Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Úřad vlády České republiky

Metodika "Moderní metody sociální práce zaměřené na specifické cílové skupiny v oblasti závislostí a na vzájemnou návaznost a propojenost služeb" včetně postupů její implementace a vzdělávacího kurzu

Společnost Podané ruce o.p.s., 2019 a Everesta, s.r.o., 2021

Projekt ESF: *Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky*

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_030/0003035

Sekretariát Rady vlády
pro koordinaci
protidrogové politiky

Metodika moderních metod sociální práce a síťování v adiktologických službách

Metodika byla zpracována jako součást projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“, registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_030/0003035, prioritní osa OPZ: 2 – Sociální začleňování a boj s chudobou.

Úřad vlády České republiky, Odbor protidrogové politiky

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Praha

Odborný redaktor: Mgr. Daniela Havlíčková, Mgr. Zuzana Šimrádová

Praha, 2019

Pro Úřad vlády České republiky, Odbor protidrogové politiky,

Zpracovala Společnost Podané ruce o.p.s. a Everesta, s.r.o.

Sekretariát Rady vlády
pro koordinaci
protidrogové politiky

Metodika moderních metod sociální práce a síťování v adiktologických službách

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY

Společnost Podané ruce o.p.s. a Everesta, s.r.o.

Metodika moderních metod sociální práce a síťování v adiktologických službách

Zadavatel:

Česká republika – Úřad vlády České republiky, Odbor protidrogové politiky, Nábřeží Edvarda Beneše 128/4, 118 01 Praha 1 - Malá Strana

Realizátor:

Společnost Podané ruce o.p.s., Pavel Nepustil, PhD., Mgr. Markéta Geregová, Magda Frišaufová, PhD.

Společnost Everesta, s.r.o., Mgr. Petr Hýl

Spoluautoři:

Anna Hokynek, Mgr. Markéta Čtvrtečková, Mgr. Tomáš Kozel, DiS., Mgr. Barbora Jankovská Celá, Bc. Ondřej Mikulášek, Kristýna Karpíšková, Mgr. Markéta Ackrmannová, Mgr. Markéta Fišarová, Mgr. Olga Šustrová, Mgr. Tereza Urbanová, Barbora Augustýnová, DiS., Patrik Folíř, PhDr. Jiří Frýbert, Jan Gažda, Zuzana Křičková, Lada Hajdíková, Kateřina Jungová, MgA., Kateřina Kružíková, Mgr. Petr Hýl

Odborná editace:

Mgr. Zuzana Brodilová

Druh výstupu: Metodika

Počet stran: 405

Odevzdáno: 18. 5. 2021

Bibliografická citace:

Nepustil, P., Geregová, M., Frišaufová, M., Hýl P. et al. (2021). Metody sociální práce a síťování v adiktologických službách. Praha: Úřad vlády ČR.

*Tato publikace vznikla jako veřejný výstup projektu „**Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky**“, který je prvním samostatným projektem v ČR financovaným z Evropského sociálního fondu v oblasti boje se závislostmi a řešení problémů spojených se závislostním chováním. Projekt si klade za cíl systematizaci a koncepční rozvoj služeb, programů a dalších nástrojů naplňujících cíle protidrogové politiky ČR a její vizi ohledně snižování negativních dopadů užívání návykových látek, hazardního hraní a souvisejících negativních jevů na společnost. Projekt zapadá do politického a odborného vývoje, kterým ČR (a Evropa) v oblasti postoje k drogám a závislostem prošla a prochází.*

Cílem projektu je zefektivnění a zkvalitnění sítě služeb, které využívají nebo mohou využívat osoby závislé na návykových látkách a procesech a osoby závislostí ohrožené. Hlavním cílem projektu je vytvoření nového strukturního rámce pro adiktologické služby a nového integrovaného systému kvalitních a dostupných adiktologických služeb, postaveného na jasném kompetenčním zakotvení v soustavě veřejných služeb a na stabilním systému financování (RVKPP, 2017).

Důležitou součástí projektu je zvyšování kompetencí pracovníků v adiktologických službách a vybraných pracovníků veřejné správy prostřednictvím vzdělávání a rozvoje kompetencí.

*Cílovou skupinu publikace **„Metodika moderních metod sociální práce a síťování v adiktologických službách“** tvoří pracovníci v adiktologických službách, pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci a pracovníci pomáhajících profesí, kteří přicházejí do kontaktu s osobami závislými či ohroženými závislostí na návykových látkách a procesech, sociální pracovníci a pracovníci, kteří jsou zodpovědní za vzdělávací procesy v uvedených službách, a zaměstnanci vybraných profesí veřejné správy, místní a krajští protidrogoví koordinátoři. Tvorba a úprava metodických nástrojů pro uvedené cílové skupiny je jednou z cest, kterou je možné předcházet negativním efektům spojeným s riziky závislostí a v případě potřeby umožnit ohroženým osobám zapojení do procesu sociálního začleňování či léčby.*

Obsah

ÚVODNÍ SLOVO 7

Terminologická poznámka 10

Pro koho je metodika určena a jak s ní pracovat 12

I. ČÁST: METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE v ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽBÁCH 15

TEORETICKÁ VÝCHODISKA SOCIÁLNÍ PRÁCE 16

Historický posun paradigmat v sociální práci 17

Kritika tradiční sociální práce 19

Kritická sociální práce 21

Diskurzivní analýza 23

VYBRANÉ KONCEPTY ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ 26

Závislostní chování jako nemoc 28

Závislostní chování jako sociální fenomén 30

Závislostní chování z pohledu teorie učení 35

OVĚŘENÉ METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE 38

Kontaktní práce 38

Streetwork 47

Sociální poradenství 54

Případová práce 63

Krizová intervence 74

Psychoterapie 81

INOVATIVNÍ METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE 90

Metody podporující empowerment 90

Úvod 90

Participativní praxe 93

Peer práce 104
Komunitní práce 115
Komunitní organizování 122
Divadlo utlačovaných 129
Metody podporující zotavení 141
Úvod 141
Na řešení zaměřené poradenství 143
Psychoterapie zaměřená na snižování rizik 150
Pobídková terapie 158
Recovery koučování 165
Přechodové bydlení 172
SPECIFIKA PRÁCE s VYBRANÝMI CÍLOVÝMI SKUPINAMI 180
Práce s Romy 180
Práce s Vietnamci 189
Práce se seniory 197
Práce s rodinou 208
Práce s lidmi s duální diagnózou 220
Práce s lidmi v substituční léčbě 230
Práce s lidmi ze sexbyznysu 241
Práce s lidmi po výkonu trestu 248
II. ČÁST: SÍŤOVÁNÍ 263
TEORETICKÁ VÝCHODISKA SÍŤOVÁNÍ 264
NÁSTROJE SÍŤOVÁNÍ NA LOKÁLNÍ ÚROVNI 267
Case management jako klíčový nástroj síťování 270
Koordinace péče v oblasti drog a závislostí ze strany města 282
NÁSTROJE SÍŤOVÁNÍ NA KRAJSKÉ ÚROVNI 286

Síťování poskytovatelů adiktologických služeb na krajské úrovni 287

Síťování mezi sociálními a zdravotními službami 292

NÁSTROJE SÍŤOVÁNÍ NA NÁRODNÍ ÚROVNI 296

Koordinace oblasti drog a závislostí ze strany státu 296

Koordinace oblasti drog a závislostí „zdola“ 298

INOVATIVNÍ NÁSTROJE SÍŤOVÁNÍ 301

Rodinné konference 302

Otevřený dialog 307

Síťování pomocí mobilní aplikace 310

PŘÍKLADY VYTVÁŘENÍ SÍTĚ VE SPECIFICKÝCH SITUACÍCH 315

Domácí násilí a chudoba 315

Chudoba a lidé bez domova 324

Těhotenství a rodina 327

Síťování pomocí Facebooku 331

Síťování s využitím kolaborativních informačních systémů 335

GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ SÍTĚ 338

BARIÉRY SÍŤOVÁNÍ a MOŽNOSTI ŘEŠENÍ 342

Překážky a jejich překonávání při systémovém a koncepčním síťování 342

Překážky a jejich překonávání při síťování v rámci konkrétních případů 345

Bariéry síťování při provozu adiktologické ambulance 347

Bariéry síťování při pomoci ženám bez domova 350

Bariéry síťování při terénní práci s uživateli drog 354

Bariéry síťování při práci s lidmi v substitučním programu 358

Implementace vybraných metod do praxe adiktologických služeb - zkušenosti z praxe 363

Rodinné konference 363

Psychoterapie zaměřená na snižování rizik 365

Peer práce 366

Síťování pomocí Facebooku 369

Práce s lidmi po výkonu trestu spojené s koordinací péče..... 372

ZÁVĚR 375

BIBLIOGRAFIE 377

SEZNAM ZKRATEK.....396

SEZNAM OBRÁZKŮ 399

SLOVNÍK POJMŮ 400

Příloha č. 1: Etický kodex 424

Přílohač. 2: Výstupy realizovaných dotazníků.....432

ÚVODNÍ SLOVO

Do roku 1990 byla péče o uživatele drog a závislé v Československu doménou zdravotníků. Úloha jiných profesionálů byla spíše pomocná a administrativní. Po politických změnách v roce 1989, v souvislosti s rozvojem vzdělávání v sociální práci a v dalších sociálně-vědních oborech, se situace dynamicky proměnila. Byli to zejména „sociálně orientovaní“ pracovníci, kteří zaváděli nové přístupy do práce s čerstvě objevenými skupinami uživatelů nelegálních drog. Za podpory některých osvícených zdravotníků, zahraničních nadací, církevních institucí a často ve spolupráci se samotnými uživateli drog zakládali kontaktní centra, terénní programy, centra prevence, poradny a začali pracovat zde do té doby neznámým způsobem. Část těchto průkopníků se také podílela na zakládání zdravotnického oboru adiktologie a na začlenění některých nových způsobů práce do zdravotnictví.

Bytostně multidisciplinární povaha celé oblasti věnující se lidem se závislostním chováním vyžaduje, aby se na ní kromě zdravotníků podíleli i další profesionálové, kteří s uživateli drog a lidmi se závislostí pracují v kontextu nejrůznějších pomáhajících služeb, a své odborné znalosti čerpají zejména ze sociálně-vědních oborů. Jejich odbornost jim umožňuje uvažovat o tématu v souvislosti se sociálním vyloučením, marginalizací, stigmatizací, genderem nebo chudobou, které s užíváním drog a závislostmi mnohdy úzce souvisí. Předmětem jejich práce není pouze jednotlivec, ale i rodina, vrstevnické skupiny a širší sociální prostředí, což jim umožňuje vnímat zdánlivě individuální problémy ve vztahovém a sociálním kontextu. Způsob nahlížení problémů a situací skrze sociální perspektivu navíc vede ke komplexnějšímu porozumění fenoménu užívání drog a závislosti v souvislosti s dalšími sociálními jevy, jako je například migrace, sexbyznys, duševní zdraví, kriminalita, dospívání, stárnutí nebo bezdomovectví.

Cílem publikace je poskytnout metodickou podporu pro provádění efektivní a kvalitní sociální práce v adiktologických službách, proto je určena zejména pracovníkům, pro

které jsou lidé se závislostním chováním primární nebo sekundární cílovou skupinou. Publikace však může být užitečnou metodickou oporou i jiným profesím, které pracují nebo se připravují na práci s dále uvedenými cílovými skupinami, například zdravotnickým pracovníkům, pedagogickým pracovníkům, studentům, pracovníkům zodpovědným za vzdělávání v adiktologických službách, vybraným pracovníkům veřejné správy a státní samosprávy, stejně tak jako sociálním pracovníkům pracujícím s jinými cílovými skupinami. Proto zde zohledňujeme také specifické kontexty, kde se závislostní chování potkává s tématy jako je migrace, sexbyznys, etnicita, výkon trestu odnětí svobody, psychiatrická onemocnění, bezdomovectví, těhotenství a mateřství, dospívání a stárnutí.

Publikace je členěna do dvou hlavních částí. v první se věnujeme metodám sociální práce v adiktologických službách, druhá se soustředí na téma síťování.

V úvodu první části představujeme vybrané teorie závislostního chování a přístupy v sociální práci, které jsou užitečné z hlediska inovativních metod uváděných v dalším textu. Dále se věnujeme stávajícím metodám, v České republice již dobře etablovaným. Popisujeme kontaktní práci, streetwork, sociální poradenství, případovou práci, krizovou intervenci a psychoterapii. Následně představujeme pět vybraných inovativních metod sociální práce podporujících empowerment, tedy participativní praxi, peer work, komunitní práci, komunitní organizování a divadlo utlačovaných. Dalších pět metod je zaměřeno na podporu zotavení: na řešení zaměřené poradenství, psychoterapie zaměřená na snižování rizik, pobídková terapie, recovery koučování a přechodové bydlení.

Závěrem první části ukazujeme způsoby práce ve skupinách, ve kterých je zapotřebí postupovat specifickým způsobem, zabýváme se tedy etnickými skupinami, seniory, rodinou, lidmi s duální diagnózou, lidmi v sexbyznysu, lidmi v substituční léčbě, rodinami a lidmi propuštěnými z vězení.

V druhé části této publikace se věnujeme síťování. Čtenář zde nalezne klíčové nástroje, které lze pro funkční síťování využít. Konkrétně jde o popis síťování dle úrovně působení,

tedy lokální, krajské a národní. Následně se zabýváme inovativními nástroji síťování, jako například case managementem, rodinnými konferencemi, otevřeným dialogem a využitím nových komunikačních a informačních technologií pro síťování. Dále představujeme konkrétní příklady síťování v různých kontextech, bariéry, které se mohou při síťovaní objevit a způsoby, jak tyto překážky překonávat. v závěru části představujeme síť na základě popisu komplexního případu, kdy bylo do spolupráce zapojeno více aktérů.

Pro zajištění co největší autenticity textu jsme ke zpracování přizvali kolegy a kolegyně zejména z oboru sociální práce, kteří mají dostatek praktických zkušeností se specifickými tématy. Jednotlivé kapitoly jsou tedy někdy odlišné jazykem i použitým stylem, ale zároveň přispívají k vyšší pestrosti, kterou jsme chtěli zabezpečit. Velice si vážíme času a energie, kterou všichni spoluautoři věnovali této jedinečné publikaci, a srdečně jim všem děkujeme.

Doplnění úvodního slova (Mgr. Petr Hýl, květen 2021)

Celá publikace byla na popud zadavatele upravena na jaře roku 2021. Cílem úprav bylo doplnit do metodiky zkušenosti ze zavádění inovativních metod do praxe adiktologických služeb, které probíhalo jako součást celého projektu. Text byl rozšířen o kapitolu, s doplňujícími informacemi o cílové skupině a způsobech práce smetodikou. Při úpravách byl zachován celý text metodiky vypracované realizátorem projektu Společnosti Podané ruce o.p.s, bylo ale změněno členění jednotlivých kapitol směrem k logičtější struktuře a poznámky ke kompetencím pracovníka a materiálnímu zabezpečení u jednotlivých metod, byly umístěny za doporučený postup aplikace metody.

Chtěl bych na tomto místě vyjádřit svůj obdiv a respekt všem autorům publikace, neboť celý text považuji za velmi zdařilý a obohacující české odborné texty zabývající se adiktologií o nové pohledy. Praxe ukázala, že vytvořená metodika je přínosná a dobře použitelná při zavádění inovativních metod (viz. Kapitola o Implementaci metod v praxi).

Terminologická poznámka

Oblast, které se v publikaci věnujeme, je typická značně nesourodou terminologií. Ve snaze o co největší srozumitelnost a koherenci jsme pro označení základních fenoménů vybrali následující výrazy, které se snažíme užívat prioritně všude tam, kde to kontext dovoluje.

Závislostní chování

Jako nejširší označení fenoménů, kterým se věnujeme, jsme vybrali „závislostní chování“. Patří sem jednak vše, co se skrývá pod pojmem „závislost“, jak látková, tak nelátková, ale také chování, které k závislosti směřuje, například rizikové užívání psychoaktivních látek. Lidé se závislostním chováním tvoří velice širokou a různorodou skupinu, pro kterou nelze najít příliš společných charakteristik, nicméně z hlediska adiktologických služeb je výhodné na tyto fenomény nahlížet dohromady. Více o pojmu závislostní chování nabízí kapitola „Vybrané koncepty závislostního chování“.

Psychoaktivní látka

Ačkoliv je daleko více rozšířený pojem „droga“, dáváme v této publikaci přednost pojmu „psychoaktivní látka“ z toho důvodu, že za drogy jsou veřejností často považovány pouze nelegální látky, přičemž z hlediska účinků neexistuje žádný důvod dělat mezi legálními a nelegálními drogami rozdíl. Psychoaktivní látkou v této publikaci myslíme takovou substanci, která má schopnost ovlivnit psychické procesy. v některých kontextech a slovních spojeních (například „uživatelé drog“) je však termín droga ustálený, proto jej

ponecháváme.

Adiktologické služby

V souladu s českou Národní strategií prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027 používáme termín „adiktologické služby“ jako zastřešující termín pro všechny služby poskytované lidem se závislostním chováním.

V jazyce většiny kapitol publikace je použito generické maskulinum v podstatných jménech označujících profesi (sociální pracovník, psycholog) nebo pozici člověka přijímajícího sociální službu (klient, uživatel služby). Přestože je mezi všemi zmíněnými skupinami významný podíl žen, pro větší srozumitelnost a plynulost textu jsme se rozhodli zachovat tento jazyk a používat označení v mužském rodě.

Pro koho je metodika určena a jak s ní pracovat

Jak již bylo uvedeno výše cílovou skupinu publikace „Metodika moderních metod sociální práce a síťování v adiktologických službách“ tvoří pracovníci v adiktologických službách, pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci a pracovníci pomáhajících profesí, kteří přicházejí do kontaktu s osobami závislými či ohroženými závislostí na návykových látkách a procesech, sociální pracovníci a pracovníci, kteří jsou zodpovědní za vzdělávací procesy v uvedených službách, a zaměstnanci vybraných profesí veřejné správy, místní a krajští protidrogoví koordinátoři.

Cílem publikace je poskytnout těmto pracovníkům metodickou podporu pro zefektivnění a zkvalitnění práce v adiktologických službách. Publikace však může být užitečnou metodickou oporou i jiným profesím, které pracují, nebo se připravují na práci s uvedenými cílovými skupinami, například zdravotnickým pracovníkům, pedagogickým pracovníkům, studentům, pracovníkům zodpovědným za vzdělávání v adiktologických službách, vybraným pracovníkům veřejné správy a státní samosprávy a všem, které zajímá společnost, ve které žijí.

Metodiky by měla sloužit těmto pracovníkům jako „kuchařka“ podle které se dá postupovat nejen při zavádění moderních metod sociální práce do praxe, ale také jako podpora pro rozvoj a zkvalitňování stávajících služeb.

V souladu s **Národní strategií prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027**, je publikace příspěvkem zejména k naplňování cíle **“Kvalitní a dostupná síť adiktologických služeb“**, který má být naplňován i následujícími aktivitami:

1. *Aktivní vyhledávání a zajištění přenosu moderních, ověřených a efektivních typů služeb, postupů a dovedností do sítě adiktologických služeb a jejich poskytování.*
2. *Zvýšení dostupnosti adiktologických služeb pro obyvatele sociálně vyloučených lokalit.*

3. *Podpora intervencí a opatření podporujících přechod k méně intenzivním a méně rizikovým vzorcům užívání návykových látek, hazardního hraní a dalších forem závislostního chování.*

4. *Koncepční odborné uchopení oblasti adiktologické péče pro starší věkové skupiny a stárnoucí uživatele návykových látek, zavedení cílených a strukturovaných programů o přežívající a stárnoucí chronické uživatele drog se zahrnutím zdravotních, rehabilitačních, socioterapeutických, resocializačních i spirituálních intervencí.*

Ke všem těmto tématům nalezne čtenář metodiky dostatek konkrétních postupů, podnětů a inspirací pro praxi.

Text je členěn tak, aby čtenáři získali potřebné znalosti a následně díky tomu mohli rozvíjet i své kompetence potřebné pro práci s uživateli návykových látek. Díky publikaci by mělo dojít k posílení a rozvoji zejména měkkých kompetencí, jako jsou efektivní komunikace, spolupráce, plánování a organizování práce, celoživotní učení, aktivní přístup, objevování a orientace v informacích a také k rozvoji odborných znalostí a odborných dovedností.

Kapitoly, které se zabývají inovativními metodami a mají sloužit jako „kuchařka“ jsou členěny tak, že je u každé metody **popis východisek metody**, následuje **charakteristika metody**, **doporučený postup**, doporučení pro **materiální zázemí** potřebné pro zavedení metody **a personální zázemí** a popis **kompetencí** potřebných pro zavedení metody, popis **zavádění metody v adiktologických službách v** zahraničí a českém prostředí, **příklad z praxe,** možnosti **evaluace,** a nakonec i **seznam doporučené literatury**.

V části, která se zabývá prací se specifickými skupinami jsou pak kapitoly členěny podobně, jen chybí východiska metody, neboť tato část nepopisuje jednotlivé metody, ale uvádí spíše postupy kombinující několik metod a možnosti spolupráce institucí a jednotlivých aktérů.

Součástí celého projektu bylo školení, které mělo za cíl představení těchto metod a také následný proces implementace vybraných moderních metod do praxe jednotlivých adiktologických organizací a služeb. k implementaci metod se přihlásily tři organizace, ve kterých bylo aplikováno celkem pět metod, v sedmi službách. Pro přehlednost uvádíme popis postupu implementace a zkušenosti s ní v samostatné kapitole.

I. ČÁST: METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE v ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽBÁCH

TEORETICKÁ VÝCHODISKA SOCIÁLNÍ PRÁCE

Sociální práce je samostatná disciplína, vědecký obor a profese, která kromě vlastních teorií čerpá z široké škály dalších vědeckých disciplín a profesí, podobně jako z žitých zkušeností jednotlivců, skupin a společenství. Její uplatnění spočívá velice často v multidisciplinárních týmech, ve spolupráci s jinými profesionály, stejně tak jako s lidmi a komunitami často trpícími chudobou a sociálním vyloučením. Její smysl a principy dobře shrnuje široce citovaná definice sociální práce Mezinárodní federace sociálních pracovníků v roce 2014:

„Sociální práce je na praxi založená profese a akademická disciplína, která podporuje sociální změnu a rozvoj, sociální soudržnost a posílení a osvobození lidí. Pro sociální práci jsou zásadní principy sociální spravedlnosti, lidských práv, kolektivní zodpovědnosti a respektu k rozmanitosti. Zapojuje lidi a struktury, aby se zabývali životními těžkostmi a výzvami a zvyšovali životní pohodu. Opírá se přitom o teorie sociální práce, společenských a humanitních věd a o lokální znalosti.“

V České republice je sociální práce již dobře etablovaná v akademickém prostředí, nicméně v praxi zažívají sociální pracovníci mnohdy velké obtíže, aby mohli naplňovat výše uvedené záměry a principy. Stává se, že zaměstnavatelé nevytvářejí sociálním pracovníkům dostatek prostoru, aby mohli profesi kvalitně vykonávat, případně po nich vyžadují činnosti, které jsou v rozporu se základními principy sociální práce (Janebová, 2004a). i proto mnozí odborníci usilují o zvyšování prestiže svého oboru, jednou z navržených cest je existence samostatného zákona o sociální práci či sociálních pracovnících (MPSV, 2014). v době psaní této publikace je pozice sociálních pracovníků vymezena pouze Zákonem č. 108 o sociálních službách, což je nedostatečné, protože sociální pracovníci působí v daleko širší škále zařízení, než jsou zařízení sociálních služeb (mimo jiné například ve školství, zdravotnictví nebo na obecních úřadech).

Úsilí o profesionalizaci a zvyšování prestiže sociální práce však není novinkou

jedenadvacátého století. Nejvýznamnější postava československé sociální práce, Alice Masaryková, založila už v roce 1919 Vyšší sociální školu a následně potom i Společnost sociálních pracovníků. Nicméně po nástupu komunismu se vývoj zbrzdil a sociální práce ztratila status společensky akceptované profese i vědního oboru patřícího na univerzitní půdu, kam se vrátila až po roce 1989 (Kodymová, 2016). Důležitým počinem novodobé české historie byl vznik Asociace vzdělavatelů v sociální práci v roce 1993 jako dobrovolného sdružení vyšších odborných a vysokých škol, které vzdělávání v sociální práci poskytují, s cílem zajistit odbornou kvalitu vzdělávání v České republice. Mimo jiné asociace pravidelně aktualizuje „Minimální standard vzdělávání v sociální práci“, který ukazuje, jaké znalosti, dovednosti a kompetence jsou předpokladem kvalitního výkonu sociální práce.

Vzhledem k velkému záběru oboru sociální práce nejsme v tomto textu schopni uspokojivě popsat východiska sociální práce, které je možné najít jinde (například Janebová, 2014a; Matoušek, 2013; Navrátil, 2001). Zde se zaměřujeme spíše na teorie, které jednak rezonují v současné sociální práci, a jednak poskytují podklad pro vybrané inovativní metody sociální práce tvořící hlavní jádro této publikace.

Historický posun paradigmat v sociální práci

Klíčová slova: *sociální práce – případová práce – reformní paradigma*

Výše uvedená, mezinárodně přijímaná definice sociální práce je vyústěním dynamického vývoje, který byl ve velké míře ovlivňován jednotlivými paradigmaty, z nichž v daných obdobích sociální práce ideově vycházela, a která měla přímou souvislost s politickou atmosférou ve společnosti. Ačkoli byla v 19. století, do něhož je vznik sociální práce jako vědecké disciplíny datován (Matoušek et al., 2001), aktuální i kritika společenského a ekonomického uspořádání, měl na tehdejší společenské postoje podstatný vliv také sociální darwinismus a názor, že „příčinou sociálního selhání je ve většině případů osobní nedostačivost, neschopnost, ne-li přímo lenost lidí, ocitajících se „na dně“ společnosti“

(Matoušek et al., 2001, s. 98). Věřilo se, že přežijí silnější a schopnější a ti, kteří jsou „neschopní“ a „nepřizpůsobiví“, si nezaslouží, aby se o ně společnost postarala.

Zásadním formativním vlivem pro vznikající metody v sociální práci byla také katolická sociální nauka. Katolická morálka stojí mimo jiné na principu „spravedlivého božího trestu“ přicházejícího jako odpověď na nedostatečné podřízení se morálním hodnotám církve, kterým jedinec sebe a svou rodinu přivádí do „hříchu chudoby”. Koncem 19. století jsou ustanoveny první formy pojištění a jsou položeny základy sociální podpory především jako prevence sociálních nepokojů (tzv. Bismarckův model sociálního pojištění). v západní Evropě a Spojených státech vznikají první vzdělávací instituce, kde jsou metody sociální práce vyučovány.

Výchozím principem tradiční sociální práce je tzv. případová práce. Ta se soustřeďuje na individuální přístup k práci s jednotlivcem a rodinou. Případová práce se opírá o tzv. terapeutické paradigma (Navrátil, 2001; Musil, 2004), přičemž předpokládá, že příčinou potíží je deficit schopností jednotlivce nebo rodiny adaptovat se na sociální prostředí. Sociální pracovník tedy provází klienta procesem vedoucím k získání a osvojení kompetencí, které umožní návrat do společnosti.

Dnešní sociální práce přijímá také tzv. poradenské paradigma, které vedle práce na individuálním rozvoji jednotlivce usiluje o zlepšení podmínek pro jeho fungování ve společnosti na institucionální úrovni. Pozornost je přitom zaměřena především na nastavení sociálního systému schopného reagovat na aktuální potřeby znevýhodněných jedinců.

Nověji se objevuje tzv. reformní paradigma, které odráží například i výše uvedená definice sociální práce, a které považuje za problém společenský systém postavený na útlaku, nerovnosti a znevýhodnění, tedy nikoliv na osobnosti klienta. z hlediska tohoto konceptu je důležité posílení (angl. empowerment) utlačovaných a marginalizovaných skupin, díky němuž se budou moci podílet na řešení své situace a změně společenských institucí a struktur. Pohledem tohoto paradigmatu lze sociální změnou dosáhnout spravedlivějšího

uspořádání společnosti, která nebude postavena na nerovnostech a nesouměřitelných rozdílech. Součástí tohoto paradigmatu je také kritika společenských elit a konvenční sociální práce za to, že svým působením pouze lepí díry stávajícího sociálního systému a podílejí se tak na udržování nespravedlivého společenského řádu.

Kritika tradiční sociální práce

Klíčová slova: *sociální struktura – frustrace – strukturální rasismus*

Sama případová práce, která jako metoda dominuje v českém prostředí, prošla podstatným vývojem. Její kritici však vytrvale upozorňují na neschopnost zasazení jednotlivých případů do širších společenských souvislostí, deklarovanou apolitičnost a absenci tlaku na změnu společenských poměrů. Současná teorie sociální práce vychází z tradičního předpokladu, že někteří lidé selhávají ve schopnosti adaptovat se na principy fungování sociálních struktur a sociální pracovníci jim mohou pomoci tyto schopnosti posílit a začlenit je zpět do společnosti místo toho, aby revizi podléhalo rovněž sociální prostředí a společenské mechanismy, které jdou přímo proti této snaze a některé jedince a skupiny systematicky vylučují.

Prakticky si cíle této kritiky můžeme představit na běžných případech, kdy například romská rodina neúspěšně hledá bydlení a sociální pracovník rodinu na individuální úrovni podporuje, rozšiřuje její kompetence pro vyjednávání, poskytuje informace o nabídkách bytů k pronájmu nebo pomáhá s vyřízením doplatku na bydlení. Během tohoto procesu se stává svědkem diskriminačních praktik realitních kanceláří, předsudků ze strany majitelů bytů, důsledků nefunkčního systému sociálního bydlení a utlačujícího přístupu měst a obcí, kdy je často jediným řešením nevyhovující pronájem prostorů na ubytovně v sociálně vyloučené lokalitě a tím i sekundární podpora „byznysu s chudobou“. v takové situaci může sociální pracovník snadno společenské souvislosti ignorovat a přijmout perspektivu selhávání jednotlivců, protože cítí, že svůj vliv může uplatnit pouze v individuální práci.

Tyto postoje se dají chápat jako ochranný mechanismus, který umožňuje sociálnímu pracovníkovi v oboru zůstat. v opačném případě je pod neustálým frustrujícím tlakem z absence vhodných řešení. Paradoxem v této běžné praxi je, že dobře vyřešený „případ“ (na individuální úrovni) se může stát přitěžující okolností pro ostatní znevýhodněné. Úspěch jednoho se považuje za důkaz, že při adekvátní snaze je změna v individuálním řešení problémů možná a neúspěch druhých je pak vysvětlován nedostatečnou snahou, schopnostmi nebo motivací ke změně. To je zřetelně vidět např. na příbězích tzv. úspěšných Romů, které ve společnosti často figurují jako „důkaz“ neexistence strukturálního rasismu.

Stejně kontraproduktivní může být i upřímně míněná aktivita, která zcela bez kontextu řeší pouze jeden symptom komplexního problému. Příkladem může být situace, kdy na základě iniciativy sociálního odboru město v rámci podpory vzdělávání dětí ze sociálně vyloučených lokalit zařídí bezplatný odvoz dětí autobusy do škol, rodiče však přesto neprojevují dostatečnou snahu své děti k autobusu pravidelně vodit. Namísto snahy o pochopení širších souvislostí se mohou sociální pracovnice uchýlit k represi a vyhrožovat odebráním sociálních dávek v rodinách, které nejsou schopny nebo ochotny naplňovat představy o spolupracujícím uživateli služby. Opomíjí přitom fakt, že lidé si bydlení v sociálně vyloučených lokalitách zpravidla nevolí dobrovolně a v kulisách sociálního vyloučení a materiální nejistoty pro ně vzdělávání nemusí být hodnotou vedoucí k lepší perspektivě. Výsledek takového pomáhajícího experimentu pak nutně vede k prohlubování předsudků všech zúčastněných.

Kritická sociální práce

Klíčová slova: *kritická sociální práce – radikální sociální práce – kritická teorie – společenská změna*

Reakcí na kritiku uvedenou v předchozí kapitole je vznik kritické sociální práce sahající do druhé poloviny 20. století ve spojení s celospolečenskými změnami v západní Evropě a USA. Přichází s vlnou lidskoprávních protestů, které jsou reakcí na selhávající kapitalistický systém a nástup thatcherismu[1] ve Velké Británii. v USA pak přichází v reaganovské éře spolu s protiválečnými demonstracemi, kritikou konzervatismu i samotného establishmentu a ve společnosti se etabluje vedle proudů ekologického aktivismu, feminismu a bojů za práva menšin.

Ideové kořeny kritické sociální práce sahají do období rozvoje kritické teorie. Tou jsou v širším slova smyslu označovány společenskovědní proudy usilující o emancipaci člověka od společenských tlaků, odhalování a demystifikaci ideologických argumentů konzervativních obhájců kapitalismu a liberalismu. Za filosofické předchůdce kritické teorie jsou obecně považováni Karel Marx a jeho analýza společenských a ekonomických vztahů, Immanuel Kant svým pojetím autonomie člověka a racionální kritiky jako prostředku k jeho osvobození, Georg Wilhelm Friedrich Hegel pojetím světa jako dějinné dialektiky nebo například psychoanalytik Sigmund Freud. Vychází tedy z marxismu, psychoanalýzy a německého idealismu. v užším slova smyslu se pak kritickou teorií rozumí působení tzv. Frankfurtské školy, tedy Ústavu pro sociální výzkum sídlícího ve Frankfurtu nad Mohanem, která se stala klíčovou institucí pro zmíněné ideové proudy.

Podstatnými ideovými směry, které formují teorii kritické sociální práce, je také strukturalismus a později poststrukturalismus. První zmíněný klade důraz na analýzu

[1] Označení pro ekonomické, sociální a politické přesvědčení členky britské konzervativní strany, Margaret Thatcherové, která vedla tuto stranu 1975 až 1990, kritické hlasy přisuzují Thatcherové roli první poválečné političky, která se v západní Evropě rozhodla rozbít konsenzus a iluzi sociálního smíru.

a pochopení společenských struktur a zasazení individuálního problému do širokého kontextu kultury, historie, ekonomických a politických podmínek. Poststrukturalistická perspektiva pak zpochybňuje a relativizuje odhalené objektivní a univerzální pravdy z pozic vnějšího pozorovatele. Zásadní přínos pro kritickou sociální práci přináší poststrukturalismus potřebou kritické reflexe a sebereflexe. Za představitele poststrukturalismu je považován například filozof Michel Foucault, který má pro teorii kritické sociální práce význam zejména svým pojetím moci, nebo filosofka Judith Butler, jež má podstatný vliv na vývoj feministického hnutí.

Zásadním předpokladem kritické sociální práce je přijetí kritické reflexe a sebereflexe jako základního nástroje ve způsobu myšlení. Provedením důkladné analýzy univerzálních předpokladů a významových konstruktů musí dojít ke zpochybnění obecně přijímaných diskurzů. To umožňuje snadnější pochopení našich vlastních pozic a motivů (kritická sebereflexe) a vytvoření kreativního prostoru pro nalézání nových způsobů řešení vedoucích ke změně.

Samotnými metodami užívanými v kritické sociální práci jsou například kritická případová práce, zohledňující vedle individuálního přístupu i kritiku socio-ekonomických struktur, empowerment (zmocňování), obhajoba opodstatněných práv klientů (advocacy), komunitní sociální práce podporující sebeorganizaci „zdola“ (vnašem prostředí zejména v sociálně vyloučených lokalitách), podpůrné svépomocné skupiny, boj s internalizací oprese samotnými utlačovanými, participace uživatelů služeb na procesech vzniku sociálních politik nebo tzv.

„awarenessové“ strategie přinášející sociální tematiku do veřejného prostoru. Vybraným metodám se budeme podrobněji a prakticky věnovat v kapitole Metody vedoucí k empowermentu.

Ačkoli je kritická sociální práce v mnoha zemích Evropské unie, v USA nebo Kanadě považována za zcela legitimní, vyučovanou a běžně uplatňovanou perspektivu v sociální práci, v českém mainstreamu jde (s malými výjimkami) o téměř okrajovou až

undergroundovou záležitost. Jedním z důvodů je pravděpodobně samotné teoretické těžiště vycházející z neomarxistických myšlenek. Marxismus jako ideologický směr byl minulým režimem ve východní Evropě zdiskreditován a nehledě na to, že se v předlistopadovém uspořádání ani v náznaku nepodařilo jeho hlavní ideje realizovat a jako takový byl spíše zneužitý k propagaci státního kapitalismu sovětského typu, se po roce 1989 nepodařilo jeho humanistické a emancipační hodnoty rehabilitovat.

Pojmy „kritická“ nebo „radikální“ také na část odborné i laické veřejnosti působí primárně podezřele. Kritika je tak často zaměňována s neschopností se přizpůsobit namísto potřeby reflexe a sebereflexe a ve významu slova „radikální“ se snáze nachází agrese a bezohlednost než potřeba nahlížet podstatu věcí (radix – latinsky kořen). Dodejme, že ani slova jako

„aktivismus“ nebo „feminismus“ nejsou v českém prostředí terminologicky zrovna populární.

Diskurzivní analýza

Klíčová slova: *diskurz – jazyk – newspeak*

Diskurzivní analýza je kvalitativní výzkumnou metodou usilující o pochopení významu sociální reality. Zabývá se rozborem psaného, mluveného i znakového vyjadřování. Kriticky zkoumá použité styly, rétorické prvky i jazykové prostředky, hodnotí je a následně se pokouší z daného diskurzu odstraňovat nerovnosti a vžité ideologie. Ideové kořeny tohoto analytického procesu leží v poststrukturalistických myšlenkách (viz výše). v oblasti sociální práce nás diskurzivní analýza učí lepšímu porozumění žitých zkušeností utlačovaných, protože jazyk se významně podílí na utváření kulturních významů. Jazyk, který se v sociální práci běžně užívá, může prohlubovat nerovnost mezi sociálním pracovníkem a uživatelem služby, a ačkoli to nemusí být na první pohled zřejmé, může uživatele stavět do pozice pasivního příjemce expertní pomoci a znemožňovat tak proces vedoucí k posílení a sebeurčení.

Terminologii obvykle přijímáme zcela automaticky a málokdy se ptáme, nakolik jsou běžně používaná slova komfortní těm, kterým své služby nabízíme a které potřebujeme označovat. v současných pomáhajících profesích se například ve velké míře vyskytují slova jako klient, zakázka, oboustranný podpis smlouvy, monitoring, evaluace, zhodnocení efektivity, cílová skupina nebo management. Samotný tento slovník přejatý spíše ze sféry bank, korporací nebo kateder ekonomie může působit odcizujícím dojmem a bránit v navazování rovnocenných a důvěrných vztahů mezi uživateli a poskytovateli služeb.

Diskurzivní analýza odhaluje, že jazyk ekonomie proniká do sociální práce na Západě už od konce sedmdesátých let. Důvody vpádu manažerského „newspeaku“ do světa utvářeného lidským vztahem, pochopením a hledáním cesty ke změně je možné vidět v ústupu jazyka utvářeného medicínským pohledem (před klientem tu byl pacient), kdy bylo třeba zaplnit prázdné místo. Vzhledem k tomu, že sociální práce a jiné pomáhající obory mohly trpět prožívaným nedostatkem vážnosti, zvolili jiný slovník, který již vážnost (podobně jako medicína) měl.

Jednoduchým a rigidním pravidlům i plochému jazyku je však také možné rozumět jako snadné odpovědi na nejistotu a obavy, jež setkávání s lidmi, kterým se právě nedaří, přináší. v této souvislosti se také poukazuje na snahu sociální práce ospravedlnit se ve světě, kde se efektivita stává univerzálně platnou normou. a rovněž na pokus přiblížit se slovníku finančních trhů v naději, že přehledná situace přinese s porozuměním také přízeň sponzorů a konec neustálého balancování na hraně přežití.

Diskurzivní analýza tedy může sociální pracovníky vést k větší citlivosti při používání slov a jazyka, ukazovat, jak automatické přejímání slov z jiných oborů může zkreslovat záměry sociální práce a jak zdánlivě neškodné výrazy mohou komplikovat navázání pomáhajícího vztahu.

Doporučená literatura:

Bandit, R. (2013). Kolik zalátáš děr? Nový prostor, 2013, č. 413, s. 14-15. Dostupné z: http://novyprostor.cz/clanky/413/kolik-zalatas-der

Fook, J. (2003). Critical social work: The current issues. London: Sage. Janebová, R. (2014). Kritická sociální práce. Hradec Králové: Gaudeamus.

Kappl, M. (2005). Postmodernismus v sociální práci. In Smutek, M.(ed.). Možnosti sociální práce na počátku 21. století, Hradec Králové: KSPSP UHK.

Kodymová, P. (2011). Reformní paradigma v praxi české sociální práce. In Marášková, I.(ed.). Politiky a paradigmata sociální práce: Co jsme zdědili a co s tím uděláme? Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, FHS.

Poživil, D. (2014). „Zrušte sociální práci!“ In: Deník Referendum. Dostupné z: http://denikreferendum.cz/clanek/17360-zruste-socialni-praci

VYBRANÉ KONCEPTY ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ

Závislost je neredukovatelný vynořující se fenomén, píše ve své knize profesorka filozofie Candice Shelby (2016) a naznačuje, že definovat závislost a nedopustit se zjednodušení je takřka nemožné. Odráží tak i stav vědecké komunity, kdy mezi odborníky na závislost neexistuje ohledně konceptualizace závislostí shoda. Napříč definicemi různých oborů, které se závislostí zabývají, není možné najít žádná dostatečně specifická, jednoznačně interpretovatelná kritéria pro závislost, která by fenomén postihla v jeho komplexnosti (Anderson, 2017; Rehm et al., 2013; Sussman & Sussman, 2011; West, 2016;). Neexistuje navíc ani shoda na tom, jestli závislost označuje stav, proces nebo chování (Heather, 1998).

Možná i proto se setkáváme s pochybnostmi, jestli termín v odborné obci nadále používat. Světová zdravotnická organizace (WHO) například upustila od užívání pojmu „addiction“ a drží se výhradně pojmu „dependence“, v češtině je však tento posun jen těžko zachytitelný, protože oba se překládají jako závislost. Zatímco první pojem (*addiction*) však označuje komplexní fenomén s mnoha úrovněmi, druhý (*dependence*) odkazuje spíše k závislosti jedince a látky, jejíž základní charakteristika je odvykací stav při nedostupnosti drogy (WHO, 1965). Světová zdravotnická organizace se tedy odklání od ambice definovat a pojmout závislost jako komplexní fenomén a zaměřuje se spíše na jeho biologickou složku.

Jiná významná instituce, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti, která má daný termín v samotném názvu, se rozhodla pro jiný směr. v prvních desetiletích nultého století začala více používat pojem „závislostní chování“, zejména proto, aby poukázala na průnik závislosti na látkách a na chování typu nakupování, hraní, sex, a podobně. (Berridge et al., 2015). Tento pojem přebírá i koordinační orgán České republiky, sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, a svůj klíčový strategický dokument nazývá Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027.

Konceptualizací závislostí se také zabýval rozsáhlý evropský výzkumný projekt ALICE RAP (Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe Reframing Addictions Project) realizovaný v letech 2011-2016, na kterém se podílelo kolem 200 vědců, zástupců téměř třiceti různých disciplín. Kromě toho, že autoři konstatovali souběžnou existenci různých teorií, modelů a paradigmat, které nelze sloučit do jednotného rámce, navrhli také novou definici fenoménu, kterým se zabývali. Jako jednotící faktor všech definic z různorodých disciplín označili výzkumníci *těžké užívání v průběhu času* (HUOT – Heavy Use Over Time) a navrhují, aby se tento koncept používal pro definování fenoménu, který je jinde popisován jako závislost, závislostní chování či porucha užívání návykových látek (Anderson, 2017; Rehm et al., 2013). Podle nich je tento pojem dostačující a výhodný v tom, že zobrazuje spíše kontinuum než fixní stav a není stigmatizující.

Nicméně termín závislost je tak hluboce zakořeněn do populární kultury, že se nedá předpokládat, že by tento termín přestal být používán, jak konstatují i autoři výše uvedené studie (Anderson, 2017). Zmínky o fenoménu závislosti v podobném duchu, jak jej chápeme dnes, najdeme už v antických dobách (Alexander, 2008) a především je to slovo, které se běžně používá v každodenních rozhovorech. Lidé jej používají pro označení vlastního prožívání či chování, anebo pro označení chování, které vidí u druhých.

V následujících řádcích představujeme tři různá pojetí závislostního chování, která považujeme za důležitá pro čtenáře této publikace, tedy sociální pracovníky a další pracovníky pomáhajících profesí. První pojetí závislostního chování jako nemoci je nejčastější, s jakým se mohou čtenáři v praxi setkat, druhé – sociální – pojetí je pro sociální práci důležité společnou teoretickou základnou, a zároveň je i východiskem pro metody podporující empowerment, a třetí – závislostní chování z pohledu teorie učení – je zajímavé tím, že propojuje obě předchozí pojetí a vytváří teoretickou základnu pro metody sociální práce podporující zotavení, které jsou popsány dále v textu.

Závislostní chování jako nemoc

Klíčová slova: *syndrom závislosti – ztráta kontroly – biopsychosociální model*

Dominantním přístupem k závislostnímu chování je takřka na celém světě pojetí nemoci či poruchy, jejímž hlavním rysem je ztráta kontroly, a tím i snížená schopnost rozhodovat se a ovládat svoje impulzy. Americký národní úřad pro drogy a závislosti (NIDA, 2018) definuje závislost jako chronickou recidivující poruchu charakterizovanou kompulzivním vyhledáváním drogy, kontinuálním užíváním bez ohledu na škodlivé důsledky a dlouhodobými změnami v mozku. Také Mezinárodní klasifikace nemocí používaná v Evropě řadí tzv. „syndrom závislosti“ mezi poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek (WHO, 2016). a konečně i česká odborná literatura o závislostním chování převážně definuje tento fenomén jako poruchu nebo onemocnění (Kudrle, 1993; Šustková, 2015; Zima, 2015).

Pojetí závislosti jako nemoci se oficiálně používá od konce 18. století, nicméně podle Alexandera (2008) psal o závislosti jako nemoci už Aristoteles. Za průkopníka tohoto konceptu, tak jak se rozvíjel v novodobých dějinách, je považován Benjamin Rush, který zároveň patřil k důležitým postavám amerického hnutí za střízlivost. Popisoval závislost jako nemoc vůle, která začíná dobrovolnou konzumací destilátů, postupně se však dostává mimo kontrolu pijáka (Weinberg, 2005). Rush považoval za jedinou možnou léčbu abstinenci. v evropském kontextu prosazovali na přelomu 18. a 19. století pojetí závislosti jako nemoci například Trotter nebo Bruhl-Kramer (Sournia, 1999).

Není bez zajímavosti, že žádný z těchto autorů nepředložil výzkumné argumenty, které by hypotézu závislosti jako nemoci potvrdili. Tvrzení, že závislost je nemoc, bylo od počátku postaveno výhradně na pozorování projevů lidí, kteří dlouhodobě a pravidelně pili destiláty. Velké popularity se koncept závislosti jako nemoci dočkal ve 30. letech 20. století, kdy jej přijalo za svůj nově vznikající hnutí Anonymních alkoholiků a posléze dalších tzv. dvanáctikrokových skupin. Nejprve se pokoušeli svoje pojetí závislosti opřít

o teorii alergie na alkohol (Silkworth, 1937), po vědeckém zpochybnění této hypotézy u pojetí nemoci přesto zůstali. Také autor známé typologie alkoholismu E. M. Jellinek se přihlásil ke konceptu závislosti jako nemoci a pojmenoval tak i svou zásadní knihu (1960).

S výzkumnými argumenty přichází až rozvoj neurověd, který si s pomocí zobrazovacích metod všímá změn ve struktuře mozku lidí se závislostí, především potom zúžení šedé kúry mozkové a ztenčení svazků vláken propojující prefrontální kortex a striatum (Volkow et al., 2013). Tyto výzkumy začal Americký národní úřad pro drogy a závislosti a další instituce uvádět jako nezpochybnitelnou oporu pro koncept závislosti jako nemoci. Zobrazení změn v mozkových drahách vědci považují za dostatečně přesvědčivý důkaz toho, že v mozcích závislých lidí dochází k patologickým procesům. Kritici však neméně přesvědčivě argumentují tím, že zaznamenané změny jsou projevem neuroplasticity jako charakteristického rysu nervové soustavy (více viz níže v kapitole „Závislostní chování z pohledu teorie učení“).

Jak už bylo zmíněno, zásadní definiční charakteristikou závislosti je pro zastánce tohoto pojetí ztráta kontroly, která se běžně objevuje ve výpovědích jak lidí se závislostí, tak i jejich blízkých. Zároveň vytváří také argumentační rámec pro užitečnost konceptu závislosti jako nemoci, protože v porovnání s takzvaným morálním modelem[2] odebírá tento koncept z člověka vinu za svoje chování. Oponenti však tvrdí, že člověk nikdy nepřestává být zodpovědný za své chování a, jakkoliv je to za určitých podmínek dost obtížné, může vždy volit mezi různými rozhodnutími a způsoby chování. Pokud člověku říkáme, že kontrolu skrze nemoc ztratil, tak jej tím zároveň zneschopňujeme a odebíráme možnost svobodně jednat, tvrdí tito kritici. Část z nich nabízí alternativní přístup, pro který se vžil termín závislost jako volba (Heyman, 2009; Schaler, 2011).

V neposlední řadě je třeba říci, že pojetí závislosti jako nemoci se vyskytuje v mnoha různých podobách, které například shrnuje publikace Westa (2016). v české odborné literatuře je možné se nejčastěji setkat s takzvaným biopsychosociálním (nebo také biopsychosociospirituálním) modelem závislosti (Kalina, 2015), který přiznává vliv různých

(biologických, psychických, sociálních a spirituálních) faktorů při vzniku a rozvoji závislostního chování. Tím tedy také ukazuje, že i léčba musí být vícefaktoriální.

Závislostní chování jako sociální fenomén

Klíčová slova: *sociologie závislosti – symbolický interakcionismus – kontrolované užívání drog – přirozené zotavení*

Jak bylo popsáno výše, dominantním pojetím závislosti je nemoc či porucha a oborem, který ji zpravidla definuje, je medicína. Zkoumání závislosti má však také velkou tradici v sociálně-vědních oborech[2], které však zůstávají často v pozadí. Pro účely této publikace zaměřené na sociální práci považujeme za důležité je krátce představit, mimo jiné i proto, že takřka nejsou dostupné české překlady sociálně-vědní literatury, která se zabývá závislostmi. Pochopitelně dostupné české překlady sociálně-vědní literatury, která se zabývá závislostmi. Pochopitelně se na tom výrazně podílí také fakt, že sociologie a sociální práce byly na dlouhých čtyřicet let prakticky vytlačeny z českých vysokých škol, a i po revoluci se sociologickému zkoumání závislosti věnovalo jen pár jednotlivců. Sociálně-vědní výzkum na poli závislostí a užívání psychoaktivních látek má přitom dlouholetou tradici a zejména v rámci sociologie se rozvíjelo hned několik teorií závislosti zdůrazňujících sociální rozměr tohoto fenoménu.

Jako otec sociologie závislosti bývá označován Alfred Lindesmith, autor klasického článku "Sociologická teorie drogové závislosti" (Lindesmith, 1938), knihy "Opiátová závislost" (Lindesmith, 1947) a dalších. Upozornil v nich především na to, že chemické účinky drog nejsou jediným faktorem, který určuje, jaký efekt bude užívání psychoaktivních látek na člověka mít. Je zapotřebí zkoumat také sociální prostředí a sociální významy užívání drog.

---

[2] Za „morální model závislosti" se považuje postoj, že závislostní chování má co do činění s morálním charakterem člověka, že jde o individuální selhání. Jde o jeden z prvních modelů závislosti, který byl úzce provázán s náboženstvím a hnutím za střízlivost (Weinberg, 2005). Cestu ze závislosti vidí v tom, že člověk napraví svůj pokažený charakter. Tento model v různých obdobách přetrvává do současnosti.

a právě toto zkoumání, které ukazuje, že fenomény vnímané jako čistě biologické se jeví jako sociálně podmíněné, označil Lindesmith za předmět sociologie závislostí. Ve vlastní hloubkové studii prožívání odvykacích stavů po vysazení opiátů v různých prostředích (léčba bolesti v nemocnici versus pouliční užívání heroinu) doložil, jak je subjektivní zkušenost odvykání podmíněna kontextem, v němž probíhá. Ačkoliv u obou skupin bylo možné pozorovat známky odvykacího stavu při vysazení, pouze uživatelé pouličního opiátu dávali svou fyzickou nepohodu do přímé souvislosti s předchozím užíváním drogy.

Na Lindesmithovu práci navázala generace sociologů ovlivněná především myšlenkovým směrem „symbolický interakcionismus“. Tito výzkumníci se zaměřili na detailní popisy kultur a subkultur užívání psychoaktivních látek a studovali různé sociální kontexty užívání drog, rituální praktiky, utváření sociálních identit uživatelů drog a jejich proměny (Becker, 1968; Feldman, 1968). Becker se ve své klasické studii „Outsiders“ (1968) zabýval tím, jak je samotný prožívaný efekt psychoaktivní látky zprostředkovaný sociální interakcí. Všímal si, že začínající kuřáci konopí se efekt drogy musí nejprve „naučit“ prostřednictvím zkušenějších uživatelů. Jinými slovy, aby si člověk dokázal dobře “užít” účinek drogy, musí už předem vědět, jaký tento účinek má být. Šel přitom ještě dál než Lindesmith a ukázal, že nelze vést jasnou dělicí čáru mezi biologickým efektem a sociálně mediovaným významem užívání drogy. i biologický efekt, tak jak jej zakoušíme, je podle něj sociálně zprostředkovaný.

Podobně například Ray (1961) nabídl sociologickou studii relapsu, v níž opakované návraty k užívání psychoaktivní látky popisoval nikoliv jako nevyhnutelnou součást onemocnění, ale jako opakovaný cyklus přechodu od identity abstinujícího k identitě uživatele drog. Jako by jedinec neustále osciloval mezi těmito dvěma identitami a zvažoval, do které z nich kdy vstoupí. Identita, podobně jako subkultura nebo životní styl, začaly tvořit základní pojmový rámec pro sociologii závislostí.

Ačkoliv práce symbolických interakcionistů jsou jedinečné a v mnohém stále nedoceněné, někteří badatelé z oblasti současného etnografického výzkumu užívání psychoaktivních

látek (např. Weinberg, 2002, 2005; Duff, 2007; Keane, 2002; Vitellone, 2004) upozorňují, že všímat si pouze lidských sociálních interakcí, při nichž dochází k utváření významů a rekonstrukci příběhů, nestačí – je zapotřebí počítat také s materiálním a tělesným kontextem. Tvrdí, že symboličtí interakcionisté sice správně popisují utváření významu v jazyce, zároveň ale opomíjejí materiální a tělesnou zkušenost (Weinberg, 2002). Například setkání lidského těla a psychoaktivní látky můžeme podle nich analyzovat jako jakékoliv jiné setkání – a tím pádem nevyhnutelně patří do předmětu sociologie, stejně jako kterékoliv jiné interakce (Keane, 2002).

Duff (2007) si tedy například nevšímá tolik individuálních příběhů jednotlivců užívajících psychoaktivní látky, ale spíše konkrétního prostředí, v němž se toto jednání odehrává. Analýza se potom může soustředit na to, které prvky tohoto prostředí dané chování umožňují (například chaotický temný prostor s poničenými lavičkami), nebo mu naopak zabraňují (světlé upravené prostředí s dostatkem místa a vybavení pro různorodé aktivity) a také vzorce jednání platné v tomto prostoru a způsobů kontroly, jak je v těchto místech uplatňována. Sociologové závislostí se tak stávají relevantními partnery při územním plánování měst, hledání funkčních řešení soužití mezi obyvateli v problematických čtvrtích anebo při stavbách nových budov.

Jedním z nejznámějších současných sociologů užívání drog a závislosti je Philippe Bourgois, který se věnuje zejména etnografickému výzkumu v subkulturách lidí užívajících nelegální drogy (například Bourgois, 2003). Pro účely svých výzkumných studií trávil dlouhá časová období přímo v prostředí určité subkultury, aby mohl lidi a jejich prostředí poznat zevnitř, „na vlastní kůži". Oproti jiným sociologům se nevyhýbá ani přímým, často kritickým, doporučením pro drogovou politiku. Například na základě své etnografické studie argumentuje proti používání metadonu jako substituce heroinu s tím, že metadon neléčí závislost, ale pouze dělá lidská těla lépe zvladatelná pro ty, kteří jsou u moci (Bourgois, 2000). Zrod metadonové kliniky popisuje jako státní boj za vytvoření poslušných, disciplinovaných a závislých těl bez heroinu, tj. bez euforie. Do protikladu staví švýcarskou praxi medicínského podávání heroinu, látky, která je prokazatelně

bezpečnější než metadon a o kterou by uživatelé měli větší zájem. Poukazuje na to, že při užívání metadonu vzniká tendence buďto zvyšovat dávky nebo užívat další psychoaktivní látky, aby se člověk cítil lépe, což vede nejenom k ohrožení zdraví a života, ale také k udílení sankcí ze strany poskytovatelů a celkové neefektivitě léčby (Bourgois, 2000).

Dalším z témat sociologie drog a závislostí je tzv. *kontrolované užívání psychoaktivních látek*. Sociální psycholog Norman Zinberg, který je znám především skrze koncept „drug, set & setting"[3], provedl jako první rozsáhlejší studii kontrolovaného užívání heroinu (Zinberg, Harding & Winkeller, 1981), tedy takového užívání, při kterém konzumenti nevykazují známky závislosti a které nemá vliv na jejich sociální fungování. Podobná studie byla později provedena v Anglii (Blackwell, 1983) a Skotsku (Shewan & Dalgarno, 2005). u nás se tímto tématem zabýval Morávek (2007).

Sociologie drog a závislostí se dále věnuje tzv. *přirozenému zotavení*, tedy překonání závislosti nebo závažných problémů s psychoaktivními látkami bez pomoci odborníků. Četný výskyt tohoto fenoménu, který také bývá označován zdravotnickými termíny jako spontánní úzdrava, spontánní remise nebo ne-asistované zotavení, potvrzují zahraniční studie již od 60. let 20. století (Winick, 1962; Snow, 1973; Robins, 1974; Cunningham, 1999; Graeven & Graeven, 1983; Biernacki, 1986; McIntosh & McKeganey, 2002; Scarscelli, 2006; Carballo, 2008).

Největší zájem byl v souvislosti s přirozeným zotavením věnován problémům s alkoholem. Ve Spojených státech byla na začátku druhého tisíciletí provedena velká reprezentativní studie, v rámci, které byly kontaktovány osoby, které před dvěma lety splňovaly kritéria diagnózy závislosti na alkoholu podle DSM-IV (Dawson et al., 2005).

Tato studie zjistila obecně velkou míru zotavení a zároveň také upozornila na možnost přechodu ke kontrolovanému pití: 75 % lidí, kteří splňovali kritéria pro závislost, už po

[3] Koncept „drug, set & setting" se do češtiny dá přeložit jako droga, osobní nastavení & prostředí. Vypovídá o důležitosti všech těchto tří faktorů, které vytvářejí výsledný krátkodobý i dlouhodobý efekt užívání psychoaktivních látek.

dvou letech těmto kritériím nevyhovovalo, přesto někteří z nich byli ještě občasnými pijáky. Nějakou formu léčby využilo z celkového počtu zkoumaných pouze 25 % osob. To znamená, že zhruba polovina účastníků se zotavila ze závislosti bez léčby.

Důležitým směrem výzkumů byly srovnávací studie léčených a neléčených osob, které přestaly s užíváním návykových látek. z dostupných studií se dají formulovat tři hlavní závěry:

1. Ačkoliv oba vzorky splňují diagnostická kritéria závislosti, retrospektivně zjištěná závažnost problémů s psychoaktivními látkami bývá vyšší u léčené populace (Carballo et al., 2008; Rumpf at al., 2009).

2. Procesy a faktory, které hrály při zotavení roli, se často v mnohém neliší. Významná je: sociální opora, rozvoj nových aktivit, zapojení do nových vztahů (Carballo et al., 2008; Moos & Moos, 2005).

3. Lidé, kteří neprošli léčbou, mnohem častěji pokračují v kontrolovaném užívání drog – dá se to vysvětlit buď nižší závažností problémů, anebo také (ne)vystavením diskursu o nutnosti doživotní abstinence (Carballo et al., 2008; Scarscelli, 2006).

Klingemann et al. (2001) po analýze publikovaných studií vyvozuje závěr, že dvě třetiny až tři čtvrtiny těch, kteří splňují kritéria závislosti na alkoholu, překoná svoje problémy bez odborné pomoci, přičemž stabilita tohoto překonání je vysoká. Řada autorů dokonce odhaduje toto procento na 80 u alkoholu a jen o něco méně u nelegálních drog. Způsobem, jakým lidé svoji závislost překonávají bez léčby, se v ČR u závislosti pervitinu zabýval Nepustil (2014).

Závislostní chování z pohledu teorie učení

Klíčová slova: *teorie učení – neuroplasticita – kritika medicínského modelu*

V průběhu posledních dekád začínají v oboru závislostí sílit hlasy kritizující pojetí závislosti jako nemoci. v rámci prestižního akademického časopisu The Lancet vznikla síť odborníků s názvem Addiction Theory Network (Heather et al., 2018), kteří přinášejí alternativní porozumění fenoménu závislosti a upozorňují na to, že pojetí závislosti jako nemoci můžezbavovat člověka síly k samostatnému jednání a odpovědnosti nejen za závislost jako takovou, ale i za její překonání.

Jednou z nejvlivnějších teorií současnosti, která se kriticky staví vůči medicínskému modelu závislosti jako nemoci, je její pojetí jako naučeného chování. Jedním z hlavních proponentů této teorie je neurovědec Marc Lewis. Upozorňuje na to, že mozek člověka prochází neustálou změnou a je uzpůsoben k tomu, aby pomáhal vytvářet návyky, protože návyky, tedy ritualizované chování, potřebujeme ke každodennímu životu. Mozek má přirozenou tendenci podporovat chování, které vede k potěšení, a vznik nových synapsí je způsobem, jak toto chování podpořit. Neuroplasticita mozku se projevuje tak, že mozek mění svou strukturu, některá spojení zanikají a jiná se tvoří, a to je hlavním důvodem, proč jsou na snímcích mozků lidí se závislostí získávaných různými zobrazovacími metodami vidět změny.

„Výzkumníci v oblasti medicíny mají pravdu, když tvrdí, že se mozek se závislostí mění. Ale způsob, jakým se mění, má víc co do činění s učením a rozvojem – nikoliv s nemocí (Lewis, 2015, s. ix).

Lewisovo uvažování o závislosti odráží zásadní obrat na poli neurověd, ke kterému v současnosti dochází. Mozek přestává být vnímán jako stroj nebo důmyslný počítač. Mechanistickou metaforu nahrazuje ekosystém, komunita nebo sociální síť, o mozku tedy můžeme uvažovat například jako o internetu nebo rovnou jako o lidské společnosti. Neurony jsou lidé, nervová spojení (dendrity a axony) pak vztahy mezi nimi. a podobně

jako vývoj lidstva je také vývoj mozku jednak nepředpověditelný a jednak neustálý. Změna je jeho přirozenou a základní charakteristikou. Neexistuje „správná“ nebo „normální“ podoba mozku, tak jako neexistuje správná nebo normální podoba společnosti.

Procesy, které můžeme pozorovat při rozvoji závislosti, se podle Lewise od jiných příliš neliší. Není důvod je vnímat jako patologii anebo je označovat za poruchu. Opakovaná konzumace určité látky nebo vykonávání činnosti vyvolávající slast může posilovat některá nervová spojení, například spojení mezi skupinami neuronů regulujícími emoce a skupinami neuronů regulujícími myšlení a paměť. Tato nově posílená spojení se mohou propojovat s dalšími v celé nervové soustavě, například s regulátory čichu, zraku, bolesti, a postupem času mohou mít zásadní význam v každodenním životě člověka.

Tuto kritiku potvrzují i odborníci, kteří se přímo podílí na výzkumech mozku s pomocí různých zobrazovacích metod. Jedním z nich je Carl Hart, který tvrdí, že klasické výzkumy závislostí mají tendenci charakterizovat jakékoliv změny v mozku jako dysfunkce způsobené užíváním určité látky, a to i přesto, že tyto rozdíly spadají do běžného rozpětí normality. Podle Harta (2014) se změny v mozku v průběhu závislosti v ničem nepodobají onemocněním mozku typu Alzheimerovy nebo Parkinsonovy choroby, kde jsou patologická ložiska nepřehlédnutelná.

„Nejsme nijak blízko tomu, abychom byli schopni odlišit mozek drogově závislého od mozku člověka, který není závislý.“ (Hart, 2014, s. 301)

Celý tento myšlenkový směr otevírá možnosti radikálně odlišných přístupů k sociální práci s lidmi se závislostí. Pokud totiž budeme o závislosti uvažovat jako o naučeném chování, není příliš smysluplné zabývat se tím, jak „léčit poruchu“, ale spíše jak podpořit učení, které vede k jinému chování a jiným způsobům bytí ve světě. Učení se přitom nedá člověku naordinovat nebo do něj nainstalovat. Učení je přirozený proces vedený člověkem samotným. Odborníci mohou být nápomocní například vytvářením takového prostředí a kontextů, které svým uspořádáním budou podporovat příležitosti pro učení a rozvoj. Anebo také mohou konkrétnímu člověku pomoci v rámci jeho aktuální situace nacházet

způsoby, jak své vlastní zdroje a své prostředí co nejlépe pozitivně využít.

Tato nová perspektiva představující závislost a užívání psychoaktivních látek jako interakci na jedné straně a jako naučené chování na straně druhé, jde ruku v ruce se zaměřením některých současných směrů v sociální práci, které podobným způsobem usilují o působení na prostředí v širším slova smyslu, a zároveň se nevzdávají svého závazku pomáhat konkrétním lidem ve specifických životních situacích.

OVĚŘENÉ METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE

Tato část shrnuje ověřené metody sociální práce v oblasti užívání drog a závislostí, které v České republice sociální pracovníci nejčastěji využívají. Nejde zdaleka o vyčerpávající přehled, při jejich výběru byla zohledněna četnost jejich využívání, a především potom výstupy z Analýzy vzdělávacích potřeb v oblasti metod sociální práce, která byla realizována ještě před zpracováním této publikace (více viz Příloha č. 3).

U každé z těchto metod uvádíme reálné příklady z praxe českých adiktologických služeb, jejichž autory jsou většinou sociální pracovníci. Tyto příklady nepředstavujeme jako „nejlepší praxi“, ale spíš jako „běžnou praxi“, tak jak je realizována na různých místech v ČR.

Kontaktní práce

Klíčová slova: *kontaktní práce – snižování rizik/harm reduction – lidská práva – „tady a teď“*

Podle Národního monitorovacího střediska (NMS, 2001) probíhá kontaktní práce nejčastěji v nízkoprahovém zařízení, jako je kontaktní centrum nebo přímo v terénu (tomu je věnována samostatná kapitola „streetwork“). „*Základním cílem je navázání kontaktu s klientem a vytvoření komunikace založené na důvěře a otevřenosti. Postupně se buduje důvěra klienta zařízení či program a obecně k možnosti využít odborné pomoci. Ke kontaktní práci patří i poučení klienta o účincích psychoaktivních látek, možných důsledcích jejich užívání a závislosti, rizicích aplikace, informace o bezpečnějších způsobech užívání drog, bezpečném sexu, přenosných nemocech a dalších tématech. Prohloubeného kontaktu lze využít k nastolení otázky změny rizikového chování (výměna injekčního náčiní, motivace k návštěvě odborného zařízení). Kontaktní poradenství, i když často jednorázové nebo nesystematické, pomáhá u konkrétního klienta definovat určitý problém zdravotní, psychologický, sociální či*

právní, navrhuje možnosti řešení a zajišťuje asistenci směrem ke zdrojům odborné pomoci.“ (NMS, 2001).

Kontaktní práce je nejčastěji určena lidem, kteří užívají drogy injekčně. Světová zdravotnická organizace (WHO) a Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) používají nově sousloví „people who use drugs“ a „people who inject drugs – PWID“. Opouští tak původně užívaný termín problémový uživatel drog „problem drug user – PUD“, protože ten nahlížel na člověka skrze užívání psychoaktivních látek. Tím byl zavádějící, protože vyzdvihoval problémové užívání nad to, že se jedná o člověka. Podobný odklon je patrný i v terminologii v České republice. Ta se užívání drog snaží nahlížet skrze sociální vyloučení a ohrožení chudobou. Ministerstvo práce a sociálních věcí aktuálně ve svých dokumentech hovoří o osobách sociálně vyloučených nebo sociálním vyloučením ohrožených, osobách, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností, a osobách ohrožených závislostí. Osoby se pak mohou nacházet v nepříznivé situaci z důvodu: nepříznivých životních návyků, způsobu života vedoucímu ke konfliktu se společností anebo života v sociálně znevýhodňujícím prostředí. Tuto optiku považujeme za zásadní při (nejen) kontaktní práci s uživateli drog.

Legislativní ukotvení kontaktní práce v České republice vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., který hovoří o kontaktních centrech a terénní práci, kde kontaktní práce probíhá, jako o službách sociální prevence. Tyto služby podle zákona napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou jím ohroženy kvůli krizové sociální situaci, životním návykům a způsobu života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňujícímu prostředí či ohrožení trestnou činností. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat lidem k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Smyslem kontaktní práce je být v kontaktu s lidmi, kteří užívají drogy. Kontaktní práce by měla vést k vytvoření důvěry mezi pomáhajícími pracovníky a uživateli drog, na níž by se dala vybudovat další spolupráce. Kontaktní pracovníci by měli být schopní navázat

přirozený kontakt s lidmi, aktivně je oslovovat a vést rozhovor s různými typy lidí. Komunikační dovednosti jsou tak nezbytnou součástí kompetencí pracovníka. Výhodou je opora v týmu a organizaci, při práci ve dvojici pak schopnost rozdělení rolí a reflexe po skončení kontaktu s každým klientem dané služby. Pokud mají uživatelé drog, kteří jsou skrze kontaktní práci v kontaktu s určitou službou (terénní programy, kontaktní centra), důvěru v jejich pracovníky, mohou snadněji přinášet témata, která doposud neměli kapacitu řešit a posouvat tak svou situaci směrem k lepšímu. Ať už jde o získání dokladů, zdravotního ošetření, sociálních dávek, hledání bydlení či práce. Někdy je pro uživatele služby přínosem i pouhá možnost sdílet své starosti a události všedního dne. Díky kontaktním pracovníkům a jejich doprovodu pak také mohou například vstoupit do spolupráce s dalšími službami, které by jinak nemuseli mít odvahu oslovit či které by je nemuseli chtít přijmout. Další výhodou je také to, že kromě lidí z drogové scény se dostávají do kontaktu i s těmi, kteří stojí mimo ni, a mohou se tak stát pojítkem s majoritní společností.

Kontaktní práce vychází ze dvou principů, z principu „harm reduction“ (snižování rizik) a „základních lidských práv“ (human rights). Harm reduction filosofie a následně i programy a služby vychází z přijetí faktu, že v každé společnosti část lidí psychoaktivní látky užívá a mnoho z nich přitom není ve fázi, kdy by to chtěli či mohli změnit. Na harm reduction zaměřené služby se proto zabývají snižováním rizik u aktivních uživatelů drog. v současné době se také hovoří o harm reduction u uživatelů alkoholu. Principy harm reduction nevyvrací, že je třeba, aby byla uživatelům drog dostupná kvalitní léčebná zařízení. Ve své praxi však vychází z toho, že mnoho lidí nemůže nebo nemá zájem institucionální léčbu podstoupit a zároveň velká část lidí, kteří psychoaktivní látky užívají, léčbu nepotřebuje. Filosofie harm reduction proto akceptuje, že užívání drog do jisté míry k lidské společnosti patří. Soustředí se na ta rizika, která může užívání psychoaktivních látek přinášet a která lze minimalizovat, což se z hlediska kontaktní práce považuje za reálnější a přínosnější alternativu, než je boj proti drogám a snaha o jejich úplnou eliminaci (Hunt, 2003). Mezinárodní asociace pro harm reduction uvádí, že tyto koncepce,

programy a činnosti směřují primárně k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek, aniž by nutně docházelo ke snižování jejich spotřeby (IHRA, 2010). Harm reduction cílí na pozvolnou pozitivní změnu. Konkrétně se pak může jednat o distribuci injekčních stříkaček a zdravotnického materiálu, informování o zásadách bezpečnějšího užívání, distribuci kondomů, odborné sociální poradenství v terénu, či informační servis v různých oblastech spojených s užíváním psychoaktivních látek.

Koncept základních lidských práv („human rights“) je v tomto kontextu velmi důležitý, protože lidé užívající drogy mají stejná práva jako ostatní. Mnohdy se však setkávají s jednáním, které tomu neodpovídá. Jedná se především o právo na co nejvyšší možnou úroveň zdraví, právo využívat sociální a zdravotní služby nebo právo na zaměstnání. Tento koncept by se měl odrazit v respektu k důstojnosti každé lidské bytosti a ve vystupování proti nelidskému a ponižujícímu zacházení.

Základem, na němž kontaktní práce staví, bývá výměnný program injekčních stříkaček a distribuce zdravotního a dalšího materiálu sloužícího k bezpečnějšímu užívání. Kontaktní práce by měla zahrnovat možnost základního zdravotního ošetření a informace o možnostech bezpečnější aplikace, psychoaktivních látkách a různých rizicích, s nimiž se jejich uživatelé mohou setkat. Kromě tohoto harm reduction základu by praxe měla zahrnovat také poskytování psychické podpory, práci s motivací a velmi dobrou znalost návazné sítě s možností sociální asistence ve chvíli, kdy daný člověk projeví zájem něco změnit.

Kontaktní práce má nejčastěji podobu práce „tady a teď“. Mnohdy se jedná o rychlé intervence a reakci na to, co konkrétní člověk aktuálně přináší. To klade nároky na kompetence kontaktního pracovníka a jeho schopnost vést rozhovor, zájem o lidi, aktivní přístup, flexibilitu a schopnost pohotově reagovat a rychle se orientovat v nových situacích. Velmi důležitá je také schopnost práce v týmu. Pracovníci by měli mít možnost účastnit se týmové intervize a externí supervize, aby mohli reflektovat zvolené postupy

a zažité situace a tím profesně růst a učit se jednat v nových situacích a etických dilematech.

Nedílnou součástí kontaktní práce by mělo být aktivní oslovování potenciálních uživatelů drog a lidí, kteří se pohybují v místech, kde se mohou koncentrovat lidé z drogové scény – často například personálu nádraží, obsluhy hudebních klubů, personálu veřejných toalet, non stopů či heren. To pak vede ke zmapování drogové scény a prohloubení znalosti o ní. u terénní práce pak aktivní vyhledávání kontaktu napomáhá k vytipování časů a míst, kdy a kde je dobré se v rámci konkrétního města pohybovat a nabízet či poskytovat služby. Vhodné je také využití informací a zkušeností aktivních uživatelů drog získaných jednak rozhovorem a dále prostřednictvím jejich „průvodcování“. Tím jsou míněny doprovody na místa skryté drogové scény (zahrádkářské kolonie, squaty), tak aby bylo možné si zde vybudovat důvěru a získat možnost pravidelného přístupu. v kontaktním centru je vhodné využívat znalosti a informace od uživatelů drog, které mohou obohatit ostatní. To znamená považovat jejich zkušenost za rovnocenný zdroj vědění a umět ho dále zprostředkovat ostatním. To mohou být například informace o aktuálním dění na drogové scéně, o rizicích a nových látkách na černém trhu, o možnostech bezplatného občerstvení, nabití telefonu, možnostech (nejen) nízkoprahového zaměstnání nebo tipy na bezplatné trávení volného času.

Vzhledem k potřebám uživatelů drog je pro kvalitní kontaktní práci také důležité spolupracovat s dalšími subjekty nabízejícími ošetření základních lidských potřeb, jako je možnost bezplatného nebo finančně dostupného noclehu, ošacení, potravin a hygienických potřeb. Své místo zde má také propojení se zdravotnickými zařízeními a službami, jakými jsou zdravotní ošetření, bezplatné léky, obvodní lékař a specialisté, jako například gynekolog, zubař, kožní nebo venerolog. i k tomu lze využít zkušenosti uživatelů drog, kteří mohou přinášet informace o tom, kde se setkali s předsudky a kde naopak s profesionálním jednáním.

Jedním z rizik, které se v souvislosti s tímto typem sociálních služeb systematicky objevuje,

je určitá nezkušenost pracovníků. Lidé, jež v těchto službách působí většinou ještě studují nebo jsou čerstvými absolventy bez zkušeností, což může mnohdy limitovat rozvoj služeb i kvalitu intervencí. Tito pracovníci se sice v kontaktní práci postupně profesionalizují a získávají další odbornost i zkušenosti, po jejich nabytí však často směřují do poradenských či terapeutických služeb, a tak je nutné nabírat neustále nové pracovníky. Profesní zralost je přitom důležitá nejen při práci s etickými dilematy a v náročných situacích. Společenská prestiž a postavení kontaktních pracovníků i v rámci jednotlivých organizací nejsou zrovna vysoké, což se často promítá i do platového ohodnocení. To se tak stává dalším důvodem pro odliv profesionálů do dalších oblastí práce s cílovou skupinou. Situace, kdy jsou na pozicích kontaktních pracovníků zaměstnáváni mladí lidé s malou profesní zkušenostní, však mohou přinášet i své výhody. Větší otevřenost novým přístupům, menší rigidita a blízkost uživatelům například prostřednictvím věku nebo způsobu života může vytvářet zajímavou dynamiku. i v rámci kontaktní práce by měly být zohledněny přístupy ke specifickým skupinám uživatelům drog, jako jsou těhotné ženy, rodiče a další lidé pečující o nezletilé, Romové, LGBT komunita, senioři a další. Těmto tématům se budeme samostatně věnovat v kapitole Specifika práce s vybranými cílovými skupinami.

Kontaktní práce by měla vycházet ze zkušeností lidí, jichž se užívání psychoaktivních látek nejvíce týká, reagovat na změny na drogové scéně a aktivně od uživatelů drog získávat informace, které budou následně využity k úpravě poskytovaných služeb (například míst, kde se pohybovat, časů, kdy být k dispozici nebo v reakcích na různé trendy).

Své místo zde má také síťování, protože kontaktní pracovníci by měli být schopni odkazovat a za ideálních podmínek je do různých návazných služeb a institucí i doprovázet. Ve chvíli, kdy je klient motivován ke změně, je třeba flexibilně reagovat, protože jejich situace, nastavení a naladění se zpravidla velice rychle mění. Pokud z kapacitních či jiných důvodů není možné doprovody realizovat ve chvíli, kdy během kontaktní práce tato potřeba vyvstane, je nutné být dobře obeznámen s místem, kam dotyčného člověka odesíláme. Zejména vědět, jak to bude na místě probíhat, kdo se bude

danému člověku věnovat a obecně se pokusit situaci dotyčnému co nejvíce zpřístupnit. Dále se metodice síťování podrobně věnuje druhá část této publikace.

Kompetence pracovníka: schopnost vstupovat do kontaktu, asertivita, schopnost vedení rozhovoru, práce s motivací, znalost harm reduction, orientace v sociálně-právní problematice, orientace v místní síti sociálních, právních a zdravotních služeb

Doporučené materiální zabezpečení: prostor pro výměnu injekčního materiálu, harm reduction materiál, prostor pro zdravotní ošetření, konzultační místnost, kontaktní místnost, sprcha, WC, internetové připojení a PC pro klienty, nápoje a drobné občerstvení, informační materiály

Příklad z praxe:

Kontext: Kontaktní práce s klientem pohledem terénní pracovnice a následný popis kontaktu optikou klienta, terénní služba s využitím dodávky.

Role: klient Marek a terénní sociální pracovnice Dáša

Marek za námi přichází na stálé kontaktní místo. Jsme s kolegou na večerní službě s dodávkou v sociálně vyloučené lokalitě, pořád však relativně v centru města a celkem na očích. Chodívá sem za námi dost lidí, klidně i víc, než potkáme přes den na pochůzce po městě. Někdy tak nastávají situace, kdy během výměny injekčních stříkaček a vydání harm reduction materiálu sotva stihneme s klienty prohodit pár slov.

S takovou zakázkou za námi ten večer přichází i Marek. Je naším klientem zhruba rok. Když přišel poprvé, bavili jsme se hlavně o tom, jak dlouho, jak často aco užívá. Krátce jsme se mu představili a vyložili, co může naše služba nabídnout. Od té doby za námi občas chodil především pro výměnu stříkaček a související harm reduction materiál.

To vše ale zjišťuji až po návratu do kanceláře, při zápisu výkazu z terénu. Ve chvíli, kdy mě Marek přes okénko žádá o dvě čisté, ho znám jen od vidění. Nevybavuji si jeho příběh ani žádné zápisy ve složce nebo intervizi, kde bychom se mu věnovali. Proto se ptám, co

dalšího by ještě potřeboval. Marek má přehled o tom, jaký materiál vydáváme, a vyjmenovává, čeho se mu momentálně nedostává.

Chystám materiál z kapes tašky uložené mezi sedačkami v autě a při tom se Marka ptám, jak se mu dnes daří a co je u něj nového. o materiálu a jeho používání očividně přehled má, tedy nemá cenu to opakovat, a není ani co čerpat z minulých kontaktů. Chci mu tedy dát prostor probrat, co aktuálně řeší.

Ukazuje se, že Marek momentálně bere pervitin spíš příležitostně, hlavně z nudy, ale nemá na to moc peněz, protože ho z velké části živí rodiče. Když se ptám na práci, Marek se rozpovídá o tom, že je zvyklý pracovat, ale momentálně je na úřadu práce a nedaří se mu dělat to, co by chtěl.

Když rozebírá své dosavadní zkušenosti, nabídne mu kolega, ať si jde sednout za námi dozadu do dodávky. Okolnosti se zdají nakloněny rozhovoru, nikdo další zrovna u okýnka nečeká a také Marek vypadá, že ho to zaujalo.

V dodávce se dostáváme i k tématu chybějících přátelských vztahů. Nakonec se ale vracíme k práci, rozebíráme různé varianty. s možnostmi, na koho se ve svém okolí obrátit přichází Marek nakonec sám. My přidáváme tip, na kterou službu se obrátit pro pomoc s hledáním zaměstnaní a teoreticky i pro výuku angličtiny kvůli práci v zahraničí. Marek se ještě na chvíli zamýšlí, pak se zeptá na čas, ověří si, že má u sebe všechen potřebný injekční materiál a loučí se s námi.

S Markem se následně potkali kolegové a zeptali se ho na minulé setkání. Přepsali si, jak ho popsal:

„*Setkávání s teréňáky je dobré, rád si s váma vykládám. Ale do služby, kde se hledá práce, bohužel docházet nemůžu, protože tam chodí moji rodiče. Takže si to nakonec budu řešit sám a jinak. Kolegyně se mě vyptávala, co bych potřeboval. Byla hodně ochotná, ale toto si chci prostě vyřídit sám. Když budu ale potřebovat něco jinýho, určitě bych za váma došel, rád si s váma povídám.***"**

Reflexe pohledem pracovnice:

„Pokud bych měla shrnout, kam nás kontaktní práce zavedla, tak kromě původní distribuce HR materiálu se přirozeně otevřel prostor i pro další témata, a to přestože jsem Marka a jeho situaci skoro neznala. v tom vidím sílu kontaktní práce. Umožňuje pracovat i s lidmi, s nimiž není navázána dlouhodobá spolupráce a se kterými nenavazujeme na nám známý příběh. Zároveň je možné při práci těžit z toho, že s každým podobným kontaktem služba jako celek posiluje se svými uživateli vzájemnou důvěru, i bez ohledu na to, že se pracovníci i klienti v terénu střídají."

Nabídka sociálního pracovníka nemusí být v danou chvíli upotřebitelná a rozhovor nemusí vyústit v praktický krok či posun. Větší roli v tu chvíli hraje zájem pracovníka, chuť komunikovat a pomoci či poradit. Kontaktní práce pak slouží právě k vytvoření důvěry v to, že až klient bude chtít něco řešit nebo se dostane do potíží, může se na pracovníky obrátit. Smysl kontaktní práce tedy vidím právě v tom „být v kontaktu" a vytvořit vstřícnou a důvěrnou atmosféru pro další spolupráci.

Streetwork

Klíčová slova: *terénní sociální práce – harm reduction – kontaktní práce – drogová scéna*

Streetwork neboli terénní sociální práce (TSP) je formou kontaktní práce, kdy pracovníci působí přímo v prostředí cílové skupiny. Poskytují pomoc a podporu prostřednictvím servisu harm reduction (výměny injekčního materiálu, poradenství v oblasti zdraví a bezpečnějšího užívání drog), distribuují zdravotnický materiál, případně provedou drobná ošetření, poskytují sociální poradenství a pomoc při řešení nepříznivých životních událostí. Dále doprovázejí do dalších institucí, ať už ve smyslu běžných záležitostí, jako je například vyřizování osobních dokladů, nebo doprovodu do zdravotnických zařízení. Terénní pracovníci jsou často nositeli prvního kontaktu se sociální službou a zprostředkovateli důležitých informací (např. varování při výskytu nebezpečné látky na černém trhu a podobně).

Podmínky vykonávání terénní sociální práce jsou vymezeny Zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Služba je poskytována bezplatně a anonymně.

Terénní sociální pracovníci a pracovnice se primárně pohybují na tzv. otevřené drogové scéně (ODS), tedy v místech, kde se uživatelé služby obvykle vyskytují. Ve městech jsou to často veřejné prostory s vysokou fluktuací lidí (nádraží, uzly hromadné dopravy, prostranství před obchodními centry…). Ty poskytují určitou anonymitu a zároveň vytváří síť kontaktů nutnou pro zajištění každodenních potřeb. Dalším takovým prostorem jsou naopak opuštěná (a zároveň dobře dostupná) místa vhodná k aplikaci drog a naplnění některých osobních potřeb (odpočinek, hygiena…). Ve smyslu anonymního poskytování služby by terénní sociální pracovníci měli být rozeznatelní výhradně pro uživatele služby, příliš nepřitahovat nežádoucí pozornost okolí a snažit se nebýt prostředkem k identifikaci uživatelů služby a z toho plynoucích problémů (pozornost policie a podobně). Typickým rozpoznávacím znakem obvykle bývá zdravotnický plastový kontejner na použitý infekční materiál. Většina uživatelů a uživatelek služby TSP „své“ streetworkery pozná a pracovníci

obvykle rozpoznají jedince a skupiny, jimž službu nabízejí. Společně vytvářejí nepsaný rytmus ulice, v němž se obě strany bezpečně vyznají a který může být pro kolemjdoucí zcela neviditelný.

Tým terénních pracovníků tvoří obvykle dvojice, což zajišťuje vyšší komfort a vzájemnou podporu v náročných situacích. Na genderovém složení páru nezáleží v případech krátkých intervencí. Pro bližší kontakt, a zvláště pak v situacích, kdy se jedná o ryze osobní a citlivá témata, se možnost volby mezi mužem a ženou jeví jako výhodná. Vzhledem k náročnosti obsazování služeb v terénu však není vždy možné takovou dvojici sestavit. v sociálních službách a obecně v pomáhajících profesích je větší zastoupení žen. Vstupovat do výběrového řízení na volné místo v týmu terénních pracovníků jako muž tak s sebou předem nese jistou výhodu a v praxi je pak běžné, že při výběru má větší šanci na přijetí průměrně zdatný muž před ženou s nadprůměrnými předpoklady pro zvládání dané profese.

