



Aplikovaný výzkum pro inovace politik v oblasti dostupnosti zdravotní péče u sociálně vyloučené romské populace

souhrnná výzkumná zpráva

Autorský kolektiv:

Mgr. Daniela Filakovská Bobáková, Ph.D.

Mgr. Ivana Svobodová

Ing. Lucia Bosáková, Ph.D.

Mgr. Lenka Slepíčková, Ph.D.

RNDr. Zuzana Štolcová

Mgr. Jakub Konečný

Mgr. Martin Fülep

Mgr. Arnošt Krtek

Mgr. Růžena Krtková Rudnická

Vendula Žovicová

Mgr. Kristýna Černíková

Spolupracující organizace (aplikační garanti):

Agentura pro sociální začleňování

DROM, romské středisko

Poděkování:

Naše poděkování patří všem Romům a Romkám žijícím sociálním vyloučení a jejich rodinným příslušníkům za to, že s námi sdíleli své zkušenosti a názory. Děkujeme také všem dalším zapojeným aktérům, kteří se s námi podělili o svůj pohled na zkoumanou problematiku. Děkujeme také aplikačním garantům, členům poradního panelu výzkumu a všem dalším, kteří přispěli k realizaci výzkumu, dávali nám po celou dobu zpětnou vazbu a zprostředkovali nám cestu k cílové skupině.

Obsah

Obsah.....	3
Úvod.....	5
Seznam zkratk.....	6
A) Teoretické zarámování a východiska pro přípravu metodiky výzkumu, jeho realizaci a interpretaci jeho výsledků.....	7
1. Romové žijící v sociálním vyloučení v České republice v kontextu zdraví a dostupnosti zdravotní péče.....	7
2. Koncepční rámec sociálních determinant zdraví.....	8
3. Teorie přístupu ke zdravotní péči.....	11
B) Metody výzkumu, jejich cíle, podrobný popis metodiky jednotlivých výzkumných aktivit a průběhu jejich realizace.....	16
1. Zmapování zainteresovaných aktérů působících v rámci svých činností v oblasti sociálních determinantů zdraví u Romů žijících v sociálním vyloučení.....	17
2. Kvalitativní obsahová analýza strategických dokumentů týkajících se zdraví, integrace sociálně vyloučených nebo Romů obecně.....	18
3. Polostrukturované rozhovory a fokusní skupiny o sociálních determinantách zdraví z pohledu Romů žijících v sociálním vyloučení a dalších zainteresovaných aktérů.....	20
4. Případové studie zaměřené na perspektivy Romů žijících v sociálním vyloučení ohledně dostupnosti zdravotní péče.....	24
5. Mapování konceptů se zainteresovanými aktéry zaměřené na zlepšování dostupnosti zdravotní péče u Romů žijících v sociálním vyloučení a jejich ověření u cílové skupiny.....	25
C) Výsledky.....	31
1. Zainteresovaní aktéři působící v rámci svých činností v oblasti sociálních determinant zdraví u Romů žijících v sociálním vyloučení.....	31
2. Romové jako aktéři ve vztahu ke zdraví ve strategických dokumentech.....	33
2.1 Proč vůbec řešit zdravotní nerovnosti: „Neponechat nikoho stranou“.....	36
2.2 Zdraví jako individuální volba: „Pojďme žít zdravě“.....	37
2.3 Strukturální příčiny horšího zdravotního stavu Romů: „Nevhodné prostředí pro šíření jakékoli osvěty“.....	41
2.4 Edukace zdravotnických profesionálů o specifikách romské populace: „Neznalost zapříčiňuje nedorozumění“.....	44
2.5 Participace především jako lepší péče o individuální zdraví: „Nutnost stimulovat občany k zodpovědnosti“.....	45
3. Sociální determinanty zdraví Romů žijících v sociálním vyloučení s důrazem na dostupnost zdravotní péče.....	48
3.1 Anticikanismus, společenský diskurz a diskriminace.....	48
3.2 Rom žijící v sociálním vyloučení.....	53

3.3 Čerpání zdravotní péče	129
3.4 Bariéry v přístup ke zdravotní péči	158
4. Role zdravotně sociálních pomocníků služby DROM při překonávání bariér v dostupnosti zdravotní péče.....	210
4.1 Kazuistiky Romů v SVL bez sociálně zdravotní pomoci DROM	210
4.2 Kazuistiky Romů v SVL se sociálně zdravotní pomocí DROM.....	213
4.3 Porovnání aspektů přístupu ke zdraví a zdravotní péči zúčastněných skupin.....	217
5. Návrhy opatření pro zlepšení dostupnosti zdravotní péče u Romů žijících v sociálním vyloučení a jejich ověření u cílové skupiny.....	221
5.1 Skupiny opatření a jejich hodnocení	221
5.2 Prioritní opatření	224
5.3 Interpretace prioritních opatření z pohledu dalších aktérů.....	227
5.4 Možní realizátoři navrhovaných opatření.....	246
5.5 Přijatelnost navrhovaných opatření z pohledu Romů v SVL	249
D) Závěry	252
Použitá literatura.....	263
Příloha č. 1 Matrice sociálních determinant zdraví.....	271
Příloha č. 2 Seznam všech navrhovaných opatření rozdělených dle jednotlivých klastrů (Mapování konceptů).....	273

Úvod

Tato zpráva představuje výstup z vědecko-výzkumných úloh projektu „Aplikovaný výzkum pro inovace politik v oblasti dostupnosti zdravotní péče u sociálně vyloučené romské populace“ (TL02000164) uskutečněného s finanční podporou Programu na podporu aplikovaného společenskovedního a humanitního výzkumu, experimentálního vývoje a inovací ÉTA, Technologické Agentury České Republiky (TAČR). Projektové aktivity probíhaly v letech 2019 až 2020. Záměrem projektu bylo blíže prozkoumat sociální determinanty zdraví u Romů žijících v sociálním vyloučení a na základě zjištění navrhnout inovace existujících metodik a postupů v oblasti integrace Romů žijících v sociálním vyloučení zejména v oblasti dostupnosti zdravotní péče ale i dalších podmínek pro zdraví.

Zprávu vypracovali pověřeni pracovníci Cyrilometodějské teologické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, která je hlavním příjemcem finanční podpory. Zpráva je určena především aplikačním garantům a dalším aktérům působícím v rámci svých činností v oblasti sociálního vyloučení, zdraví a podmínek pro zdraví. Informace v ní mohou být zajímavé i pro širší odbornou i laickou veřejnost.

Zpráva obsahuje jak základní teoretická východiska a metody výzkumu, tak shrnutí výsledků realizace jednotlivých částí výzkumu:

- A) Teoretické zarámování a východiska pro přípravu metodiky výzkumu, jeho realizaci a interpretaci jeho výsledků.
- B) Metody výzkumu, jejich cíle, podrobný popis metodiky jednotlivých výzkumných aktivit a průběhu jejich realizace:
 - 1. Zmapování zainteresovaných aktérů působících v rámci svých činností v oblasti sociálních determinantů zdraví u Romů žijících v sociálním vyloučení.
 - 2. Kvalitativní obsahová analýza strategických dokumentů týkajících se zdraví, integrace sociálně vyloučených nebo Romů obecně.
 - 3. Polostrukturované rozhovory a fokusní skupiny o sociálních determinantech zdraví z pohledu Romů žijících v sociálním vyloučení a dalších zainteresovaných aktérů
 - 4. Případové studie zaměřené na perspektivy Romů žijících v sociálním vyloučení ohledně dostupnosti zdravotní péče.
 - 5. Mapování konceptů (Concept Mapping) se zainteresovanými aktéry zaměřené na zlepšování dostupnosti zdravotní péče u Romů žijících v sociálním vyloučení
- C) Výsledky
 - 1. Zainteresovaní aktéři působící v rámci svých činností v oblasti sociálních determinantů zdraví u Romů žijících v sociálním vyloučení
 - 2. Romové jako aktéři ve vztahu ke zdraví ve strategických dokumentech
 - 3. Sociální determinanty zdraví Romů žijících v sociálním vyloučení s důrazem na dostupnost zdravotní péče z pohledu Romů žijících v sociálním vyloučení a dalších zainteresovaných aktérů
 - 4. Role zdravotně sociálních pomocníků služby DROM při překonávání bariér v dostupnosti zdravotní péče
 - 5. Návrhy opatření pro zlepšení dostupnosti zdravotní péče u Romů žijících v sociálním vyloučení
- D) Závěry

Seznam zkratk

ASZ	Agentura pro sociální začleňování
CM	Mapování konceptů (Concept mapping)
MMR	Ministerstvo pro místní rozvoj
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NNO	Nestátní nezisková organizace
SDZ	Sociální determinanty zdraví
SVL	Sociálně vyloučená lokalita a/nebo sociální vyloučení v obecném slova smyslu
SZÚ	Státní zdravotní ústav
ÚP	Úřad práce
WHO	Světová zdravotnická organizace

A) Teoretické zarámování a východiska pro přípravu metodiky výzkumu, jeho realizaci a interpretaci jeho výsledků

Dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví vedoucí k prožívání důstojného života je jedním ze základních práv každé lidské bytosti bez rozdílu rasy, náboženství, politického přesvědčení, ekonomického nebo sociálního statusu včetně rodu (WHO, 1946). Každý by měl mít spravedlivou šanci na dosažení svého plného zdravotního potenciálu a nikdo by neměl být při jeho dosahování znevýhodněn (WHO, 2016).

Spravedlností v oblasti zdraví rozumíme absenci zbytečných, nespravedlivých nebo odstranitelných rozdílů mezi skupinami lidí, ať už jsou tyto skupiny definovány sociálně, ekonomicky, demograficky, nebo geograficky, případně stratifikovány jiným způsobem (Solar & Irwin, 2010). Nespravedlivé rozdíly ve zdraví (z anglického „health inequities“) jsou způsobeny nespravedlivými a odstranitelnými rozdíly v expozicích a zranitelnosti vůči rizikovým faktorům ohrožujícím zdraví (WHO, 2016). Nespravedlivé rozdíly ve zdraví mají morální a etický rozměr a dají se odlišit od „nerovností ve zdraví“ (z anglického „health inequality“), což je termín používaný pouze k označení takových rozdílů, které jsou měřitelné. Pokud jde o zdraví, „nespravedlnost“ se týká rozdílů ve zdraví, které jsou zbytečné a kterým se dá předejít, ale kromě toho se považují i za neférové a nespravedlivé (WHO Regional Office for Europe, 2006; Whitehead, 1991; WHO Regional Office for Europe, 1990).

Vycházejíce z výše uvedeného jsme se při koncipování výzkumu a jeho metodologie zaměřili na tři základní výchozí pilíře:

1. Romové žijící v sociálním vyloučení v České republice v kontextu zdraví a dostupnosti zdravotní péče
2. Koncepční rámec sociálních determinantů zdraví (Solar & Irwin, 2010)
3. Koncepční rámec přístupu k zdravotní péči (Levesque, Harris & Russel, 2013)

1. Romové žijící v sociálním vyloučení v České republice v kontextu zdraví a dostupnosti zdravotní péče

Romové jsou největší etnickou menšinou jak v Evropě (UNDP 2013), tak v České republice. Poslední odhad Úřadu vlády ve zprávě z roku 2018 uvádí, že v České republice žije přibližně 240 300 Romů (2,2 % z celé populace) (Vláda České republiky, 2019). Asi 50 % Romů žije v sociálním vyloučení (Koupilová a kol., 2001). Ve střední a východní Evropě je zdravotní stav Romů uváděn jako trvale horší než u běžné populace (Preisová, 2019; Horváthová, 2002), což platí i pro Českou republiku (Nedelcu, 2009). Mezi indikátory horšího zdravotního stavu patří například dřívější výskyt chronických onemocnění, vyšší předčasná úmrtnost (v průměru asi 10–15 let) a častější výskyt dalších onemocnění (Čada a kol., 2015). Také hodnocení vlastního zdraví je u této populace v porovnání s majoritní populací horší (Cook a kol., 2013; Hajioff a McKee, 2000; Janata, 2015).

Horší zdraví Romů lze vysvětlit zejména vyšší zranitelností neboli vulnerabilitou (Voko a kol., 2009), částečně také ale i četnými bariérami v přístupu ke zdravotní péči (Rambousková a kol., 2009; Dostál a kol., 2010; Mihailov, 2011), které jsou výrazně vyšší než u neromské populace (Rambousková a kol., 2009; George a kol., 2018). Bariéry, které mají strukturální, finanční, kognitivní a psychologickou povahu, lze pozorovat jak na straně zdravotní péče, tak na straně jejich příjemců, v našem případě Romů žijících v sociálním vyloučení (Voko a kol., 2009; Mihailov, 2011). Zlepšení přístupu k zdravotní péči pro zranitelné populace je jedním z cílů Evropské unie a také WHO. Zdravotní péče včetně její dostupnosti byla i tématem Strategie romské integrace do roku 2020, která vyčlenila 35 % prostředků PO Zaměstnanost prioritní osy 2 Investiční priority 2 především na zvýšení kvality péče o duševní zdraví, ale také cílenou podporu zdravého životního stylu a prevence nemocí. Romská populace především v sociálně vyloučených oblastech má sníženou dostupnost zdravotní péče a je jim poskytována zdravotní péče nižší kvality (EUFRA, 2013). Problém, který je v gesci Ministerstva zdravotnictví, byl v rámci strategie rozčleněn do dvou bodů, a to zajištění dostupnosti zdravotní péče a služeb pro obyvatele sociálně vyloučených lokalit a hledání opatření pro zajištění nediskriminace nebo neznevýhodnění klientů zdravotnických zařízení na základě příslušnosti k romské menšině. Zlepšení zdraví v rámci populace a zlepšení rovného přístupu ke kvalitní zdravotní péči a sociálním službám je také součástí nového strategického rámce EU pro zajištění rovnosti, začlenění a participace Romů do roku 2030 (Evropská komise, 2020) nebo Strategie sociálního začleňování 2021–2030 (MPSV, 2020).

2. Konceptní rámec sociálních determinant zdraví

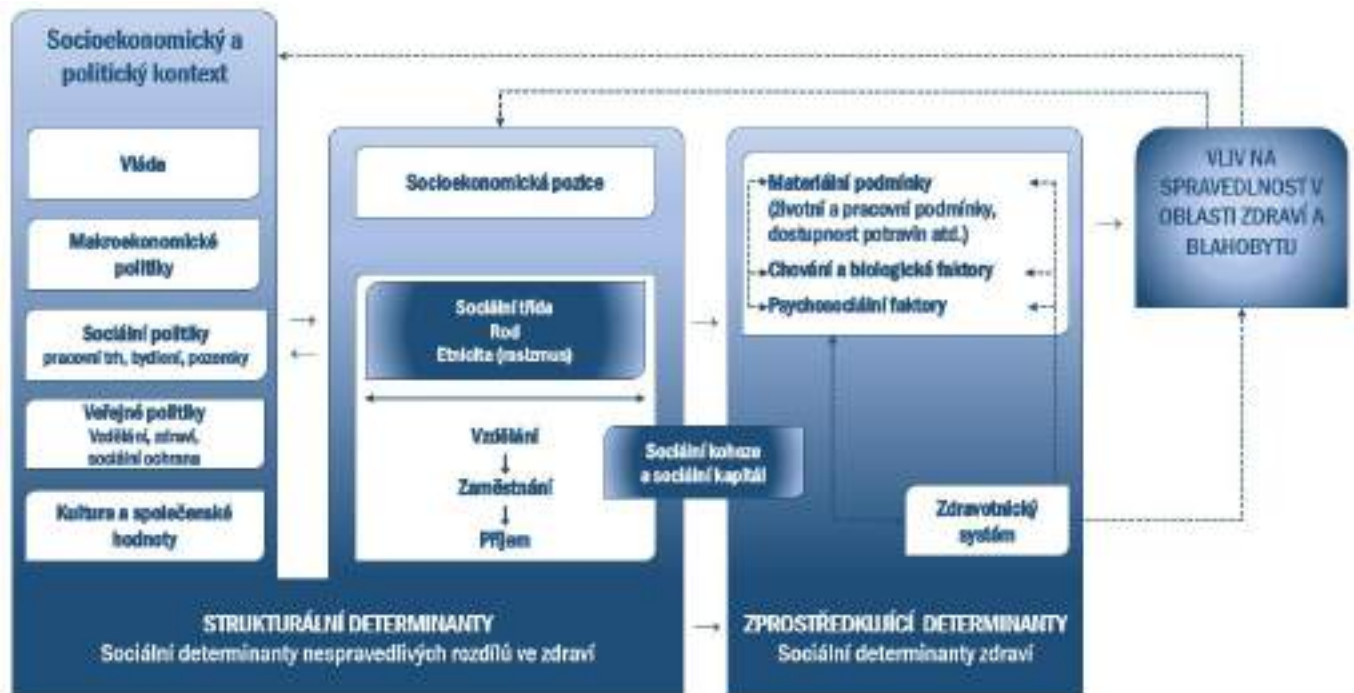
Za nespravedlivé rozdíly ve zdraví, které se projevují jak v rámci zemí, tak i mezi zeměmi, jsou většinou zodpovědné sociální determinanty zdraví (WHO, 2010). Sociální determinanty zdraví (dále jen SDZ) jsou podmínky, v nichž se lidé rodí, vyrůstají, žijí, pracují a stárnou (United Nations, 2015). Tyto podmínky jsou formovány distribucí peněz, moci a zdrojů na globální, národní a lokální úrovni. Nad nejsilnějšími určujícími faktory ovlivňujícími zdraví mají jednotlivci jen malou nebo žádnou kontrolu, protože změnit je je možné pouze prostřednictvím sociálních a hospodářských politik a politických procesů (Solar a Irwin, 2010).

Koncepčních rámců pojednávajících o SDZ existuje řada. Jeden z nejpoužívanějších a nejkomplexnějších konceptních rámců současnosti pochází z dílny WHO. Schéma SDZ zachycuje nejen jednotlivé faktory ve vzájemné hierarchii, ale i mechanismy, kterými sociální determinanty ovlivňují zdraví lidí a přispívají k nespravedlivým rozdílům ve zdraví. Ve zkratce by se dalo říci, že strukturální determinanty (sociální determinanty nespravedlivých rozdílů ve zdraví), které zahrnují socioekonomický a politický kontext promítající se do socioekonomické pozice, ovlivňují prostřednictvím zprostředkujících determinantů (sociálních determinantů zdraví) zdraví jednotlivců. Tedy že způsob vládnutí, různé druhy politik, kulturní a společenské hodnoty a normy společně ovlivňují možnosti lidí jisté etnicity, rodu nebo sociální třídy dosáhnout v hierarchii moci, prestiže a přístupu ke zdrojům na určitou socioekonomickou pozici. Ta se odvíjí i od dosaženého vzdělání, které následně podstatným způsobem ovlivňuje uplatnitelnost na trhu práce, a tedy zaměstnání a příjem jednotlivce. Všechny uvedené strukturální determinanty v závislosti od sociálního kapitálu a míry sociální soudržnosti dále ovlivňují zprostředkující determinanty zdraví, mezi které patří materiální podmínky, se zdravím související chování, psychosociální a biologické faktory a v neposlední řadě i samotný systém zdravotní péče jako jeden z determinantů (Kanioková, 2020). Způsob, jakým dochází k nespravedlivým

rozdílům ve zdraví, je komplexním sociálním fenoménem a koncepční rámec SDZ od WHO odráží jeho složitost.

Komponenty koncepčního rámce SDZ

Následující opis komponentů koncepčního rámce SDZ čerpá zejména z Přístupu Innov8 k revizi národních zdravotních programů, aby nikdo nezůstal pozadu (WHO, 2016).



Obrázek 1 Koncepční rámec sociálních determinantů zdraví podle WHO (Solar & Irwin, 2010)

Komponenty koncepčního rámce je možné rozdělit na dvě skupiny determinantů:

1. STRUKTURÁLNÍ DETERMINANTY – sociální determinanty nespravedlivých rozdílů ve zdraví
2. ZPROSTŘEDKUJÍCÍ DETERMINANTY – sociální determinanty zdraví.

Sociální determinanty zdraví se nazývají také zprostředkující determinanty, protože ovlivňují výsledky v oblasti zdraví a působí na ně, ale nejsou skutečným původcem nespravedlivých rozdílů ve zdraví. Jak ukazuje koncepční rámec, sociální determinanty nespravedlivých rozdílů ve zdraví se nazývají strukturální determinanty.

Jedním z komponentů, který má v koncepčním rámci zvláštní pozici, je **zdravotnický systém**. Zdravotnický systém je zodpovědný za to, že budou poskytnuty všem lidem kvalitní zdravotnické služby, které potřebují, bez ohledu na pohlaví a rod, platební schopnost, sociální status či jinou charakteristiku nebo stav. Zajištěním spravedlivého přístupu ke zdravotnickým službám a podporou opatření v různých odvětvích s cílem zlepšit zdraví a blahobyt může zdravotnický systém přímo ovlivnit rozdíly v expozicích a zranitelnosti, které mají za následek špatný zdravotní stav. Zdravotnický systém by měl v životech lidí působit jako mediátor nebo nárazník proti dopadům nemoci nebo postižení (Solar & Irwin, 2010). Měl by být schopen zajistit, aby zdravotní problém neměl za následek zhoršování socioekonomické pozice (WHO, 2007), a zároveň napomoci k sociální

(re)integraci osob se zdravotním postižením, nemocí nebo jiným znevýhodněním (Diderichsen a kol., 2001; WHO, 2007).

V koncepčním rámci představuje zdravotnický systém (s výjimkou jeho řídicí funkce) jeden ze zprostředkujících determinantů. Tyto determinanty se tak nazývají proto, že ačkoli mají zásadní vliv na výsledky v oblasti zdraví, na ně zaměřená opatření nebudou mít zásadní vliv na rozdělení moci a zdrojů ve společnosti. Řídicí funkce zdravotnických systémů (včetně strategií, politik a plánů v oblasti zdraví) je na úrovni strukturálních determinantů (socioekonomického a politického kontextu).

Rámcem obsahuje několik dalších kategorií sociálních determinantů zdraví (zprostředkujících determinantů) včetně **materiálních poměrů**. Materiální poměry jsou jednak determinanty spojené s materiálními podmínkami (fyzické prostředí, životní a pracovní podmínky, dostupnost sociálních služeb), zahrnují ale i schopnost lidí zajistit si zboží a služby včetně zdrojů na nákup zdravých potravin, oděvů a jiných potřeb. Tyto poměry se stávají zdroji, které napomáhají v přístupu k podmínkám příznivým pro zdraví nebo naopak představují zdravotní rizika. Genderové nerovnosti ve společnosti se mohou na této úrovni projevit například v rozdílné míře vystavení rizikovým faktorům v důsledku rodových rolí (např. vystavení se kouři v domácnosti při vaření na ohni na píce na tuhé palivo).

Vzorce chování zahrnují zejména kouření, stravu, konzumaci alkoholu a cvičení. V závislosti na expozici a zranitelnosti může se zdravím související chování působit jako ochranný faktor a zdraví zlepšovat (např. cvičení, zdravé stravování) nebo být pro zdraví škodlivé (např. kouření, obezita). Důležité je, že životní styl a se zdravím související chování jsou výsledkem materiálních poměrů, do kterých se člověk narodí, v nichž žije a pracuje, a jak různé subpopulace přeměňují materiální podmínky života na vzorce chování. Na této úrovni mohou chování ovlivňovat i rodové normy (např. normy o maskulinitě/mužskosti nebo o „tvrdých chlapech“ mohou u mužů a chlapců zvýšit pravděpodobnost zapojení do rizikového chování nebo odkladu léčby) (WHO, 2011).

Psychosociální faktory jsou další kategorií zprostředkujících determinantů, zahrnující psychosociální stresory, jakými jsou nepříznivé životní události, stresové životní podmínky (např. velká zadluženost nebo finanční nejistota) a nedostatek sociální opory. Různé sociální skupiny jsou během svého života vystaveny různým situacím, které jsou vnímány jako ohrožující, těžko zvládnutelné a/nebo nabízejí malý prostor pro intervenci (Solar & Irwin, 2010). Strach z násilí (včetně genderového násilí) a omezená rozhodovací samostatnost formovaná rodovými normami, rolemi a vztahy jsou psychosociálními faktory, které mohou mít vliv na zdraví (CSDH, 2007).

Se zprostředkujícími determinanty jsou spojeny koncepty **sociální soudržnosti a sociálního kapitálu**. Sociální soudržnost se vztahuje na vlastnosti společenství, komunit a společností, včetně silných sociálních vztahů založených na důvěře, pocitu začlenění (a úsilí o řešení marginalizace a vyloučení) a pocitu vzájemné závaznosti a respektu. I když neexistuje jednotná definice sociálního kapitálu, klíčové je, že sociální kapitál představuje ve společnosti nehmotný, dynamický a kolektivní zdroj napomáhající sociálním vztahům a vazbám. Zahrnuje prvky, jako je důvěra, participace, sociální opora a reciprocita. Vysoká úroveň sociální soudržnosti a sociálního kapitálu chrání zdraví a blahobyt lidí, a to i řešením diskriminace, marginalizace a vyloučení. Nerovnosti mohou přispívat k rozpadu sociální soudržnosti a sociálního kapitálu.

Strukturální determinanty jsou širší společenské, politické, ekonomické, ekologické a kulturní síly ve společnosti, které určují životní podmínky lidí. Klíčové je, že za sociálními faktory, které umožňují nebo omezují zdraví jednotlivců a skupin, jsou hlubší společenské

procesy, které jsou zodpovědné za nerovnoměrnou distribuci těchto faktorů mezi skupinami obyvatelstva. Z tohoto důvodu se strukturální determinanty někdy označují jako „příčiny příčin“ špatného zdraví. Strukturální determinanty sestávají ze dvou hlavních komponent, kterými jsou **socioekonomická pozice** a **socioekonomický a politický kontext**.

Socioekonomická pozice se týká sociokulturních a ekonomických faktorů, které ovlivňují postavení jednotlivců nebo skupin v rámci struktury společnosti. Rozdělení těchto sociálních a ekonomických faktorů ve společnosti vytváří sociální stratifikaci, kde někteří jednotlivci nebo skupiny mají vyšší socioekonomickou pozici než jiní – takto se vytvářejí nerovnosti. Mezi běžné faktory, které ovlivňují socioekonomickou pozici, patří úroveň příjmu, vzdělání a povolání, jakož i pohlaví, etnicita a místo pobytu. Nejdůležitější faktory, které je třeba zvážit, a způsob jejich vzájemného působení se mezi společnostmi liší. Rozdíly ve zdrojích, prestiži či diskriminaci (včetně diskriminace na základě pohlaví, etnicity a faktorů, jako je kasta) koreluje se sociální stratifikací ve společnosti.

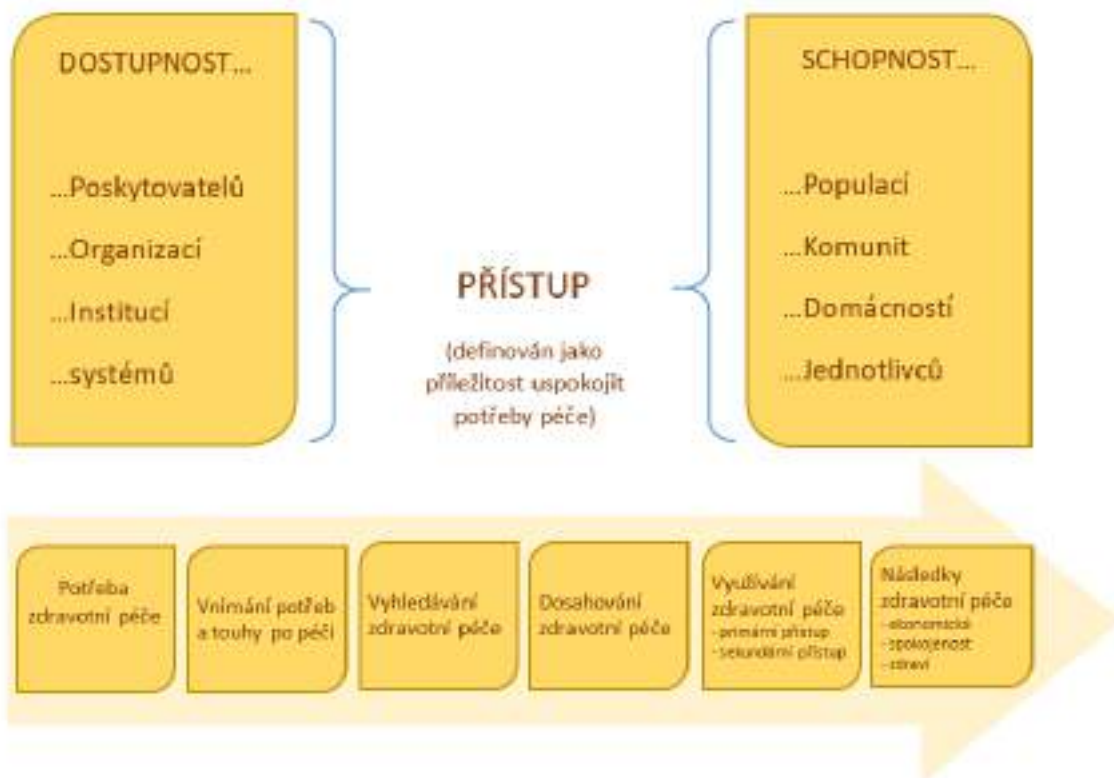
Základem všech výše uvedených skutečností je **socioekonomický a politický kontext**. Tento kontext je tvořen souborem sociálních, ekonomických a politických podmínek v zemi, které ovlivňují stejné nebo nestejně rozdělení moci, zdrojů, prestiže a jiných sociálních a ekonomických faktorů mezi různými skupinami společnosti. Socioekonomický a politický kontext ovlivňuje národní strategie a politiky týkající se například trhu práce, vzdělávacího systému, sociální ochrany a bydlení a využívání půdy. Rodové a kulturní normy jsou součástí sociálního kontextu; jak již bylo uvedeno, mohou se projevit diskriminací, když normy zahrnují hierarchii moci, což má vliv na sociální stratifikaci. Důležitou součástí socioekonomického a politického kontextu je míra, do jaké země ratifikovala úmluvy/smlouvy o lidských právech, a strategie, politiky a právní rámce, které zavedla na podporu progresivní implementace závazků v oblasti lidských práv v národním kontextu.

3. Teorie přístupu ke zdravotní péči

Následující koncepční rámec čerpá zejména z konceptualizace přístupu k zdravotní péči podle Levesqueho a kol., popisujícího široké dimenze a determinanty, které integrují faktory poptávky a nabídky a umožňují operacionalizaci přístupu ke zdravotní péči po celou dobu procesu obstarávání péče a využívání služeb (Levesque, Harris & Russel, 2013).

V rámci zdravotní péče je přístup vždy definován jako přístup ke službě, poskytovateli nebo instituci, tedy jako příležitost nebo snadnost, s níž mohou spotřebitelé nebo komunity využívat vhodné služby v poměru k jejich potřebám (Daniels, 1982; Whitehead, 1992). Tedy jako příležitost dosáhnout a získat odpovídající služby zdravotní péče v situacích pocíťované potřeby péče (Haddad a Mohindra, 2002; Waters, 2000; Goddard a Smith, 2001; Oliver a Mossialos, 2004). Přístup je považován za výsledek rozhraní mezi charakteristikami osob, domácností, sociálního a fyzického prostředí a charakteristikami zdravotnických systémů, organizací a poskytovatelů (Penchansky a Thomas, 1981). Faktory, které je třeba vzít v úvahu, by se tak mohly týkat funkcí zdravotnických systémů a organizací na straně nabídky, vlastností populací na straně poptávky a procesních faktorů charakterizujících způsoby, jak je přístup realizován (Daniels, 1982; Mushgrove, 1986). Přístup proto vnímáme jako možnost identifikovat potřeby zdravotní péče, vyhledávat služby zdravotní péče, dosáhnout zdrojů zdravotní péče, obstarat nebo využívat služby zdravotní péče, a dokonce dostávat nabídku služeb odpovídající potřebám (obr. 2). Tato příležitost se považuje za odlišnou od pojmu dostupnosti, popisujícího povahu služeb, které tuto příležitost poskytují.

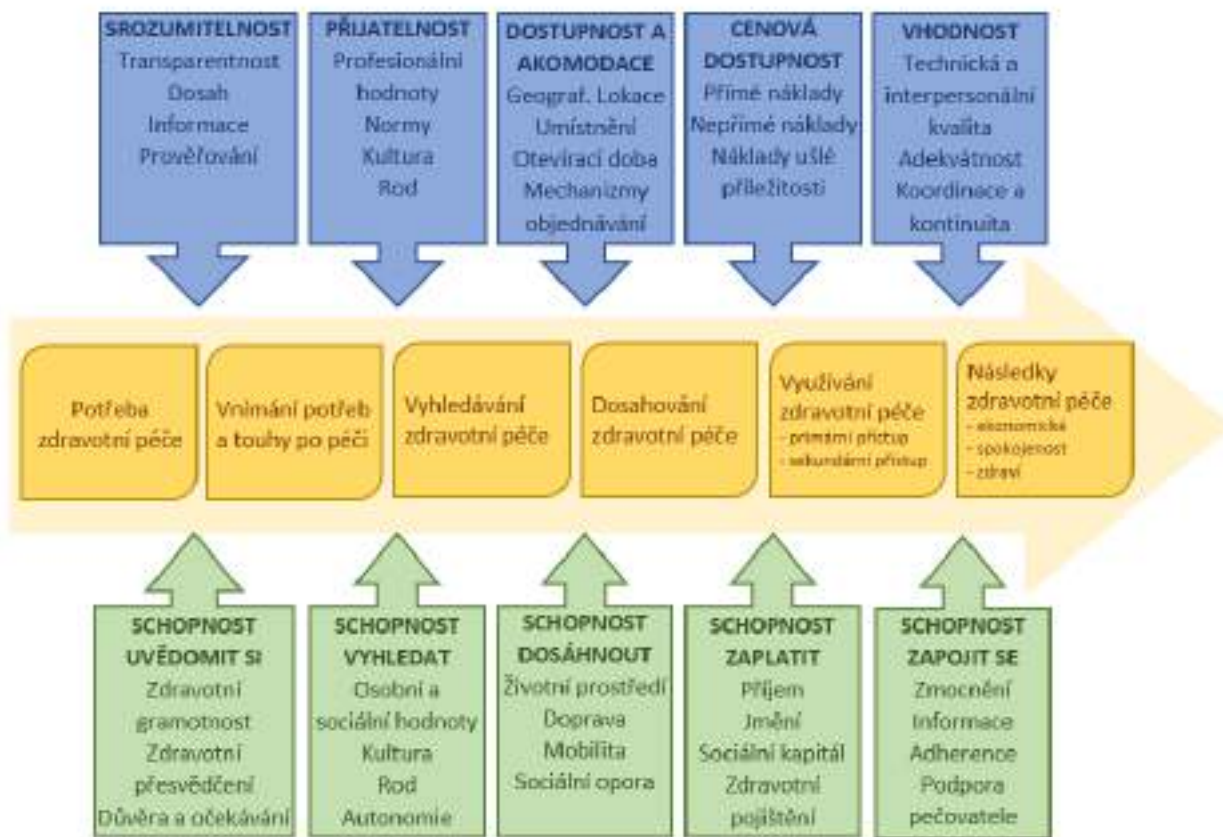
Přístup tedy dává lidem příležitost učinit kroky, které jim umožní navázat kontakt a obstarat si zdravotní péči. Varianty v přístupu jako takové jsou pojímány ve smyslu rozdílů ve vnímání potřebnosti péče, v hledání zdravotní péče, v dosažení a obstarání, v typu a intenzitě přijímaných služeb, které mohou potenciálně odhalit rozdíly v přístupu. Tyto různé kroky v pořadí, kterými pacient prochází, představují zásadní milníky, u nichž lze odhalit překážky v přístupu.



Obrázek 2 Definice přístupu ke zdravotní péči (Levesque, Harris & Russel, 2013)

Pět dimenzí přístupu zachycujících determinanty na straně nabídky a poptávky

Dostupnost služeb je charakterizována pěti dimenzemi, které se nachází v horní části obrázku č. 3: 1) srozumitelnost; 2) přijatelnost; 3) dostupnost a akomodace; 4) cenová dostupnost; 5) vhodnost. S dimenzí dostupnosti interagují odpovídající schopnosti osob a generují tak samotný přístup. Jak ukazuje spodní část obrázku č. 3, tyto dimenze schopností zahrnují: 1) schopnost uvědomit si; 2) schopnost vyhledat; 3) schopnost dosáhnout; 4) schopnost zaplatit; 5) schopnost zapojit se.



Obrázek 3 Konceptní rámec přístupu ke zdravotní péči (Levesque, Harris & Russel, 2013)

Srozumitelnost souvisí se skutečností, že lidé, kteří čelí zdravotním potřebám, mohou skutečně zjistit, že nějaké formy služeb existují, lze jich dosáhnout a mají dopad na zdraví jednotlivce. Služby se mohou přičinit o to, aby byly více či méně známé mezi různými sociálními nebo geografickými skupinami obyvatel. K tomu, aby byly služby více či méně srozumitelné, by mohly přispět různé prvky, jako je transparentnost, informace o dostupných způsobech léčby a službách či terénní činnosti. Komplementární k pojmu srozumitelnosti služeb je klíčový pojem **schopnost uvědomit si potřebu péče** mezi populacemi, který je určován takovými faktory, jako jsou zdravotní gramotnost, znalosti o zdraví a přesvědčení týkající se zdraví a nemoci.

Přijatelnost souvisí s kulturními a sociálními faktory, které determinují pravděpodobnost, že lidé přijmou aspekty služby (např. pohlaví nebo sociální skupina poskytovatelů, přesvědčení spojená s léčebnými systémy) a posoudí vhodnost vyhledání péče. Například společnost zakazující příležitostný fyzický kontakt mezi nesezdanými muži a ženami by snížila přijatelnost péče a přijatelnost hledat péči pro ženy, pokud jsou poskytovateli zdravotních služeb většinou muži. Je možné, že některé služby jsou nespravedlivé ve způsobu, jakým jsou organizovány, což je činí nepřijatelnými pro některé části komunity, kterým mají sloužit (Whitehead, 1992). **Schopnost vyhledat zdravotní péči** souvisí s pojmy osobní autonomie a schopnosti učinit rozhodnutí vyhledat péči, znalosti o možnostech zdravotní péče a individuálním právem, které jsou určující pro vyjádření záměru obstarat si zdravotní péči. Ilustrativním příkladem by mohla být diskriminace žen při zahájení péče nebo poškozování zdraví a zanedbávání, které odrazuje etnické menšiny vyhledat péči. To

souvisí s výzvou zajistit, aby péče splňovala potřeby různých kulturně, sociálně a ekonomicky znevýhodněných a zranitelných populací. Jelikož různé skupiny mohou posuzovat vhodnost a kvalitu odlišně, jedná se o důležitou výzvu (Harris a kol. 2004).

Dostupnost a akomodace se vztahují ke skutečnosti, že zdravotnických služeb (ať už fyzického prostoru, nebo týkající se těch, kteří pracují ve zdravotnických rolích) lze dosáhnout fyzicky i včas. Dostupnost představuje fyzickou existenci zdravotnických zdrojů s dostatečnou kapacitou pro poskytování služeb (existence produktivních zařízení) (Frenk, 1992). Vyplývá to z charakteristik: 1) zařízení (např. hustota, koncentrace, distribuce, dostupnost budov), 2) městských kontextů (např. decentralizace, rozrůstání měst a dopravní systém) a 3) jednotlivců (např. trvání a flexibilita pracovní doby). Týká se to také charakteristik poskytovatelů (např. přítomnost zdravotnického pracovníka, kvalifikace) a způsobů poskytování služeb (např. kontaktní postup a možnost virtuálních konzultací). Přístup je omezen, pokud jsou dostupné zdroje nerovnoměrně rozloženy po celé zemi nebo na různých úrovních péče (specializovaná péče rozvinutá na úkor primární péče) (Whitehead, 1992). **Schopnost dosáhnout na zdravotní péči** souvisí s pojmem osobní mobility a dostupnosti dopravy, pracovní flexibility a povědomí o zdravotních službách, které by umožnily konkrétní osobě fyzicky oslovit poskytovatele služeb. Příkladem může být omezená mobilita starších a zdravotně postižených osob nebo neschopnost příležitostných dělníků uvolnit se z práce.

Cenová dostupnost odráží ekonomickou kapacitu lidí utracet zdroje a čas na využívání odpovídajících služeb. Kromě nákladů ušlých příležitostí související se ztrátou příjmů to vyplývá z přímých cen služeb a souvisejících výdajů. Dále se může lišit podle typu služeb a závisí na schopnosti generovat zdroje k úhradě péče (např. způsob platby, mobilizace zdrojů). Ekonomické studie modelů využití vyžadují použití proměnných, jako je cena péče, doba cesty a náklady ušlé příležitosti s ní spojenou, příjem pacienta, vnímaná kvalita péče, chování poskytovatele atd. Tyto modely poskytují užitečné informace o pružnosti poptávky po různých typech zdravotnických služeb (Shengelia a kol., 2003). **Schopnost zaplatit** za zdravotní péči zahrnuje schopnost generovat ekonomické zdroje – prostřednictvím příjmů, úspor, výpůjček nebo půjček – k placení za služby zdravotní péče bez katastrofických důsledků na zdroje potřebné pro základní životní potřeby (např. prodej domu) (Salkever, 1976; Yoder, 1989). Chudoba, sociální izolace nebo zadluženost by byly příklady faktorů omezujících schopnost lidí platit za potřebnou péči.

Vhodnost nebo adekvátnost označuje soulad mezi službami a potřebami klientů, jejich včasnost, rozsah péče vynaložené na hodnocení zdravotních problémů a stanovení správné léčby a technickou a interpersonální kvalitu poskytovaných služeb (Frenk, 1992; Krishnan, 2000). Adekvátnost souvisí s vhodností (jaké služby jsou poskytovány) a kvalitou (způsobem, jakým jsou poskytovány) zdravotnických služeb a jejich integrovanou a kontinuální povahou (Frenk, 1992; Krishnan, 2000). Je zřejmé, že na obsahu a účinnosti zdravotnických služeb a zboží, které má člověk možnost využít, záleží (Shengelia a kol., 2003). Možnost využívat v tomto smyslu pouze služby nízké kvality se považuje za omezení přístupu ke zdravotní péči. Člověk by neměl mít přístup ke zdravotní péči pouze na základě geografické, organizační a cenové dostupnosti, ale znamená to, že přístup zahrnuje možnost zvolit přijatelné a efektivní služby. Možnost jedné osoby využívat služeb neškolených lékařů (např. léčitelů nebo šarlatánů) nelze přirovnat k možnostem jiné – bohatší – osoby využívat vysoce specializované služby, pokud tyto služby generují odlišné zdravotní výsledky nebo spokojenost se službami. Využití služeb s neodmyslitelně odlišnými technickými kvalitami nelze považovat za stejně vhodnou nebo adekvátní péči. Závěrem, **schopnost zapojit se do zdravotní péče** se týká participace a zapojení klienta do rozhodování o léčbě, což je zase silně determinováno kapacitou a motivací účastnit se

péče a zavázat se k jejímu dokončení. Tato dimenze silně souvisí se schopností komunikovat a také s pojmy zdravotní gramotnosti, sebeúčinnosti a sebeřízení vedle důležitosti přijímání péče, která je pro danou osobu skutečně vhodná s ohledem na její zdroje a dovednosti. Přístup k optimální péči nakonec vyžaduje, aby se osoba plně zapojila do péče, což předpokládá interakci s povahou skutečně nabízené a poskytované služby.

B) Metody výzkumu, jejich cíle, podrobný popis metodiky jednotlivých výzkumných aktivit a průběhu jejich realizace

Tato část sestává z popisu jednotlivých výzkumných metod využitých v projektu a jejím cílem je představit postup plnění výzkumných úkolů v rámci řešení projektu TAČR – TL02000164 „Aplikovaný výzkum pro inovace politik v oblasti dostupnosti zdravotní péče u sociálně vyloučené romské populace (ROMZAVIP)“.

Záměrem projektu bylo více prozkoumat některé sociální determinanty zdraví u vybrané skupiny Romů žijících v sociálním vyloučení a navrhnout inovace pro existující metodiky věnující se inkluzi či její podpoře především v oblasti dostupnosti zdravotní péče. Hlavním cílem bylo prozkoumat, v jakých směrech a jakými způsoby by bylo vhodné dané metodiky inovovat.

Zaměření výzkumných aktivit bylo zvoleno v roce 2018 ve spolupráci s aplikačním garantem – Agenturou pro sociální začleňování, tehdy působící v rámci Úřadu vlády, nyní v resortu Ministerstva pro místní rozvoj (MMR). Zaměření projektu bylo zároveň v souladu hned s několika prioritními výzkumnými cíli Ministerstva práce a sociálních věcí ve zvolené oblasti a s mnohými prioritními oblastmi Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence onemocnění (ZDRAVÍ 2020) platnými v té době a zůstalo v souladu i s dalšími národními strategiemi v této oblasti.

Výzkumné aktivity byly v souladu s plněním těchto tří výzkumných cílů:

- 1) Prozkoumat dostupnost zdravotní péče pro Romy žijící v sociálním vyloučení s cílem zjistit i další sociální determinanty zdraví.
- 2) Prozkoumat dostupnost, kvalitu a efekty služby „zdravotně sociálního asistenta“ (DROM).
- 3) Zjistit, jaké jsou důsledky vlivu sociálního vyloučení na zdraví a na dostupnost zdravotní péče pro cílovou skupinu.

Jednotlivé kroky výzkumu využívají různé přístupy kvalitativní explorační a byly navrženy tak, aby nám umožnily získat co nejvíce relevantních dat z různých zdrojů a od různých zainteresovaných aktérů včetně samotných vyloučených Romů. Všechna data byla podrobena analýze a následně syntéze získaných poznatků, které vedou k naplnění hlavního cíle projektu.

Pro splnění hlavního cíle projektu jsme si vytyčili následující výzkumné úkoly:

1. Zmapování všech zainteresovaných aktérů
2. Kvalitativní obsahová analýza souvisejících dokumentů
3. Polostrukturované rozhovory a fokusní skupiny se zainteresovanými aktéry zaměřené na sociální determinanty zdraví v cílových lokalitách
4. Případové studie zaměřené na perspektivy cílové populace ohledně dostupnosti zdravotní péče
5. Mapování konceptů (concept mapping) se zainteresovanými aktéry zaměřené na dostupnost zdravotní péče pro obyvatele cílových lokalit

1. Zmapování zainteresovaných aktérů působících v rámci svých činností v oblasti sociálních determinantů zdraví u Romů žijících v sociálním vyloučení.

V rámci tohoto výzkumného úkolu, který proběhl na začátku roku 2019, jsme zjišťovali, kdo v rámci svého působení pracuje s naší cílovou skupinou a/nebo svou prací má vliv na jejich sociální vyloučení / zdraví / podmínky pro zdraví (včetně dostupnosti zdravotnické péče). Zároveň s tímto jsme si ujasnili, koho by se měla týkat doporučení, která budeme vytvářet, přičemž jsme brali do úvahy prioritizaci, kompetence a uskutečnitelnost navrhovaných opatření.

Postupovali jsme tzv. snow-ball metodou, vycházející z následujícího předběžného seznamu aktérů: Agentura pro sociální začleňování Úřadu vlády (ASZ); sociální pracovníci, romští poradci a pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí při městech a obcích s rozšířenou působností; poskytovatelé služeb sociální péče a prevence (registrované sociální služby) – pracovníci nízkoprahových zařízení, azylových domů, zdravotně sociální pomocníci organizace DROM, pracovníci v rámci sociálně aktivizačních služeb apod.; pracovníci nestátních neziskových organizací, církví a pracovníci ve službách, které nejsou registrovanými sociálními službami, pracovníci škol a školských zařízení, pracovníci školních poradenských zařízení, zdravotnický personál (lékaři, zdravotní sestry), pracovníci krajských úřadů, zdravotních pojišťoven, Státního zdravotního ústavu a samozřejmě samotní Romové žijící v sociálním vyloučení (SVL).

Při navázání kontaktu s každým ze jmenovaných aktérů jsme se ptali, kdo další podle jejich názoru pracuje s cílovou skupinou Romů v SVL a/nebo má vliv na jejich sociální vyloučení / zdraví / podmínky pro zdraví (včetně dostupnosti zdravotní péče). Zajímalo nás také:

- Komu instituce právně podléhají?
- Které zákony se vztahují na provoz institucí?
- Jak je deklarován účel institucí?
- Jaké kompetence mají instituce?
- Jaké služby poskytují instituce?
- Na základě čeho vstupuje klient/rodina do péče v instituci?
- Jaké metody práce a pracovní postupy jsou využívány při práci s klientem?
- Jaké jsou formální vztahy mezi danými institucemi a jaká je jejich koordinace?

Výstupem tohoto výzkumného úkolu je komplexní mapa všech zainteresovaných aktérů. Tento krok byl nevyhnutelnou přípravou pro navazující etapy: kvalitativní obsahovou analýzu dokumentů, hloubkové rozhovory a fokusní skupiny a mapování konceptů (concept mapping) se zainteresovanými aktéry. Mapa zainteresovaných aktérů byla také prodiskutována se zástupci jednotlivých aktérů na I. poradním panelu a doplněna dle jejich návrhů.

Výsledky tohoto výzkumného úkolu naleznete od strany č. **Chyba! Záložka není definována. (Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.)**.

2. Kvalitativní obsahová analýza strategických dokumentů týkajících se zdraví, integrace sociálně vyloučených nebo Romů obecně.

V rámci tohoto úkolu jsme se zaměřili na zjišťování, jestli se v současné a) legislativě a b) metodikách nenacházejí skryté prvky, které by mohly být v konfliktu s předpokládanými aktuálními specifiky a preferencemi Romů v SVL.

Jelikož tato výzkumná aktivita byla zařazena na podnět aplikačního garanta ASZ, tak jsme v úzké spolupráci s osobou pověřenou aplikačním garantem identifikovali všechny relevantní dokumenty. Analýza a interpretace dat proběhly v prvních dvou letech řešení projektu (2019–2020). Výstup z tohoto výzkumného úkolu bude také kromě této výzkumné zprávy součástí hlavního výstupu projektu zaměřeného na inovaci metodik (Hneleg).

a) Identifikace a analýza dokumentů, ze kterých jednotlivé nástroje politik vycházejí, především na úrovni všeobecně platné legislativy (například Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, Strategie sociálního začleňování 2014–2020 a další), které se dotýkají tématu Romů v SVL a oblasti zdraví, poskytování zdravotní péče, překlenovacích opatření vlády, akčních plánů a dalších relevantních dokumentů. Strategické dokumenty jsme identifikovali také pomocí Databáze strategických dokumentů České republiky (<https://www.databaze-strategie.cz/cz/CR>).

Analýza těchto dokumentů byla zaměřená také na identifikaci potenciálně konfliktních prvků ve vybraných dokumentech a vzájemných inkoherencí mezi dokumenty, ze kterých vycházejí nástroje daných politik. Jako podklad pro identifikaci potenciálně konfliktních prvků jsme využili dostupnou odbornou literaturu pojednávající o aktuálních specifikách a preferencích Romů žijících v SVL v ČR a SR (vzhledem na silné historické i současné vazby mezi oběma populacemi).

b) Identifikace a analýza dokumentů, které se vztahují k provozu institucí působících v rámci svých činností na sociální vyloučení / zdraví / podmínky pro zdraví (včetně dostupnosti zdravotnické péče) Romů v SVL. Cílem bylo zaměřit se v zákonech vztahujících se k provozu institucí, zřizovacích listinách, interních normách, metodikách a v dalších příslušných dokumentech, podobně jako v části a), na potenciálně konfliktní prvky a vzájemné inkoherence.

Analýza

Analýza byla vedena následujícími hlavními výzkumnými otázkami: Jakým způsobem jsou v dokumentech prezentováni Romové jako aktéři ve vztahu ke zdraví? Jaká role je jim přisuzována? Nakolik se počítá s jejich účastí? K analýze byly vybrány politické, strategické a projektové dokumenty, které se zabývají zdravím, nebo obecně integrací sociálně vyloučených či Romů, a jejichž platnost sahá do období od roku 2015 do současnosti. Vybrané dokumenty byly vypracovány jak pro celou ČR, tak pro různé regiony. Celkem bylo analyzováno 929 stran textu.

Typy využití analýzy:

A. Kvantitativní – frekvence používaných slov (Romové, vyloučení, etnicita)

Kvantitativní analýza přináší informaci o tom, do jaké míry dokumenty konkrétně pojmenovávají vybrané oblasti zájmu. Sledovali jsme frekvenci vybraných pojmů používaných v dokumentech: Rom (romský), vyloučení, chudoba, etnicita, diskriminace.

Analýza ukázala, že dokumenty věnované podpoře zdraví obecně (a to jak na národní úrovni – například Zdraví 2030 –, tak na regionální úrovni – například Zdraví 2020, Program zdraví pro Kraj Vysočina nebo Strategie podpory zdraví a rozvoje zdravotních služeb v Ústeckém kraji 2015–2020) nerozeznávají Romy jako specifickou skupinu ani se nevěnují tématu vyloučení jako něčemu, co má spojitost se zdravotním stavem obyvatelstva. Nejméně popisovaným tématem ze sledovaných je diskriminace.

B. Kvalitativní

Kvalitativní analýza probíhala čistě induktivně, bez předem připravených kategorií, za pomoci softwaru NVivo Pro 12. Obecněji formulované výzkumné otázky a postup analýzy od konkrétního k obecnému umožnily dát prostor tématům a kategoriím vynořujícím se z dat. Významné textové pasáže v dokumentech (celkem 193 úryvků) byly opatřeny kódy coby klíčové nástroje pro redukci, třídění a kategorizaci dat, jejichž původní počet (43) byl v další fázi zredukován na základě četnosti využití a vztahu k výzkumným otázkám na 30. V průběhu opakovaného čtení, fragmentarizace a redukce dat a jejich nového seskupování a hledání vzorců byly identifikovány nejdůležitější kategorie, které odráží jednotlivé podkapitoly analýzy, v nichž uvádíme i kódy, které jednotlivé kategorie sytily. Cílem analýzy nebylo hodnotit navrhovaná opatření v dokumentech nebo posuzovat jednotlivé dokumenty na základě míry jejich inkluzivnosti, či podle jiného kritéria, ale ukázat, jakým způsobem jsou Romové v těchto dokumentech prezentováni, a to nejen skrze hlavní identifikovaná témata, ale také analýzu toho, jaký typ argumentace a prezentace ve vztahu k Romům je v těchto dokumentech obsažen.

Výsledky tohoto výzkumného úkolu naleznete od strany č. 33 (Romové jako aktéři ve vztahu ke zdraví ve strategických dokumentech).

3. Polostrukturované rozhovory a fokusní skupiny o sociálních determinantách zdraví z pohledu Romů žijících v sociálním vyloučení a dalších zainteresovaných aktérů

V rámci tohoto výzkumného úkolu jsme se pokoušeli zachytit všechny druhy podmínek, které v lokalitách, kde žijí vyloučení Romové, ovlivňují jejich zdraví. Postupovali jsme prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a fokusních skupin se zainteresovanými aktéry. Rozhovory byly zaměřené na perspektivy daných aktérů ohledně předpokládaných, a případně i dalších sociálních determinantů zdraví (SDZ), determinujících zdraví cílové populace, včetně sociálního vyloučení a dostupnosti zdravotní péče.

Předpokládanými SDZ v daných lokalitách jsme přitom měli na mysli nejčastější determinanty etnických nerovností ve zdraví podle současných epidemiologických teorií (viz obrázek 1: Konceptuální rámec sociálních determinantů zdraví podle WHO /Solar & Irwin, 2010/).

Prostřednictvím těchto rozhovorů zároveň získal výzkumný tým, stejně jako samotní zainteresovaní aktéři konkrétní představu o kontextu pro následnou interpretaci zjištění a návrhů z dalších etap projektu.

Výzkumný vzorek

Rozhovory byly vedeny podle potřeby individuálně nebo ve fokusních skupinách ve dvou fázích se dvěma skupinami participantů:

a) Rozhovory v cílové populaci Romů v SVL ve vytipovaných lokalitách vedli zaškolení výzkumníci. Pro ulehčení budování důvěry respondentů a překonávání případných komunikačních bariér byl v některých případech na žádost participanta přítomen pracovník některé z místních sociálních služeb či jiná osoba, která rozhovor domluvila.

Rozhovory jsme realizovali v lokalitách Olomouckého kraje v počtu podle potřeby vzhledem na nasycení tématu tak, aby byly zahrnuty lokality, ve kterých působí zdravotně sociální asistenti (DROM), a také lokality, ve kterých nepůsobí. Lokality byly vybírány se zřetelem na rozmanitost, tak abychom získali vzorek co nejvariabilnější podle následujících kritérií:

- Rurálnost, resp. urbánnost
- Velikost
- Geografická poloha
- Úroveň SDZ

Z takto vygenerovaného souboru více vhodných lokalit jsme nakonec vybrali pět, ve kterých měl náš tým a jeho spolupracovníci, vzhledem na předcházející práci jednotlivých členů týmu, dobrý osobní raport, především s místními Romy v SVL, ale i s dalšími místními aktéry. Výběr lokalit byl představen, konzultován a finalizován na I. poradním panelu.

Výzkum jsme realizovali konkrétně v následujících lokalitách, resp. oblastech, vzhledem k jejich níže uvedeným charakteristikám:

Jesenicko (5 různých vesnic)

- Venkovské SVL
- Malá lokalita (do 200 obyvatel SVL)
- Výrazné problémy napříč všemi dimenzemi SDZ
- Dobrá znalost místních poměrů (spolupracující osoby či organizace s přístupem k participantům ze SVL)

Přerov

- Městská SVL
- Velká lokalita (nad 3000 obyvatel SVL)
- Okresní město
- Výrazné problémy jen v některých dimenzích SDZ
- Dobrá znalost místních poměrů (spolupracující osoby či organizace s přístupem k participantům ze SVL)

Hranice–Lipník

- Maloměstské lokality (ubytovna a vyloučené domy)
- Malé lokality (do 500 obyvatel SVL)
- Méně výrazné problémy jen v některých dimenzích SDZ
- Dobrá znalost místních poměrů (spolupracující osoby či organizace s přístupem k participantům ze SVL)

Prostějov a okolí

- Městská lokalita a dvě venkovské lokality
- Malé lokality (do 800 obyvatel SVL)
- Výrazné problémy jen v některých dimenzích SDZ
- Dobrá znalost místních poměrů (spolupracující osoby či organizace s přístupem k participantům ze SVL)

Olomouc

- Městská lokalita (tři ubytovny, několik samostatných bytů)
- Krajské město s fakultní nemocnicí
- Lokalita okolo 800 obyvatel SVL
- Méně výrazné problémy jen v některých dimenzích SDZ
- Dobrá znalost místních poměrů (spolupracující osoby či organizace s přístupem k participantům ze SVL)

Tabulka participantů – Romové žijící v SVL	Počet	%
Pohlaví		
Žena	16	70
Muž	1	4
Pár	6	26
Věk		
18–25 let	1	4
26–35 let	6	26
36–45 let	8	35
46–55 let	5	22
56 let nebo starší	3	13

V každé z lokalit jsme oslovili 3–5 domácností s různým postavením v rámci komunity, které jsme navštívili za účelem uskutečnění rozhovorů. V každé z domácností jsme realizovali rozhovor s jedním až třemi participanty dle jejich zájmu se zúčastnit. Předběžná analýza a interpretace dat proběhly v prvním roce řešení projektu (2019).

V rámci výzkumu bylo realizováno celkem 23 rozhovorů s touto skupinou participantů, většinou se ženami, zúčastnilo se také několik párů. Většina participantů byla ve věku 26–55 let. Mírně převažovaly osoby ve věku 36 až 45 let.

b) Rozhovory se všemi dalšími zainteresovanými aktéry probíhaly ke konci prvního roku až do poloviny druhého roku řešení projektu (2019–2020). Realizovány byly rozhovory s aktéry působícími v rámci svých činností na sociální vyloučení / zdraví / podmínky pro zdraví (včetně dostupnosti zdravotní péče) u Romů v SVL. Oslovovali jsme aktéry podle seznamu vytvořeného na základě jejich mapování (1. výzkumný úkol, viz kapitola Zainteresovaní aktéři působící v rámci svých činností v oblasti sociálních determinant zdraví u Romů žijících v sociálním vyloučení). Při realizaci rozhovorů a fokusních skupin jsme brali do úvahy vzájemné vztahy aktérů včetně těch mocenských, abychom se vyhnuli spojení aktérů, kteří by měli navzájem před sebou problém vyjadřovat názory o tématech, která nás zajímala.

Bylo realizováno celkem 39 rozhovorů a fokusních skupin s celkem 48 participanty, většinou se ženami. Většina participantů byla ze sociální oblasti, druhou nejčastější oblastí byla zdravotní péče, následovaná pracovníky vzdělávacích institucí a úřadů. Ostatní participanté pracovali v jiné oblasti. Převažovali participanté ve věku mezi 26 až 45 lety.

Tabulka participantů – další aktéři	Počet	%
Pohlaví		
Muž	13	27
Žena	35	73
Pracovní oblast		
Sociální služby	16	33
Zdravotní péče	12	25
Vzdělávání	7	15
Úřad	8	17
Ostatní	5	10
Věk		
26–35 let	10	21
36–45 let	12	25
46–55 let	4	8
56 let nebo starší	7	15
nevedl/a	15	31

Sběr dat

Rozhovory vedli zaškolení výzkumníci, kteří měli v dané lokalitě nejlepší vstup na základě předcházejících aktivit. Způsob vedení rozhovorů a fokusních skupin v případě Romů v SVL, jako také v případě ostatních zainteresovaných aktérů směřoval od kladení všeobecných otázek a nesugestivního nabádání až k strukturovanějšímu ověřování perspektiv ohledně determinant zdraví podle matrice SDZ, která obsahuje podrobně rozepsané determinanty (Příloha č. 1).

Uvedená matrice nám sloužila pro kontrolu toho, které determinanty zdraví aktéři vzpomněli a na které je třeba se ještě ptát. Kladena byla tato základní otázka:

Co podle vás má vliv na zdraví obyvatelů v lokalitách, jako je ta vaše?

Na každou z identifikovaných příčin jsme se doptávali JAK/PROČ a sledovali jsme, které ze známých SDZ daní aktéři identifikovali jako důležitou příčinu toho, že mají Romové v SVL horší zdraví v porovnání s běžnou populací. Na spontánně nezmiňované předpokládané determinanty jsme se doptávali otázkou: Myslíte si, že xy je v souvislosti se zdravím u Romů v SVL důležitý faktor? Případně nové druhy determinantů jsme byli připraveni zaznamenat a přidat mezi předpokládané do dalších zjišťování (viz. příloha č. 1). Objevily se ale pouze tři ojedinělé faktory, které neobsahovala příloha č. 1 – víra, využití internetu a sociálních sítí (Facebook).

Analýza

Kvalitativní analýza byla vedena následujícími hlavními výzkumnými otázkami: Jaké jsou perspektivy Romů v SVL ohledně předpokládaných, případně i dalších sociálních determinantů zdraví (SDZ)? Jaké jsou perspektivy Romů v SVL ohledně dostupnosti zdravotní péče?

Inspirovali jsme se metodou konsenzuální analýzy (Hill a kol., 2005), ve které jeden rozhovor analyzuje více výzkumníků, a přímo jsme vycházeli z metodologie tematické analýzy (Braun & Clarke, 2006). První návrh matice kódů byl tvořen čistě induktivně, bez předem připravených kategorií za pomoci softwaru NVivo 12. Více výzkumníků přitom analyzovalo společně více rozhovorů a následně na základě konsenzu vznikla tato první matice. Obecněji formulované výzkumné otázky a postup analýzy od konkrétního k obecnému umožnily dát prostor tématům a kategoriím vynořujícím se z dat. Tento postup byl využit u obou výzkumných souborů. Významné textové pasáže v záznamech rozhovorů s Romy (celkem 4 429 úryvků) a dalšími aktéry (celkem 9 070 úryvků) byly opatřeny kódy coby klíčové nástroje pro redukci, třídění a kategorizaci dat. Rozdílný počet kódů byl dán počtem rozhovorů s dalšími aktéry, který byl téměř dvojnásobný. Počet kódů byl u rozhovorů s Romy nejprve 365 a u dalších aktérů nejprve 191. V průběhu opakovaného čtení, fragmentarizace a redukce dat a jejich nového seskupování a hledání vzorců byly identifikovány nejdůležitější kategorie, které odráží jednotlivé podkapitoly analýzy. V rozhovorech s Romy vzniklo celkem 32 hlavních kategorií a s dalšími aktéry 45 hlavních kategorií. Tyto kategorie jsme následně třídili a seskupovali na základě teoretických východisek uvedených na začátku zprávy do tematické mapy, dle níž jsme potom jednotlivé kategorie rozpracovali do podoby výzkumné zprávy. Při zpracování jednotlivých kapitol jsme popisovali zvláště perspektivy Romů v SVL a dalších zapojených aktérů a srovnávali jsme, v čem se shodují a liší

Výsledky tohoto výzkumného úkolu naleznete od strany č. 47 (Sociální determinanty zdraví Romů žijících v sociálním vyloučení s důrazem na dostupnost zdravotní péče)

Cílem analýzy bylo získat odpovědi na následující otázky: Jakým způsobem jsou v dokumentech prezentováni Romové jako aktéři ve vztahu ke zdraví? Jaká role je jim přisuzována? Nakolik se počítá s jejich účastí?

Dokumenty ukazují, že často jsou Romové jako aktéři ve vztahu ke zdraví nerozeznáváni – nejsou pojmenováni a téma zdravotních nerovností u této skupiny populace se skrývá za pojmy, jako je „rizikový segment populace“ nebo „vulnerabilní skupiny“, což je označení, které v sobě neobsahuje mnoho aktérství, a pokud ano, tak spíše to negativně vnímané (rizikové chování). Snižování zdravotních nerovností a investice do něj je navíc zdůvodňováno spíše ekonomicky a utilitárně než ideově: to, co společnosti přináší zlepšení zdravotního stavu Romů, je „zvyšování zaměstnanosti obyvatel v národním hospodářství“ (Zdraví 2030, s. 55).

Romové jsou ve vztahu k vlastnímu zdraví vnímáni jako ti, kteří mají „špatný“ životní styl, jsou nezodpovědní a zanedbávají péči o zdraví (obvykle ve smyslu interakcí s oficiálním zdravotnickým systémem). Mají také nedostatek informací o svých právech a povinnostech a nízkou zdravotní gramotnost. Řešením této situace je „osvěta“, jejíž náplň je definována majoritou a jejíž provedení je přizpůsobeno specifikům jejich příjemců tak, aby mezi ně co nejlépe pronikla (někdy je legitimní je i trochu postrašit). Podpora zdraví má přispět k tomu, aby lidé lépe „pochopili“ význam zdraví, aby přijali zodpovědnost za svůj zdravotní stav a aby činili volby ve prospěch vlastního zdraví (nebydli nevhodně, správně se stravovali, nezanedbávali prevenci). V rámci podpory zdraví je důležité, aby lidé, kteří s Romy pracují, znali jejich specifika a uměli se jim přizpůsobit. Toto přizpůsobení je vnímáno ryze pragmaticky, jako důležitý nástroj pro prosazování toho, čeho chce v oblasti zdraví majorita dosáhnout.

Dokumenty, které vedle nebo namísto individuálních příčin horšího zdravotního stavu Romů popisují příčiny strukturní, se zabývají obvykle dostupností zdravotní péče – jak fyzickou, v níž brání ekonomické bariéry a nedostatek lékařů v určitých regionech, tak faktickou, v níž brání diskriminace a předsudky – nebo nevhodnými životními podmínkami, především nízkou kvalitou bydlení. Romové jsou zde vnímáni jako ti, jejichž integraci brání majorita, u které by se také měla hledat náprava (ať už se jedná o posílení financování terénních služeb, nebo tlak na pojišťovny).

Partnerství či participace jsou vnímány především jako lepší péče o individuální zdraví, přijetí zodpovědnosti, nikoli spoluúčast v rozhodování. Aktérem v oblasti odstraňování zdravotních nerovností je majorita, která definuje „cestu“, kterou je třeba Romům ukazovat, nebo to, k čemu je potřeba občany „stimulovat“. Spíše než důraz na autonomii a participaci zde vnímáme důraz na edukaci, která má pomoci v převzetí individuální zodpovědnosti za vlastní osud.

Analyzované dokumenty obsahují řadu **prvků asimilace**: především vidí jako zodpovědnost samotných Romů, aby se přiblížili majoritě v jejím chápání zdraví a jednání ve vztahu k nemoci a zdraví. Navrhované strategie a opatření se řídí primárně tím, co jako prioritu definuje majorita, nikoli problémy či potřebami samotných Romů. Romové jsou v dokumentech zobrazováni jako ti, kdo „nesedí“ zbytku společnosti (McGarry, 2012), jejich skupinová identita a praktiky jsou popisovány jako něco, co brání dosažení kýžených cílů v oblasti zdraví, a jejich přizpůsobení je vnímáno jako nezbytné přijetí zodpovědnosti. Změny a opatření na straně společnosti jsou naopak zmiňovány výrazně méně.

Sociální determinanty zdraví Romů žijících v sociálním vyloučení s důrazem na dostupnost zdravotní péče 4. Případové studie zaměřené na perspektivu Romů žijících v sociálním vyloučení ohledně dostupnosti zdravotní péče.

Tato část studie byla zaměřena na zkušenosti sociálně vyloučených Romů (SVL) ohledně dostupnosti zdravotní péče. Cílem studie bylo zjistit, v jakých aspektech dle Romů žijících v SVL selhává systém zdravotní péče a jestli jsou případné bariéry v dostupnosti zdravotní péče zmírňovány zdravotně sociální asistencí DROM. Za tímto účelem bylo realizováno 9 polostrukturovaných rozhovorů, které navazovaly na předcházející část o sociálních determinantech zdraví. Participanti byli tedy vybráni cíleně na základě předběžných zjištění a v této části byla pozornost soustředěna na zodpovězení specifických výzkumných otázek:

1. Proč a jak funguje systém zdravotní péče?
2. Proč a jak selhává systém zdravotní péče?
3. Jaký je přínos zdravotně sociálního pomocníka DROM? (U pěti participantů, kteří službu čerpají.)

Byla snaha o zabezpečení variability respondentů podle těchto kritérií: pohlaví, věk, postavení v rámci komunity, péče o děti různého věku. Nicméně ve vzorku výrazně převažují ženy, a to především proto, že byl nábor participantů uskutečňován přes neziskové organizace, které spolupracují více se sociálně vyloučenými romskými ženami než s muži. Je tomu pravděpodobně proto, že zabezpečování zdravotní péče a otázek zdraví v rodině leží zejména na bedrech ženy. Romské ženy mají tudíž s využíváním zdravotní péče bohatší zkušenosti, proto je jim toto téma bližší a jejich ochota účastnit se výzkumu a hovořit o tématu přístupu k zdravotní péči je vyšší. Průměrný věk participantů byl 45,3 let (min. 31, max. 60). Čtyři případové studie byly uskutečněny s respondenty, kteří neměli možnost využívat nebo z nějakého důvodu nevyužívali zdravotně sociální asistenci DROM, a pět studií s respondenty, kteří tuto asistenci měli k dispozici.

Hlavními metodami analýzy byly: 1. porovnávání vzorců, 2. budování vysvětlení, 3. křížové syntézy a 4. tematická analýza. K analýzám byla využita především metodologie inspirovaná zakotvenou teorií a tematickou analýzou, která probíhala v několika krocích. V prvním kroku byly nejprve rozhovory několikrát pozorně přečteny. Každý z rozhovorů byl tematicky analyzován separátně a pro každý rozhovor byla identifikována specifická témata. Specifická témata byla navzájem porovnávána a byly identifikovány obecnější a specifitější kategorie, které posloužily jako základ kódovacího systému v programu NVIVO. Pod kategorie byl postupně přiřazován tematicky relevantní obsah, probíhala detailnější tematická analýza a postupně vznikaly další podkategorie. V zpracování dat byla dále využita metoda křížové syntézy případových studií, porovnávání vzorců a budování vysvětlení. V rámci křížové syntézy případových studií byly narativním způsobem vytvořeny případové studie participantů, které byly následně porovnávány. Byly hledány podobnosti a rozdílnosti, a to především mezi kazuistikami participantů se zdravotně sociální pomocí DROM a kazuistikami participantů bez této služby. V rámci metody porovnání vzorců byla sledována četnost výskytu určitých témat. Tato témata byla posléze srovnávána s předběžnými hypotézami. V rámci metody budování vysvětlení byly výsledky analýz porovnávány s existující odbornou literaturou.

Výsledky tohoto výzkumného úkolu naleznete od strany č. 209 (

Sociální služby pomáhají překonávat mnohé bariéry v dostupnosti zdravotní péče. V rozhovorech jsme zaznamenali pomoc hlavně v bariérách na straně příjemců, a to v oblasti doprovodu k lékaři, komunikace se zdravotníky a registrace u lékaře. Kromě toho byly zaznamenány případy pomoci při zabezpečení zdravotních pomůcek nebo sirotčího či invalidního důchodu.

V rámci překonávání bariér na straně příjemců zdravotní péče viděli Romové v SVL přínos sociálních služeb ve dvou oblastech – překonávání obav a strachu z bolesti a diagnózy a překonávání nedůvěry k zdravotnickému personálu. Někteří Romové v SVL pozitivně hodnotili orientaci sociálních pracovníků ve strukturách společnosti a pomoc při řešení specifických situací spojených s přístupem ke zdravotní péči, konkrétně například pomoc s registrací u lékaře nebo pomoc s podáním stížnosti.

Další aktéři, hlavně z řad poskytovatelů sociálních služeb, kromě již zmíněného reflektovali pomoc v oblasti podpory zdravotní a funkční gramotnosti a v podpoře dodržování léčebného režimu. Zdravotníci a lékaři se vyjadřovali zejména k tématu komunikace. Někteří zdravotníci přítomnost sociálního pracovníka vnímali jako výhodu, ale zároveň ji často spojovali s nedostatečnou zdravotní gramotností pacienta.

Někteří z ostatních aktérů v rozhovorech popisovali otázku působnosti sociálních služeb v oblasti dostupnosti zdravotní péče jako proces, který není kompletně vyjasněn. Vedle toho byl vyjádřen názor, že sociální služby by potřebovaly pracovníky speciálně vzdělané v problematice zdraví. Ojediněle se objevil názor, že k doplnění vzdělání by mělo dojít u zdravotnického personálu, a to konkrétně v oblasti kulturního kontextu a znalostí specifík této cílové skupiny pacientů.

Nicméně jak sociální služby, tak služby podpory zdraví by měly být vnímány jako dočasná vyrovnávací opatření, na kterých by klienti neměli zůstat závislí, naopak měly by vést klienty k postupnému osamostatňování se.

Role zdravotně sociálních pomocníků služby DROM při překonávání bariér v dostupnosti zdravotní péče).

5. Mapování konceptů se zainteresovanými aktéry zaměřené na zlepšování dostupnosti zdravotní péče u Romů žijících v sociálním vyloučení a jejich ověření u cílové skupiny

Mapování konceptů – concept mapping (CM) se zaměřovalo výhradně na dostupnost zdravotnické péče pro Romy v SVL. Cílem bylo facilitovat konsenzuální návrhy vylepšení v systému kombinující odlišné perspektivy jednotlivých aktérů pomocí tzv. multi-stakeholder dialogů se všemi aktéry v rámci systému za pomoci CM a ověřit tyto návrhy u cílové skupiny Romů v SVL. CM byl realizován během února až června roku 2020 a jeho výsledky byly ověřeny formou fokusních skupin u cílové skupiny v říjnu 2020.

CM je strukturovaná participativní výzkumná metoda kombinující kvalitativní a kvantitativní přístup. Přináší pohled různých skupin na určité téma a pomáhá poměrně rychle vytvořit společný rámec.

Je vhodná pro:

- organizování a prioritizování myšlenek a konceptů,
- tvorbu společných konceptuálních rámců potřebných pro vysvětlení určité problematiky,
- dosáhnoutí povědomí o různých otázkách,
- dosáhnoutí konsenzu o tom, jak postupovat,
- plánování, hodnocení různých programů, intervencí, politik,
- vizualizaci vztahů mezi koncepty.

CM umožňuje strukturovat pohled stakeholderů a expertů z různých oblastí, kteří mohou mít vliv na zkoumané téma (Kane a Trochim, 2007), v tomto případě dostupnost zdravotní péče. Rozdílná pracovní oblast stakeholderů přináší odlišnou perspektivu i narativy pro porozumění tématu výzkumu (Monterrosa a kol., 2013), což může být inspirativní pro ty, kteří jsou v přímém kontaktu s cílovou skupinou (Green a Aarons, 2011) v tomto případě s Romy žijícími v sociálním vyloučení.

CM je metoda, která umožňuje také vyhodnotit, jak účastníci studie seskupují konkrétní témata, vytvořením společného koncepčního rámce s vizuálním zobrazením (tzv. klastrová mapa) (Kane a Trochim, 2007). Použití této metody nám umožnilo participativní zapojení zúčastněných stran a vizualizaci výsledků způsobem přístupným a srozumitelným pro různé skupiny (Bosáková a kol., 2019).

V rámci tohoto výzkumného úkolu jsme ověřovali samotné návrhy, které vytvořili další zainteresovaní aktéři v rámci CM, u cílové skupiny Romů v SVL. Hlavním cílem bylo ověřit jejich přijatelnost, proveditelnost a možné překážky v jejich realizaci u cílové skupiny.

Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek sestával ze dvou skupin:

- a) Další zainteresovaní aktéři (účastníci CM), kteří v rámci svého působení pracují s naší cílovou skupinou (Romové žijící v sociálním vyloučení) a/nebo svojí prací mají vliv

na jejich sociální vyloučení / zdraví / podmínky pro zdraví (včetně dostupnosti zdravotní péče).

b) Romové žijící v SVL (skupina pro ověření návrhů), jichž se dotýká výzkumné téma.

Ad a) Další zainteresovaní aktéři (účastníci CM)

Vycházeli jsme z výsledků první výzkumné aktivity (viz Zainteresovaní aktéři působící v rámci svých činností v oblasti sociálních determinantů zdraví u Romů žijících v sociálním vyloučení) a oslovili jsme různé profesionály z uvedených oblastí.

Použili jsme účelový výběr vzorku, abychom zajistili účast odborníků z různých úrovní pracovního umístění / hierarchie z následujících oblastí: sociální služby (také specializované na pomoc s přístupem ke zdravotní péči), zdravotní péče, vzdělávací instituce a orgány na místní a regionální úrovni. Část tohoto vzorku tvořili Romové, kteří pocházejí ze SVL nebo v nich bydlí; většina z nich tam pracuje denně a velmi dobře znají specifika a potřeby místní cílové skupiny. Kromě profesionálů pracujících s cílovou skupinou přímo jsme se zaměřili také na zapojení aktérů, kteří jsou zodpovědní za prosazování navrhovaných opatření na politické úrovni (např. ředitelé nebo manažeři různých vnitrostátních institucí a místních orgánů).

Tabulka 1 Charakteristika účastníků CM (celkem 32 účastníků pro fázi třídění a hodnocení)

Charakteristika	Celkem	%
Pohlaví		
Muž	11	34
Žena	21	66
Pracovní oblast		
Sociální oblast	18	56
Zdravotnictví	6	19
Školství	5	16
Ostatní	3	9
Věk		
18–25 let	1	3
26–35 let	10	31
36–45 let	10	31
46–55 let	7	22
56 let a více	2	6
Neuvedeno	2	6
Nejvyšší dosažené vzdělání		
Základní	1	3
Středoškolské	3	9
Vysokoškolské / vyšší odborné	28	88
Kontakt s cílovou populací v rámci zaměstnání		
Přímý	19	59
Nepřímý	13	41
Rozsah práce týkající se cílové populace Romů v SVL		
0–25%	8	25
26–50%	4	12,5

51–75%	4	12,5
76–100%	16	50

První vzorek pro brainstorming se skládal z 25 účastníků, vzorek hodnocení a třídění opatření se skládal ze stejných 25 odborníků, kteří se zúčastnili brainstormingu, společně se sedmi novými účastníky (celkem 32). Celkem se CM zúčastnilo 32 participantů, což je plně v souladu s metodikou CM, protože se počítá s určitými změnami v počtu účastníků, a velikost vzorku pro každý krok plně postačovala ke splnění statistických požadavků a přinesla platné a spolehlivé výsledky (Jackson a Trochim, 2002). Počet účastníků a jejich distribuce podle pohlaví, věku a oblasti odbornosti jsou uvedeny v Tabulka 1 **Charakteristika účastníků CM (celkem 32 účastníků pro fázi třídění a hodnocení)** výše.

Ad b) Romové žijící v SVL (skupina pro ověření návrhů)

Pro ověření přijatelnosti a realizovatelnosti opatření navrhovaných dalšími zainteresovanými aktéry pro cílovou skupinu Romů žijících v SVL jsme uspořádali celkem 3 fokusní skupiny. Tyto skupiny byly zrealizovány v říjnu 2020 s následujícími skupinami zastoupením: dospělé ženy, dospělí muži a mladiství. Participantů byli rekrutováni metodou cíleného výběru dle stanovených kritérií pro variabilitu vzorku (věk, vyživované děti) za pomoci spolupracujících organizací ze dvou regionů, v nichž proběhla výzkumná aktivita č. 3 (Polostrukturované rozhovory a fokusní skupiny o sociálních determinantách zdraví z pohledu Romů žijících v sociálním vyloučení a dalších zainteresovaných aktérů). Celkem se zúčastnilo 13 osob – počet účastníků a jejich distribuce podle pohlaví a věku jsou uvedeny v Tabulka 2 **Charakteristika účastníků Romů v SVL (celkem 13 pro ověření návrhů)**.

Tabulka 2 Charakteristika účastníků Romů v SVL (celkem 13 pro ověření návrhů)

	Počet	%
Pohlaví		
Žena	4	31
Muž	9	69
Věk		
15–17 let	4	31
18–25 let	3	23
26–35 let	1	8
36–45 let	4	31
46–55 let	0	0
56 let nebo starší	1	8

Postup

Další aktéři již byli pomocí předešlých rozhovorů a fokusních skupin obeznámeni s tématem, záměry projektu, perspektivami cílové populace a výzkumným týmem. Proto bylo možné následně plynule uskutečnit všechny kroky potřebné pro získání dat ke concept mappingu:

- a. Příprava
- b. Brainstorming
- c. Sorting a rating
- d. Analýza dat
- e. Interpretace
- f. Ověření přijatelnosti návrhů u cílové skupiny

a. Příprava

Byla realizována mezi prosincem 2019 až únorem 2020, kdy jsme identifikovali fokální otázku, vybrali a oslovili potenciální účastníky a stanovili časový a logistický plán. Tento krok zahrnoval také pilotní CM brainstorming s malou skupinou stakeholderů, studentů a akademiků, kde byla diskutována a testována fokální otázka. Posléze byla stanovena finální podoba fokální otázky: „Co by se podle vás dalo udělat pro to, aby se zlepšila dostupnost zdravotní péče pro Romy žijící v sociálním vyloučení?“

b. Brainstorming

Tento druhý krok byl realizován v únoru 2020. Účastníci byli rozděleni do pěti pracovních skupin tak, aby nenastávalo napětí mezi různými úrovněmi pracovního umístění a hierarchie: zdravotníci (lékaři, zdravotní sestry), pracovníci služeb specializujících se na podporu zdraví a dostupnost zdravotní péče, úředníci, manažeři (z místních úřadů, různých agentur a nevládních organizací) a sociální pracovníci a pracovníci vzdělávacích organizací. Někteří účastníci, kteří se nemohli zúčastnit kvůli pracovním povinnostem (zejména lékaři), využili možnost on-line účasti. Každá skupina byla vedena trénovaným a zkušeným facilitátorem. Participantů pak byli vyzváni k brainstormingu co nejvíce nápadů odpovídajících fokální otázce (Kane a Trochim, 2007) a vzniklo 129 návrhů opatření. Opatření, která se opakovala, byla vymazána, související témata byla propojena a odpovědi netýkající se otázky byly vymazány. Seznam takto očištěných návrhů byl diskutován s účastníky a po úpravách formulací vznikl výčet 64 finálních položek (tzv. master list).

c. Sorting a rating (třídění a hodnocení)

Tyto fáze probíhaly v květnu 2020 on-line za pomoci softwaru Groupwisdom™. Nejprve byli účastníci vyzváni ke třídění navrhovaných 64 řešení na zlepšení dostupnosti zdravotní péče pro Romy v SVL podle vzájemných logických souvislostí tak, jak to vnímal individuálně ten který účastník. Účastníci dostali zadání dát na společnou „hromadu“ ty návrhy, které podle nich spolu souvisí, a takto vytvořené shluky návrhů se snažili následně co nejlépe pojmenovat.

V dalším kroku návrhy řešení na zlepšení dostupnosti zdravotní péče pro Romy v SVL účastníci hodnotili v porovnání s ostatními návrhy ze dvou úhlů pohledu: uskutečnitelnost a naléhavost. V této fázi byla účastníkům poskytnuta krátká demonstrace a individuální asistence při práci se softwarem v případě potřeby.

Hodnotící otázky pro rating:

Uskutečnitelnost – Prosím, na škále od 1 do 4 zhodnoťte, nakolik je uskutečnitelné navrhované řešení na zlepšení dostupnosti zdravotnické péče pro Romy v SVL v porovnání s ostatními? Alternativy odpovědi: velmi těžko uskutečnitelné / těžko uskutečnitelné / poměrně lehce uskutečnitelné / velmi lehce uskutečnitelné.

Naléhavost – Prosím, na škále od 1 do 4 zhodnoťte, nakolik je naléhavé navrhované řešení na zlepšení dostupnosti zdravotnické péče pro Romy v SVL v porovnání s ostatními? Alternativy odpovědi: vůbec není naléhavé / je málo naléhavé / je poměrně naléhavé / je velmi naléhavé.

d. Analýza

Před statistickou analýzou byla provedena kontrola kvality dat ze sortingu a ratingu tak, aby se vyloučili účastníci, kteří nedodrželi instrukce, nedokončili alespoň 75 % úkolů nebo jejich odpovědi byly ledabylé. Z celkem 32 účastníků tak odpovědi 4 participantů nebyly zahrnuty do analýzy třídění, v rámci hodnocení byly zahrnuty odpovědi od všech participantů. Následná analýza byla provedena s využitím softwaru Groupwisdom™. Data z třídění byla analyzována za použití multidimenzionálního škálování a byla vytvořena bodová mapa, kde byla opatření zakreslena na základě toho, jak je účastníci seskupovali (ta, která byla často seskupena, byla umístěna blízko sebe) (Vives-Cases a kol., 2017). Následně byly na základě hierarchické klastrové analýzy vygenerovány klastrové mapy, kde byla opatření agregována do klastrů na základě jejich vzájemné blízkosti v bodové mapě (Vives-Cases a kol., 2017). Zjištění z těchto analýz byla diskutována s poradním panelem výzkumu, který sestával z výzkumného týmu a externích odborníků, v souladu s metodologií CM (Kane a Trochim, 2007). Tato poradní skupina zvolila počet klastrů (5–11, tj. nejvyšší a nejnižší požadovaný počet klastrů na základě třídění dat účastníky) a diskutovala o konečném klastrovém řešení. Poradní panel navrhl šestiklastrové řešení, která účastníci také nejčastěji používali během fáze třídění (modus). Následně jsme vygenerovali ratingové mapy klastrů, kde více vrstev naznačuje vyšší naléhavost a uskutečnitelnost. Byly vypočteny průměry hodnocení naléhavosti a uskutečnitelnosti pro každé opatření a kombinované skóre naléhavosti a uskutečnitelnosti bylo použito k identifikaci prioritních opatření, pro která byla vygenerována go-zone mapa. Ta představuje graf X–Y, který porovnává položky napříč dvěma hodnotícími kritérii, a je rozdělena do kvadrantů nad a pod průměrnou hodnotou každé hodnotící proměnné (Bosáková a kol., 2019). Zkontrolovali jsme vhodnost modelu (model fit) pomocí stress-indexu (Kane a Trochim, 2007). V kontextu CM by se hodnoty stress-indexu měly pohybovat od 0,10 do 0,35, přičemž nižší hodnoty naznačují lepší shodu (Green a Aarons, 2011).

e. Interpretace s dalšími aktéry

Finální výstupy analýzy (šestiklastrová bodová mapa, ratingové mapy a mapa prioritních návrhů „go-zone mapa“) byly diskutovány na závěrečném interpretačním workshopu, který proběhl v červnu 2020. Tato interpretační skupina sestávala z vybraných účastníků předcházejících kroků CM (3 zdravotníci, 8 sociálních pracovníků / manažerů, 3 úředníci). Během tohoto setkání byli účastníci vyzváni k revizi skupin opatření a jejich názvů, které byly upraveny do finální podoby prezentované v rámci této zprávy. Následně účastníci diskutovali o interpretaci 20 prioritních položek z tzv. go-zone (hodnocených jako nejvíce naléhavé a uskutečnitelné) a současně i o kompetencích při zavádění návrhů vylepšení systému péče do praxe.

f. Ověření přijatelnosti návrhů u cílové skupiny

Ověření probíhalo formou fokusních skupin, vedli je zaškolení výzkumníci, kteří měli v dané lokalitě nejlepší vstup na základě předcházejících aktivit. Způsob vedení fokusních skupin v případě Romů v SVL spočíval ve strukturovaném ověřování přijatelnosti všech 64 návrhů opatření z CM seřazených dle jednotlivých klastrů (příloha č. 2).

Výzkumníci vždy přečetli a stručně vysvětlili každý návrh a pak byla kladena základní otázka: „Vnímáte tento návrh jako něco, co by vám osobně pomohlo?“ Doplněná dle potřeby dalšími otázkami – „Myslíte si, že je tento návrh vhodný pro Romy, kteří žijí v sociálním vyloučení?“ a „Vidíte v tomto návrhu nějaký zádrhel, problém, proč by to nefungovalo?“.

Výsledky tohoto výzkumného úkolu naleznete od strany č. 221 (Návrhy opatření pro zlepšení dostupnosti zdravotní péče u Romů žijících v sociálním vyloučení a jejich ověření u cílové skupiny).

C) Výsledky

Tato část zprávy obsahuje výsledky jednotlivých výzkumných aktivit, které jsme realizovali v rámci řešení projektu TAČR – TLO2000164 „Aplikovaný výzkum pro inovace politik v oblasti dostupnosti zdravotní péče u sociálně vyloučené romské populace (ROMZAVIP)“.

Záměrem projektu bylo více prozkoumat některé sociální determinanty zdraví u vybrané skupiny a navrhnout inovace pro existující metodiky týkající se inkluze Romů žijících v sociálním vyloučení, především v oblasti dostupnosti zdravotní péče.

Podrobnější informace o výzkumných cílech i postupu naleznete v kapitole B) Metody výzkumu, jejich cíle, podrobný popis metodiky jednotlivých výzkumných aktivit a průběhu jejich realizace.

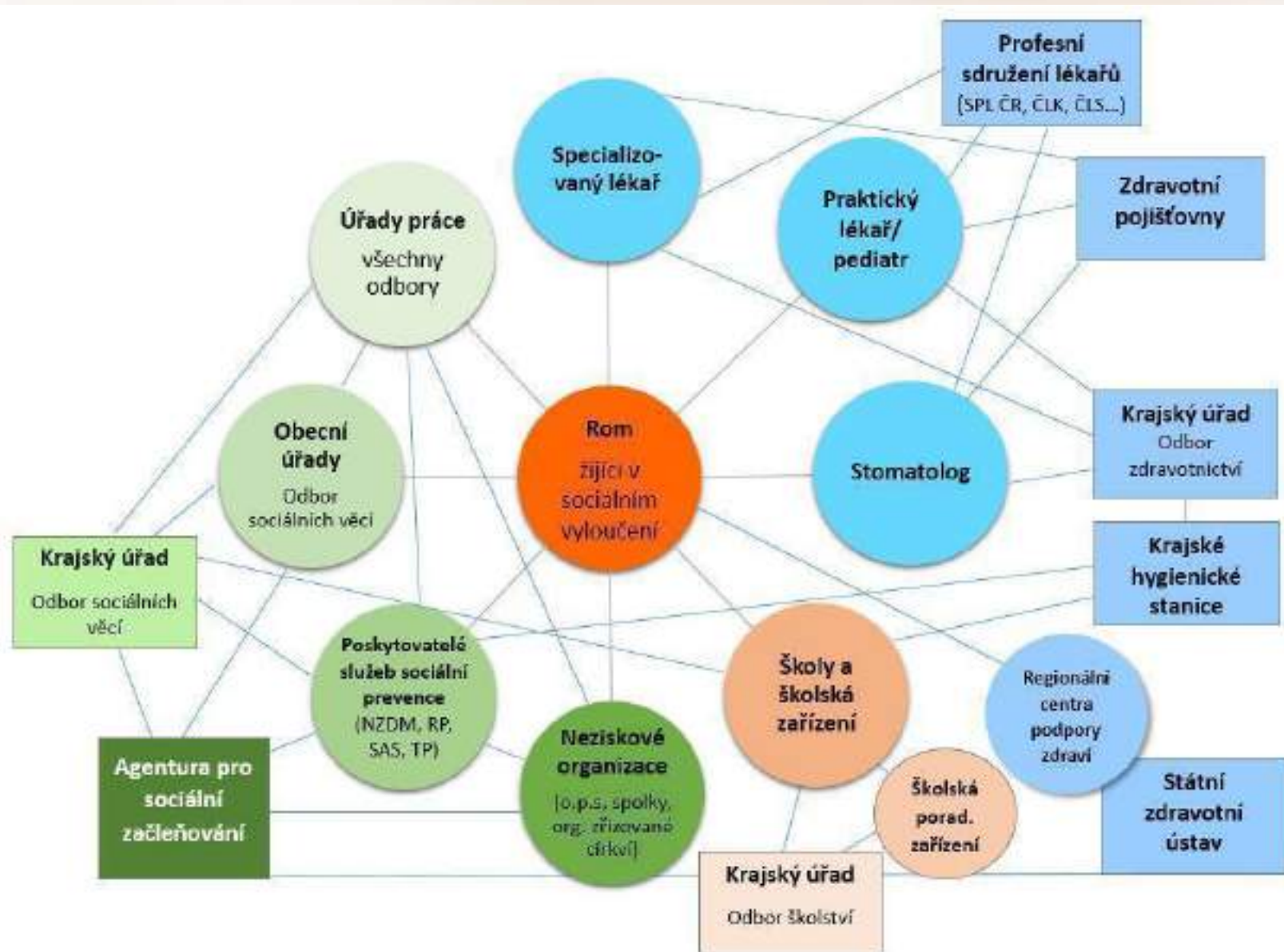
1. Zainteresovaní aktéři působící v rámci svých činností v oblasti sociálních determinant zdraví u Romů žijících v sociálním vyloučení

V rámci tohoto výzkumného úkolu, který proběhl na začátku realizace projektu, jsme měli za cíl zmapovat, kdo v rámci svého působení pracuje s naší cílovou skupinou (Romové žijící v sociálním vyloučení) a zároveň svou prací ovlivňuje jejich:

- sociální vyloučení,
- zdraví
- a podmínky pro zdraví včetně dostupnosti zdravotní péče.

V jeho rámci jsme si vyjasnili, koho by se měly týkat všechny další výzkumné aktivity a také doporučení, která budeme vytvářet.

Metodologii tohoto výzkumného úkolu naleznete od strany č. 19.



Obrázek 3 Mapa zainteresovaných aktérů působících v rámci svých činností v oblasti sociálních determinant zdraví u Romů žijících v SVL

2. Romové jako aktéři ve vztahu ke zdraví ve strategických dokumentech¹

Součástí projektových aktivit byla kvalitativní i kvantitativní analýza dokumentů, které se týkají zdravotních nerovností nebo sociálního začlenění Romů. Cílem analýzy bylo odhalit skryté prvky asimilace, které přehlížejí specifickou romskou populaci a nejsou v souladu s jejími hodnotami a životním stylem, a také další konfliktní témata a inkoherece.

Metodologii tohoto výzkumného úkolu naleznete od strany č. 18.

Tabulka č. 1. Seznam analyzovaných dokumentů

Plán zdraví města Brna 2018–2030
Podpora zdraví ve vyloučených lokalitách – snižování zdravotních nerovností
Strategie boje proti sociálnímu vyloučení 2016–2020
Strategie integrace romské komunity ve Středočeském kraji na období 2017–2021
Strategie integrace sociálně vyloučených lokalit v kraji Vysočina
Strategie integrace romské komunity Moravskoslezského kraje na období 2015–2020
Strategie podpory zdraví a rozvoje zdravotních služeb v Ústeckém kraji 2015–2020
Strategie romské integrace v Jihomoravském kraji (2014–2018)
Strategie romské integrace do roku 2020
Strategie sociálního začleňování 2014–2020
Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí
Zdraví 2020. Program zdraví pro kraj Vysočina
Zdraví 2030: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030
Zdraví versus sociální vyloučení; Zdravotně-sociální pomoc ²
Zdraví; Zdravotní nerovnosti v dostupnosti lékařské péče ³
Zpráva o stavu romské menšiny za rok 2018

¹ Tento text vyšel v rozšířené verzi v angličtině, a to jako "Conceptualization of Roma in Policy Documents Related to Social Inclusion and Health in the Czech Republic" v International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(21) (autorky Slepíčková, Filakovská Bobáková), dostupný z <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/7739>

² Dokument s tímto názvem vznikl pro účely této analýzy, jedná se o informace z webových stránek organizace DROM.

³ Dokument s tímto názvem vznikl pro účely této analýzy, jedná se o texty uvedené na webových stránkách Agentury pro sociální začleňování. Autorkou druhého z nich je Daniela Mosaad Pěničková.

Resumé hlavních zjištění:

- Důraz na individuální odpovědnost ve vztahu ke zdraví (zmiňování především rizikového chování jednotlivců jako příčiny horšího zdravotního stavu Romů), zatímco strukturální podmínky a diskriminace jsou zmiňovány méně, a i pokud jsou, řešení se opět pohybuje na individuální úrovni.
- Romové ve vztahu ke zdraví jsou popisováni především jako ti, kdo mají být edukováni. Jedním z hlavních prostředků řešení zdravotních nerovností je „osvěta“ a zvyšování zdravotní gramotnosti.
- Předpokládá se, že práce s romskými pacienty či klienty je specifická, je tedy důležité školení zdravotníků v tom, jak s romskými pacienty jednat, školení o specifikách romské populace.
- Důraz na ekonomické benefity odstranění nerovností ve zdraví je větší než na práva občanů a význam začlenění.
- Je-li zmíněna „participace“ nebo „posílení“, tak vágně, nekonkrétně, obvykle vedle zmínek o zcela neparticipativních postupech.
- Je-li zdůrazňována nutnost partnerství ve smyslu větší aktivity samotných Romů, je tím myšlena především péče o individuální zdraví, přijetí zodpovědnosti, nikoli spoluúčast v rozhodování. Tím, kdo je aktérem v oblasti odstraňování zdravotních nerovností, je majorita, která definuje „cestu“, kterou je třeba Romům ukazovat, nebo určuje, k čemu je potřeba občany „stimulovat“

Tabulka č. 2. Kvantitativní analýza Název dokumentů	Autor	Vznik	Platnost	Rozsah	Výskyt slov				
					Rom	Vyloučení	Chudoba	Etnicita	Diskriminace
Plán zdraví města Brna 2018–2030	Objednatel: Statutární město Brno; Zpracovatel: PROCES – Centrum pro rozvoj obcí a regionů, s.r.o.		2018–2030	178	1	10	2	2	4
Podpora zdraví ve vyloučených lokalitách – snižování zdravotních nerovností	Státní zdravotní ústav, MUDr. Hana Janata, CSc., a kol.	2015		28	106	72	11	4	7
Strategie boje proti sociálnímu vyloučení 2016–2020	Evropský sociální fond v ČR, Agentura pro sociální začleňování	2016–2020		60	15	200+	22	10	4
Strategie integrace sociálně vyloučených lokalit v kraji Vysočina. Aktualizace pro období 2016–2020	Evropský sociální fond v ČR, Kraj Vysočina	2015	2016–2020	62	65	119	14	7	7
Strategie integrace romské komunity ve Středočeském kraji na období 2017–2021	Krajský úřad Středočeského kraje, Odbor sociálních věcí, Mgr. Cyril Koky		2017–2021	48	167	143	12	7	5
Strategie integrace romské komunity Moravskoslezského kraje na období 2015–2020	Moravskoslezský kraj		2015–2020	47	200+	119	2	8	5
Strategie podpory zdraví a rozvoje zdravotních služeb v Ústeckém kraji 2015–2020	Ústecký kraj	září 2014	2015–2020	33	0	0	0	0	1
Strategie romské integrace v Jihomoravském kraji (2014–2018)	Jihomoravský kraj; Zpracovala: PaedDr. Věra Koupilová, referentka pro národnostní menšiny a koordinátorka pro romské záležitosti	listopad 2013	2014–2018	17	70	31	2	2	0
Strategie romské integrace na roky 2015–2020	Vláda České republiky, Ministr pro lidská práva, rovné příležitosti a legislativu, Odbor lidských práv a ochrany menšin Úřadu vlády, Kancelář Rady vlády pro záležitosti romské menšiny	únor 2015	2015–2020	108	200+	200+	74	64	187
Strategie sociálního začleňování 2014–2020	Ministerstvo práce a sociálních věcí	leden 2014	2014–2020	78	15	200+	200+	14	30
Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí	Ministerstvo zdravotnictví, naplňování Národní strategie a implementačních dokumentů na meziresortní úrovni zajišťuje a koordinuje Rada vlády pro zdraví a životní prostředí	2014		42	0	2	12	0	0
Zdraví 2020. Program zdraví pro kraj Vysočina	Kraj Vysočina, Evropský sociální fond	únor 2016	2016–2020	41	0	0	0	0	0
Zdraví 2030: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030		2019	2021–2030	100	6	0	0	0	1
Zdraví versus sociální vyloučení; Zdravotně-sociální pomoc	DROM			10	40	1	1	1	0
Zdraví; Zdravotní nerovnosti v dostupnosti lékařské péče	Agentura pro sociální začleňování, Daniela Mosaad Pěničková			4	11	5	3	2	4
Zpráva o stavu romské menšiny za rok 2018				73	200+	73	6	33	40

2.1 Proč vůbec řešit zdravotní nerovnosti: „Neponechat nikoho stranou“

Kódy: Bydlení a zdraví, Efektivita zdravotnictví, Nerovnosti ve zdraví, Chudoba a zdraví, Inkluzivní pojetí zdraví, Přínos zlepšení zdraví populace, Vyloučení jako nedostatek zdrojů, Rizika obecně – část života prožítá v nemoci, Rizika obecně – zvyšování nákladů, Rovnost, Výzkumy romského zdraví

O existenci zdravotních nerovností v České republice vypovídala většina dokumentů, byť tyto nebyly vždy vztaženy k Romům, nebo ani obecněji k sociálně vyloučeným. Některé dokumenty mluvily o „rizikových skupinách populace“, o „sociálně slabých“ nebo o „vulnerabilních skupinách populace“, „obyvatelstvu strukturálně postižených regionů“ či „rizikových segmentech populace“, případně o problémech „v odlehlých lokalitách“. Dokument *Zdraví 2020* nerovnosti ve zdraví téměř netematizuje, na základě jeho čtení se zdá, že hlavními riziky pro zdraví v ČR jsou infekční nemoci, mimořádné situace, nedostatečné monitorování zdraví či nedostatečná proočkovanost. Až přílohy s daty o zdravotním stavu obyvatel ČR a zejména zaostávání ČR za ostatními zeměmi ukazují konkrétní problémy.

Některé z dokumentů se zamýšlely nad překryvem kategorií **sociálně vyloučený a Rom**, jako například *Strategie integrace romské menšiny ve Středočeském kraji*, v níž se uvádí, že je zaměřena na tu část romské populace, která je zároveň zasažena sociálním vyloučením. Řada Romů je dle tohoto dokumentu standardně zapojena do společnosti a integraci nepotřebuje. Důležitější než etnicita je sociálně-ekonomické vyloučení. Podle *Strategie integrace sociálně vyloučených lokalit v kraji Vysočina* se v případě Romů etnická diskriminace přidává k problému, které představuje sociální vyloučení. Skutečnost, že je to právě etnicita, co stojí za diskriminací a vyloučením, není příliš tematizována.

Ty dokumenty, které se zabývaly explicitně zdravím Romů, zdravotní nerovnosti dokládaly citacemi z různých výzkumů, které se zaměřovaly na srovnání různých indikátorů (střední délka života, počet kuřáků, stravovací zvyklosti, prevalence různých nemocí, včetně duševních) zdravotního stavu Romů a většinové populace. Jaké jsou argumenty těchto dokumentů pro boj se zdravotními nerovnostmi? Pro přehlednost je popíšeme jako argumenty „ideové“, „finanční“ a „utilitární“, přičemž často se v jednotlivých dokumentech kombinují.

První z argumentů je argument **ideový**, dalo by se říci „inkluzivní“, vyjádřený v principu citovaném dokumentem *Zdraví 2030*: „Neponechat nikoho stranou.“ (s. 16) Dokument *Evropa 2020* zdůrazňuje, že je třeba zajistit, aby „z růstu mohli těžit všichni“ (s. 19). Toho má být dosaženo bojem proti chudobě a sociálnímu vyloučení a „snížením nerovností na základě zdravotního stavu“ (s. 19). Dokument *Zdraví, Nerovnosti ve zdraví* se odvolává na závěrečnou zprávu Komise WHO pro sociální determinanty zdraví z roku 2012, v níž je uvedeno, že „systémové nerovnosti v oblasti zdraví jsou vnímány jako neopodstatněné a nespravedlivé a je třeba je řešit za účasti všech složek společnosti včetně vládních rezortů“ (nestránkováno).

Dalším, často se objevujícím se argumentem je argument **finanční**. V dokumentu *Zdraví 2020* je to konkrétně argument nákladů na zdravotní péči. Tyto náklady lze podle dokumentu „výrazně snížit“, a to „realizací známých a vědecky podložených metod prevence“ (s. 14). Je třeba posílit preventivně zaměřené veřejné zdravotnictví, protože zvládání problémů až ve zdravotnických zařízeních je „velice nákladné a ekonomicky neúnosné“ (s. 14). Příslibem je to, že „výsledný efekt, tj. dobrý zdravotní stav populace, bude přínosem pro všechny rezorty i celou společnost“ (s. 7), bude

znamenat úsporu nákladů na zdravotní služby a má další ekonomické přínosy. Naopak, „nevyužití potenciálu efektivní prevence nemocí a podpory zdraví může vést jediné ke zvyšování nákladů na zdravotní péči, což je pro společnost dlouhodobě neudržitelné“ (s. 6).

Také dokument Agentury pro sociální začleňování *Zdraví, Nerovnosti ve zdravotní péči* vyčísluje finanční ztráty způsobené zdravotními nerovnostmi, a to na 78 miliard ročně (1,5 % HDP ČR). „Z toho 26 miliard představují přímé ztráty na zdravotnických nákladech, k čemuž přispívá výše dokladované vynucené odsouvání řešení zdravotního problému. V důsledku odkládání zdravotního problému se zvyšují počty pracovních neschopností, předčasná mortalita, výše sociální dávek apod., které přispívají ke zbylým 52 miliardám nepřímých ztrát.“ (nestránkováno) Je tedy třeba pracovat na „efektivnějším řešení prevence sociálního vyloučení a dostupnosti zdravotní péče“ (nestránkováno).

Oba typy argumentů, jak ideový, tak ekonomický, v sobě obsahuje dokument *Zdraví 2030*. V něm se uvádí, že „takto pojatá strategie je výrazem odpovědnosti a starosti o budoucnost. Jde o respektování základních humánních hodnot, ke kterým zdraví lidí patří“ (s. 6). A zároveň zdůrazňuje, že „zdravotní stav obyvatelstva se projevuje v míře zaměstnanosti či zatížení zdravotního a sociálního systému, a je tedy významným determinantem národní ekonomiky“ (s. 9). Je třeba tedy usilovat o efektivní prevenci, protože i když je řada zdravotních problémů v populaci dána demografickým vývojem (stárnutím populace), na spoustě z nich se podílí špatný či nezdravý životní styl. „Právě prevence chorob tak představuje klíčový nástroj jak pro zlepšování zdraví české populace, tak i pro zlepšování efektivnosti zdravotnického systému, a potažmo zvyšování zaměstnanosti obyvatel v národním hospodářství.“ (s. 55)

Dokument *Strategie romské integrace pro Moravskoslezský kraj* vztahuje konkrétně nerovnosti k sociálně vyloučeným Romům a zdůrazňuje zdraví jako důležitý předpoklad sociální integrace Romů, který podmiňuje jejich soběstačnost a participaci na trhu práce. Podle dokumentu je tedy důležité se zabývat sociálně vyloučenými Romy, u nichž je přístup ke zdravotní péči ohrožen. Tento argument (lepší zdraví Romů zajišťuje jejich větší participaci na trhu práce) nazvěme argumentem **utilitárním**. Tento jednosměrný pohled na vztah mezi zdravím a participací na trhu práce je nicméně velmi zjednodušující. Zdravotní stav ovlivňují naopak materiální podmínky a prostředí, včetně vzdělávacího, v němž jedinec vyrůstá, a zároveň tyto podmínky do značné míry určují jeho možnosti na trhu práce, jak ukazují teorie sociálních determinantů zdraví (Solar & Irwin, 2010).

