovaná v najlepšej forme, nakoľko prebieha na inštitucionálnej úrovni.

Ľudia bez domova s psychickou poruchou

Problematika duševného zdravia u ľudí bez domova je veľmi často diskutovanou otázkou v odborných kruhoch pracujúcich s touto cieľovou skupinou. Problémom však je, že táto problematika býva spomínaná, iba veľmi okrajovo. Pritom podľa domácich i zahraničných výskumov vyplýva, že výskyt psychických porúch u ľudí bez domova je oveľa vyšší ako v bežnej populácii, čo samozrejme platí aj pre výskyt psychóz. Ako píše Vágnerová (1999) často sa bezdomovci stávajú ľuďmi trpiaci duševnou chorobou, ktorí nie sú schopní sa po prepustení z liečebne adaptovať na bežné podmienky. V nasledujúcich riadkoch zadefinujeme najčastejšie psychické poruchy u ľudí bez domova. Jedná sa najmä o psychózy (F2 v 10. revízií Medzinárodnej klasifikácie chorôb a pridružených zdravotných problémov (MKN-10)).

- a) **Schizofrénia**
- b) **Schizotypálna porucha**
- c) **Porucha s trvalými bludmi**
- d) **Akútne a prechodné psychotické poruchy**
- e) **Indukovaná porucha s bludmi**

Celá téma zaoberajúca sa psychickými poruchami v komunite ľudí bez domova je neprebádanou oblasťou. Nemáme žiadne relevantné dáta ani podklady a pracujeme len s informáciami terénnych tímov, ktoré sú s touto komunitou v dennom kontakte.

Predispozícia:

Taktiež pri komunikácii s odborníkmi na tému duševné zdravie vyvstávali otázky, či je bezdomovecť geneticky podmienené, alebo je to následok rôznych okamihov v živote človeka. Na tieto otázky samozrejme odpovede nepoznáme a nie sú pre samotnú činnosť až tak podstatné, avšak v rámci hĺbkových výskumov by získanie takýchto dát mohlo mať význam pre prácu s človekom od útleho detstva v prípade potvrdenia predispozície. Celá táto hypotéza vníma bezdomovecť ako psychickú poruchu spojenú s disocálnymi prejavmi osobnosti, ktoré sú vrodene/predispozičné. Takýto výskum by v sebe zahŕňal analýzu rodinného prostredia, a či sa v ňom objavovali prvky tuláctva, závislostí. Môžeme v tomto prípade vnímať aj generačnú chudobu, kde bezdomovecť môže byť jej vyústením.

Následok:

Taktiež do tejto hypotézy môžeme zaradiť ľudí, ktorí trpia rôznymi poruchami osobnosti a bezdomovecť je prejavom nezvládnutia starostlivosti o tieto osoby v špecializovaných zariadeniach. Tieto osoby sú aj podľa našich zistení najčastejšou skupinou obetí obchodovania s ľuďmi, kedy dochádza k ich „dobrovoľnému odchodu“ už priamo v zariadeniach. Tieto obeť sú často práve presviedčané blízkou rodinou počas návštev takýchto zariadení.

Vplyv prostredia:

Pracovníci sociálnych služieb viac poukazujú na túto hypotézu. Vychádzajú z terénnych zistení kedy dávajú do korelácie dobu strávenú na ulici so vznikom porúch. Vnímajú najmä dlhodobú

spánkovú depriváciu v kombinácii s prostredím ulice, ktoré je plné ohrozenia fyzickým resp. psychickým násilím. Pri dlhodobom živote v takýchto podmienkach je riziko vzniku bludov a pocitov prenasledovania a ohrozenia veľmi časté. Ak sa pozrieme na stav vzniku závislostí, je práve alkohol prvým nástrojom zvládnutia stresovej situácie ulice. Zároveň poukazujeme na zlyhanie včasnej intervencie, kedy odborná pomoc prichádza až po „laickej pomoci“ zo strany chronických pouličných ľudí bez domova. Tí sú často najviditeľnejšou skupinou a nástrojom ich fungovania v pouličnom svete je permanentná intoxikácia. Nový človek v kríze je pre nich práve nástrojom získavania zdrojov do spoločnej „pokladnice“ pre nákup alkoholu. Bez včasnej intervencie sa daný jednotlivec prepadá hlbšie do prostredia bezdomovectva a závislostí.