V následujícím textu budou uvedeny zkušenosti z praxe vždy pohledem terénního pracovníka a uživatele služby. Jde o krátké, autentické reflexe, které doplňují teorii metody o praktické zkušenosti. Pro přehlednost a lepší představitelnost je necháváme v textu vždy bezprostředně za zmiňovanou problematikou.

Lucie, streetworkerka: „Když je potřeba s někým probrat náročnější situaci, většinou se s kolegou a klientem rychle gestem dohodnem, ským chce raději mluvit. Někteří klienti mají svoje oblíbený teréňáky a jdou třeba rovnou za nimi. Třeba proto, že už jejich příběh znají a nemusí podrobnosti znovu popisovat“.

Karel, klient: „Když je v terénu Mirča, vždycky se s ní zastavím na pokec. Má dready, má ráda psy a jezdí na techno. Máme toho hodně společnýho, klidně bych se jí svěřil.“

Některé intervence bývají krátké, zvláště pokud se jedná pouze o výměnu použitého injekčního materiálu. Jiné (poradenství, krizová intervence, ošetření…) naopak vyžadují více času, případně klidnější prostor v rámci možností nejbližšího okolí. Pokud to situace

umožňuje, měl by vždy jeden z dvojice zajišťovat krátké intervence v době, kdy se druhý věnuje komplikovanější situaci.

Některým uživatelům služby nevyhovuje kontakt na veřejných prostranstvích a preferují více soukromí. v takových případech se terénní pracovníci s uživatelem přesouvají na klidnější, méně nápadné místo (boční ulice, podchody, vzdálenější parky…) nebo si s uživateli služby domluví sraz. Streetworkeři se snaží vždy vyjít vstříc potřebám jednotlivých uživatelů služby tak, aby pro ně byl kontakt co nejpohodlnější a nejbezpečnější. Streetworkeři pracují ve venkovním prostoru a nemohou nijak ovlivnit, kdo a kdy k nim přichází, nemají čekárnu ani pořadové lístky. To vše vyžaduje dobrou schopnost improvizace, pohotovost a schopnost organizovat větší množství lidí na jednom místě. Někdy je potřeba zvládnout velkou skupinu lidí, a to pokud možno v klidné atmosféře bez zbytečného dohadování a direktivního tónu. Samozřejmě to sebou nese i velké nároky na schopnost spolupráce ze strany lidí, kteří služby streetworkerů využívají. Těžko bychom si představili, že by podobné spolupráce byli schopni lidé na poště nebo u benzinové pumpy.

Martin, streetworker: „Někdy se kolem nás utvoří hrozen lidí, fronta na výměnu a třeba zabereme celou ulici. Snažíme se chumel posunout někam ke kraji a co nejrychleji všechny odbavit. Hodně lidí si chce jenom rychle vyměnit a jít. Je to často nepříjemnej chaos.“

Jana, klientka: „Nejsem ráda, když mě vidí lidi, jak si měním stříkačky. Někdy tam jdou třeba s dětma, a to je mi fakt nepříjemný. Na káčko chodit nechci, bojím se, že by mě mohl někdo potkat a jak bych to pak vysvětlovala. Většinou řeknu teréňákům, ať se mnou jdou do vedlejší ulice nebo do pasáže. Akorát to někdy trvá, protože cestou potkaj dalších desetfeťáků.“

Vedle působení na obvyklých místech otevřené drogové scény je významnou pracovní náplní streetworkerů aktivní vyhledávání uživatelů služby a monitorování jednotlivých částí města. v mnoha případech probíhá spolupráce se sociálními odbory

a protidrogovými koordinátory jednotlivých měst nebo městských částí a streetworkeři se účastní například procesu komunitního plánování nebo figurují jako poradní hlas při stanovování koncepce bezpečnostních strategií jednotlivých municipalit. To může mít dvojí efekt. Pokud je vedení města nakloněné spolupráci a systémovým řešením, může mít úloha streetworkerů pozitivní efekt v řešení jednotlivých případů a přispět k celkové pozitivní změně. Zároveň mohou být informace ze zpráv z monitoringu zneužity jako nástroj represe, například při vyhánění lidí z opuštěných objektů nebo oblastí, které byly doposud skryté před pozorností okolí. Proto je vždy na místě dobře zvážit, jaké informace podávat, tak aby byla v maximální možné míře poskytována ochrana uživatelům služby.

Místa, kam se TSP vydávají, jsou zpravidla vytipována předem a rozpoznávána na základě typických znaků. Jedná se především o odlehlá zákoutí, opuštěné industriální objekty nebo zalesněná území. Někdy je znakem místa, kde s velkou pravděpodobností potkáme člověka nebo skupinu lidí, kteří využijí služby TSP, typický antropogenní nános (velmi často v případě tzv. „tranzitních“ míst, kde je hlavním smyslem rychlá aplikace drogy či poskytnutí sexuální služby). Jindy je místo pečlivě uklizeno a dobře skryto (na místech, kde se lidem daří dlouhodobě bezpečně přespávat). TSP se při této činnosti dostávají prakticky až do

„obýváků“ uživatelů služeb a v tomto duchu také jednají s respektem a opatrností, aby nebylo narušeno soukromí někoho, kdo o to právě nestojí.

Lucie, streetworkerka: „Když vcházíme do objektu, kde si myslíme, že někdo bude, snažíme se dělat trochu hluk, abychom někoho nevylekali nebo ho nezastihli v nějaký citlivý situaci. Už od vstupu halekáme: ‚Dobrý den, bydlí tady někdo?‘ nebo , Ahoj, tady teréňáci!‘. Když tam někdo fakt je, rychle vysvětlíme, kdo jsme a co můžeme nabídnout.“

Lukáš, klient: „Byl jsem trochu překvapenej, když sem káčkaři poprvé vlezli. Většina návštěv neklepe a neptá se, jesli můžou dál“.

Řada terénních programů zajišťuje také službu sjednání schůzky prostřednictvím telefonu.

To je vhodné zejména pro uživatele na tzv. „uzavřené“ drogové scéně. Někteří lidé využívající služeb TSP nemohou nebo nechtějí vzhledem ke své situaci (zdravotní stav, obava o bezpečnost, potřeba nebýt identifikován v rámci otevřené drogové scény) využít služeb kontaktních center nebo kontaktu na běžných místech. Často také v těchto případech jednotlivci zajišťují služby (výměna materiálu) pro velkou skupinu dalších lidí, pro které je kontakt s pracovníkem zatím nekomfortní (národnostní menšiny, pracovnice a pracovníci v sexbyznysu…). Velmi se také osvědčuje působení tzv. „peer“ pracovníka (člověka s vlastní zažitou nebo aktuální zkušeností s užíváním drog) v týmu terénního programu. Takový člověk je zdrojem cenných informací (kvalita drog, výskyt nebezpečné látky na černém trhu…). Zná také dobře uzavřenou drogovou scénu, její dynamiku a zároveň může některé služby poskytovat v případech, ke kterým se ostatní pracovníci nemohou dostat. Třeba právě pro exkluzivitu některých informací nebo z nedostatku důvěry ve vztahu mezi pracovníkem a uživatelem služby.

Martin, streetworker: „Díky několika lidem jsme v kontaktu s místy – byty, kde se uživatelé často scházejí, někdy jsou to místa, kde se odehrává i nelegální činnost. Naše přítomnost tam není žádoucí a ani my stěma věcma nechceme být přímo konfrontovaní. Často se tam taky objevují klienti, kteří nejsou v kontaktu s žádnou pomáhající službou nebo je to jejich první kontakt. Výměna jehel, zdravotnický materiál a informace se tak můžou dostat i k lidem, který by jinak sítí úplně propadli.“

Kristýna, klientka: „Měním na telefon tak jednou dvakrát do měsíce. Někdy je to i tisícovka stříkaček najednou. Kdybych to měla nosit na Káčko, tak nevím, jak bych to dělala. u nás na bytě se protočí spousta lidí. Když to jde, poradím třeba i s dalšíma věcma nebo dávám kontakt na teréňáky a na káčko.“

Dobře se také osvědčuje TSP vykonávaná v nočních hodinách. Některá místa jsou typická právě nočním životem, jindy může jít o okolí nočních podniků či klubů. Na některých místech dochází během noci k větší koncentraci lidí poskytujících sexuální služby případně též užívajících psychoaktivní látky. Během noci také uživatelé nemají možnost

využít služeb kontaktních center a běžné sítě lékáren pro nákup injekčního materiálu. Realizaci terénního programu v noci komplikují odlišné požadavky na tzv. Bezpečnost a ochranu zdraví při práci (BOZP) a vyšší mzdové náklady uzákoněné pro práci v noci. Ty jsou pro neziskové organizace poskytující HR služby často limitující nebo jsou vnímány jako neefektivní vzhledem k nižšímu počtu kontaktů během nočního provozu.

Lucie, streetworkerka: „Ve večerních hodinách se scéna dost proměňuje. Někdy se to přesune, na některých místech potkáváme lidi pravidelně, jinde je to otázka náhody. Tady na náměstí je to propojený se sexbyznysem. Holky si berou kondomy, někdy stříkačky pro sebe nebo pro někoho dalšího. Myslím, že nás rádi potkaj, ale je to úplně jinej kontakt než s lidma přes den. Jsou v práci a nemůžou se moc vybavovat."

Leila, klientka: „Já si nepíchám, ale občas se mě někdo z holek zeptá, jestli nemám čistou, tak si je beru. Já jsem ráda za kondomy, a když je navíc gel, je to luxus!"

Okrajovým, ale poměrně významným a nezbytným prvkem terénní sociální práce je neustálá osvěta směrem k veřejnosti v každodenním běžném sociálním kontaktu. To obnáší například stále se opakující vysvětlování (a obhajování) smyslu TSP, aktivity upozorňující na nevhodné chování ze strany policie. Stejně jako některých médií, která často parazitují na tíživých lidských příbězích vytržených z kontextu a přispívají tak ke zkreslení obrazu uživatelů drog, tabuizaci tématu, zvýšení obav z těchto lidí a často až k morální panice ve společnosti. Díky širokým souvislostem, které mají terénní sociální pracovníci možnost zažívat, mají také dobrou výchozí pozici pro obhajování práv a prosazování zájmů marginalizovaných skupin a jednotlivců, posilování jejich vlastních kompetencí a vytváření bezpečného prostředí pro důvěru a spolupráci.

Výhodou sociální práce v terénu je atmosféra, kdy jsou TSP přímou součástí dění v ulicích, což vede k větší důvěře mezi těmi, kdo pomoc poskytují a těmi, kteří ji přijímají. Společně prožívaná každodennost také umožňuje jasnější vhled do souvislostí, a tím i bližší pochopení situace uživatelů služeb. Podstatný je také moment sdílení v čase a prostoru (počasí, svátky, mimořádné události…), nebo fakt, že jsme pomyslně házeni do stejného

pytle (šikana ze strany policie, slovní i fyzické útoky veřejnosti), který přináší vyrovnanější vztah a pro některé uživatele služeb může znamenat dobrou zkušenost a následné odhodlání k bližší spolupráci. Rizikem práce v terénu je výrazná zranitelnost pracovníků v prostředí, ve kterém sami neurčují pravidla, na rozdíl od kolegů v kontaktní práci v kamenných centrech. Praxe TSP také klade vysoké nároky na zvládání mimořádně náročných situací, schopnost improvizace, nutnost vyrovnávání se s etickými dilematy, přijetí jisté beznadějnosti sociální reality některých lidí i celých společenských skupin. Častá je také frustrace v momentech, kdy selhává spolupráce s dalšími institucemi. Všechny tyto těžkosti pomáhá překonat dobré formální nastavení služby, dostatečné platové ohodnocení, kvalitní supervize (týmová i individuální) a možnosti dalšího vzdělávání. Na neformální úrovni pak přátelské vztahy v týmu, a především přesvědčení o smysluplnosti práce v terénu.

Kompetence pracovníka: schopnost vstupovat do kontaktu, asertivita, schopnost vedení rozhovoru, práce s motivací, znalost harm reduction, znalost města a míst, kde se uživatelé drog přirozeně pohybují, orientace v sociálně-právní problematice, orientace v místní síti sociálních, právních a zdravotních služeb

Doporučené materiální zabezpečení: brašna s harm reduction materiálem a kontejner na infekční materiál, vhodné oblečení a obuv, telefon, informační materiály

Sociální poradenství

Klíčová slova: *základní sociální poradenství – odborné sociální poradenství – motivační rozhovory – fáze rozhovoru – uživatel drog – osoba blízká*

V České republice je sociální poradenství zakotveno v Zákoně o sociálních službách 108/2006. Podle tohoto zákona dělíme sociální poradenství na základní a odborné:

"Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit."

Odborné sociální poradenství je pak vázáno na konkrétní typ sociální služby. Dle Zákona o sociálních službách je definováno takto:

„Je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností."

Mezi základní činnosti odborného sociálního poradenství patří: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, informační servis, sociální práce (včetně zprostředkování a asistence), sociálně terapeutické činnosti, individuální poradenství (pro klienty, pro rodiče a osoby blízké), telefonické, písemné a internetové poradenství, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů klientů a při obstarávání osobních záležitostí, práce s rodinou, krizová intervence (osobní, telefonická).

Sociální poradenství můžeme rozlišit i podle oblastí, kterým se v jeho průběhu věnujeme. Poradenství může být orientované na vnitřní a interpersonální problémy jedince, pak

hovoříme o poradenství psychologickém. Dále může být zaměřeno na problémy v právní oblasti. Tam se nejčastěji jedná o poskytování informací o zákonných právech a povinnostech a pomoc při jejich naplňování. Dále může být poradenství zdravotní, kdy se zaměřujeme na konkrétní informace a rady v oblasti specifických nemocí nebo obecně životního stylu a jeho dopadů na zdravotní stránku člověka. Poslední oblastí je tzv. praktické životní poradenství. Sem spadají témata, jako je bydlení, práce, trávení volného času a podobné.

Poradenství bývá nejčastěji definováno jako *„profesionální vedení jedince s využitím psychologických poznatků.“* Dle Hartla (in Matoušek, 2003) je poradenství nejčastěji poskytováno formou osobního rozhovoru, zaměřeného na zjišťování zájmů, schopností a nadání daného člověka. Mělo by se jednat o partnerský rozhovor, v němž je kladen důraz na jedinečnost daného člověka a na jeho specifické potřeby a pohled na svět. Cílem poradenského rozhovoru je snaha o zmocňování a posilování kompetencí jedince. Konceptu zmocňování (empowerment) a participace uživatelů služeb se v posledních letech v oblasti služeb pro uživatele drog dostává větší pozornosti. Jde o přístup, který pomáhá lidem převzít moc a kontrolu nad svými životy. Janebová (2014) o něm hovoří jako o *„podpoře schopnosti klientů ovlivňovat lidi, organizace a prostředí, které působí na jejich život, získávat a rozvíjet moc a kontrolu nad svým životem a životem jejich komunity.“*

Nejen v souvislosti s konceptem zmocňování je důležité respektovat v průběhu poradenského rozhovoru jedinečnost každého člověka a to, že klient sám je považován za experta na svoji vlastní životní situaci a zodpovědnost za jeho rozhodnutí a život zůstává v průběhu poradenského rozhovoru v jeho rukou. Poradce přináší do rozhovoru užitečné praktické informace a provází klienta procesem uvědomování jeho vlastních potřeb a přání.

Sociální poradenství může mít i jednorázový charakter a nemusí se při něm jednat o systematickou práci s klientem či jeho případem. v praxi adiktologických služeb je tato forma sociálního poradenství typická například v nízkoprahových centrech, když klient

přichází skonkrétní zakázkou, jako je například výměna použitého injekčního materiálu. v takových případech je žádoucí, aby pracovník připojil i informace o zásadách harm reduction (HR) a bezpečné aplikaci. v takovém případě se jedná o jednorázové odborné sociální poradenství ve zdravotní oblasti, které má spíše informační charakter.

V poradenské činnosti je rovněž velmi důležité mít přehled o dalších službách a možnostech pro lidi v obtížné životní situaci, které jsou v dané oblasti dostupné. Při práci s lidmi, kteří užívají drogy, se jedná také o vhodné možnosti léčby, ať už ambulantní nebo pobytové. v ideálním případě by měl mít poradce vytvořenou spolehlivou síť profesionálů a přehled o tom, jak které zařízení se svými klienty pracuje. Nezřídka se stává, že je k lidem, kteří užívají drogy, přistupováno s despektem, což prohlubuje jejich vnitřní pocity bezmoci a snižuje motivaci ke změně. Pokud poradce odkáže svého klienta na takové místo, může to mít negativní dopad na důvěru klienta v pracovníka a nežádoucím způsobem ovlivnit další spolupráci. Pokud pracovník ví, že klienta odkazuje na místo, kde hrozí podobné chování, je dobré na to dotyčného předem upozornit a připravit se s ním na různé nepříznivé scénáře, které mohou nastat.

Specifika pro uživatele drog

Sociální poradenství v oblasti drog a závislostí je v sociální práci využíváno napříč službami. Nejčastěji se s ním setkáváme v terénních programech, kontaktních a poradenských centrech.

Do cílové skupiny v této oblasti patří lidé se závislostním chováním s různou úrovní motivace, očekávání a požadavků na poradenské služby. Dále sem také patří rodinní příslušníci, přátelé či známí, jichž se návyk dotyčné osoby nějakým způsobem dotýká. Tomu je třeba poradenský rozhovor vždy přizpůsobit. Je dobré mít na paměti, že klientem je právě ta osoba, která k nám přichází, a to i v případě, že se její problémy vztahují k někomu jinému.

Odborné sociální poradenství v adiktologických službách směřuje nejčastěji k naplnění

následujících cílů:

1) Klient ví o možnostech řešení své situace a zná důsledky svého jednání:

- ví o možnostech léčby a následné péče;
- uvědomuje si rizika spojená s užíváním psychoaktivních látek;
- uvědomuje si benefity spojené se změnou závislostního chování (od kontrolovaného užívání až k abstinenci).

2) Klient má přehled o návazných službách:

- ví, jaké další služby může oslovit pro pomoc a podporu ve změně své situace.

3) Klient má schopnosti a dovednosti potřebné k samostatnému řešení životních situací:

- za podpory pracovníků služby si klient domlouvá účast v návazných službách;
- samostatně jedná;
- uvědomuje si nutnost vlastního aktivního zapojení ke změně své situace.

Odborné sociální poradenství v adiktologických službách v kontaktu s osobou blízkou směřuje nejčastěji k naplnění následujících cílů, kdy se blízký člověk orientuje ve vlastní situaci:

- ví, jak komunikovat se svým blízkým;
- ví, jak nastavovat pravidla a jak je vyžadovat;
- ví, jak pečovat a podporovat sebe i své blízké sociální okolí.

Fáze poradenského rozhovoru

1. fáze: Průzkum situace klienta, kde se klient nachází nyní, od čeho začít, jaký pohled chybí v jeho nahlížení na problém, co již vyzkoušel, zjištění přání a představ.

2. fáze: Pojmenování cílů, kde chce klient být, zkoumání možných cílů, volba cílů, vybrání konkrétního cíle.

3. fáze: Plánování akce, jak se tam klient dostane – plánování postupných kroků, zvažování různých možností, jejich provádění.

4. fáze: Uzavření rozhovoru – zhodnocení rozhovoru, jeho užitečnosti pro klienta, rozloučení.

Poradenský rozhovor

Základním východiskem při práci s lidmi se závislostním chováním je zaměření se na aktuální stav. Ten je možné zjistit jednak z rozhovoru a dále také pouhým pozorováním. Dobré je také dbát na subjektivní dojmy uživatele, jeho prožívání a zohledňovat i jeho aktuální možnosti a limity vyplývající z jeho životní situace. Je dobré si uvědomit, že samotné užívání návykových látek nemusí být předmětem poradenského rozhovoru. Lidé se závislostním chováním, stejně jako kdokoliv jiný, mají řadu různých potřeb. Je velmi důležité respektovat to, s čím k nám dotyčný uživatel služby přichází a nepředkládat problémy a řešení problémů, na něž není připravený nebo je sám za sebe ani jako problémové nevnímá.

U uživatelů návykových látek je důležité pracovat s motivací ke změně a respektovat její momentální úroveň. Základní dovedností pomáhajících pracovníků při práci s lidmi, kteří užívají návykové látky, je technika motivačních rozhovorů. Jedná se o poradenský přístup, který se zaměřuje na podporu a rozvíjení vnitřní motivace ke změně.

Motivační rozhovory respektují právo na sebeurčení a právo na svobodné rozhodování. Je to uživatel služby, komu je předávána odpovědnost za volbu, chování i případnou změnu.

Pracovník prostřednictvím „způsobu bytí s klientem“, který zahrnuje atmosféru vzájemné rovnosti, projevy lidského soucitu, nekonfrontační přístup a empatické přijetí, s použitím specifických dovedností a principů podporuje jeho vlastní zdroje. Snaží se zvýšit klientovo vnímání vlastních schopností a dovedností a pomáhá mu s orientací v prioritách.

Motivační rozhovory lze vnímat jako eklektický komunikační přístup, jako poradenský přístup, či ve své komplexní podobě jako integrativní psychoterapeutický směr.

Předpokladem k úspěšné práci s motivací je:

- schopnost empatického reflektivního naslouchání;
- porozumění vnitřním motivačním silám klienta;
- podpora jeho sebedůvěry, vlastních schopností a zodpovědnosti za své chování;
- trpělivost a schopnost plného přijetí klienta.

Podstatným atributem je:

- respekt práv klienta – právo na autonomii a právo na svobodné rozhodování;
- respekt samostatné volby zároveň s jasným zaměřením společné práce a vědomím cíle.

Na průběh poradenského rozhovoru může mít také významný vliv to, v jakém prostředí se rozhovor odehrává. Pro skupinu uživatelů drog je typické, že poradenství probíhá v nestandardních podmínkách, jako je třeba ulice nebo společná místnost kontaktního centra, kde není dostatek soukromí a klidu na strukturované sociální poradenství. To klade vysoké nároky na schopnosti pracovníka. Rozdílná je také míra aktivity pracovníka a uživatele služby. Je typické, že při kontaktní práci v terénu bývá pracovník ten, kdo je aktivnější a do rozhovoru vtahuje klienta. Obdobně tomu bývá i při práci v kontaktním centru. v poradenském centru bývá naopak klient ten aktivnější, neboť přichází s konkrétní zakázkou. Zázemí poradenského centra také nabízí prostor pro strukturovanější a hlubší práci.

Poradenský rozhovor s rodinnými příslušníky a blízkými osobami

Práce s rodinnými příslušníky se může od práce se samotnými uživateli velmi lišit. Je dobré mít na paměti, že klientem je právě onen rodinný příslušník či osoba blízká a intervence by tedy měla cílit přímo na něj, na jeho prožívání, postoje a zvládání dané situace. Často se setkáváme s tím, že rodinní příslušníci prožívají silné emoce a chtějí situaci okamžitě řešit a vyřešit. Důležitým úkolem poradenského pracovníka je přiblížit takového člověka realitě. Zprostředkovat mu informace o jednotlivých typech návykových látek, o jejich účincích a také rizicích spojených s jejich užíváním. Důležitou součástí takového poradenského rozhovoru je debata o vhodných způsobech komunikace s blízkým, který užívá návykové látky. Zejména správné míře tlaku vyvíjeného na takovou osobu a o správném nastavení osobních hranic ve vzájemném vztahu. Zásadní je však vytvoření takového prostoru, v němž je možné otevřeně mluvit o svých obavách, problémech a všech dalších pocitech, které v ní daná situace vyvolává. Přijetí a vyslechnutí jde pak ruku v ruce s uklidněním emocí, čímž je posílena schopnost nahlédnout na danou situaci s větším odstupem a pochopením.

Kompetence pracovníka: aktivní naslouchání, empatie, vedení motivačního rozhovoru, schopnost efektivní komunikace, orientace v sociálně-právní problematice, základy psychologie, orientace v problematice užívání návykových látek a závislostí, orientace v místní síti sociálních, právních a zdravotních služeb

Doporučené materiální zabezpečení: klidná konzultační místnost, počítač, přístup k internetu a dalším informacím, telefon, papír a psací potřeby, voda

Příklad z praxe:

Kontext: Následující text přináší ukázku práce s klientem formou motivačních rozhovorů. Petr je klientem kontaktního centra už více než deset let. Řekl si o rozhovor při zvažování možnosti přestat kouřit. Rozhovor proběhl ve vyhrazeném důvěrném prostoru kontaktního centra (KC).

Role: sociální pracovník Tibor z kontaktního centra („T“) a klient Petr („P“)

T: Ahoj, kolegyně mi říkala, že chceš se mnou mluvit, o čem?

P: Ahoj, jo už několik týdnů uvažuji o tom, že bych přestal kouřit. T: Přestal kouřit…

P: Jo, několikrát jsem to v minulosti zkoušel, někdy jsem to vydržel i týden, jednou dokonce i tři, ale nikdy nevydržel, nějak si nevěřím, jestli to má smysl.

T: i když se ti to zatím dařilo týden nebo tři, přál by sis přestat úplně…

P: Přesně, a teď nevím, jestli to má vůbec smysl zkoušet, třeba na to nemám.

T: Už dvacet jedna dní jsi vydržel nekouřit a několik týdnů se zaobíráš myšlenkou skončit s tím úplně…

P: To ano, ale pořád slyším, jak je to složitý, kolem mě jsou samí kuřáci.

T: Pokud tomu dobře rozumím, uvažuješ o tom, že bys přestal úplně, současně si nejsi jistý, jestli se ti to povede, a jakou to má vlastně cenu, když jsi pak zklamaný z nezdaru.

P: Ano

T: Co je na kouření to nejlepší?

P: Bývám často nervózní, občas je to stres, mám pocit, že mě to uklidňuje, je to takový zvyk, nějak si nedovedu představit třeba kávu bez cigarety, nebo když jsem ještě pil, tak třeba pít pivo a nezapálit si.

T: Uklidňuje tě to, co ještě?

P: Dokážu se uvolnit, mám pocit, že mi cigareta chutná, třeba když jsem na přehradě, sednout si, zapálit si… Je to bezva pocit.

T: Je skvělý, že o tom takhle přemýšlíš, stres a zátěže, které ti život přináší, jsou obtěžující. Klid a chvilka pro sebe se asi těžko hledá, a navíc kolem tebe většina lidí kouří. Taky ses už několikrát zklamal, a tak přemýšlíš, jestli na to vůbec máš. Současně sis řekl o rozhovor, přeješ si nekouřit a jsi ochotný společně hledat způsob, jak na to.

P: Dík, chtěl bych s tím skončit, ale asi tak nějak nevím, kde začít. T: Jaké důvody tě vedou k úvahám nekouřit?

P: Kouření stojí dost peněz, které bych mohl užít jinak, také v práci je to obtěžující, pořád někam odbíhám zapálit si. Vím, že mi to škodí, stejně jako alkohol, na jednu stranu mi to přináší uvolnění, pak ale stejně myslím na to, jak mi cigarety škodí.

T: Cena, škodlivost, obtěžování okolí, obtěžování tvojí mysli. Je pochopitelné, že si to přeješ změnit.

P: Ano, byl bych svobodnější, ušetřil dost peněz, myslím, že těch pozitiv by bylo víc, než je teď, ale úplně jistý si nejsem, zda do toho jít.

T: Co všechno by bylo jinak, kdyby ses rozhodl?

P: Jak už jsem říkal, nebyl bych „otrokem“ cigaret, mohl si třeba něco koupit, taky bych nebyl tak cítit. Rád bych to zkusil, mám sice strach, že selžu, ale zkusit bych to chtěl, nevím jen, kde začít.

Reflexe: Za klíčové momenty rozhovoru považujeme právě používání různých druhů reflexí, které brání projevům moralizování, poučování a různým formám nadřazování se, udržují témata rozhovoru, udržují pozornost účastníků rozhovorů a podporují přirozený zájem.

Případová práce

Klíčová slova: *klíčový pracovník – práce s případem – sebeurčení – individualita – zmocňování – obtížná životní situace – komplexní přístup – mapování potřeb – plánování*

Případová práce je přístup, který se skládá z dílčích metod sociální práce, jako je sociální poradenství, krizová intervence, mediace, case management a další. Jedná se o přístup, který nahlíží na jedince a jeho životní situaci komplexně a snaží se porozumět nejen jemu, ale i jeho rodinným vazbám, komunitě, v níž žije či společenskému a kulturnímu kontextu jeho životní situace. Případová práce se soustředí na řešení problémů, které negativně ovlivňují život jedince a brání mu ve zlepšení své životní situace. Může se jednat jak o problémy, které vyplývají z prostředí, tak o problémy na mezilidské či intrapsychické úrovni. Případový pracovník je se svým klientem v dlouhodobém kontaktu a systematicky se podílí na řešení jeho nepříznivé životní situace. Nejedná se tedy o jednorázové sociální poradenství, ale o dlouhodobou spolupráci na konkrétním případu. Případová práce v ČR typicky probíhá za přítomnosti tzv. klíčového pracovníka, který s daným klientem spolupracuje, a dlouhodobě společně usilují o naplnění potřeb daného člověka. v práci s lidmi se závislostním chováním ji považujeme za vhodný nástroj právě vzhledem k jejímu komplexnímu přístupu k životní situaci člověka. Někteří uživatelé drog často najednou řeší mnoho problémů, které souvisí s různými oblastmi jejich života, jako je bydlení, práce, zdraví, ekonomická situace, mezilidské vztahy, intrapsychické problémy a řada dalších. Osoba klíčového pracovníka může být jednou z mála stabilit, které ve svém životě mají.

Jádrem případové práce je poradenství. Případový pracovník by měl v případě potřeby spolupracovat s dalšími odborníky a být dobře orientovaný v nabídkách a možnostech dalších institucí, které v daném regionu působí. Také by měl být schopen klienta na dané instituce vhodným způsobem odkazovat. Jeho činnost však doporučením určité služby nekončí. Případový pracovník by měl působit také v roli koordinátora služeb, které klient

využívá, a tím umožňovat komplexní řešení jeho problémů. Je to on, kdo má informace o potřebách daného člověka a ví, k jakému cíli by měla intervence vést. Potřeby však samozřejmě definuje sám klient. Pomáhající pracovník zde působí v roli průvodce potřebami klienta, nepřebírá však zodpovědnost za něj.

V případové práci se zaměřujeme zejména na silné stránky člověka, které stavíme do popředí a jejichž prostřednictvím pracujeme na rozvoji sebedůvěry a sebehodnoty. Sebehodnota je v případové práci považována za jeden ze základních principů, na něž je třeba brát zvláštní zřetel. Havránková (in Matoušek, 2003) uvádí, že: „… *cena jedince je v kontextu případové práce nadřazena všemu ostatnímu. Proto si jedinec zaslouží péči, ale rovněž i úctu, důstojnost a příležitost vyjadřovat svoji individualitu.“* Dobrý případový pracovník by to měl mít v průběhu své práce vždy na paměti a respektovat přání a potřeby člověka, s nímž spolupracuje. Rovněž by měl na člověka, s nímž se při své práci setkává, nahlížet jako na někoho, kdo je schopen navrhovat a řídit své kroky, stejně tak jako se rozhodovat a určovat své cíle. Poslední princip, který je potřeba neopomenout v kontextu případové práce, je důraz na sebeurčení a individualitu jedince. Je důležité mít na paměti, že zmíněný člověk je ten, kdo dělá rozhodnutí a volí mezi alternativami. Pracovník by neměl přebírat zodpovědnost za jeho rozhodnutí a být iniciativnější než on.

Případová práce sleduje hned několik cílů; těmi jsou podle Mojžíšové (2007) jednak poskytování psychické podpory, dále identifikace problémových míst a ventilace klientových pocitů. Může to být také přímé ovlivnění klienta, kdy pracovník nabízí svůj názor či pohled na věc, a v neposlední řadě také reflexe souvislostí mezi vztahy, prožitky a tím, co se děje v klientově okolí. Havránková (in Matoušek et al., 2003) považuje za nejvýznamnější úkol případové práce zprostředkování potřebné služby. k tomu, abychom byli schopni spolehlivě zjistit, jaké služby daná osoba ve své situaci potřebuje, je nutné nepodcenit žádnou z fází případové práce.

Ty jsou celkem čtyři a zahrnují:

1) mapování a vyhodnocování potřeb a očekávání člověka, který je v nepříznivé sociální situaci a potřebuje podporu sociálního pracovníka;
2) plánování (včetně stanovování cílů);
3) realizace plánů;
4) vyhodnocení výsledků.

Fáze **mapování a vyhodnocování potřeb a očekávání člověka** je při práci velmi důležitá. Díky ní bychom měli být schopni zjistit základní informace o člověku, s nímž vstupujeme do spolupráce. Pokud se jedná o člověka vstupujícího do služby, jde v první fázi o jednání se zájemcem o danou službu. v rámci mapování potřeb pak zjišťujeme dvě základní věci:

1) Spadá daná osoba do cílové skupiny služby? Jsme schopni naplnit její přání a potřeby?
2) Jaká je její životní situace a zakázka?

Mapování potřeb u cílové skupiny uživatelů drog se vždy účastní klient a klíčový pracovník. Popřípadě může být se souhlasem či na žádost klienta přítomna i další blízká osoba (rodič, partner, přítel a další). Ve fázi mapování pouze popisujeme současný stav. Nedochází k hodnocení ani srovnávání s „normalitou“. Nemapujeme nepříznivou sociální situaci, ale potřeby daného člověka. Zjišťujeme také možné zdroje podpory v jeho nejbližším okolí. Mapování je živý proces, který trvá a měl by se periodicky opakovat. z mapování je dobré pořídit vždy záznam, k němuž se může jak pracovník, tak i klient v průběhu spolupráce vracet. Na proces mapování navazuje vyhodnocování potřeb klienta, na jehož základě pak navrhujeme cíle spolupráce.

Vyhodnocování se vždy účastní klíčový pracovník nejlépe i s klientem. v případě potřeby je možné přizvat i další členy pracovního týmu s ohledem na potřeby klienta. Vyhodnocování probíhá na základě informací zjištěných v průběhu mapování potřeb. Je

možné využít i další zdroje, jako jsou dokumenty od soudu, OSPODu, úřadu práce, lékařské zprávy a další, které nám klient poskytne.

Výstupem zmapování a vyhodnocení potřeb klienta jsou cíle spolupráce, které se stávají podkladem pro další fázi, jíž je plánování podpory v konkrétních oblastech.

Správně definovaný cíl by měl:

- Vycházet z přání a potřeb klienta. Ten se podílí na jeho definici a souhlasí s ním.
- Naplnění cíle směřuje ke zlepšení životní situace (zdravotní, sociální, vztahové, ekonomické…) a přispívá ke snižování sociálního vyloučení dané osoby.
- Cíl je reálný. Je důležité, aby se v něm protnula očekávání, potřeby a schopnosti klienta s možnostmi poskytovatele služby.

Poté, co jsme společně s klientem definovali cíl spolupráce, přecházíme k uzavírání smlouvy o spolupráci (může být i ústní). Smlouva o spolupráci by se měla zakládat na následujících principech:

- Formulujeme ji na základě informací od klienta, které získáváme v průběhu mapování a vyhodnocování jeho životní situace. Klient je součástí procesu formulace a aktivně se podílí na jejím znění.
- Klient musí rozumět obsahu, cíli a metodám, podle kterých budou naplněny společně vytyčené cíle.
- Smlouva musí být konkrétní a jedinečná pro každého.

Plánování probíhá vždy ve vzájemné spolupráci. Daný člověk je ten, kdo aktivně vytváří plán spolupráce. Zaměřujeme se na to, co vnímá jako důležité a vycházíme z jeho silných stránek, možností a potřeb. Nezaměřujeme se na problémy, ale na hledání možných řešení. Netlačíme jej do našich scénářů a respektujeme jeho tempo. v průběhu plánování také vyjasňujeme, jaká bude naše role a forma podpory v klientově plánu. Domlouváme intervaly konzultací a to, za jakým účelem budou probíhat. Určujeme konkrétní dílčí kroky. Není dobré plánovat příliš věcí najednou. Kroky musí být jasně formulované. Přemýšlíme

také nad tím, jaké další osoby by bylo dobré do procesu zapojit (osoby blízké, další odborníky).

Na plánování navazuje fáze **realizace plánů**. v této fázi realizujeme kroky vytyčené v plánu spolupráce. Pracovník by měl být v roli spojence, který klientovi poskytuje potřebné informace, propojuje jej s dalšími institucemi či úřady a poskytuje důležitou podporu a reflexi jeho dosavadních kroků. s touto fází se prolíná i fáze **vyhodnocování výsledků.** Frekvenci hodnocení ukáže charakter dojednaného cíle a kroky, jež jsme si v rámci plánování stanovili k jeho dosažení. Obecně lze ale říci, že k hodnocení dochází po každém dílčím kroku, kdy je dobré tento krok shrnout a podívat se na to, kam se klientova situace a proces řešení díky tomu posunul. Na tomto základě pak můžeme snáze plánovat další kroky.

K **ukončení spolupráce** dochází ve chvíli, kdy klient dosáhl vytyčených cílů a nežádá po nás nic dalšího. Také to může být v situaci, kdy jeho potřeby přesáhly rámec dané služby. v tom případě je nutné zprostředkovat kontakt se službou či institucí, která může lépe pomoci. v ideálním případě, pokud o to klient projeví zájem, je dobré jej do další služby doprovodit a usnadnit mu tak daný přechod.

Rozhovor s klientem

Poradenský rozhovor je základním nástrojem, který nám umožňuje vhled do klientovy životní situace, jeho prožívání a vnímání dané situace. Je klíčový k navázání důvěry mezi pracovníkem a klientem a k vytvoření fungujícího profesionálního vztahu. Ten se utváří již od prvního kontaktu. Lze předpokládat, že se nám budou některé aspekty klientova života odkrývat až postupem času, v souvislosti se vzrůstající důvěrou ve vzájemném vztahu. Je dobré počítat s tím, že se potřeby a zakázky mohou v průběhu času měnit. u uživatelů drog je obvyklá nedůvěra v instituce a obecně ve společnost. Dobře navázaná důvěra je proto v tomto případě opravdu zásadní. Je dobré si uvědomit, že mnohdy se může jednat o jeden z mála bezpečných a otevřených vztahů, které daná osoba zažívá.

Po technické stránce je důležité poskytnout klientovi klidné a bezpečné místo, kde může rozhovor probíhat. Ideálně by se mělo jednat o samostatnou, neprůchozí a tichou konzultační místnost. Měla by být vybavená vodou a kapesníky, kdyby klient v průběhu rozhovoru plakal. Pracovník by měl mít jasně vymezený čas a věnovat danému člověku po tu dobu plnou pozornost. Dále je dobré mít přístup k internetu či jinému zdroji informací, tiskárnu a psací potřeby na poznámky.

Po odborné stránce by měl být pracovník citlivý a empatický. Měl by být schopen naladit se na klientovu situaci a pracovat s informacemi, tak jak je klient předkládá. Je velmi důležité zjistit, jaký je klientův pohled na danou situaci a jak ji prožívá. Používáme reflexi a vhodně zvolené otázky, abychom klienta rozhovorem provedli a umožnili mu zamýšlet se nad jeho sděleními a prožíváním dané situace. Snažíme se nastínit situaci z různých úhlů, ale vyhýbáme se konfrontaci, protože nechceme dostat klienta do odporu. Dále je důležité být v rozhovoru srozumitelný. Používat jazyk, kterému klient rozumí a ujišťovat se, že jsme se navzájem správně pochopili. Příliš odborný jazyk může být pro jakýkoliv komunikační protějšek frustrující, může podkopávat sebedůvěru a v tom případě i motivaci ke spolupráci. Dále je třeba dodržovat zásady aktivního naslouchání, jako je povzbuzení, objasnění, parafrázování, reflexe, zrcadlení a pojmenovávání pocitů, ocenění či shrnutí. Dalším důležitým nástrojem v rozhovoru jsou vhodně zvolené otázky. Zaměřujeme se zejména na otázky konstruktivní, ty které pomáhají danému člověku vytvářet něco nového a vedou ho k tomu se nad nimi zamýšlet, protože nezná jasnou odpověď. Otázky by měly být otevřené, směřující k problémům klienta, jeho silným stránkám a posilujícím představám o sobě samém. Spíše se v nich díváme do budoucnosti nebo využíváme minulosti k pozitivním představám o budoucnosti. Obecně se nedoporučují otázky uzavřené a subjektivní.

V rozhovoru není nejdůležitější to, aby se pracovník dozvěděl co nejvíce o klientovi, ale aby si klient sám přišel na to, co je pro něj v danou chvíli důležité a byl schopen pojmenovávat své problémy a navrhovat řešení s ohledem na své možnosti.

Dále je dobré najít balanc mezi direktivním a nedirektivním přístupem. Direktivní přístup používáme s ohledem na závažnost klientovi situace, a to pokud je nutná urgentní akce, aby nedošlo k prudkému zhoršení životní situace. Je dobré být si v takových případech jasně vědom toho, že přebíráme zodpovědnost za klienta, což je z dlouhodobého hlediska nežádoucí, protože to vede k jeho zneschopňování. Za zcela direktivní lze považovat příkazy a zákazy. Mírnější formou jsou pak doporučení a rady. Za spíše nedirektivní přístup je pak považována forma kladení otázek, jejichž cílem je nastínit situaci z jiného úhlu a pomoci klientovi ujasnit si, co chce ve svém životě změnit. Zcela nedirektivní je potom přístup, kdy využíváme aktivního naslouchání a necháváme klienta volně hovořit a formulovat své myšlenky a přání, na jejichž základě pak domlouváme cíle spolupráce.

Metoda případové práce má velice blízko k případovému vedení neboli case managementu, který zpravidla obsahuje více poskytovaných služeb a vyžaduje nastavený systém koordinace mezi zahrnutými aktéry. Jedná se tedy nejen o metodu sociální práce, ale i o nástroj síťování, proto se case managementu věnujeme ve druhé části této publikace.

Kompetence pracovníka: aktivní naslouchání, empatie, orientace na klienta, vedení motivačního rozhovoru, schopnost efektivní komunikace, orientace v sociálně-právní problematice, základy psychologie, orientace v problematice užívání návykových látek, orientace v místní síti sociálních, právních a zdravotních služeb, schopnost koordinace

Doporučené materiální zabezpečení: klidná konzultační místnost, počítač, přístup k internetu a dalším informacím, telefon, papír a psací potřeby, voda, kapesníky

Příklad z praxe:

Kontext: v následujícím textu předkládáme osobní zkušenost s metodou případové práce v praxi. Jedná se o případ klientky poradenského centra, která s danou službou spolupracuje již řadu let. Během spolupráce s poradenským centrem řešila celou řadu

obtížných životních situací.

Role: klientka poradenského centra Anna a její klíčová pracovnice Bára

Spolupráce pohledem Anny

Ve spolupráci s danou organizací jsem již delší dobu, přesněji řečeno již od roku 2011. v té době jsem spolupracovala se svým prvním pracovníkem Danem z poradenského centra. Během této doby se mi dařilo úspěšně řešit své problémy. Společná sezení byla založená hlavně na psychické podpoře při abstinenci. Následně jsme zakládali skupinu anonymních narkomanů, která je dodnes v činnosti. Společně jsme s Danem pracovali na hledání zaměstnání, které jsem našla a pracovala jsem dokonce i v době, kdy jsem byla v posledních měsících těhotenství. v tuto dobu jsem pracovala v chráněné dílně. Ještě předtím jsem díky poradenskému centru a rekvalifikačnímu kurzu získala osvědčení pracovníka v sociálních službách v přímé péči. Dále jsem v rámci poradenského centra odpracovala 200 hodin obecně prospěšných prací, díky čemuž mám nyní po uplynutí podmínky čistý trestní rejstřík.

Po Danovi jsem spolupracovala v poradenském centru ještě s dvěma dalšími pracovníky. Ti mi byli v období, kdy jsem se s nimi setkávala, hlavně psychickou podporou, jelikož jsem byla doma se svými dvěma syny na mateřské dovolené. Také jsme společně zmapovali mé dluhy, které se mi dokud jsem měla finanční prostředky, dařilo splácet. Bohužel, i přes veškerou jejich péči a pomoc, došlo v tomto životním období k relapsu, který měl za následek odebrání mých synů. Bylo to v roce 2016. v té době jsem se opět obrátila s žádostí o pomoc na poradenské centrum a začala spolupracovat s novou pracovnicí.

Bára je mojí klíčovou pracovnicí dodnes. Od začátku naší spolupráce byl hlavní cíl dost složitý, bylo potřeba vyřešit spoustu problémů, které mi stály v cestě, abychom mohli společně opět fungovat s dětmi jako jedna rodina. Konkrétně se nám podařilo navázat spolupráci s OSPOD, byla mi zprostředkována právní pomoc, byl mi poskytnut doprovod na soudní jednání, byla mi zprostředkována potravinová pomoc, charitní šatník. Společně s Bárou se nám podařilo vyřídit ubytování v azylovém domě. Také se nám podařilo získat

finanční prostředky na zaplacení ubytování pro mé děti v azylovém domě, a to díky Nadačnímu fondu města.

Nyní jsem ve spolupráci s Bárou podala žádost o městský byt. Aktuálně žiji se svými syny, které mám na dlouhodobé dovolence (možnost dlouhodobého opuštění ústavního zařízení, pozn. autorů) v azylovém domě. Brzy bude ohledně dětí soud, doufám, že dobře dopadne, moc bych si to přála.

Spolupráce pohledem klíčové pracovnice Báry

S Annou spolupracuji od srpna roku 2016. v té době jsme spolu řešily zejména ženská témata spojená s neplánovaným těhotenstvím. Také zdravotní stav Anny, který nebyl příliš dobrý. Velkým tématem byli její dva synové, kteří byli na základě jejího souhlasu umístěni do péče Dětského centra Chovánek, a to z důvodu její nestabilní situace, která byla zapříčiněná nedostatkem financí a užíváním pervitinu. Anna byla od začátku motivovaná získat syny zpět do své péče. Bohužel jí ale v cestě stála spousta překážek. Špatný zdravotní stav, nedostatek financí, nevyhovující bytová situace, nedostatečná podpora ze strany rodinných příslušníků a blízkých.

Pamatuji si, že Anna v té době chtěla své problémy vyřešit ideálně ihned, aby mohla pokračovat ve výchově svých synů, což se nedařilo a její motivace kolísala. Také si pamatuji, že v té době neměla na celou situaci náhled. Občas na mě byla naštvaná, když jsem se jí snažila její životní situaci citlivě reflektovat. Dokonce jsem v jednu chvíli váhala, zda bude Anna vůbec ve spolupráci pokračovat.

Za poslední rok se však situace výrazně proměnila. Anna začala své kroky v životě více plánovat, je mnohem trpělivější. Daří se jí díky intenzivní psychické podpoře plně abstinovat od návykových látek. Původně jsme za podpory pracovnice z kontaktního centra vyřizovaly nástup do Terapeutické komunity Karlov, Anna v tom totiž viděla možnost, jak být zase společně se svými dětmi. Nakonec na podpůrnou léčbu do komunity nenastoupila, jelikož je léčba v komunitě určená zejména matkám, které aktivně užívají návykové látky.

Za Annin velký úspěch považuji navázání spolupráce s OSPOD. Annina OSPOD pracovnice je vstřícná a podpůrná. Motivovala Annu, aby si našla bydlení v azylovém domě, kam si bude moct brát v rámci dlouhodobých dovolenek své dva syny. To se jí nedávno povedlo a už několik týdnů bydlí v azylovém domě. s pracovníky azylového domu jsem v kontaktu. Ani získáním bydlení však její starosti neskončily, jelikož neměla dostatek finančních prostředků, tak si nemohla dovolit zaplatit bydlení svým dvěma synům. Zkoušela si opakovaně najít práci, v pokročilém stádiu těhotenství to však bylo velmi obtížné. Nakonec se nám podařilo vyřídit dávky hmotné nouze, společně jsme oslovily nadační fond a ten Anně poskytl příspěvek, jímž se až do prosince zaplatilo bydlení v azylovém domě jejím dvěma synům. Momentálně také hledáme různé možnosti, jak sehnat levně oblečení, kde výhodně nakoupit nebo získat suroviny na vaření. Využíváme pomoc charitního šatníku a potravinové banky.

V našem centru využívá Anna kromě sociálního také právní poradenství. Na společných schůzkách s právníkem probíhá příprava na soudní jednání týkající se dětí. Poslední soudní jednání, na němž jsem Annu doprovázela, jí dodalo novou energii ještě více bojovat o to, aby měla děti zase ve své péči. Dokonce se za ni postavil i OSPOD a vstřícný byl také soudce.

Anna je aktuálně v azylovém domě, má u sebe své dva syny v rámci dlouhodobé dovolenky, brzy se uskuteční soudní jednání, jehož výsledkem by mělo být rozhodnutí, zda jí budou synové svěřeni do péče. Moc bych jí přála, aby pro ni soud dopadl dobře. Je to odvážná žena, která se nebojí čelit výzvám. Je milující máma, která velmi pěkně pečuje o své syny. Je to citlivá žena, kterou budu ráda doprovázet a podporovat i potom, co všechno dobře dopadne.

Reflexe: Na uvedeném případu si můžeme všimnout zejména komplikovanosti životní situace klientky. Co z dané kazuistiky vyplívá jako klíčové je psychická podpora ze strany sociálních pracovníků poradenského centra. Důležitá je také struktura a plánování, které se podařilo během spolupráce zakomponovat do života klientky. Osobnost pomáhajícího

pracovníka je zde velmi důležitá zejména z důvodu napojení na další zdroje informací a pomoci a také na další důležité instituce, které do života klientky zasahují. Zprostředkování vhodných zdrojů pomoci pomohlo klientce ke stabilizaci její životní situace. Za klíčový moment lze považovat okamžik, kdy se její situace výrazně zhoršila a ona opět vyhledala pomoc poradenského centra. To odkazuje na dobře navázaný vztah klientky k jejímu klíčovému pracovníkovi, potažmo k celé službě.

Doporučená literatura:

Chlápková. M. et al. (2014). Metodika procesu případové práce. Zlínský kraj. Dostupné z: https://www.kr-zlinsky.cz/metodika-procesu-pripadove-prace-aktuality-12270.html

Matoušek, O. (2003). Metody a řízení sociální práce. Portál.

Mojžíšová, A. (2007). Metody sociální práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

Krizová intervence

Klíčová slova: *krizová intervence – krize – změna – bezpečí*

Uživatelé drog se mohou setkávat s velmi širokou škálou „krizotvorných“ situací. Velká část z nich je stejná jako v životech jiných lidí, s některými se však mohou setkávat díky svému životnímu stylu častěji. Může se jednat o prožité násilí, o ztrátu blízké osoby či její úmrtí, ztrátu bydlení, (opakované) okradení či ztrátu věcí, dokladů, náročný kontakt s úřady, pocity bezvýchodnosti, nepřijetí, bezpráví a mnoho dalších. Kontext, prostředí i užívání psychoaktivních látek samo o sobě může působit krizotvorně, obzvlášť ve chvílích, kdy ho člověk považuje za nežádoucí, a ačkoli nechce, pokračuje v něm dále. To na pomáhající pracovníky v adiktologických službách klade nárok umět pracovat s člověkem v krizi. Proto je následující část věnována krizové intervenci obecně a ta je následně nahlížena v kontextu adiktologických služeb.

Krize je pojem, který popisuje nejčastěji negativně hodnocenou, drastickou změnu v životě člověka. Vlastní prožívání krize je velmi subjektivní. Krizová intervence je okamžitá a krátkodobá pomoc zaměřená na člověka v krizové situaci s cílem obnovit rovnováhu jeho bio-psycho-sociálního fungování a minimalizovat potenciál rozvoje dlouhodobého psychického traumatu. Prioritou krizových intervencí je dosažení stabilizace. Krizová intervence je v nejširším slova smyslu pomoc v krizi (přeneseně zásah v rozhodujícím bodě) a jejím základním nástrojem je rozhovor. Vodáčková (2002) za cíle krizové intervence uvádí: zpřehlednění a strukturování prožívání člověka v krizovém stavu, zastavení ohrožujících tendencí, redukce nebezpečí, snížení rizika prohlubování krizového stavu, umožnění návratu člověka na předkrizovou úroveň, povzbuzení po-krizového růstu, podpora v kompetencích řešit problém vlastními silami a využít potenciál přirozených vztahů. Větší ohrožení, než samotný krizový stav přináší situace, kdy člověk v danou chvíli neměl k dispozici dostatečnou pomoc a neřešil ji ve své podstatě, ale pouze provizorně, například ji potlačil nevhodným užitím léků či návykových látek. Rizikem takto nedořešené

krize je pak rozvoj syndromu psychologického ohrožení, který může prohloubit psychické i somatické obtíže, úzkosti a deprese (Vodáčková, 2002).

Aby pomáhající pracovníci, kteří se mohou při své práci setkat s člověkem v krizi, mohli zvládnout krizovou intervenci, měli by umět rozpoznat, když někdo v krizi přichází a také, když v životě selhávají běžné mechanismy zvládání (tzv. coping mechanism). v této fázi by se pomáhající pracovníci měli umět napojit a akceptovat tempo klienta. Nesnažit se hledat řešení či konfrontaci a projít s ním krizí. Umět pracovat s tunelovým viděním a zúženým vnímáním, (ne)vědomými pocity viny a selhání a navázat kontakt „tady a teď". Měli by také znát akutní reakce na stres, kdy člověk ztrácí schopnost běžného vnímání a začíná se chovat pudově (aktivní reakce alfa a pasivní reakce beta) a netypické projevy krize. Pracovníci by v rámci krizové intervence měli umět pracovat se silnými emocemi. Nemírnit ani neposilovat, ale akceptovat, uznat, že jsou v pořádku a umožnit, aby je člověk mohl projevit v podobě, v jaké potřebuje. Měli by také umět přirozeným způsobem stvrzovat, že reakce člověka jsou adekvátní situaci a v průběhu rozhovoru sledovat, jak se vyvíjí stav klienta.

V kontextu adiktologických služeb je zásadní vzdělání a rozvoj kompetencí pomáhajících pracovníků, aby dokázali krizi u člověka užívajícího drogy rozeznat a dokázali s ní pracovat. Proto je třeba se adekvátně vzdělávat. Ideálně absolovovat výcvik v krizové intervenci (podle způsobu práce s klienty v telefonické krizové intervenci, v krizové intervenci tváří v tvář nebo v obou variantách) a průběžně si získané dovednosti oživovat, obzvlášť pokud je ve své praxi pracovníci nevyužívají často.

Krizová intervence s uživateli drog by měla zohledňovat několik důležitých aspektů, které mohou proces krizové intervence ovlivnit. Proto je třeba uvést konkrétní specifika u uživatelů drog, s nimiž by měli pomáhající pracovníci počítat, být na ně připraveni a umět s nimi pracovat. Mezi tato specifika patří zejména změněný stav vědomí při akutní intoxikaci. Pracovník by měl znát projevy intoxikace různými druhy látek a umět reagovat na projevy toxické psychózy, paranoie, úzkostí, měl by rozumět stavům na tzv. dojezdech,

které provází větší emoční labilita a citlivost. Pro krizovou intervenci je třeba umět se zorientovat ve stavu, v němž uživatel drog přichází, znát jeho průběh, umět odhadnout, kdy asi odezní, a umět rozpoznat, kdy už jím uživatel nezvládne projít vlastními silami. v takovém případě je třeba asistovaný doprovod do krizového centra (či jinam) nebo zavolat rychlou záchrannou službu.

Mezi specifika prostředí, kde krizová intervence s uživateli drog může probíhat, patří jejich různorodost. Pokud krizová intervence neprobíhá v klidu a relativním bezpečí (z pohledu uživatele drog) konzultační místnosti nebo v jiném soukromém prostoru, kde je klid a rozhovor nikdo nenarušuje, je třeba zohlednit význam těchto aspektů. Člověka v krizi může pomáhající pracovník potkat v terénu přímo ve městě, na squatu, při výměně na bytě či například v zahrádkářské kolonii, v prostoru kontaktního centra a na mnoha dalších místech, kde pracovník nemá k dispozici potřebné zázemí. Nositelem bezpečného prostředí je pak sám pracovník, který by měl být schopen odhadnout, co v danou chvíli konkrétní člověk potřebuje. Pokud je s ním na rušném místě, ideální je ho odvést někam stranou, podle potřeb si s ním sednout nebo se naopak pohybovat. Pokud je k dispozici terénní automobil či sanitka, umožnit mu strávit v ní potřebný čas, pokud o to bude stát.

Uživatelé drog v krizi ale mohou narážet na řadu dalších překážek. Častým rizikem je zejména vysoký práh pro přijetí do návazných služeb, případně nedostatek jejich kapacit. Například mnoho krizových lůžek (pro týrané osoby, pro osoby v krizi) neumožňuje přijetí, pokud je daný člověk pod vlivem alkoholu nebo mu vyjdou pozitivně orientační testy na drogy. Podobně je to s azylovým bydlením, noclehárnami a dalšími místy, kde je často tolerovaná určitá hladina alkoholu v krvi, ne však užívání drog. i zde se proto projevuje velká důležitost síťování, tedy mít kontakt na místo, kam lze člověka dovést, i když je pod vlivem drog. Kde ho přijmou a nenarazí na odmítnutí. z toho plyne pro pracovníky doporučení vytvořit si dobré vztahy s krizovými službami. Pracovník, který pak uživatele drog v krizi do takového zařízení doprovází, je v roli jeho advokáta, jenž se aktivně osobně zasazuje o to, aby klient nebyl odmítnut a služba mu byla poskytnuta.

Zároveň by služba, v níž se pracovníci mohou setkat s tím, že budou poskytovat krizovou intervenci (a jsou na to náležitě připraveni), měla mít zpracováno, jak postupovat v případě vzniku etických dilemat a taktéž být připravena na potenciální situaci, při které vyvstane oznamovací povinnost.

S krizovou intervencí pro převážně rekreační uživatele drog se můžeme setkat také na hudebních akcích a festivalech. Pro lidi pod vlivem psychedelik existuje psychedelická první pomoc, tzv. PsyCare. Tato služba je běžná v zahraničí a v poslední době funguje i v České republice. Služba je určena pro ty jedince, kteří zažívají nepříjemný psychický stav po užití psychedelik a kteří tuto zkušenost nezvládají vlastními silami. Nabízí provedení psychedelickým procesem vyškoleným dobrovolníkem v chráněném a bezpečném prostředí (nejčastěji prostorného stanu či jiného zázemí, které by mělo být vzdálené od hlavní produkce a hluku). Poskytnutí takových služeb snižuje počet na psychiatrii hospitalizovaných a medikovaných osob, vytížení pracovníků ochranky či zdravotníků pohybujících se přímo na místě, kteří nemusí mít dostatečné znalosti o psychedelických zkušenostech.

Kompetence pracovníka: výcvik v krizové intervenci, schopnost citlivě reagovat, být podpůrný, schopnost rozeznat krizi, znalost sítě pomoci (krizová centra, krizová lůžka), schopnost vedení rozhovoru

Doporučené materiální zabezpečení: pokud to je možné, tak klidná konzultační místnost, počítač, přístup k internetu a dalším informacím, telefon, papír a psací potřeby, voda, kapesníky

Příklad z praxe:

Kontext: Do poradny přichází žena v obtížné životní situaci, kontakt není předem dohodnutý. Praktický příklad je uveden ve formě rozhovoru.

Role: žena, uživatelka služby („U“), pracovnice – psycholožka („P“)

Do kontaktní místnosti nízkoprahového zařízení přichází mladá žena, je viditelně rozrušená, je vidět, že plakala.

U: Dobrý den, já vlastně nevím, jestli jsem tu správně, ale potřebovala bych, hm… asi nějak poradit.

P: Aha, no taky zatím nevím, jestli Vám budu umět poradit, záleží, o co se jedná.

U: Já jsem sem dřív chodila, teď už jsem tu dlouho nebyla a… (nabírá na pláč) promiňte, ale já asi přijdu potom, až se uklidním…

P: Říkáte, že jste k nám dřív chodila a teď potřebujete poradit… Vidím, že se Vám chce plakat. No chci říct, že to nevadí, můžete tady i plakat. Chtěla jsem vám nabídnout, abychom to šly probrat dozadu, máme tam místnost, kde budeme mít klid.

U: Je toho už nějak moc… (vzlyká)

P: To je v pořádku, pojďte za mnou (vede ji do konzultační místnosti).

V této úvodní části jde především o navázání kontaktu. Mnoho lidí na začátku potřebuje ujistit, že přišli (nebo volají, v případě telefonické krizové intervence) na správné místo, že svými emocemi či náročnou situací neobtěžují. Naopak je potřeba je ocenit, že zkoušejí vyhledat pomoc. Někdy se objevují pochybnosti, zda jsou jejich potíže dost závažné, zda nezabírají místo někomu, kdo by pomoc potřeboval víc. v takovém případě je opět vhodné ujištění, že je v pořádku, že vyhledali pomoc. Pokud se v této fázi objeví nějaké projevy emocí, je dobré jim dát prostor, umožnit je ventilovat a reflektovat.

U: Víte, já dnes byla dnes na sociálce a úplně mě to rozhodilo. Jako bych věděla, že to bude asi masakr, ale tohle bylo fakt děsný. Jde o to že… hmm, moment, já se potřebuju vysmrkat…no prostě čeká mě soud o děti a mám hroznej strach, že to bude blbý a nevím, jestli se na to nevykašlat úplně, radši.

P: Mluvíte o soudu, který vás čeká ohledně dětí… a zmiňujete, že vás rozhodila návštěva sociálky. Co se vlastně stalo?

U: No ne, já jsem totiž úplná kráva, jsem si myslela, že se s nima nějak domluvím. P: To mi naopak přijde fajn, chtít se s někým domluvit.

U: No jo, mně to taky asi přišlo. Ale ty pracovnice tam na mě vždycky koukaj jak na špínu. Daly mi jasně najevo, že bych podle nich svoje dítě mít neměla.

P: To pro vás muselo být těžké. Jak jste se cítila? U: Jako ta nejhorší na světě, fakt jako ta špína. P: To zní jako dost ponižující zkušenost.

U: Jo, tak to teda bylo. Nakonec mě jedna z nich v podstatě vyhodila, jako že už není co řešit a oni mají spoustu dalších lidí.

P: Jaké to pro vás bylo?

U: Strašný, vjel do mě strašnej vztek.

P: To se vůbec nedivím, to by asi naštvalo každého.

V této části probíhá mapování problému, to znamená zjišťování, co se vlastně stalo. Je vhodné používat otevřené otázky, které člověku v krizi dávají prostor vyjádřit svým vlastním způsobem prožitou zkušenost. Navázání dobrého kontaktu pomáhá také projevení pochopení a normalizace prožívání. Vzhledem k tomu, že jde často o emočně vypjaté situace, je dobré se rovněž ptát na prožité emoce (a to nejen během mapování, ale během celéhorozhovoru).

U: a teď si říkám, jestli se na to mám vykašlat rovnou, jestli vůbec k tomu soudu jít. P: Přemýšlíte, co teď máte dál dělat…

U: Hmm…

P: Přemýšlím, co bychom tedy měly vymyslet spolu, aby vám to pomohlo. U: To já ale vůbec nevím, já myslela, že mi nějak poradíte.

P: Tomu rozumím, spíš se snažím zjistit, s čím byste potřebovala poradit. U: Co bych teď měla udělat dál.

P: Aha, chápu, že byste tohle chtěla vědět, zároveň to za vás nemůžu rozhodnout. Chtěla byste tedy vědět, jaké máte ve stávající situaci možnosti? Co byste mohla dělat?

Úkolem pracovníka je zjistit tzv. zakázku, tedy co daný člověk potřebuje a co od rozhovoru očekává. To může být pro daného člověka těžké pojmenovat, zvlášť když je problémem zahlcený a má dojem, že všechno souvisí se vším. v takovém případě je na místě vyjádřit pochopení pro to, že v tu chvíli nemusí být snadné rozpoznat, na co je třeba se zaměřit nejdřív. Proto je třeba dát prostor pro to, aby bylo možné se k zakázce postupně dopracovat. Někdy je nutné ji společně vyjednávat tak, aby byla ze strany pracovníka splnitelná. Dále by rozhovor pokračoval dle zakázky uživatelky služby.

Reflexe: Ve službách, poskytujících krizovou intervenci, je obecně obtížné získat zpětnou vazbu od samotných klientů. Důvodem je specifická povaha této služby, která je většinou jednorázová a často probíhá anonymně. Ze spontánní zpětné vazby od lidí, kteří tyto služby využili, vyplývá, že úlevu a zklidnění přináší již možnost otevřeně mluvit s někým nezaujatým, nehodnotícím, kdo vyjadřuje pochopení a zájem.

Dobře provedená Intervence umožňuje lépe se zorientovat ve své situaci, uvědomit si své možnosti. Lidé užívající návykové látky se často setkávají s odsouzením, nepochopením a s přístupem, kdy jim i pracovníci pomáhajících profesí dávají najevo, že vědí lépe než oni, co je pro ně dobré. Proto oceňují, když nejsou tlačeni do řešení, která by si sami nevybrali, a je s nimi jednáno s respektem.

Podstatné je nechat dostatečný prostor emocím (pláč, vztek, smutek, …). Opodstatnění

významu a oprávněnosti emocí interventem je důležitou součástí procesu vedoucího k překonání krize. Role interventa nevede k řešení problému, který krizi způsobil. Pomáhá ale zmapovat události a formulovat možné následující kroky a nechává plně na člověku v náročné životní situaci, zda a jak bude dále postupovat.

Psychoterapie

Klíčová slova: *psychoterapie – účinnost psychoterapie – společné faktory – očekávání klienta – terapeutický vztah*

„*Psychoterapie je léčebná činnost, při níž psychoterapeut využívá své osobnosti a svých dovedností k tomu, aby u klienta došlo k žádoucí změně směrem k uspokojivějšímu prožívání, chování ve vztazích a sociálnímu začlenění*.“ (Vybíral, Roubal, 2010: 30).

V mnoha zemích je psychoterapie samostatný obor a samostatná profese. v České republice tomu tak není a kolem jejího statusu se řadu let vedou diskuse. Jediným oborem, který psychoterapii formálně vymezuje na legislativní úrovni, je zdravotnictví. v roce 2018 vyšla novela[4], která definuje psychoterapii jako specializační vzdělávání pro klinické psychology. Proti tomuto směřování psychoterapie ovšem ostře protestují zástupci oborů mimo zdravotnictví včetně sociálních pracovníků, kteří praktikují psychoterapii. Česká asociace pro psychoterapii dlouhodobě usiluje o uznání tzv. Štrasburské deklarace psychoterapie, která formuluje psychoterapii jako samostatnou vědeckou disciplínu, jejíž výkon je nezávislým a svobodným povoláním.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb vydala Výzvu „4P“ k legalizaci psychoterapie v sociálních službách, v níž poukazuje na výrazné zastoupení psychoterapie v sociálních službách kvalifikovanými lidmi s VŠ vzděláním a komplexními psychoterapeutickými výcviky splňujícími normu Evropské asociace pro psychoterapii. Autoři výzvy konstatují, že

[4] Novela Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odborností zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Novela byla vyhlášena pod č. 164/2018 Sb.

je psychoterapie v systému sociálních služeb dlouhodobě vykonávána a u klientů je po ní vysoká poptávka. Zvyšuje podle nich efektivitu sociální práce a podporuje potřebnou sociální multidisciplinaritu. Prosazují tedy, aby psychoterapie měla ukotvení v zákoně o sociálních službách a aby byl podpořen její rozvoj v rámci oboru sociální práce.

Přitom psychoterapie je nedílnou součástí zdejší sociální práce od etablování se tohoto oboru po roce 1990. v Navrátilově (2001) knize pojednávající o metodách sociální práce je definována jako jedna z hlavních metod sociální práce. Ačkoli se od té doby rozvinuly další směry, jako například socioterapie a sociální terapie (Glumbíková et al., 2017), hraje psychoterapie důležitou roli minimálně v rámci terapeutického paradigmatu sociální práce. Pro její aplikaci je však potřeba projít poměrně dlouhým (nejčastěji pětiletým) vzdělávacím procesem (Glumbíková et al.,2017).

Můžeme rozlišit těchto pět hlavních proudů psychoterapeutických škol (Vybíral, Roubal, 2010):

- Psychoanalyticko-psychodynamický
- Humanisticko-prožitkový
- Kognitivně behaviorální
- Zaměřený na rodiny a další systémy
- Integrativní

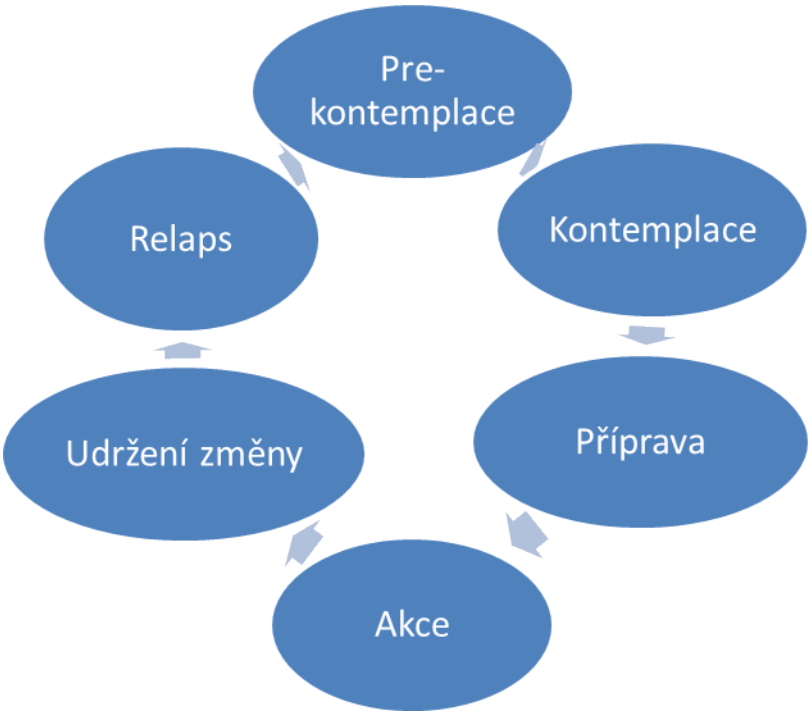
Ve všech těchto podobách je psychoterapie bezesporu účinná. Například Americká psychologická asociace uznává psychoterapii jako účinnou metodu pro pomoc lidem v široké škále problémů, od zdravotních k sociálním, a zdůrazňuje také její ekonomickou efektivitu, kdy například u chronických potíží za každý dolar vydaný za psychoterapii ušetří dalších deset na případných jiných typech intervence1. Účinnost psychoterapie navíc nezávisí na používaném přístupu, efektivita se napříč různými psychoterapeutickými školami liší jen málo. To ovšem neznamená, že každý psychoterapeutický proces je efektivní. Záleží na řadě faktorů, které mohou efektivitu výrazně ovlivnit. Mezi všemi však

vynikají dva základní: klientovo očekávání a terapeutický vztah.

Klientovo očekávání

Očekávání klienta, že mu terapie pomůže, je nejcitovanějším společným faktorem úspěšné psychoterapie. Není to přitom jen otázka začátku, ale i klíčový faktor pro setrvání v psychoterapii, přičemž délka psychoterapie ve všech výzkumech pozitivně koreluje s jejími výsledky.

Tato zjištění vedou k důležité otázce, kdy psychoterapii nabízet a kdy s ní začínat. v této souvislosti stojí za povšimnutí model fází změny autorů Prochaska, DiClemente & Norcross (1992), kteří vypozorovali, že změna chování se odehrává v pěti až šesti fázích, Nazvali je: pre-kontemplační, kontemplační, rozhodnutí, akce a udržení změny, přičemž někdy zahrnují do tohoto cyklu i fázi relapsu. Velmi žádoucí je začít s psychoterapií ve fázích rozhodnutí a akce, protože klienti jsou připraveni ke změně a zpravidla vítají možnosti pro plánování a realizaci jednotlivých kroků.



Obrázek 1: Fáze změny dle Prochaska & DiClemente

Klienty v pre-kontemplační fázi, tedy ty, kteří o žádné změně zatím neuvažují, zpravidla nebývá příliš účinné přímo motivovat k psychoterapii. Nicméně je určitě možné a žádoucí působit tak, aby si k ní v budoucnu snadněji vytvořili pozitivní vztah, tedy aby si například ve fázi rozhodnutí vytvořili pozitivní očekávání od psychoterapie. Pracovníci nízkoprahových služeb mohou v tomto procesu hrát velice důležitou roli, třeba tím, že:

- nabídnou bezpečný vztah, v němž klient může začít mluvit, o čem potřebuje, a může zažít, jaké to je, když je vyslechnut bez jakéhokoliv hodnocení, když může cítit důvěru ve vztahu s pracovníkem; tyto pocity důvěry a bezpečí potom může začít vyhledávat i ve více strukturovaném kontextu psychoterapie;
- budou zvyšovat povědomí o psychoterapii a „normalizovat ji“, například zmiňováním psychoterapie jako relevantní možnosti pro řešení celé široké škály situací, s nimiž se potýkají lidé napříč sociálními vrstvami a skupinami;
- pomohou klientovi zastavit se u oblastí, ve kterých by mohl vidět možnou změnu; podpoří jeho vlastní zdroje při uvažování o této změně a tím mu vlastně umožní přesunout se do další fáze cyklu změny.

Některým klientům v pre-kontemplační fázi bývá psychoterapie nařizována institucemi, a ti se potom stávají nedobrovolnými účastníky psychoterapeutických sezení, což je v mnoha ohledech nešťastná situace pro všechny zúčastněné strany. Nicméně i nedobrovolný začátek může vést k úspěšnému a pomáhajícímu terapeutickému vztahu, vyžaduje to však ochotu na straně terapeuta do značné míry opustit svou roli a stát se spíše „nízkoprahovým pracovníkem“ ve výše uvedeném slova smyslu. Další účinnou a využívanou možností v případě nedobrovolné psychoterapie je mobilizace sociální sítě klienta, tak jak o to usiluje například systemická nebo multisystemická terapie anebo přístup otevřeného dialogu (viz níže). Zapojení rodiny, blízkých, a i dalších pomáhajících odborníků může vést k proměně systému a k vytvoření prostředí, kde klient nalezne více síly pro vlastní rozhodnutí změnit něco ve svém životě.

Ve chvíli, kdy klient váhá, zda změnu udělat či nikoli, tedy v kontemplační fázi, je vysoce relevantní začít o psychoterapii mluvit, poskytovat informace a zaměřit se na posilování motivace. Velice často využívanou metodou jsou tzv. motivační rozhovory, dobře uplatnitelné právě v této fázi. Později se z nich vyvinul i samostatný terapeutický přístup, terapie zaměřená na zvyšování motivace (Motivational Enhancement Therapy). Také v této fázi může psychoterapie začít a zvažování změny se může stát relevantní zakázkou pro terapeuta.

Očekávání klienta je zpravidla jedním z prvních zájmů psychoterapeuta, který věnuje dostatek času tomu, aby pomohl klientovi prozkoumat jeho myšlenky a pocity, s nimiž do psychoterapie vstupuje. Velmi žádoucí je zajímat se o předchozí zkušenosti s psychoterapií nebo podobnými službami, protože ty se významně podílejí na utváření očekávání. Pokud jsou zkušenosti špatné, a tím pádem i očekávání nízká, může se psychoterapeut s klientem domlouvat, jak se vyhnout zklamání a nepříjemným pocitům, které zažíval jinde. Tím, že psychoterapeut od začátku pozorně poslouchá klienta a dává mu prostor, aby formuloval vlastní přání a očekávání, jak ohledně obsahu a cílů, tak ohledně procesu, pomáhá vytvářet pozitivní atmosféru, v níž může předpokládat, budou jeho očekávání a obavy brány vážně.

Očekávání klienta by mělo být důležitým předmětem celého psychoterapeutického procesu, ikaždého jednotlivého setkání. Psychoterapeut by neměl být tím, kdo nastoluje agendu setkání, krom výjimečných situací. Měl by na začátku každého setkání nechat dostatek prostoru klientům, aby sami mohli přijít s tématy, která jsou pro ně důležitá.

Terapeutický vztah

Druhým zásadním účinným faktorem psychoterapie je vztah terapeuta a klienta. Na jeho důležitost se můžeme dívat z mnoha pohledů. Za prvé, kvalita terapeutického vztahu zásadně ovlivňuje délku setrvání v psychoterapii, přičemž víme, že dlouhodobé terapie jsou úspěšnější. Za druhé, terapeutický vztah může nabídnout korektivní zkušenost pro klienty, kteří příliš důvěry a bezpečí ve vztazích nezažívali. Klient například může využít

vztah s terapeutem k tomu, aby mluvil o těžkých věcech, a přitom nezakoušel pocity opuštění, jako v jiných vztazích. Zároveň může klient v tomto vztahu mluvit o tématech, o nichž s nikým jiným nemluvil. Případně popisovat a pojmenovávat to, čemu dosud pojmenování scházelo. Terapeut je v těchto případech čitelným a autentickým strážcem prostoru, kde se toto sdílení odehrává.

Kompetence terapeuta: absolvovaný psychoterapeutický výcvik, schopnost sebereflexe, schopnost vést rozhovor, aktivní naslouchání, nehodnotící postoj, osobnostní zralost

Doporučené materiální zabezpečení: klidná místnost, kapesníky, hodiny, psací potřeby a papír na poznámky, počítač pro případný zápis

Příklad z praxe:

Kontext: Individuální psychoterapie jako podpora v abstinenci, kterou vyhledala klientka.

Role: terapeut v soukromé praxi Jan a klientka Aneta

Reflexe terapeuta v soukromé praxi

Aneta (38 let) před osmi lety úspěšně ukončila pobytovou léčbu závislosti na opiátech v terapeutické komunitě. s partnerem založili rodinu v jiném městě, než ve kterém užívala opiáty. Mají spolu tři děti. Psychoterapii vyhledala v souvislosti s obavami, že u sebe v poslední době pozoruje narůstající tendence k návykovému chování. Například v podobě pravidelného popíjení vína a zároveň na ní stále více doléhají myšlenky na opiáty a způsoby, jak si je opatřit. Má strach ze ztráty kontroly, zejména s ohledem na rodinu.

Po první schůzce bylo zjevné, že Anetiny obavy úzce souvisí s potížemi v intimním vztahu. Partner má za sebou také léčbu závislosti na opiátech, takřka každodenně ale užívá konopí, a podle Anety má jeho užívání přímou vazbu na neshody ohledně domácnosti, financí a společného trávení času. Aneta vyhledala terapii v době, kdy s partnerem velice obtížně komunikovali. Dle jejích slov se buď hádali, anebo spolu nemluvili. Vzhledem

k této situaci terapeut navrhl, aby se k dalšímu setkání přidal partner, pokud bude mít zájem.

Partner se zúčastnil dvou následujících schůzek, které se však nesly ve velice konfliktním duchu. Během druhé z nich partner ze sezení odešel. Aneta měla zájem zůstat v individuální psychoterapii, která od té doby začala probíhat s frekvencí v průměru jednou za dva týdny. Vzhledem k obtížím při zajišťování hlídání dětí nabídl terapeut možnost dojíždění do jejího bytu. Klientka tuto možnost preferovala a většina schůzek se tedy odehrává u ní doma. Setkání trvá zhruba jednu hodina.

Rozhovor většinou začne buď co nejvíce otevřenou otázkou terapeuta na aktuální prožívání klientky, anebo klientka začne sama mluvit o tom, co je pro ni důležité. Pro terapeuta je nejpodstatnější napojení se na Anetino téma, její prožívání a priority. Snaží se o poskytnutí verbální i neverbální odezvy na veškeré výroky klientky. Nechává ji mluvit vlastním tempem, a tak dlouho, jak potřebuje. Přirozenou zvědavostí a zájmem o význam jejích slov ji podporuje k tomu, aby jednak rozvíjela svoje vlastní myšlenky a pocity ve vzájemném dialogu, ale aby rozvíjela také svůj vnitřní dialog. Terapeut zveřejňuje svůj vnitřní dialog ve vhodných momentech formou reflexí. To znamená výroků vycházejících z jeho autentického prožívání, které mají spíše váhavý, neukončený charakter a jsou sdělovány tak, aby je klientka mohla bez problémů odmítnout nebo s nimi polemizovat.

Ačkoliv začátek psychoterapeutického vztahu byl motivován zejména obavou z návratu do

„aktivní závislosti“, nehraje téma drog a závislostí nijak podstatnou roli v jednotlivých rozhovorech. Daleko větší prostor mají prožitky Anety. Jednak v souvislosti se složitým procesem odpoutávání se od partnera, jednak v souvislosti s orientací ve vlastním bohatém vnitřním světě, ve kterém spolu koexistují různé identity či hlasy, z nichž některé se dostávají do konfliktů anebo vedou ke zdánlivě nesrozumitelnému jednání. Krátce po zahájení psychoterapie Aneta relabovala na opiátech, ale dokázala celou situaci zvládnout a vyrovnat se s ní. Mimo jiné i díky bezpečnému terapeutickému vztahu. v současnosti

terapeutická setkání pokračují a klientka je v procesu rozcházení s partnerem.

Pohled Anety

K Janovi jsem se dostala na podzim minulého roku na doporučení své přítelkyně, jeho bývalé kolegyně. Bylo to v období zhoršující se vztahové situace s partnerem, se kterým mám tři děti. Tento dříve aktivní uživatel, začal systematicky recidivovat na různých substancích. Kromě zhoršující se možnosti domluvy na běžném fungování v rodině jsem vnímala nebezpečí drog a drogového světa. Ten se mi skrze něj opět přiblížil, neboť jsem sama bývalá uživatelka opiátů. v té době jsem však již desátým rokem abstinovala. Vše skutečně vyústilo v můj relaps na opiátech a amfetaminech, který se poté několikrát opakoval. Vědoma si vážnosti celé situace, začala jsem ihned s budováním „záchranné sítě“". Jan byl její součástí a pomohl mi relaps zvládnout.

Domluvili jsme se na pravidelném setkávání i do budoucna, neboť jsem vnímala důležitost dlouhodobé podpory a nutnost práce na tématech, která jsme spolu na základě snahy pochopit celou situaci otevřeli. Naše terapie probíhá bez větších přestávek od té doby. Spolu s Janovou pomocí, ať už formou naslouchání či zpětné vazby, jsem zvládla zformulovat si hranice ve vztahu s partnerem, a následně začít pracovat na ukončení našeho vztahu.

Setkáváme se a hovoříme o různých věcech počínaje procesem rozpadu se rodiny, mým prožíváním této bolestné zkušenosti, o roli dětí v tom všem a konče praktickými věcmi, jako jsou finance, bydlení a každodenní realita. Skrze celé toto období se vynořují palčivá témata z mého dětství, která mě definují, která mají přímý vliv na mé fungovaní v současném dospělém životě a prožívaní. Jan mi je pomáhá pochopit a zároveň spolu vymýšlíme způsoby, jak tyto zažité modely měnit na z hlediska kvality života kvalitnější. Jsou období, kdy vnímám výrazný posun vpřed v mém přístupu a pohledu na věci. Dokonce bych řekla, že se mi během nich daří tato nahlédnutí žít a uvádět do praxe. Střídána jsou však mými návraty zpět k zažitým stereotypům. Jak mentálně, tak v praktickém životě. Úměrně také zřejmě tomu, jak se mi daří či nedaří zvládat novou

životní situaci, v níž jsem s dětmi zůstala sama v podstatě bez jakékoli pomoci.

Jan je mi však průvodcem trpělivým, empatickým, a především respektujícím mou cestu včetně jejích zvratů. Má mou plnou důvěru i proto, že vnímám jeho nehodnotící přístup. Mohu mu tedy bez obav sdělovat i velmi intimní detaily ze svého života, které považuji za důležité pro mé "uzdravení". Zároveň vnímám jeho zájem o můj příběh nikoli pouze z profesionálních pohnutek, nýbrž i lidsky. Vytváří tak pro mě bezpečné a příjemné prostředí pro spolupráci.

Doporučená literatura:

Vybíral, Z., Roubal, J. (Eds.). (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.

INOVATIVNÍ METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE

Tato kapitola přináší vybrané inovativní metody sociální práce. Její obsah opět stavíme na

„Analýze vzdělávacích potřeb v oblasti metod sociální práce a síťování“ a vybíráme ty, o něž byl mezi pomáhajícími pracovníky největší zájem. Je členěna do tří podkapitol. První z nich se věnuje výčtu a praktickému návodu využití metod vedoucích k empowermentu. Druhá metodám vedoucím k podpoře zotavení a ve třetí kapitole popisujeme metodu „Pobídková terapie: pobídková terapie“.

Metody podporující empowerment

Klíčová slova: *empowerment – participace – emancipace – sociální změna – peer práce*

Úvod

Empowerment se do češtiny někdy překládá jako „zplnomocňování“ nebo „zmocňování“, zároveň je ale české znění problematické, protože vzbuzuje dojem, že je možné nějakým aktivním způsobem „zplnomocnit“ někoho druhého. Paradoxně však někdy dobře mířená aktivita může druhé spíše zneschopňovat, a proto je lépe chápat empowerment jako cílový stav, ke kterému mohou vést velice různorodé strategie, ne nutně zaměřené přímo na jednotlivce, ale často spíše na ovlivnění sociálních struktur a procesů. Toto pojetí je v souladu s teoretickými východisky zmíněnými v kapitole „Kritická sociální práce“.

V této kapitole se tedy budeme věnovat různorodým strategiím v sociální práci, pro které je empowerment cílem umožňujícím uživatelům sociálních služeb rozhodovat o svém životě. v perspektivě procesu sociální změny pak dává hlas utlačovaným a marginalizovaným skupinám a jednotlivcům a umožňuje komplexněji nahlížet problematiku rozdělení moci ve společnosti, otevírá možnost sebereflexe sociálních pracovnic a pracovníků tak, aby v procesu

„pomáhání“ sami lépe definovali svoji mocenskou pozici a reflektuje i samotný diskurs

aplikované strategie v sociální práci. Empowerment je výraz, který si v českém prostředí osvojila zaměstnanecká politika a management a mluví se o něm i v souvislosti s hledáním nových cest v rozvojové pomoci. My se ale budeme věnovat jeho významu v oblasti sociální práce.

Jde o cílenou aktivizaci marginalizovaných skupin a jednotlivců, tak aby získali kontrolu nad svými životy a začali se podílet na řešení a změně společenských institucí a struktur. Svým významem přispívá k odmítnutí stavu, kdy lidé z vylučovaných skupin přijímají postoje většinové společnosti a za příčinu svých potíží považují sami sebe. Empowerment je tedy nástrojem i cílem, který pomáhá přijmout situaci jinak než optikou vlastního selhávání a napomáhá tak procesu emancipace a zotavení. Na úrovni skupin a komunit se jedná o podporu kolektivizace utlačovaných ve smyslu podněcování vzniku skupin klientů založených na podobné zkušenosti útlaku, což má jednak svépomocný efekt a jednak mohou být takové skupiny zárodkem pro budoucí politické akce (Malík, 2009).

Přijetí a aplikace metod vedoucích k empowermentu má i své problematické aspekty. Kritické hlasy se ozývají zejména vzhledem k samotné kategorii moci a jejího formulování. v rámci poststrukturalistického pojetí je obtížné rozkrývat tuto kategorii v dichotomii moc/bezmoc, neboť většina lidí obsazují obě kategorie současně, tedy jsou bezmocnými a zároveň disponují specifickou formou moci. Také platí, že to, co může vést k empowermentu u jednoho člověka, nemusí fungovat u jiného, nebo ho může dokonce oslabit. u různých lidí (cílových skupin) může stejná strategie vést k různým procesům, takže není vhodné metody vedoucí k empowermentu aplikovat plošně. Vždy je dobré zvážit všechny možné okolnosti a adekvátnost svých záměrů dobře komunikovat s těmi, kterých se to týká.