2.2 Zdraví jako individuální volba: „Pojďme žít zdravě“

Kódy: Chudoba a informovanost o zdraví, Osvěta, Podpora zdraví jako edukace nemocných, Prevence, Zdravotně-policejní metody v ochraně zdraví, Zdravotní gramotnost, Životní styl lidí z vyloučených lokalit, Životní styl Romů jako příčina jejich horšího zdraví

Většina dokumentů spojuje horší zdravotní stav Romů (popisovaný skrze výzkumy srovnávající různé parametry zdraví Romů a většinové populace) s jejich životním stylem, „rizikovým chováním“ a individuálními volbami („podceňování prevence“ atd.). I ty dokumenty, které pojmenovávají strukturální příčiny horšího zdraví Romů, často navrhuji opatření, která usilují o nápravu jednotlivců skrze „osvětu“ (někdy i osvětu

zaměřenou přímo na děti), a vůbec se nedotýkají obecnějšího kontextu situace. Zdraví je vnímáno jako záležitost individuální zodpovědnosti a voleb a Romové jako ti, kteří musí být „edukováni“ a kterým má být zdůrazňována „odpovědnost jedince za jeho zdravotní stav do míry, kterou může ovlivnit svým jednáním“ (*Zdraví 2030*, s. 11). Podle dokumentu *Strategie romské integrace v kraji Vysočina* sahá odpovědnost jednotlivce až k jeho integraci jako takové. Je tedy na jedinci, aby dosáhl toho, co má majorita: „V efektivním integračním procesu tak získávají příležitost jednotlivci, kteří mají zájem a schopnost převzít zodpovědnost za svůj život, který má ukotvení v pracovním vztahu, mzdě, zajištění svých dětí, vzdělání, pracovní a profesní perspektivě.“ (s. 7)

Dokument *Podpora zdraví ve vyloučených lokalitách* předpokládá, že Romům chybí odvaha vzepřít se tlaku okolí a vymanit se tak ze svého „nestandardního“ způsobu života. Je třeba, aby jim majorita ukázala, „že jsou i jiné cesty“. Romové jsou podle tohoto dokumentu ve svých životních strategiích motivováni snahou „obklopit se pohodlím a luxusem“.

„Nemusíme se snažit jim za každou cenu pomoci, stačí pozorovat, naslouchat, přemýšlet o příčinách jejich chování a nestandardního způsobu života. Ukázat jim, že jsou i jiné cesty, ale že je třeba odvahy se po nich vydat. I obyvatelé těchto lokalit dávají přednost, stejně jako většina majoritní společnosti, ze které jsou vyloučeni, konformitě. Chtějí se podobat většině, obklopit se pohodlím a luxusem. Pro ně jsou to hamburgery, kola, cigarety, hranolky, sladkosti, adidas, mobily a televize. Opakem odvahy není zbabělost, ale pohodlnost.“ (s. 24)

„Nepříznivý zdravotní stav Romů je následkem jejich způsobu života, a ne jejich etnicity,“ píše autorka dokumentu *Podpora zdraví ve vyloučených lokalitách* (s. 4). Svě tvrzení opírá o to, že chudí lidé na celém světě vykazují podobné indikátory horšího zdravotního stavu. Zároveň se však na jiném místě ve stejném dokumentu zamýšlí nad strukturálními příčinami horšího zdravotního stavu Romů:

„Nerovnosti ve zdraví u obyvatel sociálně vyloučených lokalit jsou způsobeny nižším vzděláním a horšími sociálně-ekonomickými podmínkami. Lidé zde žijící mají omezený přístup k informacím, které jsou často podávány pro ně zcela nesrozumitelnou nebo složitou formou. Lidé s nízkými příjmy, bez vzdělání, odkázaní na sociální dávky často nepovažují zdravý životní styl za svou prioritu. Nevhodné složení stravy, nedostatek pohybu, riziko závislostí, zhoršený přístup ke zdravotní péči jsou problémy, které obyvatele sociálně vyloučených lokalit mohou ohrožovat více než většinovou populaci. U dětí se může nedostatek správné výživy a celkově nezdravý životní styl negativně projevit ve školní úspěšnosti a pozdějším začlenění do společnosti.“ (s. 7)

Pojmenovávání různých aspektů životního stylu Romů coby hlavní příčiny jejich horšího zdravotního stavu je v dokumentech velmi frekventované.

Například *Strategie integrace kraje Vysočina* označuje skutečnost, že sociálně vyloučené osoby se zaměřují pouze na řešení základních životních potřeb, jako „nezodpovědný přístup k vlastnímu zdraví“ (s. 49); píše se v ní také o rizikovém chování a „špatném“ životním stylu (s. 49).

Strategie romské integrace v Jihomoravském kraji popisuje coby součást individuálních postojů, které jsou jednou z příčin horšího zdravotního stavu Romů (vedle institucionálních bariér), „zanedbávání preventivních prohlídek (gynekologie, stomatologie), nedodržování léčby diagnostikovaných onemocnění, nevhodný životní styl (zejména kouření v době těhotenství a mateřství, nezdravá životospráva), stres, rezignaci, apatii“ (s. 15).

Nevhodné stravování je jedním z často popisovaných aspektů životního stylu Romů: „Jejich strava je založena na konzumaci cukrů a polysacharidů, masa, chybí zelenina, ovoce, ryby, nedostatečný je i příjem mléčných výrobků.“ (*Podpora zdraví ve vyloučených lokalitách*, s. 4) Předpokládá se, že ženy budou citlivější k preventivním aktivitám týkajícím se zdraví nikoli kvůli zdraví jako motivaci, ale kvůli vzhledu: „Výživa: se zdá nejspíše prosaditelná, už z důvodů, že jsou to většinou ženy-matky, které vyhledávají poradenství týkající se zdravotních služeb a naslouchají. I romské ženy chtějí být štíhlé a zdravé, ideál plnoštíhlosti je spíše rozšířeným stereotypem o Romech.“ (s. 19)

Dalším spatřovaným problémem je nedostatek pohybové aktivity. Věnuje se mu obsírně dokument *Podpora zdraví ve vyloučených lokalitách* (s. 20). Popisují se zde příčiny nedostatku pohybu u Romů jako strukturní (nedostatek financí na organizovaný pohyb, péče o děti a domácnost u romských žen, ale také skutečnost, že Romové „nejsou vítáni“ (s. 20) na sportovištích typu bazén či posilovna). Zároveň je podle autorky vhodným řešením „zohlednit možnosti komunity, rodiny či jednotlivce“ (s. 20) a „doporučovat účast na aktivitách pro širokou veřejnost s opatrností a soustředit se spíše na význam rychlé chůze nebo běhu“ (s. 20), což je absurdní vzhledem k tomu, jak málo prostoru k takovému typu aktivit nabízejí vyloučené lokality, nehledě na to, že pojmenované strukturní překážky nejsou vůbec problematizovány a předpokládá se, že se jim má přizpůsobit jak romská populace, tak doporučení odborníků.

Také vyhýbání se návštěvám lékaře je popisováno jako součást životního stylu Romů, který vede k jejich horšímu zdravotnímu stavu. Často je tematizováno také kouření a drogová závislost.

Strategie romské integrace v Jihomoravském kraji, podobně jako řada dalších dokumentů, vidí nápravu situace jako záležitost individuálního rozhodnutí Romů, kteří k tomu budou pobídnuti „v rámci osvěty“ (s. 15). Ta by měla zdůraznit, „aby tito obyvatelé měli svého lékaře a pravidelně ho navštěvovali za účelem preventivních prohlídek, nežili ve zdraví škodlivém prostředí (hygienicky závadné byty), nezhoršovali zbytečně svou sociální situaci v důsledku nemoci či postižení (invalidní důchody, popř. jiné výhody)“ (s. 15). Mít svého lékaře a nežít ve zdraví škodlivém prostředí je tedy opět vnímáno jako záležitost individuálního rozhodnutí, ke kterému by měla dopomoci osvěta.

Strategie podpory zdraví v Ústeckém kraji konstatuje horší zdravotní stav Romů ve srovnání s většinovou populací, navrhuje ale řešení, které cílí téměř výhradně na individuální chování, jako je „eliminace rizikového chování“, „vzdělávání a programy podpory zdraví“, „zvládnutí stresu a duševní zdraví“, „správná výživa a stravovací návyky“, „dostatečná pohybová aktivita“ (s. 17).

Důležitost „osvětové činnosti mezi romskými občany (přednášky o zdravovědě, zdravém životním stylu, kouření, alkoholu, preventivních prohlídkách, očkování, péči o dítě, gynekologii a plánovaném rodičovství, stomatologii apod.)“ zdůrazňuje také *Strategie romské integrace Středočeského kraje* (s. 32). Nejlepší cestou k nápravě situace je podle mnoha dokumentů osvěta na individuální úrovni, včetně osvěty u dětí, kterou popisuje dokument *Podpora zdraví ve vyloučených lokalitách*: „Byl vytvořen program k zvýšení úrovně znalostí žáků základních a středních škol o infekčních onemocněních a k osvojení praktických návyků jejich prevence. Žáci se dozvědí o různých typech mikroorganismů, cestách přenosu a šíření nemocí, ale také základních hygienických opatřeních při šíření infekcí. Formou názorných a zábavných pokusů se žáci seznámí se zásadami správné hygieny a ochranou před infekčními

onemocněními, a uvědomí si tak důležitost osobní hygieny v rámci prevence infekčních onemocnění a poznají význam očkování." (s. 14)

Specifickou roli zde sehrává velmi často zmiňovaná **zdravotní gramotnost**. O té se hovoří ve *Strategii romské integrace*, v dokumentech *Zdraví 2020*, *Zdraví 2030* a *Zprávě o stavu romské menšiny*. Zdravotní gramotnost je definována například jako „schopnost získat, interpretovat a pochopit základní zdravotní informace a služby a schopnost využít tyto informace a služby k lepšímu zdraví“ (*Zdraví 2020*, s. 23). Dokumenty obsahují předpoklad, že „systematické zvyšování jejich zdravotní gramotnosti (pozn.: tedy zdravotní gramotnosti Romů) je důležitým krokem k dosažení romské integrace nebo odstraňování nerovností ve zdraví“ (*Zdraví 2030*, s. 6), „posílení zdraví“ (*Zdraví 2030*, s. 60) a „posílení role jednotlivců i komunit v péči o svoje zdraví“ (*Zdraví 2020*, s. 6). Jedině člověk, který má dostatečnou zdravotní gramotnost, může pečovat o své zdraví, a tím odstraňovat problém horšího zdravotního stavu určité části populace.

Výzkumy, jako byl ten provedený v Jihočeském kraji, upozorňují na horší zdravotní gramotnost Romů (u 62,5 % Romů byla zdravotní gramotnost nedostatečná ve srovnání s 49 % respondentů celkem) (*Zpráva o stavu romské menšiny 2018*) a na souvislost zdravotní gramotnosti se socioekonomickým statutem, rodinným stavem a zaměstnaností (*Zpráva o stavu romské menšiny 2018*). Nedostatečná zdravotní gramotnost je také dávana do souvislosti s rizikovými faktory a pro zdraví rizikovými vzorci chování (*Zdraví 2030*).

Také dokument *Strategie romské integrace v Jihomoravském kraji* zmiňuje problémy se zdravotní gramotností, aniž by to však takto pojmenovával: za jednu z příčin horšího zdravotního stavu Romů označuje „neschopnost některých Romů přijímat a analyzovat dostupné informace (týkající se životního stylu, nároků a práv spojených s využíváním veřejných služeb apod.) a informace předávané ze strany lékařů a zdravotnického personálu (jde často o jazykové bariéry a komunikační kompetence, uživatelé nerozumí sdělovaným informacím, takže mnohdy ani nedokážou přizpůsobit svoje jednání v rámci léčby požadavkům apod.)“ (s. 15). Ve *Strategii sociálního začleňování* se dále uvádí, že Romové mají „nízké povědomí o právech a povinnostech pojištěnce veřejného zdravotního pojištění, případně pacienta“ (s. 45).

Náprava spočívá opět v edukaci a osvětové činnosti, ta je důležitá zejména u „rizikových skupin obyvatelstva“ (*Zdraví 2030*, s. 29) – příkladem je projekt Městské charity České Budějovice, který pracoval na zvyšování zdravotní gramotnosti romských rodin, nebo dny zdraví, jako ten v Novém Boru v roce 2018, který se uskutečnil pod názvem Pojďme žít zdravě (*Zpráva o stavu romské menšiny za rok 2018*).

Dokument *Strategie boje proti sociálnímu vyloučení* se na s. 6 zamýšlí nad tím, proč pohledům na sociální exkluzi v České republice dominuje ten nazvaný jako „morální přístup kultury chudoby“, který spatřuje příčinu chudoby a vyloučení v charakteristice a chování samotných chudých, nikoli v selhání společnosti, a který jsme výše ilustrovali na příkladu mnoha citovaných dokumentů. Dle dokumentu na to má podstatný vliv „specifická dimenze sociálního vyloučení v ČR, již je etnicita“. Dokumenty, byť méně často, zmiňují vedle individuálních příčin horšího zdravotního stavu Romů také bariéry na straně zdravotního systému, jak ukazuje další část analýzy.

2.3 Strukturální příčiny horšího zdravotního stavu Romů: „Nevhodné prostředí pro šíření jakékoli osvěty“

Kódy: Dostupnost zdravotní péče, Komplexní řešení strukturálních příčin horšího zdraví, Diskriminace v přístupu ke zdravotní péči, Strukturálně postižené regiony, Strukturální příčiny vyloučení a horšího zdravotního stavu vyloučených

Kromě příčin nerovností ve zdraví na individuální úrovni se řada dokumentů zabývá strukturálními příčinami horšího zdravotního stavu Romů.

Problém s **dostupností zdravotní péče** zmiňuje řada dokumentů, často však jen obecně a bez vztahu k Romům. Například dokument *Zdraví 2030* vyjmenovává faktory ovlivňující přístup ke zdravotní péči: „pokrytí zdravotním pojištěním, balíček péče (hloubka pokrytí), cenová dostupnost péče (spoluúčast, sdílení nákladů) nebo dostupnost péče (zdravotníci pracovníci, vzdálenost, čekací lhůty)“ (s. 18). Za cíl pak považuje podporu přístupu ke zdravotní péči u „vulnerabilních skupin“ (s. 18), jako jsou osoby vyloučené, osoby bez domova, osoby závislé atd. Upozorňuje na snižování dostupnosti zdravotní péče v poslední době v ČR v důsledku klesajícího počtu personálu, zejména v odlehlých lokalitách.

V řadě dokumentů je tematizována dostupnost zdravotní péče konkrétně jako jedna ze strukturálních příčin horšího zdravotního stavu Romů. *Strategie integrace romské komunity Moravskoslezského kraje* tematizuje problém s dostupností zdravotní péče, který se týká především těch Romů, kteří žijí ve vyloučených lokalitách. Na této situaci se podle dokumentu podílejí jak příčiny na straně samotné komunity (nedostatek informací a osvěty, malý zájem), tak příčiny systémové, jako je „samotné sociální vyloučení obyvatel vyloučených lokalit a problémy spojené např. při zajištění specializovaných zdravotních služeb, např. zubařská péče apod. Z poznatků vyplývajících z praxe terénních sociálních pracovníků se vyskytují problémy s poskytováním zdravotní péče v návaznosti na předsudky a diskriminaci“ (s. 29).

Podobně *Zpráva o stavu romské menšiny 2018* upozorňuje, že nedostatek lékařů v ČR dopadá více na Romy a že dochází k tomu, že romští pacienti jsou odmítáni. *Strategie romské integrace ve Středočeském kraji 2017–2021* popisuje na s. 32 coby součást životního stylu Romů, který vede k jejich horšímu zdravotnímu stavu, také okolnosti ryze strukturální – „nevyhovující životní podmínky (nekvalitní voda, plíseň atd.)“, „dlouhodobě vykonávaná fyzicky náročná práce, někdy i ve zdravotně závadném prostředí“ či „stres způsobený každodenními starostmi“.

Strategie integrace sociálně vyloučených lokalit v kraji Vysočina pojmenovává řadu strukturálních příčin nerovností ve zdraví. Navrhuje jako hlavní typ řešení osvětu – „osvětu týkající se prevence ve zdravotnictví“ (s. 50), ta ale míří i k systémovým změnám, není tedy jen osvětou na individuální úrovni: má spočívat v podpoře vzdělávání terénních pracovníků ve zdravotní oblasti, podpoře terénní práce zaměřené na minimalizaci rizikového chování (základní hygienické návyky), podpoře spolupráce obcí, škol, hygienických stanic, lékařů a dalších subjektů, podpoře vzniku pozic sociálně-zdravotních pomocníků. Také *Strategie romské integrace v Jihomoravském kraji* pojmenovává jako příčinu horšího zdravotního stavu Romů individuální postoje a návyky, ale také „institucionální bariéry ve využívání systému zdravotní a sociální péče spojené se zdravotním postižením“ (s. 14).

Strategie integrace sociálně vyloučených lokalit v kraji Vysočina problém dostupnosti služeb zmiňuje, ale zároveň jej považuje za nepotvrzený a odvolává se na garanci dostupnosti zdravotní péče zákonem: „Ze zkušeností terénních pracovníků vyplývá, že zdravotní situace v SVL je přímo úměrná kvalitě bydlení a dostupnosti služeb. (...) Neregistrujeme však žádné oficiální či neoficiální podněty, které by poukazovaly na nedostupnost potřebné zdravotní péče. Dostupnost zdravotní péče je garantována zákonem. Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.“ (s. 46)

Nedostupnost zdravotní péče je podle dokumentů jednak daná diskriminací (lékaři odmítají registrovat romské pacienty), ale i nedostupností fyzickou, která může být pro romské pacienty nepřekonatelnou a kterou posiluje nedostatek lékařů určitých specializací v určitých regionech České republiky. O tomto problému vypovídá dokument Agentury pro sociální začleňování (*Zdraví, Nerovnosti ve zdravotní péči*): „Již v současné době je cesta za dětským lékařem pro občany obcí, jako je Bulovka, v podstatě celodenní záležitostí, kdy je matka často nucena brát k lékaři ostatní, zdravé děti, protože by z důvodů ztížené místní a časové dostupnosti nestihla zavírací dobu školky.“ (nestránkováno) Tato situace dopadá jak na pacienty, tak na lékaře, kteří je mají v péči, protože ti často přesahují povolený počet registrovaných pacientů a pracují na úkor svého volného času (*Zdraví, Nerovnosti ve zdravotní péči*).

Jak je patrné z citací uvedených výše, dostupnost zdravotní péče je v dokumentech zmiňovaná často (a často jako jediná strukturální determinanta zdraví), byť se jedná o faktor, který vysvětluje jen malou část nerovností ve zdraví. Navíc se toto téma týká těch, kteří se lékaře již snaží vyhledávat kvůli svému zdravotnímu stavu (s výjimkou preventivních prohlídek), takže postihuje jen určitý a konkrétně vymezený problém, související se zdravotním stavem, kterému předchází řada dalších determinant a situací (Belák a kol., 2017).

Přestože **diskriminaci** mnohé dokumenty zmiňují, často jsou to zmínky velmi obecné (jako například jeden rys života sociálně vyloučených) nebo ve vztahu k jiným skupinám lidí, než jsou Romové (diskriminace žen, diskriminace seniorů, diskriminace zdravotně postižených), případně ji přímo takto nepojmenovávají. Konkrétní zmínky o diskriminaci v souvislosti s dostupností zdravotní péče a Romy či sociálně vyloučenými najdeme v dokumentech Agentury pro sociální začleňování (*Zdraví, Nerovnosti ve zdravotní péči*). Boj proti diskriminaci agentury činí „prostřednictvím budování občansko-právního povědomí sociálně vyloučených osob v oblasti práv a povinností pojištěnce. To zahrnuje konkrétní postupy při odmítání ošetření a registrace poskytovateli primární zdravotní péče“ (nestránkováno). Dokument popisuje i nepřímou diskriminaci, „kdy se zejména některé romské matky setkaly nebo setkávají s tím, že je stomatolog, pediatr nebo gynekolog opakovaně odmítá registrovat. Nepřímá diskriminace spočívá v tom, že pro romskou matku má lékař prakticky vždy „plný stav““ (nestránkováno). Tento dokument také popisuje konkrétní situaci na Frýdlantsku, kde si manželský pár lékařů otevřel ordinaci zaměřenou na romské klienty, kteří se obtížně dostávají do registrace praktických lékařů, a zmiňuje také problém s nedostupností mamografického vyšetření, které je pro ženy ohrožené chudobou a sociálním vyloučením „v důsledku ekonomicko-sociálních bariér“ nedostupné (nestránkováno).

O problémech romských pacientů s registrací u lékařů „spojených s poměrně často nevhodným jednáním“ (s. 15) vypovídá i dokument *Strategie romské integrace v Jihomoravském kraji*. Za příčinu horšího zdravotního stavu Romů označuje také nedávné změny v povinnostech spojených s úhradou zdravotního pojištění, ale také

vznik nároku na invalidní důchod. Mnozí Romové mají dluhy na zdravotním pojištění nebo nedostávají invalidní důchod, protože nesplňují zákonnou dobu pojištění. Hlavní příčinu horšího zdravotního stavu Romů však dokument spatřuje v samotném vyloučení, tedy v „sociální a prostorové izolaci cílové skupiny od majoritní společnosti. Naprosto chybí referenční skupiny pocházející z jiných sociálních (tzn. ekonomických, profesních, vzdělanostních) skupin, které by cílovou skupinu konfrontovaly s jinými životními strategiemi, úrovněmi a styly“ (s. 15).

I v souvislosti se zdravotní gramotností, jejíž tematizace v analyzovaných dokumentech byla popsána v předchozí podkapitole, se objevují odkazy na systémové podmínky jejího zlepšování, jako je dostupnost „kvalitních a srozumitelných informací s využitím informačních systémů zaměřených na lidi, jako jsou např. sdělovací prostředky, eHealth, webové informace či informace pro spotřebitele na výrobcích“ (*Zdraví 2020*, s. 23) nebo, jinými slovy, „tvorba a implementace vhodných komunikačních kanálů, jakým je například realizace Národního zdravotnického informačního portálu či zlepšování komunikačních schopností pracovníků ve zdravotnictví prostřednictvím aktivit cílených na zpracování odborných informací do všeobecně srozumitelných forem“ (*Zdraví 2030*, s. 61).

A například dokument *Podpora zdraví ve vyloučených lokalitách* popisuje, a to poměrně dramaticky, příčiny drogové závislosti mladých Romů (na rozpouštědlech) a obtížné prostředí pro zlepšování situace („šíření jakékoli osvěty“) také v systémových pojmech: „Jediný smysl jejich života je, aby unikli realitě, která je obklopuje. Ošklivost staveb, ve kterých jsou ubytovny, žádné soukromí, společné koupelny, kuchyně a záchody, materiální deprivace, hostilita okolí, to není prostředí pro šíření jakékoli osvěty.“ „Musejí dbát na prevenci! Ale jak, když perspektiva několika let je pro ně rozmazaná mlhou, nebo dokonce jen černá díra, ve které není nic, nic než tma...“ (s. 2)

Na strukturální řešení stávající situace se zaměřuje dokument *Strategie boje proti sociálnímu vyloučení*:

„Aby sociálně vyloučené osoby překonaly své vytlačení ze společnosti, potřebují pomoc zvenčí. Základní pomoc a podporu by jim měl poskytnout stát prostřednictvím souboru nástrojů. Jedním z nich je vhodné nastavení a neustálá korekce státních politik tak, aby existovaly co nejmenší strukturální bariéry pro začlenění sociálně vyloučených osob do společnosti. Dalším nástrojem je vhodná intervence do krajských a obecních politik s cílem vytvořit podmínky pro realizaci sociálního začleňování na lokální úrovni; dále efektivní podpora služeb určených k přímé pomoci sociálně vyloučeným; neméně důležitá je také aktivita při vytváření antidiskriminačního společenského klimatu a vhodná intervence do veřejného diskurzu. V neposlední řadě je zásadní také aktivizace samotných sociálně vyloučených osob a zajištění jejich aktivní participace na změně jejich životní situace.“ (s. 6)

Strategie romské integrace do r. 2020 zdůrazňuje, že garantem dostupnosti zdravotní péče je ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny – ti mají řešit opatření zabraňující diskriminačním praktikám. „Velký důraz by měl být kladen na profesionální přístup ke klientům z odlišného kulturního prostředí. I přes platnost antidiskriminačního zákona je zřejmé, že zejména obyvatelé sociálně vyloučených lokalit nevyužívají možností daných zmíněnou právní normou, pokud nejsou v kontaktu s organizací, která se daným problémem zabývá a je schopna jim poskytnout odbornou podporu.“ (s. 67) Navrhuje začlenit toto téma do vzdělávání zdravotníků a jiných pomáhajících profesí a úředníků.

Strategie podpory zdraví v Ústeckém kraji popisuje nutnost tlaku na zdravotní pojišťovny směrem „k posílení nedostatečných kapacit identifikovaných v rámci jednotlivých zdravotních služeb“ (s. 18) a také na potřebu podpory „rovnoměrného rozvoje infrastruktury zdravotních služeb ze strukturálních fondů EU“ (s. 18), avšak bez konkrétní spojitosti s Romy.

Dokumenty *Zdraví 2030* či *Zpráva o stavu romské menšiny za rok 2018* zdůrazňují provázanost strukturálních a individuálních příčin horšího zdravotního stavu Romů. „Vliv užívání návykových látek, dalších forem rizikového chování a socioekonomických determinant zdraví (chudoba, nezaměstnanost, ztráta sociální koheze, nízká dostupnost zdravotní péče) se přitom vzájemně kombinují a potencují,“ dočteme se ve *Zdraví 2030* (s. 30). *Zpráva o stavu romské menšiny za rok 2018* uvádí jako příčiny horšího zdravotního stavu Romů faktory sahající od špatného životního stylu po „nevhodný přístup lékařů k romské menšině“ (s. 40).

Podobně *Strategie romské integrace ve Středočeském kraji* na s. 2 zdůrazňuje, že integrace závisí jak na samotných vyloučených, tak na společnosti: „... integrace je proces oboustranný a že některé známky rizika sociálního vyloučení, např. ztížený přístup ke službám či společenským sítím, nezpůsobuje pouze ‚nedostatečnost‘ na straně integrované osoby, ale také uzavřenost na straně integrující. Ve výsledku tak mnohdy nastává situace, že člověku je v plné integraci zabraňováno společností samotnou pouze na základě předsudků.“

2.4 Edukace zdravotnických profesionálů o specifikách romské populace: „Neznalost zapříčiňuje nedorozumění“

Kódy: Vzdělávání zdravotníků, Specifické potřeby romských klientů, Participace Romů

Některé dokumenty se věnují potřebě specifické formy osvěty, a to mezi zdravotnickými a jinými profesionály, kteří pracují s Romy. Zdůrazňují, že Romové jako klienti nebo pacienti mají svá specifika, o kterých by měli lidé, kteří s nimi pracují, vědět a kterým by se měli přizpůsobit. Jedná se obvykle o nezbytné přizpůsobení se kulturním odlišnostem a tradicím (kdo je v romské komunitě autoritou?), sociálním zkušenostem této skupiny (nedůvěra k institucím) nebo nižší zdravotní gramotnosti a nižšímu vzdělání. Někdy je jako vhodné řešení popisováno zapojení Romů jako asistentů nebo zprostředkovatelů při poskytování zdravotních a jiných služeb.

Například dokument *Strategie romské integrace* popisuje Romy jako osoby „s odlišnou sociální a kulturní zkušeností“ (s. 67) a prosazuje „systematické a standardizované vzdělávání zdravotnických pracovníků“ (s. 67) pro práci s touto etnickou menšinou. Zdravotnický personál má být „kvalifikovaný a kulturně senzitivní“ (s. 67). Podle tohoto dokumentu je důležité klást důraz na „na vstřícnost zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotní péče i na přiměřenost podávání informací příslušníkům menšin a pacientům pocházejícím z jiného kulturního prostředí v zájmu vytvoření oboustranné důvěry a respektu coby nezbytného předpokladu poskytování kvalitní zdravotní péče“ (s. 67).

Specifikům romských klientů se tento dokument věnuje i v oblasti sociální práce: „Například u romských klientů se může častěji vyskytnout nedůvěra vůči sociálním pracovníkům většinové společnosti (zejména v reakci na předchozí špatné

zkušenosti), nedůvěra vůči dalším institucím většinové společnosti, potřeba překonávání některých tradičních postojů, jako je například nižší ohodnocení významu vzdělání či stereotypní představy o roli a společenském postavení žen, podceňování významu zdravé a přiměřené výživy pro udržení zdraví." Navrhuje, aby „v týmech poskytovatelů sociálních služeb pracovali Romové, kteří tato specifika znají a mají dále v intencích zákona o sociálních službách možnost zvyšovat si své znalosti a kompetence formou dalšího vzdělávání“.

Způsobem podávání informací o zdraví Romům se podrobně zabývá dokument *Podpora zdraví ve vyloučených lokalitách*. Zdůrazňuje, že „při sdělování odborných poznatků je třeba zredukovat informace na srozumitelná, jasná a jednoznačná fakta. Používat minimum cizích slov, pokud jdou nahradit beze změny významu. Není třeba používat romštinu, protože spousta Romů ji neumí nebo používá pouze omezeně, navíc romský jazyk se liší v různých oblastech. Čeština rozhodně není překážkou ani nevyvolává pocity diskriminace“ (s. 21). Upřímná, pozitivní a vstřícná neverbální komunikace, nekritizující přístup, trpělivost a optimismus zdravotnických profesionálů jsou podle tohoto dokumentu nezbytné pro „dosahování cíle všech intervenčních opatření“, jedná se tedy spíše o prostředky vedoucí k cíli, kterým je podpora zdraví. „Důležité je také uvědomovat si komplexnost životních podmínek a jejich vzájemnou souvislost – finanční situace, diskriminační nálady ve společnosti, způsob a kvalita bydlení, nicméně nenechat se ovládnout negativním pocitem, že podporu zdraví nelze uskutečňovat, protože není pro cílovou populaci prioritou.“ (s. 21)

Dokument také doporučuje zapojit do intervencí v podpoře zdraví prostředníky, ideálně romského etnika, protože důvěra Romů v lékařskou profesi není automatická, zvláště když je pracovník v první linii mladý nebo se jedná o ženu. Dokument také obsahuje řadu konkrétních rad a doporučení týkajících se časování intervencí (není to ideální v situaci existenčního ohrožení), ale i vhodné rétoriky, která by měla využívat především „poukazování na benefity změny“, i když někdy je třeba cílit i na strach, ovšem „citlivě a po zvážení preferencí cílové skupiny“ (s. 24), například „v duchu ‚a v televizi říkali...‘, což je magické univerzální synonymum pro pravdu. Ve vyloučených oblastech, kde televize je jediným zdrojem informací, to platí trojnásob“ (s. 24). V tomto dokumentu je tedy přizpůsobení se specifickým romské populace vnímáno ryze pragmaticky, jako důležitý nástroj pro prosazování toho, čeho chce v oblasti zdraví majorita dosáhnout.

2.5 Participace především jako lepší péče o individuální zdraví: „Nutnost stimulovat občany k zodpovědnosti“

Kódy: Empowerment, Participace Romů, Partnerství, Zdravotníci odborníci jako cesta k posilování role pacientů

„Posílení role pacienta“ nebo „partnerství“ nejsou v dokumentech příliš tematizovány, a pokud ano, tak velmi obecně a nekonkrétně a často se v návaznosti na deklarace rovnosti, participace a partnerství objevují návrhy zcela neparticipativních postupů a intervencí. Například dokument *Zdraví 2020* uvádí, že „cílem je vytvořit udržitelný zdravotní systém, založený na kvalitě, dostupnosti a principu rovnocenného postavení lidí, jako partnerů při dosahování lepšího zdraví pro všechny“ (s. 6).

Konkrétněji to tento dokument zmiňuje coby úkol zdravotnických odborníků, na něž by se (mj.) měla orientovat odborná příprava. Kromě posílení role pacientů by se tito odborníci měli zaměřit na zlepšení „schopností pacientů v oblasti sebepéče“ (s. 25). Dokument dále zdůrazňuje nezbytnost „účasti“ (s. 7) komunit i jedinců pro zlepšení zdravotního stavu populace a nezbytnost „aktivního zapojení občanů“ (s. 26) a vyslyšení „hlasu občanské společnosti, včetně jednotlivců a patientských organizací, mládeže a seniorů“ (s. 20). Ti mají poukazovat na okolnosti, které jsou pro zdraví škodlivé (nebezpečný životní styl, závadné zboží a na nedostatky v kvalitě i poskytování zdravotní péče), a být zdrojem nových nápadů a myšlenek. Cílem podle tohoto dokumentu je, „aby svěbytní a kompetentní lidé pochopili hodnotu zdraví a dokázali přijmout svou část sdílené odpovědnosti nejen za své zdraví, ale i za zdraví těch, kteří to potřebují“ (s. 7). Podobně dokument *Zdraví 2030* hovoří o nutnosti „stimulovat občany k volbě ve prospěch zdraví“ (s. 9). Spíše než důraz na autonomii a participaci zde vnímáme důraz na edukaci („kompetentní“, „pochopit hodnotu zdraví“) a přijímání zodpovědnosti. Partnerství je zde vnímáno spíše jako lepší péče o individuální zdraví a přijetí zodpovědnosti, nikoli spoluúčast v rozhodování. Aktérem je v tomto případě majorita, která rozhoduje o tom, k čemu je potřeba občany „stimulovat“.

Zároveň, převzít zodpovědnost za vlastní zdraví prostřednictvím autonomního rozhodování se dá i nesprávným způsobem, jak zmiňuje dokument *Zdraví 2030*, který označuje skutečnost, že v české populaci klesá proočkovanost, za důkaz „snížené úrovně zdravotní gramotnosti a problematického přebírání zodpovědnosti za vlastní zdraví“ (s. 31). Ke stejnému tématu uvádí dokument *Zdraví 2020*, že za důkladnou proočkovanost je zodpovědné ministerstvo (zajímavá je nijak rozvedená zmínka v jiné části dokumentu o tom, že v ČR historicky dominují „infekční rizika a zdravotně-policejní metody v ochraně zdraví“) (s. 15).

Romský pacient coby autonomní jedinec, který má právo rozhodovat o svém zdraví a dostávat k tomu potřebnou podporu, vystupuje například z dokumentu *Zdraví vs. sociální vyloučení* z dílny neziskové organizace DROM. Zde jsou popisovány případy a situace, v nichž pomáhá zdravotně-sociální pomocník. Z jazyka dokumentu je zřejmé, že je to samotný klient, kdo je aktérem situace. Zdravotně-sociální pomocník je popisován jako osoba, která může pomoci (poradit, doprovodit) v případě, že samotný klient něco „potřebuje“ (zaregistrovat se u lékaře, vyřídit invalidní důchod) či poptává („Anebo se jen necítíte dobře, nevíte, co Vám je, a bojíte se jít k lékaři.“). „Těm, kteří chtějí změnit životní styl anebo stravovací návyky, poradí jak.“ (nestránkováno) Romský pacient není viděn primárně jako terč osvěty týkající se péče o individuální zdraví, ale jako osoba, která je nadána právy, s jejichž naplněním může potřebovat pomoci. „Dále Vám pomůže s řešením hygienických závad v bytě, s využitím práva na preventivní prohlídky hrazené ze zdravotního pojištění a dalšími podobnými problémy, které Vás mohou trápit.“ (nestránkováno)

Obecněji, v oblasti sociální pomoci, volá po participativnějším přístupu a navýšení kapacit a financí v sociálních službách dokument *Strategie romské integrace*. „Dlouhodobě se také potvrzuje, že nejúspěšnější jsou sociální služby s velkou mírou participace na životě ‚klientů‘, jejich zapojování, nejlépe prostřednictvím komunitní práce. (...) Trendem by měl být posun klienta od terénní formy služeb k ambulantním formám, které vyžadují jeho větší odpovědnost a spolupráci.“ (s. 65)

Cílem analýzy bylo získat odpovědi na následující otázky: Jakým způsobem jsou v dokumentech prezentováni Romové jako aktéři ve vztahu ke zdraví? Jaká role je jim přisuzována? Nakolik se počítá s jejich účastí?

Dokumenty ukazují, že často jsou Romové jako aktéři ve vztahu ke zdraví nerozeznáváni – nejsou pojmenováni a téma zdravotních nerovností u této skupiny populace se skrývá za pojmy, jako je „rizikový segment populace“ nebo „vulnerabilní skupiny“, což je označení, které v sobě neobsahuje mnoho aktérství, a pokud ano, tak spíše to negativně vnímané (rizikové chování). Snižování zdravotních nerovností a investice do něj je navíc zdůvodňováno spíše ekonomicky a utilitárně než ideově: to, co společnosti přináší zlepšení zdravotního stavu Romů, je „zvyšování zaměstnanosti obyvatel v národním hospodářství“ (*Zdraví 2030*, s. 55).

Romové jsou ve vztahu k vlastnímu zdraví vnímáni jako ti, kteří mají „špatný“ životní styl, jsou nezodpovědní a zanedbávají péči o zdraví (obvykle ve smyslu interakcí s oficiálním zdravotnickým systémem). Mají také nedostatek informací o svých právech a povinnostech a nízkou zdravotní gramotnost. Řešením této situace je „osvěta“, jejíž náplň je definována majoritou a jejíž provedení je přizpůsobeno specifikům jejich příjemců tak, aby mezi ně co nejlépe pronikla (někdy je legitimní je i trochu postrašit). Podpora zdraví má přispět k tomu, aby lidé lépe „pochopili“ význam zdraví, aby přijali zodpovědnost za svůj zdravotní stav a aby činili volby ve prospěch vlastního zdraví (nebydli nevhodně, správně se stravovali, nezanedbávali prevenci). V rámci podpory zdraví je důležité, aby lidé, kteří s Romy pracují, znali jejich specifika a uměli se jim přizpůsobit. Toto přizpůsobení je vnímáno ryze pragmaticky, jako důležitý nástroj pro prosazování toho, čeho chce v oblasti zdraví majorita dosáhnout.

Dokumenty, které vedle nebo namísto individuálních příčin horšího zdravotního stavu Romů popisují příčiny strukturní, se zabývají obvykle dostupností zdravotní péče – jak fyzickou, v níž brání ekonomické bariéry a nedostatek lékařů v určitých regionech, tak faktickou, v níž brání diskriminace a předsudky – nebo nevhodnými životními podmínkami, především nízkou kvalitou bydlení. Romové jsou zde vnímáni jako ti, jejichž integraci brání majorita, u které by se také měla hledat náprava (ať už se jedná o posílení financování terénních služeb, nebo tlak na pojišťovny).

Partnerství či participace jsou vnímány především jako lepší péče o individuální zdraví, přijetí zodpovědnosti, nikoli spoluúčast v rozhodování. Aktérem v oblasti odstraňování zdravotních nerovností je majorita, která definuje „cestu“, kterou je třeba Romům ukazovat, nebo to, k čemu je potřeba občany „stimulovat“. Spíše než důraz na autonomii a participaci zde vnímáme důraz na edukaci, která má pomoci v převzetí individuální zodpovědnosti za vlastní osud.

Analyzované dokumenty obsahují řadu **prvků asimilace**: především vidí jako zodpovědnost samotných Romů, aby se přiblížili majoritě v jejím chápání zdraví a jednání ve vztahu k nemoci a zdraví. Navrhované strategie a opatření se řídí primárně tím, co jako prioritu definuje majorita, nikoli problémy či potřebami samotných Romů. Romové jsou v dokumentech zobrazováni jako ti, kdo „nesedí“ zbytku společnosti (McGarry, 2012), jejich skupinová identita a praktiky jsou popisovány jako něco, co brání dosažení kýžených cílů v oblasti zdraví, a jejich přizpůsobení je vnímáno jako nezbytné přijetí zodpovědnosti. Změny a opatření na straně společnosti jsou naopak zmiňovány výrazně méně.

3. Sociální determinanty zdraví Romů žijících v sociálním vyloučení s důrazem na dostupnost zdravotní péče

Tato část zprávy obsahuje zjištění z polostrukturovaných rozhovorů a fokusních skupin o sociálních determinantách zdraví z pohledu Romů žijících v sociálním vyloučení a dalších zainteresovaných aktérů (viz obrázek....). V rámci tohoto výzkumného úkolu bylo naším cílem zachytit všechny druhy podmínek, které v lokalitách, kde žijí vyloučení Romové, ovlivňují jejich zdraví. Postupovali jsme prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a fokusních skupin se zainteresovanými aktéry. Rozhovory byly zaměřené na perspektivy daných aktérů ohledně předpokládaných, případně i dalších SDZ determinujících zdraví cílové populace, včetně sociálního vyloučení a dostupnosti zdravotní péče. Metodologii tohoto výzkumného úkolu naleznete od strany č. 20.

V této nejobsáhlejší části zprávy jsou příspěvky logicky seřazeny od nejdistančnějších témat a determinant zdraví k těm proximálním. Tedy od nejobecnějšího ke konkrétním zkušenostem participantů výzkumu.

3.1 Anticikanismus, společenský diskurz a diskriminace

Anticikanismus je definován jako specifický rasismus vůči Romům, který zahrnuje nejen projevy a praktiky jako násilí, projevy nenávisi, vykořisťování, stigmatizace a nejhorší druhy diskriminace, ale také různé implicitní a skryté projevy (Rada Evropy, 2011; Dijksterhuis a kol., 2016), a je vnímán jako překážka bránící spravedlivému a rovnému přístupu Romů ke vzdělání, zaměstnání, bydlení a zdraví (FRA, 2019). Pokud je ve všech společenských strukturách přítomný anticikanismus, bez ohledu na to, zda je přímý a otevřený, nebo skrytý a podvědomý, bude představovat fundamentální příčinu nezdařených pokusů lidí uniknout z nepříznivé situace a překonat komplexní důsledky sociálního vyloučení (Filakovská, 2018). Přítomnost anticikanismu jako faktoru, který lze považovat za fundamentální příčinu horšího zdraví a přístupu k zdravotní péči (Belák, 2019), byla znatelná ve všech střešních kategoriích témat objevujících se ve výpovědích jak Romů v SVL, tak ostatních aktérů. I když téměř žádný z respondentů nepoužil přímo pojem anticikanismus, ve výpovědích jsme zaznamenali všechny výše zmiňované pojmy, které jsou součástí jeho definice, jako je diskriminace, násilí, nenávisť, stigma či popisování a pojmenování situací svědčících o implicitních či skrytých projevech anticikanismu. Společenský diskurz poznačený anticikanismem a s tím související stigmatizace a diskriminace významným způsobem ovlivňují také socioekonomický a politický kontext a způsob utváření veřejných politik.

Nejen důsledky, které z diskriminace pramení, ale také samotná etnická diskriminace nebo případné obavy z etnické diskriminace mají prokazatelně významný vliv na fyzické i duševní zdraví (Williams a kol., 2008), proto je důležité podívat se blíže na výpovědi Romů a Romek v sociálním vyloučení, pojmenovat a popsat jednotlivé oblasti života, v nichž se s diskriminací setkávají.

Romové v Česku jsou prokazatelně diskriminováni na mnoha úrovních každodenní existence, ať už v oblasti bydlení, vzdělávání, či v přístupu na trh práce (FRA, 2016; ENAR, 2017). Vztah české společnosti k Romům je dlouhodobě řádově horší než u ostatních národnostních skupin, které v Česku žijí; například 55 % dotazovaných v

Česku uvedlo, že za souseda nechce mít Roma, což je nejvyšší procentuální výsledek z dotazovaných zemí Evropské unie (Úřad vlády, 2017).

Patrně nejfatálnější vliv na stávající postavení Romů v Česku má diskriminace na úrovni bydlení, vzdělávání a zaměstnávání, přičemž všechny tři oblasti jsou vzájemně propojené. Sídelní segregace Romů je jednou z primárních příčin segregace ve vzdělávání – segregované školy totiž často vznikají právě v oblastech, kde žijí Romové v sociálně vyloučených lokalitách. Segregované základní školství zase vychovává jedince, jejichž vzdělávací dráhy končí předčasně a jejich perspektiva na trhu práce je velmi omezená (rovněž z důvodu etnické diskriminace v zaměstnávání).

3.1.1 Vztahy s majoritou

Vztahy mezi majoritou a romskou menšinou jsou v České republice dlouhodobě vnímány jako velmi vyhocené. Potvrzuje to i výzkum Trendy – Vztah veřejnosti k Romům (STEM, 2012), podle jeho výsledků mají dvě třetiny příslušníků majority k romské menšině negativní, až odmítavý vztah, pětina vnímá Romy jako ostatní spoluobčany a jen zanedbatelný podíl příslušníků majority má k Romům dobrý nebo velmi dobrý vztah. Uvědomění předsudků, které má vůči nim majoritní společnost jsme zaznamenali i u samotných Romů v SVL. Ty často manifestují v slovních či fyzických útocích.

„Ale to aji v obchodě, všude kam jdete, voni vás tam třeba sledujou, abyste něco nevzala a za bilíma nejdou a jenom za námi furt. No, ale v samoobsluze mám kámošku, ta mě zdraví jménem například, ta nás zná, tak ví, že my nekradem, jo.“

(Romka v SVL)

„Stává se, že jak jdou třeba na zábavy [mladí lidé – pozn. autora], a tak začnou křičet, že cigáni a tak. Ale ne často. Ne často.“

(Romka v SVL)

„On šel a zbili ti holohlaví a má otřes mozku.“

(Romka v SVL)

V našich rozhovorech jsme se zajímali o vztahy Romů v SVL a příslušníků majoritní společnosti z pohledu Romů v SVL. Zaznamenané byly zkušenosti s různými druhy vztahů: přátelské vztahy, náhodné kontakty s členy majoritní společnosti, kontakty s úřady a institucemi. Participantů se vyjadřovali o vztazích s členy majoritní společnosti na více úrovních, od té obecné až po vztahy v nejbližším okolí a sousedství.

Sousedské vztahy Romové v SVL popisovali z hlediska dlouhodobější perspektivy. Pozitivní zkušenosti se sousedy z majority se vyskytly spíše ojediněle. Převažovaly neutrální interakce, poznamenané nezájmem obou stran o budování bližších sousedství a snahou vyhnout se konfliktu. Některé sousedské konflikty Romové v SVL připisovali rozličnému životnímu stylu.

„Já si posedím dole u baráku, dám si s nima kávu, jako já nemám problémy. Mám kluka, co vyrostl s nima, normálně se furt s nima baví. Děcka chodí tady ke mně, chodí jeho kamarádi na kávu, dám buchtu, sedí se, nají se.“

(Romka v SVL)

„Tak my tady vůbec neděláme konflikty s lidma, jako že bysme něco začali jako susedi... Oni jsou takoví uzavření. Nás to prostě nezajímá. My máme svoji rodinu, děláme si svoji práci a to nám stačí.“

(Romka v SVL)

„My se pozdravíme ‚Ahoj‘ - ‚Ahoj‘ a to je všechno. Jinak se nenavštěvujeme vůbec.“

(Romka v SVL)

„My jsme takoví hlučnější tím, že se rádi bavíme. Že máme rádi hluk, jako že slavíme křtiny, narozeniny a všechno děláme, že popijíme, s rádiama, hudbou. A tohle by asi Češi nepřekousli. Oni – jako že pustíte si rádio na plný kule, a to už je problém, jo.“

(Romka v SVL)

Někteří Romové v SVL v rozhovorech reflektovali také svůj postoj k majoritní společnosti obecně. Opakovala se zkušenost s rasistickými postoji členů majority. Ojediněle byl popisován pozitivní vztah k členům majoritní společnosti, pozitivní vztah k lidem obecně.

„S některýma se dá mluvit, s některýma ne. Některí vidijou, že jste Rom, tak se mnou vůbec nemluvijou. A dělají, že vás nevidí. Takový je to. Já lidi беру tak, jaký jsou, a pokud nemají zájem se s tím člověkem bavit jako s Romem, tak prostě je obejdu a jdu.“

(Romka v SVL)

„Protože tady je naprosto v pořádku v Čechách, že prostě si do cikána kopnete. Že to je jako blondýna nebo cikán. To je jedno, to je dost podobný, jo. Vtipy jsou dovolený, jasně, všichni se tomu rádi smějeme, a když jde o cikány, no tak názor na to je prostě jasnej.“

(Rom v SVL)

„Upřímně, jako já mám ráda lidi, i bílé lidi, fakt, já to neřeším, jestli je bílej. A to není jenom, že nevidím, já prostě, když má někdo charisma, a je i bílej, ale prostě já to neřeším. My neřešíme původ nebo tak. My to neřešíme. My si je připoutáváme k srdci, že.“

(Romka v SVL)

V kontaktech s úřady a institucemi někteří Romové v SVL popisovali, že se často cítí pod tlakem z toho, že si připadají pozorovaní a očekává se od nich reakce považovaná majoritní společností za selhání.

„Musíme tam automaticky čekat, že jsme cikáni, že už vijou, že nechodíme do práce a takový. Že nám nic není vlastně. Že my, když jdeme k té doktorce, takže si jdeme jenom něco navymýšlet. Prostě oni to takhle pořád naznačujou.“

(Romka v SVL)

V rozhovorech s ostatními aktéry se objevovaly rozličné názory na existující bariéru mezi Romy a majoritní společností – od názoru, že odstup je něco, co si Romové sami přirozeně budují, až po názor, že je to možný následek frustrace z nepřijetí majoritní společností.

„Ono to má eště druhou stránku, a to je jejich přirozenej odstup od nás, od té většiny, a tu, čím jim je hůř, tím oni si to víc budou jako svou hradbu a ochranu...“

(lékař)

„Žijí odděleně a je to něco jiného, ale oni k sobě nikoho nepustí, oni prostě mají vlastní komunitu a do ní jen tak nepustí nikoho, ani oni z ní nevyjdou ven. Ty problémy vnitřní, který oni mají s nepřijímáním ze strany majoritní společnosti... To se stačí podívat do médií. Prostě být Romem, tak mám žaludeční vředy za půl roku. Mediální obraz Romů... to taky si myslím, že může hrát u nich roli, protože je hází všechny do jednoho pytle.“

(pracovnice obecního úřadu)

„Pro unikátního Roma je strašně těžký se z toho schématu vymanit. Prostě on je vzdělaný, chytrý a loajální vůči společenským pravidlům, má obrovský problém přesvědčit o tom většinovou společnost a prosadit se.“

(terénní sociální pracovník NNO)

„Není vůle k tomu, aby je lidi přijmuli. Dokud je nepřijmou i do vedlejšího bytu a nebudou prostě s nima sousedit, bavit se a mluvit a nenechají svoje děti se přátelit s něma, tak se to nikam neposune.“

(terénní sociální pracovníce)

„A v tomto případě u těch Romů je to fakt, jako kdyby tam ty předsudky prostě jsou. Ono jako – a teď nepřeháním, jo –, ale vemte si to, že to není jenom v té zdravotní oblasti, to máte v jiných oblastech, v bydlení, v zaměstnanosti, jo, ono se to s tím jako kdyby potkáváte často. A ty lidi už jsou demotivováni, a hlavně jsou frustrováni z toho, že nejsou přijmuti ze strany majority.“

(terénní sociální pracovník NNO)

Zajímavá byla výpověď Roma ze skupiny ostatních aktérů, jeho osobní zkušenost s bezproblémovým přijetím a zároveň svědectví rasistického chování kamaráda na sociálních sítích. Tato skutečnost naznačuje vedle pozitivních či negativních zkušeností i existenci ambivalentních vztahů a z nich plynoucí smíšené pocity ohledně kontaktů s členy majoritní společnosti. Popsány byly i fyzické útoky ze strany majoritní společnosti z důvodu partnerského vztahu s členkou majoritní společnosti. Zároveň bylo vnímáno, že pokud členové majority takový vztah respektují, sami se stávají terčem útoků.

„Já mám kamaráda, fakt jako docela ho znám, i z tréninků a takhle. A když jsme třeba na tréninku, tak se se mnou baví úplně jako normálně, jo, žádný prostě poznámky nebo něco takovýho. Ale když třeba čtu jeho příspěvky na Facebooku, tak si vůbec říkám, proč se mnou kamarádí... Já si tohle nedokážu vysvětlit, jako že vám řekne, že mu nevadíte, a zároveň třeba napíše rasistický věci na Facebooku. Tak já potom nevím, co si mám o tom člověku myslet.“

(terénní sociální pracovník NNO)

*„Staly se mi dost ošklivé věci i s mojí přítelkyní, která je bílá. Moji přítelkyni napadali, jak jsme někam šli, tak ji napadali, nadávali jí do černých k**v. Kolikrát nás zbili na diskotékách a takhle... Měli jsme spolu děti, nám je chtěli přejet, přejet autem náckové, autem prostě... Víte co, ono je problém v tom, že tady třeba je spousta, chvála bohu za to, lidí i z majority, který to vidí jinak. Ale ti jsou často bití, jo?“*

(terénní sociální pracovník NNO)

Ostatní aktéři reflektovali podobně jako Romové v SVL potíže s předsudky při kontaktu s úřady, například při posuzování nároku na dávky nebo posuzování nároku na invalidní důchod.

„Tam, kde prostě jakoby probíhá nějaký posuzování, kdy to je dávka, která je sice jako nároková, ale prostě záleží na tom, že jo, jak tě kvalifikuje ta odborná komise, takže tam prostě naráží se na ty předsudky.“

(metodička terénní sociální služby NNO)

Vztahy mezi Romy a majoritní společností jsou dlouhodobě považovány za problematické, až negativní, což potvrzují i výzkumy veřejného mínění, a jsou poznamenány nedůvěrou a nepochopením na obou stranách. Vzájemná komunikace je zatížena předsudky a stereotypy.

Obě skupiny aktérů popisovaly vztah Romů v SVL a majoritní společnosti jako formální vztah bez zájmu o bližší kontakt. Dle některých Romů v SVL tento distanc vyplývá z předešlých negativních zkušeností s příslušníky majority. Kromě této skutečnosti někteří z ostatních aktérů popisovali tento stav jako volbu Romů vědomě si budovat odstup od majoritní společnosti. Nedůvěra komplikuje přístup Romů ke službám, které společnost poskytuje svým občanům, protože tyto služby jsou realizovány převážně příslušníky majoritní společnosti. To se týká také zdravotní péče, které jsme věnovali zvláštní pozornost v kapitole ...

3.2 Rom žijící v sociálním vyloučení

Tato kapitola se věnuje základním demografickým charakteristikám cílové skupiny a soužití jejích členů v rámci rodiny a komunity. V realizovaných rozhovorech jsme zaznamenali některé podstatné demografické faktory, které souvisí se zdravím a/nebo na něj mají vliv. Charakteristika participantů výzkumu je uvedena v metodologické části (od str 20).

Romové mají v české demografii specifické postavení. V roce 1989 přestali být centrálně evidováni a v oficiálních sčítáních lidu po tomto období si každý občan mohl zvolit národnost podle vlastního uvážení. Velikost populace Romů v ČR je v současnosti odhadována na základě porovnávání dat z období, kdy byla tato data centrálně sledovaná, a odhadů odborných institucí. V roce 2018 byl tento odhad okolo 240 tisíc Romů. Kvalifikovaný odhad komplikuje migrace Romů ze Slovenska do Čech a z Čech na Západ.

Co se týká původu Romů v SVL v sledovaném souboru, někteří dle rozhovorů pocházejí ze Slovenska anebo se narodili v ČR a ze Slovenska pocházejí jejich rodiče. V České republice je situace Romů a romských rodin výrazně ovlivněna obdobím asi 40-ti let asimilačních tlaků v době socialismu (roky 1950-1988), kdy bylo běžné rozsídlování extenzivních Romských rodin v ČSFR (Davidová, 2011) ze Slovenska do Čech a Moravy.

„Maminky maminka bydlela v Ostravě, ale pocházeli ze Slovenska.“

(Romka v SVL)

„Narodila jsem se na Slovensku. Šest roků jsem měla, když jsme přišli. Nechápu, proč jsme tu přišli.“

(Romka v SVL)

Většina participantů zmiňovala častou migraci také v rámci ČR (více v kapitole Bydlení). Jen ojediněle bylo zaznamenáno, že strávili celý svůj život v jednom městě. Důvody stěhování, které uváděli, byly nejčastěji partnerské nebo rodinné vztahy.

„Tak tady bydlím celý život. Odmalička tady vyrůstám, bydlím. Jen jsem vystřídala více ulic.“

(Romka v SVL)

3.2.1 Rodina

Rodina je základní institucí romského společenství, jejíž význam je v mnoha oblastech (socializace, akulturace, citový a společenský život) větší než význam rodiny pro příslušníka majority. Celá řada funkcí, kterou v majoritní společnosti přebírají částečně či zcela jiné instituce, zůstává u Romů v kompetenci širší rodiny. Nicméně tradiční role romské rodiny je přitom oslabována současnými trendy a vzorci chování (Davidová, 2011). Romské rozšířené rodiny se musejí přizpůsobit životnímu stylu ve městech a také v bytových podmínkách, které jsou pro ně dostupné.

Stejně jako u majoritní společnosti je základní jednotkou romské rodiny pár, který nemusí být úředně kodifikován. Rodinný stav Romů v SVL byl reprezentován manželskými svazky anebo partnerskými vztahy. Někteří participanté popisovali v rozhovorech dlouhodobé partnerství jako štěstí a byla v nich akcentovaná důležitost

věrnosti a porozumění mezi partnery/manžely. Rozvod byl zmiňován ojediněle. V některých lokalitách se ojediněle objevily zmínky o partnerských vztazích mezi příbuznými, většinou sestřenicí a bratrancem.

„Mám štěstí na manžela. A na děcka. Jsme spolu už dlouho, hodně let. Jejej, 17, přes 17 let, no.“

(Romka v SVL)

„Naši chlapi nejsou také baby, že s tebou žiju a jdu za jinou nebo tak, toto ne. Jinde se to dělá, ale u nás tady ne. Tady to je slušná rodina.“

(Romka V SVL)

Některé participantky zmiňovaly, že žijí v neúplné rodině nebo v neúplné rodině vyrůstaly. V rozhovorech toto téma v rámci partnerského vztahu reflektovaly jen Romky v SVL.

„Já teďka jsem ve stresu... Partner mě nechal, ten otec dětí. Já jsem s ním byla 16 let, no. Před rokem jsme se rozešli, on si našel jinou, tak mě to vzalo.“

(Romka v SVL)

„Ale kde až mám kořeny, to vůbec nevím, protože můj otec mě nevychoval. Znali jsme se jenom z vidění. Jak jsem byla větší, tak jsem už chtěla vědět, kdo je a odkud pocházím třeba já. Tak jsem si je už našla. Otec byl Rom. Vztahy s nima jsem ale moc nenavazovala.“

(Romka V SVL)

Ve výpovědích někteří participanté popisovali existenci či rozpad smíšených vztahů Romů s neRomy. V souvislosti se smíšenými vztahy byl ojediněle prezentován názor, že v současnosti došlo k posunu ve vnímání legitimacy smíšeného česko-romského partnerského vztahu.

„Mám mámu bílou, táta je Rom. Nestýkají se vůbec od malička, vůbec. Oni se rozešli a on mě nevychoval, otec.“

(Romka v SVL)

„Dneska už je to normální, já říkám, to je dobře, mějme se všichni rádi, ať jsme takoví nebo takoví. Dneska už je to normální. Kdysi to u Romů nebylo, aby si Romka vzala Čecha. Dneska už je to běžná věc. A opačně. Kdysi by vás vydělili rodiče. Možná ještě některý dneska jsou takový, jo? Ale přijde to už jako normální. Kdysi to nebylo.“

(Romka v SVL)

Většina Romů v SVL, se kterými byly realizovány rozhovory, pocházela z mnohodětných rodin. Participanté nejčastěji zmiňovali čtyři až deset dětí v rodině. Vnímání toho, kdy je pro ženu vhodné být matkou, je také odlišné od postojů v majoritní společnosti. Romky v SVL mají první dítě nejčastěji do 20 let, často však také do 16 let. Někteří v rozhovorech vyjádřili názor, že současné mladé rodiny už mají děti méně, odhadem dvě až tři. Ojediněle se vyskytl názor, že počet dětí v rodinách se

oproti minulosti snižuje proto, aby jim rodiče mohli dopřát vyšší životní standard. Tento názor byl prezentován ženami, které byly samy bezdětné nebo měly jedno dítě.

"Toto je radost jako. Někdo ty děti nemusí. Nemůže mít, že? Ale my je máme. I když je máme tolik, ale je to radost."

(Romka v SVL)

"Vlastně jsme spolu chodili a pak jsem otěhotněla v 17 ti a v 18ti jsem měla toho jednoho. No, a pak už to šlo postupně. Byl jeden, pak druhý, třetí, čtvrtý a tak."

(Romka v SVL)

„Chtěj více dopřát těm dětem, že jo. A pokud je jich víc, tak prostě nemůžou mít všechno. Když maj třeba 2 děti, tak jim můžou dopřát víc.“

(Romka v SVL)

Výše bylo zmíněno, že Romové fungují v rámci tzv. rozšířených rodin. Do tohoto okruhu (*famelija*), jsou zahrnováni rodiče partnerů, jejich rodiče, bratři a sestry rodičů partnerů, bratři a sestry partnerů jejich dětí, děti jejich sourozenců, případně další osoby příbuzensky spřízněné (Davidová, 2011). Jedná se tedy o poměrně širokou síť. Vysoká rodinná sounáležitost je také jedním z faktorů, který zmírňuje stres Romů v SVL (viz. kapitola **Stres související s životem v sociálním vyloučení**) a poskytuje i praktickou pomoc v různých životních situacích. Ojedinele Romové v SVL sdělovali, že se se širší rodinou nestýkají a to pravděpodobně z důvodu přetrhaných rodinných vazeb příbuzných žijících v jiných lokalitách.

"Tak jak my sme vyrůstali, žijeme. Mí švagři třeba její bráchové, já třeba mám bráchy. Se švagrovýma to tak nemám - my to tak nemáme, máme ženský se ženskýma a chlapi s chlapama. No ale třeba bráchové, když něco se děje, tak je na ně spoleh. Já ve tři hodiny zavolám, stalo se něco, oni vstanou za chvíli sou tady. Taxíkem jesli budou utíkat, jesli autem... A oni mají zas na mně spoleh."

(Rom v SVL)

„Půjčí si to [peníze - pozn. autora] od bráchy nebo od strejdy, od tety nebo od bratrance, jo? Pokud to de... protože je to rodina, tak třeba na něho počká. Řeknou, jak budeš mít, tak mi to dáš, jo?“

(Romka v SVL)

o důležitosti opory rodiny při hospitalizaci: *"Tím vlastně ju jako přizpůsobujete, že jí dáváte takovou energii, že je s vámi a lásku. To potřebujete hlavně k životu. Co jinýho byste potřebovali? Sám být? Potřebujete oporu co nejvíc."*

(Romka v SVL)

„My se třeba stýkáme, my se nevidíme dva dny a už co je? Její bratr třeba má šest dětí, já mám tři a vyrůstají spolu, ať se mají rádi, ať když

se něco bude dít, jsou spolčení. My jsme věděli, že máme ochraňovat třeba sestřenicu, když něco."

(Rom v SVL)

"Já mám akorát rodinu v [název většího vzdáleného města], tam mám sourozence a s tyma se nestýkám. Každý už má svoji rodinu. (...) Tady já si radši vypomůžu sám, já se nikoho neprosím. Protože někomu jednomu podáte prst a oni se pak chytanou celé ruky."

(Rom v SVL)

Někteří další aktéři potvrzovali sdělení Romů o rodinné sounáležitosti a oceňovali tento jev. Míra pomoci, kterou širší rodina poskytuje může být závislá od konkrétní situace. Z toho vyplývá i jistá kontrola a vliv, který tato širší rodina na své členy má (pokud nerespektují hodnoty a poškozují rodinu). Ojediněle se vyskytly i zmínky o tom, že rodinná soudržnost se rozpadá, zejména kvůli časté migraci rodin (což potvrzuje také ojedinělá sdělení Romů v SVL).

"Ale soudržnost jako taková, když bydlí třeba v jedné vesnici rodina, tak se jako navštěvuje. Nebo i ve městě tady vlastně. To je jedna velká rodina a jako navštěvují se. No."

(terénní sociální pracovnice NNO)

"Já myslím, že jak jsou semklí v rodině, tak že to jako hodně řeší si v tý rodině [problémy - pozn. autora]. Že třeba u nás to není takovým zvykem, ale oni díky tomu, že jsou opravdu semklí, tak si myslím, že ti rodinní příslušníci a to jejich okolí je, jakože si to dokáží posdílet a oni je v tom podržet. To si třeba myslím, že, že to třeba u nás takhle není."

(terénní sociální pracovnice NNO)

„I u nás se rozlišuje, u Romů, že ano on tedka ztratil práci, bude čtyři měsíce bez práce, tak já jako brácha, bratranec, rodinný příslušník ho podržím tu jeho rodinu. Anebo vidím, že on v podstatě nedělá celej život jo, ta návratnost není žádná. Tak mu můžu poskytnout pomoct v tým „Dobře, přines mi děcka, já ti je nakrmím, ale víc ode mě nedostaneš ani korunu.“ Takže to je zas k temu hladu, že nenecháme ty hladový lidi mezi sebou, ale jak je opravdu člověk už neproduktivní i vůči té rodině jo, tak to pouštíme."

(členka romské NNO)

"Tam se rozpadá ta soudržnost rodin, jo, protože oni třeba jedna rodina je tam, druhá rodina je tam. Taky je to prostě historický relikv mozná, který nebyl u bílejch rodin, že když se něco dělo v té rodině u těch dětí myslím, tak vždycky byl někdo po ruce, kdo pomohl. To u bílých rodin není, protože tam je vlastně nukleární rodina a pak sou nějakí příbuzní a není tam taková jakoby soudržnost od bratranců všech, co se počítaj. Ale to je taky prostě pryč už." [u Romů - pozn. autora].

(pracovnice krajského úřadu)

V rámci rodin se vyskytla i sdělení o negativních jevech: dysfunkčních rodinách, domácím násilí, závislostech v rodině, rozpadu rodiny či nepříznivých událostech v dětství. Tato sdělení jsou podrobněji rozpracována v kapitole Stres a jeho vliv na zdraví.

"Zdá se mi, že taková ta funkční romská rodina, že to se vytrácí. Jestli bych řekla, že z těch 40ti-48, že je tady funkční 3,4 rodiny, tak to je moc. Já si myslím, že i to je problém, že ty děti nemaj tu jistotu, v tom rodinném zázemí. To tam není. V podstatě ty špatné vzory, co oni teď si prožívají, tak si ponесou s sebou dál."

(ředitelka ZŠ s převahou romských žáků)

"Domácí násilí, když už je to častý, jsou u toho děti, zasahuje to do rodin, jo, tak to už jo. To už se jako fakt jako řeší. A řešijou to i rodiny, jo. (...) Ale nevyhledává se nějaká prostě jako odborná pomoc, jo? Většinou je tam přizvaná policie, ale nějak dál se to neřeší. Já jsem řešil pár věcí, ale u nás [Romů - pozn. autor] je to prostě tak, že ani v jednom případě jsem se nesetkal s rozvodem. Oni se jako pobili, porvali nebo něco, ale vždycky se vrátili zpátky."

(terénní sociální pracovník NNO)

Co se týká demografických charakteristik komunity Romů v SVL, mnozí z participantů anebo jejich předkové pocházejí ze Slovenska. V rámci ČR většina participantů často migruje. Rodina je základní institucí romského společenství, přičemž oproti majoritě se Romové vztahují vedle nukleární rodiny i k tzv. rozšířené rodině. Byly zaznamenány určité změny v podobě romské rodiny. Ojedinele se vyskytovaly názory, že se počet dětí v rodinách oproti minulosti snižuje a že rodiče začínají uvažovat o tom, že při nižším počtu dětí jim jsou schopni dopřát vyšší životní standard. Dlouhodobá partnerství byla popisována jako štěstí a byla v nich akcentována důležitost věrnosti a porozumění. Rozvod byl zmiňován ojedinele. Ojedinele se vyskytoval i názor, že v současnosti je vyšší legitimita smíšeného česko-romského vztahu v porovnání s minulostí.

3.2.2 Socioekonomické postavení

3.2.2.1 Identita Romů

V rozhovorech s Romy v SVL a s dalšími aktéry jsme zachytili dvě silná témata, která souvisejí s identitou Romů. Byla to témata etnicity a míry aktérství jednotlivců. Postavení Romů v SVL je dáno mnoha faktory, které ovlivňují, jak se vidí samotní Romové a jak je vnímá majoritní společnost. To, jak se Romové cítí být přijímání společností, silně ovlivňuje jejich míru aktérství.

Etnicita Romů

Dle slov participantů z řad Romů v SVL se většina Romů cítí být součástí společnosti a vnímají se jako Češi. Jsou přesvědčení o tom, že by je tak měla vnímat i majorita. Zároveň jsou však hrdí, že jsou Romy, a proto velmi uznávají své zásady a tradice a v

některých případech podle těchto přesvědčení jednají. Dle slov většiny participantů Romů se jich dotýká, když někdo Romy diskriminuje nebo se k nim chová rasisticky. Neustálé dokazování opaku a obhajování sama sebe je náročné a většina Romů nakonec těmto předsudkům podlehne a přijme je za své. Neúspěchy a neschopnost vymanit se ze sociálního vyloučení vlastními silami vytváří obraz vlastního sebehodnocení a přesvědčení o tom, že má majoritní společnost možná pravdu a že na některé věci jako jedinci nemají.

„Já jsem český občan, mám to i v občance, já jsem nikdy nežila v romském státě, ani žádný neexistoval, ani není. Já jsem se narodila tady, jsem český občan a víc mě nezajímá.“

(Romka v SVL)

„Tak aj my jsme – jako máme národnost českou –, my jsme se narodili v Česku, to je jasný, že jsme Češi, jo? Ale to samý vy jste Češi, my jsme cigáni. (...) Tak cítím se jako Češka, tak jasně, tak tady už bydlím v Česku, tak musím být Češka.“

(Romka v SVL)

„My Romové máme svoje tradice, zásady a někdy víc jednáme podle tradic než podle toho, jak bysme měli jednat.“

(Romka v SVL)

Někteří další aktéři, se kterými jsme vedli rozhovory, hovořili o tom, že se Romové nijak neliší od majoritního obyvatelstva. Dle některých dalších aktérů může být velkým problémem, že Romové přebírají předsudky majority za své a mají na sebe stejný názor jako majorita, což se pak promítá v nižší sebehodnotě.

„Já jsem kromě sebe nepotkala Roma, který by byl v pořádku s tím, že je Rom. I když to tvrdí, tak je zatím obrovské sebe-ponížení. Romové mají na sebe samy názor, jaký má majorita, že jsou vlastně zlí, nepřizpůsobiví, neschopní lidé. A s tímhle pocitem o sobě se strašně těžko žije mezi lidma kolem. To souvisí s tím, jaké cíle si dávají do života, na kolik jako předpokládají, že se jim podaří uspět.“

(psycholožka)

Míra aktérství jednotlivců

Míra aktérství a angažovanosti vyplývá jak z individuálních schopností a motivace, tak z vlastních zkušeností Romů. Výsledek aktérství jednotlivců je vnímán jako něco, co je mimo kontrolu samotného aktéra. Romové v SVL se často setkávají s tím, že jejich snahy o aktivní řešení situací v různých oblastech života vedou opakovaně k neúspěchu a následné pasivitě. Nízká vnímaná míra kontroly nad výsledkem snažení aktéra, víra v reálné možnosti ovlivňovat věci svým jednáním a z toho vyplývající frustrace mají vliv na aktivní přístup k řešení oblastí života, jako je zaměstnání, vzdělání, bydlení či čerpání zdravotní péče. Také proto v případech vnímané nespravedlnosti, když se Romové v SVL snaží zasadit o svá práva, využívají často spolupráci a pomoc sociálních a jiných služeb.

„Víte, jak se to říká, Roma vždycky do jednoho pytla dají, že. A může Rom být, já nevím jaký, čistý, ale vždycky řeknou: Je to prostě cikán, tak cikán bude.“

(Romka v SVL)

„Ale my nevyhrajeme v ničem, prostě to je. Já jsem šel třeba na byt a říkám: ‚Mě nevezmete.‘ Nebo jsem to řešil i se sociálkou. Sociálka říká: ‚Oni vám to nemůžou říct, že cigán, to už je rasistickéj podtext.‘ Říkám: ‚Tak dyž mi nevěříte...‘ Tak jsem vzal telefon a asi pět hovorů, říkám: ‚Jsem Rom.‘ – ‚Ježíš, to se omlouváme, to my nemůžeme brát.‘ No, a ona říká: ‚Tak máte pravdu. S tím nic neuděláme, to prohrajete.‘“

(Rom v SVL)

„My se vám ozvem.‘ Tak už je na pohovoru, všechno, a oni nakonec mu řeknou, že nemají místo. Tak na co ho tam voláš? K čemu? Je to divný. Aj ta moje dcera říká: ‚Ne, matko, já tam nepudu.‘ Já říkám: ‚Tak nechod nikdy už, máte pravdu, že zbytečně.‘ Všechno, co dělají, zbytečně. Ten můj zeť, od tej holky, tak ten je vyučený kuchař a taky dodnes nemá práci. Nemá, chodí. A ten teda fakt chodí, ten je dřič. On se postaví všemu. Nemá dodnes práci. Jak jde s vyučením listem, tak nic, jak kdyby ho neměl. A potom tam ty mladý, fakt ty moje děcka, konkrétně to řeknu: ‚A k čemu to je, matko?‘ Já říkám, už aspoň ten dobrý pocit, a už aj když aj tě nevěnou a máš ten papír, tak ty lidi vidijou, že jsi jiný, že máš aspoň ten papír, že si něco pro sebe udělal. ‚No já, to je slávy,‘ mi řekne.“

(Romka v SVL)

lo stížnosti na poskytování zdravotní péče] „Když ta paní přišla [sociální pracovnice – pozn. autora], tak jsme spolu sepsaly stížnost. Za 14 dní říkám, já se nemíním každou návštěvu hádat, to vůbec ne. Já nebudu čekat na přeřazení, to ne. Za 14 dní mě přeřadili. A když s něma mluvím slušně, normálně. To neznamená, že když jsu Romka, tak že tam budu na vás řvát. Normálně, jsu slušná, pěkně s váma mluvím. My si jako na hlavu srat nenecháme, s prominutím, víte co, tak jako.“

(Romka v SVL)

Perspektivy Romů v SVL se do značné míry shodovaly s pohledem dalších aktérů, kteří mnohé aspekty aktérství cílové skupiny i přímo pojmenovávali. Dle dalších aktérů se mnozí Romové dokážou postavit za své zájmy a ozvat se, když nejsou spokojeni. Pro mnohé je to ale těžké vzhledem k nižší komunikační zdatnosti a schopnosti se prosadit, které umožňují efektivní jednání. To může vést spíše k rezignaci než k aktivitě. Míra angažovanosti závisí od toho, zda konkrétní aktér věří tomu, že si své zájmy prosadí, a od motivace či podpory okolí.

lo první kontrole u pediatra] „Když jsem se jich ptal, jestli to proběhlo v pohodě, tak neměli žádnou námitku. Což věřím, že když se jim něco

nelíbí, voni si říknou: ‚Todle ne, to se mi nelíbí. Ty se ke mně chovali tak a tak, tam už nejdu. Ty se mnou mluvili jak, tam už nepudu.‘

(terénní sociální pracovník)

„Musím říct, že když mám rodinu, která začne pracovat, tak mají problém s dluhy. A jakmile začnou řešit dluhy, tak pak začnou řešit i volný čas svých dětí a už mají zájem o život. (...) Takže už jen to myšlení a ta víra v lepší život, když oba dva pracují, se okamžitě změní. A když se to změní, tak najednou mají hrdost a mají pocit nárokovosti. Takže ona, když jde k doktorovi, tak ona už po tom doktorovi vyžaduje, aby to děcko bylo správně ošetřené, aby měly to, co potřebují. A když oni je odbydou, tak se nenechají odbyt a říkají, že platí daně a makaj, že chtěou, aby je ošetřili. Ale dělá to matka, otec to nikdy neudělá. Takže to musí ta matka makat, aby tohle poznala.“

(terénní sociální pracovník)

[o vybavování registrace u lékaře] *„Myslím si, že proto jdou rovnou za náma. Že říknou: ‚Hele, my jsme prostě... nás nikde nevezmou. Sežeňte mi někoho, mě nikde nevezmou. Já už jsem tady všechno voběhla.‘ Že jsou fakt i schopný, jako maminy, který fakt běhají. Oběhají si všechno, i osobně. A prostě, když je viděj, tak jim říknou, že mají plno, že?“*

(terénní sociální pracovníce)

„Ale co mají ty ostatní Romky, je, že eště oni nedůvěřují svému dítěti, že by nějaké vzdělání mohlo získat. Protože ony si myslí, že jsou hloupější než bílí lidé, takže nedůvěřují tomu, že i kdyby ho tam poslali, to svoje dítě, že to má nějaký efekt a že to jejich dítě se jako vzdělá. A když už by tomuhle důvěřovali, tak nedůvěřují, že ta majorita by je přijmala. Takové ty jejich argumenty, které často slýchám, je: ‚No, a mně by stejně to vzdělání bylo zbytečné, protože by mě nikde nevzali.‘ Jakože i tak by mě diskriminovali a nevzali by mě. Takže vlastně taková naprostá nedůvěra v to, že já můžu mít nějakou budoucnost a můžu se tady jako uplatnit prostě, to tak jako určitě není.“

(psycholožka)

Většina Romů v SVL se cítí být součástí společnosti a vnímají se jako Češi. Zároveň jsou však hrdí, že jsou Romové. Vlivem diskriminace a předsudků ze strany majority na jedné straně a zažíváním neúspěchu na straně druhé si ale vytváří obraz vlastního sebehodnocení, který přebírá mnohé ze stereotypů a promítá se také do míry aktérství jednotlivců.

Aktérství ve smyslu schopnosti zasadit se o svá práva v případě diskriminace determinuje to, nakolik jsou Romové v SVL v konkrétní situaci schopni rozeznat, že se jedná vůči nim o diskriminující jednání, a uvědomit si, že i když jsou na takové jednání zvyklí, není to norma a je možné se vůči němu bránit. Dalším faktorem, který ovlivňuje, zda na základě uvědomění, že by se vůči konkrétnímu jednání mohli či měli bránit, dojde k aktivitě, je, zda ví, jak danou situaci řešit nebo na koho se mohou

obrátit, a také zda věří, že mohou svým jednáním do budoucna něco změnit. Proto je dle slov některých aktérů důležité posílit povědomí o možnostech a právech Romů a posílit znalosti terénních pracovníků v oblasti práva.

3.2.2.2 Vzdelání

Tato podkapitola se věnuje nejvýraznějším tématům a perspektivám Romů souvisejícím s oblastí vzdělávání v kontextu SDZ. Úroveň dosaženého vzdělání a následná zaměstnanost jsou klíčové socioekonomické indikátory nerovností ve zdraví (Stronks, 1997). Z analýzy rozhovorů s Romy žijícími v SVL a s aktéry pracujícími v sociálních službách a ve školství vyplývá, že ústředním problémem v oblasti vzdělávání je selhávání romských dětí ve vzdělávacím systému, a tedy nedostatečná možnost využít potenciál vzdělávání jako nástroje sociální mobility stejným způsobem jako u majoritní populace. Daný stav je zapříčiněn souborem více vlivů, přičemž klíčová je role prostředí, které provází dítě celou vzdělávací dráhou – okolnosti pojící se s neadekvátním bydlením a s tím související kumulace sociálně patologických jevů. Významnou roli v tomto problému mají také pracovníci v systému vzdělávání. Vztité předsudky, chronická přetíženost a nedostatek kompetencí ovlivňují jejich chování a rozhodování, jejichž výsledkem je často diskriminační jednání.

Na následujících řádcích bude popsán vliv prostředí s jeho dopady na vzdělávací trajektorii romských dětí ze SVL. V další části textu budou přiblíženy perspektivy dětí, rodičů a primárních aktérů celého procesu. Cílem textu je popsat jednotlivé aspekty, které jsou příčinami nebo přidruženými faktory selhávání romských dětí ze SVL v systému vzdělávání.

Prostředí a životní podmínky dětí v SVL mající vliv na vzdělávání

O komplexním vlivu prostředí, bytových a hygienických podmínek na zdraví dětí a rodin pojednává jiná kapitola ve zprávě (viz Bydlení). V následující části bude přiblížen vliv těchto podmínek na selhávání dítěte ve škole.

Z analýzy vyplývá, že úroveň bydlení a bytové prostředí mají zásadní roli ve fungování dítěte ve škole. Vliv těchto podmínek je zesílený, pokud rodiny bydlí na ubytovnách, které kumulují sociálně patologické jevy a extrémně nízký bytový standard. Jako klíčový vnímají tento vliv všichni aktéři (učitelé, ředitelé, sociální pracovníci) a retrospektivně i Romové. Bytové podmínky ubytoven neumožňují naplňování fyzických a emočních potřeb a zesilují negativní prožívání dětí.

„Je to velice, velice nekvalitní bydlení, protože jestliže oni [romské děti v SVL – pozn. autora] bydlí na ubytovně, kde ta rodina pětičlenná, sedmičlenná, osmičlenná bydlí v jedné místnosti a v podstatě ty děti nemají své pracovní místo, kde by se mohly připravovat do školy a spí tři sourozenci na jedné posteli...“

(ředitelka praktické školy)

„Tak když bydlí na těch ubytovnách, tak je to obrovský stres už pro ty malé děti, tam je rachot. To znamená, že soused, který bydlí vedle nich,

se hádá nebo přijde domů opilý, tak je to, jak kdyby přišel k nim dom, protože ty zdí jsou tak ltenké – pozn. autora. (...) A v noci, když spí a někdo tam [na chodbě – pozn. autora] dělá kravál, pouští hudbu, hádá se, bouchá do dveří, to je strašně stresující pro ty děcka, jako být v klidu. Musí být furt ve střehu. A pak jsou agresivnější, neklidné, unavené. Pak mají stres z toho, že vlastně nemají svoje zázemí, svůj prostor. Děti na ubytovnách nemají svůj vlastní prostor, kde se můžou jako kdyby vybrečet. Oni jsou pořád na očích.“

(terénní sociální pracovník obce)

Další bariérou je problém spádovosti romských dětí ze sociálně vyloučených lokalit na školy segregovaného typu už od samotného začátku školní trajektorie. Komplexně o problému segregovaného vzdělávání pojednává příručka Kanceláře veřejného ochránce práv nazvaná *Doporučení veřejné ochránkyně práv ke společnému vzdělávání romských a neromských dětí* (KVOP, 2018). Takto na vlastní zkušenost vzpomíná mladý romský manželský pár:

Romka v SVL: „Já nevím, proč nás tam [na zvláštní školu – pozn. autora] dali, asi tam byli...“

Rom v SVL: „Všichni kamarádi tam byli v té zvláštní škole.“

Romka v SVL: „Tam chodily od všech známých, z celého baráku děti, tak asi chtěli, abychom byli pohromadě, nebo já nevím proč.“

Rom v SVL: „Nevím, tam byla ještě jedna základka, tam chodila jenom jedna Romka, sestřenice, a taky odtamtud odešla.“

(Romové v SVL)

Dítě vyrůstající v sociálně vyloučených podmínkách nedosahuje stejné úrovně vývoje schopností a dovedností potřebných pro zvládnutí nároků školní docházky a úspěšné vzdělávací dráhy jako vrstevníci z majoritní společnosti (Blair a Raver, 2012). Deficity v adaptačních a kognitivních schopnostech lze alespoň zčásti vyrovnávat dřívějším zařazováním takto ohrožených dětí do mateřských škol nebo přípravných tříd. Mnoho dětí však zůstává až do povinného předškolního roku mimo zařízení, často kvůli zvýšeným nákladům na dopravu, stravu, oblečení a také z důvodu nízké motivace rodičů k využívání předškolního vzdělávání. Příkladem dobré praxe se ukazuje propojení komunity a školky přes romského asistenta nebo asistentku z dané komunity, který se stává funkčním mediátorem tohoto problému. Podmínky prostředí sociálního vyloučení ovlivňují vzdělávací proces v průběhu celé doby jeho trvání a mají negativní vliv na jeho výsledek. I navzdory různým úrovním vulnerability dětí ve spojitosti s dalšími vlivy, jako jsou rozumové schopnosti a přirozená resilience, se zdá, že tato bariéra je zásadní.

Trajektorie neúspěchu

Projevy selhávání romských dětí na běžných školách mají podobu učební nedostatečnosti, absence, somatizace nebo výchovných potíží. Selhávání dítěte je důsledkem kumulace více negativních vlivů, a to: nevyhovujících bytových podmínek, celkového zdravotního stavu dítěte – časté absence –, rozumových schopností, předsudků a kompetencí učitele. Samotné selhávání romského dítěte ve škole lze chápat jako krizi, která je nositelem informace pro zúčastněné aktéry, aby inovovali

výchovně-vzdělávací postupy. Toto se však z níže popsaných důvodů neděje. Naopak výsledkem popsaného selhávání je, že vede k postupnému propadu romského dítěte v systému vzdělávání, a ovlivňuje tak jeho vzdělávací dráhu, postoj ke vzdělání a aspirace.

Data z výzkumu z pohledu vzdělávací trajektorie romského žáka na jejím počátku (1. třída) lze rozdělit na dva typy: vstup dítěte do školy segregovaného typu nebo do školy běžné. V dalším textu budou primárně přiblíženy mechanismy selhávání romského žáka ze sociálně vyloučeného prostředí na běžné škole.

Z rozhovorů vyplývá, že nároky běžné školní docházky jsou pro romské děti z prostředí SVL těžko dosažitelné a zvládnutelné. Klíčovou roli hraje slabá podpora rodiny a často nevyhovující bytové podmínky, ve kterých dítě postrádá prostor a klid k samostatné práci a učení. Samotní rodiče často nemají potřebné schopnosti a dovednosti, aby dovedli svým dětem poskytnout adekvátní školní podporu.

„Co oni tedka se učí ve škole... Mají toho hodně. Německy se tam učí [dcera/syn – pozn. autora], anglicky, informatiky, já tomu vůbec nerozumím, abych řekla pravdu.“

(Romka v SVL)

[vzpomínka na dětství – pozn. autora] „Pak už jsem trochu aj měla problémy se školou, jako s učivem, nestíhala jsem. A možná to bylo i tím, že nás bylo doma taky hodně.“

(Romka v SVL)

„Nejsme spokojeni. My chceme, aby dcera, když tam půjde do ty školy, se cítila dobře, jako s radostí, ne prostě... Ona je taková, já to vidím na ni, dcera, když jde do školy, jaké má úzkosti strašné. A tedka že je zase objednaná lk lékaři – pozn. autora], měli jsme psychologa, tedka jdeme za psychiatrem.“

(Romka v SVL)

Z analýzy rozhovorů vyplývá, že nejčastější reakcí školy na selhávání romského žáka ze SVL je postupné vyloučení z hlavního vzdělávacího proudu. To se děje různými cestami. Škola hledá možnosti, jak se žáka takzvaně zbavit. Naváže spolupráci se školským poradenským zařízením. Pokud žák naplňuje kritéria, tak je přeřazen mimo hlavní vzdělávací proud, na školu segregovaného typu, kde dochodí povinnou školní docházku. Pokud žák nenaplňuje kritéria pro přeřazení, je vrácen zpátky do běžné školy, kde se koloběh rezignace uzavírá často v sedmé nebo osmé třídě, kdy žák ukončuje povinnou školní docházku. Třetí cestou řešení přestupu je změna školy v rámci hlavního vzdělávacího proudu (viz níže). Z rozhovorů vyplývá, že tento proces je v některých lokalitách tak zaužívaný, že s ním počítají všichni aktéři a berou ho jako normu.

[děti z komunity, které v běžné škole selhávají – pozn. autora] „Tak je posílají automaticky do psychologické poradny a poradna je už automaticky posílá do té opožděnější školy. Dřív to byla zvláštní, teď už to zvláštní není, teď už je to základní.“

(Romka v SVL)

Rodiče romských dětí v tomto procesu mají minimální míru aktérství ve vztahu k institucím. Nejsou schopni adekvátně posoudit, argumentovat a vyvracet návrhy od učitelů, poradenských psychologů a ředitelů, které jsou dokonce často protichůdné. Tato situace je přijímána rodiči negativně. Vnímají často rovněž to, že řešení celého problému s neprospíváním dítěte ve školním prostředí a jeho přeřazováním je ovlivněno také tím, zda jejich dítě je Rom, nebo není.

*„Že nestíhal, že je prej opožděný říkala synova učitelka – pozn. aural.
A přitom my jsme byli za tou psycholožkou a ona mi říká: ‚Poslouchejte mě, já vás nebudu doporučovat na zvláštní školu, protože on je chytrý, a já mu prostě doporučím jenom dvakrát do týdne doučovatelku...‘ A ta škola prostě vymýšlela na něho takový blbosti.“*

(Romka v SVL)

„Protože ten čtrnáctiletý kluk tu školu nezvládá a dvakrát mi propadl, čtvrtou opakoval a tedka pátou taky opakoval. No, ale řekli [v pedagogicko-psychologické poradně – pozn. aural], že to není tím, že je hloupý, ale tím, že je často nemocný a je často doma.“

(Romka v SVL)

„Jo jo, byla to moje chyba, že jsem ho dala do takové [segregované – pozn. aural] školy...“

(Romka v SVL)

Realizovali jsme rozhovory také s romskými rodiči, kteří mají vlastní zkušenosti z dětství s vyčleněním a přeřazením mimo hlavní vzdělávací proud, dle jejich mínění neoprávněně. O to citlivější je pro ně toto téma. Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva v případě „D. H. a ostatní versus ČR“ v roce 2005 potvrdil, že Česká republika diskriminuje romské děti tím, že je nadměrně posílá do praktických škol (dříve zvláštních). Aktuální zpráva komisařky Rady Evropy pro lidská práva ukazuje, že tato praxe i nadále pokračuje. Zpráva upozorňuje, že ČR ani po reformě společného vzdělávání (2014) nepřijala dostatečná opatření k řešení diskriminace romských dětí ve vzdělávání. Romské děti tak opakují zkušenosti svých rodičů.

[rodič přeřazeného dítěte – pozn. aural] *„Já jsem měl špatný chování ve škole, tím pádem mě dali do zvláštní školy. Ta škola mě prostě nechtěla, ale já jsem neměl pětku na vysvědčení. Já jsem měl trojky do sedmé třídy. Já jsem nemusel jít na zvláštní, jenomže kvůli chování, že ...“*

(Rom v SVL)

Z rozhovorů s pracovníky škol vyplývá, že hlavními příčinami selhávání romských žáků ze SVL je rodinné prostředí a výchovný vliv rodičů, naopak minimální vliv tito pracovníci přisuzují roli prostředí a například svým vlastním kompetencím. Pracovníci škol považují romské rodiče často za nekompetentní, zanedbávající, nedůsledné a nespolupracující. Detailnější znalosti o podmínkách života v sociálním vyloučení však učitelé z běžných škol často postrádají. Romští rodiče naopak vnímají jako klíčové právě nezačlenění a nepřijetí dítěte do kolektivu třídy a školy na základě etnicity. V rozhovorech často zmiňovali zážitky diskriminačního jednání pracovníků vůči nim a dětem. Romské děti se ve třídním a školním kolektivu velice často setkávají s projevy

anticikanismu. Tyto zážitky mají negativní dopad na prožívání dítěte, jeho vztah ke škole, školní práci a aspirace.

„Ta ředitelka ho nechtěla přijmout do té školy, ony ty všechny školy byly plný. No, nám to říkala normálně, jakože tam Romy vůbec neberou, že tam bude jediný Rom, že tam jsou sami bílí a že jak ho vezmou ty děti, no. Že prostě tam bude jediný, sám Rom. Tak tam vydržel asi měsíc a pak mu dali tam tu zvláštní školu.“

(Romka v SVL)

„V běžné škole je to těžké...“

(Romka v SVL)

„Ale když ta škola pro ty děcka nedělá takový to zázemí jak pro svoje děcka, že jo. A potom toho člověka tak srazijú. A potom člověk není vyučený, no...“

(Romka v SVL)

„A potom přichází [do pedagogicko-psychologické poradny – pozn. autora], a ještě když jsou tam nějaké problémy, tak učitel přichází s tím, že ho tam nechce v té třídě mít. Ono to [podporu] žákovi – pozn. autora] teda na formální rovině poskytne, co bude potřeba, ale že vnitřně ti učitelé to vlastně nedělají rádi.“

(speciální pedagog)

„Ale tady teďka ty školy jsou takové, že oni vám prostě nevěříjou, těm Romům. Oni si myslí, že Romové třeba ty děti nechávají naschvál doma nebo že za školu, že se nestarají.“

(Romka v SVL)

Rodiče dětí, které mění školu v rámci běžného vzdělávacího proudu (například hledají novou školu v jiné lokalitě), se mohou setkat s diskriminačním jednáním ze strany autorit školy. Ředitelé a zástupci ředitelů v těchto případech rodičům sdělují (osobně nebo telefonicky), že nemají kapacity (místo) na přijetí dalších žáků, nebo se odvolávají na vymezené spádové oblasti. Zdá se však, že v těchto případech pracovníci škol diskriminují na základě vlastních předsudků o domnělé etnicitě a připsaném socioekonomickém statusu. Mají často pocit, že jde o slabší, problematické žáky, kteří budou vyžadovat zvýšenou péči. Argumentují tím, že nemají kapacitu řešit slabší a problémové žáky. Rodiče (společně se sociálním pracovníkem pomáhajících organizací) tuto situaci řeší přes odbor školství krajského úřadu, ten na základě vlastních dat vybere školu, která žáka musí přijmout (byť ho předtím odmítla).

[hledání nové školy v lokalitě – pozn. autora] *„Protože když jsme chodili po školách, tak vždycky řekli, že mají plno.“*

(Romka v SVL)

„Ale spíš ta škola má strach, a proto zaujímá tady ten obranný mechanismus [diskriminuje – pozn. autora]. Jakože ne, to radši

nechceme už prostě. Mají špatnou zkušenost to řešit, nikdo jim [škole – pozn. autora] s tím nepomůže.“

(pedagog)

„Protože s tím [romský žák – pozn. autora] je spousta starostí a on vyčnívá jednak tím, že je Rom ve třídě, a jednak tím, že s tím je spojena spousta dalších potíží. Často jsou zanedbané ty romské děti, že v první třídě toho neumí tolik, co vlastně děti neromské, a takže to je jeden velký problém. Pak to s nimi jde dál a oni už nestihají, vlastně. Když už nestihají, tak se na to nabalují problémy v chování a už to dítě je hned ze začátku znevýhodněné a neoblíbené a setkávám se s tím, že prostě učitelé neinvestují do něho tolik energie, protože ví, že tady máme nějakou jinou možnost, že může jít na tu jinou školu. A někdy ta zakázka od nich je taková, že pojďme něco udělat pro to, aby šel jinam, než jak to udělat, aby tady mohl zůstat. Myslím, že tam hraje roli to, že přece jenom s těmi romskými rodiči se častěji hůře spolupracuje.“

(speciální pedagog)

Mladí Romové a Romky ze SVL po dovršení povinné školní docházky ukončují vzdělávací dráhu nebo preferují nejnižší úroveň středních škol („E“ typu – vyučení v oborech pomocné práce v kuchyni, prodavač, zedník, zahradník apod.). Pro mladé Romy a Romky je to často jediná možnost, jak dosáhnout vyššího (než základního) vzdělání. Obory „E“ typu jsou dle školního zákona zřízené jenom pro žáky s mentálním postižením, což vytváří významnou systémovou bariéru. Dospívající musí být vyšetřeni a doporučeni školským poradenským pracovištěm.

Z analýzy rozhovorů dále vyplývá, že hlavními příčinami předčasného ukončení vzdělávacích drah romských dětí ze SVL jsou rezignace, chybějící vzory v rodině/komunitě, neinformovanost rodičů o možnostech dalšího vzdělávání a naplňování genderových rolí. Dívky kolem patnáctého roku věku upřednostňují oblast mateřství a rodičovství. U chlapců vede naplňování genderových rolí k směřování k výdělečným činnostem v maskulinně vnímaných oblastech, s cílem zaopatření partnerky a posilování vlastní genderové role.

[syn o výběru školy – pozn. autora] „Mamo, já ti řeknu upřímně, já chci dělat. Já nebudu v bílém plášti prodávat, to ne.“ A šel na zednickou školu – pozn. autora.“

(Romka v SVL)

[matka reaguje na otázku, jaké si představuje povolání pro děti – pozn. autora] „Já nevím, co je bude bavit, já nevím, co bude za rok, co bude za dva, nevím. Já jenom doufám, že se vyučí, protože teďka ten starší nechce chodit do školy. Tak jako nevím, no, jestli ještě zvládne učit, budu ho do toho tlačit, ale uvidíme, no.“

(Romka v SVL)

Mechanismus selhávání romských žáků žijících v sociálním vyloučení na běžných školách je zapříčiněn souborem více vlivů jak na straně prostředí, které provází dítě celou vzdělávací dráhou, tak na straně vzdělávacího systému, který není na
--

vzdělávání dětí z tohoto prostředí nastaven. V perspektivách participantů (rodičů a dětí) a dalších aktérů (učitelé a ředitelé) jsme zaznamenali výrazný rozdíl. Z rozhovorů s pracovníky škol vyplývá, že za hlavní příčinu selhávání romských žáků ze SVL považují rodinné prostředí a výchovný vliv rodičů, naopak minimální vliv tito pracovníci přisuzují roli prostředí (bytové podmínky ubytoven) a svým vlastním kompetencím. Romští rodiče naopak vnímají jako klíčové právě nezačlenění a nepřijetí dítěte do kolektivu třídy a školy na základě domnělé etnicity nebo přisuzovaného socioekonomického statusu a také vysoké nároky běžných škol. Většina participantů měla opakovanou zkušenost s diskriminačním jednáním v přístupu ke vzdělání a v poskytování výchovně-vzdělávací péče. Tyto faktory brání Romům v SVL využít potenciál vzdělávání jako nástroje sociální mobility stejným způsobem jako u majoritní populace.

3.2.2.3 Zaměstnání a finanční situace

Pozice Romů na trhu práce není příznivá. Od roku 1989 v ČR roste nezaměstnanost Romů a míra zaměstnanosti osob se základním vzděláním nebo bez vzdělání je v Česku výrazně pod průměrem EU a stále klesá. Podle Strategie romské integrace do roku 2020 zaměstnávání Romů ovlivňují následující faktory: existence diskriminace na trhu práce, nedostatek pracovních příležitostí a nesoulad mezi požadavky zaměstnavatelů a kvalifikací Romů. Mezi širší negativní dopady patří vytlačování Romů na sekundární trh práce, kde získávají nestabilní pracovní příležitosti, často bez pracovní smlouvy. Zaměstnanost je přitom považována za jeden z klíčových nástrojů pro cestu z chudoby a sociálního vyloučení.

Při hledání práce se Romové v SVL opakovaně setkali s diskriminací, kdy je potenciální zaměstnavatelé odmítli jako uchazeče z důvodu jejich etnicity. Někteří Romové v telefonickém rozhovoru s potenciálním zaměstnavatelem sami oznamovali svou etnickou příslušnost, protože se chtěli vyhnout nepříjemné situaci, kdy jim telefonicky byla práce přislíbena, ale při osobním setkání byli odmítnuti.

„Já jsem taky chtěla nějakou brigádu, víkendy taky. Facebook, tam jsou ty brigády a práce pro [název obce - pozn. autora], takže tam si vždycky hledám. Nene, už máme plnej stav, že se podíval na moji fotku nebo profil přes Facebook.“

(Romka v SVL)

„Třeba manžel hledá práci i přes bazoš a řekne, on třeba někdy řekne dopředu, že je Rom. Protože když přijdete, už se mu stalo, že když přišel, řekli mu, že teda se omlouvaj a že teda ne. Tak radši už to řekne do telefonu. Lepší, když má tu doporučenku a jde, je to lepší, přes ten úřad práce.“

(Romka v SVL)

V souvislosti s možnostmi zvýšení svého rodinného rozpočtu a s výškou nabízené mzdy byla vyjadřovaná nespokojenost s nabídkami úřadu práce v případech, kdy výška mzdy byla skoro totožná s výškou sociálních dávek. Romové v SVL hovořili také o pozitivní zkušenosti s tím, kdy jim byla mzda vyplácena v kratších než měsíčních intervalech. Vzpomínali týdenní až denní vyplácení mzdy.

„Chtěla bych jít zpátky do práce, na ranní, aspoň na těch pět šest hodin. Budu na tom líp. Já když dostanu příspěvek na péči, z toho všechno poplatím a jsem zase na nule. Co donese můj, to je tak akorát fakt maximálně čistě na jídlo. Takže já chci jít zpátky do práce.“

(Romka v SVL)

„Vy budete, příklad, na sociálce, budete mít 10 tisíc a pošlou vás do práce za 10 tisíc. Budete to dělat? Proč by měl člověk dělat za 11 a půl tisíce, když má doma 10 tisíc. A ještě když dojíždí, kdo mu to dá? Nikdo mu ty peníze nevrátí.“

(Romka v SVL)

„Jak měsíčně? No, tak tady ti kluci, tak oni chodí do takové práce, která vyplácí týdně. Každý pátek... Prostě nevydrží měsíc, vždycky týdně, takže každý týden mají peníze.“

(Romka v SVL)

Většina Romů v SVL uváděla, že pracují na dohodu. Dlouhodobý zaměstnanecký poměr, stejně jako práce na černo byly zmíněny ojediněle. To ale mohlo být způsobeno strachem sdělit tak citlivou informaci. Z rozhovorů vyplynuly i očekávané rodové rozdíly mezi muži a ženami. Co se týče mužů, Romové v SVL byli nejčastěji zaměstnáni jako zedníci, pracovali na stavbách, opravách silnic nebo dlažeb, což jsou fyzicky velmi náročné profese, jejichž výkon se odráží na jejich zdravotním stavu. Ojediněle bylo zmíněno hraní ve svatebních kapelách nebo práce na hřbitově.

„No, teď už to není ani na černo, teďka už musí mít každá dohodu, víte? Teďka to je tak hlídáný, takže to už si žádný zaměstnavatel na krk neveme, někoho vzít na černo.“

(Rom v SVL)

„Dělá u pána [jméno zaměstnavatele – pozn. autora], už tam dělá pomalu 10 let. Je bagrista. On už nedělá žádné kopáčské práce, nic, on sedí prostě v bagru a takhle pracuje.“

(Romka v SVL)

„To jsou většinou vesměs zedníci. Nebo dělají prostě někde na stavbách. Dělá se dlažba, chodníky a tak, takže oni vlastně vesměs dělají v té firmě všichni. Tady vlastně dělají všichni chlapi.“

(Romka v SVL)

„Jo jo, i zatepovačky dělám. No, cokoli, bourání, dlažbu, cokoli, jako jo.“

(Rom v SVL)

„Mám bratrance, který kope hroby na hřbitově. Bratr, švagr a jeden ještě známej hrajou, třeba na svatbách a takový věci.“

(Rom v SVL)

Co se týče žen, Romky v SVL byly nejčastěji zaměstnány v technických službách, jako uklízečky nebo v dělnických profesích. Ojedinele jsme zaznamenali plánování budoucího pracovního místa a pracovní vize. Vztah Romů v SVL ke svým zaměstnaným manželkám/partnerkám byl podle některých výpovědí poznamenán žárlivostí.

„Ženský zametají, hodně přibírali teď na technický služby. Právě teďka jsem taky byla na technický a požádala jsem si o práci, takže mě berou, od prvního nastupuju. V Inázev obce – pozn. autora| dělají autosedačky, nějaký součástky z auta, dělají na 3 směny.“

(Romka v SVL)

[o výpovědi z práce] *„Já byla nemocná a víte, co oni udělali? Oni mně volali a já jsem nejdřív ještě byla taková, že jsem ty telefony brala. Neměla jsem zvedat ty telefony. Já jsem nemocná a nebudu se jim věnovat. Tak oni pak psali manželovi SMSky, volali, otravovali. Manžel potom začal žárlit. Volal manažer, ptal se na mě. A říkal mi jménem, ne příjmením. Rozumíte mi? Jako když budete mít partnerku vy a ten člověk vám bude volat, nepředstaví se a ještě vám bude tykat, tak co to je za chování, prosím vás, od toho zaměstnavatele? Já tam měla tu pracovní smluvu na neurčitou. To bylo v pořádku.“*

(Romka v SVL)

Většina romských žen v SVL v rozhovorech reflektovala také vztah mateřství a zaměstnání. Některé vnímaly počet dětí v rodině jako překážku pro získání zaměstnání, některé v tom neviděly žádný problém. V případě práce na směny byl negativně vnímán nedostatek času pro děti a rodinu.

„Jak můžou mít práci, když mají malé děcka, že? Děcka mají, třeba některá má čtyři až pět děcek.“

(Romka v SVL)

„Jedete non stop, přesčasý. Já mám třeba kamarádku, která jela šest až sedm přesčasů. Noční. Mám třeba sestřenici, ona dělá v Inázev obce – pozn. autora|, už tam dělá čtvrtý rok, tak ona už je operátorka. Ona vydělá 28 tisíc. Ale vemte si, ona přijde dom, přijde po noční, a děcka už spí. Jako není to špatná práce, ale ten čas. Nemáte čas na děti, nemáte čas prostě na nic.“

(Romka v SVL)

„Ve fakultce dělá uklízečku. Chodí tam už rok a půl do práce. Říká, že to je v pořádku, že to je dobrý, že je to lepší jak doma. Děcka má dost jako větší, no tak chodijou ty tři holky do školy ráno, zamknou dveře, ona je v práci.“

(Romka v SVL)

„Ve fakultce dělá uklízečku. Chodí tam už rok a půl do práce. Říká, že to je v pořádku, že to je dobrý, že je to lepší jak doma. Děcka má dost

jako větší, no tak chodijou ty tři holky do školy ráno, zamknou dveře, ona je v práci.

(Romka v SVL)

Romové v SVL se často potýkají s nedostatkem finančních prostředků, který má významný vliv na více oblastí jejich života. Často vzpomínaným tématem při rozhovorech s Romy v SVL byly exekuce. Kolem 57 % domácností v ČR se do exekucí dostává vinou krátkodobých a spotřebních úvěrů (Median, 2018 a Prokop, 2020). Domácnosti se však neocitly v problémech kvůli nepromyšlené půjčce na dovolenou nebo na dárky s vysokým úrokem. Zhruba třetina domácností v exekuci zkoušela spotřebními úvěry vyřešit svoje problémy se splácením bydlení, účtů za energie nebo telefon. Další třetina skončila v exekuci kvůli úvěrům, které si vzali, protože nezvládali splácet první půjčku (Prokop, 2020). Rozhovory s Romy v SVL potvrzovaly původ exekucí hlavně v nedoplatcích za energie a bydlení, za odvoz odpadu, na zdravotním pojištění nebo za používání MHD bez platných lístků. Převládalo přesvědčení, že exekuce je běžná věc a že se týká velkého počtu lidí.

[o dětech] „Třeba, že chodi na černo, chytne je revizor, a my o tym nevíme. Pak přide papír, exekuce. A popelnice, to je to samý, tam už taky máme dluh.“

(Romka v SVL)

„No, tak dluhy jsou, každý to má tedkom, dluhy. Na pojištění, tam je toho hodně.“

(Romka v SVL)

„Jo, mám a kluk má taky něco. Každý měsíc musí platit exekučku a taky mu přišlo něco z pojišťovny. Dcera, tá má pokutu, v tramvajce že ju chytli, neměla jízdenku. Tam taky něco naskočí a ta se potom zblázní. Takový starosti, že jo, ale co už naděláme.“

(Romka v SVL)

„To už má každej druhej člověk, si myslim, ty exekuce. Já mám taky, no. Mám deset let odsezený, tak za pobyt a zdravotní pojištění. A popelnice.“

(Rom v SVL)

Někteří participantů zmiňovali, že dluhy vznikly také z neplacení spotřebních úvěrů, ojedinele v souvislosti s podnikáním. Některým participantům bylo nepříjemné o dluzích a exekucích hovořit a neidentifikovali se s postojem, že je to běžná věc. Tyto názory byly velmi zřídka.

„Já vám to řeknu takhle, to jsou ty telefony, facebooky, pološálky a takový ty nesmysly. A pak lidi mají exekuce.“

(Romka v SVL)

„Manžel má půjčku, a co jsou jeho dluhy, jsou aj na mě, protože jsme manželé. Je to skoro půl milionu. Manžel si otevřel živnost. Měl nějakou práci od firmy, pak ho ale nevyplatili. Vzal si auta na leasing, pak nějaký

nábytek, ale mu tam zůstal dluh. Začal to splácet. Právě nám teď chodí papíry od exekutorů.“

(Romka v SVL)

„No, tak mám. Já o tom nerada mluvím, prostě mám dluhy, neříkám, že nemám. Když nemáte práci, nemáte, jak splácet. Pak se dostanete do potíží, že.“

(Romka v SVL)

Většina Romů v SVL v rozhovorech zmiňovala, že se potýká s nedostatkem finančních prostředků. V tomto případě byla převážně zaznamenána snaha obrátit se na členy rodiny nebo komunity, kde je to přijímáno s velkým pochopením.

„Ne, úvěr ne. Půjčí si to od bráchy nebo od strejdy, od tety nebo od bratrance, jo? Pokud to jde... Protože je to rodina, tak třeba na něho počká. Řeknou: jak budeš mít, tak mi to dáš, jo?“

(Romka v SVL)

„Pomůžeme si. Když nemáme, tak si pomůžeme. To je dobrý, že je nás tady hodně. A tady, my nemusíme být rodina.“

(Romka v SVL)

„Tady v Česku to není tak, že máme furt peníze, to je pravda. Ale abysme hladovali, to zase ne. Kdy už vidíme, že už nám něco došlo, tak si musíme půjčit. Já si třeba pučím od babičky, abysme měli na pečivo, třeba pětistovku nebo tak. Jak to mají ostatní, to nevím.“

(Romka v SVL)

„Každýmu dojdou peníze, peníze jsou kulatý. Může se to stát, aj když děláte. Můžu si půjčit od maminky, od tchyně...“

(Romka v SVL)

Nedostatek finančních prostředků v rodinném rozpočtu byl podle vyjádření některých participantů řešen například také využíváním zastavárny nebo vyhledáváním věcí zdarma / za odvoz na internetu.

„Právě to v Bazošu sehnal, ty věci, víte, zadarmo. Hledám to všechno tady z lnázev obce. Zadáám to na Bazošu a mám to.“

(Romka v SVL)

„Dá se žít, ale... Včera jsme museli dát televizu do zastavárny.“

(Romka v SVL)

Rozhovory s dalšími aktéry potvrzovaly sdělení Romů v SVL, ale přinesly také nová témata. V oblasti problémů s diskriminací na trhu práce byly zmiňovány i případy, kde už jen zmínka o trvalém bydlišti ve vyloučené lokalitě komplikovala Romům v SVL vstup na pracovní trh nebo je při hledání práce diskvalifikoval jejich zdravotní stav, např. nespravené zuby.