Trauma z bezdomovectva:

Touto témou sa dlhodobo zaoberáme, nakoľko je nepreskúmaná a pritom je jednou z najpodstatnejších pri naplnení samostatnosti. Žiaľ, kvôli koronavírusu bol tento výskumný projekt, ktorý mal schválené financovanie z EEA Grants zastavený a následne zrušený. Stále je však z pohľadu autora jeho unikátnosť a potrebnosť dôležitá nie len pre lokálnu, ale aj svetovú odbornú komunitu.

Vychádzame z poznania, že bezdomovectvo je trauma a život na ulici resp. v zariadení ako je nocľaháreň je traumatizujúcou životnou situáciou. Tá sa v čase zväčšuje a človek je ňou pohlcovaný.

Vznik a vývoj:

Prvotnými faktormi sú strata blízkych, kedy z rôznych dôvodov, v mnohých prípadoch zahanbenie, sa človek stráni a skrýva pred očami blízkych a z dôvodu stigmatizácie odchádza do anonymity mesta.

V jej počiatkoch sa jedinec vníma ako človek v kríze a odmieta priznanie bezdomovectva. Viera v zmenu a vnútorná motivácia je stále prítomná. Tento stav je podľa odborníkov obdobie približne troch mesiacov. V tomto období sa jednotlivec vyhýba nízkoprahovým zariadeniam pre ľudí bez domova, a vo výnimočných prípadoch vyhľadá špecializované zariadenia. Terénymi službami je nepozorovateľný, nakoľko zjavom nie je možné identifikovať bezdomovectvo. Počas tohto obdobia je vystavený rôznym rizikám zo strany komunity ľudí bez domova, agresivity rôznych ľudí, násilia, ponižovania. Trpí nedostatkom spánku a nedostatkom prísunu stravy, a v prípade drobných zranení aj základného ošetrovania a v poslednom rade absencia hygieny prehlbuje jeho zúfalstvo.

Po troch mesiacoch prichádza vnútorné prijatie bezdomovectva, ako statusu. Jedinec o sebe komunikuje, že je človekom bez domova. Nastupuje stav, ktorému hovoríme naučená bezmocnosť, kedy človek aj napriek všetkým pokusom, vlastnej motivácii, snahe zmeniť smerovanie je neustále odmietaný, často nevyplatený za prácu, ktorá je často na čierno. Táto frustrácia prehlbuje bezdomovectvo a jedinec sa čoraz viac približuje ku komunitám ľudí bez domova.

Strata sociálneho ostychu: Jej najvýznamnejším prejavom je žobranie resp. predaj pouličného časopisu. V extrémnom prípade verejná konzumácia alkoholu, vykonávanie potrieb priamo na verejnosti, zanedbanie hygieny, ignorovanie zápachu a fyzických zranení, ktoré sa na ulici veľmi rýchlo zapália a zahnisajú. Takýto človek je neskrývane človekom bez domova a spoločnosť ho takto vníma. Pri aktívnej intervencii sociálnych služieb s takýmto jedincom musia pracovníci reflektovať všetky predchádzajúce formy, aby dokázali poskytovať podporu.

Nástroje, ktoré sú využívané sú najmä vo forme rôznych intervencií sociálnej práce, v medziach nevyhnutného zabezpečenia prístupného bezpečného priestoru na bývanie, regeneráciu, podporu „tu a teraz“. Jedným z používaných nástrojov sú podporné komunity, ktoré sú jasne štruktúrované na základe spojitostí umelo vytvorenými sociálnymi službami (napríklad spoločná pracovná terapia). Tá je zameraná na situácie „tu a teraz“ a nevstupuje do minulosti. Rieši sa formou odborne vedenej, vzájomne posilňujúcu komunitu.

Ďalším paralelným krokom je individuálna podpora, ktorá však opäť nerieši minulosť, ale aktívne pracuje systémom „tu a v budúcnosti“. Je to jeden z efektívnych nástrojov znižovania naučenej bezmocnosti, kedy naplňaním drobných krokov dosahuje jedinec pre neho významné kroky. Tieto kroky sú už pre mnohé systémy, najmä v západnej Európe samozrejmosťou, avšak z našej praxe vieme, že nie sú dostatočné.