Celosvětová definice sociální práce stanovená Mezinárodní federací sociálních pracovníků (IFSW) empowerment explicitně zmiňuje: „sociální práce je prakticky založená profese a akademická oblast, která podporuje sociální změnu a rozvoj, kohezi ve společnosti, empowerment a osvobození lidí. Principy sociální spravedlnosti, lidských práv, kolektivní

zodpovědnosti a respektu k diverzitě jsou pro sociální práci klíčové. Podpořeno teoriemi sociální práce, sociálních a humanitních věd se sociální práce zabývá lidmi a strukturami s cílem řešení jejich životních problémů a zlepšení životních podmínek“ (IFSW, 2014).

V jednotlivých oblastech sociální práce se možnosti vyžití metod podporujících empowerment liší. To souvisí především s ochotou společnosti uznat „právo na selhání“ a „právo na emancipaci“. Například lidem se zdravotním postiženým (především tam, kde je deficit viditelný) nebo dětem z dětských domovů má společnost tendenci přiznávat právo na selhání a emancipaci, ale už ne tolik dospělým osobám žijícím v chudobě. u nich se obecně předpokládá, že za svou situaci vděčí své malé snaze, selháním vlastních schopností a sérií špatných rozhodnutí. k tomuto společenskému odsouzení také nemálo přispívá závislostní chování, které je například u lidí bez domova mnohem viditelnější než u těch, kteří se mohou závisle chovat ve svém intimním prostoru. Tímto často dochází k ignoraci či záměrnému zaměňování kauzality a směšování jednotlivých symptomů.

Přestože je závislostní chování většinově klasifikováno jako zdravotní problém, společnost jej má silnou tendenci vnímat v souvislosti s bezdomovectvím, kriminalitou nebo prostitucí. Naprostá většina lidí se závislostním chováním je totiž pro společnost neviditelná a nerozpoznatelná, dokud jedinec není nositelem jiného sociálně-patologického problému. Proces sociálního propadu má ve svých jednotlivých úrovních kumulativní charakter, k jednomu problému se brzy přidává další. To v praxi znamená, že se jen stěží dá přesně rozlišovat, kdo je vlastně cílová skupina pomoci. v uvedených metodách vedoucích k empowermentu a jednotlivých příkladech je tedy problematika závislostního chování považována za součást širších souvislostí a nemusí být na první pohled zřejmá, nebo je metoda uvedena na příkladu, kde daná problematika vůbec nefiguruje.

Participativní praxe

Klíčová slova: *participace – tokenismus – uživatelé služeb – peer – expert na základě své zkušenosti*

Východiska metody

Profesionalizace sociální práce a jiných pomáhajících oborů má jeden nežádoucí efekt, a tím je odklon od žitých zkušeností lidí, kterých se sociální problémy nejvíce týkají. Na tento fenomén začalo upozorňovat postmoderní hnutí (Payne, 2005; Rossiter, 2000), podle jehož zástupců jsou zejména klienti významným zdrojem vědění, který je zároveň mnohdy opomíjen. z tohoto důvodu to nejsou pouze akademici a odborníci, ale také klienti, kteří by nás mohli a měli učit jak o zdrojích nerovnováhy, tak ozdrojích podpory a o tom, jak je možné definovat co je „problémem“ v jejich životní situaci a jaká navrhují řešení. k tomu odkazuje koncept uznání znalostí a zkušeností klientů, který bývá označován jako „expert by experience“ (Videmšek, 2018), to znamená expert či odborník na základě své zkušenosti. Rozvíjení tohoto konceptu zde nazýváme metodou participativní praxe.

Participace znamená posilování účasti konkrétních jednotlivců a skupin v rozhodovacích procesech, které se dotýkají jejich životů a potřeb. Tímto způsobem dochází ke sdílení moci, snižování hierarchie a eliminaci situací „o nás bez nás“. Jádrem konceptu je základní nezpochybnitelná důvěra v silné stránky a schopnosti každého člověka. Participace se v posledních letech stala klíčovým tématem zahraniční literatury sociální práce, sociální politiky a sociálně-vědního výzkumu. v České republice je participace skloňovaným termínem zatím spíše na akademické a teoretické úrovni, ale některé organizace tento koncept velice úspěšně uvádějí do praxe (Akční skupina s lidmi bez domova, Platforma pro sociální bydlení, organizace Jako doma, a další).

Charakteristika metody

V tomto textu chápeme participativní praxi jako konkrétní způsoby uschopňování či zplnomocňování lidí k podílení se na všech aktivitách a rozhodnutích, které ovlivňují jejich životy. Nejde tedy o konkrétní metodu poskytování služeb, ale spíše o způsob práce, jehož možným výsledkem jsou „metody“ spoluvytvořené těmi, kterým jsou určeny. Jinými slovy, cílem participativní praxe je vytvořit dobré zázemí a podhoubí pro to, aby se lidi, kterým chceme pomáhat, mohli naplno zapojit do hledání a realizace nejvhodnějších nástrojů pomáhání.

Je důležité rozlišovat participaci horizontální a vertikální. Vertikální participace spočívá v zapojení jednotlivců ze zranitelných skupin do tvorby politik, ať už formou účasti v pracovních skupinách a diskusích, tak i členstvím v řídících a výkonných orgánech. Horizontální participace se oproti tomu týká spíše inkluze a sociální koheze, zapojování občanů do činností v občanské společnosti, klade důraz na posílení interakcí a vztahů mezi lidmi či jejich skupinami a na jejich podněcování k tomu, aby říkali své názory. v rámci horizontální participace pak vzniká také koncept peer worku, který níže popisujeme jako samostatnou metodu.

Adams (2008) upozorňuje na jedno z úskalí participace, a to, že některé méně intenzivní formy mohou být zneschopňující a tokenistické. Tokenismem je míněno pouhé „symbolické zapojení“, ve kterém uživatelé služeb nemají větší možnost ovlivnit procesy, které se jich týkají. Nejčastěji jde o krátkodobé či nahodilé zapojení jednoho nebo dvou

„reprezentativních“ mluvčích – zástupců uživatelů služeb. Může se jednat například o vystoupení ve veřejných diskusích, na konferenci, v médiích, na komunitním plánování a podobně. Jeho účelem je vyhnout se kritice za nezapojování/nezačleňování a dát najevo, že se s uživateli služeb zachází „spravedlivě“. Tokenistické zapojení bývá však často pouhým politickým gestem, které nemá reálný dopad.

Participativní praxe nejčastěji probíhá v těchto oblastech (Kemshal a Littlechild, 2000):

1) *Koncipování služeb, které uživatel osobně využívá.* Uživatel služby se může podílet na posouzení potřeb, stanovení změny, které chce dosáhnout, na vytvoření plánu, jak chce změny dosáhnout, včetně podpory, která se mu přitom má dostat, až po průběžnou revizi plánu.

2) *Strategické plánování rozvoje programů, služeb a pravidel jejich poskytování.* Uživatelé služeb se zde mohou zhostit různých úkolů, od nabídnutí vlastní perspektivy založené na osobní zkušenosti s využíváním služeb, přes účast na tvorbě návrhu strategie, až po vystupování v roli zástupce uživatelů. Smyslem je zlepšení kvality služeb a jejich vyšší přiměřenost potřebám a situacím lidí, kteří službu užívají a budou užívat.

3) *Tvorba nových služeb a organizací*, které jsou nezávislé na místní samosprávě, vycházející z nespokojenosti s institucemi nebo tradičními organizacemi a z touhy po radikální změně. Takto vzniklé organizace, řízené uživateli služeb, jsou zajímavou alternativou díky odlišné míře flexibility, možnosti volby, zapojení a povinnosti poskytovatelů „zodpovídat se“ za podobu a chod služeb.

4) *Výzkum poskytování služeb*. Zapojení uživatelů v něm nabývá různých podob, od naslouchání názorům a zkušenostem lidí, kteří využívají sociální služby, využívání spolupráce s nimi jako platné metody vytváření znalostí, až po zapojování lidí, kteří užívají služby, přímo do role výzkumníků.

5) *Účast na vzdělávání* sociálních pracovníků nebo jiných pomáhajících pracovníků. Uživatelé či bývalí uživatelé služeb mohou mít role lektorů či spolu-lektorů.

6) *Zapojování uživatelů do širší komunity a* do aktivit vznikajících v rámci sousedství či občanské angažovanosti.

Doporučený postup

V následujících metodických doporučeních vycházíme zejména z příručky Jako doma (v tisku), která reflektuje zavádění participativní praxe v organizaci věnující se problematice žen bez domova, činíme tak s laskavým svolením autorů.

1) Vytvoření bezpečného prostředí v organizaci

Jelikož je téma participace v českém prostředí stále nové, je třeba s ním podle toho i pracovat a věnovat zvýšenou pozornost postojům pracovníků, atmosféře a náladám v dané organizaci, které mohou participativní praxi buďto podpořit nebo jí naopak bránit. Vytvořené prostředí v organizaci by mělo být bezpečné nejen pro samotné uživatele služeb, kteří se budou zapojovat, ale i pro pracovníky, kteří již v organizaci pracují. Zapojení klienti by měli být vnímáni se stejnou důležitostí, jako všichni ostatní členové organizace, a k tomu je zapotřebí, aby koncept participace byl přijat celou organizací. k tomu lze využít například následující způsoby:

- Plénum – setkání za účasti pracovníků organizace i klientů určené ke sdílení myšlenek a zavádění tématu participace napříč organizací;
- Vytvoření informativních podkladů, které budou dostupné všem lidem v organizaci; tyto podklady by měly vzniknout již ve spolupráci s uživateli služeb;
- Upozorňování na téma na sociálních sítích organizace prostřednictvím sdílení článků, videí, diskuzí.

2) Zakotvení participace do organizačního rámce organizace

Už v prvotních fázích zavádění participace mohou být managementem organizace učiněna rozhodnutí o zakotvení některých principů, pravidel a zásad podporujících participaci do klíčových dokumentů, jako jsou stanovy, veřejný závazek, a podobně. Může jít například o:

- zanesení participativního přístupu a příbuzných hodnot (rovnost, sebeurčení, důraz na lidská práva) do základních hodnot organizace;

- závazek zapojovat uživatele služeb do všech úrovní organizace;
- vyhrazení míst v kontrolních orgánech organizace pro uživatele služeb;
- snižování hierarchie organizace;
- posilování demokratického rozhodování uvnitř organizace.

3) *Zajištění základních potřeb pro participující uživatele služeb*

Zástupci některých cílových skupin (lidé bez domova, lidé rizikově užívající drogy) mají omezený přístup k základním zdrojům jako je jídlo, hygiena nebo oblečení. v rámci setkávání je důležité, aby byly tyto jejich základní potřeby naplněny, to znamená, aby měli k dispozici občerstvení, možnost využít sprchy, popřípadě si vyprat nebo vyměnit oblečení. Dále je třeba brát v potaz jejich zvyklosti týkající se času a práce.

Setkání by neměla trvat celý den, aby jim zbýval prostor na řešení vlastních záležitostí. Ideální je pořádat setkání ve dnech a časech, které se nekříží s úředními dny. Je možné nechat delší časový úsek pro scházení a neformální potkání a až poté zahájit program. Při pozdních příchodech či neúčasti na setkání by se uživatelé neměli setkávat s penalizací a odmítáním, snahou by mělo být spíše tyto situace pojmenovávat, bavit se o nich a přicházet na možná řešení společně.

4) *Osobní přizvání uživatelů služeb*

Zástupci cílové skupiny, resp. uživatelé služeb by měli být přizvání způsobem, který je od začátku staví do pozice, v níž mohou ovlivňovat svou roli v organizaci. Vhodným způsobem může být začít osobním oslovením, spíše než letáky a kampaněmi. Dalším krokem jsou potom konzultace (individuální či skupinové), ve kterých jsou kladeny otázky typu:

- Jak byste vy sami provozovali službu, kterou využíváte?
- Co by vás motivovalo zapojit se do tohoto typu služby?

- Jaké zkušenosti vás motivují se zapojit? (nebo naopak nezapojit)?
- Co vám na tomto projektu připadá dobré / špatné?

Na základě konzultací jsou klienti zváni, aby se zapojili do jimi navrhované činnosti nebo práce, tak aby mohli přispět smysluplným způsobem, přičemž mají klíčovou úlohu v samotné práci. Není však na ně vyvíjen tlak, aby museli převzít za tuto práci odpovědnost. Je důležité, aby se zapojovali do všech aktivit spojených s danou službou, ať už formálních (týmová porada, konzultace, supervize) či neformálních (grilování, teambuilding, kulturní události, školící akce), přičemž je zapotřebí klást důraz na výběr prostředí, aby se tam cítili bezpečně a pohodlně.

5) *Pilotní ověření participace*

Může být výhodné participaci nejprve „vyzkoušet“ v rámci jedné oblasti, jako například v jednom centru nebo oddělení organizace, a pečlivě tento proces sledovat, aby následně mohla být vyvinuta strategie pro širší implementaci v rámci celé organizace, která by navazovala na pilotní pokus a zahrnovala by již všechna doporučení ke zlepšení.

4) *Zapojení sociálního okolí*

Pro posilování pozice organizace fungující na participativních principech je důležité zapojovat do spolupráce i širší sociální okolí. Základním předpokladem je vytvoření bezpečného prostoru, kde se mohou lidé ze sociálního okolí potkávat s lidmi se zkušeností a vzájemně se poznávat. Toho lze dosáhnout například těmito způsoby:

- pořádání společenských, kulturních a vzdělávacích akcí otevřených široké veřejnosti;
- komunikace s lidmi ze sousedství daných služeb;
- kvalitní PR činnosti na sociálních sítích a internetu;
- spolupráce s místními umělci;
- spolupracují s městskou částí a městem.

5) *Vzdělávací a metodická podpora*

Aby mohla organizace dlouhodobě fungovat na participativních principech, je důležité věnovat pozornost kvalitnímu vzdělávání jak pomáhajících pracovníků, tak i participujících zástupců cílové skupiny. Dobré je rovněž zajistit prostor, kde by se mohli vzdělávat vzájemně a současně si poskytovat zpětnou vazbu ke své práci. Jako užitečné se jeví podporovat různá formální i neformální setkávání participujících uživatelů služeb za účelem sdílení zážitků ze svojí praxe a posilování vnitřní integrity této skupiny pracovníků ve službách.

V České republice se začínají rozvíjet výcvikové programy zaměřené na podporu a rozvoj zkušeností a dovedností lidí se zkušeností se závislostí, bezdomovectvím a psychiatrickým onemocněním:

- Kurz „Škola ulice“ organizovaný společností Jako doma pro ženy bez domova: jedná se o dvanáct pravidelných setkání, kde jsou diskutována témata, jako je například práce s vlastním příběhem, právní minimum, systém sociálních dávek, základy psychologie, práce s agresí, a podobně;
- „Základní výcvik v recovery koučování“ organizovaný Společností Podané ruce ve spolupráci se skupinou Zotavení Brno: výcvikový program, který nabízí lidem v procesu zotavení se ze závislostního chování podporu při využití jejich zkušeností při práci s lidmi, kteří rovněž usilují o zotavení;
- Kurz pro „peer konzultanty“ organizovaný Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví: je určený převážně lidem s psychiatrickou diagnózou, kteří chtějí působit v týmech pečujících o lidi s duševním onemocněním.

Obzvlášť důležitá je supervize, přičemž přítomnost lidí se zkušeností může klást vyšší nároky na osobu supervizora. Někdy může být náročné uživatele služeb do supervize zapojit, protože na tento model sdílení problémů a jejich řešení nejsou ze svého života zvyklí a nemají v to důvěru, nebo je jim tento formát naopak příjemný, ale skupinová

dynamika může být velmi divoká a pro supervizora může být náročné situaci zvládnout.

6) *Péče o rozvoj participativní praxe*

Pro rozvoj participativní praxe v celé organizaci se osvědčuje zavést roli „koordinátora participace“. Jde o člověka, který se tomuto tématu věnuje a udržuje ho při životě. Mezi jeho odpovědnosti může patřit:

- koordinace skupiny participujících uživatelů služeb;
- navazování a předávání kontaktů na zajímavé spojence z řad politiků, pracovníků i široké veřejnosti;
- sbírání podnětů na společné akce, výjezdy či vzdělávání;
- podpora realizace nápadů a plánů skupiny;
- správa finančního rozpočtu pro participaci

Měl by být v úzké spolupráci především s uživateli služeb, ale také s vedením organizace. Stará se také o to, aby se skupina, popřípadě síť participujících uživatelů služeb neustále rozrůstala. Zpočátku je nutné být proaktivní a oslovovat ty, co by se mohli chtít zapojit. k oslovování nových potenciálních členů skupiny slouží například společenské či volnočasové akce, kde se mimo jiné potkávají pracovníci se zkušeností s pomáhajícími pracovníky v jiném kontextu, než na který jsou zvyklí ve službách, což rovněž přispívá k podpoře a rozvoji participativních principů a transformaci tradičního vztahu pracovník vs. klient, na který jsme ze současných služeb zvyklí.

Nejvyšším stupněm zapojení je „vlastnictví“ (anglicky *ownership*), v přeneseném významu to znamená převzetí kontroly. Nastává, pokud klienti převezmou plnou zodpovědnost za činnost nebo úkol. Nevylučuje se s tím, že mohou ještě chtít podporu a radu, nicméně se cítí jistí natolik, že mohou fungovat samostatně. Tento proces nejde urychlit, ve vhodné chvíli ale je důležité, aby mohlo k vlastnictví dojít.

Zavádění metody v adiktologických službách

Některé způsoby zapojování klientů či bývalých klientů do adiktologických služeb mají v ČR již dlouholetou tradici, například srazy absolventů léčebných programů nebo kluby abstinujících vznikající už od 50. let 20. století jsou určitým druhem participace, ačkoliv měly jen malý vliv na fungování léčebných programů jako takových. Pokud se podíváme na možnosti současného uplatnění, které uživatelé adiktologických služeb nejčastěji mají, setkáme se, se třemi typy. První jsou bývalí uživatelé služeb, kteří prošli zásadní změnou svého života, doplnili si vzdělání v pomáhajících profesích a stali se profesionály. Druhou skupinou jsou lidé, kteří podobným způsobem prošli výraznou změnou života, hlavní způsob obživy našli jinde, ale přijímají nabídky na příležitostné zapojení do různých programů jako peer konzultanti, mentoři či lektoři (například v programech primární prevence). Poslední skupinou jsou stávající uživatelé služeb, pro které jsou vytvořena specifická pracovní místa (například při výměně injekčního materiálu, pomocných nebo úklidových činnostech).

Participativní praxe ve smyslu, jak je popsána výše, však dosud chybí. Především v době tvorby této publikace neexistovala v ČR oficiální organizace vzniklá přímo z iniciativy zástupců cílových skupin, v zahraničí známé pod názvy „self-help“ nebo „users-led organizations“, tedy organizace založené na svépomoci a organizace vedené a provozované pouze lidmi se zkušeností, stojící často na vzájemné pomoci, kam může přispět každý s tím, co umí.

Příklady participace na vertikální úrovni bychom mohli najít na lokální úrovni (například v Brně), ale nikoliv na úrovni národní. z jiných oblastí je však vidět, že i toto zapojení je možné a že je velice prospěšné jak pro tvůrce politik, tak pro bývalé uživatele služeb. Jako konkrétní ilustraci zde uvádíme výňatek z rozhovoru, který vedla pracovnice organizace spolupracující s ženami bez domova /Lada/ s kolegyní, která je zároveň uživatelkou služeb /Zuzka/.

Lada: Jaká je tvoje motivace k tomu věnovat se aktivitám jako je třeba „Chceme bydlet“?

Zuzka: Bezpráví mě štve a tím, že jsem ho sama zažila, mám o to víc chuť se rvát. Myslím si, že to tady chybí. Ta motivace je, že se to tady neděje. Na jednu stranu jsou tady služby, kde se najíš a vyspíš, chybí mi ale něco, kde tě při prvním selhání nepošlou někam a nepovažují tě za člověka druhé kategorie. Pro mě je motivace, že chci, abych byla slyšet, abychom my byli slyšet. Čím déle je člověk na ulici, tím méně je slyšet, tak věřím, že čím víc lidí s podobnou zkušeností se spojí a podpoří navzájem, tím máme větší šanci, abychom byli slyšeni. Věřím v sílu té skupiny, člověk na to není sám, protože bojovat sám proti něčemu není jednoduché. Mluvit na veřejnosti je pro mě důležité, člověk řeší sám za sebe svůj problém, může říct svůj názor, má svůj hlas. Díky tomu se zvyšuje sebevědomí jeho, ale i skupiny.

Lada: Jak to vzniklo a co děláte?

Zuzka: Skupina teď sdružuje hlavně lidi se zkušeností s bezdomovectvím. To je podstatné. To, že lidé bez domova mohou mluvit za sebe a do věcí, které se jich týkají. Předtím už skupina existovala v Ostravě a Brně, pak přišel impuls z Platformy pro sociální bydlení kvůli řešení a prosazování zákona o sociálním bydlení. Chtěli jsme být součástí, abychom řekli naše zkušenosti, které by byly brány v potaz.

Mně se na tom líbí, že MPSV /Ministerstvo práce a sociálních věcí/ s námi opravdu komunikuje, že nás slyší, nevím, do jaké míry nás akceptují a je to třeba jen na oko, ale mám pocit, že podporu od některých lidí opravdu máme. a nevzdáváme se. Když jsme sjednávali schůzky s radními z Prahy nebo některými politiky, nebyl v tom problém a vyslechli nás. v tom vidím určitý pokrok, protože dřív by řekli: „Na co? Proč se scházet s lidmi bez domova?“ Vidím to například i v tom, že z MPSV si nás zvou sami od sebe, abychom byli součástí expertních skupin nebo setkání zástupců sociálních služeb pro lidi bez domova, kde můžeme diskutovat o různých tématech. Už to je pro mě něco nového, že se s těmi lidmi můžu otevřeně bavit a podílet se tak na možných změnách. Jsme asi jedna z prvních organizovanějších participativních skupinek lidí bez domova, která se

ozývá a řeší aktuálně svoji situaci a svá práva.

Kromě diskuzí s MPSV a jinými politiky jsme se podíleli na sepsání petic za zákon o sociálním bydlení, za práva lidí, na kterých bylo pácháno násilí na hlavním nádraží, taky pořádáme veřejné akce (třeba Kulatý chodník[5]).

Snažíme se oslovovat veřejnost, naklonit ji na naši stranu a říkat, kdo jsme a co děláme. Myslím, že odezva je dobrá. Zatím nás není moc a do toho má každý vlastní radosti a starosti, ale když člověk promluví z pozice, která je jiná, než stereotypní představa člověka s "krabičákem" na lavičce, co chce drobné, tak mám většinou zkušenost s pozitivními reakcemi. Občas cítím nedůvěru, lidi se diví, ale nemyslím, že by to, co jim říkáme, odmítali. Alespoň nás vyslechnou. Snažíme se tím bourat předsudky o lidech bez domova.

Také možnost mluvit s dětmi nebo mladými lidmi vnímám jako oboustranně obohacující (například v rámci seminářů na školách nebo v projektu Živá knihovna[6]). Často jsem překvapená, jak děti dokáží o věcech otevřeně a bez předsudků přemýšlet. Po jedné školní besedě o životě lidí bez domova v rámci prohlídky Pragulicu (Praha očima lidí bez domova)[7], děti přišly a uvařily pro ženy bez domova v komunitním centru oběd a společně se pak všichni najedli. Toho si vážím. Je fajn vidět, že to, o čem jsem mluvila, mělo na ty děti dopad.

---

[5] Kulatý chodník byl název setkání, kde se za účasti politiků, sociálních pracovníků a lidí se zkušeností s bezdomovectvím projednával například návrh Zákona o sociálním bydlení.

[6] Živá knihovna je aktivita, která svým průběhem symbolizuje knihovnu, kde jsou namísto knih „půjčováni" lidé. Tyto živé knihy jsou „čteny" pomocí rozhovorů, a tím je odkrýván jejich osud (více viz slovník pojmů na konci této publikace).

[7] Pragulic je sociální podnik, který umožňuje zájemcům z řad veřejnosti poznat a zažít svět lidí bez domova, a tím mění zažité stereotypy týkající se oblasti bezdomovectví. Více na: https://pragulic.cz/

Materiální zázemí potřebné pro zavedení metody

- metoda není vázána na žádné specifické materiální zázemí

Personální zázemí a kompetence potřebné pro zavedení metody

- spolupráce a zapojení celé organizace
- schopnost efektivní komunikace
- přijetí rovnosti rolí
- tolerance k odlišným návykům a postojům
- znalost základních principů participace
- přijetí žité zkušenosti jako zdroje expertnosti

Způsoby evaluace metody

Hodnocení participativní praxe by přirozeně měla probíhat v souladu s principy metody, to znamená se zapojením klientů. Už hledání a stanovování indikátorů úspěšnosti by mělo být prováděno s přímým zapojením uživatelů služeb, kteří potom mohou být zapojeni i dále do sběru dat. Není však možné najít žádné jednoduché ukazatele participace, proto se nejvíce osvědčují kvalitativní metody, které mohou úroveň participace zkoumat hloubkově, nikoliv povrchově.

Peer práce

Klíčová slova: *peer pracovníci – žitá zkušenost – expert na základě své zkušenosti – rovnost – sebeurčení*

Východiska metody

Východiska peer práce jsou téměř totožná s východisky participativní praxe, která jsme popisovali výše. Peer práci je možné vnímat jako participativní metodu využívající konceptu uznání znalostí a zkušeností klientů, kteří se stávají odborníky právě na základě své žité zkušenosti (Videmíšek, 2018). v případě peer práce pak využívají svoji zkušenost

pro práci s dalšími lidmi, kteří procházejí podobnou zkušeností jako oni sami. Pozice peer pracovníka v organizaci je velmi důležitá a hodnotná, protože skrze svoji zkušenost může nabízet nové pohledy na danou problematiku a práci s klienty.

Uznání žité zkušenosti jako zdroje odbornosti s sebou přináší také potřebu rovnoměrnější redistribuce moci mezi pomáhajícím pracovníkem a pracovníkem se zkušeností. v ideálním případě by mělo dojít k vytvoření partnerského prostředí, kde v rámci jednoho týmu spolupracují lidé se zkušeností a pomáhající pracovníci jako rovnocenní partneři a jejich odbornosti se vzájemně doplňují.

Charakteristika metody

Peer práce (vrstevnická práce) je metoda práce s lidmi, která je v současné době realizována po celém světě i u nás v řadě oblastí, například ve zdravotnictví, v sociálních programech, ve školství či při obhajobě práv. Je možné ji také považovat za jeden z možných nástrojů horizontální participace.

Mezinárodní organizace Correlation Network (2009), která se zabývá peer prací specificky v oblasti závislostního chování, nabízí následující definici:

"Peer work lze definovat jako řadu metod, které jsou založeny na zapojování vrstevníků (peerů) nebo členů cílových skupin v oblasti sociálních, zdravotních služeb a politik. Peer work lze popsat také jako samostatně postavenou iniciativu nebo spolupráci mezi členy komunity a agenturou, která se zaměřuje na smysluplné zapojení peerů. Peer work zapojuje jak samotné uživatele drog (aktivní i bývalé), tak i jejich rodiny, příbuzné a širokou sociální síť."

Peera nebo také peer pracovníka definuje Kools (2011) jako jedince, který se nachází v rovném postavení s ostatními členy skupiny a jeho podobná zkušenost s ostatními je zásadní pro jeho peer práci. v každé fázi svého zapojení peer pracovníci disponují jedinečnými zkušenostmi, které je dobré vyzdvihovat a posilovat, stejně jako jejich

sebevědomí a kompetence. k základním principům peer práce pak patří zejména rovnost, sebeurčení, plnohodnotné zapojení, zdůrazňování silných stránek, komunitní rozvoj, setkávání se s lidmi a vzájemný respekt. v adiktologických službách jsou tedy peeři nejčastěji lidé, kteří se sami potýkali nebo potýkají se závislostním chováním, mohou to být ale zároveň i blízcí těchto osob.

Není to ale jen zkušenost se závislostním chováním, kterou mohou peer pracovníci adiktologické službě nabídnout. Je to také zkušenost s dalšími tématy, jako například život v komunitě uživatelů nelegálních drog, bezdomovectví, výkon trestu, zadluženost, jednání s úřady a institucemi, využívání pomáhajících služeb. Žitá zkušenost s těmito tématy přináší řadu výhod, jako je:

- Lepší znalost terénu a drogové scény v daném městě.
- Zákulisní informace o nových látkách na trhu a jejích účincích.
- Snazší navazování kontaktů s dalšími uživateli.
- Větší časová flexibilita.
- Psychická opora a vcítění se na základě podobných zkušeností.

Doporučený postup

1) Nastavení organizační kultury

Aby bylo možné dostatečně vytěžit potenciál peer práce ve stávajících adiktologických službách, je třeba již dopředu budovat takovou organizační kulturu, ve které budou převládat následující hodnoty:

- partnerský vztah mezi profesionálními pracovníky a peer pracovníky;
- respekt k odlišným životním zkušenostem a pracovním návykům peer pracovníků;
- ochota plnohodnotně zapojit peer pracovníky do týmové spolupráce;
- zaměření se na silné stránky;

- chuť a ochota budovat organizační kulturu společně s peer pracovníky.

K vytváření a rozvíjení této kultury mohou sloužit semináře a workshopy, stejně tak jako společné porady, kterých se účastní jak pomáhající pracovníci, tak i peer pracovníci. Jejich setkávání a diskuze nad různými tématy je klíčová k nastavení rovných partnerských vztahů a předcházení možným konfliktům.

2) Záměr zavedení peer práce

Organizace, která chce zavést peer práce do své služby, by si nejprve měla zodpovědět na tyto otázky:

- Co je cílem?
- K čemu chceme peer pracovníky přizvat?
- Jaké zkušenosti chceme využít?

Zodpovězení těchto otázek je důležité proto, že pomáhá vytvořit jasnou představu o roli peer pracovníka v týmu a současně napomáhá k plnohodnotnému využití jeho zkušenosti pro práci s dalšími lidmi. Je žádoucí, aby byla rozvíjena jeho schopnost pracovat se svojí zkušeností, proto aby ji mohl dále uplatňovat při své další práci.

3) Výběr a zaškolení peer pracovníků

V ideálním případě jsou peer pracovníci jmenováni sami sebou, případně zvoleni skupinou svých vrstevníků. Je důležité, aby jim byla poskytnuta základní cílená průprava ve zkušenostních dovednostech, a to nejlépe od zkušenějších peer pracovníků. Jejich zapojení by mělo růst úměrně s jejich zkušenostmi. Tedy čím více zkušeností peer pracovníci mají, tím více se podílejí na výběru, školení a dozoru nad ostatními. Dále je dobré podporovat je i v dalším formálním vzdělávání s ohledem na jejich osobní zájmy. a skrze to prohlubovat nejen jejich znalosti, ale i zájem o daná témata.

4) *Nastavení funkčních pravidel*

Důležitou součástí fungování peer práce a peer programů s uživateli drog jsou jasně definovaná pravidla spolupráce. Ta je dobré utvářet v přímé spolupráci s peer pracovníky. Nejlépe by to měli být oni, kdo pravidla navrhují, diskutují a schvalují spolu se zástupci služeb, s nimiž spolupracují. Každý by měl mít prostor se vyjádřit a rozdělení váhy hlasů by mělo být u všech účastníků rovnocenné. Každého nového peer pracovníka je nutné s těmito pravidly seznámit a nechat mu prostor se k nim vyjádřit. Pravidla mohou být opakovaně diskutována a reformulována na základě připomínek vznesených kterýmkoliv ze členů týmu. Pravidla by měla obsahovat:

- jasně definovaná pracovní role a povinnosti peer pracovníka;
- dohoda na pravidlech, která budou platit na společných setkáních, v terénu a jinde;
- morální zásady peer pracovníka;
- vztah pracovníka k organizaci – mlčenlivost, soulad s hodnotami organizace;
- způsob odměňování za práci.

5) *Porady peer pracovníků*

Osvědčilo se zavedení pravidelných porad/setkávání peer pracovníků. Dodržujeme stejný den, čas a místo. Zpočátku může chvíli trvat, než si nový člen týmu na tento režim zvykne. o to důležitější je, aby byly porady pravidelné. Důležité je rovněž zajištění bezpečného prostoru, kde se mohou porady/setkání odehrávat. Na poradách/setkáních by měli být přítomni:

- členové týmu peer pracovníků;
- zástupci služeb, s nimiž peer pracovníci spolupracují;
- koordinátoři/spojenci týmu peer pracovníků.

V rámci porady/setkání by měl být prostor pro vyjádření každého z účastníků. Řeší se otázky spolupráce se službami, přímá práce s klienty, plány na další období. Jejich součástí by mělo být také vyjednávání o pravidlech programu, vzdělávání a supervizích.

6) Smlouvy a způsob hodnocení

Peer práce může být dobrovolná nebo placená. v případě, že je práce placená, je třeba podepsat s peer pracovníkem pracovní smlouvu. u peer pracovníků je časté, že jsou současně vedeni v evidenci úřadu práce, v takovém případě je nutné volit pracovní smlouvu na dohodu o pracovní činnosti, kterou je možné mít i v případě evidence na Úřadu práce. Hrubý měsíční výdělek pak nesmí přesáhnout částku, která je pro rok 2019 stanovená na 6675Kč. u příjmů nad 2500Kč měsíčně pak vyvstává povinnost účasti na zdravotním a sociálním pojištění. v případě, že pracovník na úřadu práce veden není a nemá v úmyslu se tam registrovat, je možné volit jakoukoliv pracovní smlouvu.

Nastavení výše odměny a způsob hodnocení práce peer pracovníků pak závisí na konkrétním programu a dohodě členů pracovního týmu programu (včetně peer pracovníků). Jako motivující a funkční se ukázalo odměňování za úkol, kdy jsou jednotlivé pracovní úkoly ohodnoceny konkrétní částkou. Výše mzdy tak může být pohyblivá a záleží na konkrétním peer pracovníkovi a jeho aktivitě, kolik si daný měsíc vydělá.

Zavádění metody v adiktologických službách

V některých nízkoprahových programech v ČR se s peer prací můžeme setkat již od devadesátých let. Přičmž v těchto programech jsou peer pracovníci využíváni zejména pro výměnu injekčního materiálu a kontaktování potenciálních klientů uvnitř skryté populace uživatelů drog. Otázkou však zůstává do jaké míry jsou skutečně součástí adiktologických služeb a jejich týmů. Jak již bylo zmíněno výše, peer práce je metoda vycházející z participativní praxe a je tedy důležité, aby při jejím zavádění do praxe zůstaly zachovány participativní principy, jako je opravdové zapojení, rovná redistribuce moci mezi peer pracovníky a pomáhajícími pracovníky ve službách a jejich zmocňování na všech úrovních.

Nelze navrhnout jednu konkrétní cestu zavádění peer práce do adiktologických služeb, která by byla funkční a platná ve všech případech. Každý pracovní tým, který se rozhodne přijmout mezi sebe člověka se zkušeností na pozici peer pracovníka, si vytváří vlastní schéma jeho zapojení s ohledem na pravidla služby, personální a osobnostní složení týmu, filozofii organizace, pod níž spadá a podobně. Rovněž záleží, v jaké fázi zotavení se daná osoba nachází a jaké požadavky a nároky je možné na ni klást. Zkrátka je v tomto případě vhodné volit individuální přístup, a to s ohledem na všechny zúčastněné strany. Jako jednu z možných cest zavádění peer práce do organizace poskytující adiktologické služby uvádíme příklad vzniku participativní peer skupiny Street support Brno.

Materiální zázemí potřebné pro zavedení metody

- prostory s hygienickým zázemím a kuchyňkou

Personální zázemí a kompetence potřebné pro zavedení metody

- vlastní zkušenost v tématech, která jsou předmětem jeho intervencí
- dobře zpracovaná vlastní zkušenost
- respekt k jiným životním cestám
- empatie
- asertivita

Příklad z praxe:

Projekt Street support Společnosti Podané ruce o.p.s.

Kontext: v rámci projektu Street support vznikla v roce 2017 pracovní skupina uživatelů drog, kteří působí na pozici peer pracovníků. Ve své práci se zaměřují zejména na výměnu a sběr použitého injekčního materiálu, šíření zásad harm reduction, kontaktování osob ze skryté populace uživatelů drog. Dále se podílejí na pořádání různých volnočasových a komunitních akcí pro klienty nízkoprahových služeb Společnosti Podané ruce. Rovněž se podíleli na vývoji mobilní aplikace pro uživatele drog, jejíž databázi dodnes spravují

a jsou součástí týmu obsluhující centrální linku Společnosti Podané ruce, která slouží, jako první kontakt s organizací určený široké veřejnosti. Základními principy spolupráce jsou zejména participace, partnerství, rovnost mezi všemi členy skupiny a vzájemná podpora.

Role: Pracovnice projektu a spojenkyně skupiny peer pracovníků

Díky projektu Street support vznikla možnost zformovat skupinu peer pracovníků, kteří využívají své vlastní zkušenosti s užíváním návykových látek pro práci uvnitř komunity uživatelů návykových látek a také se podílejí na šíření osvěty a destigmatizaci těchto lidí ve většinové společnosti. Skupina se formovala postupně od března roku 2017 až do dnes, kdy má 6 aktivních členů, kteří jsou zaměstnáni na pracovní smlouvu na pozici peer pracovník/ce.

Poslední rok se skupina schází pravidelně jedenkrát týdně v prostorách, které nám poskytuje organizace, pod níž projekt vznikl. Setkání se většinou účastní dva spojenci, šest až osm peer pracovníků a pak zástupci terénních programů a kontaktního centra. Schůzky většinou trvají cca čtyři hodiny. První část setkání je věnována tomu, co je, u koho nového a s čím přichází. Děláme plán toho, čemu se budeme na setkání věnovat. Taky je tu prostor pro řešení vztahových problémů uvnitř skupiny. Snažíme se vytvářet bezpečný prostor, do kterého patří i sdílení osobních věci z každodenního života, stejně tak jako vztahové problémy mezi členy skupiny. v druhé části se věnujeme plánování spolupráce s nízkoprahovými centry či zakázkám od organizace nebo města. Děláme rozpis služeb na další týden. Předáváme telefon, který má na starosti každý týden jiný peer pracovník/ce. Telefon slouží pro lidi, kteří potřebují vyměnit v nestandardní časy nebo s něčím poradit.

Následuje pracovní část, během níž většinou uklízíme okolí kontaktního centra nebo děláme, co je zrovna potřeba. Po obědě většinou rekapitulujeme dohody a informace, které ten den zazněly a setkání ukončujeme. Navzdory popsané struktuře je každé setkání úplně jiné. Odlišná bývá i dynamika jednotlivých setkání a také hodně záleží na tom, v jakém stavu a náladě se potkáváme.

Je zajímavé sledovat, jak se mění přístup jednotlivých lidí v čase. Někteří už přicházejí s tím, že se chtějí nějakým způsobem angažovat pro komunitu uživatelů a mají jistou představu o tom, co by to mohlo obnášet. Jiní přicházejí s tím, že nemají žádnou konkrétní představu o činnosti skupiny, ale zajímá je, co dělá. Může chvíli trvat, než se v práci a poslání skupiny zorientují. z počátku mohou být překvapení z toho, že se jich někdo ptá na jejich názor a nejsou si jistí tím, jestli je vůbec bezpečné se o něj podělit. Naše zkušenost je ale taková, že když se jim nechá dostatečný prostor, časem získají sebejistotu a jejich myšlenky jsou často velmi nové a cenné pro další práci i další rozvoj skupiny. Setkáváme se i s řadou překážek a složitých situací. Zpočátku byla například velkým tématem prezentace peer pracovníka v kontaktu s veřejností nebo policií. Ze strany organizace a služeb byl jasný požadavek na to, aby byly funkce jasně vymezeny a nezaměňoval se termín peer pracovník a například terénní pracovník. To se nám po společných debatách a vyjasňování podařilo vyřešit prostřednictvím kartičky peer pracovníka, kterou se daný člověk může prokázat, když je to v kontaktu s veřejností potřeba. Na kartičce je fotka, jméno a název pozice peer pracovníka/ce. Je tu také kontakt na garanta programu a definice pojmu peer pracovník/ce.

V současné době chystáme příspěvky na několik konferencí. Pro uživatele plánujeme také kurzy angličtiny a výtvarné workshopy. Prohlubujeme spolupráci s nízkoprahovými centry a povedlo se nám získat vlastní prostory, kde se můžeme společně potkávat.

Pravidla brněnského programu Street Support

1. Peer pracovník musí být vlastníkem platného OP.
2. Peer pracovník musí být kontaktovatelný (nejlépe, aby byl vlastníkem funkčního mobilního telefonu).
3. Peer pracovník se účastní pravidelných setkání skupiny (min. 3 setkání za měsíc).
4. Na setkání musí být přítomen min. od 11:00 do 13:30.
5. V případě, že se peer pracovník nemůže na setkání dostavit, tak se předem omluví.

6. Peer pracovník na setkání dochází vždy v práce schopném stavu.

7. Na setkání se neužívají ani nedistribuují návykové látky.

8. V rámci skupiny nejsou tolerovány žádné projevy násilí, rasismu či sexismu.

9. V rámci skupiny se peer pracovník podílí na udržování vzájemného respektu a rovné spolupráce.

10. Peer pracovník se zavazuje se k dodržování mlčenlivosti, tedy nesděluje informace o klientech programu žádné třetí straně.

11. Peer pracovník nebude zkreslovat informace o své osobě, pozici a roli v rámci programu.

12. Peer pracovník se zavazuje vystupovat v souladu s cíli, pravidly a posláním programu.

13. Peer pracovník neupřednostňuje své vlastní zájmy před zájmy klientů.

Kartička peer pracovníka – anonymizováno:

Obrázek 2: Kartička peer pracovníka

Způsoby evaluace metody

Evaluace metody by měla probíhat jednak formou ústní komunikace s peer pracovníkem, kdy by měla zaznít zpětná vazba na jeho práci ze strany koordinátora peer programu i samotného peer pracovníka. Tento rozhovor by měl směřovat k hodnocení naplnění cílů spolupráce, které by měly být předem vytyčeny v rovné spolupráci s peer pracovníky. Na základě evaluačního rozhovoru pak může současně docházet k přehodnocování a reformulaci cílů. Do evaluace je vhodné zapojit iširší síť zúčastněných osob, jako jsou

lidé ze služeb, v nichž peer pracovníci pracují i klienti dané služby. Vhodná se jeví kombinace různých výzkumných metod, jako jsou polostrukturované rozhovory, dotazníková šetření i zúčastněné pozorování. Jako materiál k evaluaci mohou posloužit i data zobrazující například množství vyměněných a posbíraných stříkaček, počet kontaktů s klienty nebo počet odpracovaných hodin. Tyto údaje je tedy dobré zaznamenávat.

Doporučená literatura:

Kemshall, H., Littlechild, R. (2000). User involvement and participation in social care: research informing practice. Jessica Kingsley publishers.

Peer Manual. (2003). Toronto Harm Reduction Task Force.

Komunitní práce

Východiska metody

Komunitní práce je v zahraničí zavedený a rozšířený přístup, a to jak v sociální práci, tak i šířeji jako způsob podpory místních společenství. Historicky její počátky sahají do 19. století, velký vliv na její rozvoj mělo hnutí „Settlement House Movement“ v USA ve 20. letech století dvacátého. Základní myšlenkou komunitní práce je, jednoduše řečeno, pracovat s lidmi v místech, kde žijí, tak, aby dokázali sami vylepšovat a měnit své bezprostřední okolí (McDonough, 2018). Empowerment je tedy ústředním pojmem této metody – úsilí pracovníků má být zaměřeno na posílení klientů, aby mohli co nejvíce využívat svoji expertízu členů dané komunity. Jsou to oni, kdo znají komunitu nejlépe, jsou nejlépe obeznámeni s mocenskou strukturou komunity, znají postupy, které zde fungují i nefungují. Úkolem komunitního pracovníka je potom tuto expertízu podpořit a pomoci jí využít ve prospěch celé komunity.

V České republice začaly snahy o zavedení komunitní práce krátce po roce 1990, nicméně nebyl to jednoduchý proces a komunitní práce se nikdy nezačala praktikovat ve větším rozsahu (Havrdová, 2015). Podílí se na tom nejasné legislativní ukotvení, kdy komunitní práce není součástí zákona o sociálních službách, přestože při tvorbě zákona existoval návrh na zařazení komunitních center jako jeden z druhů sociálních služeb.

Charakteristika metody

V roce 2015 formulovala expertní pracovní skupina Ministerstva práce a sociálních věcí definici komunitní práce v kontextu sociální práce, kterou následně schválila vědecká rada MPSV (Havrdová, 2015, s. 48). Zní takto:

„Komunitní práci v kontextu sociální práce chápeme jako dlouhodobě působící metodu sociální práce,

a) jejímž subjektem je skupina/komunita lidí, kteří se dlouhodobě potýkají se společnými obtížemi v interakcích s okolním prostředím (v současné době obvykle

hovoříme o sociálním znevýhodnění, sociálním vyloučení či nepříznivé sociální situaci),

b) jejímž cílem je posílit schopnost této skupiny/komunity zvládat znevýhodňující a obtížné interakce tím, že získá větší míru kontroly nad okolnostmi, kterým jsou její příslušníci společně vystaveni, a díky tomu bude společně dosahovat (komunitou) definovaných cílů."

Zásadní charakteristikou této metody sociální práce je, že pracovníci aktivně vytvářejí podmínky pro participaci členů komunity na celém procesu. Je nutné postupovat po malých krůčcích, nelze se obejít bez pečlivého navazování vztahů, oceňování a rozvoji silných stránek členů komunity, čímž roste jejich sebedůvěra a důvěra vůči pracovníkům. Etickým imperativem pracovníků potom je respekt a přijetí členů komunity bez jakékoliv diskriminace, s uznáním hodnot komunity a jejích preferencí.

Doporučený postup

Následující doporučení jsou volně převzata a upravena z publikace Havrdová (2015).

1) *Sestavení a výběr komunitních pracovníků*

Na prvním místě není vzdělání nebo odborné kompetence, ale opravdový zájem o lidi v komunitě, o jejich příběhy, o rozvíjení jejich potenciálu. Komunitní pracovníci musí věřit, že existuje naděje i v místech, kde ostatní vidí beznaděj a zmar. Součástí týmu, nebo minimálně v roli externího poradce, by měl být i někdo se zkušenostmi s komunitní prací, aby s ním mohli nováčci konzultovat každodenní dilemata objevující se v praxi.

2) *Mapování komunity*

Vstup do určité konkrétní komunity zpravidla není iniciativou členů samotné komunity, ale externí instituce či organizace, která si přeje změnu. Komunitní pracovníci tedy zpočátku mohou být „nezvanými hosty" v komunitě, a musí tedy postupovat s velkým respektem a úctou k místním tradicím a zvyklostem. Musí být také připraveni na to, že členové společenství budou rezignovaní a apatičtí, minimálně na první dojem. To, co může komunitní pracovník v této fázi dělat, je vést velké množství neformálních, „obyčejných"

rozhovorů s obyčejnými lidmi. Může se zajímat o to, co zrovna právě teď nejvíc potřebují, může být zvědavý na způsob fungování komunity, skrytou hierarchii, zdroje a silné stránky komunity a postupem času si také může začít vytipovávat přirozené komunitní lídry. Především se ale připojuje ke všem lidem, kteří v komunitě žijí, snaží se rozvinout skutečně partnerské a vřelé vztahy.

3) Volba tématu a spolupracovníků (vznik jádrové skupiny)

V průběhu mnohých rozhovorů si komunitní pracovník může začít všímat, jak minimálně u některých lidí roste chuť a zájem o nějakou, byť drobnou, změnu. Ta se většinou váže k určitému tématu, za které by se lidi byli ochotni osobně zasadit, vzít si za něj odpovědnost. Příkladem může být stavba dětského hřiště nebo úklid společných prostor. Je poměrně důležité, aby nešlo o velké téma, ale spíš malé a dosažitelné, na kterém si komunita může vyzkoušet spolupráci a zažít úspěch. Kolem toho tématu se formuje i takzvaná jádrová skupina, která pak následně může být tahounem dalších změn. Je však důležité na členy komunity nespěchat s volbou tématu, komunitní pracovníci by ani neměli témata sami navrhovat, pouze šířit důvěru a naději, že je možné něco měnit.

4) Podpora

Tým komunitních pracovníků nutně potřebuje externí podporu, a to jednak ve formě pravidelných supervizí a metodických porad, tak i od ostatních organizací a institucí, které mají s danou komunitou co do činění. Jedním z úkolů komunitních pracovníků je tedy průběžně vyjednávat se zástupci úřadů, neziskových organizací, škol a soukromých firem, aby jejich činnosti v první řadě důvěřovali, a ideálně aby ji podpořili. Zásadní je také podpora od místního společenství, ať už formalizovaných výborů a rad, anebo od neformálních lídrů.

5) Dosahování úspěchů a překonávání překážek

Za úspěch se v komunitní práci zpravidla pokládá zvyšování sociální soudržnosti uvnitř komunity, zároveň větší provázanost s okolím komunity, čehož je dosaženo jak díky změně

postojů majority, tak díky autonomii lidí z komunity, když skrze zapojení a spolupráci dále rostou a své záležitosti si spravují vlastními silami. Komunitní pracovníci jsou tedy čím dál více spíše v roli pozorovatelů a podporovatelů změn a aktivit než v roli organizátorů či lídrů, tak aby, ve chvíli, kdy už na to komunita bude připravená, mohli ustoupit do pozadí anebo odejít z komunity úplně. Podpůrná role komunitních pracovníků je ale velice důležitá, protože díky ní se komunita může daleko lépe vypořádávat s překážkami a pokračovat ve svém úsilí dále. Je vhodné podpořit zejména pro-aktivní postoje a spolupráci. Komunitní pracovník může také sloužit jako příklad otevřené, transparentní a respektující komunikace.

Zavádění metody v adiktologických službách

Komunitní práce zaměřená na závislostní chování je v zahraničí nejčastěji spjata buď s etnickými skupinami anebo se specifickými veřejnými prostory, kde dochází ve zvýšené míře k rizikovému užívání drog. v multi-etnických zemích je například běžné, že jsou komunitní centra místní samosprávou podporovaná k tomu, aby se buď sami zaměřili na problematiku užívání drog a závislostí ve své komunitě, anebo aby takto cílenou komunitní práci rozvíjeli ve spolupráci se specializovanými organizacemi. Příkladem komunitní práce v exponovaných lokalitách může být například berlínský Fixpunkt v oblasti Görlitzer Parku, který je hojně navštěvován uživateli nelegálních drog.

V českém prostředí se komunitní práci v adiktologických službách nevěnovala v době vydání této publikace žádná organizace, což je dáno zejména legislativním zakotvením a nastavením sociálních a adiktologických služeb, které svým individualistickým zaměřením postupy naznačené výše prakticky vylučují. Některé organizace však prvky komunitní práce využívají, a to zejména v rámci terénní práce ve vyloučených lokalitách. Příkladem mohou být aktivity Spolku Ulice Plzeň, který realizuje terénní sociální práci u uživatelů nelegálních návykových látek a dále u lidí prodávajících sexuální služby. Poskytování služeb jednotlivcům je rámováno celkovou koncepcí práce s prostorem, ve kterém k těmto aktivitám dochází.

Jedním příkladem způsobu práce Spolku Ulice Plzeň je prostor takzvané „trasy“, silnice na okraji Plzně, na které probíhá pouliční prostituce. Pracovníci si od začátku všímali nejen uživatelů drog a sexuálních pracovnic, ale celé specifické komunity lidí, která se na tomto místě schází. Jsou zde sexuální pracovnice, které drogy užívají i ty, které neužívají, objevují se zde muži v roli pasáků, ochránců či partnerů těchto žen. Část z nich náleží k sociálně vyloučeným Romům nebo migrantům. Se všemi těmito lidmi jsou pracovníci terénního programu v kontaktu. Svým chováním, přístupem a odvedenou prací si v daném prostoru vybudovali důvěru, klienti se na ně začali obracet nejen s problémy týkajícími se užívání drog, ale začali je kontaktovat i jejich známí, příbuzní a další lidé, kteří se tu pohybují nebo zde bydlí. Tím mohou výrazně pomoci i těm lidem, kteří by ji jinak stěží dostali jinde, protože pro ně nejsou určeny žádné specifické služby.

Navíc se postupem času v okolí trasy objevila řada ubytoven, kam pracovníci vedeni konceptem práce s prostorem začali docházet a pomáhat například příbuzným klientek z trasy, kteří potřebovali pomoc s vyřízením dokladů, protože neměli české občanství. Při pohybu v prostoru ubytovny se začala také přirozeně odvíjet spolupráce se správcovou, která při úklidu nachází použité stříkačky. Pracovníci jí poskytli malý kontejner na infekční odpad, aby stříkačky raději odkládala do něj, než vyhazovala do popelnice. a nabídli zajištění pravidelné likvidace tohoto odpadu.

Jiným příkladem činnosti terénního programu Spolku Ulice Plzeň je práce na bytech klientů, z nichž převážnou část tvoří sociálně vyloučení Romové. v některých bytech, kam už několik let pracovníci dochází, užívají drogy všichni obyvatelé, v jiných bydlí vícegenerační rodiny, z nichž drogy užívají jen někteří. Pracovníci se však zaměřují na všechny lidi, kteří v daném bytě žijí bez ohledu na to, jestli užívají anebo ne. Lidé, kteří neužívají drogy, mají například často zájem o testy na infekční nemoci z obav ze sdílení společné domácnosti. Při čekání na výsledky je prostor lépe se poznat, klienti mají možnost zažít vstřícné a ohleduplné jednání od zástupců majority, což může napomoci ke změně v jejich vnímání či přístupu. Pracovníci mohou pomoci s různými záležitostmi, od vypsání žádanky do potravinové banky pro starší rodiče až po zajištění léčby syfilidy pro

dceru klientky z trasy.

Postupem času se v lokalitách, které terénní pracovníci navštěvují, stala organizace velmi dobře známou. Místní s jistotou ví, za kým jít a co mohou očekávat. Nabídka kondomů se například stala zajímavou pro dospívající začínající s aktivním sexuálním životem a vedla i k delším rozhovorům s pracovníky s následnými odkazy na další organizace. Malé děti, které při svých hrách vlezou na nejrůznější místa, pracovníkům často ukazují, kde našly stříkačku. Při setkání s kýmkoliv pracovníci ochotně vysvětlují, co dělají, a zpravidla se jejich práce setkává s povděkem, ačkoliv vždy se vyskytne skupina lidí, pro kterou jsou pracovníci těmi, kteří podporují jejich příbuzné v braní drog. Někteří se nechají slovem či skutkem přesvědčit o prospěšnosti této práce, jiní nikoliv.

Jakkoliv má uvedený příklad prvky komunitní práce a bezpochyby podporuje empowerment, o komunitní práci ve výše uvedeném smyslu se, jak už bylo řečeno, nejedná. Základem je individuální práce s klienty a členy jejich rodin a také cíle spolupráce jsou zpravidla individuální. Ostatně, to je také „zakázka“ od donorů. Systém sociálních i adiktologických služeb je nastaven tak, že prakticky vylučuje komunitní práci, protože vede organizace k tomu, aby se zaměřili na jednotlivce s určitým typem problému, a tento problém pomáhali individuálně řešit. Posílení komunity, podpora sociální změny ve spolupráci s místním společenstvím anebo intenzivní zapojení přirozených komunitních lídrů jsou činnosti, které jdou mimo rámec standardní sociální a adiktologické péče. Zavádění komunitních prvků způsobem, jak to dělá Spolek Ulice Plzeň, musí tedy vycházet z přesvědčení samotné organizace, a navíc vyžaduje velkou dávku kreativity, aby byl tento přístup kompatibilní s požadavky donorů.

Materiální zázemí potřebné pro zavedení metody

- kancelářské zázemí pro tým přímo v komunitě nebo v její blízkosti
- drobné dárky pro členy komunity

Personální zázemí a kompetence potřebné pro zavedení metody

- zpočátku minimálně dva komunitní pracovníci s absolvovaným školením v komunitní práci, se zájmem o pomoc lidem v dané komunitě, s důvěrou ve změnu, s vynikajícími dovednostmi efektivní komunikace a aktivního naslouchání, motivování lidí a organizačními schopnostmi
- zkušený komunitní pracovník jako člen týmu nebo externí poradce / supervizor

Způsoby evaluace metody

V souladu s celkovou filozofií komunitní práce se i evaluace této metody musí zaměřovat na celou komunitu. To znamená, že se tolik nesledují jednotlivé lidské osudy členů komunity, ale spíše celková situace, jako například zlepšení bytových podmínek, životní úrovně, kvality veřejného prostoru, úrovně vzdělání, a podobně. Tyto indikátory se mohou v různých komunitách lišit, a je velice důležité, aby byly stanoveny předem a mohlo být provedeno srovnání. Ještě náročnější je však vyhodnotit, do jaké míry došlo k posílení komunity, do jaké míry komunita získala kontrolu nad okolnostmi, kterým je vystavena nebo do jaké míry jsou členové ochotni a schopni aktivně měnit své bezprostřední okolí. k evaluaci těchto cílů mohou dobře sloužit participativní výzkumné metody jako například participativní akční výzkum, jejichž výhodou je to, že mohou být přímo propojeny s realizací komunitní práce, a tím i napomáhat jejímu úspěchu.

Doporučená literatura:

Havrdová, Z. (2015). Role sociálního pracovníka v komunitní práci. Sešit sociální práce, 2/2015. Praha: MPSV.

Komunitní organizování

Východiska metody

Jedním ze základních principů sociální práce je sociální spravedlnost. o naplňování tohoto principu je možné usilovat různým způsobem, avšak k nejúčinnějším patří kolektivní akce. z historie můžeme vidět, že na pozadí změn vedoucích k větší sociální spravedlnosti stála organizovaná hnutí, a to ať už šlo o prosazování práv žen, černochů, LGBT+ komunity nebo dalších znevýhodněných skupin. Sociální pracovníci byli vždy součástí těchto hnutí, pomáhali organizovat protestní a jiné akce nebo je sami iniciovali. Není to nic překvapivého, protože sociální pracovníci jsou často nejblíže skupinám lidí, jejichž práva jsou potlačována. Mohou je tedy nejen slyšet a pomoci na individuální úrovni, ale také pomoci, aby byl jejich hlas slyšet i ve veřejném prostoru.

Jedním ze způsobů, jak nechat hlasy utlačovaných lidí zaznít nezprostředkované, je komunitní organizování, jehož výsledkem jsou přímé akce ve veřejném prostoru. Sociální pracovníci mohou tyto akce pomoci zorganizovat, zároveň by se však měli snažit o to, aby nepřebírali odpovědnost za životy ostatních. Způsob, jakým je akce zorganizovaná, musí tedy podporovat sebeurčení a empowerment těch skupin, jejichž práva jsou obhajována.

Charakteristika metody

Komunitní organizování můžeme považovat za formu sociální práce se skupinami, nicméně jde o širší pojem, který zahrnuje kolektivní akce organizované členy určité komunity, jejichž smyslem je snížit mocenskou nerovnováhu a dosahovat společných cílů pro sociální změnu (Staples, 2004). Jde tedy vždy o společnou akci, v níž hlavní slovo mají členové určité komunity. To nemusí nutně zahrnovat jen komunity vymezené lokalitou, ale i určitou identitou, prostřednictvím které jsou její nositelé vystaveni utlačujícím, stigmatizujícím a znevýhodňujícím praktikám. Jedná se tedy také například o organizování akcí LGBT+ komunitou, lidmi s psychiatrickou diagnózou, příslušníky etnických skupin a samozřejmě také uživateli drog a lidmi se závislostním chováním.

Akce, které jsou výsledkem komunitního organizování, mohou být různého typu. Základní a nejrozšířenější formou jsou různé formy shromáždění, jako například demonstrace, happeningy, pochody nebo veřejné besedy. Jinou formou jsou různá kreativní vyjádření ve veřejném prostoru, jejichž cílem je neotřelým až šokujícím způsobem konfrontovat veřejnost, politiky a média s konkrétními problémy a zvyšovat povědomí o jejich existenci. Tento typ vyjádření můžeme označit jako awarenessové techniky (z angl. awareness – povědomí) a můžeme sem zařadit například instalace ve veřejném prostoru. Když například iniciátoři ze skupiny PRAK[8] chtěli upozornit na narůstající počet sebevražd spáchaných v souvislosti se zadlužením a exekucemi, instalovali v Praze desítky figurín oběšenců. Jiným příkladem je historicky známá událost, kdy Afroameričanka Rosa Parksová odmítla v roce 1955 uvolnit v autobuse místo určené bělošským cestujícím a byla za své gesto odsouzena k pokutě podle platných zákonů. Svým vědomým rozhodnutím tyto zákony porušit ale odstartovala proces vedoucí k jednomu z velkých vítězství boje proti řízené segregaci.

Při organizování sociálních akcí a protestů je důležité zohlednit to, že samotní utlačovaní, kteří jsou ochotni svoji situaci veřejně sdílet a vyjadřovat nespokojenost jsou velmi zranitelní a podobné aktivity jim mohou do budoucna přinášet těžkosti, se kterými se běžný aktivista/sociální pracovník vyrovná daleko snadněji. v maďarské grassroot[9] bezdomovecké organizaci a város mindenkié[10] proto například při demonstrativních squatovacích akcích prázdné objekty obsazovali bydlící a nebydlící dělali podporu z bezpečných pozic na ulici.

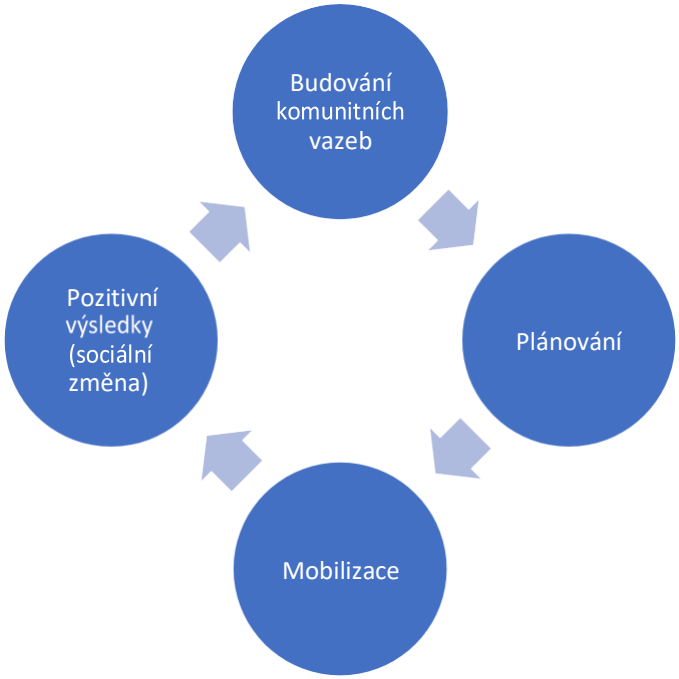
---

[8] Z prohlášení kolektivu PRAK: „PRAK může být cokoli. Prak je možná dětská hračka, ale i přesto dokáže rozbít okno. Více praků dohromady je účinná zbraň. PRAK může být zkratka nebo akronym. PRAK je živá bytost“. Video z akce: https://vimeo.com/34889274.

[9] A város mindenkié (Město patří všem) je maďarská grassrootová organizace zabývající se bezdomovectvím. Více na: https://avarosmindenkie.blog.hu/

Doporučený postup

Brady & O'Connor (2014) vytvořili praktický model komunitního organizování, z něhož můžeme odvodit základní postup pro úspěšné organizování veřejných akcí.



Obrázek 3: Brady & O'Connor (2014), praktický model komunitního organizování

1. fáze: Budování komunitních vazeb

Komunitní organizování se neobejde bez velice dobře navázaných vazeb v rámci společenství lidí, které trápí konkrétní problém. Proto je „budování komunitních vazeb" označováno za samostatnou fázi a zahrnuje vzájemné poznávání, zvyšování povědomí o souvislostech problematické situace, dozvídání se o motivacích, zájmech a potřebách druhých lidí. Tento proces sestávající z řady setkání, zpravidla neformálních, vede k vytváření pocitu vzájemné propojenosti a také ke zvyšující se důvěře. Pokud je proces úspěšný, zpravidla vede automaticky k dalšímu kroku.

2. *fáze: Plánování*

Cílem druhé fáze je sestavení organizačního plánu s explicitními cíli a konkrétními kroky. Pro úspěch celého procesu však nejde jen o obsah plánu, ale zejména o to, kdo se na vytváření plánu podílí. Je třeba velké obezřetnosti při sestavování týmu, protože na jedné straně může dojít k tomu, že nebudou dostatečně zastoupeni důležití zástupci organizací či institucí, na druhé straně hrozí, že se plánování bude účastnit málo přímých členů komunity. v prvním případě se může stát, že proces nebude mít dostatečnou podporu pro prosazení změn, ve druhém případě je riziko, že komunita nebude cítit vlastnictví procesu.

3. *fáze: Mobilizace*

Klíčovým prvkem třetí fáze je vybudování dostatečné kolektivní síly, která je podkladem pro mobilizaci komunity a uskutečnění organizačního plánu. Tato třetí fáze tedy přímo fází na úspěších fází předchozích. Pokud se podaří vybudovat dostatečný pocit propojení a důvěry mezi členy (1. fáze) a pokud je do tvorby organizačního plánu zapojeno dostatek lidí – jak jednotlivců z komunity, tak zástupců organizací (2. fáze) – tak se dá očekávat úspěšná mobilizace a uskutečnění daného plánu.

4. *fáze: Pozitivní výsledky*

Pokud se podaří projít všemi fázemi, výsledkem je sociální změna, a to jak na individuální, tak na systemické úrovni. Individuální sociální změna odkazuje k pozitivním ziskům členů komunity, které vyplývají zejména ze zapojení do procesu organizování jako takového. Systemická sociální změna znamená dosažení organizačních cílů. Pokud dojde k těmto pozitivním výsledkům, vede to zpravidla k tomu, že členové komunity zažívají posílení (empowerment) a jsou motivováni k zapojení do dalších organizačních procesů v rámci své komunity.

Tento model nám ukazuje, na co je zapotřebí dávat pozor v rámci jednotlivých fází, ale nepřímo také naznačuje, jaká hrozí rizika, pokud se proces nedaří. Jak uvádí Brady

& O'Connor (2014), při nedostatečně vytvořené důvěře a propojení nemusí být plán vytvořen kvalitně se zapojením klíčových lidí, a potom je velice pravděpodobné, že akce bude neúspěšná. Negativní výsledky akce potom mohou znamenat pocit oslabení, bezmoci, a tím i ztrátu chuti k organizování podobné akce v budoucnu. Proto je velice důležité žádnou fázi výše zmíněného procesu nepodcenit.

Zavádění metody v adiktologických službách

Komunitnímu organizování se v adiktologických službách nikdo systematicky nevěnuje, a pokud ano, tak jde o mimořádné události. Příkladem takové události byla situace působení kontaktního centra pro uživatele drog v Praze v roce 2010, kterou provázel nesouhlas některých místních obyvatel. i přes snahy zaměstnanců (informační kampaň, beseda s místními…) nesouhlas neustával, docházelo i k fyzickým útokům na budovu, ve které centrum službu provozuje. Vše vyvrcholilo ohlášeným pochodem tzv. občanské hlídky radikálně pravicového politického uskupení ke kontaktnímu centru, který měl zjevný politický podtext v době krátce před komunálními volbami.

Velice rychle se v této chvíli dokázalo zmobilizovat značné množství lidí – aktivistů, antifašistů, pracovníků adiktologických služeb a jiných odborníků, zástupců lidskoprávních organizaci a v neposlední řadě samotných uživatelů drog, pro které je centrum určeno. Ohlášená hlídka se nakonec k centru nepřiblížila a před značnou množstevní převahou svých odpůrců zmizela v přilehlém parku. Úspěch této „protiakce" byl nejen v tom, že obyvatelé okolních domů mohli vidět pestrou semknutou komunitu kolem kontaktního centra, ale také v tom, že samotní uživatelé drog zažili pocit sounáležitosti a podpory od řady různorodých lidí.

Dalším příkladem komunitního organizování byla akce na nádraží v Praze, na níž se podíleli někteří pracovníci adiktologických služeb, nicméně šlo především o problematiku násilí na lidech bez domova. Šlo o happening, na kterém se sešli lidé bez domova, včetně obětí

násilného chování ze strany pracovníků ochranky, spolu se sociálními pracovníky a aktivisty z různých oblastí. Impulzem k uspořádání akce byly informace o rutinním používání fyzického násilí vůči lidem bez domova. Cílem bylo na problém upozornit veřejnost, média a politiky a dotlačit tím nájemce budovy ke změně přístupu.
o systematickém násilí vůči lidem bez domova dlouhodobě věděli pracovníci různých sociálních služeb působící v okolí. Samotné akci předcházela dlouhodobá intenzivní snaha řešit problematiku všemi možnými formálními cestami, oznámením incidentů na policii a opakovanými výzvami k intervencím směrem k odpovědným institucím.

Situaci následně referovala některá periodika a jejich internetové mutace a problém projednávalo spádové zastupitelstvo městské části. Pronajímatelé budovy problém před médii důsledně popírali, ale reálně přijali opatření k jeho řešení. Zaměstnanci ochranky se na krátký čas stali objekty zvýšeného zájmu medií a ti nejvíce agresivní byli přeloženi na jiné pracoviště. Bylo patrné, že ačkoli se pronajímatel prostor vyhýbal řešení a odmítal nést odpovědnost za vzniklou situaci, tlak účastníků happeningu a následně medií ho přiměl učinit alespoň kosmetické úpravy.

Oba zmíněné příklady komunitního organizování se odehrály víceméně spontánně, v reakci na události, které nechtěli někteří jednotlivci i skupiny nechat bez odezvy. Ačkoliv byly obě akce úspěšné, nepodařilo se jim následně dostatečně využít potenciál propojenosti, důvěry a zvýšené odvahy přímých členů komunity. k rozvíjení tohoto potenciálu by byla zapotřebí systematičtější koordinovaná práce, kterou nelze dělat bez prostředků a alespoň základního zázemí. Řešením by bylo, kdyby organizace věnující se adiktologickým službám aktivně usilovaly o vznik a udržení infrastruktury, v rámci, které se tyto akce mohou konat a rozvíjet.

Materiální zázemí potřebné pro zavedení metody

- prostor pro setkávání
- přístup ke komunikačním a informačním technologiím

Personální zázemí a kompetence potřebné pro zavedení metody

- organizační schopnosti
- partnerské vztahy s cílovou skupinou
- zájem, ochota a možnost vystoupit z rámce poskytování služeb

Doporučená literatura:

Brady, S. R., & O'Connor, M. K. (2014). Understanding how community organizing leads to social change: The beginning development of formal practice theory. Journal of Community Practice, 22(1-2), 210-228.

Černá, E. (2019, in press). z ulice do bytu: Sociální práce v procesu reintegrace do bydlení. Praha: SLON.

Divadlo utlačovaných

Východiska metody

Metodu Divadla utlačovaných zformuloval Augusto Boal (1931–2009), brazilský režisér, dramatik, teoretik, spisovatel a pedagog, autor knih Theatre of the Oppressed (Divadlo utlačovaných) a The Aesthetics of the Oppressed (Estetika utlačovaných). Divadlo utlačovaných je souhrnem mnoha technik, her a cvičení, které Augusto Boal považoval za zbraň proti politickému útlaku a kterou rozvíjel zhruba od 60. let 20. století. Hlavní myšlenkou Augusta Boala bylo obnovit chybějící dialog mezi lidmi skrze uměleckou formu, kterou propůjčuje divadlo. Chtěl, aby každý člověk dosáhl své vlastní „revoluce“, která se projeví ve schopnosti zkoumat a odhalovat sociální realitu útlaku a bojovat proti „každodenní invazi“ privilegovaných ideologií (Remsová, 2011).

Charakteristika metody

Pedagogický princip „Divadla utlačovaných“ je založen na transformaci jedince skrze samotný proces tvorby, který Boal považoval sám o sobě za transformativní. Věřil, že skrze tvůrčí estetický proces, během kterého podrobujeme kritickému zkoumání konflikty naší sociální reality, lze dosáhnout nejenom odhalení a poznání toho, jaká sociální realita je, ale také její transformace. k Divadlu utlačovaných patří solidarita, a také poznání toho, jak jsou jeho aktéři utlačováni. To vede ke spolupráci s dalšími skupinami utlačovaných, a tak dochází k postupné transformaci světa. Stěžejním pojmem „Divadla utlačovaných“ je „útlak“, za který je považováno vše to, co brání lidem v realizaci jejich pravého lidství. Právě okolo útlaku a se záměrem poskytnout lidem nástroje, kterými ho mohou lépe rozpoznat a překonat, jsou vystavěny nástroje tohoto sociálně-divadelního směru (Remsová, 2011).

Utlačovaný v pojetí „Divadla utlačovaných“ není dle Boala člověk, který je v depresi doprovázené pasivitou, ale člověk, který se aktivně pokouší nějakým způsobem osvobodit, avšak prohrává. Utlačovaný je člověk, který si v prezentovaném divadelním modelu klade otázku „Co byste udělali na mém místě?“ a zároveň se jedná o otázku, která

motivuje diváka, aby vstoupil do hry, hledal a vyzkoušel různé alternativy jednání v prezentované situaci útlaku (Remsová, 2011).

Existují 3 techniky Divadla utlačovaných, které zde budeme krátce charakterizovat:

1. *„Divadlo Fórum“*

Publiku (utlačovaným) je tu předložen krátký příběh s problémovým tématem útlaku, v němž se protagonista – hlavní postava (utlačovaný) příběhu snaží bojovat proti antagonistovi (utlačovateli), avšak prohraje. Potom Joker (facilitátor) vyzve publikum k diskusi a také k jednání na jevišti.

2. *„Duha touhy“*

Technika, která skrze slova a živé obrazy zkoumá původ vnitřního útlaku v osobnosti člověka. Boal se původně věnoval výhradně tématům strukturálního útlaku, jako je například rasismus, sexismus, nevyhovující pracovní podmínky, nedostačující mzda, policie zneužívající svou moc a další. Lidé, se kterými pracoval, však vedle těchto vnějších forem útlaku, poukazovali také na útlak vnitřní jako například osamělost, nemožnost komunikovat s druhými nebo strach z prázdnoty. Augusto Boal tomuto neviditelnému typu útlaku nejprve nevěnoval pozornost, postupně však začal svůj původní postoj přehodnocovat. Uvědomil si, že díky své zkušenosti s krutou a brutální sílou útlaku v Brazílii vždy hledal jako protivníky k boji pouze konkrétní „policisty“, kteří tuto moc aplikovali.

S ohledem na zkušenosti spolupracovníků se však začal zabývat „policisty“, kteří způsobují neviditelný vnitřní útlak. Přišel s hypotézou, „že policisté jsou sice vnašich hlavách, ale jejich velitelství a kasárna jsou venku“. Začal hledat, kudy se tito „policisté“ dostávají do našich hlav a snažil se také přijít na to, jak je odtud vypudit. Došel k přesvědčení, že všechny morální a politické hodnoty společnosti, všechny její struktury dominance a moci, všechny její mechanismy útlaku se odráží i v nejmenších jednotkách naší sociální organizace, v rodině, páru i v životě a osobnosti jednotlivce. Každý jednotlivý příběh

člověka tak může být zobecněn na celou společnost (Remsová, 2011: 49-51).

3. „Legislativní divadlo“

Cílem této techniky byla institucionalizace návrhů vzešlých z publika „Divadla fórum“ – jejich převedení do podoby zákonů. „Legislativní divadlo” dokázalo hravou formou prostřednictvím

„Divadla fórum“ vtáhnout do politiky i lidi, kteří se o ni příliš nezajímali. Zapojením se do diskuse v „Divadle fórum” se přímo podíleli na tvorbě legislativy, neboť návrhy publika byly zpracovávány odborným týmem do podoby vyhlášek a zákonů, které byly potom dále postoupeny městské radě k projednání. Boal propojil své aktivity v „Divadle utlačovaných“ s politickým působením v místní radě Rio de Janeira a každodenní problémy obyvatel přenášel do „Legislativního divadla“. Tam se pak hledaly cesty, jak převést návrhy diváků do zákonů a vyhlášek. Během Boalova mandátu bylo navrženo 39 zákonů a schváleno 13 městských vyhlášek. Po ukončení jeho mandátu v roce 1997 byl prosazen první brazilský zákon o ochraně svědků zločinu na federální úrovni (Remsová, 2011: 50-55).

Mertová (2006) uvádí jako další techniky například „Novinové divadlo“ (odhaluje manipulaci masových sdělovacích prostředků poplatných dominující ideologii), „Neviditelné divadlo“ (probíhá venku či ve veřejném prostoru směrem k nic netušícím kolemjdoucím, jeho cílem je vytrhnout lidi z lhostejnosti), „Divadlo fotorománu“ (pracuje s obláčkovými texty časopisů),

„Divadlo mýtu“ (demaskuje skryté významy pohádek, pověr a legend), „Analytické divadlo“ (postavy divadla jsou charakterizovány v jejich sociálních rolích a cílem je rozpoznání změn situace při změně sociálních rolí), „Divadlo rituálů a masek“ (odhaluje masky a rituály sociálního chování, které jsou určovány sociálními normami) či „Divadlo obrazů“ (lidské tělo zde funguje jako plátno či socha, které odhaluje původní útlak a poukazuje k možným změnám).

Doporučený postup

Je prakticky nemožné popsat obecný postup přípravy Divadla utlačovaných, jednak proto, že existuje řada různých technik, jak bylo zmíněno výše, a jednak proto, že jde vždy o velice kreativní proces. Dá se však říci, že pro úspěch jsou zásadní tyto faktory:

- Důkladné seznámení vybrané divadelní skupiny se systémem divadla utlačovaných, tak aby účastníci měli možnost jej pochopit.
- Příprava samotné inscenace by naopak neměla být dlouhá, aby neklesala motivace účastníků.
- Výběr tématu, které je účastníkům blízké, se kterým se potýkají takřka každodenně.
- Důvěra a vzájemné zaujetí divadlem utlačovaných v rámci celé skupiny.

V následujícím textu najdete zkušenosti s realizací Divadla utlačovaných (zejména s Divadlem fórum) ve skupině mladých lidí (18–26 let) bez domova, z nichž drtivá většina měla také problémy s různými druhy závislostí a užíváním drog. Popíšeme postup vznikání jedné inscenace, která byla připravena za čtyři setkání. Celá spolupráce s těmito mladými lidmi však probíhala více než rok.

Seznámení se skupinou a s divadelní prací

Režisérka na začátku představila základní myšlenky Divadla utlačovaných a hlavní formy (viz výše). Skupina se rozhodla pro inscenaci Divadla fórum. Na úplném začátku režisérka se skupinou pracovala formou jednoduchých cvičení, která byla na jedné straně zaměřená na zažívané formy útlaku a na straně druhé se díky nim mohli účastníci vzájemně seznámit, získat důvěru a fungovat jako skupina. Práce probíhala ve skupině i ve dvojicích.

Oblíbeným se stalo cvičení, které začalo utvořením sousoší vystihující moment útlaku v jeho nejkatastrofičtější podobě. Pak byla skupina vyzvána k utvoření sousoší, které stejnou situaci zobrazuje v ideální podobě. Nakonec hledali účastníci třetí sousoší, které propojilo předešlá dvě mezní sousoší – hledali tak vlastně cestu, jak se z katastrofy dostat k ideální situaci. Na závěr se všechna tři sousoší zobrazila po sobě, bylo tak možné

sledovat, jak se problémová situace vyvíjí a řeší.

Stanovení tematických okruhů

Není třeba, aby zúčastnění měli zkušenost s divadlem, je však důležité počítat s tím, že mohou mít různá očekávání a zkušenosti. Proto je důležité věnovat dostatečný čas přípravné fázi, aby se všichni na práci v systému divadla utlačovaných adaptovali a měli ji možnost pochopit i prožít. v této fázi si každý vnitřně může začít formulovat své specifické zkušenosti s útlakem. Utváří se tak prostor pro vznik bohatého a individualizovaného materiálu, v němž je téma útlaku různorodě poskládáno a s nímž můžeme následně pracovat.

Je přitom zásadní uvědomit si sílu a intimitu takového materiálu a rozhodně respektovat, pokud některý z účastníků nechce dál se svým příběhem pracovat. Každý má právo se svobodně a vědomě rozhodnout. Ve skupině mladých lidí bez domova, kteří se nacházeli v akutní fázi závislosti, byl tento respekt velmi důležitý. Bylo třeba jim pomáhat uvědomit si, co opravdu chtějí a mohou a co už je v dané chvíli moc, co by jim nepomohlo, ale naopak je mohlo poškodit. Většina individuálních zkušeností s útlakem má společné rysy a lze je tak roztřídit do určitých tematických okruhů. v naší skupině jsme si určili tyto okruhy: rodina, závislosti (alkohol, drogy, gambling), rasismus, nespravedlnost (konflikt se společností), a pak také vnitřní útlak.

Výběr tématu

Po stanovení tematických okruhů shrnujících zkušenosti skupiny s útlakem je potřeba se rozhodnout, jaké téma si skupina zvolí. Samozřejmě je dobré vybrat takové téma, které oslovuje nejvíce lidí ze skupiny, aby se mohli všichni do tvorby představení zapojit. a pak jsou tu dvě základní možnosti, jak příběh utvářet, buď je vybrán příběh jednoho účastníka (ten pak může skupina společně rozvíjet a každý do něj může vtisknout svůj pohled a zkušenosti), anebo se vytvoří příběh utvořený ze zkušeností více účastníků, které jsou ze stejného tematického okruhu. Oba tyto základní přístupy jsou rovnocenné, volba záleží na

situaci v dané skupině.

Pro naše poslední veřejné představení divadla fórum ve skupině mladých lidí bez domova jsme si vybrali tematický okruh „nespravedlnost – konflikt se společností“. Na tomto příkladu nyní ukážeme, jak vystavět příběh pro divadlo fórum, jak se připravit na hraní představení a jaký může mít celý tento proces pro účastníky i pro diváky, kteří se na představení přijdou podívat, přínos.

Vystavění příběhu

Příběh byl jednoduchý, zakládal se na zkušenostech ze života na ulici a zejména cestování v MHD, kde často dochází ke střetům mezi lidmi bez domova a ostatními cestujícími. Hlavními hrdiny příběhu byli dva mladíci, kteří žili ve squatu. Po celém dni seděli na autobusovém nádraží v centru města, unavení, špinaví, hladoví, měli chuť na cigaretu. Jeden z nich zkoušel od několika kuřáků o cigarety neúspěšně požádat – lidé ho ignorovali, případně ho ponižujícím způsobem odmítli. Druhý začal sbírat nedopalky, kolemjdoucí se nad ním ušklíbali, někdo trousil neuctivý komentář. Mladíci neměli kde spát, protože jejich squat vyklidila policie. Přemýšleli, kde stráví noc. Nakonec se rozhodli dojet do polorozbořené chatky na okraji města, kde také občas přespávali. Šli proto na tramvaj. v tramvaji, do které nastoupili, spal už jeden starší muž bez domova, jeho oblečení bylo špinavé, hlasitě chrápal. i oni, díky množství igelitových tašek, vypadali nestandardně. Když je cestující zaregistrovali, atmosféra v tramvaji ještě zhoustla. Jedna žena se chystala přivolat řidiče, aby vyhodil spícího muže. Mladíci se ho zastali, i když věděli, že tím ohrozí svou cestu na konečnou, kam nutně potřebovali dojet. Většina cestujících se na ně obořila. Pouze jedna mladší žena se jich pokoušela zastat. Nicméně řidič na přivolání přišel a konflikt vyřešil tím, že všechny tři muže bez domova vyhodil z tramvaje. Své rozhodnutí odůvodnil tím, že nemají platné jízdní doklady. Mladíci museli jít asi 1,5 km pěšky na zastávku autobusu, který je měl dopravit k chatce. Když tam došli, bylo už šero. Čekali na zastávce sami obklopeni svými igelitovými taškami. Autobus konečně přijížděl, zpomaloval, když je však řidič uviděl, zastávku minul bez zastavení.

Mladíkům tedy nezbývalo nic jiného než jít dalších několik kilometrů ve tmě pěšky podél silnice.

Aby Divadlo fórum dobře fungovalo a diváci pak mohli svým jednáním v roli nejčastěji hlavního hrdiny hledat lepší řešení situací, musí být původní příběh vystavěn jednoznačně v neprospěch hlavního hrdiny. Hlavní hrdina – protagonista musí prohrát na celé čáře. Důležité také je, aby měl protagonista svého silného antagonistu – protivníka a může jich mít samozřejmě i více. v našem příběhu jsou protagonisty dva mladící bez domova a antagonisty cestující v tramvaji a oba řidiči. Další důležitou postavou je spojenec. Bez něj se jen obtížně bude divákům v roli protagonisty hledat lepší řešení. Spojenci jsou postavy nakloněné hlavnímu hrdinovi. v tomto případě to byla mladá žena cestující v tramvaji, která se mladíků před ostatními zastala.

Zkoušení příběhu

Poté, co má skupina příběh a postavy, je potřeba příběh nazkoušet. z účastníků se stávají herci a pracují na svých rolích. Především každý musí svou postavu dobře znát. Naprosto zásadní je, aby každý herec věděl, co jeho postava chce, co je jejím cílem, protože to pak určuje veškeré její jednání.

Divadlo fórum klade na herce relativně vysoké nároky, protože musí při jednotlivých intervencích publika improvizovat. Aby mohl účastník i v improvizaci za svou postavu jednat konzistentně a reálně, musí dokonale znát její motivaci. Pro účastníky ve skupině mladých lidí bez domova to nebyl příliš těžký úkol, protože všichni podobné příběhy ve svém všedním životě zažívali, postavy a jejich motivace jim byly blízké. Čím tedy hlubší je zkušenost tvůrčího a hereckého týmu s daným tématem a příběhem, tím je pak i herecká práce jednodušší.

Jedním z mnoha cvičení, která mohou napomoci k hlubšímu obeznámení se s postavou, je takzvaná horká židle. Cvičení je velmi jednoduché. Účastník, teď už herec, který představuje jednu z postav příběhu, si sedne na židli proti zbytku skupiny. Ostatní mu

kladou různé otázky týkající se jeho postavy: Kolik je mu let? Jakou dělá práci? Kde žije? Po čem touží? Herec, který sedí na horké židli, odpovídá za svou postavu. Cílem není klást záludné otázky, ale upřímně se snažit daný charakter poznat, dozvědět se o něm co nejvíc a tím pomoci také herci svou postavu lépe pochopit a formulovat některé její názory. Herec by se měl snažit do postavy vklouznout, hledat vědomě její fyzický, gestický a verbální výraz.

Důležité je také najít pro postavu nějaký atribut – může to být součást kostýmu nebo rekvizita. Tento atribut pomůže herci postavu ztvárnit, ale i si uvědomit, že je to právě pouze postava a nikoli on sám. Atribut pak také dostane divák, který půjde herce nahradit a jemuž poslouží podobným způsobem. Navíc pro publikum atribut udržuje kontinuitu postavy, kterou při intervencích ztvárňují různí lidé z řad publika. Pokud tedy atribut bude mít ve vztahu k postavě praktický i symbolický význam, bude součástí jejího příběhu, bude hercům velmi nápomocný a bude podporovat průběh celého fóra. v našem příběhu, kde diváci nahrazovali jednoho z mladíků vyhozených z MHD (mohli si vybrat, kterého chtěli) tímto atributem byly igelitové tašky. Byly vhodným atributem, protože do příběhu patřily, a tak se s nimi i dobře hrálo. Navíc neustále odkazovaly k životní situaci hlavních postav (měly tedy ten zmíněný praktický i symbolický význam).

Je potřeba říct, že většina účastníků divadelní skupiny pravidelně chodila na zkoušky a pracovala, a to i přes to že téměř všichni rizikově užívali drogy a zažívali řadu sociálně a zdravotně těžkých situací, z čehož by se dalo předpokládat, že souvislejší práce bude za horizontem jejich stávajících možností.