„To znamená, jestliže ta rodina žije ve vyloučené lokalitě, je předem daný, že má menší pravděpodobnost získat práci. Protože jakmile on uvede trvalý pobyt, kde v té oblasti všichni víjou, že to je vyloučená komunita, tak automaticky má o to horší a složitější tu práci sehnat, to je primární.“

(terénní sociální pracovníce NNO)

„Jak říkám, že snaží se, aby šli pracovat co nejdřív, protože ze zaměstnání víc vydělají než z podpory, nebo ze studia nic nemají, ta rodina. Takže chtějí, co nejdříve aby se osamostatnili, a tím pádem, že, i ta nabídka práce pro ně je omezená, když nemají, nedodělají to vzdělání.“

(terénní sociální pracovníce NNO)

U Romů v SVL tak podle dalších aktérů dochází k demotivaci a frustraci při hledání zaměstnání a pro nedostatek vzdělání pracují často v horších podmínkách a vykonávají fyzicky náročnou práci, která má vliv na zdravotní stav, zejména na bolesti pohybového aparátu. Z výpovědí dalších aktérů také vyplývá, že Romové v SVL pracují legálně většinou v technických službách, ve firmách ve směnném provozu nebo v sezónních pracích. Jsou však i dlouhodobě nezaměstnaní.

„Pokud třeba oni pracovali nebo pracují, tak většinou v horších podmínkách, protože nemají to vzdělání. Takže, já nevím, dělali někde v těžkých provozech a tak dále a tak dále, různě uklízeli...“

(terénní sociální pracovník NNO)

„Třeba u toho kopáčství mají odrovnaný záda, přetrhaný vazy.“

(terénní sociální pracovník NNO)

„Ti lidé prostě třeba do těch 45, 50 let tvrdě pracovali v dělnických profesích, že jo, a vlastně objevily se u nich následky té těžké práce. Jo, to znamená často nemoci kloubů, pohybového ústrojí, cukrovka a takovýchle věci.“

(odborník na sociální vyloučení a manažer neziskové organizace)

Podle Prokopa (2020) je trh práce výrazně ovlivněn právě počtem exekucí. Tvrdí, že velkým problémem v Česku je, že se dlužníkům nevyplatí pracovat. Podle výsledků výzkumu Medianu (Výzkum chudých, 2016) 53 % lidí, kteří mají ve své rodině zkušenosti s exekucemi, se rozhodlo odejít ze zaměstnání a začali se živit brigádami, prací placenou na ruku a podobně. To, že exekuce jsou častým problémem rodin Romů v SVL a že právě exekuce jsou důvodem nelegální práce bez smlouvy, reflektovali i někteří z ostatních aktérů. Někteří další aktéři vzpomínali také rizika práce na černo, jako například nevyplácení mzdy nebo riziko dluhové pasti. V této souvislosti byla ojedinele zmíněna i problematika dluhů a lichvářství.

„Problém je v tom, že tady se opravdu pracuje za minimální mzdu a většinou jsou v těch rodinách exekuce, takže je to pro ně začarovaný kruh. Jakmile začnou pracovat legálně, tak okamžitě na to skočí exekutor, z té výplaty nemají v podstatě nic a ještě jim seberou dávky.“

Takže opravdu prohlašují, že se jim nevyplatí pracovat. Bohužel. To je realita."

(pracovnice obecního úřadu)

„Když budete pracovat na černo, tak je to takový to lepší zlo, protože nepůjdete krást, nebudete chodit k lichváři, nebudete tyhle věci. Ale zase samozřejmě je to nelegální, že. Nemáte na pojištění, ale hlavně se do toho dluhu můžete dostat potom ještě jednou tolik. Protože vezte si, že budete mít třeba výplatu, a on vám tu výplatu nedá. A vy budete nucena si půjčit buď od lichváře, nebo od té nebankovky, a už se to nabaluje.“

(terénní sociální pracovník NNO)

Finanční situace Romů v SVL, která je úzce spojená se zaměstnáváním by se celkově dala zhodnotit jako nepříznivá. Možnosti zvýšení svého rodinného rozpočtu vidí Romové v SVL v nastoupení do pracovního poměru. Stálé zaměstnání považují za jeden z klíčových nástrojů pro cestu z chudoby a sociálního vyloučení obě skupiny respondentů. Zaměstnávání Romů je ale problematické kvůli diskriminaci na trhu práce, nedostatku pracovních příležitostí a nesouladu mezi požadavky zaměstnavatelů a kvalifikací Romů v SVL. Trh práce je ovlivněn také vysokým počtem exekucí. Původ dluhů a exekucí Romové v SVL vidí v nedoplatecích za byt a energie, odvoz odpadu, nedoplatecích na zdravotním pojištění nebo z důvodu jízdy bez platného cestovního lístku. Někteří z ostatních aktérů viděli původ dluhů a exekucí i v nedostatku regulací v nebankovním sektoru, kdy některé společnosti půjčují klientům peníze s problematickými úroky a bez prověření finanční situace klienta. Řešení dluhové situace Romů v SVL by podle některých z ostatních aktérů pomohla i dostupnější možnost sjednání splátkového kalendáře.

3.2.2.4 Bydlení

Většina participantů z řad Romů v SVL, se kterými byly realizovány rozhovory, bydlela přímo v sociálně vyloučené lokalitě. Někteří na ubytovnách ve městech, někteří v domech na vesnicích. Pouze ojediněle bydleli v běžné zástavbě s majoritou. V tomto případě se jednalo o tzv. roztroušené sociální vyloučení či sociálně vyloučený dům v malé obci. Všechny lokality, ve kterých byly rozhovory realizovány, tedy odpovídaly typologii sociálně vyloučených lokalit (ASZ, nedatováno). Aspekty bydlení, které se participantům ve vztahu ke zdraví jeví jako důležité, jsou zejména dostupnost, kvalita a nejistota bydlení. Tyto aspekty nejenže přímo utvářejí nepříznivé podmínky pro zdraví, ale také se do značné míry promítají i do úrovně prožívaného stresu. V následující části jsou zachyceny nejdříve perspektivy Romů žijících v SVL a následně dalších aktérů.

Bydlení v perspektivě Romů žijících v SVL

Participant z řad Romů v SVL v rozhovorech přímo reflektovali kvalitu bydlení na ubytovnách, na kterých většina z nich bydlí. Někteří participant bydlí na ubytovně dlouhodobě, někteří v mezidobí v době čekání na přidělení bytu nebo nalezení podnájmu. Bydlení na ubytovně se také liší druhem smlouvy. Někteří participant mají

s nájemci uzavřenu ubytovací smlouvu, ojediněle také podnájemní smlouvu. V ubytovnách musí dodržovat pravidla ubytovatele (např. zákaz návštěv), který jim za nedodržení uděluje pokutu. Život na ubytovně popisovali Romové v SVL jako náročný, bez soukromého života. V této souvislosti na některých ubytovnách participanti z řad Romů uváděli problémy, jako jsou hluk či rušení nočního klidu. Pro zajištění pořádku v takových případech dojíždí na ubytovny policie a některé jsou hlídány kamerovým systémem. V těchto podmínkách se někteří Romové necítí bezpečně a na ubytovnách či v bytových domech v SVL ne vždy panují mezi Romy dobré sousedské vztahy. V některých lokalitách se pravidelně vyskytují také konflikty s majoritou (více viz kapitola Vztahy s majoritou). Popsány byly na druhou stranu i dobré vztahy s ostatními, jak Romy, tak ne-Romy.

„Ten hlídá kamery, protože tady to je prostě... chodí s tou kamerou. Zákaz návštěv, protože tady dělali kolikrát bordely, když chodily návštěvy, tak majitel to zakázal. Že tady vlastně aj požívali alkohol, potom tady jezdily sanitky, policajti, no tak.“

(Romka v SVL)

„Oni jsou hluční sami o sobě. (...) Tak je to tady, no. Policie sem jezdí docela často řešit nějaký problémy. Nebo když se telefonuje, to jde slyšet přes celou ubytovnu. V noci hudba do tří do rána. Když mají děcka jít do školy, tak se vlastně nevyspěj.“

(Romka v SVL)

„Už se nám kolikrát stalo, že tady ti malí kluci naši jsou venku před barákem a sousedi nesnášijou Romy. Tak ti naši před nima vždycky utíkají a oni jim zavřou před nosem dveře. A oni je vždycky rozbijou, že se chtěou dostat dovnitř, ti cizí. Jakože se chtěou pobít s klukama odsud. No, tak jako potom ale oni to rozbijou a voni to potom musejou zaplatit, aji ti, který nic nedělali, že.“

(Romka v SVL)

Jako problematické aspekty kvality bydlení uváděli Romové v SVL přelidněnost, umístění hygienických zařízení na společných chodbách a jejich sdílení velkým počtem nájemců. Kvalita a zařízení (mobiiliář) ubytoven je dle sdělení participantů různá. Často bydlí ve dvou místnostech pět až sedm osob. Někteří mají k dispozici vlastní kuchyň a koupelnu, někteří sdílí koupelnu a toaletu s ostatními. Ojediněle vlastní pračku, kterou využívají podle svých potřeb. V dalších případech mohou za poplatek využívat pračku na ubytovně. Hygienické podmínky se v ubytovnách liší, některé jsou čisté, bez parazitů a škůdců, jinde mají potíže se štěnicemi, přičemž snaha o jejich odstranění přináší rodinám finanční zátěž. Ojediněle hovořili participanti o tom, že se na ubytovně netopí a musí si sami přitápnout elektrickými kamínky nebo dřevem.

„No, tak to je na chvílku, to je ubytovna vlastně. Prostě jenom to není nastálo, to bydlení. (...) No, některým se tady líbí. Jako já nechápu, jak se jim tady může líbit, že? My jsme bydleli ve trojce a tam máte jednu místnost, společný záchody, společně sprchy a je to v katastrofálním stavu.“

(Romka v SVL)

„Oni dou do té koupelny a vlastně dejme tomu na té chodbě je jeden radiátor tady, jeden je na druhé straně. Ono to tak nevyhřeje, že. Takže oni, i když dou třeba se koupat, vylezou z té koupelny, tak je určitě profoukne, jo. Tím pádem zalehnou, protože jsou nemocní. A jak už jsem řekla, ti staří nemají tu silnou imunitu v sobě tak jak to děcko, takže oni vlastně můžou ležet, a i 14 dní v kuse. Pokud si na to nic nekoupí.“

(Romka v SVL)

„Byly tady štěnice. Vy to nahlásíte, a oni to svedou na vás. Vy jste si to nanosili, zaplatte si to. Stojí to 2 500. Přitom si neuvědomují, že oni vystříkají jenom jeden pokoj těch, kde to mají, nebo patro. Přitom štěnice lozejí třeba i z vedlejšího patra dál.“

(Romka v SVL)

Ceny nájmu bytů v sociálně vyloučených lokalitách považují někteří Romové v SVL za velmi vysoké. Na pokrytí nájemného rodinám nestačí sociální dávky, které čerpají. Pro rodiny je to pak těžká situace, kterou musí řešit.

„Když bere člověk 2 200 korun podporu a ty sociálky mu poslaly na ten byt, co stojí například 18 nebo 16 tisíc za měsíc, jenom sedm až osm tisíc. A ten zbytek musí doplatit... No, a pak děcka. Do školy chodí – potřebují chodit čistý, potřebují mít svačinu, potřebují platit obědy. A když na to nemají, co mají dělat?“

(Rom v SVL)

Někteří Romové v SVL uváděli, že se snaží z těchto pro ně nevyhovujících podmínek odejít. Nicméně při hledání jiného bydlení se setkávají většinou s odmítnutím od soukromých pronajímatelů z řad majority. Někdy jim bývá i přímo sděleno, že je to kvůli tomu, že jsou Romové. Diskriminace na otevřeném trhu s nemovitostmi významně přispívá k tomu, že zůstávají v nevhodných bytových podmínkách.

„No třeba, když jsme volali na ty podnájem jako. Já jsem měsíčně obvolal tak 500 bytů a 500 lidí mi řeklo prostě, že Romové ne. (...) Říkám: ‚Já vám to dám tady, paní, mám devadesát tisíc lkauci na nájem – pozn. autora, tady na té realitce.‘ – ‚Můžete to tady položit, ale já vám nemám prostě co dat, prostě ty majitelé si nepřejou Romy.‘“

(Rom v SVL)

„Jako když volám na podnájem, tak oni se ptajou hned jako na původ – jste romská rodina, máte děti. No, a já když řeknu, že jsme jako romská rodina, tak už řeknou: no, nechcu.“

(Romka v SVL)

„Anebo přímo, když se podíváte třeba, já nevím, na internet, tak tam je přímo, jo, že menšiny jako neberou.“

(Romka v SVL)

Z výroků participantů vyplynulo, že se pokoušeli či pokoušejí získat lepší bydlení také od obcí, ale i zde vnímají, že jejich šance jako Romů na získání nájmu je oproti majoritě menší.

„Tedka v pondělí neseme zase žádosti na byt, jestli se povede. Ale tady je ten problém, že jsme z té skupiny zrovna z té romské lokality a nedá se s tím hnout. Jenže tam je to tedka tak nastaveno, že pro ty sociálně slabé jsou nastavené body. (...) A ten, kdo pracuje, snaží se, a nemá šanci prostě bydlet s rodiči, protože jich je doma hodně, tak ten bohužel byt nedostane.“

(Romka v SVL)

Někteří z Romů, kterým se podařilo získat bydlení v jiné než sociálně vyloučené lokalitě, se později vrátili na ubytovnu zpět, většinou z finančních důvodů spojených se životními změnami. S tím souvisí i další negativní jev – častá migrace. Z rozhovorů s některými Romy v SVL vyplynulo, že se participanti běžně stěhují mezi různými ubytovnami nebo regiony, ojediněle i velmi často.

„Hodněkrát jsem se stěhovala. Čtyřikrát, pětkrát, pak se stalo, že jsme neměli vůbec kam jít, vlastně jak sem porodila toho kluka. (...) Tak jsme museli jet až na Slovensko k jeho rodině, protože tady nebylo kde být, tak jsme šli tam. Tam jsme byli asi půl roku, pak jsme přijeli zpátky a pak jsme šli na ubytovnu. Tam chtěli kaucu deset tisíc, já jsem dostala porodný, tak jsem složila deset tisíc a pak jsme šli bydlet tam. No, a pak, pak to kolovalo tam, asi pět až šest ubytoven. Semka jsem šla z azylu, a to asi 14 dní jsem vydržela tam. Tady jsem nejdýl, tři roky, no.“

(Romka v SVL)

Bydlení v perspektivě dalších zúčastněných aktérů

Participant z řad dalších aktérů se ve svých výpovědích shodovali ve všech klíčových aspektech bydlení s pohledem samotných Romů v SVL. Většina participantů z řad dalších aktérů vnímala jako problematické nedostatečné hygienické podmínky. Popisován byl omezený, nebo dokonce žádný přístup k vodě. To může dle nich způsobovat nejen zdravotní potíže, ale také předsudky společnosti (nečistoty na oblečení, zápach). Dalším zmiňovaným problémem bylo zamoření plísňemi, hlodavci či parazity. S kvalitou bydlení souvisí také bydlení v malých prostorech s vysokou koncentrací lidí, s čímž je spojena řada důsledků pro zdraví. Nevyhovující bydlení způsobuje komplikace v dalších oblastech, kdy kvůli špatným podmínkám může dojít až k odebrání dětí z péče. K rozdělení rodin může dle některých dalších aktérů docházet také v některých ubytovnách či azylových domech, kde je údajně limitován věk, kdy spolu nemohou být rodiny s dětmi staršími 15 let. Kontrolu kvality ubytoven a ubytování by měli provádět sociální pracovníci v rámci monitoringu.

„Ale to zas teda je problém možná nedůslednost sociálních pracovníků, kteří tam chodí. Protože když tam pošlete hygienu do těch ubytoven... Protože to bývá obvykle takové, jako docela ty objekty jsou špatný, anebo i u těch majitelů, soukromých majitelů, tak oni to musí... to je povinnost zlikvidovat, jo. Oni nemůžou říct: kupte si tady spreje. Prostě

povinnost majitele je zajistit tady... Jim se do toho nechce, jo, do okamžiku, než jim řeknete: „Tak dobře, podívejte se, vy to tady pronajímáte za peníze, 30 procent si odpočítáváte z daní, nemusíte prokazovat, že jste těch 30 procent z toho příjmu z pronájmu nemovitosti investoval, ano, nemusíte, to znamená je to vaše povinnost. V okamžiku, že to neuděláte, posíláme sem hygienu a nebudou doplatky na bydlení.“

(pracovnice krajského úřadu)

Situaci, v níž se Romové v SVL v oblasti bydlení nachází, vnímají jako „začarovaný kruh“, poznačený snahou vypořádat se s vysokými poplatky za bydlení. Příspěvky na bydlení nepokryjí výdaje za ubytování, za které majitelé ubytoven požadují často několik tisíc korun za osobu. Náklady za ubytování se snaží Romové v SVL dofinancovat z ostatních příjmů, z kterých jim pak podle jejich slov nezbyvá na jiné základní potřeby.

„Takže voni většinou ty dávky, třeba i nějaký příspěvek na péči, co mají, tak musejí tím dotovat to bydlení, takže už jim pak nezbyvá na provozní věci a jídlo.“

(sociální pracovnice)

Dochází tak ke vzniku dluhů na ubytování, pro které jsou nuceni je opustit, odcházejí na další ubytovnu nebo shání jiné bydlení, což je také problematické a celkově to přispívá k migraci a nejistotě v bydlení. Někteří další aktéři vnímali, že se mnozí Romové v SVL snaží o získání bydlení mimo SVL, avšak jejich šance na získání bytu jsou ovlivněny jednak diskriminací a nastavením bytové politiky, také ale jejich finanční situací. Se získáním bytu jsou spojeny značné finanční výdaje na kauci, jistinu a nájemné. Zároveň města mohou regulovat lokality a přístup k bydlení určením bezdoplatkové zóny. K podmínkám přidělení městského bytu zas patří, že žadatel nesmí mít dluh vůči městu, vůči dopravnímu podniku nebo dluh za odpad.

„A dneska je dokonce i takovej trend, že oni se samy snaží, aspoň ta nová generace, jako když už dospějí a najdou si partnery, tak chtějí za každou cenu odejít z té sociálně vyloučené lokality [...] chtějí se vypíchnout právě z téhle lokality, chtějí žít, žít prostě mezi Neromy, jo? Chtějí žít v panelákách, chtějí žít s teplou vodou, jo?“

(pracovnice obecního úřadu)

Dochází tak ke vzniku dluhů na ubytování, pro které jsou nuceni je opustit, odcházejí na další ubytovnu nebo shání jiné bydlení, což je také problematické a celkově to přispívá k migraci a nejistotě v bydlení. Někteří další aktéři vnímali, že se mnozí Romové v SVL snaží o získání bydlení mimo SVL, avšak jejich šance na získání bytu jsou ovlivněny jednak diskriminací a nastavením bytové politiky, také ale jejich finanční situací. Se získáním bytu jsou spojeny značné finanční výdaje na kauci, jistinu a nájemné. Zároveň města mohou regulovat lokality a přístup k bydlení určením bezdoplatkové zóny. K podmínkám přidělení městského bytu zas patří, že žadatel nesmí mít dluh vůči městu, vůči dopravnímu podniku nebo dluh za odpad.

„A dneska je dokonce i takovej trend, že oni se sami snaží, aspoň ta nová generace, jako když už dospějí a najdou si partnery, tak chtějí za každou cenu odejít z té sociálně vyloučené lokality. (...) Chtějí se

vypíchnout právě z téhle lokality, chtějí žít, žít prostě mezi ne-Romy, jo?
Chtějí žít v panelákách, chtějí žít s teplou vodou, jo?

(pracovnice obecního úřadu)

„To je katastrofa jedním slovem, protože rodina, i kdyby prostě nakrásně chtěla se osamostatnit a žít jinak, než je ve vyloučené lokalitě, tak strašně těžko se jim vůbec shání byt, protože ty pronajímatelé prostě nechtějí, aby tam ty rodiny bydlely, jo. Aniž je to z vlastní zkušenosti nebo z předsudků nebo prostě ta příčina může být jako jakákoliv, ale prostě to tak je. A už vůbec ne třeba, kdyby si tam měli dávat nějaký trvalý bydlíště. Oni už vidí okamžitě problém a nesouhlasí s tím třeba i celý dům prostě, jo. Takže ony už i ty realitní kanceláře, jakmile tam prostě zavolá pan Deméter, tak řekne ‚obsazeno‘. Sociální bydlení je takový, jaký je, to prostě jako dostupný není, a když, tak se vždycky upřednostní někdo hendikepovaněj. Protože Rom není, jako romství není hendikep, jo, takže tak. No, a oni se potom teda dostávají do různých ubytoven. Pokud teda třeba už jako nemají vlastní byt, který dostali někdy služebně ještě za komunistů, jako že se tam prostě bydlí už několik generací. To dřív bylo, jo, že třeba dostávali městský byty, státní byty, byly mnohem dostupnější než teď. Teď taková třeba, já nevím, městský byt, když chceš, tak musíš dát kauci, dát městu a tak dále, a oni na to prostě nemají prostředky absolutně. Takže ty ubytovny jsou většinou tak, že oni mají společný záchody, že tam je málo soukromí, takový, ta patologie z toho vyloučení v tom prostě funguje a fungovat bude, no.“

(zdravotní sestra)

„A tam [název lokality – pozn. autora] jsou takový sociální byty, nebo lze to považovat za takovou formu sociálních bytů, protože tam při přidělení není požadována jistota. Ta kauce, jistota, jinde u jiných bytů jo, a ne každý tady z těchto našich klientů na to ty peníze má. No, tak když si žádáte o byt, o obecní byt – tak já nevím, jestli je to diskriminace, nebo není, nebo je to naprosto v pořádku –, tak nesmíte mít dluhy vůči městu a za tím dluhy vůči dopravnímu podniku, to znamená žádné dluhy za černé jízdy. A popelnice, to jsou zatím dva dluhy, které se řeší a které se dokladují.“

(pracovnice obecního úřadu)

Aspekty bydlení, které se participantům ve vztahu ke zdraví jeví jako důležité, jsou zejména dostupnost, kvalita a nejistota bydlení. Prostředí SVL, podmínky bydlení a vybavenost domácností jsou vnímány jako nedostatečné a zdraví ohrožující. I přes nedostačující kvalitu bydlení jsou poplatky za bydlení, zejména na ubytovnách, považovány za vysoké a pro mnoho Romů v SVL je to velká částka, kterou musí hradit z více zdrojů. Dochází tak ke vzniku dluhů a častému stěhování. Obě skupiny participantů vnímají možnosti Romů v SVL k nalezení a udržení si lepšího bydlení jako omezené zejména kvůli nejisté finanční situaci a diskriminaci v oblasti bydlení.

3.2.3 Zdraví

Toto shrnutí si klade za cíl přiblížit obecný rámec tématu zdraví u cílové populace Romů žijících v sociálním vyloučení v ČR.

Nejprve je třeba zmínit, co je zdraví, respektive jak se vyvíjel pohled na to, co je považováno za zdraví. Vzhledem k účelu této kapitoly si představíme pouze pár základních definic. Jako první byl definován tzv. biomedicínský model, ve kterém je zdraví chápáno jako samozřejmost a nemoc je poruchou, která jej narušuje a lze ji odhalit a léčit (Křivohlavý, 2009). Později došlo k posunu k tzv. bio-psycho sociálnímu modelu a zdraví bylo Světovou zdravotnickou organizací (dále WHO) definováno jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze jako nepřítomnost nemoci či vady (WHO, 1946). Tato definice překonala tradiční pojetí a byla postupně zpřesňována samotnou WHO. Zdraví bylo později definováno jako schopnost vést sociální a ekonomicky produktivní život (WHO, 1977). Dále byla definice doplněna o schopnosti jednotlivce či skupiny nezbytné k tomu, aby bylo možné dosáhnout výše uvedeného stavu plné pohody – jsou jimi: schopnost stanovit a realizovat své cíle, uspokojit své potřeby a mít možnost změnit či se vyrovnat s prostředím, ve kterém žijí (WHO, 1986).

V České republice žije asi 50 % Romů v podmínkách sociálního vyloučení (Čada a kol., 2015), které pravděpodobně značně ztěžuje rozvoj výše uvedených schopností a možností tak, aby bylo možné dosáhnout zdraví, jak jej definuje WHO. Z národních zpráv vyplývá, že zdravotní stav této menšiny v ČR je trvale horší než u běžné populace – byl prokázán dřívější výskyt různých chronických neinfekčních onemocnění (migréna, deprese, onemocnění srdce a cév, bronchitida, vředová choroba) a předčasná úmrtnost asi o 10–15 let (Úřad vlády ČR, 2017). Z výzkumů provedených v dalších evropských zemích vyplývá, že Romové také hůře hodnotí vlastní zdraví v porovnání s majoritní populací, v ČR byl zjištěn podobný výsledek (Davidová, 2011). Potvrzují jej i další výzkumy realizované v ČR v posledních letech a týkající se zranitelných skupin přímo v rámci populace Romů: kojenců (Dostál a kol., 2010), dětí a žen (Rambousková a kol., 2009).

V této části zprávy bude představen pohled aktérů, se kterými byly realizovány rozhovory, na zdraví Romů žijících v sociálním vyloučení. Vzhledem k tomu, že na samotné zdraví a postoj k němu má vliv řada proměnných, je vhodné je nyní připomenout, aby nedošlo ke zkreslení a/nebo zjednodušení sdělených informací. Obecný přehled všech vlivů lze najít v „koncepčním rámci SDZ“ v úvodu této zprávy (viz Obrázek 1 Koncepční rámec sociálních determinantů zdraví podle WHO (Solar & Irwin, 2010). Participantů se v rozhovorech dotkli i obecných strukturálních determinant. Byly jimi zejména vliv veřejné politiky a její realizace samosprávou (viz kapitola Veřejné politiky a samospráva), zdravotními pojišťovnami (viz kapitola Zdravotní pojišťovny) a poskytovateli zdravotní péče (viz kapitola Zdravotní péče).

Ze strukturálních determinantů přímo pramení SDZ, jimž je přisuzována v rámci odborného diskurzu hlavní zodpovědnost za nespravedlivé rozdíly ve zdraví. Pro potřeby analýzy nebyly striktně všechny aspekty oddělovány na strukturální a SDZ, neboť v žité realitě jednotlivců se tyto jevy často prolínají.

3.2.3.1 Zdraví z pohledu Romů žijících v sociálním vyloučení

Jak vyplývá z výše uvedeného obecného přehledu, horší zdravotní stav cílové populace zapříčiňuje soubor více faktorů na různých úrovních. Kratší délku dožití Romů ve srovnání s majoritou ale Romové žijící v SVL téměř nereflektují. Spontánní uvědomění tohoto faktu jsme zachytili velice ojediněle.

Já se spíš jako doslýchám jako třeba u bílých, že umírají stářím. Nebo když deme okolo pohřebního ústavu a díváme se na parte, tam jsou lidi, co mají třeba 80 roků, jako jo. A to se jako málokterej Rom dožije, takovýho věku."

(Romka v SVL)

Tato podkapitola přibližuje zdraví Romů žijících v SVL jak je oni sami vnímají a popisují, přičemž to jak participanti vnímají a reflektují své zdraví, má podstatný vliv na jejich jednání v oblasti prevence a čerpání zdravotní péče. Jednou z oblastí, která byla při rozhovorech zmiňována zejména dalšími aktéry, je vnímaná hodnota zdraví. Dalo by se říct, že se jedná o něco, co tito odborníci poskytující péči cílové skupině často reflektují a také hodnotí ze své pozice. Tato kapitola na to reaguje a přibližuje, jakým způsobem sami Romové v SVL reflektují důležitost vlastního zdraví a zdraví svých dětí i v kontextu dalších faktorů.

Hodnota zdraví pravděpodobně nepatří mezi skutečnosti, které by sami Romové žijící v SVL přímo a vědomě reflektovali. Pouze ojediněle ji někteří uváděli jako svou hodnotu. Většina z nich zmiňovala starost o zdraví až při objevení se nemoci a/nebo bolesti. Někteří uváděli, že se snaží o své zdraví starat alespoň do určité míry. Někteří Romové v SVL sdělovali, že oni sami nebo jejich blízcí své zdraví neřeší ani při existujících zdravotních potížích a k lékaři jdou často pozdě. Což dle jejich usouzení může vést k zanedbání nějakého závažného onemocnění. Někteří romští participanti v souvislosti s vlastním zdravím zmiňovali, že je pro ně důležité pečovat o své zdraví zejména kvůli svým dětem. Ojediněle participanti uváděli, že je děti či partneri podněcují ke zdravějšímu životnímu stylu.

„Hlavně ty peníze, ať jsou, ať je co jíst, ať mám děcka u sebe, ať jsou zdraví všichni, ať je práce, a to je všechno."

(Romka v SVL)

„Já třeba například taky nevím, co mi je, taky se bojím, že. To radši k doktorovi jdu, radši se nechám vyšetřit, ať jsou v pořádku. (...) | Protože mám tu děcka, jak by to zvládly beze mě tady. Asi těžko."

(Romka V SVL)

Matka: „Tak já mám mít taky pitný režim, ovoce, zeleninu. To mám jest. Nejím. Protože kolikrát na to nemám peníze."

Dcera: „A když má peníze, tak si to nechce koupit."

Matka: „Tak. Ona mi chce koupit ty náplasti, abych přestala kouřit, no. Ona si myslí, že to pomůže. Zkusíme to, a nevím, nevím, jestli to dopadne dobře."

Dcera: „No, dopadne to dobře. Už to přeháníš s tím kouřením, mami."

(Romky v SVL)

V souvislosti s hodnotou zdraví se objevovaly výroky některých romských participantů, které naznačovaly, že chození do práce má pro ně větší hodnotu či význam než jejich zdraví. Týkalo se to zejména mužů, kteří jsou zaměstnaní. Přičemž tento fakt může souviset dle některých sdělení se špatnými zkušenostmi se zdravotníky anebo také s tím, že se Romům daří často najít zaměstnání, při kterém jim nevzniká nárok na nemocenské dávky.

„Tak můj chlap, když bude nemocný, tak radši půjde do práce, než aby měl zůstat doma nebo jít k doktorovi. S ním je problém, no, on nepůjde k doktorovi, on radši půjde do práce. On řekne: ne, já nejdu. Vezme si nějaký prášek a jde.“

(Romka v SVL)

„Tak každý dospělý se snaží chodit tedka co nejvíc do práce a každý chce vydělávat. Takže oni se snažíjou to zdraví řešit, až jsou fakt nemocní. Až fakt jim je hodně zle. Jinak ne. Jinak nejdou k doktorovi. (...) Ale oni to tak mají Romové jako nastavený, že oni prostě jsou dřiči. Že oni když makaj, tak jim je přednější ta práce, než aby se koukali furt na zdraví a chodili furt k doktorovi. Že jsou nemocní.“

(Romka v SVL)

Dost odlišně byla vnímána hodnota zdraví dětí. Ze sdělení Romů žijících v SVL bylo znát, že rodiče u svých dětí vnímají hodnotu zdraví vyšší než u sebe a přisuzují také větší význam preventivní péči u svých dětí než u sebe samotných. Někteří participanté z řad Romů přímo sdělovali, že zdraví dětí je pro ně důležité. Časté bylo otevřené projevy starosti o zdraví dětí ať už obecně, anebo i ve vztahu k nějakému dědičnému onemocnění v rodině. O nemocech či úrazech dětí mluvila většina participantů. Na druhou stranu ale participanté pouze ojediněle zmiňovali, že k nějaké péči o zdraví (užívání léků, chození k lékaři, prevenci) vědomě vedou také své děti. Při upřesnění někdy vyšlo najevo, že rodiče vedou děti k tomu, co sami nedělají.

[proč participantka nemá čas na starost o své zdraví] „My totiž většinou řešíme tady ty děti. Takže protože ty děti, to je pořád něco. Takže furt většinou řešíme ty děti. Zuby a takový [nemoci – pozn. autora], že?“

(Romka v SVL)

„Manžel moc ne, ten nerad léky, jenom jak když ho už něco fakticky bolí, tak jo, že si vezme, ale jinak si nevezme. Ale já jo, já jsem spíš ta, co chodí po doktorách... Protože já jsem po mámě. A u nás v rodině jsou hodně nemocný, sourozenci musí mít odborníka, tak se bojím. Takže chci aby aj ony [děti – pozn. autora] chodily, aby se to učily ode mě, tak aby to dělaly aj ony.“

(Romka v SVL)

[o preventivních prohlídkách u zubaře] „Aji když poslala tu pozvánku, tak jsme šli s holkama. Tak to neznamená, že nechodíme my, že děcka by měly taky, že?“

(Romka v SVL)

3.2.3.2 Zdraví cílové populace z pohledu dalších zainteresovaných aktérů

V této kapitole budou popsána zjištění z rozhovorů s dalšími aktéry, kteří se s cílovou populací setkávají v rámci své praxe. Obecně lze říci, že tito odborníci využívali více odbornou terminologii a také si více uvědomovali než samotní Romové žijící v SVL, co vše může mít vliv na zdraví.

Většina participantů z řad dalších aktérů mluvila o tom, že hlavní vliv na zdraví cílové populace mají faktory související s životem v sociálním vyloučení jako takovým. Většinou byly jako klíčové zmiňovány dvě hlavní oblasti: bydlení a zaměstnávání. Při srovnání s výsledky analýzy dokumentů (viz kapitola 2. Romové jako aktéři ve vztahu ke zdraví ve strategických dokumentech) toto odpovídá strukturálním podmínkám, které mají vliv na zdraví.

Vliv etnicity na zdraví byl zmiňován většinou participantů, často ale byla uváděna společně s ostatními faktory (bydlení, zaměstnávání, vzdělávání). Pouze někteří další aktéři přímo reflektovali vliv diskriminace z důvodu etnicity na zdraví. Z některých těchto rozhovorů bylo patrné, že nad tím tito aktéři přemýšlejí a zvažují rozsah tohoto vlivu, který je těžko měřitelný. Několik participantů uvádělo, že diskriminace spojená přímo s romskou etnicitou (anticikanismus) je podstatným faktorem. Jeden participant zastával naopak názor, že etnicita má stejný vliv na zdraví jako samotné sociální vyloučení a není třeba ji oddělovat (smysl to má pouze ve výjimečných případech).

[o tom, co má vliv na zdraví] „*To jsou stejné vlivy jako u každého člověka, čili mají vliv determinanty, kterých je několik stovek: biologické, psychické, sociální, asi zhruba ve stejném poměru, v jakém to má u té většinové populace. Takže životní styl, genetická výbava, dostupnost zdravotní péče, životní prostředí, sociální faktory.*“

(odborník na oblast zdraví sociálně vyloučených)

„*A já jednoznačně můžu říct, že obecně zdraví, z mého pohledu, a z mé životní zkušenosti, je souborem toho životního stylu a toho životního prostředí, ve kterém člověk žije, a myšlení, ke kterému se dopátrá. (...) A nutno asi říct, že u těch menšin, které prožívají sociální vyloučení, který není jenom otázkou hmotné nouze, ale to je otázkou takové té duchovní nouze, že jo, to, co naplňuje život, je to v podstatě často život velmi smutný dlouhodobě, tak to si myslím, že stojí za takovým tím podstatným faktorem, proč mají statisticky menší délku života.*“

(metodička sociální služby NNO)

„*Je důležité říct, že jsou tam nějaká specifika Romů, ale že pro zhruba třetinu Romů platí, že jsou to spíš specifika sociálního vyloučení. A to vlastně není v každém případě totéž. A tím specifikem hlavním, které platí pro to sociální vyloučení i jakoby pro to romství, je potom třeba dostupnost nějakých jiných věcí, než je zdravotní péče přímo, jo. A to je právě zaměstnání, ale především je to bydlení. Jeho stabilita a kvalita.*“

(odborník na sociální vyloučení a manažer neziskové organizace)

[o vlivu rasismu na zdraví Romů] „Samozřejmě může mít, protože to je o té důvěře v těch vztazích. Pokud prostě ti Romové nemají ten vztah, tak pokud nemusí, nedonutí je ta okolnost, tak do toho prostě nejdou a uzavřou se, jo. (...) A může za to ten stát, že to v těch lidech nebuduje. A ta společnost, protože tady je naprosto v pořádku v Čechách, že prostě si do cikána kopnete. A v této společnosti není pro žádného Roma jednoduché hledat práci anebo bydlení.“

(manažer organizace věnující se sociálně vyloučeným)

„Co si myslím, že je hrozně důležitý, je i anticikanismus. Protože oni ví, že je majoritní společnost nemusí, a snáší to hrozně špatně. A to si myslím, že musí mít obrovské dopad na psychiku a může z toho pramenit i psychosomatický onemocnění, třeba hodně trpí bolestmi zad bez objektivního nálezu.“

(pracovnice krajského úřadu)

Většina dalších zainteresovaných aktérů potvrzovala výše sdělení Romů týkající se hodnoty zdraví. Nejvíce se k situaci vyjadřovali sociální pracovníci služeb, jejichž součástí je podpora zdraví. Dle názoru některých dalších aktérů Romové žijící v sociálním vyloučení řeší často existenciální problémy (bydlení, finanční problémy, udržení si zaměstnání), a tím pádem zdraví pro ně není až tak důležité. Někteří další aktéři uváděli, že se oblasti zdraví v romských rodinách více věnují ženy, které pečují zejména o zdraví dětí, podobně je tomu i u majority. Dle některých tento přístup pak může vést k problémům při zajištění péče o domácnost i o děti, pokud žena onemocní. Je vyzkoumáno, že ženy v západních zemích mají nižší výskyt těžkých závislostí, nadváhy a více využívají zdravotní péči včetně té preventivní (Pinkhasov a kol., 2010) a tím pádem se pravděpodobně i více starají o zdraví svých dětí. Romské ženy se ale v ČR dožívají podstatně kratší průměrné délky života, než ženy z majority (Davidová, 2011), za čímž může pravděpodobně stát náročnost jejich role v rodině (viz kapitola v bariérách dostupnosti zdravotní péče 3.4.1.5 Pohlavní role). Ojediněle se objevil konkrétní názor, že jedním z důvodů, proč není zdraví pro Romy prioritou, je diskriminace, se kterou se neustále setkávají (nutnost se „sebeobhajovat“).

„Tak to je logický, Maslowova pyramida potřeb, oni furt jsou někde tam jako dole v té pyramidě. Řeší pořád to, že nemám kde bydlet, že nemám peníze, abych zaplatil nájem, protože mě zítra vyhodí z ubytovny, když nezaplatím. Tak nějaká preventivní prohlídka je to poslední, co by mě v tu chvíli zajímalo.“

(terénní sociální pracovníce NNO)

„Potom ještě u toho zdraví, kdy mají například více dětí a k tomu ještě i můžou mít zaměstnání, tak mají strach, že když nastoupí do zaměstnání nebo mají na úřadech práce vyřizování, tak nechávají zdraví na posledním místě. Nemají takový cit, že zdraví musí být na prvním místě a potom až práce a zajištění té domácnosti a tak dále. Jak svoje zdraví potom zanedbávají, tak potom strádají ty děti, že se nemůžou o ně postarat v té domácnosti...“

(terénní sociální pracovníce NNO)

[o zdraví obecně] „Ženy prostě mají přece jenom trošku víc vůle to řešit. Zvlášť třeba pokud mají děti. Tak ty děti jsou pro ně ta motivace, aby to zdraví nějak řešily. Co se týče teda zdraví dětí, sebe jako mají až na tom dalším místě. Ale ty děti teda, ty jo.“

(terénní sociální pracovnice NNO)

„A hlavně jako bránit sebe je psychická zátěž. Všecko prostě si musí obhájit [ve vztahu k institucím – pozn. autora]. Je to tak, že to bere energii, že jsou prostě v depresi a že to vyvolává frustraci.“

(sociální pracovnice obce)

Ojedinele se participanti z řad dalších aktérů naopak vyjadřovali hodnotícím způsobem vůči cílové populaci, jejímu chování souvisejícímu se zdravím a schopnosti vyhodnotit zdravotní stav. Objevil se názor, že Romové mají nižší citlivost ke vnímání zdravotních problémů než majorita, nebo přesvědčení, že Romové mají nižší inteligenci a/nebo jiný postoj k životu než majorita, čímž si vlastně sami způsobují zdravotní potíže. V návaznosti na obsahovou analýzu dokumentů (viz kapitola 2. Romové jako aktéři ve vztahu ke zdraví ve strategických dokumentech) tyto názory odpovídají spíše důrazu na individuální odpovědnost za zdraví ve společnosti. V této souvislosti je však vhodné připomenout, že dle teorie o SDZ životní styl a se zdravím související chování jsou výsledkem materiálních poměrů, do kterých se člověk narodí, v nichž žije a pracuje, a jak různé subpopulace přeměňují materiální podmínky života na vzorce chování (WHO, 2011).

„Potom je taky i samotná situace vnímání, kdy člověk je zdravý, nebo není zdravý. Oni [Romové v SVL – pozn. autora], když je ještě nebolí ten zub až tak, tak říkají, že to je ještě dobrý. Takže i vnímání, kde je ještě mez mezi tím, že už by měli navštívit lékaře, je jiná než u většiny společnosti.“

(terénní sociální pracovnice NNO)

[o čerpání zdravotní péče Romy v SVL] „Nižší úroveň rozumových schopností rodičů, nějakým způsobem zvážit tu situaci, jestli už je natolik závažná, jít k lékaři.“

(pracovnice speciálního pedagogického centra)

„Já vám řeknu jednu hnusnou větu, kterou říkám vždycky, jo. Že kdyby se v té rodině jednou týdně obětovala jedna krabička cigaret, tak má dítě zaplacených pět obědů do školy. A že kdyby obětovali dvě krabičky cigaret, tak mají antikoncepci na měsíc nebo na tři. Nemyslím si, že by peníze byly tím důvodem [nedostatek peněz – pozn. autora], jo. Spíš jsou ty peníze investovaný do něčeho jinýho.“

(ředitelka ZŠ s převahou romských žáků)

3.2.3.3 Zdravotní potřeby Romů žijících v sociálním vyloučení

Tato kapitola referuje o zdravotních potřebách cílové populace. Jelikož se jedná o obecný pojem, je vhodné si uvést teoretický rámec. Zdravotní potřeba je definována jako stav, kdy se jednotlivci či skupině nedostává něčeho v souvislosti se zdravím či zdravotní péčí. Přičemž se rozlišuje potřeba pocíťovaná nebo latentní, uspokojená nebo neuspokojená, profesionálně definovaná či normativní. Žádoucí je také rozlišovat mezi potřebou zdraví a zdravotnických služeb (Vokurka, Hugo a kol., 2015). Pro zhodnocení byla v rámci analýzy doplněna podkapitola Naplňování zdravotních potřeb, která se odvíjí od výše zmiňovaných definic.

Pro účely analýzy a vyhodnocení jejich výsledků se zdá použitelné také členění na subjektivní a objektivní zdravotní potřeby. Subjektivní zdravotní potřeba je vědomím nedostatku, při kterém člověk obvykle vyhledává zdravotní péči. Na subjektivní rovině ale mohou nastat různé situace, které čerpání této péče ovlivňují (vyžadování péče, kterou jednatelce objektivně nepotřebuje anebo si myslí, že by ji mohl obdržet, či nevyžadování péče, kterou jednatelce objektivně potřebuje). Objektivní zdravotní potřeba vychází z nutnosti preventivního sledování zdravotního stavu obyvatel, zavádění opatření vedoucích k eliminaci či snižování zdravotních rizik. Normativní potřeby jsou tzv. standardy péče stanovené odborníky, které se mění v souladu s medicínským poznáním a ekonomickou situací dané země (Durdisová, 2005). Poslední dvě zdravotní potřeby – objektivní a normativní – participanti z řad Romů nereflektovali vůbec, v rámci analýzy se pouze ojediněle vyskytly případy, kdy subjektivní zdravotní potřeba nebyla lékařem uznána jako objektivní.

Jako zdravotní potřeby byla z rozhovorů vybrána témata, která se týkala nemocí, se kterými se participanti z řad Romů žijících v SVL potkávají ve své rodině či komunitě. Uvedený výčet je ale třeba brát s ohledem na to, že výběr participantů byl záměrný tak, abychom postihli vlastnosti komunity ve zvolených lokalitách, ale nedá se považovat za reprezentativní pro celou cílovou populaci.

Naplňování zdravotních potřeb

V rámci rozhovorů s Romy v SVL byly reflektovány pouze vědomě pocíťované zdravotní potřeby týkající se zejména minulosti. Sdělovali nám informace o různých onemocněních vyskytujících se u dospělých a/nebo u dětí (viz dále podnadpis Nemoci) jak v jejich rodině, tak v komunitě. Z rozhovorů bylo znát, že toto téma je pro ně důležité a své potřeby si uvědomují. Pouze v jednom rozhovoru participantka uváděla, že dospělí v jejich domácnosti jsou zcela zdraví.

Latentní zdravotní potřeby, které by mohli mít tito participanti, nezmiňovali téměř vůbec, takže to působilo dojmem, že je nereflektují. Ve vztahu k tomuto tématu se nabízí souvislost s nízkým zájmem Romů v SVL o prevenci onemocnění (viz kapitola Prevence) a zejména s orientací na přítomnost, která pravděpodobně pramení z nutnosti řešit spíše existenční problémy. Latentní potřeby se nicméně objevovaly ve výrocích některých participantů o třetích osobách, které údajně byly zdravé, přičemž najednou se u nich projevilo závažné onemocnění. Někteří participanti toto reflektovali a právě tyto zkušenosti měly vliv na jejich vztah ke zdraví (viz kapitola 3.4.1.2 Názory a přesvědčení).

„V ljméno ulice – pozn. aural na té ubytovně, jestli jste tam někdy byli? Tam předevcírem umřela holka. Ona žila s bratrancem, taky 28 roků holka prostě, de spat a už nevstane. Jakože trpěla na astma, ale jako ona byla normálně zdravá. Má dvě děti, a ráno nevstane, víte, to je těžký.“

(Romka v SVL)

Zajímavým faktem je, že většina participantů z řad Romů v SVL mluvila o nenaplněných zdravotních potřebách. Hlavním důvodem těchto neuspokojených potřeb bylo nevyžadování péče, kterou pacient pravděpodobně potřeboval (z rozhovorů není možné s jistotou určit, jestli zdravotní potřeba byla objektivní). Většina participantů přitom v rozhovorech uváděla, že někdy byla s péčí zdravotníků nespokojena. Špatné osobní zkušenosti při čerpání zdravotní péče (nejčastěji s komunikací se zdravotníky) se ukazují jako důležitý faktor, který se podílí na neřešení zdravotních potřeb Romů v SVL (viz kapitoly 3.4.1.4 Nedůvěra k přístupu zdravotníků a 3.4.3.2 Diskriminace ve zdravotní péči).

Dále většina participantů zmiňovala v rozhovorech zdravotní potíže (uvědomované zdravotní potřeby), ale přitom je vědomě buď neřešili vůbec, anebo dávali přednost jiným způsobům řešení zdravotních problémů než návštěvě lékaře. Většina se léčila sama v domácím prostředí, někteří kvůli horší finanční či místní dostupnosti. Někteří participanté také vědomě odkládali čerpání zdravotní péče, ojediněle také využívali konzultací v lékárně (více viz kapitola Alternativní strategie čerpání zdravotní péče).

„Aj víte, co ještě dělají ty doktory. Když tam vidijou, že tam Rom tady sedí, tak jde a otevře okno. Že člověka urazijou. Jako by nevěděl, co je hygiena. Takže samý ponižování tady v lnázev města – pozn. aural, co jsem tak zjistila po těch doktorech, a urážení.“

(Romka v SVL)

„I když to je tady, já nevím, čtyři kilometry do těch lnázev obcel, že. Ale kolikrát třeba na to nejsou finance, tak nejdu. Tak si třeba dám, co mám doma lléky – pozn. aural, nebo se objednám.“

(Romka v SVL)

„Každý mi říkal: ‚Paní, běžte k doktorovi, dostanete zánět hlavy.‘ Jsem nešla. Jsem řekla, že já nejdu, a já sem si vytrhla zub a měla jsem klid.“

(Romka v SVL)

„Takový ponižení dostáváme od tých doktorů. Tak radši, když jsem nemocná, tak nejdu na návštěvu za žádným doktorem. Jdu do lékárny, tam mi poradí a hotovo. Takže když potřebuju, něco mě bolí, tak jdu, říkám, tady mě to trápí a oni mi poradijú. Tak si to hned kúpim v lékárně a doktora už nenavštěvuju tedka.“

(Romka v SVL)

Většina participantů měla svého praktického lékaře, ke kterému docházeli při onemocněních, pokud cítili subjektivní zdravotní potřebu. Míra spokojenosti s přístupem lékařů byla různá. Někteří z participantů se přitom opakovaně domnívali, že lékař zlehčoval jejich zdravotní stav.

Další skupina participantů zmiňovala, že ačkoliv se rozhodli oni nebo jejich blízcí svou zdravotní potřebu řešit s lékaři, tak se nedočkali takové péče, kterou v daný moment potřebovali. Jako problematické se to jeví v rurálních lokalitách, kde je lékařů nedostatek. Těmto pacientům nebyla jejich subjektivní zdravotní potřeba lékařem potvrzena jako objektivní. Z rozhovorů lze těžko odvodit, jestli lékař správně posoudil zdravotní stav. Tato odmítnutí a další negativní zkušenosti se zdravotnickým personálem ale mohou stát za častějším využíváním zdravotnické záchranné a pohotovostní služby Romy.

„No, vlastně tak když tam dou lidi lk praktické lékařce – pozn. autora) a jí se třeba Romové nezamlouvaj, tak je odbyde a řekne: ‚No, vy simulujete, nic vám není.‘ Vyhodí je ven. A hodně případů pak museli řešit až na pohotovosti, protože ona je odmítla ošetřit. (...) Aji ten starší syn tam jednou byl a taky ho vyhodila, že simuluje. Já jsem s ním musela jít pak tady na pohotovost.“

(Romka v SVL)

Další situaci související s naplňováním zdravotních potřeb, která se objevovala pouze ojedinele, bylo vyžadování péče, kterou participant pravděpodobně nepotřeboval. Ačkoliv hodnota zdraví dětí byla pro romské participanty vyšší než u dospělých, tak jsme se s vyžadováním objektivně nepotřebné péče pro ně v rozhovorech nesetkali. Někteří participanté mluvili naopak o reversu při hospitalizaci v nemocnici (většinou po porodu) anebo o situacích, kdy zdravotní péči plně „nedočerpali“. Většinou bylo hlavním důvodem zajistit péči o další malé děti v domácnosti ze strany matek anebo pocit zlepšení zdravotního stavu.

„Třeba já jsem byla nemocná, bolely mě záda a ledviny, a říkám, jestli by mě nemohli vzít na rentgen. Vzali mi moč a jenom se podívali, že je to v pořádku. Znáám to, protože jsem chodila s maminkou, takže vím, na co mám nárok, anebo ne. Tak říkám, jestli můžou se podívat i na ultrazvuk a tak, oni ne. Jenom prostě vzali mi moč, dobrý. Předepsali mi léky – pozn. autora) a ahoj.“

(Romka v SVL)

„To mi tahali v Jeseníku hnis z kolena, že? Na to jsem tam chodil, a potom přestal jsem chodit tam, říkám, kašlu na to, nikam nebudu jezdit furt. Kam? Dokud můžu, tak chodím.“

(Rom v SVL)

„Já jsem byla i v nemocnici, chtěli zjistit, čo mi je. Já jsem tam vydržela jenom jeden den, ale bála jsem se tady o toho kluka, aby chodil do školy, tak jsem šla dom na revers. To jsem právě udělala asi chybu. (...) [M]usím jí zavolat, aby mě zase objednala, kdy mám přijít, a potom domluvit, aby mě dala do tý nemocnice. Ale až budou děcka mít prázdniny.“

(Romka v SVL)

Nemoci

V této kapitole, zařazené pod zdravotní potřeby, jsou již uvedeny konkrétní zdravotní potřeby související s konkrétními typy nemocí, které reflektovali Romové v SVL v rozhovorech u svých dětí či u sebe a svých rodinných příslušníků.

Jedním z ukazatelů zdraví je četnost výskytu různých onemocnění. V předchozích výzkumech bylo prokázáno, že výskyt **nemocí u romských dětí** je větší než u dětí z majority (Rambousková a kol., 2009). I sdělení participantů tohoto výzkumu s tímto faktem je v souladu. Zde bude orientačně shrnuto, s jakými zdravotními potížemi se nejčastěji potýkaly děti participantů tohoto výzkumu. Je třeba brát v potaz, že se jedná o laické stanovení diagnóz samotnými participanty nebo zprostředkované sdělení lékaře tak, jak si ho participanté pamatují, takže není možné ověřit správnost uvedených tvrzení. Někteří participanté se v rozhovorech přímo zmiňovali o tom, že jejich děti jsou často nemocné. Dochází u nich také k vzájemnému infikování v rodinách a v komunitě. Děje se tomu tak v bytech, kdy poměrně velké rodiny bydlí na malém prostoru, a na ubytovnách, kde rodiny sdílí hygienické zařízení (více viz 3.2.2.4 Bydlení

lo nemocnosti dětí] „Kolikrát do roka? No nevím, tak šestkrát určitě. Tady se to přenáší hned. Tady jsou hodně malý děti. A jak se navštěvují, jsou ve styku furt na chodbách, takže to je hned. Jeden to dostal, pak už to hnedka maj jiný, že. Takže to je tady furt vlastně, možná i víckrát než šestkrát. I pan doktor říkal, že jsme furt nemocný.“

(Romka v SVL)

lo nemocnosti dětí] „No, moje tedka, to ani jako se nedá asi spočítat. Hodněkrát. Já mám šest dětí a je možný, že třeba jedno má teplotu a jakože za tři dny je dobrá. Pak třeba syna zas ho bolí břicho. Furt je něco.“

(Romka v SVL)

Většina participantů uváděla častý výskyt různých lehčích infekčních onemocnění, jako jsou onemocnění horních a dolních cest dýchacích a/nebo střevní onemocnění s různě intenzivním průběhem a výskytem. Z výpovědí se nedá přesně stanovit konkrétní diagnóza. Tato onemocnění se dle některých participantů vyskytují více v chladnějších obdobích roku. Ojedinele výskyt těchto nemocí participanté spojovali s nepříznivými bytovými podmínkami. Menší výskyt těchto onemocnění u dětí referovali participanté, kteří bydleli na vesnici.

„Děti, to je teplota, průjem, bolení břicha, bolest ucha.“

(Romka v SVL)

“Průdušky, kašel, rýma a také. Tady je celý barák nemocný teď.“

(Romka v SVL)

lo nemocech dětí] „V zimě byly pořád lnemocné – pozn. autora]. Protože to fakt se nedalo ani spát, to člověk musel spát ve svetru. Ale tedka jako ne. Tedka už dlouho nebyli nemocní. A to byly většinou jenom rýma, kašel, horečky.“

(Rom v SVL)

„Jenom chřipka nebo něco, jinak ne, oni jsou zdraví. Dvakrát, třikrát do roka asi, jo.“

(Romka v SVL)

„Tady tento má celoročně rýmu. Tento má chronickou rýmu. Má to celoročně, furt.“

(Rom v SVL)

Již méně se objevoval u romských dětí v SVL výskyt dalších onemocnění, což ale pravděpodobně odpovídá četnosti výskytu i u majoritní populace. Výčet zde je pouze orientační. Někteří další aktéři zmiňovali výskyt dědičného sluchového onemocnění. Ojediněle se u dětí vyskytovaly závažnější infekční onemocnění, dědičná onemocnění, problémy s orgány či orgánovými soustavami nebo alergie.

„No, tak byla tady aj žloutenka. To už je... Dva tři roky? To donesl jeden cigán z osad. Tady prostě rodina, no, oni chodí do takové osady, oni tam mají rodinu. (...) Byli jsme pak zdarma očkovaní na žloutenku.“

(Romka v SVL)

„Můj syn utrpěl obrnu lícní kosti [pravděpodobně nervu – pozn. autora]. No, tak jsme šli s ním do nemocnice. On měl asi osm devět roků. Měl rty na bok, nemluvil se mnou. (...) A zjistili mu, že měl asi kdysi klíšťáka a až za tři roky se to vyvinulo. Jakože jsme měli štěstí, že jsme přišli rychle. Že jsem si toho všimla, že mohl dostat obrnu do mozku.“

(Romka v SVL)

„Tak ona má syny na ledviny. A tak ten 18letý, ten to má dobré, jedna ledvina je dobrá. Ale ten osmiletý ani ne. On jenom jednu ledvinu má, a i ta je nemocná. Teď ho čeká ho operace, no.“

(Romka v SVL)

„Máme, máme ekzém, lupénku. Maj děcka, no, alergii máme.“

(Romka v SVL)

Z ojedinělých výroků Romů v SVL se dá odvodit pravděpodobný výskyt duševního onemocnění či problémů. Zmíněno bylo čerpání služeb psychiatra, užívání medikamentů či duševní potíže.

„Má ty nervy trošičku porušený, no. Jako ne moc, že by to bylo úplně, jakože by byla... Ale sem tam ji ten prášek napiše, že? [psychiatřička – pozn. autora] Když je jenom potřeba nebo když na ňu to její přijde, tak jí to máme dát, jinak jako necpat ju s tím. Není to, jakože by to potřebovala.“

(Romka v SVL)

Když je jenom potřeba, nebo když na ňu to její přijde, tak jí to máme dát [lék na zklidnění – pozn. autora], jinak jako necpat ju s tím. Není to, jakože by to potřebovala.“

(Romka v SVL)

„Má to takový, že to na něho přijde. Měl strach být doma. Říkám: ‚Jaký to je?‘ On říká, že má pocity, že umírá. A bál se sám třeba ve sprše koupat, bál se třeba, aby sám byl doma, jo? Kolikrát se mi rozbrečel třeba zničehonic. To jsou ty úzkosti.“

(Romka v SVL)

Pro doplnění typologie je zde vhodné uvést, že se objevovaly také zmínky o úrazech dětí. Nicméně i ty se vyskytovaly pouze ojediněle.

„Tak děcka ví, že mají si dávat pozor, oni když jdou. Dceru moju, to byla ještě dítě, devět roků měla, a jí taky zajelo auto.“

(Romka v SVL)

S nemocemi dětí souvisí i téma **omlouvání dítěte ze školy**. Toto téma se v rozhovorech s Romy objevovalo pouze ojediněle, ale někteří další zainteresovaní aktéři se k němu vyjadřovali s tím, že romské děti jsou častěji nemocné a mají častější omluvené absence oproti majoritě. To, že romské děti jsou pravděpodobně častěji nemocné, potvrzují zjištění z rozhovorů z tohoto výzkumu. Dále zjištění z rozhovorů poukazují i na fakt, že za nepravděpodobnou docházkou může stát také horší socioekonomické postavení rodiny. V jednom rozhovoru bylo zmíněno, že děti z této rodiny nešly do školy kvůli nedostatku financí na jídlo. Ojediněle se s podobným problémem setkali účastníci v rámci komunity. Naopak jedna účastnice dokonce mluvila o tom, že se snaží posílat děti do školy, i když jsou nemocné. Jedná se pravděpodobně o taktiku, jak se vyhnout častým absencím. Tento přístup se ale v ostatních rozhovorech nevyskytl.

„Snažím se, protože škola, když ty děti neposíláte do těch škol a častěji marodí, tak oni vám řeknou, že zanedbáváte školní docházku. Takže se snažím třeba, když jsou nemocní, poslat do školy. Anebo nachlazený. Aby... Dokud to není úplně tak, jakože když mají horečky nebo něco. Tady tedka ty školy jsou takové, že oni vám prostě nevěříjou, těm Romům. Oni si myslí, že ti Romové třeba ty děti nechávají naschvál doma nebo že za školu, že se nestaraj.“

(Romka v SVL)

Také **nemoci dospělých**, jak bylo uvedeno v úvodu celé zprávy i této kapitoly, mají častější výskyt různých zejména chronických onemocnění a celkové dožití Romů v ČR je nižší oproti majoritě (Úřad vlády, 2017). Je tedy vhodné se tímto tématem zabývat. Zjištěné informace jsou orientační, nicméně mohou být zajímavým vodítkem pro další budoucí výzkum v této oblasti.

I u dospělých se nejčastěji vyskytují podobná onemocnění jako u dětí, tedy lehčí typy infekcí horních cest dýchacích. Někteří účastníci uváděli, že bývají častěji nemocní stejně jako jejich děti. Týkalo se to zejména lehčích onemocnění dýchacích cest (rýma, chřipka, angína). Pouze ojediněle romští účastníci reflektovali příčinu v nevhodných bytových podmínkách.

„Tak já mám problémy s mandlami krčníma. Byla jsem aji na operaci s tím. Když chodím k lékaři – pozn. autora, tak nějaký ty sirupy mi dávaj, nebo prášky.“

(Romka v SVL)

„My třeba jíme hodně ovoce, vitamíny kupuju, a stejně jsme furt nemocní. (...) Já třeba to mám to stejný [stejnou nemoc jako děti – pozn. autora], já mám problém taky, někdo zakašle a já sedím vedle něho a už to mám.“

(Rom v SVL)

„Já jsu třeba nemocná jednou za měsíc. A to že mě třeba chytne rýma, teplota a tak. A to většinou děcka, když majou rýmu, tak to vždycky chytnu i já.“

(Romka v SVL)

Vedle v předchozím odstavci zmiňovaných infekčních onemocnění někteří participanti dále uváděli, že je a jejich blízké trápí také časté bolesti hlavy, zad či kloubů. Mezi dalšími dlouhodobějšími zdravotními problémy a onemocněními se ve sděleních některých účastníků objevil diabetes, problémy se žaludkem, vysoký krevní tlak a problémy s plícemi. Ojedinelé participanti uváděli i další zdravotní problémy, které je trápí: křeče, epilepsii, zdravotní postižení a chronické bolesti. Jeden účastník dokonce popisoval, že trpí celou řadou zdravotních problémů, diagnostikovaných lékaři.

Romka v SVL (matka): „Tak, říkám o mojim případě třeba, kolikrát mě bolí tady nebo v zádech, třeba trpím na záda, že, na nohy trpím hodně. Tak jako já jdu tady ven a už něco si najít, aby jsem si sedla, strašně mě bolí nohy.“

Rom v SVL (syn): „I mě taky bolí záda. Hodně.“

(Romové v SVL)

„Já to mám taky, tu cukrovku. A jakmile vám napíše prášky a nepoužíváte je, tak to s váma praští o zem a je to, musíte. (...) [J]á beru 10 prášků denně. Na cukrovku, slinivka, cholesterol a od hlavy, protože pořád mě bolí hlava. Nemůžu chodit, tak mi daly ty berle.“

(Rom v SVL)

„On má ten chronickéj zánět plic, takže jako s tím kouřením, když přestal, tak se to zlepšilo.“

(Romka v SVL)

„Třeba od taty sestřenice. Ta je tak stará jak já, 43 let, ta je na vozičku, 180 kilo. Tedka má tu nohu, že je ta noha taková nateklá. Ona normálně chodila, ona byla zdravá ženská. A tedka je na vozičku.“

(Romka v SVL)

„No, já jsem byl jako na tom rentgenu na to srdce a s těma plicema, aj s těma ledvinama, jo. No, a oni řekli, že ty ledviny nejsou jako dobrý, je to špatný. Že jedna ledvina je větší a jedna ledvina je taková malinká. A že to není dobrý, tady to. No, a pak mi s tima plicema, že taky to je špatný, taky to je špatně, a se srdcem že to není až tak, ale že trocha

mi jako to srdce moc bije, jo. (...) No, léčím se na páteř, plotýnky, jo. Operovaný jsem na nohách, na obydvých. Žaludečný vředy, to беру taky ty prášky, tam na to. Zjistili mně, že jsem prochládnul, že prochlazení, takže jsem dostal tu prostatu. A léčím se ještě na alergii. Jsem moc alergickéj, taky беру na to prášky. No, já nesmím pít mlíko. Svědí mě to celý. Vyrážky se mi dělají. Anebo když jdu venku a nějaký prach je. Aj když je kočka tady, tak taky. Jsem strašně alergické na to, tak mi dala takový ty prášky. A léčím se aj na ušním. Na uši. Já mám aj ty sluchátka.“

(Rom v SVL)

Participantů z řad Romů v SVL byli dotazováni i na výskyt vážnějších onemocnění ve své rodině či v komunitě. Většina z nich uváděla častý výskyt rakoviny (plic, prsu i dalších orgánů). Někteří z nich zmiňovali, že se v jejich rodinách vyskytují často problémy se srdcem (arytmie, infarkt myokardu) a také mozková mrtvice. Z rozhovorů vyplynulo, že pokud se vyskytnou tato onemocnění, jsou Romové ochotnější využít zdravotní péči, je tomu tak pravděpodobně kvůli tomu, že s těmito onemocněními mají zkušenosti z rodiny.

Io nemocech, kvůli kterým Romové v SVL jdou k lékaři „Tak to jsou nádory, vysokéj tlak, mrtvička, infarkt, většinou takový věci. (...) Romové víc mají infarkty stoprocentně, infarkty, ty nádory, to jako to je. Já si myslím, že u toho, u tech Romů to je, jako tam to, tam to jako je.“

(Romka v SVL)

„Já mám třeba nohy, já jsem třeba nemocná na nohy, jo. Nehraju to, mám to z dětí. Někdo třeba je nemoc... Já nevím, někdo třeba má mrtvičku, dostane, nebo infarkt dostane, to je všechno z rozčilování, že, se s děckama, jo. To se nasbírá, jak se říká. Nebo někdo má třeba psychiku, má někde, vím, že má starosti z děcka nebo z manželství nefunguje.“

(Romka v SVL)

„Já vám to řeknu asi tak, u nás v rodině ta rakovina je, jo. Protože u nás na tu rakovinu vlastně umřeli vesměs všichni. Takže není divu, že on tu rakovinu má. Ale nikdo nemyslel, že ju bude mít až tak jako v takovém rozsáhlém... Jako to. Protože ji má dvakrát. On má vlastně v krku a má ju i v žaludku.“

(Romka v SVL)

„Jsem měl obrnu, jsem měl obrnu na půlku těla. Ráno jsem vstal a byl jsem ochrnutej na půlku těla a pusu jsem měl nakřivo.“

(Rom v SVL)

3.2.3.4 Stres a jeho vliv na zdraví

V rozhovorech, které jsme dělali s Romy v SVL a dalšími aktéry, jsme se participantů ptali, co Romům žijícím v sociálním vyloučení nejčastěji způsobuje stres. Prostředí SVL může být zdrojem toxického stresu, který bývá často iniciátorem problémů v oblasti

duševního zdraví i zdraví celkově, což bylo reflektováno i v rozhovorech. Participantů z obou skupin se shodovali, že nejčastějším původcem stresu je pro Romy v SVL nedostatek financí. Mezi dalšími výroky se objevovalo také nedostatečné a nekvalitní bydlení, řešení obtížných situací v rodině či jednání s úřady. Silné téma v rozhovorech byla i diskriminace ze strany majority a objevily se také výroky popisující zdravé i nezdravé strategie vyrovnávání se se stresem.

Většina dalších aktérů, kterých jsme se ptali, se shodovala, že má stres velký vliv na celkový zdravotní stav Romů. Někteří sdíleli názor, že stres lidí v SVL má vliv na délku jejich života. Aktéři vnímali, že život v sociálním vyloučení vede k dlouhodobému stresu a frustraci a později i k psychickým potížím. Dle názorů dalších aktérů může z dlouhodobého stresu vzejít onemocnění jako diabetes, rakovina a jiná onemocnění.

„Ten stres je permanentní, dlouhodobý, jakože to je pak už druhá generace, jak kdyby to přebírá. A to je obrovský problém. A pak je další věc, že se stresuje z toho, že nemá tu práci, nemá příjem. Nemá zajištěné děti. Nemají ten klid, nemají ten prostor. To všechno je stresující.“

(terénní sociální pracovník NNO)

Ojedinele se mezi dalšími aktéry také objevil názor, že důvodem nezvládnutí stresových situací může být orientace Romů na okamžité uspokojení.

„Je tam aj viac depresii, zlyhaní, úzkostného prežívania než v bežnej populácii, ale súvisí to aj s tým, že s tou ich orientáciou hedonistickou na okamžité uspokojenie svojich potrieb, na to mať sa dobre, čo najskôr rýchle, s tým súvisí práve dobre sa najesť, dobre si vypiť, dobre si zatancovať a vystavovanie stresu, mať dlhy, chodiť do práce je pre nich problém, takže o mnoho častejšie potom sú náchylní trpieť hlavne úzkostne depresívnymi poruchami.“

(dětský psychiatr)

Stres související s životem v sociálním vyloučení

Romové v SVL, se kterými jsme hovořili, považovali za nejčastější stresor nedostatek financí a s tím spojenou zadluženost či nejistotu bydlení. Mnozí doplňují, že mají strach, že si na ně budou stěžovat jiní lidé a z bytu je neprávem vystěhují, nebo že jim majitel bytu může smlouvu zrušit (i přestože ji mají platnou na delší dobu). Časté stěhování obvykle pro Romy v SVL znamená zprerhání vazeb s rodinou. Především pro romské ženy podle nich musí být neustálé stěhování psychicky náročné.

„Máte dejme tomu pravidelně příjem s třema děckama 15 tisíc. Dostanete nějaký přeplatek 1000 korun. To už vám dělá 12 tisíc, tři tisíce vám vezmou. Aj tam vám vezmou příspěvek na bydlení. A už nedostanete ani korunu na sociálce. Lidi mají nejvíc obavy z bydlení.“

(Romka v SVL)

„Člověk pořád přemejšlí, jestli přinde jednou majitel, řekne všem ven, protože tady to je ze dna na den. (...) Jenže to nikoho nezajímá, on nás může vyrazit aji dneska, aj když máte smlouvu.“

(Romka v SVL)

„Stres mám tady z toho baráku. Já chci odejít odtad, ale na to nejsou finance a třetí věc, jak se tam dostat bez peněz? Bez peněz vás nikdo nevezme, bohužel.“

(Rom v SVL)

„To je o těch nervech, že lidi čekají, kdy se mají balit, co se bude dít. Ale to už jak potom budou odstěhovaní, tak všechno vlastně spadne.“

(Romka v SVL)

Podle některých participantů z řad dalších aktérů je pro Romy v SVL stresující každodenní realita života ve vyloučené lokalitě a bezmoc spojená s tím, že se z ní nikdy nedostanou. Podle jejich slov Romy velmi stresuje, že nemohou žít běžný život jako lidé z majority.

„Stres? Tak asi každodenní realita, že žijou ve vyloučené lokalitě, kde vlastně je to nepodnětný prostředí. Že vidí, že pokud se jejich děti nedostanou z tady té lokality, tak prostě jsou ztraceni jak oni sami. A že bez vzdělání prostě nejsou nic a že to hrozí těm jejich dětem.“

(sociální pracovnice)

„Já si myslím, že úplně nejvíce je stresuje, že prostě nemůžou žít běžně jak všichni.“

(terénní sociální pracovnice)

Většina dalších aktérů, se kterými jsme vedli rozhovory, uváděla jako nejčastějšího původce stresu Romů nedostatek financí. Dle dalších aktérů žijí Romové v SVL v neustálé nejistotě, zda budou mít vyplacené dávky a budou tak schopni uhradit veškeré výdaje, zejména výdaje spojené s bydlením. Nejistota bydlení byla často vzpomínána v souvislosti s nedostatkem financí jako častý původce stresu. Romové, kteří žijí v obecním bytě či v pronájmu, jsou v neustálém stresu, že pokud nezaplatí včas, nebude jim prodloužena smlouva a budou z bytu vyhozeni.

„Já bych to spojila s tím, že to je život ve stresu, v takovém tom stresu, kterej souvisí s tím, že nemáš peníze, nemůžeš se svobodně pohybovat po veřejném prostoru.“

(metodička sociální služby)

„S lidma, s kterýma pracuju, tak maj největší stres z toho, že nebudou mít vyplacený dávky. Takže stres související se zajištěním finančních prostředků.“

(sociální pracovnice městského úřadu)

„Člověk si řekne, vlastně nechodí do práce, což je velké stresor. Já si myslím, že oni mnohdy stresovaní můžou být, můžou být nespokojeni s bydlením, můžou být vystresovaní z toho, že třeba nevyžijou s penězma, stres tam klidně může být. Já si nemyslím, že by měli být jako v pohodě, protože nepracují, protože nic nedělají, protože jim stát

dává peníze. Nemyslím si, že by to byl důvod k tomu, aby nebyli ve stresu.“ (...) „Máme třeba maminku, která už se stěhovala asi čtyřikrát. A vždycky, jak já říkám: ‚Vy všude zamalujete, nakoupíte nábytek, všechno opravíte a pak se stěhujete dál.‘ Tak ta je z toho vždycky úplně na nervy.“

(ředitelka ZŠ s převážnou většinou romských žáků)

„Ti, kteří maj obecní byty, tak mají stres, jestli zaplatí nájem včas a bude jim prodloužena smlouva.“

(sociální pracovnice městského úřadu)

„Ženy maj obrovský stres z toho, že nemají pocit jistoty. Nikdy nikde nemají pocit jistoty. Když bydlí na ubytovně, tak vlastně pokud nezaplatí, jdou ven. Nejistota. Obrovský stres. (...) Když nebydlí na ubytovně, bydlí v bytě, tak bydlí v soukromém bytě, který někomu patří a ten může kdykoliv přijít a říct, že to dává svému dítěti a musí odejít. Nebo že to prodává. Obrovská nejistota. To je obrovský stres, který má dopad i potom jako na budoucnost, že neinvestuje do toho bytu nebo že nemá jistotu, že si může obstarat peníze na něco jiného, nebo že se může věnovat i jiným věcem.“

(terénní sociální pracovnice NNO)

Nájmy za bydlení jsou velmi drahé, ale kvalita bydlení tomu často neodpovídá. V malých bytech nebo na ubytovnách se musí Romové vypořádat s nedostatkem prostoru, soukromí a s hlukem z vedlejších pokojů. Toto je dle názoru dalších aktérů stresující především pro děti, které musí být neustále ve střehu a nemohou mít svůj klid. Podle některých aktérů, se kterými jsme hovořili, může být pro romské rodiče náročné se smířit s tím, v jakých podmínkách žijí jejich děti. Navíc, nevhodné bydlení může být důvodem tlaku ze strany orgánu sociálně-právní ochrany dětí (oddělení obecního úřadu), který vede k obavám, že budou děti z rodiny odebrány.

„V noci, když spí a někdo tam dělá kravál, pouští hudbu, hádá se, bouchá do dveří, to je strašně stresující pro ty děcka, jako být v klidu. Musí být furt ve střehu, jo. A pak jsou agresivnější, neklidní, unavené. Problém. Stres.“

(terénní sociální pracovník obce)

„Tak určitě jsou stresováni tím, v jakých podmínkách žijou. Protože oni jsou hodně orientovaný na rodinu, takže si myslím, že je musí velice stresovat, v jakých podmínkách ty jejich děti žijou.“

(terénní sociální pracovnice NNO)

„Dlouho hledají, aby jim někdo pronajal nějakou místnost, která je pak v takovém katastrofálním stavu, že potom sociálka řekne, že v takovém bytě nemůžou být, kvůli dětem, a hrozí jim i odebrání dětí.“

(terénní sociální pracovnice)

Někteří romští rodiče se dle slov dalších aktérů snaží vyrovnat materiálním podmínkám ostatních dětí, aby tak ve školním prostředí předešli případné šikaně. Mnohdy to je na úkor jiných výdajů.

„I na úkor třeba sebe nebo jiných výdajů v té rodině se snaží ty děti vyrovnat s těmi ostatními v tom dětském kolektivu, ať už se to týká oblečení, vybavení do školy a tady toho. Takže to si myslím, že může být taky hodně stresující, když na to nemám, a chci to tomu dítěti dopřát, aby tam nebylo terčem nějakého posměchu, aby se tam necítilo špatně.“

(pracovnice krajského úřadu)

Stres v rodině

Rodinné prostředí může být také zdrojem psychické zátěže. Někteří Romové v SVL sdíleli zkušenosti s domácím násilím a závislostmi v rodině, rozpadem rodiny či s výchovou dětí.

„Dejme tomu, že třeba ta ženská nemá doma dobrý manželství se svým chlapem, třeba hraje, bije ju. Každý nemá to manželství stejný, mají problémy třeba. A ona z toho potom má jaký problémy? Tak má z toho třeba deprese, stresy, že neví, kam půjde třeba s děckama, vezmou jí ten byt a takový... On byt třeba neplatí, třeba mají takového chlapa, který hraje, nebo pije, jo, sou takový manželství, sou hodně.“

(Romka v SVL)

„Já sem teď ve stresu, jako nevím, co jako. Ten partner mě nechal, ten otec jejich dětí, já sem s ním byla 16 let, no, a teď sme se před rokem rozešli, on si našel jinou, tak mě to vzalo.“

(Romka v SVL)

„Bud' hraje automaty, nebo pije, nebo starosti s děckama, neposlouchají děcka třeba. Nechcou pravidelně chodit do školy, dělají hlouposti, chodí za školu, to může mít i ženská tu psychiku, nejen chlap, to může být na obě strany.“

(Romka v SVL)

Nepříznivé události v dětství a stres související s komplikovanými situacemi v rodině, které mohou vést k závažným psychickým problémům, byly Romy v SVL zmiňovány ojedinele a zejména retrospektivně.

„Moje matka měla víc partnerů a bylo to takové, že žila většinou s partnerem, který byl buď alkoholik, nebo prostě byl propuštěn z vězení.“

(Romka v SVL)

„V tom výchovném ústavě? Super. Mně tam nic nechybělo. Já jsem si tam našla kamarádky. Vychovatelky tam byly, tam nezažíváte to, co zažíváte doma, když máte rodiče, kteří mají partnery, který pijou, bijou

vaši matku a vy to všechno vidíte. A teď mladší sestry, který musí na to koukat. Musíte utíkat z domu v noci v jednu, ve dvě, schovat se ve křovi, čekat až pro vás matka přijde, jestli žije, nežije, jestli ju nezabil. Jako je to všechno stres, nervy, psychika. Takže já jsem byla ráda, že jsem tam byla, i když mě mrzelo, že třeba jsem nechala doma ségry. A vím, že třeba jsem se bála, že jestli taky žijou, nežijou, že jestli jim něco neudělaj někdo. (...) Proto jsem se pak chtěla už sama automaticky dát do toho diagnostického ústavu, abych nebyla venku mezi těma dětma. Tak jsem tam pak sama šla. Ale hlavně doma abych nebyla v tom prostředí. To bylo kvůli svejm rodičům, jako kvůli mámě. Abych nekoukala na to, co se tam děje. No, bylo to takový, no. A proto jsem už skončila tak, jak jsem skončila. Že jsem se nevyučila, že už mě to pak ani nezajímalo, protože jsem byla psychicky prostě ve stresu se vším všudy."

(Romka v SVL)

Zdroje stresu se mohou lišit v závislosti na pohlaví či věku, což reflektovali zejména další aktéři. Situace způsobující psychickou zátěž se mohou týkat dětí, např. otěhotní nezletilá dcera, nebo problémy dětí ve školním prostředí. U mužů se může jednat o stres vyplývající z nenaplnění role živitele a ochránce rodiny, u žen zas o již zmiňované domácí násilí, které má vliv na duševní zdraví jak žen, tak i dětí. I přes tyto negativní jevy mají romské rodiny dle sdělení některých dalších aktérů tendenci k vysoké soudržnosti.

„Jestli třeba dělají děti nějaké problémy, tak ty matky to hodně prožívají, hodně se stresují kvůli dětem. Nebo i domácí násilí, tak to jsou ty ženy taky na tom hodně bité.“

(terénní sociální pracovníce NNO)

„Vlastně když je sociálně vyloučená lokalita a ty muži nemají ten pocit, že jsou živitelé, ochránci té rodiny, protože na těch ubytovnách to jako ztrácí ten svůj status, tak oni vlastně žijou jak kdyby v takovém permanentním stresu.“

(terénní sociální pracovník NNO)

Podle některých dalších aktérů jsou na romské děti kladeny vyšší nároky a požadavky spojené s péčí o mladší sourozence. Někteří aktéři to dokonce popisovali jako nedobrovolné dospívání. Děti žijící v azylových domech se pohybují na hranici mezi soužitím s matkou a odebráním do dětského domova, a proto žijí ve velkém strachu z tohoto odloučení. V azylových domech může být pro děti psychicky náročné i to, že se tam střídá mnoho cizích lidí a často to mohou být lidé závislí na alkoholu či drogách.

„Znám spoustu případů, kdy v podstatě třeba sedmi-, osmileté dítě vodi další tři čtyři děti do školky, do školy. Musí jim koupit ráno svačinu, musí se o ně postarat, což asi u běžné populace není tak časté. Někaké nedobrovolné dospívání vlastně.“

(pracovnice speciálně pedagogického centra)

„Mě napadá v souvislosti s těmi azylovými domy vlastně strach z odloučení od své matky. Je to dost na hraně, kdy jako nám dovolí být s tou mámou dohromady a kdy už půjdeme do toho děčáku. (...) Nebo taky se muset vypořádat s tím, že to dítě, to cizí prostředí, že tam jsou najednou i další cizí lidi, třeba na tom azylovém domě. Naučit se v tom fungovat, že to je takové nestabilní vlastně. Možná někteří můžou působit nebezpečně, to si myslím, že tam se častěji setkává třeba s požíváním alkoholu.“

(speciální pedagožka)

Podle některých dalších aktérů Romů, kteří se přímo pohybují i mezi romskými seniory, je pro ně hlavním stresorem blížící se smrt. Nemají dostatečnou možnost bavit se o ní s vrstevníky, a tím se na ni připravit. Dle názoru dalších zapojených aktérů romské seniory stresuje představa, že umřou v pro ně nedůvěryhodném nemocničním prostředí. Někteří z nich se také bojí, že budou bez pohřbu anebo že se jejich rodina kvůli pohřbu zadluží.

„Staří Romové se nestýkají a nemluví o smrti. Že nemá ani s kým mluvit o té smrti, že příprava, že bych mohl někdy umřít, že bych měl se připravit, peníze na pohřeb, že bych měl někde umírat, rakev zajistit, co chci a co nechci. Anebo jak psychicky s kamarádem se nebojím smrti, jsem připravený, bojím se, jak to bude nebo co. Nemá možnosti. A s mladýma to nevyřeší, že. (...) Že bude trpět nemocemi a bude muset skončit v nemocnici, kde nikdy nechtěl být a nebyl a nemá tu důvěru. Že bude bezbranný, takový pocit bezmocnosti. Todle všechno je stresující. (...) Že umře bez pohřbu, že nebude rodina schopná udělat pohřeb anebo že někomu bude na krku a že se zadluží kvůli tomu, aby měl pohřeb. Takže nemá vidinu svého klidu.“

(terénní sociální pracovník NNO)

Stres související s diskriminací

Neustálá diskriminace a rasistické chování vůči Romům se vyskytuje na různých místech a v různých oblastech, od běžných kontaktů s majoritou v sousedství nebo v obchodech až po kontakty na půdě různých institucí včetně zdravotnických zařízení. Podle slov dotazovaných Romů v SVL v nich takové chování vyvolává velký strach a obavy. Také hovořili o tom, že jim je velmi nepříjemné, když je majorita pomlouvá nebo má vůči nim předsudky. Někteří Romové v SVL mají obavy, že bude majorita diskriminovat jejich děti. Mnoho dotazovaných Romů popisovalo strach z fyzických útoků radikálních skupin.

„Ale že třeba lidi křičijou v televizi ‚Romové do plynu‘ a tak dále. A já si pak představuju ten plyn, já nevím, no. (...) Já mám taky strach z toho, že by přišel zase nějaký nový Hitler.“

(Romka v SVL)

„Tady jsme měli vždycky stresy z toho, že nám nadávali do Romů.“

(Romka v SVL)

„Když třeba si gadže na nás na něco stěžujou, a není to pravda. Z toho jsou stresy Romů. Nebo třeba když děcka jdou ven a něco jim řeknou, to jsou stresy.“

(Romka v SVL)

Nepřijímání majoritou a různé projevy diskriminace mohou být pro Romy dle slov některých dalších aktérů velmi frustrující a mohou vznikat psychosomatické obtíže. Neustálé obhajování sama sebe je velká psychická zátěž, která bere energii a může vyvolávat deprese, frustraci a dlouhodobý stres. Někteří hovořili o tom, že musí být pro Romy náročné ustát tlaky z okolí. Takovou zkušenost sdílel i romský terénní pracovník.

„Vyloženě anticiganismus, protože oni ví, že je majoritní společnost nemusí, a snáší to hrozně špatně, přechází někdy třeba i do agrese. A to si myslím, že musí mít obrovské dopad na psychiku a může z toho pramenit i psychosomatický onemocnění, třeba hodně jich trpí bolestmi zad.“

(pracovnice krajského úřadu)

„Ty lidi už jsou demotivováni, a hlavně jsou frustrováni z toho, že nejsou přijmutí ze strany majority. Víte co, ono i na mě je to moc, a to jsem vysokoškolák, Romák. Já pocítuju to, že se někdy ten tlak prostě nedá.“

(terénní sociální pracovník NNO)

Další aktéři popisovali zkušenosti, jak se některé instituce k Romům chovají. Dle jejich slov to pro ně může být další původce dlouhodobého stresu. Některé úřady Romy nevyslechnou, po jednom pozdním příchodu je vyřadí z kartotéky a Romové tak přichází o nárok na sociální dávky.

„To je neuvěřitelné, co teď se děje s vyřazováním z úřadu práce, přijdete o půl hodiny později, – vyřazený. Není tolerance, i když třeba ten člověk dojíždí bůh ví odkud. Na úřad práce si stěžujou nejvíc a na dávkové agendy, p. Protože tam jsou stresy i v tom, že vy máte dostat příspěvek na bydlení v určitém termínu a nedostanete to. Jsou za to pokuty, když zaplatíte pozdě lnájem – pozn. autora]. Oni za to nemůžou, protože ty peníze, i když by je chtěli dát, nemají. Čili jako první stresor je úřad práce v dávkové agendě, v nepojistných dávkách a v jednání.“

(pracovnice obecního úřadu)

To souhlasilo s výroky dotazovaných Romů v SVL, kteří popisovali nepříjemné zkušenosti s chováním úřadů.

„Sociálky, peníze špatný, strhají vám peníze. Jdete tam prostě, vám nevyjdou ti lidi vstříc. Nic prostě. Odbyje vás, jo? Přitom vidíte, že na to nárok máte. Oni vás tak... On řekne prostě ne a tím to končí.“

(Romka v SVL)

Způsoby vyrovnávání se se stresem

V rozhovorech v obou skupinách respondentů jsme zaznamenali jak zdravé, tak nezdravé strategie vyrovnávání se se stresem. Romové v SVL, se kterými jsme hovořili, se svěřovali, že jim s vyrovnáváním se se stresem pomáhá pobyt v přírodě nebo činnost, která jim nedovolí na problémy myslet. Jiní zase zmiňovali, že když se cítí ve stresu, pomáhá jim spánek. Někteří popisovali, že jim s vyrovnáváním se s těžkostmi pomáhá živý a hluboký vztah s Bohem.

„Něco, zase něco až do toho baráku pryč, a když vás třeba, ať jsu, povol ty stresy, že jo. Bud' jdu si někam do dědiny, anebo někam do lesa, ať mě to uvolní ty nervy.“

(Rom v SVL)

„Když mám ten stres, tak jdu asi spat. To je takovej... Se najím a jdu spat. Že jsem ospalá, si lehnu.“

(Romka v SVL)

„Když je váš vztah s Bohem živý, krásný a hluboký a modlíte se za ty lidi, tak z těch lidí veškerá úzkost spadne, veškerá deprese a pocítí radost nevýslovnou. To není o tom, že lidi by měli být fanatisti, to ne. Potom dívejte se, takoví, jací jsou, by měli být takoví, jací jsou, nehrát si na duchovní a být takoví, jací jsou, a Bůh vlastně se v nich oslaví. To znamená, Bůh se projeví skrze ty lidi.“

(Romka v SVL)

Z nezdravých strategií vyrovnávání se se stresem zmiňovali Romové v SVL, že kvůli stresu více kouří anebo pijí kávu. Někteří vyjádřili přesvědčení, že děti začínají kouřit kvůli stresujícím situacím ve školním prostředí. Pokud Romové nemají oporu v blízkém člověku, může se podle nich stát, že stres začnou řešit užíváním alkoholu či návykových látek. Na druhou stranu se objevil i popis situace v souvislosti s léčbou psychofarmaky, jejichž návykovost byla důvodem přestat brát předepsaný lék.

„A sice si myslím taky, že ti Romové, když třeba někdo nepije nebo tak a má nervy, tak jasně, že vykouří víc těch cigaret, že třeba tím se aji uklidní. Když někdo nepije alkohol, protože ti alkoholici většinou mluvíjou: ‚No, tak já se vožeru a je mi líp, netrápím se a nemám myšlenky.‘ To jsou jejich kecy, že. Ale to taky, víš, to je tady, když chodijou ty děcka do školy a mají tam ty stresy, že jim všichni nadávají do cikánu a toto, tak hodně z nich taky začíná kouřit kvůli tomu, víš?“

(Romka v SVL)

„Stresy. Kafe dávají. Například aj 10, aj 15 kafe vypijou, cigarety tři čtyři krabičky denně.“

(Rom v SVL)

„Většinou to spadne do alkoholu nebo do jiné závislosti. A pokud nemají oporu v nějakým blízkým člověku, tak trpí depresema a pak třeba mají různý poruchy z toho, já nevím, nějakou emoční nestabilní poruchu nebo něco.“

(Romka v SVL)

lo užívání léků na depresil „Pomáhalo, ale bylo to návykový, ty prášky, tak jsem to vysadila. A já říkám, musím se s tím nějak sama vyrovnat... Tak jsem to vzala asi dvakrát, třikrát ten prášek. Říkám: „A ne, dost, z toho se sama dostanu, nepotřebuju k tomu prášky.“

(Romka v SVL)

Důležitým zmiňovaným zdrojem resilience, který byl zmiňován v obou skupinách participantů, byla sociální opora i v širší rodině. Pokud je romská rodina semknutá a drží při sobě, často se podrží i v těžkých situacích. Udržování intenzivních rodinných vztahů je často vědomé. Další aktéři zmiňovali jako další možný zdroj sociální opory podporu sociálního pracovníka.

„My se třeba stýkáme, my se nevidíme dva dny, a už co je? Její bratr třeba má šest dětí, já mám tři a vyrůstají spolu. Ať se mají rádi, ať když se něco bude dít, jsou spolčení. My jsme věděli, že máme ochraňovat třeba sestřenicu, když něco.“

(Rom v SVL)

„Myslím, že tímto oni si ten stres hodně eliminují, že mají ty vazby mezi sebou takové.“

(lékařka)

„Určitě to má vliv, už jenom ta podpora toho sociálního pracovníka, kdy se tam naváže poměrně dobrý vztah důvěry, tak i to, že mám za kým jít, že se mu můžu svěřit, ty svoje problémy. Že vím, že mi v rámci těch možností, pokud se já budu snažit, pomůže. Protože pokud se nebudu, tak se ten sociální pracovník může rozkrájet. Tak i to je, si myslím, částečně toho stresu zbavuje.“

(sociální pracovnice městského úřadu)

Dále byli, v rámci rozhovorů s dalšími aktéry v této souvislosti popisovány, jak zdravé tak nezdravé strategie vyrovnávání se se stresem. Podle dalších aktérů, se kterými jsme hovořili, v některých rodinách pomáhá, když mohou ženy odejít do práce a vyčistit si tím hlavu, nebo že některým Romům může pomáhat tanec a hudba.

„Vlastně tedka už to není jenom o tom, že ty ženský jsou doma s děckama, ale že jdou do práce. (...) [H]odně jsou to úklidový práce, třeba v nemocnici uklízejí, některý chodívají do pekárny, hodně jich třeba teď je prodavaček maminek. Myslím si, že jim to neuškodí, vypadnou na chvílku z toho blázinca, kterej je doma...“

(ředitelka ZŠ s převahou romských žáků)

„Třeba ta jejich hudba a tancování, může to být taky jako nějaká forma, jak na něco přestat chvílku myslet. A třeba, asi to není úplně nějaký, že by je to z toho úplně vytrhlo, z toho stresu, ale třeba to taky může být nějakaj [pomocný prostředek – pozn. autora].“

(terénní sociální pracovnice NNO)

Dále byly v rámci rozhovorů v této souvislosti popisovány zdravé i nezdravé strategie vyrovnávání se se stresem. Mezi těmi nezdravými další aktéři v rozhovorech zmiňovali o kouření, které od stresu Romům pomáhá, a proto je podle jejich slov akceptováno i u dětí. Další zmiňovanou strategií bylo užívání alkoholu a jiných návykových látek, a to zejména u mužů. Někteří aktéři hovořili o tom, že návykové látky jsou pro Romy rychlejší řešení a únik od reality, zatímco např. docházení na terapie je dlouhodobé a nemá z jejich pohledu očekávaný rychlý a hmatatelný efekt. Ohledně terapie nejsou Romové dle slov dalších aktérů informováni a také v ni nevěří. Proto často Romové při přemíře stresu odbornou pomoc nevyhledávají a volí samoléčbu.

„Dlouhodobý stresový faktory, no tak jako k čemu to vede? Vede to k užívání návykových látek, to samozřejmě vede.“

(pracovnice služby podpory zdraví)

„Že není pohoda v té rodině, že jsou vystresováni z toho, že jeden na druhého nadává. A tím pádem se jim zvyšuje možnost, že začnou popíjet alkohol nebo že začnou i nějaké psychické problémy, a řeší to až na poslední chvíli.“

(terénní sociální pracovnice NNO)

„To by bylo hodně velká výzva tohle, aby oni přijmuli, že jim terapie pomůžou a že tam mají chodit jenom si třeba s někým vykládat a podobně.“

(pracovnice speciálně pedagogického centra)

„Velká část závislostí, a to se netýká jenom Romů, ale obecně celé populace, je ta, že část lidí opravdu ty problémy řeší jako samoléčbou. Typicky alkohol na nějaké úzkosti, deprese a stres v práci, to je úplně klasika.“

(psychiatr, adiktolog)

„Samozřejmě že když jako zjistí rodič, že to dítě kouří, tak mu vynadají, že to není správný, protože ukazují sami na sebe, mají z toho kašle, peníze to stojí. Ale na druhou stranu oni ví, že jim to ulevuje, tak proč by to prostě neulevovalo i tomu děcku, když to chceš.“

(zdravotní sestra)

Jako snad nejvýznamnější faktor, který ovlivňuje zdraví i jeho vnímanou hodnotu, se z rozhovorů jeví socioekonomické postavení Romů v SVL. Konkrétně participanti zmiňovali zejména špatné materiální podmínky: nevhodné bydlení (viz kapitola Bydlení), značné problémy v oblasti vzdělávání (viz kapitola Vzdělání) i zaměstnávání (viz kapitola Zaměstnání). Jako velmi důležitý faktor také z realizovaných rozhovorů vystupovala etnicita, zejména s ní silně pocíťovaná diskriminace ze strany majority (viz kapitoly Diskriminace a Vztahy s majoritou), která se projevovala v podstatě ve všech oblastech života cílové populace. Diskriminaci také participanti uváděli jako významný stresor (viz kapitola Stres a jeho vliv na

zdraví), což potvrzuje Joshi (Joshi, 2007). Stres má přitom prokazatelně negativní vliv na celkové zdraví člověka (Křivohlavý, 2009).

Při čtení výše uvedených sdělení se může jevit, že zdraví nemá pro Romy v SVL velkou hodnotu a je pro ně důležité zejména u jejich dětí a/nebo až v situaci, kdy se objeví nemoc či bolesti. Pokud ale budou tato sdělení dána do souvislosti s dříve běžným biomedicínským pojetím zdraví (zdraví je nepřítomnost nemoci) a s materiálními podmínkami života v sociálním vyloučení, nabízí se otázka, zdali toto pojetí zdraví není adekvátní situaci. Romové v SVL zažívají často nejistotu v oblasti bydlení, nedostatek financí, diskriminaci v oblasti zdravotní péče a jejich jednání v oblasti zdraví ovlivňují také názory a přesvědčení (více viz jednotlivé kapitoly).

3.2.3 Prevence

Kvůli porozumění výrokům romských participantů výzkumu a posouzení toho, v jaké šíři vnímají oblast prevence, je zde stručně uvedena odpovídající teorie. Je třeba odlišit prevenci v rámci primární zdravotní péče, která je cílena na udržení zdraví jednotlivce (Kastnerová, 2012). Podle Velkého lékařského slovníku znamená prevence předcházení nemoci a rozlišují se tyto dva základní typy: primární, zaměřená proti vzniku nemoci, a sekundární, snažící se zabránit dalšímu rozvoji již vzniklého onemocnění, dále existuje také primordiální a terciální prevence (Vokurka a Hugo, 2015).

Rozděleno chronologicky, je první primordiální prevence, která znamená snahu předejít vystavení jednotlivců rizikovým faktorům prostředí a také snahu, aby si osvojili chování a životní styl, který nevede ke zvýšenému riziku nemoci (Vokurka, Hugo a kol., 2015).

Do této kategorie spadají různá opatření projevující se na úrovni legislativy ČR a strategických dokumentů, které se týkají ochrany zdraví a prevence (více viz kapitola 2. Romové jako aktéři ve vztahu ke zdraví ve strategických dokumentech). Aktivita v této oblasti vykonává Ministerstvo zdravotnictví, Státní zdravotní ústav a hygienické stanice. Vedle toho do této oblasti spadají i aktivity tzv. výchovy ke zdraví v rámci předškolních a školních zařízení (resort Ministerstva školství a tělovýchovy), některé aktivity výchovy ke zdraví realizuje také Státní zdravotní ústav.

V rámci života jednotlivců se tento typ prevence projevuje životním stylem a se zdravím souvisejícím chováním. V rozhovorech jsme se participantů z řad Romů a dalších aktérů ptali na témata, která souvisela s životním stylem a se zdravím souvisejícím chováním. V rozhovorech se objevovala témata jako strava, aktivní pohyb nebo závislosti. Přičemž některé způsoby chování nebo životní styl mohou být důsledkem určité adaptace na podmínky života v SVL.

Druhým typem, který navazuje na výchovná a ochranná opatření, je primární prevence. Ta zahrnuje aktivity posilující zdraví proti nemocem (např. očkování) anebo snižující či odstraňující rizikové faktory (např. osobní hygiena, nekuřácké prostory) (Machová a Kubátová, 2009). Tato opatření organizuje a realizuje Ministerstvo zdravotnictví, dále hygienické stanice (zdravotní dozor) a lékaři primární péče. Na celostátní úrovni je stanovena legislativa (např. zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, nebo vyhlášky o hygienických požadavcích staveb či pro provoz různých zařízení).

Třetí typ, sekundární prevence, obsahuje včasné diagnostikování nemoci a stanovení účinné léčby, aby se zabránilo komplikacím a předcházelo se tak zhoršenému průběhu nemoci (např. preventivní prohlídky, screeniny) (Machová a Kubátová, 2009). Preventivní péči realizují lékaři primární péče (praktičtí lékaři pro děti a dorost, praktičtí lékaři pro dospělé, zubní lékaři a gynekologové) a screeniny specializovaná zdravotnická pracoviště. Legislativně je tato péče upravena vyhláškou č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách.

Terciální prevence je naopak zaměřena proti vzniku dalších komplikací u již probíhajícího onemocnění (Vokurka, Hugo a kol., 2015) a jejím cílem je snížit míru negativních důsledků onemocnění v pracovní či sociální oblasti a udržet co nejdéle co nejvyšší kvalitu života nemocného (Machová a Kubátová, 2009). Zde jsou hlavními realizátory lékaři a zařízení zdravotní péče.

3.2.4.1 Se zdravím související chování (primordiální prevence)

Výroky některých participantů se týkaly tohoto typu nepříliš známé prevence (primordiální prevence – předcházení vystavování rizikovým faktorům prostředí, snaha o osvojení chování a životního stylu, který nevede ke zvýšenému riziku nemoci). Co se týká zdravého životního stylu, tak se k tématu obecně participanti z řad Romů v SVL vyjadřovali spíše ojediněle a jejich sdělení se většinou vymezovala vůči tomu, co není zdravé. Nicméně při odpovědích na konkrétní otázky týkající se fyzické aktivity, stravování či závislostí, které jsou zmiňovány dále, se dá usuzovat, že jsou s těmito informacemi obeznámeni.

Hygiena

Co se týká předcházení rizikovým faktorům, Romy v SVL ovlivňuje mimo jiné kvalita bydlení, která je zejména na ubytovnách velmi nízká a kterou můžou sami Romové stěžii přímo ovlivnit. Řada z nich se snaží nalézt kvalitnější bydlení, ale zejména kvůli diskriminaci na trhu s nájmy je to pro ně velmi obtížné. Podrobněji viz kapitola 3.2.2.4 Bydlení. Co se týká osobní hygieny, tak ve sděleních participantů se neobjevovaly zmínky o běžné rutinní hygieně v rodině a výzkum na ni ani nebyl zaměřen. Nicméně byly při výzkumu zjištěny značně odlišné možnosti jejího dodržování dle konkrétní lokality, ve které participanti žijí. Někteří participanti popisovali nevhodné hygienické podmínky a obtíže s nimi spojené na ubytovnách (zejména sdílené sociální zařízení, kuchyň). Ojediněle se vyskytovaly zvláště ve vesnických lokalitách problémy s dostupností vody, sprch nebo i pračky. Někteří participanti popisovali, že se i přes zhoršené bytové podmínky i vybavenost domácnosti snaží udržovat bydlení i oblečení v čistotě.

„Když nás tu bylo tenkrát víc a měli jsme předtím jenom jednu místnost, jo. Nezajímalo je, kolik je prostě osob v bytě, ale každý měl jenom jednu místnost, takže to vlastně bylo zaplněné všechno. Takže na jednu sprchu nás bylo třeba pět rodin.“

(Romka v SVL)

„Myjeme se doma ve vaničce. Anebo mám švagrovou v [název lokality], ona bydlí v paneláku, a když mám cestu, tak se tam zajedu někdy vykoupat. Nebo děti třeba v neděli, když jdou v pondělí do školy, tak se tam vosprchujou. Protože už mám větší děti. Takže se tam chodíme koupat někdy. Anebo prát oblečení tam jezdím, ona má pračku automatickou.“

(Romka v SVL)

„Prostě máme rádi pořádek. A když je tolik dětí Irodina má 4 děti – pozn. aural, tak je ten provoz náročnější. Každý den musím prát, to je prostě hodně práce, no.“

(Romka v SVL)

Pohybová aktivita

Pohybová aktivita byla reflektována pouze některými participanty a z jejich sdělení vyplývá, že se sportu věnují spíše děti a mladiství (s vrstevníky). Jednalo se zejména o příležitostné společné hraní míčových her a o sportovní aktivity organizované školou. Ojedinelé se objevovaly výroky, že se i dospělí Romové věnují sportu, zejména kvůli vzhledu či kondici, a využívají dostupné organizované aktivity v lokalitě. Pravidelný pohyb na čerstvém vzduchu může být někde i výsledkem nutnosti zabezpečit palivo tam, kde není k dispozici ústřední topení. Z výroků se nicméně zdá, že Romové dávají přednost sportu v rámci komunity, se stejnou věkovou skupinou a při dostupnosti cvičí i dospělí. Sportování rodičů s dětmi se objevilo pouze v jednom výroku. Dospělí Romové v SVL z tohoto výzkumu se společnému sportování s dětmi nevěnují.

„Romové a sport? Málokterý. Fotbal jako je baví, ale spíš takhle mezi sebou jenom. Málokterý, no... Ale vždycky Romové s Romama, takhle mezi sebou.“

(Rom v SVL)

Tazatel: „A ona mívá plavání ráno? A to je nějaký kroužek, nebo co to je?“

Romka v SVL: „To je povinný se školou.“

Tazatel: „Aha. To je na kolik hodin?“

Romka v SVL: „Tři čtvrtě na sedm už musí být ve škole, ale vstáváme dřív. Než ona se vypraví, než ona se obleče, než koupíme svačinu...“

(Romka v SVL)

„Jo, děcka mají třeba takový ty sportovní akce. Třeba se tady sejdou a jdou hrát fotbal, jo, to zase, volejbal, kluci i ženský třeba někteří, jo... Tady na hřišti. Takhle si zahrajou třeba v sobotu, když je teplo. To zas oni nesedijou.“

(Romka v SVL)

„Chlapi chtěou být štíhlí, vidijou, že mají břicho, takže už nejijou tolik, chodijou do posilky. Někdo tančí, cvičijou, běhajú... Minulý rok nebo dva roky, kamarádka, ona si pronajala Iprostory v základní škole – pozn. aural a to měla plnou tělocvičnu. Holky jako chodily, já jsem

chodila taky. Nás bylo takových 50? Fakt, jako ale líbilo se nám to, chodilo tam hodně lidí. No, a pak nám to ta paní už nechtěla asi pronajat, se mně zdá."

(Romka v SVL)

„Pro dřevo jsme jezdili s kamarádama, s tátou jsme jezdili. Já jsem měl dennodenně pohyb, já jsem to necítil. A jak já jsem se přestěhoval z toho [název menšího města] do [název většího města], už jsem nedělal nic."

(Rom v SVL)

Strava

Součástí primordiální prevence, kdy se snažíme zabránit vzniku různých onemocnění, je i dieta. Jedná se o způsob výživy, složení potravy, které tvoří základ stravování. Vzhledem k působení způsobu výživy na zdraví je třeba brát ohled na její kvantitativní i kvalitativní složení (Vokurka, Hugo a kol., 2015). Toto složení se odvíjí i od finanční situace. Romská rodina v sociálním vyloučení dle sdělení samotných Romů nemá mnoho finančních prostředků, které by mohla investovat do stravy. Z nízkých příjmů musí hradit většinou předražený nájem v nevyhovujících podmínkách, často i dluhy. To má vliv na obě stránky stravy. Co se týká kvantitativního složení, tak v rámci výzkumu byli Romové v SVL tázáni přímo na to, jestli někdy zažívají hlad. Většina dotázaných participantů sdělovala, že jejich rodina nehladoví, ale ze sdělení se dá odvodit, že mívají někdy s financemi na jídlo problémy. Většinou se jim však daří finance na jídlo zajistit (půjčky od rodiny, zastavárny) anebo se s nimi o jídlo podělí rodina. Někteří z nich sdělovali, že se v komunitě hlad objevuje a že i oni sami s ním mají zkušenosti, ale spíše výjimečně, pokud se rodina potýká s mimořádnými výdaji, dlouhodobě se vyskytuje pouze ojediněle.

„No, tak hlad, to ne. (...) Tak jasně, že se musím nějak uskromnit, ale není to, že bysme byli bez jídla, to ne."

(Romka v SVL)

„Jako dá se žít, ale... Včera jako jsme museli dát televizi do zastavárny, no. Máme ještě jednu. (...) Bez peněz jsem byla, že, a on taky něco potřeboval koupit, co potřebuje. Mně dal taky na jídlo, že [peníze za zastavení televizoru – pozn. autora], tak abychom vyšli, že."

(Romka v SVL)

„Tak aj tedka hladoví tady. Aj ted'. Někdo si žije dobře, jo, někdo ne. Jsú tady takoví lidi, který nemajú vůbec nic. Vůbec. Například tady ten vedle mě, bydlí tady, ten jo. Od rána jenom všude chodí, nevím, kam chodí, jo, a vrátí se v noci domů. Jenom vyspí se a zase jde pryč. Tak já nevím, jak on žije, no. A vůbec nemá nic, tak co to je, ty 2 200 korun, tu podporu, co dostává, to není nic."

(Romka v SVL)

Výše uvedená sdělení, kdy hlad v současné době není u Romů v SVL zásadním problémem, potvrzovali i někteří další zainteresovaní aktéři. V rámci neziskového sektoru i v rámci sektoru vzdělávání jsou vytvořeny mechanismy, které pomáhají

v případech, kdy rodina nemá na jídlo (potravinové banky, obědy do škol). Někteří potvrdovali, že Romové v SVL nedostatek financí na jídlo těsně před příjmy řeší půjčkami či zastavením majetku. Další aktéři z řad Romů také potvrdovali vysokou rodinnou sounáležitost, která funguje i v tomto případě, ale míra pomoci je v tomto odvislá také od celkového postavení rodiny v rámci dané komunity.

„Je pravda, že už jsem to zažila lhlad v romských rodinách v SVL – pozn. aural, jo. A ze zkušenosti sociálního pracovníka vím, že existují v současné době potravinové pomoci. Což je, myslím si, na jednu stranu výborná věc, protože pokud je to odůvodněný, tak to může samozřejmě pomoci, jo, překonat tu danou tíživou situaci. Ale dřív tohle nebylo a bylo to horší. A dneska už mi přijde, že se neseťkávám s tím, že bych přišla někam do marketu a viděla děti krást rohlíky, s čímž jsem se dřív setkávala. Takže hlad tam někdy určitě je, jo. Nebo pokud se nerozhodnou to řešit hned v tu danou situaci, kdy to nastane, tak tam potom ten problém je, že třeba můžou být hladý, nějaký ten den. Ale není to o tom, že jakoby děti byly vyhladovělý. Protože v dnešní době se vlastně snaží i v těch školách potom ty obědy pro děti zajistit, jo. Jako a snaží se to, dalo by se říct, že bez výjimky všem.“

(pracovnice služby podpory zdraví)

„Je to problém v období před dávkama. Kdy vlastně jim dojdou peníze, takže nemaj ani na tu svačinu. Takže buď tam ty děti usínaj [ve škole] a hladoví, anebo do té školy vůbec nejdou. (...) Anebo si pučujou od známých nebo od sousedů. (...) Většinou tady to dojde jako do té zastavárny a pak už to moc nepokračuje. Prostě to nějak jako přežijou.“

(terénní sociální pracovnice NNO)

„I my samotný Roma jsme schopni. To je v podstatě náš transparent, že nenecháme svoje lidi v rodině hladovět, jo. Že to je v podstatě romská pohostinnost a ta byla vždycky, ta je tradiční. (...) I u nás se rozlišuje, u Romů, že ano, on teďka ztratil práci, bude čtyři měsíce bez práce, tak já jako brácha, bratranec, rodinný příslušník ho podržim, tu jeho rodinu. Anebo vidím, že on v podstatě nedělá celej život, jo, ta návratnost není žádná. Tak mu můžu poskytnout pomoci v tým ‚dobře, přines mi děcka, já ti je nakrmim, ale víc ode mě nedostaneš ani korunu‘. Takže to je zas k temu hladu, že nenecháme ty hladový lidi mezi sebou. Ale jak je to opravdu ten člověk, už je jakoby neproduktivní i vůči té rodině, jo, tak to pouštíme.“

(členka romské NNO)

Výše byl věnován prostor nedostatku jídla. S ním může souviset i hospodaření s jídlem a jeho konzumované množství, které je v romských rodinách specifické. Většina Romů v SVL potvrdovala, že každý den vaří a také vyhazují nesnědené zbytky jídla. Což je pro majoritu, soudě dle vyjádření dalších aktérů, často nepochopitelné, tím spíš v kombinaci s nedostatkem finančních prostředků. Jedná se o zvyk, který souvisí s tradicí rituální čistoty *žužipen* (Hübschmannová, 1999), nebo také *žuži* (Heinschink, 2003). Kdy „čistá“ či „čistotná“ žena (*žuži romňi*) je žena, která udržuje čistotu při vaření

(používá jen k vaření určené nádoby), před přípravou jídla si myje ruce a zakryje hlavu šátkem (aby jí neupadl vlas do jídla), při vaření nesmrká a také se nevzteká a nefňuká. Tato žena také nevaří při menstruaci, neohřívá zbytky jídla a udržuje čistotu v bytě (Hübschmannová, 2001). Sami Romové v SVL tuto tradici rituální čistoty v rozhovorech přímo neuváděli. Dalším zvykem je vařit větší množství jídla. Obojí může zatěžovat již tak napjatý rodinný rozpočet.