Trauma sa prejaví až v relatívnom pokoji. V čase, keď už organizácie hovoria o „plne integrovanom jedincovi“ (človek je legálne zamestnaný, má stabilné bývanie, má alebo rieši svoje sekundárne záležitosti) nastupujú „démoni“ minulosti. Prejavujú sa insomniou, nočnými morami, panickými atakmi, kognitívne behaviorálnymi poruchami. Ako príklad uvádzame napríklad strach človeka, ktorý nejaví žiadne známky bezdomovectva, vstúpiť do obchodu aby na neho nepozerala bezpečnostná služba (sbs), pracovníci a podobne. A ak aj do obchodu vstúpi, v panike z neho utečie. Vo svojom vnútri sám seba vníma ako človeka bez domova a je presvedčený, že ho tak vnímajú aj všetci ostatní. Je pre nás nevyhnutné pracovať s takýmito ľuďmi odborne a profesionálne, nakoľko môže dôjsť k relapsu a návratu k pouličnému životu. Z praxe taktiež vieme, že nástroj, ktorý jedinci používajú, je najmä workoholizmus do takej miery, aby nedošlo k premýšľaniu pred spaním. Mnohí užívajú nekontrolovane lieky na spanie.

Odporúčanie:

1. pilotný výskum výskytu duševných porúch pri relevantnej vzorke ľudí bez domova (Kovesse a Lazaruse (1999) pri použití Composite International Diagnostic Interview (CIDI) výskyt psychických porúch v populácii Parížskych ľudí bez domova. KOVESS, V., LAZARUS, C. M. (1999). The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 1999, roč. 11, č. 34, s. 580-588.
2. v spolupráci s MVO, ktoré disponujú zoznamom ľudí, ktorí ukončili bezdomovectvo vytvoriť prvú skupinu podľa vzoru anonymných alkoholikov, pod pracovným názvom anonymní ľudia bez domova. Výskumu by sa mali zúčastniť odborníci z oblasti psychoterapie, sociálnej práce, zdravotníctva, psychológie a iných profesií, ktoré sú v kontakte s ľuďmi bez domova. Cieľom výskumu, cez jednosmerné sklo má byť zistenie poškodenia ľudskej psychiky a zdravia po dlhodobom pobyte na ulici.

Následné nastavenie štandardu, ktorý by jasne definoval a podporoval vznik takýchto skupín. Výsledkom by malo byť zamedzenie relapsu ľudí späť do prostredia bezdomovectva.