Výběr jokera

Aby se fórum vydařilo, je potřeba nejen dobře připravit příběh a herce, ale mít také schopného jokera, který na fórum připraví i diváky. Boal divákům říkal „spect-actors“ - (spectator/divák+actor/herec), čímž upozorňoval na dvojí povahu role diváků v divadle fórum

- nejprve naplňují roli klasického diváka, sledují odehrávaný příběh, ale potom ji

opouští a vstupují do role herecké. Úloha jokera je klíčová právě proto, aby se tato proměna vydařila. a aby se to povedlo, musí s diváky navázat komunikaci hned, jak se všichni usadí, tedy ještě před tím, než se odehraje samotný příběh. Joker vysvětlí divákům, co je čeká, a pak je často také jednoduchými (ale zábavnými) hrami připravuje na aktivní roli herců. Tím také boří původní anonymitu publika, protože se diváci mezi sebou právě prostřednictvím her seznamují. Vzniká vlastně improvizovaná komunita, v níž pak může být problém či konflikt přehráván, chápán i řešen.

Hledání vhodného obecenstva

Příznačné pro fórum jsou intervence diváků přímo do příběhu. a samozřejmě i tyto intervence je možné provádět různými způsoby. Nejvyužívanější je vstup diváka do některé z postav – nejjednodušší je vstoupit do postavy protagonisty, tím se doporučuje začínat. Ale diváci mohou nahrazovat i jiné postavy, jako jsou třeba spojenci, anebo se mohou stát jakýmisi neviditelnými rádci postav. Herec pak zůstává na jevišti, postavu dále hraje, ale poblíž něj je na jevišti i divák, který herci radí, jak má jednat a našeptává mu repliky. Je také možné, aby byla do příběhu na přání diváka včleněna scéna, která tam původně nebyla a v níž může dojít ke zvratu ve vývoji příběhu. Vždy je však důležité, aby jednání, které diváci v intervencích provádějí, navazovalo na logiku příběhu a postav, není možné přicházet s řešeními v podobě kouzel a zázraků. Jakou podobu bude mít intervence, to je zejména v rukou jokera, ten publiku podle potřeby v dané situaci navrhuje možnosti a vše tak řídí. Čím je zkušenější, tím také dokáže trefněji vybírat z různých intervenčních technik. Jokerování je důležitá role kladoucí nároky na pozornost, pohotovost, komunikační a prezentační zdatnost i dobrou znalost systému divadla utlačovaných.

Smyslem divadla fórum je klást otázky a vyvolávat diskuzi. Pokud se toto podaří, naplnilo se i jeho poslání. Není potřeba, aby se našlo dokonalé řešení – už jeho samotné hledání a diskutování o tomto hledání je zásadním přínosem každého představení. Jestliže má však fórum takto zapůsobit, je důležité, aby se jeho příběh dotýkal nejen herců, ale aby

jím byli zasaženi i diváci. Ideální je, když jsou v publiku zastoupeni lidé, jichž se problém osobně dotýká a kteří mohou mít i odmítavý nebo negativní postoj k problémům hlavního hrdiny. Aby byly zastoupeny obě strany konfliktu. v našem fóru byli na jedné straně mladí lidé bez domova, kteří hráli svůj příběh a na druhé straně lidi z řad široké veřejnosti, kteří využívali pro pohyb po městě MHD a dívali se na příběh protagonistů pohledem jejich spolucestujících.

Je tedy důležité promýšlet nejen jaký příběh a jak se bude hrát, ale také komu ho budou herci hrát. Když budou mít herci i publikum na zobrazený problém a konflikt stejný názor, nikdy se nemůže zcela naplnit potenciál, který v sobě fórum má – a to potenciál změny. Pokud ale budou přítomny obě strany konfliktu, mohou se k sobě přehráváním různých alternativ daných situací a diskuzí o nich vzájemně přiblížit. a protože je zkušenost prostřednictvím divadla velmi komplexní (obsahuje city, myšlenky, smyslové vjemy, imaginace), je takové i vzájemné pochopení zúčastněných. Pak může fórum přinášet skutečné změny: na úrovni osobní, může lidi utlačované velmi posílit, protože se dokáží ke svému problému veřejně vyjádřit a získat oporu a legitimitu pro prosazení svých potřeb. Na úrovni většinové společnosti pak může působit změnu postojů vůči problémům utiskovaných skupin.

Vlastní představení

Představení, jehož příběh byl stručně představen výše, se jmenovalo „Bezdomovci jsou špinaví a smrdí.“ Skupina ho hrála pro veřejnost v nízkoprahovém denním centru v rámci večera otevřených dveří. Někteří diváci byli pozváni předem, někteří byli přivedeni improvizovaně přímo z ulice. Na tramvajové zastávce, která se nachází pár kroků od denního centra, rozdávali herci lidem letáčky a zvali je na představení i celý program večera otevřených dveří.

Všichni mladí lidé, kteří se do přípravy uvedeného fóra zapojili, zvládli celý proces zkoušení i hraní. Dokázali udržet konzistentnost jednání postav v improvizacích s diváky, dokázali reagovat, byli pohotoví, zorientovaní. Dokázali nejen příběh odehrát

a konzistentně reagovat v improvizacích s diváky, ale v diskuzích s veřejností také dokázali artikulovat své problémy, naslouchat názorům druhých, hájit své potřeby. Otevřeně odpovídali na dotazy diváků, kteří často objevovali pro ně neznámý svět. Dobře to ilustruje tento rozhovor:

Mladí lidé bez domova takto získali ojedinělou zkušenost, protože se setkali s lidmi z většinové spolčenosti, kteří jejich život a problémy vnímali, diskutovali s nimi, snažili se je chápat. Pro tyto mladé lidi, kteří jsou zvyklí na odsudky a nezájem, bylo posilující vidět, že je veřejnost přijímá a vnímá jako konkrétní lidi s osobitým životním osudem a vlastními názory. Takové zkušenosti jsou pro ně velmi důležitým zdrojem sebevědomí a sebeúcty, které jim mohou pomoci překonávat závislost a celkově nepříhodnou životní situaci, jenž je z velké části důsledkem jejich života a výchovy v nefunkčních rodinách a ústavní péči. Divadlo utlačovaných je tak pro mladé lidi bez domova potýkající se se závislostním chováním velmi vhodným nástrojem pro získávání tolik potřebných korektivních zkušeností.

Zavádění metody v adiktologických službách

Metoda je velice dobře využitelná v rámci preventivních aktivit, a to nejen pro žáky škol, ale i pro lidi z vyloučených lokalit, anebo z lokalit, kde je potřebí zvýšit povědomí a rozvířit diskusi o nějakém problematickém sociálním jevu. Také to však může být metoda vedoucí k posílení určitých skupin lidí se závislostním chováním, jako například uživatelů nelegálních drog, pacientů psychiatrických nemocnic, klientů domovů se zvláštním režimem, a podobně.

V ČR existuje několik organizací, které se Divadlu utlačovaných věnují. Je to především Centrum divadla utlačovaných v ČR (www.divadloutlacovanych.cz) a Kabinet divadla utlačovaných (www.kdivu.ped.muni.cz). Jejich weby uvádí informace o workshopech, představeních a různých aktuálních událostí týkajících se této techniky. Při realizaci Divadla utlačovaných lze kromě studia relevantní literatury využít workshopy pod vedením zkušených lektorů, zaměřené jak na praktickou zkušenost s obsáhlým systémem divadla,

tak na zpracování sebezkušenosti s tématem útlaku. Koncepci „Divadla utlačovaných“ využívá i řada kolektivů spolupracujících s lidmi v tíživé životní situaci. v práci s ženami bez domova ji uplatňuje například organizace Jako doma a ostravská akční skupina lidí bez domova Aslido.

Materiální zázemí potřebné pro zavedení metody

- prostory na zkoušení
- základní divadelní vybavení

Personální zázemí a kompetence potřebné pro zavedení metody

- režisér se zkušenostmi s divadlem nebo dramaterapií a znalostí metody
- pomocní pracovníci se znalostmi metody

Doporučená literatura:

Remsová, L. (2011). Divadlo utlačovaných a jeho edukační možnosti v sociální pedagogice. Disertační práce. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity.

Metody podporující zotavení

Klíčová slova: *zotavení – hnutí za zotavení – služby zaměřené na podporu zotavení – na řešení zaměřené poradenství – psychoterapie zaměřená na snižování rizik – recovery koučování – podpora zotavení prostřednictvím bydlení*

Úvod

Léčebné, rehabilitační a jiné služby pro lidi se závislostním chováním prošly v západních zemích na konci devadesátých a začátkem nultých let výraznou transformací, o níž se někdy hovoří jako o hnutí za zotavení (angl. *recovery movement*, viz např. White, Kelly & Roth, 2012). Ústřední pojem, tedy zotavení (angl. *recovery*), přitom začal být chápán daleko šířeji než doposud. Americká agentura zaměřená na služby v oblasti duševního zdraví a závislostí (SAMHSA) přepracovala v roce 2010 definici zotavení do následující podoby:

„Proces změny, skrze který jednotlivci zlepšují svoje zdraví a životní pohodu, žijí život založený na sebeurčení, a usilují o plné využití svého potenciálu“ (SAMHSA, 2012).

Zásadní posun spočívá v tom, že zotavení v tomto pojetí není chápáno jako vymizení symptomů, například opuštění závislostního chování. Dokonce se dá říct, že závislostní chování jako takové přestává být v rámci zotavení centrem pozornosti. Daleko více se za indikátory zotavení začínají považovat faktory jako je sociální fungování člověka, jeho životní spokojenost nebo pocit sebeurčení. Zotavení začíná být vnímáno jako pokračující cesta růstu a rozvoje, přirozeně navazující na proces závislosti, která nevylučuje, že závislostní chování v nějaké podobě může být stále přítomné. Střízlivý život v duchu dvanáctikrokových skupin je nyní pouze jednou z možných cest zotavení, přičemž samotná možnost volby mezi různými cestami patří k nejdůležitějším principům zotavení (SAHMSA, 2012). Zotavení se tedy vztahuje i na lidi, kteří v závislostním chování dále pokračují, ale například v nižší míře, anebo s větším zapojením ve společnosti (Witkiewitz

et al., 2019).

Namísto léčebných a rehabilitačních zařízení se v zahraničí začíná etablovat termín „služby zaměřené na podporu zotavení“ (angl. *recovery support services*), který tuto změnu reflektuje. Pokud chápeme zotavení jako jedinečný proces řízený člověkem, který jím prochází, potom termín „podpora zotavení“ odpovídá činnostem pracovníků daleko více než

„léčba“ nebo „rehabilitace“. v tomto novém pojetí vznikají po celém světě inovativní služby, které nemají ambici klienty vyléčit, ale podporovat je v jejich procesu zotavení. Tento posun se může jevit jako nevýznamný anebo formální, avšak klienty staví do poměrně nové role. Tím, že vyzdvihuje jejich jedinečnost a respektuje jejich zvolenou cestu, výrazně přispívá k jejich sebedůvěře, pocitu vlastní sebehodnoty a v konečném důsledku i ke zplnomocnění, tedy empowermentu, jemuž jsme se věnovali v předchozí kapitole.

Není bez zajímavosti, že mezi klíčové postavy tohoto hnutí patří řada lidí, kteří sami prošli závislostí, jsou ochotni nabízet svou zkušenost ostatním a přinášet osobní svědectví o tom, že zotavení je možné. Začaly vznikat zcela nové pracovní role, například advokáti zotavení, mentoři zotavení, asistenti zotavení anebo koučové zotavení (White, Kelly & Roth 2012). Pro všechny tyto pozice je velice důležité, aby zotavení bylo chápáno jako proces, který je vždy řízen samotným člověkem, jenž tímto procesem prochází. Úkolem pracovníka je potom tento proces zviditelnit, podpořit či rozvíjet, neměl by se však pokoušet jej převzít nebo manipulovat určitým směrem.

V této kapitole nabízíme pět metod, které jsou v souladu s tímto novým chápáním závislosti a zotavení. Všechny jsou příkladem toho, jak je možné účinně podporovat proces zotavení, tak aby byla zachována jeho jedinečnost, a především pocit, že je člověk autorem svého zotavení. Popis metod má jednotnou strukturu, v níž najdete seznam potřebného materiálního a personálního zázemí, východiska metody, její charakteristiku, doporučený postup, tipy pro zavádění metody v adiktologických službách, způsoby

evaluace metody a na závěr doporučenou literaturu.

Na řešení zaměřené poradenství

Klíčová slova: *sociální konstrukcionismus – model Dalet – práce s výjimkami – zázračná otázka – reflektování*

Východiska metody

Přístup zaměřený na řešení vychází z postmoderní filozofie, teorie sociálního konstrukcionismu a systémových teorií. v současnosti je již dobře etablovaným směrem zejména v psychoterapii, poradenství a koučování. Vyznačuje se především odmítnutím tradiční diagnostiky a zkoumání patologie jednotlivce, čímž se liší od velké části psychoterapeutických škol, a zaměřuje se naopak na pečlivé a velice detailní prozkoumávání jedinečných a nových cest k řešení. k hlavním představitelům tohoto přístupu se řadí Steve de Shazer a Insoo Kim Berg, oběma vyšlo několik knih i v češtině, z českých autorů se tomuto přístup věnují například Zatloukal & Vítek (2016). Pro oblast závislostí je zásadní v češtině vydaná kniha Zázračná metoda určená specificky lidem, kteří se potýkají se závislostí na alkoholu (Miller & Berg, 2014).

Charakteristika metody

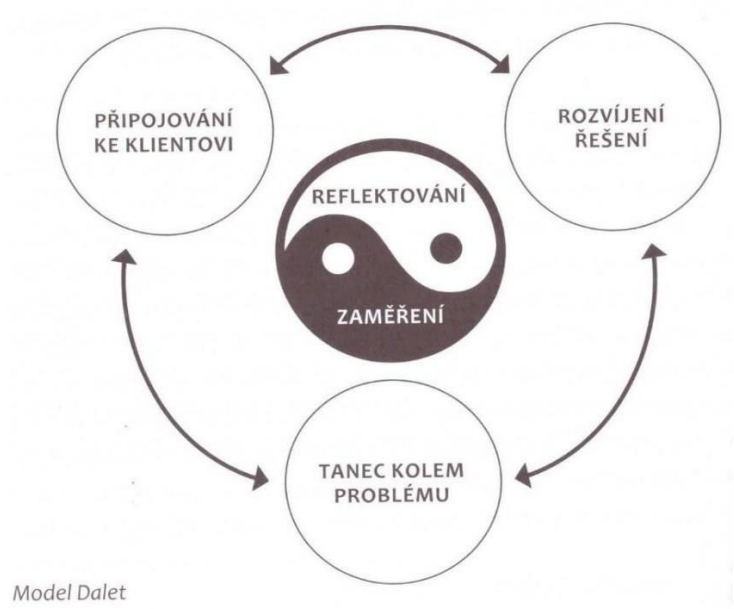
V samotném základu metody stojí přesvědčení, že lidé dokážou svoje problémy se závislostním chováním zvládat a řídit, musí to však považovat za důležité a musí mít svobodu volby v tom, jaký způsob řešení si zvolí. Úkolem poradkyně či terapeuta je pomoci klientům zjistit, co je pro ně důležité a jak to mohou získat. Toto přesvědčení stojí v protikladu k tradičním přístupům, které považují za nezbytné odhalit příčiny problematického chování. Podle zástupců na řešení orientovaného přístupu však odhalení příčin není zárukou změny, anebo řečeno jinak, problém a řešení spolu nesouvisí. Jak píší Scott Miller a Insoo Kim Berg v knize Zázračná metoda: *„Domníváme se, že není nutné vědět, odkud jdete, abyste zjistili, kam chcete dojít. Platí přesný opak.“* (Miller & Berg, 2014, s. 62).

Autoři této metody také zpochybňují tradičně užívané termíny léčby závislostí jako je „odpor“, „popření“ a „nemotivovaný klient“. Argumentují, že zdánlivá nemotivovanost a odpor ke změně mohou někdy být způsobeny tím, že se člověk chce naopak změnit až příliš. Někteří lidé na sebe mají velice přísné nároky anebo doufají v rychlé změny, které, pokud nepřicházejí, mohou způsobit rezignaci. Poradci jsou tedy opět ti, kdo směřují pozornost klientů na dosažení drobných úspěchů anebo prozkoumávají samotnou schopnost tyto změny vidět. Příklady takto zaměřených otázek jsou: *Byli byste schopni zachytit drobnou, ale významnou změnu, kdyby k ní došlo? Co by taková malá, ale důležitá změna obnášela? s jakou minimální změnou byste byli pro daný okamžik spokojeni?*

Přístup zaměřený na řešení se také vyznačuje důrazem na efektivitu a krátkodobost. Jeho představitelé tvrdí, že poté, co člověk vstoupí do péče poradce, by měl maximálně po pěti sezeních pozorovat změnu a pokud k tomu nedochází, neznamená to, že je problém v něm, ale nejspíš v postupech poradce anebo v jejich vzájemném vztahu (Miller & Berg, 2014). Pracovníci by tedy vždy měli podporovat klienty v tom, aby s nimi mluvili o jejich pociťovaném přínosu z terapie a poradenství. v rozporu s tradičními přístupy jsou zastánci přístupu zaměřeného na řešení přesvědčeni o tom, že k úspěšnému zotavení může stačit klidně jen několik sezení, protože to hlavní se musí odehrávat v každodenním životě klienta, a pokud jde dobrým směrem, nemusí potřebovat dlouhodobou podporu odborníků.

Doporučený postup

Jako doporučený postup pro poradenství zaměřené na řešení zde s laskavým svolením autorů (Zatloukal & Vítek, 2016) nabízíme „Model Dalet“ (obrázek č. 4), který ukazuje jednotlivé prvky, které poradce při práci využívá a jejich vzájemnou provázanost. Prostřední kruh je místem, odkud terapeut vychází a kam se zase vrací. Okolní kruhy symbolizují rámce, ve kterých se poradce pohybuje.



Obrázek 4: Model Dalet

Připojování ke klientovi

- Poradce je od začátku veden zejména zájmem o připojení se ke klientovi. Už od prvního setkání může dávat poradce najevo svůj na řešení zaměřený postoj tím, že se zajímá o to, co klient umí, co ho baví a co mu přináší radost (Zatloukal & Vítek, 2016), a to zcela obyčejnou formou, na jakou jsme zvyklí u přátel a známých. Tímto způsobem může poradce zabránit tomu, aby se prohluboval již tak nerovný vztah, kdy jeden je v roli „žádajícího o pomoc“ a druhý v roli „pomáhajícího“. Přirozeným

„popovídáním“ může dát poradce najevo, že chce navazovat rovnocenný vztah člověka s člověkem.

- Velice důležité, a to nejen pro připojení, je důsledné používání klientova jazyka. Poradce si musí pečlivě všímat slov, která klient volí a nenechat se zlákat užitím výrazu, který nezazněl, jakkoliv se poradci zdá přiléhavější nebo užitečný. Příkladem může být situace, kdy klient vypráví, že se v minulém týdnu po několika měsících abstinence napil a říká: *„Nebylo to ale až tak hrozné, dal jsem si jenom tři piva, kořalky jsem se ani nedotkl.“* Jakkoliv by se mohlo pracovníkovi zdát přirozené označit tuto situaci jako

„relaps“, nahrazoval by tak klientova slova svými a ukazoval by nerespektování jeho jazyka. Pokud se tedy chce poradce k dané situaci vrátit, může říct: *„Můžu se ještě zeptat na ten den, kdy jste si dal ty tři piva?“* namísto toho, aby řekl: *„Můžu se vás ještě zeptat na ten relaps?“*

Rozvíjení řešení

- Přístup zaměřený na řešení nabízí řadu způsobů, jak může poradce podporovat rozvíjení řešení. Jedním z nich jsou otázky zaměřené na to, jak by klient chtěl, aby vypadala jeho budoucnost. Odpovědi klienta potom pomáhají poradci mimo jiné orientovat se v tom, jaká je jeho role. Hned na začátku se může ptát například: *Co by pro Vás bylo dobrým výsledkem této naší spolupráce? Jak byste poznal, že tato naše spolupráce pro Vás měla smysl?*

- Proslavenou technikou se stala tzv. „zázračná otázka“[10]; poradce žádá klienta, aby si představil, že jde spát a během noci se stane „zázrak“, který způsobí, že všechno, co jej v současnosti trápí, zmizí. Potom se probouzí, ale neví o tom, že se zázrak stal. Následují otázky zaměřené na prozkoumání minut, hodin, maximálně dnů „po zázraku“. Důležité jsou otázky typu: *Podle čeho poznáte, že se stal zázrak? Co budete dělat jinak, když vstanete z postele? Kdo si jako první všimne, že se něco změnilo? Podle čeho to pozná váš partner/ka, vedoucí v práci, kamarád/ka, …?*

- Jinou možností je ptát se, jak si člověk představuje, že by vypadal jeho život, kdyby šlo všechno tak, jak si přeje, po uplynutí určité doby, například roku nebo dvou let. Zásadní je opět důkladné prozkoumání vytvářené představy, poradce vede klienta k tomu, aby si všiml velice drobných změn v životě, a poté je možné navracet se zpět k přítomnosti z pozice budoucnosti, otázkami podobnými těmto: *Kdybychom se potkali za rok, vy byste mi sdělovala všechny tyto úspěchy a já bych se zeptal, který konkrétní moment odstartoval ty změny, co byste řekla? Jaké překážky jste musela zdolat? Odkud jste čerpala sílu k těm všem změnám?*

[10] V češtině vyšla kniha Zázračná otázka věnující se této technice (Shazer & Dolan, 2014).

- Poradce neusiluje o vytváření dlouhodobých plánů, ale pouze několika prvních kroků. Může například využít techniku „škálování“, i v návaznosti na zázračnou otázku. Současná situace může v tomto případě být bod 1, situace den po zázraku může být bod 10. Poradce přitom klade otázky typu: *Co by byl první krok, který by vám prozradil, že se na stupnici pohybujete nahoru? Řekněme ke stupni dva? Jak by takový krok vypadal? Kdo si toho všimne?*

Tři důležité otázky v této souvislosti jsou „kdo?“, „kde?“ a „kdy?“, tak aby odpovědi měly co nejkonkrétnější podobu toho, jak člověk chce, aby vypadala změna, se zapojením reálných míst, osob, aktivit. Naopak se doporučuje vyhnout otázce „proč?“, která spíše než k objevování nových budoucích světů a k aktivitě vede ke zdlouhavým a nikdy nekončícím analýzám příčin, a tím pádem hrozí nečinnost.

Tanec kolem problému

- Cílené zaměření na řešení neznamená, že by se o problému vůbec nesmělo mluvit. Jde však o to, aby se problém nepotvrzoval, ale aby byl spíše narušován a aby se rozvíjely nové možnosti. To může poradce povzbuzovat tím, že se více než na prezentovaný problém zaměřuje na výjimky z problému. Například u člověka závislého na alkoholu je většinou možné vystopovat období, jakkoliv krátké, kdy nepije. Právě tato období, kdy je problém nepřítomen, mohou přinášet velice důležité informace o tom, co umožňuje anebo usnadňuje alternativní chování. Výjimky z problému jsou tedy významným zdrojem, jak hledat rozvojový potenciál a objevovat silné stránky. a i když se zdá, že klient nenachází žádná období, kdy nepil, je přesto možné se například ptát na to, kdy se mohl napít, ale neudělal to. Po objevení takového momentu může terapeut klást otázky typu: *Co vám umožnilo tu chuť překonat? Jak jste se dokázal s celou tou situací vypořádat?*
- Důležitá součást přístupu zaměřeného na řešení je ocenění. Samotný zájem o jednání jiné než problematické, o změny, které člověk dokázal udělat sám, zvyšuje přesvědčení klientů o vlastní účinnosti a pomáhá jím nabýt přesvědčení o smysluplnosti vlastního úsilí. Ocenění i velice drobných úspěchů umožní, aby si jich

člověk začal všímat, vážil si jich a aby se z těchto malých změn staly postupem času velké.

Reflektování a zaměření

- Zaměření v tomto modelu odkazuje k záměrům poradce daným jeho rolí a profesí. To, s čím vstupuje do vztahu s klientem (závazky vůči organizaci, profesní etika, osobní zájem) by poradce měl být schopen během celého poradenského procesu vnímat a pokud je to vhodné, tak to i zveřejnit. Stejně tak by poradce měl neustále reflektovat celý poradenský proces, a tuto reflexi by opět měl být schopen klientovi nabídnout.

Zavádění metody v adiktologických službách

Přístup zaměřený na řešení je uplatnitelný v celé šíři adiktologických služeb, zejména tam, kde je možné vést s klienty nerušené rozhovory. Velice dobře a jednoduše aplikovatelný je v poradenské individuální práci s klienty v rámci terapeutických center, adiktologických ambulancí, poradenských, ale i kontaktních center. s poradenstvím zaměřeným na řešení není možné začínat bez důkladného zaškolení pracovníků, tedy poradců. Je zapotřebí, aby se tým seznámil s filozofií na řešení orientovaného přístupu, porozuměl postupům a jednotlivým technikám, a dostatečně si procvičil vedení rozhovoru orientovaného na řešení. Takový výcvik by měl mít minimálně 150 hodin a alespoň roční trvání, aby v jeho průběhu mohli pracovníci už přímo začít s procvičováním metody ve své praxi. Výhodou pochopitelně je, když minimálně někteří členové týmu absolvují delší, sebezkušenostní výcvik v přístupu zaměřeném na řešení. Protože se jedná o přístup, který v mnohém nabourává tradiční způsob práce s lidmi se závislostním chováním, vyvolává také mnohé otázky, pochybnosti či obavy. Proto je důležité, aby se poradci pracující tímto způsobem měli možnost potkávat a vzájemně diskutovat témata, která se v jejich práci objevují, a zároveň aby měli k dispozici i externího supervizora, který má s přístupem zaměřeným na řešení zkušenosti.

Materiální zázemí potřebné pro zavedení metody

- vybavená konzultační místnost
- kancelářské zázemí
- čekárna

Personální zázemí a kompetence potřebné pro zavedení metody

- tým poradců vzdělaných v přístupu zaměřeném na řešení s následujícími dovednostmi a kompetencemi: samostatnost, kreativita a schopnost improvizovat, flexibilita, aktivní přístup, orientace v problematice závislostního chování
- vedoucí týmu vzdělaný v přístupu na řešení s dobrými organizačními schopnostmi a schopnostmi vedení lidí, se zkušenostmi z poradenské praxe s lidmi se závislostním chováním

Způsoby evaluace metody

V přístupu zaměřeném na řešení se klade značný důraz na systematické získávání zpětné vazby od klientů. Je to jednak z toho důvodu, aby se dalo brzy vyhodnotit, jestli má práce výsledky nebo ne, ale je to také praktický nástroj pro terapeuta, aby mohl průběžně a flexibilně upravovat svoji práci a šít ji na míru klientovi. Jeden z autorů zmíněné knihy Zázračná metoda, Scott Miller, vyvinul ve spolupráci s kolegy takzvanou Škálu měření výsledku (Miller et al., 2003), která v současnosti patří k nejoblíbenějším nástrojům získávání zpětné vazby od klientů. Tyto škály jsou určené zejména pro vyhodnocování individuální práce s klienty, nicméně mohou být využity i pro evaluaci práce celého týmu.

Doporučená literatura:

Miller, S. D., Berg, I. K. (2014). Zázračná metoda: Radikálně nový přístup k problémovému pití alkoholu. Praha: Portál.

Zatloukal, L., Vítek, P. (2016). Koučování zaměřené na řešení. Praha: Portál.

Psychoterapie zaměřená na snižování rizik

Klíčová slova: psychoterapie – harm reduction – účastný pragmatismus

Východiska metody

Harm reduction neboli snižování rizik (viz kapitola Kontaktní práce) a psychoterapie (viz kapitola Psychoterapie) jsou tradičně chápány jako ne zcela slučitelné přístupy. Harm reduction usiluje o minimalizaci negativních dopadů užívání drog na jednotlivce i společnost, a naopak neusiluje o změnu závislostního chování jednotlivce. Ambicí klasické psychoterapie je oproti tomu zásadní změna u klienta. v případě závislostního chování je touto změnou myšlena zpravidla abstinence, úplné vymizení problematického chování ze života. Psychoterapie tedy tradičně nebývá indikována pro osoby, které nechtějí měnit svoje závislostní chování.

S propojením těchto dvou zdánlivě neslučitelných přístupů přišel americký psycholog Andrew Tatarsky již v polovině devadesátých let 20. století, nicméně jeho metoda se do širšího povědomí dostává až v posledních letech jako „psychoterapie zaměřená na snižování rizik“ (anglicky *Harm Reduction Psychotherapy*; viz Tatarsky, 2007). Přitom nejde o nový psychoterapeutický přístup, ale spíš o proměnu terapeutického postoje a ochotu pracovat se zakázkami, které nemusí být psychoterapeuty běžně přijímány. Sdílí velice podobné hodnoty s přístupem harm reduction v nízkoprahových službách, například zásadu „potkej se s lidmi tam, kde právě teď jsou“. To může být chápáno jak doslovně, například že terapeut pracuje v domácnostech klientů, tak metaforicky, v tom smyslu, že neklade na klienty žádné nároky, nesnaží se je posunovat ke změně, ale bezpodmínečně je přijímá s jejich projevy, chováním, s jejich názory. Dalším společným jmenovatelem je víra, že velice malé, i nepatrné kroky, jsou často začátkem větších změn.

V posledních letech vyvinul Tatarsky společně s kolegy ucelený terapeutický model nazvaný

„Integrativní psychoterapie zaměřená na snižování rizik“ (anglicky *Integrative Harm*

Reduction Psychotherapy). Kombinuje v něm psychodynamickou, kognitivně-behaviorální, humanistickou a biologickou terapeutickou tradici, tak aby terapeut mohl co nejúčinněji reagovat na cokoliv, s čím klient přichází, a zároveň na specifické okolnosti jeho života. To, jak terapie bude vypadat, včetně frekvence, místa, času, délky a cíle, který budou setkání mít, vychází z dialogu terapeuta a klienta, a tím pádem se tím nejdůležitějším stává terapeutický vztah a rovnocenná spolupráce. Základní postoj terapeuta vyjadřuje sousloví „účastný pragmatismus“ (anglicky *compassionate pragmatism*), které na jedné straně odkazuje k pragmatickému přijetí a respektování toho, že lidé užívají různé psychoaktivní látky, a na druhé straně k upřímné snaze o porozumění a pomoc klientovi.

Charakteristika metody

Nejdůležitějším specifikem psychoterapie zaměřené na snižování rizik oproti jiným terapeutickým modelům v terapii závislostí je ochota stanovovat si s klienty cíle, které nemusí zahrnovat abstinenci. v souladu s hodnotami harm reduction se terapeuti snaží s klienty pracovat na tom, na čem oni sami chtějí, a pokud je mezi přáními klientů omezit pití nebo přejít na kontrolované užívání drog, jsou to stejně relevantní cíle jako kterékoliv jiné.

Z tohoto základního nastavení vyvozuje Tatarsky 7 základních úkolů pro terapeuty:

1. *Zvládání terapeutické aliance*

Je zcela zásadní, aby terapeut od prvního setkání přistupoval ke klientovi s respektem, empatií, bez jakýchkoliv předpokladů a předsudků s úsilím najít co nejlepší přístup právě k této konkrétní osobě; k tomu může sloužit zejména: aktivní naslouchání, spolupracující zkoumání, empatie, reflexe a zvládání protipřenosu (tedy uvědomování si vlastních reakcí na chování klienta a jejich pojmenovávání v rámci dialogu).

2. *Léčba terapeutickým vztahem*

Bezpečí a důvěra, která může být vybudována v rámci terapeutického vztahu, má sama o sobě zásadní terapeutický potenciál. Klientovi může napomoci s lepší orientací ve svém

vlastním životě, s vyhodnocením, co je pro něj dobré a s nalezením nových významů svého současného chování. Zároveň se v tomto vztahu může klient učit novým způsobům vztahování se k lidem, novým způsobům regulace vlastních emocí, může se učit vyjadřovat vlastní myšlenky a pocity. Zásadní podmínkou pro nastolení takového vztahu je terapeutův upřímný a přirozený zájem a jeho ochota přizpůsobovat se potřebám a přáním klientů.

3. *Posilování dovedností sebeřízení vlastních pozitivních změn*

Vytvoření terapeutické aliance s klientem by mělo nejvíc posilovat tu část jeho osobnosti, která stojí o změnu a chce tuto změnu sama řídit. Terapeut proto poskytuje a nabízí jednoduché způsoby, jak procvičovat a posilovat schopnost řídit sama sebe k pozitivním změnám. Využívá mimo jiné i techniky vycházející z „mindfulness“, relaxačních a uvědomovacích cvičení nebo pozitivní psychologie.

4. *Diagnostika jako léčba*

Podobně jako při jiných formách terapie, i v rámci tohoto modelu se provádí diagnostika (lépe řečeno posouzení situace, anglicky *assessment*), avšak se zcela jiným záměrem. Zatímco v tradičních přístupech je cílem stanovení diagnózy či zhodnocení závažnosti problému, zde se jedná o způsob, jak pomoci klientovi zlepšit poznání sebe sama a vlastního chování a také jak najít možné způsoby snižování rizik. Terapeut se tedy věnuje velice pečlivě detailům problémového chování, jedním ze způsobů může být sestavování časové osy jednoho dne, kam klient zaznamenává například první napití alkoholu, průběh pití a události, které s tím souvisí. Tato mikroanalýza vytváří ucelený obraz o klientově problémovém chování a zároveň klientovi umožňuje určit, ve kterých situacích by uvítal změnu. Podstatné přitom je, aby se terapeut zaměřoval na ty aspekty, kterými se chce zabývat klient, nikoliv tím, čím se chce zabývat on sám.

5. *Přijetí ambivalence*

V pojetí ambivalence vychází Tatarsky z techniky Motivačních rozhovorů Millera

a Rollnicka (1991), kteří ambivalenci označili za přirozenou součást procesu změny chování člověka. v metodě psychoterapie zaměřené na snižování rizik je velice podstatné, aby terapeuti empaticky a se snahou porozumět naslouchali oběma stranám ambivalence, aby se nepřikláněli ani na jednu stranu, ale vyjadřovali zájem a pochopení pro obě. Tím pozvou do terapeutického vztahu „celého klienta“, nikoliv jen tu část, která se chce změnit.

6. *Stanovování cílů snižování rizik*

Na základě zjištění, za jakým účelem klient přichází a k čemu má terapie sloužit, pomáhá terapeut klientovi vytvořit vlastní „ideální plán užívání“. Klient je podporován k tomu, aby detailně popsal, a i písemně zaznačil, jaké látky, v jakém rozsahu, intenzitě, jakým způsobem a za jakých okolností chce užívat, tak aby co nejvíce eliminoval rizika a maximalizoval zisky. Klient taky může uvažovat o tom, jaké strategie by mu mohly pomoci k dosažení těchto cílů. Terapeut rámuje celý proces jako experiment, v tom smyslu, že teprve v průběhu zkoušení dosahování těchto cílů se ukáže, které jsou dosažitelné a které ne.

7. *Aktivní strategie pro pozitivní změnu*

Poté, co klient má představu o tom, jaké aspekty ve svém životě chce změnit a stanoví si cíle, může mu terapeut pomoci vytvořit některé možné kognitivní a behaviorální strategie, jak je možné těchto změn dosahovat. Terapeut může pomoci klientovi uvědomit si základní typickou sekvenci mezi konkrétní událostí, spouštěčem, rozhodnutím a jednáním, může také podpořit klienta při zvládání spouštěčů, nalézání alternativ anebo mu poskytnout informace, které mohou pomoci při vytváření těchto aktivních strategiích.

Těchto sedmi úkolů se terapeut ujímá na základě vnímaných potřeb klienta, nedá se tedy určit a stanovit jejich přesná posloupnost, i když z definice některých vyplývá, že jim musí předcházet jiné úkoly.

Doporučený postup

V rámci terapeutického postupu popisuje Tatarsky tři základní fáze, které bychom mohli znázornit také jako pyramidu (viz obrázek č. 5). Základnu tvoří fáze připojení a zhodnocení, prostřední část fáze stanovování cílů a vrcholem je práce na změně. z toho mimo jiné vyplývá, že terapeutická práce může probíhat, aniž by musel existovat jakýkoliv cíl, jinak řečeno že stanovování cílů patří do terapeutického procesu a může zabírat jeho velkou část. Terapeut nespěchá na to, aby přešel do další fáze, spíše čeká, až o tento přechod projeví zájem klient sám.

Obrázek 5: Fáze psychoterapie zaměřené na snižování rizik

Fáze připojení a zhodnocení:

- V první řadě terapeut usiluje o to, aby dobře porozuměl tomu, jak klient sám definuje problém, jestli má sám nějaké cíle a pokud ano, tak jaké.
- Terapeut se připojuje ke klientovi bez jakéhokoliv předporozumění, nenabízí žádné

„znalosti“ o tom, co by klient měl dělat nebo co by měl chtít.

- Terapeut prozkoumává pozitivní dopad závislostního chování na člověka stejně tak detailně jako negativní, protože věří tomu, že toto chování má pro klienta určitou funkci, kterou může být důležité poznat.
- Klient je přizván k vlastnímu vyhodnocování situace – například tím, že ho terapeut požádá, aby si v reálných situacích užívání drogy nebo chutě na užívání drogy dělal poznámky o tom, co prožívá a co se v něm děje.

Fáze stanovování cílů:

- Cíle terapie jsou stanovovány a formulovány klientem, který je povzbuzován k tomu, aby uvažoval i o drobných změnách, které zdaleka nemusí znamenat abstinenci.
- Terapeut se nesnaží sám odpovědět na otázku, zda je nebo není možné kontrolovaně nebo přiměřeně pít či užívat drogy, má za to, že nejúčinnější je, když si klient sám vyzkouší, jestli je to pro něj samotného realistické.

Fáze práce na změně:

- Proces hledání ideální míry užívání drog se snaží maximalizovat pozitivní hodnoty skryté za užíváním drog a zároveň minimalizovat rizika s užíváním spojená.
- Hledání optimální míry užívání se v dialogu terapeuta a klienta odehrává do doby, kdy je klient připraven začít dělat konkrétní kroky.
- I v procesu práce na změně dochází ke stálému vylaďování cílů a plánu, tak aby měl klient možnost zažívat pozitivní výsledky.

Zavádění metody v adiktologických službách

Psychoterapie zaměřená na snižování rizik je v současnosti jedním z příkladů toho, jak principy harm reduction mohou jít ruku v ruce s principy zotavení. Jinak řečeno, filozofie harm reduction se tímto způsobem dostává do oblasti léčby závislostí, a do nízkoprahových služeb založených na harm reduction se naopak dostává terapeutická

perspektiva. Andrew Tatarsky je stále hlavním představitelem tohoto modelu a zároveň i ředitelem organizace Center for Optimal Living v New Yorku, kde se organizují vzdělávací kurzy a výcviky v Integrativní psychoterapii zaměřené na snižování rizik po celém světě.

V českém prostředí jsou kurzy nebo vzdělávání přímo v této metodě nedostupné. To však nebrání tomu, aby adiktologické služby, zejména terapeutického charakteru, tuto metodu zaváděly. Jde totiž zejména o učinění základního rozhodnutí, že terapeuti budou pracovat s klienty, kteří buď nemají zformulované žádné cíle anebo mají cíle, ale ty se netýkají opuštění závislostního chování. Pro podporu terapeutického týmu v tomto přístupu lze tedy doporučit následující kroky:

1) *Seznámení s modely závislosti a změny, které nabourávají dichotomii závislost / abstinence*

- seznámení se s přístupem harm reduction (vhodným způsobem je například vzdělávání v takzvaných „motivačních rozhovorech“)
- z psychoterapeutických směrů se dají doporučit integrativní směry a směry, které se hlásí k pragmatické orientaci

2) *Zvýšení dostupnosti i pro klienty, kteří neuvažují o vstupu do terapie*

- navázání úzké spolupráce terapeutických center s nízkoprahovými programy
- nabídka terapeutických rozhovorů „v terénu“: v domácnostech, v zařízeních sociálních a zdravotních služeb, ale i ve vhodných venkovních prostorách
- pečlivá volba slov při tvorbě informačních materiálů: například je dobré se vyhnout slovníku, který by mohl naznačovat, že abstinence je preferovaná volba daného zařízení
- prostory zařízení uzpůsobit tak, aby nepůsobily formálně nebo příliš „psychoterapeutickým“ dojmem

3) *Vystupování na veřejnosti*

- cíleně vytvářet mediální kampaně nesoucí zprávu o různých možnostech změny a zotavení

- zpochybňovat přesvědčení, že jedinou cestou ze závislosti je abstinence

Materiální zázemí potřebné pro zavedení metody

- vybavená terapeutická místnost
- kancelářské zázemí pro tým
- možnost práce v domácnostech klientů

Personální zázemí a kompetence potřebné pro zavedení metody

- tým terapeutů s absolvovaným nebo probíhajícím sebezkušenostním psychoterapeutickým výcvikem (preferovaně integrativní směry) a zároveň znalostí přístupu harm reduction, s následujícími dovednostmi a kompetencemi: samostatnost, flexibilita, aktivní přístup, orientace v problematice závislostního chování
- vedoucí týmu s absolvovaným psychoterapeutickým výcvikem a zkušenostmi z psychoterapeutické práce s dobrými organizačními schopnostmi a schopnostmi vedení lidí

Způsoby evaluace metody

Účinnost psychoterapie zaměřené na snižování rizik by měla být vyhodnocována ve vztahu ke konkrétním cílům, které si klient klade. Takto je možné vyhodnocovat každou terapeutickou spolupráci zvlášť a toto vyhodnocení využívat i ke zkvalitňování dané spolupráce. v tomto smyslu je možné využívat například škálu měření výsledku (Miller et al., 2003) zmíněnou v předchozí kapitole. Zároveň je ale možné pro důkladnější evaluaci zvolit některý z mnoha nástrojů ke zhodnocení rizik a měřit míru rizikového chování na počátku terapie a po stanovené době. Takto je přímo měřeno naplňování cíle přístupu harm reduction, tedy minimalizace rizik. v současné době také vznikají různé nástroje na měření životní pohody (anglicky *wellbeing*), které mohou také ukazovat, zda je aplikování této metody úspěšné.

Doporučená literatura:

Tatarsky, A. (Ed.). (2007). Harm reduction psychotherapy: a newtreatment for drug and

alcohol problems. Jason Aronson.

Pobídková terapie

Klíčová slova: *pobídková terapie – incentiva – uživatelky drog – těhotenství*

Východiska metody

Pobídková terapie (nebo také incentivní terapie, anglicky *contingency management*) vychází z klasické teorie učení. Podporuje pozitivní cíle u lidí se závislostním chováním, jako je abstinence, snížení užívání nelegálních drog, zvýšené zapojení do služeb nebo účast v aktivitách podporujících zdraví. Současné vědecké poznatky dokazují, že odměna pozitivního chování může být účinnější než penalizace chování negativního (Hart, 2014).

Mezi základní prvky patří specifikace výsledného chování, které můžeme objektivně měřit. Když klient dosáhne požadovaného chování, obdrží hmatatelnou motivaci, incentivu. Metodu považují autoři za účinný prostředek ke snižování rizikového užívání psychoaktivních látek a zvýšení pravděpodobnosti udržení klienta v péči (Petry, 2013). Pobídková terapie zpravidla bývá součástí strukturovaného poradenství či léčby (například posilování komunitních vazeb) (Gossop, 2009).

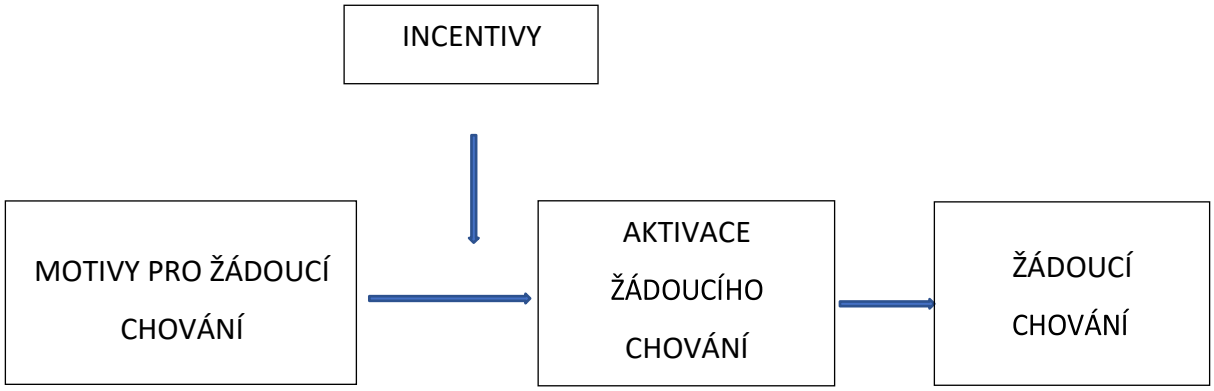
Charakteristika metody

Základním principem metody pobídkové terapie je, že pracovníci kontrolují dosahování cíle klientů (například docházení na sezení nebo abstinenci) a odměňují je. Nejčastější druhy pobídek, které v praxi fungují, jsou kupony, eventuálně stravenky, které lze směnit za zboží nebo služby podle výběru klienta, drobné finanční odměny, výhody pro klienta ve vztahu k jeho situaci (u klientů v substitučních programech může například jít o výdej metadonu na více dní dopředu, u klientů bez domova o poskytnutí ubytování). Důležité je, aby tyto odměny byly pro klienta žádoucí a byly poskytnuty neprodleně poté, co pracovník může dané chování pozorovat anebo zkontrolovat (Kalina, 2013). Při potvrzených úspěších v abstinenci od drog může docházet k navyšování hodnot poukázek. Je ale důležité, aby se v závěru pobídkového schématu snižovala věcná či

finanční hodnota pobídky. Klient se tím má učit sebe-odměňování a širšímu využívání sociálních odměn.

Doporučený postup

Jak je vidět na následujícím schématu, při aplikaci pobídkové terapie se snažíme přispět k aktivaci žádoucího chování použitím incentiv. Proto je důležité se dobře orientovat v motivech cílové skupiny a specificky daného jednotlivce, dobře nastavit podmínky programu a také jasně vymezit chování, které by mělo být aktivováno.



Obrázek 6: aktivace žádoucího chování použitím incentiv

Specifikace cílové skupiny

Adiktologická služba by nejprve měla posoudit, jakým klientům bude tuto metodu nabízet. Podle toho se jednotlivé kroky mohou významně lišit. Abychom mohli být názornější, tak zde představíme příklad práce s ženami, které v těhotenství užívají drogy. Zároveň se ale incentivní terapie osvědčuje například u adolescentů, lidí s duálními diagnózami, klientů v ústavní péči a u dalších specifických populací (Petry, 2013). Služba by zároveň měla umět zdůvodnit, proč se právě pro danou skupinu rozhodla incentivní terapii využívat.

Použití pobídkové terapie u těhotných uživatelek návykových látek pokládají Jones, Haug, Stitzer & Svikis, (2000) za jednu z nejefektivnějších metod pro získávání lepších výsledků v léčbě závislosti zejména proto, že dokáže těhotné ženy vtáhnout do péče a udržet je

v ní. Veřejnost má zvláště vůči těhotným uživatelkám návykových látek mnohem více předsudků a častěji se vůči nim chová stereotypně. Dochází tak ke zvýšení strachu z vyhledání pomoci, což může vést k ještě větší stigmatizaci, sebeobviňování a užívání drog pak může být pro budoucí matku jedinou dostupnou úlevou. Důležitým důvodem, proč použít metodu právě u této cílové skupiny je však také fakt, že se tak pracovníci snaží pečovat i o dítě, kterému užívání drog matkou škodí.

Nastavení podmínek vstupu do programu

Program incentivní terapie musí být, pokud možno, nízkoprahový, nebo alespoň provázaný s nízkoprahovými službami, tak aby klientky do něj vůbec dokázaly i přes všechny bariéry vstoupit. Podmínky vstupu je dobré nastavit tak, aby nevytvářely další nepřekonatelné bariéry, případně nabídnout při překonání bariér pomoc. Pokud tedy služba potřebuje klientku identifikovat pomocí občanského průkazu, který však nemá, může klientka dostat od pracovníků nabídku pomoci s jeho vyřízením.

Stanovení žádoucího chování

Základem dobrého fungování metody je, aby měl pracovní tým jasno v tom, jaké chování chce podporovat formou incentiv. Bude tím hlavním indikátorem abstinence kontrolovaná formou testů? Anebo bude odměňováno i to, když se klientům podaří snížit užívání drog anebo vysadit pouze jednu látku? Žádoucí chování může být také to, že klienti docházejí na domluvená individuální či skupinová setkání. Zásadní však je, aby takové chování bylo žádoucí i pro klientku, specifikace cílů tedy probíhá společně s každou klientkou zvlášť. Důležité však je, aby tým znal rozsah možných cílů, jejichž dosahování je ochoten odměňovat.

Určení klíčového pracovníka

V incentivní terapii, podobně jako v jiných formách sociální práce, důležité, aby měli klienti klíčového pracovníka, na kterého se budou přednostně obracet. Je žádoucí, aby tato osoba byla proškolena v metodě incentivní terapie, a také měla zkušenosti anebo

dobrou teoretickou výbavu s ohledem na cílovou skupinu, v našem případě ve vztahu k tématu těhotenství. Klíčový pracovník sestavuje s klientkou kontrakt a vede individuální sezení.

Uzavření kontraktu

Kontrakt se tvoří individuálně podle potřeb klientky, stejně tak se vybírají odměny (typ, množství). Kontrakt a odměny by měly motivovat ke zlepšení v dovednostech, v nichž má klientka slabiny, například klientku, která nemá potíže s dochvilností, není třeba mimořádně odměňovat za to, že chodí včas. Odměny je možno odstupňovat (např. klientka přijde včas, dostane 100 % částky, při zpoždění do 10 min 80 %, do půl hodiny 50 %, později 20 %), nikdy však neklesne na 0 % (pokud přijde), protože jinak celý proces ztrácí význam.

Individuální sezení s klíčovým pracovníkem

Individuální sezení jsou plánována dopředu, od klientky je vyžadována dochvilnost, která je součástí hodnocení a výměry odměny. Na sezeních jsou probírána aktuální témata, výhledy do budoucnosti a jsou zde plánovány úkoly, které má klientka splnit do příštího sezení. Úkoly se stanovují dle potřeby a týkají se péče o sebe. Ta obnáší péči o těhotenský rytmus (pravidelné návštěvy gynekologa či jiného lékaře dle potřeby, absolvování nutných vyšetření a podobně) a sociální stabilizaci (doklady, ubytovna, vzdělávání v oblasti harm reduction, zajištění léčebného zařízení a podobně) a informační servis dle potřeb (průběh těhotenství a péče o něj, porod, péče o dítě po porodu a podobně).

Pobídky za péči o sebe a své těhotenství

Klientka je odměňována na základě plnění programu. Je určena maximální hodnota, kterou si klientka může „vydělat“ za jedno sezení. Částka je krácena na základě pozitivních toxikologických testů, nedochvilnosti či neplnění úkolu/ů. Pobídky/odměny jsou stanoveny vždy na předchozím setkání, stejně jako podmínky, za kterých jich klientka dosáhne. Odměny jsou nejčastěji materiální povahy (těhotenské oblečení, základní výbava

pro novorozence: pleny, oblečení, kosmetika; věci do porodnice, těhotenské vitamíny, strava, nabitá telefonní karta, lístky na MHD), ale lze jako odměnu čerpat i zaplacení poplatku u lékaře, proplacení fotek nutných na doklady a dalších záležitostí dle domluvy. Klientce je k dispozici seznam odměn a jejich hodnota. Ideálně si zde klientka může zajistit celou základní výbavu pro sebe i dítě. Práce s odměnami vede klientku také k lepší finanční gramotnosti.

Ukončení spolupráce

Program by měl být časově omezen a přesná doba zaznamenaná v kontraktu. Cílem je, aby skrze pozitivní motivaci mohli klienti zažít jiné zkušenosti, poznat jiný způsob života, a na základě toho, aby mohli udělat informovanější rozhodnutí, jak dál pokračovat. v případě práce s těhotnými ženami je spolupráce zpravidla ukončena porodem nebo přerušením těhotenství, avšak spíše, než ukončení péče by měl navázat jiný kontrakt nebo jiný typ služby.

Zavádění metody v adiktologických službách

Odměny za určitý druh spolupráce či služby používají v České republice některá nízkoprahová zařízení, distribuují takto třeba poukázky do šatníku nebo na jídlo. Tento postup však nemá systematickou a zacílenou podobu jako incentivní terapie, jejíž využití v ČR je zatím ve formě pokusů nebo experimentů. Těhotné uživatelky drog jsou skupinou, se kterou se tímto způsobem snažilo pracovat několik zařízení, můžeme zde tedy nabídnout příklad přímo z ČR.

Incentivní terapii nabídlo kontaktní centrum (dále jen KC) v krajském městě své dlouholeté klientce, která ve 24 letech poprvé otěhotněla. Pracovníci KC se o jejím těhotenství dozvídají až v šestém měsíci a hned jí nabízejí pomoc, klientka se však o tom odmítá bavit, zdá se, že si těhotenství nechce přiznat. Zaujme jí ale nabídka incentivní terapie, vnímá výhody, které jí z toho plynou. Začíná se setkávat s klíčovým pracovníkem. Není ještě rozhodnutá, zda si dítě nechá v péči anebo jej svěří do adopce. Klientka nemá

žádnou představu, co porod a péče o dítě obnáší, ale má zájem o tom mluvit. Postupně se začíná zajímat o dítě, klade otázky ohledně škodlivosti užívání návykových látek pro plod.

Chování, které bylo podpořeno incentivy, zahrnovalo v jejím případě vyřízení občanského průkazu, bydlení, pravidelné návštěvy u gynekologa a zubaře a abstinenci kontrolovanou testováním. v průběhu třech měsíců, kdy se klientka potkává s klíčovým pracovníkem, se postupně mění výběr odměňovaného chování. Zatímco zpočátku si klientka vybírá odměny pouze pro sebe (jídlo, nabitá telefonní karta, lístky na MHD), později začíná myslet více na své dítě a vybírá si oblečení na miminko a potřeby do porodnice. Dva měsíce před porodem klientka neužívá žádné návykové látky. Je jí nabídnuto krizové lůžko v anonymním zařízení, kam tři týdny před porodem odjíždí. Porod probíhá přirozenou cestou a klientka se může nastěhovat se svým narozeným synem do domu na půli cesty, kde si nástup vyřídila již před porodem. s kontaktním centrem zůstává ve spojení přes Facebook.

V praxi je možné se setkat s různorodými názory na metodu pobídkové terapie. Někteří kritici se pozastavují nad tím, že jsou klienti odměňováni za něco, o co by měli usilovat z vlastní vůle. Avšak v praxi je často vidět, že mnozí klienti z nejrůznějších důvodů zkrátka nedělají kroky, které by mohly vést ke zlepšení jejich života, ačkoliv je na to upozorňuje okolí a vnímají to i oni sami. v takových situacích může být užitečný určitý pozitivní stimul, pobídka, která jim umožní tyto kroky začít dělat a zažít změnu, ke které to může vést. Navíc se tím vytváří cenný prostor pro individuální setkání pracovníka nebo terapeuta s klientem a tím i pro poskytnutí intervence, která může například zlepšit terapeutickou alianci anebo zvýšit motivaci klienta ke změně. Správně indikovaná a prováděná incentivní terapie nemá vliv pouze na úspěšnost léčby, ale má pozitivní dlouhodobý přesah i do dalších oblastí života klienta.

Častou překážkou pro využití systému odměn může pro zařízení být nedostatek volných peněz. Ačkoliv je známo, že pobídková terapie zvyšuje dobu trvání abstinence (Petry,

2013), rovněž předpokládá vynaložení finančních prostředků, které se ve standardním systému sociální a zdravotní péče nedají jednoduše vykázat. Pokud chce tedy zařízení tuto metodu využívat, musí najít zdroje mimo standardní systém (dotační tituly na inovativní projekty, sponzoring, vlastní příjmy organizace).

Materiální zázemí potřebné pro zavedení metody

- klidná konzultační místnost v rámci nízkoprahového centra
- kancelářské zázemí
- finanční zdroje pro poskytování incentiv

Personální zázemí a kompetence potřebné pro zavedení metody

- pracovník (sociální pracovník, adiktolog, sociální pedagog, a podobně) nebo tým pracovníků proškolený v metodě pobídkové terapie;
- schopnosti aktivního naslouchání, vedení motivačního rozhovoru;
- orientace v sociálně-právní problematice, v problematice závislostního chování, v místní síti sociálních, právních a zdravotních služeb

Způsoby evaluace metody

Podle dosavadních studií zvyšuje využití pobídkové terapie míru abstinence a udržení v péči (Prendergast, 2006). Tyto dva indikátory mohou být tedy sledovány i ve službách, které pobídkovou terapii zavádějí a naznačovat, jestli zavádění této metody jde dobrým směrem. k tomu mohou být využity jednoduché kvantitativní postupy, je však vhodné je doplnit i o kvalitativní část, která může zjišťovat, zda aplikace pobídkové terapie má vliv i na další aspekty života klientů a jestli nějaké důležité oblasti života nejsou opomíjeny.

Doporučená literatura:

Meruňková, T. (2015). Současná podoba incentivní terapie u těhotných uživatelek návykových látek ve vybraných adiktologických zařízeních (Diplomová práce). Praha: Univerzita Karlova, LF.

Petry, N. M. (2013). Contingency management for substance abuse treatment: a guide to implementing this evidence-based practice. Routledge

Recovery koučování

Klíčová slova: zotavení – peer práce – koučování – systém péče

Východiska metody

Pojem koučování jako takový asi není potřeba dlouze představovat (podrobněji viz například Whitmore, 2009). Jde o přístup k práci s lidmi, který se začal dynamicky rozvíjet od 80. let 20. století, nejdříve v oblasti firemní a manažerské, později však i v dalších (life coaching, mentální koučink, nutriční koučink, a podobně). Pro oblast zotavení ze závislosti má výraznou přitažlivost zejména tím, že v principu není založen na odstraňování patologie, ale naopak na posilování potenciálů a zdrojů jednotlivce, jinými slovy na rozvíjení silných stránek. Výrazným specifikem a benefitem recovery koučů navíc je to, že jde nejčastěji o lidi, kteří jsou sami v procesu zotavování ze závislosti.

Recovery koučové mají tedy nejen základní dovednosti koučování, ale sami také mohou být inspirací pro svoje okolí. Prostřednictvím otevřenosti ohledně vlastních zkušeností, kvality a charakteru svého života, schopností soucítit s lidmi, kteří mají trápení se závislostí, doslova *infikují* zotavením ostatní. Ukázalo se, že lidé, kteří sami prošli závislostí, se po zahájení vlastního procesu zotavení mohou mnohdy stát velmi prospěšnými pro druhé, kteří se teprve začínají zotavovat. Recovery koučové získávají svou zdatnost nikoliv skrze tradiční vzdělávací systém, ale skrze žité znalosti a žité dovednosti. Žité znalosti jsou informace o zotavení ze závislosti získané skrze vlastní proces závislosti a zotavení, zatímco žité dovednosti jsou nově nabité schopnosti přetvořit žité znalosti do umění pomoci druhým dostat se na vlastní cestu zotavení a udržet se na ní (White, 2007).

Je důležité zdůraznit, že role recovery kouče není vázaná na žádnou specifickou cestu vedoucí k zotavení. Nevychází tedy z žádného specifického modelu zotavení, ani neklade důraz na jeden konkrétní aspekt zotavení, jako například abstinenci. Naopak, je žádoucí, aby týmy nebo skupiny recovery koučů reprezentovaly velice rozmanité cesty k zotavení.

Nejedná se také v žádném případě o roli, která by vyžadovala vysokou inteligenci nebo akademické úspěchy. Existuje řada příběhů lidí s nízkým vzděláním, bez předchozích pracovních zkušeností, kteří inspirovali a přizvali do procesu zotavení mnoho lidí s akademickými tituly.

Charakteristika metody

Recovery koučování není ani tak specifická metoda práce, jako spíše nová role v systému péče o lidi se závislostí[11]. Oproti tradičním pomáhajícím profesionálům zaujímají recovery koučové odlišné místo, což je dáno jednak tím, že nemají akademické vzdělání v sociálních oborech, a jednak tím, že často pracují na dobrovolné anebo polo-dobrovolné bázi. Svoje znalosti odvozují převážně z vlastních zkušeností se závislostí a zotavením, které se skrze kontinuální trénink a supervizi učí transformovat do dovedností, jak co nejúčinněji pomáhat druhým, kteří čelí podobným situacím, v nichž se ještě nedávno nacházeli oni sami. Mohou tvořit samostatný tým poskytující služby, častější ale je, že jsou součástí multidisciplinárních týmů poskytujících komplexní podporu v zotavení.

Velká odlišnost recovery koučování od klasického koučování spočívá v tom, že recovery koučové se s lidmi (klienty, uživateli služeb, koučovanými) zpravidla potkávají v neformálním prostředí a navazují takřka přátelské vztahy. Předností recovery koučů je, že díky svým žitým znalostem dokážou velice přirozeně navázat kontakt i s těmi lidmi, kteří z nejrůznějších důvodů nemají důvěru v pracovníky odborných služeb. Často tedy tvoří první linii ve službách, a po navázání důvěry mohou klienty propojovat s odbornými pracovníky, pokud je to vhodné. Recovery koučové většinou nepracují v konzultačních místnostech nebo v kancelářích, ale spíše se pohybují v „terénu“ v širokém slova smyslu – na chodbách, v kuchyňkách, čekárnách, na ulici, v bytech, ubytovnách, a podobně. Je však vhodné, aby měli k dispozici místnost, kde mohou být s klienty v případě potřeby nerušeni a v soukromí.

---

[11] Využití recovery koučů je popsáno i v dalších oblastech duševního zdraví a sociálního vyloučení, vzhledem k účelu publikace se ale v tomto textu zaměřujeme výhradně na oblast závislostí.

Přínos recovery koučů spočívá zejména v tom, že lidé se závislostním chováním a jejich blízcí mají k dispozici někoho, kdo rozumí jejich situaci, může jim být oporou v jejich přirozeném prostředí a s kým mohou hledat svoji jedinečnou cestu zotavení. Recovery koučové mohou pomáhat jak lidem, kteří mají aktuální potíže se závislostním chováním, tak i těm, kteří se například vracejí z pobytové léčby závislosti zpět do svého přirozeného prostředí. Nesmíme také opomenout ani to, že z recovery koučování mají prospěch i koučové samotní. Být prospěšný pro druhé je důležitou součástí vlastního zotavení, která pozitivně ovlivňuje pocit vlastní hodnoty a zlepšuje životní pohodu.

Doporučený postup

V první řadě je zapotřebí, aby se recovery kouč dobře orientoval ve své roli a v tom, jak se tato role liší od jiných pomáhajících pracovníků. Je zde totiž riziko, že jiní pracovníci budou považovat recovery kouče za konkurenty nebo za ohrožující pro svou práci. a na druhé straně existuje riziko, že samotní recovery koučové se budou stavět do role, která jim nepřísluší. Následující schéma nabízí srovnání mezi recovery koučováním a terapií v několika základních tématech:

	PORADCE / TERAPEUT	RECOVERY KOUČ
CÍLE	Usnadnit proces začátku zotavení pro ty, kteří jsou připraveni	Příprava půdy, ve které může zotavení vyrůst
VZDĚLÁNÍ	Formální vzdělání na VŠ, VOŠ a v poradenském / terapeutickém výcviku	Přímá zkušenost se závislostí a zotavením (žitá znalost) a schopnost tuto zkušenost využít ve prospěch druhých (žitá expertíza)
POUŽITÍ SEBE	Využívání vlastních zkušeností a sebeodhalování je většinou v rozporu s profesionálními postupy a/nebo etickými principy	RK využívá sebeodhalování k tomu, aby se připojil ke klientovi a ukázal, že zotavení je možné
VZTAH	Jasně vymezené hranice zapovídající vstupovat do osobní, přátelské roviny; udržování hierarchie	Ne-hierarchický vztah s řadou neformálních a přátelských prvků, které umožňují přijímat dary, udržovat osobní kontakt, zajít do kavárny, apod.
ZAMĚŘENÍ	„Jak tohoto člověka nejlépe provedu procesem léčby?“	„Jak by zde mohl začít proces zotavení, který bude uktoven v klientově vlastním přirozeném prostředí?“
ZÁKLADNÍ KOMPETENCE	Teorie závislosti, diagnostika, plánování, specifické techniky a intervence, monitorování pokroku,…	Povědomí o procesu zotavení, o přirozených zdrojích podpory, dovednosti připojení a naladění, práce s motivací, propojování,…

Obrázek 7: srovnání mezi recovery koučováním a terapií

Postupů, které může recovery kouč využívat, je celá řada a liší se podle kontextu, ve kterém se recovery koučové pohybují. Kdybychom měli nicméně vybrat základní nástroje pro recovery koučování, jde především o následující:

Aktivní naslouchání

- Schopnost věnovat plnou pozornost klientovi, připojit se k jeho tempu, naladění, slovům
- Napomáhat jeho sebevyjádření formou otevřených otázek
- Poskytovat respektem a přijetím rámovanou odezvu tomu, co klient říká a vyjadřuje

Podpůrný rozhovor s prvky koučování

- Od recovery kouče se neočekává, že obsáhne veškeré schopnosti a dovednosti spojené s koučováním, tak jak ho známe z jiných oblastí, nicméně může využít některé základní modely, jako například GROW:

G – GOAL / CÍL: Kouč pomáhá klientovi stanovovat cíl, který je dostatečně konkrétní, měřitelný, dosažitelný, relevantní a časově ohraničený, a následně jej zve k prozkoumání hodnot, které za tímto cílem stojí.

R – REALITY / REALITA: Kouč dává klientovi najevo porozumění jeho životní realitě a pomáhá ji prozkoumávat, společně se snaží o nalezení vztahu mezi realitou a stanoveným cílem.

O – OPTIONS / MOŽNOSTI: Kouč se vždy snaží o to, aby klient zvažoval více než jednu možnost dosažení stanoveného cíle.

W – WILL / VŮLE: v neposlední řadě je důležité, aby vznikl závazek k dosažení cíle a aby si klient co nejvíce důvěřoval, že vybrané kroky opravdu podnikne.

- Kouč se klienta ptá na jeho schopnosti, dovednosti a silné stránky, které bude moci při dosahování cíle využít.

Reflektování

- Kouč by měl být schopen poslouchat kromě klienta také svoje vlastní prožívání, svůj vlastní vnitřní dialog a vnášet tyto postřehy (reflexe) do rozhovoru.
- Obsahem reflektování může být mimo jiné také vlastní zkušenost kouče, rezonance s jeho / jejím vlastním příběhem.
- Reflexe je zapotřebí vnášet citlivě, tak aby nepřerušovaly vyprávění klienta, ale aby spíše nabízely jiné perspektivy v souvislosti s tématy, o kterých je řeč.

Sebeodhalování

- Kouč může ve vhodných chvílích nabídnout vlastní příběh, vlastní zkušenosti, a to nejen se závislostí / užíváním drog, ale s čímkoliv, co vyhodnotí jako relevantní.
- Nabídka takové zkušenosti by však v žádném případě neměla působit návodně v tom smyslu, že cesta kouče je ta nejlepší možná, ani by neměla diskreditovat jiné způsoby zotavení.
- Kouč by si vždy před sebeodhalením měl nejprve odpovědět na otázku, proč chce právě nyní svou zkušenost nabídnout, a k čemu to může klientovi sloužit.

Zhodnocení rizik

- Vzhledem k tomu, že se kouč může někdy pohybovat v nebezpečném prostředí, měl by na základě informací od klienta a jeho okolí dokázat vyhodnotit rizika s ohledem na své bezpečí.
- Tak jako v jiných profesích, i u recovery koučování platí, že bezpečí kouče je vždy na prvním místě.

Zavádění metody v adiktologických službách

Recovery koučování je zpravidla úzce provázáno s dalšími prvky systému péče a recovery koučové tedy pracují týmově, ať už v homogenních nebo multidisciplinárních týmech. Na některých místech ve Velké Británii jsou například ve společném týmu s takzvanými komunitními síťaři (anglicky *community connectors*), kteří mají za úkol pomáhat s nalézáním vhodných zdrojů přímo v komunitě, kde klienti žijí. Spolupráce s klienty pak

vypadá tak, že recovery kouč je klientovi nejvíc nablízku, poskytuje mu přímou přátelskou podporu šitou na míru, a komunitní síťař se k této dvojici občas připojuje, aby mohli společně uvažovat o dalších zdrojích podpory v komunitě. Podobně funguje spolupráce recovery koučů s case managery v USA (White, 2009). Zatímco recovery kouč je „důvěrníkem“ klienta a buduje přátelské spojení, case manager pomáhá najít nejlepší a nejhladší průchod sociálně – zdravotním systémem a sítěmi podpory. v ČR byl v době psaní této publikace spuštěn první výcvik v recovery koučování a na některých odborných akcích se začala otevírat diskuse o zavádění této metody, na širší uplatnění zde však recovery koučování ještě čeká.

Pro systematické začlenění koučů do adiktologických služeb je třeba neopomenout žádný z následujících kroků:

1) Výcvik recovery koučů (specificky zaměřený na recovery koučování včetně témat jako je sebeodhalování, péče o sebe, navazování vztahu, práce s krizí)
2) Nastavení týmové spolupráce (vyjasnění role recovery koučů, zajištění vzájemného respektu k rozdílným způsobům a etickým principům práce mezi recovery kouči a profesionály)
3) Kontinuální podpora koučů (možnost vzájemné podpory recovery koučů a přístup k individuálním i týmovým supervizím)
4) Variabilita zapojení recovery koučů (zapojení koučů do různých segmentů adiktologických služeb)

Při zapojování recovery koučů do podpůrné sítě je důležité dbát na to, aby měli dostatek možností pečovat o sebe sama a pokračovat ve své cestě k zotavení. k tomu mohou sloužit jednak terapeutické/supervizní rozhovory se zkušenějšími recovery kouči nebo jinými profesionály, týmové supervize a podpůrná setkání koučů bez přítomnosti jiných profesionálů. Pokud jde o vzdělání a zvyšování kvalifikace koučů, osvědčují se specificky zaměřené tréninky, během kterých mohou koučové konzultovat svoje vlastní klienty. Trénink recovery koučů může probíhat v několika fázích a může být věnován

dovednostem potřebným k vedení podpůrných rozhovorů, etickým zásadám, potřebným informacím a sebezkušenosti.

Materiální zázemí potřebné pro zavedení metody

- zázemí pro pracovníky
- místnost poskytující soukromí pro důvěrné rozhovory
- školící místnost
- počítače

Personální zázemí a kompetence potřebné pro zavedení metody

- tým lidí s vlastní zkušeností se závislostí a zotavením, s chutí a ochotou pomáhat druhým, vyškolený v metodě recovery koučování, se schopností aktivně naslouchat, navázat rovnocenný vztah, efektivně komunikovat
- vedoucí týmu s vlastní zkušeností se závislostí a zotavením proškolený v metodě recovery koučování, s organizačními schopnostmi a se schopností vést lidi
- kontinuální specifická intervizní / supervizní podpora

Způsoby evaluace metody

Recovery koučování přináší velice nadějné výsledky, a to i u náročných skupin klientů. Například u lidí s duální diagnózou došlo k dramatickému poklesu hospitalizací a psychických krizí, když měli k dispozici recovery kouče a zlepšila se jejich životní pohoda (Klein, Cnaan, & Whitecraft, 1998; Min, Whitecraft, Rothbard & Salzer, 2007). Metoda recovery koučování prokazatelně snižuje práh vstupu lidí se závislostním chováním do služeb a zlepšuje průchod celým systémem péče (Davidson et al., 2010).

Při evaluaci zapojování recovery koučů do adiktologických služeb jsou to tedy zejména tyto faktory, které má smysl kvantitativně i kvalitativně sledovat: četnost hospitalizací, kvalita života, životní pohoda, udržení se v péči. Nástroje evaluace mohou být různé, od několika položkových dotazníků zaměřující se na měřitelné indikátory kvality života po rozsáhlé studie zahrnující nejen indikátory zotavení, ale i ekonomickou efektivitu

a dopady zapojení recovery koučů na systém péče.

Doporučená literatura:

Payne, J. D., & Shinholser, J. (2010). Recovery Coach Manual. The McShin Foundation.

White, W. (2006). Sponsor, recovery coach, addiction counselor: The importance of role clarity and role integrity. In Perspectives on Peer-based Recovery Support Services. Philadelphia, PA Department of Behavioral Health and Mental Retardation Services.

Přechodové bydlení

Klíčová slova: *housing first – housing ready – psychologicky informované prostředí – důstojné bydlení*

Východiska metody

Ve službách pro lidi bez domova se v posledních desetiletích začaly prosazovat přístupy založené na modelu housing first (bydlení především) v opozici k tradičnějším modelům housing ready (volně přeloženo: bydlení až po přípravě). Metodu přechodového bydlení, kterou zde nabízíme, považujeme za kompatibilní s přístupem housing first, zejména proto, že klade důraz na zajištění bezpečného a důstojného bydlení, které je základem pro rozvoj možností zotavení. Ruku v ruce s tímto přístupem jde koncept psychologicky informovaného prostředí. Před popisem metody oba přístupy krátce charakterizujeme.

Základním principem přístupu housing first je nabídka důstojného bydlení a naděje lidem, kteří byli dlouhá léta vystaveni nedůstojnému zacházení a beznaději. Řada výzkumů (Kirst, 2015; Palepu, 2013; Tsemberis, 2010) potvrdila, že pokud je lidem, kteří žili dlouhou dobu bez domova, nabídnuto stabilní bydlení, tak je mnohem pravděpodobnější, že se stanou plnohodnotnými členy společnosti, než je tomu při běžné praxi péče o lidi bez domova. Také se uvádí, že přístupy housing first jsou účinné u lidí s psychiatrickou diagnózou a u dlouhodobých uživatelů drog a závislých, proto se některé organizace poskytující služby pro tyto skupiny lidí začaly tímto směrem orientovat.

Housing first se řídí osmi základními principy:

1. Bydlení je základní právo člověka;
2. Respekt, náklonnost a soucit pro všechny klienty;
3. Závazek pracovat s klienty tak dlouho, jak budou potřebovat;
4. Nezávislé bydlení rozptýlené v běžné bytové zástavbě;
5. Bydlení je poskytováno nezávisle na službách;
6. Možnost volby a sebeurčení uživatelů;
7. Orientace na zotavení;
8. Harm reduction.

Přechodové bydlení ctí většinu těchto principů, zásadně se však rozchází v pátém bodě, kdy služby jsou s bydlením poměrně úzce spjaty. Kromě přístupu housing first může být pro metodu přechodového bydlení užitečný koncept tzv. „psychologicky informovaného prostředí“ (angl. *psychologically-informed environments*), který spočívá v kombinaci pozornosti k fyzickému prostředí, struktuře dne, přístupu k terapeutickým aktivitám a podpoře vztahů. Je vhodný zejména pro lidi se sklony k rizikovému chování, u nichž můžeme předpokládat, že jejich užívání drog a různé formy závislostí jsou reakcí na řadu nepříznivých událostí z jejich životů včetně traumat a zanedbávání v dětství.

Vytváření psychologicky informovaného prostředí je možné si představit jako snahu pracovníků provozujících dané projekty pomoci klientům vybudovat v rámci daného domova ekosystém, resp. komunitu, která bude mít terapeutické prvky. Osoby ubytované v konkrétním bytě/domě jsou tedy podporované k tomu, aby pečovaly o sebe, o vztahy mezi sebou, věnovaly se aktivitám podporujícím zdravý životní styl, občanskou odpovědnost a podobně. Tím, že vstupují do nových rolí a mají možnost je reflektovat v rámci přívětivého prostředí, se mohou učit řadu věcí, které neměly příležitost se ve svém

životě poznat, ať už v důsledků ochuzeného rodinného prostředí, traumat anebo jiných nepříznivých životních okolností. Pro lidi se závislostním chováním je to také příležitost, jak žít se svými pocity a regulovat svoje emoce jiným způsobem než skrze intoxikaci, nefunkční mechanismy a návyky.

Charakteristika metody

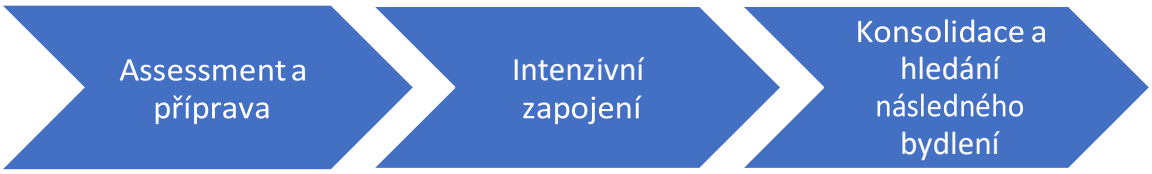
Přechodové bydlení je určeno lidem, kteří směřují k zotavení a zároveň bydlí v nevyhovujících podmínkách. Nekladou se žádné nároky na předem absolvované služby či programy, jediným nárokem je, aby bylo možné se s člověkem domlouvat na konkrétních krocích. Je stanovená doba poskytování služby, zpravidla 1-2 roky, kterou je možné prodloužit, avšak předpokládá se, že klienti využijí pobyt k tomu, aby si sami našli dlouhodobé a stabilní bydlení. k tomu mohou využít psychosociální podporu multidisciplinárního týmu.

Podpora je poskytována na základě individuálních potřeb, zároveň jsou ale klienti žijící spolu v rámci bytu povzbuzováni k tomu, aby si poskytovali podporu vzájemnou. v tomto prostředí se klienti učí novým návykům a novému způsobu života spojenému s péčí o sebe, o domácnost a o druhé. Přitom si sami určují, co se chtějí naučit a co chtějí dělat jinak, pracovní tým jim pouze pomáhá v tom, aby si dokázali formulovat vlastní cíle a aby si osvojovali dovednosti potřebné k řízení vlastního života.

V souladu s výše zmíněnou definicí zotavení (SAMHSA, 2012) není metoda přechodového bydlení vázána na žádný specifický model zotavení, ale je pro ni zásadní respekt k mnoha různým způsobům zotavení. Je přitom kladen důraz na to, aby spolu byli ubytováni klienti, jejichž způsoby zotavení jsou kompatibilní. To znamená, že pokud se někdo rozhodne pro úplnou abstinenci od všech psychoaktivních látek, má možnost ubytování v bytě, kde se žádné drogy nevyskytují. Pomoc při zajištění pocitu bezpečí v domácnosti patří k základním principům přechodového bydlení.

Doporučený postup

Postup při spolupráci s klienty může mít nejrůznější specifika daná lokálním prostředím a možnostmi daného týmu, v tomto textu se opíráme zejména o zkušenosti z programu Homes First organizace Emerging Futures v britském Chesteru a centra Přechodové byty Společnosti Podané ruce, Brno. Následující diagram naznačuje základní fáze procesu:



Obrázek 8: Fáze assessmentu a přípravy

- Ubytování předchází série schůzek, při níž se jednak mapuje klientova situace a dosavadní podpůrná síť, a jednak se tak ověřuje schopnost základní spolupráce klienta;
- V prvních dnech a týdnech ubytování se neočekává, že klienti budou naplno motivováni k životním změnám, spíše se předpokládá, že jediným důležitým prvkem programu pro ně bude bydlení samo osobě;
- Všichni klienti se setkávají s bezpodmínečným přijetím a od začátku jsou uplatňovány zejména principy harm reduction, společně s podporou motivace; probíhá intenzivní spolupráce mezi klientem a pracovním týmem.

Fáze intenzivního zapojení

- Prioritou je udržení klienta v programu; klient se začíná zapojovat do skupinových aktivit (domácí setkání, komunitní setkání, skupinové aktivity), především je ale podporována jeho vlastní cesta k zotavení na individuální bázi;
- V této fázi je také vhodné hledat možnosti, jak se klient může podílet na vzájemné pomoci, ať už formou zapojení do svépomocných skupin, vstupem do vzdělávacího

programu v recovery koučování anebo jinak.

Fáze konsolidace a hledání následného bydlení

- Klient se v této fázi stává mentorem pro nové klienty, je naplno zapojen do programu a sám řídí svou cestu k zotavení;
- Postupně si začíná vytvářet představu samostatného bydlení a začíná podnikat kroky, aby se mohl úspěšně posunout k dlouhodobému a stabilnímu bydlení.

V souladu se zmíněným konceptem psychologicky informovaného prostředí by pracovníci týmu měli zabezpečovat následující prvky.

Práce v rámci společného psychologického rámce

- Tým projektu by měl sdílet alespoň základní porozumění procesu zotavení, a ačkoliv není vyžadována terapeutická kvalifikace, pracovníci by měli umět identifikovat a reflektovat svoje terapeutické působení na základě konkrétního modelu změny;
- Vhodným rámcem mohou být například přístupy zaměřené na řešení, na rozvoj silných stránek, přístupy vycházející z pozitivní psychologie anebo také motivační rozhovory či jiné modely nesoucí spíše zaměření na zdroje než na patologii.

Fyzické prostředí a prostory

- Konkrétní podoba domova od architektonického návrhu přes design nábytku, výzdobu, rozložení místností až po formu nápisů a manuálů výrazně ovlivňuje, jak budou obyvatelé spoluvytvářet kulturu a hodnoty daného prostředí;
- Při přípravě fyzického prostředí může být pracovníkům nápomocná představa, jak by se v daném bytě/domě bydlelo jim samým – v momentě, kdy se pro ně prostředí stane lákavým, dá se považovat za připravené pro klienty.

Vzdělání a podpora týmu

- Pracovníci by měli mít možnost reflektovat svoji práci na každodenní bázi ve formě debriefingů, intervizí, supervizí, reflektujících skupin a podobně, tak aby se jednak

podporovali ve sdílené kultuře práce a jednak si vzájemně pomáhali snášet těžké pracovní situace;

- Může být velice výhodné, když tým projde společným vzděláváním, kde mají pracovníci možnost vzájemně sladit svou pracovní kulturu, zároveň je žádoucí, aby pracovníci měli možnost se individuálně rozvíjet v oblastech, ve kterých sami cítí potřebu.

Vztahová podpora

- Vztahy jsou katalyzátorem změny a každé setkání je příležitost pro učení, proto je hlavní náplní pracovníků setkávat se s klienty „tam, kde jsou“ (ve smyslu doslovném, tj. u klientů doma, i metaforickém, tj. v životní fázi, nastavení, situaci a podobně);
- Tým by se měl snažit o maximální porozumění vztahům v každém domově, tak aby mohl adekvátně reagovat na různé situace s empatií, porozuměním a soucitem;
- V případě bytů v běžných bytových domech je zapotřebí do vztahové podpory přizvat také sousedy, v tom smyslu, že se tým soustředí na jejich pocit bezpečí, ale také jim nabízí zapojení do pomoci klientům.

Kontinuální evaluace

- Efekt podpory prostřednictvím bydlení může být měřitelný skrze kvantitativní faktory, jako je délka bydlení, obsazenost lůžek, retence, zaměstnanost klientů, zapojení do vzdělávacího systému a podobně;
- Zároveň je důležité pravidelně hodnotit i spokojenost klientů a jejich subjektivní prožívání procesu zotavení skrze bydlení.

Zavádění metody v adiktologických službách

Ze všech představených metod podporujících zotavení vyžaduje přechodové bydlení zřejmě nejvíce úsilí při jeho zavádění. v první řadě je zapotřebí mít k dispozici vhodné nemovitosti, což se neobejde bez investic a vyjednávání s různými subjekty. Přitom záleží na statutu nemovitostí. Může se jednat o byty či domy v majetku obce či jiného veřejného subjektu, anebo je majitelem soukromá osoba. v prvním případě může být vyjednávání

složitější, avšak s levnějším nájemným, ve druhém případě je tomu naopak.

Složitá je také otázka financování přechodového bydlení. v rámci systému sociálních služeb se myšlence přechodových bytů nejvíce blíží chráněné bydlení, avšak u této služby nejsou lidé se závislostním chováním explicitně zmíněni, pouze lidé s chronickým duševním onemocněním. Systém zdravotních služeb je ještě vzdálenější a přechodovému bydlení se sice podobá chráněné bydlení v rámci následné péče, zde však je podmínkou absolvování léčby a drží se tak modelu housing ready, tedy bydlení až po přípravě. Dokud tedy nebude přechodové bydlení prosazeno do standardního systému financování, bude zapotřebí využívat jiné donory a organizace se nevyhnou mnohdy složitému kombinování více zdrojů.

Materiální zázemí potřebné pro zavedení metody

- byty nebo rodinné domy v běžné zástavbě
- vybavené pokoje s důrazem na útulnost a domácí atmosféru s možností prostory přizpůsobovat individuálním potřebám
- kancelářské zázemí pro podpůrný tým

Personální zázemí a kompetence potřebné pro zavedení metody

- multidisciplinární podpůrný tým složený ze sociálních pracovníků, peer pracovníků, popřípadě pečovatelů nebo zdravotníků s následujícími dovednostmi: efektivní komunikace, spolupráce, flexibilita, samostatnost, řešení problémů, orientace v sociálně-právní problematice, v problematice závislostního chování;
- pracovníci pro údržbu nemovitostí s technickými dovednostmi, se schopností efektivní komunikace a se základními znalostmi problematiky závislostního chování

Způsoby evaluace metody

Kritéria, která by měla být u přechodového bydlení sledována, se opírají především o indikátory zotavení. Nejdůležitější z nich je zajištění stabilního a důstojného bydlení. Pokud se tento faktor daří naplňovat, to znamená, že klienti přechodových bytů jsou

schopni si po ukončení ubytování zajistit stabilní a dlouhodobé bydlení, značně to vypovídá o úspěšnosti metody. Dalšími kritérii potom mohou být zaměstnání, životní spokojenost a pohoda, závislostní chování a kvalita života. Je velice vhodné pravidelně poskytování služby vyhodnocovat u bývalých klientů, s odstupem jednoho roku a více. Nenáročnou formou může být telefonické dotazování ideálně doplněné o kvalitativní hloubkové rozhovory.

Doporučená literatura:

Černá, E. (2019, in press). z ulice do bytu: Sociální práce v procesu reintegrace do bydlení. Praha: SLON.

Kertesz, S. G., Crouch, K., Milby, J. B., Cusimano, R. E., & Schumacher, J. E. (2009). Housing first for homeless persons with active addiction: are we overreaching? The Milbank Quarterly, 87(2), 495-534.

SPECIFIKA PRÁCE s VYBRANÝMI CÍLOVÝMI SKUPINAMI

V následujících řádcích popisujeme specifika práce s Romy, Vietnamci, seniory, rodinami s dětmi, lidmi s duálními diagnózami, lidmi v substituční léčbě, lidmi ze sexbyznysu a lidmi po propuštění z vězení.

Práce s Romy

Klíčová slova: *Romové – stigmatizace – chudoba – vyloučená lokalita*

Etnické menšiny jsou řazeny mezi skupiny, které mají ztížený přístup ke službám pro uživatele drog a závislé. Členové těchto skupin mohou čelit dvojí stigmatizaci – z důvodů odlišného původu a z důvodu užívání drog. Svoji roli sehrává také to, že vnímají standardní služby jako určené majoritě. Ty se přitom samy nesnaží příliš přizpůsobovat potřebám etnických menšin a rovněž nemonitorují etnickou příslušnost klientů. Argumentují rovností přístupu („jsme pro všechny“ nebo „neděláme rozdíly mezi lidmi“). Výzkumy i zkušenosti však tomuto argumentu spíše odporují. Ukazuje se, že pozornost věnovaná zastoupení etnických menšin ve službách přinášejí výsledky. Zvlášť pokud etnické skupiny uživatelů drog v dané lokalitě jsou, ale služby nevyužívají a konkrétní kroky podniknuté k tomu, aby byly služby lépe uzpůsobeny jejich specifickým potřebám (více viz Nepustil et al., 2012a). Při vědomém a reflektovaném přístupu může shromažďování a analýza dat týkající se etnicity uživatelů drog přinést výsledky, na jejichž základě je možné službu co nejvíce uzpůsobit těm, kteří ji potřebují. Je však nutné zajistit, aby takové informace nemohly sloužit k segregaci nebo jinému ohrožení těch, jejichž údaje jsou shromažďovány.