Na druhou stranu je zde třeba uvést, že za zvykem vařit větší množství jídla stojí právě vysoká rodinná sounáležitost, kdy jsou Romové vždy připraveni na nenadálou návštěvu a také pomoc svým blízkým tímto způsobem. Což by zase mohlo vysvětlovat, že většina Romů v SVL nemívá běžně problémy s hladem, neboť v horších dobách je pravděpodobně běžné využít pohostinnosti příbuzných.

„Já nevím, u Romů je to tak (...) Já nevím proč, ale nám to nedá srdce, abysme to jedli. My každý den furt něco inýho vaříme. (...) A jediný buchty, tak když to děláme, guláš, aji zelňačka je lepší na druhý den, a ještě kačenu nevyhazujem.“

(Romka v SVL)

„No, tak jasný, jsu doma, musí se každý den vařit. I když byly na obědě děti – pozn. autora], tak přišly dom a měly hlad.“

(Romka v SVL)

Rom v SVL: „Tak my vaříme hodně. Její brácha přijde, můj brácha, prostě někdo přijde na návštěvu, tak automaticky si nabírá. U nás je to tak jakože. Já třeba jdu k jejímu bráchovi a já jsem třeba doma a du tam a on se neptá: ‚Máš hlad?‘ – ‚No, udělal jsem maso, dobrý, nebo cokoliv...“

Romka v SVL: „Tak u nás se nevaří na porce prostě.“

Tazatel: „Na kila?“

Romka v SVL: „Ne jakože na kila, do větších hrnců, no.“

Rom v SVL: „A my taky jíme hodně.“

(Romka a Rom v SVL)

Zvyk vařit větší množství jídla může mít také vliv na vyšší zkonsumované množství, s čímž může souviset i obezita nebo nadváha některých Romů či romských dětí. O obezitě se vyjadřovali Romové v SVL pouze ojediněle s vědomím toho, že je to něco nezdravého.

Matka: „Ale furt to maso taky není zdravé, aby furt člověk... I když tam je něco, že. (...) Ale jako každý den maso jest...“

Dcera: „Třeba tady susedi, oni to mají jako pořad Imaso – pozn. autora] a podíváte se na jejich postavy a máte dost. Jako není to... No určitě, obézní člověk není zdravý.“

Matka: „Třeba tady sused, že, má dvě dcery a ty dcery vypadají, je to katastrofa.“

Dcera: „Nevím jako, na co by dali.“

Matka: „Jako každý Rom vaří jinak, že.“

Dcera: „Dívejte, půjde Rom k doktorovi, bude obézní, bude mít nějaké zdravotní potíže, doktor mu řekne: ‚Musíte brát dietu.‘ A ten cikán to v životě nedodrží.“

Matka: „No, to jo.“

(Romky v SVL)

Další zapojení aktéři se k tomuto tématu spontánně vyjadřovali podstatně více a potvrzovali sdělení Romů v SVL. Někteří participantů dávali jasně do souvislosti vaření velkého množství jídla s obezitou Romů v SVL. Objevily se i názory, že obezita souvisí vedle množství i s nekvalitou zvolených potravin či pitím slazených nápojů, a ojedinele si ji dávali další aktéři do souvislosti se sociálním statutem či s nepravidelností stravy u cílové skupiny.

„A ještě k tomu, že je ostuda nemít navařeno pro návštěvu. (...) V takových běžných romských rodinách je časté se navštěvovat a vlastně ty, které zrovna mají peníze, tak u nich jedí i ti, který peníze nemají. Takže se tam třeba nají klidně dalších sedm lidí navíc, nebo třeba deset lidí navíc. Se prostě počítá s tím, že se vaří i pro ně. (...) Takže prostě a samozřejmě častokrát přijde, a někdy nepříjde, takže pak se prostě vyhazují hrnce, teda obsah hrnců.“

(psycholožka)

„Nechtějí ohřívat jídlo. Samozřejmě souvisí to s tím, že si ho uvaří větší množství a pak se to musí sníst. Nebo že musí mít vždycky navařeno, kdyby náhodou někdo přišel. Což zase znamená, že vaří ve větším objemu. Pak vlastně, aby se to nevyhodilo, tak to sní a zvyšuje to procento podíl obezity.“

(praktická lékařka)

„Ta obezita u těch Romů taky prostě a podvýchiva. (...) Oni se stravují strašně, děti pijou limonády a já nevím co. Ale, že jo, v té Americe, nebo ne jenom v Americe, ale prostě všude v západních zemích, zase je to doména prostě nižších vrstev jednoznačně. A je to prostě složitý strašně (...) co je kvalitní potravina, co není. Tedka, že jo, potřebuješ vlastně dost dobrou znalost matematiky, aby ses vyznal v tom jakoby, když chceš držet dietu a sníst nějaký počet kilojoulů za den, tak si to musíš napočítat. (...) Pro ty lidi, o kterých se bavíme, to je kulturně úplně jinde, jo. Takže to je, pokud chceš fakt jakoby dosáhnout nějaké změny, jenom musíš je to naučit, nějak vo tom jakoby uvažovat a fakt jakoby víc to promyslet, co by pro ně ta alternativa mohla být...“

(metodička terénní sociální služby NNO)

„Samozřejmě, že pokud je tam nějaký srdečně-cévní onemocnění a diabetes druhého typu, tam bude třeba ten vztah k té výživě, k obezitě. A zase je to i taková kulturní podmíněnost, protože ta obezita u romské populace v tom dospělém věku často není vnímána tak jak u většinové populace, jako něco negativního, ale naopak jako tedy jakýsi doklad

dobrého sociálního statutu. No, ale ona s sebou přináší, bez ohledu na to, jak ji vnímáme, určité nemoci nebo zvyšuje výrazně riziko řady nemocí."

(odborník na oblast zdraví sociálně vyloučených)

Sociální pracovníce 1: „Ještě mě napadlo, nevím teda jakoby, jak vy, ale jako mě třeba napadlo ještě k těm dětem, že oni mívají většinou obezitu skrz životní styl. Že z toho, co jijou, nebo že nejijou, tak tělo si dělá zásoby tukový a prostě jakoby přibírají takzvaně z podvýživy. Že dlouho nejedly, pak se rychle najijou a tak dále. A že ta obezita tam je častá."

Sociální pracovníce 2: „I z hlediska peněz [na jídlo – pozn. autora]." (...)

Sociální pracovníce 3: „Ale může to být i tím, že jako nepravidelně jijou, protože jako když třeba dva dny nejijou, pak se najijou hodně..."

Sociální pracovníce 2: „Jsou výjimky u romských rodin, kde se pravidelně jí. To jsou vážně jako výjimky."

(terénní sociální pracovníce NNO)

Co se týká druhé dimenze jídelníčku, tedy jeho kvalitativního složení, tak i toto bylo v rámci výzkumu zachyceno. Většina Romů v SVL v rámci výzkumu popisovala svůj jídelníček, někteří i jednotlivá jídla během dne. Z analýzy vyplynulo, že většina rodin jí dvě teplá jídla denně (oběd a večeři), často je to maso s omáčkou (kuřecí, vepřové, hovězí, játra) a zejména moučnou přílohou (knedlíky, těstoviny), běžné jsou i brambory a rýže. Dále se v rodinách konzumuje bílé pečivo, uzeniny a mléčné výrobky. Ojediněle se objevovaly informace o tom, že se do jídelníčku zařazují i luštěniny, ryby či vařená zelenina. Svačinky dětí dle sdělení sestávají většinou z bílého pečiva, někdy doplněného o oplatky a chipsy. O konzumaci čerstvého ovoce či zeleniny se účastníci zmiňovali pouze ojediněle.

„No, já si myslím, že třeba mají každý den to maso, protože já když vlastně du do té kuchyně, tak tam věčně to maso je, jo. Jako oni si třeba dělají i základ, jo, první je polévka, pak je další oběd. Ale většina lidí tu polévku třeba ani nemají, jo, a už vlastně mají hned ten oběd, jo. A je v tom maso právě."

(Romka v SVL)

lo dětech] „Tak to je furt, oni se najijou, jdou ven, víte, zase přijdou, zase majou hlad a zase, oni to, co snijou, tak to i vyběhají. Tak to je furt něco: ‚Udělej mi rohlík, udělej mi chleba‘, pak chtěou třeba oplatek, chipsy..."

(Romka v SVL)

Tazatel: „A co ovoce a zelenina?"

Matka: „Jo, mrkev, petržel, jabka, pomeranče děcka mají rádi třeba."

Dcera: „No, ale že můj syn nejí zeleninu."

Matka: „Ten starší, to on absolutně jako ne."

P1: „Ani do polívky, vůbec. Tak to já neumím zas tak vařit, že."

(Romky v SVL)

Další zapojení aktéři potvrzovali výroky Romů v SVL, co se týká složení stravy, přičemž většina z nich ji hodnotila jako nezdravou, někteří zmiňovali také častou konzumaci slazených nápojů. Konzumaci méně kvalitních potravin tito aktéři dávali do souvislosti zejména s nízkými příjmy cílové skupiny. Ojediněle se objevil názor, že strava Romů je dostatečně pestrá, ale pouze v době těsně po získání finančních prostředků (sociální dávky, výplata), anebo že na ni mají vliv stravovací zvyklosti Romů obecně či snaha o zvýšení svého sociálního statusu. Tyto názory se ale v rozhovorech se samotnými Romy nepotvrdily.

Io tom, co má vliv na zdraví Romůl „Finanční příjem toho člověka, to určitě ovlivňuje výběr a možnosti koupení nějakých kvalitních potravin, a nejenom těch levných a nezdravých.“

(pracovnice obecního úřadu)

„Mají relativně pestrou stravu, ale s tím, že neumí hospodařit. Ta pestrá strava je pouze na začátku, ve chvíli, kdy pobírají nějakou dávku. Čím se ta doba prodlužuje, začíná se ta strava jednotvárnit.“

(pracovnice speciálně pedagogického centra)

„Oni třeba neuznávají vodu z kohoutku. Voda z kohoutku je to nejhorší, co může být. Dokonce neuznávají ani balenou vodu, která není sladká.“

(ředitelka základní školy s převahou romských žáků)

Io stravováníl „Tak určitě mají nějaké tradice, žijí nějakým jiným způsobem života jakoby. A je to zase o dostupnosti. Většinou jsou to lidi, kteří jsou na dávkách hmotné nouze, takže určitě ovlivňuje i tady příjmy v té rodině, že jo, co si mohou nebo nemohou dovolit. (...) A teď je otázka, jestli to omezuje jenom ty finance, anebo nějaký způsob života, jako to, co přebírají z generace na generaci, co jsou zvyklí na něco.“

(pracovnice obecního úřadu)

„Mají vysoký příjem slazených nápojů, kolových a různých jiných, protože celou řadu vlastně těchto potravin, nebo i cukrovinek, sladkostí, pokládají vlastně za odznak statusu svého. Proto to vlastně dopřávají dětem, i když třeba nemají jiné prostředky.“

(praktická lékařka pro dospělé)

V rámci výzkumu byla pokládána i čistě hypotetická otázka, jaké potraviny by Romové v SVL kupovali, kdyby měli více finančních prostředků na jídlo. Dle úvah samotných Romů v SVL by pravděpodobně i tak dávali přednost dosavadní stravě s převahou masa. Ojediněle Romové uváděli, že by si kupovali více zeleniny či luštěnin kvůli zdraví. Odpovědi na tuto otázku vypovídají zejména o vztahu ke způsobu stravování a složení stravy. Je totiž vysoce nepravděpodobné, že by ke zvýšení příjmů mohlo dojít bez vazby na další sociální determinanty zdraví, které je ovlivňují (vzdělání, zaměstnání).

Tazatel: „A kdyby lidé tady na okolo měli více peněz na jídlo, čeho by kupovali víc?“

Romka v SVL: „Asi toho jídla... Asi maso.“

(Romka v SVL)

„No, určitě maso. Jako co není v mražáku, není doma, jako to oni takhle říkají, jo. Jako doveďte, já když du třeba na nákup, tak já si taky nakoupím maso, jo. Protože když si to tak vezete, tak je to základ vlastně na vaření. (...) Ale já zase určitě bych nekupovala víc masa, jak prostě třeba něco do lednice děckám, jo. Jogurty, mlíko, jo. Nebo že bych si koupila třeba nějaký ty luštěniny, těstoviny, čočku a takový ty věci. Tak určitě radši dám přednost tomu jak tomu masu, jo.“

(Romka v SVL)

Tazatel: „A kdybyste měli víc peněz, tak čeho byste kupovali víc?“

Romka v SVL: „Maso ne až tak, já spíš víc zeleniny a tak, protože jsem nemocná na tu ledvinu a von lmanžel – pozn. autorál to taky potřebuje.“

(Romka v SVL)

Z některých výroků se dá soudit, že ač si někteří z participantů z řad Romů uvědomují, že strava Romů v SVL obecně není příliš kvalitní a v některých případech vede až k obezitě, nelze očekávat, že by informace o zdravém stravování od majority Romové snadno přijali a řídili se podle nich.

Tazatel: „A co by pomohlo těm lidem, ženám například, aby vařily a kupovaly zdravě. Nebo o něco zdravěji?“

Romka v SVL: „Já vám to řeknu na rovinu, toto kdyby řekl gadžo cikánovi, tak určitě ho neposlechne, protože cikáni jsou úplně jinak zvyklí prostě si nakupovat. Já si myslím, že málokdo by na to dal.“

(Romka v SVL)

Další aktéři se k tématu možné změny jídelníčku Romů v SVL ve vazbě na dostatek financí nevyjadřovali. Ale objevil se ojedinělý názor, že na způsob stravování má hlavní vliv vzdělání, tedy jiná sociální determinanta zdraví.

„Řekla bych, že lidi s vyšším vzděláním mají to povědomí lo zdravě stravě – pozn. autorál jinačí. A můžu říct, že už se v dnešní době setkávám s Romy, který maj vysokoškolské vzdělání, pracujou v neziskových organizacích a jsou vegetariáni...“

(pracovnice obecního úřadu)

Závislosti

V rámci rozhovorů s Romy a dalšími aktéry bylo zmíněno i téma závislostí. Závislost je brána v psychiatrii jako komplexní chronické onemocnění centrální nervové soustavy, které má multifaktoriální příčiny vzniku. Existuje řada rozdílných pohledů na vznik a původ závislostí, které zahrnují jak biologické teorie, tak je třeba vzít v úvahu i další multidisciplinární faktory. Patří mezi ně sociální mechanismy vzniku (na makro i mikro úrovni, biologické faktory) i různé psychologické mechanismy (Váchová, Janů a Racková, 2009). Vedle již uvedených mechanismů je možné se na závislosti dívat také jako na důsledky zprostředkujících sociálních determinant zdraví, které spolupůsobí s ostatními faktory. Životní styl a se zdravím související chování dle WHO jsou výsledkem materiálních poměrů, do kterých se člověk narodí, v nichž žije a pracuje, a toho, jakým způsobem jejich subpopulace přeměňuje materiální podmínky života na

vzorci chování (WHO, 2011). Tyto vzorce chování, které se přenáší z generace na generaci, zahrnují zejména stravu, fyzickou aktivitu, ale také užívání návykových látek.

Romové v SVL žijí v nepříznivých materiálních poměrech (viz kapitola materiální podmínky ...), které samy o sobě představují zdravotní rizika (špatné hygienické podmínky na ubytovnách) a přinášejí s sebou vysokou míru stresu (finanční nejistota, obavy o ztrátu bydlení), viz kapitola Stres a jeho vliv na zdraví. Významný stresový faktor je také diskriminace, u nás tzv. anticikanismus (viz kapitola Anticikanismus, společenský diskurz a diskriminace).

Všichni Romové v SVL, se kterými byly realizovány rozhovory uváděli, že se se závislostmi v rodině či v komunitě setkávají. Většina zmiňovala kouření, dále se v rozhovorech objevil alkohol, další návykové látky a gamblerství. Další závislosti nebyly zmiňovány. Toto potvrzovali i další zapojení aktéři.

Kouření se vyskytovalo skoro ve všech rozhovorech a většina Romů v SVL uváděla, že kouří. Někteří participanti přitom zmiňovali, že s kouřením začali velmi brzo, okolo 12–13 let věku. Ojediněle se vyskytovali nekuřáci či lidé, kteří s kouřením přestali (vedli je k tomu finanční důvody či vážný zdravotní stav). Obecně ale ze sdělení vyplývala vysoká tolerance Romů v SVL vůči kouření oproti jiným závislostem, a to včetně zranitelných skupin (těhotné ženy, děti). Někteří přímo sdělovali, že kouření vnímají jako způsob uvolnění od stresu pramenícího z rasismu majority. Počet vykouřených cigaret denně se dle slov většiny Romů pohybuje od pěti cigaret do dvou krabiček, ojediněle se vyskytlo i kouření cigaret bez filtru. Někteří Romové reflektovali, že kouření je problémem i majority. V rozhovorech se vyskytly ojediněle i zmínky o snaze předcházet pasivnímu kouření dětí (které se při rozhovorech vyskytovalo ve většině domácností).

„Nevím proč. Chutná to. Já nevím. Zas bych bez toho nebyla. Já jsem na to tak zvyklá. Já kouřím už od 13 roků. To už je dlouho.“

(Romka v SVL)

„Škoda, abysom já dávala do tabáku [peníze – pozn. autora]. (...) Já od mlada nefajčím, to ne.“

(Romka v SVL)

Tazatel: „A ostatní u vás taky kouří, nebo ne?“

Romka v SVL: „Dcera, ta starší a tady ta [mladší dcera – pozn. autora]. Já nekouřím, ani manžel nekouří.“

Tazatel: „To je zajímavý. Manžel nekouří, ale povolil to, jo?“

Romka v SVL: „Povolil. A tak aj tak venku kouří děcka, aj tady lidi viděli, ju. Než aby fetovala, než aby chlastala. (...) Před mnou si zapálila, ale před ním ne [před otcem – pozn. autora]. To samé ta holka starší, co čeká dítě. Ale před manželem, jako před tátou, ne... Co už máme dělat.“

(Romka v SVL)

Když chodijou ty děcka do školy a mají tam ty stresy, že jim všichni nadávají do cikánů a toto, tak hodně z nich taky začíná kouřit kvůli tomu, víte?“

(Romka v SVL)

„No, ne, že Rom kouří víc jak bílý, to ne. Oni vykouříjou třeba tři čtyři cigarety denně. Znáám lidi, co vykouříjou dvě krabičky denně. Zrovna je to tak i u bílých.“

(Romka v SVL)

„V bytech se může [kouřit – pozn autora]. Já kouřím. Ale my hodně větráme. Vždycky dáme děcka do pokoje nebo tak, jako před nima určitě ne. Necháme okno otevřené a kouříme u okna. Aby to necítili a nedýchali to takhle.“

(Romka v SVL)

Většina dalších zapojených aktérů potvrzovala, že mezi Romy v SVL převažuje ze závislosti kouření, a dle jejich sdělení kouří velká většina romské populace často od velice mladých let. Ojediněle se objevovaly názory, že kouření v těhotenství či pasivní kouření dětí má vliv na zhoršené zdraví už u dětí. Jeden lékař sděloval zkušenost, že pasivní kouření je také téma, o kterém Romové v SVL pravděpodobně nejsou příliš informováni.

„Kouří už od útlého věku, jakože. Jo, kouření v první třídě, to už je běžná věc úplně. (...) Pravidelně, normálně kouří. Marihuana, i co nám vycházelo z monitoringu, tak berou i zkoušejí. Alkohol se objevuje třeba tak od té puberty, dá se říct. Ale kouření, co jsme se bavili různě s OSPODama [oddělení sociálně-právní ochrany dětí – pozn. autora], a tohlencto, nebo s nízkoprahama [nízkoprahové centrum, sociální služba – pozn. autora], tak kouření je de facto běžná věc prostě už fakt jako od první třídy.“

(terénní sociální pracovnice NNO)

[o tom, co má vliv na zdraví Romů v SVL] *„Tak když začneme novorozencama, tak tam asi jako opravdu závisí na tom, jestli je to opravdu rodina jako vyloučená, která nemá finanční prostředky k tomu, aby to dítě zajistila podle jakýchsi norem nebo standardů. A je to často jako nedostatečná hygiena a takový jako různý improvizace..., strava. Určitě můžou s tím souviset i nějaký jako závislosti těch matek. To znamená, že oni jako často třeba i kouří v těhotenství a takhle.“*

(zdravotní sestra)

„Já nevím, to asi není nějak zdokumentované, ale ta neodolnost téhle populace dnešní je zjevná. Jo, to prostě zánět, ty katary průdušek, dýchací problémy, jakýkoliv nachlazení, neustálý posmrkávání, to je prostě důsledek způsobu, že se doma kouří, že se nevětrá, protože teplo je drahé.“

(metodik multidisciplinárního týmu NNO)

„Většinou, keď pracujem s pacientom z romského etnika a pokúšame sa prestať napríklad fajčiť a tak ja samozrejme sa pýtam na jeho prostredie a väčšinou v 99% zistím, že celé okolí doma fajčí, tak se

snažíme ovplyvniť aj tu manželku, aj tie deti, aby náhodou ten pacient nezostal sám v tom svojom nerovnom boji. (...) Aj keby nefajčil, tak de facto pasívne kouří nadále, takže se snažíme vysvětlit, že keď je ten jeden príslušník z té rodiny má ťažkú za sebou príhodu srdcovou anebo nějakú, aby všeci prestali. Toto asi moc oni nevedia pochopiť alebo je to pre nich novinka.“

(lékař kardiolog)

Romové v SVL byli v rámci rozhovorů také dotazováni na **pítí alkoholu** v komunitě i v rodině. Většina participantů sdělovala, že ve většině lokalit i rodin se alkohol konzumuje pouze příležitostně, většinou v rámci rodinných oslav, ojedinele v pátek či o víkend. V jedné lokalitě participantů sdělovali, že tyto oslavy trvají někdy i dva až tři dny. Někteří Romové přímo sdělovali, že v jejich rodině se záměrně nepije, z čehož se dá usuzovat, že nadměrné pítí alkoholu není příliš tolerováno. Zdali si Romové uvědomují negativní vliv nadměrného pítí na zdraví, anebo je to kvůli narušování rodinné soudržnosti závislými, není z rozhovorů přímo zřejmé. V jednom rozhovoru se vyskytl názor, že pítí není v souladu s osobními hodnotami participantky, v dalším rozhovoru participantka vysvětlovala, že Romové při již uvedených příležitostech dávají přednost konzumaci alkoholu v soukromí kvůli snaze vyhnout se možným konfliktům s majoritou. Závislosti na alkoholu se v komunitě vyskytovaly dle sdělení romských participantů pouze ojedinele, v jednom případě Rom přestal s pítím i kouřením pravděpodobně až kvůli špatnému zdravotnímu stavu. Nízký výskyt alkoholismu v komunitě může být způsoben nízkou mírou tolerance Romů k nadměrnému či dennímu pítí.

„Jenom když je nějaká... Jako když jsou slavnosti u nás, když jsou narodeniny nebo křtiny nebo tak. Manžel si dá pivo, já si taky dám malé pivo, já si dám třeba jelzina sladkýho... Já to nepotřebuju, ten chlast, mně to neříká nic. Tak člověk jednou se potřebuje na slavnosti odreagovat z děcek, však chce se pobavit, ale nepiju. My jsme slušná rodina.“

(Romka v SVL)

„Většinou chlapi v pátek třeba, když mají jako finiš, tak donesou si domů to pivo. Lahváče si donesú. Jo, ale jináč jako co se týče pítí tak, když jsou chlapi v práci celý týden, tak ne.“

(Romka v SVL)

„Tak já vám to řeknu takhle, když pijou, tak pijou doma. (...) Nám se stalo jednou, že jsme byli v baru, a prostě lidi vás napadajú. ‚Cigáne, co tady?‘ Protože lidi vás napadnou. Pro nic za nic. (...) A proto vám říkám, že ty lidi nechodijou po hospodách a radši pijou doma nebo venku na [název ubytovny – pozn. autora] třeba. Mají tam dvůr a lavičky, tak si dají ty piva tam, sednou, pustijou si písničky, bedny a jedou, jo. Tady fakt když půjdete, tady nevidíte po večerech cigána v hospodě.“

(Romka v SVL)

„Zase nechápu lidi, a to je jedno, jestli to jsou cikáni, nebo gadže. Že veškeré třeba peníze dají do chlastu a nehledějou na to, co je fakt ale podstatné v životě.“

(Romka v SVL)

„My nepijem, ani já, ani můj, jo. Já nikam nechodím. Nechodím hrát automaty, starám se o děti tak, jak se sluší a patří, jo. Protože my jsme takhle byli vychovaní.“

(Romka v SVL)

„Třeba můj bývalý z ubytovny, co jsem vám říkala, že má tu rakovinu, tak on byl velký kuřák, velký alkoholik, a teď už nepije, nekouří. (...) A to je prostě ta nemoc, jako to není jenom tak, si říct, že nechcu.“

(Romka v SVL)

Další aktéři se k pití alkoholu vyjadřovali pouze někteří a z výpovědí celkově se dá usuzovat, že velmi záleží na konkrétní lokalitě. Z výpovědí Romů v SVL a také dalších aktérů působících na místní úrovni vyplývá, že v lokalitách, kde byly prováděny rozhovory v rámci tohoto výzkumu, se problémy se závislostí na alkoholu nevyskytují. Jako jeden z důvodů vymizení tohoto jevu uváděli další zapojení aktéři intervence místních organizací (neziskových či obcí) v oblasti bydlení a zaměstnanosti (pravidla na ubytovně, aktivity podporující zaměstnanost). Pouze jedna participantka z řad dalších zapojených aktérů zastávala opačný názor, že Romové alkohol konzumují ve větší míře kvůli přemíře stresu. Jedna participantka sdílela zkušenosti z jednoho regionu, kde dle jejího názoru měla dobrý vliv na omezení konzumace alkoholu místní církve.

„V té komunitě, řekněme, nějaké, je prostě problémem alkoholismus, tak je zbytečné řešit primárně čištění zubů. I když to samozřejmě taky, ale, jo, prostě je třeba se zaměřit na to, co v té dotyčné komunitě... Někde ten prostě, kde alkoholismus problémem není, a jsou tam obézní, no, tak zase je potřeba se zaměřit tím směrem. To záleží na konkrétních podmínkách.“

(odborník na oblast zdraví sociálně vyloučených)

Tazatel: „Vy jste předtím zmiňovala taky alkoholismus, že je častý problém...“

Sociální pracovnice: „Právě že vzhledem k tomu, že oni bydlí většinou pod nějakou organizací, tak tam jsou více hlídáni, takže tady tyto problémy právě nejsou. (...) Snaží se to eliminovat. Nebo říknou, že bohužel mají výpověď z toho bytu za porušení soužití a tak dále.“

(terénní sociální pracovnice NNO)

„To jsou spíš takový oslavy, jo. Nebo těch oslav je teda dost, protože pořád má někdo narozeniny, svátek, někdo se narodí, někdo umře a tak, takže toho je dost. Ale dejme tomu jsem neviděla u Romáků děcko s fetálním alkoholovým syndromem.“

(pracovnice krajského úřadu)

„Lidi, kteří jsou na ubytovně a pracují, tak většinou v pátek nebo v sobotu mají už jakoby dopředu předurčené, že budou slavit, že budou pít, že to berou jako relax a odpočinek a že si to zaslouží po tom týdnu. Takhle to jako vysvětlují, a že prostě pijí, jo. Takže alkohol, oslavovat, není problém. Ale musím říct, že se nám podařilo za posledních pět let zaměstnat i partnerky těch mužů, takže pracují oba. A když pracují oba, tak už to není každý víkend, ale je to třeba jedenkrát měsíčně. A že už to mají plánované tak, že už to není klasicky jakože se opít a druhý den jako léčit se, ale že už to mají spojené s nějakou oslavou, grilováním přes léto, a že v zimě se už pije míň. (...) Ženy mají obrovský vliv na tady tu věc, jo. Takže to je vlastně, že ona přijde z práce nadřená a on si tam pozve jako 10 kamarádů a ona po nich musí uklízet a kolem nich lítat. A to už se jí nelíbí.“

(terénní sociální pracovník obce)

„Myslím si, že hodně Romů pije. Já se jim sice nedivím, protože jako to maj strašně těžký, ale já si myslím, že je to docela problém.“

(terénní sociální pracovnice NNO)

„Oni tam mají takové jakoby to komunitní centrum. V době, když tam byl [jméno pastora], tak určitě to mělo vliv na zdraví, protože ... on neviděl rád alkohol a oni to tenkrát respektovali, jo. Čili svým způsobem to může mít sekundární dopad. (...) Je tam sbor, to je taky takový letniční hnutí, jsem tam šla, oni mě pozvali. Šla jsem se tam podívat a já jsem byla naprosto konsternovaná z toho, že to byli lidi, který jsem kdysi měla jako kurátorka pro dospělé a pro mládež a oni nekouří, nepijí (...) úplně jiné vystupování, jiné chování. Čili nevylučuju, že v této oblasti z pohledu těch návykových látek a takových, to, co třeba jako považuju za nepřiměřené, tam může mít vliv. A tam to bylo markantní.“

(pracovnice krajského úřadu)

Romové v SVL byli dotazováni také na brání **dalších návykových látek** v rámci komunity a většina z nich se k tomuto tématu vyjadřovala pozitivně. Převládá názor, že jiné návykové látky bere zejména romská mládež. Nejčastěji byla uváděna marihuana jako běžná droga, někteří participanti uváděli také pervitin, zmínky o jiných drogách či zneužívání léků se objevovaly pouze ojediněle. Jeden participant byl kvůli drogám i ve vězení, jedna participantka si vyzkoušela čichání toluenu a jedna rodina zaznamenala zneužívání léků. Výpovědi se značně lišily dle lokalit a dalo by se z nich zobecnit, že se brání marihuany a těžších drog, zejména pervitinu, vyskytuje u Romů v SVL nejčastěji u mládeže ve větších městech.

„Ne, to vůbec. Tady ani vlastně už nikdo takový není, jako jo. Když to tak jako vezmu, tak většinou, co jako znám takle ty pubertáky od vidění, tak většinou jenom tu trávu, že. Ale jako co se týče drog, jo, že by si to tady brali, to ne. To ne. Ani neznám tady jako tak nikoho.“

(Romka v SVL)

„Já vám to řeknu takhle, drogy, dneska je to všude. Většinou ta tráva. Ale když tu berou drogy, tak to jsou už ty starší. Mají 40 třeba. Já jsem slyšela, že prý to je piko. (...) A tak tu trávu dneska kouří každý. Kdo to nekouří? Dneska to kouřijou vysokoškoláci, před školou děti, který mají 14 roků, to kouřijou. Jdete na diskotéku, tak to požíte hned. To je dneska... Dneska se k trávě dostanete úplně lehce.“

(Romka v SVL)

„No, tady si taky píchají, no. Ty mladý. Kouří trávu a aj si píchají. A mladí kluci, který mají 13, 14 let, 12 let. A už fetují.“

(Rom v SVL)

„Tam když se podíváte u nás v [název větší obce], na autobusáku se flákají ty mladí Romové, někteří kluci fetují, kouřej trávu, jsou na azylákách...“

(Romka v SVL)

„Hodně lidí fetuje. Jenom aby děcka do toho nespady. No, já jednu dobu taky do toho spadl. Vzpamatoval jsem se z toho naštěstí, no. Proto jsem byl v kriminále.“

(Rom v SVL)

„Někteří ty kluci tam měli takový ty lepidla a čuchali to do sáčku. To jsem si pak vyzkoušela, jenže mě to netáhlo nikdy k tomu, abych to musela. To bylo jenom, že jsem to vyzkoušela.“

(Romka v SVL)

Rom v SVL: „To už jsme si tady zažili, že někdo přinde od doktora – napsal mi tady ty léky. Tak ukaž, já to zkusím, no. Ale neví, k čemu to je.“

Romka v SVL: „Nejvíc tady letí tramal. Od té paní [jméno] jsem to slyšela. Že když si to prý člověk vezme, tak prej se mu z toho motá hlava jak hrom...“

(Romka a Rom v SVL)

Další aktéři se vyjadřovali ke konzumaci dalších návykových látek o něco častěji než samotní Romové v SVL. Jejich sdělení potvrdila výroky samotných Romů, že se tento jev vyskytuje a že tyto látky užívají nejčastěji mladí lidé, zejména ve městech. Co se týká četnosti či míry závažnosti výskytu tohoto problému u cílové skupiny, tak se názory těchto participantů úplně neshodovaly. Někteří to hodnotili jako relativně malý problém, některým přišel důležitý. Celkově ze sdělení nevyplývalo, že by se jednalo o markantní jev v romské populaci. Ojedinele se vyskytovala sdělení, která naznačovala, že Romů se léčí na závislosti méně, případně že se jedná o skrytý jev v rámci dané komunity a Romové se s ním nesvěřují pracovníkům služeb a zjišťuje se pouze mimochodem. Mohlo by to souviset i s vysokou rodinnou soudržností, kdy se rodiny snaží s problémem vypořádat samy. Ojedinele se u dalších aktérů vyskytovaly také zmínky o zneužívání léků, které potvrzují sdělení Romů, že tento jev se v SVL objevuje, pravděpodobně se ale jedná o lokální problém.

„Tady na [název lokality] pervitin, když už do toho někdo spadne. A jako marihuana taky je u těch děcek. Ale spíš jako ve městě, no.“

(terénní sociální pracovnice NNO)

lo užívání jiných návykových látek Romy v SVL] „Spíš jako experimentálně. Ale co si vybavuju rozhovory s policií, kdy jsme se bavili – protože my vždycky tuhlenctu etnicitu vypichujeme, jestli je s ní něco spojené –, tak ne. Myslím si, že ne v nějaké velké míře.“

(terénní sociální pracovnice)

„Když jsme dělali třeba rozsáhlý výzkum v [název města], tak z něho vyplynulo, že třeba užívání marihuany je víceméně mainstreamové, že to je jakoby vrstevnická věc, která potom odeznívá, a že nezpůsobuje žádné větší efekty u romské mládeže než u jiné. Viděli jsme třeba, že návykové chování v oblasti pervitinu je jiné. Že prostě pervitin je rozšířenější v té romské komunitě. (...) Třeba muži mého věku, kteří jsou takoví opinion makeři celé té komunity, jo, kteří jako mají slovo, drogy nenávidí. A že prostě to berou jako nějakou úchylku mladých lidí, jo. A potom vlastně ty lidi, u kterých to přetrvává, tak to jsou vlastně jednotlivci, kteří jsou ... v té komunitě velmi dobře viditelní a jsou ostrakizováni, jsou jakoby na okraji. A v týchletý hierarchii právě třeba ty lidi, který jakoby extrémně chlastaj nebo v dospělosti, třeba ve věku 40 let, pořád užívají pervitin, tak si neškrtnou. Takže chlast ani právě třeba ten pervitin není jakoby větší problém. To, co jakoby je problém, je kouření. Jo, to je prostě mnohem větší problém, myslím si.“

(manažer nestátní instituce podporující zaměstnanost)

„Teď je otázkou, jak je zmapovaná situace s těmi nealkoholovými závislostmi a drogami v těch sociálně vyloučených lokalitách. Ale myslím si, že to tam není neobvyklý, jak distribuce, tak výroba. Kdysi tady byl módní toluen (...) a teď už teda to vypadá, že i u nás toluen zase trošku jede. Pak marihuana, to je asi taky běžný. (...) Hodně teda sháněli třeba Olaši herák, tam na [název obce], teď většina jich je pozavíraných. Jsou tam i postižený děcka z těch rodin, docela vážně některý. Hodně sháněli pak subutex a i ne jenom jakoby, že by si chodili na tu léčbu. (...) No, ale drogy prostě jednoznačně tam jsou. Protože oni potřebují... Když jste ve stresu, tak potřebujete únik z reality, jo.“

(pracovnice krajského úřadu)

lo Romech v SVL v léčebně závislostí] „Jsou to jednotlivci, ale ano. Řekněme, že jsou vyloučení hlavně na vrub té závislosti.“

(psychiatr, adiktolog)

„Ano, jsou, ale jsou skryté, někdy bývá, že potom projeví se po nějakých psychiatrických nemocech. Tam už potom rodina zalarmuje, řekne, že

začne halucinace a tak dále. Takže začneme už to řešit, kdy už je takhle na tom. (...) Ale mně to neřeknou, co to bylo."

(terénní sociální pracovnice NNO)

„U těch pacientů, které mám, tak mi přijde, že tam je to relativně tolerováno až do chvíle, kdy oni začínají jako v té rodině takříkajíc ‚dělat bordel‘. Že už tam opravdu jako kradou nebo, já nevím, se nestarají o děti, o partnerku, a když už opravdu jako přestávají fungovat vlastně v té své nějaké sociální roli.“

(psychiatr adiktolog)

„A léky, jsou hodně závislí na lécích. Na rivotrilech, antidepresivech a aji na spaní na bolest a tak.“

(terénní sociální pracovník NNO)

Na **závislost na automatech (gamblerství)** byli participanti z řad Romů v SVL také tázáni. Ze sdělení některých z nich vyplývalo, že se jedná o jev, který se vyskytuje, ale je pravděpodobně na ústupu. Někteří Romové sdělovali, že vliv na omezení hraní u sociálně vyloučených mělo pravděpodobně zavedení nutnosti se registrovat v hernách a kontroly, které do heren docházejí. V určitých lokalitách dokonce zjištění z těchto kontrol ovlivňovalo formu vyplácení sociálních dávek (hráči dostali více stravenek oproti hotovosti). V jedné lokalitě se dle sdělení participantů vyskytuje bar bez nutnosti registrace, který je pravděpodobně hojně navštěvován cílovou skupinou. Zdá se tedy, že uvedená opatření pomohla snížit výskyt tohoto jevu. V jednom případě již dříve participantkám pomohla dle jejich slov z této závislosti víra v Boha.

„Tak to víte, taky jsou mezi náma lidi, co hrajou automaty. Víte co, to jsou třeba i ženský. (...) Tedka to je tak, že to udělali, že to je na karty. Že musíte jít do té herny a oni vám dajou kartičku a s tou kartou se musíte jako zaregistrovat a vždycky, když tam dete, tak pípnout si to a tak.“

(Romka v SVL)

„No, tak někteří určitě. Určitě jsou tady mladoši, kteří chodí hrát, jó. Chlapi, co třeba dělají, vydělávají těžké peníze, určitě ne. (...) Proč by to dělali. Jo, zase aby se trápili v práci a chodili prohrát, to ne.“

(Romka v SVL)

„Už se tak nehraje. Jsou automaty, jenže co vyšly ty klubovky – tedka vás nepustijou do herny, musíte si udělat klubovku. Jenže tam máte, víte, kamerový systém. A pokud chodijou policajti, měšťáci a chytanou vás při automatu, okamžitě hlásijou na sociálce. Tedka se berou stravenky, tedka se berou stravenky jenom 20 %, a když vás chytanou, dostanete 60 % stravenek. Dostanete víc stravenek než peněz. Rozumíte?“

(Romka v SVL)

Rom v SVL: „Já to nesnáším, tady toto. Tady to frčí, tady to frčí. Je tady jeden bar vlastně bez registru. Tam je to přímo napsaný.“ (...)

Romka v SVL: „Tam to lítá z té ubytovny. Tam to vidíme, jak vycházejou. Někteří tam jsou aji do rána.“

(Romka a Rom v SVL)

„Tady byly automaty ve [název města], v [název města], to bylo úplně jedno, kde to bylo... Taký jsme nebyli svatí. Nemyslete si. (...) My jsme chtěli přestat hrát, akorát že prostě ta závislost byla tak silná, že prostě sám člověk o sobě nemohl jako přestat. My jsme chtěli prostě, proto ten Bůh nám to vzal. Ale víte, co je zajímavý? Že Bůh to udělal tak, že všem to vzal naráz. Že prostě přišel den, že prostě nikdo nehrál.“

(Romka v SVL)

K tématu se vyjadřovali i někteří další aktéři, kteří v podstatě potvrzovali výroky Romů v SVL, že hraní automatů je v komunitě na ústupu. Změnu situace někteří připisovali pravidelným kontrolám, které mají vliv na čerpání některých sociálních dávek, jak již bylo uváděno dříve. Ojediněle se vyskytoval opačný názor, že hraní je stále v komunitě problémem.

„No, bylo to dříve, já vím, že někteří klienti právě z těch sociálních dávek ... prohrávali, ale to přiznávali až v pozdějších rozhovorech. Ale teďka asi ty podmínky pro ty sociální dávky zpřísnili, že jim asi nezbývá těch peněz moc na to, aby mohli rozhazovat. Že už pochopili, že se jim to nevrátí.“

(terénní sociální pracovnice NNO)

Pracovnice 1: „Ano, městská policie dělá pravidelné razie. No, dělá pravidelné, dělá razie, a jakmile je někdo přistižen, tak už to hlásí. Na hmotnou nouzi a živobytí se jim promění na podstatně jiné, jako hotovost, už bere méně.“

Pracovnice 2: „No, protože nevyužívají dávku k daným účelům. To jako nepatří do automatu.“

Pracovnice 1: „Přesně tak. Víím, že si tady přišla stěžovat paní a říkala vlastně, že jí snížili nebo že jí prostě proměnili dávku, že s tím nesouhlasí, že ona umí navařit, že její děti netrápí jako. No, brání se tomu, tak jsem tam zavolala a oni řekli: ‚Poslouchej, Romy když přistihnou ti policajti poprvé, tak nikdy jim tu dávku neproměňíme.‘ Až podruhé, potřetí, tak potom se začne pracovat s tou dávkou.“

Pracovnice 2: „Já si myslím, že se to snížilo [po zavedení opatření ve městě – pozn. autora]. V době předtím jsme mívali, že žena přinesla dávku a ještě do večera byla naházená do automatu manželem a ty děti teda fakt měly hlad a neměly boty, neměly základní oblečení, neměly nic. Takže toto se trošičku zlepšilo, jo.“

(pracovnice obecního úřadu)

„Není pravda, že všichni [Romové – pozn. autora] hrajou automaty. Ano, jsou prostě labilní lidi, jsou nemocní lidi, jsou psychicky narušení lidi, souhlasím s tím. V 90. letech ano, byla to móda, našlo se tam dost

velký procento, ale dneska si myslím, že už je to pročištěný. Že už tam zůstávají u toho opravdu psychicky labilní lidi."

(členka romské NNO)

„Jo, hrajou tady dost. A nevím, jestli to obecné nařízení tady v Inázev městal je. Vím, že musí mít nějakou hrací kartu, ale s tím není problém. Oni si ju udělají a chodijou hrát. Já bych řekla, že víc muži, ale jako viděla jsem u automatu osobně aj paní, co hrála."

(terénní sociální pracovnice NNO)

„Obecně, já si myslím, že teď hrajou. Smutný je to, že i ženské, i matky od rodin, od dětí a jako to... Jako si myslím, že toto problém je. A není to jenom o tom, že by zašli do herny, jo. To je už i to hraní on-line. Sice, jo, musíte se tam nějak registrovat, musí vám být nějak víc než 18, jsou tam nějaký karty, je to teď hlídáný."

(pracovnice obecního úřadu)

Životní styl a se zdravím související chování Romů v SVL má svá specifika, která mohou být důsledkem určité adaptace na podmínky života v SVL. To se týká i hygieny, protože Romové v SVL mají značně odlišné možnosti jejího dodržování dle konkrétní lokality, ve které žijí. Pohybové aktivity se v SVL věnují spíše děti a mladiství (s vrstevníky), často v rámci aktivit organizovaných školou. Co se týče stravy, Romové v SVL dávají většinou přednost stravě, která není příliš zdravá (vařená kaloričtější jídla, maso, uzeniny, bílé pečivo), a pouze ojediněle jedí ovoce či zeleninu. Jako hlavní příčinu viděli další zapojení aktéři zejména nedostatek finančních prostředků. Zlepšení této situace ale pravděpodobně závisí zejména na dalších sociálních determinantách zdraví (pravděpodobně vzdělání a zaměstnání) než na osvětě ohledně zdravé stravy ze strany majority.

V komunitě Romů v SVL se objevují, stejně jako v rámci majority, různé závislosti. U této konkrétní skupiny jsou pravděpodobně hlavním důvodem některých závislostí materiální poměry, do kterých se Romové narodí a v nichž žijí a které významně ovlivňují životní styl a vzorce chování (WHO, 2011). Z rozhovorů s Romy v SVL i s dalšími aktéry vyplynulo, že kouření je nejběžnější závislostí (vzorcem chování), která je široce tolerována a objevuje se ve většině rodin. Romské děti začínají s kouřením relativně brzy, pravděpodobně kouří i těhotné ženy a pouze ojediněle si Romové uvědomují negativní důsledky pasivního kouření. Oproti tomu nadměrná konzumace alkoholu u Romů v SVL formou denního pití v lokalitách není příliš tolerována a téměř se nevyskytuje. Příležitostné pití se objevuje zejména v rámci oslav, které se konají většinou v soukromí. Hlavním důvodem nižší tolerance romské komunity vůči alkoholismu může být jeho negativní vliv na rodinnou soudržnost, která je pro Romy typická. Z pohledu dalších aktérů za snížením výskytu tohoto negativního jevu mohou stát také intervence organizací na lokální úrovni (pravidla ubytoven, aktivity podporující zaměstnanost).

Co se týká užívání dalších návykových látek, tak v rámci rozhovorů s Romy i dalšími aktéry se tento jev týká zejména romské mládeže a převažuje z měkkých drog marihuana a z těžkých drog pervitin, ojediněle se vyskytuje v komunitě i toluen a zneužívání léčiv. Nicméně, obecně výskyt tohoto jevu velmi závisí na regionu, přičemž se objevuje více ve větších městech a celkově jeho výskyt není vysoký. Ze

sdělení dalších zapojených aktérů vyplývá, že by to mohlo být tím, že je v rámci komunity málo tolerován a rodiny se jej snaží řešit spíše svépomocí. Posledním tématem, které se objevovalo v rámci závislosti, je gamblerství, které je pravděpodobně u Romů v SVL v poslední době na ústupu. Hlavním důvodem mohou být opatření, která byla zavedena (nutná registrace v hernách, kontroly, které hlásí hráče obecnímu úřadu a jsou s tím spojeny úpravy vyplácení některých sociálních dávek). Nicméně i v rámci tohoto jevu se pravděpodobně vyskytují rozdíly v rámci jednotlivých lokalit, což vyplývalo z občas protichůdných sdělení. Je také otázkou, nakolik se cílové skupiny dotkne také on-line podoba gamblerství, která je nyní pravděpodobně obecně na vzestupu.

3.2.4.2 Primární prevence

Romové v SVL se v rámci diskuze o prevenci zmiňovali zejména o očkování svých dětí. Ze sdělení některých z nich vyplývá, že dodržují preventivní prohlídky a nechávají děti pravidelně očkovat. Nevyskytovaly se zmínky o vědomých odkladech či odmítání očkování. Ojedinele se objevily sdělení o očkování nad rámec povinného očkování, do kterého rodina investovala finanční prostředky. V jednom případě byly očkovány děti z celé školy kvůli výskytu závažného infekčního onemocnění, kdy nastala aktivní spolupráce mezi rodiči a vedením instituce. Výroky o očkování dospělých se vůbec neobjevovaly, pravděpodobně z toho důvodu, že v dospělém věku je v ČR povinné pouze očkování proti tetanu⁴. Jedním z důvodů může být i to, že dospělí Romové, jak vyplývá z předchozích zjištění, řeší své zdravotní potřeby podstatně méně než u dětí a nečerpají preventivní prohlídky u svých lékařů.

lo preventivních prohlídkách] „Jasně, děcka majou všechno pravidelný, jo. Aji očkování všichni majou pravidelný.“

(Romka v SVL)

„Tedka jsem platil měsíc zpátky tři tisíce za to očkování proti chřipce [za celou rodinu – pozn. autora].“

(Rom v SVL)

„Proč očkovali? Protože všechny rodiče, matky, šli do školy a vynadali paní ředitelce, že když tam je žloutenka, prostě to tam musí být, aby ty děcka byly očkovány, jinak nepustím dítě do školy. Ona řekla, že už to má domluvený, to očkování. Tak jak to řekla, tak to taky tak fakt bylo. A fakt ty děcka nechala očkovat.“

(Romka v SVL)

Další aktéři v tomto případě nepotvrzovali výroky Romů ohledně očkování dětí. Ze zkušeností některých z nich je i toto oblast, která je spojena s řadou problémů, a většina z nich uváděla, zejména pracovníci terénních sociálních služeb, že je vhodné poskytnout romským ženám v SVL podporu a edukaci i ohledně očkování. Pouze ojedinele participant sdělovali, že toto téma není problémem většiny Romů v SVL, a

⁴ Legislativa: Vyhláška č. 537/2006 Sb. Vyhláška o očkování proti infekčním nemocem

upřesňovali více své zkušenosti s touto oblastí (Romové většinou neodmítají očkování, důvodem častých odkladů bývá zejména častá nemocnost dětí).

„Kolikrát třeba, když řešíme nějakýho lékaře, má dojít k nějakému doprovodu, například mám vzít paní s dětma k pediatrovi, musí jít prostě na očkování, jsme tam objednaní, už třeba potřetí. Přijdu a znovu to zase nedopadne, třeba ten doprovod, protože pro paní je v tu chvíli priorita, že řeší, že během týdne se budou muset vystěhovat, protože nezaplatili nájem, nemají na to peníze. Takže spíš řeší takový ty existenční problémy, jako aby vůbec nějak přežili, aby měli kde bydlet, nezůstali na ulici..“

(terénní sociální pracovník NNO)

„Tak u těch novorozeňat, tam bude problém docela s očkováním. Takže očkování, pediatrické pravidelné návštěvy... A myslím si, že tady by mohla být... hrát role právě nějakýho toho pracovníka, kterej by mohl dávat vědět právě těm maminkám to, že je tady prostě důležitý, aby třeba to dítě bylo očkováno, chodit na prevence a na tyhle věci, no.“

(terénní sociální pracovník NNO)

„Někdy je problém opravdu je na to očkování nebo na tu prevenci dostat, jo. To je situace, která není jenom u nich, bohužel. Ale paradoxně se v romské komunitě nevyskytují odmítači očkování, což nás těší. Dostat je tam je horší, ale neodmítnou, jo.“

(dětská lékařka)

„No, u těch malých dětí se to snaží hlídat, ale často musí odkládat to očkování například povinné, že často mívají děti nemocné. (...) A tím pádem je to už nějaké riziko pro to dítě, že není včas naočkované.“

(terénní sociální pracovníce NNO)

3.2.4.3 Sekundární prevence

Preventivní prohlídky v rámci sekundární prevence realizují zejména lékaři tzv. primární péče (praktici pro dospělé a děti, zubaři, gynekologové). Ti také odesílají na screeningová vyšetření, obojí je realizováno, aby se zabránilo pozdnímu zjištění nějakého závažnějšího onemocnění.

Většina Romů v rozhovorech přímo zmiňovala, že preventivní prohlídky nevyužívají a že dávají přednost řešení až akutních zdravotních problémů. Jiná se zdá být situace u dětí. Pro čerpání této péče je pravděpodobně hlavní překážkou samotné sociální vyloučení, protože tito lidé řeší velmi často existenční problémy, které jsou pro ně prioritní. Při dotazech na důvody, které je vedou k nečerpání preventivní péče, participantů uváděli vágní sdělení. Někteří vidí jako hlavní důvod strach ze zjištění nějakého závažného onemocnění (pravděpodobně obranný mechanismus), eventuálně z nepříjemného zákroku. Ojedinele se objevil i názor, že pokud člověk dochází k lékaři často, nemá již zájem tam chodit i na preventivní prohlídky. Je pravděpodobné, že k nechotě navštěvovat lékaře kvůli prevenci vedou stejné důvody, jaké jsou za využíváním alternativní péče, tedy špatné osobní zkušenosti

Romů s komunikací či přístupem zdravotníků (viz kapitoly Nedůvěra k přístupu zdravotníků a Diskriminace ve zdravotní péči).

„No, my jdeme jenom, když nás něco bolí. Jinak jak tam máme chodit pravidelně, že nechodíme.“

(Rom v SVL)

„Někteří mají strach, že jich pošlou na vyšetření, že to je zdlouhavý. A mají strach, že jim tam něco můžou najít. Já jsem se už s tím tolikrát setkala, s takovýma případama, že mají strach, tak se radši léčíjou sami doma.“

(Romka v SVL)

[o nevyužívání preventivních prohlídek u gynekologa] *„Jsou to prostě většinou lidi, kteří, jak už jsem řekla, se bojí. Bojí se prostě, aby nepřišli jim na to, co jim je, co vlastně mají, jo. Nebo si to ani třeba nechcou přiznat, jo. Nebo že třeba se bojí toho, že do nich ten doktor bude rýpat, jo, prostě.“*

(Romka v SVL)

Tazatel: „A co by podle vás pomohlo, aby Romové na ty prohlídky chodili?“

Participantka: „No, to já nevím. Třebas kdyby byli víc, já nevím, vstřícní ti lékaři.“

(Romka v SVL)

Pouze ojediněle se některé participantky zmiňovaly o tom, že vědomě chodí na preventivní prohlídky, zejména u zubaře a gynekologa. U dětí je situace jiná, někteří účastníci přímo informovali, že s dětmi na preventivní prohlídky chodí vědomě a pravidelně. Je možné, že někteří rodiče mají obavy z toho, že je pediatr nahlásí na OSPOD.

„Jo, já chodím na... jako na veškerý prohlídky, s prominutím, i na gynekologické, na všechny jako, jednou ročně. Ale jako taj na ty prohlídky ženský a takový, zubař a to, je pravda, že jsem to ten minulý rok zanedbala. Ale jako já chodím pravidelně.“

(Romka v SVL)

„Tak tady to, tady to funguje takhle. Pokud nechodíte na preventivní prohlídky s miminama nebo s děčkama, máte určitý pravidlo, jednou, dvakrát, třikrát se nestavíte a doktorka to musí hlásit sociálce. Musí to hlásit na OSPOD a oni už si prostě udělají pořádek. Tak to tu fungovalo.“

(Romka v SVL)

Právě o existenci preventivních prohlídek u dětského lékaře, zubaře a u gynekologa jsou účastníci většinou informováni, a to nezávisle na intenzitě jejich čerpání. Nicméně už většinou nevěděli, jak často mají preventivní prohlídky u kterého lékaře probíhat. Pouze ojediněle účastníci zmiňovali preventivní prohlídky u všeobecného praktického lékaře pro dospělé, které ale nečerpají. Spíše mluvili o řešení akutních zdravotních problémů s nimi anebo o jiných strategiích, kterými jejich služby nahrazují

(viz kapitola Jiné strategie čerpání zdravotní péče). Jedna participantka naopak vyjádřila nespokojenost s tím, že jí i manžela lékařka nezvala na preventivní prohlídky. Dříve tuto povinnost zvát na preventivní prohlídky praktičtí lékaři měli, nicméně nyní má pojištěnec povinnost podrobit se na vyzvání preventivní lékařské prohlídce (pod hrozbou pokuty), ale není již stanoveno, kdo jej má povinnost ze zákona k prohlídce vyzvat (VZP, nedatováno). Ojediněle se objevily zkušenosti i s tím, že zubní lékař vyřadil pacienty kvůli nečerpání preventivní péče či je o tomto nebezpečí informoval.

„Já chodím každý půlrok. Některý chodijou, některý ne. Právě to říkám, že to záleží aj na tu ženskou. Pravidelné kontroly musejí být, protože člověk neví, co ve vás je. Jenom doktor to ví, ženskej.“

(Romka v SVL)

„Taková ta prohlídka, že. Oni nedělají. Nevolají nás. A co já vím, svoji lidi tam volají. Preventivná prohlídka. Ako pro manžela, pro mě. Vůbec neříkala o tom paní doktorka ani nič. Aspoň každý rok nebo za půl roku, odběry krve. Vůbec nič nám neříká.“

(Romka v SVL)

lo preventivních prohlídkách u zubařel „A já jsem se zaregistrovala v [název obce – pozn. autora] a prostě tam musíte chodit na tu preventivní prohlídku každý půl roku, že jo. A když jsem v zaměstnání, tak prostě se tam nedostanu. A nejdete jednou, dvakrát, tak vás vyhodí z evidence, automaticky, no. To se mi stalo, takže teďka jsem bez zubaře.“

(Romka v SVL)

„Že vás můžou vyřadit, jo. Já třeba taky nechodím pravidelně na ty prohlídky. Taky zubaře moc nemusím, je pravda. To já mám z toho úplnou hrůzu ale. Jako chodím tam, ale ona mi taky třeba vyhrožovala ta [jméno lékařky – pozn. autora], že mně nechá poslat kartu někam do [jméno většího města – pozn. autora] až do konce. A že nebudu mít šanci se dostat k zubařovi.“

(Romka v SVL)

Většina dalších zapojených aktérů se také vyjadřovala k otázce preventivních prohlídek a potvrzovala sdělení většiny Romů v SVL, že dospělí Romové preventivní prohlídky nečerpají a k lékaři jdou, až když jsou nemocní. Vzhledem k řadě bariér v dostupnosti zdravotní péče ovšem ani toto úplně neplatí a řada z nich volí například odklad v čerpání zdravotní péče (viz kapitola jiné strategie). Někteří sdělovali, že stejně nedostatečné docházení na prevence jako u dospělých je i u dětí, což ale úplně neodpovídá sdělením romských participantů a někteří další aktéři toto vyvraceli. Zde je tedy pravděpodobně situace příznivější ve prospěch čerpání preventivní péče. Jeden participant upřesňoval, že ačkoliv je povinnost docházet na prevenci uvedena v zákoně a pojištěnci jsou na ně povinni docházet, tak ji nelze vymáhat. Jak bylo uvedeno výše, je to pravděpodobně důsledek změny legislativy, kdy dříve měli povinnost zvát na preventivní prohlídky praktičtí lékaři.

„Prevence u těch dospělých není taková, že by pravidelně chodili, i když jim nic není. I když je na to upozorňuji: ‚I když vám nic není, tak běžte za tím doktorem, ať vám potvrdí, že všechno v pořádku. Máte na to nárok

aspoň jednou za dva roky.' Ale oni řeknou: 'Nám nic není, proč bych tam šla?'"

(terénní sociální pracovnice NNO)

„A hlavně tam nefunguje žádná prevence. Jako pravidelné kontroly, jo. Protože u těch dětí třeba já jsem ve spojení s lékařem. Na [název regionu] jsou více lékaři, takže oni mi jako zavolají, že třeba má přijít na 10letou prohlídku, na roční prohlídku, a že oni tam nedojdou třeba pětkrát. Tak mi zavolají a já je tam musím doprovodit, aby tam vůbec... [došli – pozn. autora]. Aby měli to hlavní.“

(terénní sociální pracovník obecního úřadu)

„Tak žáci na ty prevence chodí, protože oni dostanou papírek od doktorky a my je pouštíme, jo. Takže my víme, že k tomu lékaři na ty – jak oni maj po sedmi letech, po 11, po 14, jo –, takže toto oni určitě absolvují. Protože ty dětské lékařky já znám, vím, že fungují teda dobře a že ten vztah tam určitě bude a že se nestane, že by je nezaregistrovali, dětské lékařky ne.“

(ředitelka školy s převážnou většinou romských žáků)

„Preventivní prohlídky, které jsou sice povinné ze zákona, ale jako ta jejich vymahatelnost je nulová. Když nevím, kolik lidí z běžné populace chodí. K zubařovi ještě možná, ale třeba k praktikovi na preventivní prohlídku moc lidí nechodí. A když teď to ty pojišťovny začínají hlídat...“

(odborník na oblast zdraví sociálně vyloučených)

3.2.4.4 Terciální prevence

Hlavním typem prevence, kterou většina participantů zmiňovala, je snaha zabránit zhoršení již vzniklého onemocnění, což spadá pod terciální prevenci. U tohoto typu preventivní péče je potřeba, aby pacient spolupracoval s lékařem a dodržoval léčbu, dietu anebo další doporučení. Většina Romů sdělovala, že co se týká dietních doporučení, tak Romové je příliš nedodržují, často kvůli financím. Naopak co se týká užívání léků, většina participantů se snažila dodržovat léčbu jak při krátkodobých, tak při dlouhodobých onemocněních. Někteří participanté uváděli, že kvůli onemocnění značně omezili či úplně se zbavili nezdravých návyků (kouření, pití alkoholu). Ojedinele se objevil názor, že záleží na tom, jak je onemocnění závažné, a dle toho se Romové rozhodují, jak moc budou dodržovat léčebný režim.

[o dodržování diety] „Jako co znám aji tak z rodiny, co majou cukrovku, nehlídajou. Já nevím, proč to nedodržujou. Ale já si myslím, že se spíš tomu nechcou tak moc poddávat.“

(Romka v SVL)

„Tak já mám mít taky pitný režim, ovoce, zeleninu. To mám jest. Nejím. Protože kolikrát na to nemám peníze.“

(romské ženy v SVL)

„Jako prášky jo, prášky určitě berou. Co tady znám lidi, tak všichni. Jo, to jako většinou tady jsou nemocní na vysoký tlak, na srdce, na psychiku, jo. Potom když jsou po mozkové, tak na ty nervy. Jako nemůžu říct, že by jako lidi nedodržovali ten režim.“

(Romka v SVL)

„Tož já dám těch 10, 15, co mám, denně. A druh to samý. On už tak moc nekouří, protože on už je nemocnej, že. Aji tech 20, 25 kouřil, to vykouřil předtím, no.“

(Romka v SVL)

„Třeba můj bývalý z ubytovny, co jsem vám říkala, že má tu rakovinu, že chodí na to [léčbu – pozn. autora], tak on byl velký kuřák, velký alkoholik, a teď už nepije. Prostě, co dělal, už teď absolutně nedělá. A to je prostě ta nemoc, to není jenom tak, si říct, že nechcu kouřit.“

(Romka v SVL)

„Tak ono to taky záleží podle závažnosti té nemoci, že. Jestli ten člověk je už úplně nemocnej, tak se určitě nad sebou zamyslí a bude dodržovat to, co mu řekne lékař. Ale pokud prostě, já nevím, má takovou nemoc, která se dá léčit, tak prostě to tak nějak nedodržuje, že.“

(Romka v SVL)

Někteří další aktéři potvrzovali výroky Romů v SVL. Z jejich pohledu hraje velkou roli samotné sociální vyloučení, které má vliv na schopnost dodržovat léčebný režim či dietu. Motivování k tomuto kroku jsou dle terénních sociálních pracovníků až lidé, kteří trpí závažnějším onemocněním. Někteří z nich dle slov dalších aktérů potřebují podporu i v rámci tohoto tématu. Ojedinele se vyskytl názor, že by měli lékaři pacienti ze sociálního vyloučení lépe informovat o dodržování léčebného režimu, což může souviset s komunikační bariérou jak na straně Romů i zdravotníků (viz kapitola 3.4.2.3 Vzájemná komunikace a chování).

„Další problém tam tedy je právě potom i zase v té zdravotní gramotnosti z hlediska dodržování toho léčebného režimu. Protože pokud to jsou třeba děti s potravinovými alergiemi, nějaká intolerance lepku a tak dále, tak vyžadují poměrně striktní diety (...) a to vlastně většinou tady v těch sociálně vyloučených komunitách se nedaří dosáhnout.“

(odborník na zdraví sociálně vyloučených)

[o dodržování diety] „Tak vzhledem k tomu, že tam prostě byl i befel od doktora, že to musí dodržovat, tak tam to šlo o něco snadněji. Klienti věděli, že už nemají jinou možnost. I když samozřejmě, nedá se říct, že všichni klienti by byli prostě po tom poučení stoprocentně disciplinováni v dodržování těch pravidel. (...) Já bych teda zase řekla, že opravdu to zas souvisí s tím vzděláním nebo prostě s těmi rozumovými schopnostmi. Protože konkrétně třeba u jedné klientky, která má diabetes a samozřejmě je poučena i od paní doktorky, že prostě nesmí

cukr, tak není schopna pochopit, že i když není sladká ta rýže, tak to prostě pro ty hladiny cukru není dobrý, protože ta je plná sacharidů."

(terénní sociální pracovnice NNO)

„Oni [lékaři – pozn. autora] si myslí, že to klient musí vědět, že, jak to dodržování toho léčebného režimu má dělat, co nemá dělat, co užívat, jaký dodržovat jídelníček, co omezovat a tak dále. Lékaři prostě nemají na to čas tomu člověku vysvětlit: ‚Tady máte recept, běžte tam, vyzvedněte tabletky a lečte se.‘ A to je všechno, nemají na to prostor."

(terénní sociální pracovnice NNO)

Prevence patřila k důležitému tématu, ke kterému se vyjadřovala většina Romů i dalších zapojených aktérů. S čerpáním preventivní lékařské péče se u Romů v SVL setkáváme zejména u dětí, kde je patrná snaha o dodržování povinného očkování a absolvování pravidelných preventivních prohlídek. Většina dospělých Romů preventivní prohlídky nevyužívá a dává přednost řešení až akutních zdravotních problémů. Pro čerpání této péče je pravděpodobně hlavní překážkou samotné sociální vyloučení, protože tito lidé řeší velmi často existenční problémy, které jsou pro ně prioritní. Problematické je také dodržování léčebného režimu stanoveného lékařem. Netýká se to ani tak užívání předepsaných léků, jako doporučených změn v životním stylu (dietní režim, kouření, cvičení či rehabilitace).

3.3 Čerpání zdravotní péče

Tato kapitola pojednává o zdravotní péči, jak ji využívají Romové žijící v SVL. Členění této kapitoly odpovídá současnému členění systému zdravotní péče s akcentem na to, které typy zdravotní péče participanti v rozhovorech zmiňovali. Pokud v této kapitole není uveden nějaký typ péče, je to z toho důvodu, že jej participanti v rozhovorech vůbec nezmiňovali. Okrajová související témata, která se objevovala pouze ojediněle, jsou zmíněna v rámci shrnutí jednotlivých podkapitol. Každou podkapitolu uvozuje nejprve stručný teoretický úvod, obsahující informace, o jaký typ péče se jedná. Celá tato kapitola je velmi úzce propojena s kapitolou 3.4 Bariéry v přístup ke zdravotní péči, která na ni v textu navazuje, jelikož často participanti uváděli při popisu čerpání některých zdravotních služeb přirozeně překážky, které mají ať už na straně systému, zdravotníků, či sebe sama. Tyto dvě kapitoly se logicky doplňují. Při překonávání těchto bariér mohou pomáhat Romům v SVL různé služby a instituce. Pokud se jim nedaří vlastními silami tyto bariéry překonat, tak volí různé jiné strategie, jak se vyhnout přímému čerpání zdravotní péče, nebo se jí snaží dosáhnout co nejjednodušeji, třeba docházením na pohotovost (viz kapitola **Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.**).

3.3.1 Ambulantní péče

Jedná se o zdravotní péči o pacienty, kteří nepotřebují soustavnou lůžkovou péči. Tato péče je poskytována v rámci všech úrovní zdravotní péče (primární, sekundární a

terciální). Na primární úrovni se jedná o všeobecnou péči, dále se jedná o specializovanou a super-specializovanou péči. Součástí primární ambulantní péče je také tzv. návštěvní služba. Může být jednotlivá či sdružená ve skupinových praxích či poliklinikách a je součástí činnosti nemocnic i lázeňských léčeben (Vokurka, Hugo a kol., 2015).

Ve všech realizovaných rozhovorech s Romy v SVL se účastníci zmiňovali o čerpání primární zdravotní péče u sebe a u rodinných příslušníků. Většina z nich uváděla také zkušenost s návštěvou specializovaných ambulantních lékařů. Superspecializovaná péče (např. kardo- či neurochirurgie) se ve výrocích neobjevovala.

3.3.1.1 Primární péče

Jedná se o tzv. nezbytnou základní zdravotní péči, která by měla být dostupná všem pacientům a jejíž součástí je diagnostika a léčba běžných poruch zdraví a odesílání do specializované péče. Její součástí je péče o zdraví žen, matek a dětí i péče o chronicky nemocné v jejich prostředí. Lékaři primární péče poskytují zdravotní péči registrovaným pacientům a v ČR se jedná o praktického lékaře pro děti a dorost, praktického lékaře pro dospělé, gynekologa a stomatologa (Vokurka, Hugo a kol., 2015).

Všeobecné praktické lékařství (pro dospělé)

O čerpání péče u praktického lékaře (VPL i PLDD) se účastníci z řad Romů v SVL zmiňovali ve všech rozhovorech. Zpravidla se sdělení týkala místní dostupnosti zdravotní péče, kdy většina účastníků je registrována u nějakého praktického lékaře, někteří účastníci se setkali s horší dostupností této lékařské péče (viz kapitola 3.4.3.1 Nedostatečné kapacity a 3.4.3.2 Diskriminace ve zdravotní péči).

Co se týká samotného čerpání této péče, tak většina účastníků sdělovala, že při výskytu nějaké zdravotní potřeby (onemocnění) se automaticky obrací na své praktické lékaře nebo volí při existenci některé z bariér jinou strategii čerpání zdravotní péče. Nejčastěji se jedná o odklad či samoléčbu formou domácího užívání medikamentů, které jim dříve doporučil lékař (více viz 3.4.4 Důsledky bariér na čerpání zdravotní péče). V rozhovorech se neobjevily zmínky o využívání bylin či přírodních léčebných postupů ani o konzultacích o zdraví s autoritou v komunitě („*phuri daj*“, „čarodějka“), které byly běžné v romských osadách na Slovensku (Davidová, 2011), odkud pochází většina účastníků tohoto výzkumu nebo jejich předků. Zdá se tedy, že je zde posun směrem ke klasické medicíně, nicméně její využívání není dostatečné zejména kvůli řadě bariér (viz kapitola 3.4 Bariéry v přístupu ke zdravotní péči). S jakými zdravotními problémy Romové v SVL docházejí k praktickým lékařům, je popsáno v kapitole Zdraví a jakým způsobem čerpají preventivní péči, kterou praktičtí lékaři poskytují, v kapitole Prevence.

Dále se ve sděleních objevovaly informace o pozitivních i negativních zkušenostech s lékaři. Pokud Romové sdělovali pozitivní zkušenosti, mluvili často o spokojenosti s tím, jak s nimi lékař jedná, jak se staví k jejich potřebám a že důvěřuje jejich sdělením. Z rozhovorů také vyplynula vysoká citlivost na komunikaci lékařů s Romy, všímají si také toho, jak dlouho čekají v čekárnách, a dalšího chování zdravotníků, které většina z těch, co tyto zkušenosti sdělovala, přisuzují diskriminaci (viz kapitola 3.4.3.2 Diskriminace ve zdravotní péči). V rozhovorech se také tazatelé ptali na důvěru k lékařům obecně,

přičemž většina sdělení se vztahovala k praktickým lékařům. Ti Romové, kteří měli zkušenosti s diskriminací, sdělovali, že lékařům spíše nedůvěřují, ale někteří naopak vyjadřovali důvěru, kterou vztahovali většinou k dobrým osobním zkušenostem.

„Když něco je, tak jdu normálně k praktické lékařce, jako s teplotou nebo s něčím.“

(Romka v SVL)

Romka v SVL: „Mám teda doktorku dobrou. Jedná se mnou pěkně.“

Tazatel: „A tu vám někdo doporučil?“

Romka v SVL: „Ne, doporučila mi ju moje rodina. Tam chodijou k ní, tak oni mi ju doporučili, jako že je dobrá doktorka.“

(Romka v SVL)

[o čekání u lékaře] „Měl jsem to na kartičce 9:40. Hlavně, že na dveřích to všude je napsaný, že objednaný mají přednost. Ale šel jsem až kolem tý jedny hodiny. Na radě jsem byl. Čekal jsem na chodbě jakou dobu.“

(Rom v SVL)

Tazatel: „Máte důvěru v lékaře?“

Romka v SVL: „No, určitě. Určitě, protože pokud bych neměla tu důvěru, tak asi k němu nebudu chodit, jo. Protože pokud vy dete k lékaři a něco vlastně po něm žádáte a vy se mu svěřujete s něčím, tak já si myslím, že on vlastně vás musí i nějak chránit, jo. I tím, že vlastně oni mají svoje lékařské – pozn. autora] tajemství, který je mezi náma. A pokud by mě jako podrazil a přišla bych třeba časem na to, že to třeba udělal několikrát, tak určitě bych si stěžovala.“

(Romka v SVL)

Rom v SVL: „Já věřím svojí lékařce, ale dalším ne už. Tak asi.“

Tazatel: „Co tak, co dělá, že vy jí věříte?“

Rom v SVL: „Já jí věřím, ona ví, co mi bolí jako, prostě jo? Já jí řeknu třeba o těch žalučnických kameně lžlučnickové kameny – pozn. autora], jo? Tak ona vás musí vyšetřit prostě a už víte, že jí můžete důvěřovat, jo? Tak ona mi píše prášky nebo kapky. (...) A od pondělka třeba za týden se ukažte, jestli vám to povolilo, nebo ne. No, tak já jí důvěřuju.“

(Rom v SVL)

Další aktéři potvrzovali výše uvedená zjištění z rozhovorů s Romy ohledně čerpání zdravotní péče. Jedna praktická lékařka přímo uváděla, že z její zkušenosti dávají Romové přednost léčbě léky a klasické medicíně, stejně jako majorita. Ojedinele se vyskytovaly názory, kdy Romové vyžadují od praktických lékařů nějakou speciální zdravotní péči (nepotřebná vyšetření) či zdravotní péči nadužívají kvůli omlouvání z práce.

„Většinou chtěli právě jako tu standardní, klasickou medicínu. A že třeba já hodně pacientům jako... Že neléčím jenom tabletkama, že pokud nemusím, ale že jim třeba fakt doporučuju takové to – jako ty babské rady, klid na lůžku, různé i bylinné přípravky, co se na to dají. A

to většinou vidím, že oni se na to dívají, že to nechtějí. Že oni chtějí tu tabletku. I kdyby to byl paralen, který si koupí v lékárně. Ale prostě pro ně je jako důležité to, že něco dá. Ale to pro kohokoliv. To mají i ostatní lidé, že jakmile neodejdou od lékaře s receptem, tak je něco špatně. A to mám pocit, že oni [Romové – pozn. autora] chtějí častokrát odejít s receptem, a ještě ideálně s nějakým doporučením ke specialistovi. Že to oni často chtějí, aby byli fakt jako pořádně došetření, i když je to zbytečné.“

(praktická lékařka)

„Oni často Romové třeba i nadužívají zdravotní péči. (...) Jo, to je prostě jakoby jev, který v celém tom paradigmatu těch lidí, kteří chtějí pomoci Romům, nezaznívá, kde není příliš populární, ale prostě platí to. A to zajišťuje prostě ten lékař. Já jsem se tím poměrně hodně zabýval, jednak v rovině záškoláctví a jednak v rovině zápracáctví, prostě nechození do práce. To jsou takové věci jako třeba omlouvat absence zpětně. (...) A teďka už to jakoby ta legislativa neumožňuje, tohleto se posunulo, ale pořád je tam nadužívání v tom smyslu ‚něco mi je‘ a ty lékaři jim prostě píšou neschopenky. A ty lékaři to nějakým způsobem vysvětlují. Oni někdy říkají, že jim vyhrožují. To není úplně pravda, moje zkušenost je taková, že je to pravda třeba z 10 %. Ale že ten hlavní problém je v tom, že jsou to pacienti a oni si nerisknou, že tomu člověku opravdu něco je, že mají jakoby nějaký reálný zdravotní problém, jo. A že je prostě jakoby bezpečnější.“

(odborník na sociální vyloučení a manažer neziskové organizace)

Další aktéři z řad lékařů také uváděli, že u Romů v SVL bývá problém se zdravotní dokumentací kvůli časté migraci (více viz kapitola Rom žijící v sociálním vyloučení), což může ztěžovat práci při určování diagnózy.

„Oni se často i hodně stěhují a to je další problém. Tím, jak se hodně stěhují a mění ty lékaře, tak oni i tu dokumentaci pořádně nemají. Jako jde dohledat samozřejmě, u koho byli předtím registrovaní, jenže oni k tomu doktoru chodili–nechodili a potom je to problém. A taky je otázka, jakým způsobem on byl informovaný. A třeba to, jak jsem říkala, že přišla paní, měla třiatřicet, s tím, že její maminka ve 30 měla dva infarkty a přestěhovala se z [název města], a teď jak dohledáš, jestli je to opravdu pravda. (...) A oni i tím, jak jsou velice početné rodiny, tak ono je to i složité se v tom vyznat. Protože oni když ti řeknou, že babička měla to a to, tak potom zjistíš, že to vlastně nebyla babička, že oni jí tak jako říkali, že to vůbec nebyl rodinný příslušník. (...) [A]le když ty potřebuješ tu anamnézu, tak ti to trochu překáží.“

(praktická lékařka)

Praktické lékařství pro děti a dorost

Většina participantů z řad Romů žijících v SVL, zejména ženy, zmiňovala zkušenosti s pediatrií pro své děti. Z rozhovorů vyplynulo, že je problém s místní dostupností

nebo s registrací u této zdravotní péče pouze ojediněle, většinou v rurálních lokalitách. Ve výpovědích převažovaly pozitivní ohlasy na spolupráci s těmito lékaři. Pouze ojediněle se vyskytovaly výroky svědčící o nespokojenosti s tímto typem péče, kdy participantky následně pro své děti vyhledaly jiného lékaře. Některé matky zmiňovaly, že dávají přednost pediatrům, u kterých byly samy v dětství registrované a mají s nimi dobré zkušenosti, nebo že využívají konzultaci po telefonu, což v době konání výzkumu (rok 2019) nebylo obvyklé.

[o dětské lékařce] „Ona mě zná od narození, jsem k ní chodila s maminkou, takže tedka zná naše děti, moje děti. Já jsem s paní jméno lékařky – pozn. autor] spokojená.“

(Romka v SVL)

„Většinou hodně romských dětí, jako fakt hodně, jsou u té paní jméno lékařky – pozn. autor] a tam je to vždycky jako tak, že měli ty rodiče a tedka mají ty jejich děti, a je jich tam fakt hodně jako. Takže jsme spokojeni. Ona neměla žádný problém nás vzít, protože už nás znala, nás měla od peřinky, nás měla od narození do 18.“

(Romka v SVL)

[o dětské lékařce] Romka v SVL: „Ona je dobrá, strašně dobrá doktorka. Všechny dcery, aj já jsem tam patřila i moje děcka. Nejlepší doktorka prozatím, co znám.“

Tazatel: „Co to znamená – nejlepší?“

Romka v SVL: „Tak dělá rentgeny, vyšetří, všechno jako prostě... Jiné doktorky slyším, že nedělají vyšetření, že neposílají. Záleží, jak každý doktor, no.“

(Romka v SVL)

[o kontaktu s dětskou lékařkou] „Zavolám paní doktorce a zeptám se jí, co jí mám dát. Telefonuju a já už vím, co s něma mám dělat. Takže kdyby něco, tak s nima přinejhorsím jdu na pohotovost.“

(Romka v SVL)

[o nespokojenosti s dětskou lékařkou] „Ona byla nemocná [dcera – pozn. autor] a ona řekla lékařka – pozn. autor], že je zdravá a poslala ju normálně do školy. Měla teploty. ‚Ježíšmarja, říkám, tak co je, já říkám, jsou nemocní.‘ Že to dělají schválně. Říkám: no to teda ne. Ale už bych tam nešla jako já osobně, vůbec.“

(Romka v SVL)

Specifickým tématem jsou v rámci pediatrické péče preventivní prohlídky, u kterých většina Romů v SVL uváděla, že je jejich děti čerpají. Ojediněle Romky sdělovaly, že je tomu tak kvůli povinnosti dětských lékařů hlásit rodiče na oddělení sociálně-právní ochrany dítěte na obecním úřadu. Více o tématu viz kapitola 3.2.4.3 Sekundární prevence. Další aktéři toto potvrzovali, ojediněle se vyskytovala sdělení přímo od lékařů, že je obtížnější tuto cílovou skupinu na preventivní prohlídky dostat, ale nevyskytuje se u ní například odmítání očkování.

„S dětma asi chodijou pravidelně. To si většinou ti pediatři hlídají, jakože posílají i ty pozvánky, že se mají dostavit.“

(sociální pracovnice obecního úřadu)

„Někdy je problém opravdu je na to očkování nebo na tu prevenci dostat, jo. To je situace, která není jenom u nich, bohužel. Ale paradoxně se v romské komunitě nevyskytují odmítači očkování, což nás těší. Dostat je tam je horší, ale neodmítnou, jo. A mám teda vopravdu tedka, můžu říct, že – až na jeden dva případy – moc dobrý lidi, nemůžu si stěžovat. Jsou i o stupeň vyš než některý ti jejich bílí soukmenovci, v uvozovkách, když to tak řeknu, jo.“

(dětská lékařka)

Další aktéři potvrzovali vyjádření Romek v SVL, že většinou problém s dostupností pediatrické péče, registrací u těchto lékařů není. Pouze ojediněle se objevily výroky týkající se problémů s registrací, které jsou blíže popsány v kapitole 3.4.3.2 Diskriminace ve zdravotní péči. Někteří další aktéři zejména z řad terénních sociálních pracovníků se vyjadřovali v tom smyslu, že řešení zdravotních potřeb dětí může být odkládáno kvůli řešení existenčních problémů rodiny, což může značně komplikovat poskytování pediatrické péče, o čemž samotní pediatři nemusí být informováni. Nicméně Romové v SVL vědomě zdravotní potřeby dětí řeší více než u dospělé populace, více o tomto tématu viz kapitola 3.2.3.1 Zdraví z pohledu Romů žijících v sociálním vyloučení.

„Kolikrát třeba, když řešíme nějakýho lékaře, má dojít k nějakýmu doprovodu, například mám vzít paní s dětma k pediatrovi, musí jít prostě na očkování, jsme tam objednaní už třeba potřetí. Přijdu a znovu to zase nedopadne, třeba ten doprovod, protože pro paní je v tu chvíli priorita, že řeší, že během týdne se budou muset vystěhovat, protože nezaplatili nájem, nemají na to peníze. Takže spíš řeší takový ty existenční problémy, jako aby vůbec nějak přežili, aby měli kde bydlet, nezůstali na ulici... A nějaký zdraví, jestli mají děti prostě úplně jako shnilý zuby nebo je jako něco bolí nebo je jim nějak špatně, tak to mají jako smůlu.“

(terénní sociální pracovník NNO)

Zúčastnění pediatři potvrzovali, že Romové v SVL preferují při dobré zkušenosti stejného pediatra i pro své děti, a tak se tito lékaři setkávají při spokojenosti Romů i s více generacemi. Specificky u tohoto lékařského oboru se objevovaly u některých participantů z řad dalších zapojených aktérů výroky, že je třeba Romky a Romy v SVL nějakým způsobem edukovat či vychovávat.

„Když odchováte [máte v lékařské péči jako dítě – pozn. autora] matku, potom máte dceru a potom máte vnučku, tak už to berete jinak. Ono je to příjemný, když se vám vracej. Oni přijdou: ‚Můžem k vám chodit zase?‘ Jo, a je to příjemný, takže vlastně to tam mám několik těch generací po sobě. Když chodila maminka, teda babička s tím malým, pak chodila matka. (...)

No, a teď je to tak, a to jsou právě ti moji, jak já říkám, zpacifikovaný rodiny, který jsou fakt solidní a nemůžu si stěžovat. Dřív to bylo problematický, jo, to jsme měli, že se nám to porvalo i v čekárně. (...) [T]am je přece jenom ta retro takový, jo, rozumíte, tam je to takový spontánnější. Takže občas slyšíte i v té čekárně, jak se tam nazývají třeba různými jmény. Ale to je dobrý, sestřičku já mám takovýho pitbula, ta to zpacifikuje."

(dětská lékařka)

Pracovnice: „Roky tady byla výborná pediatrička, lékařka, která byla velmi přísná, měla velmi vyhraněný názor na Romy, ale byla to doktorka duší i tělem, jak se říká, jo. Kde prostě matkám neodpustila, tvrdě po nich šlapala, ne pro jejich barvu pleti, ale protože prostě věřila, že tu zaostalost, kterou v nich viděla, tak je potřeba je donutit, aby prostě v zájmu toho dítěte fungovaly. A že na to mají a je jenom potřeba to přísný vedení. Taková ta stará škola."

Tazatel: „Jak na to reagovaly matky?"

Pracovnice: „Já myslím, že dobře. Měla jejich úctu, měla jejich autoritu, absolutně si nedovolily něco říct."

(terénní sociální pracovníce NNO)

Specifickým tématem jsou omluvenky, kdy dle sdělení některých dalších zapojených aktérů dochází k nátlaku rodičů na lékaře. Jedná se pravděpodobně o výjimečné situace, kdy škola vyžaduje po rodičích potvrzení lékaře, jelikož standardně dle školského zákona omlouvá nepřítomnost žáka rodič⁵. V této situaci jsou rodiče dětí, které častěji absentují, již pod větším tlakem ze strany školy a pravděpodobně si uvědomují, že pokud bude mít jejich dítě určitý počet neomluvených hodin, hrozí již rodině negativní důsledky a nutnost spolupráce s orgánem sociálně-právní ochrany dětí (přestupek či trestný čin rodičů dle platné legislativy) (MŠMT, nedatováno). To může vysvětlovat přístup některých rodičů. Na druhou stranu je třeba říci (a vyplývá to i z metodického pokynu MŠMT), že záškoláctví má řadu příčin a jedna z nich může být vysoká míra stresu pramenícího z diskriminace dětí ve škole (viz kapitola Stres a jeho vliv na zdraví) i podmínky SVL, které brání dítěti uspět v běžné škole (viz kapitola Vzdělání).

„Třeba jedna paní doktorka, která měla vlastně převážně tu romskou klientelu, dětskou, tak nezvládla už potom to řvaní těch rodičů po ní, jo. Protože zrovna to byly naše asi jedna nebo dvě rodiny, který si tam vyřvávaly vlastně ty omluvenky a podobně, a paní doktorka potom fungovala tak, jak oni chtěli. Takže za blbý jsme byli my, což jako třeba, já si myslím, že to jste taky asi nikdy nezažila. Že třeba my jsme dítě

⁵ Dle dokumentu "PROHLÁŠENÍ Ministerstva zdravotnictví k „Omlouvání nepřítomnosti žáků v základní škole ze strany lékařů a klinických psychologů" v případě časté nepřítomnosti žáka nasvědčující zanedbávání povinné školní docházky, může škola požadovat jako součást omluvenky potvrzení ošetřujícího lékaře, popř. příslušného praktického lékaře nebo klinického psychologa i v případě nepřítomnosti kratší, než tři dny (MZ, 2012).

viděli v době, kdy bylo nemocný, venku, a oni nám řekli, že má vycházky. Jo, tak jsme říkali, že jako jak může mít dítě vycházky, když je nemocný. A představte si, že on opravdu si to ten tatínek tak vyřval u té doktorky, že ona nám řekla, že ona opravdu jim vycházky dala."

(ředitelka školy s většinou romských dětí)

„Když jsem byla na pediatrii [v rámci povinné stáže při studiu – pozn. autora], jako tam v rámci té naší [název kliniky] chodily maminy. Přišly v devět, o půl desáté s jedním dítětem a s pěti žákovskými knížkami, že chtějí napsat omluvenky. Ne ráno v sedm, tak jak se má, a se všema, ale prostě s jedním. A potom, když jim to doktor nechce dát, tak tam fakt jakože křičí, jsou agresivní a je to takové... Není to příjemné."

(praktická lékařka)

Zubní lékařství

Většina participantů z řad Romů žijících v SVL zmiňovala zkušenosti se zubními lékaři, přičemž více než polovina z nich měla nebo stále má problém s registrací (podrobněji viz kapitoly 3.4.3.1 Nedostatečné kapacity a 3.4.3.2 Diskriminace ve zdravotní péči), někteří participanté uváděli, že kvůli tomu dochází pouze na zubní pohotovost a zubaře si ani nehledají, ojediněle se vyskytovalo i záměrné nečerpání zubní péče.

Pokud už čerpají tuto zdravotní péči, tak stav chrupu dle sdělení samotných Romů není příliš dobrý a často podstupují extrakci zubů. Někteří Romové přímo uváděli, že mají ze zubařů strach, zejména kvůli negativním zkušenostem (většinou bolestivé a rozsáhlé zákroky), a dávají přednost samoléčbě, která většinou spočívá v konzumaci léků proti bolesti a vytržení zubů (více viz kapitoly 3.4 Bariéry v přístup ke zdravotní péči a 3.4.4 Důsledky bariér na čerpání zdravotní péče). Někteří z participantů popisovali pozitivní zkušenosti se zubními lékaři, kde oceňovali zejména citlivý přístup lékaře.

„Jako když mě bolí, tak jdu k zubařovi. Na pohotovost, tam teda chodím jenom. Protože já jsem chodila k obvodní doktorce u nás v [název menší obce] a ta mně zkazila celý zuby. Jo, prostě vrtala tam, kde by neměla, no, a zkazila mi všechny zuby. A pak mě to začalo bolet, tak jsem chodila normálně trhat zuby, no."

(Romka v SVL)

„Je dobrá ta zubařka, jsem s ňou spokojená. Právě něco jsem chtěla, vrtala mi, kazy, spravovala, všechno. Ale já jsem řekla kolikrát, že už to nemá cenu, protože to bylo úplně rozbití a začalo mi to bolet, tak ať mi to vyrve."

(Romka v SVL)

[o zubaři] *„Áno, ať ty mi dělal [zubní protézu – pozn. autora]. No, teď jich nemám, nenosím jich. Ale když jdu do města, tak si jich dám. Táky hodnej. Mě zachránil. Tady spodní zuby mi vytrhal, já jsem měla tak pusou bolavou od toho zánětu. Byl dobrej a nepustil mě. Protože mě vytrhl jeden zub a já už jsem chtěla vstávat z křesla, a on říká: ‚Ne ne, posaďte se, pokud jste tady, vím, že druhýkrát byste nepřišla.‘ Taký*

nepřišla bych. Tak mě nechal, tak mi to napíchal. Jsem měla zánět a vytrhal mi to všechno."

(Romka v SVL)

V případě ne/čerpání stomatologické péče Romy v SVL se dle zjištění tohoto výzkumu jedná o kumulaci bariér jak na straně systému (nedostatečná kapacita, horší finanční dostupnost), dále bariér na straně zdravotníků (diskriminace v přístupu ke zdravotní péči), tak i na straně Romů v SVL (nízká zdravotní gramotnost, strach z diagnózy a bolesti, nedůvěra k přístupu), což vše vede k nevyužívání preventivní péče a odkladu čerpání zdravotní péče. Toto se pak projevuje špatným stavem chrupu u dětí i dospělých.

Dle názoru některých dalších zapojených aktérů tento horší stav chrupu následně může přispívat k odmítání registrace Romů v SVL ze strany zdravotníků. Jedna participantka z řad dalších aktérů zmínila svůj názor, že pokud by tito lékaři byli lépe informováni o situaci Romů v SVL, tak by pravděpodobně k odmítání registrace či jejich vyřazování z evidence kvůli nečerpání preventivní péče docházelo méně.

„Tam ty děti prostě mají problém navštěvovat pravidelně zubaře. Měl jsem jednu klientku, který měla čtyři děti a nejstarší dítě mělo třeba 13, a ona nikdy nebyla u zubaře. A přišla až tehdy, když ty děti měly problémy se zuby, všichni. (...) A je to problém. Pak v životě nejdou k zubaři jako dřív, dokud to není nejnnutnější. A pak ty zubařky je ani nechcou brát, protože mají tolik problémů..."

(terénní sociální pracovník)

„Moje kamarádka je zubařka, ale dřív měla ordinaci v [název města] a teďka je posledních pár let v [název města], otvírá si ordinaci. (...) Ale protože zná mě, já jsem jí teda jednou úplně náhodou povídala o nějakých našich kauzách tady a jak odmítají Romy a ona mi za nějakou dobu úplně strašně nadšeně hlásila: „Já mám dvě Romky z [název čtvrti].“ A že jí pak říkaly, že byly strašně šťastný, že našly zubaře, že je všichni odmítali. Říkám: já, to je vlastně dobrý. Že ona jenom díky tomu, že to věděla ode mě a znala tady tu druhou stránku té věci, tak možná ty holky přijala. Ale jinak jako kdyby tady ty informace neměla o těch dopadech tady na ty konkrétní lidi, tak jako nevím, no. (...) Kdyby se vedla ta debata v tom směru, tady tenhle Rom má strašlivě zkažené zuby, ale možná je má zkažené proto, že ho v posledních 15 letech 60 zubařů odmítlo, a když by byl býval chodil aspoň jednou za dva roky na prevenci, tak by to nebylo tak strašné. Takže by to vlastně možná jako spíš změnilo nějak ten způsob uvažování lékařů – pozn. autora, ale nevím, jak toho docílit."

(právnička)

Gynekologie

Většina rozhovorů byla realizována se ženami, které byly také dotazovány na gynekologickou péči. Většina z nich uváděla, že má svého gynekologa, a nezmiňovaly

odmítnutí registrace u tohoto typu lékaře. Ženy byly v této souvislosti dotazovány, jestli dochází na preventivní prohlídky u gynekologa. Z rozhovorů vyplynulo, že jsou o nich informovány, nicméně pravidelné čerpání uváděly pouze ojediněle, často docházejí kvůli těhotenství. Tato situace je podobná jako u ostatních preventivních prohlídek (viz kapitola 3.2.4.3 Sekundární prevence), které dospělí Romové v SVL příliš nečerpají. Jako důvod nečerpání preventivní péče u tohoto lékařského oboru některé ze žen uváděly strach (z toho, „co mi tam budou dělat“, a ze zjištění nějaké vážnější diagnózy).

Tazatel: „A k ženskému doktorovi chodíte?“

Romka v SVL: „Do [název obce] vlastně. Tak já jenom na kontroly někdy chodím tam, že. Já jako nemám problémy žádný, jdu sem tam na kontrolu, ale jinak jako to je v pohodě.“

(Romka v SVL)

„Mám, ale nechodím. Já jsem měla starší paní doktorku, nechodím. Ne, nechodím. (...) Já když jako jsem otěhotněla, tak jsem musela tam chodit, když jsem byla těhotná s dcerou, že, ale jinak nechodím.“

(Romka v SVL)

„Byla jsem. Musela jsem teda jít, protože mi něco bolelo, tak jsem tam šla. Mě prohlédl, dal mi prášky. Tedka se musím právě objednat na to, tady jak je to vyšetření, to mama je s prsama, že. Náhodou jestli tam něco není. Jako když mi něco přijde, tak jdu.“

(Romka v SVL)

„Jako tak hlídám si to, protože teď jsou všelijaký nádory děložního čípku a takový ty. To jsou dneska, jako víte co. A když něco to, tak du radši zavčas, než když se to dá léčit. Jako kdyby to náhodou bylo. Jako musím zaklepat, jako zatím jsem zdravá, nic mi není. Ještě chcu žít, já mám ještě děti, já je ještě chcu vychovat. Jsem s nima sama, že.“

(Romka v SVL)

[o strachu z gynekologických preventivních prohlídek] *„Jsou to prostě většinou lidi, kteří, jak už jsem řekla, se bojí. Bojí se prostě, aby nepřišli jim na to, co jim je, co vlastně mají. Nebo si to ani třeba nechcou přiznat, jo. Nebo že třeba se bojí toho, že do nich ten doktor bude rýpat, jo, prostě.“*

(Romka v SVL)

V tomto oboru je také pro Romky v SVL důležité pohlaví lékaře, který je ošetřuje. Většina žen uváděla, že mají ženskou lékařku, pouze jedna participantka sdělila, že má lékaře muže, a popisovala své důvody a zkušenosti. Je tedy vysoce pravděpodobné, že Romky dávají přednost gynekoložkám záměrně a není pro ně jednoduché přijímat zdravotní péči v této oblasti od mužů.

Tazatel: „A takže máte gynekologa, nebo gynekoložku?“

Romka v SVL: „Gynekologa. Je to dobrej doktor.“

Tazatel: „Jo. A nemáte jako Romky problém, že je to gadžo a muž ještě k tomu?“

Romka v SVL: „Nee. Ze začátku ano. To bylo takový, že jsme se styděli, to jsem vždycky chodila k ženské. Ale jenomže když jsme byli už v té porodnici, tak tam bylo hodně doktorů, a doktorka vůbec, takže... [J]akože jsem se styděla a takový věci, ale teď už ne. Tak u manželů je to jinak, že. Když máte chlapa a on řekne, že tam máte doktora, tak to je něco jinýho.“

Tazatel: „Jak to myslíte?“

Romka v SVL: „Chlapi od nás jakože vůbec nechcú, aby to byl muž. Jenomže, člověk si nemůže vybírat. Tedka. Hlavně u těch starších to bylo takhle. A aj on [manžel – pozn. autora] taky ze začátku měl... Ale potom jsem mu to vysvětlovala, jak to je.“

(Romka v SVL)

Dalším důvodem, proč romské ženy docházejí ke gynekologům, je užívání antikoncepce, o čemž referovaly některé participantky. Výroky o užívání antikoncepce se lišily, zhruba polovina participantů uváděla, že Romové v SVL antikoncepci nevyužívají, a druhá polovina uváděla, že ano. Nicméně dle výroků se dá soudit, že se jedná o téma, o kterém se ve většině rodin otevřeně nemluví. O antikoncepci byly lépe informovány spíše mladší ženy, které již mají děti. Ty také dle slov participantů využívají nejčastěji nějakou formu antikoncepce. Nejčastěji byly zmiňovány injekce anebo nitroděložní tělíska, ojediněle kondomy či sterilizace (zmiňovaná ženami s více dětmi). Pouze ojediněle participanté uváděli, že o antikoncepci v rodině mluví a informují o ní své děti.

Tazatel: „Chcem sa na to opýtať, či holky mladé, používajú antikoncepciu, chránia sa?“

Romka v SVL: „Ne, já vám to řeknu přímo na rovinu, ne. Ne, ne v dnešní době a tady u nás určitě ne.“

Tazatel: „Akože nepoužívajú vôbec antikoncepciu? Ani tabletky ani kondom?“

Romka v SVL: „Já si myslím, že málokterá.“

(Romka v SVL)

[o tom, jakou užívají romské ženy antikoncepci]

Romka v SVL: „Používají spíš, až mají třeba dvě děti, nechají si dvě děti a už si jdou dělat...“

Tazatel: „Co si jdou dělat?“

Romka v SVL: „Říká se DANA? Asi jo. Oni si buďto píchají, jednou za měsíc nebo za tři měsíce, anebo si... DANA se tomu říká... Že do pěti let nebudou mít děti. (...) A za těch pět let musí to vždycky vzít, aby mohly mít děti a nebyly zase nemoce a tak dál.“

(Romka v SVL)

„Antikoncepce, ale v injekcích, že to nemusí být jako ten prášek každé den, ale dáj injekci a je to jednou za tři měsíce, no. Tak třeba jak chodím aji já.“

(Romka v SVL)

„Antikoncepci určitě. Já jdu teďka zrovna řešit za šest týdnů. Takže já si dám Danu na pět let anebo podvaz vaječníků, sterilizace. Takže my to máme, já už to mám nachystaný jako všechno. Musím ale ještě počkat šest týdnů, protože teď už mi nemohli po porodu, to se nedělá teď už všechno. Protože já už mám taky roky, už nechcu děti, už se chci chránit.“

(Romka v SVL)

„Já jsem se chránila. Jak ona měla, jak se mi narodila, tak říkám, už konec, říkám, žádný děcka nechcu. (...) Jak jsem byla v nemocnici, ne, já říkám, udělejte mně tu, abych neměla děcka. Já už nechcu, no. A šla jsem na to a hotovo doteď. Jinak ještě bych měla tak dvě tři malý, ne. Já říkám, poslední tady ta a konec. Jsem měla taky jich osm, že. Tak říkám: dost!“

(Romka v SVL)

[o povídání se synem] *„Já mu říkám: ‚Pepo, já ti budu kupovat ochrany.‘ Já mu to budu dávat do kapsy. Já se s ním o tym bavím. A třeba, to není ostuda, co na tom je? Já říkám: ‚Budeš s babou, koupím ti primeros, dám ti to do kapsy.‘“*

(Romka v SVL)

Další aktéři potvrzovali většinu výše uvedených sdělení Romů v SVL ohledně čerpání gynekologické péče. Jako důvod nízkého čerpání někteří z nich uváděli, že ženám v tom brání zejména vytížení péčí o rodinu, které je jednou z bariér dostupnosti zdravotní péče na straně Romů (viz kapitola 3.4.1.5 Pohlavní role). O antikoncepci sdělovala většina dalších aktérů, že ji Romové v SVL dle jejich zkušeností nevyužívají, o využívání mluvili pouze ojediněle. Což přímo nekoresponduje se sděleními z rozhovorů s Romy, kdy zhruba polovina dotázaných uváděla, že nějakou formu antikoncepce využívají buď sami, anebo někdo z jejich blízkých. Ojediněle se objevovaly výroky o tom, že antikoncepce je hůře finančně dostupná nebo že romské dívky berou mateřství jako logický krok, který je od nich očekáván v rámci genderové role.

„Protože většinou je to na té ženě, ta rodina. Kde má jako hodně těch funkcí, stojí to na ní a ona nemá na sebe ten čas, aby k tomu doktorovi šla, protože jsou důležitější věci. Takže potom ty kontroly se nedodržují, prohlídky, všechno se odkládá. A ono se pak jako z toho něco vyvine, protože se to někde nashromáždí, a řeší se to, až už je pozdě.“

(terénní sociální pracovnice NNO)

„A celkově mají strach z antikoncepce, z injekcí, z Dany, jako celkově tady z těchto věcí mají tak nějak strach. A nejenom ty ženy, ale většinou mám pocit, že jim to nechtějí dovolit ani ti muži. Oni věří takovým těm věcem, jakože z toho bude určitě rakovina a podobně.“

Takže málo, málo chodí. A i přesto, že třeba ty matky ví, že ty holky začínají strašně brzo a že tam je riziko, že otěhotní, tak jako nepošlou je prostě k tomu ženskému pro ty prášky. Nepošlou je dokonce ani na tu kontrolu. (...) A vlastně mám pocit, že dokud nejsou těhotný nebo po porodu, tak tam vlastně jako nechodí na preventivky k těm doktorům. (...) Málokteré, co jsem se ptala, mají Danu. Anebo některé i na injekce chodí. A to jsou ty mladší. Co jim to doktor nabídne, tak chodí na injekce, aby nemusely myslet na to, že si každý den musí vzít prášek. A ty starší, co maj už hodně dětí, tak tu Danu mají. Ale je jich málo teda."

(terénní sociální pracovníce NNO)

„Takže si myslím, co se týče antikoncepce, tak tam to povědomí nebude. I co jsme se bavili s neziskovkama, tak nějaká... Oni na ně cílí tu primární prevenci, co se týče i vlastně používání tady nějakých těch ochran, ať už bariérových, nebo nebariérových, tak, že vlastně oni to moc nevnímají. Takže myslím si, že ten přístup k antikoncepci... A navíc je to ještě placený. Takže často, když maj finanční potíže, tak myslím, že je to i pro ně nedostupné."

(terénní sociální pracovníce NNO)

„Je pro ně velice problematické vůbec řešit nějakým způsobem jako sexuální zdraví nebo reprodukční zdraví, antikoncepci, nějaká samovyšetřování, jako onkologická třeba prsu a podobně. Že je to pro ně prostě společensky víceméně nepřijatelné o tom hovořit. Takže nás jako na toto upozorňovali, když vlastně připravujeme ty programy, abychom s tím počítali, že tam třeba může být větší ostych než třeba u většinové společnosti."

(lékařka a odbornice na sociální vyloučení)

Sociální pracovníce: „Antikoncepce, já se na to teda ptám. I když jako ale myslím, že moc se o tom nechtějí bavit. Že to je takový tabu prostě. (...) Já se ptám tak všeobecně i těch matek, jestli berou nějakou antikoncepci. Protože když má 10 dětí, tak proč se nezeptat, no, jestli plánujou další. Nebo – a hlavně když mám třeba mladý holky, 15, 14 – tak se taky už ptám, jestli používají nějakou antikoncepci. A ony ji nepoužívají."

Tazatel: „Ani ty mladý holky?"

Sociální pracovníce: „Ne, ony nechtějí, no. A zvlášť, když jim je 15, tak ony už mají devítku vychozenou, jsou na pracáku. Takže pro ně je takovej logický krok prostě mít dítě, no, v 15, 16, někdy i dřív."

(terénní sociální pracovníce NNO)

Výjimečně se v rozhovorech objevovalo téma interrupcí. Romové v SVL mají k interrupci jako řešení nechtěného nebo brzkého těhotenství spíše odmítavý postoj, zejména co se týče prvního těhotenství, který vychází z přesvědčení, že interrupce v prvním těhotenství může výrazně znesnadnit další reprodukční možnosti ženy. Početí dítěte (i to neplánované) je spíše vnímané pozitivně a je doprovázené snahou o

plánování zabezpečení starostlivosti a výchovy než uvažováním nad ukončením těhotenství. Dalším faktorem, který může stát za tím, že Romky v SVL o umělé přerušení těhotenství obvykle nežádají, je nutnost značné finanční spoluúčasti na hrazeném zákroku (pokud se nejedná o zdravotní důvody). To může ve vyjimečných případech vést k uchylování se k nebezpečným praktikám. V pozdějším věku ženy, jsou často interrupce vyžadovány společně s následnou sterilizací.

„To není sranda, první děcko dát pryč.“

(Rom v SVL)

„Protože jsem si řekla, kdyby šla na potrat, třeba by neměla děcka nebo něco. Víte, jak je to poprvé, třeba by už nemusela mít děti.“

(Romka v SVL)

„Moje dcera měla ve 14 letech otěhotněla a v 15 porodila. Brzo jako. Mladoucká. Chodila do školy, tak sem musela podepsat individuální plány. Oni to chtěli dát pryč, ale já sem to nechala. Já sem to vzala na sebe. Protože jsem si řekla, že kdyby šla na potrat, tak by neměla děcka. Jak je to poprvé, tak by třeba už nemusela mít děti. Tak jsem to vzala na sebe, říkám, jsem mladá, tak to vychovám.“

(Romka v SVL)

„Moje máma vychovala mýho syna, on se mi narodil, když sem měla 16 roků. Ona ho vychovávala, ona ho měla v péči“

(Romka v SVL)

3.3.1.2 Specializovaná ambulantní péče

Čerpání zdravotní péče u specialistů bylo zmíněno ve většině rozhovorů s Romy v SVL, kdy většinou uváděli zkušenosti své či blízkých v rodině. Jednalo se o různé specializace: diabetolog, foniatr, mamografie, nefrolog, neurolog, onkolog, ORL, plicní, psychiatr a psycholog. Vzhledem k množství výroků zde jsou uvedeny pouze některé příklady. I u těchto odborníků Romové v SVL někdy zmiňovali problémy s horší dostupností (rurální oblasti, dětští psychiatři) nebo s registrací u lékaře. Někteří účastníci uváděli, že si odborného lékaře vybrali na základě doporučení rodiny, v tomto případě často dávali přednost ošetření v nemocnici v krajském městě.

[o zkušenostech s lékaři] „Já chodím pořád po doktorách. Protože já jsem měla tedka strašný problémy s těma angínama, takže jsem tam [na ORL – pozn. autora] chodila pořád. (...) Ze začátku bylo tak, že jsem brala jenom ty antibiotika, jenomže mi to nepomáhalo, protože se mi to zvětšovalo. Takže mi to museli odstranit, takže to mám odstraněný. (...) Mandle, pod narkózou.“

(Romka v SVL)

Dcera: „Když se mamka šla léčit, tak jí přímo doporučili podle její nemoci, jakože onkologický pacient, ten [název obce]. Jak mojeho tatu tam třeba dali, ho se neptali, prostě do [název obce] a konec. Ale prostě máma měla na výběr, ona si sama řekla, že prostě ,chci jít do [název větší obce], no tak prostě půjde tam‘.“

Matka: „Jako chtěli mě dát do [název obce], jenomže já jsem taky do [název obce] nechtěla, že. Já si dneska můžu vybrat doktora, kde chcu. Tak jsem šla do [název větší obce]. Ale zase můžu říct, že jako fakt ta fakultní nemocnica, to je fakt kapacita. (...) Jsou tam jináci lidi, já to řeknu tak, fakt.“

Dcera: „To člověk aji cítí, jak se ten doktor s váma baví, nebo ta sestřička.“

(Romky v SVL)

Další aktéři potvrzovali výše uvedená vyjádření Romů v SVL. Zejména sociální pracovníci terénních služeb upřesňovali, že k odmítání registrace u těchto typů lékařů dochází méně než u některých lékařů primární péče. Ojedinele se vyskytly výroky o možné diskriminaci i u těchto odborníků, ale podstatně méně než u jiných typů lékařů. Pravděpodobně je tomu kvůli nižšímu čerpání této péče Romy v SVL oproti docházení například k praktickým lékařům. Někteří další participanté uváděli, že Romové ze SVL potřebují pomoc a podporu při orientaci v systému zdravotní péče nebo podporu motivace k čerpání této péče. V jednom případě se do řešení zrakového postižení romské ženy zapojilo více institucí, aby jí pomohly překonat řadu bariér v dostupnosti zdravotní péče a nákupu kompenzační pomůcky.