Zoznam použitej literatúry a elektronických zdrojov

1. BARNHILL, J. 2014. *Psychické poruchy- kazuistiky*, 1 vyd. Bratislava: Pro mente sana. 2014. 266 s. ISBN 978-8088-952-83-1
2. FAZEL S, GEDDES JR, KUSHEL M. 2014. *The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. Lancet* 2014; 384 (9953): 1529-40
3. GIDDENS, A. 2009. *Sociology*. 7th edition, Cambridge: Polity press, 2009. 1000 p. ISBN 10-745-643-582
4. GLUCHMANN, V. 2000. ed. DONUTIL, M. 2000. *Teoretické otázky etiky*. 1 vyd., Prešov : LIM, 2000. , 162 s. ISBN 80-967778-7-4
5. KELLER, J. 2001. *Úvod do sociologie*. 4.vyd., Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2001. 204 s. ISBN 80-85850-25-7
6. KOVÁTS, A. a kol. 2008. *Praktická sociálna práca s utečencami*, 1 vyd. Budapešť: Menedek. 2008. 231 s. ISBN 963-06-0862-6
7. KUČEROVÁ, H. 2013. *Psychiatrické minimum*, 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2013. 168 s. ISBN 978-80-247-4733-0
8. Labor Socialis „Sociálna práca v Európe - nové výzvy a trendy“ : zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, ktorá sa uskutočnila na Univerzite Konštantína Filozofa v Nitre dňa 21. septembra 2017 ; zostavili Elena Gažiková, Magdaléna Halássová. - 1. vyd. - Nitra : UKF, 2017. - 142 s. - ISBN 978-80-558-1252-6.
9. LEVICKÁ, J. 2014. *Etika sociálnej práce*. I. vyd., Hradec Králové : Gaudeamus, 2014. 74 s. ISBN 978-80-7435-403-8
10. MALCOM, P. 2001. *Humanistic social work*, 1 vyd. Londýn: Palgrave Macmillan, 2001. 223 p. ISBN 978-0-230-29360-1
11. MAREK, J. a kol. 2012. *Bezdomovectví*. 1 vyd. Praha: Portál, 2012. 176 s. ISBN 97-880-262-009-01
12. MÁTEL, A. 2019. *Teorie sociální práce I – Sociální práce jako profes ,akademická disciplína a vědní odbor*. 1 vyd., Praha: Grada Publishing, 2019. 208 s. ISBN 978-80-271-2825-9
13. MATOUŠEK, O. a kol. 2005. *Sociální práce v praxi*, 1 vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-736-700-2X
14. NOVOTNÁ, E. 2008. *Základy sociologie*. 1 vyd., Praha: Grada Publishing, 2008. 191 s. ISBN 978-80-247-2396-9
15. Official Journal of the European Union C 303/17, 2007
16. ONDREJKOVIČ, P. a kol. 2001. *Sociálna patológia*, 2 vyd. Bratislava: SAV, 2001. 310s. ISBN 80-224-0685-6
17. SCHNEIDER, K., MAY, R. 2005. *Psychológia existencie*, 2 vyd. Bratislava: Ikar. 2005. 334 s. ISBN 80-551-1052-2
18. SOPÓCI, J.- BÚZIK, B. 2009. *Základy sociológie*. 5 vyd., Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo – Mladé letá, 2009. 140 s. ISBN 978-80-10-01444-6
19. STRIEŽENEC, Š. 1996. *Slovník sociálního pracovníka*. 1 vyd., Trnava: AD, 1996. 255 s. ISBN 80-967589-0-X
20. SULLIVAN, H. 2006. *Psychiatrické interview*, 1 vyd. Praha: Triton, 2006. 266s. ISBN 80-7254-604-X
21. TVRDOŇ, M., KASANOVA, A. 2004 *Chudoba a bezdomovectvo*. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF, 2004, 141 s. ISBN 80-8050-776-7
22. VÁGNEROVÁ, M. 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1 vyd. Praha: Portál, 1999, 872s. ISBN 8071782149
23. VYBÍRAL, Z. 2010. *Současná psychoterapie*, 1 vyd. Praha: Portál. 2010. 743 s. ISBN 978-80-7367-682-7
24. YALOM, I. 2016. *Teória a praxe skupinovej psychoterapie*, 2 vyd. Praha: Portál. 2016. 647s. ISBN 978-80-262-1073-3
25. <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/1996/319/>
26. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/ALL/?uri=CELEX%3A62009CJ0031>
27. <https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2015/Ondrusova/kapitola2.pdf>
28. <https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2015/Ondrusova/kapitola1.pdf>
29. <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2010-1.pdf>
30. <https://www.crisis.org.uk/about-us/media-centre/new-research-reveals-impact-of-homelessness-on-eu-citizens-living-in-britain/>
31. <https://www.planning.org/policy/guides/adopted/homelessness.htm>
32. https://www.researchgate.net/publication/258034415_Health_Care_for_the_Homeless_What_We_Have_Learned_in_the_Past_30_Years_and_What's_Next
33. <https://www.apa.org/pi/ses/resources/publications/homelessness-health.pdf>
34. <https://aspe.hhs.gov/reports/toward-understanding-homelessness-2007-national-symposium-homelessness-research-homeless-families-0>
35. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.2007.164.3.393>
36. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
37. https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe_sk
38. <http://https://www.who.int/>
39. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/>
40. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/346328/NCDActionPlan-GB.pdf?ua=1
41. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/384415/wssp-d2-s1-ss-eng.pdf
42. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6007006/table/Tab1/?report=objectonly>
43. <http://www.who.int/gho/>

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília. Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 15. novembra 2022.

Vladimír Lengvarský
minister zdravotníctva