Romové jsou považováni za nejpočetnější etnickou menšinu, která žije v České republice. Kvalifikované odhady uvádějí, že na území ČR žije v současné době zhruba 250 000

Romů. Při sčítání lidu se však k této národnosti hlásí jen šestina tohoto počtu (Úřad vlády, 2017), což samo o sobě vypovídá o obrovské stigmatizaci, s níž se označení Rom pojí.

Romové jsou cílovou skupinou sociální práce, zejména v souvislosti s chudobou a sociálním vyloučením. Je však třeba zdůraznit, že se nejedná o homogenní skupinu a v rámci sociální práce sRomy se objevují různá specifika podle lokality či identifikaci se specifickou podskupinou. Jako příklad můžeme uvést olašské Romy, s nimiž je obecně složitější navázat spolupráci v rámci adiktologických služeb. Některé služby jsou proto přímo zaměřeny na tuto specifickou cílovou podskupinu (Mravčík et al., 2016).

Řada českých sociálních služeb a jiných programů pomáhající Romům definuje svoje zaměření spíše prostřednictvím specifické lokality, která vytváří podmínky pro sociální vyloučení a chudobu a je obývaná převážně Romy. Nevalné životní podmínky v těchto místech, jejich bezútěšnost a frustrace jejich obyvatel mohou vytvářet podhoubí pro užívání drog a závislosti. Sociální pracovník zaměřený na romské uživatele drog z těchto lokalit by měl mít tedy v první řadě na zřeteli, že řešení problému a pomoc při zvládání závislosti bude třeba vnímat v komplexním kontextu. Tedy v návaznosti na další problematiku, která se sociálně vyloučenými lokalitami souvisí (zadluženost, nezaměstnanost, nevyhovující bydlení a podobně) a bude třeba ji řešit souběžně se závislostí.

Doporučení pro práci s romskými uživateli drog vycházející z analýzy dosavadní praxe

Řada služeb pro uživatele drog a závislé se v posledních letech začala více zaměřovat na problematiku drog a závislostí u Romů a některé konkrétní zkušenosti jsou již popsány (Berkyová, 2008; Cimbálová, 2016; Farkalínová, 2009; Frýbert, 2011). v roce 2012 proběhla analýza programů, které se věnují Romům v souvislosti s užíváním drog a závislostí (Nepustil et al., 2012). Autoři vybrali šest zařízení představujících dobrou praxi v této oblasti. Na základě zkušeností těchto programů potom formulovali doporučení pro nově vznikající programy zaměřené na užívání drog a závislosti u Romů:

1. *Vhodné vymezení cílové skupiny*

Ještě před svým spuštěním je třeba ujasnit, na jaké skupiny Romů program cílí – zda jde o skupiny vymezené spíše lokalitou, zda jde o určitou skupinu Romů (například olašští Romové), či nespecificky na Romy obecně. Takové rozhodnutí vyžaduje dobrou obeznámenost s místní situací, s existujícími vazbami mezi zdejšími Romy a s vyloučenými lokalitami v daném městě. To znamená, že se tato fáze neobejde bez spolupráce s členy komunity, komunitními organizacemi a lidmi, kteří znají situaci v místě, kde by měl program působit.

2. *Analýza potřeb*

Před spuštěním služby v určité lokalitě je také vhodné provést cílenou analýzu potřeb. Tuto analýzu by ideálně měli realizovat pracovníci, kteří budou později v lokalitě působit. Současně je žádoucí do ní zapojit také významné členy komunity, kteří mohou fungovat jako klíčové osoby, tzv. „vrátní“. Příkladem dobré praxe je v tomto ohledu jeden z terénních programů, jehož terénní pracovníci začali ještě před otevřením služby jezdit do specifické vyloučené lokality. Potkávali se zde s místními lidmi, zajímali se o jejich potřeby a odpovídali na otázky, které se v souvislosti s jejich přítomností v místě objevovaly.

3. *Zdravotní služby*

Nemusí to být pravidlem, ale v mnoha romských lokalitách se osvědčila nabídka základních zdravotních služeb prováděná na co možná nejnízkoprahovější úrovni. v místech, kde se taková služba nabízí, mají lidé ve zdravotníky větší důvěru. Zvlášť pokud se u nich setkávají s přátelským a nehodnotícím přístupem, je možné následně účinně zvýšit jejich motivaci k návštěvě specializovaného zařízení. Tyto zdravotní služby mohou zahrnovat rozšířené možnosti testování, jednoduché ošetření, zdravotní poradenství, ale i standardní práci praktického lékaře.

4. *Školení pro pracovníky*

Kvalitu adiktologických služeb, ve kterých se pracovníci setkávají s Romy, ovlivňuje příznivě také nabídka možností absolvovat školení či kurzy, které zvyšují citlivost ke specifikům romské komunity. Takových, jež umožňují pracovat s vlastními předsudky, lépe porozumět širšímu kontextu postavení Romů v České společnosti, jejich stigmatizaci a vztahu k většinové společnosti. Důležitým zdrojem poznání mohou být i rozhovory se členy romských komunit.

5. *Spolupráce s komunitními organizacemi*

Drogové služby je od jejich spuštění vhodné provázat s již existujícími organizacemi v místě, které mají dlouhodobější a důvěrný vztah s Romy. Nejde přitom jen o předávání klientů, ale především o nalezení možností vzájemné spolupráce, tak aby byla co nejužitečnější uživatelům všech nabízených služeb. Tuto spolupráci je vhodné formalizovat.

6. *Komunikace s komunitou*

Pro navázání dobrých a důvěrných vztahů je vhodné program či službu zpřístupnit a učinit srozumitelnou nejen těm, kteří užívají drogy, ale celé komunitě. Může to být např. prostřednictvím zapojení významných členů komunity, různých kulturních akcí nebo přístupností služby všem, nejen uživatelům drog. Příkladem dobré praxe je v tomto ohledu jeden specificky romský drogový program v krajském městě, který se spojil se zdejším známým muzikantem. Na místních hudebních akcích pak tento hudebník na pódiu představoval pracovníky programu jako někoho, komu mohou obyvatelé důvěřovat.

7. *Otevřená a partnerská komunikace*

V komunikaci s romskými uživateli drog se jednoznačně vyplácí otevřenost, přirozenost, lidskost a partnerský přístup. Negativní zkušenosti Romů s většinovou komunitou přirozeně vytvářejí zvýšenou citlivost vůči přetvářce, povýšenosti či přehlížení.

8. *Čitelnost*

Programy by měly být „čitelné“, to znamená srozumitelné, s jasně nastavenými pravidly, která se vyplácí neustále opakovat a trpělivě vysvětlovat. Neznamená to, že má být služba rigidní. Skrze základní jednoduchá pravidla, na kterých pracovníci trvají, si služba nicméně může získat důvěru a klienti potom nemají tendenci pravidla porušovat.

9. *Práce v domácnostech*

Výhodou práce přímo v domácnostech klientů je pro klienta bezpečné a klidné prostředí, kde může probíhat testování, poskytování informací, poradenství a kde se snáze prohloubí vztah nejen s klientem, ale i s jeho bezprostředním okolím (více viz Parula, 2010).

10. *Zaměstnání peer pracovníků /členů komunity*

Dobře se také osvědčuje, pokud se do programu zapojí „peer“ pracovník (člen cílové skupiny nebo komunity – více viz kapitola Peer práce). Takový pracovník může přirozeným způsobem navázat kontakt s cílovou skupinou a získat její důvěru. Je však důležité dbát na jeho podporu

- ať už jde o vzdělání, vztahy v týmu nebo psychohygienu. Tým by měl také podporovat jeho vlastní inovativní postupy při práci v komunitě, kterou dobře zná. Rovněž je třeba ošetřit riziko spočívající v možné stigmatizaci kvůli svému zapojení do služby provozované

„majoritou“ bude romský pracovník stigmatizován ve svém okolí a dojde tak k narušení jeho osobních vztahů.

11. *Širší spektrum služeb*

Není vhodné, když je služba úzce profilovaná pouze na jeden druh činnosti, a musí odmítat klienty, kteří se na základě navázaných dobrých vztahů obrací se žádostmi o širší spektrum služeb. Pro lidi ze sociálně vyloučených lokalit může být obtížné získat k pracovníkům služeb důvěru. Pokud už ji mají, často se na konkrétního člověka obrací

o pomoc se vším, co potřebují. Tuto tendenci je třeba respektovat.

12. *Zapojení rodiny a sociální sítě*

Pracovníci by si měli od začátku být vědomi, že se problémy s drogami u jednotlivce většinou bezprostředně týkají i jeho okolí. Je velkou výhodou, když se pracovníkům služby daří navázat kontakt s celou rodinou a prostředím, v nichž se drogový problém vyskytl. Práce s rodinou, potažmo komunitou, by potom měla mít svoje specifické cíle a nástroje (více viz kapitola Metody sociální práce s rodinou uživatelů drog v této publikaci).

13. *Diskrétnost*

Zejména při práci v otevřeném prostoru je důležitá diskrétnost. Tu je možné ošetřit například tím, že jsou služby poskytovány mimo exponovaná místa nebo že se služba neprofiluje jako zaměřená výhradně na uživatele drog. Jeden terénní program v převážně romské vyloučené lokalitě měl například pravidlo, že pracovníci nikdy neoslovují potenciální klienty aktivně sami, vždy čekají, až budou sami osloveni. Chtějí se tak vyhnout tomu, aby svou aktivitou klienty stigmatizovali před ostatními členy komunity, kteří by komunikaci mohli sledovat.

Kompetence pracovníka: bezpředsudečnost, orientace v komunitě Romů a jejich hodnotách, schopnost citlivě reagovat, znalost sociální situace v dané lokalitě, orientace v sociálně-právní problematice, orientace v místní síti sociálních, právních a zdravotních služeb

Doporučené materiální zabezpečení: konzultační místnost, kontaktní místnost, prostor pro výměnu injekčního materiálu, harm reduction materiál, prostor pro zdravotní ošetření, internetové připojení a PC a pro klienty, nápoje a drobné občerstvení, informační materiály

Příklad z praxe:

Kontext: Centrum v romské vyloučené lokalitě poskytuje terénní a ambulantní sociálně – zdravotní služby pro osoby se závislostí a jejich rodiny, specificky potom substituční terapii opiátové závislosti. Ambulantní poradenství a terapie se nejčastěji týká problematiky relapsu, bydlení nebo hledání práce. Terénní práce spočívá v mapování vyloučených lokalit, oslovování klientů či potenciálních zájemců o službu a vnávštěvách klientů v domácnostech. Součástí je také síťování s orgány sociálně-právní ochrany dětí, probační a mediační službou, neziskovými organizacemi působícími v lokalitě, lékárnami, zastavárnami a nočními podniky. Klienty centra jsou téměř výhradně Romové.

Role: Patrik (27), pracovníci centra, pracovnice OSPOD, psychiatr, lékař, pracovníci léčebny

Patrik je pravidelným uživatelem pervitinu, který bere několikrát týdně od svých dvaceti let. Dvakrát či třikrát měsíčně užívá nárazově heroin. Žije společně se svojí matkou a jejím partnerem v malém bytě ve vyloučené lokalitě. Matka klienta má navíc v péči tři svá vnoučata (4, 11 a 12 let). Patrik se doma netajil tím, že bere některé návykové látky. Financoval je penězi vydělanými na brigádách a sběrem železného šrotu. Rodina s tím, že užívá návykové látky nesouhlasila, ale dokud Patrik své užívání „zvládal“, více tuto situaci neřešila a Patrikův životní styl víceméně akceptovala.

Zlom nastal ve chvíli, kdy Patrik začal častěji docházet domů pod vlivem návykové látky, dělal v nočních hodinách v bytě nepořádek a verbálně napadal rodiče. o situaci se dozvěděla dohlížející pracovnice orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Ta vyjádřila své obavy z Patrikova chování a nastínila možnost odebrání dětí z péče kvůli nevyhovujícímu výchovnému prostředí - děti se v noci často nevyspaly, v důsledku čehož pak zanedbávaly školní docházku, a ačkoli jim Patrik nikdy ani slovně neublížil, bály se ho. Matka klienta přislíbila situaci řešit tím, že nebude Patrika pouštět do bytu, pokud přijde pod vlivem návykové látky, případně bude volat policii, aby jej nechala z bytu vykázat. Následovalo sedm podobných situací, v nichž matka skutečně třikrát Patrika do bytu nepustila. Ten však ztropil nepořádek v domě a na rodinu si začali stěžovat další nájemníci, což vyústilo

v riziko vystěhování ze strany majitele v případě, že by se takové situace opakovaly. Policii matka klienta nezavolala ani jednou.

V této situaci byli kontaktováni pracovníci centra, kteří navštívili rodinu přímo v domácnosti. Komunikace s rodinou byla při prvním kontaktu složitá, nikdo z jejích členů si nedokázal prakticky představit možnosti a jednotlivé kroky, jež by mohly vést k řešení problému. Tyto možnosti pomohl nastínit romský pracovník, který byl s rodinou v intenzivnějším kontaktu. Trpělivě vysvětloval možná rizika Patrikova užívání nejen pro něj, ale také pro celou rodinu. Následně bylo domluveno, že Patrik začne ambulantně docházet na individuální sezení a společně s klíčovým pracovníkem budou hledat možnosti dlouhodobé pobytové léčby.

Po měsíci spolupráce se podařilo najít vhodnou léčebnu. Klíčový pracovník pomohl Patrikovi najít obvodního lékaře a domluvil mu vyšetření u psychiatra, který napsal do léčebny doporučení. v prvních dnech spolupráce romský pracovník společně s matkou Patrika obešel ostatní nájemníky bytu a krátce jim vysvětlili, co se děje a také to, že se pracuje na řešení celé situace. To atmosféru v domě do jisté míry uklidnilo. Zároveň byl také domluven kontrakt, na jehož základě měl být orgán sociálně-právní ochrany dětí informován o tom, jakým způsobem řešení situace postupuje.

Patrik po měsíci nastoupil do léčebny, kde měl strávit půl roku. Bohužel po třech týdnech léčebnu opustil a vrátil se domů s tím, že chod a pravidla léčebny pro něj byly moc přísné a stýskalo se mu po rodině. Pracovníci léčebny kontaktovali pracovníky centra, kteří následně navštívili matku Patrika s tím, že pokud se Patrik stihne do 24 hodin vrátit do léčebny, spolupráce s ním může pokračovat. Patrik však tou dobou nebyl doma. Patrikova matka přímo neodmítla tuto možnost, přislíbila, že se pokusí synovi domluvit. Po uplynutí tří dnů pak kontaktovala pracovníky centra s tím, že Patrik zůstává doma, protože situace se po třech týdnech v léčebně zlepšila. Patrik je nyní klidnější a nejsou s ním problémy. Pracovníci matku klienta varovali, že tři týdny nestačí na to, aby byl problém se závislostí vyřešen. Patrikova matka věřila, že vše bude v pořádku a s Patrikem už žádné další

problémy nebudou.

Po uplynutí zhruba jednoho měsíce se matka znovu obrátila na centrum kvůli tomu, že Patrik znovu dochází domů pod vlivem návykových látek a výše zmíněné problémy se začaly opakovat.

S Patrikem proto byla obnovena spolupráce s cílem opět najít dlouhodobou pobytovou léčbu. Zároveň začal Patrik docházet na individuální sezení, která byla věnována jeho potřebám a obavám z léčby, jež posledně vedly k předčasnému ukončení pobytu. Cílem bylo eliminovat je na takovou úroveň, která by Patrikovi umožnila absolvovat celou léčbu.

Před Patrikovým nástupem do léčby byl s jeho matkou sestaven také přesný plán toho, do kdy musí být Patrik doma a v jakém stavu naopak domů nesmí přijít, protože zde hrozilo odebrání dětí z péče Patrikovy matky. v případě že by Patrik plán nedodržel, počítal s tím, že ho matka do bytu nepustí a on půjde přespat ke svému staršímu bratranci.

Reflexe:

Tento případ mimo jiné ukazuje, jak důležitá je možnost návštěvy klienta přímo v domácnosti, kde byl dostatečně bezpečný prostor pro probrání situace s celou rodinou a nastínění možností řešení. Odbourání prvotního ostychu rodiny vůči centru a navázání důvěrného vztahu bylo zajištěno zejména díky přítomnosti romského pracovníka, který zprostředkoval první kontakt a při jednání hrál důležitou úlohu. Díky tomu pak byla rodina otevřenější i vůči ostatním pracovníkům (klíčový pracovník, pracovnice orgánu sociálně-právní ochrany dětí). Důvěře také napomohla spolupráce pracovníka při realizaci praktického kroku řešení, kdy pracovník společně s matkou klienta obcházeli jednotlivé nájemníky domu. Na tomto příkladu je také patrné, že krom závislosti klienta bylo třeba pracovat i na řešení dalších aspektů situace.

Důležitá byla také provázanost jednotlivých složek „týmu“, který se kolem Patrika a jeho rodiny utvořil (pracovníci centra, pracovnice OSPOD, psychiatr, lékař, pracovníci léčebny).

Podstatný byl rovněž přístup pracovníků centra, kteří si uvědomovali specifika práce

s romským klientem (např. role rodiny v léčbě) a při práci akceptovali hodnoty, které mu byly vlastní. z toho vycházelo také opětovné navázání spolupráce po předčasném návratu klienta z léčebny. Ta byla charakterizována trpělivostí vůči rodině, která potřebovala čas, aby znovu dospěla k závěru, že je třeba situaci řešit odbornou cestou. Pracovníci proto nebyli v kontaktu pouze s Patrikem, ale také s jeho matkou a dalšími členy rodinou, které připravovali na Patrikovo opětovné nastoupení do léčebny. Zde se zaměřili především na možné komplikace související s nutností dokončit léčbu (odloučení, stýskání, nutnost dodržovat řád léčebny). Bylo také domluveno, že pracovníci zůstanou s rodinou v pravidelném kontaktu i po dobu Patrikovy léčby.

Doporučená literatura:

Nepustil, P., Vaňková, V., Petkovová, B., Gottfriedová, J. (2012). Programy zaměřené na užívání drog mezi Romy v České republice: Příklady dobré praxe. Zaostřeno na drogy, 4. Praha: Úřad vlády ČR.

Sociofactor s.r.o. (2010). Metodika výzkumu užívání návykových látek mezi mládeží v sociálně vyloučených lokalitách – pilotní ověření. Dostupné z http://www.socialnizaclenovani.cz/

Práce s Vietnamci

Klíčová slova: *migrace – kultura – komunita*

V České republice nelze hovořit o Vietnamcích jako o pospolité komunitě, která je vzájemně propojena. Jedná se spíše o jednotlivé rodiny či jednotlivce, kteří žijí vedle sebe, setkávají se na společenských a kulturních akcích a někteří spolu obchodují. Mnoho z nich má dlouholetou zkušenost s pobytem v České republice. Za prací či studiem přijížděli ještě v dobách minulého režimu, jsou zde dlouhodobě usazeni a velice dobře se orientují v místním právním systému. Dále jde o podnikatele, kteří přicházeli již v devadesátých letech, začínali jako prodejci v tržnicích a nyní mají své kamenné obchody, restaurace či

moderní nehtová studia. Další specifickou skupinou jsou pak lidé z druhé generace Vietnamců, kteří se zde již narodili, prošli českým vzdělávacím systémem a na základě uznání vietnamské menšiny za národnostní v roce 2013 se jim zjednodušila cesta k získání českého občanství, i když ani jeden z rodičů české občanství nemají. Velice početnou a co se týká závislostí pravděpodobně zároveň tou nejvíce ohroženou skupinou jsou lidé, kteří pracují v dělnických profesích ve fabrikách, jako pomocné síly v kuchyních, či jako řidiči nebo skladníci. Jedná se o lidi, kteří jen velmi málo ovládají český jazyk, často pracují na základě živnostenského oprávnění a jejich zaměstnání a ubytování zajišťuje zprostředkovatelská agentura nebo jednotlivec (zprostředkovatel). Každá z výše popsaných skupin má svá specifika, jak v obecném přístupu k informacím, tak ve způsobu života (denní rytmus, naplňování základních potřeb a další) a v neposlední řadě ve vztahu k návykovým látkám.

Přesný počet osob vietnamského původu v ČR neznáme, zejména proto, že v případě získání českého občanství neexistují konkrétní data, jakého občanství byl žadatel původně. Co víme přesně je, že na našem území žilo k 31. 12. 2018 61 143 Vietnamců s uděleným legálním pobytem[12]. v posledních deseti letech se tyto počty v celkovém součtu příliš nemění.

I když se větší část osob vietnamského původu, jak občané ČR, tak i jiných států (dále jen „Vietnamci“), postupně integruje do české společnosti, stále přetrvávají bariéry, které jim v plné integraci brání. Jedná se zejména o špatnou nebo nedostatečnou znalost českého jazyka a omezený kontakt s českou společností, který prohlubuje neznalost a stereotypy spojené s fungováním českého státu. Tato skutečnost rovněž omezuje zdroje a příležitosti ke změně jejich životní situace. Vietnamci často nejsou dobře informovaní o tom, jak fungují sociální služby. Pokud se nějaká sociální, zdravotní nebo multidisciplinární služba rozhodne pracovat i s nimi, kromě nutnosti zaměstnat

[12] Cizinci třetích zemí se zaevidovaným povoleným pobytem na území České republiky k 31.12.2018. Dostupné z: https://www.mvcr.cz/soubor/12-2018-tab-internet-stav-k-31-12-2018-xlsx.aspx

prověřeného tlumočníka, se musí dobře připravit na proces navázání důvěry. Někteří klienti si s sebou často přivádějí svého tlumočníka, což může být zprostředkovatel nebo i starší člen rodiny, který není profesionálem a jeho slovní zásoba v obou jazycích nemusí být vyvážená[13]. Je nutné srozumitelně vysvětlit, proč jsou služby zdarma, jak a komu budou poskytovány informace, jak se pracuje s časem a otvírací dobou a podobné praktické informace. Konkrétní doporučení pro specifika sociální práce s Vietnamci jsou dostupné v kapitole online publikace In IUSTITIA (Kalibová et al., 2016). I přesto, že vztahy mezi Vietnamci v Česku nejsou vždy blízké a otevřené, předávání informací, referencí a zkušeností se díky internetu a sociálním sítím velice zrychlilo. s tím je však spojeno i riziko, že jedna negativní reference může výrazně ovlivnit důvěru vůči celé službě. Také není vhodné příliš experimentovat se vstupováním mezi vietnamské klienty metodou pokus omyl. Hlavní zásadou by měla být připravenost celého týmu, přehled o populaci Vietnamců v ČR[14] či v konkrétním regionu[15] a jasné dodržování hranic.

Zásadní bariérou v navazování kontaktu jsou kulturní specifika této skupiny, v níž stále existuje více tabuizovaných témat, o kterých se nemluví. Patří mezi ně například rozpad rodiny, zdravotní stav, dluhy a sociálně patologické jevy, zejména právě závislosti. Nejvíce respektu a autority má ve vietnamské rodině tradičně nejstarší člen rodu. Zároveň Vietnamců ve věkové kategorii seniorů zde žije velice málo, což s sebou přináší složitý model fungování rodin tzv. „na dálku“, kdy o situaci lidí žijících dlouhodobě či často celý život v Česku může rozhodovat někdo, kdo nezná místní kulturní kontext. Role ženy bývá tradičně podřízená, čehož si lze všimnout zejména v kontaktu se ženami staršími 40 let.

---

[13] Formování profese interkulturní pracovník/ pracovnice: Zahraniční zkušenosti, praxe a vzdělávání v ČR, 2014. Dostupné z: http://interkulturniprace.cz/wp-content/uploads/2015/10/formovani-profese-interkulturni- pracovnik_publikace.pdf

[14] Národnostní struktura obyvatel, online: https://www.czso.cz/documents/10180/20551765/170223-14.pdf

[15] Cizinci v České republice podle dat sčítání lidu, online: https://www.czso.cz/documents/ 10180/20541803/170222-14.pdf/870a2cea-fe98-4b36-b7d0-cacf30b2a395?version=1.0

u druhé generace Vietnamců není tabu tak výrazné, ale v přítomnosti rodičů se doma stále ctí tradiční pravidla. Můžeme se zde setkat s „dvojím životem“, který s sebou přináší mnohá úskalí. Častokrát je třeba skrývat pravdu, nevyjadřovat své názory a nespokojenost. Strategie vyrovnávání se s novými výzvami jsou však velmi individuální. Někteří si zvyknou a přizpůsobí se velmi rychle, jiným přináší „dvojí život“ závažné psychické problémy. Ty mohou nastat krátce po příjezdu z rodné země, nebo i po letech života mimo svou ni. Někdy mohou být rovněž odrazem zvýšených nároků na život mezi dvěma kulturami u potomků migrantů, kteří už sami vyrůstali v kultuře jiné země.

Mezi vietnamskými uživateli drog jsou zastoupeny všechny sociální skupiny. Mladí teenageři, bohatí a vážení podnikatelé, námezdní dělníci či prodejci z tržnic. Uživatelé volí drogu z běžných rekreačních důvodů nebo jako kompenzaci své zdravotní či sociální situace, před níž se snaží uniknout. Zvláštností je značná provázanost vietnamských dealerů s romskou komunitou. Romové tvoří relativně velké procento odběratelů drog od Vietnamců, ať již v roli překupníků nebo uživatelů (Nožina a Kraus, 2012).

V souvislosti se špatnou ekonomickou situací a častou frustrací mezi příslušníky vietnamské komunity žijící v ČR hledá stále více osob řešení v drogách. Socioekonomické podmínky přistěhovalců v Česku jsou výrazně zatíženy dluhy, které vznikly po příjezdu do ČR nebo před odjezdem již ve Vietnamu, kvůli zadlužení spojeným se získáním prostředků na vycestování ze země. Český legislativní přístup k návykovým látkám, zejména s ohledem na trestní sazby v ČR v oblasti držení, distribuce a výroby návykových látek, se nezdá ve srovnání s legislativním přístupem Vietnamu tak rizikový. Nabízí se tak způsob dosahování vysokého výdělku bez ohrožení na životě, jak by tomu bylo ve Vietnamu.

Distribuci drog mezi Vietnamci se nejvíce daří v nevěstincích a karaoke barech. Zajímavým fenoménem je rovněž zřizování prodejních míst v rodinných domech a bytech, kde si uživatel může za poplatek drogu aplikovat. Také mu zde v případě zájmu může být poskytnut nocleh či strava. v okolí tzv. „šleháren“ vznikly celé komunity uživatelů. Celkový počet těchto míst nelze odhadnout, ale kromě Prahy byl jejich výskyt zjištěn v Ostravě,

Brně, Ostrově nad Ohří, Děčíně, České Lípě, Karlových Varech, Chebu a jiných větších městech (Nožina a Kraus, 2012).

V Česku zatím dosud není zmapováno užívání návykových látek vietnamskými uživateli, s výjimkou jedné lokální studie týkající se Brna a okolí (Nepustil, Zajdáková & Šlesingerová, 2007). Zahraniční studie poskytly informace o celé řadě aspektů užívání návykových látek, které jsou pro asijského, a především vietnamského uživatele příznačné. Díky nim je práce s nimi a jejich rodinami odlišná od práce s uživateli z řad majority. Především se jedná o vliv rodiny a kolektivního pojetí já, díky němuž užívání návykové látky není pouze záležitostí jednotlivce, ale celé rodiny, či dokonce komunity. Ve vietnamské kultuře je rodina vnímaná jako daleko důležitější než jedinec, proto, jak podotýká Webber (2003), zneuctění jednotlivce znamená zneuctění celé rodiny. z tohoto důvodu užívání návykových látek vyvolává u Vietnamců, či obecně u Asiatů, pocit studu a strach ze ztráty tváře, své rodiny i ze stigmatizace v rámci komunity. Podle Nemota (1999) hrají tyto tři aspekty významnou psychologickou roli. Především proto, že užívání je vnímáno jednak jako narušení harmonické vnitřní provázanosti uvnitř rodiny i mezi členy komunity a jednak jako selhání jednotlivce a rodiny.

Ve vietnamských komunitách v zahraničí byly v souvislosti s užíváním návykových látek zjištěny i další specifické charakteristiky, a to strach ze závislosti, z používání injekčních stříkaček a ze stigmatu spojeného s uživateli drog v komunitě, jak demonstrují následující výpovědi: „Když není vidět, že berete, tak je vše OK.“ nebo „Heroin je nebezpečný. Když ho užíváte každý den, tak ztratíte na váze, vypadáte pohuble, vypadáte, že jste nemocný.“ Vyhýbání se injekčnímu užívání návykových látek respondenti vysvětlovali strachem ze závislosti, strachem ze smrti a ztráty kontroly nad drogou. Vietnamští respondenti de facto dávali rovnítko mezi injekční užívání a závislost. Uváděli, že dokud neberou injekčně, nejsou na droze závislí. Pokud by závislí byli, museli by začít krást. Hrozba stigmatizace sebe i rodiny z důvodu užívání drogy tedy odrazovala respondenty od injekčního užívání. Nicméně toto vnímání ovlivňuje i imigrační status. z výsledků šetření vyplývá, že narození v USA vykazovali větší pravděpodobnost užívání návykové látky injekčně nežli ti, kteří se

narodili ve Vietnamu – ti upřednostňovali kouření. To potvrzuje i studie z ČR (Nepustil, Zajdáková & Šlesingerová, 2007), ve které Vietnamci užívající opiáty uváděli převážně kouření jako preferovaný způsob aplikace, injekční užívání bylo potom spojeno buď s provázaností s českou komunitou anebo s nedostatkem peněz.

Na základě rozhovorů realizovaných během tvorby analýzy specifik užívání návykových látek (Lače Čhave, o.s., 2014) u uživatelů vietnamského původu byly pojmenovány těžko dostupné skupiny uživatelů, s nimiž je možné ve spojitosti s drogami přijít mezi Vietnamci do kontaktu:

1 Osoby bez přístřeší, o které se zároveň zpravidla zajímá cizinecká policie.

2 Experimentující a užívající děti. Práci s touto skupinou zatím nelze řešit, nejsou dostupné služby, které by s nimi uměly pracovat.

3 Již trestaní rodiče (obvykle výroba a distribuce návykových látek). Jedná se o rozrůstající se skupinu osob s trvalým pobytem nebo českým občanstvím, které po výkonu trestu velmi těžko hledají uplatnění na pracovním trhu. Nejsou pro ně dostupné služby, jež by s nimi uměly pracovat.

4 Psychiatričtí klienti, které bez znalosti českého jazyka lze jen velmi těžko diagnostikovat a následně léčit. Nejsou k dispozici odborníci (psycholog, psychiatr), kteří by mohli komunikovat ve vietnamštině.

5 Klienti s různými kombinacemi problémů, pro které neexistuje služba schopná věnovat se jim komplexně.

Asijští uživatelé návykových látek jisté sdílejí kulturní konstrukty spojené s užíváním drog. Vzhledem k citlivosti tématu, zvláště pak ve vietnamské společnosti, kde panuje ještě silnější obava ze stigmatizace, kterou je ohrožena i rodina, je doporučen individuální přístup poskytování jak informací, tak i služeb. Vhodné je začít umístěním informací ve vietnamském jazyce na veřejných místech, webových stránkách a sociálních sítích, kde je větší koncentrace potenciálních zájemců. Ideální je poskytnutí telefonního kontaktu s nabídkou možnosti zvolit si způsob pomoci (telefonicky, osobní schůzka). Přístup

k těmto zájemcům by měl být velmi diskrétní (bez pevné lokality), jelikož většina z nich si nepřeje, aby jejich okolí vědělo, že využívají sociální a adiktologické služby. Na základě výše uvedených informací lze tedy doporučit:

Propojení služeb (síťování)

- Spolupráce sociálních a adiktologických služeb pro uživatele a jejich rodiny s asistenční informační linkou pro Vietnamce[16] a pobočkami Integračních center (www.integracnicentra.cz), které mohou pracovníci využít pro tlumočení po telefonu s klienty v terénu nebo sdílení aktuálních informací mezi komunity cizinců.

- Propojení spolupráce organizací, které pracují s cizinci a adiktologických služeb. Sdílení formou výměnných stáží, propagačních materiálů, mapování situace, vytvoření systému předávání informací o místech „kde jsou problémy".

Práce s těmi, které lze nejrychleji a nejefektivněji ovlivnit

- Zavedení programů specifické primární prevence pro děti s OMJ[17] – se zaměřením na Vietnamce. Vhodná je práce s mediálním obrazem, odbourávání stereotypů o Vietnamcích v souvislosti s kauzami výroby a distribuce drog.

- Zvýšení informovanosti rodičů dětí s odlišným mateřským jazykem (OMJ) – potažmo Vietnamců v oblastech drog. Specializované semináře pro rodiče – jak se projevuje intoxikace drogami, aktuální problematika v lokalitě nebo konkrétní třídě. Využití informačního kanálu školy (český jazyk a kultura), který má jako instituce

[16] Službu provozuje Charita Česká republika, Asistenční telefonická linka je určena občanům Vietnamu žijícím a pracujícím v ČR. Služba funguje prostřednictvím anonymního poskytování informací telefonickou a internetovou formou nebo tlumočení prostřednictvím telefonu v případech, které souvisejí s pobytem Vietnamců v České republice. Na linku se mohou obrátit i české instituce, které využijí asistenci nebo tlumočení při kontaktu s občany Vietnamu. Telefon: 605 999 969, E-mail: vietnam.info@charita.cz, Yahoo chat: info_vn2012

[17] Odlišným mateřským jazykem. Jedná se často již o děti, které mají české občanství. Nelze je tedy zařadit do kategorie „cizinci".

v rodinách velkou váhu. Nutné plánovat realizaci semináře vzhledem k časovým možnostem rodičů, zpravidla večer po 19 h.

Osvěta – služby a návykové látky

- Pro migranty z důvodů nedostatečné jazykové vybavenosti jsou významným zdrojem informací především komunitní noviny Tuan Tin Moi, Van Xuan, Vuon Dao. v těch jsou otiskovány různé informace praktického charakteru a také nejdůležitější zprávy z ČR i Vietnamu. Jsou distribuovány především ve vietnamských obchodních centrech, jako je pražská Sapa či tržnice na Olomoucké ulici v Brně (Rákoczyová, Trbola, 2009).

Z hlediska síťování je enormně důležité mít vytvořenou síť kontaktů. v současné době se práci s vietnamskými drogovými uživateli či jejich rodinami v ČR nikdo nevěnuje. Pro základní informační kanály o současném dění mezi Vietnamci lze využít spolky a nevládní organizace, které se sice věnují vzdělávacím či kulturním aktivitám, ale mohou sdílet své zkušené a jazykově vybavené pracovníky. Souhrn těchto organizací byl zveřejněn v roce 2017 ve sborníku příspěvků konference ze 17. setkání národnostních menšin v příspěvku Terezy Freidingerové, FSV UK a Člověk v tísni, o.p.s., Minh Ngoc Mai, Viet Up: Dobrovolnické aktivity mladých Vietnamců jako příležitost pro obce.

Kompetence pracovníka: bezpředsudečnost, orientace v komunitě Vietnamců a jejich hodnot, znalost jazyka případně mít k dispozici překladatele, znalost sociální situace v dané lokalitě, orientace v sociálně-právní problematice, orientace v místní síti sociálních, právních a zdravotních služeb

Doporučené materiální zabezpečení: konzultační místnost, internetové připojení a PC, nápoje a drobné občerstvení, informační materiály, prostor pro výměnu injekčního materiálu, harm reduction materiál, prostor pro zdravotní ošetření

Doporučená literatura:

Fišarová, M. (2018) Moderní metody sociální práce s migranty mimo rámec registrované

sociální služby v ČR, Case study: Rodinné konference, Diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/94913

Freidingerová, T. (2014). Vietnamci v Česku a ve světe: migrační a adaptační tendence, Praha: Sociologické nakladatelství.

Formování profese interkulturní pracovník/pracovnice: Zahraniční zkušenosti, praxe a vzdělávání v ČR. (2014). Inbáze o.s. Dostupné z: http://interkulturniprace.cz/wp-content/uploads/2015/10/formovani-profese-interkulturni-pracovnik_publikace.pdf

Nepustil, P., Zajdáková, S., Šlesingerová, E. (2007). Problémové užívání drog mezi skupinami migrantů v Brně a okolí. Závěrečná zpráva z výzkumu. Brno: Marisa.

Pechová, E. (2007). Migrace z Vietnamu do České republiky v kontextu problematiky obchodu s lidmi a vykořisťování, La Strada Česká republika.

Schebelle, D., Horáková, M., Bareš, P., Kubát, J. (2013). Kontinuální sledování bariér integrace cizinců z třetích zemí se zřetelem na činnost asistenčních služeb, VÚMPSV, v.v.i. Praha. Dostupné z:http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_378.pdf

Práce se seniory

Klíčová slova: *stárnoucí uživatelé drog – pobytové služby – domovy se zvláštním režimem*

Starší uživatelé drog a závislí více trpí negativními důsledky dlouholeté závislosti, jsou sociálně vyloučení a izolovaní od zdravých a sytících mezilidských vztahů (BETRAD, 2018). Ukazuje se také, že stárnoucí populace uživatelů drog má jen malou či žádnou podporu původní rodiny. Aktuální informace naznačují, že dostupnost specializovaných léčebných programů pro tuto skupinu je v celé Evropě minimální. Existují proto reálné obavy, že aktuální služby nejsou dostatečně připraveny na poskytování takové péče, a že některé specifické služby pro stárnoucí chybí úplně. Podle demografických indikátorů problém stárnoucích uživatelů drog teprve nabírá na intenzitě a je zřejmé, že k hledání a aplikování

řešení je třeba přistoupit bez dalších odkladů i v ČR (Richter, Pešek, 2018).

V České republice je systém péče o cílovou skupinu starších osob zabezpečován terénními, odlehčovacími a pobytovými službami, mezi něž patří: domovy pro seniory, domy s pečovatelskou službou, domovy se zvláštním režimem pro specifická onemocnění, domy s byty zvláštního určení, a to bez nebo s pečovatelskou službou, léčebny dlouhodobě nemocných a hospice (paliativní péče).

Stárnoucí uživatelé drog nejčastěji trpí přidruženými zdravotními komplikacemi a často potřebují pomoc s bydlením. Vzhledem k tomu, že domovy pro seniory lidi s diagnostikovanou závislostí nepřijímají, jednou z mála možností zůstávají domovy se zvláštním režimem (DZR), v případě závažných zdravotních potíží pak léčebny dlouhodobě nemocných (LDN). Pobyt v nich však často komplikují administrativní a sociální bariéry. Zejména fakt, že závislí většinou nejsou příjemci žádné státní sociální podpory anebo mají přiznánu podporu ve výši, která nestačí na pokrytí nákladů spojených s bydlením v pobytové službě.

Další bariérou, na níž v těchto zařízeních naráží, může být pravidlo abstinence, včetně substitučních preparátů. Tato zařízení také často nemají k dispozici stálého psychiatra ani psychiatrické sestry (psychiatr bývá zaměstnán pouze externě). Limitní je i věková hranice pro přijetí, která je nastavena často na 60 let. Pokud se zdravotní stav uživatele drog zhorší dříve, má omezenější možnosti pro získání ubytováni. Zahraniční programy oproti tomu povolují užívání návykových látek uvnitř zařízení, kde může docházet i k podávání či kontrole nad konzumovaným množstvím alkoholu.

Jak uvádí Černíková (2017), tak současný systém adiktologické péče v České republice není na cílovou skupinu starších osob systematicky zaměřen. Téměř zcela jsou vyloučeni uživatelé nelegálních drog. v domovech se zvláštním režimem specializovaných na osoby se závislostí je stárnoucích uživatelů nelegálních drog naprosté minimum. Většinu tvoří lidé se závislostí na alkoholu, kteří mají často přidružený psychiatrický problém (demenci či jiné organické mozkové poškození).

Je nicméně jasné, že bezpečné a stabilní bydlení a uspokojení dalších základních životních potřeb je hlavním předpokladem pro řešení sociálních a zdravotních problémů starších osob, které užívají návykové látky, a v péči o ně je potřeba uplatňovat integrovaný, multidisciplinární a inovativní přístup. Černíková dále poukazuje na to, že léčba i další péče o starší osoby užívající návykové látky je omezená, protože většina služeb byla vytvořena tak, aby vyhovovala potřebám mladších věkových skupin. Ačkoli jsou starší uživatelé návykových látek považováni za méně motivované, často v léčbě dosahují lepších výsledků než ti mladší.

Užívání návykových látek staršími osobami, a to jak legálních, tak nelegálních, je vzrůstajícím problémem a bude vyžadovat adekvátní odpověď ze strany zdravotních a sociálních systémů. Počínaje diagnostikou, po léčbu, s přihlédnutím k jejich specifickým potřebám.

Dobrá praxe v zahraničních specializovaných zařízeních

V příkladech dobré praxe se stárnoucími uživateli drog musíme tedy vycházet ze zahraničních zkušeností. Závěrečná zpráva projektu BETRAD (2018), který se zaměřoval na mapování evropských zkušeností v této oblasti, přináší tři inspirativní příklady dobré praxe ze zahraničí:

Woodstock – Haag, Nizozemí

Chráněné bydlení Woodstock bylo založeno v roce 2008 poté, co si pracovníci Parnassia (organizace pracující s duševně nemocnými) všimli, že se stále zvyšuje počet bezdomovců závislých na nelegálních drogách (zejména opiátech), jimž se i přes opakované pokusy nedaří překonat závislost a kteří potřebují místo k životu. Mezi poskytované služby patří poradenství, zdravotní péče, sociální práce, substituční terapie, harm reduction, aktivizační programy, skupinové aktivity a další. P personál tvoří zdravotní sestry, lékaři, psychiatři a sociální pracovníci.

Cílem zařízení Woodstock je poskytnout klidné a bezpečné životní prostředí (chráněné

a asistované bydlení) osobám starším 45 let, které mají dlouhodobé problémy se závislostmi a jsou bez domova. Nájemníci mají kromě závislosti často přidružené psychiatrické anebo somatické potíže. Ve vlastním pokoji mohou klienti zařízení užívat drogy. Povoleno je i jejich sdílení mezi nájemníky. Substituce metadonem se podává po dechové zkoušce a v závislosti na výsledku se upravuje dávka metadonu (vyšší hladina alkoholu = nižší dávka).

Woodstock usiluje o komplexní přístup. Nájemníci žijí a pracují v zařízení, dodržují místní pravidla a cítí se doma díky svému zapojení do jeho chodu. Dalším cílem je přijetí místním sousedstvím a komunitou. Před otevřením zařízení probíhala nepřetržitá komunikace se sousedy o koncepci zařízení a nejprve se zavedlo tříleté zkušební období. Při následném rozhodování sousedé dokonce sepsali petici za to, aby provoz zařízení pokračoval. v současné době se jedná o jediné místo v Nizozemí, kde jsou služby poskytovány tak, aby komplexně pokrývaly potřeby a možnosti stárnoucího člověka se závislostí.

Kriegstrasse – Frankfurt, Německo

Kriegstrasse je jedno ze zařízení IDH – Integrative Drogenhilfe e. V., organizace nabízející komplexní síť adiktologických služeb. Poskytuje bydlení a asistenci pro 45 klientů se zaměřením na zkvalitnění každodenní seberegulace a podporu osobního rozvoje.

Služba není určena výhradně pro stárnoucí uživatele drog, avšak průměrný věk klientů převyšuje 40 let. Služba je dostupná i pro uživatele drog, kteří mají souběžně psychiatrické komplikace a také pro uživatele se zdravotním postižením. Kriegstrasse poskytuje 28 apartmánů (bezbariérových), z nichž je pět přístupných pro vozíčkáře a podpůrné služby pro 23 ambulantních klientů. Personál tvoří zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci a peer pracovníci.

Při přijímání klientů spolupracuje Kriegstrasse s poskytovateli dalších služeb a odborníky z praxe s cílem posoudit a zhodnotit potřeby a požadavky nových klientů. To je základ pro individuální kontrakt v rámci case managementu. To znamená, že léčba je pro každého

klienta odlišná, ale existují některé obecné a společné cíle:

- zlepšení seberegulace,
- pomoc klientům při získávání dovedností,
- pomoci klientům být součástí komunity,
- podpora klientů v péči o sebe sama – o vlastní hygienu, majetek, finanční situaci, sociální kontakty.

Pro starší uživatele drog, kteří nemohou pracovat, nabízí Kriegstrasse program šitý více na míru. Je zaměřený na podporu každodenní struktury, trávení času a zdravého životního stylu. Dále poskytuje reintegrační a resocializační intervence.

Projekt Lüsa – Unna, Německo

Nízkoprahové zařízení pro uživatele drog Lüsa je součástí velké zastřešující organizace Akzept e. V. a nabízí „domov“ pro nejvíce ohroženou skupinu uživatelů drog.

Cílovou skupinu tvoří obvykle lidé nad 40 let s dlouholetou drogovou anamnézou, polymorfním abúzem, přidruženými fyzickými a duševními nemocemi, v chudobě, bezdomovectví, izolaci, bez schopnosti o sebe pečovat a začlenit se do společnosti. Základním cílem služby je zajistit přežití, minimalizovat rizika, vytvářet a udržet spolupráci, podpořit zotavení, sebeurčení klienta, zvyšování kvality života a socio-ekonomická reintegrace.

Samotné zařízení svůj přístup ke klientům definuje jako „profesionální rodinnou rehabilitaci“ založenou na přijetí a řešení. Hlavními metodami přitom jsou: bezbariérový přístup, utváření domova s přihlédnutím k teorii attachementu, substituční léčba, psychiatrická léčba, harm reduction, case management, asistenční služba, skupinová práce, nabídky zaměstnání (práce se dřevem, tiskařská dílna, zahradní práce, second hand shopy a podobně).

Chybějící česká koncepce pro práci s uživateli drog a závislými nad 50 let

Péče o stárnoucí uživatele drog a seniory se závislostí není v České republice zatím koncepčně řešena (Černíková, 2017). Kromě systémového řešení na národní úrovni je také důležité vnášet toto téma na úroveň lokální a povzbuzovat obce a kraje k tomu, aby se postaraly o své stárnoucí občany, kteří jsou v souvislosti s užíváním drog nebo závislostí přímo ohroženi bezdomovectvím, opakovanými hospitalizacemi v nemocnicích a přežíváním v noclehárnách a azylových domech, které jim nedokážou zajistit potřebnou péči.

Tvůrci politik na národní i místní úrovni by měli v těsné spolupráci se zástupci zdravotní péče, zástupci adiktologických služeb a zástupci dlouhodobé péče připravit dlouhodobou koncepci péče o uživatele drog a závislé nad 50 let, která by obsahovala:

- Variantu sociálního / chráněného / asistovaného / podporovaného bydlení zohledňující specifické potřeby této cílové skupiny.
- Variantu specializované pobytové služby, která nebude obsahovat podmínku abstinence.
- Způsob, jak předcházet syndromu „protáčejících se dveří“ u stárnoucích uživatelů drog (např. formou spolupráce komunitních služeb a nemocnic, LDN, azylových domů prostřednictvím case managementu nebo jiných nástrojů síťování).

Kompetence pracovníka: schopnost vedení rozhovoru, bezpředsudečnost, schopnost akcentovat zhoršený zdravotní stav, orientace v sociálně-právní problematice, orientace v místní síti sociálních, právních a zdravotních služeb

Doporučené materiální zabezpečení: konzultační místnost, internetové připojení a PC, nápoje a drobné občerstvení, informační materiály

Příklad z praxe:

Kontext: Terénní program v bývalém okresním městě.

Role: Klient Stanislav (61 let), pracovníci KPC, personál nemocnice, sociální kurátorka

Se Stanislavem je zařízení v kontaktu od roku 2011. Zpočátku využíval služeb ambulantně, v současné době využívá především terénního programu. Klient je dlouholetým uživatelem pervitinu i.v., pravidelným uživatelem THC, alkoholu a léčiv (Tramal). v minulosti užíval i opiáty, konkrétně heroin nitrožilně.

V průběhu osmileté spolupráce se zařízením mu byly poskytovány standardní služby terénního programu, tedy výměna stříkaček, poradenství, využíval také možnost sprchy a praní na kontaktním centru. Velice časté téma kontaktů s klientem bylo bydlení. Stanislav bydlel střídavě na ubytovnách, v azylovém domě, chvílemi pobýval venku. Po zhoršení jeho zdravotního stavu (chronická ischemická choroba dolních končetin – ICHDK) byl opakovaně hospitalizován v LDN.

Klient se v průběhu let potýkal s různými zdravotními problémy, které byly také častým tématem kontaktů. Klient trpí diabetem, ICHDK, udával bolesti na hrudi, měl respirační potíže, občasné úrazy (otřes mozku, zlomená žebra). v souvislosti se zhoršujícími se potížemi s nohou mu byla doporučena amputace. Klient amputaci dlouhodobě odmítal. Obával se stavu, kdy by nebyl schopen postarat se sám o sebe, byl by odkázán na pomoc druhých a cítil by se na obtíž. k amputaci tak došlo až v září 2018, kdy Stanislav na urgenci lékařů s amputací souhlasil. Objevují se u něj suicidální myšlenky, již dvakrát se o sebevraždu pokusil, následně byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici. Ve spáchání sebevraždy vidí východisko, přijatelnou možnost řešení své situace.

Klient během spolupráce se zařízením několikrát uvažoval o léčbě závislosti. Bylo to většinou v krizových situacích, kdy už nezvládal užívání drog a s ním související způsob života. Pokaždé byl odhodlaný začít abstinovat a žít jinak. Samotný nástup do léčby byl domluven třikrát (09/2013, 10/2014, 11/2016). Do léčby však nastoupil pouze jednou

(2013, Psychiatrická nemocnice a následně Terapeutická komunita Němčice). Léčbu nedokončil, z nemocnice odešel po cca měsíci na vlastní žádost.

O abstinenci se nicméně Stanislav pokoušel také svépomocí. v roce 2015 během hospitalizace v LDN abstinoval 6 měsíců, byl přesvědčen, že bude pokračovat v abstinenci i po propuštění. k užívání drog se však vrátil. v roce 2017 opět abstinoval, a to po propuštění z LDN. Našel si zaměstnání v truhlárně, kde vykonával nenáročnou práci, do níž dokázal docházet pravidelně a bydlel na ubytovně. Postrádal však motivaci k udržení navozené změny a k užívání drog se opět vrátil.

Stanislav má 11 sourozenců, dětství strávil v dětském domově. z rodičů žije pouze matka. s nikým z rodiny se klient pravidelně nesetkává, je pouze v občasném kontaktu se sestrou. Stanislav dlouhodobě nemá partnerku, podle svých slov má dceru, syna a několik vnoučat, nevídá se však s nimi. Téma rodiny je pro klienta velmi citlivé, mluví o ní zřídka. Patrně je důvodem odchodu z léčby v PN (klient cítil od personálu velký tlak na to, aby o rodině hovořil). Je registrovaný na úřadu práce, pobírá dávky v hmotné nouzi.

Před amputací nohy byl několik měsíců umístěn v LDN, kde se ovšem pokusil o předávkování léky, a proto byl převezen do PN a následně na chirurgické oddělení. Po amputaci požádal sociální kurátorku, aby jej spojila s pracovníky KPC.

Ti klienta navštívili a poskytli mu psychickou podporu. Stanislav s nimi mohl sdílet silné fantomové bolesti, které cítil. Vrátili se společně také k situaci, kdy se předávkoval léky. Stanislav se jim svěřil, že tak učinil úmyslně, protože chtěl skončit se životem, už nezvládal žít, neviděl důvod. Domníval se, že všem kolem sebe přidělává starosti a je na obtíž. Během pobytu v nemocnici po amputaci nohy se již dokázal dívat do blízké budoucnosti. Vyjádřil zájem o léčbu závislosti. Měl velké potíže zvládat chutě, dlouho už také nekouřil. Proto bylo s klientem domluveno, že se pracovníci KPC pokusí zjistit, jaké by byly možnosti léčby s ohledem na jeho zdravotní stav.

Pracovníci kontaktovali řadu léčebných zařízení, vždy se však setkali s odmítnutím.

v psychiatrických nemocnicích byla důvodem odmítnutí převážně jejich bariérovost a také obava, že by nezvládl režimovou léčbu na oddělení. v terapeutických komunitách to pak byla nejčastěji nepohyblivost klienta, která by mu bránila zapojit se plně do léčebného programu, případně opět jejich bariérovost. Jediné zařízení, které bylo možnému přijetí klienta otevřeno, byla PN Červený Dvůr.

Klient si tam podal žádost a pracovníci KPC pak připojili doporučení k léčbě. Byl přijat, ale termín nástupu byl stanoven až za tři měsíce. Když s ním pracovníci vedli rozhovor, ukázalo se, že přijetí do léčby pro klienta znamená motivaci naučit se sebeobslužné činnosti, aby nebyl závislý na ostatních. To klienta zpočátku motivovalo k rehabilitaci, kterou odmítal.

Klient se nástupem do léčby „chlubil“ před nemocničním personálem, což vedlo k situaci, kdy jedna ze sester do Červeného Dvora zavolala a sdělila jim, že klient byl v minulosti odsouzen za vraždu, ať si přijetí ještě rozmyslí. Tento telefonát sice neměl vliv na příslib přijetí klienta do léčby, nálepku „vraha“ si ale s sebou Stanislav nesl po celou dobu hospitalizace. Mělo to velký dopad na přístup zdravotnického personálu. Naštěstí se však primářka oddělení zasazovala o to, aby sestry ke Stanislavovi přistupovaly s respektem k jeho individuálním potřebám, aby braly v potaz, že byl zvyklý na jiné prostředí a v jistých ohledech k němu byly více tolerantní.

Klient na chirurgickém oddělení odmítal cvičit. Byl přesvědčen, že to není potřeba. Pracovníci KPC se snažili jej ke cvičení motivovat, stejně tak i k vlídnějšímu chování ke zdravotnickému personálu. Nemocniční sociální pracovnice totiž zaměstnance KPC informovala o nespolupráci a vulgaritě klienta vůči zdravotním sestrám.

Klient pracovníkům KPC řekl, že by rád cvičil a učil se jezdit na vozíku, nicméně nemůže, protože na něj má rehabilitační sestra vyčleněný pouze určitý čas. Pracovníci se klienta tedy zeptali, zda by jezdil a cvičil sám, kdyby měl svůj vozík. Stanislav odpověděl, že ano, protože mu pouhé dvě hodiny denně nestačí. Pracovníci se tedy pokoušeli pro něj vyjednat zapůjčení vozíku z veřejných půjčoven, až nakonec uspěli, ačkoli to byl v mnoha

ohledech náročný proces. Klient uhradil půjčovné z vlastních prostředků.

Půjčení vozíku bylo pro klienta velmi motivační, snažil se pravidelně cvičit, byl milý na sestry a veškerý personál. Byl spokojený. Mluvil o PN, kde bude jezdit na vozíku. Zároveň však bylo znát, že má zmatek v tom, co bude následovat. Bylo mu oznámeno, že bude moci být v nemocnici pouze do poloviny prosince z důvodu rekonstrukce prostor. Sociální pracovnice už zkoušela kontaktovat některé LDN, zda by mohl být někam přeložen, nicméně ji všude odmítli. Proto požádala o pomoc pracovníky KPC.

Pracovníci začali osobně spolupracovat se sociální kurátorkou a vedoucím úseku sociálních služeb. Sociální kurátorce příslušného městského úřadu se podařilo zajistit přeložení do dalšího zařízení v jiném městě, nicméně doposud není jasné, zda klient bude moci nastoupit již domluvenou léčbu v PN Červený Dvůr. Pro klienta navíc zajistila dům s pečovatelskou službou poté, co léčbu absolvuje. Stanislav má nicméně dluh na komunálním odpadu a bylo by vhodné, kdyby jej mohl alespoň po menších částkách splácet, protože pečovatelský dům zřizuje město a je možné, že by mohl být překážkou přijetí. Když o tom Stanislava informovala, byl ni vulgární a posílal ji pryč.

Pracovníci s klientem získané informace probrali, vysvětlili mu důležitost splácet dluh u města. Klient souhlasil s měsíčními splátkami. Také mu vysvětlovali důležitost spolupráce se sociální kurátorkou.

Stanislav se stále vyrovnává s amputací nohy a novým způsobem života, který musí vést. Kontakty s klientem probíhají minimálně jednou za týden, kdy za ním pracovníci terénního programu docházejí do nemocnice. Předmětem kontaktů je kromě zařizování věcí souvisejících se změnou zdravotního stavu také jeho psychická podpora, motivace k rehabilitaci a k postupnému osamostatňování se. Stanislav je přesvědčený o tom, že už drogy brát nebude. Nechce si jejich užíváním více ubližovat., Má strach, že by přišel i o druhou nohu. Hovoří nicméně i o možnosti úmyslného předávkování.

Po celou dobu klientovy hospitalizace se pracovníci KPC také snažili o vyplnění jeho

volného času – nosili mu knihy, časopisy či osmisměrky. Poté, co bylo Stanislavovi umožněno jezdit kouřit na terasu, vybavili jej pracovníci základním oblečením na zimu. Také mu nabízeli možnost kontaktovat rodinné příslušníky, nicméně to po celou dobu odmítal. Častým tématem byla smrt, vysvobození či svoboda, o kterou nyní z velké části přišel.

Komentář:

Ačkoliv jde o příběh s otevřeným koncem, ukazuje se na něm hned několik specifik práce se stárnoucími uživateli drog. v první řadě je zcela jasně vidět, jak zásadně chybí systém pobytové péče o uživatele drog ve starším věku. Specializovaná zařízení na závislosti se těmto klientům spíše vyhýbají, resp. nejsou na ně připravena, Zařízení pro seniory a nemocné zase nejsou zcela připravená na specifika lidí se závislostí a užívajících drogy. Tato situace vede k tomu, že klienti nahodile vstupují do zdravotního systému a zase z něj vystupují, jsou překládáni z oddělení na oddělení a ze zařízení do zařízení. Neexistuje žádná koordinace jejich péče.

Dále můžeme na tomto příběhu zaznamenat dopady tohoto stavu na subjektivní prožívání člověka. Beznaděj, myšlenky na sebevraždu, které by neměl s kým sdílet, pokud by neměl k dispozici pracovníky KPC. Přerušený kontakt s rodinou je u této cílové skupiny také poměrně obvyklý a vychází často z dlouholetých neuspokojivých vztahů a ztráty naděje ve zlepšení. Rodinu v tomto příkladu do určité míry suplovala terénní drogová služba, která tím v podstatě vystupovala z rámce svého základního zaměření, toto vystoupení však bylo vedené zásadní etickou odpovědností sociálních pracovníků vůči lidem, kteří nemají nikoho jiného, kdo by jejich potřeby mohl pomoci uspokojit.

Není také bez zajímavosti, jak velkou motivací byl plánovaný pobyt v PN. Dá se předpokládat, že pokud by klient neměl vyhlídku na to, že se dostane někam, kde dostane potřebnou péči, možná by zcela rezignoval jak na rehabilitaci, tak i na život.

Doporučená literatura:

Černíková, T. (2017). Domovy se zvláštním režimem pro osoby závislé nebo ohrožené závislostí. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.

Richter, J., Pešek, D. (2018). Národní zpráva projektu BeTrAD: Česká republika. Dostupné z: http://www.betrad.eu/wp-content/uploads/2018/06/national_report_CZ.pdf

Práce s rodinou

Klíčová slova: *rodina – sociální prostředí – komunikace – podpora – poradenství*

V současné době existuje v České republice celá řada metod, které se používají při spolupráci s rodinami. Přestože se ve svých přístupech často různí, shodují se v tom, že přichází-li sociální pracovník do rodiny, je potřeba zaměřit se na práci se systémem celé rodiny, nikoli pouze na práci s jedním „problémovým“ členem. Smutková (2007) píše, že „*cílem sociální práce s rodinou je podporovat sociální fungování klienta tím, že mu pomáháme obnovit a udržet rovnováhu mezi požadavky prostředí a jeho kapacitou tyto požadavky zvládat.*“ Takové pojímání sociální práce s rodinou má poté dvě možné roviny:

1 Rodina jako sociální prostředí klienta; v tomto případě se sociální pracovník věnuje odstranění nebo zmírnění sociálních problémů jednotlivce prostřednictvím rodinného systému, který představuje jednu z jejich možných příčin, ale i možností řešení.

2 Rodina jako klient; v tomto případě je sociální práce zaměřená na změnu fungování rodinného systému, respektive její adaptaci na nové podmínky (Brozmanová Gregorová, 2006).

Ačkoliv začíná být sociální práce s rodinou poměrně běžnou, situace se mění v případě, že se v rodině objevuje užívání drog nebo závislost. Tradiční terapeutické a poradenské

přístupy jsou často totiž zaměřeny primárně individuálně. Některé školy rodinné terapie se dokonce brání práci s celou rodinou v případě, že je jejím členem člověk s „aktivní závislostí“. Nicméně je důležité si uvědomit, že rodina je do problému se závislostí zapojena prakticky vždy, často pak ve větší míře, než by se zdálo.

Například podle analýzy dat shromážděných v rámci britské studie UKATT mají lidé s alkoholovou závislostí před vstupem do léčby kolem sebe průměrně šest blízkých lidí, z nichž minimálně s polovinou jsou v každodenním kontaktu (Copelllo, 2013). Jen menší část těchto blízkých přitom bývají intenzivní konzumenti alkoholu. Velice podobná data byla zjištěna u uživatelů opiátů, kteří vstupovali do léčby. Mezi uvedenými blízkými osobami opět dominovali rodinní příslušníci a jejich průměrný počet byl téměř sedm (Day & Copello, 2013).

Z těchto zjištění vyplývají dva důležité předpoklady. Za prvé, osoby se závislostí nejsou tak izolované, jak by se mohlo někdy zdát z obrazu vytvářeného některými medii. Za druhé, pokud bychom chtěli stanovit celkový počet lidí, kterých se osobně dotýká problém závislosti, museli bychom v souladu s uvedeným jejich počet vynásobit šesti či sedmi. Zapojení rodiny a blízkých do odborné pomoci závislému zvyšuje významně šance na jeho zotavení, jak přesvědčivě dokládají meta studie na dané téma (Hampson, 2012; Meads et al., 2007).

Obecné metody, které se využívají v sociální práci s rodinou:

- Pozorování – dítěte, rodiny, vzájemných interakcí, životního stylu, socioekonomických podmínek, hodnotového a kulturního zázemí.
- Rozhovor – je zde specifická komunikace s dětmi v rodinách s problémem se závislostí, které jsou daleko více než dospělí pozorné k její neverbální složce komunikace (ta by měla být v souladu s verbální), dá se využít panenek či hraček, aby se neprohloubila traumatizace dětí, které se staly oběťmi špatného zacházení.
- Genogram – znázornění rodinných mezigeneračních vztahů.
- Ekomapa – znázornění rodiny a k ní přidružených ekosystémů.

- Případová konference – multidisciplinární hodnocení situace dítěte, kde je cílem vytvoření individuálního plánu péče o dítě i rodinu. Spojuje v sobě prvek hodnocení a plánování, kde při obojím jsou účastni členové rodiny.
- Individuální plán péče – plán práce s rodinou, který obsahuje základní informace o rodině a zainteresovaných osobách, organizacích včetně všech kontaktů, vyznačení priorit, na nichž se zúčastnění shodli. Přehled plánovaných postupů či služeb, krátkodobé cíle, přehled toho, kdo za co bude zodpovědný, určení klíčového pracovníka. Přehled rizik a jak s nimi nakládat, datum příštího setkání a revize plánu.
- Videotrénink interakcí – cílem je podpora a rozvoj komunikace, popř. její obnovení, kdy je hlavním médiem videozáznam.
- Dotazník funkčnosti rodiny – zahrnuje kritéria jako složení rodiny, její stabilita, sociálně-ekonomická situace rodiny, osobnost rodičů, sourozenci, stav a vývoj dítěte, zájem rodičů o dítě, péče rodičů o dítě.
- Nácvik sociálních dovedností a rodičovských dovedností – jedná se o terapeutickou činnost, jejímž cílem je upevnění pozitivních vzorců chování a postupů. Pracovník názorně předvádí nebo vykonává určitou činnost s rodičem. Může se jednat o sociální dovednosti, komunikační dovednosti, výchovné činnosti, hospodaření a vedení domácnosti.
- Doprovod – doprovázení rodiče při jednáních na úřadech, u soudu nebo například při návštěvě dítěte umístěného v zařízení pro výkon ústavní výchovy. Cílem je podpora rodiče, zvýšení jeho kompetencí a dovedností, podpora vhodných postupů (Bechyňová et al., 2007).

Metoda Sand play a Sand tray

Zakladatelkou metody Sand play je Dora Kallf, žačka C. G. Junga, která začala využívat k diagnostice a terapii tzv. terapeutické pískoviště nebo prostě hru v písku. Doposud bylo terapeutické pískoviště využíváno spíše terapeuty či psychology. v nedávné době se však začalo ukazovat, že může být skvělou pomůckou pro sociální práci nejen s dospělými, ale také s dětmi. Pro děti je totiž verbální komunikace mnohem méně přirozená než právě

komunikace hrou, kterou jim navíc písek přirozeně evokuje.

Díky této metodě je možné v bezpečném prostoru, za použití figurek a malého pískoviště a za pomoci představivosti vytvořit trojrozměrný model vnitřního světa dítěte. Obraz, který se utváří, může být dobrým klíčem k otevření tohoto světa a k léčbě příčin problémů, jako je agrese, strach, úzkost, panika, noční pomočování, kousání nehtů, sourozenecké rozepře, zneužívání, vyrovnávání se se ztrátou blízké osoby, zlepšení pozornosti a schopnosti učit se nebo zlepšení komunikace s okolím.

Rozdíl mezi Sand play a Sand tray

Oba přístupy využívají pískoviště a figurky. Metoda Sand play však probíhá beze slov, pracovník je spíše pasivní a do procesu nezasahuje. Interpretuje proces až s odstupem, ne při každém setkání. Proces nechává plynout a nahlíží společně s klientem do jeho nevědomí. Využívá práci se sny, fantazií, imaginaci. Naproti tomu při metodě Sand tray je důležitá verbalizace. Pracovník je aktivní a zabývá se tím, co je tady a teď. Asistuje dítěti či dospělému při interpretaci obrazu v pískovišti.

Struktura práce při použití metody Sand tray

Anderssonová a Kaňák na Hradeckých dnech sociální práce 2018, které se věnovaly novým směrům, trendům a inovaci v sociální práci, představili jednotlivé kroky práce s terapeutickým pískovištěm:

1 Nejprve je klient vyzván, aby v prostoru pískoviště, který je terapeutem označen jako klientův, představil zažívanou situaci, či její aspekt (například vnitřní vztah k problému). Následně terapeut popíše rozestavění figurek a předmětů v pískovišti, a to co nejobecněji (např. nepopisujeme, že vidíme ježka, ale oranžovou figurku s modrými tečkami, co připomínají oči).

2 V dalším kroku klient představí, jaký má nastavená situace význam pro něj. Terapeut se může doptávat na jeho prožívání nebo na rozestavení figurek v pískovišti. Například: „jak se teď asi má figurka, které říkáš pes?“. Spolu s klientem pak terapeut hledá jiné

úhly pohledu na situaci (například: „z této strany to vypadá, jako kdyby figurka, o které říkáte, že jste to Vy, bránila kocoura“). Po skončení této deskriptivní fáze lze vyzvat klienta, aby změnil situaci tak, jak by si přál, aby vypadala v jeho ideálním světě. Může přidat, či odebrat cokoliv z pískoviště, aby mu bylo ve ztvárněné situaci lépe. Terapeut se s klientem opět zaměřuje na prožívání. Pokud je to možné, soustředí se na kroky, které by bylo možné realizovat v situaci, se kterou klient přichází, případně formulují plán.

3 V závěrečné fázi terapeut nabízí možnost sestavit si na pískovišti situaci tak, jak by si přál, aby nakonec dopadla. Pokud máme k dispozici svíčku, lze klientovi nabídnout, aby si ji symbolicky zapálil a své přání zformuloval, ať již pro sebe nebo nahlas.

V průběhu celého procesu terapeut sleduje, jaké figurky a jakým způsobem klient vybírá, jak je do písku staví a co s nimi dělá. Zaměřuje se také na tělesné projevy klienta (výraz obličeje, povzdechnutí, váhání, prohlížení si figurky apodobně). Tyto postřehy terapeut komentuje při obecném popisu po rozestavění figurek v pískovišti a dále podle potřeby. v průběhu celé práce nechává prostor pro emoce, které klient při práci zažívá (ať už je popisuje jako svoje vlastní, nebo pocity figurek a předmětů). Důležitým prvkem je také možnost odstupu klienta od situace a zažití aha efektu v průběhu práce na pískovišti.

Kolaborativní praxe v práci s rodinou potýkající se se závislostí

Jedním z možných východisek pro práci s rodinami, v nichž se objevuje závislost, je tzv. kolaborativní praxe. Jde o přístup vycházející z rodinné terapie, který je úzce spjatý se systemickými a narativními přístupy. Práce probíhá preferovaně přímo v místě bydliště rodiny a ideálně v minimálně dvoučlenném týmu, kdy má alespoň jeden pracovník terapeutickou průpravu pro práci s rodinami. Aby odlišila kolaborativní praxi od jiných přístupů při práci s rodinou, vypočítává jedna z hlavních proponentek tohoto přístupu Harlene Anderson (2012) sedm specifických rysů, podle nichž je možné se orientovat v setkáních jak s rodinami, tak i jednotlivci nebo například pracovními týmy. Jsou jimi:

1 *Vzájemné zkoumání:* společná aktivita pracovníka a klientů spočívající v nastavení procesu, formy a cílů konverzace, aby byla co nejúčelnější pro všechny zúčastněné; je kladen důraz na pohostinnost (hospitality) ve smyslu vstřícného a otevřeného postoje při uvítání klientů a zahájení konverzace, dále potom na přirozenou zvědavost (curiosity) pracovníka, citlivé reagování (responding) vyjadřující jeho účast v procesu a konečně na rozvíjení dialogu, a to jak vnitřního (při naslouchání ostatním), tak vnějšího.

2 *Vztahová odbornost:* společné utváření poznání vycházející z předpokladu, že největším odborníkem na sebe a svůj život je klient sám; k tomu pracovník využívá svoje znalosti procesu a prostoru pro dialogické konverzace a spolupracující vztah; pracovník může přinášet i svoje myšlenky a nápady k tématu, preferována je však optika klientů.

3 *Nevědění:* koncept, zdůrazňující vztahový způsob poznávání; tato pozice s sebou nese nemožnost zcela porozumět druhému člověku, zároveň však neustálou možnost dozvídat se víc o řečeném nebo o nevyřčeném; je to postoj, který staví do popředí to, co vznikne v okamžitých, vzájemných interakcích mezi pracovníkem a klienty.

4 *Zpřístupňování:* pracovníkova ochota podělit se s klienty o své vnitřní myšlenky a nenechávat si je pouze pro sebe; účelem je jednak zabránit tomu, aby byla konverzace ovlivňována tím, co ostatním zůstává skryto, a dále umožnit pracovníkovi verbalizovat svoje myšlenky, což zpravidla vede k jejich proměně.

5 *Snášení nejistoty:* uvědomění, že konverzační partnerství, které pracovník nastoluje, s sebou nevyhnutelně přináší nejistotu; pracovník přitom důvěřuje tomu, že proces samotný přinese výsledek, který ani on ani nikdo jiný nemůže dopředu znát; je připraven reagovat spontánně způsobem, který si daná situace žádá (také viz Shotter, 2010)

6 *Vzájemné proměňování:* proces, při kterém se proměňuje nejen klient, ale

i terapeut; ten se nebrání aktivnímu zapojení do tohoto procesu

7. *Orientace směrem ke každodennímu životu:* pracovník preferuje běžný jazyk každodenního života a jeho zájmem je uskutečňování malých kroků v běžném životě klientů, nikoliv komplexní definování patologických rysů; tento postoj s sebou také nese důvěru v přirozenou odolnost klientů a v to, že všichni lidé touží po lepším životě.

Následující vodítka se týkají zejména procesu jednotlivých setkání s rodinami, včetně přípravy a následných reflexí. v souladu s výše zmíněnými předpoklady kolaborativní praxe byl obsah konzultací otevřen tomu, co vzniká v okamžitých interakcích přímo při setkání.

Domlouvání schůzky

Dojednávání první schůzky se odehrává buď telefonicky, nebo e-mailem, s využitím následujících základních doporučení:

1. Snažíme se porozumět co nejlépe tomu, jakou představu o spolupráci volající má a co jej přimělo ke kontaktu. Nezkoumáme však zatím celou situaci.

2. Krátce nastíníme, co můžeme nabídnout: tedy schůzku pouze s volajícím nebo s dalšími členy rodiny, s identifikovaným uživatelem drog nebo bez něj, v jeho domácnosti nebo v naší kanceláři.

3. Dohodneme se na tom, kam, kdo, kdy a na jak dlouho přijde.
4. Poskytneme informace o naší organizaci, důvěrnosti a bezplatnosti služby.
5. Děkujeme za důvěru, loučíme se.

Příprava schůzky (v případě dvojice pracovníků)

Schůzka musí být dobře připravena, přičemž nejde ani tak o plánování jejího obsahu, jako spíše o vzájemné sladění týmu a přípravu na co nejlepší otevření a podporu dialogu. Mezi základními otázkami pro takovou přípravu patří:

1. Kdo setkání zahájí?
2. Jak si rozdělíme role? (nejčastěji se využívá tzv. reflektující pozice, viz dále)
3. Kdo setkání zakončí? Potřebujeme na konci něco konkrétního domluvit, podepsat, sdělit?
4. Budeme mít po skončení čas na reflexi procesu?

Kromě těchto organizačních otázek se tým také snaží „naladit“ na setkání, tak aby se pracovníci těšili, byli na jednotlivé účastníky konverzace zvědaví, protože toto naladění má nemalý podíl na atmosféře a průběhu konzultace.

Úvodní část schůzky

Každá schůzka začíná přirozeným uvítáním a seznámením (pokud jde o první setkání nebo je na schůzce někdo poprvé). Tuto část schůzky se rozhodně nevyplatí uspěchat. Je důležité umožnit všem zúčastněným, aby se vzájemně poznali jako lidské bytosti, bez ohledu na to, kdo je nositelem problému a kdo „expertem“. Kromě úvodní otázky položené všem jednotlivcům (typu: „Jak se máte?“ „Odkud jste přijeli?“ „Jaká byla cesta?“), je možné pro důkladnější seznámení (například při předpokladu dlouhodobější spolupráce) využít i různé techniky známé z práce se skupinou.

Pokud se jedná o úvodní schůzku, anebo pokud je některý z účastníků na schůzce nově, je důležité v úvodu zmínit některá základní pravidla prostoru, v němž se schůzka odehrává. Většinou jde o důvěrnost, v případě dvou a více pracovníků vyjasnění jejich rolí a časového rámce konzultace.

Společné zkoumání situace

Jako společné zkoumání označuje Anderson (2009) proces, kdy se pracovníci obezřetně a citlivě doptávají klientů a zajímají se o to, jak společné příběhy vyprávějí každý odlišně, přičemž poslouchají, reagují a kladou otázky tak, aby dosahovali co nejlepšího porozumění každé verzi. Nemluví přitom obecně s „rodinou“, ale s každým jednotlivcem zvlášť. Tím umožňují ostatním, aby poslouchali člena své rodiny hovořit v jiném kontextu,

s někým jiným. Pracovníci ujistí ostatní, že budou mít možnost se k tématům vyjádřit.

Je důležité, aby co nejdříve po zahájení setkání zazněly hlasy všech přítomných. Pokud se účastní někdo, o kom je možné předpokládat, že je ve zranitelnější pozici než ostatní (například identifikovaný uživatel drog, člověk s diagnostikovaným duševním onemocněním a podobně), se snaží tým tohoto člověka co nejdříve podpořit. Pokud se ukáže, že má k tématu co říct někdo, kdo není přítomen, snaží se tým jeho hlas vnést nepřímo (například otázkou typu: „Pokud by tady X seděl, co by asi teď řekl?“).

Reflektující momenty

Při konzultaci tým záměrně vytváří prostor pro tzv. reflektující momenty. Pokud jsou při setkání dva pracovníci, facilitátor může ve vhodnou chvíli požádat svého kolegu o reflexi toho, co zaznělo. Úkolem reflektujícího přitom není vnášet zcela nové obsahy, ale spíše se ohlédnout za tím, co již bylo řečeno a podělit se s ostatními o ty momenty, které reflektujícího zasáhly nebo jej zaujaly. Může jít také o zpřístupnění vnitřního dialogu reflektujícího, popřípadě mohou zaznít otázky, ale nikoliv přímo směrem k některému z členů konzultace, ale směrem k facilitátorovi. Také reflektující neadresuje své odpovědi členům rodiny, ale obrací se pouze k facilitátorovi. Členové rodiny nejsou vyzýváni k okamžitým reakcím, aby měli možnost pouze poslouchat, vyslechnout si příběhy těch druhých v celku a bez reaktivních emocí. Prostor pro reakce a formulování vnitřních myšlenek přichází pro členy rodiny hned po vstupu reflektujícího.

Společné plánování

Konzultace týkající se problematické situace související s užíváním drog v sobě často nesou řadu nejistot a otázek, co dělat dál. Je důležité jim věnovat dostatek času, aby se mohli zapojit, pokud možno, všichni účastníci konzultace. Žádné kroky plánu týkajícího se dané rodiny, by neměly být diskutovány mimo společné setkání, například pouze mezi odborníky. Jednotlivé kroky společného plánování jsou orientovány směrem ke každodennímu životu, jde tedy o velice konkrétní a praktická rozhodnutí, kdo, kdy a kam

zavolá či co přesně bude třeba muset udělat zletilý závislý syn, aby mohl dál bydlet u svých rodičů.

Ukončování

Na blížící se konec domluvené doby upozorňují pracovníci průběžně. Před koncem nabízí jeden z pracovníků shrnutí, které pak mohou okomentovat i všichni ostatní. Shrnutí je provedeno pracovníky oceňujícím, pozitivním způsobem, který vyzdvihuje potenciál jednotlivců či celé rodiny. Na závěr jsou také všichni účastníci požádáni, aby řekli, co si ze setkání odnáší, popřípadě jestli je něco dalšího, co by mělo zaznít.

Reflexe pracovníků

Je vhodné, když mají pracovníci, kteří byli u konzultace přítomni, možnost reflektovat proces konzultace. Nediskutují už témata otevíraná na setkání ani jiné záležitosti týkající se obsahu. Záměrem jejich reflexe je poskytnout si zpětnou vazbu na svou práci. To znamená, jak reagovali, jak se ptali, jak se k jednotlivým zúčastněným členům vztahovali.

Kompetence pracovníka: mediace, nestrannost, schopnost vedení rozhovoru, práce s motivací, orientace v sociálně-právní problematice, orientace v místní síti sociálních, právních a zdravotních služeb

Doporučené materiální zabezpečení: konzultační místnost, internetové připojení a PC, nápoje a drobné občerstvení, informační materiály, dětský koutek

Příklad z praxe:

Kontext: Spolupráce s rodinou, kde dospívající syn kouří marihuanu

Role: matka Anna, otec Richard, syn Gustav (17 let), syn Marek (8 let – přišel pouze dvakrát během setkání), dcera Ivana (14 let) se neúčastnila; pracovníci Pavel a Jana

Anna kontaktovala tým s žádostí o radu, jak se má rodina chovat k synovi Gustovi, který kouří marihuanu. Pracovník projektu ji nejprve odkázal k ambulantnímu poradenskému psychologovi, po čase se však Anna ozvala znovu, že problémy přetrvávají a zasahují celou rodinu. Bylo tedy domluveno setkání přímo v domácnosti rodiny, za přítomnosti Gusty, Anny a otce Richarda. Pro spolupráci s rodinou byli určeni pracovníci Pavel a Jana. Dohodli se, že Pavel bude facilitovat proces, Jana reflektovat.

Rodina přivítala pracovníky v přízemní místnosti, kterou využívala Anna ke svojí práci. Zde se odehrála i všechna další setkání. v prvním setkání byla zkoumána situace, s níž potřebovala hlavně Anna poradit – Gustovo kouření marihuany a možné experimenty s dalšími drogami. Gusta odmítl jakýkoliv možný přínos schůzky a po její větší část mlčel. Richard se vyjádřil v tom smyslu, že je rezolutně proti tomu, aby jeho syn užíval jakékoliv drogy. Uvedl přitom negativní zkušenost s alkoholismem svého otce. Ve druhé polovině schůzky bylo dohodnuto, že si Pavel a Jana promluví s Gustou o samotě. Gusta v rozhovoru konstatoval, že se jeho současný způsob života nepotkává s životním stylem a hodnotami rodičů a těší se na plnoletost. Zopakoval, že nevidí smysl v žádné další diskusi. Anna chtěla i přes chladný postoj Gusty a Richarda uspořádat další setkání.

Dvě další setkání probíhala podobně. Většinou začínala mluvit Anna, Gusta ji přerušoval úsečnými výpady, které někdy usměrňoval Richard. Téma drog bylo často záhy opuštěno a střídala se rozličná témata jako Gustovo pozdní vstávání, opožděné příchody domů o víkendech, kouření cigaret, domácí práce a podobně. Čtvrté setkání bylo hodně emotivní. Anna a Richard opakovaně zmiňovali, že je Gusta nerespektuje a neposlouchá. Gusta říkal, že mu rodiče nejsou ochotní naslouchat a vnímat, co opravdu říká. v reflektujícím momentu se Jana a Pavel zabývali možností pokusit se příště nabídnout vždy někomu z rodiny, aby jen poslouchal, když druhý mluví, protože se zdá, že by všichni mohli mít prospěch, kdyby si více naslouchali.

Poté se uskutečnila ještě čtyři setkání, při nichž dbal facilitátor důsledněji na oddělování mluvení a poslouchání. Marihuana a drogy obecně se stávaly čím dál méně

frekventovaným tématem rozhovoru. Více se mluvilo o trávení času jak jednotlivých členů rodiny, tak rodiny společně. v této souvislosti se začala objevovat řada informací, které pracovníci ocenili, Stále více se například řeč stáčela ke Gustovu uměleckému nadání a způsobům, jak jej zúročuje.

Členové rodiny se čím dál více poslouchali a dokázali se ocenit i navzájem – popřípadě na sebe vtipně a bez urážek reagovat. Dvakrát se ke konzultaci připojil i Marek.

Při konečném hodnocení spolupráce si Anna pochvalovala, že se díky přítomnosti Jany a Pavla dokázali navzájem poslouchat. Chtěla, aby v tom pokračovali i po odjezdu pracovníků, aby zůstali v ateliéru, kde se jindy nescházeli, a vraceli se k tématům, která zazněla při setkáních. Richard reflektoval svou počáteční skepsi, zároveň uznal, že setkávání význam mělo. Přestože téma užívání drog a s ním související obavy nezmizely, je možné o nich lépe mluvit. Konečně Gusta zmínil, že zpočátku nechápal, k čemu měla setkávání sloužit a často se mluvilo o pro něj nepříjemných tématech. Občas se však cítil i příjemně a z posledních setkání odcházel s dobrou náladou.

Doporučená literatura:

Anderson, H. (2009). Konverzace, jazyk a jejich možnosti: postmoderní přístup k terapii. Brno: NC Publishing.

Kaňák, J., Anderssonová, T. (2018) Využití práce s terapeutickým pískovištěm: inovace technik krizové intervence v sociální práci, In: Hradecké dny sociální práce.

Matoušek, O. (2003). Metody a řízení sociální práce. Portál, Praha.

Smutková, Lucie. (2007). Sociální práce s rodinou. Hradec Králové: Gaudeamus.

Práce s lidmi s duální diagnózou

Klíčová slova: *duální diagnóza – modely léčby – substituční centrum*

Problematika duálních diagnóz je poslední dobou diskutovaným tématem, neboť duševních nemocí obecně v populaci přibývá. Duální diagnózou rozumíme souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy. Důležitá je správná diagnostika. Tu provádí lékař – psychiatr. v některých případech za pomoci diagnostiky psychologa. Důležité je odlišit duální diagnózu od psychopatologických komplikací spojených s užíváním omamných a psychotropních látek či závislosti na nich. z toho plyne, že ne každá medikace klienta má souvislost s duální diagnózou. (Kalina, Minařík in Kalina et al., 2015)

Výskyt duálních diagnóz se dle různých studií pohybuje v průměru mezi 35 % – 50 %, přičemž novější studie uvádějí i vyšší čísla. Otázkou je, jestli výskyt duálních diagnóz narůstá, či si jich více všímáme (Kalina & Minařík in Kalina et al., 2015).

Z hlediska možné etiologie by se daly duální diagnózy rozdělit do třech skupin. u první skupiny se předpokládá primární výskyt psychické poruchy, přičemž duševní potíže vedou k sebemedikaci návykovými látkami a následnému rozvoji závislosti. u druhé skupiny je primární intenzivní, dlouhodobé užívání návykových látek, které může vést k rozvoji, nebo k vyprovokování psychické poruchy. u poslední skupiny se předpokládá, že duševní porucha a závislost jsou reakcí na jednu základní příčinu, např. poruchy osobnosti. (Kalina & Minařík in Kalina et al., 2015)

Z těchto důvodů se jeví jako nezbytné orientovat se v duševních chorobách a přizpůsobit tomu vzdělání pracovníků, například formou kurzu psychiatrického minima.

Čeho si více všímat v příběhu klienta:

- výskytu duševních poruch v rodinné anamnéze,
- traumat ze všech fází života, a to jak psychických, tak tělesných,

- odlišností od běžného fungování, prožívání, chování, reakcí, odolnosti, vztahování a podobně (projevy ostražitosti, pasivity, auto/agresivity, obtížné spolupráce, odtažitosti, uzavřenosti, odlišnosti ve vzhledu, ulpívavosti, zamlčování, absence empatie, nepřiléhavých strachových reakcí),
- cyklických kapitol, mechanismů, pastí, přikládání významu různým příběhovým výročím,
- změn komunikace, nápadností v projevu (vzhledem k dosavadnímu).

Modely léčby

Duální diagnózy zvyšují práh dostupnosti odborné péče. Je to dáno nedostatky sítě služeb pro uživatele návykových látek, stejně jako nepřipraveností a nedostatečnou odbornou zdatností pracovníků a samozřejmě také vysokou náročností práce s takovou klientelou.

Komorbidní klienti významně zvyšují nároky jak na personál, tak na ostatní klienty. Jejich prospívání bývá obecně méně úspěšné a jejich obtíže a komplikace v léčbě naopak závažnější. Častěji recidivují a odcházejí z léčby předčasně.

- Léčba sukcesivní – léčba je rozdělena do dvou částí. Nejprve je řešena závislost a teprve poté přidružená duševní porucha, nebo naopak. První varianta tohoto modelu je často nutná pro zahájení systematické psychoterapie. Také u farmakoterapie je důležité odlišení projevů duševní nemoci od projevů intoxikace. Zároveň je třeba mít na paměti, že neošetřené duševní zdraví omezuje klienta v zapojení do léčebného programu. Snižuje jeho pohodu a zvyšuje riziko předčasného ukončení léčby nebo relapsu.
- Léčba paralelní – oba okruhy (závislost a duševní onemocnění) se léčí zároveň, ale každé v jiném zařízení. Úspěšnost tohoto modelu léčby je do značné míry závislá na komunikaci obou zařízení, společné koncepci a spolupráci, ideálně na základě kvalitního case managementu a ustanovení klíčových pracovníků. v opačném případě je tlak na propojení pouze na klientovi samotném, což je velmi rizikové.