„Tak mně se vždycky nejlíp mluví z praxe. Já si třeba všimnu, že mám nemocného klienta, tak jsou schopná jako mu věnovat tolik času, že mu vyhledám odborný lékaře. A stává se to, jo, vyhledávám diabetology, protože třeba i to je problém, že jsou třeba plní. (...) A taky se vás přímo zeptá: ‚Jedná se o Roma?‘ A já mu lhát nebudu, protože stejně člověka uvidí a pozná. Prostě když člověka vidím, že je nemocný, tak ho dokážu nasměrovat a ty odborný lékaře mu skutečně seženu. Jestli tam bude chodit, nebo ne, tak to už je jeho věc. Ale neustále ho můžu jako motivovat anebo i kontrolovat. To dělám jako takhle: ‚Byl jste na těch odběrech? Běžte tam. Čekají vás tam. Nebo vám seberou diety.‘ To je spíš takový, na co slyší, jo?“

(pracovnice obce)

[o řešení zanedbaného problému se zrakem romské matky] *„Tedka ona se v tom systému vůbec nevyznala a nevěděla, koho oslovit. Takže se do toho zapojilo strašně moc lidí, aby jí pomohlo vlastně vůbec oslovit lékaře, domluvit tu schůzku. A potom se řešilo, ještě finančně vlastně nějaká pomoc jí, co nejlevnější brýle. Což tady s těma dioptriemi je problém. Takže vlastně do toho bylo zainteresováno hodně lidí. A pomohlo tomu, že ti lidi se nějak jakoby znali a chtěli té mamince pomoci, no.“*

(pracovnice speciálně pedagogického centra)

Poměrně specifickou se v rámci rozhovorů ukázala péče o duševní zdraví (psycholog, psychiatr). Tato odbornost se v rozhovorech objevovala u některých participantů, často v souvislosti s dětmi. Ty byly v péči psychologa nebo psychiatra, a to zejména kvůli problémům ve škole (poruchy učení, ADHD), problémovému chování či úzkostem. Pokud se do péče odborníka dostali, tak zmiňovali užívání medikace. Participanté zmiňovali zejména dlouhé čekací doby u dětských psychiatrů (4 měsíce až

půl roku). V jednom případě bylo z výroků Romů v SVL patrné, že nerozumí postupu psychiatra (anamnéza, psychoterapie) a spolupráci předčasně ukončili pravděpodobně kvůli komunikační bariéře mezi nimi a lékařem.

„Má ty nervy trošičku porušený [dcera – pozn. autora], no. Jako ne moc. Ale sem tam jí ten prášek napiše, že? Když to na ňu jde, tak jí to máme dát, jinak jako necpat ju s tím. Není to, jakože by to potřebovala.“

(Romka v SVL)

„Od začátku chtěl vědět všechno. Tak jsme mu říkali, jak se chová doma, jak jde do školy. Nás trápí, že když de dcera do školy, že vždycky má takový úzkosti, že zvrací, je jí špatně. ‚Mami, mě bolí hlava‘ a takový. A on na to psycholog, že by jí pomohl. Tak jsme tam šli, ale vůbec jí nepomohl. Ještě ona přišla z ordinace, my venku, a začala tam hysterčit, brečet. Ukazoval jí tam nějaký divný fotky, já jsem tomu vůbec nerozuměla. A on jí takové otázky dával, že se vyptával strašně na mě. A ona říkala, že nadával a aj byl takový přísný. Že proč má strach? Tak já jsem říkala: ‚Já jsem obyčejný člověk, já jsem si myslela, pane doktor, že jí pomůžete, a vy jste mi ještě dceru zničil.‘ Tak jsem s ním skončila.“

(Romka v SVL)

Participanti z řad dalších aktérů také potvrzovali, že se setkávají ve své praxi s nižším čerpáním péče o duševní zdraví u Romů v SVL obecně (jak u dospělých, tak u dětí). Otázkou je, nakolik tuto péči sami Romové iniciují. Z rozhovorů s některými dalšími aktéry vyplývá, jako by to byla péče, která se využívá zejména na popud odborníků. Někteří další aktéři uváděli, že se Romové na své duševní problémy až tak nesoustředí, protože prioritou jsou pro ně aktuální existenční problémy plynoucí ze sociálního vyloučení. Ojedinele se vyskytovaly výroky, že Romové jsou více otevření vůči různorodosti lidského chování (a tím pádem neodhalí psychické onemocnění), že mají tendenci psychické onemocnění v rámci komunity spíše skrývat nebo že jako klienti dávají přednost intervencím, které jsou krátkodobé a mají hned výsledek (oproti dlouhodobosti psychiatrické léčby).

„Ale k psychologovi se ten člověk dostane jenom, jako když má opravdu nějaký hendikep, třeba postižení, nebo když už na to poukáže třeba jako škola. Děti třeba, co mají poruchy učení a takhle.“

(zdravotní sestra)

„Jako co je zajímavější – ale zase to nevím, jestli to není víc spojený s tím sociálním vyloučením –, že asi nevyhledávají anebo nečerpají péči lékařů, téměř vůbec. Rozhodně ne psychiatrickou péči, nebo minimálně psychiatrickou péči. Takže zrovna mám před očima jednu paní, která má OCD [obsedantně-kompulzivní poruchu – pozn. autora] a vlastně nemedikuje. Přitom medikace by pro ni mohla být třeba i prospěšná, nevím, nechcu posuzovat, jo. Ale ona jakoby, obvodák to nenapiše a k psychiatrovi nedojde. (...) Možná za tím stojí taky to, že mají miň zúžený to, jak ten člověk musí vypadat, aby byl v poho. Proto si myslím, jako že se navzájem méně stigmatizují.“

(metodik multidisciplinárního týmu NNO)

„Ten vztah k té většinové společnosti, ty vztahy mezi nima, který podle ovlivňují. To je nějaký status té rodiny mezi nima, hierarchické. Oni nechcú, aby ty ostatní lidi věděli, jakože u nich je někdo, kdo je jakoby rapl, kdo blázní a tak dál, jo. Takže oni ho skrývají spíš před tou komunitou.“

(odborník na sociální vyloučení a manažer neziskové organizace)

„Teď mám úlevu a hotovo. Proč by měla někam docházet a léčit se nějakou terapií, kde jako bude někdo jenom něco mluvit, a ono nic stejně.“

(pracovnice služby podpory zdraví)

U dětské psychiatrické péče naopak další aktéři mluvili o její větší potřebnosti u romských dětí a potvrzovali delší čekací lhůty. Nejčastěji zmiňovali, že se tato potřeba řeší při pobytu dítěte ve škole, kde se objevují výchovné problémy, nejčastěji kvůli poruchám pozornosti spojeným s hyperaktivitou. Rodiny v tomto často potřebují podporu ze strany sociálních pracovníků či jiných odborníků, aby se dětem dostala medikace či podpora asistenta pedagoga. Z pohledu participantů ze školství je efekt těchto intervencí na vzdělávání dítěte významný.

„Ale co mají děti, tak s nima hodně řeším psychiatry dětský. Když mají výchovný problém. (...) Jako ve většině případů ty děti, co mají psychiatra, dostanou aji asistenta, takže se jako polepsíjou.“

(terénní sociální pracovnice NNO)

„Těžko se nějak nachází vůbec v tom systému, na koho se obrátit, koho vyhledat, jak moc dopředu je potřeba se tam objednat... Mě napadá čerstvě případ dítěte s nějakým závažným psychickým onemocněním a vlastně maminka byla překvapená, že objednávací lhůta u psychiatra je půl roku. Takže to dítě bylo půl roku bez medikace a vlastně ve škole absolutně nefungovalo, čekalo se, až ho přijmou. Takže vlastně maminka byla z toho celá zmatená, byť teda byla perfektní, pečovala o to dítě...“

(pracovnice speciálně pedagogického centra)

„Máme třeba i děti, který z důvodu toho fakt jako velkého ADHD jsou medikovaní a je pak s nima jako i lepší práce. Protože oni se pak soustředí, oni pak jsou spokojeni i sami se sebou.“

(ředitelka základní školy s převahou romských žáků)

3.3.2 Lůžková péče

Většina participantů měla zkušenosti také s lůžkovou zdravotní péčí, která je poskytována v nemocnicích. Kromě často zmiňovaných zkušeností s gynekologicko-porodní péčí dále participanté zmiňovali zkušenosti s hospitalizací kvůli různým operačním zákrokům. Většinou se jednalo o dospělé, ojediněle se vyskytly zkušenosti s operací dětí.

U gynekologicko-porodnické péče ve výrocích participantek mírně převažovaly neutrální a dobré zkušenosti. Některé participantky zmiňovaly nespokojenost, která se týkala zejména porodnic v menších městech a většinou byla směřována k chování a komunikaci zdravotníků, které Romové vnímají jako jednu z bariér dostupnosti zdravotní péče (více viz kapitola 3.4.2.3 Vzájemná komunikace a chování a 3.4.3.2 Diskriminace ve zdravotní péči). Jedna participantka se setkala s mírným zanedbáním zdravotní péče při porodu.

„Tak já mám císařský, všechny tři. Takže já jsem byla bez problému. Sestry tedka se změnily, už nejsou takový jak předtím, třeba v té, jak jsem byla s klukem, tam v dětské klinice – pozn. autora]. U ženských je to úplně něco jiného, u některých. (...)

Ale třeba tedka například, jak jsem byla u jedné od mého synovce, tak co žije s ňou, tak ona tam začala jakože rodit, no, a ta začala [pravděpodobně porodní asistentka – pozn. autora] na ňu řvát, že proč řve. Říkám: ‚Co prosím? Proč na ňu řvete?‘ Já jí říkám: ‚Tak asi rodí, tak proč by neřvala?!‘ No, ona začala už tam do ní prostě hučet. Takže stala se taková věc. Jako mně se to nestalo, ale třeba u jiných ano.“

(Romka v SVL)

Romka v SVL: „Tady už dávno není porodnice, jenom gynda. Budťo je v [název menšího města], nebo [název velkého města] a ve [název menšího města]. Vybrat si můžete vlastně, kde chcete rodit vy. To záleží na vás. Jo, ale je škoda, že to zavřeli [ve městě bydliště participantky – pozn. autora].“

Tazatel: „A nejčastěji chodia teda ženy kde rodit?“

Romka v SVL: „Do [název menšího města], tam jsou vyborní doktoři. Fakt.“

(Romka v SVL)

lo zdravotních sestrách v porodnici] „No, jsou drzé. Oni když vidijou vlastně Romku, že de rodit Romka, tak voni jsou drzí, arogantní. Prostě ten přístup k Romům je strašný, na tom porodním taky. (...) No, tak říkají nějaké věci, ale nemaj důvod, co říkat. Co maj co říkat, oni se maj chovat ke každému stejně a maj být slušní a vstřícní, ale vono to tak není, na Romy ne.“

(Romka v SVL)

„Teď to poslední mimko, co tedka mám... To jsem to měla trošku divoký. Jakože přístup, jako dalo se to, ale byl tam problém, protože se mi nevěnovali tak, jak by měli, trošku, no. (...) Mně malá ve tři hodiny ráno... Přestalo jí bít srdíčko, zkolabovala mi. A primářka mě nakonec odrodila na sále, mi dělali císařský řez, a začla tam nadávat, proč nemám zabandážovanou nohy. Ještě jsem pozorovala, jak křičela na sestřičku, že jsem byla trošku zanedbaná, no.“

(Romka v SVL)

Téma, které se v rozhovorech s některými Romkami v SVL vyskytovalo, byl předčasný odchod z porodnice na tzv. revers. Většina matek, se kterými jsme mluvili, i jejich blízkých využili tuto možnost. Většinou tomu tak bylo kvůli dalším dětem v rodině a nutnosti zajistit pro ně péči. Pouze ojediněle participantky zmiňovaly, že v porodnici zůstaly standardní dobu. Mohly si to dovolit díky podpoře širší rodiny či starších dětí.

„Přijdou cigánky a mají, já nevím, šest dětí a mají tam jedno malé dítě a musí tam zůstat [novorozené dítě – pozn. autora]. Třeba ona nemůže, protože kojí další dítě. No, a oni už si myslíjou bůhvíco, že maminka je nedbalá a takýty věci. Ale vysvětluje jim, že má další dítě, co kojí. I když tam chodí každéj den [na novorozenecké oddělení – pozn. autora], a už maj svůj názor. Začnou tam mluvit takový ty nesmysly a že už to posílají na sociálku a tak. Slyšela jsem to hodněkrát, když jsem tam byla.“

(Romka v SVL)

„Tak taky bych šla dom, že, kdybych neměla hlídání pro tu větší, no. Já jsem to nikdy nedělala, já jsem tam byla do konce. Já jsem rodila všechno v [název města bydliště], takže pro moje to nebyl problém. Má kdo se postarat o všechno. Já jsem měla taky ještě jednu holku postiženou, která mně umřela. A taky se starali, v nemocnici já jsem nikdy nepodepsala reversy, ne.“

(Romka v SVL)

Někteří další aktéři potvrzovali, že u Romek v SVL je častý revers a že novorozeně zůstává v porodnici, než si pro něj matka přijde. Nejčastějším důvodem je péče o další děti. Jeden další aktér zastává názor, že je to kvůli nedůvěře, že zbytek rodiny zvládne dobře péči, a že v tom hraje roli i to, že se romské ženy necítí dobře v cizím prostředí. Objevilo se i téma segregace romských rodiček na samostatných pokojích, které je mezi odborníky z akademie i praxe vnímáno různě.

„Takže když ženská porodí, tak druhý den uteče dom. Pak mi volají doktoři, jestli si dítě nechala, anebo ne. Já říkám, že ne, že se vrátí. Oni řeknú, že mají doma další děti a tak dále. Ale je to ta nedůvěra, protože tam maj matku, maj tchyni, která se stará o děti, je to zajištěné. Ale je tam nedůvěra. A vůbec nepříjemné prostředí pro ně to je. Když je prvorodička, tak neutěče, ale když má druhé dítě, tak už uteče. Protože už to zažila.“

(terénní sociální pracovník NNO)

„V nemocnici, když jako se nakumuluje víc romských rodiček, tak jich dávaj zvlášť do pokoje, jo. Což jako chápu, že můžou ty romské maminky vnímat pozitivněji, protože jsou takzvaně, v uvozovkách, mezi svými a můžou to snášet lépe, jo. Ale jsou také maminky, kterým to může vadit.“

(odborník zabývající se sociálním vyloučením)

Ojediněle také Romové v SVL zmiňovali, že při pobytu v nemocnicích je pro ně specifické i vysoké množství návštěv, které se ne vždy setkává s pochopením

zdravotníků. Toto téma bylo zmiňováno jak při pobytu rodiček, tak i při pobytu v nemocnici z jiných důvodů.

„To když rodily holky moje, jako ta nevěsta a toto, to bylo šílený. To jsme se tam věčně hádali jako s těma sestrama. Rozumíte? Jim vadilo, že tam jde místo dvou lidí čtyry lidi. Říkám: ‚Ale my jsme velká rodina, u nás je to tak, že když se narodí.‘“

(Romka v SVL)

Druhou oblastí, kterou někteří participantů z řad Romů v SVL zmiňovali, byly různé operativní zákroky. Zmiňovali nejčastěji operace mandlí, prsu při rakovině, zmenšení žaludku a operace kyčlí. Dobré zkušenosti popisovali zejména s péčí ve větších nemocnicích. Stejně jako v ostatních případech si většinou nemocnici vybírali dle osobních referencí od členů rodiny. V jednom případě Romky v SVL popisovali špatně provedený zákrok a nutnost okamžité reoperace v krajské nemocnici. Ojedinele se vyskytovala kritika k místním menším nemocnicím.

Io výběru nemocnice pro operaci prsu! „Moja sestra se tam taky léčila, taky byla na operaci s prsem, tak mi řekla: ‚Běž tam, tam jsou fakt dobří.‘ A to aji poznáte, jak se k vám chovají.“

(Romka v SVL)

Rom v SVL: „Teď po operaci on je doma Isyn – pozn. autor! asi čtrnáct dní a má takové výrůstky na uchu a na puse.“

Tazatel: „A už mu to odstraňovali operačně?“

Rom v SVL: „Jo, operačně, byl na zákroku. No, a zase tam si stěžovat nemůžu, tam byli takoví na tý dětský klinice úplně super. Hned si ho pamatovali, ‚tys tady ležel‘, a hned mu kontrolovali aj jako ty výrůstky, všechno v pohodě, jako.“

(Rom v SVL)

Dcera: „Tak já mám problémy s mandlami krčníma, byla jsem aji na operaci s tým.“

Tazatel: „A zkušenost s operací byla v pohodě?“

Matka: „Nebyla. Oni z nemocnice volali, že okamžitě musím jít za ňou do nemocnice, že. Tady v Ijméno obce – pozn. autor! jsem šla za ňou a že záchranka ju musí odvézt do fakultky. Říkám: ‚Ale proč? Však už je po operaci.‘ No, oni jí ju udělali špatně a ona nemohla ani dýchat, ani polykat, nic.“

Dcera: „Oni mi to jenom nařízli, no, prej. Zřídili mě tam prostě. A ten den byla další operace.“

Matka: „Ona byla pak šest dní v komatě.“

(Romky v SVL)

[o zkušenostech s nemocnicí]

Romka v SVL: „Že jsou arogantní a tak. A na tu lékařskou péči si stěžují. Na to, že prostě není taková, jak by měla být, že, každý nadává na Ijméno obce] nemocnici. Že je nejhorší.“

Tazatel: „I gadže?“

Romka v SVL: „Ano, přesně. Všichni, bez rozdílu.“

(Romka v SVL)

Ojediněle se vyskytovaly výroky Romů v SVL o reversu i v jiných případech.

„Ale to ne jenom kvůli porodu, ale i prostě vůbec. Oni všeobecně Romové v nemocnici nevydrží. Oni prostě, jak jsou tak na tu rodinu a takhle jako fixovaní, tak oni opravdu... Je to tam pro ně o to víc traumatictější než pro ostatní lidi. Takže oni prostě utíkají z nemocnice, jak můžou.“

(Romka v SVL)

„Já jsem byla i v nemocnici, chtěli zjistit, čo mi je. Já jsem tam vydržela jenom jeden den v [název města]. Bála jsem se tady o toho kluka, aby jim chodil do školy, tak jsem šla dom na revers. To jsem právě udělala asi chybu, pak mě měla ona [rodinná příslušnice – pozn. autora] na tu pečovatelskou a dávala jako pozor na mě. Já v té době jsem nemohla vůbec chodit, takže mně bylo fakt špatně, i v obchodě jsem odpadla.“

(Romka v SVL)

Další aktéři upřesňovali, že Romové v SVL mají problematický postoj k hospitalizaci, a že ji proto pravděpodobně příliš nečerpají. Toto může opět souviset s dalšími bariérami v dostupnosti zdravotní péče (strach z diagnózy a bolesti, zkušenosti s diskriminací a z toho pramenící nedůvěra ke zdravotnickému personálu), viz příslušné kapitoly v části 3.4 Bariéry v přístup ke zdravotní péči. U žen je významnou bariérou 3.4.1.5 Pohlavní role.

„Vztah k hospitalizaci je hodně problematický, protože to je odloučení od rodiny. To si myslím, že je taky takový problém, že hospitalizace de až na posledním místě, když už ho musí odvézt. Kdyby jim řekl doktor ‚Tak půjdete možná do nemocnice, ono se to zlepší‘, není to akutní stav, tak si myslím, že budou zvažovat, jo.“

(pracovnice krajského úřadu)

„Doprovodil jsem toho člověka do té nemocnice a je to pravda, že to bylo takové jako nepříjemné. Ale je taky pravda, že oni když jim nabídli ten pokoj a tak, tak jako vymýšleli. Že nechtějí být s nima na pokojí, chtějí být sami... Pak když měli být sami, jak jsem jim zařídil, tak zase, že nechce být sám, že se bojí. Takže hodně mě zachránilo, když tam byl nějaký Rom na tom pokojí, tak to tam pak šlo. Jako ta důvěra, bylo to lepší. Ale pak měli obrovský strach z toho, co se dozví. Jo, to taky říkali, že radši nejdou, protože ví, že má rakovinu, i když neměl. A že se bojí, že mu to řeknou a že to bude rychleji pak.“

(terénní sociální pracovník NNO)

3.3.3 Zdravotnická záchranná, dopravní a pohotovostní služba

V některých rozhovorech s Romy žijícími v SVL bylo zmíněno využití lékařské pohotovostní služby a zdravotnické záchranné služby. Nicméně participanti mnohem častěji mluvili o využití primární lékařské péče. Zdravotnická záchranná služba byla zmiňována zejména v souvislosti s porody. Lékařská pohotovostní služba v souvislosti s rychlým zhoršením zdravotního stavu u chronického onemocnění. V několika případech participanti zmiňovali, že využívají pohotovost při akutním zhoršení zdravotního stavu z důvodu, že čekací doba u odborného lékaře je příliš dlouhá.

Další zapojení aktéři se zmiňovali o zneužívání zdravotnické záchranné služby zejména v případech chronických onemocnění a potřeby získat od zdravotníků recept na léky. Nicméně v rozhovorech s Romy v SVL se toto neobjevovalo.

3.3.3.1 Zdravotnická záchranná služba

V rozhovorech s Romy žijícími v SVL se využívání zdravotnické záchranné služby místo řádné primární péče neobjevovalo. Někteří participanti uváděli, že tuto službu čerpali, ale její využití bylo zmiňováno méně často než využívání služeb primární lékařské péče.

V rozhovorech bylo ojediněle zmíněno využití sanitky pro odvoz nastávajících rodiček do porodnice či pro poskytnutí lékařské péče seniorovi. V jednom případě (rurální lokalita) participanti zmiňovali delší dojezdové časy sanitky (mezi 30 minutami až jeden a půl hodinou), což participantům přišlo adekvátní situací. Někteří Romové v SVL měli špatnou zkušenost s chováním či s komunikací personálu sanitky, což si vysvětlovali jako důsledek rasismu.

„Jezdí sem sanitka. Ale jako teď ne, teď byla tady u té, co má to miminko... Jako auta jsou, ale to je lepší sanitka, že. (...) Aj když dědek něco..., tak se zavolá radši sanitka, aj večer, aj o půlnoci, aj kdybysme volali ráno.“

(Romka v SVL)

[o využití sanitky] *„Tady, tady ne [doma – pozn. autora], ale přímo u doktorky jo. Se mi udělalo blbě a ona mně hned zavolala záchranku. A ta mě těm odvezla, tam mi napíchli injekci. (...) Já právě nesmím vůbec být jako takhle sama. A když je mi takhle špatně, tak já už to vycitím. Já si tady sednu a já to vydýchám. A když to nejde, tak oni mě zvedají děcka.“*

(Romka v SVL)

Romka v SVL: „Já jsem išla, přišla pro mě sanitka a v [název obce – pozn. autora] jsem měla porod. Ale zpátky to už nás nedonesu sanitky. Už mají zákaz, a já nevím proč. Předtím to bylo, tam aj nazpět vás nosili sanitky, jo? Ale teďka ne.“

Tazatel: „A sanitka sem přijde v pohodě?“

Rom v SVL: „To zavolám a ona je tady hned. Jo, tak chvílku to trvá, třeba dokud to prolítá to svoje, že? Aj tu hodinku, hodinku a půl, jo. A z města aj za půl hodiny je tady.“

(Romové v SVL)

[o zkušenostech se záchrannou službou] „*Já jako mám dobrý zkušenosti, jo. Ale známí a bratr, tak ne. Protože my jsme zavolali jednou sanitku a stala se taková věc. Jak jsem říkala, že tady mají špatný ten kolektiv, tam mezi něma a tam téma gadže, co tam jsou. My jsme zavolali sanitku. Bratra, co byl, jak se říká, v kómě, to nevyšetřili, ale vyšetřili je, gadže. A švagrová tam začala řvát, že jak to, že je tam vyšetřujou, když ona zavolala sanitku, že její manžel tam je v kómě...*“

(Romka v SVL)

„*No, tak přijel jednou taky jakýsi doktor se sanitkou, začal tam úplně nadávat, jo. ‚To jste mohli jít ráno k doktorovi, na co voláte...‘ a takové kecy. A soused říká: ‚No, hele, vysoké horečky, špatně, jo, zvracení a to.‘ A von úplně arogantní, úplně řval. No, to vám říkám, to je hrůza, tak pak člověk vlastně ani nechce volat nebo jít k doktorovi, když se takhle chovají.*“

(Romka v SVL)

Někteří další aktéři potvrzovali výroky Romů v SVL ohledně využití záchranné služby, která je pro Romy v SVL dostupnou variantou spolu s některými dalšími strategiemi než běžná zdravotní péče u praktického lékaře (viz kapitola 3.4.4 Důsledky bariér na čerpání zdravotní péče).

„*Spíš si zavolají rychlou Inež docházet na pohotovost – pozn. autora, když už je to akutní.*“

(pracovnice služby podpory zdraví)

„*No, ale tak jako jim, když je špatně, tak oni si dokážou zavolat záhranku, s tím nemají problémy. Oni dokonce, když potřebují odvézt do nemocnice, tak si tu záhranku zavolají, jo? Takže že by měli jako strach, že by je někdo neošetřil, to si myslím, že ne.*“

(pracovnice obecního úřadu)

„*To je často trnem v oku u lékařů, jakože oni si volají záhranku, když jim něco je, a prostě nechodí na ty prevence, nechoděj k doktorům. A oni to prostě interpretují tak, že to je vychcanost, jo. Že prostě jim se nechce, jo, tam chodit a čekat v čekárnách. (...) Ale zase si myslím, protože prostě se na to dívám z nějakých těch širších hledisek, že to může být efekt toho, že to je jako mnohem jednodušší a přehlednější pro ty lidi, který se nevyznají, jo. (...) S tou pohotovostí i záhrankou taky, jakože nemusíš nikde řešit orientační systém.*“

(metodička terénní sociální služby NNO)

3.3.3.2 Dopravní zdravotní služba

V několika případech účastníci z řad Romů v SVL zmínili i využití dopravní zdravotní služby, která zajišťuje odvoz pacienta k lékaři nebo do zdravotnického zařízení a zpět za podmínky, že se tam pacient nezvládne dostat vlastními silami. V jednom případě účastnice uváděla, že pro ni nebylo jednoduché tuto službu získat.

„Jezdili jsme s ňou [matkou participantky – pozn. autor] na ty ozárky, ona už pak byla na tom špatně, tak jako jsme ju vozili, každý den jsem s ňou jezdila tam. Ještě jsem měla problém s tím, aby jí dali sanitku. Ona byla v hmotnej nouzi a měla jsem problém na to... To jsem musela vyřvávat a teda už se chovat hnusně s prominutím.“

(Romka v SVL)

3.3.3.3 Lékařská pohotovostní služba

Někteří participanti z řad Romů v SVL zmiňovali i čerpání lékařské pohotovostní služby. Z těchto sdělení převažovala zubní pohotovost, pouze ojediněle participanti mluvili o využívání lékařské pohotovosti. Využití pohotovosti bylo zaznamenáno také jako jedna z jiných strategií využívání zdravotní péče, které cílové skupině mohou připadat lépe dostupné (viz kapitola 3.4.4 Důsledky bariér na čerpání zdravotní péče).

Lékařská pohotovost pro dospělé a lékařská dětská pohotovost

Pouze ojediněle zmiňovali participanti z řad Romů v SVL, že využívají tento typ zdravotní péče. V jednom případě participantka zmiňovala své negativní zkušenosti, v jiném pozitivní. Ostatní participanti se k využívání této zdravotní péče přímo nevyjadřovali, ojediněle název pohotovost používali i pro zdravotnickou záchrannou službu.

[o špatných zkušenostech s pohotovostí] „To je aj na pohotovosti. Kolikrát my jsme třeba šli na pohotovost, že? Třeba s maminkou. A třeba jsme dali kartičku a třeba jsme přišli první, a čekali jsme aj pět šest hodin třeba tam. A třeba tomu člověku je tak na odpadnutí, že by spadl.“

(Romka v SVL)

„Když jsem si zlomila nohu, jsem pracovala před desetima rokma, a hrozila mi operace a doktor mi řekl: ‚Vy se bojíte operace.‘ Říkám: ‚Tak bojím.‘ Dali mně dlahu. A on mně říká: ‚Když mě budete poslouchat, tak vás operovat nebudou. Lehněte si, dejte si polštář pod nohy a do pravýho úhlu nohu.‘ Tak jsem to tak udělala 14 dní, ty kosti mi šly k sebe, mě neoperovali. A velice mě chválili. Dobrý jsou doktoři.“

(Romka v SVL)

Další aktéři se k pohotovosti vyjadřovali v rozhovorech podstatně více než samotní Romové. Z jejich pohledu je to služba, kterou Romové využívají relativně často, což ale výroky Romů nepotvrzují. Vzhledem ke kvalitativní povaze tohoto výzkumu se přímo četnost využití nedá určit.

U dalších aktérů panovala shoda, která potvrzuje i výroky Romů, že pohotovost tato cílová skupina využívá, až když má závažný problém. Dle informací od některých dalších aktérů se jedná o službu, která je díky osvobození od poplatku pro lidi v hmotné nouzi, pro Romy v SLV, finančně dostupná a umožňuje jim akutně vyřešit zdravotní problém. Jeden z dalších aktérů uvedl, že po odeznění akutní fáze

onemocnění již Romové dál zdravotní péči většinou nečerpají. Ojedinele se zkušenosti a názory na podmínky na pohotovosti značně lišily, zejména co se týká doby čekání.

„Na pohotovost, to oni půjdou, když mají velký problém. On jim dá nějaký lék, které ztlumí bolest, ale pak už to neřeší. Už nejdu na ty rentgeny, kam by měli jít, a už to je vlastně jako ta nedůvěra. (...) [V] [název krajského města], tam jsem už pár klientů vezl v noci a na té pohotovosti jsme strávili třeba šest hodin (...) tam jezdí z daleka.“

(terénní sociální pracovník)

lo zdravotní péči] „Vyhledávaj jí až na poslední chvíli, a protože u lékařů jsou fronty, tak tam nechodí. Tak chodí na pohotovost, kde fronta není. Takže oni je ošetří vlastně bez toho, aniž by zaplatili jakýkoliv poplatek. Protože jsou vlastně sociálně znevýhodněni, takže oni chodí zadarmo na pohotovost.“

(speciální pedagog ve škole s převahou romských žáků)

„Když jsem sloužila na pohotovosti, to jsem viděla, jo, ‚dejte mně antibiotika a bez doplatku‘. Říkám: ‚Ale vy na antibiotika nejste. Vy musíte počkat dva tři dny, zeptejte se všech kolegyň, co slouží, jo.‘ Oni přijdou včas, anebo přijdou pozdě a pak se rozčilují, jo. Ale říkám, je to osoba od osoby, jedinec od jedince.“

(praktická lékařka)

Zubní pohotovost

Většina participantů zmiňovala využívání zubní pohotovosti. Ve výrocích se objevovalo, že je to řešení kvůli častému odmítnutí registrace (více viz kapitola 3.4.3.1 Nedostatečné kapacity a 3.4.3.2 Diskriminace ve zdravotní péči). V několika případech se jednalo o standardní řešení pro celou rodinu (vzniklé např. kvůli přestěhování). Další příklady využívání pohotovosti namísto registrace jsou také uvedeny v kapitole 3.4.4 Důsledky bariér na čerpání zdravotní péče.

Tazatel: „Zubaře máte všichni společného?“

Rom v SVL: „Máme pohotovost.“

Tazatel: „A proč to je tak, že nemáte?“

Romka v SVL: „No, protože nás nikde nechcous vzít. Všude mají plno.“

(Romka a Rom v SVL)

Romka v SVL: „Jako já když jsem šla s mojí jako k zubařovi na pohotovost, tak pokaždé ho vzali. To jako nemůžu říct, že ho nevzali.“

Tazatel: „Jo, to jo, na pohotovost jo. Ale že když si chcete si najít zubaře, že chcete k němu chodit pravidelně...“

Romka v SVL: „No, to nevím, to jsem nezkoušela nikdy.“

(Romka v SVL)

3.3.4 Lékárenská péče

Participanti z řad Romů v SVL se zmiňovali o lékárnách hlavně v souvislosti s tématem finanční dostupnosti, která je pro tuto skupinu významnou bariérou v dostupnosti zdravotní péče. Toto téma je rozpracováno samostatně (viz kapitola 3.4.2.1 Finance a finanční dostupnost). Ojediněle romští participanti zmiňovali, že tuto péči využívají místo konzultace se svým lékařem (viz kapitola Jiné strategie čerpání ZP) ať už k informacím, na co léky vůbec jsou určeny, či o možné diagnóze.

3.3.5 Zdravotní pojišťovny

Nejvýraznějším tématem souvisejícím se zdravotním pojištěním v rozhovorech s Romy v SVL byly časté změny pojišťovny. Většina participantů se setkává s nabídkami na změnu v místě svého bydliště v období před dávkami, kdy je jim za změnu nabízeno 100 až 250 korun za každou osobu. Pro pětičlennou rodinu to může být před dávkami velice lákavá nabídka. Některým byla změna nabízena opakovaně (dokonce i jednou měsíčně) a měli zkušenosti s tím, že změna pojišťovny jim přinesla komplikace při komunikaci se zdravotníky či při čerpání lékařské péče. Na základě těchto vlastních nebo zprostředkovaných špatných zkušeností se následně někteří Romové v SVL změně pojišťovny vyhýbají.

[o změně zdravotní pojišťovny]

Romka v SVL: „Občas si ju změním, asi jednou za rok. No, když si změním vlastně sobě, tak musím aji děckám, že jo, ať nejsme každéj jinde.“

Tazatel: „To je docela často, jednou za rok?“

Romka v SVL: „No, jo, tak oni třeba chodijou aji semka jako třeba každéj měsíc. (...) Ale pak je problém, když to člověk furt mění a pak když de k lékaři, tak jako pak člověk ani neví, jakou má pojišťovnu, když ju bude furt měnit.“

(Romka v SVL)

„Říkám právě, že příští rok půjdu zpátky na průmyslovou, si přehodím s tou všeobecnou. (...) Jo, byla jsem na té všeobecné, propláceli mi bazény. Kdysi propláceli, už je neproplácejí. Jsou takové výhody, ta průmyslová je lepší. Tam dostávám vitamíny Martánky a proplácejí aj rovnátka, tam jsou výhody, na té průmyslové.“

(Romka v SVL)

Romka v SVL: „Ale oni takhle nalákají ty lidi. A oni: ‚Jakou máte pojišťovnu?‘ Tak řekneme tu svoji. ‚Ježíšmarija, to není dobrá pojišťovna, tady tahle je lepší, tady máte ty výhody pro děcka a to.‘ A taky říkám, ne, já právě mám strach, že mně doktoři pak nadávají, že to furt měníjou ty kartičky. ‚Ale tady tahle je lepší než tady ta, co máš tedka ty.‘ Oni normálně tykaj.“

Rom v SVL: „Minule jsem si taky udělal, jo, že to jdete potom k doktorovi a doktor mě vyrazil, že nemaj smlouvu s ním.“

(...)

Romka v SVL: „A víte, kolik tady chodijou za měsíc lidí, co se tady vystřídají? A ony přesně vijou, třeba tady ty ti Romové, co to mají takhle. A oni, když je konec měsíce, oni vijou, že jsme na sociálních dávkách, že nejsme furt při penězích, že. Taktak že vyžijem. A oni si řeknou: ‚Á, tedka přijdeme tam a divej se, že tady si vyděláme.‘ Pak ještě teda, né, já nechci. Alebo: ‚Hele, jestli to uděláš, tak dostaneš dvě kila za jednýho.“

Rom v SVL: „Anebo ti to zvýší. Když to potvrdíš, tak ti dám 250.“

Romka v SVL: „Jo, oni vás takhle nalákají. Teď si vezte, že jste pět. Teď si to spočtete. Tak to podepíšete.“

(Romka a Rom v SVL)

„Já si už nechám svou kartičku a čau. Když tam pak člověk onemocní a potom litá, jo? Říkám ne. Radši si nechám tak svoji kartu a svoji doktorku.“

(Rom v SVL)

Ojedinele se objevily zmínky o čerpání benefitů, proplácení zdravotních pomůcek nebo dluhu na pojištění.

[o nákupu kompenzačních pomůcek] „A ona mně řekla, paní doktorka, že vůbec tu hrazdičku pojišťovna nehradí. No, tak právě ta sociální. A právě já jsem jí to řekla, ona jí ještě jednou volala, komunikovala s ňou. No, a ona právě mně řekla, že ta pojišťovna nehradí, že si to máme zaplatit sami.“

(Romka v SVL)

„A teď s pojišťovnou jsou problémy. Teď byl tady u mě [soused – pozn. autora], že naskočila mu nějaká exekuce a pojišťovna vyžaduje po něm něco. Přitom tam vůbec nemá dluh mít, jo. A neví, jak to má řešit...“

(Romka v SVL)

Další zapojení aktéři potvrzovali výroky Romů v SVL, že se i v době realizace výzkumu setkávali s motivačními pobídkami ke změně pojišťoven, a upřesňovali s tím spojené problémy (nutnost hledat si nového praktického lékaře, vznik dluhů při nenahlášení správné kategorie plátce nové pojišťovně apod.).

Sociální pracovnice: „Poslední roky tady docela řešíme problém s těmi nelegálními jakoby náboráři pojišťoven, kteří třeba obcházejí naše klienty, třeba i na těch ubytovnách a tak různě, a za úplatu nebo za nějaké slíbení... Ale nejčastěji se setkávám, třeba i že dostanou i stovku za to, že se přepíšou k jiné pojišťovně. Což prostě ti klienti si v tu chvíli vůbec neuvědomí, jaké to bude mít pro ně následky. No, takže s tím se setkáváme docela často.“

Tazatel: „A potom ty následky jsou jaký?“

Sociální pracovnice: „Že se musí třeba přeregistrovat k jinému lékaři, protože ten současný jejich nespolupracuje s tou novou pojišťovnou. Anebo jim přijde nějaký nedoplatek nebo upomínka z té nové pojišťovny, že tam nenahlásili vše nebo že tam neproběhl dobře ten

převod, co se týče kategorie plátce toho pojištění. Takže tam musí znovu na tu novou pojišťovnu dodávat, že jsou na úřadě práce a podobně.“

(terénní sociální pracovnice NNO)

Ve spojení s problematickou dostupností některých typů lékařů v primární péči a také s častou diskriminací v přístupu ke zdravotní péči se změna zdravotní pojišťovny pojí i s dalšími pro Romy nečekanými důsledky. Další aktéři také zmiňovali důležitou roli pojišťoven při odmítnutí registrace, kdy by svým pojištěncům měla tato instituce lékaře zajistit. V praxi se to ale setkává s řadou problémů, jak popisovali někteří další aktéři, od neochoty pracovníků pojišťovny tuto povinnost zajistit přes možné problematické vztahy mezi takto přiděleným pojištěncem a lékařem až k pro Romy v SVL zásadním překážkám, jako je nízká informovanost o těchto možnostech řešení a nutnost mít dostatečný „komunikační kapitál“ tuto situaci zdárně vyřešit se všemi institucemi.

Tazatel: „Jak funguje ta praxe, kdy vám to lékař musí potvrdit, že nemá kapacitu, abyste se potom mohli obrátit na pojišťovnu a ta vás někam poslala dál?“

Sociální pracovnice 1: „Měl by to potvrdit. No, ale stačí když tak, ani to potvrzení není potřeba, stačí zavolat na pojišťovnu. A voni rovnou někoho přiřadí. Ale pak ty vztahy jako nejsou nejlepší, když ten doktor prostě dostane rozkazem: ‚Vemte tady toho.‘“

Sociální pracovnice 2: „A mně pojišťovna třeba nechtěla jako ani vypsát nějaký seznam lékařů, který plnou kapacitu nemají. Tam mi paní řekla webovou stránku Známy lékař, a že si to mám vyhledat sama.“

(terénní sociální pracovníci NNO)

„Teoreticky vlastně ty postupy v zákoně na to jsou, že vlastně tu snahu by měla vyvinout pojišťovna. Když se na ni obrátím, tak toho lékaře mi najít, že. Ale jakoby jednak to chce mít určitej komunikační kapitál na to, abych to zvládl, celej tadyten proces, a jednak to taky musím vědět, že.“

(odborník na sociální vyloučení a manažer NNO)

Participantka, která zastupovala zdravotní pojišťovnu, se vyjadřovala k problematice přeregistrace Romů ze SVL z pohledu svého zaměstnavatele. A zmiňovala, že to ani pro zdravotní pojišťovnu v konečném důsledku není výhodné, aby se k ní tito klienti registrovali, neboť je to spojeno s administrativní zátěží. A přitom tito klienti dle sdělení této participantky často ani zdravotní péči hrazenou pojišťovnou nečerpají.

„S odstupem času jsme zjistili, že tady ti, co vlastně jako kdyby k nám přešli na základě tady té prezentace – byť s tím, že jsme jim dali nějaké ty dárky nebo i tu finanční odměnu –, tak za rok zase přešli k jiné pojišťovně a zase zinkasovali peníze, že jo, a ty dárky. (...) Ono zas u těch Romů je to tak, že oni vlastně nechodí k lékaři, jo, což je jedna věc. Druhá věc je, že vám nenahlásí platební povinnost, kdo za něho platí, takže ono to, když to sečtete, tak je to ‚nula od nuly pojde‘, jo. Protože pokud nám pojištěnec nenahlásí, kdo za něho platí pojistné, byť je to stát nebo je zaměstnán nebo je na úřadu práce nebo já nevím co, tak

my za něho nedostanem peníze. Když nám to nahlásí, tak samozřejmě musí buď být zaměstnán, nebo musí podnikat, nebo musí si platit sám. Takže vlastně do té kasy zdravotní pojištění ty peníze jdou od těch zaměstnavatelů nebo od plátců. No, a když on nám to nenahlásí, tak spadne jako kdyby do takové kategorie, která se jmenuje ‚ikska‘, a to znamená, že není znám plátcem pojistného. Tím pádem tam naskakuje dluh. No, a potom, nezjistíme to hned, že, protože to se nedá jako zjistit při takovém množství, takže třeba za rok nebo za dva nám zase vyjede ta kategorie těch dlužníků. Tak je zase obesíláme, samozřejmě už jim tam naskakuje penále, že. No, a někdy je to těžký jako z nich ty peníze dostat, protože oni vlastně nic nemají. To je takovej kolotoč, jo.“

(pracovnice zdravotní pojišťovny)

Při výskytu nějaké zdravotní potřeby (onemocnění), dochází buď to k čerpání zdravotní péče, kdy se Romové v SVL automaticky obracejí na své praktické lékaře, nebo volí při existenci některé z bariér jinou strategii dle svých možností a preferencí. Zdá se, že Romové dávají přednost léčbě léky a klasické medicíně před alternativními přístupy, stejně jako majorita. Při čerpání zdravotní péče je pro ně důležité, jak s nimi lékař jedná, jak se staví k jejich potřebám a že důvěřuje jejich sdělením. Často se ale setkávají s jednáním, které považují za diskriminační.

Primární zdravotní péči čerpají nejčastěji děti. U lékařů pro děti a dorost jsme zaznamenali nejvíce pozitivních zkušeností s čerpáním péče. Problémy s místní dostupností nebo s registrací se zde vyskytují pouze ojediněle, většinou v rurálních lokalitách. Také vztahy mezi lékaři a pacienty jsou ve většině případů dobré, zejména tehdy, kdy s lékařem v rodině spolupracují dlouhodobě již několik generací. Specifickým tématem jsou omluvenky, kdy dle sdělení některých dalších zapojených aktérů dochází ve výjimečných situacích k nátlaku rodičů na lékaře.

V případě ne/čerpání stomatologické péče Romy v SVL se jedná o kumulaci bariér jak na straně systému (nedostatečná kapacita, horší finanční dostupnost), dále bariér na straně zdravotníků (diskriminace v přístupu ke zdravotní péči), tak i na straně Romů v SVL (nízká zdravotní gramotnost, strach z bolesti, nedůvěra k přístupu lékařů). To vše vede k nevyužívání preventivní péče a odkladu čerpání zdravotní péče, což se pak projevuje špatným stavem chrupu u dětí i dospělých.

Co se týká gynekologické péče, odmítnutí registrace u tohoto typu lékaře participanti nezmiňovali. Nicméně ženy ze SVL docházejí ke svému gynekologovi pravidelněji pouze v těhotenství a preventivní prohlídky u gynekologa čerpají spíše výjimečně, třeba že se zdá, že jsou o této možnosti informovány. Bariérami k čerpání gynekologické péče mohou být vytížení péčí o rodinu, nebo mužské pohlaví lékaře. S gynekologickou péčí souvisí i téma antikoncepce, kterou využívají spíše mladší ženy, které již mají děti. Nejčastěji byly zmiňovány injekce anebo nitroděložní tělíska, ojediněle kondomy či sterilizace (ženy s více dětmi). Antikoncepce je téma, o kterém se ve většině rodin otevřeně nemluví.

U čerpání specializované ambulantní péče Romové v SVL někdy zmiňovali problémy s horší dostupností (rurální oblasti, dětští psychiatři), čekacími lhůtami, nebo s registrací. K odmítání registrace nebo pocíťované diskriminaci u těchto typů

lékařů ale dochází podstatně méně. Čerpání péče o duševní zdraví, která se využívá hlavně u dětí a to zejména na popud odborníků, je zdá se minimální.

U lůžkové péče byly často zmiňované zkušenosti s hospitalizací kvůli různým operačním zákrokům a s gynekologicko-porodní péčí. Romové v SVL mají problematický postoj k hospitalizaci plynoucí zejména ze strachu z diagnózy a bolesti, zkušenosti s diskriminací a nedůvěry ke zdravotnickému personálu, a pravděpodobně proto lůžkovou péčí příliš nečerpají. U gynekologicko-porodnické péče mírně převažují neutrální a dobré zkušenosti. Nespokojenost, týkající se zejména porodnic v menších městech, plyne většinou ze špatných zkušeností Romek ze SVL s chováním a komunikací zdravotníků. K předčasným odchodům z porodnice na tzv. revers dochází poměrně často, a to většinou kvůli dalším dětem v rodině a nutnosti zajistit pro ně péči. Při pobytu v nemocnicích jsou specifické i početné návštěvy, které se ne vždy setkávají s pochopením zdravotníků.

Zdravotnická záchranná služba byla zmiňována zejména v souvislosti s porody. Lékařská pohotovostní služba v souvislosti s akutními stavy (zejména zubní pohotovost) a rychlým zhoršením zdravotního stavu u chronického onemocnění. K čerpání této péče dochází často i z důvodu horšího přístupu k primární péči.

Ve zdravotním pojištění dochází někdy ke změnám instituce, které způsobují následné problémy v čerpání zdravotní péče. Hlavním důvodem je finanční odměna za změnu pojišťovny. K nabídkám dochází v místě svého bydliště, často právě v období před dávkami, kdy taková nabídka může být lákavým řešením špatné finanční situace. Někteří Romové, kteří mají zkušenosti se souvisejícími komplikacemi, již tyto nabídky odmítají.

3.4 Bariéry v přístup ke zdravotní péči

V současnosti Česko nedisponuje daty, která by přibližovala, v jaké míře Romky a Romové využívají zdravotních služeb (ve srovnání s ostatní populací). Vzorce využívání zdravotní péče mezi Romy se mohou lišit od majoritní populace, například vyšší úroveň využívání akutních nemocničních služeb, pravděpodobně v důsledku nižší úrovně angažovanosti nebo přístupu k preventivní péči (European Commission, 2014). Formát kvalitativního výzkumu nám dá nahlédnout vybrané problémy, s nimiž se mohou Romky a Romové v přístupu ke zdravotní péči setkávat.

Koncept přístupu k zdravotní péči podle Levesqueho (Levesque, Harris, Russel, 2013) popisuje faktory poptávky a nabídky, které umožňují přístup ke zdravotní péči a její využívání. Přístup k zdravotní péči je vnímán jako možnost identifikovat potřeby v této oblasti, vyhledávat služby zdravotní péče, obstarat si nebo využívat zdravotní péči a také jako možnost dostávat nabídku zdravotních služeb odpovídající potřebám. V tomto procesu se mohou vyskytnout různé překážky, proto jsme problematice bariér v dostupnosti zdravotní péče věnovali rozsáhlou pozornost.

3.4.1 Bariéry na straně příjemců

3.4.1.1 Zdravotní a funkční gramotnost

Romové v SVL téma zdravotní a funkční gramotnosti přímo nerefletovali. Z jejich výpovědí ale vyplývá, že lékařům často nerozumí a že se v zdravotním systému někdy hůře orientují. Někteří z ostatních aktérů považovali zdravotní a funkční gramotnost za možnou bariéru přístupu Romů v SVL ke zdravotní péči. Popisovány byly potíže s orientací v systému zdravotní péče. V tomto kontextu byla například návštěva pohotovosti vnímána jako snaha o jednodušší a srozumitelnější přístup k zdravotní péči.

„Může to být prostě efekt toho, že to je mnohem jednodušší. Je to takový přehlednější pro lidi, který se nevyznají. Prostě sedíš tam jak pecka, dokud tě někdo nevezme, píchne nějakou injekci, a prostě deš. S tou záchrankou nemusíš nikde řešit orientační systém.“

(sociální pracovnice)

„Co se týče toho vztahu k lékařské péči jako takové, tak tam jsem vlastně měl ze všeho nejvíc dojem takové jakoby vlastní dezorientace.“

(sociální pracovník)

„Je i formulář na stížnost na nedostupnost zdravotní péče, který můžete vyplnit. Ale to už je zase o té zdravotní gramotnosti, počítačové gramotnosti a tak dále. Zase je tam ta bariéra pro někoho, kdo tohle to neví, kdo prostě třeba není schopen porozumět těm formulářům, není schopen si to tam dohledat.“

(odborník na sociální vyloučení a manažer neziskové organizace)

„Ale reálným problémem je prostě ta orientace. Že to je prostě opravdu moc složitý.“

(terénní sociální pracovnice NNO)

„Já mám teda i klienty, kteří neumí číst, takže dojít do nemocnice a najít to správné oddělení, ty dveře, je pro ně vlastně nemožný. Lékařskou zprávu si nemůžou přečíst, jako jak mají třeba dávkování léků... Oni si to nepřečtou.“

(terénní sociální pracovnice NNO)

V rozhovorech s ostatními aktéry se objevil také názor, že Romové v SVL nesprávně vnímají reálné podmínky u lékaře (čekací lhůty, čekání na ošetření anebo způsob, jakým lékař komunikuje) jako diskriminaci, a také to, že možná příčina některých komunikačních nedorozumění je způsobena jazykovou bariérou.

„Jednak diskriminace, ale potom taky reálný podmínky, který platí pro všechny lidi. Je to jakýkoliv diskomfort ve veřejné komunikaci, u kterého třeba ti lidé neví, že to je diskomfort, který platí pro všechny.“

(manažer v sociální oblasti)

„No, pro ně je nepohodlí jako v tom, že musí někam jít a musí tam čekat. Všichni víme, že u doktorků se někdy čeká dlouho. Někdy to jde rychle, ale někdy se fakt musí čekat, a to oni prostě už nedávají, to čekání. Oni to prostě neumí, někde čekat a vydržet.“

(sociální pedagog)

„Navíc ještě jsou situace, kdy prostě se setkávám s tím, že ne všichni Romové zcela dobře rozumí česky.“

(sociální pracovník)

„Prostě musíme to brát tak, že ta čeština pro ně je vlastně jakoby jazyk číslo dva, a když se v těch rodinách třeba nemluví výhradně romsky.“

(pedagožka)

3.4.1.2 Názory a přesvědčení

Některé názory a přesvědčení zmiňované v rozhovorech s Romy v SVL vedly k odkládání zdravotní péče. Odklad a vyhýbání se zdravotní péči je významným faktorem přispívajícím u této cílové skupiny k selhávání preventivní a lékařské péče či včasné diagnostiky, čehož důsledkem je zanedbání zdravotního stavu a prohlubování zdravotních problémů. Podle Zprávy o stavu romské menšiny v ČR z roku 2016 je zdravotní stav Romů charakterizován výskytem chronických chorob v nižším věku, častějším výskytem onemocnění kardiovaskulárního systému, diabetes a onemocnění dýchacího a trávicího traktu. Také je charakterizován vyšší předčasnou úmrtností, v průměru o 10–15 let proti většinové populaci.

V souvislosti s úmrtím v rodinách měli někteří Romové v SVL názor, že člen rodiny zemřel mladý a zdravý. Tento názor byl zároveň doprovázen odkazem na zdravotní stav, který naznačoval opak. Při vzpomínání na zemřelé někteří Romové v SVL nesdíleli podrobnosti o zdravotním stavu anebo onemocnění, ale odkazovali se například na čas, který člověku na zemi vyměřil Bůh. Úmrtí jejich blízkých byla z tohoto hlediska opakovaně vnímána jako nepochopitelná.

„Mně můj tatínek třeba umřel, když měl 51 roků, a nic mu nebylo. Tak on měl vysoké tlak, prostě to s ním šlehlo.“

(Romka v SVL)

„Třeba jak od moji mamky sestra. Mladá, mladá žena. A to taky nevíme, na co to umřela. Ale nestěžovala si. A měla 38 roků, jak umřela. Taky nevěděla, ona ze dne na den, prostě ji zabořela hlava, odnesli ji do nemocnice, osmnáctýho, devatenáctýho měla narozeniny a jednadvacátýho umřela. Ale nikdy v životě byste neřekl na tu ženu, že fakt už je nemocná.“

(Romka v SVL)

„Nevím, to může říct jenom Bůh. Stvořitel. Tak jasné, že každý musí dodržovat pitnej režim a tak dále a prostě dbát o sebe, ale Bůh každému vyměřil čas, jak má žít. Nebo jak dlouho má žít.“

(Romka v SVL)

Jak již bylo uvedeno v kapitole 3.2.3.1 Zdraví z pohledu Romů žijících v sociálním vyloučení, většina participantů řeší své zdraví až tehdy, pokud pocítuje delší dobu přítomnosti nemoci. Tento přístup pramení ze specifických názorů a přesvědčení, které představují důležitou bariéru a vedou nejčastěji k odkladu čerpání zdravotní péče (viz kapitola 3.4.4 Důsledky bariér na čerpání zdravotní péče). Někteří participanté přímo uváděli, že Romové podceňují nemoc a/nebo se jim záměrně „nepoddávají“. Někteří participanté se setkali ve svém blízkém okolí s tím, že pokud se oddálila návštěva lékaře, tak měla nemoc rychlý a fatální průběh. Ojediněle se objevilo hodnocení takového chování, které variovalo mezi dvěma póly: neřešení zdravotních potíží je špatné nebo naopak je to důkaz toho, že daný člověk toho hodně vydrží (nechlubí se, nesimuluje).

„A to je prostě jako chyba Romů, no, že třeba člověk umře ze dne na den a teprve se dozvíme, na co ten člověk umřel. Neradi se chválí, no.“

(Romka v SVL)

[o nemoci a dodržování diety] *„Já si myslím, že se spíš tomu nechcou tak moc poddávat. Té nemoci jako, no. Jakože ani když toto nemůžou, tak si to dajou ljidlo, které by neměli – pozn. autora]. Ale to je zase dobře jako, že se tomu nepoddávají. Nebo jako kdybychom se tomu všemu poddávali, tak asi člověk by se zbláznil.“*

(Romka v SVL)

Někteří participanté uváděli v rozhovorech přesvědčení, že ani není dobré znát diagnózu anebo podstupovat náročnou léčbu, neboť to významně ovlivní psychiku člověka a může to urychlit průběh vážné nemoci. Ojediněle se objevovaly také pochybnosti o smyslu léčby nemocí a přínosu zdravého životního stylu, přičemž někteří tito participanté vyjadřovali názor o předurčenosti nemoci anebo zdraví.

[o odkladu návštěvy lékaře] *„Jako takhle, u nás v rodině je to lepší nevědět než to vědět. Protože co jsme zažili jako v rodině třeba u strejdu, že to nevěděl, tak na to nemyslel a žil s tím třeba šest let, no. A pak jsem měla bratranca, kterej se to dozvěděl a tak se psychicky znervoval, že za měsíc nebyl. To tak u nás je. Jako nic nevědět a žít normálně svůj styl než to vědět a potom si to zabírat a trápit se. (...) My pevně věříme tomu, že kdyby ten člověk na ty terapie nechodil a nic nevěděl, tak že by žil jako že nic.“*

(Romka v SVL)

[o léčbě rakoviny] *„Moje máma vychovávala mýho syna a kvůli němu chtěla bojovat. Ona všechno to dělala pro něho, pro lásku k němu. Tak ona pak šla a vydržela půl roku, a bylo to k ničemu. A ještě kolik si*

vytrpěla. Nakonec umřela hladová. (...) No, tak nevím fakt. Já sama nevím, o čem toto je. Já někdy si říkám, čím víc pro sebe děláme, tím horší to je.“

(Romka v SVL)

„To jsem vlastně zažila v rodině, ty nádory. Chodili na ozařování, úplně přišli o vlasy, začali hubnout... My věříme tomu, že kdyby ten člověk na ty terapie nechodil a nic nevěděl, takže by žil dál tak, jako že nic.“

(Romka v SVL)

„A člověk dneska v té době se omezovat, to je takový... No, já to beru tak, že prostě každý má svůj osud. Já to beru třeba podle tatu, můj tata měl 39 roků a umřel. Začala mu mozková mrtvička. A taky nepil, nekouřil, jenom do práce a dom chodil, a nic víc, no. Prostě každý má svůj osud.“

(Rom v SVL)

„My Romové to prostě máme tak, že my máme víc ty tradice, rozumíte? A doktora nepotřebuju. Až budu umírat, tak pak tam zajdu.“

(Romka v SVL)

3.4.1.3 Strach z diagnózy a bolesti

Strach z diagnózy a bolesti byl častou příčinou odkladu zdravotní péče. Kromě osobních zkušeností reflektovala většina Romů v SVL také strach z lékařského ošetření či nepříjemných nebo invazivních zákroků a zkušenosti svých známých, rodiny a sousedů z komunity.

„Někteří mají strach, že jich pošlou na vyšetření a že jim tam něco můžou najít. Já jsem se už s tím tolikrát setkala, s takovýma případama. Tak se radši léčijou sami doma.“

(Romka v SVL)

„Jako v dnešní době mají strach ty Romové o té rakovině, že se dovijou něco zlého o sobě. Většinou ti starší lidi, no. Tak radši prostě to nechají tak. ‚Ne, to bude dobré‘ a potom si uvědomijou, jak už je hodně pozdě.“

(Romka v SVL)

„Zanedbávají se, léčijou se sami doma. Samý paralen, blbosti do sebe hážou, nechodijou k doktorovi. Mají strach chodit k doktorovi. Aby jim něco nezjistil. Mají strach proto, že se prostě dozvíjou něco zlé o sobě, tak to radši prostě nechají tak. Říkají: ‚To bude dobré, to bude dobrý...‘ A potom je už pozdě.“

(Rom v SVL)

„On byl u doktora, měl jít na operaci minulý týden, bypass. Ale nešel, protože se bál. Stejnak mu to nepomohlo, umřel, rozumíte? Měl to risknout. Kdyby šel, tak by možná přežil.“

(Romka v SVL)

*„Táta chodil na veškeré vyšetření. Doktor k němu chodil dom, všechno...
No, ale on těch nemocí měl hodně potom.“*

(Romka v SVL)

Mezi konkrétní lékařská ošetření, kterým se Romové v SVL vědomě vyhýbali anebo je odkládali do poslední možné chvíle, patřily v rozhovorech opakovaně zmiňované návštěvy zubaře. Tento přístup prezentovala většina Romů v SVL. Důvodem byl zejména strach z bolesti. Spojení strachu z bolesti a nedůvěry k lékařům někdy vedlo k tomu, že situace vážící se k bolest zubů řešili Romové v domácím prostředí anebo využívali pohotovost jako dostupné řešení (viz kapitola 3.4.4 Důsledky bariér na čerpání zdravotní péče).

„Taky zubaře moc nemusim, to je pravda. To já mám z toho úplnou hrůzu.“

(Romka v SVL)

lo strachu z vyšetření

Romka v SVL: „Třeba k zubařovi mají Romové strach chodit. To já též. I mladí, co znám, se bojejí, no.“

Tazatel: „A proč?“

Romka v SVL: „Že to bolí. (...) Takže to je asi tak, že ty lidi, že jsou fakt úplně vystrašený, že to bude bolet, neví, co je čeká. Tak asi proto, no. A pak nechcou jít.“

(Romka v SVL)

„Holku taky bolí zuby, ale taky nejde k zubaři, protože se bojí. Říkala jsem jí: ‚Pojď, já půjdu s tebou, to nic není.‘ Já už třeba skoro zuby nemám, já už mám zuby úplně vybrakovaný. Ale ona by si měla spravit, protože je mladá. Říká: ‚Ne, já se bojím, já tam nebudu na to, to bolí.‘“

(Romka v SVL)

„Já k zubnímu nechcu chodit. On trhá moc syrově, nehledí na nic. Když tak, prostě si to vyrvu sám, že?“

(Rom v SVL)

Téma strachu z bolesti při návštěvě zubaře se objevovalo také v rozhovorech s ostatními aktéry. V těchto rozhovorech byl strach připisován hlavně nedostatečné zdravotní gramotnosti, odsouvání zdravotní péče a neporozumění důležitosti preventivních vyšetření.

„Prevence je tam stále nějakým způsobem zanedbávána, oni tomu nepřikládají moc velký význam. Většinou k doktorům jdou, až je něco bolí. Nejhorší je to asi teda u zubařů, toho se opravdu bojí a nechodí tam. Potom se to řeší různým způsobem přes stomatologické kliniky a tak všelijak.“

(terénní sociální pracovníce NNO)

„Teď často hledáme zubaře, ale je taky otázka, že oni nevnímají, že to je důležité už od dětství. Aby ty lidi potom v dospělosti neměli ten strach před zubařem.“

(terénní sociální pracovnice NNO)

3.4.1.4 Nedůvěra k přístupu zdravotníků

Téma důvěry bylo zmiňováno ve většině rozhovorů s oběma skupinami respondentů. Romové v SVL často popisovali svůj postoj primárně jako nedůvěru, za kterou většinou stojí špatné zkušenosti s diskriminací, ojediněle i zanedbáním péče (více viz kapitola 3.4.1.4 Nedůvěra k přístupu zdravotníků). Hovořili o tom, jak si lékař musel jejich důvěru získat. Názory, že Romové lékaři primárně důvěřovali, se vyskytly ojediněle.

„Musíme tam automaticky čekat, že jsme cikáni, že už víjou, že nechodíme do práce a takový, že nám nic není vlastně. Že my, když jdeme k té doktorce, takže vlastně si jdeme jenom něco navymýšlet. Prostě oni to takhle pořád naznačujou.“

(Rom v SVL)

„Byla jsem u doktora, poprvé mě vzali, byla jsem tam týden. Řekla jsem jim, že se ještě necítím dobře, že mě to tam pořád bolí a že to nezvládnu, jít dom. Jenomže oni mi nevěřili. Poslali mě domů a za dva dny zpátky jsem přišla, protože jsem začala tady krvácet.“

(Romka v SVL)

„Manželův synovec, tedkon měl 30 roků, tak jeho manželka mu zavolala záchranku. Oni bydleju hned v [název menší obce – pozn. autora]. Oni ho dovezli tady do [název obce], a oni mu vůbec neposkytli tu pomoc, ako doktori. Oni mu otekly nohy a na chodbě tam zkolaboval a zemřel. Tak tedka už víme, že to je už to takový, že jak oni vidějou Roma... A já mám strach sama chodit k tý paní doktorce.“

(Romka v SVL)

3.4.1.5 Pohlavní role

Cílem analýzy v oblasti pohlavních rolí a zdraví bylo zmapovat bariéry v přístupu ke zdraví, které souvisí s vnímáním role ženy a muže v romských SVL. Pojem pohlavních rolí (genderu) chápeme jako sociální konstrukt poskytující přehled o normativním chování pro daná pohlaví v určitých sociálních kontextech. Z analýzy rozhovorů vyplývá, že vnímání těchto rolí může mít vliv na možnosti čerpání zdravotní péče a na specifika zdravotních potřeb romských mužů a žen.

Role romské ženy je v SVL často spojena se zaopatřením a péčí o domácnost (vaření, nákupy), děti (škola, vycházky) a zajišťováním potřebného kontaktu s úřady. Za projevy nedostatečného čerpání zdravotní péče u romských žen považujeme předčasný odchod z nemocnice po porodu, revers, vyhýbání se vyšetřením a preventivním prohlídkám. Romské ženy v rozhovorech často uváděly, že důvodem nedostatečného čerpání zdravotní péče je aktuální prioritizace péče o děti a domácnost. Výhodou je,

pokud v rodině figuruje blízký člen, který může dočasně přebrat péči. Nejčastěji se jedná o babičku nebo nejstarší dceru.

„To není, jakože bysme chtěli jako utíkat, jako že nás to tam nebaví. Ale prostě když musíme jít dom, tak musíme. Protože kdo by se postaral o ty děti, že?“

(Romka v SVL)

„Furt řešíme nějaký problémy s těma dětma, jo? Takže na doktory není čas. Jako jednou, třeba kdyby to bylo vážný, tak to musíte jít, že? Ale já tam vůbec nechodím. Na co mi to bude?“

(Romka v SVL)

„Já jsem byla i v nemocnici, chtěli zjistit, co mi je. Já jsem tam vydržela jenom jeden den, protože já jsem utekla skrz děcka, já jsem se bála o děcka, víte. Aby chodily do školy a takhle. To jsem právě udělala asi chybu [revers – pozn. autora].“

(Romka v SVL)

U romských mužů tento problém může souviset s vnímáním a naplňováním vlastní role silného, fungujícího a hrdého muže. Romští muži (v produktivním věku) v SVL prioritizovali aktuální možnosti finančního zabezpečení na úkor vlastních zdravotních potřeb. Tato preference se nejčastěji objevovala v případech, kdy měl muž nejistou, často sezonní práci nebo pravděpodobně pracoval na černo nebo neměl nárok na nemocenskou. Z rozhovorů také vyplývá, že vyhýbání se zážitkům ponížení, bezmoci, bolesti a situacím mimo vlastní kontrolu může být ve vztahu k čerpání zdravotní péče u romského muže určující. Důsledkem je vyhýbání se invazivním metodám, bolestivým zákrokům či oddalování návštěv u lékaře. V rozhovorech ženy často akcentovaly svou snahu o překonávání partnerových vyhýbavých strategií a péči o něho. Tady se osvědčuje doprovod partnera do zdravotnického zařízení jako forma sociální opory snižující napětí a stres a například dohled nad správným užíváním medikace a dodržováním diety.

„Tak můj chlap, když bude takový nemocný, tak radši půjde do práce, než aby zůstal doma nebo šel k doktorovi. Oni jsou zase třeba takoví, že oni když makaj, choděj do práce, tak jim je přednější ta práce, aby se koukali furt na zdraví a chodili furt k doktorovi.“

(Romka v SVL)

[akutní zánět jater – pozn. autora] *„Neměl jsem strach, šel jsem ráno ještě do práce, tady ve [název obce] jsem na zastávce nastoupil do autobusu a tam mi začalo být úplně špatně na omdlení. Šel jsem do práce, no, a šéf mě poslal domů, protože už viděl na mně, že je mi úplně blbě. Já prostě nesimuluju, když mi je špatně, já nepůjdu k doktorovi, já půjdu radši do práce.“*

(Rom v SVL)

3.4.2 Bariéry na straně příjemců i poskytovatelů

V této části jsou popsány bariéry, které ve vzájemném propojení ze strany příjemců i poskytovatelů zdravotní péče zhoršují její dostupnost. Finanční a geografická dostupnost jsou systémovými bariérami v přístupu k zdravotní péči. Jejich protipólem na straně příjemců zdravotní péče jsou schopnost finanční spoluúčasti na některých zdravotních službách (např. doplatky za léky) anebo službách souvisejících s dostupností zdravotní péče (např. doprava k lékaři) a také mobilita. Pro lidi s nízkými příjmy jsou přímé platby, doplatky anebo cestovní náklady bariérou. Vzájemná komunikace a chování se také odráží na kvalitě a výsledcích poskytované zdravotní péče.

3.4.2.1 Finance a finanční dostupnost

Finanční dostupnost jako bariéru v přístupu k zdravotní péči reflektovaly obě skupiny respondentů ve většině rozhovorů, a to hlavně v souvislosti s doplatky na léky. Někteří Romové reflektovali nedostatek finančních prostředků na dodržování dietního režimu jako podpory léčby. Pouze ojediněle se Romové v SVL zmiňovali, že vědí o tom, že jsou k dispozici léky bez doplatků. V jednom případě pomohla sociální pracovníce participantce získat příspěvek od nadace na drahé léky pro dceru. Problém finanční dostupnosti se objevil ojediněle také v souvislosti s dietou doporučenou lékařem.

[o zkušenostech známých] „*Kolikrát se stane, že lidi, co třeba berou část dávky a část stravenek, tak oni z těch peněz zaplatí to, co mají, a zůstanou jim jenom stravenky. A ty stravenky, ty nechcou brát už ani v lékárnách, jo? (...) A fakt tady jsou, třeba jak sem říkala, ten pan Ijméno Roma v SVL – pozn. autora], on bere jako silné prášky, jo. On bere neuroly prostě na nervy, jo. Potom nějaký dorety, pak ještě jakýsi prášky bere na nervy, na hlavu, na srdce. Jo, a ty prášky jsou poměrně drahé. On třeba platí i šest sedm stovek.“*

(Romka v SVL)

„*Většinou je to tak, že ti, co jsou tedka vlastně na těch dávkách, tak oni berou ty stravenky, jo. A oni tedka ty stravenky nechcou brát už ani v lékárnách, jo. A oni, třeba kolikrát se stane, že ti lidi, co třeba berou část dávky a část stravenek, tak oni z těch peněz, co berou dávku část, tak oni si z toho poplatí to, co mají, zůstanou jim jenom stravenky. A může se stát, že ani jim za to ty léky nevyberou, jo.“*

(Romka v SVL)

„*Třeba tedka včera jsem platila pětistovku. Za dva prášky jenom. A to jsem si myslela, že ta průmyslovka přece má hradit, jako i když ne celý, ale aspoň něco, a že by měla doplácet jako aspoň tu stovku. Ale pětistovku jsem doplácela, a to jsem ještě ani nevybrala všechno. (...) Tady s těma práškama, hlavně na těch receptách, to je velký doplatek, můžu říct. No, a to vám, jak se říká, ani sociálka, nikdo vám to nevyhradí.“*

(Romka v SVL)

Tazatel: „A já sem se ještě pýtal na ty léky, že když máte ich napsané. Ale náhodou nemáte na ně peníze. Jak to řešíte?“

Romka v SVL: „No, stane se třeba, že to je bez doplatku. Anebo požádám tu paní doktorku, ať mi napíše nějaký bez doplatku.“

(Romka v SVL)

[o doplatcích na léky]

Romka v SVL: „Akorát pravidelně, co má dcera, tak to jenom platím, těch tisíc korun. Měsíčně.“

Tazatel: „To je docela hodně, ne?“

Sociální pracovnice: „Ona paní ještě dostává od Nadačního fondu Dobrý anděl příspěvky. To už je několik let, co to běží.“

(Romka v SLV)

[o dodržování doporučené diety] *„Tak já mám mít taky pitný režim, ovoce, zeleninu. To mám jest. Nejím. Protože kolikrát na to nemám peníze.“*

(Romka v SVL)

Většina dalších aktérů potvrzovala sdělení Romů v SVL a z jejich výroků vyplývá, že nízká finanční dostupnost je podstatnou bariérou. Ve spojení s malou informovaností cílové skupiny o možnostech, jak řešit nedostatek finančních prostředků na léky, a jejich horší zdravotní a funkční gramotnosti se zdá dle některých dalších aktérů vysoce nepravděpodobné, že by byli schopni se samostatně zorientovat v některých možnostech, které jsou k dispozici (ochranný limit u zdravotních pojišťoven, proplacení léků z příspěvků v hmotné nouzi).

„Doktor jim napíše lék, ale pak v lékárně platí třeba 30 korun. Pro některý už je to prostě moc. Když žádná levnější varianta není, tak to je problém, že nejsou peníze na léky. Ani na ibalgin nemají někteří peníze.“

(terénní sociální pracovník NNO)

„Řeknu vám aktuální příběh. Maminka má tři děti, mladá maminka, 23 let, teď je těhotná, a u druhého syna, u toho prostředního, kterej má dva roky, se objevila nemoc. Nevím teda, jak se jmenuje, ale přestává dýchat, zapadá mu jazyk. Několikrát prostě byl hospitalizovaný. Maminka dostala nějaký léky, který nevybírala právě proto, protože bydlela v podnájmu, kterej byl strašně drahej.“

(terénní sociální pracovník NNO)

„Pacienti sú polymorbídny, majú viacero nemocí, hlavne seniori a keď majú platiť 12 liekov a nejaké rôzne doplatky, tak samozrejme je to rozhodujúce a limitujúce, či si to zaplatia alebo nie. A mnohí z nich ani nevedia, že majú nárok žiadať poisťovňu o nejaký ochranný limit, to medzi tými Rómami ani nie je známe.“

(psychiatri)

„Oni často jako neví, že existuje v každé té soustavě vlastně těch léků nějaký lék bez doplatku. Samozřejmě ani neví, že když pak vlastně ten lék nemohou mít, protože na něj mají třeba objektivně nějakou odmítavou reakci, že jo, že revizní lékař může mu uznat určitý lék, který bude mít bez doplatku. A pojišťovna mu to jaksi jako proplatí, jo. Ale to ty lidi neví.“

(manažer organizace pracující se sociálně vyloučenými)

„Občas se s tím setkávám, ale hlavně to řeším ve chvíli, kdy tomu člověku třeba nasazuju nějaký nový lék a opravdu musíme hledat, jestli ten lék existuje bez doplatku, nebo jak s velkým doplatkem. Psychiatrická medikace je velice často prostě dlouhodobá, měsíce, někdy i roky. Tak tím spíš, když je to někdo, u koho vidím, že by třeba mohl mít s tím jako finanční problém, tak se vyloženě doptávám, jestli je to pro něj akceptovatelné, že na ten lék bude doplácet třeba dvě tři stovky měsíčně. A někdy opravdu dojdeme k tomu, že ne, a tím pádem musíme sáhnout k nějakému jinému, někdy i horšímu řešení.“

(psychiatr, adiktolog)

3.4.2.2 Mobilita a geografická dostupnost

Také geografická dostupnost jako bariéra v přístupu k zdravotní péči byla identifikována u obou skupin respondentů. Participanti z řad Romů v SVL žijících zejména na venkově popisovali problémy související s větší vzdáleností lékařů od místa bydliště, nedostatkem financí na cestu a také mluvili o problému sehnat lékaře v dané lokalitě při nespokojenosti. Participanti tyto potíže nejčastěji řeší odkladem čerpání lékařské péče, eventuálně samoléčbou (viz kapitola 3.4.4 Důsledky bariér na čerpání zdravotní péče).

lo dopravování se za lékařskou péčí] „Tak autobusem. Musíme chodit z [název obce] do [název obce] a pak do [název obce]. Máme jak kdyby dva přestupy.“

(Romka v SVL)

lo dopravování se za lékařskou péčí] „No, finančně náročné. I když to je tady, já nevím, čtyři kilometry do těch [název obce], že. No, ale kolikrát třeba na to není. Tak nejdu, tak si třeba dám, co mám doma [léky – pozn. autora], nebo se objednáám.“

(Romka v SVL)

„To jsu ještě ráda, že jsem invalidní důchodkyně, že mám tu kartičku ZTP. Jedu k lékaři vlakem nebo autobusem, cesta stojí tak přes 120 korun. To se dá unýst. Já si neumím představit, kdybych neměla tu kartičku. To já bych musela zůstat doma, to bysem neunesla.“

(Romka v SVL)

„Zrušili vlak, takže teď jenom autobusy. A já i když mám to auto, ale pokaždý člověk nemá na benzin, tak je to těžký.“

(Romka v SVL)

[o docházení k lékaři] *„Když nemám peníze na autobus, tak jdu pěšky.“*

(Romka v SVL)

[o špatné zkušenosti s lékařem]

Tazatel: *„A nechtěl jste zkusit jiného doktora?“*

Rom v SVL: *„Tady žádný není, to jediné do [název města] a tam jako jezdit, jak budu...“* [dojezd k jinému lékaři 35 minut autem, veřejnou dopravou 45 minut až jedna hodina – pozn. autora]

(Rom v SVL)

Většina dalších aktérů potvrzovala problémy s geografickou dostupností v určitých zejména rurálních (venkovských) lokalitách. Nicméně někteří z nich zdůrazňovali, že problém spočívá v jiných bariérách zejména na straně Romů v SVL (zdravotní gramotnost), případně ve vzájemné komunikaci mezi lékaři a pacienty.

„Tak určitě i zkušenost tady s tímhle je. Protože hlavně nejenom u těch praktických lékařů, ale u těch odborných lékařů (...) tam třeba ta dostupnost těch lékařů je v těch větších městech, kam oni [Romové v SVL – pozn. autora] už nedojdou a je to problém, jo. Protože docestovat někam do cizího města, navíc hromadnou dopravou a podobně, tak je to velký problém.“

(pracovnice služby podpory zdraví)

„To je první věc, že když jsou na sociálních dávkách, tak hodně často řeším to, že musím počkat, kdy dostanou peníze, abysme naplánovali tu cestu, protože bydlí ve vzdálených lokalitách, takže musí dojíždět k lékaři.“

(terénní sociální pracovnice)

„No, problém je právě ten, že zas jako nedokáže dojet do toho [název města]. V podstatě sedne tady na autobus a za půl hodinky je tam, jo? Ale toho prostě oni nejsou schopni.“

(pedagog)

„Není to pravděpodobně fyzická dostupnost. To si myslím. Pokud by tohleto byla nějaká jakoby subtéma, tak samozřejmě jiná situace je v [název města] a na [název odlehlějšího regionu]. Ale upřímně řečeno, jo, ta rozptýlenost lokalit (...) ty nejdlehljší lokality – vesnice, kde ten lékař je sice 11 kilometrů, ale prostě ty chlapi montujou auta, furt tam jakoby lítaj s těma autama... Takže myslím si, že ta fyzická dostupnost, že není problém. Problém je jednak ta orientace v tom systému a potom často ta interakce mezi lékařem a těmi klienty, která může být problematická, jo.“

(odborník na sociální vyloučení a manažer neziskové organizace)

3.4.2.3 Vzájemná komunikace a chování

Komunikace a chování jak pacientů, tak poskytovatelů zdravotní péče a jejich vzájemné interakce mají výrazný vliv jak na subjektivně vnímanou kvalitu, tak na objektivní výsledky poskytované péče. Romy v SVL byla zmiňována ať už přímo, či nepřímo nespokojenost s chováním a komunikací zdravotníků vůči nim, což často vede na straně Romů v konečném důsledku k 3.4.1.4 Nedůvěra k přístupu zdravotníků, kterou jsme již zmiňovali. Mnoho případů, které byly zaznamenány, nese známky diskriminačního jednání, kdy je v poskytování zdravotní péče uplatňován dvojitý standard (více v kapitole 3.4.3.2 Diskriminace ve zdravotní péči). Z popsanych situací vyplývá, že komunikace lékařů je často strohá, nedostatečná a nepřiměřená vzhledem k zdravotní gramotnosti a míře pochopení sdělení. Důsledkem takové komunikace pak může být zmiňovaná nedůvěra ke sdělením ohledně zdravotního stavu či pocit nedostatečné zdravotní péče (neodeslání ke specialistovi). Z analýzy rozhovorů se dá jen těžko určit, zdali požadavky na další vyšetření jsou oprávněné a jakým způsobem Romové v SVL s lékařem komunikovali svou nespokojenost s řešením, nicméně se tato sdělení objevovala velmi často. Je také vysoce pravděpodobné, že při jiném způsobu komunikace, který se některým zdravotníkům daří, by míra nespokojenosti byla menší (viz výroky Romů, kteří mají důvěru ve zdravotnický personál, kapitola Primární péče).

„Včera jsme volali [zdravotnickou záchrannou službu – pozn. autora] v noci, byly asi dvě hodiny ráno, nemohl dýchat. No, byla taková drzá, no, chovala se ke mně úplně hrozně, aj k tomu malému. Začala mu mačkat ruku, měřila mu tlak a on začal křičet, že ho to bolí, že mu tu ruku tlačila, vona nic. Jsem jí říkala, ať ho tak nemačká. ‚Já mu nic nedělám.‘ (...) Podle mě se tak chová, protože jsem Romka.“

(Romka v SVL)

„Je to tak... nepříjemný, protože ty lidi vlastně odbydou. Anebo se chovají povrchně, takže vlastně Romové už dou... Příklad, když už to je úplně nutný s těma zubama (...) i s jinými potížemi, když je to jako nutný a akutní, no. Ale vlastně nechcú k tým lidem ani chodit moc na ty prohlídky, protože voni se takhle chovají, že.“

(Romka v SVL)

Rom v SVL: *„Máme velký zkušenosti s doktorama, máme problémy tam nějaký, víte. Že prostě nejednají s náma, jak by měli.“*

Romka v SVL: *„[napodobuje, jak s ní mluví lékař autoritativním tónem – pozn. autora] ‚Jdete dovnitř. Co chcete?‘ Prostě takovým tónem mluví, jo. ‚Co chcete?‘ No, a teďka my zůstaneme hotoví. Říkám: ‚No, tak co chcete? Tak jsme nemocní, tak jsme přišli, ne?‘ No, a prostě jednají s náma úplně jinak.“*

(Romové v SVL)

„No nevím prostě. Některý se baví normálně, slušně, pomaly. Víte, jak myslím, jakože slušně. A oni [jiní lékaři – pozn. autora] vám odpovídají

úplně tak drze, jak kdyby museli vám odpovědět. Hnusně. (...) Tak i včera taky jsem říkala a ta sestřička – a přitom tam měla do čtyř otevřeno, ještě jsem se dívala na internetu, že –, a tak jsem tam šla pro zprávu a ta mně otevřela a: ‚Co potřebujete?‘ Říkám: ‚No, já jsem tady volala, že jsem přítelkyně od toho, že potřebuju dostat lékařskou zprávu – pozn. autora.‘ – ‚No, paní doktorka už tady není a já do počítaču...‘ A tak hnusně mi odpovídala. A říkám: ‚Ale tam měla do čtyř.‘ – ‚Není tady už, kdyžtak zítra, a to nevím, jestli vám to vytiskne.‘ A úplně tak hnusně mi to říkala. Říkám si, co jsem jí udělala? Pěkně jsem pozdravila, slušně, říkám, nevím, no. A pak jsem si říkala, umím taky být taková hnusná, takhle sestřička. Říkám, tak to je síla. Nevím proč. Já jsem jí nic neudělala, a ona tak po mně vyjela. Nevím, no.“

(Romka v SVL)

Ačkoliv je z popsaných situací zřejmé, proč jsou Romové v SVL nespokojeni s chováním a komunikací lékařů, tak nelze opomenout, že komunikace je „obousměrný proces“. Jak zdravotníci s Romy určitým způsobem mluví, je ovlivňuje a naopak. Někteří participanti uváděli sdělení, která svědčí o vzájemném nepochopení. Na straně Romů v SVL jde o nepochopení sdělení lékaře a na straně lékařů o nepochopení nutnosti přizpůsobit složitost komunikace úrovni zdravotní gramotnosti pacienta. Někteří Romové v SVL záměrně volí aktivní přístup a ptají se. Často ale dochází k tomu, že na sobě Romové nedávají nepochopení slov lékaře znát, aby se vyhnuli ztrapnění. Tyto pocity jim brání zeptat se na věci, kterým nerozumí, nebo se utvrdit, že rozumí správně, a vést tak partnerskou komunikaci.

„Doktoři mluví takhle jinak, že, složitější. Někdy jim nerozumíte. To je vono. Proto já se vždycky radši ptám, co to znamená, a tak pak už mi to vysvětlí normálně. Víš, co myslím.“

(Romka v SVL)

„My jsme nevěděli, my jsme se styděli a nám to bylo blbý se na něco zeptat.“

(Romka v SVL)

„Někteří jsou u těch doktorů takoví zaražení, bojí se na něco zeptat, jo? A pak vylezou ven a teď vlastně nerozumí kolikrát ničemu, co tam proběhlo, no.“

(Romka v SVL)

K nevhodné formě komunikace se dle popsaných situací Romové v SVL uchylují zejména v situacích pociťované nespravedlnosti či nedůslednosti v poskytované péči, neschopnosti domoci se požadované péče nebo jako reakci na chování a komunikaci zdravotníků. Sami Romové zmiňovali, že někteří z nich jsou připraveni se s lékaři hádat a chovat se nepříjemně, aby byly uznány jejich potřeby.

„Protože je hodně druhů romovek, třeba ty německý. A ty třeba řvou, nadávají těm doktorům. Třeba já například, já neřvu, ne, řeknu, jenom jim řeknu svůj názor. Jenom jim řeknu: ‚Z jakého důvodu mě nechcete vyšetřit? Že jsem Romka? Že jsem baba? Že jsem ze zvláštní školy?‘ No,

a oni už si řeknou, že nejsem blbá, a už mě začnou vyšetřovat. (...) Ne, já nervu, já jenom řeknu svůj názor. Já si řeknu svůj názor. Jó, když na mě zaře doktor, tak to už taky zařvu..."

(Romka v SVL)

„Ještě sem měla problém s tím, aby jí dali sanitku. Ona byla v hmotnej nouzi a to sem musela vyřvávat a teda už se chovat hnusně, s prominutím. Říkám: ‚Ona na to má nárok, ona už nemůže chodit, ona nemůže jíst.‘“

(Romka v SVL)

V rozhovorech s ostatními aktéry byla otázka důvěry a komunikace zmiňována ve většině případů a potvrzují ji sdělení Romů. Byl vyjadřován názor, že Romové v SVL lékařům nedůvěřují, přicházejí do ambulance s určitými představami o tom, jakou léčbu by měl lékař předepsat, a pokud se jejich představy nenaplní, dochází k neshodám. Na druhou stranu se opakovaně vyskytovaly také názory, že nedůvěra zdravotnického personálu vůči Romům je opodstatněná a že vychází ze špatných předešlých zkušeností, jako je například nedodržení léčebného režimu anebo absence preventivních prohlídek.

„Ti vyloučení Romové často nevěří... Oni sice jdou k tobě, ať jim pomůžeš, ale ve své podstatě už mají něco v hlavě, nějakou svoji diagnózu, a jakmile ty řekneš něco jiného, tak je to špatně. Ve chvíli, kdy řekneš lepší diagnózu, než oni chtějí slyšet, tak řeknou něco jako: jo, já umírám... Oni si myslí, že umírají, a když jim ty řekneš, že mají obyčejnou virózu, je to špatně, jo.“

(praktická lékařka)

„Někdo [lékař – pozn. autora] už je od začátku takovej ostražitej, ale asi je to fakt spíš, že má ty dřívější špatný zkušenosti. Něco jim [Romům v SVL – pozn. autora] prostě vysvětloval v minulosti, a ti lidi to stejně nedodržovali. Pak tam přijdou [Romové v SVL – pozn. autora] znovu za pár let a zjistí se, že se tam něco zameškalo, že tam nechodili, nebrali léky a tak dále a tak dále. Takže oni [lékaři – pozn. autora] už pak jsou takoví třeba méně příjemní.“

(terénní sociální pracovník NNO)

„Stačí základní vychování. Když přijdu do ordinace, pozdravím, nehádám se tam, neříkám: ‚Já mám na to nárok...‘ A že taky chodím pravidelně na prevenci, chodím pravidelně na prohlídky, a když je doporučena nějaká léčba, tak to dodržuju. Oni opravdu přijdou, že oni maj nárok na léčbu, oni chtěj tohle, támhle. Ale když jim řeknete, že maj přijít pravidelně na prohlídku, tak oni neměli čas. Pak vám propadá očkování, propadá vám prevence... A potom přijdou s tím, že chtějí podporu nebo chtějí nějaký ten přiděl ze sociálky.“

(lékařka)

Ojedinele byl v rozhovorech s ostatními aktéry prezentován názor, že komunikaci mezi Romy v SVL a zdravotníky komplikuje chybějící komunikační a kulturní kompetence zdravotníků. Za kulturní kompetenci je považován soubor kognitivních, afektivních a behaviorálních dovedností, které vedou k efektivní komunikaci s lidmi z jiných kultur. Vedle toho kulturní citlivost vede jednotlivce k pochopení toho, jak jeho vlastní kultura ovlivňuje jeho myšlenky, pocity, osobnost (Lin, Lee, Huang, 2017).

„Jsou tam komunikační bariéry. A tam si myslím naprosto chybí vzdělání těch zdravotníků v komunikaci s obecně obtížnými pacienty. A ta etnicita je prostě, ať chceme, nebo nechceme, tak je to určitá bariéra. Prostě jiné emoční reakce, jiné kulturní návyky. Přináší to prostě nepochopení.“

(odborník na sociální vyloučení a manažer neziskové organizace)

Na druhé straně stojí komunikační kompetence pacientů a jejich schopnost překonat stud či jiné komunikační bariéry.

„Ale jako asi je to fakt, že oni se stydí, že kolikrát se jich ptám, říkám: ‚A proč jste se nezeptali, nebo jako to, když vám to není jasné.‘ – ‚A my jsme nevěděli. A my jsme se styděli a nám to bylo blbý.‘ Jako s tím se setkávám celkem často, to je pravda.“

(pracovnice služby podpory zdraví)

Změna lékaře jako důsledek nespokojenosti se vzájemnou interakcí

Někteří participanti z řad Romů v SVL v rámci rozhovorů také mluvili o tom, že nejsou spokojeni se zdravotnickou péčí a chtějí změnit registrujícího lékaře. Týkalo se to všeobecných praktických lékařů a pediatrů. Ve větších městech přitom bylo častější, že participanti z cílové skupiny sami aktivně hledali lékaře při nespokojenosti. V menších obcích někteří participanti sdělovali, že raději volí odklad čerpání zdravotní péče či samoléčbu v těchto případech. Toto souvisí se systémovými bariérami, viz kapitoly 3.4.3.1 Nedostatečné kapacity a 3.4.2.2 Mobilita a geografická dostupnost.

Ojedinele se vyskytly případy, kdy byli Romové v SVL ochotni za lékařem primární či specializované péče nebo kvůli hospitalizaci dojíždět do vzdálenější lokality, většinou do krajského města. Důležitou roli při výběru lékaře či nemocnice dle sdělení participantů často hrálo osobní doporučení člena rodiny.

[o změně lékaře ve větším městě] *„To jsem nebyla taky spokojená s tou paní doktorkou, oni chodili ke [jméno lékařky – pozn. autora], ale ona byla taková... Hmm, neklapalo to tam, tak jsem to přehodila. Majou to tady i blíž, takže nemusí chodit až do města.“*

(Romka v SVL)

„Tak taky chodila s tady tím, s nose, furt ju bolela hlava. Tak chodila tady furt na ultrazvuky, a fakt za jeden rok oni nebyli schopní zjistit, co jí je. Nakonec říká: ‚Mamo, když ty jezdíš do toho [název města], tak mě vem s sebou, já to zkusím tam.‘ Tak jsme jely a tam jí udělali hned cétéčko. Nebo ta doktorka říkala, že je moc mladá na to, aby měla

jeden rok bolesti hlavy a nosu. A tam zjistili, že tam něco měla, a teď byla na operaci.“

(Romka v SVL)

3.4.3 Bariéry na straně poskytovatelů

3.4.3.1 Nedostatečné kapacity

Kromě finanční a geografické dostupnosti zdravotní péče byly další zmiňovanou systémovou bariérou nedostatečné kapacity. Velmi důležitým tématem, které se objevovalo ve většině rozhovorů, byla registrace u lékaře.

Většina Romů žijících v SVL se setkala s odmítnutím registrace u lékaře z kapacitních důvodů, nejčastěji se jednalo o zubní lékaře. Vedle toho bylo některými participanty zmiňováno odmítnutí ze stejných důvodů u praktických lékařů. Naopak vůbec participanti nezmiňovali odmítnutí registrace ze strany gynekologů, pediatrů či specialistů. Časté odmítání registrace ze strany lékařů může také pramenit z diskriminace, která je jednou z bariér v dostupnosti zdravotní péče (viz kapitola 3.4.3.2 Diskriminace ve zdravotní péči). Argument naplněné kapacity pro odmítnutí pacienta je možná někdy využíván jako zástupný problém.

„Tady není zubař, já jsem chtěl v [název obce], ale nevezal mě ten zubař. Má plno. A tady nikdo není. (...) Tak já už nemám zuby, tak nepotřebuju ani zubaře.“

(Rom v SVL)

„Mně se třeba stalo, že jsem šel k zubařovi a řekli mi, že mě nevezmou, protože jsem nespolehlivý.“

(Rom v SVL)

[o praktickém lékaři] *„Já s manželem, já mám sama tedka na poliklinice [jméno polikliniky], a manžel má v jiném zařízení, protože ho tedka nechtěli přijmout, kde jsem já, že mají plno. Takže proto.“*

(Romka v SVL)

[o praktickém lékaři] *„Já mám sama tedka v tom [jméno polikliniky – pozn. autora], a manžel má v tom [jméno neziskové organizace, kde je ordinace lékaře pro sociálně vyloučené – pozn. autora], protože ho tedka nechtěli přijmout tam, kde jsem já, že mají plno. (...) Sestřička mi říkala, že tam byl totiž konflikt zase s Romama. No, a ona říkala, že tedka ne, že mají plno.“*

(Romka v SVL)

Problém s registrací u zubařů a praktických lékařů potvrzovala i většina dalších aktérů, zejména terénní sociální pracovníci či pracovníci služeb, které se specializují na podporu zdraví a setkávají se často s odmítáním svých klientů. Je ale obtížné určit, nakolik se jedná spíše o systémovou bariéru, či o diskriminační praktiky, jelikož v některých případech se setkali s tím, že zdravotníci do telefonu přímo uvedli, že Romy

neregistrují. Tato zjištění upozorňují na důležitost diskriminace jako jedné z bariér v dostupnosti zdravotní péče (více viz kapitola Diskriminace v přístupu ke zdravotní péči...).

„No, víte, on tady tenhle ten pocit mají nejenom Romové. Protože prostě to vám řekne dneska spousta pacientů, že oběhli deset zubařů, a nikdo je nechce.“

(odborník na oblast zdraví sociálně vyloučených)

„Ale ono si myslím, že je docela těžké přesně pojmenovat, z jakých důvodů je to odmítnutí ze strany lékaře kvůli, řekněme, těm předsudkům vůči Romům a kdy je to kvůli tomu, že nemají tu kapacitu, jo? Protože když doktor řekne, že prostě bohužel nemá kapacitu, tak my se těžko dozvíme, jestli je to pravda, nebo jestli je to jen zástěrka.“

(terénní sociální pracovnice)

„Jsou lékaři, kteří tady s tímhle nemají problém, kteří přijmou osoby ze sociálně vyloučených lokalit, dovedou je nasměrovat, dovedou jim napsat vyšetření, který potřebují, a podobně. Ale jsou lékaři, kteří je nepřijmou vůbec. Jako když se objeví mezi dveřma, řeknou, že mají plnou kapacitu, a na shledanou. A nebudou se jim věnovat.“

(pracovnice služby podpory zdraví)

Nedostatečné kapacity způsobují také dlouhé čekací lhůty u specialistů (několikrát byl zmíněn dětský psychiatr) či nutnost čekat v čekárně na ošetření u praktického lékaře, které byly Romy v SVL vnímány jako faktory, které jim komplikují přístup ke zdravotní péči.

„Z nějakých důvodů je málo dětských psychiatrů. Protože je to náročnější obor, nikdo se údajně do toho moc nehrne... A čekací doby jsou fakt jako půl roku a podobně. Pokud teda vůbec vás vezmou, jo?“

(Romka v SVL)

Rozhovory s ostatními aktéry potvrzují výše uvedená sdělení Romů v SVL. Také reflektovali nedostatečnou síť lékařů i problém dlouhých čekacích lhůt. Někteří zdůrazňovali, že etnicita může ztěžovat již tak obtížnou dostupnost zdravotní péče.

„Měli jsme tady kluka, ten tam, teda u nás, přestoupil, a u nich je teda zvlášť špatný i to bydlení. U nich vlastně nefunguje koupelna, jako odpad v koupelně, takže oni se v podstatě jako nemůžou umývat. (...) A on má často problémy s břichem, ve stolici že mívá krev, často ho bolí břicho a i hlava a tak. A měl jít na nějaký vyšetření do nemocnice, k nějakému odbornému doktorovi. A ona teda maminka je nemocná a nemůže vlastně chodit, a takže šel se starší sestrou a bratrem. A měli termín, byli objednaní, ale jelikož tam prostě bylo spousta lidí a museli prostě počkat, tak oni to nevydrželi a odešli. Tím pádem prostě nebyl ten kluk vyšetřen a zas jim prostě propadl termín. Takže zase třeba měsíc, půl měsíce to trvá, než se najde nějaký nový termín, že? Takže

toto si myslím, že je jako největší problém. Jako vůbec to docházení a čekání u těch doktorů."

(sociální pedagog základní školy s převahou romských žáků)

„Samozřejmě že do toho vstupují ty problémy zdravotního systému jako takového a nelze to směřovat. Jo, prostě třeba zubařů je málo celkově, pediatrů taky, psychiatrů taky a pravděpodobně i gynekologů, jo. Prostě je jich jakoby málo. Protože se tam ti Romové často nedostanou a jsou bez té lékařské péče. Může to být analogické – čekací lhůty a tak dál –, můžou být prostě analogické s kýmkoliv jiným. (...) A potom opravdu teda platí, že pravděpodobně jak těch lékařů není dost, jo, tak ti Romové právě třeba z nich vypadávají jakoby dřív. Je to tím, že prostě třeba ty starý ordinace zanikají, že ta karta jde potom na krajský úřad, jo. A potom vlastně jakoby když zanikne ta ordinace, tak člověk musí vyvinout nějakou aktivní snahu pro to, aby si našel třeba jiného lékaře.“

(odborník na sociální vyloučení a manažer neziskové organizace)

„Jakože jasně, že si většina lidí taky stěžuje, že nemůžou najít praktického lékaře nebo stomatologa. Akorát si myslím, že víc specifitější je to v tom, že jsou to právě Romové, že tam je ta etnicita, která hraje docela velkou roli v tomhle. (...) Ono když už máte třeba nějakého lékaře a nejste s ním spokojená, tak moc na výběr nemáte, protože jste ráda, že vůbec někde jako jste evidovaná.“

(terénní sociální pracovník)

„Jako taková ti odborníci, no ti chybí. Neurologové, hodně na [název obce]. (...) Oni vlastně jako de facto plošně chybí.“

(terénní sociální pracovníce NNO)

„Řekl bych, že ty čekací doby jsou dlouhé. Speciálně na nějaké zákroky nebo nějaké preparáty se čeká dlouho, než se to vůbec indikuje a pak schválí.“

(lékař)

3.4.3.2 Diskriminace ve zdravotní péči

Jednotlivé oblasti života, kde se Romové setkávají s diskriminací, popisují příslušné kapitoly (3.2.2.4 Bydlení, Zaměstnání a finanční situace, Vzdělání, Stres a jeho vliv na zdraví), následující řádky lépe přiblíží okolnosti diskriminace v přístupu ke zdravotní péči a v poskytování zdravotní péče.

Důležitý aspekt přístupnosti zdravotní péče pro Romy a Romky žijící v sociálním vyloučení může představovat také etnická diskriminace ve zdravotnictví. Přístup ke zdravotní péči a její poskytování rozpoznává antidiskriminační zákon jmenovitě jako jednu z oblastí, kde je vymezeno právo na rovné zacházení a zákaz diskriminace

(Zákon č. 198/2009 Sb.). Antidiskriminační zákon zde zpracovává příslušné předpisy Evropské unie, navazuje na přímo použitelný předpis Evropské unie i na Listinu základních práv a svobod, vychází tedy z národních i mezinárodních právních závazků.

Jednání, které lze dle antidiskriminačního zákona identifikovat jako diskriminační, popisovali participanti (tedy Romové a Romky žijící v SVL) zejména v kontextu registrace u lékaře, tedy v oblasti přístupu ke zdravotní péči. Méně často uváděli participanti diskriminační či nerovné zacházení v poskytování zdravotní péče – jednalo se především o pocíťované nevhodné zacházení (přezíravé pohledy, poznámky, adresné i neadresné komentáře) ze strany zdravotnického personálu, v některých případech také o odmítnutí poskytnutí zdravotní péče, případně pocíťovaný dvojitý standard zdravotní péče.

Nelze samozřejmě ověřit, jak přesně se popisované události odehrály. Pro potřeby analýzy je podstatná ale především fenomenologická perspektiva dat, tedy skutečnost, že to, jak se události jeví samotným participantům, má reálné dopady na jejich životy. Roviny vnímání žité reality se totiž propisují do toho, jak participanti rozumí sami sobě a dle tohoto porozumění dále utvářejí své jednání.

Diskriminace ve zdravotní péči v perspektivě Romů žijících v sociálním vyloučení

Řada Romů žijících v sociálním vyloučení uvedla, že návštěva lékaře, ať už specialisty, nebo všeobecného praktického lékaře, zdaleka není prvním krokem, když se vyskytnou zdravotní problémy. Jak Romové a Romky postupují, blíže popisuje kapitola 3.4.4 Důsledky bariér na čerpání zdravotní péče. Když jsme se participantů ptali, jaké jsou důvody uvedeného jednání, uváděli buďto špatné zkušenosti s dosavadním čerpáním lékařské péče (nepříjemný zdravotnický personál), nebo důvody, které pramení z nepříznivé sociální (např. rodič nemůže k lékaři, protože nemá zajištěné hlídání pro malé děti) či ekonomické situace (např. hrozící výpadek příjmů při odchodu na nemocenskou). Jedná se tedy dilem o důvody, které pramení z etnicity (a příslušných reakcí zdravotníků) a dilem z třídní charakteristiky aktérů. Rámcově však můžeme říci, že jednou z příčin špatné zdravotní dostupnosti u Romů v sociálním vyloučení jsou přímo někteří pracovníci ve zdravotnictví, kteří svým jednáním romské pacienty odrazují od potřebných návštěv lékaře (ať už v případě zhoršeného zdravotního stavu, či na rovině prevence).

Diskriminace v přístupu ke zdravotní péči. Většina participantů zažila komplikace při registraci u lékaře, ať už se jednalo o všeobecného praktického lékaře, dětského lékaře, zubního lékaře, či gynekologa. Někteří lékaři odmítali pacienty po telefonu s odkazem na naplněnou kapacitu, přičemž řada participantů byla přesvědčená o tom, že je detekovali dle jména jako Romy, a proto uvedli, že pro ně nemají místo. Někteří lékaři se dokonce při telefonické domluvě participantů přímo ptali, zda jsou Romové, a pokud zájemci o registraci odpověděli přímo kladně, lékař je odmítl, někdy s odkazem na předchozí špatné zkušenosti s romskými pacienty, někdy bez vysvětlení.

„Tady po [název města] nenajdete takhle zubaře. Nevím proč, ale já si myslím, že to je skrz to, že jsme Romové... Protože tam je hodně gadžů, chodijou aj noví, slyšela jsem. Jednou jsem se tam [v ordinaci lékaře – pozn. autora] chytla taky. Říkala jsem: „Proč? Z jakýho důvodu mi ho [syna – pozn. autora] nechcete vzít, když přijímáte nový lidi?“

(Romka v SVL)

„Já jsem hledal [lékaře – pozn. autora], on viděl, že jsem Rom. ‚Máme plno,‘ – ‚Ale moje dcera potřebuje od vás pomoc.‘ No, nikdo nám nepomohl.“

(Rom v SVL)

„A zkoušeli jsme volat té paní doktorce jedné v [název města], která zase se zeptala, odkud jsme. Když jsme řekli, že z ubytovny na [název ulice – pozn. autora], tak nás poslala do háje, že si máme zajít někam jinam. Že oni tam takový lidi nechcou.“

(Rom v SVL)

V tomto konkrétním případě odmítnutí není zřejmé, zda byla příčinou primárně etnicita, nebo socioekonomická situace rodiny (čehož je ukazatelem pobyt na ubytovně), případně kombinace obou faktorů. Předpokládáme ale, že hlavním důvodem odmítnutí byla etnicita žadatelů. V rámci výzkumu jsme totiž realizovali také několik kontrolních rozhovorů s ne-Romy žijícími v sociálním vyloučení. Z uvedených rozhovorů vyplynulo, že neromští uživatelé zdravotní péče nemají problém s dostupností zdravotní péče – nesetkali se s tím, že by je lékař odmítl registrovat.

Jako nepřijemnou a ponižující popisovala participantka osobní zkušenost s tím, když šla zažádat o registraci přímo do ordinace zubaře. V čekárně seděla řada dalších pacientů a zdravotnická pracovnice vyzvala participantku, aby otevřela ústa a nechala ji prohlédnout její zuby, načež stav chrupu posměšně okomentovala a odmítla participantce registraci.

„Ale stalo se mně jednou, že mě tak ztrapnila [zubařka či zdravotní sestra – pozn. autora] a já jsem si to uvědomila až doma. Říkám: ‚Co to je, co to bylo?‘ Tam plná [čekárna – pozn. autora] lidí na chodbě (...) a já jsem se šla zaregistrovat. A to jsem vlastně z [název města] a pak jsme tady dlouho nemohli najít zubaře. Říkám, tak to zkusím tam. A ona tam před všema na mě: ‚A ukažte mně zuby, když chcete k nám chodit.‘ A já jsem jí ukázala zuby, ona: ‚Ježíšmarija, to není žádná sláva ale.‘ Takhle mě přímo ztrapnila. Na chodbě přímo. Ona vlastně otevřela, pak vyšla ven a říká: ‚Co potřebujete?‘ Tam plno lidí. Říkám: ‚No, já bych se k vám chtěla přeregistrovat, mám děti a chcu nějakého zubaře.‘ A ona: ‚No, tak mi ukažte zuby.‘ A já jsem si to neuvědomila hned. Říkám: ‚Já jsem tu, protože chci chodit k zubaři, abych si dala zuby do pořádku.‘ – ‚Tak na mě ukažte zuby. No ježíšmarija, to není žádná sláva. A teďka máme vlastně stejně plnej stav, takže...‘ Normálně mě takhle ponížila. A až doma říkám: ‚Ježíšmarija, lidi jak se na mě dívali.‘ Ona mě tam ztrapnila úplně, ta paní.“

(Romka v SVL)

Popsaná praxe je problematická na několika úrovních: zdravotník zjišťoval zdravotní stav žadatele o registraci mimo prostor ordinace (tedy odepřel participantce bezpečné a respektující prostředí); stejně tak nezůstaly okolnosti zdravotního stavu participantky pouze mezi ní a lékařem, ale tyto skutečnosti byly komunikovány před dalšími pacienty; způsob, jakým zdravotník hodnotil zdravotní stav, byl necitlivý a neprofesionální atd. Sama participantka akcentovala primárně pocity ponížení,

vnímala, že se jí nedostalo důstojného zacházení, zážitek byl umocněn skutečností, že nežádoucími svědky byli další pacienti (kterým se patrně dostává běžné péče). Podobnou zkušenost popsali také romští manželé, kteří rovněž zažili prohlídku přímo v čekárně, v tomto případě se jednalo o měření krevního tlaku. Popis pocitů, které při dané situaci zažívali, se téměř shoduje s tím, co uvedla participantka v citaci výše. Zároveň daný případ uvozuje další subtéma této kapitoly – dvojí standard poskytované péče.

„No, nejsem s tím spokojená. Ako když my jsme tam byli spolu, manžel měl zvýšený vysoký tlak, jsem poprosila, že mu je tam špatně [požádala zdravotní sestru o změření krevního tlaku – pozn. autora]. Tak sestřička ne aby ho brala do té ordinace, ale ona mu odebrala [krevní tlak – pozn. autora] tam v čekárně a lidi na nás čumijou jako prostě. (...) Takový ponižující hodně.“

(Romka v SVL)

Diskriminace v poskytování zdravotní péče. Většina participantů popisovala nerovné zacházení či pociťovaný dvojí standard na úrovni chování zdravotníka vůči pacientovi. Jednalo se především o projevy během interakce zdravotníka a pacienta, typicky prezíravé chování, kritické a hodnotící poznámky, ale například i nepříjemné pohledy. Způsob, jakým nahlíží zdravotník na pacienta, byl pro participanty důležitý a tento aspekt vztahu zdravotník–pacient zmiňovali velmi často, přičemž popisná adjektiva k charakteru daného pohledu či chování představovala: drzý, přísný, nepříjemný, arogantní.

Participanty velmi pozorně sledovali, zda k nim zdravotníci přistupují stejně jako k ostatním pacientům, a pokud shledali, že se tak neděje, vnímali to jako křivdu a nespravedlnost a dále se utvrzovali v tom, že okolní společnost je předsudečná, rasistická, nepřátelská. Zároveň ale participanty dokázali docenit, pokud se ten který zdravotník choval k nim nebo k jejich blízkým vstřícně – což přibližují příslušné části kapitoly Čerpání zdravotní péče..

Dcera: „Ty sestry jsou drzé, oni, když vidijou Romku, že de rodit, tak oni nejsou jak lidi normální, ale voni jsou drzí, arogantní. Ten přístup k Romům je strašný, na tom porodním taky. (...) Třeba když já jsem byla rodit a chtěla jsem si jít ven na kafe, tak mě ani nechtěly pustit. Ale když tam byly ty bílé, tak aji třeba půl hodiny si seděly venku, povídaly si a tak, a já jsem nemohla ani na 5 minut. ‚Máte tady děcko, nemůžete si dovolit, kdo vám ho bude hlídat?‘ A ty ostatní si mohly jít.“

Matka: „Ona [dcera – pozn. autora] třeba chtěla jít si do kantýny něco koupit nebo tak... No, tak to ju vůbec [zdravotnický personál nepustil – pozn. autora], a druhým, těm bílým, normálně [neromským pacientkám] povolili jít do kantýny – pozn. autora], že.“

Dcera: „Ty je [neromské pacientky – pozn. autora] pouštěli aji třeba ve dvě ráno si zakouřit.“

(Romky v SVL)

„No, do vlasů, jestli mají vši, nebo ne, prostě u cigánů je to tak, že prý mají vši všichni. Tak se první podívali do hlavy a teprv je vyšetřili. Ze

začátku bylo to tak. Tak já jsem jim řekla svůj názor. Říkám, že první ať se podívají, jestli je nemocný, nebo ne, a když bude navrch, jak se říká, hospitalizované, tak teprve se podívejte, jestli má vši, nebo ne. (...) Třeba já si to tak беру. Ale berou to od nás [Romů – pozn. autora] všichni, že nám vadí strašně, že se dívají od paty až k hlavě – jak je člověk oblečený, jestli má vši, jestli má čisté slipy a tak. Je to jenom o té čistotě. Ale přitom přišla jedna gadži (...) taká špinavá, a neptali se, nepodívali se [jestli má vši – pozn. autora].“

(Romka v SVL)

Další rovinnou dvojího standardu představuje přímo poskytování zdravotní péče. Někteří participanté uváděli, že zdravotník jim nebo jejich blízkým neposkytl plnohodnotnou péči, případně péči o pacienta přímo zanedbal, což dávali participanté do příčinné souvislosti s romskou etnicitou. Nejčastěji se jednalo o situace, kdy zdravotník odmítl poskytnout nebo předepsat specializované vyšetření typu rentgen, ultrazvuk, EEG, EKG, CT atd.