- Léčba integrovaná – jedno zařízení a jeden terapeutický tým zajistí veškerou péči o oba problémy. Většina autorů staví tuto metodu do popředí. Je ekonomičtější a klienti jsou s takovým přístupem nejspokojenější. Je pro ně velkým přínosem, že nemusí

„tabulkově“ svoje potíže oddělovat, ale mohou je řešit a integrovat jejich prožívání v jednom procesu. Pro tento typ léčby je nezbytný dostatečně vzdělaný a zkušený terapeutický tým v problematice duálních diagnóz, kde je přítomen psychiatr, a poskytnut intenzivnější individuální garantský přístup. (Kalina & Minařík in Kalina et al., 2015)

Nejvýznamnějšími psychopatologiemi duálních diagnóz jsou psychotické stavy, depresivní a úzkostné stavy, traumatické a stresové poruchy, poruchy příjmu potravy, ADHD, poruchy osobnosti, fenomén PAP/VPAP (Kalina & Minařík in Kalina et al., 2015, s. 222)

Práce s lidmi s duální diagnózou v substitučním centru

Níže jsou uvedeny příklady z praxe substitučního centra v Plzni, které patří mezi menší služby s kapacitou 40 lidí, zároveň je dobře připraveno pracovat s lidmi s duálními diagnózami.

Centrum poskytuje rozšířený typ substituční léčby. Je rozdělené na zdravotní a sociální složku. Zdravotní část zajišťuje substituční léčbu a sociální poskytuje odborné sociální poradenství jako registrovanou sociální službu. Obě části jsou navzájem propojené a k udržení komplexního přístupu slouží společné porady (provozní i kazuistické) a společné supervize. Centrum má kromě toho vytvořenou funkční síť spolupracujících zdravotních a sociálních služeb.

Program vede sociální pracovnice, která je zároveň adiktoložkou. Kromě vedení týmu je její úlohou zajištění kvalitní péče šité na míru každého klienta. s každým se potkává minimálně jednou měsíčně a společně s ním vytváří individualizovaný plán péče. Role sociálního pracovníka je v substitučním centru především podpůrná. s klientem plánuje,

reviduje, podporuje, provází, strukturuje a často také hledá cesty, které klient nevidí. Jeho úkolem je stabilizace situace klienta (a to nejen po sociální stránce) a dosažení cíle, který si klient stanovil. Kromě samotné práce s ním navazuje a upevňuje spolupráci s ostatními zařízeními v rámci zajištění komplexní sítě pomoci.

Dalším v týmu je lékař – psychiatr, který se také potkává s každým klientem minimálně jedenkrát měsíčně a během nasazení substituční látky minimálně jednou týdně. k jeho úkolům patří stanovení diagnózy, zajištění medikace a je zodpovědný za léčebnou složku programu. Je v jeho kompetenci rozhodnout, zda a jak bude klienta medikovat. v plzeňském centru je jeden lékař na třetinu úvazku a druhá lékařka na DPP.

Praktickou stránku substituční léčby zajišťuje odborný zdravotnický personál. Zdravotní sestry, které vydávají substituční látku a další medikaci, testují moč na přítomnost návykových látek, popřípadě ošetřují. Jsou v každodenním kontaktu s klienty a dokáží tak rozpoznat změny v jejich chování. Jejich postřehy mohou pomoci včasné diagnostice nejen nemoci, ale i problémů. Jejich role je spíše kontrolní, pečují o kontakt s klientem, pomáhají jim orientovat se v pravidlech programu a budovat jejich důvěru v terapeutický tým.

Stěžejním nástrojem spolupráce v týmu jsou kazuistické porady, kdy se tým soustředěně zabývá případy jednotlivých klientů a v případě potíží společně hledá cesty, které by mohl klientovi v rámci zlepšení jeho situace nabídnout. Důležité je vzít v úvahu veškeré okolnosti (příčiny) vedoucí ke zhoršení spolupráce s klientem a dle toho postupovat. Neméně důležité jsou také fantazie všech členů týmu o způsobu řešení. k ideálnímu stavu může vést krátká cesta v podobě reálného řešení.

Substituční centrum je často první instituce s vyšším prahem, se kterým se klienti setkávají. Obvykle na doporučení kamarádů či pracovníků terénního programu. Tým centra si je tohoto faktu vědom a zohledňuje jej v přístupu a komunikaci. Pro pracovníky je zásadní, aby navázali dobrý vztah s klientem na bázi podpory a vzájemného respektu.

Kompetence pracovníka: orientace v oblasti duševního zdraví, znalost v oblasti práce s lidmi s psychotickými stavy, orientace v problematice užívání návykových látek a závislostí, schopnost vstupovat do kontaktu, asertivita, schopnost vedení rozhovoru, práce s motivací, orientace v sociálně-právní problematice, orientace v místní síti sociálních, právních a zdravotních služeb

Doporučené materiální zabezpečení: konzultační místnost, PC s internetovým připojením a pro klienty, nápoje a drobné občerstvení, informační materiály

Příklad z praxe 1:

Kontext: Substituční centrum popsané výše

Role: klient Honza, tým centra

Honza do kontaktu s nelegálními drogami přišel ve 25 letech. Před tím občas popíjel alkohol. v době, když začal brát pervitin, byl ženatý, manželka byla na mateřské dovolené s dětmi. Nedostatek financí řešil dvěma pracemi. Braní pervitinu mu pomáhalo situaci zvládat. Nejprve užíval 1x – 2x za měsíc, postupně ale braní přestal zvládat. Nechodil domů, toulal se, začal hrát automaty.

Po 7 letech manželka požádala o rozvod a jemu se zhroutil svět. Rozvod ještě víc posílil pocity viny, selhání a sebeobviňování, které vyřešil odjezdem do většího města. Tam se drogový

„kolotoč“ rozjel naplno. k užívání pervitinu přidal Subutex, který mu dodal klid. v době makové sezony nahrazoval Subutex makovinou či jinými opioidy. Přišel první pokus o sebevraždu, první léčba, první relaps.

Následovala série pobytových léčeb, relapsů a suicidálních pokusů. Toto období trvalo 7 let. Půlroční až roční fáze abstinence přecházela do aktivního braní. Příčinou často bylo přetížení. Zpětně mluvil o tom, že „toho bylo moc“, vracely se mu pocity méněcennosti, znásobené komplikovaným vztahem k rodičům, především k pedantské matce. Dle jeho

slov nikdy neměl postupné „rozjíždění“, jeho relapsy, byly v sebedestruktivním stylu „když už, tak už“. Po sociální stránce na tom nebyl dobře, bydlel ve squatu, živil se sběrem železa.

Ve 39 letech, ve snaze vyhnout se makové sezoně, se rozhodl pro substituci Suboxonem. Na doporučení kontaktního pracovníka nastoupil do substitučního programu. Ošetřující psychiatr mu zde diagnostikoval depresivní poruchu a medikoval Honzu antidepresivy. Než došlo ke stabilizaci stavu, Honza porušil abstinenci, pokusil se o sebevraždu a byl opět hospitalizován. v průběhu hospitalizace navázal kontakt s rodiči, kteří mu nabídli společné bydlení. Po propuštění Honza jejich nabídku přijal a konzultoval přesun s psychiatrem substitučního centra.

Podařilo se najít pokračování substituční léčby v místě nového bydliště. Tam pak skutečně přestoupil 2 měsíce po posledním lapsu. Kompletní medikace zůstala zachována. Honza si během měsíce našel práci a připravoval se na následující výročí velkých relapsů, ze kterých měl obavy. v tomto období ho kontaktovala kriminální policie z předchozího místa pobytu, která vyšetřovala Honzovu krádež. Honza byl nucen jezdit do metropole na výslechy, což vnímal jako velkou psychickou zátěž. v souvislosti s tím byl kontraktován intenzivnější kontakt s terapeutickým týmem substitučního centra. Intenzivní podpora, tvorba krizových plánů a navýšení dávky antidepresiv mu pomohla situaci zvládnout bez relapsů.

Z obav o dopadu trestního stíhání na současné zaměstnání byla kontaktována Probační a mediační služba. v součinnosti s PMS byla věc uzavřena mimosoudně. z těchto důvodů mu stouply výdaje a nezbývali mu finance na úhradu substituční látky, což ještě navýšilo psychickou zátěž. Honza stále trpěl obavami z relapsu, ztrácel motivaci. Komplikované soužití s rodiči tento tlak na Honzu ještě umocňovalo. Terapeutický tým substitučního centra proto Honzovi naprosto mimořádně umožnil odklad platby za Suboxon na 3 měsíce, což Honza přijal. Půl roku po přestoupení do tohoto centra se z finančních důvodů rozhodl pro postupné vysazování. Byl si však dobře vědom rizika relapsu a intenzivně se připravoval na zvládnutí abstinence. Po vysazení Suboxonu pokračuje

v docházení do substitučního centra (3 roky), nadále užívá antidepresiva a dluh postupně uhradil. Prospívá bez relapsů, je psychicky i sociálně stabilizovaný. Za tu dobu si Honza vytvořil funkční vyrovnávací mechanismy, které umí použít a mezi něž kontakt se substitučním centrem patří.

Komentář:

V případě Honzy vzhledem k jeho diagnóze byl velmi patrný negativní postoj k sobě samému, který řešil sebedestrukcí. To bylo umocněno nedostatkem rodičovské lásky a podpory, což vedlo k pocitům nedostatečnosti a k tomu, že si vlastně nezaslouží „normální život". Nasazení antidepresiv pomohlo ke zvýšení odolnosti při vnímání tohoto tlaku. v případě Honzy se dále podařilo dobře navázat kontakt. Honza velmi oceňoval empatii a podporu sociálního pracovníka, což napomohlo větší otevřenosti a důvěře v pomoc celého týmu. Neméně důležitá byla i předchozí zkušenost s jinými formami léčby. Honza dokázal dobře využít podpory týmu substitučního centra, na vlastní žádost prohloubil kontakt a když bylo třeba, informoval o životní situaci. To hodně pomohlo včasné intervenci. Sociální pracovník kromě podpory a plánu včasné intervence s Honzou pracoval na budování vztahu k sobě samému a motivaci k většímu osamostatnění a náhledu na patologický vztah k rodičům. Zásadní pro stabilizaci a prospívání byl i vstup Probační a mediační služby do příběhu ve fázi vyšetřování trestného činu krádeže, kdy se podařilo vyjednat mimosoudní vyrovnání a Honzova úzdrava nebyla narušena výkonem trestu, a kromě toho to posílilo Honzovu motivaci.

Příklad z praxe 2:

Kontext: Substituční centrum popsané výše

Role: klient Adam, tým centra

Klient Adam (v době nástupu do substitučního centra 40 let) byl nejprve substituován buprenorfinem, poté metadonem. Dlouhodobě stabilní v léčbě, trvale zaměstnaný, sociálně také ukotven. Po dvou letech Adam přišel o práci a psychický stav se začal nenápadně zhoršovat. Zpočátku jen stihomam – někdo ho sleduje a sousedé si

o Adamovi povídají. Později se přidaly hlasy, které byly nápovědné, obtěžující, agresivní a vůči němu nesly dehonestující obsah. Adam se je snažil zaplašit užíváním pervitinu. Tvrdil, že stav je sice po odeznění účinku horší, ale je to jediná šance, jak si od nich alespoň krátkodobě odpočinout.

Stav Adama se postupně dále zhoršoval, Adam o hlasech nechtěl mluvit. v anamnéze má opakované pokusy o sebevraždu, několik výkonů trestů odnětí svobody (VTOS) za násilnou trestnou činnost, polyvalentní závislost na pervitinu a heroinu. Adam se čím dál více uzavíral do vlastního světa, vůči personálu byl však pokorný, klidný, zcela bez agresivních projevů a terapeutický tým označuje jako jeden z posledních důvěryhodných vztahů/kontaktů, který mu zbývá. Na druhou stranu ventiloval nutkání někomu cizímu ublížit.

Spolupráce s Adamem se na nutnost hospitalizace (odmítal), nutnost medikace, na zracionalizování jeho problému, což bylo značně problematické, vzhledem k jeho vysoké nedůvěřivosti. Zároveň byla kontraktována a zahájena spolupráce s rodinou. Po prvním velkém psychickém zhroucení byl Adam hospitalizován na psychiatrické klinice, kde mu byla nasazena antipsychotická léčba a ponechána substituční látka (metadon). v průběhu stabilizace stavu na klinice navíc prodělal embolii. Po zlepšení psychického zdraví byl propuštěn s depotní medikací aplikovanou v substitučním centru. Brzy následoval relaps na pervitinu a další rapidní zhoršení psychických potíží. Upozorňoval na sledovací čip tajně voperovaný do oka. Absolvoval opakovaně oční vyšetření a negativní nález hodnotil jako spiknutí lékařů s těmi, kdo čip nechal vsadit. Adam byl tedy znovu hospitalizován na psychiatrické klinice.

Po několika týdnech byl opět propuštěn, udává významné zlepšení stavu, terapeutický tým substitučního centra měl ale vážné podezření, že Adam lhal, aby mohl jít domů. Důvodem měla být hrozící výpověď z ubytovny. v souvislosti s tím byla tedy vyjednávána eventualita chráněného bydlení v organizaci pracující s lidmi s duševním onemocněním, pro kterou byla duální diagnóza akceptovatelná a která disponovala kompetentním

terapeutickým týmem pro práci s Adamem. Adam nadále porušoval abstinenci od pervitinu. Během zařizování pobytu kontakt s chráněným bydlením postupně přerušil. Došlo k opakovaným a závažným porušením pravidel pro substituční léčbu, která vzhledem ke kontinuálnímu užívání pervitinu byla značně problematická. Psychiatrická klinika již nemohla Adama znovu přijmout.

Terapeutický tým si byl dobře vědom nutnosti vytrhnout klienta ze stávajícího prostředí, kterým se cítil ohrožen a ve kterém selhávaly pokusy o abstinenci od pervitinu. z hlediska léčby považoval za ideální variantu detoxifikaci a následnou léčbu v terapeutické komunitě specializující se na osoby s duálními diagnózami. Tuto možnost Adam rezolutně odmítal. Další službou v síti byla psychiatrická nemocnice, která však kladla za podmínku vysazení metadonu. Tuto variantu si Adam vybral a začal metadon postupně vysazovat.

Nastoupil do psychiatrické nemocnice, odkud po několika dnech odešel na reverz se slovy: Oni mě tam strašně zfetovali. Dorazil do substitučního centra a chtěl pomoci s dalším plánem. Vzhledem k rizikovosti metadonu mu byl nabídnut buprenorfin, Adam souhlasil. Lékař substitučního centra nasadil Suboxone, který byl hrazen vyjednanou úhradou od pojišťovny. Po dvou měsících Adam spolupráci ukončil, pervitin užíval prakticky denně, odmítal se ho vzdát a substituční léčbu ukončil ze dne den. Také ukončil jakoukoliv komunikaci s terapeutickým týmem, přestože mu byla opakovaně nabízena možnost návratu do léčby nebo alespoň psychoterapie. Od té doby o něm nejsou zprávy.

Komentář:

U Adama se nám, i přes veškerou naši snahu, nepodařilo mu pomoci duální diagnózu zvládnout. Používali jsme stejné nástroje jako u Honzy, ale vztah s Adamem jsme nedokázali udržet. Klíčové bylo, že se nepodařilo zajistit adekvátní medikaci psychotického stavu, žádný z vyzkoušených preparátů, nebo jejich kombinací, nepřinesl Adamovi úlevu. To vedlo k sebemedikaci pervitinem, po kterém údajně hlasy krátkodobě mizely. Tím se Adam dostával do konfliktu s pravidly programu a čím dál více se vzdaloval reálnému světu a racionálnímu náhledu. Péče a hledání cest, které Adam stále vyžadoval a odmítal,

vedly k velké zátěži týmu, který potřeboval intenzivní supervizní péči k tomuto případu. Adam ukončil kontakt se všemi službami a zařízeními, které do té doby participovaly na řešení jeho situace.

Závěr

Ze všech výše uvedených informací vyplývá, že je naprosto zásadní mít nakontaktovaná odborná pracoviště (pokud organizace nemá tyto služby vlastní), pečlivě budovat dobré vztahy, navzájem si poskytovat odborné stáže a konzultace, a také umět navázat a udržet dobrý kontakt s dalšími pomáhajícími pracovníky. Jedině tak může být situace klienta pochopena celistvě a s prostorem pro kreativní varianty řešení situace. To vše za situace, kdy je v síti služeb nedostatek volných míst, ochoty a některé typy zařízení zcela chybí. Díky této spolupráci lze umožnit klientům, aby se jejich stav klidným prostředím, dobrou psychoterapeutickou a psychiatrickou péčí, co nejvíce stabilizoval. Klient sám pak snáze nalézá motivaci, vůli a kompetenci ke zvládnutí těžkých stavů, ale i naplňování běžných činností a cílů.

Stejně zásadní výhodou je multidisciplinární tým, který je profesně zkušený, osobnostně zralý a má dobré supervizní zázemí.

Terapeutický tým si musí být vědom specifik, komplikací a náročnosti při péči o osoby s duálními diagnózami, musí mít dobré nástroje pro jejich zvládání a také pro vlastní psychohygienu.

I přes správně nastavená pravidla služby, schopný tým, rozsáhlou síť spolupracujících zařízení a osobní nasazení je však nutné mít na paměti, že úspěšnost v léčbě je u klientů s duálními diagnózami vždy velmi nejistá a s tímto faktem pracovat, aby nedocházelo k syndromu vyhoření a do budoucna averzi k práci s takovými klienty.

Doporučená literatura:

Kalina, K., Minařík, J. (2015) Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. In K. Kalina: Adiktologie. Praha: Grada.

Fox, L., Drake, R. E., a kol. (2011). Integrovaná léčba duálních poruch. (Integrated dual disorders treatment – IDDT): aktualizovaná a rozšířená příručka: nejlepší postupy, dovednosti a zdroje pro úspěšnou péči o klienty. Praha: CRPDZ.

Práce s lidmi v substituční léčbě

Klíčová slova: *substituční léčba – opioidy – metadon – pravidla programu*

Pojem substituce pocházející z latiny znamená náhradu či záměnu (ABZ, 2013). Substituční léčba je principiálně založena na náhradě užívané látky, a často také na změně formy užívání, látkou s bezpečnějším profilem. Část laické i odborné veřejnosti vnímá substituční léčbu kontroverzně – buď není považována za plnohodnotnou, nebo se argumentuje tím, že klient v tomto typu léčby vlastně neabstinuje, ale dál pokračuje v užívání. Nicméně v současnosti je substituční léčba klasifikována dle MKN-10 jako plnohodnotná forma abstinence. z hlediska jednotlivce zvyšuje kvalitu jeho života, z pohledu společnosti přináší ekonomickou výhodu či pokles kriminality, z pohledu léčby závislostí nabízí zlepšení stavu u klientů, u kterých selhávají jiné typy léčby (Minařík, Pavlovská in Kalina et al.,2015).

Používáme-li pojem substituční léčba, máme v tomto případě na mysli zejména uživatele opioidů. Pravidla a postupy této léčby upravuje Standard substituční léčby závislosti na opioidech, který ji vymezuje jako: *„časově neomezenou udržovací terapii, která odkládá splnění cíle abstinence bez užívání substituční látky na dobu, kdy ji bude pacient schopen podstoupit.“* (Popov & Zábranský, 2008, s. 13). Do té doby je však cíl substituční léčby spatřován v udržení a zlepšení somatického a psychického stavu klienta (Libra et al., 2012). Legitimním cílem pro některé klienty však může být substituční léčba sama o sobě,

za předpokladu, že vede ke zvýšení kvality života a kvalitnější péči o sebe sama či o rodinu (Popov, 2003). z tohoto pohledu je možné využívat substituční léčbu jako součást přístupu snižování rizik (angl. harm reduction), což také koresponduje s cíli substituční léčby, kterými jsou: zlepšení nebo udržení psychické a somatické spokojenosti klienta, snížení nebo ukončení užívání nelegálních látek, ukončení aplikace návykových látek rizikovým způsobem, snížení nebo ukončení rizikového chování při užívání drog, zkvalitnění sociálních vztahů, redukce trestné činnosti, příprava klienta pro zahájení léčby vedoucí ke komplexnímu zotavení (Popov & Zábranský, 2008).

V současnosti existují dvě substituční látky, které jsou v našem prostředí používány pro léčbu. Jedná se o metadon (podávaný perorálně ve formě roztoku) a buprenorfin (podávaný ve formě sublingválních tablet).

Klienty substitučních programů se stávají osoby, které trpí závislostí na opioidech, a které nejsou z různých důvodů v současnosti schopny abstinovat od nelegálních návykových látek. Zároveň se může jednat o osoby, které kromě závislosti trpí dalšími problémy ať už zdravotními či sociálními (nezaměstnanost, neadekvátní vztahy, infekční nemoci), které mohou mít souvislost se získáváním či užíváním nelegální návykové látky. z tohoto důvodu substituční programy obsahují kromě složky farmakologické (podání substituční látky) také složku nefarmakologickou, která je zaměřena na řešení dalších, návazných potíží a problémů klienta. Dle Standardů substituční léčby (Popov & Zábranský, 2008) se jedná o adekvátní somatickou léčbu a sociální poradenství.

Práci s klienty substitučních programů zde rozdělujeme na tři etapy – před nástupem do programu, počáteční fáze léčby (od prvních dnů v programu do půl roční účasti), a dlouhodobější spolupráci (od šesti měsíců dále), a identifikujeme důležité prvky spolupráce, a to od navázání kontaktu s potenciálním klientem až po jeho dlouhodobé fungování v programu. Vycházíme přitom zejména ze zkušeností z programů substituční léčby v Brně.

Práce s klienty před nástupem do programu

V první etapě je pro klienty důležité zejména to, aby pro ně byla služba místně a časově dostupná – výdejní doba substituční látky je třeba nastavit s ohledem na potřeby klientů či je přizpůsobit tak, aby vyhovovaly co největšímu počtu z nich. Podobně by mělo být nastaveno přijímání nových klientů do léčby – každý klient přicházející na metadonovou substituci musí dle standardů substituční léčby (Popov & Zábranský, 2008) projít lékařským vyšetřením a musí mu být diagnostikována závislost na opioidech – z toho důvodu je třeba zajistit ve vhodných dobách také přítomnost lékaře (a spíše se vyhnout úředním dnům a hodinám, protože ty klient využívá k vyřizování jiných záležitostí). v praxi jednoho z programů se jako vhodné ukázalo rozšířit výdejní dobu metadonu také o dřívější ranní čas, zejména kvůli poptávce klientů, kteří chodí brigádně pracovat mimo město či pracují na směny a odpolední výdeje proto nestíhají.

Informace o provozu programu, výdejních hodinách, ale také příjmech do programu by měly být klientům dostupné ve všech dostupných formách a v co největší možné míře. Osvědčuje se, pokud jsou tyto informace vyvěšeny přímo v místě poskytování služby, kde k nim má každý zájemce o službu okamžitý přístup. Dále je vhodné substituční programy nabízet také během terénní práce (ať už se jedná o klasické terénní programy pro uživatele návykových látek, nebo terénní pochůzky za účelem monitoringu či depistáže), a to spíše v rámci přímého kontaktu s klientem, než pomocí letáků – pracovník v takovém případě může podat obsáhlejší informace o substituci a případně vyvrátit možné zavádějící informace, které mohou kolem programů substituce kolovat. Zároveň však platí, že by nabídka služeb neměla být nabízena příliš direktivně, ale spíš jako možnost, která by mohla zlepšit nepříznivou životní situaci.

Během kontaktu s klienty přímo na ulici je žádoucí uvádět a vysvětlovat výhody a nevýhody substituční léčby. Ti, kteří doposud o léčbě neslyšeli, mohou srozumitelně a jednoduše podané informace dovést k rozhodnutí pro tento typ léčby. Jindy je zase třeba uvádět informace na pravou míru, další zavádějící vyvracet a minimalizovat tak

obavy z nástupu do léčby. Častou otázkou třeba je, zda musí být substituční léčba doživotní záležitostí, nebo zda lze postupně snižovat dávky substituční látky.

Ve většině případů část informací o programu distribuují také sami stávající klienti, což může být výhodou, protože představují osoby, kterým léčba pomáhá a mohou tak být inspirací doporučit dalším možným zájemcům o léčbu. Na druhou stranu mohou klienti o substituci podávat informace, které jsou zavádějící či dokonce nepravdivé, a to zejména v případě, pokud se jedná o klienty, kteří z léčby vypadli kvůli porušení pravidel. Například klient, který byl vyloučen kvůli pozitivnímu testu, tvrdil jiným závislým, že neměl na vybranou a musel si nelegální látku vzít, protože v substitučním centru látku ředí, a ta nedosahuje náležité kvality.

Dále se ukazuje, že základní informace o substitučních programech mohou předávat také organizace a instituce působící v blízkosti centra, které substituci zprostředkovává, z toho důvodu je dobré, aby substituční centra aktivně navazovala s takovými zařízeními spolupráci. Tímto způsobem se opět zvyšuje šance, že se informace dostanou k těm osobám, pro které by byla substituce vhodnou formou léčby. Navíc je zde další efekt – informováním dalších zařízení o substituční léčbě je možné předcházet kontroverzi zmíněné na začátku textu či stigmatizaci klientů ze strany uvedených zařízení.

Práce s klienty v počáteční fázi léčby

Začátky fungování v metadonovém programu mohou být pro některé klienty dosti náročné, a to zněkolika důvodů. Statistiky brněnských metadonových programů ukazují, že nejvíce klientů léčbu předčasně ukončí během prvních dvou měsíců spolupráce v programu. Co se týká udržení spolupráce s klientem, je tedy toto období zásadní. Zároveň je možné vysledovat určité trendy, které vedou předčasnému ukončení léčby.

Důvody, kvůli kterým se lidé stávají klienty substitučních programů, jsou velice různorodé. Může to být například:

- Bezplatné poskytnutí substituční látky (metadonu) a možnost vzdát se trestné

činnosti za účelem obstarávání peněz na nelegální drogu.

- Pokles dostupnosti nelegální návykové látky v dané lokalitě, kdy není možné sehnat látku nelegální, na kterou je uživatel zvyklý.
- Zlepšení zdravotního stavu a řešení závislosti,
- Splnění podmínky různých institucí, typicky oddělení sociálně-právní ochrany dětí.

Uvedené motivy ke spolupráci jsou adekvátními důvody pro přijetí do léčby, protože jsou v souladu s obecnými cíli substituční léčby (např. redukce trestné činnosti, zlepšení psychické a somatické spokojenosti klienta, viz výše), nicméně zpravidla nejsou zárukou dlouhodobější spolupráce. Je tedy třeba motivaci klienta sledovat a snažit se jí posilovat. k tomu můžeme využít následující postupy:

1. *Opakované rozhovory o výhodách a přínosech substituce*, o kterých již byla řeč. Je výhodné, uvědomí-li si klient, že díky započetí léčby, do určité míry opouští dosavadní způsob života, což mu může přinést celkové zlepšení životní situace (zhruba po týdnu docházení na substituci jsou již patrné první známky zlepšení fyzického stavu – díky tomu, že klient nemusí být zapojen do cyklu shánění a užívání návykové látky, má možnost si odpočinout, čas více o sebe dbát a podobně).

2. *Projevení zájmu ze strany odborného personálu* (celého týmu, to znamená lékařky, zdravotní sestry, sociálního pracovníka) o klienta a o pomoc při řešení jeho dalších problémů. Tento přirozený zájem může sám o sobě podporovat klientovu motivaci dále do léčby docházet.

3. *Vytváření plánu dlouhodobé spolupráce*. v případě představy klienta, že bude moci během velice krátkého času snížit dávkování podávané látky a abstinovat, je dobré ho poučit o tom, že takový přístup nebývá mnohdy efektivní a hrozí riziko, že se po pár dnech vrátí k původnímu stylu života. Pracovník s ním však může spoluvytvořit dlouhodobější plán snižování substituční látky, ideálně s intenzivnější terapeutickou podporou. Je také vhodné vést s klientem rozhovor o jeho předchozích pokusech

vysazovat návykové látky a vyjít z těchto zkušeností při tvorbě plánu.

4. *Vícestranná spolupráce*. Pokud je klient přichází prostřednictvím veřejné instituce, je vhodné usilovat o trojstrannou spolupráci a přizvat k plánování péče i pracovníka referující instituce. k tomu je zapotřebí mít od klienta souhlas ke sdílení informací. Spolupráce s institucí může být využita motivačně. Například pokud se jedná o oddělení sociálně právní ochrany dětí, je užitečné zdůrazňovat přínosy docházení do substitučního programu ve vztahu k této instituci. Svou účastí na programu klient ukazuje, že se snaží svou situaci řešit, navíc sdílení informací ze strany substitučního programu může přispívat k dotvoření celkové mozaiky o životní situace klienta, která je tolik důležitá pro práci zmíněné instituce, a může mu pomoci vyřešit problémovou situaci.

5. *Mapování motivů klienta pro nástup do léčby* je důležité také pro případ, že klient svůj nástup několikrát opakuje. Zde je pak prostor pro klíčového pracovníka, aby klientovi předložil záznamy o opakované spolupráci a snažil se s ním přijít na motivaci, která by vedla k dlouhodobější spolupráci, na rozdíl od minulých, nedokončených, léčeb. Klienta může vést k léčbě vidina několika denního odpočinku, bez nutnosti shánět prostředky na nelegální látky (což je v souladu s cílem zvýšení kvality života klienta a zvýšení kvality péče o sebe sama), na druhou stranu je pravděpodobné, že se po skončení tak krátkého období klient rychle vrátí do bodu, ze kterého do léčby vstupoval. Proto je vhodné hledat motivaci ještě jinde – např. v představě, že onen zmíněný „několikadenní odpočinek“ bude možné mít déle než jen několik týdnů v případě, že klient bude v léčbě dlouhodobě stabilní.

6. *Opakované rozhovory o pravidlech programu*. Předčasné ukončení spolupráce často souvisí s tím, že krátce po započetí programu není klient schopen dodržet všechna pravidla programu (např. zdržení se užívání návykových látek, plnění pohovorů s klíčovým pracovníkem, pravidelné docházení), kvůli čemuž je vyloučen. Aby k takovým situacím nedocházelo, je vhodné od začátku probírat všechna pravidla

programu a během prvního měsíce tyto rozhovory vést opakovaně. Počáteční období spolupráce (asi 1 měsíc) je také vhodné nastavit „tolerantněji“, dávat klientovi prostor stabilizovat se a zvyknout si na všechna pravidla programu (klient například první měsíc není podrobován toxikologickým testům).

7. Zaměření na zdravotní stav. v některých případech se také může stát, že klient opouští substituci kvůli tomu, že mu nevyhovuje typ léčby nebo samotná substituční látka. Přerušení spolupráce je v takových případech legitimním a adekvátním rozhodnutím. Zároveň se však v praxi stává, že se klient po nástupu do programu daleko víc kontroluje, všímá si detailněji svého tělesného a zdravotní stavu a dává veškeré negativní změny do souvislosti se substituční látkou. Je tedy třeba klienta od začátku důkladně informovat o možných vedlejších účincích látky, a nabízet konzultaci s lékařem v případě, že by se potřeboval o čemkoliv poradit. Na druhou stranu je důležité, aby byl klíčový pracovník dobře seznámen s celkovým kontextem situace klienta a mohl společně s klientem nacházet faktory, které mohou s reflektovanými problémy souviset. Například klient přichází s tím, že se minulý večer cítil velice ospalý a unavený a ptá se, zda to nemůže být způsobeno metadonem. Při společné mapování průběhu se však ukazuje, že klient byl na dvanáctihodinové náročné brigádě a únava mohla tím pádem souviset spíše s touto prací než s užívanou látkou.

Práce s klienty v dlouhodobější spolupráci

Dlouhodobější spolupráce klienta se substitučním programem vyžaduje od pracovníků jednak pomoc při dodržování pravidel programu, a jednak pomoc při řešení doprovodných problémů, které klient má. v některých případech jde také o spolupráci při vysazování substituční látky. v průběhu této spolupráce může pracovník čelit specifickým situacím, z nichž některé uvádíme:

Zjištění užívání dalších drog. Častou komplikací dlouhodobější spolupráce je paralelní užívání další návykové látky, což je přímo v rozporu s pravidly substitučních programů. v případě, že se jedná o látku opioidového typu, může být řešením navýšení stávající

dávky substituční látky. Zároveň je však třeba mapovat, při jakých příležitostech dochází k relapsu a společně s klientem se snažit takovým situacím předcházet. Podobná situace nastává, pokud se jedná o látku jiného typu. i zde je třeba otevřeně hovořit o situaci, při které došlo k relapsu a snažit se působit preventivně proti jejímu opakování, například vytvořením konkrétního plánu chování pro situace, ve kterých k relapsům dochází. Na tomto místě se jeví jako vhodné doplnit substituční léčbu o individuální či skupinovou terapeutickou podporu. v případě, že se situace opakují a klient je pravidelně vyloučen z programů kvůli relapsům, je vhodné otevřít téma změny typu současné léčby a navrhnout další možnosti, které pro klienta existují (například pobytová detoxifikace, pobytová léčba závislosti, psychoterapie, chráněné bydlení).

Touha vrátit se k původnímu stylu života (tj. užíváni nelegálních látek) bývá klientem vyslovena v souvislosti s tím, že po delší době v substituční léčbě najednou čelí nejrůznějším problémům (bydlení, dluhy, nedobré vztahy v rodině), které si dříve neuvědomoval, nebo je, v důsledku užívání, řešil pouze minimálně. Na základě konfrontace s těmito problémy a jejich řešením pak může vyhodnotit, že mu „bylo lépe, když žil předešlým způsobem“ a na léčbu postupně zanevřít. v tomto případě je třeba, aby během substituční léčby fungovala také její nefarmakologická složka, zaměřená na odborné poradenství, a aby pracovníci substitučních programů měli k dispozici síť dalších návazných služeb, na které se klient může obracet s řešením dílčích problémů (právní poradenství, dluhové poradenství, bydlení, léčba infekčních nemocí)

Plánované vysazení substituční látky. Pokud se klient rozhodne, že chce postupně snižovat dávku substituční látky a směřovat k abstinenci, je nutné k takovému kroku připravit postupný plán snižování, doprovázený dalšími podpůrnými aktivitami, jakými jsou například terapeutické aktivity. Klientovi může být také navrženo, aby přešel na jiný typ léčby, pokud by nezvládal dosáhnout abstinence během ambulantního docházení.

Kompetence pracovníka: orientace v problematice užívání návykových látek a závislostí, asertivita, orientace v tématu substituční léčby, schopnost vedení rozhovoru, práce

s motivací, orientace v sociálně-právní problematice, orientace v místní síti sociálních, právních a zdravotních služeb

Doporučené materiální zabezpečení: konzultační místnost, výdejní místnost, internetové připojení a PC a pro klienty, informační materiály

Příklad z praxe 1:

Kontext: Metadonový program v rámci terapeutického centra.

Role: Klientka Nikol, pracovník centra

Nikol (24 let) nastoupila do substituční léčby v září 2016. Ze začátku měla problém s dodržováním pravidel programu a během rozhovorů s klíčovým pracovníkem nemluvila příliš otevřeně. Během spolupráce měla také několikrát pozitivní toxikologické testy, zejména na heroin, občasně pervitin. Relapsy kvůli heroinu vyřešila konzultací s psychiatrem a navýšením dávky substituční látky. Co se týkalo užívání pervitinu a pozitivních testů, Nikol se dokázala

„uhlídat“, jak sama říkala, v případě, že jí za pozitivní test hrozilo vyloučení (pozn. Klienti centra mají možnost být až dvakrát za sebou pozitivní, vyloučení nastává až v případě třetího pozitivního testu, a to v rozmezí 3 měsíců).

Během spolupráce, která trvala do srpna 2018, se Nikol stále více svěřovala svému klíčovému pracovníkovi, začala hovořit o partnerských problémech (násilí) a problémech v rodině, zážitcích z dětství, které byly spojeny se sexuálním násilím, o dluzích a dalších problémech, které jí zatěžovaly. Společně s klíčovým pracovníkem se jí podařilo sestavit splátkový kalendář a začít dluhy řešit. Co se týkalo problematických vztahů, klíčový pracovník přizval ke spolupráci také přítele Nikol a její rodinu a společně začali situaci řešit. Nikol nakonec svého přítele opustila a kvůli špatným zážitkům z dětství začala docházet na psychoterapii. Spolupráce se substitučním programem byla uzavřena ve chvíli, kdy se klientka rozhodla pro pobytovou léčbu, kterou jí zprostředkovali pracovníci

substitučního centra.

Komentář:

Na příkladu Nikol je ve stručnosti vidět průběh spolupráce se substitučním programem, který končí snahou o trvalou abstinenci včetně substituční látky. Za povšimnutí stojí postupné navazování důvěry v klíčového pracovníka a odkrývání palčivých situací z minulosti i současnosti, které však klientka během dlouhodobější spolupráce začala řešit. Stejně tak je patrné, že klientka měla ze začátku problém s dodržováním pravidel programu a nějakou chvíli trvalo, než se v situaci zorientovala, zejména co se týkalo paralelního užívání návykových látek. Klientka sice měla občasné relapsy, ale na druhou stranu vždycky zvládla udržet se v programu, pokud jí hrozilo vyloučení. Klientka tedy nedosáhla úplné abstinence od nelegálních látek, ale už samotné snížení užívání mělo podstatný vliv na její zdravotní a psychický stav, a samozřejmě bylo také v souladu s cíli substituční léčby.

V rámci nefarmakologické složky léčby se klíčovému pracovníkovi podařilo zapojit do spolupráce další osoby z klientčina okolí, což také přispělo k řešení situace směrem ke snaze o trvalou abstinenci a opuštění substituční látky, což se postupně stalo cílem, ke kterému klientka směřuje.

Příklad z praxe 2:

Kontext: Metadonový program v rámci terapeutického centra

Role: Klient Lukáš, pracovník centra

Lukáš (37 let) kontaktoval substituční program s tím, že „chce přestat brát“. Zároveň klíčovému pracovníkovi sdělil, že jeho motivací je také to, že metadon je hrazen pojišťovnou, což mu umožní ušetřit za nelegální látku a splácet své dluhy. Klient se však zároveň obával možného relapsu – věděl, že pokud se potká se svými známými a kamarády, se kterým nechtěl přerušit kontakt, bude vystaven riziku, že si od nich

případnou nabídnutou látku vezme.

Lukáš také sdělil pracovníkovi, že jeho cílem není trvalá abstinence i od metadonu, svoji představu popisoval následovně: *„Klidně tady* /na metadonu/ *budu do konce života, protože vím, že brát asi nepřestanu, nebo zatím nepřestanu. Teď ale potřebuju normálně fungovat, chodit do práce a co nejvíc se vyhýbat braní, platit dluhy.“* Lukáš do léčby nastoupil v srpnu 2016, v březnu 2017 byl vyloučen kvůli porušení pravidel – paralelnímu užívání návykových látek. Při vyloučení sdělil, že „měsíc bez substituce nějak zvládne“ a pak se znovu do programu vrátí. Bohužel však během měsíce jeho dluhy opět vzrostly. Jinou formu léčby na toto přechodné období Lukáš odmítl – potřeboval chodit do práce. Do léčby se vrátil v květnu 2017 a v programu vydržel celý rok. Poté byl opět vyloučen ze stejného důvodu. v současnosti už opět dochází do substitučního centra, reflektuje, že riziko relapsu ho bude ohrožovat stále, ale je rozhodnutý ve stávající léčbě vydržet ještě déle než v minulosti. Společně s klíčovým pracovníkem začal Lukáš pracovat na prevenci relapsu. Uznal, že toto riziko nezvládne sám, bez podpory další osoby.

Komentář:

Cílem Lukášovy spolupráce bylo snížení užívání nelegálních návykových látek, zejména kvůli finanční situaci – splácení dluhů částkami, které by jinak vydal za nelegální látky. Lukáš dále reflektoval, že neuvažuje o tom, že by v dohledné době přestal užívat substituční látku. To, oč mu šlo, bylo stabilní fungování na metadonu, chození do práce a splácení dluhů. Také z tohoto pohledu se jedná o legitimní cíl substituční léčby. Lukáš ale zároveň věděl, že se bude potýkat s rizikem relapsu. Nakonec to byly právě pozitivní toxikologické testy, kvůli kterým byl Lukáš z léčby vyloučen. Během opakující se situace při dalším nástupu poznal, že je třeba začít na prevenci relapsu více pracovat, jinak se mu nebude dařit dlouhodobě fungovat a jeho problémy se budou kumulovat. Proto bylo na místě, že spolupráce s klíčovým pracovníkem byla zaměřena právě na tuto oblast.

Doporučená literatura:

Minařík, J., Pavlovská, A. (2015). Substituční léčba závislosti. In Kalina, K. et al. (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada publishing.

Práce s lidmi ze sexbyznysu

Klíčová slova: *sexbyznys – prostituce – sexuální pracovnice – sexuální pracovníci – pouliční scéna – sexuální služby – rizika*

V České republice je sexbyznys (zkráceně SB), respektive prostituce zařazovaná do oblasti nelegální ekonomiky. z hlediska legislativního rámce není prostituce podle současných českých zákonů povolena ani zakázána. Neexistuje totiž celonárodní předpis, který by definoval pojem prostituce a jejího provozování. Poskytování sexuálních služeb se tak nachází v jakémsi právním vakuu, nebo v tzv. „šedé zóně“. Drogy v sexbyznysu se vyskytují nejčastěji ve dvou podobách – buď jsou únikem a mají ulehčit vykonávání této práce, nebo jsou důvodem pro shánění peněz. Sexbyznys pak může být mezi uživateli a uživatelkami drog zdrojem obživy, často i pro jejich děti či rodinu.

Sexbyznys je mezi muži i ženami, kteří užívají drogy, jako zdroj příjmů poměrně častý. Ať už jako jednorázový přivýdělek, či jako dlouhodobý zdroj příjmů. Uživatelky a uživatelé drog působí na pouliční scéně sexbyznysu, v klubech i na privátech a také nabízí své služby online na videochatech nebo po telefonu. Nejrizikovější skupinou („high-risk group“) jsou pak osoby provozující pouliční prostituci, které své služby nabízejí na veřejných prostranstvích, na ulicích, parkovištích či v parcích. Místa, kde své služby nabízí, se liší město od města a pomáhající pracovníci by tyto oblasti měli znát. Stejně jako by měli znát místní vyhlášky. Co se týče trestního postihu, za samotné nabízení a poskytování sexuálních služeb totiž nemohou být tyto osoby postižené. Pokud neprovozují prostituci v blízkosti škol, pokud nezajišťují pracovní podmínky pro poskytování sexuálních služeb jiným osobám, nemají z nich prospěch (kuplířství), ani nenutí nikoho tuto práci vykonávat bez souhlasu (obchodování s lidmi), trestáni by být podle stávajících zákonných úprav

neměli. Navzdory tomu však vznikají represivní opatření na lokální úrovni, nejčastěji prostřednictvím vyhlášek obcí, které mají právo upravit nabízení a poskytování placeného sexu na veřejnosti na svém území. Někde je zakázáno plošně, někde pouze na vymezených prostranstvích. Problematické je však dokazování, kdy by policie měla prokázat, že došlo ke spáchání přestupku (nabízení sexuálních služeb za úplatu). Navíc uplatňování vyhlášek ztěžuje pracovní podmínky sexuálním pracovnicím a pracovníkům, vede k většímu skrývání, zvýšenému riziku násilí a nedůvěře k policii. Policie totiž často pokutuje i bez toho, aniž by k nabízení služeb došlo, například na základě tvrzení, že konkrétní žena dělala posunky. Lidem, kteří poskytují placené sexuální služby, pak narůstají dluhy ve správních řízeních, čímž se možnost řešení jejich situace dále komplikuje (Kutálková et al., 2016). Téma komunikace s policií je tak potřeba se sexuálními pracovnicemi a sexuálními pracovníky otevírat, stejně jako vyjednávat na úrovni zastupitelů v obcích a s příslušnými policejními služebnami.

Mezi uživateli drog na pouliční scéně pak má sexbyznys svá specifika. Často jsou nabízené služby velmi finančně podhodnoceny. To může být dané nutností shánět peníze rychle, konkurencí, místními sazbami, kdy v určité oblasti jsou ceny typicky nižší, i nemožností dosáhnout na vyšší částky kvůli nedostatečnému zázemí, například, když je muž či žena bez domova a má zanedbaný vzhled. Tato specifika mnohdy nutí tyto sexuální pracovníky a pracovnice vstupovat do většího rizika, tedy dát souhlas s nebezpečnými praktikami, jako je vaginální, orální nebo anální sex bez ochrany, eskort na místo, které neznají, souhlas s pohlavním stykem s více lidmi najednou, souhlas s tvrdšími praktikami, kdy dochází k bití či svazování. Tito lidé jsou také ohroženi násilím, napadením, zločiny z nenávisti, ponižováním, okrádáním o výdělek, zastrašováním či vydíráním.

Osobám v sexbyznysu jsou také často upírána jejich práva. Kromě výše uvedeného jim hrozí krácení příjmů ze strany provozovatelů podniků i kuplířů (tzv. „pasáků“) na ulici, zvláštním rizikem pak je, když je touto osobou člen rodiny (rodič, strýc, sourozenec) nebo partner. v takových případech je vhodné hledat možnost mluvit soukromě, bez jeho či její přítomnosti, což lze docílit například rozdělením pracovníků v terénu, kdy jeden mluví

s kuplířem a druhý se sexuální pracovnicí či pracovníkem. Ohledně práv je třeba zdůrazňovat a opakovaně vnášet, že nikdo, ani partner, nemá právo brát jejich peníze ani podíl z výdělku, pokud to nebylo předem domluvené (například v rámci nočního klubu, pronájmu pokoje a podobně). Nikdo nemá právo zacházet s nimi jako s podřadnými bytostmi, porušovat jejich lidská práva, prodávat je ani je nutit do činností či praktik, které nechtějí dělat. Stejně jako jim ubližovat, ponižovat je nebo být (i verbálně) hrubý.

Specifickou podobou mezi uživateli i uživatelkami drog je poskytování sexuálních služeb za ochranu (nikoli za peníze) před nebezpečími na ulici, za drogy, za zázemí – typicky bytu (možnost přespat, osprchovat se, uschovat své věci), za jídlo nebo jiné protislužby. v podobném duchu se vyjadřuje také Maher (1997), která definuje prostituci nebo účast v sexuálním podnikání nejen jako výměnu sexuálních služeb za peníze, ale i za bydlení, jídlo, oblečení, léky nebo jiné hmotné statky.

Důležité téma při práci se sexuálními pracovnicemi a pracovníky je bezpečnější sex. Je třeba vzdělávat sexuální pracovnice a pracovníky ohledně nutnosti použití kondomu (při vaginálním, orálním i análním sexu), ideálně i použití správné velikosti vzhledem k velikosti penisu (při příliš malém kondomu hrozí protržení, při velkém kondomu naopak sklouznutí), použití lubrikačního gelu, který brání protržení kondomu, a seznámení s bezpečnějšími praktikami, jako je například uspokojení rukou. Pokud se sociální práce se sexuálními pracovníky a pracovnicemi odehrává v terénu, je vhodné rozšířit nabídku prostředků prevence, tedy mít možnost distribuovat kondomy různých velikostí včetně zesílených kondomů určených na anální sex, lubrikanty, roušky pro orální sex, menstruační houbičky pro ženy, které pracují i při menstruaci, latexové rukavice, kapesní alarmy a jiné.

Při poskytování sexuálních služeb na ulici je třeba sexuální pracovnice a pracovníky edukovat zejména ohledně jejich bezpečí. Zde nabízíme upravený přehled nejdůležitějších doporučení, který sestavila Szotáková (2014) pro Internetovou poradnu R-R:

- Vybírat spíše dobře osvětlená místa poblíž případné pomoci, nikoli opuštěná místa, zastrčené uličky či parkoviště. Pracovat tam, odkud se dá utéct a kde to dobře

znáte (víte, kde je nejbližší obchod, zastávka, policejní stanice).

- Mít své ověřené místo, kam jet autem, kam jít s pěším a pokud na něj zákazník nechce, neustupovat, zákazník je ten, kdo se musí přizpůsobit.

- Informovat se navzájem o nebezpečných a rizikových zákaznících, kteří jsou hrubí, násilní nebo neplatí. Informovat se navzájem o tom, kam se zákazníkem jdete nebo jedete, jak dlouho tam budete. Domluvit si signály, když něco není v pořádku, kdy mají ostatní volat policii.

- Pracovat ideálně ve dvou nebo ve třech. Před zákazníkem lze poslat SMS a upozornit ho, že někdo hlídá Váš návrat.

- K pěšímu zákazníkovi i k zákazníkovi v autě se přibližovat opatrně, na vzdálenost ruky, aby nemohlo dojít k zachycení za vlasy či oblečení nebo jinému útoku. Pokud se k Vám blíží pěší skupina zákazníků, zabránit tomu, abyste se ocitli uvnitř skupiny nebo mezi skupinou a zdí a myslet na únikovou cestu.

- Při domlouvání poskytované služby předem jasně určit, kde služba proběhne, kam půjdete/pojedete, k čemu dojde a kolik to bude stát. Platbu požadovat předem. Všímat si, zda Vás po cestě někdo nesleduje.

- Podívat se předem na interiér vozu, rozhlédnout se, zda tam nejsou viditelné nebezpečné předměty, které se dají použít jako zbraně (nářadí, deštník, nůž). Pokud jsou, tak před nastoupením požádat zákazníka, aby je přenesl do kufru. Pokud to odmítne, službu mu neposkytujte. Podívat se, kolik je v autě lidí, pokud má ztmavená zadní okna nebo se jedná o dodávku, kam do zadní části není vidět. u dvoudvéřových aut trvat na předním sedadle (uniknout z toho zadního je mnohem těžší).

- Nesvlékat se úplně do naha, aby Vás zákazník nenechal někde bez oblečení, pokud to vyžaduje, požádat ho, ať se svlékne také. Snažit se u sebe mít vždy alespoň nějakou hotovost a jízdenku na MHD. Nemít šperk na krku, který se nepřetrhne při pokusu o škrcení, stejně jako mít ideálně vlasy upravené tak, aby za ně nešlo chytit.

- Ujistit se, že zákazník neparkuje u zdi nebo jiné překážky bránící v otevření dveří a

v útěku (pokud tomu tak je, žádat o přeparkování). Pokud odmítne, neposkytovat službu.

- Nechodit do bytu k nikomu, koho neznáte (pokud už jdete, dát někomu vědět adresu, kde jste, nenechat se zamknout, dobře si pamatovat cestu na nejbližší silnici nebo zastávku, orientovat se po cestě a v okolí (kde jste, kam jste se zákazníkem šli).

- Při sexu volit takové polohy, abyste neustále viděl/a na zákazníka, poloha zezadu je velmi riziková, nevíte při ní, zda nesahá po zbrani, nestáhne si kondom a podobně.

- Věřit intuici a svému vnitřnímu hlasu, pokud se Vám zákazník nelíbí nebo Vám na něm něco sesedí, nechodit s ním. Nenechat se zmást tím, že s ním ostatní kolegyně mají dobré zkušenosti nebo to klient tvrdí či předstírá, že je dobře zná.

- Nikdy nemluvit o tom, kolik jste si dnes vydělal/a, kolik peněz máte u sebe nebo na co je chcete použít. Výhodnější je říci, že se jedná dnes o prvního zákazníka.

- Pokud na zákazníka vytáhnete zbraň (například pepřový sprej), musíte ji umět dobře použít, v opačném případě může být použita proti Vám.

- Pokud se situace vymkne kontrole, je důležité nepanikařit a snažit se udržet rozvahu, nevyhrožovat, neprovokovat, nevracet rány, ale co nejrychleji vystoupit z vozu nebo odejít z místnosti. Myslet nejprve na útěk. Snažit se si zapamatovat co nejvíce detailů, v autě či v bytě zanechat něco, co by později pomohlo identifikovat útočníka (náramek, nepoužitý kondom s Vašimi otisky na obale či jiné drobnosti).

- V nebezpečí nebo po útoku volat 158 nebo 112, případně vyhledat lékařskou pomoc. Pokud je to pro napadenou osobu nepříjemné, můžete nabídnout doprovod terénního týmu pracovníků. Nahlášením útoku lze snížit riziko, že daný zákazník ublíží dalším lidem, ale rozhodnutí, zda to bude hlásit, zůstává na oběti. Nenutit však ke krokům, které nechce udělat a respektovat, i pokud se rozhodne napadení či útok nehlásit.

Mezi klíčové kompetence pracovníků patří zejména schopnost otevřeně a beze studu

mluvit o velmi intimních tématech, o sexualitě a sexuálních praktikách, mít dobrý přehled o pohlavně přenosných infekcích, jejich projevech, možnostech testování a léčbě. Pokud pracovník nedokáže otevřeně mluvit o sexuální tématice, nebo je mu to z jakýchkoli důvodů nepříjemné, sexuální pracovnice či pracovník to velmi pravděpodobně vycítí a tato témata s ním nebude otevírat. Možnost otevřeně mluvit o své práci v sexbyznysu je však velmi zásadní. Napomoci tomu také může zastoupení obou pohlaví v týmu pomáhajících pracovníků, čímž dáte na výběr, s kým tato témata otevírat. v hovoru je také třeba nevyhýbat se náročným tématům, jako je znásilnění, napadení, obchod s lidmi a jiné. Stejně jako je vhodné otevírat téma komunikace s policií a v případě, že dochází z jejich strany k opakovanému pokutování žen, či jejich vyhánění, je třeba v rámci advokačních činností vyjednávat v rámci setkávání vhodnější podmínky a snažit se o konsenzus.

Z hlediska síťování je enormně důležité mít navázanou síť pomáhajících organizací, jako je Rozkoš bez Rizika (R-R), La Strada, která se věnuje obchodovaným lidem, In Iustitia, která se věnuje obětem trestných činů, Bílý Kruh Bezpečí a další místní organizace, které se věnují lidem ohroženým násilím, azylové domy, krizová centra. Kromě toho je vhodné poskytovat dluhové poradenství, protože se mnoho sexuálních pracovnic a pracovníků potýká s finanční nouzí a také pro ně mít k dispozici bezplatné a nízkoprahové právní poradenství.

Zároveň pomáhající pracovníci mnohdy neakceptují ilegální zdroje příjmů (dealování, prostituci či krádeže), ačkoli se jedná o zdroj obživy, a hlavně o schopnost („ability“) uživit sebe i rodinu a financovat bydlení. Je důležité, aby pomáhající pracovníci neměli vůči sexbyznysu a s ním souvisejícím jevům předsudky a tuto aktivitu brali jako práci. Měli by respektovat rozhodnutí pracovnic a pracovníků v sexbyznysu, pokud se jedná o svobodné rozhodnutí, si tímto způsobem vydělávat a nesnažit se je od toho odrazovat, pokud sami nestojí o změnu a nechtějí sexbyznys opustit. Pak je na místě poradenství ohledně hledání jiné práce.

Kompetence pracovníka: nepředsudečnost, empatie, schopnost vstupovat do kontaktu, asertivita, schopnost vedení rozhovoru, práce s motivací, znalost harm reduction v, orientace v sociálně-právní problematice, orientace v místní síti sociálních, právních a zdravotních služeb

Doporučené materiální zabezpečení: HR materiál, informační materiály, bezpečné místo, přístup k internetu, telefon

Doporučená literatura:

Frišaufová, M. 2015. 'I know what I'm doing' Agency in Narratives of Women who Have Experience with Long-term Drug Use. Doctoral Thesis. Nepublikováno. Brno: FSS MU.

Havelková, B., Bellak-Hančilová, B. 2014. Co s prostitucí? Veřejné politiky a práva osob v prostituci. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).

Kutálková, P., Malinová, H., Poláková, J., Šídová, L., Losenický, J. 2016. Tak tohle ne! Analýza násilí v sexbyznysu a jeho řešení. Praha: ROZKOŠ bez RIZIKA.

Práce s lidmi po výkonu trestu

Klíčová slova: vězení – závislost – postpenitenciární péče – recidiva

Začleňování osob vracejících se z vězení, výkonu trestu odnětí svobody (dále jen VTOS), je velké společenské téma a problém. Míra recidivy, tedy návratu osob zpět do vězení, se pohybuje mezi 50 % a 70 %. Přestože je celospolečenským zájmem toto procento snížit, stále se osobám propuštěným z vězení věnuje málo pozornosti a nedaří se pro ně najít účinnou pomoc a podporu. Zvláštní skupinu představují lidé se zkušeností s užíváním drog nebo závislostí, kteří často užívají i během výkonu trestu nebo se k drogám po výstupu z VTOS vrací. Jedná se o lidi „dvojnásobně stigmatizované“, jednak svojí adiktologickou anamnézou a jednak kriminální historií, což zhoršuje šanci na sociální začlenění v okamžiku propuštění z vězení.

Vážnost problému dokládá například Strategický plán sociálního začleňování města Brna, jenž v Tematické kapitole 11 „Bezpečnost a prevence rizikového chování" uvádí, že 50 % osob, které za sebou mají pobyt ve vězení, trpí bytovou nouzí, dále potřebují pomoc s oddlužením, s hledáním nové práce, často podstupují léčbu závislostí či trpí psychickými poruchami. Kumulace těchto rizik může vést k jejich krizovému řešení a k nežádoucí recidivě. Tyto skutečnosti dokládají i evidence sociálních služeb. v roce 2015 nalezlo 65 % klientů z cílové skupiny přístřeší pouze v sociálních službách nebo na ubytovnách, 85 % z nich bylo zadlužených, 90 % těchto osob bylo nezaměstnaných. Dále každý z klientů Centra pro lidi ve vězení a po výstupu vykazoval nějaký typ závislosti a 40 % z nich bylo HCV (Hepatitida typu C) pozitivních.

Návrat do společnosti po výstupu z výkonu trestu je o to obtížnější z důvodu stigmatu bývalého vězně. Část společnosti stojící mimo zákonný rámec je mnohdy připravenější přijmout takového člověka více než společnost většinová. v této situaci může být sociální služba vhodnou podporou pro snazší vstup zpět do společnosti. Sociálních sužeb zaměřených na tuto cílovou skupinu je však nedostatek, případně nemají dostatečné

kapacity či specializovanou metodiku práce. i to může přispívat k vysoké míře recidiv a sociálního vyloučení osob s trestní minulostí.

Sociální izolace a propad, které jsou důsledkem pobytu ve vězení, se podepisují na sociálních a dalších návycích a dovednostech odsouzených, dochází k rozpadu rodinných i přátelských vazeb a k vykořenění. Lidé se proto po opuštění z vězení často nemají kam vrátit a jejich první azyl je většinou velmi rizikový (noclehárny, ubytovny, známí provázaní s drogovou či kriminální scénou). z vězení se vrací v řadě případů s dluhy a exekucemi. Vytrácí se u nich povědomí o institucionálním rámci běžného občanského života, hrozí jim riziko závislostí, které si často přinášejí právě z vězení, mají slabé pracovní návyky (vstávání do práce, dodržování pracovní doby) a zastaralou kvalifikaci. Záznam v rejstříku trestů jim často dlouhodobě znemožňuje najít si seriózní zaměstnání a v důsledku toho se často stávají obětmi pofiderních pracovních agentur a podvodných zaměstnavatelů systematicky porušujících zákoník práce. Pracují často bez smlouvy, bez odvodů na sociální a zdravotní pojištění, a o svoji práci mohou kdykoliv přijít, což jim znemožňuje dlouhodobě plánovat. Tyto faktory nemalou mírou přispívají k prohlubování sociální nejistoty a zvýšenému riziku recidivy.

Pobyt ve vězení také představuje omezení podnětů a informací z běžného světa, a tedy i nedostatek příležitostí rozvíjet znalosti a dovednosti potřebné pro život ve společnosti. Vězení je navíc prostředím, v němž dochází naopak k upevnění kriminálních návyků a nelegální způsob obstarávání obživy se zde často mění ve standardní existenční strategii. z odsouzeného se může postupně stávat "prototyp vězně", který se lépe vyzná ve vězeňských podmínkách než na svobodě.

Při výstupu z VTOS tak nejsou bývalí vězni vybaveni potřebnými vzorci chování, bojují se stigmatizací, jsou zatíženi existenčními problémy, hledají zaměstnání v nízkokvalifikovaných oborech, kde panuje vysoká konkurence pracovních sil (43 % osob ve VTOS má pouze základní vzdělání a 38 % vyučení bez maturity viz Vězeňská služba ČR, 2017).

Doporučení při práci s osobami propuštěnými z vězení

1. Komplexnost

Komplexnost je třeba vnímat v rovině šíře problémů, které se řeší. Přičemž závislost je mnohostranný jev, který se často vyskytuje souběžně s řadou dalších souvisejících problémů, jako je nezaměstnanost, problémy s justicí, infekční onemocnění, sociální vyloučení, problémy ve vztazích, komorbidní psychopatologie a problémy s bydlením. Všechny tyto problémy jsou ještě umocněny návratem z vězení.

Komplexnost je nutné sledovat i ve spektru poskytovaných služeb. Jedná se o propojení poradenství, práce s motivací, sociální práce, právní pomoci, pracovního poradenství, hledání zaměstnání, řešení dluhů, případně přípravy na insolvenci, zprostředkování zdravotní péče (např. zajištění praktického lékaře, specialisty, léčba VHC), stabilizace bydlení, poskytování informací, psychické podpory a terapie a psychiatrické péče.

Oblasti práce s propuštěnými klienty:

- prevence relapsu, podpora abstinence a zotavení
- prevence kriminálního chování
- stabilní bezpečné bydlení
- příjem ze systému státní sociální podpory, stabilní legální zaměstnání
- zvyšování uplatnitelnosti na trhu práce, rekvalifikace, studium
- sanace dluhů, insolvence, zvyšování finanční gramotnosti
- obnova vztahů, podpora zakládání vlastní rodiny, péče o blízké
- emoční podpora, přátelé
- běžné každodenní činnosti, samostatnost, zodpovědnost
- využití volného času, prevence nudy, rozvoj koníčků, odpočinek a péče o sebe

- fyzické zdraví, řešení zdravotních problémů, podpora zdraví a fyzické kondice
- duševní zdraví, psychiatrická péče, terapie, schopnost zvládání stresových situací, zvyšování psychické odolnosti

Klientům je třeba poskytovat komplexní podporu ve všech výše uvedených oblastech jejich života, které jsou vzájemně provázané. To jde však proti trendu vytváření specializovaných poraden zaměřených na jednu problematiku například dluhové poradny. Spolupráce s více službami najednou může klienty, zejména v počáteční fázi spolupráce zatěžovat a zvyšovat pro ně práh přístupu k pomoci. Proto je výhodné koordinovat služby formou Case managementu a využívat další způsoby síťování (viz níže.)

2. Individuální přístup

Adresnou individuální péčí dle potřeb konkrétního klienta jsou míněny služby poskytované v každé fázi spolupráce „ušité na míru“ každému klientovi. Základem efektivní spolupráce je také dobře navázaný profesní vztah, jasně formulované cíle, dodržování pravidel a principů spolupráce a práce s motivací již v průběhu výkonu trestu. Individuální přístup může po propuštění zvýšit zájem využít k řešení problémů odborné sociální a zdravotní a adiktologické služby, jako prevenci návratu k rizikovým vzorcům chování z minulosti. Zkušenosti pracovníků postpenitenciárních programů[18] dlouhodobě potvrzují, že většina jejich klientů byla již v průběhu uvěznění v kontaktu s některou sociální či adiktologickou službou. Provázanost a koordinace služeb penitenciární a postpenitenciární péče se ukazuje jako účinný nástroj, plynulé a kontinuální podpory v rámci jednoho případu.

[18] Následná a systematická, převážně sociálně pedagogická péče pro osoby propuštěné z VTOS nebo vykonávající alternativní trest.

Klient, který má za sebou několikaletou závislost a často opakované pobyty ve vězení, si na nový způsob života bez závislosti a trestné činnosti musí postupně zvykat, aby se pro něj stal přirozenou normou. Proto se jako efektivní ukazuje dlouhodobá spolupráce s klientem, zahájená již v prvním období po uvěznění (včetně pobytu ve vazbě), která pokračuje v průběhu celého výkonu trestu.

Metody používané v sociální práci s osobami po propuštění

Vedle standardních, běžně poskytovaných služeb (individuální poradenství a terapie, motivační trénink, drogové a adiktologické poradenství, právní poradenství, dluhové a pracovní poradenství) se ukazují jako vhodné následující služby:

Doprovod a asistence

Bezprostředně po propuštění z vězení je velice důležitá možnost doprovodit či odvézt klienta přímo od věznice na úřady, na ubytovnu, k poradci či do léčby. Dále se může jednat o doprovod v průběhu spolupráce při řešení pro klienta náročných situací, například při návštěvě lékaře, exekutora, soudu, nebo u probační a mediační služby. Pro klienty to představuje nejen pomoc při vyřizování a orientování se ve složité sociální situaci, ale také psychickou podporu a pomoc při zvládání náročné stresové situace. Během doprovázení se klient také učí orientovat ve veřejné dopravě, v jednání s institucemi, kdy pracovník může být klientovi podporou a zdrojem informací.

Case management

Uživatelé drog v konfliktu se zákonem jsou zpravidla nuceni komunikovat s velkým množstvím institucí, jako jsou policie, soudy, vězeňská služba, probační a mediační služba, léčebná a kontaktní zařízení, sociální kurátoři, přičemž každá instituce má odlišné nároky a jiný pohled na daného člověka. Proto se jako účinná forma sociální práce s propuštěnými ukazuje Case management (více viz samostatná kapitola v části Síťování).

Sociálně materiální pomoc v kombinaci s incentivní terapií

Při poskytování sociálně materiální podpory klientům je možné využít principů incentivní terapie (contingency managment – viz výše), která může podpořit klienty v motivaci ke změně. Jde o možnost podpořit klienty v tom, co dělají zaměřit se na stránky, které vedou k pozitivním změnám. Důležité je být podpůrný, nezaměřovat se jen na abstinenci, ale podporovat abstinenční chování. v praxi to znamená část sociálně materiální pomoci použít pro řešení existenční nouze a část jako motivaci.

Tento způsob řízeného poskytování sociálně materiální pomoci podporuje klienty bez funkčního zázemí, jejichž sociální situace je komplikovaná a kteří propadávají sítí sociálních služeb a dávek a jsou zároveň motivovaní ke změně. Dosažení sociální stabilizace může mít následně vliv na zapojení do poradenského či terapeutického procesu.

Podpora je vhodná v oblastech:

- Je vhodné zajistit potřebným klientům ubytování na přechodné období po výstupu z vězení (v řádu dní, případně týdnů), které jim poskytne bezpečný prostor a čas, aby se mohli napojit na existující sociální síť pomoci (sociální kurátoři, systém sociálních dávek, sociální služby) nebo, aby se mohli zajistit samostatně (práce, legální příjem financí z brigád a možnost zaplatit si ubytování). Jistota, že bude mít čas v klidu vyřídit potřebné záležitosti, je pro klienta zásadní a významně snižuje hladinu stresu i pokusy řešit těžkou životní situaci zkratovitým jednáním.

- Základní vybavení a oblečení (spodní prádlo, boty, pantofle a tak dále), batoh či taška, do které si může dát všechny svoje věci, mít je u sebe a bezpečně s nimi cestovat, hygienické potřeby dle daných specifik pro ženy a muže, léky, diáře, psací potřeby a podobně.

- Poštovní známky pro komunikaci s úřady nebo při s věřiteli při řešení dluhů.
- Jízdenky, peníze na jízdné, které jsou důležité zejména v prvních dnech po návratu z vězení, kdy má dotyčný hodně vyřizování (úřady, bydlení, zaměstnání a jiné). Ukazuje

se, že zkušenost s výhodami měsíční časové jízdenky, kterou na počátku dostane, vede k tomu, že si ji později kupuje i sám. Nejezdí „načerno“ a nevznikají tak další komplikace v podobě pokut a narůstání dluhů za ně.

- Volnočasové aktivity hrají důležitou roli v procesu zotavení a změně životního stylu. Nahrazení aktivit spojených se sháněním a užíváním návykových látek aktivitami novými, které člověku pomáhají, posilují jeho fyzické i psychické zdraví, zbavují ho stresu a dobrým způsobem vyplňují volný čas, zapojují člověka do „společnosti“ a umožní získání nových přátel. Jedná se o aktivity sportovní a kulturní (kde lze nabídnout například proplácení vstupenek do bazénu, fitcentra, knihovny, kina a jiné.

- Příspěvky na zvýšení kvalifikace a uplatnitelnosti na trhu práce, jako je příspěvek na autoškolu či kurzy seberozvoje. Samozřejmostí by měla být bezplatná možnost využití telefonu a internetu, možnost založení emailové adresy, facebookového účtu, vyřizování pracovních nabídek a bydlení telefonicky či emailem.

Průběh spolupráce je rozdělen do 4 fází:

1 **fáze PŘÍPRAVNÁ** je realizovaná v průběhu výkonu trestu či vazby, může trvat po celou dobu uvěznění od vazebního stíhání až do propuštění na svobodu, minimálně však cca 3 až 6 měsíců před propuštěním. Forma spolupráce může být osobní či korespondenční, individuální a skupinová, případně může jít o souběžný kontakt s drogovými službami ve vězení či s vězeňským personálem. Již v této fázi je prostor pro vznik vztahu mezi klientem a pracovníkem, který posiluje klientovu důvěru ve služby. Vzájemná důvěra je významným prvkem další spolupráce po propuštění. Cílem této fáze je práce na motivaci ke změně životního stylu a současně jde o přípravu na propuštění, plánování, řešení problémů, které s sebou propuštění nese.

2 **fáze EXISTENČNÍ** je krátkodobá, poradensko – sociální a přichází bezprostředně po propuštění z výkonu trestu. Důraz je kladen na aktivní sociální práci, poradenství a podporu v návaznosti na propuštění z vězení. Zaměřuje se zejména na tři základní

existenční oblasti – bydlení, základní životní potřeby a zdroj financí (sociální dávky, zaměstnání, brigády). Pokud klient usiluje o abstinenci, je často na místě práce s relapsem. Délka trvání této fáze je zhruba 1–2 měsíce a spolupráce je intenzivní (minimálně 1x týdně, často i 2-3x týdně)

Cílem této fáze je dosažení alespoň dočasné stabilizace v základních sociálních oblastech. v této fázi je dle potřeby možné zprostředkovat jiný typ péče, například rezidenční či ambulantní léčbu nebo nízkoprahové služby. Nedílnou součástí spolupráce je tvorba nového plánu péče, nyní již v reálné situaci života na svobodě.

3 **fáze STABILIZAČNÍ** je dlouhodobá, podpůrná, poradensko – terapeutická. - v této fázi je vhodné zaměřit se na udržení dosažené stability, její rozvoj a zlepšování kvality života směrem ke spokojenosti klienta, řešení psychických, vztahových či jiných témat, které byly příčinnou nebo následkem závislosti či kriminální činnosti. Délka trvání této fáze je zhruba 6 až 12 měsíců, dle potřeby i déle. Pokud je dalším krokem ke stabilizaci léčba, je klient odkázán do jiné návazné služby. Intenzita spolupráce se mění s ohledem na potřeby či možnosti klienta, např. z pracovních důvodů, zpočátku 1x týdně, minimálně však 1x měsíčně. Cílem této fáze je celková stabilizace klienta a podpora jeho kompetence zvládat nároky běžnéhoživota.

4 **fáze UDRŽOVACÍ a** ukončovací, kdy se spolupráce na základě vzájemné domluvy mezi pracovníkem a klientem postupně rozvolňuje, frekvence je cca 1 x měsíčně až čtvrtletně. Klient si postupně zvyká na život bez intenzivní podpory odborných služeb, ale má možnost se obrátit o pomoc v případě potřeby. Délka trvání je 6–12 měsíců dle individuální potřeby klienta.

Cílem této fáze je ukončení spolupráce a úspěšné osamostatnění klienta. Při ukončení spolupráce je vhodné klientovi nabídnout, že v případě potřeby, problémů, má možnost se na službu znovu obrátit.

Krizová období v průběhu spolupráce:

1) Z praxe vyplývá, že pokud není **do 48 hodin po propuštění** dostupná okamžitá intervence sociálních služeb, dochází pod tlakem výše popsaných rizik k selhání. Nejčastěji se tak děje během prvních hodin po propuštění, a to z nutnosti opatřit si finance na zajištění základních životních potřeb. Těžkosti s tímto spojené často vedou člověka k osvědčeným způsobům řešení krizových situací, tedy k užití alkoholu nebo drog.

2) Druhým rizikovým momentem pro relaps a recidivu je **období 4 až 6 měsíců po propuštění**. Důvodem bývá neúspěch při hledání adekvátního bydlení a zaměstnání, popřípadě přetrvávající závislost nebo frustrace ze stigmatu spojeného s pobytem ve výkonu trestu. Často dochází k rozčarování z komplikací nebo konfrontace s neochotou, předsudky či nefunkčním systémem.

3) Třetím rizikovým obdobím je paradoxně moment **naplnění cílů plánu péče**, kdy se klientům podaří dosáhnout stabilizace ve všech základních oblastech života, a přesto pociťují existenciální prázdnotu. k tomu se může přidat také pokles původní obezřetnosti před rizikovými situacemi.

Problémové oblasti, se kterými je potřeba v jednotlivých fázích pracovat:

- **Realita versus představy**, jaké to „po propuštění“ bude. Představy jsou často v rozporu se skutečností. Přestože plány připravené ve vězení a odhodlání ke změně života bývají upřímné, tak závan čerstvého svobodného vzduchu za vraty věznice může odnést předsevzetí pryč.

- **Míra stresu po propuštění**, kdy dochází k řadě změn, díky kterým se kumuluje stresová zátěž. Mění se zaměstnání, bydliště, finanční situace, životní podmínky a rytmy, mění se osobní zvyky, společenské aktivity. Může taky dojít ke konfrontaci se změnami, ke kterým došlo během uvěznění a o kterých dotyčný neměl tušení, (rozchod, smrt blízkého).

- **Systémové překážky** – kromě prostředků na cestu z věznice, které získají po výstupu z výkonu trestu, jsou bývalí vězni první dny odkázáni pouze na dávku

mimořádně okamžité pomoci, kterou zpravidla nedostanou v plné výši. Navíc se k ní často mohou dostat až za několik dní od propuštění (jsou-li propuštěni o svátcích či o víkendu). První dny tedy zpravidla musí hospodařit s minimálními prostředky, které nestačí ani na pokrytí nákladů na ubytování. Kvůli tomu nemohou později získat ani doplatek na bydlení, protože úřadu nemohou doložit ubytovací smlouvu. k prostředkům z příspěvku na živobytí se klient dostane zpravidla až za několik týdnů a musí čekat na výplatní termín. Termín vyplácení této dávky se od úřadu nedozví, protože ani úředníci nedokáží říci, kdy se k němu reálně dávka dostane. Dále může být problematickým záznam v rejstříku trestů, který často stojí jako překážka k získání zaměstnání.

- **Rovnováha životního stylu** – nadšení pro změnu a nový způsob života může také narazit na neschopnost udržovat rovnováhu životního stylu, průběžně vyvažovat povinnosti a radosti. Osoba propuštěná z vězení má odhodlání a potřebu hned vše napravit, vynahradit (rodině, dětem, blízkým nepřítomnost díky VTOS či životu na drogách, zaplatit dluhy a tak dále). Dlouhá odluka však někdy může způsobit snížení citlivosti pro potřeby druhých, což může vést k nedorozuměním ve vztazích.
- **Vnitřní psychické stavy** – potřeba věnovat se psychickému rozpoložení a jeho vlivu na životní fungování se může objevit kdykoliv v průběhu spolupráce, může však být vázána např. na roční období (zimní měsíce, kdy je větší chladno a méně slunečního svitu) a dále na svátky (Vánoce, narozeniny a další)
- **Nepřítomnost klíčového pracovníka** – když klíčový pracovník vypadne a je zastoupen, dočasně či trvale (z důvodů dovolené, dlouhodobé pracovní neschopnosti, odchodu ze zaměstnání) vyvstává riziko konce spolupráce zejména u klientů, kteří mají problém v komunikaci a v navazování vztahů či kontaktů.

Kompetence pracovníka: schopnost vstupovat do kontaktu, asertivita, orientace v trestně-právní oblasti, znalost vězeňského prostředí, schopnost vedení rozhovoru, práce s motivací, orientace v sociálně-právní problematice, orientace v místní síti sociálních, právních a zdravotních služeb

Doporučené materiální zabezpečení: klidná konzultační místnost, počítač, přístup k internetu a dalším informacím, telefon, papír a psací potřeby, voda

Příklad z praxe:

Kontext: sociální služba neziskové organizace specializovaná na sociální a adiktologickou péči ve vězení a po propuštění z vězení

Role: pracovník služby, pracovník probační a mediační služby, klientka Klára

V době, kdy se setkala Klára s pracovníky neziskové organizace externě působící ve vězení, jí bylo 35 let a před nástupem do VTOS užívala 12 let injekčně pervitin, občasně užívala benzodiazepiny. Byla dlouholetou klientkou nízkoprahových služeb pro uživatele drog v místě bydliště. v minulosti absolvovala soudně nařízenou ambulantní léčbu a dle jejich slov šlo spíše o formální naplnění soudního rozhodnutí, protože nebyla v té době motivovaná k abstinenci. Pro Kláru to byl druhý pobyt ve VTOS, celková doba strávená ve vězení byla 30 měsíců a byla odsouzena za výrobu a distribuci drog a křivou výpověď u soudu. Její sociální situace byla velice neuspokojivá, neměla vlastní bydlení. Před VTOS pobývala u matky nebo u drogových přátel či partnerů, měla dluhy a exekuce. Během výkonu trestu byla v kontaktu s matkou a sestrou, otec jí zemřel a partnerské vztahy udržovala pouze s uživateli drog.

Klára začala spolupracovat s externí adiktologickou službou na konci roku 2015 již ve věznici pro ženy, kam služba dojíždí a kde docházela na pravidelné konzultace jednou měsíčně, individuálně a na skupiny zaměřené na prevenci relapsu. Jednalo se o druhou spolupráci s danou službou. Poprvé s ní spolupracovala v rámci svého prvního uvěznění v roce 2014 ve vazební věznici, kdy ještě nebyla motivovaná ke změně. Tentokrát hovořila o své motivaci k abstinenci, ale i o obavách, zda to zvládne. Šlo o její první rozhodnutí ke změně a abstinenci. Aktivně pracovala na tématech prevence relapsu, byla k sobě upřímná a získala postupně náhled na svoji drogovou i kriminální situaci.

Po dvou letech spolupráce ve vězení v roce 2017 se rozhodla podat žádost o podmíněné

propuštění. v té dobu jí pracovníci adiktologické služby seznámili s probačním programem pro dospělé (dále jen PPD), se kterým právě začínali. Klára o něj projevila zájem, ačkoliv původně uvažovala o léčbě v terapeutické komunitě.

Na základě zájmu Kláry se další spolupráce ve vězení zaměřovala na cílenou přípravu na PPD a na udržení motivace k životu bez trestné činnosti a v abstinenci i po propuštění. v rámci její žádosti o podmíněné propuštění byla přiložena zpráva o probíhající spolupráci a možný přínos PPD právě pro ni.

Klára byla i na základě této spolupráce podmíněně propuštěna a byla jí soudem uložena přiměřená povinnost podrobení se vhodnému programu sociálního výcviku. Na základě tohoto ustanovení a pozdější dohody s Probační a mediační službou jí byla do dohledového plánu uložena povinnost absolvovat konkrétně PPD. Jednalo se o intenzivní strukturovaný program, který nabízí pravidelné individuální konzultace (min. 1x týdně, dle potřeby i častěji), které jsou zaměřeny na prevenci relapsu a celkovou sociální stabilizaci dle vytvořeného plánu péče na základě individuálních potřeb člověka.

Klára zahájila spolupráci s PPD hned druhý den po propuštění, jak bylo domluveno ještě ve vězení. Bydlení měla zajištěné u své matky, neměla však práci, ani žádné finance, se kterými by mohla hospodařit. Klára v prvních dnech po propuštění oceňovala zejména to, že se měla na koho obrátit o pomoc a podporu. Během prvního týdne se zaregistrovala na úřadu práce a požádala o dávky hmotné nouze. Také kontaktovala Probační a mediační službu, kde se nahlásila. Společné setkání s probačním úředníkem (Klára, pracovník PPD a PMS) se uskutečnilo po 4 týdnech od propuštění z vězení. v té době již probíhala úspěšná spolupráce v rámci PPD. Měsíční prodleva odpovídá době, kterou trvá, než úředník PMS dostane všechny potřebné dokumenty a usnesení od soudu, aby mohl s klientem zahájit spolupráci. v době, kdy je nejvyšší riziko relapsu a recidivy by se tak klient bez spolupráce s jinou službou ocitl bez podpory.

Společnou schůzku s PMS a pracovníkem PPD vnímala Klára velice pozitivně a oceňovala skutečnost, že je v kontaktu s probačním úředníkem. To jí dávalo pocit větší kontroly

i podpory a zároveň více možností, na koho se v případě potřeby obrátit.

Krátce po propuštění z vězení se jí podařilo nastoupit do zaměstnání, kde pracovala ještě před nástupem do VTOS. Jednalo se o práci na dohodu o provedení práce. v průběhu spolupráce si našla jiné zaměstnání v dělnické profesi, kde má slušný příjem, práce ji baví a vyhovuje jí i časově. Příjem jí stačí jak na životní náklady, tak ke splácení dluhů.

V rámci PPD začala také mapovat své dluhy. Klára si s asistencí založila emailovou adresu, zažádala u Městského soudu o výpis všech trestní řízení, která jsou proti ní vedena a kde je uveden i výčet většiny exekucí. Na základě těchto informací kontaktovala jednotlivé exekutory, které požádala o sdělení aktuální výše dluhů. Komunikace s exekutory byla složitá, ale postupně se podařilo domluvit s většinou z nich. Zjištění finální výše dluhů bylo nezbytnou podmínkou pro zahájení insolvence, což byl další plán v otázce řešení dluhů. v současné době je Klára v insolvenci, splácí požadovanou částku, která je pro ni zvládnutelná i s jistou rezervou pro případ nižšího příjmu.

Dalším významným tématem spolupráce byla prevence relapsu. Klára se krátce po propuštění dostala hned do několika rizikových situací, na které však právě i díky spolupráci s PPD byla dle možností připravena. Kdykoliv se do takové situace dostala, ihned se ozvala a aktivně se ji snažila vyřešit. Mezi tyto situace patřilo například pokutování za přechod přes koleje nebo hádka s uživatelem OPL, dále ji kontaktoval přítel příbuzné pod vlivem OPL či bývalá spoluvězenkyně v práci a sháněla u ní drogy. i díky těmto situacím se na konzultacích otevřely další problémové oblasti, se kterými Klára již dlouhodobě bojovala a rozhodla na nich postupně pracovat. Přestože měla Klára několik relapsů, podařilo se je zvládnout a nedošlo k trvalému návratu k užívání drog.

Další oblastí k řešení byl zdravotní stav. Tuto situaci zhoršoval fakt, že měla Klára na základě předchozích negativních zkušeností velké obavy z lékařů. Proto ji byl nabídnutý a posléze i poskytnutý doprovod, což Klára hodnotila velmi kladně, protože dříve, vždy když měla jít k lékaři sama, z čekárny po chvíli utekla a nic nevyřídila a zdravotní problémy se prohlubovaly. Takto se Kláře podařilo domluvit si termín potřebné operace, zajistit

výměnu praktického lékaře, domluvit návštěvu zubaře i psychiatra. Tím se jí podařilo svoje zdravotní problémy postupně řešit, nyní jsou návštěvy lékaře součástí jejího života a prevence.

V otázce bydlení byla Kláře zprostředkována nabídka sociálního bydlení, o které zažádala, protože se chtěla osamostatnit od soužití s matkou a chtěla získat lepší možnosti práce mimo své trvalé bydliště. Podala žádost o toto bydlení a byla evidovaná v pořadníku zájemců, nakonec si díky celkové stabilizaci našla jiné bezpečné bydlení, již bez sociální pomoci – zařídila si společný pronájem s další osobou.

Jelikož se Klára od začátku potýkala s nedostatkem financí, byla ji průběžně poskytována sociálně materiální pomoc, a to ve formě proplacení jízdného a měsíční tramvajenky, proplácení poplatků u lékařů před nástupem do zaměstnání, nákup zimní obuvi a příspěvek na volnočasové aktivity. Jednalo se jak o nezbytnou sociální pomoc, tak i o podporu motivace. Rodinné vztahy se postupně zlepšovaly, dokonce byla aktivní v péči o svoji neteř, když její sestra nabyla schopná se o dceru postarat.

Po ukončení povinné části programu PPD, která po propuštění z vězení trvala 8 měsíců, pokračovala Klára dobrovolně ještě dalších 6 měsíců v udržovací fázi, schůzky se uskutečňovaly již jen jednou měsíčně. Sama se pak rozhodla ukončit spolupráci s tím, že již má jiné opory v životě a že je schopná fungovat samostatně. Plánuje založení rodiny. v současné době se Klára ozývá nepravidelně, pokud potřebuje nějakou radu či informaci pro řešení svých záležitostí, případně když se chce pochlubit, jak se jí daří.

Klára je na svobodě necelé dva roky a poprvé se jí daří postupně si uspořádat život a plnohodnotně se zapojit do běžného fungování společnosti. Tento nový způsob života ji naplňuje, baví a hovoří o tom, že je spokojená.

Doporučená literatura:

Bareš, P., Mertl, J. (2017). Nejvýznamnější překážky uplatnění osob po výkonu trestu odnětí svobody na trhu práce. Fórum sociální politiky, 1, s. 17-25.

Bargel, M., Jůzl, M. (2011). Prizonizace a kontraprizonizace. České vězeňství: čtvrtletník pro vězeňství a kriminální prevenci, 4, s. 21-23.

Štern, P. (2016). Trh práce a lidé s trestní minulostí (1. Díl). Listy sociální práce, 6, s. 7-9.

II. ČÁST: SÍŤOVÁNÍ

TEORETICKÁ VÝCHODISKA SÍŤOVÁNÍ

Sociolog Manuel Castells, který se zabýval výzkumem sociálních struktur, prohlásil, že v současnosti žijeme ve společnosti sítí (angl. network society; Castells, 2011). Sítě podle něj vytvářejí zcela novou morfologii našeho světa, kdy přítomnost či nepřítomnost v síti a dynamika sítě ve vztahu k ostatním mají zásadní vliv na dominanci a změnu ve společnosti. Jednoduše řečeno, sítě se stávají organizujícím principem společnosti. Nejsou řízeny osamoceně stojícími institucemi, ale spíše mají tendenci těmito institucemi hýbat a transformovat je. Velkého zájmu o sítě a o jejich dynamiku si však můžeme všimnout nejen v sociálních vědách, ale také v neurologii (neuronové sítě), v environmentalistice (ekosystémy) anebo v oboru informačních technologií (počítačové sítě).

V sociální oblasti západního světa se téma sítí stalo módním od 70. let minulého století. Do té doby se systémy sociální péče vyvíjely spíše vertikálně, to znamená, že různé segmenty péče jako zdravotnictví, školství či sociální věci se formovaly odděleně a zaměřily se na vnitřní diverzifikaci struktur a vymezení svých hranic (Seikkula & Arnkil, 2013). Ideálním výsledkem tohoto vývoje měly být vzájemně se doplňující a do sebe zapadající segmenty péče, s jasně určenými cílovými skupinami, stejně jako s jednoznačně vymezenou odpovědností. Tuto vizi se nicméně nedařilo naplnit. Obzvlášť v komplexních situacích, které ovšem bývají v sociální práci spíše pravidlem než výjimkou, docházelo k situacím, kdy v rámci daného systému nebylo jasné, kdo je za řešení situace zodpovědný, a docházelo k vzájemnému obviňování, delegování úkolů, přetahování klientů či naopak k jejich přehazování, a také k syndromu protáčejících se dveří. Vytváření sítí na různých úrovních je odpovědí na tyto problémy.

V České republice se vzhledem k celkově opožděnému vývoji téma sítí objevilo později, kdy s koncem centrálně řízeného hospodářství začaly vznikat nové instituce, organizace a dynamicky se formovat dosud nepříliš rozvinuté sektory jako sociální služby, sociálně-právní ochrana dětí, nízkoprahové služby anebo celá oblast psychoterapie. Velice záhy se

objevily i potíže známé ze zkušeností západních zemí, v tomto případě ke komplikacím při uchopování a řešení komplexních problémů.