„Třeba já jsem byla nemocná, bolely mě záda a ledviny, a říkám, jestli by mě nemohli vzít na rentgen... Vzali mi moč a jenom se podívali, že je to v pořádku. Zním, protože chodila jsem s maminkou, takže vím, co to je, na co mám nárok, anebo ne. Tak říkám, že bych chtěla, jestli se můžou podívat i na ultrazvuk a tak, oni ne. Jenom vzali mi moč a dobrý. Předepsali mi léky – pozn. autora] a ahoj.“

(Romka v SVL)

„A ona věděla tam už, že mám vysoký tlak, ale ona mi neřekla nic. Vůbec. Ani jsem nevěděl, že mám vysoký tlak. Ona, jak napsala ta doktorka, tak už musela mi napsat ty prášky. Jinak by nenapsala nic ani dodneška. A to je mladá doktorka. A člověk by z toho mohl dostat, chraň, mrtvičku... Že prý se z toho dostává, infarkty se z toho dostávají, člověk neví. A oni nás nevolají na takový ty odborný vyšetření. (...) Oni nedělají. Nevolají nás. A co já vím, svoji lidi [neromské pacienty – pozn. autora] tam jako volají. (...) Vůbec tam neříkala o tom [preventivní prohlídce – pozn. autora], paní doktorka, ani nič. Aspoň každý rok nebo za půl roku, odběry krve. Vůbec nic nám neříká.“

(Rom v SVL)

Významná část Romů v sociálním vyloučení sdílela také negativní zážitky, kdy zdravotníci buďto podceňovali závažnost daného zdravotního problému, případně participanty přímo obvinili ze simulování nemoci. Předstírání nemoci představuje jeden ze základních stereotypů, které se k Romům v oblasti zdravotnictví vztahují, což potvrzují také rozhovory s dalšími aktéry. Samotní Romové tento stereotyp reflektují a vysvětlují si tím jednání zdravotníků. Ve výpovědích, které se týkaly obvinění (či jenom náznaků) z předstírání nemoci či její závažnosti, vždy zaznívaly beznaděj a rozhořčení.

V popisovaných případech se vedle dětí s virózami (kde lékař předpokládá, že se dítěti nechce do školy) jedná třeba i o pacienta se závažnou dědičnou nemocí, která má fatální vliv na jeho kognitivní i motorické schopnosti. Časté vyústění uvedených situací

spočívalo v tom, že se zdravotní stav jedince dramaticky zhoršil a potom musel na pohotovost, případně mu nedostatečná léčba způsobila další zdravotní komplikace.

„Já jsem šla taky s ňou [s dcerou – pozn. autora] minule na pohotovost tady na dětském. Měla horečky a měla zánět nosohltanu, tam mi řekli jenom paralen. ‚No, dejte jí paralen.‘ Ale aby ju vyšetřili nebo něco, tak nic. A řekla jsem, že má asi zánět, že nemůže ani jest, nic. A oni nic, že to bude asi zánět nosohltanu, takže jenom čípky toho paralenu. A pak jsem s ňou jela do [název jiného města] a tam jí dali okamžitě hned ty antibiotika na to všechno.“

(Romka v SVL)

„Tak já jenom na kontroly někdy chodím tam. Nemám problémy žádný, jdu sem tam na kontrolu. Jinak to je v pohodě. Ale tady ta [lékařka – pozn. autora]... Víím, že aji ten starší syn tam jednou byl a taky ho vyhodila, že simuluje. Já jsem s ním musela jít pak tady na pohotovost. A nejenom jeho, hodně těch Romů jako.“

(Romka v SVL)

„Dcera měla chlamydie [plicní – pozn. autora], ona [lékařka – pozn. autora] ji posílala taky do školy. Ona říkala: ‚Nemá teplotu, půjde do školy.‘ A potom jsme šli na ORL, tam ju poslal na odběry a zjistil, že má chlamydie. Bo často je nemocná dcera. Má alergickou rýmu, má pořád něco. Takže ona ji posílala do školy. Takový přístup, když vidijou Romku. Že prostě nechce chodit do školy, to oni si tak berou nás. Nechceme chodit do školy, do práce nechceme chodit, víte, tak oni nás berou. A potom se zjistilo, že ten stav se ještě zhoršil, té dcery.“

(Romka v SVL)

V následující citaci byl participantovi přehodnocen invalidní důchod z nejvyššího stupně invalidity na nižší, přičemž jeho nemoc je charakteristická právě chronicitou a zhoršujícími se příznaky.

Partner: „Rok co rok je to horšie a horšie, no. Nemoc, zrak, sluch, paměť troška se ztrácí a takhle. Když jdu třeba k doktorce, řeknu, že jsu celou noc [vzhůru kvůli bolestem – pozn. autora] nebo tak – ona mi to neuvěří. Ona mi neuvěří, že třeba to tělo mě bolí. (...) V tramvaji, když jedu třeba autobusem, jsou tam ty dlažební kostky, tak v autobuse nevydržim. Já si musím stát. To já sedět nevydržim. Ten autobus skáče a já už nevydržim. To tak bolí, že to až mi naskočí slzy z toho. A když to řeknu doktorce... tak mi to neuvěří. Ale ať si to zkusí vona, tu nemoc.“

Partnerka: Voni si myslijou, že my Romové, že simulujeme, že si to [onemocnění/postižení/úraz – pozn. autora] uděláme schválně. Oni si myslí ‚oni chtějí peníze‘ možná, tak oni schválně říkají toto.“

(Romové v SVL)

Někteří Romové v SVL si také stěžovali na zanedbání péče ze strany zdravotníků, přičemž v případech, které popisují, měla zanedbaná zdravotní péče fatální vliv na zdraví pacientů, v některých případech došlo až k jejich úmrtí. Participantů stejně jako

v předchozích případech z toho vyvozují, že příčinou toho, proč lékaři nejednali, tak jak by si to účastníci představovali, byla jejich etnicita – romské zdraví a životy nepředstavují pro zdravotníky prioritu.

„Já jsem měla švagra, on byl vyučený zedník. On dělal, tam někde zůstával i sobotu, neděli. A ono mu otekly strašně nohy, bolely ho záda. Tady to je manželův synovec, takže víme, že tedkon měl 30 roků. Jeho manželka mu zavolala záchranku, sanitku mu volala, oni bydleju hned v [název vesnice]. Oni ho dovezli tady do [název města] – já jsem se dozvěděla od druhé paní, že on si na to bere prášky na to ředění krve. Tak oni mu vůbec neposkytli tu pomoc, jako doktoři. Viděli, že mu otekly nohy, a na chodbě tam zkolaboval a zemřel. Tak takový tedka máme... Už víme, že to je takový, že jak oni vidějou Roma... Takže oni tu takovou pomoc nedávajú Romům.“

(Romka v SVL)

„Já nevím, jestli je to tím příjmením, nebo tím, že mají špatný zkušenosti s lidma. Já vůbec nevím, nerozumím tomu. Nebo si říkám, pokud nedám šanci někomu, nemůžu zjistit, jestli je to tak, nebo ne, rozumíte? Prostě jste Rom, končíte. (...) Já si myslím, že ty Češi to mají někdy těžký. Ale Romové to mají mnohem těžší už proto, že jsou Romové. To já mám plno zkušeností.“

(Romka v SVL)

Zákon o zdravotních službách uvádí základní důvody, kdy lze odmítnout pacienta – jedná se především o situace, kdy má lékař plnou kapacitu, případně nedostatečné personální nebo technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení, nebo skutečnost, že pacient není pojištěncem zdravotní pojišťovny, s níž má poskytovatel/lékař uzavřenou smlouvu. Ve všech ostatních případech je zdravotník povinen poskytnout pacientovi zdravotní služby. Přesto dva účastníci popsali zkušenosti, kdy zdravotník neposkytl lékařskou péči.

„No, neradi, a někteří už ani k ní nejdou. Že ,tak když se vám nelíbí, tak si najděte jinýho doktora'. A každé jí říká: ,No, tak proč bysme si hledali jinýho, kam bysme kdesi dojížděli, když tady má být doktor a máme nárok na to, abyste nás ošetřila.' – ,Mě to nezajímá, Vy simulujete a...' Asi čtyři pět případů, co lidi vyhodila, a takhle se chová. Mě sice osobně nevyhodila, ale ty druhý lidi, co každý si na ňu stěžuje. A vím, že ona je taková povrchní, to vím. Každý si na ňu stěžuje tam, celá [název obce], celá [název další obce].“

(Romka v SVL)

„My jsme zavolali jednu sanitku, stala se taková věc – jak jsem říkala, že tady mají špatný ten kolektiv, mezi něma tam ty gadže, co tam jsou, tak je napadli a nás, co jsme zavolali sanitku, nevyšetřili. Co bratr byl, jak se říká, v kómě už, to nevyšetřili, ale vyšetřili je, gadže. A švagrová

tam začala řvát, že je tam vyšetřujou, když ona zavolala sanitku, že její manžel tam je v kómě a že ho nevyšetříjou."

(Romka v SVL)

Kapitola výše ilustruje situace, které Romové žijící v sociálním vyloučení hodnotí jako diskriminační z hlediska poskytování zdravotní péče, případně diskriminační v přístupu ke zdravotní péči. Hlavní překážku v přístupu ke zdravotní péči představuje registrace u lékařů. Většina participantů měla zkušenost s tím, že je lékař odmítl, přičemž někteří zdravotníci byli velmi explicitní a výslovně se vyjádřili, že nechtějí přijímat romské pacienty, taková praxe ale je v rozporu s platnými zákony. Při samotném poskytování zdravotní péče se Romové a Romky setkávali s předsudečnými výroky a dle svých vyjádření rovněž s druhořadou zdravotní péčí.

Diskriminace ve zdravotní péči v perspektivě dalších aktérů

Rozhovory s dalšími aktéry do jisté míry potvrdily svědectví Romů v SVL – sociální pracovníci dokladovali jednotlivé případy nerovného či neprofesionálního zacházení ze strany zdravotníků a samotní zdravotníci se o Romech vyjadřovali velmi kriticky, až opovržlivě, měli sklon hodnotit oblasti života Romů, které se nevztahují ke zdravotní péči, a velmi často mluvili o zneužívání zdravotní péče ze strany Romů. V řadě případů tak čeští zdravotníci (ale i někteří sociální pracovníci a jiní stakeholderi) vykreslovali obrazy „druhých“ – těch necivilizovaných, nezodpovědných, nekompetentních, kteří špatně zachází se svými těly a životy.

Někteří ze zúčastněných aktérů uváděli, že v případech, kdy je Romům odepírána zdravotní péče, případně se jim nedostává rovného zacházení či profesionálního jednání od příslušných pracovníků, nemusí být na vině rasismus zdravotníků, ale může se jednat o „nedobré předchozí zkušenosti s romskými klienty“, „vyčerpání/únavu zdravotnického personálu“ nebo možnost, že daní zdravotníci mohou nedobře reagovat na tzv. problémové pacienty.

Jedno z možných vysvětlení, proč k popsánému dochází, naznačují data pocházející z již staršího výzkumu sociální distance vůči Romům dle studentů jednotlivých fakult právě na Univerzitě Palackého v Olomouci (Ryšavý, 2003), kde nejvyšší míru sociální distance vůči Romům výrazně vykazují právě studenti lékařské fakulty. Jako jeden z možných výkladů autor uvádí hypotézu, že sociální distancí studentů vůči „odlišným“ lidem může ovlivňovat míra, v jaké se v daných oborech uplatňuje normativní přístup, nebo se za normu považuje názorová otevřenost a diskuse. Normativnost lékařských oborů (zdravý jedinec jako norma) tedy může vést k vyšší kulturní a etnické uzavřenosti studentů medicíny a vyšší sociální distancí (Ryšavý, 2003).

Další možnou příčinu nebo alespoň podstatnou okolnost představuje skutečnost, že etnická diskriminace ve zdravotnictví není v České republice významně tematizována, což potvrzují také právničky z Odboru rovného zacházení Kanceláře veřejného ochránce práv – uvádějí pouze jeden případ soudního sporu, který se týkal etnické diskriminace v poskytování zdravotní péče. Na daném příkladu rovněž demonstrují, že

při diskriminaci ve zdravotní péči je významnou překážkou nedostatek důkazů – daný soudní spor byl postaven na situačním testování⁶.

„Tam totiž bývá často... Nebo obecně tady u té obrany bývá problém v důkazní situaci, že pokud ten člověk s tím vysloveně nepočítá předem a nenahraje si to, tak prakticky nemá možnost..., jak dokázat, že to tak skutečně bylo. A právě tady u té zubařky, tam nejdřív se chtěl zaregistrovat ... manžel, toho nevzala, tak potom tam došli z té neziskovky, jako jeho manželka, která byla taky Romka, kterou odmítla ta zubařka teda zase jako přijmout s tím, že má plno. Hned po ní tam šel v rámci testování nějaký neromský zaměstnanec té neziskovky, kterého v pohodě přijala. (...) A měli skrytou kameru, na kterou to natočili, díky tomu se to vlastně podařilo prokázat. Takže jediné, když s tím člověk počítá, tak potom se může bránit.“

(právnička)

Dále participantky odkazovaly na výzkum *Diskriminace v ČR: oběť diskriminace a její překážky v přístupu ke spravedlnosti*, který Kancelář veřejného ochránce práv realizovala v roce 2015. Jedním z hlavních zjištění je skutečnost, že míra neoznamování diskriminace dosahuje více než 90 % z řady důvodů (nedůvěra, že by dané instituce mohly případ vyřešit; nedostatek důkazů; nedostatek informací, ale i obavy z negativních důsledků oznámení diskriminace), přestože se s diskriminací v různých podobách setkal každý desátý respondent z uvedeného výzkumu.

Stížnostní mechanismy ve zdravotnictví navíc kladou značné nároky na potenciální stěžovatele.

Stížnostní mechanismy ve zdravotnictví

Pokud je pacient vystaven diskriminačnímu jednání či nerovnému zacházení, může buďto podat žalobu k soudu, anebo podat stížnost. Žalobou může poškozený požadovat omluvu nebo odškodnění od poskytovatele zdravotních služeb. Soudní řízení s sebou ovšem nese značné finanční náklady (které zpravidla nemohou lidé žijící v SVL investovat) a verdikt soudu může rovněž přijít až po letech. Podáním stížnosti či jiného podání může oběť diskriminace či nerovného zacházení dosáhnout prošetření záležitosti, a pokud je to možné, i napravení situace.

V případě, že podává oběť diskriminace stížnost, tak ji musí nejprve směřovat na samotného poskytovatele zdravotních služeb, tedy přímo dotyčnému zdravotníkovi (vedoucímu lékaři), a pokud se jedná o nemocnici, tak podává stížnost samotnému

⁶ Jedná se o postup, jehož cílem je zjišťování a prokazování diskriminačního jednání. Vytváří se situace, kdy osoba příslušející k osobám, které se mohou v daných kontextech potýkat se znevýhodněním (z důvodu věku, etnicity, genderu, zdravotního postižení aj.), se cíleně vystaví možnému diskriminačnímu jednání, aniž by možný původce diskriminace věděl, že je jeho jednání sledováno. Blíže zde: Využití situačního testování ve věcech práva na rovné zacházení a ochrany před diskriminací, 2021 [online]. Brno: Ombudsman. [Cit. 4.2.2020]. Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/diskriminace/pomoc-obetem-diskriminace/situacni-testovani/>

řediteli nemocnice. Pokud není poškozený s vyřízením podnětu poskytovatele spokojen, podává následně stížnost na zřizovatele zdravotních služeb, tedy nejčastěji na příslušný krajský úřad. Stížnost musí krajský úřad vyřídit do 30 dnů, pokud neustavuje nezávislého odborníka nebo nezávislou komisi, která dané podání prošetří. Pokud krajský úřad shledá, že stížnost byla odůvodněná, může požadovat nápravu situace či alespoň zabezpečit, aby se pochybení v budoucnu neopakovalo. Zřizovatel však nemůže poskytovateli nařídít odškodnění poškozeného, takové rozhodnutí náleží jedině soudu.

V případě, že krajský úřad nekoná v souladu s příslušnými právními předpisy, tak se může dále stěžovatel obrátit na Kancelář veřejného ochránce práv, kde postup krajského úřadu prošetří.

Z popisu stížnostních mechanismů v tabulce výše je zřejmé, že pro lidi žijící v sociálním vyloučení může být přinejmenším velmi komplikované domoci se nápravy či odškodnění, pokud jsou oběťmi diskriminace či nerovného zacházení. Romové žijící v SVL zpravidla nedisponují prostředky, které by mohli investovat do soudního sporu, přičemž vedle finančních nákladů je třeba zvažovat i časovou náročnost. Rovněž podávání stížnosti na poskytovatele zdravotních služeb může být pro stěžovatele nepříjemné a stresující, v první řadě kvůli tomu, že stížnost předává samotnému poskytovateli, na nějž si stěžuje, a sice člověku, který jej sám vystavil diskriminačnímu či nerovnému zacházení. Stejně tak následný postup podávání stížnosti ke krajskému úřadu se nemusí obejít bez komplikací – v případě Olomouckého kraje byly příslušné informace k dohledání jen po zdlouhavém vyhledávání na webových stránkách krajského úřadu. Samotné informace pro případné stěžovatele byly rovněž podány nepříliš intuitivní formou s důrazem na právní úpravu namísto přehledného návodu, jak postupovat⁷.

Z rozhovorů mezi primárními aktéry také vyplynulo, že sami dosud nepodávali stížnosti na poskytovatele či zřizovatele zdravotních služeb a nemají ani povědomí o tom, jak a kam by případné podněty mohli směřovat. Ostatně, jak potvrzují zástupkyně z Kanceláře ombudsmana, ani řada profesionálů není dostatečně informována o možnostech stížností na diskriminaci ve zdravotní péči.

„Ale ono další věc je podle mě to, že spousta lidí neví o tom, že je možné podávat stížnosti, nejprve tomu lékaři nebo zdravotnickému zařízení a pak na krajský úřad. Když to přednášíme třeba i právníkům, advokátům, tak se tváří, že o tom nevěděli.“

(právnička)

Na následujících řádcích uvádíme téma diskriminace v přístupu ke zdravotní péči a v poskytování zdravotní péče v perspektivě samotných zdravotníků (lékařů, zdravotních sester či záchranářů), což doplňují pohledy dalších zúčastněných aktérů v oblasti

⁷ *Stížnosti proti postupu poskytovatele zdravotních služeb*, 2020 [online]. Olomouc: Olomoucký kraj. [Cit. 4.2.2020]. Dostupné z: <https://www.olkraj.cz/stiznosti-proti-postupu-poskytovatele-zdravotnich-sluzeb-cl-352.html>

přístupu Romů žijících v SVL ke zdravotní péči (sociální pracovníci, úředníci samospráv, učitelé, psychologové, terapeuti a další).

Stejně jako předchozí kapitolu strukturujeme oblast diskriminace ve zdravotnictví v perspektivě dalších aktérů na přístup ke zdravotní péči a dále na samotné poskytování zdravotní péče.

Diskriminace v přístupu ke zdravotní péči

Romové v SVL, s nimiž jsme vedli rozhovory, uváděli právě odmítnutí při registraci u lékaře jako nejčastější překážku v přístupu ke zdravotní péči. Zdravotníci dle zkušeností primárních aktérů odmítali registrovat romské pacienty, přičemž jako důvody uváděli plnou kapacitu, nebo dokonce otevřené odmítnutí romských klientů s odkazem na předchozí špatné zkušenosti s jinými Romy. Podle očekávání se nám nepodařilo získat rozhovor s lékařem, který odmítá romské pacienty (tedy porušuje platné zákony a profesní standardy). Uvádíme tedy zkušenosti jiných stakeholderů, nejčastěji sociálních pracovníků, kteří sami byli svědky toho, když zdravotníci odmítali registrovat romské klienty. U ostatních stakeholderů přibližujeme alespoň jejich postoje k tématu, které ve výsledku přesvědčivě vyjevují, v jakých kontextech někteří zástupci zdravotníků, ale i jiní stakeholderi uvažují o Romech a vlastních interakcích s Romy a s Romkami.

Sociální pracovníci popisovali zkušenosti, které byly komplementární s tvrzeními primárních aktérů. S odmítáním registrovat romské pacienty se setkávali pravidelně. Nejbarvitější zkušenosti měli zástupci zdravotně sociální pomoci, tedy pracovníci, kteří se přímo věnují sociální práci v oblasti péče o zdraví. Významnou část jejich činnosti tvoří právě asistence při shánění ošetřujícího lékaře, ať už praktického lékaře, zubaře, gynekologa, či odborného lékaře.

„Anebo pak jsou zas doktoři, a to se taky stává, že už mi na rovinu řeknou hned do telefonu: ‚Nezlobte se, ale paní doktorka má špatnou zkušenost s romskou komunitou a prostě nebereme, ne, ne.‘ A teď třeba jsem volal nedávno – před nějakou dobou vnučka klientky čekala dítě, už teda porodila –, a tak jsme domlouvali dopředu, aby pak jako měla kam s tím dítětem jít k pediatrovi. A to jsem volal té sestře a říkám: ‚Dobrý den, budu tady mít prvoroďičku, která shání pediatra pro dítě.‘ Jestli by ji vzali. A sestra: ‚Jo, žádnéj problém.‘ A: ‚Proč voláte vy?‘ Říkám: ‚No, paní nemá telefon.‘ – ‚Aha.‘ A pak přišlo na otázku: ‚Počkejte, a není paní náhodou Romka?‘ Říkám: ‚No je. A je to problém?‘ – ‚Ne, ne, nezlobte se, nezlobte se, to ne, to ne.‘ Tak chvíli jsme vedli diskuzi. Říkám: ‚Prosím vás, tak jako co je to za problém, protože paní je Romka, tak to znamená, že se tam jako co, co se děje?‘ Tak říká: ‚Nemáme s tím dobrý zkušenosti.‘ Já říkám: ‚Podívejte, paní je úplně normální, je sice Romka, ale je slušně vychovaná a prostě potřebuje doktora.‘ Tak jsme chvíli jako debatovali a nechala se teda... A říká: ‚Tak to s ní zkusíme? Myslíte teda, mám vám věřit? Mám jí dát šanci?‘ Říkám: ‚No, já bych jí šanci dal.‘ – ‚No, tak jo, tak mi na ni teda nadiktujte, a až se to narodí, tak zavolejte a objednáme to, objednáme vás na termín.‘“

(terénní sociální pracovník)

„Já jsem volal za jednu klientku, snažil jsem se ji objednat k doktorce, která je tam poblíž, a sestra normálně: ‚Dobrý den.‘ Já říkám: ‚Dobrý den, tady je [jméno], sociální pracovník. Já mám tady jednu klientku.‘ A najednou paní začala: ‚Haló? Haló? Haló?‘ A položila to. Tak jsem volal normálně podruhé hned. Říkám: ‚Nějakej asi výpadek nebo něco.‘ Tak znovu se představila sestra a já říkám: ‚Dobrý den, tady je [jméno], sociální pracovník, ještě jednou, nám to asi vypadlo.‘ – ‚Haló, neslyším vás, haló.‘ Tý, tý, tý. A opravdu takhle mi to dvakrát... Už věděla, o co běží, že tam budu se ptát na to, jestli tam někoho mi zaregistruje, tak mi dělala prostě hluchou.“

(terénní sociální pracovník)

„A často právě během tý registrace... Ono je rozdíl, když zavolá klientka a řekne: ‚Zdravím, tady [příjmení Romky v SVL], já bych potřebovala děcka k doktorovi, jestli byste mi vzala.‘ Jo, tak na tudletu reakci už úplně vidím, jak se jim tam ježí vlasy a říkají si: ‚Jé, zase další taková, pak mi tady budou běhat děcka, dělat bordel v ordinaci, a na to nemám.‘ Takže to rovnou jim říkají: ‚Nezlobte se, my máme plno.‘ A pak je druhý scénář, kdy voláme my: ‚Dobrý den, sociální pracovník. Já mám klientku, má tři děti, potřebovali bysme zaregistrovat u pediatra. Máte ještě jako kapacitu?‘ Tak pokud rovnou neřeknou, že ne, protože už to, že volá sociální pracovník, je pro ně nějaká zpráva... A třeba se hned zeptají: ‚A proč si paní nezavolá sama?‘ – ‚No, ona třeba nemá telefon, tak volám já.‘ Anebo paní sháněla, prostě už obešla x lékařů, nemůže nikoho najít tady v lokalitě, tak mi řeknou: ‚No, a paní je odkud?‘ A já řeknu: ‚No, paní je z [název ulice].‘ A jakmile už jsou to třeba čtyři zastávky, je to kousek, a řeknou: ‚Nezlobte se, ale paní to tam má poblíž přece.‘ A teď mi třeba začnou jmenovat další čtyři doktory, co tam jsou v tom nejbližším okruhu. Říkám: ‚Vždyť to jsou čtyři zastávky.‘ – ‚Ne, ne, to zkuste ještě obvolat.‘ Já jim to říkám: ‚Já už jsem všechny obvolával a ti už mají plno taky.‘ – ‚No, tak to se nezlobte. To je mi líto, ale ne.“

(terénní sociální pracovník)

„Tak určitě i zkušenost tady s tímhle [odmítáním romských zájemců o registraci u lékaře – pozn. autora] je, protože hlavně nejenom u těch praktických lékařů, ale i u těch odborných lékařů, kteří jsou schopni – když řeknu třeba zubaře – říct, že mají plnou kapacitu, a přitom víme o tom, že berou. Takže potom třeba ta dostupnost lékařů je v těch větších městech, kam oni už nedojdou a je to problém. Protože docestovat někam do cizího města, navíc hromadnou dopravou a podobně, tak to je velký problém.“

(pracovnice podpory zdraví)

Diskriminace v poskytování zdravotní péče

V předchozí kapitole jsme popsali, jak Romové v SVL popisují chování zdravotnického personálu, stěžovali si na nepříjemné pohledy, urážlivé či přezíravé jednání. Doklady

pro to, že se může jednat o odůvodněná tvrzení, nám v rozhovorech doložili i sami zdravotníci.

Sami zdravotníci (i další aktéři) nám potvrdili, že ať už oni sami, nebo někteří jejich kolegové reagují na romské pacienty jinak než na ostatní pacienty, zejména v případech, kdy ví, že budou v daný čas s romskými pacienty pracovat. Jedná se o vědomou, či nevědomou změnu jednání zdravotníků ve vztahu k Romům, která se může projevovat různými způsoby dle jednotlivých aktérů, nejčastěji jsou v takových případech zdravotníci ostražitější, kritičtější, přísnější, odtažitější či méně vstřícní, než by byli při jednání s neromskými pacienty.

„Taky záleží, když ta posádka ví, že jedou k cikánům, takže už se k nim chovají třeba jinak, stává se to. Lhal bych, kdyby ne... Jen některý posádky jsou na to za ty léta už háklivější, protože s nima mají špatný zkušenosti, takže už s tím tam jedou, že ví, že bude zle... Pokud stačí, já nevím, nějaké cikánské, typické cikánské jméno, tak už se tam jede s tím, že se předpokládá, že budou problémy. Takže už tam jdeme a jsme víc ve střehu, prostě nepustím si nikoho za záda, snažím se co nejvíc vylidnit to místo toho zásahu... Protože oni [Romové – pozn. autora] mají ve zvyku se celá rodina všichni nahrnout do jedné malé místnosti, aby to všichni viděli, potom vznikají problémy... Protože ‚proč jste mu nenatočili EKG‘, když má zlomenou ruku, třeba, jo, příklad.“

(pracovník zdravotnické záchranné služby)

„Dokážu si představit to, že tím, jak jsme mluvili o tom, že ten projev [Romů/Romek – pozn. autora] vypadá jako takový akcentovanější, je dramatičtější, že to prostě část zdravotníků může iritovat a že pak ta péče není taková jako lidská, přátelská, že je to prostě takové neformální, mechanické, prostě udělat, co musím...“

(psychiatr, adiktolog)

„Ti lidé [zdravotníci – pozn. autora] mají možná špatnou zkušenost, že když přišel nějaký Rom třeba, nebo rodit šli, že mají jako nižší práh bolesti, nedůvěřují, takže jako víc vyvádí. A pak je tam taky to, že když Rom přijde k lékaři a leží tam, tak mají obrovskou návštěvnost, takže to jim [zdravotníkům – pozn. autora] taky vadí. Takže když přijde Rom, tak už mají ten postoj. A když něco se jim nelíbí už na začátku a začnou to řešit, tak to znamená, že dělá potíže. Že si vymýšlí. Takže je to takové, že ten postoj je špatný z té zkušenosti, a pak už se to váže.“

(terénní sociální pracovník)

„Strach z lékařů... No, tak to jako primárně už jenom proto, že oni [Romové – pozn. autora] se bojí odmítnutí, že je odmítají všichni, už jenom kvůli tomu třeba, že prostě smrdí, já nevím, že jsou špinaví, smrdí od cigaret, jsou takoví a takoví. Tak oni ty obavy z odmítnutí tam jsou a ti lékař to dávají najevo samozřejmě, a nejenom lékaři, ale i zdravotní sestry. Už jenom když přijde někdo takovej, už si berou okamžitě preventivně rukavice a roušky, i když to není zapotřebí. Takže to je takový jako stigma [být Romem/Romkou – pozn. autora].“

(zdravotní sestra)

V některých případech mohlo chování zdravotníka souviset také s tím, že pacient využíval sociální službu, případně se mohlo jednat o další přidružený faktor vedle etnicity pacienta. Popisované jednání lékařů se ale shoduje s dalšími popisy výše popsaných výpovědí.

Ik reakcím zdravotníků na přítomnost sociálního pracovníka při návštěvě lékaře – pozn. autora) No, snažím se to nějak v klidu jako říct, že je to potřeba, že prostě paní tomu všemu třeba neporozumí nebo necítí se na to, že si nevěří tam jít sama, že si bude jistější, když tam budu s ní já, že by jako byla ráda a takhle. Ale většinou už od začátku vidím takový to, ten negativní... Jak nasaděj, že jako ,co to je, že tady si s sebou berete, vy sem taky jako, to by potřeboval dneska každé druhé takovýho asistenta'. A pak už ta komunikace pokračuje v tomhle negativním módu..."

(terénní sociální pracovník)

Někteří zdravotníci byli rovněž deklarativně schopni tyto své předsudky (byť třeba podvědomé) reflektovat a být pozorní k tomu, aby neovlivnily jejich úsudek a standard poskytované péče.

„Dejme tomu, mi do služby, do ambulance přijde Rom, je pravda, že tam jako nějaké už předchozí zkušenosti přece jenom naskakují, ale vždycky to se snažím nějak v té hlavě oddělit a prostě aspoň chvíli toho člověka vnímat opravdu s těmi problémy, se kterými ke mně přichází, a podle toho na to reagovat.“

(psychiatr, adiktolog)

Také jsme v předchozí kapitole popsali nestandardní vyšetřování romských pacientů už v čekárně před zrakou ostatních pacientů. Ve své terénní praxi nám tuto zkušenost potvrdili také sociální pracovníci. Stejně tak sociální pracovník popsal zkušenost svého klienta, kdy čeká na ošetření déle než ostatní pacienti, což sami Romové v SVL také zmiňovali.

„Já jsem od jednoho klienta slyšel... Ten chtěl teda přeregistrovat k jinému lékaři z toho důvodu, že on když tam přijde, tak prostě všichni jdou před ním, on furt sedí v čekárně a sestra přijde za ním a změří mu tlak v čekárně. To mi tvrdil, já jsem tomu úplně nechtěl věřit, přišlo mi to trochu... Říkám si: ,To je divný, ne, aby vám měřila tlak v čekárně. To vám snad změří pak vevnitř, když jste v lordinaci – pozn. autora.' – ,Ne, ona tak jako, když jsem tam vždycky byl, tak přišla a měřila mi tlak v čekárně a pak mě tam vzali na chvíli jenom a hned jsem zase šel.' Takže mi popisoval pro něj ponižující nějakým způsobem situaci, kdy on je tam v čekárně, všichni choděj dovnitř, ale jeho ošetření nebo prohlídka začíná už v tý čekárně.“

(terénní sociální pracovník)

Postoje vůči diskriminaci ve zdravotnictví

Postoje vůči diskriminaci ve zdravotnictví se obecně významně lišily od působnosti daných mluvčích, i co se týče jednotlivců. Ne úplně ojedinělý postoj představovala také bagatelizace diskriminačního jednání ze strany zdravotníků. Lidé, kteří bagatelizovali pocíťovanou diskriminaci ze strany Romů, odůvodňovali jednání zdravotníků a argumentovali (ostatně, podobně jako samotní zdravotníci, kteří odmítali registrovat romské klienty) „předchozími špatnými zkušenostmi s romskými pacienty“. Je to ale právě skutečnost, že daný zdravotník usuzuje (byť na základě jakýchkoliv předchozích zkušeností), že poskytování zdravotních služeb Romům obecně s sebou nese nepříjemnosti, která dokládá předsudečnou a potenciálně diskriminační povahu jednání vůči romským pacientům.

„Měl byste spíš s těmi lékaři mluvit, aby vám řekli svoje důvody [proč odmítají registrovat romské pacienty]. Když vám prostě ten doktor řekne: ‚No, voni mně pořezali nový čalouněný sedačky v čekárně a mě to stálo 60 tisíc a já už tady v životě nechci nikoho vidět.‘ Tak je to rasista, nebo to není rasista? Je to naštvanej člověk, kterej už je z toho unavenej... Když vám řeknou [lékaři – pozn. autora]: ‚Voni mně přijdou s pěti kartičkama pojišťovny, protože se nechali čtyřikrát přehlásit, a já to musím deset minut hledat v počítači a mám plnou čekárnu...‘“

(bývalá odbornice na oblast zdraví lidí v sociálním vyloučení)

Někteří ze zúčastněných aktérů uváděli, že v případech, kdy je Romům odepírána zdravotní péče, případně se jim nedostává rovného zacházení či profesionálního jednání příslušných pracovníků, nemusí být na vině rasismus zdravotníků, ale může se jednat nejen o „nedobré předchozí zkušenosti s romskými klienty“, ale také o „vyčerpání/únavu zdravotnického personálu“ nebo možnost, že daní zdravotníci mohou nedobře reagovat na tzv. problémové pacienty.

[o registraci u zubaře] S tím tady rodiče hodně bojují. Oni děcka, děcka prostě, oni je odmítají zubaři, nevím z jakého důvodu, ale myslím si, že to je neukázněnost těch dětí. Protože jak jsem říkala, že maj strach z té bolesti, tak oni prostě se nedokážou natolik zorganizovat, aby prostě slušně seděli v tom křesle, a já si myslím, že on to udělá jednou, dvakrát, a ten zubař ho odmítne.“

(ředitelka základní školy)

„Já si myslím, že tam hraje roli nízká úroveň té zdravotní gramotnosti obecně, ta etnicita samozřejmě, že v nějakých izolovaných případech může hrát roli, ale nemyslím si, že je to až takový obecný problém. Problémový pacient je, pokud je problémový. Tak samozřejmě to máte jak problémový klient v obchodě, prostě ten není nikde primárně oblíbený, pokud je problémový. Pokud není problémový, tak zase tam ta etnicita nehraje roli.“

(odbornice na oblast zdraví lidí v sociálním vyloučení)

Stejně tak i někteří zdravotníci (i jiní stakeholderi) vyjadřovali pochopení pro kolegy, kteří se k romským klientům chovají pokud ne přímo diskriminačně, tak neprofesionálně či urážlivě. Naopak ale daní jednotlivci zpravidla neartikulovali porozumění pro situaci lidí, kteří žijí v sociálním vyloučení (respektive důsledkům, které

ze sociálního vyloučení mohou pramenit a projevovat se právě ve vztahu zdravotníka a jeho klienta, blíže v kapitole 3.4.2.3 Vzájemná komunikace a chování).

„Jak který doktor, některý doktor se to snaží vymluvit, snaží se nějak vyřešit ten problém, snaží se jim to nějak vysvětlit. Některý doktor se sebere, jde pryč, a některý doktor se s něma s chutí pohádá, je to člověk od člověka. Taky záleží, jakou náladu ten doktor má, s jakou náladou už přijde do práce. Když se třeba rozvádí, manželka mu bere děti, bere mu barák, tak už má dlouhodobý stres, tak přijde do práce už s tím, že prostě někde ta kapka přeteče, a on vypustí ten adrenalin. Taky je to jenom člověk, no.“

(pracovník zdravotnické záchranné služby)

Případně si někteří další zdravotníci neuměli dobře představit, že by někteří z jejich kolegů mohli odmítat registraci romským zájemcům o zdravotní péči anebo poskytovat péči v nižším standardu dle etnicity pacienta.

„Nesetkala jsem se s takovým lékařem nebo zdravotníkem, který by tohle dělal. To si myslím, že je i proti naší nějaké přísaze a proti tomu, že chceme lidem pomáhat. Jako to člověk neřeší, protože i člověk s bílou pleť může být pěkná svině, když to tak řeknu, a to nepoznáš. A nejde člověka hnedka jenom proto, že má tmavší pleť... mu říct: ‚Tebe neošetřím.‘ Nebo: ‚Mám plno.‘“

(lékařka)

Významně jemnější profesní nuancovanost projevili jiní aktéři, kteří dokázali v širším kontextu popsat okolnosti jednání obou stran, jak u Romů a Romek v SVL, tak u zdravotníků rozpoznat různé úrovně nerovného zacházení a toho, jak mohou sami Romové diskriminaci či nerovnému zacházení rozumět.

„Jakoby Romové v tomhleto ohledu jsou třeba tou nejcitlivější částí společnosti (...) Jsou třeba málo vzdělaní a tak dál. Tak to by vůči nim i jakoby taková určitá komunikační pečlivost byla mnohem ještě důležitější a potřebnější. Nicméně možná ten způsob komunikace není rezervovat právě Romy, protože to není diskriminace, ale prostě nějaká jakoby nekvalita nebo nedostatečné komunikační standardy toho určitého lékaře. (...) Pak jsou některý věci, který jsou interaktivní tady v tom ohledu. To jsou třeba situace, kdy si Romové stěžují, že o ně nestojí lékař, nechce je brát, třeba uprostřed té lokality nechce brát další [romské pacienty – pozn. autora], protože jich tam má spoustu [v registraci – pozn. autora]. Nechce brát další a z jeho hlediska on nediskriminuje Romy. Ale je pro něj strašně nevýhodné brát třeba klienty, kteří potom nedodrží tu preventivní péči. Protože on jakoby ztrácí tu bonifikaci. To potom vytváří takovej vztah, kterej vypadá, že tady je obrovské balík diskriminačního jednání vůči chlapovi, kterej celej život léčil Romy. (...) Samozřejmě potom na té druhé straně je potřeba komunikovat s těmi lékaři právě o nějakých standardech komunikace, standardech nediskriminace.“

(odborník na sociální vyloučení a manažer neziskové organizace)

V této kapitole jsme popsali diskriminaci ve zdravotní péči v perspektivě dalších zúčastněných aktérů. Výpovědi sociálních pracovníků i některých zdravotníků potvrdily zkušenosti Romů a Romek žijících v sociálním vyloučení, kteří vypověděli, že se setkávají se zamezováním v přístupu ke zdravotní péči a se dvojitým standardem jejího poskytování. Žádný zdravotník nám dle očekávání neuvedl, že by se dopustil diskriminačního jednání, ale někteří zdravotníci popsali praxi dvojího standardu poskytované péče, jak ji znají od svých kolegů či z jiných pracovišť. Uvedli jsme také postoje dalších zúčastněných aktérů, kdy významná část respondentů bagatelizovala diskriminační či nerovné zacházení, a naopak jenom málo dalších zúčastněných aktérů (vyjma sociálních pracovníků) dokázalo vyjádřit pochopení pro socioekonomickou situaci Romů v sociálním vyloučení ve vztahu k přístupu a poskytování zdravotní péče.

Bariéry v dostupnosti zdravotní péče byly Romy v SVL a také ostatními aktéry identifikovány podobně, ale příčiny těchto bariér byly vnímané odlišně. V rozhovorech s Romy v SVL byly často zmiňovanými tématy důvěra k lékaři a léčbě, strach z diagnózy a bolesti, geografická a finanční dostupnost zdravotní péče. Ostatní aktéři reflektovali zejména témata funkční a zdravotní gramotnosti, ale také důvěry.

Obě skupiny respondentů identifikovaly bariéry v obou směrech zdravotní péče. V rozhovorech s ostatními aktéry ale dominoval názor, že zásadními bariérami v přístupu k zdravotní péči u Romů v SVL je jejich zdravotní a funkční gramotnost, tj. bariéry na straně příjemců.

Vzájemné nepochopení vnáší do průběhu léčby a zdravotní péče další a další potenciálně konfliktní situace. Otázce kulturní kompetence a komunikace se v našem zdravotním systému nevěnuje dostatečná pozornost, a přitom by tyto kompetence mohly zmírnit napětí při komunikaci se specifickými skupinami pacientů a soustředit pozornost na léčebný postup, a ne na komunikační nedorozumění.

Výrazně problematické se jeví nerovné zacházení či pocíťovaný dvojitý standard na úrovni chování zdravotníků vůči Romům ze SVL. Romové v SVL se s diskriminací setkávají jak na úrovni přístupu ke zdravotní péči, tak na úrovni jejího poskytování. Projevy zdravotníků během interakce s pacienty byly Romy v SVL často popsány jako nepřijatelné, vyskytovaly se kritické a hodnotící poznámky, ale například i nepřijemné pohledy. Chování zdravotníků bylo často vnímáno jako drzé, přezíravé, přísné, nepřijemné či arogantní.

3.4.4 Důsledky bariér na čerpání zdravotní péče

V rozhovorech s Romy v SVL a s dalšími aktéry byly zmiňovány přístupy cílové skupiny, které se do jisté míry vymykají běžnému čerpání zdravotní péče. Přičemž je tím méně dávaní přednosti jinému řešení, než je při zdravotních potížích návštěva svého praktického lékaře (není tím méně využívání tzv. alternativní medicíny, které se v rozhovorech neobjevovalo). Tyto jiné strategie se velmi úzce vážou na bariéry v dostupnosti zdravotní péče popsané v předchozí části této kapitoly. Zjištěné bariéry, ať už na straně příjemců, či poskytovatelů, zdravotní péče jsou pravděpodobně příčinou využívání těchto „jiných strategií“ v přístupu ke zdravotní péči. Výzkumný tým při analýzách rozhovorů mezi tyto strategie zařadil odklad řešení zdravotních problémů, samoléčbu (která často navazuje na odklad a znamená užívání volně prodejných léků či zbytků léků z předchozí léčby), konzultace v lékárně pro samoléčbu či stanovení diagnózy – tyto strategie se objevují nejčastěji. Pokud tyto přístupy nestačí, pak Romové v SVL využívají pohotovostní službu anebo zdravotnickou záchrannou službu.

Je zde třeba uvést, že ačkoliv v rozhovorech byly tyto přístupy zmíněny u většiny romských participantů i dalších aktérů ve vztahu k Romům, všechny uvedené způsoby se také objevují i u majoritní společnosti. Míra využití těchto strategií a rozdíly mezi majoritou a Romy v SVL ale nebyly v rámci tohoto projektu zkoumány. Z množství bariér v dostupnosti zdravotní péče, se kterými se Romové potýkají, se dá ale předpokládat, že výskyt těchto „jiných strategií“ bude vyšší než u většinové populace.

Dále toto téma využití jiných strategií velmi úzce souvisí i se schopností vnímat a naplňovat své zdravotní potřeby, která je u Romů v SVL také oproti majoritě snížena z různých důvodů (viz kapitola

3.2.3.3 Zdravotní potřeby Romů žijících v sociálním vyloučení). Tato snížená schopnost může také podstatně přispívat k některým těmto strategiím, zejména k odkladu čerpání zdravotní péče.

Odklad řešení zdravotních problémů

Jedná se o vědomé neřešení zdravotních potřeb, které se v rozhovorech objevovalo u některých participantů. K odkladu čerpání zdravotní péče, až k úplnému neřešení zdravotních potřeb, které by se dalo považovat za extrémní podobu odkladu, participanty z řad Romů v SVL vedly různé důvody, z nichž většina spadá do bariér v čerpání zdravotní péče (místní a finanční dostupnost, diskriminace) anebo těch na straně Romů v SVL (strach, nedůvěra k přístupu zdravotníků, zdravotní gramotnost). Tyto bariéry jsou podrobněji rozpracovány viz kapitola 3.4 Bariéry v přístup ke zdravotní péči. Z některých výroků je patrné, že odklad může vést až k vážnému zanedbání řešení zdravotních problémů a pravděpodobně významně přispívá ke kratší délce života Romů, kteří se u nás dožívají v průměru o 10 až 15 let méně (Úřad vlády, 2017), přičemž větší rozdíl je u žen (Davidová, 2011).

Io tom, proč Romové v SVL nečerpají zdravotní péči!

Romka v SVL: „Někteří jdou, ale nechcou jako. Protože když se ty lidi takhle chovaj k tým Romům, tak oni nechcou chodit po doktorech... Jako je většina případů, když už musí, tak de. Ale jinak když vy budete

vědět, že jste někde odmítnutý nebo se k vám chovají arogantně, hnusně, tak radši se tomu vyhnete, že. Radši si koupí v lékárně nějaké prášky nebo něco a ani třeba nejdou, že."

Tazatel: *"Takže si to pořeší tak, že si zajdou do lékárny?"*

Romka v SVL: *"Jasně, něco si koupí, zeptaj se, co a jak, no. A když je to nutný, tak dou aji na pohotovost. Protože jak třeba v té [název obce], tak tam už ani nejdou, ty lidi, co je třeba vyhodila, že simulujou a takové kecy."*

(Romka v SVL)

Tazatel: *"Když tě bolí zub, tak jdeš k tej [zubní lékařce – pozn. autora], či jdeš na pohotovost do nemocnice?"*

Dcera: *"Když je sobota, tak jdu do nemocnice... Ne, nejdou."*

Matka: *"Protože se bojí."*

Tazatel: *"Takže normálně chodíš za svým zubařem?"*

Dcera: *"Jenom někdy."*

Tazatel: *"Jenom někdy znamená, jenom když tě něco bolí?"*

Dcera: *"Aj když mě to bolí, tak jsem doma."*

(Romky v SVL)

"Můj děda, on měl strach úplně panickéj. A ten měl taky problémy. Cévy měl ucpaný. Tak měl taky jít na operaci, nešel a pak nakonec umřel. Měl strach. On: 'Né, já nejdou nikam, vůbec, ono to přestane.' Nebo já nevím, jak on to říkal, něco takovýho, že. Nakonec nešel. A ti doktoři mu říkali: 'Když půjdete, tak vám můžeme prodloužit ten život.' A on jim asi nevěřil, nebo já nevím. Umřel na to, no."

(Romka v SVL)

"Tedka máme třeba tady kamaráda, on má zítra pohřeb, 45 let. Měl něco se srdcem. Oni mu nabízeli první jít na operaci, ale on to odmítl, protože se asi bál. Má doma děti, že. No, a nakonec umřel."

(Romka v SVL)

K odkladu čerpání zdravotní péče se v rozhovorech spontánně vyjadřovala i většina dalších zapojených aktérů. Zmiňovali tento přístup podstatně častěji než samotní Romové žijící v SVL a přikládali mu asi největší váhu oproti ostatním zde zmiňovaným jiným strategiím. Někteří uváděli, že Romové prostě méně čerpají zdravotní péči než majorita. Sami Romové naopak mnohem častěji mluvili o návštěvě zejména praktických lékařů než o odkladu čerpání zdravotní péče. Tento fakt ale nemusí znamenat, že k odkladu dochází méně, ale spíše že tato strategie u některých z nich může být nevědomá.

Další aktéři také byli schopni tyto situace jasněji popsat, včetně pravděpodobných důvodů, které k nim vedou. Většina zmiňovala jako důvod to, že Romové v SVL řeší zejména jiné, existenční problémy, kvůli nimž odkládají čerpání zdravotní péče. Jiní popisovali bariéry v dostupnosti zdravotní péče jak na straně příjemců (strach, stud, nízkou zdravotní gramotnost, názory a přesvědčení), tak na straně systému (finanční dostupnost). Specifický je odklad řešení problémů u závislostí.

Ojediněle se vyskytovaly výroky, zejména u zdravotníků, ze kterých bylo znát nepochopení či neporozumění ze strany pomáhajících odborníků tomu, proč Romové v SVL odkládají čerpání zdravotní péče.

„Kolikrát třeba, když řešíme nějakýho lékaře a má dojít k doprovodu, například mám vzít paní s dětma k pediatrovi, musí jít prostě na očkování. Tak jsme tam objednaní už třeba potřetí. Přijdu a znovu to zase nedopadne, třeba ten doprovod, protože pro paní je v tu chvíli priorita, že během týdne se budou muset vystěhovat, protože nezaplátili nájem, nemají na to peníze. Takže spíš řeší takový ty existenční problémy, jako aby vůbec nějak přežili, aby měli kde bydlet, nezůstali na ulici. A nějaký zdraví, jestli mají děti prostě úplně jako shnilý zuby nebo je jako bolí nebo je jim nějak špatně, tak to mají jako smůlu.“

(terénní sociální pracovník NNO)

„Oni tím, že prostě jsou v té vyloučené lokalitě a jsou takový jako, jak bych to řekla, no bojí se těch doktorů a bojí se problémů a stydí se mezi sebou... Tak prostě opravdu ta prevence jako je důležitá a často dochází k tomu, že oni prostě mají zanedbaný onemocnění třeba dlouhodobě, a pak se to těžko řeší.“

(zdravotní sestra)

Tazatel: *„Vidíte nějaké specifické důvody, které je vedou k tomu, aby nechtěli chodit k lékaři?“*

Pracovnice: *„Já, co jsem poznala za dobu svojí praxe, tak mám z toho pocit, že oni se za to stydí. Že mají podle mě takovej pocit, že ta komunita na ně potom nahlíží, že oni už nejsou schopní, zdraví a jsou jim jenom přítěží a na obtíž a podobně.“*

(pracovnice služby podpory zdraví)

Sociální pracovníce: *„Například když zavoláme k lékaři anebo já sama můžu zavolat a ten termín mi dají, tak potom já přijdu a řeknu ten termín tomu klientovi a on řekne: ‚Aha, to ještě nebudu na to mít peníze.‘“*

Tazatel: *„Jako na tu cestu třeba?“*

Sociální pracovníce: *„Ano, tak. Takže potom musíme znovu tam volat a přeobjednávat se. Takže znovu se přeobjednáváme za měsíc, za dva a to je prodlužování...“*

(terénní sociální pracovníce NNO)

lo odkladu řešení problémů se závislostmi *„U těch pacientů, které mám, tak mi přijde, že tam je to relativně tolerováno až do chvíle, kdy oni začínají jako v té rodině takříkajíc ‚dělat bordel‘. Že už tam opravdu jako kradou, nebo já nevím, se nestarají o děti, o partnerku. (...) To znamená, když už opravdu přestávají jako fungovat vlastně v té své nějaké sociální roli.“*

(psychiatr, adiktolog)

Lékařka: „Ale situace je taková, že jim někdy chybí to podvědomí, to podvědomí nejen, že máme právo, ale i povinnosti.“

Tazatel: „Co tím myslíte, těma povinnostma?“

Lékařka: „Ty povinnosti... Třeba stačí jednoducho to, že když přijdu do ordinace, pozdravím, že se tam nehádám, že neříkám: já mám na to nárok. A že taky chodím pravidelně na prevenci, chodím pravidelně na prohlídky, a když je doporučena nějaká léčba, tak to dodržuju. Tady s tím dletem. (...) Oni opravdu přijdou, že oni maj nárok na léčbu, oni chtěj to dleto, támdleto. Ale když jim řeknete, že maj přijít pravidelně na prohlídku, oni neměli čas. (...) Pak vám propadá očkování, propadá vám prevence. A půl roku nebo rok jste je uháněla, aby šli na odborný vyšetření...“

(dětská lékařka)

„No jo, no, mají nějaké vážné onemocnění, a neřeší to. A pak najednou, až to propukne naplno, tak najednou zjistí, že nemůžou dýchat, že třeba si pěstuje dva tři dny infarkt. Ale nezavolá si, protože on to radši rozkouří – to byl konkrétní případ minulý měsíc.“

(pracovník záchranné služby)

Samoléčba

Pokud Romové v SVL často odkládají řešení svých zdravotních problémů, tak se nabízí otázka, jakým způsobem řeší své zdravotní problémy v této době. V rozhovorech se k tématu samoléčby vyjadřovali pouze někteří účastníci z řad Romů v SVL. Pravděpodobně ale tento jev bude více rozšířený. Tito účastníci často přímo sdělovali, že se léčí raději sami, než aby navštívili svého lékaře primární péče. Dále zmiňovali, že využívají zejména volně prodejných léků anebo léků, které mají doma (pravděpodobně léků na předpis, které jim zůstaly po předchozí léčbě). Nikdo se ve svých odpovědích nezmiňoval o jiné alternativní léčbě. Z toho faktu můžeme usuzovat, že důvěra v moderní medicínu jako takovou a v léčiva je pravděpodobně u Romů vysoká a za samoléčbou je třeba hledat jiné důvody. Některé z těchto důvodů reflektovali sami Romové (špatné zkušenosti, strach, názory a přesvědčení) a více jsou popsány také v rámci kapitoly týkající se bariér v dostupnosti zdravotní péče (viz kapitola...).

„Ne, já jsem řekla. A každý mi říkali: ‚Paní [jméno účastnice], běžte k doktorovi, dostanete záněť hlavy.‘ Jsem řekla, že já nejdu. A já jsem si vytrhla zub a měla sem klid. (...) Já odmala nechodím k zubařovi. Víím, protože oni vytrhávají silno, jo? Aj maso vám. To si radši vytrhnu sama zuby a mám klid.“

(Romka v SVL)

„Mě když něco bolí, já si jdu do lékárny, vezmu si brufen a zdar. Aji nohy nebo něco, když mě bolí nebo to. Prostě já ne. A já aji když mám chřipku,

tak nemusím. Paralen, čaj, toto, nejdu. To spíš on chodí po doktorech, já ne, já nechodím."

(Romka v SVL)

Io tom, že romští muži nejdu hned k lékaři]

Rom v SVL: *„My nejsme přece hypochondři, ne? Nebo jak se tomu říká. (...) No, já když mám chřipku, tak taky nejdu. Když prostě vím, tak si koupím nějaký tabletky a vyležím to doma, že."*

Romka v SVL: *„Když jsem měla chřipku, tak jsem nikdy nešla k lékaři."*

Rom v SVL: *„Něco jinýho je, když potřebuju, abych dostal tu neschopenku, ale jinak jako nejdu taky."*

(Rom a Romka v SVL)

K tématu samoléčby se vyjadřovali pouze někteří další zapojení aktéři, kteří potvrzovali sdělení samotných Romů v SVL. Je to tak možná díky tomu, že samoléčba je běžně tolerovaná a v některých případech i vítaná (mírnější formy onemocnění), jak vyplynulo z některých výroků. Někteří z dalších aktérů ale v rámci své praxe zaznamenali až nadužívání volně prodejných léků proti bolesti, které může pak přinést další a vážnější zdravotní problémy. Někteří další aktéři zmiňovali také jako jeden z důvodů nadužívání léků proti bolesti i špatnou finanční dostupnost (týkalo se to zejména péče stomatologa). Ojedinele se objevil i názor, že za samoléčbou může být také vysoká rodinná soudržnost, která při nízké zdravotní gramotnosti členů rodiny může vést k nevhodným metodám řešení zdravotních problémů (již zmíněné nadužívání léků proti bolesti či alkoholu). Specifická je situace u závislostí, které i v rámci většinové populace vznikají často neřešením duševních problémů.

„Jsme zachytili [v rámci realizace terénní sociální služby] tady to prostě ládování se těma ibalginama a tady těma jako různýma lékama na předpis. (...) IRlozhodně vysokej výskyt. Nevím, jak je to v majoritně dneska, možná je to podobný. Ale jakože to je podle mě velice nezdravý z jinýho důvodu, že jo, zatěžuješ játra. A oni opravdu jsou schopný ty ibalginy jíst jako ve velkým. A ještě jiný prášky, takový ty oblbováky proti bolesti..."

(metodička terénní sociální služby NNO)

Io tom, co má vliv na nerovnosti ve zdraví] *„Asi finance jako takový. Protože co se týče třeba zubů, tak ty si prostě jako spravit nemůžou úplně nechat. Protože většinou, když je to zanedbaný nějakou delší dobu, tak jako člověk asi sám ví, když jde k zubařovi a dělaj mu jednu jedinou plombu, tak tam nechá šest osm stovek, tisícovku, podle toho, jak je ta plomba kvalitní. A tedka když si vezmu některé klienty, kteří by potřebovali třeba tu pusu spravit, tak jako samozřejmě, že to je úplně nemožný. No, jako už těch 800 korun je pro ně samozřejmě moc. Ale co je hlavní, si myslím, přímo když se budem bavit o tom zubaři, je to strach. A řeší se to, až to bolí teda. (...) A když už se rozhodnou, pak už nejsou ty peníze na to, aby se to dalo spravit. Tak se nakoupí ibalginy a je to vyřešené, protože je to levnější záležitost."*

(terénní sociální pracovníce NNO)

„Dokonce jsem slyšel názor nedávno – dcera mi říkala toho pacienta – , že otec měl nějaké problémy a že to vyřešil alkoholem, že to přepil. A jako že ta víra ho v tom... Jakože denně si dal štamprlu a večer taky, že mu to pomohlo. A že oni vlastně mají tu nedůvěru. Že oni to vlastně okamžitě vyřeší tím, že tu bolest nějak jako ztlumí, ale že to neléčí.“

(terénní sociální pracovník obce)

„Velká část závislostí, a to se netýká jenom Romů, ale obecně celé populace, je ta, že část lidí opravdu ty problémy řeší tak jako samoléčbou. Typicky alkohol na nějaké úzkosti, deprese a stres v práci, to je úplně klasika. To samé marihuana. Speciálně tu mladší generaci prostě, jak bych řekl, tam ani neprobleskne jako nápad jít vůbec nějak vyhledat tu zdravotní péči. Prostě to vyzkouší v rámci nějaké party kamarádů, zjistí, že jim to dělá dobře, že to uklidňuje. Takže jako pak to opravdu sklouzne k té závislosti velice snadno. (...) Myslím, že docela známé je, že část závislostí na pervitinu vzniká třeba u lidí, kteří mají ADHD. Že tím, jak je to stimulující látka, tak najednou jim to nějak pomáhá tu pozornost lépe udržet nebo lépe se soustředit nebo si zvednout sebevědomí. To jsou všechno vlastně klasické věci.“

(psychiatr, adiktolog)

Konzultace v lékárně

Další alternativou, kterou ojediněle participanti uváděli a která souvisí se samoléčbou, bylo využití návštěvy lékárny k poradenství ohledně zdraví. Z výroků se zdá, že je pro ně lékárna dostupnější než ordinace jejich praktického lékaře. Tato lepší dostupnost může souviset s osobním přístupem (zájem o zdraví návštěvníků, srozumitelné poradenství) anebo lepší časovou dostupností (mají otevřeno i v pozdních odpoledních hodinách). Otázkou je, nakolik je tato služba preferována kvůli předchozím špatným zkušenostem se zdravotníky (jedna ze zásadních bariér, která ztěžuje dostupnost zdravotní péče). Konzultace v lékárně další zapojení aktéři vůbec nezmiňovali.

„Tak mě nenapadlo nic než jít do lékárny [se zdravotními potíži syna – pozn. autora], jestli náhodou nevijou, co to je. Už bylo pozdě. Říkali, že mám s ním jít k lékaři. Tak ráno jsem hned šla s ním k dětské doktorce a poslala mě okamžitě do nemocnice, že má obrnu. Tak jsme tam prostě šli. A nechali si ho tam a zjistili mu, že měl asi kdysi klíšťáka. (...) Jakože jsme měli štěstí, že jsem si toho všimla, že by mohl dostat obrnu mozku.“

(Romka v SVL)

„Nebo já jsem taky šla, mně se strašně motala hlava, já jsem šla do lékárny, že mám spodní zvýšený tlak [byl změřen v lékárně – pozn. autora]. A jdu k svojí doktorce a ona mi říká: ‚Máte v pořádku ten tlak.‘ Zase jsem šla do lékárny, zase mi tady bylo špatně, jsem šla na nákup,

a ona mi říká – paní tam v lékárně: ‚Máte zvýšený tlak, to je nebezpečné.‘ Jdu k paní doktorce, on u toho taky byl naposledy manžel. ‚Máte v pořádku ten tlak.‘ Tak v lékárně mi říkají tak a doktorka říká, že mám v pořádku ten tlak. A já mám problémy s hlavou, pořád mám migrénu hlavy, bolest hlavy mám, tak já si stěžuju na tu hlavu akorát.“

(Romka v SVL)

lo špatné zkušenosti s lékařkou a konzultaci v lékárně jako řešení
Matka: *„Když jde k té doktorce, je taková smutná. Je to dětská doktorka. Já mám tedkon nervy. Co ti říkala? Že hulíš?“*
Dcera: *„Že já kouřím cigarety, a to vůbec není pravda.“*
Matka: *„Jak ona si to dovoluje?“*
Dcera: *„Že já kouřím, jakože to cítí. Já vůbec nekouřím. Nikdy v životě. Vůbec. Tak takový ponížení dostáváme... Já jsem kvůli tomu i brečela. A [jméno sociální pracovníce] o tom ví, jako. Tak takový ponížení dostáváme od těch doktorů. Tak radši když jsem nemocná, já nejdu na návštěvu k žádnému doktorovi, k žádné doktorce... Jdu do lékárny, tam mi poradí a hotovo.“*

(Romka v SVL)

Využívání pohotovostní služby

Další strategií, kterou participanti z řad Romů a dalších aktérů zmiňovali, je návštěva pohotovostní služby místo praktického lékaře. Čerpání této zdravotní služby je popsáno blíže v kapitole 3.4.4 Důsledky bariér na čerpání zdravotní péče. Někteří participanti z řad Romů v SVL ji zmiňovali jako jednu z alternativ, pokud pro ně nebyla dostupná zejména primární lékařská péče. Tyto zmínky nebyly příliš časté. Nejčastěji uváděli, že využívají zubní pohotovost místo registrace u tohoto typu lékaře, což odpovídá systémové bariéře – tato služba je hůře dostupná v ČR pravděpodobně obecně (více viz kapitola ...). Ojedinele se objevovaly zmínky i o lékařské pohotovosti jako o náhradě péče specialistů (z důvodu horší časové dostupnosti) či kvůli nespokojenosti s péčí jiného lékaře.

Tazatel: *„A zubaře máte všichni společného?“*

Rom v SVL: *„Máme pohotovost.“ (...)*

Tazatel: *„A proč to je tak, že nemáte?“*

Romka v SVL: *„No, protože nás nikde nechcú vzít. Všude mají plno. Nemůžeme sehnat zubaře, no.“*

(Rom a Romka v SVL)

„No, já chodívám k zubařovi... (...) Jako když mě bolí, tak jdu k zubařovi na pohotovost, tam teda chodím jenom.“

(Romka v SVL)

Romka v SVL: *„A řekla jsem, že má asi zánět, že nemůže ani jest. A oni, že nic, že to bude asi zánět nosohltanu lo nemoci dcery – pozn. autora], takže jenom čípky paralenu. No, a pak jsem s ňou jela do [název většího města] a tam jí dali okamžitě antibiotika na to všechno.“*

Tazatel: „Jakože když v [název menšího města] nejste spokojeni, tak...“
Romka v SVL: „Tak du do [název většího města]. Ta nemocnice neodmítne, musí vzít. Tak aj ju vzali a dali jí hned lepší prášky, aji sirupy, hned holka se z toho dostala, že.“

(Romka v SVL)

Častěji než samotní Romové v SVL se o využívání pohotovostní služby zmiňovali další aktéři, nicméně i z nich se k tomuto tématu vyjadřovali pouze někteří. Jejich výroky potvrzovaly sdělení cílové skupiny, že tuto službu pravděpodobně nevyužívají příliš často, a pouze pokud je to nevyhnutelné. Zároveň sdělovali, že co se týká dostupnosti, tak tato služba je pro osoby žijící v SVL dobře dostupná (díky osvobození od poplatku a provozní době) a nevyžaduje větší orientaci ve zdravotním systému či funkční gramotnost oproti praktickým lékařům (nejsou zde větší bariéry). Jeden participant měl také zkušenost, že byla tato služba čerpána jako alternativa při nespokojenosti s přístupem lékaře.

„Na pohotovost, to oni půjdou, až když mají velký problém. On [lékař – pozn. autora] jim dá nějaký lék, který ztlumí bolest, ale pak už to neřeší. Už nejdou na ty rentgeny, kam by měli jít, a už to je vlastně jako nedůvěra...“

(terénní sociální pracovník NNO)

„Já jsem s něma nikdy na té pohotovosti nebyla. To se odehrává většinou někdy večer. Nebo o víkendech. Nebo v noci aji [mimo provozní hodiny služby – pozn. autora]. Ale slyšela jsem o tom teda strašlivý zvěsti. Že se tam čeká hodiny, že jsou tam nepříjemní, prostě ten personál, ti doktoři.“

(terénní sociální pracovníce NNO)

[o opakovaných onemocněních v SVL lokalitách]

Tazatel: „Čím to je, že to je tak častý? Nebo jak si to vysvětlujete?“

Sociální pracovník: „Já bych spíš řek, že to nejsou schopni úplně jako dobře zaléčit. Že neposkytnou tu dostatečnou jako léčbu v té míře, v takový intenzitě a všem [z rodiny – pozn. autora]. Že prostě ten, kdo pak jako má záchvaty kašle a dusí se a tohle, tak s tím dojdou k doktorovi. Ale že jo, přes tejdén tam kolikrát ani nezajdou, takže to třeba řeší o víkendu. Pak se dozvím, že byli akorát o víkendu na pohotovosti. Třeba taky je to vo tom, že třeba i ta... Když konkrétně, co beru furt tedka v potaz jednu tu rodinu, tak oni většinou nemají telefon. Takže třeba já se s něma týden nevidím a v průběhu toho týdne se některýmu z těch dětí rozjede třeba nějaká ta angina anebo něco, je mu špatně, má horečky, a voni třeba ani nevědí, jo? Já jim tam třeba nechám někde papír vytisklejš, kde měli jako ordinační hodiny a telefon, aby mohli třeba buď vod někoho si zavolat, když by potřebovali, jo, k tý doktorce, nebo aby věděli, kdy tam je, kdy má ambulanci, kdy prevenci, jo. Což voni stejně moc nerozlišujou. Prostě seberou to dítě a jdou tam. Pak zjistí, že třeba tam ta doktorka není, že jo, protože se nepodívali. Už ani ten papír nemají, aby věděli, kdy mají ty ordinační hodiny. Zároveň

mě nemůžou zrovna v tu chvíli, kdy to potřebují, kontaktovat, protože prostě nemají čím, jo? A pak mi řeknou, že teda byli o víkendu na pohotovosti..."

(terénní sociální pracovník NNO)

„Jako nemám zkušenosti, že by se chodilo úplně na pohotovost. Jednak jako je to zpoplatněný, že jo. A ano, máme nějaký potvrzení o tom, že jsme na dávkách pomoci v hmotné nouzi, takže neplatíme. Ale spíš si zavolají rychlou. Jako když už je to akutní, tak si zavolají rychlou.“

(pracovnice služby podpory zdraví)

„Já jsem třeba byl svědkem, kdy maminka šla s dítětem k lékařce, a ono to nebyla jako kdyby její lékařka, protože její lékařka byla nemocná, tak zašla k jiné. Holčička měla 39 teplotu, měla horečku a čekali v čekárně. (...) A přišla tam paní za paní doktorkou, nějaká návštěva nebo něco. Ta návštěva trvala, abych to nepřehnal, nějakých 25 až 30 minut. Tak ta maminka klepala na dveře, že prostě té holčičce není dobře, že jakože to je docela vážný. A tak ji tam jako kdyby odbyli, ona se vzala, jo, a odešla na pohotovost.“

(terénní sociální pracovník NNO)

Využívání zdravotnické záchranné služby

Některými Romy v SVL bylo využití zdravotnické záchranné služby reflektováno, ale většinou se jednalo o řešení nějakého akutního stavu (porod, zdravotní potíže seniora s chronickým onemocněním v noci). Z jejich sdělení přímo nevyplývalo, že by se jednalo o cílené využívání místo praktiků či pohotovosti (více o čerpání tohoto typu služby viz kapitola 3.4.4 Důsledky bariér na čerpání zdravotní péče). Naopak o častějším využívání/zneužívání této služby mluvili někteří další aktéři. Právě proto je tato služba zařazena v této kapitole. Ze strany zdravotníků je využívání záchranky Romy v SVL viděno negativně, pravděpodobně vlivem bariér v dostupnosti zdravotní péče (špatné zkušenosti na straně Romů, se kterými přistupují k čerpání zdravotní péče, a na druhé straně diskriminační praktiky a nevhodné chování/komunikace zdravotníků). Přitom za využíváním záchranné služby stojí pravděpodobně dle názoru některých dalších aktérů právě horší orientace ve zdravotnickém systému.

[o důvodech výjezdů k Romům]

Tazatel: *„Mohli byste uvést pár nejčastějších důvodů, proč [Romové – pozn. autor] volají záchrannou službu? Jsou to úrazy? Infarkty?“*

Pracovník: *„Ne, jsou to chronické nemoci, kdy jsou to nejčastěji teda onemocnění plic, co jezdíme. A zneužívají tady k tomu záchrannou službu. Protože nemají na benzín, došly jim léky, tak chtějí, aby my jsme jim je napsali, léky, tak si zavolají záchranku. (...) Nebo protože ví, že když je záchranka přiveze do nemocnice, tak nemusí čekat v čekárně, ale jdou hnedka do ordinace. Tak to oni už taky ví. Takže si radši zavolají záchranku, aby my jsme je odvezli do té nemocnice, protože nemaj na benzín, nemaj na taxíka.“*

(pracovník záchranné služby)

„To je často trnem u lékařů, jako že oni si volají záchranku, když jim něco je. Oni prostě nechodí na ty prevence, nechoděj k doktorům, a když jim něco je, tak si zavolaj záchranku. A oni [zdravotníci – pozn. autora] si myslí, nebo prostě interpretují to tak, že to je vychcanost. Že prostě jim se nechce tam chodit a čekat v čekárnách, takže oni si volají [záchranku – pozn. autora] anebo chodí na pohotovost. Tam je to za těch 90 kaček. Ale myslím, že když jseš v hmotné nouzi a máš na to nějaký papír, tak to neplatíš. (...) Já si myslím, protože prostě se na to dívám z nějakých těch širších hledisek, že to může být efekt toho, že to je mnohem jednodušší. Že tam nečekáš v té čekárně a je to takový přehlednější pro ty lidi, který se nevyznají. Prostě sedíš tam jak pecka, dokud tě někdo nevezme, von ti píchne nějakou injekci a prostě deš, jo. S tou záchrankou taky, jako že nemusíš nikde prostě řešit orientační systém.“

(metodička terénní sociální služby NNO)

Vzhledem k množství bariér v dostupnosti zdravotní péče jak na straně Romů, tak na straně zdravotníků Romové v SVL využívají řadu „jiných strategií“, kterými se snaží řešit své zdravotní potřeby. Nejčastější z nich je odklad čerpání zdravotní péče. Tento přístup a bariéry v dostupnosti zdravotní péče, které jej způsobují, by bylo vhodné podrobit dalšímu odbornému zkoumání. Zkušenosti z tohoto výzkumu nastiňují, že za tím můžou být zejména špatné zkušenosti Romů s čerpáním zdravotní péče (diskriminací či nevhodnou komunikací zdravotnického personálu). Tento odklad čerpání zdravotní péče může být pravděpodobně příčinou celkově horšího zdravotního stavu Romů v SVL a kratší délky života oproti majoritě (Úřad vlády, 2017).

Řada Romů se snaží z výše uvedených důvodů své zdravotní potřeby řešit samoléčbou, při které využívají zejména volně prodejné léky. Někteří z nich se před užíváním volně prodejných léků radí v lékárně, která je pro ně dostupnější pravděpodobně z důvodů osobního přístupu a komunikace personálu. Pokud již samoléčba nepomáhá a situace je pro Romy v SVL neúnosná (trpí větší bolestí), tak nejčastěji navštíví svého praktického lékaře. V případě nedostupnosti (zejména neexistence registrace – časté u zubaře) nebo při potížích v pozdních hodinách využívají pohotovostní službu či zdravotní záchrannou službu. Tyto dvě zdravotní služby se zdají být pro cílovou skupinu dostupnější zejména kvůli tomu, že není nutné se složitě orientovat ve zdravotním systému.

3.4.5 Sociální služby a služby podpory zdraví a jejich role při překonávání bariér v dostupnosti zdravotní péče

Tato kapitola je věnována pozici sociálních služeb a služeb podpory zdraví při řešení problémů spojených s dostupností zdravotní péče Romů v SVL, tak jak ji reflektovali samotní Romové v SVL a také i ostatní aktéři. Při poskytování zdravotní péče Romům v SVL byly identifikovány dva typy bariér – bariéry na straně příjemců a bariéry na

straně poskytovatelů. Při překonávání některých bariér podle sdělení uvedených aktérů sehrávají roli sociální služby.

Mezi bariéry na straně příjemců podle realizovaných rozhovorů patří: zdravotní gramotnost, názory a přesvědčení, nedůvěra k přístupu zdravotníků, problematické dodržování léčebného režimu, strach z bolesti a diagnózy, mobilita a finance.

Bariéry na straně poskytovatelů rozdělujeme podle realizovaných rozhovorů na systémové bariéry a diskriminaci. Mezi systémové bariéry patří finanční dostupnost, geografická dostupnost a nedostatečné kapacity systému. Diskriminace zahrnuje problematiku dvojitého standardu a problematiku chování a komunikace zdravotníků.

Legislativní rámec působnosti sociálních služeb v podmínkách České republiky definují tyto zákony: zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, a zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře.

Zákon o sociálních službách definuje služby poskytované v sociální oblasti následovně: sociální poradenství, služby sociální pomoci a služby sociální prevence. Všechny vyjmenované služby mohou v rámci svého působení pomáhat s překonáváním bariér v dostupnosti zdravotní péče. V rámci rozhovorů s Romy v SVL jsme identifikovali, že Romové čerpali tyto služby: doprovod k lékaři, administrace procesů souvisejících s registrací u lékaře, pomoc s podáním stížnosti, pomoc s komunikací se zdravotním personálem. Jedna ze sociálních služeb se přímo specializovala na oblast zdraví.

V rámci realizace výzkumu bylo identifikováno, že v regionu působí také Regionální centrum podpory zdraví, provozované Státním zdravotním ústavem, jehož pracovníci – „mediátoři podpory zdraví“ – také pomáhají při překonávání již zmiňovaných bariér.

V kontextu dostupnosti zdravotní péče a identifikovaných bariér byla v rozhovorech s Romy v SVL v souvislosti se sociálními službami vzpomínána hlavně pomoc v oblasti doprovodu k lékaři, komunikace se zdravotníky a registrací u lékaře. Kromě toho byly zaznamenány případy pomoci při zabezpečení zdravotních pomůcek anebo sirotčího důchodu. V rozhovorech s ostatními aktéry dominovala témata zdravotní gramotnosti, mediací, právní podpory a důležitosti terénní sociální práce.

Postoj Romů v SVL k využívání uvedených služeb

Většina participantů čerpala nějakou formu sociální služby či službu podpory zdraví. Bylo to dáno metodou výběru vzorku participantů a celkovými cíli realizované studie (viz strana č.). Pouze několik participantů žádnou takovou službu nečerpalo. Většina Romů v SVL, kteří čerpali uvedené služby, je hodnotila jako přínosné. Pozitivně hodnotili zejména doprovod sociálního pracovníka k lékaři nebo pomoc s administrací některých procesů. Ojediněle byla pomoc sociálního pracovníka vnímána jako nepotřebná či odmítána z důvodu vnímání podpory jako vlastního selhání.

[o návštěvě lékaře] „Byla tam se mnou minule, pomáhá mi dlouho, vlastně co jsou tady. Vždycky přijde, jestli něco potřebuju. Kolikrát šla se mnou... Teď říká, že bude volat moji doktorce, aby mně dala potvrzení, že jsem tam toho osmadvacátého byla.“

(Romka v SVL)

[o možné pomoci sociálního pracovníka] „*Já si to vyřídím sám, nepotřebuju, abyste někoho oblovoval, to nemá cenu. Na co ji tady budu tahat. Kolikrát se mě ptala: ‚Pane, chcete s něčím pomoci?‘ Říkám: ‚Na co? Na co vás sem budu tahat zbytečně a oblovovat lidi?‘*“

(Rom v SVL)

[o pomoci sociálních pracovníků] „*Nechcem s nima komunikovat. Někdý chodí, někdy nechodí. Ale když chodí, tak nic neudělaj, no.*“

(Romka v SVL)

[o spolupráci se sociálním pracovníkem] „*Ne, to by nemělo s Bohem nic společného. My to ani nepotřebujem, a když potřebujem, sami si to vyřídíme. My je nepotřebujem.*“

(Romka v SVL)

Nedůvěra ke zdravotníkům a komunikace s nimi

Komunikace se zdravotním personálem je poznamenána negativními osobními i zprostředkovanými zkušenostmi Romů v SVL. Někteří Romové v SVL se setkávají s jednáním, které vnímají jako neprofesionální, až urážlivé. Přítomnost sociálního pracovníka v ordinaci lékaře je často vnímána jako podpora a svědectví zároveň. Mnozí Romové v SVL vyjádřili v rozhovorech přesvědčení, že bez přítomnosti sociálního pracovníka by v některých případech nebyli schopni svou situaci řešit. Sociální služby zde jsou v pozici mediátorů.

[o komunikaci s lékařem] „*Viděl jste sám na svoje oči, jak se se mnou bavila. Neměla se se mnou tak bavit. Já jsem slušně odpovídala, a ona prostě tomu nechtěla věřit. Vždycky jsem se ptala paní jméno sociální pracovnice – pozn. aural, ať mi pomůže nějak se s ní srozumitelně bavit. Protože jak se říká, my cikáni, nám buď nechcou věřit, anebo já nevím co. (...) Já jsem si řekla, když tam budu sama, ani se mnou nebudou mluvit. Viděl jste sám, že byla potíž, ať když ona byla se mnou, ať vy jste tam byl s náma, a stejně to bylo takové arogantní a hnusné. Taktak, že ten papír vůbec potvrdili. Věděla jsem, že když budu sama, tak se mnou skoro ani nebudou mluvit. Tak kvůli tomu.*“

(Romka v SVL)

V této souvislosti se v rozhovorech s ostatními aktéry objevoval názor, že součástí vzdělávání sociálních pracovníků by mělo být i právnické vzdělání, protože v některých konfliktech dochází k obhajobě zájmů klientů na úrovni práva.

Většina Romů v SVL v rozhovorech reflektovala problémy s registrací u lékaře u sebe anebo u svých známých. Toto téma rezonovalo i u některých ostatních aktérů. Jsou dva zákonné důvody, pro které může lékař odmítnout registraci nového pacienta. Je to plná kapacita a takzvaná dojezdová vzdálenost. Pokud lékař registraci z těchto důvodů odmítne, ze zákona (Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb.) je povinen vydat o tom písemné potvrzení. V praxi se to často neděje. Možným řešením je podání stížnosti, které si ale vyžaduje spoluúčast pacienta.

„Oni [lékaři – pozn. autora] nechtějí dát to potvrzení. Ty na to máš ze zákona nárok, ale on ti potvrzení nedá. V tu chvíli nemáš moc si to vydobýt, prostě řeknou, že ti to nedají, a nazdar. Tohle se často děje, takže ty nemáš hmatatelný důkazy. No, a ty lidi [Romové v SVL – pozn. autora] prostě nechtějí chodit do sporů, že by svědčili nebo že by ten sociální pracovník mohl být svědek. Podat stížnost, do toho jít nechtějí. Třeba i proto, že to jsou všechno malé obce a doktor je tam jen jeden.“

(terénní sociální pracovnice NNO)

„Z mého pohledu, kdyby to měli všechno zvládnout ti teréňáci, tak by museli být supermani. A hlavně by měli mít právnický vzdělání, protože tam se často naráží na obhajobu zájmu na úrovni práva. Podle mě je to jediný, co platí na případnou liknavost anebo neochotu. Dobře se vyznat v zákonech, v možnostech. Píší se odvolání, námítky, všechny ty typy odvolacích procesů.“

(manažerka v sociálních službách)

„Spousta lidí neví o tom, že je možné podávat ty stížnosti, nejprve lékaři nebo zdravotnickému zařízení a pak na krajský úřad. Když to přednášíme i právníkům, advokátům a tak, tváří se, že o tom neví, že o tom nevěděli.“

(právnička)

Téma komunikace Romů v SVL a zdravotnického personálu se vyskytovalo i v rozhovorech s ostatními aktéry. Někteří zdravotníci vnímali přítomnost sociálního pracovníka jako potvrzení nedostatečné zdravotní gramotnosti pacienta. Na druhé straně byla nedorozumění v komunikaci vnímána i jako součást nedostatečné znalosti specifik cílové skupiny – Romů v SVL a také vysvětlována potřebou specializace v profesi sociálního pracovníka v oblasti zdravotnictví.

[o doprovázející osobě] *„Za mě to je jediné plus, když s tím člověkem někdo přijde. Když ten člověk třeba sám není něčemu složitějšímu schopen porozumět, že to vysvětlím aspoň té doprovázející osobě... Já to vidím jako jediné výhodu.“*

(lékař)

„Je důležité učit ty lékaře komunikovat. Na druhý straně vlastně jsem i příznivcem toho proškolovat mainstream i sociální pracovníky. Byla potřeba specializovaných terénních pracovníků na drogy, na prevenci kriminality a tak. Teď je tady nová generace, přišel s tím DROM a utvořil pozici zdravotně sociálního asistenta, což je vlastně terénní pracovník s nějakou specializací.“

(manažer v sociálních službách)

Samotní sociální pracovníci svoji úlohu při doprovodech Romů v SVL k lékařům opakovaně viděli v oblasti vyjasňování komunikace a vyhýbání se nedorozuměním.

[o přítomnosti sociálního pracovníka v ordinaci] *Vždycky je to o domluvě s klientem. Jestli on chce, abych s ním šla. Pokud mi řekne*

„Počkejte na chodbě, tak já počkám. Vůbec to není o tom, jaký je to lékař. Je to na tom klientovi. Někteří mají fobii z lidí vůbec, tak jsou rádi za doprovod. A ti, co nemají špatnou zkušenost s doktorem, nebo takoví, že už to znají, tak ti nepotřebujou doprovod.“

(terénní sociální pracovníce NNO)

[o komunikaci klientky s lékařem] *„Ona mně třeba něco řekne, a já pak zjistím, že to je úplně jinak. Tvrдила mně, že si něco vyřídila, podala někde žádost, ale ona se tam byla jenom ptát, nic nevyřídila.“*

(terénní sociální pracovníce NNO)

Zdravotní gramotnost a dodržování léčebného režimu

Téma zdravotní gramotnosti a dodržování léčebného režimu jako bariéry v dostupnosti zdravotní péče bylo reflektováno jen v rozhovorech s ostatními aktéry. Někteří z ostatních aktérů v rozhovorech vnímali důležitou funkci sociálních služeb při registraci u lékaře, doprovodu k lékaři nebo informování klientů o důležitosti prevence a dodržování léčebného režimu.

„Teď často hledáme zubaře, ale je taky otázka, že oni nevnímají, že to je důležité už od dětství. Aby ty lidi potom v dospělosti neměli ten strach před zubařem.“

(sociální pracovníce)

„Prevence je tam stále nějakým způsobem zanedbávána, nepřikládají tomu moc velký význam. Většinou k doktorům jdou, až je něco bolí.“

(sociální pracovníce obecního úřadu)

„Hlavně tam nefunguje žádná prevence, pravidelné kontroly. Třeba já jsem ve spojení s lékařem. Oni mi zavolají, že je třeba přijít na 10letou prohlídku, na roční prohlídku, a že oni tam nedojdou třeba pětkrát. Tak mi zavolají a já je tam musím doprovodit, aby tam vůbec přišli.“

(terénní sociální pracovníce NNO)

V rozhovorech s ostatními aktéry byly popsány také situace, kdy důvodem nedodržení léčebného režimu byla finanční situace rodiny a její mobilita.

[o nedodržování termínu u lékaře] *„Stává se to z toho důvodu, co jsem řekla jako druhéj, co souvisí s tím, kde bydlí. Oni třeba ví, že tam mají jet, já jim to ještě připomenou a oni s tím ještě dva dny předtím počítají. Pak jim ale ten den prostě dojdou peníze, takže do toho města nepřijedou.“*

(pracovnice obecního úřadu)

Funkční pozice sociálních služeb byla popisována dalšími aktéry jako pozice prostředníka, důvěryhodné osoby pro obě strany – Romů v SVL a pro zdravotnické zařízení. Důraz byl kladen na motivování, aktivizaci a uschopňování klienta.

„Často nejsou schopni dorazit na vyšetření, nedodržují termíny, a i když se to podaří, tak je to opakovaně třeba domlouvat přes síť dalších osob.“

Aby to fungovalo, je tam velmi často potřeba nějaký prostředník, nějaký sociální pedagog, sociální pracovník, prostě konkrétní důvěryhodná osoba pro obě ty strany. Ten, kdo by to mohl být, kdo bude zkompetentňovat a být tím prostředníkem. Zrovna ty SASky [sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi], to je fajn služba a určitě by stálo za to, aby jich bylo víc. Myslím, že to dělají dobře v tom smyslu, že nedělají věci za ty lidi, za ty rodiny, ale informují je a říkají jim, jaké jsou různé možnosti."

(speciální pedagožka)

„Stává se, že vyhledávám dietology na diabetes. Protože třeba i to je problém, že jsou plní, i obvodáci jsou plní. Takže když vidím, že člověk je nemocný, tak ho dokážu nasměrovat a ty odborný lékaře mu skutečně seženu. Jestli tam bude chodit, nebo ne, tak to už je jeho věc. Ale můžu ho neustále motivovat."

(pracovnice obecního úřadu)

„Aby jakoby do svojí agendy prostě ti, co dělají sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, terénní programy, nízkoprahová zařízení, tak aby oni byli především co nejvíc proškoleni v těch možnostech, jo, jako je pojištění, bezpečný sexuální život, prenatální péče, očkování... Prostě v těchlech základních tématech, aby v tom byli co nejvíc zorientovaní, aby co nejvíc ty lidi řečně aktivizovali tady v tom."

(odborník na sociální vyloučení a manažer neziskové organizace)

Důležitou součástí zdravotní gramotnosti je schopnost orientace v zdravotním systému. Dle Romů v SVL jim pracovníci sociálních služeb pomáhají právě tím, že se v daných strukturách orientují a umí je navést nebo doprovázet při řešení konkrétních problémů.

[o podání stížnosti na chování lékaře] *„Ona mně s tím pomohla. Já bysem to sama nese-psala... Říkám, napíšu to, musí to někdo řešit... Ona ví, kam to poslat, a adresu, rozumíte?"*

(Romka v SVL)

[o registraci u lékaře] *„Doktora, to nám vyřizovala sociálka. Pani [jméno sociální pracovníce], ona vyřizovala všechno. Aj děcka chodí k doktorovi. Ona jim to vyřídila."*

(Romka v SVL)

„Velice mi pomohla s ortopedickýma matričkama, s postelama, s pračkou... Pomáhá nám. Všem, nejenom mně, ale všem. Jako Romům, aj vašim."

(Romka v SVL)

Služba na pomezí zdravotní a sociální oblasti má nejasné a nedorešené kompetence. V rozhovorech s ostatními aktéry se objevovala témata vzdělání sociálních pracovníků a nutnosti další specializace, konkrétně ve zdravotní oblasti. Specifickou roli

v překonávání bariér v přístupu Romů v SVL ke zdravotní péči mají terénní pracovníci. Působí v lokalitách dlouhodobě, a tím si získávají důvěru svých klientů.

lo kompetencích terénních pracovníků] „U zdraví je to speciální problém. Je to citlivý, protože oni [sociální pracovníci] vlastně moc věcí říkat nemůžou. Můžou říkat termíny, motivovat je, aby zašli k lékaři, ale nemůžou třeba kontrolovat, jestli dodržují nějaký léčebný režim a takovýdle věci. Na to nemají kompetence, to je strašně riskantní.“

(manažer v sociální oblasti)

lo kvalifikaci terénních pracovníků] „Protože kolikrát se vezou lidi, na ty terénní sociální práce, prostě se vezou lidi, který dvakrát jako tady v tomto nejsou vzdělání. Který všechno odkývou jenom proto, aby měli klid. Jsou to čekatelé na plat. I Romové.“

(terénní sociální pracovnice obecního úřadu)

lo specializaci terénních pracovníků v oblasti zdravotních intervencí] „Víte co, já jsem terénní pracovník. Je to taková široká škála služeb, ale jsem specialista jen v některých oborech, v některých směrech, jo? Finance, bydlení a tak dále. Myslím si, že by měla být nějaká specifická osoba, která by se věnovala téhle službě, že by měla mít taky specializaci.“

(terénní sociální pracovník NNO)

lo kompetencích terénních pracovníků] „Měl by to být tandem. To znamená, že pokud se to týká Romů – jako řekněme si na rovinu, vy můžete být skvělá pracovnice, můžete mít dobré schopnosti, můžete být empatická, ale potřebujete pomoc nějakýho Roma. On dokáže zprostředkovat návštěvu, ale i tu komunikaci, jo, která nemusí být vždycky dobře pochopena.“

(terénní sociální pracovník NNO)

„Mně se moc líbí, že tady funguje sociálně zdravotní pracovník, to je hodně dobrý. Myslím, že by bylo super, kdyby to byli víc kvalifikovaní lidé a kdyby jich bylo víc.“

(sociální pracovník obecního úřadu)

lo práci zdravotně sociálních pomocníků] „Mám pocit, že ta síť asistentů je dobrá, ale vedle toho by se nemělo zanedbat to, že by i oni měli školit ostatní teréňáky a tak dál. Ujasnit ty kompetence v terénu. Když si představíš reálně tu lokalitu, tak tam chodí lidi s různým posláním a pak je v tom zmatek, ti klienti nevědí, co mají čekat.“

(odborník na sociální vyloučení a manažer neziskové organizace)

„Osoba, která by se věnovala téhle službě, by měla víc vědět o zdraví a vůbec. A nejenom o tom zdravotním problému, ale měla by vědět o té lokalitě, co se tam děje, o lékařích, jaký tam jsou, mít nějaký přehled.“

(sociální pracovník obecního úřadu)

„Důležité je dlouhodobější působení, tam mají prostor terénní pracovníci. Nejbližší člověk je vždycky terénní sociální pracovník, těch by mělo být víc. Terénních pracovníků je málo. A říkám, je strašně důležitý, aby to nebyl člověk, kterej tam přijde a zazvoní a řekne ‚Máte nějaký problém?’ a oni řeknou: ‚Ne, nemáme!.“ (zdravotní sestra)

Sociální služby pomáhají překonávat mnohé bariéry v dostupnosti zdravotní péče. V rozhovorech jsme zaznamenali pomoc hlavně v bariérách na straně příjemců, a to v oblasti doprovodu k lékaři, komunikace se zdravotníky a registrace u lékaře. Kromě toho byly zaznamenány případy pomoci při zabezpečení zdravotních pomůcek nebo sirotčího či invalidního důchodu.

V rámci překonávání bariér na straně příjemců zdravotní péče viděli Romové v SVL přínos sociálních služeb ve dvou oblastech – překonávání obav a strachu z bolesti a diagnózy a překonávání nedůvěry k zdravotnickému personálu. Někteří Romové v SVL pozitivně hodnotili orientaci sociálních pracovníků ve strukturách společnosti a pomoc při řešení specifických situací spojených s přístupem ke zdravotní péči, konkrétně například pomoc s registrací u lékaře nebo pomoc s podáním stížnosti.

Další aktéři, hlavně z řad poskytovatelů sociálních služeb, kromě již zmíněného reflektovali pomoc v oblasti podpory zdravotní a funkční gramotnosti a v podpoře dodržování léčebného režimu. Zdravotníci a lékaři se vyjadřovali zejména k tématu komunikace. Někteří zdravotníci přítomnost sociálního pracovníka vnímali jako výhodu, ale zároveň ji často spojovali s nedostatečnou zdravotní gramotností pacienta.

Někteří z ostatních aktérů v rozhovorech popisovali otázku působnosti sociálních služeb v oblasti dostupnosti zdravotní péče jako proces, který není kompletně vyjasněn. Vedle toho byl vyjádřen názor, že sociální služby by potřebovaly pracovníky speciálně vzdělané v problematice zdraví. Ojedinele se objevil názor, že k doplnění vzdělání by mělo dojít u zdravotnického personálu, a to konkrétně v oblasti kulturního kontextu a znalosti specifik této cílové skupiny pacientů.

Nicméně jak sociální služby, tak služby podpory zdraví by měly být vnímány jako dočasná vyrovnávací opatření, na kterých by klienti neměli zůstat závislí, naopak měly by vést klienty k postupnému osamostatňování se.

4. Role zdravotně sociálních pomocníků služby DROM při překonávání bariér v dostupnosti zdravotní péče

Tato část studie byla zaměřena na zkušenosti sociálně vyloučených Romů ohledně dostupnosti zdravotní péče. Cílem bylo zjistit, v jakých aspektech dle Romů žijících v SVL selhává systém zdravotní péče a jestli jsou případné bariéry v dostupnosti zdravotní péče zmírňovány zdravotně sociální pomocí DROM, romského střediska sídlícího v Brně. Jednou z aktivit DROMu jsou zdravotně sociální pomocníci (terénní sociální služba), prostřednictvím jejichž působení je cílem pomoci osobám, u nichž hrozí zanedbání péče o zdraví. DROM svoje služby primárně orientuje na sociálně vyloučené lokality města Brna a zdejší lidi potýkající se s nepříznivou sociální situací spojenou s negativními důsledky v péči o zdraví. V době realizace výzkumu působila služba také v rámci Olomouckého kraje.

4.1 Kazuistiky Romů v SVL bez sociálně zdravotní pomoci DROM

V této části představíme krátké kazuistiky Romů v SVL, kteří zdravotně sociální pomoc DROM nevyužívají. Kazuistiky jsou zaměřeny především na oblast zdraví Romů v SVL a na dostupnost zdravotní péče.

Paní Jana

Paní Janě bylo v době výzkumného rozhovoru 60 let, již pět let žije v malém sdíleném bytě v menším moravském městě. Má šest dětí a 18 vnoučat. Paní Jana trpí bolestmi zad a kloubů, zejména dolních končetin. Nedávno překonala rakovinu prsu. Kvůli obavám z diagnózy odkládala vyšetření hrudky v prsu po dobu tři let. Z důvodu tohoto zanedbání bylo nutné nakonec přistoupit u paní Jany k amputaci prsu. Po operaci se zotavila po fyzické stránce dobře, jako žena ale ztrátu prsu po psychické stránce dobře nenese. Velkou oporu jí poskytuje v tomto směru její rodina. V její rodině se kromě běžných onemocnění vyskytují i závažnější diagnózy jako rakovina nebo onemocnění ledvin a močového měchýře. Za specializovanou lékařskou péčí dojíždí do sousedních měst. Je tomu tak především proto, že v jejich městě není dostupná. Paní Jana si je vědoma toho, že si může svého lékaře vybrat, a kvalita zdravotnického zařízení, stejně jako přístup zdravotníků jsou pro ni důležité. Je proto ochotná dojíždět do vzdálenějšího města, kde má ona i její okolí lepší zkušenosti s přístupem a komunikací lékařů. I za praktickým lékařem musí dojíždět, což je pro ni někdy finančně náročné, proto se stává, že i přes vnímanou potřebu návštěvu lékaře odkládá. Za lékaři nikdy nejede sama, ale v doprovodu některého ze svých dětí. V průběhu hospitalizace ji přišly navštívit někdy i všechny najednou, a i když to vzbudilo u lékařů pozdvižení, situace nebyla popsána negativně. Lékaři s rodinou paní Jany komunikovali a informovali její děti o jejím zdravotním stavu. Lékařům, které si vybrala a které navštěvuje, důvěřuje a důvěru v lékaře a dobrou komunikaci pokládá za nezbytné. S lékaři aktivně komunikuje a necítí ostych zeptat se i víckrát na tu stejnou věc, pokud lékaři nerozumí, nebo jej požádá, aby jí některé informace napsal. Dle popisovaných situací umí paní Jana s lékaři jednat asertivně a dosáhnout tak poskytnutí adekvátních informací a péče. Chování lékařů a dalšího personálu je pro paní Janu důležitou součástí kvality zdravotní péče.

Paní Iva

Paní Ivě bylo v době výzkumného rozhovoru 36 let, má pět dětí a žije už asi rok v bytě na ubytovně ve středně velkém moravském městě. Další dítě se jí má narodit za měsíc, z toho důvodu chodí na pravidelné prohlídky. Návštěvám svého praktického lékaře i zubaře se ale vyhýbá a raději řeší své zdravotní problémy užíváním volně prodejných léků. Pokud ale šlo o hospitalizace při porodech, se všemi dětmi zůstávala paní Iva v nemocnici až do propuštění a nikdy nežádala o revers. S pobytem v nemocnici při porodech a přístupem zdravotního personálu má dobrou zkušenost. Jinak by se už dala hodnotit zkušenost paní Ivy a jejího manžela s praktickými lékaři pro dospělé. Po přestěhování do místa současného bydliště se setkali i s odmítnutím registrace na základě místa bydliště ve vyloučené lokalitě. Chování svého současného praktického lékaře hodnotí s manželem, který je u něj také registrovaný, jako nepříjemné a způsob sdělování informací o jejich zdravotním stavu jako nedostatečný. Zdravotní problémy vyskytující se u paní Ivy se týkají zejména problémů se žaludkem, kvůli čemuž užívá pravidelně léky, které jí předepsal její praktický lékař. Doporučená vyšetření však ze strachu odmítla absolvovat. Její manžel má potíže s cholesterolem a vysokým krevním tlakem. Doporučení lékaře o kouření ale nerespektuje. Co se týče praktických lékařů pro děti, zkušenost v bývalém místě pobytu byla spíše negativní a paní Iva měla pocit, že lékařka byla nepříjemná a vyšetření jejich dětí odbyla. S registrací u nové lékařky pro děti nebyl problém a s péčí, kterou poskytuje jejím dětem, je paní Iva spokojenější. Dle popsaných situací je péče důkladná, i co se týče vyšetření a doporučení pro navazující péči u specialistů. Dle paní Ivy lékařka u jejich dětí pozná, kdy se chtějí vyhnout škole a kdy skutečně potřebují lékařskou péči. Se svou zubařkou má paní Iva pozitivní zkušenosti a oceňuje zejména její příjemný přístup a schopnost pomoci pacientovi vyrovnat se se strachem spojeným s ošetřením zubů. I přesto k zubaře s manželem nechodí rádi a odkládají zubní péči na poslední chvíli, až když mají bolesti. Ke stejné zubaře chodí i jejich děti. Jelikož jim paní zubařka zaslá i pozvánky, tak mají děti absolvovány i preventivní prohlídky. Také spoluprací se svou gynekoložkou hodnotí paní Iva pozitivně, zejména skrze její přístup k ní jako pacientce. Co se týče léků, dostali se v rodině i do situace, kdy si nemohli dovolit zaplatit doplatek za lék, který jim byl předepsán.

Paní Lena

Paní Leně bylo v době výzkumného rozhovoru 38 let, žije v malém obecním bytě v malém moravském městě se svými čtyřmi dcerami a vnučkou. Nejmladší dcera měla do věku tří let závažné zdravotní potíže, ztráty vědomí a křeče při častých horečkách. Z tohoto důvodu absolvovala paní Lena se svou dcerou několik hospitalizací a vyšetření. Také jedna ze starších dcer byla hospitalizována, a to kvůli zdravotním potížím s ledvinami. S lékaři a dalším zdravotnickým personálem má smíšené zkušenosti. Negativní zkušenosti zažívala třeba při návštěvě pohotovosti, kde měla pocit, že se k ní bezdůvodně chovají špatně. Připisovala to špatným zkušenostem lékařů s jinými romskými pacienty, nicméně poukázala na to, že ji hodili do stejného pytle s lidmi, kteří nejsou stejní jako ona, a že některé věci, které si podle ní lékaři myslí o romských rodičích, jsou předsudky nebo pramení z nepochopení jejich situace. S podobnými situacemi si paní Lena umí poradit, což připisuje zejména tomu, že umí komunikovat a že díky komunikační zdatnosti a asertivitě umí nastavit hranice slušného jednání. Velice pozitivní zkušenost má paní Lena s praktickou lékařkou jejich dětí, se kterou se zná od dob, kdy ona sama byla jako dítě jejím pacientem, a je s ní velice spokojená. Lékařka se, dle jejího názoru, chová vstřícně, vyšetří, co je potřeba,

nebo předepíše další specializovaná vyšetření. Se svým současným praktickým lékařem ale docela spokojená není a zvažuje změnu lékaře. Důvodem je bagatelizování jejich zdravotních potíží, které jsou dle názoru jiného lékaře opravdu závažného charakteru a vyžadují si pozornost. Paní Lena má vážné problémy s křečovými žilami, se kterými absolvovala několik vyšetření a pro které ji nebylo doporučeno pracovat v technických službách na několik směn z důvodu možného zhoršení zdravotního stavu (hrozící trombóza, záněty apod.). Paní Lena se pravidelně účastní preventivních prohlídek u svého gynekologa. Péči o ženské zdraví považuje za důležitou. Ze svého okolí má zkušenost, kdy byla tato péče zanedbána a v důsledku toho umřela mladá matka. Také proto nechala své starší dcery očkovat proti HPV jako prevenci rakoviny děložního čípku. Z jejího pohledu bylo výhodné, že v jejich věku je očkování proti HPV zdarma. Ona sama by už ale musela zaplatit značnou částku. Paní Lena má dle popsané situace vážné problémy se zuby, které se jí objevily v průběhu těhotenství a přerostly v paradentózu. Se svou zubařkou paní Lena svoje problémy řeší a má s ní dobrou zkušenost. Dle popsaných situací mají dobrou komunikaci a ve vztahu lékař–pacient dochází také k účasti paní Leny jako pacientky na rozhodování o dalším postupu v zdravotní péči. Paní Lena může dělat svá rozhodnutí na základě vysvětlení a doporučení lékařky, a i to přispívá k tomu, že je se svou zubařkou velice spokojená.

Pan Karel s družkou

Panu Karlovi bylo v době výzkumného rozhovoru 31 let, žije na ubytovně ve větším moravském městě s družkou a jejich čtyřmi dětmi. U dětí se vyskytují převážně běžná onemocnění. Pan Karel trpí na Bechtěrevovu nemoc. Jedná se o chronické zánětlivé onemocnění, které bylo důvodem pro operaci kyčlí a voperování umělých kloubů. Tato nemoc je také důvodem, proč mají s družkou bohaté zkušenosti s využíváním lékařské péče. Pana Karla družka pravidelně doprovází k lékařům z důvodu, že jeho onemocnění způsobilo pravděpodobně pokles kognitivních schopností a problémy v komunikaci, proto většinou komunikuje s lékaři ona. Problematické chování lékařů, se kterým se často setkávají, je nejvýraznější prvek poskytované péče. Pro družku pana Karla je důležitá komunikace a cení si, když s ní zdravotníci komunikují slušně a pomalu. Setkává se ale i s opačným přístupem, který popisuje jako drzé, až vulgární chování, a kvalitě komunikace nepřispívá, ani když jsou její otázky zodpovídány nepřijemným a strohým způsobem. Vůči takovému chování se pan Karel ani jeho družka neumí postavit a zpětně tyto situace vnímají jako nespravedlivé, protože nevidí důvod, proč by s nimi někdo měl jednat takovým způsobem, když oni sami jednají slušně a uctivě. Doporučení lékařů ne vždy dodržují, s čímž má osobní zkušenost zejména družka pana Karla. Předčasné ukončení léčby antibiotiky způsobilo návrat jejího onemocnění. Lékař ji sice varoval, že předepsané léky musí dobrat celé, protože se to může stát, paní mu ale nevěřila, protože se už cítila lépe. Od té doby už doporučení lékaře respektuje. Pan Karel zas patří do skupiny lidí, která se lékařů a zejména invazivních vyšetření bojí. Jeho družka si ale myslí, že i to je o komunikaci. Že kdyby měl jako pacient dobré informace a rozuměl tomu, proč je to potřeba a jak to bude probíhat, že by se obával méně. Pan Karel i jeho družka jsou přesvědčeni, že lékaři mluví složitě a pacienti jim pak nerozumí. Družka pana Karla ale nemá problém doptat se na to, čemu nerozumí, i opakovaně. Další problematické zkušenosti, které pan Karel se svou družkou popisovali, se týkaly hodnotícího přístupu lékařů, podezírání ze simulování, nečestného jednání s pacienty s nižší gramotností či diskriminace v pořadí, v jakém jsou romští pacienti voláni z čekárny do ambulance. Podle popsaných situací není výjimkou, že romský pacient čeká mnohem déle a jsou před ním

upřednostnění jiní pacienti, kteří se dostavili do čekárny mnohem později. Problém zdá se není v tom, že by nebyli objednaní, nebo naopak že by ti upřednostnění pacienti objednaní byli, ale v tom, že lékař má právo určit pořadí, což také dělá, ale podle pana Karla to dělá nespravedlivým způsobem. S praktickým lékařem svých dětí a jeho zdravotní sestrou mají ale velice dobré zkušenosti. Pořadí v čekárně se tam dodržuje. Co je ale pro pana Karla a jeho družku nejdůležitější, že mají v této ambulanci k dětem lidský přístup. Dle popsanych situací vztah k dětskému pacientovi budují pomocí hry, či dokonce humoru. V oblasti zubní péče se setkali s řadou problémů, od toho, že jim byla odmítnuta registrace, přes ponížení plynoucí z chování zdravotníků v ambulanci zubního lékaře až po nutnost využívat k ošetření akutních stavů zubní pohotovost v období, kdy žádného zubaře neměli. S těmito situacemi si pan Karel i jeho družka neuměli poradit ani nevěděli, jak zareagovat na odmítnutí či ponížení.

4.2 Kazuistiky Romů v SVL se sociálně zdravotní pomocí DROM

V této části představíme krátké kazuistiky Romů v SLV, kteří využívají zdravotně sociální pomoc DROM. Kazuistiky jsou zaměřeny především na oblast zdraví Romů v SLV, na dostupnost zdravotní péče a na působení zdravotně sociální pomoci DROM.

Paní Lada

Paní Ladě bylo v době výzkumného rozhovoru 52 let. Žije v domě na vesnici ve vyloučené lokalitě. Dům je rozdělený na dvě samostatné domácnosti s vlastním vchodem. Paní Lada má pět dětí, z toho nezletilá dcera a syn žijí s ní ve společné domácnosti. Další dva dospělí synové žijí samostatně se svými rodinami. Dcera Klára žije s partnerem a jejich dítětem ve vedlejší části domu v samostatné domácnosti. Zdravotní péče se přímo ve vesnici nenachází. Děti v této rodině navštěvují praktického lékaře ve vedlejší malém městě. S péčí i s přístupem jak lékaře, tak zdravotní sestry jsou moc spokojeni. Další zkušenosti jsou ale výrazně negativní a jsou i důvodem, proč rodina spolupracuje se zdravotně sociální pomocí DROM. Špatnou zkušenost mají se svou praktickou lékařkou pro dospělé, která dle sdělení paní Lady nemá mezi místními Romy dobrou pověst. Dle názoru paní Lady se její lékařce Romové nezamlouvají, obviňuje je neoprávněně ze simulování, že se chtějí vyhnout práci, odmítá je ošetřit, je povrchní a není výjimkou, že pak musí místní Romové řešit svůj zdravotní problém na pohotovosti. Paní Lada je přesvědčena, že tento přístup vychází z rasistického postoje její lékařky. Změnu lékaře ale nezvažuje, protože by musela dojíždět mnohem dál, a je názoru, že má právo být ošetřena v blízkosti svého bydliště. Paní Lada si myslí, že by se lékaři a zdravotní sestry měli chovat ke všem vstřícně a slušně, ale speciálně vůči Romům se tak nechovají. V regionu je ale lékařů málo a není možné si vybírat. Ve vzdálenějších městech se také setkali v rodině s nepříjemným chováním, dokonce měli několikrát podezření, že byl lékař pod vlivem alkoholu. Dopravní spojení je taky problematické a finanční prostředky na benzín pro vlastní dopravu autem někdy v rodině schází. Paní Lada i její syn mají toho času akutní problémy se zuby, které by chtěli řešit, nicméně mají problém zaregistrovat se u zubaře. U zubařů se při pokusech o registraci setkali s nepřístupným a arogantním chováním. Po několika marných pokusech se se zdravotně sociální pomocnicí z DROMu obrátili na pojišťovnu. Při posledním kontaktu se zubaři byl přítomen také výzkumník z našeho týmu, kdy se se zdravotně sociální pomocnicí DROM pokoušeli vybavit potvrzení pro pojišťovnu o tom, že jim byla registrace odmítnuta. Podle paní Lady se zdravotně sociální pomocnicí spolupracují místní lidi rádi, protože bez ní by si nevěděli se situacemi u lékařů, se

kterými se potýkají, vůbec rady. Mají s ní přátelský vztah a hodnotí ji jako ochotnou, přátelskou a nápomocnou.