Zřetelné to bylo například v oblasti sociálně-právní ochrany dětí, která je tradičně pod pozorným dohledem veřejnosti. Právě v situacích, kdy je ohroženo dítě se jasně ukazuje, že k dosažení změny je třeba součinnosti více různých aktérů: školství, zdravotnictví, psychoterapie, sociální práce i dalších. Ne náhodou je tedy *síťování* termínem, který se do České republiky dostal právě skrze sociálně-právní ochranu dětí. Od roku 2016 Ministerstvo práce a sociálních věcí systémově podporuje aktivity vedoucí k vytváření spolupracujících sítí na úrovni krajů i měst, mimo jiné i tak, že vznikly zcela nové pozice tzv. *lokálních síťařů*, kteří se o koordinaci sítí starají (MPSV, 2017). v době psaní této publikace formování sítí v oblasti sociálně-právní ochrany dětí na celonárodní úrovni stále probíhá, nicméně navazuje na již vytvořené lokální spolupráce mezi OSPODy, prorodinnými organizacemi, terapeutickými centry, školami a dalšími aktéry.

Další oblastí, v níž se začalo dynamicky rozvíjet síťování, je péče o lidi se závažným duševním onemocněním. Dlouho chystaná a očekávaná reforma psychiatrické péče přinesla do popředí zájmu zejména otázku spolupráce mezi zdravotnickými zařízeními (psychiatrické ambulance, psychiatrická oddělení a psychiatrické nemocnice) a sociálními službami. Jako nový prvek péče se začaly zavádět tzv. *centra duševního zdraví*, v nichž působí multidisciplinární týmy kombinující zdravotní a sociální expertízu a které nejčastěji vznikají sloučením již existujících zdravotních a sociálních služeb. Úlohou těchto center je mimo jiné zajistit komplexní péči lidem se závažným duševním onemocněním jak s využitím vlastních zdrojů, tak propojením se zdroji externími. o naplnění strategie a vize reformy se stará množství odborníků jak celonárodně, tak na úrovni krajů. Za zmínku stojí například pozice regionálních koordinátorů reformy, kteří mají za cíl jednak mapovat sítě v regionech a jednak pomáhat těmto sítím ke vzájemné spolupráci formou organizování různých setkání, seminářů a platforem.

V oblasti užívání drog a závislostí se zatím na podobný typ systémové podpory síťování

stále čeká. Zdravotní a sociální služby se do velké míry rozvíjejí spíše vertikálně, tedy samostatně a izolovaně, a jejich propojování se děje spíše nahodile a „zespodu“ jako iniciativa konkrétních lidí během jejich každodenní činnosti v zájmu zlepšení péče. Také síťování mezi jednotlivými typy služeb (nízkoprahové, poradenské, léčebné, pobytové a podobně) není zcela rozvinuté. Od devadesátých let převládal, zejména v oblasti péče o uživatele nelegálních drog, spíše procedurální model (Musil, 2004), kdy byli klienti směřováni do určitých typů služeb na základě „fáze závislosti“, ve které se právě nacházeli. Nezdálo se například vhodné, aby klient, který šel do terapeutické komunity, zůstával dále v kontaktu s pracovníky kontaktního centra. Začaly se však stále víc objevovat situace, které nutily zástupce jednotlivých typů služeb, aby v zájmu klientů zůstávali v co nejintenzivnějším kontaktu, a také aby péče, zejména o klienty s mnohočetnými potřebami, byla komplexně koordinována.

V této části publikace míříme právě tímto směrem. Zaměřujeme se jak na síťování při přímé práci s klienty, tak na využití síťování při koordinační činnosti v systémech péče (Gojová, 2007). Chceme pomoci pracovníkům, kteří poskytují služby uživatelům drog a závislým, aby co nejvíce využívali existující možnosti síťování a aby neměli z tohoto způsobu práce obavy. Nabízíme již rozvinuté nástroje síťování v ČR stejně tak jako inovativní praxi. Uvádíme řadu příkladů síťování a zároveň i způsoby překonávání bariér, se kterými se při síťování pracovníci potýkají.

NÁSTROJE SÍŤOVÁNÍ NA LOKÁLNÍ ÚROVNI

Na úrovni měst, obcí a místních regionů neexistuje současné době povinnost vytvářet síť péče pro uživatele drog a závislé a udržovat ji v chodu. Ve srovnání s výše uvedenými oblastmi sociálně-právní ochrany dětí a péče o duševní zdraví je to handicap, nicméně neznamená to, že by k síťování nedocházelo a jednotliví aktéři by stáli zcela osamoceně. Na jedné straně se poskytovatelé služeb připojují k některým existujícím síťovacím aktivitám, na straně druhé je síťování pro řadu profesionálů přirozenou součástí jejich práce, a tak spontánně vytváří sítě pro různé typy problémů a situací.

Aktivity, ke kterým je možné se připojit, se v každém regionu a obci liší, nicméně stojí určitě za to zdůraznit, že od roku 2007 mají obce v ČR povinnost vytvářet *plán sociálních služeb*, k čemuž zpravidla využívají *metodu komunitního plánování*. Obec tedy iniciuje proces, do kterého přizve nejen všechny poskytovatele sociálních služeb, ale také příjemce/uživatele služeb a zástupce donátorů. Smyslem má být společně se všemi aktéry nastavit fungování sociálních služeb v dané obci tak, aby to odpovídalo jejím specifickým potřebám. Pokud je komunitní plánování vedeno kvalitně a s opravdovým zájmem, tedy nikoliv pouze formálně, pak je to rozhodně skvělá příležitost i pro síťování služeb pro uživatele drog a závislé jak mezi sebou, tak s dalšími poskytovateli. Těsná souvislost problematického užívání drog a sociálního vyloučení, tedy bezdomovectví, chudoby, sexbyznysu, duševních onemocnění přímo vybízí k tomu, aby péče ve všech těchto oblastech byla dobře provázána.

Jistou komplikací samozřejmě je, že procesu komunitního plánování se zpravidla neúčastní zdravotní služby, což je pro oblast drog a závislostí velice důležitý segment. Hrozí riziko, že se drogové a adiktologické služby dobře poznají a propojí s dalšími sociálními službami, ale budou odtrženy od zdravotnictví. Proto je důležité účastnit se i takových aktivit, které více zahrnují služby zdravotní péče. k tomu je možné, alespoň v době psaní této příručky, využít místní platformy a skupiny vznikající v rámci reformy

psychiatrické péče, případně se účastnit seminářů, konferencí, pracovních skupin a kulatých stolů, kde se setkávají i zdravotníci.

Oblast drog a závislostí je však zároveň sama o sobě tak komplexní a specifická, že si nevystačí pouze se začleněním do širších existujících sítí, ale nutně potřebuje vytvářet, posilovat a rozvíjet sítě vlastní. Řada obcí vytváří pozice tzv. *místních protidrogových koordinátorů*, od kterých by se dala očekávat aktivita při síťování v této oblasti. v reálném světě je však tato role spojena zejména s vyhlašováním dotačních řízení, rozdělováním dotací a jejich kontrolou. Nicméně pokud má podporu města, je možné, aby se místní protidrogový koordinátor stal klíčovým aktérem síťování. Příklad úspěšně fungujícího koordinačního mechanismu z úrovně města popisujeme níže.

Nejčastěji k síťování dochází během každodenní praxe. Zde je zapotřebí vyzdvihnout roli nízkoprahových služeb, které jsou nejčastěji provozované nestátními neziskovými organizacemi. Ve svém proaktivním nastavení vůči klientům jsou to většinou právě tyto služby, které iniciují spolupráci s dalšími programy, institucemi a organizacemi, ať už za účelem oslovení nových klientů, anebo v zájmu klientů stávajících. v praxi kontaktních center s regionální působností je například běžné setkávání se starosty menších obcí, se zástupci nemocnic, zařízeními sociálních služeb, ale také s číšníky, barmany, majiteli heren. Těm všem jsou jednak nabízeny služby a jednak je jim referováno o činnosti daných organizací. To, že jde o přirozenou součást nízkoprahových služeb, je zjevně dáno nejen typem služby, ale určitě také tím, že převážnou část týmu tvoří sociální pracovníci, pro které by síťování mělo patřit k zásadním činnostem jejich profese. To je odlišuje od zdravotníků, kteří v rámci svého vzdělávání nejsou k síťovému způsobu práce zpravidla nikterak vedeni.

Case management jako klíčový nástroj síťování

Klíčová slova: *case management – assessment – plánování – propojování – prosazování práv a zájmů – monitorování*

Kompetence pracovníka: aktivní naslouchání, empatie, orientace na klienta, vedení motivačního rozhovoru, schopnost efektivní komunikace, orientace v sociálně-právní problematice, základy psychologie, orientace v problematice užívání návykových látek, orientace v místní síti sociálních, právních a zdravotních služeb

Doporučené materiální zabezpečení: klidná konzultační místnost, počítač, připojení k internetu a dalším informacím, telefon, papír a psací potřeby, voda

Jedním z mála osvědčených nástrojů pro síťování v českých podmínkách na lokální úrovni je tzv. *case management* nebo také koordinovaná péče. Má bohatou a dlouhou historii, v zahraničí více než stoletou, u nás zhruba dvacetiletou. Není to metoda nebo technika, která se dá jednoduše naučit a aplikovat jedním člověkem. Je to spíš způsob práce zahrnující minimálně tým sehraných pracovníků, který ke spolehlivému fungování navíc vyžaduje širokou podporu zastřešující organizace i partnerských institucí.

Ačkoliv je case management obtížné uspokojivě definovat, například americká Národní asociace sociálních pracovníků (NASW, 2013, s. 13) nabízí tuto charakteristiku: *„Proces plánování, vyhledávání, prosazování a monitorování služeb z různých sociálních nebo zdravotních organizací ve prospěch klienta. Tento proces umožňuje sociálním pracovníkům v organizaci/organizacích koordinovat svoje úsilí ve prospěch daného klienta skrze profesionální týmovou práci a tím rozšiřovat rozpětí nabízených služeb, které klient potřebuje. Case management omezuje problémy vycházející z fragmentace služeb, fluktuace pracovníků a nedostatečné koordinace mezi poskytovateli.“*

Jak vyplývá z této definice, case management se uplatňuje jak v sociálních službách, tak ve zdravotnictví. Nejčastěji se v rolích case managerů, tedy koordinátorů péče, uplatňují

zdravotní sestry a sociální pracovníci, v poslední době v některých zemích stále víc také peer konzultanti. Sociální práce však bývá v poskytování case managementu považována za stěžejní. v USA jsou vytvořeny standardy pro case management v sociální práci, přičemž sociální pracovníci zajišťují koordinaci služeb často i v rámci zdravotnictví (Van Pelt, 2013).

V rámci typů case managementu, které se osvědčily jako efektivní, je možné základní rozdělení do dvou skupin. Modely, kdy jsou případy sdíleny týmem (týmový CM), a modely, kdy je případ veden jedním pracovníkem (individuální CM). Příkladem týmového CM je asertivní komunitní léčba využívaná pro lidi se závažným duševním onemocněním, kdy se téměř každodenně i potkává stejný tým profesionálů z různých oborů (nejčastěji sociální pracovník, lékař, zdravotní sestra, specialista na zaměstnanost, psycholog). Diskutují se jednotlivé případy a rozhoduje se o tom, kdo daného klienta ten den navštíví v místě jeho bydliště. Snahou je poskytovat všechny potřebné služby v rámci tohoto týmu a nezapojovat již další odborníky. v případě individuálního CM má jeden pracovník na starosti určitý počet klientů (zpravidla mezi deseti a třiceti), pro které zajišťuje vhodnou, na míru šitou podporu z dostupných zdrojů v komunitě, v níž klient žije. Zde potom přichází ke slovu síťování ve smyslu propojování formálních i neformálních sítí. Jde také o týmovou práci, nicméně tým case managerů jedné organizace se nepotkává tak často (stačí např. jednou týdně) a nesdílí případy klientů, slouží pouze ke vzájemnému informování a podpoře. Kombinací týmového a individuálního case managementu v oblasti duševního zdraví je takzvaná flexibilní asertivní komunitní léčba (Van Veldhuizen & Bahler, 2013).

Efektivní modely case managementu se daleko víc zaměřují na práci v terénu, resp. v přirozeném prostředí klientů (Veldhuizen & Bahler, 2013). Dostupnost podpory tam, kde se klient právě nachází, je také jeden z hlavních prediktorů úspěšného case managementu. Těmi dalšími jsou dle Thornicrofta (1991) kontinuita péče, vztah mezi pracovníkem a klientem, šití podpory na míru dle potřeb, usnadňování nezávislosti, prosazování zájmů klientů a prosazování nových služeb.

Budování sítě při case managementu

V následující části uvádíme konkrétní příklad, na kterém jsou dobře patrné základní prvky case managementu, kterými jsou:

1. Kontaktování
2. Assessment
3. Plánování
4. Propojování
5. Prosazování práv a zájmů
6. Monitorování

Všechny tyto prvky jsou zároveň důležitými složkami vytváření sítě, která je šitá na míru aktuálnímu případu, v jehož centru stojí klient, rodina, skupina lidí.

Příklad je vybrán z praxe poradenského centra neziskové organizace, kde působí tým case managerů (dále jen tým CM) přímo zajišťující dvě služby – odborné sociální poradenství a chráněné bydlení – a věnuje se lidem, kteří se zotavují z užívání návykových látek, se specifickým zaměřením na lidi se souběžným dalším duševním onemocněním/poruchou (osoby s tzv. duální diagnózou). Klientem je pětatřicetiletý muž, který zde ponese jméno Jan (jméno klienta i dalších aktérů jsou změněna), je bývalým dlouholetým uživatelem pervitinu, má za sebou několik pobytů ve vězení a v době prvního kontaktu s týmem neměl práci ani stabilní bydlení.

Kontaktování

Pro síťování je nezbytné vytvářet dohody s těmi službami, se kterými probíhá spolupráce nejčastěji a které usnadní kontaktování klienta. Zde představovaný tým CM má vytvořeny dohody s několika nízkoprahovými centry spočívající v tom, že na první schůzku klienta doprovází pracovník referujícího zařízení. Je tak zajištěna kontinuita práce mezi dvěma zařízeními a zároveň se otevírá prostor i pro diskusi o očekáváních, představách a přáních pracovníka druhého zařízení.

V případě Jana bylo tímto referujícím zařízením kontaktní centrum (KC). Na první schůzku do poradenského centra doprovodila Jana pracovnice KC Alena, přišli v tzv. kontaktních hodinách, tedy v čase, kdy klienti mohou přicházet bez objednání. Člen týmu CM Jiří, který měl službu, zorganizoval prostor tak, aby mohli všichni tři sedět v jedné místnosti sami a nebýt nikým rušeni. Schůzka trvala asi 20 minut, většinu času Alena objasňovala, proč si myslí, že by Jan mohl mít prospěch z nabídky týmu CM. Zejména zmínila, že se Jan nyní pokouší abstinovat od nelegálních drog a není proto žádoucí, aby se na KC stýkal s aktivními uživateli drog. Jan přisvědčil, nicméně se zajímal o to, zda bude moci nadále využívat některé služby KC – zejména sprchu a praní prádla. Jiří na místě pomohl vyjednat, aby Jan mohl docházet do KC i nadále, avšak v přesně domluvené časy, kdy nebudou přítomni jiníklienti.

Komentář:

Z hlediska síťování si zde můžeme všimnout, že vznikla velice konkrétní dohoda mezi týmem CM a kontaktním centrem, ke které bylo možné vrátit se i v budoucnu. Je velice efektivní, když taková dohoda vznikne na základě konkrétní situace klienta a klient může být přítomen. Je to společná zkušenost s žitým lidským příběhem, která má tendenci lidi propojovat a vést je ke spolupráci spíše než k vymezování hranic.

Zároveň je tato úvodní fáze, tedy kontaktování, zásadní pro další úspěšné pokračování spolupráce s týmem. Do života a do sociální sítě klienta v té chvíli vstupuje nový člověk, který na něj bude mít nutně vliv. Ze strany pracovníka je tedy zapotřebí pečlivě zvážit kontext tohoto setkání, aby mohl být navázán vztah založený na důvěře a bezpečí a aby nedocházelo ke stigmatizaci, znevýhodnění nebo zneschopnění. Pokud není možné, aby klienta na úvodní setkání někdo doprovodil (což je preferovaná varianta), jsou všechny tyto otázky diskutovány s klientem a je s ním také projednáno, zda je zapotřebí ještě někoho oslovit a podobnou dohodu, jakou udělal Jiří, Jan a Alena, vytvořit dodatečně. Je maximálně důležité navázat na první schůzce vztah, což Jiří zajistil tím, že zůstal v místnosti s Janem ještě chvíli sám a vedl s ním neformální rozhovor.

Assessment

Assessment (jinde nazývaný jako depistáž, posuzování situace, zjišťování potřeb a podobně) se někdy považuje za úvodní fázi spolupráce, jeho příliš časný začátek však může komplikovat navázání spolupracujícího vztahu. Sada otázek osobního charakteru položených hned v úvodu, situace, kdy jeden se ptá a druhý odpovídá, může vést k posílení nerovností mezi pracovníkem a klientem. Oproti zdravotnické diagnostice se assessment neodehrává během jednoho setkání. Důvodem je ochota klienta sdílet některé citlivější informace, která obvykle roste s rozvojem vztahu a také dynamika neustále se měnících situací, díky které nelze většinu informací považovat za jednou dané.

V případě Jana bylo potřeba nejprve rozhodnout, kdo bude jeho klíčovým pracovníkem a kdo s ním začne podrobněji prozkoumávat jeho situaci, jinými slovy, kdo zahájí assessment. Tato rozhodnutí vznikají při pravidelných poradách týmu. Protože nic nebránilo tomu, aby v práci s Janem pokračoval Jiří, který byl u prvního kontaktu, stal se jeho klíčovým pracovníkem on.

V rámci dalšího setkání se Jiří chtěl zaměřit zejména na dvě oblasti:

1. cíle klienta ve smyslu dlouhodobých snů, vizí, plánů a představ;
2. aktuální podpůrná síť.

Ze všeho nejdřív dal Jiří prostor klientovi, aby se představil způsobem, který je mu vlastní. Jiří začal vyprávět příběh o sobě jako o dlouholetém uživateli pervitinu, který žil na ulici, nicméně po opakovaném výkonu trestu už takto dál pokračovat nechce. Chce najít stabilní práci, vlastní bydlení, postupem času založit rodinu a splácet svoje dluhy. Také si chce udržet svůj závazek nevracet se k „tvrdým drogám“. Když se Jiří doptával na podpůrnou síť, zjistil, že se svou rodinou není Jan v kontaktu, protože po opakovaných zklamáních s ním už odmítají komunikovat a jakkoliv mu pomáhat. Dokázal si nicméně vytvořit určitou síť z pomáhajících odborníků – je v pravidelném kontaktu s kurátorem a s terapeutkou adiktologických služeb ve vězení, se kterou se poznal v průběhu výkonu trestu. Na základě těchto informací navrhl Jakub, že by se s terapeutkou mohli potkat

společně a domluvit se, jak zajistit společnými silami co nejúčinnější podporu.

Komentář:

Assessment by měl vždy být součástí přirozeného rozhovoru, který je veden zájmem pracovníka o klienta jako člověka a ochotou klienta sdílet svůj příběh. Je tedy žádoucí, aby zvlášť v úvodu pracovník naslouchal tomu, o čem chce klient mluvit, ať už jde o vyprávění příběhu, anebo například o stížnosti na současnou situaci a nepochopení ze strany okolí. Pracovník se při tom snaží vyprávěnému porozumět z klientovy perspektivy, nevnáší svoje úsudky, názory ani hodnocení. Je však zároveň důležité získat představu o snech, cílech a přáních klienta, aby se začala rýsovat cesta, po které se spolu mohou vydat. Zároveň je pro pracovníka důležité vidět, kdo už na této cestě s klientem je, proto se doptává na podpůrnou síť. To umožňuje uvažovat také o dalších lidech, které k sobě mohou s klientem přizvat. Otázky na budoucnost a na podpůrnou síť jsou tedy pro assessment zásadní.

Plánování

Plánování v case managementu je v zásadních aspektech odlišné od individuálního plánování v sociálních službách. Míří k vytvoření specifické podpůrné sítě, tedy k využití všech dostupných zdrojů podpory, díky kterým by klient mohl postupně naplnit své cíle a přání, na která nestačí sám. Tento plán by tedy ideálně měl vznikat nejen mezi case managerem a pracovníkem, ale v přímé spolupráci s dalšími členy podpůrné sítě. Plánování přitom vždy navazuje přímo na assessment, zejména na identifikaci podpůrných zdrojů klienta. Podobně jako assessment však plánování není záležitostí jednoho setkání, je to spíše proces, který je přítomný v celém průběhu spolupráce.

Důležitou součástí plánování s Janem byla společná schůzka s terapeutkou Petrou, která se s Janem potkávala už při jeho pobytu ve vězení. Jejím jádrem byla domluva na tom, co kdo může pro Jana udělat. Jan mluvil o svém závazku abstinovat od nelegálních drog a své

potřebě o tom s někým mluvit. Vzhledem k tomu, že terapeutický kontakt mezi ním a Petrou už trval delší dobu a Jan s ním byl spokojený, zdálo se velice vhodné, aby terapeutická sezení pokračovala i nadále. s ohledem na častější a flexibilnější kontakt s Jiřím bylo dohodnuto, že spolu budou hledat práci a zároveň vytvářet plán splácení dluhů. Posledním tématem bylo bydlení, kdy Jan přespával na noclehárně v nevyhovujících podmínkách, a i proto vítal možnost osprchovat se a vyprat si prádlo v kontaktním centru. Nabízela se možnost ubytování v chráněném bydlení, které měl na starosti tým CM. Jan o ubytování měl zájem a Jiří s ním naplánoval přesný postup toho, co je potřeba k tomu udělat. Po podání žádosti o ubytování byl k plánovacím schůzkám přizván pracovník odpovídající za službu chráněného bydlení.

Komentář:

Společná tvorba plánu je zásadní pro to, aby vznikající síť byla dostatečně stabilní a soudržná. Nutně totiž obnáší dohodu společného záměru, která někdy nemusí vznikat úplně lehce, protože zpočátku mohou být záměry zapojených aktérů dosti odlišné. Nejlepší cestou ke společnému záměru je dlouhodobé plánování, které by se dalo přirovnat ke strategickému plánování v organizaci. Moderátor setkání povzbuzuje klienta, ale i další přítomné pracovníky ke sdílení svých vizí, přání, snů a dlouhodobých cílů. Janův cíl dlouhodobé abstinence by patřil k tomuto typu cíle, a na něm nebývá nesnadné se shodnout, i přes různé představy, jak k němu dojít. Zároveň však v rámci plánovací schůzky nesmí chybět velice krátkodobé a konkrétní plánování, kdy se zúčastnění domlouvají na tom, co, kdo, kdy a jak udělá. Plán postupu podání žádosti o ubytování by byl takovým typem plánování. Např. Jan napíše motivační dopis, Jiří zjistí kapacitu bytů, společně si projdou podmínky ubytování, Alena s Jiřím příští týden proberou možnosti a rizika tohoto kroku. Zároveň je důležité, aby byl vytvářený plán průběžně sdílen i se členy sítě, kteří nejsou přítomni.

Propojování

Aby plán fungoval, je zapotřebí jednak propojit klienta s dostupnými a vhodnými zdroji podpory a dále tyto zdroje provázat navzájem. Může to být komplikované, protože ne vždy je dosažitelné, aby se osobně setkávali všichni členové podpůrné sítě. Potom je odpovědností case managera, aby pomohl vytvořit takový mechanismus, který umožní všem být ve vzájemném kontaktu.

Jiří nepotřeboval Jana osobně seznamovat se zástupci sítě, protože Jan byl zvyklý si o podporu a pomoc říkat. Při řešení Janových dluhů ale narazili na situaci, kdy Jan věděl o tom, že dluží několika institucím, veškerou dokumentaci o těchto dluzích však dříve zničil, nevěděl tedy vůbec, kde a komu by měl dluhy splácet. Jedinou možností bylo ofotit si spisy přímo na soudu. Protože ale neměl Jan fotoaparát, rozhodl se Jiří poskytnout Janovi doprovod a vyfotit spisy fotoaparátem svým. Domluvil schůzky na soudě v příslušných kancelářích a spisy společně s Janem ofotil. Potom zorganizoval schůzku s právníkem, který jim pomohl vytvořit plán priorit při splácení, to znamená, které pohledávky uspokojit dříve, kam napsat žádost o odklad, které pohledávky počkají a podobně.

Komentář:

Osobní doprovod je často nejlepší způsob, jak klienta provázat se zdroji pomoci a podpory. Je však důležité, aby si klient doprovod sám přál. v případě focení spisů pracovník na základě assessmentu usoudil, že v aktuální situaci by pro Jana byla cesta k soudu a ofocení spisů téměř nepřekonatelný úkol, který by mohl snadno vzdát. s drobnou výpomocí od Jiřího se ale mohl Jan posunout k další fázi, kterou už s právníkem řešil samostatně.

Prosazování práv a zájmů

Case manager by měl být spojencem klienta a někdy může být i jeho „advokátem“, pokud je to na místě. Case manager se aktivně zajímá o to, zda jsou dodržována všechna

klientova práva a zda všechny podpůrné služby opravdu postupují v jeho zájmu. Při podezření na porušování práv a zájmů klienta některým ze zapojených subjektů projednává case manager možný postup s klientem, případně s dalšími členy jeho sítě. Stejně tak reaguje na stížnosti, které přináší sám klient. Přitom se vždy snaží potenciální konflikty řešit na neformální úrovni, tedy přímou komunikací s dotyčnou osobou. Až v případě selhání tohoto způsobu komunikace využívá oficiální postupy.

Jan jednoho dne volal Jiřímu a s velkým rozhořčením mu sděloval, že sociální pracovnice v azylovém domě, kde bydlel, odmítá vyhovět jeho žádosti o odklad platby za ubytování, přičemž na tento odklad má podle vnitřních předpisů právo. Jan zároveň řekl, že mu pracovnice dala ultimátum, aby zaplatil požadovanou částku do večera, jinak se bude muset odstěhovat. Jan ale peníze do večera není schopen sehnat. Jiří slíbil, že zkusí zjistit k celé situaci víc informací a okamžitě sociální pracovnici zavolal. Ta mu podala jinou verzi – podle ní Jan personál azylového domu přehlíží, v poslední době nepřišel na domluvené schůzky a několikrát na ni zvýšil hlas. Nechce jeho chování akceptovat a odklad platby podle ní není nárokový. Jiří vyjádřil pochopení pro rozhořčení sociální pracovnice a věnoval se aktuální situaci – potvrdil pracovnici, že Jan bude mít peníze k dispozici až za týden, protože v minulém měsíci nastoupil do práce, a nabídl jí, že s ním jeho chování probere. Zároveň požádal o umožnění odkladu platby s tím, že osobně dohlédne na zaplacení celé částky. Pracovnice s navrženým řešením souhlasila. Jiří pak na schůzce s Janem mluvil o vztazích v azylovém domě a o tom, jak si zajistit bezkonfliktní soužití.

Komentář:

Úkolem case managera není zjistit na čí straně je pravda, ani se nemá snažit za každou cenu prosadit zájem klienta. Snaha „porazit“ druhou stranu může vést jednak k eskalaci situace, jednak k narušení budoucích vztahů mezi case managerem a jiným odborníkem. Proto v tomto případě Jiří zvolil cestu okamžitého osobního rozhovoru s pracovnicí, kdy se jí snažil vyjádřit porozumění, zároveň však usiloval o to, aby nebyl klient vyhozen na ulici. Po zjištění o spíše vztahovém a emocionálním pozadí konfliktu, pak nechal stranou

spor o to, která strana je v právu. Důležité bylo, že zájem klienta – pokračovat v bydlení na azylovém domě – byl nakonec prosazen.

Monitorování

Od case managementu se především očekává, že díky efektivní koordinaci zdrojů se podaří dosáhnout cílů klienta, resp. společnosti, a tyto změny budou udržitelnější – tedy nebude docházet k efektu „protáčejících se dveří“, kdy se klienti opakovaně vracejí do služeb. Je tedy velice důležité mít dobrý nástroj pro vyhodnocování toho, zda je zvolená cesta opravdu tou nejlepší z hlediska cílů klienta i společnosti a jestli nejsou opomíjeny důležité oblasti. Pravidelné monitorování pokroku by tedy mělo být součástí standardních procedur týmu a t stanovený interval, ve kterém má být hodnocení provedeno by neměl být překračován. Monitorování však může probíhat i při jiných příležitostech: při významném kroku klienta (přechod do jiného typu bydlení, vstup do ambulantního programu, návrat z hospitalizace) nebo při změně case managera.

Vzhledem k odchodu Jiřího z týmu poradenského centra dostal Jan nového klíčového pracovníka. Na poradě týmu bylo rozhodnuto, že jím bude Luboš. Jiří a Luboš se dohodli, že se s Janem setkají společně a využijí „předání“ i k monitorovací schůzce. Na této schůzce Jiří i Jan konstatovali, že se Janovi podařilo udělat velice důležité kroky. Především získal pracovní smlouvu a na azylovém domě má teď nárok na samostatné bydlení. Začal komunikovat s věřiteli a s některými už se dohodl na splácení dluhu. Navázal kontakt se sestrou, i když zatím pouze občasný. Daří se mu vyhýbat nelegálním drogám. Jiří zmínil docházení na schůzky, kdy se stávalo, že Jan opakovaně nepřišel, někdy bez upozornění. Luboš jej požádal, jestli by mu mohl vždycky dopředu dát vědět a ptal se ho na čas a místo, které by mu ke schůzkám nejvíc vyhovovalo.

Komentář:

Monitorování sice uzavírá představené prvky case managementu, ale zároveň nás vrací na začátek, resp. ke všem předchozím částem. Díky monitorování lze zjistit, které oblasti

života klienta se mění žádoucím směrem a které ne. Na základě tohoto zjištění se můžeme skrze assessment podrobněji podívat na oblast, ve které se zatím žádný pokrok neděje a následně tak pozměnit plán. Stejně tak můžeme zjistit, které zdroje by bylo dobré mezi sebou ještě propojit a také zda jsou klientova práva a zájmy respektována.

Shrnutí

Závěrem je třeba konstatovat, že v oblasti užívání drog a závislostí jsou iniciátory case managementu nejčastěji neziskové organizace. Jejich velkou výhodou je často vysoká profesionalita, dobré týmové, supervizní i metodické zázemí. Na rozdíl od kolegů ve zdravotnictví nebo ve státních institucích však sociální pracovníci v neziskových organizacích nemají žádné pravomoci ani jim role case managerů není přidělena zákonem či jiným předpisem. Pokud tedy chtějí zajistit pro své klienty komplexní koordinovanou péči, musejí o její podobě a o své roli někdy složitě vyjednávat, přičemž se mohou dostat do konfliktů s pracovníky jiných organizací, kteří řadu pravomocí mají, například se sociálními pracovníky obcí nebo s pracovníky ve zdravotnictví.

Zákon o sociálních službách tuto situaci neulehčuje, spíš naopak. Jeho podstatou je vztah poskytovatel – uživatel služeb, nepamatuje se však na koordinaci těchto služeb, jejich prosazování, monitorování ani na komplexní assessment. Navíc jsou zákonem o sociálních službách poskytovatelé nuceni přihlásit se ke konkrétní službě a zvolit si konkrétní cílovou skupinu, což je pro case management velice omezující. Týmu CM, od kterého pocházel výše uvedený příklad, umožnilo komplexní práci úzké personální propojení dvou služeb (odborné sociální poradenství a chráněné bydlení) a dvou cílových skupin (lidé se závislostí s lidmi s duševním onemocněním). Nejde však o systémové řešení.

Koordinace péče v oblasti drog a závislostí ze strany města

Klíčová slova: *politika pro oblast drog a závislostí – koordinační tým – městská strategie – akční plán*

Kompetence pracovníka: Znalost principů komunitního plánování, orientace v síti služeb pro uživatele drog v daném městě, zkušenost z přímé práce s uživateli drog, dobré komunikační a vyjednávací schopnosti, znalost v oblasti drogové politiky v České republice

Doporučené materiální zabezpečení: kancelář, telefon, PC, připojení k internetu

Jak už jsme zmínili, oficiálně neexistuje žádný subjekt, jehož povinností by bylo síťování služeb pro uživatele drog a závislé v rámci obce nebo místního regionu. To nemusí být tak zásadní komplikací v malých městech a regionech, kde zdrojů podpory spíše není dostatek, a tak se ze síťování stává nutnost, ale ve velkých městech, kde existuje řada různých typů služeb a více poskytovatelů, to naopak může přinášet značné problémy. Poskytovatelé sociálních služeb jsou v současné době pod tlakem jednoletého vícezdrojového financování a způsobu vykazování výkonů nuceni vzájemně soupeřit o klienty, což jde zcela proti principu síťování. u poskytovatelů zdravotních služeb je to se vzájemnou konkurencí podobné, ti navíc nejsou nijak motivováni k jiným činnostem, než k přímému poskytování služeb a díky jejich obvyklé přetíženosti tak nezbývá na síťování žádný prostor.

Celá tato situace je především nevýhodná pro klienty, resp. pro lidi, kteří potřebují pomoc. Může pro ně například být velice obtížné zorientovat se v nabídce služeb a podpory. Jednotlivé organizace přirozeně propagují především vlastní služby a není přitom nijak zaručeno, že pracovníci budou dobře znát veškeré služby a možnosti podpory v regionu. Proto se může lehce stávat, že se klienti nedozví o zařízení, které by pro ně mohlo být

užitečné. Jinými slovy, neexistuje standardní orientační a koordinační mechanismus, který by vytvářel síť v pravém slova smyslu, kde jednotlivé uzly o sobě ví, jsou dobře propojeny a dokážou spolupracovat. v následujících řádcích představujeme příklad z Brna, kde byl právě takový orientační a koordinační mechanismus nastaven.

Městský koordinační tým pro oblast drog a závislostí

Magistrát města Brna (dále MMB) projevil v roce 2015 zájem o komplexní koordinované řešení problematiky drog a závislostí a za tímto účelem nejprve zadal Analýzu drogové situace ve městě Brně. Na základě této analýzy svěřil protidrogové koordinátorce koordinaci zpracování nové strategie pro oblast drog a závislostí a zároveň uvolnil finanční prostředky na zřízení expertního koordinačního týmu, který by napomáhal vytvoření i naplňování strategie a souvisejících akčních plánů.

V březnu 2017 byli do tohoto městského koordinačního týmu vybráni 3 odborníci, kteří splňovali podmínku nezávislosti, to znamená, že nebyli zapojeni do poskytování služeb v rámci specializované sítě financované z prostředků MMB. Zásadní bylo, aby tito odborníci pokryli tři důležité oblasti: drogovou politiku, oblast epidemiologie a výzkumu drog a závislostí a oblast služeb pro uživatele drog a závislé. Vedoucí týmu se stala protidrogová koordinátorka města Brna.

Prvním úkolem koordinačního týmu bylo vytvořit novou strategii pro oblast drog a závislostí, která by vycházela jednak z realizované analýzy, jednak z alespoň základního konsensu mezi hlavními poskytovateli služeb. Tým tedy uspořádal sérii schůzek se zástupci poskytovatelů sociálních i zdravotních služeb, přičemž k některým schůzkám byly přizvány dvě až tři organizace zároveň. To se ukázalo jako velice užitečné nejen z hlediska diskutování priorit a strategických cílů, ale také z hlediska podpory vzájemné spolupráce mezi poskytovateli. Na základě těchto schůzek a následné komunikace byl předložen návrh strategie ke schválení Radou a následně Zastupitelstvem města Brna. Oba orgány strategii přijaly.

Kromě strategie na období 2018–2022 vznikl také dvouletý akční plán na období 2018–2019. Tento plán už obsahoval velice konkrétní opatření vycházející ze strategických cílů, kvůli kterým bylo zapotřebí navýšit rozpočet pro tuto oblast ze strany MMB. i tento akční plán šel do schvalovacího procesu a z důvodů vyšších finančních požadavků nebylo snadné jej prosadit. Zde se však velice osvědčila spolupráce koordinačního týmu, kdy protidrogová koordinátorka vedla jednání na úrovni magistrátu a experti z týmu připravovali pro tato jednání argumentaci a podklady. Nakonec rozpočet navýšen byl, byť ne v původně plánované výši, a to umožnilo vypsat dotační výzvy pro realizaci jednotlivých opatření. Pro konkrétní představu uvádíme základní opatření akčního plánu:

1. *Přístup k nestigmatizující zdravotní péči pro aktivní i zotavující se uživatele drog*

2. *Zvýšení dostupnosti specializovaných nízkoprahových služeb*

3. *Specializovaná péče pro skupiny uživatelů drog se zvýšeným rizikem stigmatizace nebo s mnohočetnými potřebami*

4. *Podpora aktivit vedoucích k prevenci ohrožení zdraví a bezpečnosti v důsledku užití drog v prostředí zábavy a nočního života*

5. *Podpora provázanosti jednotlivých služeb a srozumitelné a racionální informování veřejnosti o rizicích závislostí a možnostech pomoci*

6. *Koordinovaná spolupráce odborníků reprezentující mezioborový a mezisektorový přístup včetně zapojení lidí s žitou zkušeností*

7. *Výzkumná činnost zaměřená na specifická témata a problémy v oblasti drog a závislostí ve městě Brně*

Na základě těchto schválených opatření se zástupci týmu začali scházet s poskytovateli služeb v Brně a podporovat je v naplňování jednotlivých opatření akčního plánu, zejména je tedy motivovali k tomu, aby si jednotlivá témata vzali za své a žádali na ně dotaci. Protože měl tým brzy poměrně jasnou představu, kteří poskytovatelé se chystají zaměřit

na kterou oblast akčního plánu, mohl efektivně propojovat služby mezi sebou a zároveň zajišťovat, aby se aktivity organizací nepřekrývaly. Tímto způsobem začala mezi poskytovateli vznikat atmosféra důvěry a spolupráce.

Tým také uspořádal několik seminářů týkajících se aktuálních témat a pozval na ně všechny důležité aktéry. v jedné místnosti se tak nad společným tématem sešli lidé, kteří se běžně nepotkávají, někdy téměř protivníci. Například seminář týkající se narušování veřejného pořádku v konkrétní lokalitě nabídl diskusi nejen mezi poskytovateli služeb, ale také mezi Policií ČR, Městskou policií Brno nebo zástupci města. Podobně seminář ohledně nočního života přivedl k jednomu stolu pracovnice OSPOD, zástupce policie, sociálních a zdravotních služeb, ale také majitele hudebních klubů.

Významnou se také ukázala být těsná spolupráce týmu s tzv. participativními skupinami, tedy uskupeními sdružujícími zejména lidi s vlastní zkušeností s užíváním drog a závislostí. v Brně v době psaní této publikace existují dvě takovéto skupiny, jedna složená z uživatelů nelegálních drog a druhá ze zotavujících se závislých a blízkých. Tyto skupiny byly aktivně zvány k tomu, aby se vyjadřovaly k prioritám strategie a akčních plánů a některá opatření byla vnesena přímo na základě jejich požadavků. Samotný fakt, že šlo o opatření formulovaná uživateli služeb, ještě více napomohl tomu, že poskytovatelé byli ochotni na těchto cílech spolupracovat.

Už po dvou letech fungování městského koordinačního týmu se ukazuje, že jeho činnost přispívá k efektivitě a účinnosti služeb v Brně tím, že napomáhá jejich přesnějšímu zacílení a vzájemné spolupráci. Zároveň je také zcela jasné, že protidrogová koordinátorka by nebyla schopna tuto agendu zvládnout sama. Je však nutné konstatovat, že tato forma síťování se neobejde bez zájmu vedení města na komplexním řešení problematiky drog a závislostí.

NÁSTROJE SÍŤOVÁNÍ NA KRAJSKÉ ÚROVNI

Podobně jako na lokální, ani na krajské úrovni nemá nikdo přímou povinnost zajišťovat koordinaci sítě služeb pro uživatele drog a závislé. To je změna oproti stavu před rokem 2017, kdy existovala zákonem stanovená povinnost krajů zřizovat funkce krajských protidrogových koordinátorů. s účinností zákona č. 65/2017 Sb. o *ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek* tato povinnost zaniká a zákon pouze stanoví, že kraje *mohou* za účelem koordinace protidrogové politiky zřídit funkci krajského koordinátora pro protidrogovou politiku. Zároveň však tento zákon stanovuje krajům povinnost nejméně jednou za 10 let přijímat krajskou strategii protidrogové politiky, a tedy se touto oblastí zabývat musí. Praxe v jednotlivých krajích se však výrazně liší.

Síťování na krajské úrovni je přitom takřka nezbytné, a to z několika důvodů. Za prvé, v řadě lokalit a malých regionů zcela chybí drogové a adiktologické služby. Je tedy zapotřebí vyjednávat na úrovni kraje o tom, jak základní síť zabezpečit, jak se postarat o zajištění potřeb cílové skupiny, a to se neobejde bez průběžného setkávání poskytovatelů služeb v daném kraji. Za druhé, povaha drogového problému není stabilní a často se mění regionálně. Například uživatelé nelegálních drog často migrují, a tím může docházet k vytváření

„ohnisek“ problémů v lokalitách krajů, kde dříve žádné nebyly. Je proto důležité vzájemně se o těchto procesech a trendech informovat, sdílet zkušenosti s řešením problémů, předávat si dobrou praxi a vzájemně si vypomáhat. a za třetí, specializované zdravotní služby mají často krajskou působnost a vytváření spolupráce například mezi nízkoprahovými zařízeními a nemocnicemi, které mohou zajistit detoxifikaci či nabízejí léčbu závislosti, vyžaduje nutně koordinaci v rámci celého kraje.

Dále popisujeme nejprve zkušenosti ze Středočeského kraje, kde byly využity nástroje síťování za účelem propojení organizací poskytujících drogové služby, a ještě dále potom příklad vytvoření funkčního propojení mezi terapeutickou komunitou a psychiatrickou

nemocnicí poskytující léčbu závislosti. v obou případech je patrné, že v současné situaci jsou iniciátory síťování konkrétní lidé, odborníci, kteří mají zájem co nejlépe pomoci klientům svých služeb.

Síťování poskytovatelů adiktologických služeb na krajské úrovni

Klíčová slova*: krajská síť adiktologických služeb – aktéři sítě – síťovací setkání – evaluace*

Kompetence pracovníka: Znalost principů komunitního plánování, orientace v síti služeb pro uživatele drog, zkušenost z přímé práce s uživateli drog, dobré komunikační a vyjednávací schopnosti, znalost v oblasti drogové politiky v České republice

Doporučené materiální zabezpečení: kancelář, telefon, připojení k internetu

Metodikou síťování na krajské úrovni se zabývá publikace *Manuál síťování drogových služeb s konkrétními příklady dobré praxe*, kterou vydala organizace Prostor Plus v roce 2018. Autoři vycházeli přímo ze své praxe, kdy za podpory Evropského sociálního fondu budovali síť drogových služeb ve Středočeském kraji. Tato dvouletá aktivita zahrnovala setkávání zejména nestátních organizací poskytujících nízkoprahové služby v regionu a vedla k velice důležitým výsledkům, jako například: sjednocení metodik, postupů, přechod na stejnou databázi nebo lepší domluva na regionální působnosti. Navíc byly v rámci síťování identifikovány potřeby, které byly využity při tvorbě krajského akčního plánu (Steklá, 2019, osobní komunikace).

Na základě teorie i zkušeností z tohoto procesu stanovují autoři publikace jako základní fáze tvorby sítě (Prostor Plus, 2018):

1) Vymezení základních otázek a cílů sítě
2) Příprava na plnění cílů

3) Základní charakteristika vytvářené sítě a jejích aktérů
4) Kontaktování a navazování spolupráce s aktéry sítě
5) Společná síťovací setkání, kterých se účastní jednotliví aktéři sítě
6) Výstup síťování, evaluace

Vymezení základních otázek a cílů sítě

Je důležité, aby vytvářená síť měla stanoveného koordinátora, který se pak stává klíčovou osobou celého procesu. Zároveň je však výhodné, když koordinátor už od začátku má partnery pro vyjednávání základních otázek a cílů sítě. v případě síťování ve Středočeském kraji byla iniciátorem nezisková organizace Prostor Plus poskytující mimo jiné nízkoprahové služby pro uživatele drog a jako hlavní partneři potom byli přizváni zástupci jiných neziskových organizací, které poskytovaly v rámci Středočeského kraje služby stejného nebo podobného typu. s vedením těchto organizací byly vyjednány následující cíle síťování:

- zajištění spolupráce služeb,
- předání dobré praxe,
- zvyšování kvality adiktologických služeb,
- efektivní spolupráce,
- profesní rozvoj pracovníků, a tím zvyšování kvality služeb,
- provázání s návaznými službami a institucemi.

Příprava na plnění cílů

Po stanovení cílů je důležité, aby vznikla dohoda na tom, jak budou cíle naplňovány. Především je nutné zajistit si dobrý přehled o institucích a osobách, které by mohly být potenciálními aktéry sítě a připravit se na jednání s nimi, například formou struktury rozhovoru a otázek. Dále je nutné, aby si partneři, kteří budou proces zajišťovat, rozdělili role a také najít vhodné prostory pro společné aktivity. a konečně je zapotřebí vybrat ty metody, kroky a postupy, které budou k cílům směřovat.

Základní charakteristika vytvářené sítě

Další fází je důsledné promyšlení podoby sítě, ke které se směřuje, a kdo by měli být její aktéři. Zde je důležité pečlivě vybrat aktéry sítě na základě parametrů dostupnosti, potřebnosti a nákladovosti. u každého aktéra je vhodné si ověřit:

- dostupnost (územní i časovou)
- prioritu (zda jde o zásadního aktéra, nebo je jeho potřebnost pouze dočasná)
- role
- očekávání aktéra od síťování
- názory na stanovený cíl
- pravidelnost kontaktů a výměny informací

Kontaktování a navazování spolupráce s aktéry sítě

Je ideální, pokud se iniciátor/koordinátor může potkat se všemi potenciálními aktéry sítě individuálně a vyjasnit si vzájemná očekávání a otázky spolupráce. Jde například o tato témata:

- pravidla týkající se fungování vzájemné spolupráce
- názory na stanovené cíle
- objasnění si rolí a pozic v rámci sítě
- ochotu a možnosti (jak časové, tak materiální) se do spolupráce zapojit
- kompetence, s nimiž může člen sítě přispět k řešení společných témat

Na základě těchto rozhovorů je nutné vytvořit si následně databázi spolupracujících organizací, institucí nebo neformálních subjektů zařazených do sítě služeb, která slouží k udržení aktivní a dlouhodobé spolupráce mezi členy sítě. Je třeba ji však pravidelně aktualizovat.

Společná síťovací setkání, kterých se účastní jednotliví aktéři sítě

Jádrem síťování jsou potom společná setkání aktérů sítě. v rámci tohoto procesu je důležité zaměřit se jak na pečlivou organizaci setkání, tak na kvalitní moderování, a ať už je moderátorem někdo „zevnitř“ sítě, anebo externista, měl by být schopen zajistit takovou komunikaci, v níž bude mít prostor každý účastník a která bude směřovat k dojednaným cílům.

Zkušenosti ze síťování ve Středočeském kraji (Prostor Plus, 2018) ukázaly, že je výhodné uspořádat první setkání jako pouze seznamovací a „dojednávací“, další už pak organizovat a strukturovat podle vybraných témat. Pak mohou být přizváni externí odborníci na dané téma, což následně zvyšuje i atraktivitu setkání (Steklá, 2019, osobní komunikace). Další možností, jak zvýšit atraktivitu, je pořádat setkání střídavě přímo v sídlech jednotlivých aktérů sítě anebo v sídlech organizací a služeb, která jsou z hlediska zaměření sítě zajímavá k návštěvě, například terapeutické komunity, centra duševního zdraví nebo zařízení v sousedním kraji. Jednoznačně se osvědčilo propojení setkání se vzděláváním.

Výstup síťování, evaluace

Výstupy síťování by měly zahrnovat popis konkrétní spolupráce organizací, institucí a osob, spolupráci v rámci návazné sítě a multioborovou spolupráci, definované společné postupy řešení problémů, sdílení dobré praxe a výměnu názorů, informací a konečně rozvoj služeb a pracovníků. Jak už bylo zmíněno na začátku, zkušenosti ze Středočeského kraje ukázaly, že síťování tohoto typu může přinést řadu konkrétních benefitů, jako jsou například: sjednocení a společný způsob vykazování dat, sjednocení některých metodik a postupů přímé práce s klienty, přehled o regionální působnosti a nabídce jednotlivých programů a v neposlední řadě také formulace priorit, které se mohou stát součástí krajských strategií a akčních plánů.

Síťování mezi sociálními a zdravotními službami

Klíčová slova: *zdravotní služby – sociální služby – psychiatrická péče*

Kompetence pracovníka: orientace v síti služeb pro uživatele drog, zkušenost z přímé práce s uživateli drog, dobré komunikační a vyjednávací schopnosti, znalost v oblasti drogové politiky v České republice

Doporučené materiální zabezpečení: Kancelář, telefon, PC, připojení k internetu

Jakkoliv jsou drogové a adiktologické služby v ČR na poměrně vysoké úrovni, minimálně v rámci střední Evropy, a například služby zaměřené na harm reduction mohou být inspirací pro oblast duševního zdraví obecně, významnou nezaplněnou mezerou zůstává propojování sociálních a zdravotních služeb. Podobný proces, jaký se nyní děje v rámci transformace systému o lidi se závažným duševním onemocněním, v oblasti závislostí dosud neprobíhá a spolupráce sociálního a zdravotního sektoru se zpravidla omezuje na vzájemné předávání klientů, případně na vzájemné informování o nabídce služeb. Koncepční uchopení spolupráce, tedy vytváření vzájemných dohod, společných postupů se děje pouze ojediněle.

Přitom na krajské i mezikrajské úrovni je spolupráce sociálních a zdravotních služeb klíčová, zejména pro zajištění kontinuální a kvalitní péče o klienty, ale také z hlediska efektivity služeb. v dobře fungující síti by nemělo docházet k tomu, že třeba klient, který je v péči kontaktního či poradenského zařízení sociálních služeb projeví zájem o léčbu, vše už se zdá být připraveno, nicméně z byrokratických důvodů je na poslední chvíli odmítnut. Podobně by se nemělo stávat, že člověk po absolvování léčby nedostane informace o všech možnostech následné péče v regionu, to znamená jak ve zdravotních, tak v sociálních službách.

Z praxe víme, že se tyto a podobné situace dějí v současné době poměrně často, a opět není v systému nikdo, jehož úkolem by bylo těmto nesrovnalostem, nedorozuměním

a překážkám předcházet. Protože není cílem této kapitoly ani publikace stěžovat si na neuspokojivý stav, nabízíme naopak příklad dobré praxe síťování mezi sociálním a zdravotním sektorem.

Síťování mezi terapeutickou komunitou a psychiatrickou nemocnicí

Terapeutická komunita (TK) Sejřek[19] se od roku 1999 zabývá léčbou klientů se závislostí na nealkoholových drogách a postupem času začala do léčby začleňovat i klienty s tzv. *duální diagnózou v* poměru 10:3. Stala se tak jednou z prvních terapeutických komunit, která byla ochotna přijímat do péče i lidi, kteří se potýkají se závislostí a k tomu mají další psychiatrickou diagnózu, většinou z okruhu psychotických onemocnění.

Od roku 2012 došlo ke změně koncepce TK Sejřek. Komunita se začala přijímat výhradně na klienty s duální diagnózou. Celá koncepce byla upravena tak, aby byla víc šitá na míru klientům, kteří se potýkají zejména s psychotickým onemocněním. Až do období změny koncepce neprobíhal žádný specifický výběr klientely. Klienti přicházeli z různých zařízení, většinou psychiatrických nemocnic. v obecném povědomí těchto zařízení byla TK Sejřek často vnímána jako ta, která přijímá do péče lidi, kteří v jiných zařízeních neprosperují.

Po změně koncepce se okruh klientely velmi zúžil. Bylo zjevné, že takto profilovaná terapeutická komunita má svá specifika a není vhodná pro každého. Proto bylo zapotřebí začít s předvstupními přijímacími pohovory. Nemocnice sice dál odesílaly do TK Sejřek klienty s duální diagnózou, nicméně to často nebyli klienti cílové skupiny TK. Jednalo se hlavně o lidi s ranými poruchami osobnosti. Tým TK tak často klienty odmítal. To s sebou přinášelo vlnu nepochopení jak ze strany odmítnutých klientů, tak ze strany zařízení, ze kterých klienti byli doporučováni.

V roce 2014 tým TK odmítl pacienta z psychiatrické nemocnice XY (dále jen PN) a na základě toho se začala rozvíjet spolupráce mezi TK Sejřek a touto nemocnicí. Krátce po

[19] Název terapeutické komunity zveřejňujeme, nicméně název psychiatrické nemocnice neuvádíme z toho důvodu, že v textu je obsažen pouze pohled týmu TK.

odmítnutí klienta zavolal do TK primář oddělení, kde byl klient aktuálně hospitalizován, a zajímal se o důvody odmítnutí. Situace se vysvětlila, nicméně na základě tohoto telefonátu projevil primář zájem blíže poznat terapeutickou komunitu. Nutno dodat, že tato nemocnice, podobně jako TK Sejřek, procházela postupnou transformací směrem k většímu respektu individuálních potřeb pacientů (klientů). Proto už od začátku o sobě obě zařízení uvažovala jako o možných partnerech další spolupráce.

První domluva se týkala posílení komunikace během přesunů klientů z PN do léčby v TK. Další spolupráce potom směřovala k „diagnostickému filtru“ pacientů/klientů. Cílem bylo, aby veškerý personál PN byl dobře seznámen s cílovou skupinou TK a aby měl celkové povědomí o způsobu léčby v TK. Shodou okolností se v PN právě rozbíhal provoz nového oddělení, který byl koncepčně, filozoficky i lidsky velmi blízký TK. To rozšířilo možnosti spolupráce o oboustrannou výměnu zkušeností.

Pracovníci PN již několikrát navštívili TK Sejřek, aby se seznámili s týmem a provozem komunity a mohli relevantní informace předat potenciálním zájemcům o přijetí. Je třeba uvést, že tyto návštěvy probíhají ve velice neformální a partnerské atmosféře. Druhým směrem probíhá spolupráce tak, že příjmový pracovník TK Sejřek dojíždí přímo do PN za pacienty, kteří projeví zájem o léčbu, a tam s nimi uskuteční výše zmiňovaný předvstupní pohovor. Běžná praxe přitom je, že pohovory probíhají přímo v komunitě, aby si případný zájemce o službu udělal lepší představu o tom, co komunita je a co ho v ní čeká. u klientů z této spolupracující PN na tomto požadavku netrváme, protože věříme, že informace o TK se jim dostanou v plné míře a nezkreslené podobě od klíčových pracovníků léčebny. Není tedy důvod zatěžovat klienty poměrně dlouhou cestou do TK Sejřek a zpět. Spolupráce s PN probíhá tedy nad rámec ustanovených pravidel a zvyklostí, a to v obou směrech. Důkazem dobré praxe je pak to, že celoročně jsou v TK dva až tři klienti ze spolupracující PN.

Spolupráce přináší i další, někdy náhodné, avšak velice prospěšné benefity. Uvádíme zde jeden příklad za všechny. Klienti TK jezdí každoročně běžkovat do regionu, kde sídlí spolupracující PN. Ze Sejřku je to poměrně daleko. Jeden klient během této výpravy relaboval na alkoholu. Nikdo nic netušil, nicméně on sám se na večerní skupině, která probíhala už na horské chatě, k relapsu přiznal. z hlediska pravidel programu TK klient nemohl ve skupině zůstat, avšak zároveň se okamžité vyloučení z programu nejevilo jako správné řešení.

Jednoho člena týmu napadlo zkusit zavolat do blízké spolupracující PN, kde vysvětlil aktuální situaci. PN následně přijala klienta na detoxikační oddělení, kde mohl zůstat po dobu pobytu TK na běžkách. Po týdnu se pak mohl klient vrátit zpět do léčby v TK, aniž by musel absolvovat někdy dost náročné zařizování detoxu spojené s několikatýdenní čekací lhůtou. Takto byla situace vyřízena velmi rychle ve prospěch klienta s minimálním zatížením sociálně zdravotnického systému. Díky vzájemné důvěře vše vyřešil jeden telefonát.

Příklad této spolupráce ukazuje, že jsou to obvykle konkrétní osoby působící v jednotlivých zařízeních, kteří iniciují proces síťování. Jsou přitom vedeni nejen zájmem o kvalitní a efektivní pomoc klientům, ale také zájmem se poznávat, učit se jeden od druhého a navazovat přátelské vztahy. Dále potom stojí za pozornost fakt, že díky osobním kontaktům a návštěvám vzrůstá mezi lidmi v zařízeních důvěra a ochota k nestandardním či mimořádným krokům a postupům, tedy k vystoupení z rutiny, pokud to situace vyžaduje. a v neposlední řadě je naprosto jasně vidět, jak podobný typ spolupráce je výhodný nejen pro klienty, ale také šetří prostředky celému systému sociální a zdravotní péče.

NÁSTROJE SÍŤOVÁNÍ NA NÁRODNÍ ÚROVNI

Na národní úrovni můžeme síťování rozdělit na dva hlavní směry. První z nich je centrální, státem zaštítěný systém koordinace protidrogové politiky, který využívá řady institucí a nástrojů ke koordinaci a síťování adiktologických a dalších sociálních služeb napříč republikou, které jsou legislativně ukotveny i v právním řádu České republiky. Druhý směr je potom spíše neformální a vychází z iniciativ „zdola“, jako jsou neziskové organizace, vzdělávací instituce či jednotlivci. v následujícím textu se budeme věnovat podrobnému popisu obou těchto směrů.

Koordinace oblasti drog a závislostí ze strany státu

Klíčová slova: *Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky – národní protidrogová strategie – akční plány – odborné společnosti*

Kompetence pracovníka: Orientace v problematice drog a závislostí, orientace v síti služeb pro uživatele drog, zkušenost z přímé práce s uživateli drog, dobré komunikační a vyjednávací schopnosti, znalost v oblasti drogové politiky v České republice, znalost aktuální situace v oblasti drog a závislostí v České republice

Doporučené materiální zabezpečení: kancelář, telefon, PC, připojení k internetu

V České republice funguje na národní úrovni systém koordinace sítě protidrogové politiky. Ta je utvářena a implementována ve spolupráci se zástupci orgánů veřejné správy na všech úrovních, dále se členy odborných společností a také zástupců občanské společnosti. Hlavním výkonným orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále jen RVKPP). Ta je zodpovědná za tvorbu Národní protidrogové strategie a jejích Akčních plánů. Dále zodpovídá za koordinaci aktivit, které jsou v těchto dokumentech ustaveny. Také předkládá vládě návrhy aktivit a opatření protidrogové

politiky a dále koordinuje a vyhodnocuje jejich realizaci. Slouží zejména ke komunikaci a propojení s konkrétními ministerstvy, veřejnou správou a dalšími subjekty, které se na utváření protidrogové politiky podílejí.

RVKPP předsedá aktuální předseda Vlády ČR, jeho výkonným místopředsedou je národní protidrogový koordinátor. Dalšími členy jsou pak ministři příslušných ministerstev, dále zástupce Asociace krajů ČR, zástupce Společnosti pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, zástupce Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním, zástupce České asociace adiktologů, zástupce Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, Asociace krajů ČR a expert jmenovaný předsedou Rady (například poradce předsedy vlády pro oblast zahrnující protidrogovou politiku). (Vláda ČR, 2017)

RVKPP má dále dvě výkonné složky: Sekretariát rady vlády a Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (dále jen NMS). Role sekretariátu rady vlády je zejména administrativní. Odpovídá za přípravu strategických dokumentů a každodenní koordinaci protidrogové politiky v ČR. Zodpovídá za financování protidrogové politiky v rámci dotací poskytovaných RVKPP a také zajišťuje systém certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů adiktologických služeb. Pod její činnost spadají také výbory a pracovní skupiny RVKPP.

NMS se věnuje koordinaci sběru, analýzy, interpretaci a distribuci dat o drogách a závislostech v ČR. Dále koordinuje drogový informační systém ČR a také mezirezortní a mezioborový "Systém včasného varování". Mimo to také zpracovává informační výstupy a publikace o stavu ve věcech drog v ČR, jako jsou výroční zprávy či výsledky výzkumů (Úřad vlády ČR, 2015). i NMS má své pracovní skupiny.

Součástí všech výkonných orgánů RVKPP a jejich výborů a pracovních skupin jsou zástupci vlády, státní správy na národní i místní úrovni, odborníci z řad adiktologů a sociálních pracovníků, zástupců nestátních neziskových organizací a dalších institucí. Toto složení umožňuje propojení napříč systémem od nejvyšších úrovní až po ty nejnižší.

V době psaní této publikace nebyli do sítě na národní úrovni nijak zapojeni zástupci uživatelů služeb, resp. lidé užívající drogy, lidé se závislostí a jejich blízcí. Ze zkušeností na lokální úrovni i ze zkušeností jiných zemí se však ukazuje, že jejich pohled na problematiku je zcela klíčový, protože jsou schopni pojmenovávat důležitá témata a mezery v systému péče.

Jako příklad fungujícího nástroje síťování, který zřizuje RVKPP, zde uvádíme jednu z pracovních skupin Sekretariátu RVKPP. Jedná se o skupinu s názvem Adiktologické fórum, která vznikla v roce 2011 jako jedna z činností projektu s názvem Síťování vědecko- výzkumných kapacit a cílený rozvoj spolupráce mezi vysokými školami, veřejnou správou, soukromým a neziskovým sektorem v adiktologii (dále jen NETAD). Jedná se o otevřenou platformu, kde se pravidelně setkávají odborníci z oboru adiktologie. Jejím cílem je výměna aktuálních informací z oboru, výměna zkušeností, koordinace společných aktivit v oboru a dále propojování sítí preventivních a léčebných institucí a vysokých škol za účelem rozvoje vzdělávání, vědy a výzkumu v oboru adiktologie. Od roku 2013 pak na projekt NETAD navázalo RVKPP, které nyní zaštiťuje fungování Adiktologického fóra po organizačně technické stránce. Skupina se schází jedenkrát za dva měsíce. v předsednictví skupiny se po půl roce střídají zástupci odborných společností, kteří zajišťují obsahovou stránku setkání. Zápisy ze setkání jsou veřejně dostupné na webových stránkách RVKPP v sekci Poradní orgány RVKPP.

Koordinace oblasti drog a závislostí „zdola“

Klíčová slova: *fórum terénní práce – platformy*

Kompetence pracovníka: znalost poměrů v rámci stávajících služeb pro uživatele drog, zkušenost z přímé práce s uživateli drog, orientace v síti služeb pro uživatele drog, dobré komunikační a vyjednávací schopnosti, znalost v oblasti drogové politiky v České republice

Doporučené materiální zabezpečení: kancelář, telefon, PC, připojení k internetu

V oblasti koordinace a síťování na národní úrovni působí kromě státem zřizovaných institucí také řada nestátních asociací, spolků a hnutí, které sdružují profesionály v oboru drog a závislostí a podílejí se na předávání informací, sdílení dobré praxe mezi pracovníky a službami a obhajobě zájmů služeb a klientů na národní úrovni. Jako příklad bychom zmínili Českou asociaci adiktologů (ČAA), Asociaci poskytovatelů sociálních služeb České republiky (APSS ČR), Asociaci nestátních neziskových organizací České republiky (A.N.O.), Společnost pro návykové nemoci (SNN) či Českou asociaci streetwork. Některé jejich činnosti se věnují přímo síťování a sdílení dobré praxe. Příkladem takové činnosti muže být Fórum terénní práce, které vzniklo pod Českou asociací streetwork v roce 2009. Jedná se o pracovní skupinu nadregionálního charakteru, která sdružuje pracovníky nízkoprahových terénních služeb napříč cílovými skupinami. Vizí této iniciativy je rozvoj, podpora a zkvalitňování terénní práce v praxi nízkoprahových terénních služeb v České republice. Dle stránek Fóra terénní práce jsou jejich dílčími cíli:

- Podporovat etablování terénní práce jako legitimní a nezastupitelné formy sociální práce
- Zvyšovat prestiž profese terénní práce
- Být platformou pro různé terénní programy v ČR
- Sdílet průřezová témata a zkušenosti
- Podílet se na vzdělávání pro pracovníky v terénních programech
- Rozbor konkrétních praktických situací, problémů, problematických otázek
- Aktivně se podílet na stanovování tzv. „dobré praxe v terénní práci“
- Shromažďování informací a dostupné literatury z oblasti terénní práci
- Podílet se na vytváření nástrojů k hodnocení efektivity a evaluace terénní práce

- Úzce spolupracovat s Českou asociací streetwork a dalšími subjekty, které jsou nějakým způsobem blízké terénní práci.

(Forumtp.webnode.cz., 2010)

Fórum terénní práce funguje na dvou platformách. První z nich jsou pravidelná setkání členů fóra, která se konají minimálně jedenkrát za tři měsíce, přičemž místo konání se vždy mění. Zpravidla se setkání odehrávají v prostorách některé z členských služeb v různých městech. Náplní setkání jsou vždy konkrétní témata, která jsou již dopředu známá. Nejčastěji se na nich členové fóra domlouvají vždy na konci předcházejícího setkání. Témata vždy vycházejí z praxe pracovníků a reflektují aktuální dění ve službách. Věnují se jak metodickým, tak i etickým otázkám práce v terénu. Pro příklad uvádíme témata několika posledních setkání: Dobro klienta?! Míra angažovanosti pracovníka; Anonymita, míra spolupráce mezi službami; Práce s rodiči užívajícími návykové látky a jejich dětmi.

Setkání má vždy na starosti konkrétní člen organizátorského týmu. Příspěvky k tématům pak může mít kterýkoliv z členů fóra. z každého setkání je pořízen zápis, který je následně k dispozici všem zainteresovaným. Členem se může stát jak konkrétní služba, tak i jednotlivec. Nejčastěji bývají členem celé služby, které ze svého týmu volí jednoho zástupce, jenž pak službu reprezentuje na setkáních. Druhá platforma, na níž Fórum terénní práce funguje, je facebooková stránka, která je k dispozici všem, kteří se o činnost fóra zajímají. Na ní je možné sdílet zajímavé informace z dění na poli sociální práce, pracovní nabídky služeb nebo vznášet konkrétní dotazy k praxi terénních pracovníků.

Přesné stanovy Fóra terénních pracovníků, zápisy ze setkání, kontakty na koordinátory a další důležité informace je možné najít na webových stránkách forumtp.webnode.cz.

Vytváření sociálních sítí (networks), zájmových koalic, sociálních hnutí

Propojování a sdružování lidí se stejnými zájmy přináší možnost sdílet a vzájemně se podporovat, zároveň se zvyšuje nátlakový potenciál a snáze se formulují společné cíle.

v České republice jsou aktivní například skupiny Chceme bydlet! – akční skupina lidí bez domova, neformální skupina Bezdomovci – lidé jako my, akční skupina Aslido a mnohé další. Zajímavou a inspirativní zkušeností ze zahraničí může být síť SWAN (The Social Work Action Network) působící zejména ve Velké Británii, která je ale aktivní také ve Skotsku, Irsku, Řecku či Španělsku. Jedná se o sdružení sociálních pracovnic a pracovníků, akademiků, studujících, uživatelek a uživatelů služeb, které spojuje nechuť k sociální práci je omezované managerismem a marketizací, stigmatizací uživatelů, sociálními škrty a dalšími bariérami.

SWAN podporuje model sociální práce zakotvený v sociální spravedlnosti a tento model prosazuje za spolupráce poskytovatelů i uživatelů. Organizuje společné akce, konference, vzdělávání či kampaně a účastní se politických debat, ve kterých reprezentuje radikální hlasy v rámci sociální práce. Činnost SWANu je charakterizována nehierarchickou spoluprací všech aktérů situace (uživatelů, sociálních pracovnic, aktivistů, studujících) a její prioritou je úsilí o stírání rozdílů mezi nimi, což od sociálních pracovníků předpokládá vzdát se představy o jejich výhradní expertnosti. (Janebová, 2014). v oblasti drog a závislostí je na místě zmínit britskou organizace Build on Belief[20], kterou založili a provozují lidé, kteří překonali nebo překonávají svoji vlastní závislost. Organizace má v současnosti na 2000 členů, je vedena peer pracovníky a funguje zcela bez profesionálů s obvyklou kvalifikací. v některých oblastech sociální práce, jako je například komunitní sociální práce, je možné proces vytváření sítí, koalic a skupin považovat za jednu z klíčových metod, které mohou aktivizovat zdroje sociálního a kulturního prostředí k podpoře vztahů v komunitách.

INOVATIVNÍ NÁSTROJE SÍŤOVÁNÍ

Jak už bylo zmíněno v úvodu této části, vytváření sítí je v současné společnosti stále

[20] Build on Belief (Postaveno na důvěře – pozn. autorů) je britská nezisková organizace. Více na https://www.buildonbelief.org.uk/

důležitější, a proto i na úrovni metod a způsobů práce se čím dál víc využívají nástroje, které podporují a usnadňují síťování. v následující kapitole popíšeme nejprve dvě metody, které se zaměřují na síťování v rámci případu (rodinné konference, Otevřený dialog) a následně tři nástroje, které přispívají k systémovému síťování (Síťování pomocí mobilní aplikace, pomocí Facebooku a s využitím kolaborativních informačních technologií).

Rodinné konference

Klíčová slova: *rodina – koordinace – náhradní rodinná péče*

Metoda rodinných konferencí (RK; anglicky Family Group Conferences) se oficiálně začala rozvíjet na konci 80. let 20. století na Novém Zélandu, nicméně vychází z daleko dávnější tradice maorských obyvatel Nového Zélandu, podle které se důležité problémy řeší zásadně v širokém kruhu rodiny. v západním světě tato myšlenka stála v pozadí inovativního způsobu vytváření sítí, kdy řešení situace týkající se bezpečí dětí je ponecháno zejména v rukou lidí spojených příbuzenskými a neformálními vazbami.

Rodinná konference je setkání široké rodiny (příbuzní, přátelé, sousedé, zástupci komunity) s cílem společně najít řešení problému v rodině, tak aby bylo zajištěno bezpečí dítěte a posíleny kompetence samotných členů rodiny. Na rozdíl od *případových konferencí* odborníci při využití této metody ustupují do pozadí a je to právě rodina, která se stává expertem na řešení dané situace. Namísto autoritativního rozhodování institucí je rodina podpořena v tom, aby se sešla a vymyslela, jak složitou situaci vyřešit. Zpravidla to obnáší poměrně náročnou přípravu, při které koordinátoři usilují o obnovení, posílení nebo napravení i těch rodinných vazeb, které byly dlouho neaktivní.

Metoda RK se využívá v situacích, kde hrozí odebrání dítěte nebo již bylo dítě umístěno do náhradní rodinné péče, může však také posloužit k podpoře v méně akutních případech, například u příbuzenské pěstounské péče. Setkání je vhodné svolat také v rodinách, kde se řeší zvládání výchovných potíží u dospívajících nebo v případě, kdy je pro dítě v náhradní rodinné péči vhodná podpora v kontaktu s vlastní rodinou.

Fáze rodinné konference

1) Podnět k uspořádání

V zemích, kde je tato metoda daleko více etablována, může RK uspořádat kterákoliv rodina anebo kdokoliv z její sítě. v ČR je zadavatelem zpravidla OSPOD anebo některá z prorodinných organizací. Úkolem pracovníka, od kterého přichází podnět k uspořádání RK, je nejprve metodu nabídnout rodině a vysvětlit jí, jak probíhá a jak by ji mohla využít.

2) Příprava účastníků

Pokud rodina má o RK zájem, kontaktuje iniciátor koordinátora/průvodce, jehož úkolem je účastníky připravit. To je klíčová fáze pro úspěch celého procesu, je zapotřebí, aby koordinátor či průvodce osobně navštívil každého z budoucích účastníků. Osobní návštěva eliminuje nedorozumění ohledně účelu konference. Koordinátor vysvětlí, co RK je, důvody pro její uspořádání, popíše svoji roli a dojedná případnou účast jednotlivých osob. Usiluje o to, aby se konference účastnilo co nejvíce lidí, proto se na každé návštěvě ptá, kdo další by se mohl účastnit a rozšiřuje tím rodinný kruh. v případě odmítnutí účasti některého ze členů na setkání koordinátor nabídne možnost zprostředkování jeho stanoviska. Příprava zpravidla trvá 4–8 týdnů.

3) Příprava rodiny na RK

Přestože o konferenci často žádá pracovník instituce (OSPOD), konference stále patří rodině, nicméně na základě předchozích zkušeností se účastníci mohou domnívat, že právě instituce reprezentovaná jejím pracovníkem má poslední slovo. Trvá dlouho, než se přesvědčí o tom, že tak tomu na této konferenci nebude. k tomu pomáhají i otázky, které může koordinátorka klást, jako například: Na jakém místě byste chtěli konferenci uspořádat? Kdy chcete, aby se konference konala? Co potřebujete během příprav? Co potřebujete k tomu, abyste se zúčastnili? Jakou podporu můžete zajistit? Chcete se setkat s konkrétním účastníkem ještě před konferencí? Jakým způsobem má podle vás sociální pracovník podávat informace o okolnostech zúčastněné osoby nebo rodiny? Přejete si,

aby se po dobu konference stalo něco konkrétního? Jaké informace považujete za důležité? Chcete zahájit konferenci určitým způsobem (přivítání, hudba, zpěv)? Jaký druh občerstvení chcete na konferenci mít? Na kolik hodin si chcete rezervovat prostory?

Důležitým tématem během přípravy rodiny je občerstvení. Za jeho zajištění je zodpovědná rodina. Jídlo obecně je vděčným průvodcem rodinného setkání, napomáhá dobrému rozpoložení účastníků a snižuje napětí.

4) Pozvání na RK a příprava jednotlivých členů

V tomto kroku je důležité najít způsob, jak jednotlivé účastníky na RK pozvat. Způsoby mohou být různé, měl by se však upřednostnit způsob, který vyhovuje rodině nejvíce, podobný způsob, jakým zvou například na návštěvu své příbuzné či přátele. Může se tedy jednat o telefonické pozvání, dopis, e-mail, sociální sítě nebo třeba pohlednici.

Na rodinnou konferenci by mělo být připraveno také dítě, které by mělo vědět, že se rodina sejde proto, aby vyřešila stávající krizovou situaci. Dítě může být zapojeno do přípravy i do samotného průběhu RK nejen tradičním způsobem, který je spíše vlastní dospělým, tedy rozhovorem, ale lze využít i celou řadu technik, při kterých se bude dítěti lépe komunikovat, situace pro něj nebude uměle nastolená a bude se cítit přirozeně (výroba a odesílání pozvánek, tvorba rodokmenu, tvorba zasedacího pořádku či výběr hudby).

Pokud je přítomno dítě, zpravidla se dopředu vybere podpůrná osoba dítěte, která by měla nahlížet na situaci jeho očima a vysvětlovat mu situace či slova, která by pro něj nemusela být srozumitelná. Dále by se podpůrná osoba měla soustředit na to, aby zachytily situace, které mohou být pro dítě zraňující, a žádala v těchto chvílích rodinu, aby se vůči dítěti chovala přiměřeně. Ke zdárnému průběhu RK je důležité, aby připraveni byli také odborníci. Ti nemusí znát konkrétní detaily o rodinné situaci, měli by však znát okruh dotazů, které na ně mohou být na RK vzneseny.

5) *Setkání rodiny*

Samotné setkání rodiny probíhá ve třech fázích. Nejprve se sdílejí informace, kdy koordinátor přivítá všechny účastníky, nabídne, zda si chtějí vzít na úvod slovo nebo konferenci zahájit jiným způsobem, např. nabídnutím jídla či zpěvem nebo hudbou. Na setkání jsou v této fázi přítomni i odborníci včetně zástupce OSPOD. Ten na úvod srozumitelně popíše důvody, proč byla RK iniciována a vymezí, jaké situace nemohou být z hlediska ochrany dítěte akceptovatelné.

Poté nastává fáze soukromého času rodiny, která je nejdůležitější a nejdelší částí RK. Na jednání zůstává pouze rodina a širší sociální síť a úkolem všech je vytvořit vlastní návrh řešení situace. Koordinátor je rodině k dispozici na zavolání. Ostatní odborníci mohou být také požádáni o pomoc, nesmí však do této fáze zasahovat z vlastního popudu.

Další a poslední fází je představení a přijetí plánu, tedy jeho formulace v souladu s přáním rodiny. Setkání by mělo uzavřít zhodnocení, kde si rodina také stanoví, jak a kdy proběhne kontrola plánu a kdo ji provede, zda a kdy může koordinátor zavolat a zeptat se, jak se daří naplňovat plán a zda rodina nepotřebuje pomoci. Koordinátor pošle kopii plánu do dvou pracovních dnů.

V České republice se termín rodinné konference objevuje od roku 2014, přesto není tato metoda příliš často sociálními pracovníky využívána. Často se tak děje právě z důvodu strachu pracovníků ze ztráty kontroly nad případem, a tak tato možnost většinou končí dříve, než začala. Přestože předání tak velké moci samotným členům rodiny vzbuzuje nedůvěru, právě tento způsob otevírá často dveře k úspěšnému vyřešení a dokončení tak složité cesty, jako je řešení krizových situací v rodině.

Doporučená literatura:

Metodika rodinných konferencí. Pardubice: Amalthea. Dostupné z: http://www.amalthea.pardubice.cz/.

Pavlíková, G., Martínková, K., Ženíšková, J. (2015). Metodika Rodinných konferencí. Praha: MPSV. Dostupné z: http://www.pravonadetstvi.cz

Otevřený dialog

Klíčová slova: *psychiatrická péče – duální diagnózy – krize – multidisciplinární tým*

Tento inovativní přístup k sociální práci se zrodil ve Finsku z praxe léčebného týmu nemocnice Keropudas. Ve své původní podobě se Otevřený dialog (OD) zaměřuje především na pomoc lidem v psychotických krizích, v současnosti se však začíná uplatňovat i v práci s jinými skupinami lidí, například u lidí s tzv. duální diagnózou. v Západním Laponsku, kde se přístup zrodil, dosahují v práci s Otevřeným dialogem výjimečných výsledků, například třikrát vyšší počet lidí s první psychotickou atakou se úspěšně zotaví bez hospitalizace a bez nasazení antipsychotik (viz např. Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2011). Dnes se tento přístup nebo jeho prvky často uplatňují ve Skandinávii, v USA, v Polsku nebo Austrálii, v práci s lidmi s různým typem obtíží, především v krizové intervenci.

Jakkoliv je primárním účelem Otevřeného dialogu nastartovat a podpořit léčebný proces lidí v psychotických krizích a jejich blízkých, jeho neméně podstatným efektem je provázání a koordinování často diskontinuitní péče v rámci dané lokality a mobilizace zdrojů přirozené sociální sítě klienta (Seikkula & Arnkil, 2013). Tento přístup se přitom rozvíjel v podobných podmínkách, jaké dnes panují v systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR. Stejně jako dnes u nás, mluvilo se i tehdy v Laponsku o potřebě týmové spolupráce, komplexního přístupu, spolupráce s rodinou nebo snižování spotřeby psychofarmak.

Zásadní změnou, kterou OD nabízí oproti standardní psychiatrické péči, je práce s člověkem v krizi v jeho přirozeném prostředí, v kruhu blízkých a za spolupráce multidisciplinárního týmu odborníků. Tradiční postup je přitom opačný: hospitalizaci lze často chápat jako vytržení z přirozeného prostředí, s krizí se zachází pouze v rámci

zdravotnického systému, přičemž rodina a další blízcí bývají z procesu vyloučeni. Díky Otevřenému dialogu se naopak mnoho krizí podaří zvládnut přirozenými prostředky: bez nutnosti dlouhodobé medikace a hospitalizace, popř. i s jejich vyloučením. Maximálně se tak rovněž posílí zdroje rodiny i jednotlivce, což může pomoci předcházet dalším podobným krizím. Otevřený dialog je tak prevencí chronifikace psychotických problémů a invalidizace lidí s duševními potížemi.

Hlavními charakteristikami Otevřeného dialogu jsou především tato praktická vodítka:

1) **Okamžitá pomoc** – osobní setkání s člověkem v krizi a s jeho okolím co nejdříve poté, co se někdo ozve o pomoc (může to být jak samotný člověk v krizi, tak někdo z jeho blízkých). Setkání probíhá v přirozeném prostředí, většinou doma, případně v prostředí, které si sami účastníci vyberou. Cílem je předejít hospitalizaci ohroženého.

2) **Zapojení sociální sítě** (rodina, kolegové, příp. další odborníci) do setkání – cílem je zapojit co nejvíce lidí, kteří se podílejí na definici problému a kteří mohou do situace vnést nové a nečekané podněty, jež pomohou pacientovi krizi zdárně překonat. Důležitou součástí sociální sítě se stává i multidisciplinární tým, jehož rolí je facilitovat proces, poskytovat informace, přinášet nové podněty, ale především naslouchat a poskytovat odezvu. Rozdíl oproti klasickým službám je v tom, že běžně se klienti a pacienti setkávají s odborníky paralelně. Ti je léčí podle svých odborností a postupů, které mohou být protichůdné. Proto je nanejvýš žádoucí, aby se setkali s člověkem v krizi v téže situaci, aby se pacient i rodina s jejich podporou mohli informovaně rozhodnout a případně, aby také viděli, jak na sebe odborníci reagují a mohli tak být přítomni u všeho, co se jich týká.

3) **Přizpůsobování se měnícím se podmínkám** – setkání se dopředu neplánují (vždy ze setkání na setkání) ani se dopředu nevytváří plán péče. Veškeré plánování a rozhodování se odehrává v průběhu otevřených setkání s pacientem a jeho blízkými. Je běžné, že první dva týdny spolupráce mají úplně jinou podobu, než když nejakutnější fáze krize pomine.

4) **Odpovědnost a psychologická kontinuita – oproti běžnému systému péče**

v ČR vyžaduje OD vyšší závazek ze strany personálu. Kontaktovaný odborník (ať už se jedná o sestru, psychologa nebo sociálního pracovníka) se stává organizátorem prvních setkání. Tým, který pak s klientem pracuje, zůstává stabilní od prvního setkání až do konce. Nedochází tak k příkladům špatné praxi, běžné v ČR, kdy jsou klienti předáváni z oddělení na oddělení nebo z lůžkové péče do ambulantní bez jakékoli kontinuity. To zároveň klade větší nároky na systém péče jako takový.

5) **Tolerování nejistoty** – zejména v prvních dnech péče se neuzavírají žádné trvalé dohody ani neutváří plány. To se týká především medikace, frekvence setkávání nebo hospitalizace. Krize se oproti tradičnímu přístupu netlumí, naopak nechává se jí prostor, aby pacient a jeho blízcí mohli nalézt zdroje k jejímu překonání.

6) **Dialogismus** – Otevřený dialog vychází z principu otevřených fór. Na nich nejde primárně o nastolení změny, ale o podporu dialogu, který je předpokladem pro nové porozumění, a tedy i změnu celé situace.

Výhody tohoto způsobu práce jsou jak ekonomické, tak komunitní, nehledě na to, že i z hlediska samotného krizí zasaženého člověka se Otevřený dialog jeví jako daleko příznivější než to, co nabízí klasický systém péče. Fungování multidisciplinárního týmu včasné pomoci a dojíždění odborníků do domácností se může jevit jako nákladné, v porovnání s ústavní péčí jde však o cenově srovnatelné či dokonce levnější řešení. a to zvlášť s ohledem na dlouhodobé úspory. Využití Otevřeného dialogu prokazatelně snižuje délku hospitalizace, daleko méně se tak vynakládá na zdravotní péči.

K podobným úsporám dochází i v oblasti sociální péče: když nedojde k hospitalizaci, není třeba ani služeb zaměřených na pomoc se znovuzačleněním do komunity a další následné péče, protože je krize zvládnuta v přirozeném prostředí. a konečně, Otevřený dialog prokazatelně umožňuje lidem v psychotické krizi dřívější návrat do zaměstnání a běžného fungování, čímž se šetří jak náklady v oblasti státní sociální podpory, tak i náklady na invalidní důchody, které jsou lidem s chronifikovanými potížemi přiznávány. Člověk, který krizi překoná prostřednictvím Otevřeného dialogu a se zapojením svých blízkých, se tak

brzy vrací do plnohodnotného života, stává se daňovým poplatníkem a není závislý na sociálním systému.

Důležité je i komunitní hledisko. Otevřený dialog zve do řešení a zvládání psychotických krizí členy místní komunity, zástupce sociální sítě daného jednotlivce. Posiluje se tak rodinná i komunitní soudržnost a schopnost řešit problémy bez radikálních intervencí odborníků. Navíc tím, že se rozhodovací proces odehrává otevřeně, přede všemi, odborníci v oblasti duševního zdraví jsou více vnímáni jako lidé a obecně pak mají větší důvěru veřejnosti. Místní komunita tím získává jednak zážitek podílu na úzdravě a zotavení svých členů, a pak má také možnost vidět práci odborníků, která v tradičním systému zůstává ukryta za zdmi léčeben a zavřenými dveřmi.

Doporučená literatura:

Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2013). Otevřené dialogy: setkávání sítí klienta v sociální práci. Brno: Narativ.

Síťování pomocí mobilní aplikace

Klíčová slova: *mobilní telefon – aplikace – nové technologie – design zaměřený na člověka*

Kompetence pracovníka: schopnost spolupráce v multidisciplinárním týmu, znalost sítě místních sociálních a zdravotních služeb, uživatelská znalost práce s PC, přijetí žité zkušenosti jako odbornosti

Doporučené materiální vybavení: Klidné místo pro setkávání realizačního týmu, počítač, připojení k internetu, chytrý telefon

Mobilní telefon se stal předmětem každodenní potřeby. Chytrý telefon vlastní a umí ovládat téměř každý a uživatelé drog rozhodně nejsou výjimkou, a to dokonce i v případě, že se potýkají s chudobou. Podle americké studie z roku 2011 vlastnilo tehdy mobilní telefon průměrně 60 % mladých lidí bez domova. Šlo přitom o trend se vzestupnou

tendencí. Je celkem přirozené, že se snahy poskytovat efektivní pomoc lidem v obtížných životních situacích začínají ubírat i směrem k využití nových technologií.

V České republice už dnes existují mobilní aplikace, které se zaměřují přímo na pomoc v o oblasti užívání drog a závislostí. Pro nikotinovou závislost jsou to aplikace jako QuitNow, AdiQuit nebo Přestat kouřit!, v oblasti závislosti na konopí existuje v ČR aplikace s názvem Končím s hulením, která provádí uživatele jejich vlastní cestou k zotavení, podporuje jejich motivaci a zvládání rizikových situací. a i pro hazardní hráče už dnes existuje mobilní aplikace s názvem GT, která slibuje pomoc při identifikaci a překonávání problémů s hazardním hraním. Je tedy zřejmé, že v otázkách závislosti byl již tento nástroj "objeven" a je i aktivně využíván.

Mobilní aplikace lze však využít i v kontextu síťování. Na klasické webové platformě existuje v ČR tzv. Mapa pomoci, kterou spravuje Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Tato mapa obsahuje kontakty na zařízení poskytující léčbu, poradenství a prevenci v oblasti závislostí, rozčleněné do kategorií podle druhu služby a dále podle jednotlivých krajů a v nich podle okresů a měst.