Paní Dana

Paní Daně bylo v době výzkumného rozhovoru 31 let a žije s druhem a dětmi ve svém malém domku ve vyloučené lokalitě většího moravského města. Paní Dana má čtyři děti ve věku čtyři až deset let. Její jediná dcera má závažné zdravotní postižení, v raném dětství překonala encefalitidu s trvalými následky. Její zdravotní stav si vyžaduje pravidelnou specializovanou péči (neurologie), speciální cvičení a kontroly. Desetiletá dcera je na mentální úrovni tříletého dítěte a trpí epilepsií. Díky finanční podpoře jedné nadace si může paní Dana dovolit doplácet léky i pomůcky pro postiženou dcerku. Zajišťování komplexní péče pro tuto dceru je dle popisovaných situací a výčtu kontaktů s lékaři a institucemi náročné. Paní Dana proto často využívá zdravotně sociální pomoc DROM a paní, se kterou spolupracuje, ji pravidelně doprovází při vybavování a zajišťování potřebné zdravotní péče, pomáhá jí s navigací zdravotním systémem a řešením vzniklých situací. Díky dlouholeté spolupráci se paní Dana zdá se dobře orientuje v zdravotních potřebách své dcery a je si jistější v komunikaci s lékaři a při zajišťování péče pro své děti. Kromě náročné péče o dceru navštěvuje paní Dana při běžných zdravotních potížích s dětmi jejich praktickou lékařku. Ona sama byla jako dítě její pacientkou a s péčí je spokojená. To, že lékařka její rodinu zná velice dobře, vnímá jako pozitivum. Za velice vstřícnou považuje i možnost telefonických konzultací v případě méně závažných obtíží. To jí pomáhá, protože pak nemusí absolvovat náročnou cestu s dětmi k lékaři. Spokojená je také se specializovanou péčí neurologa, kterého pravidelně navštěvuje s postiženou dcerou. Ta by ale potřebovala i psychiatrickou péči, která je špatně dostupná, psychiatrů je málo a čekací lhůty jsou i půl roku. Negativní zkušeností byl pro paní Danu léčebný pobyt v lázních, který s dcerou absolvovala. Při nástupu prohlíželi dcerce hlavu kvůli výskytu vši. Přestože u ní vši nezjistili, tak ji později obvinili, že od ní vši dostaly jiné děti, které v tom čase byly na léčení. Od té doby i přes trapnost celé situace paní Dana žádá při nástupu na hospitalizaci, aby její dítě zkontrolovali a do karty zapsali, že nemá vši, aby se vyhnula následným křivým obviněním. Negativní zkušenost zažila paní Dana i na pohotovosti, kde doprovázela svou matku. Na ošetření museli čekat pět až šest hodin. Paní Dana je toho názoru, že se tak stalo pro lhostejný přístup lékařů, které nezajímá stav pacienta, a že je to taky rasismem. Starší lékaři byli podle jejího názoru lepší, nová generace mladých lékařů je podle ní nezkušená, ale také přehnaně sebevědomá. Sama ale vnímá, že se to nedá zevšeobecňovat, protože někteří lékaři jsou dobří a někteří ne. Paní Dana věnuje veškerou péči dětem, zejména postižené dceři, a ona sama lékaře nenavštěvuje. I kdyby na to měla čas při péči o děti, tak se radši obrátí na Boha než na lékaře. S gynekologickou péčí má spíše pozitivní zkušenosti, i když ji v poslední době nevyužívá.

Paní Dita s manželem

Paní Dítě bylo v době výzkumného rozhovoru 60 let a s manželem a dvěma dětmi žije v malém bytě ve větším moravském městě. Starší syn se narodil se šedým zákalem a ve čtyřech letech mu byla diagnostikována mozková obrna. Dcera se také narodila se šedým zákalem, slepá, s kardiologickým problémem a také u ní se potvrdila mozková obrna. S dětmi navštěvuje paní Dita neuroložku, u které byla naposled těsně před naším rozhovorem v doprovodu zdravotně sociální pomocnice DROM, se kterou se domluvila dopředu. Požádala ji o pomoc s komunikací s lékařkou, se kterou neměla dobré zkušenosti. I tato poslední její zkušenost byla pro ni nepříjemná. Lékařka s ní

jednala arogantně a podle jejích slov děti nijak nevyšetřila ani se jich nedotkla, jenom se ptala na některé věci, což paní Dita přišlo zvláštní a měla pocit, že lékařka péči odbyla. Požádala lékařku, aby jí napsala lázně, na což ona reagovala tím, že jim je vypsala minule a že stejně nebyli. Paní Dita v lázních ale byla, dokumentaci o tom má v kartě pacienta praktická lékařka jejích dětí a potvrdit to může i zdravotně sociální pomocnice z DROMu. To jí ale neuroložka nechtěla věřit a paní Dita se takovým jednáním cítila dotčená, protože byla přesvědčená, že ona s ní jednala slušně, odpovídala na její dotazy a snažila se spolupracovat. Zkonstatovala, že si prostě s touhle konkrétní lékařkou nerozumí, proto využívá pomoci DROMu, aby jí v jednání s ní pomohli. Paní Dita si myslí, že za takovým jednáním některých lékařů může být rasismus. Zvažuje výměnu lékaře a nebylo by to u paní Dity poprvé, co by se tak rozhodla vzhledem k chování lékaře vůči ní. Má ale taky pozitivní zkušenosti s jinými lékaři, které hodnotí zejména skrze způsob, jakým s ní jednají. Jednání s lékaři, kteří jsou vstřícní a nápomocní, zvládá bez asistence zdravotně sociální pomocnice. Pravidelně navštěvuje svého neurologa i gynekologa. U neurologa není podle ní lehké se objednat, někdy se čeká i půl roku, a s akutními problémy musí jít na pohotovost. S přístupem lékaře je ale velice spokojená a má pocit, že je důkladný a pečlivý. Připisuje to tomu, že je tento konkrétní lékař zná již delší dobu, protože kdysi bydleli ve stejné vesnici a setkávali se i při neformálních příležitostech. Se svou praktickou lékařkou je paní Dita také velice spokojená. Manžel paní Dity navštěvuje jinou praktickou lékařku, která se k němu nechová nijak špatně, ale je podle něho málo sdílná, nevysvětlí výsledky vyšetření ani užívání léků, jenom vypíše zprávu. Manžel paní Dity má s využíváním lékařské péče také několik negativních zkušeností na očním a kožním. V obou případech byl objednan na konkrétní čas, odevzdal kartičku pojištěnce zdravotní sestře a čekal, až bude na řadě. Do ambulance však opakovaně volali neromské pacienty, kteří přišli mnohem později, a jeho nechávali dlouho čekat. Manžel paní Dity byl z toho natolik rozčilený, že si vzal kartičku a našel si jiného specialistu, u kterého se s takovým jednáním nesetkává. Možnost vybrat si jiného lékaře je pro něj v takových případech důležitá a vítaná. K zubaři paní Dita i její manžel chodí ojedinele v nutných případech a v současné době ani nejsou u žádného registrováni. Stává se, že si vytrhnou zub sami a někdy využijí pohotovost. Ani jejich děti nejsou u zubaře registrovány. Všichni členové rodiny mají z ošetření u zubaře velký strach. Zdravotně sociální pomocnice DROM spolupracuje s rodinou již několik let a kromě pomoci při jednání s lékaři pomáhá rodině také se získáváním podpory nadace, díky čemuž bylo možné zajistit ortopedické pomůcky do domácnosti, ale i jiné vybavení. Paní Dita vnímá zdravotně sociální pomocnici jako velice šikovnou a neváhá se na ni obrátit, kdykoli si neví s něčím rady.

Pan Petr

Panu Petrovi bylo v době výzkumného rozhovoru 58 let. S manželkou bydlí na ubytovně ve vyloučené lokalitě ve větším moravském městě. Mají dva syny a vnoučata, která bydlí samostatně. Pan Petr kromě svého praktického lékaře pravidelně navštěvuje taky psychiatrii, protože má zdravotní problém, který způsobuje, že zapomíná, kde je, je dezorientovaný a už několikrát se ztratil. Z toho důvodu užívá psychiatrem předepsané léky a musí chodit s doprovodem. Má také kardiovaskulární potíže a potíže s dýcháním, žaludečními vředy, prostatou, páteří a alergiemi. Oblast zdravotních potřeb u pana Petra je proto široká a je pro něj těžké orientovat se v užívání mnoha předepsaných léků. Lékaře různých specializací navštěvuje i pět- nebo šestkrát do měsíce. Se zdravotně sociální pomocnicí spolupracují pan Petr i s manželkou asi osm let, od doby, kdy se přistěhovali do místa svého současného

bydliště. Jelikož se v novém městě neuměli orientovat, velice jim pomohlo, že jim zdravotně sociální pomocnice DROM vyřídila registraci u lékaře a doprovázela je. S lékařkou, u které jsou od té doby v péči, jsou spokojeni. Negativní zkušenost má pan Petr se zdravotní péčí týkající se jeho problému s očima, jelikož trpí zeleným zákalem a vysokým očním tlakem. Byl konfrontován s otevřeným rasismem, kdy se v jeho přítomnosti lékař vyjadřoval na adresu Romů, že jsou to podvodníci, pana Petra nevyšetřil, nebyl ochotný řešit jeho zdravotní problém a změnu očních kapek, se kterými pan Petr nebyl spokojený, protože mu nepomáhaly. Pan Petr zvažuje, že příště, kdyby se taková situace měla opakovat, podá trestní oznámení a najde si jiného lékaře. Při dalším pokusu řešit změnu očních kapek už byla přítomna jiná lékařka, která mu bez problémů předepsala jiné oční kapky, které mu pomáhají, a je již spokojen. Pan Petr se domnívá, že důležitým faktorem v poskytování zdravotní péče je vzájemná komunikace. Komunikační chyby nastávají podle něj na obou stranách a mají různé důvody. U Romů to podle něj může být z důvodu nervozity nebo že prostě neumí s doktorem mluvit. U lékařů zase to může být reakce na chování pacienta nebo jen očekávání nějakého chování. On sám se proto snaží například se svou praktickou lékařkou komunikovat uctivě, když ji žádá o předepsání léků nebo s ní řeší nedostatek financí na doplatky, a ona mu pak vychází vstříc. Zároveň respektuje všechna doporučení a nevyhýbá se ani doporučeným vyšetřením a navazující péči. Vzhledem k velkému množství léků, které užívá a v kterých je těžké se orientovat, je pro pana Petra velice nápomocné mít přehledně sepsáno, kdy má který lék užít. Seznam pro něj sepsala zdravotně sociální pomocnice.

Paní Gita

Paní Gitě bylo v době výzkumného rozhovoru 42 let a žije v podnájmu v bytě na vesnici. Má dva dospělé syny a jednu dceru. Paní Gita se léčí na neuropatii – má genetickou vadu odumírání svalů a nervů. Pravidelně absolvuje preventivní prohlídky u svého praktického lékaře i gynekologa. S využíváním specializované zdravotní péče ve městě, ve kterém žije, má převážně negativní zkušenosti, které v průběhu rozhovoru ilustrovala na několika příkladech doložených zdravotní dokumentací. Tím prvním byla zkušenost s rakovinou čelisti její matky, kterou při zdravotní péči v tom čase doprovázela. Zubní lékař tento zdravotní problém nediagnostikoval a jím poskytovaná péče spočívala v čištění zubu. Že se jedná o rakovinu, odhalilo až vyšetření na pohotovosti. Když to pak konzultovala s praktickou lékařkou její matky, ta se prý divila, že to ten lékař nepoznal. Zdravotní problém nebyl odhalen včas a po roce, přes všechnu poskytnutou léčbu, matka paní Gity zemřela. V souvislosti s úmrtím matky paní Gita za pomoci zdravotně sociální pomocnice DROM sepsala a podala stížnost na zanedbání lékařské péče. Ta nakonec byla zamítnuta s odůvodněním, které paní Gita nepovažuje za relevantní, a celou situaci vnímá jako nespravedlivou. Další příklad negativní zkušenosti se týkal zanedbání péče o její vnučku, která měla problém se zrakem. Oční lékař tvrdil, že s její oční vadou nejde nic dělat, ani se to prý nedá operovat. Když se zdravotní stav po dobu tří let zhoršoval a oční lékař v tomto směru nijak nekonal, rozhodli se požádat praktickou lékařku vnučky o doporučení k očnímu lékaři v jiném městě. Díky tomu absolvovala vnučka operaci a v současnosti rehabilituje. Podle paní Gity, kdyby za to tolik nebojovali, její vnučka by dnes už možná byla slepá. Také její dcera měla problémy domoci se ve zdejší nemocnici adekvátní péče. Rok pravidelně navštěvovala zdejší lékaře a pohotovost kvůli neustupujícím bolestem hlavy, ale příčiny bolestí se nedopátrali. Nakonec se po vzoru paní Gity rozhodla také zkusit nemocnici v jiném městě, kde absolvovala vyšetření na CT, které příčinu jejich problémů odhalilo. Absolvovala operaci. Na základě zmíněných, ale i

dalších negativních zkušeností se paní Gita rozhodla, že raději bude za lékařskou péčí cestovat do jiného města. Právě tam zažila paní Gita svou první skutečně pozitivní zkušenost s poskytovateli zdravotní péče zcela nedávno při návštěvě zubní ambulance. Z důvodu zajišťování péče o svou matku a následného úmrtí obou rodičů v poslední době zanedbávala péči o zuby, ale nyní se rozhodla začít to řešit. Objednala se u nového zubaře, ale bylo pro ni těžké se dopravit na správné místo, najít konkrétní ambulanci a správně se ohlásit. Z toho důvodu se zpozdila. Navzdory tomu byla zdravotní sestra velice příjemná a vstřícná a měla pro její situaci pochopení. Kdyby ale neměla kartičku ZTP, dojíždění za zdravotní péčí do jiného města by si nemohla dovolit. Paní Gita si myslí, že lékaři v jejich městě nemají zájem pro romské pacienty udělat nic, čeho se oni sami nedomáhají, nesdělují jim adekvátní informace a své povinnosti vyplývající z jejich profese si plní jenom na minimální nezbytné úrovni. Vnímá to jako neochotu a je pro ni nepochopitelné, jak těžké je domoci se adekvátní péče. Dle popsanych situací je v případech takového jednání lékařů pro paní Gitu těžké udržet uctívou konverzaci a uvědomuje si, že pak není schopná řešit to konstruktivně. Proto se některým lékařům, se kterými měla konflikt ve zdejší nemocnici, vyhýbá, a to i za cenu neřešení konkrétních zdravotních problémů. Paní Gita a její rodina spolupracují se zdravotně sociální asistentkou již několik let. Považují ji za velice hodnou a sebevědomou. Kromě pomoci s vybavováním odborných vyšetření, orientací ve zdravotnickém systému či doprovázení k lékařům si paní Gita cení, že ji zdravotně sociální pomocnice povzbuzuje a motivuje k péči o zdraví, řešení zdravotních problémů v rodině a pomáhá jim překonávat případný strach z lékařů a vyšetření.

4.3 Porovnání aspektů přístupu ke zdraví a zdravotní péči zúčastněných skupin

V následující části jsou popsány výsledky analýz porovnávací aspekty přístupu k zdraví a zdravotní péči u participantů čerpajících zdravotně sociální pomoc DROM a participantů bez této pomoci. Klíčové bariéry v přístupu k zdravotní péči byly blíže popsány v předcházející části věnované výsledkům analýz polostrukturovaných rozhovorů zaměřených na sociální determinanty zdraví včetně dostupnosti zdravotní péče. Zde se věnujeme specificky těm bariérám, ve kterých byl identifikován přínos zdravotně sociálních pomocníků z pohledu Romů žijících v SVL.

Někteří participanté a některé participantky hovořili o velmi zodpovědném postoji a přístupu ke svému zdraví, u jiných bylo zřetelné zanedbávání zdraví a životosprávy. Dle většiny těch, kteří čerpají služby DROMu, zdravotně sociální pomocnice průběžně monitorují fyzické, psychické a sociální zdraví klientů. Rovněž se snaží hledat možnosti zvýšení kvality života klientů. V případě, že identifikují zdravotní obtíže, kooperují s klientem na zajištění odpovídající lékařské pomoci a péče.

Některé participantky / někteří participanté, kteří nečerpali zdravotně sociální pomoc DROM, ale také někteří z těch, kteří tuto pomoc čerpali, popisovali strach z návštěvy lékaře, z vyšetření a lékařských zákroků. Spojují se tu bariéry jak na straně příjemců zdravotní péče, tak na straně poskytovatelů, jelikož tento strach vycházel kromě strachu z bolesti či diagnózy i z pocitu, že lékaři zanedbávají péči, z nekvalitní, arogantní a nepřátelské komunikace a chování lékařů. Vyskytovaly se také obavy z toho, kdo se v nepřítomnosti participantek postará doma o děti, a také obavy z toho, že jim v případě hospitalizace bude chybět rodina a komunita. Participanté bez zdravotně sociální pomoci DROM se s těmito strachy museli většinou vypořádávat

sami a v mnoha případech byl strach jednou z hlavních bariér bránících v užívání zdravotní péče. Naproti tomu participantkám a participantům se zdravotně sociální pomocí DROM pomáhaly zdravotně sociální pomocnice jak s překonáváním výše zmíněného strachu, tak i se zvyšováním motivace k podstoupení lékařské péče.

„Ta asistentka se mě často ptala, co dělá ten můj zub. Povzbuzovala mě, abych šla k zubaři. Řekla jsem jí, že příště půjdu, ale nakonec jsem nešla, protože mám ze zubařů panickou hrůzu. Nicméně včera už jsem byla odhodlaná a seděla jsem v čekárně a říkala si, že to nějak dopadne.“

Několik participantek a participantů čerpajících zdravotně sociální pomoc DROM rovněž referovalo, že jejich strach z lékařské péče byl zmírňován tím, že jim zdravotně sociální pomocnice vysvětlovala, jak bude lékařská prohlídka nebo zákrok probíhat. Zmiňovali také, že je motivuje k péči o zdraví a k zdravému životnímu stylu.

Někteří participanté a některé participantky bez zdravotně sociální pomoci DROM, ale i s touto pomocí, popisovali, že jim nečiní potíže orientovat se ve zdravotních službách a v případě potřeby si umí odpovídající zdravotní péči zajistit. Jiní naopak popisovali, že jsou pro ně někdy přístup a zajištění zdravotní péče komplikované a složité. Participanté/participantky čerpající služby DROMu referovali o pomoci zdravotně sociálních pomocnic s hledáním a zajišťováním zdravotní péče.

„Tenkrát jsme to tady ještě neznali, nevěděli jsme, kde je tady doktor, a nevěděli jsme, kam máme vlastně chodit. No, a ta paní zdravotně sociální pracovnice nám s tím vším pomohla.“

Pomáhaly také se změnou a nacházením dostupnějšího lékaře, domlouváním návštěvy a dopravy k lékaři a v některých případech participanty k lékaři doprovázely osobně.

Dle některých participantů je obtížné se vyznat v obsahu zdravotní dokumentace, ale také ve způsobu zařizování potřebné dokumentace. Několik participantů a participantek čerpajících služby DROMu referovalo o tom, že jim zdravotně sociální pracovnice pomáhaly s orientací v zdravotní dokumentaci a se zařizováním této dokumentace.

Někteří participanté a některé participantky referovali o potížích se správným užíváním léků ve smyslu dodržování režimu užívání a dávkování léků. Popisován byl i nedostatek financí na léky nebo na doplatky a nesprávná orientace v léčivech. Dle několika participantů a participantek čerpajících služby DROMu jim zdravotně sociální pomocnice pomáhaly s výběrem vhodných léků na běžné nemoci a s organizací a dodržováním správného dávkování a systému užívání léků, ojediněle i s pomocí získat na doplatky na léky finanční prostředky.

„Zdravotně sociální asistentka mi napsala takový lístek, kde mi rozepsala ke každému léku, kdy a jak ho mám brát.“

Mnoho participantů a participantek referovalo o nepřátelské komunikaci ze strany zdravotníků a jejich předsudcích vůči Romům. Několik si jich stěžovalo, že lékaři zlehčovali jejich zdravotní potíže nebo odmítali poskytnout péči s odůvodněním, že mají plnou kapacitu. Tento způsob chování a komunikace vedl některé participantky a participanty k demotivaci vyhledávat lékařskou pomoc. Většina participantek a

participantů čerpajících služby DROMu chválila zdravotně sociální pomocnice za boj proti výše zmíněnému chování lékařů.

„Když je ten doktor arogantní, jsem ráda, že mi paní zdravotně sociální pracovnice v té komunikaci s ním pomůže. Když je ten doktor v pohodě, tak ani tu zdravotně sociální pracovníci s sebou nepotřebují.“

Zdravotně sociální pomocnice pomáhaly zprostředkovávat komunikaci mezi klienty a lékaři, trvaly na tom, aby obdrželi standardní zdravotní péči, a pomáhaly se sepisováním stížnosti na obdržení nekvalitní zdravotní péče. Některé participantky rovněž referovaly o tom, že je zdravotně sociální asistentky povzbuzovaly k překonávání strachu z komunikace s lékaři a učily, jak se zdravotníky komunikovat.

Většina participantů a participantek čerpajících služby DROMu referovala, že je tato pomoc pro ně přínosem. Za základ efektivního fungování zdravotně sociální pomoci považovali kvalitu vztahu se zdravotně sociálními pomocnicemi a jejich přístup k práci. Většina participantů a participantek se shodovala v tom, že se k nim zdravotně sociální pomocnice chovají mile, empaticky a vstřícně a pomáhají někdy i nad rámec svých povinností. K lékařům pak přistupují sebevědomě, konstruktivně a neústupně.

Participant a participantky byli v mnoha případech svědky, že s výše zmíněným přístupem zdravotně sociálních pomocnic se dařilo jejich zdravotní obtíže řešit a obdržet od poskytovatelů adekvátní zdravotní péči. Někteří participant a některé participantky získali prostřednictvím vzájemného přijímajícího vztahu se zdravotně sociálními pomocnicemi korektivní pozitivní zkušenost s příslušníky majoritní společnosti a byli jednáním zdravotně sociálních pomocnic inspirováni k jistějšímu jednání se zdravotníky vedoucím k obdržení odpovídající zdravotní péče.

Tabulka 3 Intervence zdravotně sociální pomoci DROMu z pohledu Romů v SVL zaměřené na bariéry v přístupu k zdravotní péči a se zdravím související chování

BARIÉRY	INTERVENCE zdravotně sociální pomoci DROM
na straně POSKYTOVATELŮ	
Diskriminace ve zdravotnictví - Chování a zdravotníků a jejich komunikace - Dvojitý standard Systémové bariéry - Transparentnost a srozumitelnost - Finanční dostupnost - Geografická dostupnost - Nedostatečné kapacity/neochota lékařů registrovat romské pacienty	Dohlíží na dodržování a respektování práv klientů Zprostředkovává a faciliteje komunikaci mezi klienty a zdravotníky Dohlíží na poskytování standardní péče, pomáhá se sepisováním stížností - - - - - - Pomáhá s registrací u lékaře, komunikuje se zdravotní pojišťovnou
na straně PŘÍJEMCŮ	
Zdravotní potřeby	Pomáhá klientům rozvíjet schopnost hodnocení zdravotního stavu a reflektovat zdravotní potřeby, poskytuje doporučení ohledně zdravotních potřeb klientů

Zdravotní gramotnost	Rozvíjí zdravotní gramotnost u klientů, pomáhá s orientací ve zdravotním systému a zdravotnické dokumentaci
Názory a přesvědčení	Snaží se pracovat na odstraňování předsudků a nesprávných přesvědčení ohledně zdravotní péče, lékařských vyšetření a zákroků, zmírňování strachu a zvyšování motivace čerpat lékařskou péči
Nedůvěra k přístupu zdravotníků	Snaží se odbourávat nedůvěru ke zdravotníkům, především vysvětlováním průběhu lékařských vyšetření a zákroků
Dodržování léčebného režimu	Pomáhá s dodržováním léčebného režimu, především dohledem na správné užívání léků
Mobilita	Pomáhá hledat možnosti dopravy k lékaři, asistuje při hledání místně lépe dostupnějšího lékaře
Finance	Informuje klienty o léčivech bez nutnosti doplatku, pomáhá se získáváním příspěvků na léky
SE ZDRAVÍM SOUVISEJÍCÍ CHOVÁNÍ	Motivuje klienty k zdravému životnímu stylu a péči o zdraví

Zdravotně sociální pomoc DROM pomáhá řešit především bariéry na straně příjemců zdravotní péče a některé bariéry / většinu bariér na straně jejich poskytovatelů. Dle teorie o přístupu k zdravotní péči bariérám na straně poskytovatelů zdravotní péče odpovídají příslušné schopnosti příjemců zdravotní péče tyto bariéry překonávat. Služba DROMu je orientovaná na klienta, primárně spolupracuje s ním a není z pozice této služby možné odstraňovat přímo bariéry na straně poskytovatelů zdravotní péče, nýbrž pomáhat a uschopňovat klienty tyto bariéry překonávat. Orientace je především na zvýšení zdravotní gramotnosti, zlepšení dovedností a znalostí v oblasti podpory zdraví, zvýšení motivace k řešení zdravotních problémů či zlepšení v komunikaci s lékaři a zdravotnickým personálem. Rozvoj těchto kompetencí má dopad nejen na oblasti zdraví, ale i na vnímání celkové kvality vlastního života. DROM se také orientuje na podporu administrativních kompetencí osob v oblasti zdraví, jako je hledání dostupné podpory a zdravotní péče, zařizování invalidních důchodů, jednání se zdravotními pojišťovnami apod. Zdravotně sociální pomocník poskytuje také službu „doprovodu“ při návštěvě lékaře i pomoc při jednání se státní správou spojenou se zdravotní problematikou. Důraz je v podpoře preventivní péče při zajišťování očkování dětí, vyhledávání a poradenství pro ženy a dívky v oboru gynekologie, ale také v pravidlech zdravého životního stylu a stravovacích návyků. V tomto ohledu lze považovat činnost DROMu za úspěšnou.

5. Návrhy opatření pro zlepšení dostupnosti zdravotní péče u Romů žijících v sociálním vyloučení a jejich ověření u cílové skupiny

Tato část výzkumu se zaměřovala výhradně na dostupnost zdravotní péče pro Romy žijící v sociálním vyloučení (SVL). Jejím cílem bylo facilitovat konsenzuální návrhy na vylepšení systému, které kombinují odlišné perspektivy jednotlivých participantů, v tomto případě dalších zapojených aktérů, kteří mají vliv na dostupnost zdravotní péče a ověřit tyto návrhy u cílové skupiny Romů v SVL.

Pro získání těchto návrhů byla využita výzkumná metoda mapování konceptů (concept mapping), jedná se o strukturovanou participativní výzkumnou metodu kombinující kvalitativní a kvantitativní přístup. Přináší pohled různých skupin na určité téma a pomáhá poměrně rychle vytvořit společný rámec. Ověření bylo provedenou formou rozhovorů ve fokusních skupinách s Romy v SVL.

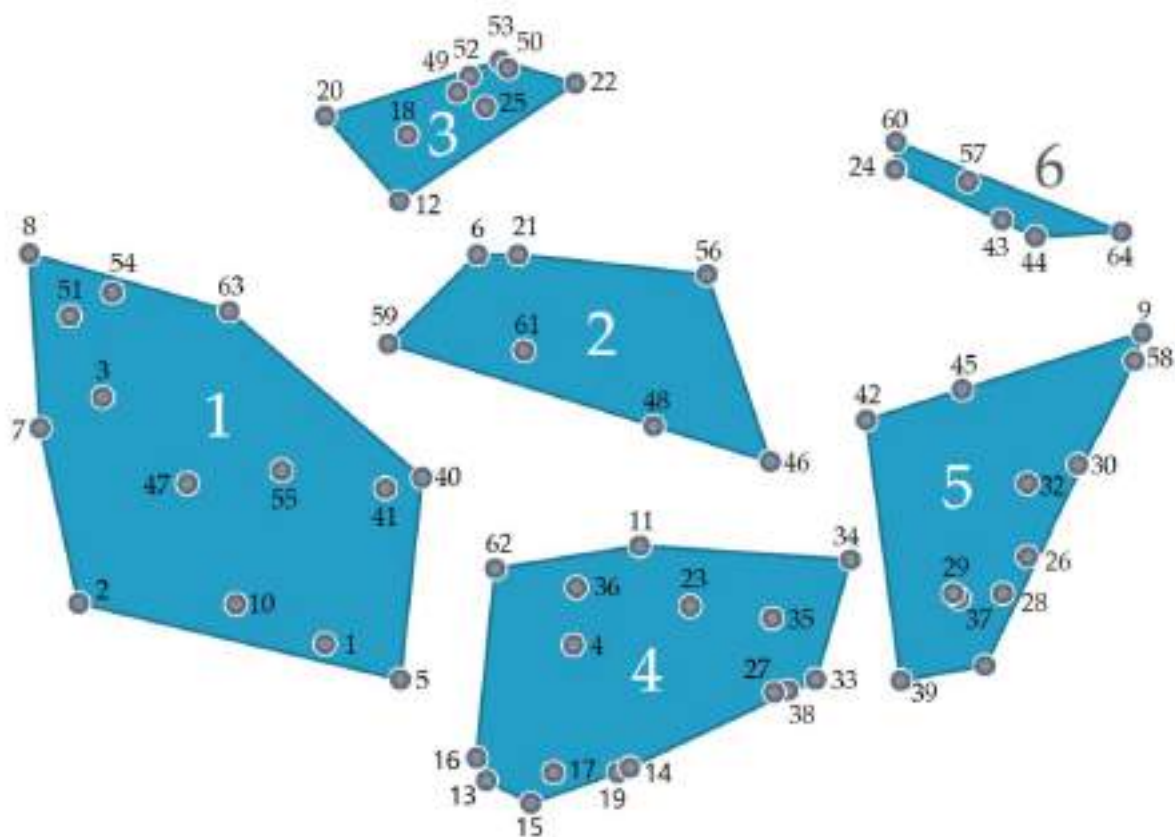
Metodologii tohoto výzkumného úkolu naleznete od strany č. 25

5.1 Skupiny opatření a jejich hodnocení

Dohromady bylo vytvořeno **64 návrhů řešení, jak zlepšit dostupnost zdravotní péče pro Romy žijící v sociálním vyloučení**. Seznam všech návrhů je možné najít v příloze č. ... této zprávy. Na základě toho, jak participant nejčastěji seskupovali jednotlivé návrhy, vzniklo šest tematicky podobných skupin, tzv. klastrů (Tabulka 4 a Obrázek 1). Takovéto rozdělení může pomoci při lepším zacílení realizace jednotlivých opatření, stanovení jejich nositelů, vykonavatelů i uživatelů. Vizuální podoba také může být vhodnější pro prezentaci návrhů různým typům publika (odborníci z různých resortů i laici).

Tabulka 4 Názvy jednotlivých skupin opatření (klastrů)

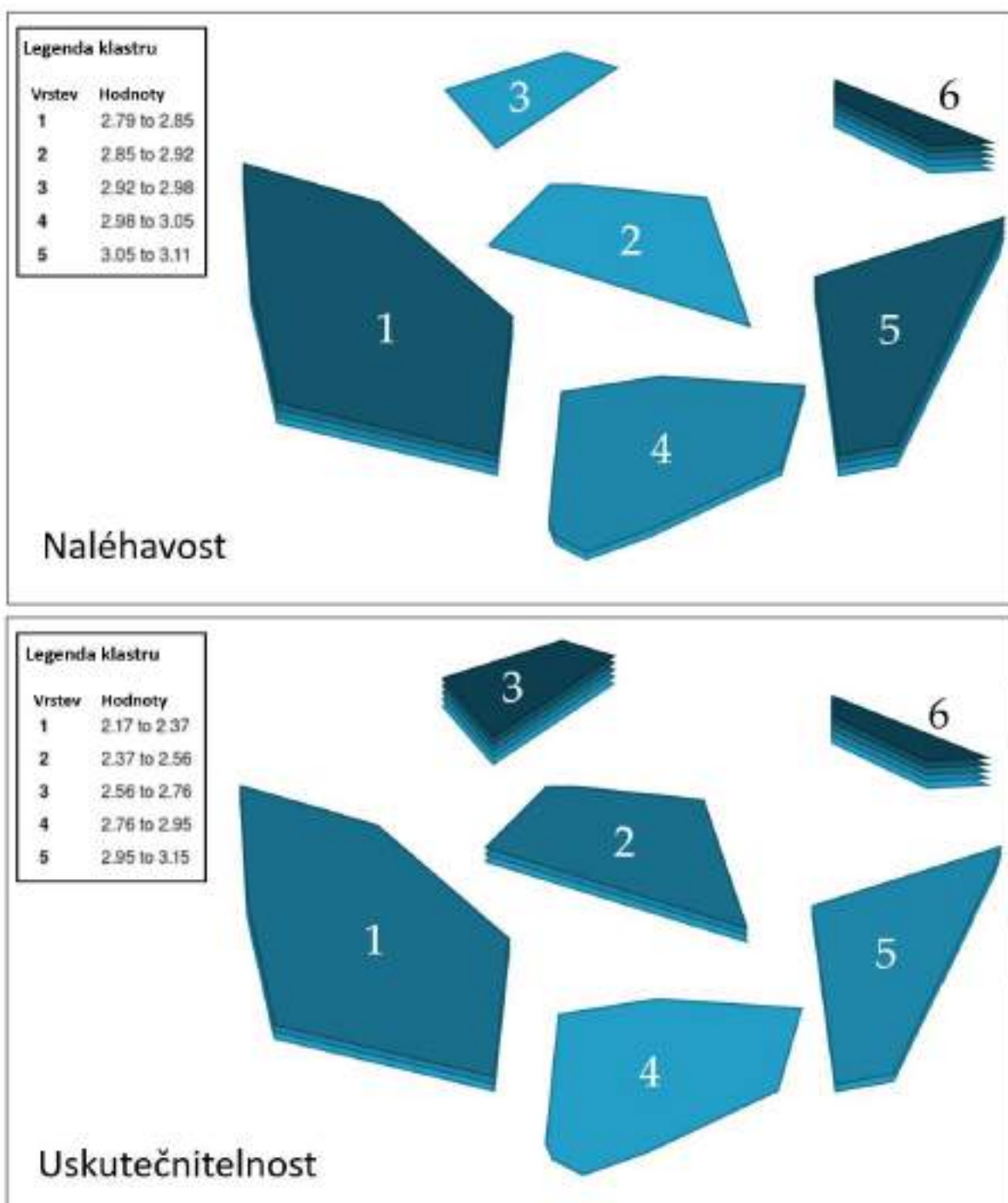
Klastr 1	Zefektivnění systému zdravotní péče a souvisejících služeb s cílem legitimizovat a zohlednit potřeby cílové skupiny
Klastr 2	Role služeb podporujících zdraví a dostupnost zdravotní péče
Klastr 3	Edukace a informovanost cílové skupiny
Klastr 4	Zvýšení místní a finanční dostupnosti zdravotní péče
Klastr 5	Posílení sítě a kapacit zdravotní péče a prevence
Klastr 6	Edukace a supervize pomáhajících profesí



Obrázek 4 Klastrová mapa zobrazující 6 skupin návrhů opatření týkajících se zlepšení dostupnosti zdravotní péče pro Romy žijící v sociálním vyloučení

Každý klastr je označený odpovídajícím číslem (viz Příloha č. 2 Seznam všech navrhovaných opatření rozdělených dle jednotlivých klastrů (Mapování konceptů)). Body v jednotlivých klastrech představují jednotlivé návrhy opatření. Každý klastr obsahuje ty návrhy, které takto poskytovatelé nejčastěji seskupovali dohromady. Velikost klastru odpovídá velikosti konceptu – čím větší je klastr, tím širší je téma. Současně čím blíže jsou jednotlivé klastry u sebe, tím více jsou jednotlivá témata propojená (tím častěji tato témata propojovali i zapojení účastníci) a naopak. Tvar klastrů nehraje žádnou roli. Vzhledem k velkému počtu návrhů najdete seznam všech opatření náležejících do jednotlivých klastrů v Příloha č. 2 Seznam všech navrhovaných opatření rozdělených dle jednotlivých klastrů (Mapování konceptů).

Kromě rozdělení návrhů opatření do jednotlivých klastrů účastníci také hodnotili jejich **naléhavost** a **uskutečnitelnost**, které se dají také graficky vhodně znázornit přes klastrové zobrazení (viz Obrázek 5 Naléhavost a uskutečnitelnost opatření dle jednotlivých klastrů).



Obrázek 5 Naléhavost a uskutečnitelnost opatření dle jednotlivých klastrů

Tyto dvě mapy jsou podobné obrázku 1, ale neobsahují čísla jednotlivých opatření a jsou obohaceny o vrstvy. Tyto vrstvy nám umožňují vyhodnotit, ve kterém klastru jsou návrhy opatření hodnocené nejčastěji účastníky jako naléhavé a uskutečnitelné. Více vrstev znamená vyšší skóre, tedy tím více byly návrhy opatření v klastru hodnoceny jako naléhavé a uskutečnitelné.

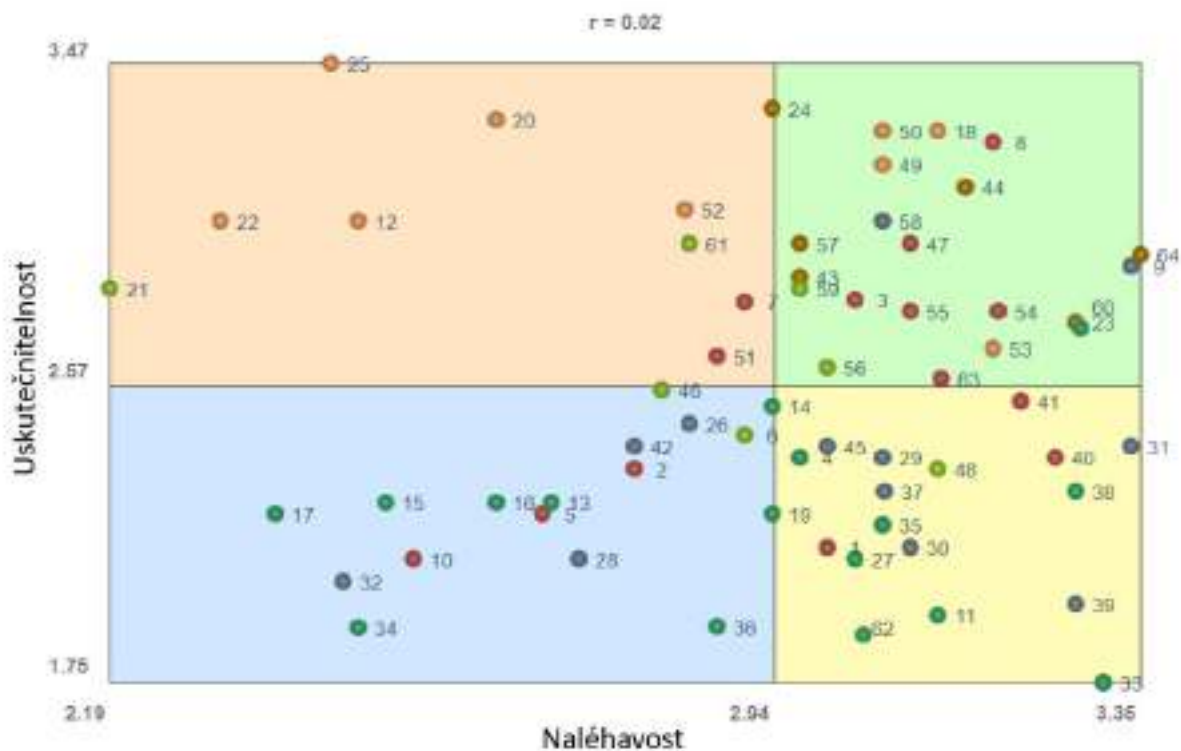
Co se týká **naléhavosti**, tak participanti hodnotili nejvýše klastr 6, který obsahuje návrhy opatření zaměřené na edukaci a supervizi pomáhajících profesí. Jako nejméně naléhavý hodnotili participanti klastr 3, týkající se edukace a informovanosti cílové skupiny, a klastr 2, obsahující návrhy týkající se role služeb podporujících zdraví a dostupnost zdravotní péče. Zde je třeba uvést, že participanti hodnotili tzv. relativní naléhavost. Tedy naléhavost ve vztahu k ostatním návrhům opatření. Neznamená to tedy, že by klastry 2 a 3 nebyly vůbec naléhavé, ale jsou méně naléhavé než ostatní klastry.

Pokud zohlednili **uskutečnitelnost**, participanti nejvýše hodnotili klastr 3, týkající se edukace a informovanosti cílové skupiny, a opět klastr 6, týkající se edukace a supervize pomáhajících profesí. Jako nejméně uskutečnitelný viděli participanti klastr 4, který se týká zvýšení místní a finanční dostupnosti zdravotní péče. I zde je třeba poznamenat, že šlo o hodnocení tzv. relativní uskutečnitelnosti ve vztahu k ostatním návrhům.

Jestliže vezmeme v úvahu obě hodnocení, tedy **naléhavosti a uskutečnitelnosti zároveň**, pak jako nejvýše hodnocený v obou oblastech vyšel klastr 6, týkající se edukace a supervize pomáhajících profesí, který vidí participanti jako velmi urgentní a velmi dobře dosažitelný. Největší rozdíl vykazuje klastr 3, týkající se edukace a informovanosti cílové skupiny, který byl hodnocen jako nejlépe uskutečnitelný, ale nejméně urgentní. Velký rozdíl byl také v hodnocení klastru 5, týkajícího se posílení sítě a kapacit zdravotní péče a prevence, který participanti hodnotili jako velmi naléhavý, ale méně snadno dosažitelný. Jako nejméně naléhavý a zároveň nejméně urgentní byl hodnocen klastr 4, týkající se zvýšení místní a finanční dostupnosti zdravotní péče.

5.2 Prioritní opatření

Některé návrhy opatření byly celkově výše hodnoceny než jiné. Pokud odhlédneme od jejich umístění v klastrech, je možné je graficky prezentovat i způsobem, který toto hodnocení odráží v tzv. go-zone mapě Obrázek 6 Go-zone mapa zobrazující všechny návrhy opatření týkajících se zvýšení dostupnosti zdravotní péče pro Romy žijící v sociálním vyloučení z pohledu naléhavosti a uskutečnitelnosti nám ukazuje, jak byl každý z návrhů opatření hodnocen z pohledu naléhavosti a uskutečnitelnosti současně. Opatření, kterými je vhodné se zabývat nejdříve (jsou zároveň naléhavé a uskutečnitelné), jsou umístěna v pravém horním zeleném kvadrantu, který se dle teorie jmenuje go-zone. Vodorovná osa představuje naléhavost a horizontální osa uskutečnitelnost. Čím více jsou návrhy umístěny vpravo, tím vyšší hodnoty naléhavosti dosáhly, a čím více jsou umístěny nahore, tím dosáhly vyšší hodnoty z pohledu uskutečnitelnosti. Jedná se o 20 návrhů v Tabulka 5.



Obrázek 6 Go-zone mapa zobrazující všechny návrhy opatření týkajících se zvýšení dostupnosti zdravotní péče pro Romy žijící v sociálním vyloučení z pohledu naléhavosti a uskutečnitelnosti

Tabulka 5 Seznam 20 prioritních opatření dle klastrů

Číslo klastru	Číslo opatření	Text návrhu opatření
1	3	Vytvořit platformu organizací, která by prosazovala podporu zdraví u sociálně vyloučených osob včetně Romů a snažila se ovlivňovat veřejnou politiku v tomto smyslu
1	8	Prozkoumat oblast zdravotních potřeb Romů žijících v sociálním vyloučení – co potřebují a očekávají od zdravotní péče – s cílem nastavit intervence v pomáhajících profesích
1	47	Jasně vymezit kompetence a působnost organizací věnujících se podpoře zdraví a dostupnosti zdravotní péče za účelem regionálního vyvážení sítě pomáhajících organizací (síťování, koordinace projektů)
1	54	Zabezpečit propojení klientů z cílové populace s poskytovateli zdravotní péče (posílení důvěry, snížení prahu) prostřednictvím zdravotně sociálních pomocníků a mediátorů podpory zdraví
1	55	V sociálně vyloučených lokalitách posílit úroveň péče o zdraví a prevence díky využití a zaškolení dobrovolníků z řad členů komunity, s navazující možností je později zaměstnat jako „mediátory podpory zdraví“

1	63	Propojit zdravotní péči s dostupnými sociálními službami v regionu (informovat zdravotníky o nabídce a kompetencích sociálních služeb v dané lokalitě, aby byli schopni se podle potřeby obrátit na sociální služby a uměli je přizvat do spolupráce s pacientem – např. poradenský pracovník pro lékaře, aplikace sociální služby v mobilu)
2	56	Podpora udržitelnosti a rozšíření sítě „mediátorů podpory zdraví / zdravotně sociálních pomocníků“ do všech krajů (terénní práce v oblasti podpory zdraví a dostupnosti zdravotní péče) ideálně z řad členů vyloučených komunit s příslušným akreditovaným školením
2	59	Posílení agendy podpory zdraví včetně dostupnosti zdravotní péče ve službách sociální prevence (v práci sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách) s příslušným akreditovaným školením
3	18	Informovat klienty vstupující a vystupující z evidence Úřadu práce o souvislostech zdravotního a sociálního pojištění a poskytnout jim podporu při nerizikovém řešení situace
3	49	Edukace klientů o lécích bez doplatku a alternativách ve výběru léků
3	50	Edukace klientů o změně/ztrátě pojištění a o jejich povinnostech v oblasti poskytování zdravotní péče
3	53	Zabezpečit zvyšování zdravotní gramotnosti a motivování cílové populace k péči o zdraví a adekvátnímu využívání zdravotní péče
4	23	Zavést pravidelnou preventivní pediatriickou a zubní lékařskou péči na mateřských a základních školách
5	9	Zapojit studenty medicíny jako terénní zdravotníky v rámci praxe
5	58	Zapojení studentů pomáhajících a učitelských profesí na VŠ (např. zdravotnické obory, sociální práce, zdravotně-sociální péče, učitelství na 1. stupni, rekreologie apod.) do preventivních programů podpory zdraví, včetně informovanosti o dostupnosti zdravotní péče
6	43	Zajistit dostupnou supervizi v rámci celoživotního vzdělávání pro zdravotníky poskytující zdravotní péči cílové populaci i pro „mediátory podpory zdraví / zdravotně sociální pomocníky“
6	44	Edukace porodních asistentek, aby pracovaly s čerstvými matkami na novorozeneckých odděleních; edukace žen po porodu v porodnici (péče o sebe a novorozence)
6	57	Zajistit kvalitní penzum školení pro „mediátory podpory zdraví / zdravotně sociální pomocníky“ (terénní práce v oblasti podpory zdraví včetně dostupnosti zdravotní péče) pod gescí odborného garanta, vycházejících z dobré praxe u nás i v zahraničí (zapojit organizace, které se tomu už věnují), a zabezpečit možnost výměnných pobytů
6	60	Motivovat romské děti ke studiu zdravotních oborů a vychovávat a podporovat budoucí romské zdravotníky (lékaře, sestry, asistenty ochrany a podpory veřejného zdraví, porodní asistentky, záchranáře, sanitáře) – dotace pro stipendijní a mentorský program (zabezpečení sítě mentorů kreditovou motivací studentů)
6	64	Edukovat zdravotníky a pomáhající profesionály v pregraduálním a postgraduálním studiu i v kontinuálním vzdělávání (rovný přístup a etika, participativní a podpůrné – zmocňující – přístupy v práci, empowerment, specifika kulturně odlišných skupin pacientů a na ně navazující trénink komunikační kompetence zdravotníků)

Barvy jednotlivých klastrů v tabulce odpovídají barvě bodů znázorněných v *obrázku 8* výše.

5.3 Interpretace prioritních opatření z pohledu dalších aktérů

Jak bylo zmíněno v kapitole **Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.**, týkající se metodologie výzkumné metody concept mapping, výsledky analýz jsme prezentovali participantům. S jejich pomocí jsme interpretovali ta opatření, která byla hodnocena zároveň jako **nejvíce naléhavá i uskutečnitelná** a v následujícím textu přinášíme výsledky této diskuse. Někteří participantů se nemohli tohoto setkání zúčastnit a vyjadřovali se k interpretaci dodatečně písemně.

Interpretováno bylo 20 položek, které jsou zobrazeny v tzv. Go-Zone mapě (položky č. 3, 8, 9, 18, 23, 43, 44, 47, 49, 50, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 63 a 64).

Položka 3. Vytvořit platformu organizací, která by prosazovala podporu zdraví u sociálně vyloučených osob včetně Romů a snažila se ovlivňovat veřejnou politiku v tomto smyslu

Participantů v rámci diskuse uvedli, že by se mělo jednat o mezirezortní platformu, kde jako hlavní člen by mělo působit Ministerstvo zdravotnictví (MZ), vhodné by bylo zapojení dalších členů: Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV), Ministerstva školství a tělovýchovy (MŠMT), Úřadu vlády a v jeho rámci také Rady vlády pro romskou menšinu, členů Poslanecké sněmovny, Ministerstva pro místní rozvoj (MMR) – kvůli oblasti bydlení – občanské společnosti pracující s cílovou skupinou a neziskových organizací se zkušenostmi v oblasti podpory zdraví a s prací s cílovou skupinou.

Participantů zvažovali také, kdo by měl nést odpovědnost za realizaci a koordinaci této platformy. Kvůli jednodušší organizaci je třeba zvážit, jestli by nebylo vhodnější než realizovat vznik nové instituce, aby se využila nějaká již stávající mezirezortní platforma věnující se oblasti sociálního vyloučení a ta by se v rámci své činnosti zabývala i tématem zdraví. Nicméně takováto platforma zatím neexistuje a dle názoru zapojených odborníků je třeba ji vytvořit. Orgánem, který má na starosti tuto cílovou skupinu, je Agentura pro sociální začleňování (ASZ), která je zároveň aplikačním garantem projektu.

Participantů navrhli, aby si realizaci této platformy vzal na starosti aplikační garant projektu (ASZ). Ke zvážení doporučili i Úřad vlády, který by mohl zřídit mezirezortní výbor nebo jiný poradní orgán.

V rámci diskuse participantů uvedli, že by bylo vhodné nejprve definovat cíl platformy. Protože v takto obecné rovině těžko bude nějaká platforma někam směřovat či něco prosazovat. Diskutovalo se také o projektu ROMZAVIP a o roli aplikačního garanta ASZ, k němuž směřují výsledky projektu pro další využití. Při jasné definici cíle či cílů by ASZ a členové platformy už mohli prosazovat jejich realizaci, pravděpodobně zejména u MZ a u dalších institucí v závislosti na konkrétních cílech.

Zapojení odborníci se dohodli na tom, že cíl platformy navrhnou rovnou na interpretačním setkání v tomto znění: Prosazovat podporu zdraví a dostupnost

zdravotní péče pro osoby žijící v sociálním vyloučení, včetně Romů. Upozornili také na to, že v současné situaci už není vhodné pracovat s pojmem sociálně vyloučené lokality, jelikož se sociálně vyloučení nyní stále více nacházejí i v jiných lokalitách.

Dále zapojení odborníci diskutovali o tom, že je vhodné vybrat další konkrétní cíle, které je třeba v rámci platformy prosadit, a potom u nich stanovit mechanismus jejich prosazování. Zapojení odborníci by pro výběr dalších cílů platformy využili strategické anebo další pro ČR závazné dokumenty (např. Strategii pro sociální začleňování, Zdraví 2030, Strategii romské integrace 2030). Doporučili komparovat návrhy opatření vzniklé v rámci tohoto výzkumu s těmito dokumenty a vybrat konkrétní cíle. Minimálně MZ bude pravděpodobně ochotné spolupracovat v rámci naplňování cílů Zdraví 2030. Otázkou, kterou zapojení odborníci zvažovali, je, nakolik zapojit další orgány navrhované na začátku diskuse do platformy, neboť by byla velice široká a bylo by obtížné ji kvůli vytíženosti uvedených orgánů realizovat.

Odborníci doporučili, aby se pro jejich zapojení využila klíčová spolupráce s MZ, které by je vyzvalo k realizaci konkrétních cílů a opatření (např. lékárny – u bodu, který se jich týká). Zapojení odborníci diskutovali, že by pro výběr cílů bylo možné využít i další výstup tohoto projektu – výsledky Analýzy dokumentů.

Diskuze o konkrétní podobě platformy, kterou je nutné vytvořit, nebyla u tohoto bodu uzavřena a zapojení odborníci deklarovali, že bude třeba, aby se k tomu vyjádřil další poradní panel projektu ROMZAVIP.

Po konání interpretačního setkání bylo ještě dalšími odborníky, kteří se jej nemohli zúčastnit, potvrzeno, že mezirezortní platforma zaměřená na osoby žijící v sociálním vyloučení opravdu neexistuje. Dále považují za potřebné, aby do této platformy byly zapojeny zejména zastřešující romské organizace jako ROMANONET, SLOVO 21 a další. Především je ale třeba získat ke spolupráci další lékaře či lékařky, kteří pracují se sociálně vyloučenými včetně Romů a mají zájem se podílet na změně.

Položka 8. Prozkoumat oblast zdravotních potřeb Romů žijících v sociálním vyloučení: co potřebují a očekávají od zdravotní péče, s cílem nastavit intervence v pomáhajících profesích

Zapojení odborníci doporučili zmapovat dosavadní proběhlé výzkumy na téma zdravotních potřeb Romů od různých organizací (např. výzkum zdravotní gramotnosti, který byl realizován pro ASZ v roce 2018) a následně provést další výzkum zdraví Romů. Bylo by potřeba designovat pravděpodobně více různých typů na sebe navazujících studií. Důraz při jejich designování by měl být na srovnání situace Romů s majoritní společností. Zapojení odborníci doporučili, že je třeba nejprve provést kvantitativní výzkum (reprezentativní sběr), ve kterém by bylo vhodné se zaměřit například na jednotlivá vybraná onemocnění, civilizační choroby (padly i konkrétní návrhy oblastí: obezita, kouření). Kvantitativní výzkum doporučili doplnit i o srovnávací kvalitativní výzkum zaměřený na zkušenosti se zdravotní péčí osob žijících v sociálním vyloučení z řad Romů i majority a běžné populace. Z tohoto výzkumu by vyplynulo srovnání, v čem se skutečně liší postavení sociálně vyloučených Romů v ČR.

Srovnávací výzkum zapojení odborníci doporučili z toho důvodu, že je potřeba MZ poskytnout jasné důkazy o tom, že zdravotní situace Romů je jiná. Z jejich zkušeností by v tomto byla přínosná zejména zmiňovaná kvantitativní studie. Je možné se

inspirovat i řadou kontinuálních výzkumů na téma kvalita bydlení realizovaných v ČR od roku 2008.

Nositelům tohoto opatření by dle názoru zapojených odborníků měl být Institut sociálního zdraví (OUSHI).

Na závěr zapojení odborníci diskutovali o tom, že z těchto výzkumů by pak vyplynuly konkrétní návrhy na další intervence, které by pomohly cílové skupině. Diskuze o těchto intervencích bude vhodná, až se výzkumy zrealizují.

Po konání interpretačního setkání účastníci, kteří se jej nemohli zúčastnit, doplnili, že by bylo vhodné tyto výzkumné studie zkoordinovat se studiemi, které jsou definovány ve Strategii romské integrace 2030. Dále upozornili na to, že je třeba u těchto studií zvážit, nakolik konkrétní a specifická zjištění a také návrhy opatření tento výzkum může přinést oproti již realizovaným studiím v zahraničí (zaměřeným taktéž na rozdíly ve výskytu onemocnění a zdravotních rizik mezi majoritní populací a vybranými subpopulacemi s podobnými předpokládanými charakteristikami).

Položka 9. Zapojit studenty medicíny jako terénní zdravotníky v rámci praxe

Nejprve zapojení odborníci diskutovali o tom, že pro realizaci tohoto opatření by bylo potřeba změnit studijní program všeobecného lékařství, respektive aby MŠMT zavedlo 1 týden povinné praxe v sociálně vyloučené lokalitě.

Předmětem diskuze byla také délka praxe, kdy týden někteří zapojení odborníci považovali za příliš krátkou dobu. Přitom vycházeli z dlouhodobých stáží, které se realizují v oblasti školství či sociální práce. Nicméně vzhledem k systému praxí panujícímu v oboru je týden reálně prosadit. Zapojení odborníci rovnou navrhli cíl této praxe, který by měl být: seznámení se s problematikou sociálně vyloučených občanů/lokalit a získání základního povědomí o sociálních službách, které v těchto lokalitách působí a které mohou být prostředníkem mezi lékaři a lidmi žijícími v sociálním vyloučení.

Zapojení odborníci v rámci diskuze reflektovali, že MŠMT nemůže vysokým školám příliš zasahovat do jejich autonomie při tvorbě studijních programů. Nicméně viděli jako možnost dát do podmínek pro akreditaci lékařských oborů, aby součástí výuky bylo „seznámení se s problematikou sociálního vyloučení“ jak v teoretické, tak v praktické rovině. Dle zapojených odborníků se budoucí lékaři s touto problematikou běžně nesetkávají a toto by přineslo velmi pozitivní změnu. Padl také návrh, aby se tématu sociálního vyloučení následně více věnovali budoucí lékaři některých oborů, zejména budoucí praktičtí lékaři pro dospělé a pediatrii.

V pokračující diskuzi zapojených odborníků padl návrh, že by se mohl vytvořit ve spolupráci s některou z univerzit pilotní program tohoto vzdělávání týkající se seznámení budoucích lékařů s problematikou sociálního vyloučení. Úspěšná realizace tohoto pilotního programu by mohla podpořit následnou diskuzi s MŠMT. Probíralo se také, že iniciování takového projektu či programu nemůžeme čekat od fakult nebo nemocnic. Vhodná ke spolupráci a realizaci takového pilotního programu by mohla být 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, která je mu svým zaměřením blízka.

Diskutovalo se také o tom, že současní zdravotníci by mohli být připravováni na vykonávání práce v přirozeném prostředí pacientů, která je nyní potřebná v souvislosti s reformou psychiatrické péče. Vedle péče v nemocnici a ambulanci by měli být

připravování i na poskytování terénní péče, na terénní terapii (včetně prostředí sociálního vyloučení).

Nicméně protože je toto téma u lékařů teprve v začátku, je vhodné si dle zapojených odborníků stanovit reálný a menší cíl, kterým je prosazení týdenní praxe v prostředí sociálně vyloučených lokalit. Ke splnění tohoto cíle je ale zapotřebí, jak vyplynulo z diskuze, navázat spoluprací s některou lékařskou fakultou, která by si zažádala o akreditaci zahrnující takovou praxi.

Zodpovědný za realizaci by mohl být aplikační garant projektu.

Po realizaci interpretačního setkání bylo participanty doplněno, že aplikační garant ASZ v současné době pracuje na podobném opatření, které si klade za cíl zavést do programu lékařských fakult vzdělávání mediků v intersociální komunikaci, jehož součástí je vzdělávání o problematice sociálního vyloučení včetně dopadů na zdraví. V současné době probíhá desk research podobných zahraničních edukativních programů, který bude předložen MZ. Participanti doporučují propojit realizaci položky č. 9 s tímto opatřením.

Dále tito odborníci doporučují klást důraz při vzdělávání studentů zejména na seznámení se s podmínkami života v sociálně vyloučených lokalitách a na způsoby komunikace s lidmi z nižších socioekonomických vrstev (zejména vysvětlení diagnózy, způsobu léčby a dodržování léčebného režimu).

Položka 18. Informovat klienty vstupující a vystupující z evidence Úřadu práce o souvislostech zdravotního a sociálního pojištění a poskytnout jim podporu při nerizikovém řešení situace

Realizace tohoto opatření by dle zapojených odborníků měla spadat pod úřady práce (ÚP), jejichž úředníci by měli informovat o rizicích spojených s vyřazením z evidence ÚP v kontextu úhrad zdravotního pojištění. Toto opatření, jak z diskuze vyplynulo, se často týká mladých lidí, kteří po dokončení školy nejsou informováni o svých povinnostech v souvislosti s ukončením studia, vedením v evidenci ÚP a vyřazením z ní. Potom jim často při sankčním vyřazení vzniká dluh na zdravotním pojištění a penále z jeho nehrzení. Týká se to také dalších sankčně vyřazených osob.

Zapojení odborníci navrhli, že by nositelem opatření mohl být opět aplikační garant ASZ. Bylo by vhodné připravit informační leták pro lidi vyřazené z evidence Úřadu práce bez nalezení zaměstnání, který by úředníci přímo na ÚP distribuovali a který by zmiňoval i další možná rizika při sankčním vyřazení. Důrazně doporučují, aby úředníci také sankčně vyřazeným ústně podali k materiálu vysvětlení tak, aby bylo zajištěno porozumění těmito informacím i osobami se zhoršenou funkční gramotností.

Vedle toho zapojení odborníci navrhli informovat o problematice cílovou skupinu i neformálně, například na Facebooku, neboť je možné, že informace zapadnou v množství dalších informací předávaných na ÚP. Jako vhodné by navíc zúčastnění odborníci viděli, aby byla pro úředníky z ÚP zajištěna potřebná podpora (školení, supervize). Tím bude dosaženo toho, aby se o tématu dozvěděla většina lidí, kterých se to týká.

Zapojení odborníci zdůraznili, že při sankčním vyřazení z evidence ÚP bývalí uchazeči nejsou systematicky informováni o tom, že za ně již neplatí zdravotní pojištění stát. A

pokud informováni jsou, tak již neznají faktické dopady na svou budoucí finanční situaci (vznik penále).

Ze zkušeností zapojených odborníků také vyplývá, že i pokud tuto informaci dostanou, tak často nemají kapacitu takovou situaci řešit. Důvodem je dle participantů, kteří se zúčastnili interpretačního setkání to, že se tito lidé ocitají bez příjmů a nemají z čeho platit bydlení či jídlo. Vznikající dluh na zdravotním pojištění v tuto chvíli pro cílovou skupinu nemá prioritu.

Odborníci tedy upozorňují, že v takovéto obtížné situaci nestačí pouze tyto občany informovat o tom, že jim vzniká dluh na zdravotním pojištění, ale je třeba jim poskytnout návod či podporu při řešení této situace (oznámit vyřazení z evidence ÚP zdravotní pojišťovně a domluvit si individuální splátkový kalendář). Zde by zapojení odborníci viděli jako vhodné, aby byli bývalí klienti ÚP informováni úředníky či sociálními pracovníky obce o síti sociálních služeb, které jim mohou pomoci v jejich životní situaci.

Informace o síti sociálních služeb by mohla být dle zapojených odborníků součástí již zmiňovaného informačního letáku a informovali by o ní i úředníci ÚP. V některých případech se podle zkušeností zapojených odborníků toto už děje, ale není to nastaveno jako standard. Někteří lidé vyřazení z ÚP ze sankčních důvodů se dostanou k sociálním službám pozdě, přitom pokud se tato situace řeší co nejdříve, existují mnohem menší rizika.

Odborníci by také v letáku a při spolupráci s úředníkem zdůraznili povinnost uchazečů o zaměstnání vedených na ÚP docházet na domluvené schůzky a jaké důsledky bude mít pro ně sankční vyřazení (vznik dluhu). Tato souvislost by měla být jasně uvedena a klienti o ní být informováni.

Zapojení odborníci se shodli na závěr diskuze na tom, že problém vzniku dluhů na zdravotním pojištění kvůli vyřazení z evidence ÚP je aktuální a je třeba nově evidované občany informovat přímo na ÚP. V současné situaci lze dle nich pro snížení její rizikovosti zejména předávat informace o sociálních službách v regionu, které mohou pomoci s jejím nerizikovým řešením.

Po interpretačním setkání participantů ještě doplnili, že by měla být podpora primárně poskytnuta na úrovni veřejných služeb a že je rizikové hledat řešení pouze v síti sociálních služeb. Doporučení na sociální služby by mělo přicházet na řadu až poté, nebo pro ty, kteří ze základní podpůrné sítě vypadnou nebo potřebují takový rozsah pomoci, který ÚP není schopen kapacitně zvládnout. Pokud tomu ale takto je, bylo by vhodné minimalizovat časovou prodlevu mezi sankčním vyřazením a čerpáním sociální služby, která může mít pro klienta fatální důsledky.

Položka 23. Zavést pravidelnou preventivní pediatrickou a zubní lékařskou péči na mateřských a základních školách

Zapojení odborníci se shodli na tom, že myšlenka obnovení pravidelné preventivní pediatrické a zubní lékařské péče je dobrá, ale z praktického hlediska naráží na řadu problémů, kvůli kterým je v současnosti již nerealizovatelná. Hlavním problémem je ochrana osobních údajů pacientů (GDPR vůči učitelům), jejich práv (právo na volbu lékaře, zdravotní pojišťovny) a také fakt, že v dnešní době je již lékařská péče jinak organizována. Prakticky to dle některých zapojených odborníků v současné době již není možné.

V této souvislosti se na interpretačním setkání upřesňovalo, že preventivní prohlídky jsou možné u lékařů, u kterých jsou děti registrovány a kteří mají smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou dítěte. Každé dítě má v současné době jiného zubaře, pediatra i pojišťovnu. Navíc těchto lékařů je v současné době nedostatek, takže realizace tohoto opatření naráží dle zapojených odborníků zejména na systémová a kapacitní omezení na straně zdravotní péče.

Nicméně dle názoru odborníků by toto mohly alespoň částečně suplovat preventivní programy ve školkách a školách zaměřené na péči o chrup. Ty jsou ale velmi často vázané na velká města, kde se vyskytují lékařské fakulty, a v menších městech a obcích nemusí být k dispozici.

Diskutovalo se o tom, jaké by byly možnosti realizovat opatření č. 23 alespoň v některých lokalitách například na Jesenicku, kde je nižší dostupnost pediatrů či zubní péče. Některé školy zde i v dnešní době realizují společnou preventivní prohlídku u zubaře vyučovaných dětí. Nicméně se jedná o jednu nebo dvě školky z celkem 21 institucí.

Zapojení odborníci na základě tohoto faktu rozebírali detailněji překážky a náležitosti, které realizace toto opatření v reálu má (nutnost domluvy školy s konkrétními lékaři, kteří by museli na ten den zavřít ordinaci pro jiné pacienty, zajištění plné moci pedagogovi od zákonného zástupce na jednotlivé úkony – preventivní prohlídka nebo ošetření zubního kazu, nutnost ověřit, jestli má lékař smlouvy s pojišťovnami žáků a není-li žák registrován u jiného lékaře...). Jako jednodušší řešení viděli diskutující spíše to, aby lékař, zdravotní sestra či medik přišel do zařízení a prevence by se řešila formou osvěty.

Vzhledem ke složitosti problematiky se nakonec zapojení odborníci shodli na tom, že **bude vhodnější podporu preventivní zdravotní péče u dětí realizovat prostřednictvím položky č. 58** (Zapojení studentů pomáhajících profesí na VŠ /např. zdravotnické obory, sociální práce, zdravotně-sociální péče apod./ do preventivních programů podpory zdraví, včetně dostupnosti zdravotní péče).

Po realizaci interpretačního setkání se zapojení odborníci, kteří nemohli být přítomni, vyjádřili v tom smyslu, že vidí jako vhodné podrobněji prověřit realizovatelnost položky č. 23.

Položka 43. Zajistit dostupnou supervizi v rámci celoživotního vzdělávání pro zdravotníky poskytující zdravotní péči cílové populaci i pro „mediátory podpory zdraví / zdravotně-sociální pomocníky“

Zapojení odborníci navrhli na začátek diskuze změnu názvu položky, který byl nepříliš jasný (původní název zněl: Akreditovaná dotovaná supervize pro zdravotníky poskytující zdravotní péči cílové populaci i „mediátory podpory zdraví / zdravotně-sociální pomocníky“). Název se postupně v průběhu interpretace zpřesňoval až k jeho finální podobě. Nejprve odborníci diskutovali, pro koho by měla supervize být primárně určena, a shodli se na tom, že pro zdravotníky, a navíc také pro služby podpory zdraví, které zůstaly na konci názvu.

Poté se diskutovalo o supervizi, která se v rámci transformace psychiatrické péče začíná postupně uplatňovat i u zdravotníků a ne pouze v sociální oblasti. Zapojení odborníci se shodli na tom, že je vhodné podpořit tuto službu i pro zdravotníky a v diskuzi se dotkli i tématu, kdo je oprávněn supervizi poskytovat. Někteří z nich

upřesnili, že v sociálních službách může supervizi vykonávat jakýkoli externí odborník, kterého si organizace pozve, přičemž někteří ze supervizorů jsou členy asociace supervizorů a mají i absolvovaný supervizní výcvik. Legislativně požadavky na vzdělání supervizora zatím nejsou nikde upřesněny. Hlavním problémem pro organizace je, z jakých prostředků tuto službu financovat.

Dále si zapojení odborníci ujasňovali, k čemu se vztahuje v původním názvu zmíněné slovo „akreditovaná“. Bylo upřesněno, že je potřeba, aby tato supervize byla uznána (akreditována) jako forma dalšího celoživotního vzdělávání, které mají zdravotníci povinné ze zákona, aby se jim účast na ní započítala jako plnění této povinnosti. Je tedy vhodné, aby supervize, která bude poskytována zdravotníkům, byla akreditována u České lékařské komory nebo u České asociace sester. V tomto směru byl upraven i název položky.

K této položce bylo ještě zapojenými odborníky diskutováno, že je třeba ji přeformulovat a zpřesnit tak, aby obsahovala cíl, ke kterému směřuje. Z diskuze vyplynulo, že je zcela zásadní to, aby byla „dostupná“, tedy aby na ni byly vyčleněny finanční prostředky. V tomto směru byl upraven i název položky.

Dále se zapojení odborníci zamýšleli nad tím, nakolik je realizovatelná pravidelná supervize ve zdravotnickém prostředí a jakým způsobem. Upřesnění této položky by bylo možné **realizovat v rámci plnění položky č. 3 („platforma“)**, kde by zapojení odborníci zkusili více specifikovat organizaci a realizaci supervizí. Ve většině případů je totiž zadavatelem a organizátorem supervize vedení organizace, ve které probíhá. Zapojení odborníci se shodli na tom, že ve zdravotnictví je supervize v současné době novinkou a platforma by mohla pomoci s jejím prosazením a realizací v této oblasti.

Po interpretačním setkání ještě bylo participanty doplněno, že zdravotně-sociální pomocníci jako registrovaná sociální služba supervizi čerpají. (Tuto povinnost jim přímo ukládá zákon o sociálních službách, kdy každá registrovaná sociální služba má povinnost zajistit pracovníkům v přímé práci s klienty podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka a supervize je jednou z možností, jak tomu dostat.) Mediátoři podpory zdraví supervizi nečerpají, ale probíhá u nich mentoring a intervize (pracovníci si navzájem poskytují podporu a zpětnou vazbu a vedle úvodního Kurzu mediátora podpory zdraví pro ně probíhají průběžné vzdělávací semináře a mají kontakt s mentory/odborníky z různých oblastí vně projektu).

Položka 44. Edukace porodních asistentek, aby pracovaly s čerstvými matkami na novorozeneckých odděleních; edukace žen po porodu v porodnici (péče o sebe a novorozence)

U této položky bylo zapojenými odborníky nejprve diskutováno, jestli je mezi návrhy opatření vůbec smysluplná, protože edukace čerstvých rodiček ze strany porodních asistentek a zdravotního personálu pečujícího o ženu po porodu už probíhá v nemocnici, kdy je na mnoha místech již zaveden koncept „baby friendly hospital“.

Diskutovalo se o důvodech zařazení tohoto návrhu – rodičky žijící v sociálně vyloučeném prostředí nemají k dispozici celé spektrum potřebných informací (např. možnost využít laktační poradkyni i po návratu domů). A že by ten čas, kdy jsou tyto ženy v nemocnici, bylo vhodné využít pro jejich edukaci v této i jiných oblastech, o kterých nejsou informovány.

Zapojení odborníci se dotkli v této souvislosti také tématu reversu romských rodiček, které často odcházejí ihned po porodu domů pečovat o své další malé děti. Těm se vzhledem ke krátkému pobytu ani nemohou dostat všechny potřebné informace a/nebo podpora personálu nemocnice (laktační poradkyně, dětská sestra apod.). Přitom zazněl nápad provádět edukaci těchto žen alespoň prostřednictvím informačního materiálu (letáku), který by dostaly v porodnici v rámci vyšetření před porodem anebo při předčasném odchodu z porodnice.

Zazněl argument, že zdravotnický personál na těchto odděleních je dosti vytižený na to, aby dělal ještě edukaci u žen, které odcházejí na revers po porodu. Vzhledem k situaci na to není dostatek času. Diskutovalo se také o tom, že by bylo vhodné v rámci nějakého výzkumu zjistit důvody, proč romské matky takto brzy odcházejí z porodnice.

Zapojení odborníci se shodli, že je vhodné pro edukaci cílové skupiny využít položku č. 55. Samotnou edukaci by po porodu a předčasném reversu rodiček realizovali pracovníci služeb podpory zdraví (mediátoři, zdravotně-sociální pomocníci). Ti by měli k dispozici již výše zmiňovaný leták a informovali by o bezplatných službách laktačních poradkyň a o dalších věcech.

Zapojení odborníci se také v závěrečné diskuzi dohodli vyškrtnout z názvu položky slovo „romskými“, protože edukovat je třeba rodičky žijící v sociálním vyloučení bez vazby na etnicitu. Dotkli se také tématu ambulantních porodů, které je možné v ČR běžně využívat, kdy jde rodička brzy po porodu domů i s novorozeným dítětem, zatímco romské ženy odcházejí na revers domů bez novorozence.

Participanti, kteří se dodatečně vyjadřovali k interpretačnímu setkání, se shodli na tom, že informační leták je pro cílovou skupinu matek žijících v sociálním vyloučení neefektivní. Lepší zkušenosti jsou s individuální pomocí, kterou v současné době poskytují služby věnující se podpoře zdraví (mediátoři, zdravotně-sociální pomocníci).

Položka 47. Jasně vymezit kompetence a působnost organizací věnujících se podpoře zdraví a dostupnosti zdravotní péče za účelem regionálního vyvážení sítě pomáhajících organizací (síťování, koordinace projektů)

U této položky zapojení odborníci nejprve diskutovali o tom, jakých organizací se týká. Jestli všech dotčených institucí v péči o klienta, pojištěnce, anebo konkrétních zařízení či sociálních služeb. Bylo upřesněno, že nastavení sítě sociálních služeb mají na starosti krajské úřady, které v tomto spolupracují s obcemi a poskytovateli služeb, a je třeba počítat s jednáním a nastavením u každého kraje zvlášť.

Diskutovalo se v této souvislosti dále o službě mediátorů podpory zdraví Státního zdravotního ústavu (SZÚ), která je novým subjektem a není jasné její zařazení do stávající sítě služeb. V tom spočívá hlavní úkol diskutované položky. Bylo vyjasněno, že se nejedná o sociální službu, ale o (zatím projektovou) práci postavenou na principech komunitní činnosti. Osvětlo se také, že jedním z cílů mediátorů je navázat spolupráci s ostatními organizacemi a pouze doplnit stávající služby o oblast podpory zdraví. Druhá služba, která se věnuje přímo podpoře zdraví, tj. zdravotně-sociální pomocníci (DROM), jsou registrováni jako terénní sociální služba.

Zapojení odborníci si dále vyjasňovali, že do systému stávajících služeb mediátoři vstoupili jako zcela nová, třetí služba, mimo stávající systém. Neposkytují zdravotní ani sociální služby a je třeba ujasnit kompetence, kdo a co bude dělat a jaké informace

může komu poskytovat. A to zejména s terénními pracovníky působícími v sektoru sociálních služeb. Cílem služby mediátorů by mělo být zejména, dle vyjádření příslušné odbornice, zprostředkování spolupráce s dalšími sektory.

Zapojení odborníci si ujasnili, že rámcově mají jednotlivé pracovní pozice již definovány kompetence ze zákona i z různých projektů, zde není třeba nic dopracovávat. Nicméně dle jejich názoru se nikdo systémově nezabývá spoluprací mezi těmito třemi sektory. Diskutovalo se o tom, kdo by měl nést tu roli iniciovat a usměrňovat vzájemnou spolupráci. Padl nápad, že by to mohly realizovat kraje – nicméně v každém kraji by pravděpodobně vznikl jiný systém –, anebo by se této role mohlo ujmout ministerstvo, nebo by se to mohlo nechat na organizacích, co v oblasti působí.

Zapojení odborníci zdůraznili, že je třeba myslet i na financování realizace této spolupráce, a zmínili, že by bylo vhodné pilotně otestovat tuto spolupráci, ale není to v současné době příliš reálné kvůli nízké kapacitě těchto služeb zabývajících se přímo podporou zdraví.

Dále se diskuze vrátila ke konkrétní náplni práce mediátorů podpory zdraví a padlo doporučení, aby byla zveřejněna na stránkách SZÚ. Bylo objasněno, že mediátoři podpory zdraví řeší stejně jako terénní sociální služby také další sociální determinanty zdraví (bydlení, zaměstnání). Působnost těchto služeb se tedy překrývá. (Po interpretačním setkání bylo doplněno, že mediátoři se zabývají bydlením z hlediska hygieny, která spadá do jejich kompetence, a řeší témata zaměstnanosti osob se zdravotním postižením. Jedná se o témata „zdravotně-sociálního pomezí“, kdy mediátoři napojují klienty na příslušné sociální či zdravotní služby, aby zajistili jejich komplementaritu.)

Od příkladů z praxe se participantů vrátili k tomu, kdo by měl být odpovědný za plnění tohoto bodu. Participant ze SZÚ seznámil ostatní participanty interpretačního setkání s tím, že v projektu zaměřeném na podporu zdraví, který nyní běží a končí v roce 2022, začíná iniciovat aktivitu směřující k vytvoření tzv. krajských realizačních týmů. Participantů navrhli, že nositelem tohoto opatření by mohl být tudíž Státní zdravotní ústav.

Doporučení od zapojených odborníků pro realizaci tohoto opatření bylo, aby se situace neřešila pouze lokálně v rámci jednotlivých krajů, ale vytvořil se model spolupráce podobný systému sociální péče (kde jsou definovány a rozděleny role ministerstva, krajů, obcí s rozšířenou působností, dvojkových obcí a poskytovatelů sociálních služeb). V současné situaci bude dle názoru zapojených odborníků třeba udělat první krok pro realizaci tohoto opatření a tím je „vyjasnit si ze strany SZÚ společně s dalšími aktéry majícími vliv na zdraví a podporu zdraví svoji roli a svou působnost“.

V závěru diskuze padl i zcela konkrétní nápad, že by členy krajských realizačních týmů mohli být pediatr, hygienik, krajský hygienik a zástupci jednotlivých rezortů – zdravotnictví, školství, sociální služby apod. (Po realizaci interpretačního setkání bylo doplněno, že by při skládání těchto týmů nemělo být v popředí téma děti a hygiena, které není pro cílovou skupinu klíčové.)

Po realizaci interpretačního setkání bylo participantů doplněno, že v současné době v každém kraji působí 2–9 mediátorů podpory zdraví (celkem na 2,0 až 8,0 úvazku), výše úvazku na kraj je určena podle rozsahu sociálního vyloučení. Tito mediátoři jsou financováni z projektu do konce roku 2022. U zdravotně-sociálních pomocníků služby DROM působí v olomouckém kraji 2 pracovníci ve vybraných regionech, tato služba

působí ještě v pár dalších krajích (oproti původnímu zapojení ve všech krajích v minulosti).

Dále byla doplněna informace, že krajské realizační týmy jsou již jasně definovány v projektu SZÚ a v současné době pracují – ke spolupráci jsou přizváni zástupci odboru školství, životního prostředí i lékaři. Jejich zapojení v projektu je na bázi dobrovolnosti. Pokud by měli být zapojeni mandatorně, musel by se na to vytvořit model.

Dle některých odborníků, kteří se vyjadřovali k interpretaci opatření dodatečně, nedává v současné situaci smysl řešit kompetence služeb/programů, pokud jsou pouze dočasné (mediátoři projektu SZÚ). Doporučili spíše dohledat veškeré typy služeb, které se agendou podpory zdraví zabývají, a ujasnit jejich kompetence. Například některé druhy sociálních služeb jako sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi nebo terénní programy, které jsou stabilně financovány, s celorepublikovým pokrytím. Dále by bylo vhodné vyjasnit, co všechno mohou dělat odbory zdraví na magistrátech, terénní pracovníci obcí, SZÚ a další služby.

Položka 49. Edukace klientů o lécích bez doplatku a alternativách ve výběru léků

Participantů se shodli na tom, že osobou, která edukuje o této problematice, je lékárník. Ten může pacientovi nabídnout alternativní lék bez doplatku nebo s nižším doplatkem. Nicméně tato položka byla, jak se upřesnilo v rámci diskuze, navržena kvůli tomu, že lidé žijící v sociálním vyloučení nemají finance na úhradu doplatků nebo léků pro sebe či své děti (antibiotika, sirupy na kašel). Ze zkušenosti některých zapojených odborníků lékaři pacientům léky bez doplatku nepředepisují a pacienti se sami v problematice neorientují a potřebují edukaci, kterou dostávají v rámci sociálních a dalších služeb.

Participantů diskutovali nejprve o tom, jaká je současná situace. Nyní lékař musí vybrat vhodná antibiotika na dané onemocnění, a ta jsou k dispozici bez doplatku pouze výjimečně. Záleží na lékárně – pokud má na skladě alternativu tohoto léku bez doplatku, tak by ji měla nabídnout. Z diskuze dále vyplynulo, že problém je i v tom, že při akutním stavu nemoci lékař nemůže předepsat některé volně prodejné léky, které jsou vhodné (např. sirupy na kašel), a pacient si je musí sám zakoupit bez příspěví pojišťovny. Tyto léky mohou být plně hrazeny ze zdravotního pojištění pouze u chronických onemocnění, o čemž informuje pacienta lékárník, a zde to pro někoho může být alternativa, jak se k těmto lékům dostat zdarma. Léky jsou v různé cenové hladině, takže si pacient může dle informací od lékárníka vybrat. Stále ale zůstává problém, že pokud nejsou k dispozici léky zdarma a je nemocných více členů rodiny, může to dle odborníků značně zasáhnout rodinný rozpočet.

Participantů si dále vyjasňovali, že cenová politika léků a určení léků bez doplatku je v kompetenci zdravotních pojišťoven a Státního ústavu pro kontrolu léčiv. V souvislosti s tímto tématem odborníci upozornili na problém, že některé léky, které jsou garantované bez doplatku, nejsou na našem trhu reálně dostupné. Tím pádem dochází k porušování zákona, které by bylo dle zapojených odborníků vhodné nějak řešit.

Prvním z podnětů zapojených odborníků bylo pokrýt tyto doplatky na léky v rámci již existujícího systému sociálních dávek. V úvahu přichází příspěvek v hmotné nouzi, ten nicméně není určený na úhradu léků. Dále se v diskusi toto téma neprobíralo.

Odborníci dále diskutovali, kdo zodpovídá za naplňování výše zmíněné legislativy. Hlavním orgánem je pravděpodobně MZ, dále mají vliv zdravotní pojišťovny a také

Státní ústav na kontrolu léčiv. Byla zmíněna i aktuální situace, kdy v roce 2020 od 1. 7. dochází ke změně a snižuje se podstatným způsobem množství léků bez doplatků, což bude mít pravděpodobně za následek jejich omezený dovoz a sníženou dostupnost pro pacienty.

Byl sdělen i nápad na tzv. lékové banky, které by byly alternativou potravinových bank, přičemž tato problematika je podstatně složitější a ze zákona můžou manipulovat s léky pouze lékárny. (Pozn.: To souvisí s položkou č. 11 – Zajistit síť lékáren v regionech ohrožených sociálním vyloučením, kde lékárny byly zrušeny či úplně chybí /např. Jesenicko, Žulovsko/. Tato položka byla hodnocena jako naléhavá, ale těžce uskutečnitelná.)

Na závěr diskuze se účastníci shodli na tom, že je třeba se zabývat opatřením, které vede k cíli zajistit pro osoby žijící v sociálním vyloučení léky zdarma. (Pozn.: Položka č. 14 – Přehodnotit a rozšířit základní nabídku léků bez doplatku a zabezpečit realizaci do praxe – byla vysoce hodnocena co do naléhavosti, ale účastníci ji viděli jako hůře uskutečnitelnou.)

Zde bylo doplněno zapojenými odborníky po interpretačním setkání, že lidé z cílové skupiny také nejsou informováni o tzv. ochranném ročním limitu maximální výše doplatků, nad nějž je možné uplatnit požadavek za již zaplacené léky vůči zdravotní pojišťovně (u dětí, seniorů i ostatních pojištěnců). Vzhledem k tomu, že lékaři výše uvedené léky (např. sirupy na kašel) nepředepisují, tak se poplatky za ně nezapočítávají ani do tohoto ochranného limitu a klienti na alespoň částečné proplacení těchto nákladů nemají nárok. Nicméně využití této možnosti, která je u chronických nemocí, by mohlo cílové skupině alespoň částečně pomoci.

Položka 50. Edukace klientů o změně/ztrátě pojištění a mio jejich povinnostech v oblasti poskytování zdravotní péče

Účastníci diskutovali nejprve, k jakému poskytování zdravotní péče se opatření vztahuje, shoda byla na tom, že zejména k lůžkové péči v nemocnicích. Dále se diskutovalo o současné situaci vzhledem ke změnám zdravotní pojišťovny (člověk může nyní zdravotní pojišťovnu změnit maximálně jednou za rok, klienti jsou méně často osloveni s nabídkou změny).

Účastníci vidí problém v tom, že pokud člověk mění pojišťovnu často, až následně zjistí, že jeho registrující lékař s ní nemá smlouvu. Kvůli lepší informovanosti klientů padl nápad, aby měly samosprávy seznam pojišťoven, které mají nejčastěji smlouvu s lékařem v daném regionu. Konkrétní člověk by si před změnou mohl ověřit, jestli pro něj na tomto území bude s touto pojišťovnou dostupná zdravotní péče.

Účastníci diskutovali o tom, že problém dostupnosti zdravotní péče je na obecné úrovni vyřešen tím, že pokud má klient kartičku evropského pojištěnce, tak musí být ošetřen při akutních zdravotních problémech ve všech zdravotních zařízeních. Toto ale neřeší problém u preventivní nebo opakované neakutní péče, kdy je nutná registrace u lékaře. Problémy s registrací se vyskytují zejména u stomatologů, ale i u jiných lékařů.

Jako jednu z povinností týkajících se zdravotního pojištění zmínili účastníci sankční vyřazení z Úřadu práce a fakt, že se člověk stává samoplátcem zdravotního pojištění. Toto téma již bylo řešeno u položky č. 18.

Participantů diskutovali dále druhou část opatření a upřesňovali si, jaké má pacient povinnosti při poskytování zdravotní péče a kdo by měl o nich pacienta informovat. Informuje pojišťovna a základní povinností je ohlášení její změny registrujícímu lékaři (zubař, gynekolog, praktický lékař).

Participantů specifikovali, že pro cílovou skupinu lidí žijících v sociálním vyloučení jsou tyto informace méně dostupné (méně čtou informační materiály, chodí do méně institucí, mají jiné sociální vazby), a tak je třeba, aby se k nim dostaly jiným způsobem. Jako vhodný způsob odborníci vidí plnění tohoto opatření prostřednictvím služeb podporujících zdraví (mediátoři SZÚ, zdravotně-sociální pomocníci DROMu) a sociálních služeb. (Někteří participantů, kteří se vyjadřovali dodatečně k interpretaci položek, toto řešení nepovažují za vhodné, jelikož síť těchto služeb je řídká a dočasná, včetně sítě sociálních služeb. Tento fakt je vhodné vzít v úvahu při realizaci opatření.)

Specificky bylo diskutováno téma očkování a spolupráce s pediatry, kde funguje přijatelný systém, problémy nastávají pouze kvůli časté migraci rodin. Ze zkušenosti zapojených odborníků vyplývá, že pokud dítě nepřijde na povinné očkování, pediatr kontaktuje Orgán sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) a úřednice se následně obrací na služby sociální prevence, které s rodinou pracují. Ty poskytnou kontakt na rodinné příslušníky nebo s rodinou následně častěji pracují. Ale i navzdory fungování tohoto systému některé děti nejsou registrovány u žádného pediatra.

Položka 53. Zabezpečit zvyšování zdravotní gramotnosti a motivování cílové populace k péči o zdraví a adekvátnímu využívání zdravotní péče

Participantů se shodli na tom, že toto opatření, aby mělo skutečně dopad, by mělo jít přímo k dětem a rodinám. U sociálně vyloučených toto opatření v současné době realizují mediátoři podpory zdraví a projekt SZÚ, zdravotně-sociální pomocníci i některé sociální služby (SAS pro rodinu s dětmi, NZDM). Problém je, že tyto služby nemají dosah ke všem osobám žijícím v sociálním vyloučení.

Tyto informace by měly být dle názoru zapojených odborníků předávány hlavně v rámci školství tak, aby se dostaly i k dalším dětem z cílové populace, které nejsou pokryté výše uvedenými službami. Odborníci diskutovali o tom, že v současné době školy mají své školské vzdělávací plány a s nimi i volnost v realizaci těchto aktivit. Určité preventivní programy už existují v rámci MŠ a ZŠ, ale u nich vždy záleží na lokalitě – ve výhodě jsou školy ve velkých městech s fakulními nemocnicemi. Náplní těchto programů je prevence a motivace k ní, ale často chybí informace o onemocněních a jejich léčbě, chování v nemoci apod.

Participantů navrhuje, že realizátorem tohoto opatření by mělo být MŠMT, které by téma zdravotní prevence a informace o onemocněních dalo jako povinnou součást rámcových vzdělávacích programů škol. Tímto způsobem by se zajistilo, že informace se dostanou ke všem dětem. Participantů doporučují, aby se toto povinné vzdělávání realizovalo nejlépe zážitkově, jako reálné informace a v duchu vedení k zodpovědnosti za své zdraví.

Participantů dále diskutovali o tom, že jelikož je pokrytí specializovanými službami na podporu zdraví nízké, je třeba posílit kapacity v této oblasti i u ostatních sociálních služeb, které pracují s lidmi žijícími v sociálním vyloučení. Z tohoto důvodu doporučují v rámci realizace tohoto opatření vzdělávat v této oblasti poskytovatele sociálních služeb a jejich pracovníky, tak aby mohli svým klientům pomoci i v oblasti zdraví.

Po interpretačním setkání bylo ještě doplněno participanty, že v rámci základní školy jsou informace o zdraví dětem předávány během výuky přímo učiteli (prvouka, na druhém stupni předmět výchova ke zdraví a přírodopis). Pracovníci školy také mohou dětem i rodičům poskytovat vhodným způsobem informace o onemocněních, které se v rodinách aktuálně vyskytují, a také o tom, které odborné pracoviště je vhodné navštívit, a v krajních případech pomoci s kontaktováním pracovišť.

Dále bylo doplněno participanty již po interpretačním setkání, že při realizaci tohoto opatření by MŠMT v tomto muselo úzce spolupracovat s MZ, které má jedinou vzdělávací instituci podporující veřejné zdraví, a tou je SZÚ, který je hluboce podfinancovaný. SZÚ z tohoto důvodu dělá edukaci v MŠ, ZŠ a SŠ pouze namátkově. Je potřeba ji dělat systematicky a vytvořit systém evaluace edukace v oblasti zdravotní gramotnosti, který na státní úrovni neexistuje.

Položka 54. Zabezpečit propojení klientů z cílové populace s poskytovateli zdravotní péče (posílení důvěry, snížení prahu) prostřednictvím zdravotně-sociálních pomocníků a mediátorů podpory zdraví

Nejprve participanti diskutovali o názvu opatření, který byl upřesněn v tom smyslu, že realizaci tohoto opatření se již věnují zdravotně-sociální pomocníci (DROM) a mediátoři podpory zdraví (SZÚ). Diskutovalo se o smyslu zařazení tohoto opatření a o současné situaci v těchto službách.

Bylo upřesněno, že SZÚ realizuje nyní pilotní projekt a mediátorů není v současné době v ČR dostatek (v průměru necelých 3,5 úvazku na kraj), projekt je limitovaný rozpočtem a končí v roce 2022. U služeb zdravotně-sociálních pomocníků DROM, taktéž hrazených z různých projektů, došlo v posledních letech k útlumu služby a nyní působí pouze ve dvou krajích (Olomoucký 2 úvazky, Jihomoravský 5 úvazků). (Po konání interpretačního setkání bylo u této služby upřesněno, že od roku 2021 dojde ještě k dalšímu útlumu. Olomoucký kraj z důvodu příliš úzké specializace nechce službu nadále financovat a v průběhu roku skončí i projekt zaměřený na Jihomoravský kraj.)

Participanti doporučují pokračovat v realizaci uvedených služeb, které vnímají jako prospěšné, a navrhuje také posílit kompetence v oblasti podpory zdraví u stávající sítě sociálních služeb (položka č. 53).

Jednou z klíčových bariér, která brání efektivnímu čerpání sociálních služeb, je pro obě strany neuspokojivá komunikace. Participanti navrhuje, aby vzdělavatelé budoucích zdravotníků posílili jejich kompetence v oblasti budování vztahu důvěry s pacientem (položka 64).

Participanti, kteří nemohli být přítomni na interpretačním setkání, se domnívají, že realizace tohoto opatření nemůže spočívat na službě zdravotně-sociálních pomocníků, u níž bude docházet k tak velkému útlumu. Je tedy třeba ještě zvážit realizátory zodpovědné za toto opatření.

Položka 55. V sociálně vyloučených lokalitách posílit úroveň péče o zdraví a prevence díky využití a zaškolení dobrovolníků z řad členů komunity, s navazující možností je později zaměstnat jako „mediátory podpory zdraví“

Toto opatření se také dočkalo po počáteční diskuzi zapojených odborníků změny názvu do současné podoby. Diskutovalo se také o smyslu tohoto opatření a nízkého „vzdělanostního prahu“ pozice „mediátor podpory zdraví“, která je určena i pro lidi se základním vzděláním. Oproti tomu pozici zdravotně-sociálního pomocníka může vykonávat jen ten, kdo splnil kvalifikaci pro sociálního pracovníka (VOŠ, VŠ), což je pro cílovou skupinu lidí žijících v sociálním vyloučení nerealizovatelné.

Participantů zdůraznili, že pokud budou vyškoleny přímo osoby z komunity, včetně samotných Romů, přirozeně se tak přenesou znalosti z oblasti zdraví, prevence a péče o zdraví k lidem v jejich okruhu. Informace budou předávat lidé, ke kterým mají místní obyvatelé důvěru. Je zde pak větší šance, že skutečně dojde ke zlepšení péče o zdraví v cílové skupině.

Participantů doporučují umožnit dobrovolníkům a zájemcům z řad komunity se zúčastnit školení pro mediátory podpory zdraví vedených SZÚ a jako nositele tohoto opatření navrhuji SZÚ.

Po interpretačním setkání bylo participantů doplněno, že účastnit se tohoto školení je již umožněno od začátku běhu projektu SZÚ. Další vzdělávací běh bude realizován na jaře roku 2021.

Položka 56. Podpora udržitelnosti a rozšíření sítě „mediátorů podpory zdraví / zdravotně-sociálních pomocníků“ do všech krajů (terénní práce v oblasti podpory zdraví a dostupnosti zdravotní péče) ideálně z řad členů vyloučených komunit s příslušným akreditovaným školením

Na začátek se participantů dohodli na změně názvu původní položky (Podpora udržitelnosti a rozšíření sítě „mediátorů podpory zdraví / zdravotně-sociálních pomocníků“ /terénní komunitní práce v oblasti podpory zdraví včetně dostupnosti zdravotní péče/ ideálně z řad členů vyloučených komunit s příslušným akreditovaným školením do všech krajů), jelikož terénní komunitní práce není zavedeným pojmem a vyznívalo z toho nepřímo, že obě tyto služby poskytují zdravotní péči.

Odborníci diskutovali o tom, že pozice mediátora podpory zdraví (SZÚ) je nyní financována z pilotního projektu a zatím není ukotvena v konkrétní oblasti (zdravotnictví, sociální služby). Její udržitelnost bude záviset na oblasti, kterou si SZÚ zvolí. Pokud bude ukotvena v rezortu zdravotnictví, bude možné ji hradit ze systému zdravotního pojištění a odborníci doporučují směřovat další jednání v rámci plnění tohoto opatření do tohoto rezortu.

Participantů také odkazují na to, že jistou inspirací pro další kroky v oblasti finanční udržitelnosti a organizace obou výše uvedených služeb by mohla být komunitní práce, která se nyní realizuje v rámci reformy psychiatrické péče v ČR.

Zabezpečení školení pro uvedené služby je řešeno v položce č. 57 a zapojení členů komunit je podrobněji řešeno v položce č. 55.

Po interpretačním setkání bylo doplněno, že zdravotně-sociální pomoc (DROM) je realizována jako terénní sociální služba a je financována ze systému sociálních služeb, rozpočtu krajů a z projektů EU, jedná se tedy o sociální rezort. V současné době je udržitelnost služby zdravotně-sociálních pomocníků ohrožena, neboť nebudou podporováni od roku 2021 v Olomouckém kraji, v Jihomoravském kraji končí projekt

v březnu téhož roku. Služba mediátorů podpory zdraví je zajištěna z pilotního projektu do konce roku 2022. Udržitelnost obou služeb a jejich návaznost bude vhodné ještě dále diskutovat při realizaci položky č. 3 (platforma).

Položka 57. Zajistit kvalitní penzum školení pro „mediátory podpory zdraví / zdravotně-sociální pomocníky“ (terénní práce v oblasti podpory zdraví včetně dostupnosti zdravotní péče) pod gescí odborného garanta, vycházejících z dobré praxe u nás i v zahraničí (zapojit organizace, které se tomu už věnují), a zabezpečit možnost výměnných pobytů

Participantů na začátek upravili název opatření. Dále se shodli na tom, že je vhodné pokračovat ve vzdělávání pracovníků zmiňovaných služeb, které v současné době probíhá. K tomu byla vedena diskuze s tím, že by bylo dobré školení ukotvit dle toho, ke kterému rezortu bude služba patřit, a bylo by vhodné převzít dobrou praxi i ze zahraničí, zajistit výměnné pobyty těchto pracovníků.

Poté se účastníci věnovali současné situaci, kdy se ozřejmilo, že mediátoři podpory zdraví sdílejí praxi s podobnou službou na Slovensku, kde funguje analogický projekt. Doporučili pokračovat ve sdílení této praxe. Bylo by vhodné, aby vzdělávací program pro mediátory SZÚ měl odborného garanta se zkušenostmi v dané oblasti. V této souvislosti účastníci doporučili navázat na vzdělávací program paní doktorky Darji Jarošové z Ostravské univerzity, která vytvářela akreditovaný vzdělávací program, který existuje od roku 2007. V současné době jsou k dispozici také další vzdělávací programy pro zdravotně-sociální pracovníky.

Na závěr diskuze účastníci poukázali na to, že by se v rámci projektu SZÚ měl klást větší důraz na to, jak by mohla vypadat celorepubliková spolupráce center podpory zdraví s ostatními aktéry majícími vliv na zdraví cílové skupiny. Což již bylo diskutováno v rámci položky č. 47.

Po interpretačním setkání bylo účastníky, že SZÚ má již vytvořený Kurz mediátora podpory zdraví a v současné době se jedná o jeho akreditaci u MZ.

Vedle toho bylo doporučeno, aby se zvažilo, nakolik je možné přenést praxi ze Slovenska, kde je diametrálně odlišná situace, do ČR. U nás není romská menšina takto vysoce koncentrovaná v lokalitách, kde chybí základní infrastruktura a které jsou významně vzdáleny od normálních sídel. V takových podmínkách lze akceptovat vytváření paralelní sítě základní zdravotní péče terénní formou, u nás účastníci doporučují jako vhodnější začlenění do běžné fungující sítě veřejných zdravotních služeb.

Položka 58. Zapojení studentů pomáhajících a učitelských profesí na VŠ (např. zdravotnické obory, sociální práce, zdravotně-sociální péče, učitelství na 1. stupni, rekreologie apod.) do preventivních programů podpory zdraví, včetně informovanosti o dostupnosti zdravotní péče

Nejprve se účastníci věnovali upřesnění názvu položky, následně se diskutovalo na příkladu sociální práce, nakolik studijní program zohledňuje vzdělávání v oblasti zdraví a podpory zdraví a jeho prevence. Účastníci vidí jako vhodné toto diskutovat v rámci realizace platformy (položka č. 3) a vyjasnit si pojmy „zdraví“, „podpora zdraví“ i to, jestli

je vhodné, aby se sociální práce i další zmiňované odbornosti zapojovaly do těchto aktivit.

Někteří participanti upřesnili, že vidí za realizaci tohoto bodu spíše aktivity směřující ke „zdravotní prevenci“ na školkách a školách např. formou pohádek. Tu by měli dělat spíše studenti zdravotnických oborů. Téma „kdo přesně by měl školit a v čem“ zůstalo v rámci setkání otevřené. Nicméně participanti doporučili propojení studentů zmiňovaných oborů s regionálními centry podpory zdraví realizovanými v rámci SZÚ, protože by mohli takto zvětšit objem aktivit v této oblasti.

Dále participanti diskutovali finanční zajištění těchto programů a doporučili využít již existující dotační programy krajů na toto určené a v tomto směru apelovat na krajské úřady, aby dále financovaly preventivní programy zajišťované studenty. Ze strany VŠ participanti vidí jako vhodné, aby studenti měli realizaci těchto preventivních programů jako placenou praxi, financovanou formou stipendií. Participanti vidí u této položky jako vhodnou cestu prozkoumat stávající možnosti, jejichž prostřednictvím by bylo možné ji realizovat.

Diskutována byla následně i možnost využít pro edukaci dětí i studenty pedagogických fakult VŠ, jelikož se věnují didaktice a budou lépe vědět, jak informace o zdravotní prevenci a také o dostupnosti zdravotních služeb dětem předat. Odborníci vidí možný problém u studentů sociální práce s uznáním takovýchto praxí a jako řešení navrhuji rozšíření studia o předměty týkající se zdraví a prevence. Naopak kombinace učitelství a informací o zdraví je obsažena v rámci vzdělávání studentů tělovýchovných oborů a fakult, jejichž studenty vidí participanti jako vhodné kandidáty. Navíc některé obory těchto fakult mají přímo za cíl apelovat na prevenci a podporu zdraví. Na konci diskuze o vhodných oborech padl nápad, že by bylo vhodné do takovýchto aktivit zapojit studenty z více fakult, jejichž vzdělání se vhodně doplňuje a mohli by společně vytvořit vhodný preventivní program.

Položka 59. Posílení agendy podpory zdraví včetně dostupnosti zdravotní péče ve službách sociální prevence (v práci sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách) s příslušným akreditovaným školením

Opatření, které bylo ze strany zapojených odborníků také vysoce hodnoceno, bylo posílení agendy podpory zdraví včetně dostupnosti zdravotní péče ve službách sociální prevence. Posílení této agendy by mělo být podpořeno realizací akreditovaného školení pro pracovníky těchto služeb, kteří ji budou mít na starosti.

Na začátku participanti diskutovali o smysluplnosti zařazení této položky vzhledem k důrazu, který je kladen v jiných návrzích na rozšíření služeb mediátorů podpory zdraví a zdravotně-sociálních pomocníků. Tento bod se může zdát nekonzistentní, nicméně participanti se shodli na tom, že jsou k jeho realizaci oprávněné důvody. Jedním z nich je kompenzace současné nízké sítě služeb podpory zdraví (mediátoři, zdravotně-sociální pomocníci). Druhý důvod, proč by tato agenda měla být posílena, spočívá ve specifickém typu práce v sociálních službách. Například v sociálně aktivizačních službách pro rodiče s dětmi pracovník pracuje na zvyšování kompetencí rodičů a je logičtější, aby pomoc v oblasti zdraví zprostředkoval rodině již známý pracovník, než aby je odkazoval na další službu.

Odborníci poukázali v rámci interpretačního setkání na to, že při realizaci tohoto opatření v rámci sociálních služeb (výkon „agendy zdraví“) existuje specifické

rozdělení práce mezi sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách. Mnohem více je v současné době zaměstnaných pracovníků v sociálních službách, takže je velmi pravděpodobné, že budou významnou část této agendy vykonávat právě oni. Odborníci doporučili tento fakt akcentovat v rámci realizace tohoto opatření.

Diskutovala se také, vzhledem k tomuto opatření, udržitelnost specifických služeb zaměřených na podporu zdraví a to, jaký rozsah by byl potřeba, aby se pokryly potřeby lidí žijících v sociálním vyloučení. Dle názoru zapojených odborníků by byla potřeba pro celorepublikové pokrytí velká částka, kterou by bylo vhodné čerpat přímo ze státního rozpočtu, a ne z jednorázových projektů. Jelikož nyní není síť dostatečná, odborníci se opakovaně vyjádřili, že řešením je integrovat toto téma do systému sociální práce, který již funguje a je finančně zabezpečen. Jako nutné to vidí určitě v rámci vybraných sociálních služeb pracujících s rodinami s dětmi.

Participantů také doporučili k účelu podpory agendy zdraví v sociálních službách využít školení, které je vytvořeno pro mediátory podpory zdraví. Zde by měli příležitost se potkat jak mediátoři SZÚ, tak pracovníci vybraných sociálních služeb a dobrovolníci z komunity. V rámci tohoto školení participantů doporučují, aby se kromě tématu zdraví také nastavil a ukotvil systém mezirezortní spolupráce a předávání klientů (case management) mezi službami podporujícími zdraví a sociálními službami. Toto společné řešení případů participantů vidí jako oboustranně prospěšné, protože je pak možná efektivní spolupráce. Jak sociální služby, tak i mediátoři dle názoru zapojených odborníků se setkávají se zakázkami, které v rámci své služby neřeší, a budou vědět, kdy je legitimně předat, a předcházet tak zneužívání služeb anebo dublování činností.

Po realizaci interpretačního setkání bylo doplněno participanty, že v tomto opatření zmiňované služby sociální prevence se zdravotní agendě běžně věnují, samozřejmě do té míry, do jaké to zvládají vedle dalších oblastí potřeb, kterými se s klienty zabývají. Takto s tímto počítají i krajské úřady při posuzování sítě sociálních služeb (viz příklad omezení zdravotně-sociálních pomocníků v Olomouckém kraji od roku 2021). Problém není v nedostatečném zaškolení pracovníků ostatních služeb sociální prevence, ale v kapacitách, jejichž navyšování je ve stávajících sítích sociálních služeb velmi problematické. Na to by měl být brán při realizaci tohoto opatření také zřetel.

Participantů již po interpretačním setkání dále upozornili, že by bylo vhodné při nastavování vzdělávání a posilování agendy zdraví v ostatních sociálních službách akcentovat téma minimálního standardu péče o zdraví (zdravotní gramotnosti), kterého chceme u cílové skupiny dosáhnout. S tím souvisí také rozlišování, do jaké míry je předpokládán nerovný přístup ke zdravotní péči cílové skupiny způsoben zdravotní negramotností, do jaké míry systémovými překážkami (neschopnost systému reflektovat potřeby sociálně různorodých skupin), a je třeba uvažovat také o nerovném zacházení na etnickém principu. Zatím je ve vybraných opatřeních kladen důraz zejména na první aspekt. Kompetence uvažovaných aktérů by se mohly odvíjet od těchto aspektů.

Položka 60. Motivovat romské děti ke studiu zdravotních oborů a vychovávat a podporovat budoucí romské zdravotníky (lékaře, sestry, asistenty ochrany a podpory veřejného zdraví, porodní asistentky, záchranáře, sanitáře) – dotace pro stipendijní a mentorský program (zabezpečení sítě mentorů kreditovou motivací studentů)

Jedním z návrhů na opatření, který byl vysoce hodnocený, bylo zvyšování motivace romských dětí pro studium zdravotních oborů formou dotací pro stipendijní a mentorský program. Nejprve participantů diskutovali o smyslu tohoto opatření. Jelikož

někteří z nich vnímají jako vhodné, aby byly motivovány ke studiu všechny děti žijící v sociálním vyloučení, ne pouze romské. Nicméně bylo v rámci interpretačního setkání vyjasněno, že toto opatření cílí na kladné příklady pro romské děti.

Dále se sdílely zkušenosti s tím, že výborný stipendijní program pro děti žijící v sociálním vyloučení měl Člověk v tísni. Jeho výhoda spočívala v tom, že vyplácení stipendia bylo průběžné a k uvolňování části prostředků docházelo vždy po úspěšné měsíční docházce, což byl pro rodiny dobrý motivační prvek (oproti stipendii vypláceným na začátku či na konci semestru/ročníku). Další výhodou měl tento program v tom, že motivoval děti ke studiu na učebních oborech (tedy nižší práh pro vstup do programu) a pomáhal jim si uvědomit hodnotu peněz a nutnost vyvinout pro ně jisté úsilí. O tomto programu si děti v rámci komunity řekly a motivovaly se tak navzájem.

Participantů sdíleli i zkušenost s dalším úspěšným motivačním programem, tentokrát od Romey, který byl zaměřen na podporu středoškolského a vysokoškolského studia Romů. Vedle stipendia program využívá i další aktivity – např. setkávání s ostatními romskými studenty. Tento program je zaměřen širěji, nicméně plní cíl opatření, protože v jeho rámci už vystudovali 3 romští lékaři a vzdělání úspěšně ukončilo i několik zdravotních sester. K posledně zmiňovanému programu bylo upřesněno, že cílí zejména na integrovanou romskou mládež, která nežije v sociálním vyloučení. (Sociálně vyloučená mládež tvoří odhadem 25 % ze všech stipendií tohoto programu.)

Participantů následně hodnotili stipendijní program MŠMT, který často nebývá školami efektivně využit, nemotivuje příliš a prostředky se vracejí do státního rozpočtu. Vzhledem k nedostatku času se participantů k tomuto tématu dále nevyjadřovali a důvody nízké úspěšnosti již nebyly probrány. Tuto položku by bylo vhodné dále upřesnit v rámci platformy (položka č. 3).

Po interpretačním setkání se participantů vyjádřili k tomuto opatření tak, že není jasné, co je jeho cílem. Pokud zvýšit úroveň vzdělání romské menšiny, pak je irelevantní, zda jde o zdravotní obor, či jakýkoliv jiný. Do tématu podpory zdraví to dle nich nepatří. Pokud je cílem zvýšit přístup Romů ke zdravotní péči skrze důvěru k romským zdravotníkům, pak nelze opatření považovat za uskutečnitelné, protože jeho efekt má šanci se projevit až v horizontu desítek let, pokud vůbec. Navíc toto opatření není v souladu s myšlenkou integrace a tito participantů jej považují za anachronismus.

Položka 63. Propojit zdravotní péči s dostupnými sociálními službami v regionu (informovat zdravotníky o nabídce a kompetencích sociálních služeb v dané lokalitě, aby byli schopni se podle potřeby obrátit na sociální služby a uměli je přizvat do spolupráce s pacientem – např. poradenský pracovník pro lékaře, aplikace sociální služby v mobilu)

Další položka, která vyšla v rámci analýz jako vysoce hodnocená, je záměr propojit zdravotní péči s dostupnými sociálními službami v daném regionu. Cílem tohoto opatření je vhodným způsobem informovat zdravotníky o existujících sociálních službách v dané lokalitě (o jejich nabídce a kompetencích), aby byli schopni se podle potřeby pacientů na ně obrátit a uměli je přizvat do spolupráce s pacientem. Při návrhu této položky byl jedním z nápadů vytvořit speciální pozici poradenského pracovníka pro lékaře a dalším vytvořit aplikaci sociální služby pro mobilní telefon.

Participantů se shodli na tom, že tento úkol již nyní pro své klienty plní služby podpory zdraví (mediátoři / zdravotně-sociální pomocníci), protože jedním z jejich cílů je informovat zdravotníky o existujících sociálních službách. Toto vidí účastníci jako smysluplné, ale vzhledem k nízkému stávajícímu rozsahu služeb se nedá očekávat, že by tyto specializované služby byly hlavním síťovacím prvkem, tedy meziklávkem mezi lékaři a sociálními službami.

Diskuze pokračovala sdílením zkušeností odborníků, že ačkoliv mají lékaři k dispozici katalogy sociálních služeb, tak je pro ně dosti obtížné se v sociálním systému vyznat a není pro ně ani možné této problematice věnovat dostatek času. Účastníci vidí pro lékaře a zdravotníky jako přínosné, pokud by měli k dispozici „asistenční servis“ při zajišťování vhodných sociálních služeb pro své pacienty, chystání dokumentů pro tyto služby atd. Tuto podporu dostávají lékaři v nemocnicích od institucionálních sociálních pracovníků, nicméně pro lékaře v primární péči tato možnost není dostupná.

Zkušenost zapojených odborníků je taková, že se lékaři často obracují na krajské úřady, aby zjistili možnosti sociálních služeb pro své pacienty. Přičemž vždy hledají služby určené pro lidi s konkrétní diagnózou (například pro osoby s duševním onemocněním). Nejsou si ale zároveň jisti, na který odbor na tomto úřadě se obrátit (sociální či zdravotní) a kdo jim poskytne informace. Na některých krajských úřadech velmi dobře funguje spolupráce zdravotního odboru se sociálním, někde zřídili i pozici koordinátora sítě sociálních služeb (Ostrava). Tento pracovník má přesné informace o tom, kde se vyskytují konkrétní poskytovatelé sociálních služeb, jakou mají kapacitu (i jak naplněnou) a jakým způsobem je možné tyto služby pro pacienta financovat. Na obecních úřadech působí kombinované sociálně-zdravotní odbory, které také mají přehled o místních službách v obci, na které se ale zdravotníci podle zkušenosti zapojených odborníků neobracují. Při získávání informací preferují spíše krajský úřad, který má i ze zákona definovanou koordinační roli v rámci sítě sociálních služeb.

Účastníci vzhledem k diskutovaným faktům a zkušenostem doporučují, aby na krajských úřadech byla zavedena v rámci stávající organizační struktury pozice „koordinátor sociálních služeb“ a tento pracovník by měl v hlavní náplni práce přehled a poskytování informací lékařům a zdravotníkům o dostupných sociálních službách. Doporučují pak, aby zdravotní odbor informoval lékaře v kraji o telefonním čísle a možnosti využít tuto službu.

Aplikace sociální služby do mobilního telefonu nebyla kvůli nedostatku času v rámci setkání interpretována. Nicméně dá se brát jako další nápad, jak realizovat toto opatření.

Položka 64. Edukovat zdravotníky a pomáhající profesionály v pregraduálním a postgraduálním studiu i v kontinuálním vzdělávání (rovný přístup a etika, participativní a podpůrné – zmocňující – přístupy v práci, empowerment, specifika kulturně odlišných skupin pacientů a na ně navazující trénink komunikační kompetence zdravotníků)

Jedním z důležitých opatření z pohledu zapojených odborníků je edukace zdravotníků a pomáhajících profesionálů (lékařů, zdravotních sester a sociálních pracovníků) v oblastech „měkkých dovedností“, jako jsou rovný přístup a etika, participativní a podpůrné přístupy v práci, specifika kulturně odlišných skupin pacientů a na ně navazující trénink komunikačních kompetencí zdravotníků.

Participantů jako hlavní cíl tohoto opatření vnímají posílení komunikačních dovedností ve zdravotní péči a posílení rovnocenného přístupu k pacientovi. Až jako druhý cíl zmiňují porozumění specifické cílové skupině Romů žijících v sociálním vyloučení. Vede je k tomu úvaha, že pokud by toto opatření bylo takto úzce zaměřené, tak by byla šance na jeho prosazení velmi malá, jelikož se jedná o malou skupinu obyvatel. Naopak při zaměření obecněji se pozitivní dopad projeví ve vztahu ke všem členům populace, včetně cizinců i Romů žijících v sociálním vyloučení.

Participantů na základě tohoto argumentu doporučují, aby tato edukace byla zaměřena obecněji na „měkké dovednosti“. V jejich rámci pak vidí jako vhodné realizovat specifické přednášky či workshopy na témata kulturně odlišných skupin pacientů. Zde vidí také v budoucnu roli pro výzkumný institut OUSHI, který by se měl zaměřit také na vzdělávání lékařů a dalších odborníků.

V diskusi byla také sdílena zkušenost některých zapojených odborníků s účastí na systémovém projektu MPSV, který obsahoval i dva projekty zaměřené na další vzdělávání lékařů. Snaha včlenit do postgraduálního vzdělávání specifika komunikace s dalšími cílovými skupinami pacientů (Romové, cizinci) dopadla neúspěšně. Tento záměr byl odmítnut s tím argumentem, že se jedná o součást již vyučovaného předmětu etika, a tím pádem není třeba toto téma řešit. Participantů s tímto pojetím nesouhlasí a domnívají se, že by téma komunikace mělo být řešeno samostatně.

Dále odborníci doporučují, aby toto vzdělávání bylo realizováno pro studenty lékařských fakult zejména postgraduálně, a vzhledem k vysokým nárokům studia je třeba usilovat spíše o menší časovou dotaci (mezi 12 a minimálně 4 hodinami). V rámci těchto hodin by se věnovali studenti obecně tématu komunikace a vedle něj i specifickým otázkám. Participantů vidí v rámci specifického tématu jako vhodné zobecnit zaměření vzdělávání na „kulturně odlišné skupiny pacientů“ oproti původnímu akcentu na romské pacienty. Toto rozšíření dle jejich názoru odpovídá lépe současné společenské situaci. Participantů dále doporučují, aby se toto vzdělávání v „měkkých dovednostech“ pro zdravotníky uskutečnilo společně se vzděláváním pro sociální pracovníky či další pomáhající profese v souladu s cílem podpořit mezirezortní spolupráci. Participantů také zdůraznili, že komunikaci s pacientem více než lékař realizuje zdravotní sestra, a toto vzdělávání by tudíž mělo být určeno také pro zdravotní sestry.

Po interpretačním setkání bylo doplněno participanty, že Agentura pro sociální začleňování zpracovává rešerši intersociální a interkulturní komunikace ve zdravotnictví ze sousedních zemí. Jedná se o rešerši vzdělávacích programů věnujících se sociálním a kulturním specifickým.

Dále bylo dodatečně zapojenými participanty doporučeno, aby se při tomto vzdělávání a při realizaci ostatních opatření věnovala pozornost spíše rovnému přístupu k základní péči pro tyto skupiny než dalším specifickým těmto kulturně odlišných skupin pacientů. Hlavní důraz by neměl být kladen až na postgraduální studium, kde se již očekává řešení vysoce odborných problémů a výzkumu.

5.4 Možní realizátoři navrhovaných opatření

Opatření, která participantů navrhovali pro zlepšení dostupnosti zdravotní péče pro cílovou skupinu, si vyžadují aktivní účast a spolupráci různých resortů, institucí a

dalších aktérů. V následujícím textu je 20 prioritních opatření (nejvíce naléhavých a uskutečnitelných) rozděleno dle toho, v čí působnosti by měla či mohla být.

Výčet opatření je orientační a jsou v něm zmíněny pouze hlavní myšlenky a oblasti obsažené v prioritních navrhovaných opatřeních. Pro komplexní obrázek všech navrhovaných opatření je vhodné si projít jejich seznam (příloha č.) a porovnat jej s výsledky jejich hodnocení (obr. č. ...).

Vláda a vládní orgány

Některá navrhovaná opatření se neobejdou bez podpory vlády a jednotlivých jejích resortů, zejména MZ, MPSV, MŠMT, MMR, Úřadu vlády a Rady vlády pro romskou menšinu. Participantů doporučují vládě a jejím orgánům podpořit zejména tato opatření:

- vytvoření meziřesortní platformy, která by řešila dostupnost zdravotní péče a zdraví u osob žijících v sociálním vyloučení, a aktivně se účastnit na realizaci vhodných opatření;
- podpořit vhodné změny ve vzdělávání zdravotníků, zejména lékařů a zdravotních sester, a jejich komunikační kompetence směřující k rovnému přístupu k pacientům, participativním a podpůrným přístupům v práci;
- podpořit zavedení povinných praxí studentů všeobecného lékařství v přijatelném rozsahu;
- vytvořit systém edukace v oblasti zdravotní gramotnosti zejména pro děti na základních školách, který by zajišťovali studenti vysokých škol různých oborů.

Agentura pro sociální začleňování

Řadu navrhovaných opatření by si dle zapojených odborníků měla vzít za své Agentura pro sociální začleňování. Zejména by bylo vhodné, aby se ujala úkolu iniciovat a koordinovat již zmiňovanou meziřesortní platformu zaměřenou na podporu zdraví a dostupnosti zdravotní péče u osob žijících v sociálním vyloučení. Do této platformy by agentura kromě vládních organizací měla zapojit také organizace, které mají přímou zkušenost s podporou zdraví a s prací s cílovou skupinou (sociální služby, neziskové organizace, SZU). Zmiňovaná platforma, pokud by se do ní zapojily všechny navrhované instituce, by mohla být vhodným celorepublikovým orgánem, který by se dále zabýval důležitými tématy, která by pomohla zlepšit situaci osob žijících v sociálním vyloučení, například:

- situaci ohledně léků bez doplatku, kdy některé, ač garantované, v reálu nejsou pacientům dostupné, přehodnocení či rozšíření nabídky těchto léků;
- dlouhodobou udržitelnost služeb podpory zdraví, které mohou významně překonat bariéry v dostupnosti zdravotní péče (zdravotně sociální pomoci, mediátorů podpory zdraví) a jejich pozici v rámci stávajícího systému zdravotních a sociálních služeb;
- podpořit realizaci supervizi ve zdravotnictví;
- iniciovat vytvoření pilotního projektu s některou z lékařských fakult zaměřeného na vzdělávání lékařů tak, aby získali přímou zkušenost s lidmi ze sociálního vyloučení v jejich přirozeném prostředí;
- iniciovat a realizovat spolupráci s úřady práce ohledně informování jejich klientů o jejich povinnostech při vyřazení z evidence;

podpořit zavedení stipendijních programů pro studenty ze sociálního vyloučení včetně Romů.

Státní zdravotní ústav (SZÚ)

Jelikož se jedná o orgán z resortu zdravotnictví, který se věnuje dlouhodobě podpoře zdraví, v posledních několika letech také lidem žijícím v sociálním vyloučení přímo v jejich prostředí, a nyní nabízí zcela novou službu (prostřednictvím center podpory zdraví), bylo by vhodné, kdyby inicioval v rámci této své činnosti následující opatření:

- vymezení kompetencí a působnosti organizací věnujících se podpoře zdraví, nejlépe vytvořením modelu spolupráce mezi nimi;
- navázat spolupráci s pomáhajícími organizacemi v jednotlivých regionech a spolupracovat s nimi na plnění opatření navrhovaných pro tento resort (viz opatření uvedené u těchto aktérů);
- posílit úroveň péče o zdraví a prevence v sociálně vyloučených lokalitách díky využití a zaškolení dobrovolníků z řad členů komunity.

Státní správa a samospráva

Úřad práce by měl zavést systém podporující úředníky v tom, aby informovali své klienty o rizicích spojených s vyřazením z evidence ÚP v kontextu úhrad zdravotního pojištění a o síti dalších pomáhajících organizací.

Krajské úřady by měly iniciovat či podpořit zavedení v rámci jejich stávajících struktur organizační pozice „koordinátor sociálních služeb“ a informovat všechny lékaře v kraji o možnosti využít tuto službu. Tento pracovník by pak poskytoval informace lékařům a zdravotníkům o dostupných sociálních službách a podpořil meziresortní spolupráci na místní úrovni.

Bylo by také vhodné, aby samosprávy měly k dispozici seznam pojišťoven, které mají nejčastěji smlouvu s lékařem v daném regionu, tak aby o tom mohly informovat své klienty.

Zdravotnická zařízení

Nebyla zapojenými odborníky přímo označena za odpovědné nositele některých z opatření, ale předpokládá se, že by bylo vhodné, aby se zapojila do spolupráce zejména se službami podporujícími zdraví a sociálními službami na řešení již konkrétních situací dle potřeb svých pacientů. Jako zvláště vhodná se jeví podpora pracovníků formou edukace (týkající se zejména komunikace s pacienty ze sociálního vyloučení) a supervize.

Pomáhající organizace

Tyto organizace již nyní nabízejí lidem v sociálním vyloučení různé služby, přičemž řada z nich se věnuje i oblasti podpory zdraví. Bylo by proto vhodné, aby se zapojily do většiny navrhovaných opatření, zejména:

- spolupráci s úřady práce, aby klienti ÚP vyřazení z evidencí byli informováni o síti sociálních služeb, které jim mohou pomoci v jejich životní situaci;
- provádět edukaci těhotných žen a rodiček, aby se předcházelo předčasnému odchodu z porodnice a aby obdržely všechny potřebné informace;

- edukaci klientů o změně/ztrátě pojištění a o jejich povinnostech v oblasti poskytování zdravotní péče;
- zabezpečit propojení klientů z cílové populace s poskytovateli zdravotní péče (posílení důvěry, snížení prahu) prostřednictvím zdravotně sociálních pomocníků a mediátorů podpory zdraví;
- posílení agendy podpory zdraví včetně dostupnosti zdravotní péče ve službách sociální prevence (v práci sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách);
- navázat spolupráci se SZÚ jako s novým aktérem a aktivně se zapojit do síťování a vzájemné spolupráce.

Školská zařízení

Řada navrhovaných opatření se týkala přímo škol na různých úrovních:

- základní školy by se měly zaměřit na systematickou podporu preventivní zdravotní péče a zdravotní gramotnosti a navázat spolupráci s VŠ (zapojení studentů pomáhajících profesí);
- upravit studijní programy všeobecného lékařství tak, aby studenti získali potřebné zkušenosti a znalosti (povinné praxe v sociálně vyloučené lokalitě pro lékaře, eventuálně pro tento účel vytvořit pilotní program tohoto vzdělávání týkající se seznámení budoucích lékařů s problematikou sociálního vyloučení);
- edukovat zdravotníky a pomáhající profesionály v pregraduálním a postgraduálním studiu i v kontinuálním vzdělávání v oblastech rovného přístupu, participativních a podpůrných – zmocňujících – přístupů v práci, specifika kulturně odlišných skupin pacientů a na ně navazující trénink komunikační kompetence zdravotníků.

Akademici a výzkumníci

Vzhledem k tomu, že v poslední době neprobíhaly na našem území výzkumy zohledňující etnicitu, doporučují účastníci zmapovat dosavadní proběhlé výzkumy na téma zdravotních potřeb Romů od různých organizací a následně zrealizovat více různých typů na sebe navazujících studií. Důraz při jejich designování by měl být na srovnání situace osob žijících v sociálním vyloučení se zohledněním etnicity s majoritní společností.

5.5 Přijatelnost navrhovaných opatření z pohledu Romů v SVL

V průběhu fokusních skupin všichni účastníci vyjadřovali souhlas s navrhovanými opatřeními, případně upřesnili, v čem konkrétně by tato opatření pro ně byla přínosná. Svá tvrzení o užitečnosti návrhů účastníci opírali o své konkrétní zkušenosti s využíváním zdravotní péče, jež v rámci fokusních skupin uváděli. Žádné z navrhovaných opatření nebylo přijato negativně, naopak bylo zejména dospělými Romy oceňováno, že se někdo problematikou zdraví Romů v SVL zabývá. Největší rozsah sdělení a nejvíce se k návrhům opatření vyjadřovaly dospělé ženy, což odpovídá i zkušenostem z dalších částí výzkumu (Polostrukturované rozhovory a fokusní skupiny, Případové studie), kdy se výzkumu měli zájem účastnit převážně ženy. Je to pravděpodobně tím, že jejich zkušenosti s čerpáním zdravotní péče jsou

největší, neboť tuto problematiku řeší se svými dětmi i ostatními členy rodiny. Nejmenší rozsah sdělení k navrhovaným opatřením měli mladiství, jež téměř neuváděli vlastní zkušenosti s čerpáním zdravotní péče.

Největší diskuze byla u klastru číslo čtyři týkajícího se místní a finanční dostupnosti služeb, kdy návrhy opatření v tomto klastru vzbudily největší ohlas u všech skupin včetně mladistvých. Romové se vyjadřovali k nutnosti zvýšit dostupnost zejména zubních lékařů a vhodnosti návrhů, které by snížily náklady pro občany s nízkými příjmy. Z rozhovorů v rámci fokusních skupin bylo poznat, že tato proximální opatření si účastníci dokáží dobře představit a vnímají jejich přímý vliv na zlepšení dostupnosti zdravotní péče v oblastech, kde mají zkušenosti s bariérami. Dále se účastníci hodně vyjadřovali také ke klastru číslo tři obsahujícího návrhy na edukaci a supervizi pomáhajících profesí, který vzbudil pozitivní ohlas u dospělých mužů a žen. U těchto návrhů docházelo nejčastěji ke sdílení konkrétních zkušeností s diskriminací či nerovným přístupem, které by bylo možné pomocí opatření v tomto klastru ošetřit. Klaster číslo dva pojednávající o rolích služeb podporujících zdraví a dostupnosti zdravotní péče patřil také k těm, u kterých byl větší rozsah sdělení, zejména ze strany dospělých žen. Z jejich strany byly sdělovány konkrétní pozitivní zkušenosti v oblasti zdraví či zvyšování dostupnosti zdravotní péče se službami, které pracují s cílovou skupinou v daném regionu. Jednalo se přitom o dobré zkušenosti ze všech institucí i těch, které nejsou primárně na oblast zdraví zaměřeny (obecních úřadů, terénních sociálních služeb, i mediátorů podpory zdraví) a pozitivně byla hodnocena schopnost navázat osobní vztah založený na důvěře a respektu. Všemi třemi skupinami Romů v SVL byly také kladně přijímány návrhy v rámci klastru číslo tři týkajícího se edukace cílové skupiny a považují je za přínosné.

Nejmenší diskuze byla u prvního klastru týkajícího se zefektivnění systému zdravotní péče a souvisejících služeb, pravděpodobně protože se jedná o distálnější oblast. Nicméně i tak byly všechny návrhy přijímány pozitivně. Rozdílné názory mezi jednotlivými skupinami se objevily pouze u návrhu číslo 55, který se dotýká tématu zapojení Romů do edukací o zdraví. Mladí Romové v SVL by dávali přednost informacím od Romů, střední generace až tak nerozlišuje zda-li se jedná o Roma nebo o příslušníka majority (pravděpodobně protože má více pozitivních zkušeností s majoritou), starší generace by ale dle sdělení účastníků jednoznačně preferovala romské pracovníky.

Z rozhovorů ve fokusních skupinách vyplynulo, že mnoho navrhovaných opatření je vnímáno i samotnými Romů v SVL jako naléhavé a uskutečnitelné, což bylo v souladu s výsledky hodnocení (ratingu) jednotlivých opatření dalšími zapojenými aktéry. Jediným rozdílem, který jsme zaznamenali bylo to, že cílová skupina přisuzovala větší důležitost opatřením v oblasti zvýšení místní a finanční dostupnosti zdravotní péče než další aktéři (z těchto opatření bylo pouze jedno dalšími aktéry zařazeno mezi prioritní). Ti tato opatření hodnotili jako méně urgentní a hůře realizovatelné.

Celkově byla všechna opatření navrhovaná dalšími aktéry hodnocena Romů v SVL jako přijatelná a odpovídající jejich potřebám. Tudíž byla ověřena jejich platnost i ze strany cílové skupiny. Zároveň bylo cílovou skupinou zdůrazněno, že je třeba se v rámci tvorby opatření zaměřit i na jiné oblasti než na dostupnost zdravotní péče, zejména na bydlení a také na vzdělávání.

V následujícím textu je uveden stručný souhrn všech dvaceti prioritních opatření, která participanti z řad dalších aktérů hodnotili jako nejvíce naléhavá a uskutečnitelná. Platnost těchto návrhů byla ověřena u Romů v SVL. Seznam těchto opatření najdete v Tabulka 5 Seznam 20 prioritních opatření dle klastrů a grafické znázornění na obrázku č. Obrázek 6 Go-zone mapa zobrazující všechny návrhy opatření týkajících se zvýšení dostupnosti zdravotní péče pro Romy žijící v sociálním vyloučení z pohledu naléhavosti a uskutečnitelnosti Seznam všech navrhovaných opatření je k dispozici v Příloha č. 2 Seznam všech navrhovaných opatření rozdělených dle jednotlivých klastrů (Mapování konceptů)

Pokud má být zlepšena dostupnost zdravotní péče pro Romy a další osoby žijící v sociálním vyloučení, je z pohledu dalších aktérů, kteří participovali na tomto výzkumu nevyhnutelné:

- vytvořit platformu organizací, která by prosazovala podporu zdraví u lidí žijících v sociálním vyloučení a snažila se ovlivňovat veřejnou politiku v tomto smyslu,
- prozkoumat oblast zdravotních potřeb lidí žijících v sociálním vyloučení s cílem nastavit vhodně intervenci v pomáhajících profesích,
- jasně vymezit kompetence a působnost organizací věnujících se podpoře zdraví a dostupnosti zdravotní péče a podpořit propojení klientů z cílové populace s poskytovateli zdravotní péče prostřednictvím vhodných služeb,
- podpořit udržitelnost a rozšíření sítě mediátorů podpory zdraví a zdravotně sociálních pomocníků do všech krajů v ČR a zajistit kvalitní penzum školení a výměnných pobytů pro tyto profese, s tím, že je vhodné zapojit dobrovolníky či pracovníky z řad členů komunity do těchto služeb,
- posílit agendu zdraví v rámci sociálních služeb,
- propojit pracovníky zdravotní péče s dostupnými sociálními službami a službami podpory zdraví v regionu tak, aby je mohli přizvat ke spolupráci (například formou poradenského pracovníka pro lékaře na krajském úřadu),
- zajistit dostupnost léků bez doplatku a rozšířit jejich nabídku pro osoby žijící v sociálním vyloučení,
- podpořit budoucí a současné zdravotníky a pomáhající profesionály formou:
 - edukace týkající se rovného přístupu, empowermentu, komunikačních kompetencí a dalších potřebných oblastí,
 - praxe budoucích zdravotníků v sociálně vyloučených lokalitách,
 - supervize ve zdravotnictví,
 - motivace romských dětí ke studiu zdravotních oborů,
- zapojit studenty pomáhajících a učitelských profesí do preventivních programů podpory zdraví na školách (zejména na MŠ, ZŠ),
- motivovat osoby žijící v sociálním vyloučení k čerpání potřebné zdravotní péče a informovat je o specifických tématech (souvislostech zdravotního a sociálního pojištění a evidenci na úřadu práce, kde se mají informovat o lécích bez doplatku a jejich alternativách, o povinnostech v oblasti poskytování zdravotní péče a pojištění, porodu a souvisejících tématech).

D) Závěry

Tato část je věnována diskusi závěrů jednotlivých částí výzkumu, které na sebe navazují a jejichž zjištění se navzájem doplňují a podporují. Diskuse závěrů se opírá také o současné poznání a trendy v přístupu k řešení zkoumané problematiky.

Romové jako aktéři ve vztahu ke zdraví ve strategických dokumentech

Cílem této části studie bylo prozkoumat konceptualizaci Romů v politických dokumentech týkajících se sociálního začlenění a zdraví v České republice a odpovědět na následující otázky: Jakým způsobem jsou v dokumentech prezentováni Romové jako aktéři ve vztahu ke zdraví? Jaká role je jim přisuzována? Nakolik se počítá s jejich účastí? Tato část studie poskytuje komplexní analýzu politických dokumentů se zaměřením na téma, kterému není věnována dostatečná pozornost. Poskytuje důkazy o problematických koncepcích Romů v politických dokumentech a poukazuje na stále přítomný anticiganismus a etnickou vinu v politickém diskurzu.

Romové jsou ve vztahu k vlastnímu zdraví vnímáni skrze se zdravím související chování, zdravotní gramotnost či způsob využívání zdravotní péče. Dle prozkoumaných dokumentů jako aktéři ve vztahu ke zdraví v těchto oblastech selhávají a řešením této situace je osvěta realizovaná v rámci podpory zdraví. Její náplň je definována majoritou a provedení je přizpůsobeno specifikům jejich příjemců tak, aby mezi ně co nejlépe pronikla, aby lidé lépe „pochopili“ význam zdraví, aby přijali zodpovědnost za svůj zdravotní stav a aby činili volby ve prospěch vlastního zdraví. Opatření cílená na chování ohrožující zdraví se jeví jako legitimní vzhledem k tomu, že Romové – zejména ti, kteří žijí v sociálním vyloučení – se do tohoto chování zapojují častěji (European Commission, 2014). Na druhou stranu se zdá, že přístup a odůvodnění opatření, jak jsou formulována v politických dokumentech, postrádají povědomí o kořenech příčin zapojování se Romů žijících v sociálním vyloučení do takového chování (Belák, 2019) na jedné straně nebo o modelech a teoriích vzniku a změny lidského chování (Bandura, 1968; Bandura, 1977; De Vries a kol., 2008; Glanz a kol., 2010) na straně druhé.

Romové jsou často jako aktéři ve vztahu ke zdraví v prostudovaných dokumentech nerozeznáváni – téma zdravotních nerovností u této skupiny populace se skrývá za pojmy, jako je „rizikový segment populace“ nebo „vulnerabilní skupiny“, což je označení, které v sobě neobsahuje mnoho aktérství, a pokud ano, tak spíše to negativně vnímané (rizikové chování). Jak nadměrná, tak i nedostatečná komunikace etnicity může posílit nepříznivé postavení romské etnické menšiny (Zachar Podolinská, 2018). Její zamlčování jako příčiny nespravedlivých rozdílů ve zdraví a naopak její pojmenovávání nebo dávání do souvislosti s některými jevy může vést k nevyváženému diskurzu, a to v neprospěch cílové skupiny, u níž etnicita v souvislosti se zdravím sehrává důležitou roli. Optimalizace způsobu komunikace etnicity v politickém diskurzu se proto zdá být nezbytná.

Investice do zdraví a snižování nerovností ve zdraví jsou navíc často zdůvodňovány spíše ekonomicky a utilitárně než ideově. Pragmaticky vzato, zlepšení zdravotního stavu Romů přináší společnosti zvyšování zaměstnanosti obyvatel v národním hospodářství. Tento jednostranný pohled na vztah mezi zdravím a účastí na trhu práce

je však velmi zjednodušující. Na druhou stranu je dle teorie sociálních determinantů zdraví totiž zdravotní stav ovlivňován materiálními podmínkami a prostředím, ve kterém jedinec vyrůstá – včetně příležitosti ke vzdělání – a zároveň tyto podmínky do značné míry určují příležitosti na trhu práce (Podolinská a Škobla, 2018). Způsob, jakým je tato otázka řešena ve zkoumaných dokumentech, ukládá odpovědnost jednotlivcům, kteří ale mají jenom malou nebo žádnou kontrolu nad nejsilnějšími determinanty zdraví (strukturálními determinanty), protože ty lze změnit pouze prostřednictvím sociálních a ekonomických politik a procesů (WHO – Commission on Social Determinants of Health, 2010). Přestože se v dokumentech občas objevuje rétorika „nenechat nikoho pozadu“, z dílny WHO (2016), navrhovaná řešení neodpovídají principům, na kterých je tento přístup WHO postaven.

Partnerství či participace jsou vnímány především jako lepší péče o individuální zdraví, přijetí zodpovědnosti, nikoli spoluúčast v rozhodování. Aktérem v oblasti odstraňování zdravotních nerovností je majorita definující „cestu“, kterou je třeba Romům ukazovat, nebo to, k čemu je potřeba občany „stimulovat“. Spíše než důraz na autonomii a participaci zde vnímáme důraz na edukaci, která má pomoci v převzetí individuální zodpovědnosti za vlastní osud, což je v přímém rozporu s moderním nahlížením na participaci a participativní procesy. Dle WHO je podpora inovace v podobě sociální participace (zapojení populací do rozhodnutí, která mají vliv na jejich zdraví) klíčovým faktorem spravedlnosti v oblasti zdraví (Francés a La Parra-Casado, 2019). Odpovědnost za organizaci participativních procesů nese veřejná správa, ale participativními procesy mohou být také iniciativy společností, sociálních subjektů nebo nevládních organizací, které umožňují čtené vstupní body a příležitosti k podpoře více participativních sociálních procesů, a to i v kontextech, ve kterých neexistuje žádná participativní tradice. Program na podporu participace by měl zahrnovat: 1. přijetí participativní institucionální kultury; 2. zahrnutí celé populace do různých fází politického procesu (diagnostika, plánování, implementace, monitorování a evaluace); 3. navazování partnerství s dalšími odvětvími (podporováno společným uvedením do provozu či sdílením údajů) a 4. rozvoj kultury hodnocení participace. Participativní procesy proto musí být organizovány organizacemi, které je podporují, s počátečním cílem vytvořit prostor pro komunikaci a rozhodování, který umožní úvahy o tom, jak problémy definovat a jak k nim přistupovat. Participace tedy zahrnuje zapojení do a vliv na rozhodnutí ovlivňující zdraví a služby zdravotní péče, účast na jejich implementaci, hodnocení a monitorování a – co je nejdůležitější – definování problému (Francés a La Parra-Casado, 2019).

Dokumenty, které vedle nebo místo individuálních příčin horšího zdravotního stavu Romů popisují příčiny strukturní, se zabývají obvykle dostupností zdravotní péče – jak fyzickou, v níž brání ekonomické bariéry a nedostatek lékařů v určitých regionech, tak faktickou, v níž brání diskriminace a předsudky – nebo nevhodnými životními podmínkami, především nízkou kvalitou bydlení. Romové jsou zde vnímáni jako ti, jejichž integraci brání majorita, u které by se také měla hledat náprava (ať už se jedná o posílení financování terénních služeb, nebo tlak na pojišťovny). Přestože má systém zdravotní péče v rámci sociálních determinantů zdraví zvláštní postavení (WHO, 2016), zdá se být jeho role ve studovaných dokumentech nadhodnocena. Přístup ke zdravotní péči je často zmiňován (někdy dokonce i jako jediný determinant zdraví), i když se jedná o faktor vysvětlující nerovnosti v oblasti zdraví jen částečně. Kromě toho se toto téma týká zejména těch, kteří se již pokoušejí vyhledat lékaře z důvodu pocíťované potřeby vázané na zhoršení zdravotního stavu (s výjimkou preventivních prohlídek), čemuž ale předchází vliv řady dalších determinantů, které ke zhoršení

zdravotního stavu vedou (Belák a kol., 2017). Samotná dostupnost zdravotní péče je navíc vnímána úzce, protože se nezdá, že by zohledňovala komplexnější teorie přístupu ke zdravotní péči, které kladou důraz na odstraňování bariér na straně systému spíše než na podporu individuálních schopností klientů zdravotní péče tyto bariéry překonávat (Tanahashi, 1978; Levesque, Harris a Russell, 2013).

Analyzované dokumenty obsahují řadu prvků asimilace: především vidí jako zodpovědnost samotných Romů, aby se přiblížili majoritě v jejím chápání zdraví a jednání ve vztahu k nemoci a zdraví. Navrhované strategie a opatření se řídí primárně tím, co jako prioritu definuje majorita, nikoli problémy či potřebami samotných Romů. Romové jsou v dokumentech zobrazováni jako ti, kdo „nesedí“ zbytku společnosti (McGarry, 2012), jejich skupinová identita a praktiky jsou popisovány jako něco, co brání dosažení kýžených cílů v oblasti zdraví, a jejich přizpůsobení je vnímáno jako nezbytné přijetí zodpovědnosti. Změny a opatření na straně společnosti jsou naopak zmiňovány výrazně méně.

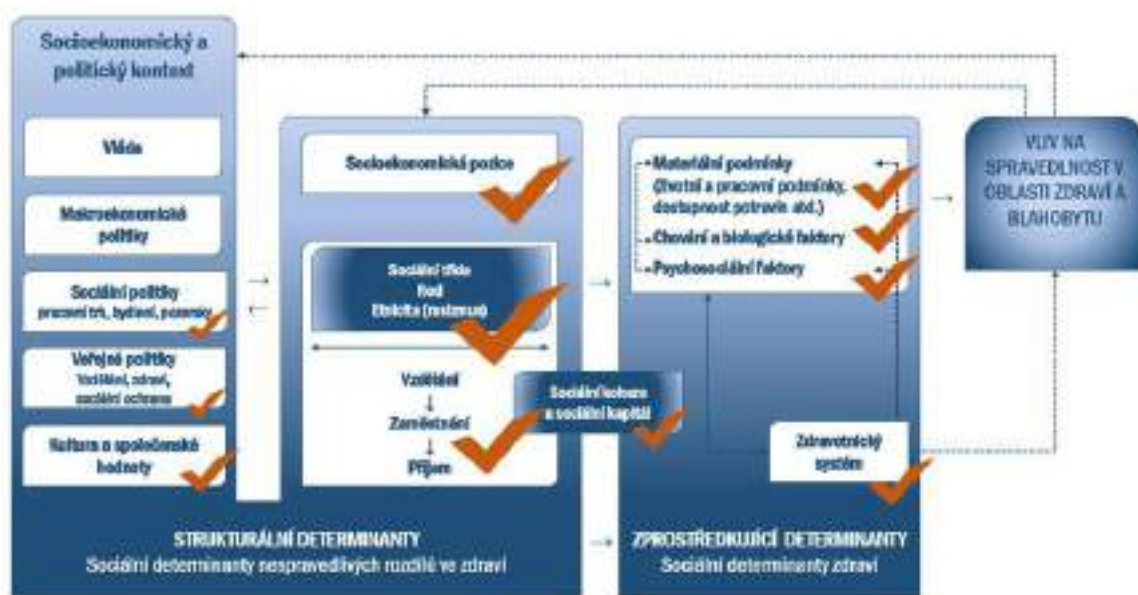
Ačkoli se od 90. let politický diskurz týkající se Romů posunul od prevence kriminality, regulace populace a asimilace směrem k lidským právům, spravedlnosti a boji proti diskriminaci (Sobotka, 2007), subtilní formy rasismu neboli anticikanismu v něm pořád přetrvávají. Konceptualizace Romů ve strategických dokumentech, která spojuje Romy s nežádoucím chováním, identitou nebo hodnotami, není v Evropě nijak výjimečná a etnická vina je nenápadně formulována v jazyce moderního rasismu, což znesnadňuje ho rozpoznat a také s ním bojovat (Popoviciu a Tileaga, 2020). V tomto ohledu je důležité poukázat na to, že se tento diskurz (homogenizující Romy a zamlčující strukturální podmínky) odráží, začleňuje a transformuje do konkrétních intervencí, brání zmocnění, participaci a přístupu „zdola nahoru“ (Podolinská a Škobla, 2018).

Bylo by žádoucí najít smysluplnou a zdravou rovnováhu ve způsobu, jakým tvůrci politik používají jazyk ve vztahu k Romům. Popsání „problému“, aby bylo možné adekvátně zacílit intervenci, by mělo být provedeno bez zobecnění a podporování stereotypů nebo s použitím zjednodušených a v zásadě chybných argumentů a konceptů. Na druhou stranu, nerozeznávat etnicitu při řešení sociálního vyloučení a/nebo zdraví by znamenalo ignorování jejího vlivu, který v těchto jevech hraje důležitou, i když ne jedinou roli. Při navrhování politik a intervencí by se jejich povaha a obsah měly vyhnout tendenci ukládat břemeno odpovědnosti na cílovou populaci bez jasné vize toho, jaké kroky budou podniknuty k naplnění jejich potřeb a umožnění a usnadnění její participace během celého procesu, od designu přes implementaci až po evaluaci.

Polostrukturované rozhovory a fokusní skupiny o sociálních determinantách zdraví z pohledu Romů žijících v sociálním vyloučení a dalších zainteresovaných aktérů

Sociální determinanty zdraví z pohledu dvou skupin aktérů – 1. Romů žijících v sociálně vyloučených lokalitách a 2. ostatních zainteresovaných aktérů působících v rámci svých činností na sociální začleňování / zdraví / podmínky pro zdraví (včetně dostupnosti zdravotní péče) – zachycují všechny zásadní druhy podmínek, které dle těchto aktérů v SVL ovlivňují zdraví Romů. Romové zpravidla akcentovali životní podmínky a jejich přidružené faktory, které zapříčiňují významné rozdíly ve zdraví Romů a ostatní populace, místo samotného horšího zdraví Romů (oproti neromským populacím).

Jedním z nejvýraznějších témat, které bylo respondenty spontánně zmiňováno a připisovali mu významnou roli ve vztahu ke zdraví, byla na etnicitě založená diskriminace ve všech oblastech života. Přítomnost anticikanismu byla zatelná ve všech střešních kategoriích témat objevujících se ve výpovědích jak Romů v SVL, tak ostatních aktérů. V rámci sociálních determinantů zdraví má zdravotní systém výjimečné postavení a právě diskriminace v oblasti zdravotní péče byla nejčastěji zmiňovaným typem diskriminace, které participanti připisovali velký význam. Zdravotní systém, zdá se, selhává vůči Romům v SVL tím, že není schopen zajistit spravedlivý přístup ke zdravotním službám. Podstatnou složku problematiky představuje skutečnost, že opatření (v řadě odvětví) s cílem zlepšit zdraví a blahobyt, kterými může zdravotní systém přímo ovlivnit rozdíly v expozicích a zranitelnosti, se jeví jako nedostatečná. Zdravotní systém tak selhává i v plnění role mediátora neboli nárazníku, jelikož není schopen zajistit, aby zdravotní problém neměl za následek zhoršování socioekonomické pozice ani reintegraci pacientů.



Obrázek 7 Konceptní rámec Sociálních determinantů zdraví podle WHO (Solar & Irwin, 2010) doplněný o grafické znázornění pohledu respondentů na determinanty zdraví u Romů v SVL. Velikost značky indikuje důležitost jednotlivých faktorů podle toho, jak je reflektovali samotní respondenti.

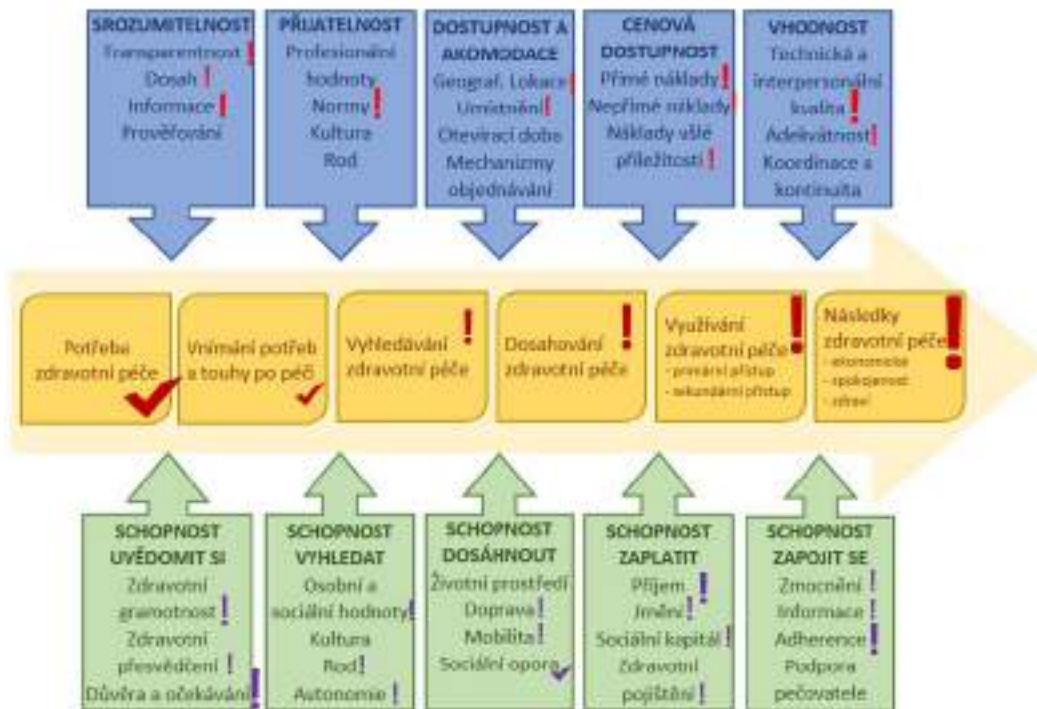
Respondenti popisovali také diskriminaci v oblasti vzdělávání, bydlení a zaměstnání, která znemožňuje sociální mobilitu a promítá se do zdraví ohrožujících materiálních podmínek. Poměry sociálního vyloučení se vylučují s podmínkami příznivými pro zdraví. V těchto podmínkách je těžké dodržovat doporučení týkající se chování souvisejícího se zdravím, což představuje pro rezidenty vážná zdravotní rizika. Životní styl a se zdravím související chování jsou výsledkem materiálních poměrů, do kterých se Romové v SVL narodí, v nichž žijí a pracují a které se přeměňují na vzorce chování. Vzorce chování zahrnují zejména kouření, nevyváženou stravu, nadužívání alkoholu a nedostatečnou nebo nezdravou fyzickou aktivitu spojenou s manuální prací. V případě Romů v SVL vzhledem k expozicím a zranitelnosti dochází často k vytvoření řady nezdravých návyků, jejichž příčiny lze hledat ve špatných materiálních podmínkách, ale také ve stresu, který s danými podmínkami souvisí a který vzhledem k jeho povaze (dle výpovědí participantů) lze považovat za toxický. Zátěž toxickým stresem a jeho

prožívání se projevují často adaptací na něj a využíváním nezdravých strategií vyrovnávání se se stresem (kouření, nadužívání alkoholu či jiné závislosti). Setkáváme se také s užíváním anxiolytik, která užívají i ti, kterým nebyla předepsána jejich lékařem. Toto, ale i další typy se zdravím souvisejícího chování, je rovněž výsledkem nedostatku jiných příležitostí a omezených možností pro volbu zdravějších strategií. To se týká třeba pohybových aktivit, vyváženého stravování nebo péče o duševní zdraví, na jejichž realizaci schází v prostředí SVL vhodné a motivující podmínky.

Již zmiňovaný stres vyplývající z mnoha oblastí života Romů v SVL patří mezi psychosociální faktory, zahrnující zejména respondenty zmiňované nepříznivé životní události a stresové životní podmínky (např. finanční nejistota, nejistota v bydlení, zadluženost apod.). Stejně tak vliv diskriminace či pocíťované diskriminace se dalším nárůstem stresu propisuje do psychosociálního prožívání aktérů. To všechno se pak odráží ve zhoršeném zdravotním stavu Romů žijících v sociálním vyloučení, kdy další faktor představuje velmi omezené, až absentující využívání služeb v oblasti duševního zdraví. Významným nástrojem vyrovnávání se se stresem a zátěžovými situacemi u Romů v SVL (kromě těch nezdravých) je sociální opora v nukleární rodině, ale také v širších rodinných svazcích či v komunitách. Udržování intenzivních rodinných vztahů je často vědomé. Rodinná soudržnost se manifestuje také ve schopnosti přijímat odlišnost členů své rodiny, utvářet v náročných podmínkách bezpečné prostředí a poskytovat potřebnou sociální oporu pro blízké potýkající se s existenčními či psychickými problémy.

Mezi důležitá zjištění patří i některá výrazná témata, která se objevila ve výpovědích participantů, jako sebepodceňování, rezignace a s nimi související sebe-vylučující praktiky Romů v SVL jako důsledek společenského diskurzu a prožívání diskriminace nebo přítomnost některých stereotypů založených na mylných předpokladech zejména ve skupině ostatních aktérů.

Z výše uvedených zjištění lze konstatovat, že se sociální determinanty zdraví, nazývané také zprostředkujícími determinantami, z pohledu našich respondentů shodují se současnými epidemiologickými teoriemi. Obě skupiny respondentů existenci těchto faktorů reflektovaly a přisuzovaly jim ve vztahu ke zdraví určitou roli. V některých případech jim ale ze svého pohledu jednotlivý aktéři přisuzovali jiné příčiny vzniku a odpovědnost za jejich formování. Co se týče determinant nespravedlivých rozdílů ve zdraví, nazývaných také strukturální determinanty, obě skupiny reflektovaly faktory týkající se socioekonomické pozice. Jen někteří respondenti, a to zejména ze skupiny ostatních aktérů, zmiňovali také faktory, které náležejí k socioekonomickému a politickému kontextu.



Obrázek 8 Koncepční rámeček přístupu k zdravotní péči (Levesque, Harris & Russel, 2013) doplněný o grafické znázornění pohledu respondentů na bariéry v přístupu k zdravotní péči u Romů v SVL. „!“ indikuje problematičnost. Velikost značky indikuje důležitost jednotlivých faktorů podle toho, jak je reflektovali samotní respondenti.

Případové studie zaměřené na perspektivy Romů žijících v sociálním vyloučení ohledně dostupnosti zdravotní péče.

Při zkoumání zkušeností Romů žijících v sociálním vyloučení ohledně dostupnosti zdravotní péče jsme se zaměřili zejména na aspekty, ve kterých vůči nim selhává systém zdravotní péče, a na to, jestli jsou případné bariéry v dostupnosti zdravotní péče zmírňovány zdravotně sociální pomocí DROM, romského střediska sídlícího v Brně. Problematický přístup ke zdravotní péči spatřovala většina participantů a participantek v postoji zdravotníků k sociálně vyloučeným Romům, ačkoliv v několika málo případech bylo autentickým způsobem referováno o spokojenosti s některými lékaři i s určitými segmenty zdravotnického systému.

Zjištění nicméně naznačují, že se většině Romů v SVL často nedostává ve zdravotnictví stejně kvalitní péče jako ne-Romům, a to především z důvodu nevstřícného a nepřátelského jednání zdravotníků. Dle participantů a participantek vyplývá toto jednání na jedné straně z negativních zkušeností lékařů s některými Romy, o čemž pojednávají také další studie (Andreassen a kol., 2017; Janevic a kol., 2017), na druhé straně působením předsudků zdravotníků (Marek, Kalmar, Faubl, Orsos a Nemeth, 2020). Tyto předsudky mají často původ v rasisticky laděné ideologii majoritní společnosti. Z této ideologie pramení, dle výroků některých participantů a participantek, například to, že někteří zdravotníci pociťují odpor, ponížení a nespravedlnost, pokud musí pracovat s Romy žijícími v sociálním vyloučení. Dalším možným vysvětlením této situace je, že se za vymlouváním zdravotníků na špatné

zkušenosti s Romy skrývá částečně nevědomá racionalizace zvnitřněné výše zmíněné rasistické ideologie, jak rovněž popisují autoři Mullings (2005) či Sue a kol. (2007), nebo specifický rasismus, takzvaný „anticikanismus“, zahrnující široké spektrum implicitních a explicitních praktik diskriminace (Belák a kol., 2019; End, 2017; Hancock, 1997). V praktické rovině se, dle většiny participantů a participantek, výše zmíněné negativní jevy u zdravotníků projevují nekvalitní komunikací, ignorováním pacienta či jeho zdravotních potíží, zanedbáváním péče a diskriminací. Někteří participanté a některé participantky nicméně reflektovali, že může být podrážděné chování lékařů pouze reakcí na neslušné chování ze strany některých Romů.

V souladu s vyjádřeními většiny participantů a participantek představují další problém negativní pocity některých Romů ze zdravotnických pracovníků a lékařských zákroků, které jim často brání ve vyhledání lékařské pomoci. Tyto negativní pocity vychází na jedné straně z negativních zkušeností s nepřátelským jednáním a komunikací lékařů a z celkové nedůvěry vůči majoritní společnosti, na druhé straně možná z částečné neznalosti toho, jak systém zdravotnictví funguje, například že akutní pacienti mají v příjmu u lékařů přednost.

Některé výroky participantů a participantek naznačují možnost, že předsudky sociálně vyloučených Romů i majoritní společnosti vytváří u obou stran identitu, která formuje a udržuje bariéry bránící Romům v SVL v přístupu ke zdravotní péči. V rámci tohoto jevu především silný tlak negativních předsudků majoritní společnosti pravděpodobně snižuje sebe-hodnotu a sebeúctu Romů. Tento útok odrážejí Romové devalvováním a zpochybňováním hodnot majoritní společnosti, vytvářením alternativních životních stylů a sebe-vylučujících strategií (Belák, 2019). To se v oblasti zdraví projevuje alternativními postoji ke zdraví, alternativními způsoby léčení nemocí a nerespektováním zdravotnického systému (Merrild a kol., 2017). Podobný proces se odehrává ze strany majoritní společnosti vůči Romům. Tak vzniká bludný kruh, z něhož je velmi obtížné vystoupit (Janevic a kol., 2011). Možným vysvětlením sebevylučování ze zdravotní péče, jejího nevyužívání nebo nestandardních způsobů jejího využívání Romy v SVL může být tzv. sebenaplňující proroctví. Negativní přednastavení lékařů k Romům, jak bylo přímo i nepřímo naznačováno participanty a participantkami, může vést lékaře k podceňujícímu zacházení s Romy jako s nekompetentními a podřadnými bytostmi, což se následně u Romů projeví v nejistotě, která vyvolává na půdě zdravotnictví dezorganizované jednání (Fanon, 2017; Grill, 2018).

Zjištění týkající se zdravotně sociální pomoci DROM naznačují, že lze bariéry v přístupu ke zdravotní péči překonávat a důsledky výše uvedených negativních jevů u Romů v SVL zmírňovat službou, která s klienty monitoruje a diskutuje zdravotní stav a životní styl, motivuje ke zdravotní prevenci, poskytuje pomoc se zajišťováním zdravotní péče odpovídající kvality. Mezi konkrétní aktivity, které klienti služby vnímají a považují za prospěšné, patří kupříkladu pomoc s domlouváním lékařských zákroků a vyšetření, doprovázení k lékaři, zprostředkovávání a facilitace komunikace se zdravotníky, pomáhání v orientaci ve zdravotnictví, překonávání strachu z lékařů či lékařských zákroků, pomoc s vyhledáváním možností dopravy k lékaři, konzultace financování a pravidelného užívání léků i možnosti starobních nebo invalidních důchodů atd. Důležitou roli při tom sehrávají aspekty služby a osobnosti zdravotně sociálních pomocnic, které se zdají být z pohledu samotných klientů DROMu efektivními. Na jejich základě lze doporučit, aby pracovníci poskytující tento typ služby uměli s klienty navazovat empatický, chápatelý, podporující a jistý vztah, který u klientů zvyšuje pocit sebe-hodnoty a přijetí, což může přispívat ke korekci negativní zkušenosti Romů s

majoritní společnosti a zdravotnictvím. Důležité je také to, aby klienti mohli být svědky efektivního jednání zdravotně sociálních pomocnic, z kterého učením nápodobu mohou získat dovednosti, díky kterým se budou cítit v kontaktu s lékaři a při využívání zdravotní péče jistěji a naučí se, jak ve zdravotnictví zdatně jednat. Poskytování těchto služeb by nicméně nemělo vést k závislosti klientů na této pomoci (FSG, 2007). Proto by ultimátním cílem poskytování služby mělo být naučit klienty kompetence, které jim umožní co nejdříve fungovat samostatně. Těmito kompetencemi by měla být především asertivní komunikace, vyjádření potřeb, organizační zdatnost, zdravotní gramotnost a schopnost vyhledávat a vyhodnotit důležité informace o zdraví a zdravotní péči.

Na závěr je možné z našich zjištění shrnout, že v přístupu k standardní zdravotní péči mohou bránit na jedné straně rasisticky laděné předsudky a diskriminující jednání zdravotníků a majoritní společnosti, na druhé straně nízká zdravotní gramotnost, prostorová segregace a silné negativní emoce zdravotníků vůči Romům v SVL. Oboustranné předsudky iniciované především ideologií majoritní společnosti mohou být příčinou bludného kruhu, který utváří u sociálně vyloučených Romů i příslušníků majoritní společnosti identitu nerespektující, netolerující a neuznávající jinakost druhé strany. Zdá se, že dokud bude ve společnosti existovat otevřená či skrytá diskriminace a anticiganismus, sociálně vyloučení Romové se budou neustále setkávat s bariérami, které jim budou zamezovat ve snaze dostat se z nepříznivých situací a v překonání důsledků sociálního vyloučení (Bobakova, 2019). Zdravotně sociální pomoc DROM představuje výraznou podporu v překonávání výše zmíněných bariér. Asistentky této pomoci usnadňují dostupnost zdravotní péče a motivují k zdravějšímu životnímu stylu. Rozhodujícím pomáhajícím faktorem je jistý, vstřícný a pomáhající vztah asistentek s klienty, ze kterého mohou Romové v SVL čerpat podporu, jistotu, sebedůvěru a korektivní zkušenost s majoritní společností a zdravotnictvím. Stejně důležité jsou kompetence pomocnic, které se klienti čerpající pomoc učí nápodobou a v mnoha případech je následně samostatně při kontaktu se zdravotnictvím uplatňují.

Mapování konceptů (Concept mapping) se zainteresovanými aktéry zaměřené na zlepšování dostupnosti zdravotní péče u Romů žijících v sociálním vyloučení

Tato část výzkumu se zaměřovala na dostupnost zdravotní péče pro Romy žijící v sociálním vyloučení. Jejím cílem bylo facilitovat konsenzuální návrhy na vylepšení systému, které kombinují odlišné perspektivy jednotlivých participantů, kteří v rámci svého působení pracují s cílovou skupinou a/nebo svoji prací mají vliv na jejich sociální vyloučení / zdraví / podmínky pro zdraví (včetně dostupnosti zdravotní péče). Participantů navrhli 64 opatření seskupených do šesti skupin neboli klastrů. Navrhovaná opatření se týkala: 1. zefektivnění systému zdravotní péče a souvisejících služeb s cílem legitimizovat a zohlednit potřeby cílové skupiny; 2. role služeb podporujících zdraví a jejich vlivu na dostupnost zdravotní péče; 3. edukace a informovanosti cílové skupiny; 4. zvýšení místní a finanční dostupnosti zdravotní péče; 5. posílení sítě a kapacit zdravotní péče a prevence; 6. edukace a supervize pomáhajících profesí. Participantů navrhli jak intervence na nižších úrovních, tak politická opatření shora („upstream“ & „downstream“). Několik opatření je založeno na participativním přístupu a počítá s účastí cílové skupiny, což bylo pozitivně vnímáno i samotnými Romy v SVL při ověřování návrhů ve fokusních skupinách. Celkově byla všechna opatření navrhovaná dalšími aktéry hodnocena i samotnými Romy v SVL jako přijatelná a odpovídající jejich potřebám. Oceňována byla zejména konkrétní opatření

a praktická řešení mající přímý vliv na překonávání nebo eliminaci konkrétních bariér, se kterými se Romové v SVL běžně setkávají a které si uvědomují. Zároveň bylo cílovou skupinou zdůrazněno, že je třeba se v rámci tvorby opatření zaměřit i na jiné oblasti než na dostupnost zdravotní péče, zejména na bydlení a také na vzdělávání. Celkově jsou navrhovaná opatření v souladu s evropským pilířem sociálních práv (The European Parliament, 2017) i doporučeními skupiny odborníků EU (EXPH, 2016) a WHO (2018 a 2020) týkajícími se zlepšení přístupu zranitelných skupin ke zdravotní péči. To činí navrhovaná opatření přijatelnými a vhodnými pro implementaci na místní a většinu z nich i na národní úrovni.

Opatření byla také hodnocena z hlediska jejich naléhavosti a uskutečnitelnosti. Celkově bylo identifikováno 20 prioritních opatření zlepšujících přístup ke zdravotní péči pro Romy v SVL, která byla hodnocena jako nejnaléhavější a zároveň nejvíce uskutečnitelná. Prioritní opatření se zaměřují jak na překonávání bariér v přístupu ke zdravotní péči na straně Romů v SVL, tak na překážky na straně systému zdravotní péče. Doporučená opatření zdůrazňují potřebu zvýšit kvalitu služeb a spolupráci pomáhajících profesionálů a není v nich kladen takový důraz na zlepšení zdravotní gramotnosti Romů. Jedná se o odlišný přístup v porovnání s tím, co lze nalézt v politických dokumentech, které byly zkoumány v předchozí části, v nichž je více než strukturální podmínky zdůrazněna individuální odpovědnost za zdraví. Část prioritních opatření klade důraz na roli, kompetence, kapacity a spolupráci institucí a organizací zapojených do advokacie, sociálních služeb, podpory zdraví a mediace ve zdraví. Jejich aktivní spolupráce s cílovou skupinou a s poskytovateli zdravotní péče se jeví jako klíčová pro pomoc Romům v SVL překonávat specifické bariéry v přístupu ke zdravotní péči (George Daniels a Fioratou, 2018; Jarčuška a kol., 2013). Je rovněž třeba překonat stávající bariéry na straně pomáhajících profesí a skrze vzdělávání, trénink a supervizi zvýšit kvalitu služeb, které poskytují (George Daniels a Fioratou, 2018; Belák a kol., 2020). Další prioritní opatření jsou zaměřena nejen na zdravotní gramotnost obecně, ale také konkrétně na povědomí o právech a povinnostech týkajících se zdravotního a sociálního pojištění nebo doplateků za léky. Zbývající část prioritních opatření se zaměřuje na posílení kapacit mediace a podpory zdraví, zejména prostřednictvím zapojení studentů příslušných oborů i členů komunity. Z rozhovorů ve fokusních skupinách s Romy v SVL vyplynulo, že mnoho navrhovaných opatření je vnímáno i jimi samotnými jako naléhavé a uskutečnitelné. Jediným rozdílem, který jsme zaznamenali, bylo to, že cílová skupina přisuzovala větší důležitost opatřením v oblasti zvýšení místní a finanční dostupnosti zdravotní péče než další aktéři, kteří tato opatření hodnotili jako méně urgentní a hůře realizovatelná.

V následujícím odstavci bude pozornost věnována třem nejvýše hodnoceným individuálním opatřením. Nejvýše hodnoceným opatřením z hlediska naléhavosti bylo číslo 64, které navrhuje zahrnutí témat participace, empowermentu, kulturní kompetence či komunikačního tréninku do osnov v pregraduálním a postgraduálním studiu i v kontinuálním vzdělávání jak zdravotníků, tak i dalších pomáhajících profesionálů. Význam těchto témat je podepřen předchozím výzkumem, který naznačuje, že profesionálové v první linii aplikují vůči Romům dvojitý standard a měli by být podporováni ve schopnostech přiměřeně se vypořádat se strukturální zranitelností klientů (EPHA, 2016; Belák a kol., 2020). Diskriminace na straně zdravotnického personálu byla také nejvýznamnější bariérou bránící v dostupnosti zdravotní péče, kterou jsme zjistili v rámci polostrukturovaných rozhovorů s Romy v SVL a s dalšími aktéry. Význam školení zdravotnických pracovníků o tom, jak k těmto pacientům přistupovat, částečně zdůrazňovaly také některé strategické dokumenty, které byly

analyzovány v předchozí výzkumné aktivitě. Naše zjištění jsou také v souladu s předchozími studii, které vysvětlují, že tyto kompetence mohou usnadnit eliminaci etnických rozdílů v poskytování zdravotní péče (Betancourt, 2003). Další prioritní opatření (č. 9) navrhuje zapojení studentů medicíny jako terénních zdravotnických pracovníků v rámci praxe. Toto opatření by mohlo přinést částečné řešení stávajících regionálních rozdílů v dostupnosti zdravotní péče (OECD, 2019). Podobné programy různého trvání jsou implementovány v mnoha zemích s nízkými a středními příjmy k zajištění lidských zdrojů ve venkovských oblastech (Antonio a kol., 2020). V České republice nebyl realizován žádný takový program stáží pro studenty medicíny zaměřený na sociálně vyloučené lokality nebo Romy žijící v SVL. Takový program má potenciál přinést očekávané výhody, pokud bude implementován s důrazem na komplexní plánování, jasně formulované programové cíle, vhodné vzdělávání a školení, transparentní nábor a umístění, silnou institucionální a systémovou podporu, konkurenceschopné benefity a stimuly a aktivní řízení výstupu z programu (Antonio a kol., 2020). Budoucí odborníci zapojení do takového programu by navíc získali cenné zkušenosti a lepší porozumění cílové skupině. Poslední ze tří diskutovaných prioritních opatření (č. 8) bylo zaměřeno na posouzení zdravotních potřeb Romů žijících v SVL za účelem zavedení intervencí. Potřeba výzkumu zaměřeného na poptávku a přinášejícího důkazy podložená doporučení pro politiku a praxi v oblasti zdraví Romů v SVL byla již formulována v několika dalších odborných textech (Hajioff a McKee, 2000; Bobáková, 2019). Jelikož je nezbytné zohlednit zejména potřeby cílové skupiny (Bobáková, 2019; Belák, 2018), je navrhované opatření plně v souladu s výše uvedenými doporučeními a může být implementováno nezávislými výzkumnými institucemi.

V rámci hodnocení naléhavosti a uskutečnitelnosti se můžeme podívat nejen na hodnocení jednotlivých opatření, ale i na hodnocení skupin opatření neboli klastrů. Klastř 6, týkající se edukace a supervize pomáhajících profesí, byl účastníky hodnocen jako velmi urgentní a velmi dobře dosažitelný. Tento klastř obsahuje opatření zaměřená na kvalitu a dostupnost celoživotního vzdělávání a supervizi v různých profesích, jako jsou zdravotničtí pracovníci, porodní asistentky, sociální pracovníci, zdravotně sociální pomocníci, mediátoři podpory zdraví a další. Relevance jednotlivých navrhovaných opatření zahrnutých do klastru 6 je podpořena doporučeními několika dalších politických dokumentů a strategií (Adamová a Belák, 2020; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2011; Slepíčková a Bobáková 2020; WHO, 2019). Jedno z navrhovaných opatření (č. 60) si klade za cíl motivovat romské děti ke studiu zdravotnických oborů, což odpovídá nejnovějším na důkazech založeným politickým doporučením, jak bojovat proti strukturálnímu rasismu (Adamová a Belák, 2020; Belák a kol., 2020). Navrhovaná opatření mohou zavést do praxe vzdělávací nebo nevládní instituce. Bylo by vhodné zahrnout tyto cíle do strategických nebo akčních plánů v gesci příslušných ministerstev (MZ, MPSV) nebo do příslušných zákonů a souvisejících předpisů.

Některé klastry byly z hlediska naléhavosti a uskutečnitelnosti hodnoceny protichůdně. Klastř 3, týkající se edukace a informovanosti cílové skupiny, byl hodnocen jako nejlépe uskutečnitelný, ale nejméně urgentní. Je možné, že za takovým hodnocením stojí předpoklad, že tyto aktivity směřované k lidem ohroženým sociálním vyloučením již probíhají, a proto je zúčastněné strany považují za velmi snadno proveditelné a nenaléhavé. Mnoho z navrhovaných opatření zahrnutých do tohoto klastru je součástí evropských a národních strategií a jsou implementovány různými vládními institucemi, jako například Národním zdravotním ústavem (Janata, 2015) nebo

i nevládními organizacemi poskytujícími komunitní sociální služby, kupříkladu jako je DROM, který se zaměřuje přímo na podporu zdraví (DROM, nedatováno). Nedávná studie Rolantové, Kajanové a Manhalové (2019) však ukazuje, že zdravotní gramotnost Romů v SVL je i nadále nízká. Může to být zapříčiněno nedostatkem dalších realizovaných opatření v oblasti jiných determinant zdraví, což způsobuje, že efektivita aktivit je nižší. Edukace a osvěta mohou být dobrou volbou pouze jako součást komplexních systémových změn (Rusnáková a kol., 2014). Odpovědnost za implementaci navrhovaných opatření může zůstat na současných organizacích, ale podle našich výsledků by měla být věnována větší pozornost strukturálním změnám, které mohou podpořit odstraňování nespravedlivých rozdílů ve zdraví, což doporučuje i jiná studie (Plamondon a kol., 2020).

Druhým protichůdně hodnoceným klastrem byl klastr 5, který se týkal posílení sítě a kapacit zdravotní péče a prevence, což participanti považovali za velmi naléhavé, ale hůře dosažitelné. Regionální rozdíly a místní nedostatek lékařů primární péče patří pro ČR mezi klíčové výzvy a kapitálové investice jsou u nás dle národní studie příliš nízké na udržení účinné infrastruktury [66]. Tento fakt se může přímo promítat do hodnocení tohoto klastru, jelikož řešení je dlouhodobé a spočívá ve strukturálních změnách. Reforma primární péče, která může pomoci tento problém vyřešit, je součástí nové národní strategie Zdraví 2030 v gesci Ministerstva zdravotnictví (MZČR, 2019).

Jako nejméně naléhavý a zároveň nejméně urgentní byl hodnocen klastr 4, týkající se zvýšení místní a finanční dostupnosti zdravotní péče. Většina opatření v tomto klastru se týká snižování nákladů pro občany s nízkými příjmy. Horší dostupnost zdravotní péče pro domácnosti s nízkými příjmy je dlouhodobým problémem v mnoha zemích EU, včetně České republiky (OECD, 2019). Je pravděpodobné, že efektivní řešení finanční dostupnosti nadměrně zatíží rozpočet systému zdravotní péče (OECD, 2019), což může být důvodem, proč participanti považují opatření v tomto klastru za hůře proveditelné. Vedle toho byl tento klastr hodnocen jako méně naléhavý, přestože je problém nízkých příjmů v cílové populaci přítomný a byl potvrzen i v rámci polostrukturovaných rozhovorů s Romy a dalšími aktéry jako významná finanční bariéra. Takové hodnocení může částečně odrážet i negativní stereotypy, které jsou přítomny ve společenském i veřejném diskurzu (Slepičková a Bobáková, 2020). Obecně panuje názor, že Romové vědomě zneužívají sociální systém (Dral, 2008), takže si tato cílová skupina nezasluhuje takovou pomoc jako třeba starší, nemocní nebo zdravotně postižení lidé (van Orschot, 2006). Zvyšování dávek, jako jsou dávky související se zdravotní péčí, pro skupinu vnímanou jako nezaměstnanou často způsobuje ve společnosti napětí (Schneider a Ingram, 1993), a proto se v souvislosti s přístupem k sociálním dávkám v evropských státech uplatňuje vysoká míra podmíněnosti (Fletcher a Flint, 2018). Implementace takovýchto potenciálně nepopulárních opatření je složitá a do sociálních politik může být prováděna vládou ve spolupráci s příslušnými ministerstvy s následným hodnocením jejich finančních, sociálních a zdravotních dopadů.

Použitá literatura

- Adamova, M., & Belak, A. (2020). More Roma healthcare professionals are needed to improve healthcare for Roma. EPHA; 2020.
- Albert, G. et al. (2017) Antigypsyism—A Reference Paper. 2016. Dostupné z: <https://abv.a52.myftpupload.com/wp-content/uploads/2017/07/Antigypsyism-reference-paper-16.06.2017.pdf>
- Andreassen, T., Weiderpass, E., Nicula, F., Suteu, O., Itu, A., Bumbu, M., et al. (2017). Controversies about cervical cancer screening: A qualitative study of Roma women's (non)participation in cervical cancer screening in Romania. *Social Science & Medicine*, 183, 48-55.
- Anthonj, C., Setty, K. E., Ezbakhe, F., Manga, M., & Hoeser, C. (2020). A systematic review of water, sanitation and hygiene among Roma communities in Europe: Situation analysis, cultural context, and obstacles to improvement. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 226.
- Antonio, C. T., Guevarra, J. P., Medina, P. N., Avelino, M. D., Agbon, A. G., Sepe, D. C., ... & Lara, A. B. (2020). Components of compulsory service program for health professionals in low-and middle-income countries: a scoping review. *Perspectives in public health*, 140(1), 54-61.
- ASZ, nedatováno. Typologie lokalit, ve kterých žijí sociálně vyloučení. Praha: Agentura pro sociální vyloučení. Dokument není veřejně přístupný, jedná se o interní metodiku ASZ.
- Balint, C. (2018). ASSESSMENT OF THE INTERRELATIONS BETWEEN HEALTH AND HOUSING CONDITIONS IN A HUNGARIAN ROMA SETTLEMENT. *Deturope-the Central European Journal of Regional Development and Tourism*, 10(2), 91-111.
- Bandura, A (1977b). "Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change" (PDF). *Psychological Review*. 84 (2): 191–215. doi:10.1037/0033-295x.84.2.191. PMID 847061.
- Bandura, A., & McClelland, D. C. (1977a). *Social learning theory* (Vol. 1). Prentice Hall: Englewood cliffs.
- Belak, A. (2019). The health of segregated Roma: first-line views and practices: a case study in Slovakia using ethnographic methods.
- Belak, A., Bobakova, D. F., Geckova, A. M., van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2020). Why don't health care frontline professionals do more for segregated Roma? Exploring mechanisms supporting unequal care practices. *Social Science & Medicine*, 246, 112739.
- Belak, A., Geckova, A. M., van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2019). What Roma nonadherence is likely and what drives it? Reply to Broz and Nunes. *International Journal of Public Health*, 64(5), 805-807.
- Belak, A., Geckova, A. M., Van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2017). Health-endangering everyday settings and practices in a rural segregated Roma settlement in Slovakia: A descriptive summary from an exploratory longitudinal case study. *BMC Public Health*, 17(1), 1-15.
- Belak, A., Geckova, A. M., van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2018). Why don't segregated Roma do more for their health? An explanatory framework from an ethnographic study in Slovakia. *International journal of public health*, 63(9), 1123-1131.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Owusu Ananeh-Firempong, I. I. (2016). Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public health reports*.
- Biris, D. L. (2017). Criminality Among Roma Population. *International Conference Multidisciplinary Perspectives in the Quasi-Coercive Treatment of Offenders (Specto)*, 6th Edition, 11-15.
- Blair, C., & Raver, C. C. (2012). Child development in the context of adversity: experiential canalization of brain and behavior. *American Psychologist*, 67(4), 309.
- Bobakova, D. F. (2019). Challenges for research, policy and practice in the field of Roma health. *International Journal of Public Health*, 64(5), 645-646.
- Bosakova, L., Geckova, A. M., Borrell, C., Hajduova, Z., van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2019). How adults and children perceive the impact of social policies connected to unemployment on well-being in the household: a concept mapping approach. *International journal of public health*, 64(9), 1313-1323.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

- Colombini, M., Rechel, B., & Mayhew, S. H. (2012). Access of Roma to sexual and reproductive health services: Qualitative findings from Albania, Bulgaria and Macedonia. *Global Public Health*, 7(5), 522-534.
- Cook, B., Wayne, G. F., Valentine, A., Lessios, A., & Yeh, E. (2013). Revisiting the evidence on health and health care disparities among the Roma: a systematic review 2003–2012. *International journal of public health*, 58(6), 885-911.
- CSDH (2007). Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient – Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Dostupné z: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf?ua=1 accessed 1 March 2016).
- Čada, K. a kol (2015) Analýza sociálně vyloučených lokalit v ČR [Analysis of socially excluded localities in the Czech Republic]. Dostupné z: https://www.esfcr.cz/mapa-svl-2015/www/analiza_socialne_vyloucenych_lokalit_gac.pdf (2015).
- Daniels, N. (1982). Equity of access to health care: some conceptual and ethical issues. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 51-81.
- Daniels, N. (1982). Equity of access to health care: some conceptual and ethical issues. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 51-81.
- Davidová, E. (2011). Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice. Triton.
- De Vries, H., Kremers, S., Smeets, T., Brug, J., & Eijmael, K. (2008). The effectiveness of tailored feedback and action plans in an intervention addressing multiple health behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 22 (6): 417–425.
- Diderichsen F, Evans T, Whitehead M (2001). The social basis of disparities in health. In: Evans T et al, eds. *Challenging inequities in health*. New York: Oxford University Press
- Dostál, M., Topinka, J., & Sram, R. J. (2010). Comparison of the health of Roma and non-Roma children living in the district of Teplice. *International journal of public health*, 55(5), 435-441.
- Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/Zprava-o-stavu-romske-mensiny.pdf>
- Drál, P. (2008). Symbolic Processes of Social Exclusion of Roma in Slovak Public Policy Discourse. *Ethnicity Studies/Etniskumo Studijos*, (3).
- DROM (nedatováno) Projekt: Zdravotně sociální podpora sociálně vyloučeným osobám. Dostupné z: <http://www.drom.cz/projekt/cz/144/zdravotne-socialni-podpora-socialnevyloucenym-osobam/>
- Durdisová, J. (2005). *Ekonomika zdraví*. Praha: Vysoká škola ekonomická, 2005. 228 s.
- Ekuklu, G., Berberoglu, U., Eskiocak, M., & Saltik, A. (2003). Utilization of Primary Health Care services by Turkish gypsies and members of the general population at Muradiye Health Unit District in Edirne, Turkey. *Yonsei Medical Journal*, 44(3), 414-423.
- ENAR (2017). European network against racism. Racism & Discrimination in Employment in Europe 2013-2017. Dostupné z: https://www.enar-eu.org/IMG/pdf/20107_shadowreport_2016x2017_long_v8_hr.pdf
- End, M. (2017). Subtle images of antigypsyism: An analysis of the visual perception of "Roma". *Identities-Global Studies in Culture and Power*, 24(6), 668-683.
- EPHA (2016). The European Semester and Roma health, Briefing paper. European Public Health Alliance (EPHA), 2016.
- EU (2020). EU Roma strategic framework for equality, inclusion and participation for 2020 – 2030. Communication from the Commission to the European Parliament and the Council. Evropská komise, Brusel, 2020. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/union_of_equality_eu_roma_strategic_framework_for_equality_inclusion_and_participation_en.pdf
- EUFRA (2013). Inequalities and Multiple Discrimination in Access to and Quality of Healthcare. European Union Fundamental Rights Agency (EUFRA), Luxembourg (2013).
- European Commission (2014). Roma Health Report—Health Status of the Roma Population. Data Collection in the Member States of the European Union. 2014. Available online: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_en.pdf (accessed on 18 October 2020)

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2011). *Employment and industrial relations in the health care sector*. Dublin, Ireland: Eurofound; 2011.

EXPH (2016) Report on Access to Health Services in the European Union. Expert Panel on effective ways of investing in Health, 2016. Dostupné z: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/expert_panel/docs/015_access_healthservices_en.pdf.

Fanon, F. (2017). Black skin, white masks. *Espacio Abierto*, 26(3), 275-303.

Fletcher, D. R., & Flint, J. (2018). Welfare conditionality and social marginality: The folly of the tutelary state?. *Critical Social Policy*, 38(4), 771-791.

FRA (2016) Second European Union Minorities and Discrimination Survey (EU-MIDIS II) Roma – Selected Findings. European Agency for Fundamental Rights (FRA) Vienna: European Union Agency for Fundamental Rights, 2016.

FRA (2016). European Union: European Agency for Fundamental Rights. Druhé šetření o menšinách a diskriminaci v Evropské unii Romové – vybrané výsledky. Dostupné z: http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2016-eu-minoritiessurvey-roma-selected-findings_cs.pdf

FRA (2019). European Union: European Agency for Fundamental Rights. *Fundamental Rights Report 2019*; Publications Office of the European Union: Luxembourg, 2019.

Francés F, La Parra-Casado D. (2019) Participation as a driver of health equity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/participation-as-a-driver-of-health-equity-2019>

Frenk, J., & White, K. L. (1992). The concept and measurement of accessibility. In PAHO. *Scientific Publication* (No. 534, pp. 842-55). Pan American Health Organization.

FSG (2007) *Zdravotná Starostlivosť v Sociálne Vylúčených Rómskych Komunitách*. Fundación Secretariado Gitano (FSG); Madrid, Spain, 2007. Dostupné online: https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_sk.pdf

George, S., Daniels, K., & Fioratou, E. (2018). A qualitative study into the perceived barriers of accessing healthcare among a vulnerable population involved with a community centre in Romania. *International Journal for Equity in Health*, 17.

Glanz, Karen; Bishop, Donald B. (2010). "The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions". *Annual Review of Public Health*. 31: 399-418. doi:10.1146/annurev.publhealth.012809.103604. PMID 20070207.

Goddard, M., & Smith, P. (2001). Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social science & medicine*, 53(9), 1149-1162.

Green, A. E., & Aarons, G. A. (2011). A comparison of policy and direct practice stakeholder perceptions of factors affecting evidence-based practice implementation using concept mapping. *Implementation Science*, 6(1), 1-12.

Green, A. E., & Aarons, G. A. (2011). A comparison of policy and direct practice stakeholder perceptions of factors affecting evidence-based practice implementation using concept mapping. *Implementation Science*, 6(1), 1-12.

Grill, J. (2018). "In England, they don't call you black!" Migrating racialisations and the production of Roma difference across Europe. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 44(7), 1136-1155.

Haddad, S., & Mohindra, K. (2002, April). Access, opportunities and communities: ingredients for health equity in the South. In *Public Health and International Justice Workshop*.

Hajioff, S., & McKee, M. (2000). The health of the Roma people: a review of the published literature. *Journal of epidemiology & community health*, 54(11), 864-869.

Hall, C.S. Lindzey, G. (2002). *Psychologie osobnosti. Úvod do teorií osobnosti*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľství.

Hancock, I. (1997). The roots of antigypsyism: To the Holocaust and after. *Confronting the Holocaust: a Mandate for the 21st Century*, 19, 19-49.

Harris, M. F., Harris, E., & Roland, M. (2004). Access to primary health care: three challenges to equity. *Australian Journal of Primary Health*, 10(3), 21-29.

- Heinschink, M. (2002). *Ethnology and Groups. 'Belief and Rituals' Mahrime (Ritually Unclean)*. Gratz: Rombase. Dostupné z: <http://rombase.unigraz.at/>.
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of counseling psychology*, 52(2), 196.
- Horváthová, J. (2002). *Kapitoly z dějin Romů. Člověk v tísni*, o.p.s.; 2002.
- Hübschmannová, M. (1999). Několik poznámek k hodnotám Romů. *Romové v České republice (1948–1998)*.
- Hubschmannova, M. (2001) *Ethnology and Groups. 'Žuzo – žuži romňi'* Gratz: Rombase. Dostupné z: <http://rombase.unigraz.at/>.
- Jackson, K. M., & Trochim, W. M. (2002). Concept mapping as an alternative approach for the analysis of open-ended survey responses. *Organizational research methods*, 5(4), 307-336.
- Jakoubek, M. (2018). Two Cultural Causes of Roma Criminality: Application of Amoral Familism and Culture of Poverty Concepts to the Situation of Roma-dense Localities in Northern Bohemia. *Revija Za Kriminalistiko in Kriminologijo*, 69(4), 310-319.
- Janata, H. (2016). Podpora zdraví ve vyloučených lokalitách - snižování zdravotních nerovností [http://www.szu.cz/uploads/documents/czpzp/nerovnosti/2016/Podpora_zdravi_ve_vyloucenych_lokalitach_jip_005_.pdf] (2015).
- Janevic, T., Osypuk, T., Stojanovski, K., Jankovic, J., Gundersen, D., & Rogers, M. (2017). Associations between racial discrimination, smoking during pregnancy and low birthweight among Roma. *European Journal of Public Health*, 27(3), 410-415.
- Jarcuska, P., Bobakova, D., Uhrin, J., Bobak, L., Babinska, I., Kolarcik, P., ... & Geckova, A. M. (2013). Are barriers in accessing health services in the Roma population associated with worse health status among Roma?. *International journal of public health*, 58(3), 427-434.
- Joshi, V. (2007). *Stres a zdraví*. Praha: Portál, 2007.
- Kane, M., & Trochim, W. M. (2007). *Concept mapping for planning and evaluation* (Vol. 50, pp. 10-4135). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kaniokova M (2020). O šest' rokov menej: Po stopách rozdielu strednej dĺžky života obyvateľov marginalizovaných rómskych komunit. *Human rights forum & Socia*.
- Kastnerová, M. (2012). *Poradce zdravého životního stylu*. České Budějovice: Nová forma, 2012, 378 s.
- Koupilová, I., Epstein, H., Holčík, J., Hajioff, S., & McKee, M. (2001). Health needs of the Roma population in the Czech and Slovak Republics. *Social science & medicine*, 53(9), 1191-1204.
- Krejčí, A. P. (2019). The Vicious Circle of Roma Minority Social Exclusion in the Czech Republic. *International Journal of Social and Economic Sciences*, 9(1), 08-11.
- Krishnan, T. N. (1999). Access to health and the burden of treatment in India: an inter-state comparison. *Disinvesting in health*, 208-232.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009.
- KVOP (2018). *Doporučení veřejné ochránkyně práv ke společnému vzdělávání romských a neromských dětí*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2018. Dostupné z: https://ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/86-2017-DIS-VB_Doporučení_desegregace.pdf
- Levesque, J-F, Harri,s MF, Russell, G. (2013) Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*. 2013;12(1):1-9.
- Lin, C.-J., Lee, C.-K., & Huang, M.-C. (2017). Cultural competence of healthcare providers: A systematic review of assessment instruments. *Journal of Nursing Research*, 25, 174-186.
- Machová, J., Kubátová, D., et al. (2006). *Výchova ke zdraví pro učitele*. Ústí nad Labem: PdF UJEP. 250 s.
- Marek, E., Kalmar, R., Faubl, N., Orsos, Z., & Nemeth, T. (2020). Prejudices and their healthcare implications Lessons learnt from a national survey. *Orvosi Hetilap*, 161(19), 789-796.
- McGarry, A. (2012). The dilemma of the European Union's Roma policy. *Critical social policy*, 32(1), 126-136.
- Median (2016) *Výzkum chudých*. iDnes.cz. Dostupné z: http://data.idnes.cz/soubory/domaci/A161114_NEH_009_CHUDOBA1_MEDIAN.PDF

- Merrild, C. H., Andersen, R. S., Risor, M. B., & Vedsted, P. (2017). Resisting "Reason": A Comparative Anthropological Study of Social Differences and Resistance toward Health Promotion and Illness Prevention in Denmark. *Medical Anthropology Quarterly*, 31(2), 218-236.
- Mihailov D. (2012) The health situation of Roma communities: Analysis of the data from the UNDP/World bank/EC Regional Roma Survey 2011. In: Roma inclusion working papers. Bratislava: United nations Development Programme; 2012.
- Monterrosa, E. C., Campirano, F., Tolentino Mayo, L., Frongillo, E. A., Hernández Cordero, S., Kaufer-Horwitz, M., & Rivera, J. A. (2015). Stakeholder perspectives on national policy for regulating the school food environment in Mexico. *Health policy and planning*, 30(1), 28-38.
- MPSV (2020). Strategie sociálního začleňování 2021–2030. Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV), 2020.
<https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Strategie+soci%C3%A1ln%C3%ADho+za%C4%8Dle%C5%88ov%C3%A1n%C3%AD+2021-2030.pdf/fdf1647d-ebf7-efe3-e797-efcf865cb171>
- MŠMT (nedatováno) "CO DĚLAT, KDYŽ - INTERVENCE PEDAGOGA. Rizikové chování ve školním prostředí - rámcový koncept. Příloha č. 11. Záškoláctví." Ministerstvo školství a mládeže, nedatováno. Dostupné z: https://www.msmt.cz/uploads/Priloha_11_Zaskolactvi.doc
- Mullings, L. (2005). Interrogating racism: Toward an antiracist anthropology. *Annual Review of Anthropology*, 34, 667-693.
- Musgrove, P. (1986). Measurement of equity in health. *World health statistics quarterly* 1986; 39 (4): 325-335.
- MZ (2012) "PROHLÁŠENÍ Ministerstva zdravotnictví k „Omlouvání nepřítomnosti žáků v základní škole ze strany lékařů a klinických psychologů" 2012. Dostupné z: http://www.ssuar.cz/dokumenty/Prohlaseni_k_omluvenkam.pdf
- MZ (2015) Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2015. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/akcni-plany-pro-implementaci-narodnistrategie-zdravi-2020/>.
- MZ (2019) Zdraví 2030 - Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030. Ministerstvo Zdravotnictví České Republiky, 2019. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vlada-schvalila-strategicky-rameczdravi-2030-2/>
- Nedelcu, E. (2009) The integration of the Roma in a democratic society. *LESIJ - LexET Scientia International Journal*. 2009;XVI (2):456–62.17.
- OECD (2019). State of Health in the EU · Czechia · Country Health Profile 2019. OECD and World Health Organization; 2019. p. 19.
- OECP (2019) Health for everyone? Social inequalities in health and health systems. OECD health policy studies. Paris: OECD Publishing; 2019.
- Olesen, C. L., & Karlsson, L. E. (2018). Roma Representation in Danish Roma Policy and Public DiscourseA Critical Analysis. *Societies*, 8(3).
- Oliver, A., & Mossialos, E. (2004). Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(8), 655-658.
- Oliver, A., & Mossialos, E. (2004). Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(8), 655-658.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 127-140.
- Pinkhasov, R. M., Wong, J., Kashanian, J., Lee, M., Samadi, D. B., Pinkhasov, M. M., Shabsigh R. (2010) Are men shortchanged on health? Perspective on health care utilization and health risk behavior in men and women in the United States. *Int J Clin Pract*, March 2010, 64, 4, 475–487.
- Plamondon, K. M., Bottorff, J. L., Caxaj, C. S., & Graham, I. D. (2020). The integration of evidence from the Commission on Social Determinants of Health in the field of health equity: a scoping review. *Critical Public Health*, 30(4), 415-428.
- Podolinská, T.; Škobla, D. (2018) Why Labelling Matters. *Slov. Národopis Slovak Ethnol*. 2018, 66, 378–384.
- Popoviciu, S.; Tileaga, C. (2020) Subtle forms of racism in strategy documents concerning Roma inclusion. *J. Community Appl. Soc. Psychol*. 2020, 30, 85–102.

Prokop D. (2020). Slepé skvrny. O chudobě, vzdělávání, populizmu a dalších výzvach české společnosti. Host Brno, str. 48.

Rada Evropy (Council of Europe). ECRI General Policy Recommendation No. 13 on Combating Anti-Gypsyism and Discrimination against Roma, adopted on 24 June; Council of Europe: Strasbourg, France, 2011. 7.

Rambousková, J., Dlouhý, P., Křížová, E., Procházka, B., Hrnčířová, D., & Anděl, M. (2009). Health behaviors, nutritional status, and anthropometric parameters of Roma and non-Roma mothers and their infants in the Czech Republic. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(1), 58-64.

Rochovská, A., & Rusnáková, J. (2018). Poverty, segregation and social exclusion of Roma communities in Slovakia. *Bulletin of Geography-Socio-Economic Series*, 42(42), 195-212.

Rolantová, L., Kajanová, A., & Maňhalová, J. (2019). Zdravotní gramotnost romské minority v České republice. *General Practitioner/Prakticky Lekar*, 99(1).

Rusnáková, J., Rosinský, R., Šramková, M., Čerešňíková, M., Samko, M., & Rochovská, A. (2015). Subjective perception of coping by destitute Roma communities in Slovakia and the importance of education as a strategy of pulling them out of poverty. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 174, 2721-2726.

Ryšavý, D. (2003). Sociální distance vůči Romům. Příklad vysokoškolských studentů/Social Distance towards the Roma. The Case of University Students. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 55-77.

Salkever, D. S. (1976). Accessibility and the demand for preventive care. *Social Science & Medicine* (1967), 10(9-10), 469-475.

Shengelia, B., Murray, CJL, Adams, OB (2003) Beyond access and utilization: defining and measuring health system coverage. In *Health Systems Performance Assessment. Debates, methods and empiricism*. Edited by Murray CJL, Evans DB. Geneva: World Health Organization; 2003:221-234.

Schneider, A., & Ingram, H. (1993). Social construction of target populations: Implications for politics and policy. *American political science review*, 334-347.

Slepícková, L., & Bobáková, D. F. (2020). Conceptualization of Roma in Policy Documents Related to Social Inclusion and Health in the Czech Republic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7739.

Sobotka, E. (2007) Human Rights and Roma Policy Formation in the Czech Republic, Slovakia and Poland. In *The Roma—A Minority in Europe*; Stauber, R., Vago, R., Eds.; Central European University Press: Budapest, Hungary, 2007; pp. 135-161.

Solar O, Irwin A (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: World Health Organization. Available: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf, (accessed 25 February 2016).

Stoynovska, M., Karcheva, M., Petrov, G., & Borisov, G. (2018). Focus on health literacy, lifestyle, and health care of Roma population in Pleven region, Bulgaria. *European Journal of Public Health*, 28, 468-468.

Stronks, K. (1997). *Socio-economic inequalities in health: individual choice or social circumstances?*. Wageningen : Ponsen & Looijen BY.

Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M. B., Nadal, K. L., et al. (2007). Racial microaggressions in everyday life - Implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271-286.

Tanahashi, T. (1978) Health service coverage and its evaluation. *Bull. World Health Organization*. 1978, 56, 295-303.

The European Parliament (2017). *The European Pillar of Social Rights*. The European Parliament. 2017. https://ec.europa.eu/info/european-pillar-socialrights-0/european-pillar-social-rights-20-principles_en. Accessed 21 Oct 2020.

UNDP (2013) *Human Development Report 2013. The rise of the south: Human progress in a diverse world*. United Nations Development Programme. http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/14/hdr2013_en_complete.pdf (2013).

United Nations (2015). *Summary reflection guide on a human rights-based approach to health. Application to sexual and reproductive health, maternal health and under-5 child health*. National Human Rights Institutions. Geneva. Available:

http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/RGuide_NHRInsts.pdf (accessed 4 March 2016).

Úřad vlády ČR (2017). Zpráva o stavu romské menšiny v České republice za rok 2016.

Úřad vlády ČR (2019). Zpráva o stavu romské menšiny za rok 2018. Praha: Úřad vlády ČR.

Váchová, M. P. E., Janů, M. L., & Racková, M. S. (2010). Patogeneze závislosti. *Psychiatr. prax*, 11(2-3), 56-58.

Van Oorschot, W. (2006). Making the difference in social Europe: deservingness perceptions among citizens of European welfare states. *Journal of European social policy*, 16(1), 23-42.

Vives-Cases, C., Goicolea, I., Hernández, A., Sanz-Barbero, B., Davó-Blanes, M., & La Parra-Casado, D. (2017). Priorities and strategies for improving Roma women's access to primary health care services in cases on intimate partner violence: A concept mapping study. *International journal for equity in health*, 16(1), 1-10.

Vokó, Z., Csépe, P., Németh, R., Kósa, K., Kósa, Z., Széles, G., & Ádány, R. (2009). Does socioeconomic status fully mediate the effect of ethnicity on the health of Roma people in Hungary?. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(6), 455-460.

Vokurka, M., Hugo, J. & kol. (2015). *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf.

VZP (nedatováno) Jak je to s povinností chodit na preventivní prohlídky. Všeobecná zdravotní pojišťovna. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/jak-je-to-s-povinnosti-chodit-na-preventivni-prohlidky>

Waters, H. R. (2000). Measuring equity in access to health care. *Social Science & Medicine*, 51(4), 599-612.

Whitehead M (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International* 1991;6(3):217-228.

Whitehead M (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992, 22:429-445.

WHO (1946). Constitution of the World Health Organization. New York. Available: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

WHO (1977) World Health Assembly in 1977 and launched at the Alma-Ata Conference in 1978. Alma-Ata: World Health Organization. https://www.who.int/whr/1998/media_centre/executive_summary6/en/

WHO (1986) Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. Ottawa: World Health Organization. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

WHO (1990). The concepts and principles of equity and health. (Whitehead M, document number: EUR/ICP/RPD 414). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1990. Available: http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf

WHO (2006) Concepts and principles for tackling social inequities in health. (Whitehead M, Dahlgren G). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Available: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf

WHO (2007). Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization. Available: http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf

WHO (2010). Commission on Social Determinants of Health. Action on the social determinants of health: learning from previous experiences. World Health Organization.

WHO (2011). Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Geneva: World Health Organization. Available: http://www.who.int/gender/documents/health_managers_guide/en/

WHO (2016). Innov8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind: technical handbook. World Health Organization.

WHO (2018) Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, The World Bank. Geneva. 2018.

WHO (2019) Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030: Framework for action. World Health Organization: Geneva, 2019.

WHO (2020) World Health Organization Thirteenth General Programme of Work 2019 –2023. World Health Organization; 2020.

Williams, D. R., Neighbors, H. W., & Jackson, J. S. (2003). Racial/ethnic discrimination and health: Findings from community studies. *American journal of public health*, 93(2), 200-208.

Yoder, R. A. (1989). Are people willing and able to pay for health services?. *Social science & medicine*, 29(1), 35-42.

Zákon č. 117/1995 Sb. - Zákon o státní sociální podpoře.

Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon).

Zákon č. 372/2011 Sb. - Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

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

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

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

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením

Příloha č. 1 Matrice sociálních determinant zdraví

1) Zdraví a péče o zdraví

Nejčastější zdravotní obtíže v lokalitě (infekční, chronické onemocnění, zranění)

- Prenatální péče
- Péče o novorozence, kojence a batolata (0–3 roky)
- Péče o děti v předškolním a školním věku (do 15 let)
- Péče o zdraví u adolescentů a dospělých (nad 15 let)
- Nejčastější příčiny úmrtí

Dostupnost zdravotní péče

- Vybavenost, dostupnost a přístupnost zdravotnických zařízení (reálná dostupnost ambulance praktického lékaře a pediatra, pohotovosti, nemocnic záchrané služby, zubaře)
- Finanční dostupnost služeb (poplatky za dopravu, recepty, služby)
- Důvěra v lékaře
- Problémy s pojištěním a s dokumentací

Zdravotní gramotnost

- Povědomí o prevenci a o základní péči o zdraví v domácím prostředí
- Schopnost navigace zdravotním systémem
- Motivace k prevenci a péči o zdraví
- Sociální podpora prevence a péče o zdraví
- Nemedicínské praktiky péče o zdraví

2) Životní styl a rizikové chování

Výživa

Nezdravá fyzická aktivita

Návykové látky

Rizikové sexuální a reprodukční praktiky

- Běžný jídelníček
- Preferovaná strava
- Hlad

- Těžká fyzická práce
- Vyhýbání se pohybu

- Kouření, alkohol
- Psychofarmaka
- a jiné drogy

- Střídání partnerů
- Nechráněný styk
- Sňatky blízkých příbuzných
- Antikoncepce
- Předčasné ukončení gravidity

3) Materiální podmínky a zdroje

Kvalita bydlení

- Druhy obydlí
- Topení a vaření
- Voda v domácnosti
- Počet osob na pokoji
- Toalety
- Paraziti a hlodavci
- Elektrika
- Nakládání s odpady

Veřejný prostor a infrastruktura

- (Ne)legálnost obydlí
- Odvoz odpadu
- Přítomnost skládek
- Přístupové cesty
- Veřejné zdroje vody

Sociální kapitál

- Známosti v obci
- Známosti na úřadech
- Síť solidarity ve vztahu ke zdraví
- Přítomnost církví – osobností ve vztahu ke zdraví

Násilí

- Domácí násilí
- Bitky

4) Biologické aspekty

Demografie komunity

- Počet obyvatel
- Počet lidí nad 60 let
- Podíl dětí do 15 let
- Průměrné počty dětí na partnerskou dvojici

Genetické vlivy

- Potvrzené dědičné onemocnění

5) Psychosociální faktory

- Přechodné stresové situace
- Trvalé stresory
- Způsoby vyrovnávání se se stresem

Příloha č. 2 Seznam všech navrhovaných opatření rozdělených dle jednotlivých klastrů (Mapování konceptů)

Modře jsou označena opatření, která participanti považovali za nejvíce urgentní a realizovatelná.

KLASTR 1 - Zefektivnění systému zdravotní péče a souvisejících služeb s cílem legitimizovat a zohlednit potřeby cílové skupiny	
1	Předcházet předčasnému ukončení lůžkové zdravotní péče ze strany pacienta (revers) ze sociálních a ekonomických důvodů (např. kvůli zajištění péče o děti; změna nastavení příspěvku na péči tak, aby dlouhodobější hospitalizace člena domácnosti, na kterého je pobírán příspěvek na péči, neznamenala jeho nevyplacení)
2	Prosadit sbírání etnických dat a/nebo dat o lidech žijících v sociálním vyloučení v ČR (statistiky) v oblasti nemocnosti a zdraví obyvatel jako podkladu pro rozhodování na národní úrovni
5	Strategická litigace v oblasti nerovného zacházení ve zdravotnictví (neboli litigace ve veřejném zájmu), tj. soudní řízení, jehož cílem je zavedení společenské změny, precedentního rozsudku – v tomto případě soudní řízení ve věci diskriminace ve zdravotní péči na základě rasy, etnického původu, národnosti
10	Posílit dopravu do sociálně vyloučených lokalit
40	Vytvoření multidisciplinárního terénního týmu (soc. pracovník + zdravotník – lékař/sestra/psycholog), který poskytuje péči v přirozeném prostředí klienta po vzoru center duševního zdraví, která vznikají v rámci reformy psychiatrické péče v ČR
41	Vytvoření multidisciplinárních týmů za účelem managementu závažných případů vyžadujících spolupráci odborníků z více oblastí (soc. pracovník, školní asistent nebo sociální pedagog, zdravotník, psycholog apod.)
47	Jasně vymezit kompetence a působnost organizací věnujících se podpoře zdraví a dostupnosti zdravotní péče za účelem regionálního vyvážení sítě pomáhajících organizací (síťování, koordinace projektů)
55	V sociálně vyloučených lokalitách posílit úroveň péče o zdraví a prevence díky využití a zaškolení dobrovolníků z řad členů komunity, s navazující možností je později zaměstnat jako „mediátory podpory zdraví“
3	Vytvořit platformu organizací, která by prosazovala podporu zdraví u sociálně vyloučených osob včetně Romů a snažila se ovlivňovat veřejnou politiku v tomto smyslu
7	Evaluace všech stávajících intervencí zaměřených na zdraví a dostupnost zdravotní péče
8	Prozkoumat oblast zdravotních potřeb Romů žijících v sociálním vyloučení: co potřebují a očekávají od zdravotní péče, s cílem nastavit intervence v pomáhajících profesích
51	Zabezpečit v cílové populaci pomoc s managementem zdravotních potřeb, dohlížení na spolupráci pacientů při léčbě, doprovázení klientů k lékaři a zapojení rodiny a komunity do procesu zdravotní péče / léčby
54	Zabezpečit propojení klientů z cílové populace s poskytovateli zdravotní péče (posílení důvěry, snížení prahu) prostřednictvím zdravotně sociálních pomocníků a mediátorů podpory zdraví
63	Propojit zdravotní péči s dostupnými sociálními službami v regionu (informovat zdravotníky o nabídce a kompetencích sociálních služeb v dané lokalitě, aby byli schopni se podle potřeby obrátit na sociální služby a uměli je přizvat do spolupráce s pacientem – např. poradenský pracovník pro lékaře, aplikace sociální služby v mobilu)

KLASTR 2 – Role služeb podporujících zdraví a dostupnost zdravotní péče	
6	Snižování stigmatizace spojené s využíváním zdravotních služeb (mentální zdraví, reprodukční zdraví apod.)
21	Zřídit online aplikaci pro zlepšení navigace v systému zdravotní péče
46	Umožnit poskytovatelům zdravotních služeb vyžádat si od některého z poskytovatelů přidělení „mediátorů podpory zdraví / zdravotně sociálních pomocníků“ do ambulancí primární péče (praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař a gynekolog) k pomoci při preventivních prohlídkách, při osvětě, při vyhledávání specialistů, dohlížení na dodržování léčebného režimu apod.
48	Zabezpečit kontinuitu pozice „mediátorů podpory zdraví / zdravotně sociálních pomocníků“ zavedením pozice do legislativy, do katalogu prací a zejména financováním ze státního rozpočtu s určením odpovědného resortu
56	Podpora udržitelnosti a rozšíření sítě „mediátorů podpory zdraví / zdravotně sociálních pomocníků“ do všech krajů (terénní práce v oblasti podpory zdraví a dostupnosti zdravotní péče) ideálně z řad členů vyloučených komunit s příslušným akreditovaným školením
59	Posílení agendy podpory zdraví včetně dostupnosti zdravotní péče ve službách sociální prevence (v práci sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách) s příslušným akreditovaným školením
61	Vytvořit prostor na prezentaci práce „mediátorů podpory zdraví / zdravotně sociálních pomocníků“ (terénní komunitní práce v oblasti podpory zdraví včetně dostupnosti zdravotní péče) pro lékaře a ostatní zdravotníky (formou zdravotnické konference nebo nabídkou služby na ukázkou)

KLASTR 3 – Edukace a informovanost cílové skupiny	
12	Zřízení bezplatné nonstop infolinky pro poskytování informací v oblasti zdraví a navigaci zdravotní péči a/nebo využití a propagace stávající sítě bezplatných linek
18	Informovat klienty vstupující a vystupující z evidence úřadu práce o souvislostech zdravotního a sociálního pojištění a poskytnout jim podporu při nerizikovém řešení situace
20	Využít sociální sítě ke zvyšování informovanosti o zdraví a zdravotní péči
22	Edukace v čekárnách na televizních obrazovkách cíloví formou spotů o právech a povinnostech pacientů, nemocech, zdraví a zdravotní péči na zdravotní gramotnost
25	Vytvořit a distribuovat tiskový materiál o právech a povinnostech člověka u lékaře, v lékařské péči, kdy chodit na prevenci apod.
49	Edukace klientů o lécích bez doplatku a alternativách ve výběru léků
50	Edukace klientů o změně/ztrátě pojištění a o jejich povinnostech v oblasti poskytování zdravotní péče
52	Zabezpečit edukaci klientů o jejich právech, postupech při vymáhání svých práv a podávání stížností
53	Zabezpečit zvyšování zdravotní gramotnosti a motivování cílové populace k péči o zdraví a adekvátnímu využívání zdravotní péče

KLASTR 4 – Zvýšení místní a finanční dostupnosti zdravotní péče	
4	Prezentace témat dostupnosti zdravotní péče na parlamentním výboru / v Poslanecké sněmovně s cílem prosadit agendu do tvorby opatření na úrovni vlády
11	Zajistit síť lékáren / dostupnost léků v regionech ohrožených sociálním vyloučením, kde lékárny byly zrušeny, či úplně chybí (např. Jesenícko, Žulovsko)
13	Zabezpečit bezplatnou antikoncepci (základní typ tabletek a tělíska) pro všechny (možné vázat na hmotnou nouzi)
14	Přehodnotit a rozšířit základní nabídku léků bez doplatku a zabezpečit realizaci do praxe
15	Proplacení cestovních nákladů na cestu k lékaři u příjemců dávek v hmotné nouzi

16	Rozšířit možnosti a nabídku čerpání bezplatných benefitů a příspěvků zdravotních pojišťoven (smysluplných pro cílovou skupinu, např. kredit na léky...) pro lidi v sociálním vyloučení (možné vázat na hmotnou nouzi) a informovanost o nich
17	Snižít, případně zrušít poplatky na pohotovosti
19	Snižít doplatky / zvýšít příspěvky na kompenzační pomůcky od pojišťoven (možné vázat na hmotnou nouzi)
23	Zavést pravidelnou preventivní pediatrickou a zubní lékařskou péči na mateřských a základních školách
27	Zajistit ve spolupráci s pojišťovnami rezervní kapacity u poskytovatelů zdravotní péče (zejména obvodní lékaři, pediatři a zubaři) pro rodiny, které se často stěhují nebo mají zajištěno aktuální bydlení na několik týdnů/měsíců, např. aby nemusely pokaždé měnit lékaře nebo dojíždět do jiných měst (např. možnost navštívit jiného pediatra kvůli očkování, plánovanému vyšetření nebo jiným neakutním potřebám, kdy zdravotní situace neodpovídá návštěvě pohotovosti)
33	Vyjednat se zdravotními pojišťovnami posílení kapacit lékařů (včetně specialistů)
34	Zřídít ordinace praktického lékaře v sociálně vyloučených lokalitách, ale pouze jako přechodné řešení
35	Zavést mobilní kliniky/ordinace, přicházející za pacientem v lokalitách se slabým pokrytím zdravotnickými službami
36	Zavést jednotný elektronický systém zdravotní dokumentace (důvody: zjednodušení pro klienty s vyšší mobilitou, prevence ztráty dokumentace)
38	Zákonná povinnost aktivní role pojišťoven v zajištění zdravotní péče u pacientů, kteří nemohou sehnat lékaře (prostřednictvím metodického pokynu ministerstva zdravotnictví, možnost přímé intervence ze strany pojišťovny u daného lékaře a předjednání registrace pacienta, pokud lékař nedeklaruje naplněnou kapacitu)
62	Společný propojený elektronický systém pro lékaře, úřad práce, správu sociálního zabezpečení a zdravotní pojišťovny, kde najdou informace o klientovi, zda v současné době je vystavena neschopenka (pak nemocný klient nemusí osobně dokládat potvrzení na úřad práce), stanovení stupně invalidity s výplatou nebo bez výplaty (pak nemusí osobně dokládat rozhodnutí na úřad práce, na zdravotní pojišťovnu a lékaři), evidence na úřadu práce, pobírání dávky v hmotné nouzi, společně posuzovaný rodičovský příspěvek, příspěvek na péči, pečující osoba (pak zdravotní pojišťovna bude mít přehled a klient nemusí osobně tyto doklady předkládat a nevznikne zadluženost)

KLASTR 5 – Posílení sítě a kapacit zdravotní péče a prevence	
9	Zapojit studenty medicíny jako terénní zdravotníky v rámci praxe
26	Legislativně usnadnit lékařům ze zahraničí vykonávat praxi v ČR
28	Motivační příspěvek pro lékaře a zdravotnická zařízení (stomatology, gynekology, psychiatry...) za ošetření nebo registraci klientů z vyloučených lokalit hrazený ze zdrojů mimo zdravotní pojišťovny (z projektů, rozpočtů měst a obcí či ministerstev)
29	Zvýhodnění proaktivních lékařů, kteří podporují prevenci udržováním osobního kontaktu s pacientem (rozesílání SMS pozvánek na preventivní návštěvy, tel. upozornění na termín návštěvy, aktivní nabídka preventivních programů, aktivní zájem o celkovou zdravotní situaci a kontext)
30	Zjednodušit podmínky získání atestace a zatraktivnit studijní obory (pediatrie, stomatologie, dětská psychiatrie, dětská klinická psychologie a jiných), aby se podpořily kapacity lékařů
31	Přehodnotit systém benefitů pro ambulance v neatraktivních regionech (zvýšená bonifikace, příspěvek na bydlení, zřízení ambulance), aby se zvýšil zájem o jejich využití.
32	Podmínit studium medicíny odpracováním určitého počtu let v ČR nebo uhrazením nákladů na studium, aby lékaři neodcházel do zahraničí (nebo alespoň v případech, kdy bylo poskytnuto stipendium)
37	Podpořit a finančně ohodnotit docházení lékařů za pacienty do domácností v sociálně vyloučených lokalitách

39	Změnit bodový systém pro stomatology tak, aby byly výkony hrazené pojišťovnou pro lékaře výhodné i u péče o méně solventní klienty bez možnosti přímých plateb / doplatků
42	Vytvoření pozice „terénní zdravotní sestra“ jako doplněk ke stávající pozici zdravotní sestry v ambulanci všeobecného lékaře
45	Vytvoření pozice „mediátor podpory zdraví v nemocnicích“ na exponovaných odděleních (gynekologicko-porodnické, neonatologické, pediatrické oddělení), práci by vykonával přímo v nemocnici a obsah pracovních činností by odpovídal potřebám pacientů i personálu – mediace, komunikace, edukace, prevence, pomoc
58	Zapojení studentů pomáhajících profesí na VŠ (např. zdravotnické obory, sociální práce, zdravotně-sociální péče, učitelství na 1. stupni, rekreologie apod.) do preventivních programů podpory zdraví, včetně dostupnosti zdravotní péče

KLASTR 6 – Edukace a supervize pomáhajících profesí	
24	Vytvořit pro sociální pracovníky, úředníky, poskytovatele sociálních služeb a neziskové organizace pracující s cílovou skupinou nabídku akreditovaného kurzu na téma prevence a dostupnosti zdravotní péče pro Romy žijící v sociálním vyloučení.
43	Zajistit dostupnou supervizi v rámci celoživotního vzdělávání pro zdravotníky poskytující zdravotní péči cílové populaci i pro „mediátory podpory zdraví / zdravotně sociální pomocníky“
44	Edukace porodních asistentek, aby pracovaly s čerstvými matkami na novorozeneckých odděleních; edukace žen po porodu v porodnici (péče o sebe a novorozence)
57	Zajistit kvalitní penzum školení pro „mediátory podpory zdraví / zdravotně sociální pomocníky“ (terénní práce v oblasti podpory zdraví včetně dostupnosti zdravotní péče) pod gescí odborného garanta vycházejících z dobré praxe u nás i v zahraničí (zapojit organizace, které se tomu už věnují) a zabezpečit možnost výměnných pobytů
60	Motivovat romské děti ke studiu zdravotních oborů a vychovávat a podporovat romské zdravotníky (lékaře, sestry, asistenty ochrany a podpory veřejného zdraví, porodní asistentky, záchranáře, sanitáře) – dotace pro stipendijní a mentorský program (zabezpečení sítě mentorů kreditovou motivací studentů)
64	Edukovat zdravotníky a pomáhající profesionály v postgraduálním studiu i v kontinuálním vzdělávání (rovný přístup a etika, participativní a podpůrné – zmocňující – přístupy v práci, empowerment, specifika kulturně odlišných skupin pacientů a na ně navazující trénink komunikační kompetence zdravotníků)