Dále je k dispozici také Mapa pomoci pro lidi bez domova, kterou podrobněji popisujeme v jiné části tohoto textu. Ta je určena jednak každému, kdo chce pomoci lidem v nouzi informacemi, ke kterým nemusejí mít sami přístup, a také samotným lidem v sociální tísni a odborníkům z pomáhajících profesí. Sociálním pracovníkům má databáze poskytnout co nejvíce informací na jednom místě a alespoň částečně zjednodušit jejich práci. Projekt vznikl díky platformě kritické sociální práce KRISA a organizaci Jako doma. Nabízí poměrně dobrý přehled o službách a zdrojích pro lidi v bytové tísni v Libereckém kraji, Praze a Ostravě.

Příkladem mobilní aplikace, která stojí právě na myšlence dostupnosti informací o službách a síťování, pak může být StreetLight Chicago App, která vznikla v roce 2016 pod neziskovou organizací StreetLight v Chicagu a zaměřuje se zejména na poskytování informací o lokacích a službách ubytoven, nocleháren, zdravotnických zařízení,

stravovacích zařízení pro lidi bez domova a dalších. v podobném duchu začala na počátku roku 2018 vznikat i mobilní aplikace pro uživatele drog a lidi bez domova v Brně, kterou zde popíšeme podrobněji.

Mobilní aplikace pro uživatele drog v Brně

Na začátku nápadu vytvořit mobilní aplikaci pro uživatele drog stála papírová příručka „Jak přežít na ulici v Brně“, kterou vytvořila skupina Street support Brno složená z pracovníků a pracovnic se zkušeností s užíváním drog pro potřeby místní komunity uživatelů a lidí bez domova. v této příručce shromáždili užitečné tipy na místa, kde je možné se zdarma najíst, umýt, přenocovat, nebo si nabít telefon. Ukázalo se, že jakožto lidé, kteří tyto služby využívají, mají mnohem lepší přehled o jejich poskytování než někteří profesionálové. Na základě svých vlastních zkušeností navíc disponují interními informacemi, které bez přímé zkušenosti není jednoduché získat. Bylo tedy celkem logické přizvat pracovníky s touto zkušeností i k tvorbě mobilní aplikace. Byla vytvořena pracovní skupina, která se skládá z odborníků v oblasti závislostí, zástupců cílové skupiny (pracovníci s žitou zkušeností) a zástupců vývojářů a designérů, kteří participují jak na pracovní skupině, tak i na vývoji aplikace. Byla navázána úzká spolupráce s přední světovou společností zabývající se informačními technologiemi.

V této fázi se nabízí zajímavé srovnání s komerčním sektorem, kde je na rozdíl od toho neziskového a státního zcela běžnou praxí zapojovat budoucí uživatele navrhované služby do procesu její tvorby, a to od samého začátku. Jedná se o přístup zvaný human centered design (česky design zaměřený na člověka, dále jen HCD), jehož cílem je vytvořit proces, který pomůže vyřešit určitý problém díky inovacím. Může jít o problém společenský, technický či marketingový. Podstatou tohoto přístupu je, že zapojuje budoucí uživatele nové služby či značky do procesu její tvorby, a to od samého počátku. HCD se odehrává ve třech fázích. v první fázi tohoto procesu jsou lidé, kteří mají nějaký problém a chtějí pomoci s jeho řešením. Důležité je jim pečlivě naslouchat a pochopit, kde tkví jádro tohoto problému. v druhé fázi se vytváří návrh nějakého řešení a ve třetí fázi se ověřuje

jeho životaschopnost. Ve všech fázích procesu jsou zapojeni zástupci cílové skupiny, kteří mají možnost přímo ovlivňovat a navrhovat vývoj služby či produktu. Nejsou tedy jen pasivními příjemci hotového řešení, jak se někdy stává v sociálních službách a státní sféře, ale aktivními participanty na návrhu i implementaci daného řešení.

Po vzoru této metody se tedy odvíjel i postup tvorby mobilní aplikace pro uživatele drog v Brně. Multidisciplinární skupina se scházela zhruba jednou za 14 dní.

Nejprve byl diskutován obsah aplikace, tedy to, co si samotní uživatelé drog myslí, že by v ní mělo být. Skrze svou žitou zkušenost byli schopni upozornit na zdánlivé detaily, které by pomáhající pracovníky či vývojáře nenapadly. Příkladem může být nutnost kompatibility aplikace s vývojově staršími verzemi androidu, které obsahují starší telefony, protože právě ty používají lidé z cílové skupiny aplikace nejčastěji. Také nutnost offline verze, která se bude aktualizovat ve chvíli připojení k internetu, ale bude dostupná a funkční i v offline verzi.

Dále byl tvořen samotný návrh pracovního prostředí mobilní aplikace ve spolupráci všech členů multidisciplinárního týmu a následně testován samotnými uživateli v prostředí kontaktního centra. Důležitými indikátory funkčnosti byla zejména přehlednost aplikace, intuitivní ovládání a následně i obsah. i během tohoto testování, které probíhalo na náhodném vzorku klientů kontaktního centra pro uživatele drog, vzešlo několik zajímavých obsahových připomínek, přičemž některé byly použity do druhé verze aplikace.

Na sběru dat, které by měla aplikace obsahovat, se následně opět podíleli zejména uživatelé drog, kteří byli členy multidisciplinárního týmu. Jednak označovali konkrétní místa a služby, které by bylo vhodné do aplikace zahrnout, dále také ověřovali v praxi správnost informací dostupných z internetu, které následně předávali pomáhajícím pracovníkům, a ti je vkládali do tabulky, kterou posléze předali vývojářům k nahrání do aplikace. Všichni členové multidisciplinárního týmu byli za spolupráci na aplikaci finančně ohodnoceni podle počtu hodin, které na práci strávili. Hodinová mzda byla pro všechny

členy týmu stejná.

První verze aplikace bude sloužit jako stručný průvodce po městě. Bude se orientovat zejména na základní potřeby lidí bez domova a uživatelů drog, jako je jídlo a pití, nocleh, hygiena, zdraví, výměna HR materiálu a připojení k internetu. k dalším verzím aplikace bude tým přistupovat v duchu komplexního přístupu k problematice závislostí, se zachováním participativního přístupu při zpracovávání a vývoji aplikace. Aplikace by měla přispět k destigmatizaci lidí ohrožených bezdomovectvím a závislostmi. Kromě výše zmíněného by měla sloužit i k zvyšování informovanosti o problematice a možnostech pomoci, lepšímu síťování mezi službami i lidmi, kteří je využívají.

Zdroje:

IDEO. (2013). HCD: Design zaměřený na člověka. Dostupné z: http://eknihy.knihovna.cz/static/files/hcd-design-zamereny-na-cloveka.pdf

Rice, E., Lee, A., & Taitt, S. (2011). Cell phone use among homeless youth: potential for new health interventions and research. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22076445

KRISA. Jako doma o.p.s. Mapa bez domova. Dostupné z: https://www.mapabezdomova.cz/

PŘÍKLADY VYTVÁŘENÍ SÍTĚ VE SPECIFICKÝCH SITUACÍCH

Při síťování v rámci sociálních, adiktologických služeb je více než běžné, že se pracovníci setkají s tématem, které vyžaduje spolupráci s jinými subjekty, než je běžné. Ať už jsou to témata domácího násilí, vězení, osob se zdravotním postižením, migrace, lidí s duální diagnózou, vždy se otevírá zcela nová síť možné pomoci, se kterou se pracovník potřebuje propojit. Ačkoliv může být někdy lákavé vzít daný případ jako výzvu a chtít „zachránit“ danou situaci vlastními silami, anebo naopak zbavit se celého případu „předáním jinam“, obě varianty by znamenaly zásadní pochybení jak z perspektivy síťování, tak z perspektivy sociální práce.

V následujícím textu nabízíme konkrétní příklady z praxe při vybraných specifických situacích a tématech, kdy se pracovníci nezbavili odpovědnosti, ale navázali vhodnou spolupráci šitou na míru danému případu. Na těchto příkladech podrobně popisujeme konkrétní postupy při síťování.

Domácí násilí a chudoba

Klíčová slova: *násilné chování – závislý vztah – azylový dům*

Kontext: Kontaktní a poradenské centrum (KPC) ve středně velkém městě, součást organizace zajišťující komplexní péči o uživatele drog a závislé

Role: Klienti – manželská dvojice Petra (48 let) a Roman (42 let), pracovníci KPC – sociální pracovníci, sociální pracovnice azylového domu (AD), pracovníci úřadu práce a intervenčního centra

Petra a Roman začali využívat služby kontaktního poradenského centra v roce 2015. Tou dobou byli oba bez přístřeší, měli zájem především najít vhodné bydlení. Petra na začátku

spolupráce s kontaktním poradenským centrem užívala toluen, Roman se snažil ji od tohoto chování odrazovat. Postupně i ona sama začala pociťovat negativní změny a svépomocí s užíváním toluenu během jednoho roku přestala. Roman užíval denně velké množství alkoholu, sporadicky potom pervitin a marihuanu. Petra užívala v minulosti několik let nitrožilně pervitin.

Krok č. 1: Začít s tím, o co si klient říká

Pro Petru bylo vždy důležité udržovat hygienický standard, a to i když přespávala v lese nebo na jiných místech. Důvodem návštěv KPC byla tedy zpočátku možnost osprchovat se, vyprat si prádlo, využít sociální šatník či potravinovou pomoc. Po krátkém čase však klientka začala čím dál víc vyhledávat v KPC kontakt s pracovníky, od nichž cítila podporu a zájem.

Společně se manželé snažili hledat bydlení, občas se jim podařilo ubytovat na ubytovně, ale nedařilo se jim z finančních důvodů bydlení udržet, a tak se stále znovu ocitali bez přístřeší. Kontakty s Petrou se často týkaly zdravotních problémů, kterými klientka trpěla. Klientka byla směrem k pracovníkům otevřená, zdravotní komplikace řešila nejprve s nimi, následně využívala odbornou péči ve zdravotnických zařízeních, kam byla odkazována.

Krok č. 2: Vytvořit prostor pro bezpečné sdílení

Klientka během kontaktů s pracovníky KPC stále více tematizovala soužití s manželem a během rozhovorů zároveň občas zmiňovala, že jí manžel „jednu natáhl“, že „zase vyváděl“ nebo na ni křičel. v rámci důvěrných rozhovorů se postupně vykreslil obraz vztahu poměrně typický pro případy domácího násilí, kdy manželství bylo zpočátku harmonické, avšak po pár měsících se začaly objevovat první varovné signály.

Manžel ji začal izolovat od kamarádek, vyčítal jí jejich společnost, byl velice podezíravý. Poté se přidaly urážky, ponižování, zadržování financí, dokladů, důsledná izolace a při konfliktech se stupňovala agrese. Následovala fyzická napadení a útoky ze strany manžela. Ty se střídaly s obdobím „líbánek“, kdy byl manžel k Petře pozorný a snažil se vše odčinit.

Petra byla častokrát po vyhrocených situacích odhodlaná, že od manžela odejde, ale on ji vždy přesvědčil, že se změní. Pracovníci se také dozvěděli, že i Petřin první přítel ji týral jak psychicky, tak fyzicky a několikrát jí způsobil četná zranění. Když byla těhotná, tak po napadení předchozím přítelem potratila.

Krok č. 3: Podpořit klientku v nezávislosti

Oba manželé chodili většinou do KPC společně a Roman se zpočátku k Petře choval před pracovníky s respektem a péčí. Sám vyřizoval veškeré telefonáty kvůli bydlení, dávky, nosil u sebe její doklady i jejich společné peníze s odůvodněním, že ona je nezodpovědná a ztratila by je. Petra Romanovi přizvukovala a potvrzovala, že on je v tomto ohledu zdatnější. Pokud byla Petra v KPC sama, bez manžela, často vyprávěla, jak se k ní chová, vždy po nějaké době vše vygradovalo v rozhodnutí od manžela odejít.

Způsob práce: Pracovníci se v těchto chvílích snažili Petru především podpořit v tom, aby si začala sama vyřizovat svoje osobní záležitosti, učila se komunikovat s úřady, dohledávat informace na PC.

Krok č. 4: Nenechávat viditelně nepřijatelné jednání bez odezvy

Po nějaké době se Roman začal projevovat v KPC jinak, byl vůči Petře verbálně agresivní, extrémně podezíravý a často měl záchvaty vzteku, při kterých odcházel.

Způsob práce: Pracovníci se Romanovi snažili jeho chování ve vztahu ke klientce reflektovat, s tím, že jim nepřijde adekvátní, vhodné, slušné.

Romana tyto reflexe ještě více rozčilovaly, nicméně pro samotnou klientku měly značnou váhu, protože se jí někdo zastal a otevřeně řekl, že to, jak se k ní Roman chová, není v pořádku, je to za hranicí přijatelnosti, a co víc, že za to nemůže ona sama.

Petra postupně začala objevovat další věci, které jí ve vztahu „neseděly“, dávala si je do souvislostí, mapovala jednotlivé situace – manželovy záchvaty vzteku následované obdobím usmiřování, opět narůstající agresivitu, která pak vyústila v silně agresivní konflikt.

Způsob práce: Pracovníci s Petrou často mluvili o tom, že to, co popisuje, nese znaky domácího násilí.

Ona sama k situaci postupně také začala přistupovat jako k domácímu násilí, uvědomovala si, že si to nemusí nechat líbit a možnou změnu má ve svých rukou.

Krok č. 5: Poskytování informací o možnostech v rámci sítě

Způsob práce: Pracovníci Petru postupně informovali o krocích, jež by mohla podniknout k osamostatnění, co konkrétně je potřeba vyřídit a co to obnáší.

To Petru vždy odradilo, přišlo jí nemožné, aby si sama obstarala občanský průkaz, který manžel střežil, sama na sebe si vyřídila dávky, sehnala ubytování a rozvedla se. Chvílemi byla vidinou možného samostatného života nadšená, ale chyběla jí síla a odhodlání. Toto období trvalo téměř dva roky.

Posléze se klientka rozhodla manžela opustit. Byla odhodlaná a věděla, že to, co se jí děje, není ve vztahu přijatelné. Měla představu o tom, že to nebude jednoduché, věděla, co všechno bude muset udělat, aby se osamostatnila, ale byla rozhodnutá, že to zvládne.

Způsob práce: Toto rozhodnutí nepřišlo pod nátlakem pracovníků, jejich úkolem bylo neustále vytvářet bezpečný a důvěrný prostor, ve kterém toto rozhodnutí mohlo dozrávat, a zároveň jí k němu poskytnout relevantní informace.

Krok č. 6: Společné plánování a podpora při samostatných krocích

První, co Petra začala řešit, bylo bydlení. Věděla, že pronájmy jsou drahé a často je třeba složit vysokou kauci, měla tedy jasno v tom, že bude hledat ubytovnu či azylový dům pro ženy. Na ubytovnách volné místo nebylo, většina míst byla obsazená agenturními zaměstnanci, zbylých pár míst bylo obsazeno dlouhodobě ubytovanými.

Způsob práce: Pracovníci pomohli Petře vyhledat nejvhodnější azylový dům pro ženy a matky s dětmi (dále jen AD) v místě jejího trvalého bydliště, kde by mohla být ubytována přednostně a Petra jej sama kontaktovala.

Pracovníci s Petrou již předem mluvili o tom, že azylové domy bývají přeplněné a mají řadu podmínek, které je třeba splnit před nástupem. Během telefonátu se Petra dozvěděla, že volné místo opravdu není a že jí nemohou říct, kdy se uvolní a doporučili jí podat si žádost. Petru to rozladilo a začala si sama hledat na internetu pronájmy. Vcelku rychle se s podporou pracovníků naučila sama vyřizovat telefonáty, používat PC k vyhledávání nabídek bydlení, kontaktů i informací.

Způsob práce: Ačkoliv pracovníci nemuseli považovat tento postup za ideální, tím, že podpořili Petru v tom, co chtěla sama dělat, jí umožnili dokázat si, že umí spoustu věcí zvládnout a bude schopná se o sebe sama postarat.

Petra měla na základě předchozích zkušeností obavy z kontaktu s úřadem práce, navíc jí Roman v afektu rozlámal občanský průkaz, čímž se přístup k úřadům ještě ztížil. v té době pobývala střídavě s manželem a střídavě sama. Ataky ze strany manžela se stupňovaly, byl velice podezíravý, hlídal ji ještě více než předtím. Petra zkontaktovala svého bratra, za což byla moc ráda. Do té doby kontakt s rodinou neměla žádný.

Krok č. 7: Aktivně prosazovat a obhajovat práva a zájmy klientky

Petra byla stále odhodlaná od manžela odejít, dotáhnout vše do konce. Jednou přišla do KPC po brutálním napadení manžela, kdy ji sbil, zamkl na ubytovně a držel ji tam několik dní bez jídla, toalety a dalšího zázemí. Vzhledem k tomu, že v tuto chvíli šlo již o situaci ohrožující její zdraví či život začali pracovníci Petře důrazně doporučovat, aby vše nahlásila na polici. Ona však měla obavu, že by jí nevěřili, nechtěla podstoupit složité vysvětlování a vyšetřování.

Klientka raději začala řešit co nejrychleji situaci sama. Kontaktovala úřad práce, oddělení dávek pomoci v hmotné nouzi, kde se informovala o možnosti získat pro sebe peníze na vydání nového občanského průkazu. Setkala se však s velice odmítavou reakcí sociální pracovnice, která jí do telefonu údajně řekla: „co si to zase vymýšlí, že od něj odchází pořád a že je s nimi hrozná práce“.

Způsob práce: Petra v ten moment předala telefon pracovnici KPC s žádostí o to, aby situaci popsala ona. Pracovnice potvrdila závažnost situace, potvrdila slova klientky, poté sociální pracovnice začala hledat možnosti, jak jí pomoci.

Po poměrně složitém vyjednávání, ve kterém se aktivně angažovala pracovnice KPC, byla Petře vyplacena dávka na vyřízení dokladů a ona si tak mohla vyzvednout občanský průkaz. To jí mimo jiné umožnilo doplnit žádost do azylového domu, kterou prostřednictvím KPC odeslala. Spojila se telefonicky s azylovým domem a tamní sociální pracovnice ji informovala, že by jí při posuzování žádosti o přijetí do AD pomohla zpráva od KPC jako doklad o její neuspokojivé situaci a spolupráci. Požádala tedy pracovníky o zprávu, ti ji sepsali a poslali do AD. Umožnili jí také napsat na sebe telefonický kontakt do KPC, protože sama neměla telefon a uvádět kontakt na manžela pro ni nepřicházelo v úvahu.

Petra se snažila obracet se i na jiné instituce a služby, ale nebyla příliš úspěšná. Byla zklamaná ze schůzky s kurátorem, za kterým šla kvůli bydlení a který jí řekl pouze, ať si zkusí obvolat ubytovny. Také nebyla spokojená s výsledkem z návštěvy občanské poradny, od které chtěla pomoci se sepsáním návrhu na rozvod manželství. Podle Petry ji pracovnice nejdříve od tohoto kroku odrazovala a potom se zdráhala uvést do návrhu informace, které tam klientka chtěla mít.

Pracovníci KPC Petře zprostředkovali konzultaci s intervenčním centrem[21], aby se dozvěděla podrobněji o možnostech, které má. v intervenčním centu jí doporučili navštívit obvodní oddělení Policie ČR a nahlásit, co se jí manžel dělá, včetně toho, že jí zadržoval a následně zničil doklady. Petra to už viděla jako jedinou možnost, proto se na policii obrátila. Nicméně policisté jí sdělili, že nemohou nic dělat, že nevědí, kde se zrovna manžel nachází a že by si to měli vyříkat mezi sebou. Také jí údajně doporučili, že si má

[21] Intervenční centrum je zařízení sociálních služeb, které nabízí pomoc osobám, které jsou ohroženy domácím násilím. Jedná se o služby ambulantní, terénní nebo pobytové. Usilují především o poskytnutí pomoci v krizi, zajištění bezpečí a navrácení osob do běžného života.

vzít na ochranu „nějakého dalšího bezdomovce“, pokud se manžela bojí. To Petru popudilo a zařekla se, že na policii již nepůjde a vyřeší si vše raději sama. Nabývala dojmu, že jediné přijetí a zastání nachází v KPC.

Krok č. 8: Respektovat nejistotu a frustraci, když věci nejdou „podle plánu“

Způsob práce: v průběhu celé spolupráce s Petrou se pracovníci opakovaně dostávali do situací, které jim jednak přinášeli frustraci a jednak nejistotu, jestli vůbec někdy dojde k uspokojivému řešení případu. Vždy však byli připraveni dál stát při klientce, nestanovovali jí žádné podmínky pokračování spolupráce, projevovali o ní trvalý zájem a dodávali naději.

Často museli čelit byrokratickým překážkám, kdy například kvůli podání návrhu na rozvod by Petra musela jet do místa trvalého bydliště pro kopii oddacího listu, neměla však ani 100,- Kč na poplatek ani peníze na cestu. Překážky byly také na straně Petry, která někdy odmítla ubytování, které jí pracovníci předjednali, protože slyšela, že tam nejsou vyhovující podmínky.

Petra také s KPC opakovaně přerušovala kontakt a zdržovala se s manželem, což pochopitelně vyvolávalo obavy a další nejistotu pracovníků. v jednom takovém období se navíc do KPC ozvala sociální pracovnice z azylového domu s informací o možnosti nastoupit na uvolněné místo. Tuto informaci však pracovníci Petře nemohli předat, jelikož neměla telefon a nikdo nevěděl, kde je. Po dvou týdnech, kdy se Petra dostavila do KPC, byla její situace stále špatná. Manžel jí ukradl občanský průkaz, zadržoval ho u sebe v bundě, ve které i spal. Poté, co se Petra od pracovnic dozvěděla o volném místě na AD, hned sociální pracovnici volala, ale místo bylo již obsazené. Petra si tedy v KPC ihned sepsala a podala novoužádost.

Petře se poté od manžela podařilo získat oddací list, který okopírovala a přiložila k sepsanému návrhu na rozvod manželství, který podala u soudu. Neměla sice finance na zaplacení kolku v hodnotě 2000 Kč, ale i tak jí návrh na podatelně soudu přijali. Byl to pro ni obrovský krok, který jí dodal odhodlání a důvěru, že se jí podaří osamostatnit.

Krok č. 9: Poskytování intenzivní podpory v důležitých momentech

Sociální pracovnice azylového domu Petře oznámila, že pro ni mají volné místo. Zbývalo vyřídit ještě potvrzení od lékaře nezbytné k přijetí do AD, získat nějaké peníze na cestu a od manžela občanský průkaz. Potvrzení od lékaře si vyřídila tak, že před manželem „nahrála“ zdravotní komplikace, takže s ní šel k lékaři a v ordinaci požádala lékařku a sestru o diskrétnost ohledně pravého důvodu její návštěvy, v čemž jí vyhověly. Vše proběhlo podle plánu, potvrzení si uložila v KPC. Termín nástupu měla Petra naplánovaný na pondělí. Přes víkend si dala za úkol, že od manžela musí získat občanský průkaz, což se jí nakonec podařilo.

Způsob práce: Petra neměla finance na cestu a tým KPC se tedy rozhodl, že jí nabídne odvoz služebním autem v rámci asistence a poskytne jí i základní potraviny na vaření, drogerii a ošacení. Vše proběhlo dle plánu, v azylovém domě se uskutečnila společná schůzka klientky, pracovnic KPC a sociální pracovnice AD, kde byla příležitost zreflektovat celou spolupráci a nastínit, co nyní klientku čeká.

Petra vyjádřila velký dík a spokojenost se spoluprací s celým týmem KPC. Byla nadšená, že má vlastní pokoj jen pro sebe, kde se může zamknout a být v bezpečí. Byla na sebe hrdá, že dokázala i přes spoustu překážek od manžela odejít a má konečně své bydlení.

Komentář:

Toto je příklad síťování, které je vedené konkrétním případem. Je důležité si všimnout, že pracovníci KPC se nepostavili do koordinační role, ale spíše podporovali a rozvíjeli kompetence klientky, aby byla schopná sama si „řídit svůj případ“. To bylo důležité obzvlášť s ohledem na téma domácího násilí, kdy se oběť může pod vlivem soužití s násilníkem, ve kterém zažívá ponižování doprovázené fyzickou i psychickou bolestí, cítit neschopná samostatného života, a dobře míněné rady typu „musíte odejít“ mohou tento pocit ještě posilovat. Uvedeným přístupem tedy dávali pracovníci možnost klientce zažívat spíše úspěchy a pocit, že se sama dokáže o sebe postarat.

Podobné případy mohou také vytvářet základ pro budoucí síťování. Například uvedená spolupráce s azylovým domem, kdy se pracovníci měli možnost poznat osobně a měli společný zážitek úspěchu, výrazně zvýšila důvěru mezi oběma organizacemi a ochotu společně pracovat na dalších případech. Doprovázení klientky spletitým sociálně-právním systémem také umožňuje pracovníkům a pracovnicím zažít reálné fungování institucí a služeb v praxi a mohou se tak při další práci pokoušet aktivně předcházet potenciálním překážkám.

Chudoba a lidé bez domova

Klíčová slova: *dobrovolnictví – veřejnost – laická podpora*

Kontext: působení kolektivu Food not Bombs v Praze

Role: členové kolektivu Food not Bombs (FNB); členové platformy Kritická sociální akce (KRISA); dobrovolníci – spojenci

Autonomní anarchistická skupina Food not Bombs[22] funguje v několika městech ČR a její základní činností je bezplatné rozdávání teplého jídla lidem bez domova. To se děje na dobře přístupných veřejných místech, zpravidla venku. Následující příklad síťování, který vzešel z iniciativy této skupiny, pochází z Prahy, kde působí několik kolektivů FNB zajišťujících výdej jídla několikrát týdně.

1. krok: Zachycení potřeby pro síťování

Dobrovolníci FNB se při výdejích začali stále častěji setkávat s tím, že se strávníci na ně obraceli s žádostí o radu, kterou jim ale nebyli schopni poskytnout, protože neměli potřebné informace ani zkušenosti se sociální prací. Odkazování do jiných organizací nebylo efektivní, strávníci chtěli a potřebovali radu v daný moment. Dobrovolníci začali

[22] Food Not Bombs (česky Jídlo místo zbraní) je volné sdružení nezávislých skupin rozdávající zdarma veganské a vegetariánské jídlo pro ostatní. První kolektiv Food Not Bombs vznikl v roce 1980 v Bostonu, od té doby se tato aktivita rozšířila po celém světě.

tuto potřebu sdílet mezi sebou a rozhodli se, že by chtěli svým strávníkům vyjít vstříc, ale nezvládnou to vlastními silami.

2. krok: Vytipování partnera

Jeden z členů kolektivu Food not Bombs byl propojen s nově vznikající platformou kritické sociální práce KRISA[23] a věděl, že platforma má ideově i lidsky blízko k FNB a že by mohli být ve vzájemném souladu s principy, na kterých oba kolektivy fungují. Po interní diskuzi se členové FNB obrátili na tým KRISA s dotazem, jestli by neměli kontakt na sociální pracovnice či pracovníky, kteří by byli ochotni u výdejů poskytovat alespoň základní informace. KRISA měla pro nápad velké sympatie a považovala za velice smysluplné ho podpořit.

3. krok: Společná akce

K zajištění poradenství při výdejích jídla bylo zapotřebí získat dostatečné množství vhodných lidi, kteří by byli ochotni dělat tuto práci dobrovolně tak, aby byly zachovány principy, na kterých FNB funguje. Personální kapacity KRISy takovou spolupráci však neumožňovaly, proto se rozhodli zorganizovat dobrovolnickou skupinu, která by se poradenské práci u výdejů mohla věnovat. Aktivita byla pojmenovaná Spojenci. Při počátečním formování skupiny se projevil velký potenciál sociálních sítí. Na jednu nepropagovanou výzvu na Facebooku se přihlásilo přes šedesát zájemkyň a zájemců.

4. krok: Společné vzdělávání

KRISA uspořádala nejprve školení pro dobrovolníky, jehož cílem bylo seznámení se záměry celého projektu, dosažení souladu na základních principech a také předání konkrétních informací a zdrojů, které by pro strávníky, většinou lidi bez domova, mohly být užitečné. Školení se nakonec zúčastnilo dvacet lidí a jeho výsledkem bylo zformování kolektivu, který byl schopný vzájemně kooperovat a předávat si informace nezbytné k poskytování podpory a doprovázení lidí bez domova. Vznikla tak první skupina

[23] Kritická sociální akce KRISA je platforma pro sdílení zkušeností a rozšiřování diskurzu kritické sociální práce.

Spojenců.

5. krok: Společný zážitek

Několik prvních týdnů byl zpravidla kromě Spojence u výdeje i sociální pracovník, který dobrovolnicím a dobrovolníkům poskytoval oporu svými znalostmi a zkušenostmi. To, co však značná část lidí bez domova ocenila nejvíc bylo, že si mohou promluvit s někým chápavým, kdo na ně má čas, kterého se v poddimenzovaných sociálních službách nedostává. Všichni zúčastnění tedy mohli zažít, jak se díky propojení FNB, KRISA a Spojenců mohla proměnit celková atmosféra při výdejích jídla. Kolem stánku se formovaly malé skupinky diskutující o různých tématech, lidé si předávali zkušenosti a sdíleli svoje každodenní starosti i radosti a mohli se vzájemně podpořit.

6. krok: Pokračující síťování

Sociální práce se většinou omezovala na kontaktování potenciálních uživatelů kamenných poradenství, sociálních služeb a ubytoven a předání kontaktů na ně. Jen v několika případech trval vztah déle a individuální kontakty s dobrovolníky nesly některé rysy case managementu. Ten byl vždy konzultován se sociálními pracovníky a většinou se ze strany dobrovolníků omezoval na doprovody na úřady.

7. krok: Využít síť pro generování nových nápadů na společné aktivity

Personálně se podařilo udržet chod Spojenců téměř rok. Pak své fungování skupina ukončila, nicméně od dobrovolnic a dobrovolníků přišly nápady k dalším aktivitám. Našli se mezi nimi dva programátoři, kteří pomohli zrealizovat převod informací z databáze pro terén a rozšířit je do formy veřejné webové aplikace mapabezdomova.cz. s dalšími dobrovolnicemi se podařilo zrealizovat první Piknik pro lidi bez domova, který se v jejich samostatné režii úspěšně koná již třetí rok, a který se výsledně spojil s každoroční akcí pečení vánočního

cukroví pro lidi bez domova v azylových domech a denních centrech. Další ze Spojenců poskytli při mnoha příležitostech své odborné znalosti a dovednosti, které by se těžko hledali čistě mezi lidmi se vzděláním v sociální práci.

Komentář:

Zmíněné zkušenosti (Spojenců, pikniku, pečení a dalších aktivit) jasně ukazují, že v dobrovolnictví je velký a dosud nevyužívaný potenciál. Je mnoho lidí ochotných pomoci i osobně, nejen příspěvkem na nákup ošacení nebo koupí Nocleženky[24], ale často neví, jak na to. Pokud dostanou možnost zapojit se do konkrétní činnosti podporující lidi bez domova, rádi a s elánem se přidají. Někdy přispějí i svými profesními kompetencemi a kontakty. Dobrovolníci se také ukázali být schopnými a empatickými laickými sociálními pracovníky tam, kde sociální práce absentuje.

Těhotenství a rodina

Klíčová slova: *základní potřeby – klíčová pracovnice – abstinence*

Kontext: Centrum neziskové organizace zajišťující case management pro uživatele drog v krajském městě

Role: case managerka Jitka, klientka Dagmar, pracovnice oddělení sociálněprávní ochrany dětí (OSPOD), pracovnice dětského centra a další

Case managerka Jitka spolupracovala s Dagmar už v době, kdy byla na ulici a bez prostředků, kontakty byly tehdy velice nárazové a sporadické. Dagmar užívala pervitin, různé psychiatrické léky a konzumovala alkohol, který se pro ni stal největším problémem. Na jedné schůzce Dagmar Jitce oznámila, že je těhotná. Otec dítěte svou roli odmítl, stejně jako jakoukoli materiální i nemateriální podporu. Dagmar se rozhodla, že chce dítě porodit a vychovávat. Zároveň chce dostat zpět do péče své dva syny, kteří jsou na

[24] Nocleženka je poukázka na nocleh pro jednu osobu na jednu noc v noclehárně Armády spásy.

základě předběžného opatření umístěni v dětském centru rodinného typu. Okamžitě poté, co se dozvěděla, že je těhotná, začala abstinovat od všech látek.

Krok č. 1: Zajištění základních potřeb

Nejprve bylo třeba věnovat pozornost zabezpečení primárních potřeb klientky, tedy bydlení a financí na stravu a základní potřeby, které z příjmů z brigády nedokázala pokrýt. Proto Dagmar s podporou Jitky vyplnila žádost o místo v azylovém domě a Jitka s pracovnicí azylového domu vyřídila náležitosti nutné k přijetí klientky. Potom do sítě pomoci Jitka zapojila pracovnici charity, která jí pomohla zprostředkovat materiální pomoc na dobu těhotenství, potřeby k porodu, šestinedělí a pro rané mateřství. Následně doprovodila Jitka Dagmaru na místní oddělení hmotné nouze úřadu práce, kde jí pomohla s vyplněním potřebných formulářů pro získání sociálních dávek.

Krok č. 2: Mapování sítě

Case managerka Jitka spolu s klientkou Dagmarou vytvořily podpůrnou síť těch lidí, kteří figurují v Dagmařině plánu dosahování vytyčených cílů. Synové u ní na zkoušku zůstávali na víkendy a na jeden den v týdnu. Vzhledem k tomu, že starší syn (5let) měl problémy v chování, ke spolupráci byla z podnětu Dagmary přizvána zkušená dětská psychoterapeutka, která pracuje bezplatně a kterou jí na základě doporučení zajistila Jitka. Dagmara sama docházela na psychoterapii do jiné organizace. Ze zdravotních služeb navštěvovala pravidelně gynekologa a ve spolupráci se svou klíčovou pracovnicí Jitkou se na základě jeho zprávy snažila získat příspěvek na dietní stravování v těhotenství. Přivydělávala si na brigádách, ale stále se pohybovala pod hranicí chudoby. Peníze nestačily na nájem a stravu. Hledání jiného místa jí komplikoval pokročilý stupeň těhotenství, narážela na odmítání ze strany zaměstnavatelů. v práci se jí díky Jitčině podpoře povedlo vyjednat pouze denní směny. i tak si uvědomuje, že bude muset brzy s touto brigádou skončit. Dagmara byla v té době také pod dohledem pracovnice OSPOD.

Krok č. 3: Průběžná reformulace cílů na základě aktuální situace

Dagmařinou prioritou bylo dosáhnout svěření dětí zpět do své péče, proto case managerka Jitka podle přání a se souhlasem klientky navázala spolupráci s pracovnicí OSPOD a s pracovnicí dětského centra, kde byli na základě předběžného opatření její dva synové umístěni. Pracovnice OSPODu nejprve trvala na nástupu Dagmary na léčebný pobyt v Terapeutické komunitě (TK) Karlov, kam jsou přijímány matky s dětmi. Jitka a Dagmar tak společně začaly pracovat na přípravě vstupních formulářů a požadavků a komunikovaly s pracovnicí TK Karlov. Dagmara si však pobyt v terapeutické komunitě neuměla dost dobře představit, znamenalo by to pro ni velké komplikace, a především necítila potřebu takový pobyt absolvovat. Vzhledem k tomu, že pro pracovnici OSPOD bylo určující, že Dagmar nebude užívat drogy, Jitka pro ni vyjednala testování na přítomnost drog v moči ve zdravotnickém zařízení, kam začala Dagmar docházet. Negativní výsledky testů a bezproblémové docházení pracovnici OSPOD přesvědčily a dále již na pobytu v terapeutické komunitě netrvala.

Krok č. 4: Společná koordinace sítě

Jitka zajistila spolupráci s externím bezplatným právníkem, který Dagmaře pomohl připravit se na soudní jednání. Díky tomu, že Jitka doprovázela Dagmar k soudům, mohla jí také pomáhat naplňovat požadavky, které na ni soudce kladl. Dagmaře se ve spolupráci s Jitkou povedlo získat nadační příspěvek na nájem, aby u ní mohli synové bydlet v azylovém domě. Podařilo se vyjednat dlouhodobou dovolenku pro syny, aby mohli s matkou bydlet i několik týdnů v kuse. Spolu s Jitkou se začala Dagmar připravovat na porod, podařilo se jim sehnat materiální podporu pro ni i novorozence. Dagmar také spolupracovala s pracovnicí azylového domu společně oslovili další charitní organizaci. Využívala také služeb potravinové banky a charitního šatníku. Součástí sítě byl také kamarád Dagmary a psychoterapeutka z jiné organizace, ke kterým měla velkou důvěru a byli jí oporou.

Krok č. 5: Ochrana zdraví a bezpečí matky i dítěte

Vzhledem k rizikovému těhotenství kvůli pozitivní hepatitidě typu C propojila klíčová pracovnice klientku nejprve s lékařem kliniky infekčních chorob a následně s rizikovou poradnou v rámci porodnice, protože Dagmar musela rodit sekcí (císařským řezem). Lékař infekční kliniky klientce vystavil lékařskou zprávu do rizikové poradny a naplánoval zahájení bezinterferonové léčby po porodu. Vzhledem k tomu, že nemohla kojit, zajistila si klientka vhodnou dětskou výživu v charitním zařízení.

Komentář:

Na tomto příkladu můžeme vidět, že šlo o poměrně intenzivní spolupráci v krátkém čase. Impulzem bylo otěhotnění klientky a s tím související rozhodnutí abstinovat a zároveň získat zpět do péče své dvě děti. Tím se před klientkou objevila celá řada úkolů, se kterými jí byla klíčová pracovnice ochotná pomoci. Specifikem při práci s těhotnými ženami je nutnost mít vždy na paměti jak klientku, tak její dosud nenarozené dítě. v rámci síťování byla pracovnice velice aktivní, zvala lidi ke spolupráci a propojovala je mezi sebou, tak aby mobilizovala co nejširší síť v tomto obzvlášť důležitém období.

V rámci spolupráce měla klientka spolu s klíčovou pracovnicí domluvené a písemně stvrzené sdílení potřebných informací o její situaci se subjekty, kde je to třeba, s konkrétním výčtem osob a témat, které s nimi pracovnice může sdílet, jinak byla vázána mlčenlivostí.

Síťování pomocí Facebooku

Klíčová slova: *kontaktní práce – prvokontakt – komunikace – profil*

Kompetence pracovníka: orientace na sociální síti Facebook, empatie, diskrétnost, uživatelská znalost práce na počítači, včetně zabezpečení

Doporučené materiální zabezpečení: počítač, mobil, připojení k internetu

Facebook (dále jen FB) je již řadu let využíván různými kontaktními centry a terénními programy, i přes to jde stále v rámci síťování o novinku. Facebook je užitečný, jak pro prvokontakty a oslovování stávajících klientů a uživatelů drog obecně, tak i pro přenos informací o službách, různých akcích a možnostech, které mohou klienti využít. Tímto způsobem se tedy Facebook stává velice důležitou platformou, jak se službami propojit, tak obtížně dosažitelnou skupinu, jako jsou injekční uživatelé nelegálních drog. Jedná se tedy o velice efektivní způsob terénní práce ve virtuálním prostoru.

Pro kontaktní službu existují dvě základní možnosti, jak být vidět na Facebooku. První je FB stránka, kterou mají většinou organizace, zde není možné přidávat si lidi do přátel a komunikovat přes Messenger. Skrze FB stránku o sobě organizace informují nebo sdílí různé odkazy. Pro kontaktní a terénní práci se příliš nehodí, nicméně je možné využít ji pro zveřejňování vlastních příspěvků a sdílení příspěvků jiných. Druhou možností je FB profil, který mají většinou fyzické osoby. Profil umožňuje vzájemné přidávání do přátel, komunikaci přes Messenger, sdílení obsahu, který vidí další přátelé. Podstatné je, že FB profil má založen řada klientů a potenciálních klientů kontaktních služeb také celá řada našich klientů, proto je pro terénní práci vhodné, aby si služba vytvořila vlastní profil, přidávala si lidi do přátel a komunikovala s nimi přes Messenger.

Terénní práci s využitím FB profilu můžeme dále členit podle aktivity služby do třech stupňů. Prvním je neaktivní přístup, kdy pracovníci služby pouze vkládají veřejné příspěvky a přidávají si do přátel pouze uživatele, kteří o přátelství požádají. Druhým

stupněm je aktivní přístup, který obnáší pravidelné přidávání příspěvků s různou tématikou, vyvěšování aktuálních informací (o provozní době, místě pohybu terénních pracovníků a dalších důležitých informacích). v terénu lze nabízet klientům možnost komunikace přes aplikaci Messenger a domlouvat tak v soukromých zprávách výměny injekčních stříkaček, poradenství a další služby.

Posledním stupněm je proaktivní přístup, kdy pracovníci nejen přidávají příspěvky s různou tématikou, vyvěšují aktuální informace a komunikují s klienty přes Messenger, ale kromě toho také aktivně na FB vyhledávají klienty, které znají z terénu, přes společné přátele již přidaných klientů oslovují potenciální zájemce o službu, to znamená, že sami aktivně posílají žádosti o přátelství a nabízejí svoje služby.

Rozbíhání FB profilu služby

Pro začátek využívání Facebooku v kontaktní a terénní práci lze doporučit následující postup:

1. Založení profilu a nastavení profilu dle jedné z výše popsaných možností. Dále potom zveřejnění pravidel komunikace přes Facebook.

2. Pravidelné, nejlépe každodenní zveřejňování zpráv a statusů. Je třeba, aby bylo vidět, že na profil pravidelně někdo chodí a že je „živý“. Pracovníci služby by se měli domluvit na tom, jaký obsah zveřejňovat a jaký ne. Například zveřejňování statusů týkající se politiky, sportu, náboženství a podobných témat přinášejí riziko, že vyvolají diskuzi, která může v důsledku ohrozit anonymitu klientů. Je tedy vhodné zveřejňovat spíše neutrální témata, jako například různé zajímavosti ze světa, z regionu, informace o drogové problematice a dále sdělení pro klienty, například kdy a kde je možné potkat terénní pracovníky a podobně.

3. Zveřejnění adresy FB profilu na všechny letáky a propagační materiály.
4. Při každém kontaktu s klienty, stávajícími i nově oslovenými, předávat informace o FB profilu, včetně letáků, nabízet aktivně možnost vzájemného přidání se do přátel. Vysvětlovat klientům výhody bezplatné komunikace přes Messenger.

5. Přijímat všechny žádosti o přátelství, a to nejlépe ještě ten den, kdy jsou odeslány. Přes Messenger poslat všem žadatelům informace o naší službě a pravidla komunikace přes Facebook.

6. V pracovní době mít neustále spuštěný Messenger a odpovídat na zprávy od klientů, případně je i přímo oslovovat, jsou-li online. Mít prostor i na nezávazný „pokec“ přes Messenger.

7. Pokud je část týmu v terénu, jeden z pracovníků v kanceláři může mít roli „dispečera“, to znamená, že komunikuje s klienty přes Messenger a ostatní pracovníky informuje, za kým a kam mají jet. Toto uspořádání umožňuje velice efektivní a rychlý kontakt s klienty propojující virtuální prostředí s osobním kontaktem.

8. Díky kontaktům se stávajícími klienty a díky tomu, že si FB profil služby přidají do přátel, je možné začít aktivně oslovovat další nové klienty. Zpravidla k tomu může sloužit seznam přátel stávajících klientů, kterým je možné zaslat informace o službě.

9. Od chvíle, kdy má FB profil služby více jak 20 přátel, FB sám nabízí další možnosti nových kontaktů, přičemž se ukazuje, že ve chvíli, kdy má někdo společných více jak 4 až 6 společných přátel, dá se předpokládat, že patří do cílové skupiny a tyto lidi je možné aktivně oslovit. Zejména v menších obcích je komunita uživatelů drog velmi provázaná a FB do ní pomáhá proniknout.

10. S tím, jak se zvyšuje počet přátel, tak také FB propaguje profil služby mezi další uživatele drog a ti sami posílají žádosti o přátelství.

Výhody práce přes FB

Využívání Facebooku je mezi uživateli drog velice rozšířeno, a navíc klienti FB profily nemění – narozdíl od telefonních SIM karet, které naopak řada klientů mění často, a ztrácejí se tak z kontaktu. Pro klienty patří FB navíc k základním komunikačním kanálům – domlouvají si drogy, práci, setkání. Stejně tak je tedy přirozené domlouvat se pracovníky kontaktní a terénní služby, ať už jde o výměnu stříkaček nebo poradenství. Díky bezplatnému připojení na řadě míst (knihovny, úřady, obchodní centra) je pro klienty možné komunikovat se službou zdarma.

Oproti osobnímu kontaktu je FB pro mladé lidi bezpečnějším prostorem, kde si mohou službu

„osahat“. v reálném světě mají lidé často ostych s námi hovořit o užívání drog, první kontakty tak mohou proběhnout v „bezpečí“ za klávesnicí a monitorem a až pak může dojít k reálnému setkání.

Z pohledu služby je FB výhodný tím, že umožňuje díky svým funkcím oslovit další zájemce o službu – nabízí společné přátele klientů, prohlídku jejich profilů a cílené oslovení s nabídkou služeb. Ve virtuálním prostředí je pro klienty bezpečnější kontakt navázat nebo jej odmítnout. FB navíc nabízí snadný způsob, jak informovat klienty o novinkách služby, o místech, kde pracovníci budou k zastižení nebo o změnách ve službě.

Rizika práce přes FB

Největším rizikem využívání Facebooku je to, že veškerý obsah, který kdokoliv umístí na FB, včetně soukromých zpráv, je majetkem společnosti Facebook, a tím pádem nutně hrozí narušení soukromí a anonymity, objevuje se možnost sledování policií. Dalším rizikem je, že pokud kdokoliv sdílí statusy služby, vidí je i ostatní lidé ze seznamu přátel a tím pádem se ještě zvyšuje možnost prozrazení klientů.

Na druhou stranu FB velmi odráží rizika terénní práce v reálném světě. Na menších městech jsou terénní pracovníci známí, a to nejen mezi kolegy ze spolupracujících

organizací, ale i v rámci samosprávy, policie, i široké veřejnosti. a pokud se pracovník baví s někým, může jej často stigmatizovat, když jej u toho vidí okolí. Jinými slovy, kontaktní práce není zcela anonymní ani v reálném světě. Většina měst je například vybavena kamerovým systémem, a pokud by policie chtěla, může sledovat kontakty mezi terénními pracovníky a uživateli i v běžné práci v terénu. Vždy to tedy musí být na prvním místě rozhodnutí a odpovědnost klienta, zda chce, aby se s pracovníky kontaktoval.

Podobně je možné přistupovat i k terénní práci ve virtuálním prostoru – je zodpovědností a svobodným rozhodnutím klienta, zda službě pošle žádost o přátelství nebo žádost přijme, jak si nastaví svůj FB profil, zda s pracovníky bude komunikovat přes Messenger a zda bude sdílet statusy služby, čímž dá svému okolí vědět, že je se službou v kontaktu. Každý při zřízení FB profilu souhlasí s podmínkami používání FB a je to na jeho rozhodnutí a zodpovědnosti.

Dá se tedy říci, že rizika terénní práce přes Facebook jsou srovnatelná s riziky v reálném prostředí.

Síťování s využitím kolaborativních informačních systémů

Klíčová slova: *interakce – pracovní tým – aktivizace*

Kolaborativní informační systémy označují takové způsoby správy, sdílení a předávání informací, které jsou založené na interaktivní spolupráci více uživatelů. Jejich tvorba a využívání začalo původně ve vědecké komunitě, dnes se však čím dál více rozšiřují i do dalších oblastí a podstata kolaborace se přenáší i do dalších dimenzí spolupráce. Kolaborace je postavena na myšlence intenzivní týmové spolupráce, kdy autorem projektu není jednotlivec, ale celý realizační tým. Práce je považována za kolektivní produkt. Každý v týmu může mít jinou úlohu, přičemž jsou vnímány všechny jako rovnocenně důležité.

Důležitým rozměrem kolaborace je identifikace se skupinou neboli pracovním týmem.

Často jsou přítomny komunitní prvky, například když se členové pracovního týmu způsobem znají a spojuje je společný zájem. Důležitým rysem je také vnitřní heterogenita skupiny, která by měla mít aktivizační roli. Způsob kolaborativní práce, kdy je jeden člen týmu nápomocný druhému, umožňuje využití potenciálu této různorodosti k zapojení osob s rozdílnými zkušenostmi a dovednostmi. Členy týmu mohou být odborníci z různých oblastí i lidé s žitou zkušeností s danou problematikou (Břidička, 2011).

Pro síťování je kolaborativní vytváření informačních systémů velice výhodným nástrojem. Databáze, informační weby a platformy jsou pro oblast péče důležité a tento způsob jejich tvorby umožňuje zapojit do spolupráce na tvorbě projektu širokou skupinu osob různého vzdělání, sociálního statutu či profesního zaměření, zcela rovnocenně a partnersky. Právě jejich odlišné životní i profesní zkušenosti nabízejí možnost uchopit problematiku komplexně a nezaměřovat svoji pozornost jen jedním konkrétním směrem. Tento způsob spolupráce přispívá k posilování komunitních principů, propojování lidí, sdílení zkušeností a informací a spravedlivé redistribuci moci mezi všemi aktéry.

„Mapa bez domova“

Koncem roku 2015 založila platforma kritické sociální práce KRISA na popud pražské skupiny Food not Bombs iniciativu Spojenci. Jedná se o dobrovolnickou skupinu věnující se terénní sociální práci u jejích výdejů jídla (více o aktivitě v kapitole Příklady vytváření sítě ve specifických situacích: Chudoba a lidé bez domova). Převážná většina dobrovolnic a dobrovolníků neměla formální vzdělání ani praxi v sociální práci, takže bylo potřeba je vybavit materiály s kontakty a informacemi o návazných službách. Původně měly tyto informace formu letáků s jednotlivými oblastmi problematiky, jako např. poradenství, bydlení, jídlo a podobně.

Spojenci se ukázali nejen jako schopní a empatičtí v sociální práci, ale přinášeli i znalosti a schopnosti ze svého pracovního života. Byla škoda informace nashromážděné v materiálech pro Spojence nezveřejnit a mezi dobrovolníky se našli dva programátoři, kteří byli ochotní naprogramovat webovou aplikaci. Výsledný web **mapabezdomova.cz**

byl spuštěn na začátku roku 2017.

Tehdy byl k dispozici pouze průvodce s názvem „V Praze doma bez domova“, který vydává v tištěné podobě Centrum sociálních služeb a který je aktualizován maximálně jednou ročně, a internetový Registr sociálních služeb, který spravuje MPSV. Registr je vždy aktuální, ale uživatelsky velmi nepřívětivý a je členěn podle organizací, a ne podle konkrétních životních potřeb a situace uživatele. Neformální služby, iniciativy nebo ubytovny z něj zcela vypadávají.

Mapa bez domova se snaží na problematiku dívat z pozice člověka, který potřebuje pomoc a běžnými problémy, kterým čelí. Oproti jiným tak například eviduje, na jaké ubytovně je možné mít domácí zvíře nebo zda je možné na ni čerpat doplatek na bydlení. Uživateli mapy jsou primárně sociální pracovnice a pracovníci, kterým umožňuje snadný přístup k informacím, ale i lidé, kteří chtějí lidem na ulici pomoci sami od sebe a čím dál tím víc i lidé bez domova, kteří už mají také poměrně často k dispozici chytrý telefon.

Mapa byla od začátku plánována jako kolaborativní prostředek sdílení informací. Poskytovatelé i uživatelé se naučili poměrně rychle psát přímo z webového rozhraní mapy upřesňující informace o změnách ve stávajících službách (provozní doby, kontakty, poskytované služby) i o službách nově založených. Participaci je mapa otevřena i regionálně. Ke správě místních databází se mohou přihlásit lidé z jednotlivých oblastí. Na základě jejich zájmu je jim založeno město či oblast, kterou tak spravuje někdo obeznámený s místními podmínkami. Aktuálně tak funguje mapa pro Prahu, Ostravu a Liberecký kraj. Ve vývoji je slovenská mutace mapy, kde byl projeven zájem o databázi Bratislavy.

GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ SÍTĚ

Níže nabízíme způsob, jak graficky znázornit síť pro konkrétní sociální jev, vycházíme přitom z posledního příkladu popsaného výše, ve kterém case managerka Jitka spolupracuje s těhotnou klientkou Dagmar a její sociální sítí.

Při síťování se zaměřujeme na vztahy (Gojová, 2007), a tak i při grafickém znázornění jsou vztahy tím nejdůležitějším. Uprostřed grafu má tedy místo klíčový pomáhající vztah, v tomto případě klientky a klíčové pracovnice. Zvlášť zvýrazněné jsou rodinné a neformální vazby. Kromě přímého navazování vztahů je pro síťování typické také působení na vztahy, kdy do existujícího vztahu klientky (například s lékařem, zaměstnavatelem nebo soudcem) nevstupujeme přímo, ale mluvíme o těchto vztazích s klientkou, čímž je můžeme proměňovat v souladu se společným záměrem.

Zbývá dodat, že celé znázornění sítě nelze považovat za objektivní a neměnné. Je pravděpodobné, že například pracovnice OSPOD by celou síť vykreslila jinak, stejně tak klientka nebo kdokoliv jiný z dané sítě. Síť má však především sloužit jako pomůcka pro toho, kdo se v ní pokouší orientovat, proto je důležité, aby vždy přinášela perspektivu právě tohoto člověka.

Postup tvorby a práce se sítí

Case managerka při své práci s klientkou postupovala na základě jejích potřeb směrem ke stabilizaci její životní situace. Během spolupráce se mnohdy vynořovaly nové zakázky a tato síť tedy vznikala jak simultánně (zapojení několika lidí najednou včetně společných schůzek), tak paralelně (postupně), podle toho, jaké aktéry, a ve kterém čase bylo potřeba zapojit po celou dobu trvání kontraktu. Toto shrnutí může být nápomocné pro pomáhající pracovníky či case managery, kteří pracují s klienty s mnohočetnými potřebami.

Prioritou klientky bylo usilování o svěření dětí zpět do své do péče, proto case managerka

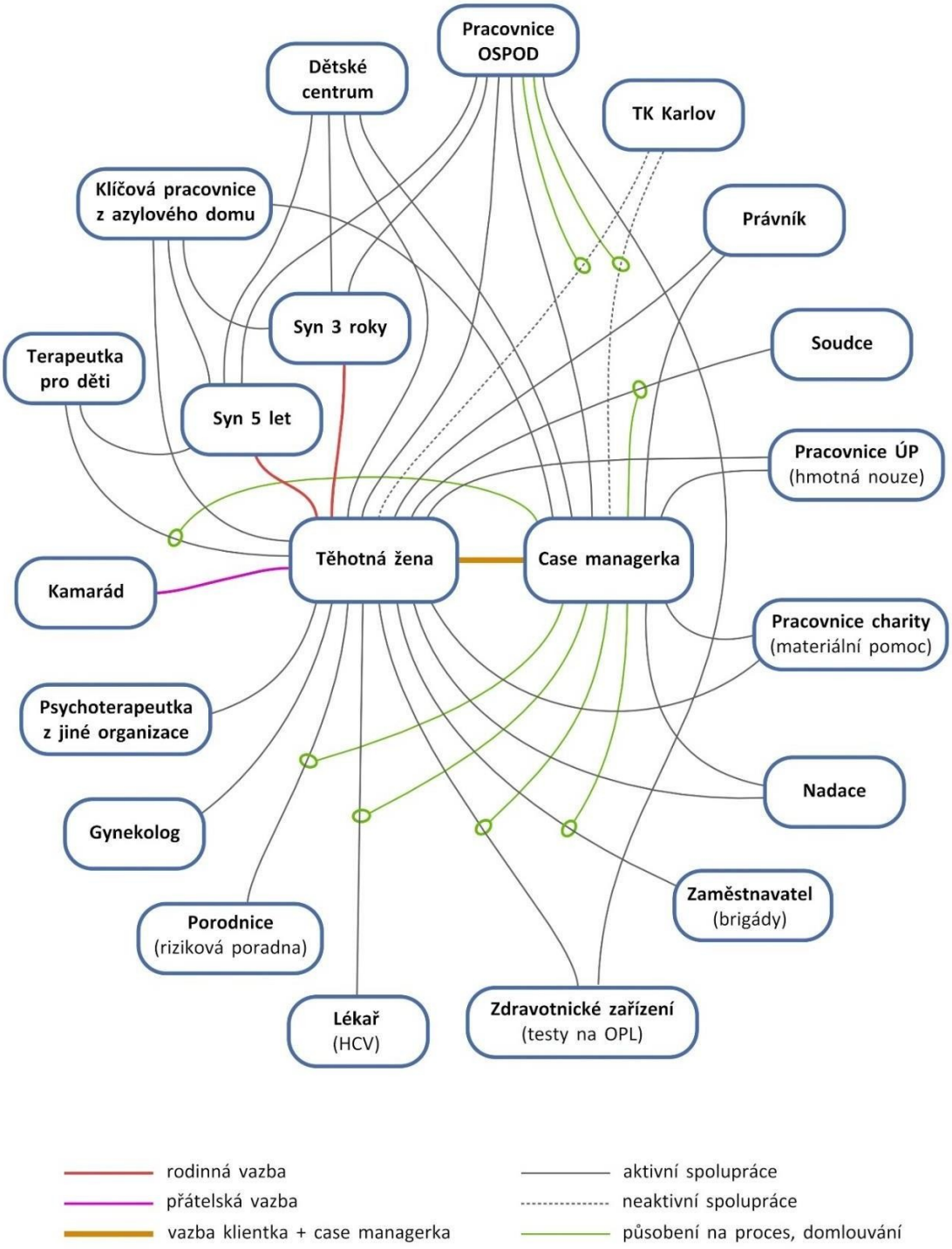
zapojila na základě přání a souhlasu klientky do spolupráce pracovnici OSPODu a pracovnici dětského centra, kde byli na základě předběžného opatření její dva synové ubytováni. Pracovnice OSPODu nejprve trvala na nástupu klientky do terapeutické komunity Karlov, kde mohou léčbu absolvovat matky s dětmi, proto do sítě zapojila pracovnici TK Karlov a spolu s klientkou spolupracovala na přijetí. Následně se povedlo vyjednat, že při pravidelném docházení na testy na přítomnost drog v moči, může klientka prokázat svou abstinenci (která byla podmínkou svěření synů do péče) takto. v síti přestala být aktivní spolupráce s pracovnicí TK Karlov. Case managerka domluvila testování ve zdravotnickém zařízení, kam začala klientka docházet, v kontextu sítě tak podpořila tento proces.

Dále se case managerka zaměřila na pomoc se získáním synů zpět do péče a do sítě zapojila externího právníka, který klientku na společných schůzkách připravoval na soudní stání. Díky tomu mohla case managerka také ovlivnit proces jednání se soudcem, který na klientku kladl požadavky, ty jí pomáhala naplnit. Starší syn začal mít výchovné problémy, case managerka pomohla klientce sehnat bezplatnou dětskou psycholožku, která s nimi začala pracovat, spojnice v síti tedy zobrazuje působení na proces u obou posledně zmíněných.

V rámci spolupráce bylo také třeba věnovat pozornost zabezpečení primárních potřeb klientky, tedy dostatek financí na bydlení, stravu a základní potřeby. To nabylo možné pokrýt z příjmů z brigády, kam klientka docházela a vzhledem k pokročilému stadiu těhotenství se jí nedařilo najít jiné zaměstnání. Proto case managerka zapojila do spolupráce a sítě pracovnici z azylového domu, do kterého klientce pomáhala vyplnit žádost. s touto pracovnicí dojednávala náležitosti nutné k přijetí klientky. Následně doprovodila klientku v rámci sociální asistence na místní oddělení hmotné nouze úřadu práce, kde jí pomohla s vyplněním potřebných formulářů pro získání potřebných dávek a v síti tak přibyla pracovnice hmotné nouze. Case managerka pomohla klientce vypracovat žádost o nadační příspěvek, aby mohli synové začít bydlet s klientkou na azylovém domě, do sítě tak přibyla tato nadace.

V této fázi spolupráce zjistila klientka, že je těhotná. Otec dítěte svou roli odmítl, stejně jako jakoukoli materiální i nemateriální podporu. Do sítě proto case managerka zapojila pracovnici charity, která jí může zprostředkovat materiální pomoc pro období těhotenství, potřeby k porodu, šestinedělí a pro rané mateřství. Vzhledem k rizikovému těhotenství kvůli pozitivní hepatitidě typu C, propojila case managerka klientku nejprve s lékařem kliniky infekčních chorob a následně s rizikovou poradnou v rámci porodnice, protože klientka bude muset rodit sekcí (císařským řezem), aby nedošlo k přenosu onemocnění na dítě, působila tak na tyto dva procesy. Klientka sama docházela ke svému gynekologovi, v síti je proto tato spojnice pouze ke klientce. Vzhledem k těhotenství také case managerka působila na proces, ve kterém klientka vyjednávala se svým zaměstnavatelem, kam chodila na brigády snížení náročnosti práce, aby mohla pracovat dále i při svém těhotenství.

Součástí sítě také je kamarád klientky a psychoterapeutka klientky z jiné organizace, které jsou jí oporou, case managerka o obou ví a tyto vazby podporuje, ale na tyto procesy nijak nepůsobila, proto vedou spojnice pouze ke klientce.



Obrázek 9: Grafické znázornění sítě

BARIÉRY SÍŤOVÁNÍ a MOŽNOSTI ŘEŠENÍ

Síťování se může zdát jako poměrně nekomplikovaný způsob práce, ke kterému není zapotřebí žádných speciálních kompetencí kromě základních komunikačních dovedností a možná jisté dávky sociální inteligence. Avšak až příliš často se setkáváme s tím, že péče o klienty je roztříštěná, přerušovaná, zdvojená anebo zcela chybí. Síťování je odpovědí na velkou část těchto potíží. Kde tedy nastávají komplikace a jak je řešit?

Překážky a jejich překonávání při systémovém a koncepčním síťování

Klíčová slova: *sdílení informací – reciprocita – aktér sítě*

Při hledání odpovědi na tuto otázku musíme rozlišit síťování služeb a zdrojů podpory na systémové či koncepční rovině a síťování na základě konkrétního případu. v prvním případě, tedy při síťování, kdy se jedná o koordinované úsilí zástupců služeb a institucí ve prospěch konkrétní situace, vybíráme některé hlavní překážky fungování sítí a jejich neprostupnosti, které definuje Gojová (2007), a nabízíme základní vodítka pro jejich překonávání:

1. Málo přiměřeného sdílení informací

Je třeba od začátku zvolit vhodné způsoby předávání informací, například pořizovat z každého setkání sítě zápis, založit zpravodaj nebo zveřejňovat informace na webových stránkách sítě. Dále je nutné dohodnout se hned na začátku na tom, jaké informace a jak si budou partneři v rámci sítě navzájem poskytovat.

2. Nedostatek respektu a vzájemné důvěry

Pokud se ve vytvářené sítí objevuje více různorodých subjektů (např. samospráva, klienti, nestátní neziskové organizace a podobně), dá se očekávat, že zpočátku nebude mezi jednotlivými aktéry vytvořená dostatečná důvěra pro otevřený a transparentní způsob práce. Proto je dobré plánovat jednotlivé kroky tak, aby na začátku účastníci nemuseli sdílet citlivá témata a zároveň aby hned v úvodních fázích mohli získat pozitivní zážitek ze spolupráce.

3. Nedostatek reciprocity, který může způsobovat ztrátu soudržnosti

Má-li síť fungovat, je také třeba, aby zúčastnění aktéři usilovali o zachování rovnováhy mezi rolí toho, kdo poskytuje a kdo dává, síť by měla být v ideálním případě rovnoměrně přínosná pro všechny aktéry a zároveň všichni aktéři by do ní měli přibližně rovnoměrně investovat. Pokud to nefunguje, je třeba vrátit se na začátek a reformulovat cíle sítě a způsoby zapojení jednotlivých členů. Je třeba mít na paměti, že i přílišná aktivita jednoho člena může být na škodu, protože někdy může brát prostor pro zapojení ostatních.

4. Tlak na to, aby síť fungovala podle pravidel a způsobů jednoho z aktérů

Zejména formální instituce jsou zvyklé na svoje ustálené způsoby jednání a považují je za neměnné, což často znevýhodňuje neformální organizace, skupiny a jednotlivce. Síť přitom musí umožňovat, aby vedle sebe fungovaly formální i neformální subjekty na stejné úrovni. Proto je nutné na začátku pravidla komunikace a společného fungování explicitně vytyčit a pojmenovat za účasti a shody všech aktérů. a to jakkoliv se některá z nich mohou zdát banálními nebo zřejmými. v případě problémů je potom možné se k těmto pravidlům vracet.

5. Nepřiměřené požadavky na malé či méně formální partnery a klienty

Aktéři, kteří nedisponují dostatečným časovým, organizačním a finančním zázemím, mohou být v rámci sítě znevýhodněni, protože nemají dostatek zdrojů ve srovnání se

„silnými“ subjekty, které tyto zdroje mají. Takovým aktérům je třeba jejich zapojení do sítě různorodými způsoby usnadnit (materiálními pobídkami, personální pomocí, umožněním videokonferenčních hovorů), aby nedocházelo k systematickému vyřazování těch, kteří mají chuť se zapojit, ale nemají dostatek zdrojů. Tím by totiž docházelo i k ochuzení sítě.

6. Různé či protichůdné hodnotové orientace a představy

Různé hodnotové orientace aktérů týkající se postojů k řešení problémů nebo zapojení klientů je zapotřebí zvážit již v úvodních fázích mapování a analýzy sítě. Neměly by být překážkou vzniku sítě, avšak na začátku by měl být prostor pro vzájemné porozumění různým hodnotovým orientacím a představám. k tomu může přispět například to, že se aktéři sítě nejprve setkají spíše neformálně a mají možnost sdílet něco, co je spojuje, aby později mohli mluvit o tom, v čem se odlišují. Pokud kdykoliv v procesu řešení případu dojde ke střetu různých hodnotových orientací, je dobré vést účastníky k tomu, aby mluvili co nejvíce konkrétně – o své praxi, svých zážitcích, svém prožívání.

7. Rozdílné či neslučitelné cíle jednotlivých subjektů

Není přímo na škodu, když jednotliví aktéři sítě mají rozdílná očekávání od síťování, nicméně je podstatné, aby byly utvořeny cíle společné, které budou rozdílná očekávání zároveň uspokojovat. Pokud se však dostane do popředí cíl jednoho subjektu, který je neslučitelný s cílem jiného aktéra, nebo je i v protikladu k jeho cíli, může to v celém procesu znamenat výraznou překážku. v této fázi je nutné, někdy i za pomoci přizvaného externího facilitátora či supervizora, vrátit se znovu k vyjednávání společných cílů.

Překážky a jejich překonávání při síťování v rámci konkrétních případů

Klíčová slova: *souběžná péče – sebereflexe – zapojení klienta do síťování*

Musil (2012) se zabývá otázkou, co sociálním pracovníkům brání poskytovat souběžnou péči, to znamená, co jim brání v síťování v rámci konkrétního případu, a na základě toho identifikuje způsoby, jak tyto překážky překonávat. Rozlišuje tyto tři kategorie problémů:

1. Překážky na straně pracovníka
2. Překážky na straně klienta
3. Překážky na straně dalšího pomáhajícího pracovníka

U všech tří aktérů je možné dále rozlišit překážky v rámci tří kategorií:

1. Nedostatek představ o účelnosti zprostředkování další pomoci
2. Nedostatek motivace
3. Zábrany v kontaktu

Tato kategorizace nás potom vede k následujícím doporučením, jak překážky při síťování v rámci konkrétních případů překonávat:

1. Pracovníci musí mít dostatek prostoru pro sebepoznání a sebereflexi.

Pracovníci musí být schopni identifikovat své vnitřní překážky, které jim brání v dobré spolupráci, a to se jim může podařit pouze tak, že budou schopni na sebe nahlédnout z odstupu, jako na někoho druhého. Tak mohou pozorovat například nechuť navázat konkrétní spolupráci kvůli předsudkům či antipatiím vůči konkrétní osobě nebo profesi, anebo kvůli pocitu, že jen oni sami mohou zajistit tu nejlepší péči. Sebepoznání a sebereflexe může být jak samostatná aktivita pracovníka, tak i obsah individuální či týmové supervize.

2. Pracovník by měl vhodným způsobem podporovat autonomii klienta.

Pokud se pracovník domnívá, že by v dané situaci bylo vhodné využít síťování a propojit klienta s dalšími zdroji podpory, avšak klient váhá anebo nesouhlasí, není na místě klienta přesvědčovat nebo na něj tlačit. o spolupráci musí mít zájem především sám klient, a proto je třeba jeho stanovisko naprosto respektovat a nehodnotit. Pracovník však v takovém případě může začít klientovi poskytovat co nejvíc informací, zpětnou vazbu a povzbuzení, a tím jej může potenciálně motivovat ke spolupráci s dalšími aktéry, ať už proto, že to dává smysl, anebo že na to má právo. o autonomii klienta je však také třeba uvažovat v materiálním slova smyslu. Pokud například klientovo odmítání pomoci souvisí s tím, že nemá dostatek prostředků, aby mohl někam zajet, tak by pracovník měl pomoci klientovi tyto prostředky získat.

3. Pracovník by měl usilovat o přiměřené zapojení klienta do síťování.

Existují různé podoby, jak a v jaké roli může být klient zapojen do procesu síťování, a z těchto rolí pak vyplývají i specifické překážky. Dalo by se říci, že potíže na straně klienta nevznikají žádné v případě, že je sám „lídrem“ síťování. Avšak jak píše Musil (2012), pro každého klienta může být vhodné jiné zapojení. Zatímco jeden se nejlépe cítí v roli „partnera“ při veškerých vyjednáváních, pro jiného je komfortnější pozice

„konzultanta“. Je tedy zapotřebí velice citlivě hledat a reflektovat klientovu roli při síťování a dbát na to, abychom jej nestavěli do role, ve které být nechce.

4. Každý aktér síťování musí pocítit užitek.

Často jsou pracovníci frustrováni z toho, že se jim nedaří přimět některé aktéry sítě ke spolupráci, zapomínají ale na to, že „ti druzí“ nemusí vnímat spolupráci jako výhodnou, a tím pádem k ní nemusí být motivováni. Proto je velice důležité zvažovat a jednat tak, aby ve výsledku mohli všichni mít ze spolupráce užitek. Je důležité vnímat, čeho se druhým pracovníkům nedostává, o co usilují, a potom hledat, jestli by jim něco z toho iniciátor sítě mohl pomoci zajistit či zprostředkovat. Jinými slovy, je zapotřebí co nejvíc

porozumět kontextu, ve kterém „odmítavý“ aktér sítě žije a pracuje. Jde tedy často o ochotu poznávat druhé a nedělat si o nich příliš rychlé závěry. Je vhodné nabízet a poskytovat vzdělávání v problematice, což zahrnuje i proces sebevzdělávání a následné předávání nových znalostí a dovedností spolupracujícím institucím.

5. **Pracovníci musí mít prostor pro navazování neformálních vazeb mezi sebou.** Nepsaným pravidlem při síťování je, že pokud se nedaří navázat nějaká spolupráce s konkrétní osobou, je nejlepší s ní zajít na oběd. Právě pracovní obědy, ale i různé polo-formální síťovací události, jako jsou dny otevřených dveří a podobně, rozvíjejí důvěru mezi pracovníky a napomáhají překonávání obtíží.

V dalším textu nabízíme zkušenosti z konkrétních oblastí adiktologických služeb se zaměřením na překonávání bariér při síťování. Jedná se o překážky a jejich překonávání při provozu adiktologické ambulance, při pomoci ženám bez domova, při terénní práci s uživateli drog a při práci s lidmi v substitučním programu.

Bariéry síťování při provozu adiktologické ambulance

Klíčová slova: *adiktologická ambulance – specializované služby – spolupráce*

Z perspektivy malé adiktologické ambulance ve větším městě lze říci, že obvykle není problém navázat spolupráci na odborné úrovni, to znamená zajistit odborníky pro vzdělávání zaměstnanců nebo vzájemná školení s dalšími organizacemi. Obtíže obvykle nastávají ve chvíli, kdy je třeba uživatelům služeb zajistit další odbornou péči, nebo pokud jsou uživatelé jiné sociální služby odesíláni do adiktologické ambulance.

Vzhledem k prevalenci osob s duální diagnózou je poměrně často prospěšná spolupráce s psychiatrem, případně se zařízením poskytujícím specializované psychoterapeutické služby. Přístupnost a rozsah spolupráce s jednotlivými psychiatry se značně liší, avšak obecně lze říci, že je možné najít psychiatry ochotné přebírat do péče osoby užívající

návykové látky. Také zařízení, určená lidem ve špatné sociální situaci, jsou většinou poměrně dobře připravena přijímat i zájemce o službu užívající alkohol nebo jiné drogy, avšak stále se najdou zařízení požadující naprostou abstinenci, což je pro velkou část lidí nesplnitelná podmínka. Paradoxně nejhůře přístupné jsou odborné, úzce zaměřené psychoterapeutické služby, například partnerská terapie, pokud je jeden z partnerů (případně oba) uživatelem návykových látek.

Další skupinu, pro kterou je poměrně obtížné zajistit potřebné paralelní, případně návazné služby mimo adiktologická zařízení, tvoří lidé užívající substituční preparáty, nejčastěji buprenorfin nebo metadon. Ačkoliv je substituční léčba v ČR již dvacet let dobře etablovaným způsobem terapie drogové závislosti, která navíc snižuje rizika spojená s užíváním, usnadňuje sociální a zdravotní stabilizaci, a tím umožňuje plnohodnotné zapojení klientů do běžného života, mnohá zařízení stále nedělají žádný rozdíl mezi uživateli nelegálních návykových látek a klienty substituční léčby. To má za následek nedostupnost nejrůznějších služeb, jakými jsou třeba specializované programy pro osoby s psychotickým onemocněním.

Naopak do adiktologických služeb jsou často z jiných zařízení předáváni všichni, kteří konzumují alkohol či jiné návykové látky, aniž by se přitom jednalo o závislost nebo problematické užívání. Takoví lidé by pravděpodobně profitovali z pokračující spolupráce se zařízením, na které jsou již zvyklí. z této perspektivy se zdá, že vyčlenění adiktologie jako samostatného oboru v rámci péče o osoby s duševním onemocněním mnohdy dělá lidem s duševními problémy medvědí službu.

Ukazuje se, že za odmítáním všech zájemců o služby či uživatelů služeb, u kterých se, byť jen náznakem, objevuje adiktologická problematika, je často nejistota pracovníků a pochybnosti, zda s těmito lidmi budou umět pracovat. Také se může jednat o přetížení systému, kdy i se zavedením tohoto omezení, nezvládají psychiatři odbavit všechny pacienty. Často i velmi zkušení pracovníci, kteří se věnují například lidem se závažným psychotickým onemocněním, mají obavu pracovat s klientem ve chvíli, kdy užívá návykové

látky. Vzdělávání zaměstnanců v této problematice a vzájemná spolupráce s adiktologickými zařízeními (například ve formě konzultací o způsobech práce s těmito tématy) by mohla zvýšit provázanost a usnadnit efektivní spolupráci všech služeb.

Z hlediska výše uvedené klasifikace bariér se tedy v tomto příkladu setkáváme s různými či neslučitelnými cíli jednotlivých aktérů síťování, s rozdílnými hodnotami a představami, a zároveň s tlakem na to, aby síť fungovala podle pravidel jednoho z aktérů (Gojová, 2007). Návykové chování je lehce rozpoznatelné, mnoha pomáhajícími pracovníky je často považováno za hlavní příčinu všech potíží jednotlivce a předpokládá se, že odstranění tohoto problému povede k dalším pozitivním změnám. Některé sociální či zdravotní služby tak mohou vyvíjet tlak na adiktologickou ambulanci, aby tento izolovaný a jednoduše pojmenovaný problém s klientem „vyřešila“. Perspektiva pracovníků ambulance je však spíše taková, že není možné návykové chování řešit odděleně od jiných potíží, a někdy naopak návykové chování ustoupí do pozadí, pokud se podaří klientovi překonat jiné potíže. Proto pracovníci ambulance mohou naopak vyvíjet tlak na pracovníky jiných zařízení, aby nepřestávali pracovat s klienty, kteří se potýkají s návykovým chováním, resp. aby je přijímali do své péče.

Doporučení pro překonávání bariér:

- Seznamovat zaměstnance dalších pomáhajících služeb s novými trendy v pohledech na duševní zdraví a nalézání cest k zotavení ze závislosti formou besed, seminářů, konferencí či jiných vzdělávacích a síťovacích akcí, připravovat pro ně školící akce na základě jejich potřeb, a tím podpořit pracovníky různorodých pracovišť v práci s uživateli drog.
- Dohodnout se se službami, které nejčastěji odkazují klienty do adiktologické ambulance, aby jejich pracovníci před předáním případu o situaci komunikovali, ideálně za přítomnosti klienta. v této komunikaci pak například může pracovník adiktologické ambulance zpochybnit přílišný důraz na abúzus návykových látek v anamnéze jednotlivce a podpořit pokračování péče se stávající službou, pokud to projevy dotyčného umožňují a pokud není navázání kontaktu s ambulancí vlastní

zakázkou klienta.

- Pomoci spolupracujícím zařízením formulovat, jaké jsou konkrétní překážky přijetí klienta nebo pokračování péče ve stávajícím zařízení, pokud je klient uživatelem návykových látek. Je zcela legitimní odmítnout kontakt s člověkem, který se projevuje verbálně či fyzicky agresivně pod vlivem alkoholu nebo drog. Většina služeb má ovšem ve svých vnitřních pravidlech toto ošetřeno obecnou formulací odmítnutí agrese. v konečném důsledku nehraje významnější roli, z jakých důvodů se tak klient projevuje. Následné zaměření na agresivní jednání potom může umožnit pokračování spolupráce s danou službou.

- Využít potenciál peer pracovníků a umožnit pracovníkům sociálních služeb, pro které je v jejich praxi tato problematika okrajová setkávání s aktivními uživateli drog.

Bariéry síťování při pomoci ženám bez domova

Klíčová slova: *bezpečí – transgender – mokré služby*

Problematika drog a závislostí se poměrně často prolíná s chudobou a bezdomovectvím, přičemž ženy se v této kombinaci nacházejí ve specifickém postavení. v následujícím popisu bariér při síťování vycházíme z praxe organizace spolupracující specificky se ženami bez domova, zmiňujeme některá témata, která vytváření bariéry podporují, a následně uvádíme doporučení, jak je překonávat.

Bezpečné prostředí

Většina nízkoprahových denních center pro lidi bez domova je společná pro všechny (muže, ženy, trans lidi). Lidé bez domova nejsou homogenní skupinou, proto je důležité vnímat a reflektovat potřeby a určitá strukturální znevýhodnění jednotlivých “podskupin”. Ženy bez domova mají četnou zkušenost s násilím ze strany mužů, proto někdy nechtějí sdílet společné prostory s muži.

Podobně je tomu u trans lidí, kteří se mohou setkávat s nepochopením, obtěžováním a mnohonásobnou diskriminací. Například když procházejí tranzicí a v občanském průkazu nemají ještě změněné kolonku „jméno“ a “pohlaví”, tak není respektována jejich identita. v důsledku toho je nezbytné budovat bezpečné prostředí pro ženy a trans lidi bez domova, kde najdou potřebnou podporu a přijetí. Bezpečí je nezbytnou podmínkou spolupráce.

Aby služba byla pro lidi, kteří ji užívají, užitečná a dobře nastavená, je třeba zabývat se jejich potřebami, představami a přáními a společně mluvit o tom, co utváří bezpečí a co ho naopak ohrožuje. Základní bezpečné prostředí potom může napomoci v navazování a prohlubování vzájemných vztahů, což může přispět ke snížení izolace a osamění.

Rigidní pravidla v zařízeních pro lidi bez domova

Pravidla nastavená v zařízení určených pro lidi bez domova někdy neodpovídají potřebám jejich uživatelů. Mnoho lidí bez domova má například psa, který pro ně má často roli jediného opravdového přítele, do většiny zařízení pro lidi bez domova psi ovšem nesmí (azylové domy, noclehárny, většina denních center), pro některé lidi tedy zákaz vstupu se psem představuje velkou bariéru a raději zůstanou žít a spát venku. Některé služby zase udělují klientkám

„zákazy“ využívání, protože nějakým způsobem vybočují z obvyklého průměru (například navázání spolupráce s nimi trvá déle, jejich komunikace je specifická, občas “blázní”, jsou závislé na alkoholu a podobně).

Rigidní pravidla ve službách pro lidi bez domova mohou být významnou bariérou, protože nemusí odpovídat potřebám klientů a pro někoho mohou být ponižující a znesvobodňující (například trestání pozdních příchodů, zákaz návštěv v azylových domech, zákaz užívání alkoholu a drog). Práh může být někdy nastaven příliš vysoko. Přispívá k tomu i nemožnost využití většiny služeb pro lidi bez domova bez občanského průkazu, který často nemají. Závislost na alkoholu nebo užívání drog je velkým tématem

ve snaze odstraňovat bariéry při využívání služeb. v zahraničí běžně existují tzv. „mokré služby“, kde je za určitých podmínek povoleno pít alkohol. v ČR zatím taková praxe nefunguje. Podobnou překážkou může někdy být substituční terapie, jak o tom vypovídá zkušenost Natálie:

“Vím, že pravidla se musí dodržovat, ale když jsem poprvé po 20 letech na ulici využila azylový dům, nenahlásila jsem, že jsem na substituci, protože jsem se bála, že mě nevezmou. Posléze, když došlo k interakci mezi mnou a sociální pracovnicí, která se ptala, zda jsem užila drogy, donesla jsem jí odběr krve, který byl pozitivní na drogy. Za neinformování o užívání substituce jsem se omluvila a vysvětlila, proč jsem lhala. Ze strachu. Stejně mě pak vyhodili a nevzali mě tenkrát ani na jiný azyl, protože už to tam věděli.” (Natálie, klientka komunitního centra)

Komplexní, spolupracující a navazující služby

Ženy bez domova mají často zkušenost s násilím, prožitým traumatem, duševním onemocněním a psychickou krizí. Služby pro lidi bez domova často z kapacitních či jiných důvodů neposkytují komplexní péči. v některých organizacích funguje praktický lékař, psychiatr či psycholog, ovšem kapacita není dostatečná. Druhým limitem je souběžné využívání služeb, například krizové pomoci nebo služeb pro ženy ohrožené domácím násilím. Některá krizová centra se například zdráhají přijmout do péče ženy bez domova s odůvodněním, že krizové centrum neřeší sociální krizi. Přitom je zcela zřejmé, že sociální a psychické krize jsou úzce propojené a v mnoha případech není vůbec možné je oddělit. Podobně se přijímání žen bez domova někdy brání i služby určené pro oběti domácího násilí.

Přístup sociálních pracovníků a pracovnic

Bariérou může být i samotný přístup sociálních pracovníků a pracovnic, kteří jsou sami pod velkým tlakem – jsou společensky i finančně špatně ohodnoceni, mají hodně práce, která je náročná, a často se tak musí vypořádávat se syndromem vyhoření. Sociální

pracovníci a pracovnice ovšem mají ve vztahu k lidem, kteří využívají sociální služby, moc. Mohou rozhodnout o tom, koho do služby přijmou a koho už ne, a jak člověku pomohou. Překážkou pro lidi bez domova může být právě strach ozvat se a říct svůj názor, pokud například nesouhlasí s tím, jak je služba nastavena. Strach z toho, že když se ozvou, bude s nimi ukončena spolupráce a přijdou o pomoc, kterou potřebují. Proto je velice důležité reflektovat svoje mocenské postavení (z pozice sociálních pracovnic a pracovníků) a snažit se o vzájemný dialog, respekt a větší míru participace.

V tomto příkladu se zrcadlí celá řada systémových i specifických bariér. Jednou z nich je nedostatečné reflektování potřeb lidí při vzniku a provozu různých pomáhajících institucí. Specifickou oblastí je práce s trans lidmi, která je zatím vnímána jako okrajová, nemá stanovené etické normy, a proto je na místě k ní přistupovat s velkou mírou citlivosti. Bariérou, která se dotýká řady oblastí práce s lidmi užívajícími drogy, je pak nedostatečná kapacita praktických i specializovaných lékařů. Samostatnou kapitolu pak představují sociální pracovníci samotní, jejich finanční a společenské ohodnocení a způsob, jakým se s těžkým posláním pomáhající profese vyrovnávají.

Doporučení:

- Naslouchat těm, pro které je služba určena. i člověk v tíživé životní situaci má své potřeby, které jsou mnohdy banální a snadno řešitelné a jakákoli forma vstřícné reflexe jeho individuálních potřeb může být zásadní v procesu zotavení.
- Průběžně reflektovat, zda jsou pravidla zařízení přínosem pro chod instituce a zda nejsou uplatňována na úkor prahovosti zařízení.
- Zajímat se o odlišnou realitu, které jsou specifické skupiny lidí vystaveny. v rozdílných životních situacích mohou být zdánlivě běžné věci mnohem komplikovanější (například udržet si doklad totožnosti je pro osoby bez domova téměř nemožné).
- Společné formulování potřeb všech zúčastněných (pracovníků i uživatelů služby) uvnitř pomáhající instituce pomáhá vytvářet zdravější prostředí a ve výsledku je

prospěšné všem dotčeným.

- Zvýšit informovanost o problematice trans osob. v ČR existuje několik uskupení, které pořádají vzdělávací aktivity v této oblasti a jsou schopné potřeby těchto osob jasně formulovat[25].
- Poskytovat lepší informace o problematice substituční léčby (uvedeno již výše).
- Zlepšit přístup k lékařské péči, navýšit počet spolupracujících lékařů. Základní přehled o sociální problematice by se měl stát běžnou součástí výuky na školách se zdravotnickým zaměřením.
- Sociální pracovnice a pracovníci by měli usilovat o lepší pracovní podmínky, vytvářet a udržovat v chodu odborové organizace a zaměstnanecké spolky a zajímat se o to, jak je nakládáno s prostředky v rámci instituce, ve které působí. Stejně jako je důležité nechat v procesu pomoci zaznívat hlasy těch, kterým je pomoc poskytována, nesmí být opomenuty potřeby lidí, kteří pomoc a podporu nabízejí. Adekvátní platové ohodnocení, zaměstnanecké výhody a zdravé klima na pracovišti by měly být samozřejmostí.

Bariéry síťování při terénní práci s uživateli drog

Klíčová slova: *prostředí – mapování – kontaktní práce*

Tato kapitola je zaměřena na bariéry síťování, které mohou vznikat při poskytování terénních služeb pro uživatele drog. Bariéry jsou identifikovány na třech různých úrovních, a to na straně samotné služby, dále na straně jejích klientů a naposledy i na straně dalších institucí a společnosti.

Řada bariér pro síťování plyne z terénního charakteru služby. Pro terénní práci je typické, že probíhá v přirozeném prostředí uživatelů drog a často se tedy jedná o veřejné prostory, jako jsou parky, náměstí, squaty a další místa, kde je současně přítomna celá řada

[25] Relevantní informace o problematice nabízí například organizace TransParent: www.transparentprague.cz

náhodných lidí či dalších klientů. v tomto prostředí tak chybí soukromý a bezpečný prostor, kde by mohl kontakt s člověkem nerušeně proběhnout. Tato skutečnost často ovlivňuje právě kvalitu kontaktu, což může být pro potřeby síťování zásadní bariérou. Kvalitní zmapování sítě člověka vyžaduje dostatečné množství času a bezpečný prostor, kde se dotyčný nemusí bát otevřít a rozpovídat se o svých problémech ve všech souvislostech. Další bariéra, která rovněž vyplývá z terénního charakteru služby, jsou typicky krátké kontakty, které mohou být často přerušovány dalšími uživateli služby, kteří přicházejí. Pracovník musí být schopen pružně reagovat na aktuální stav a zakázku daného člověka, což vzhledem k omezeným zdrojům informací, které má v terénu k dispozici, nemusí být vždy snadné. Terénní pracovníci a pracovnice by měli být pro tyto situace vybaveni přehledným adresářem pro odkazování do jiných služeb či institucí a v ideálním případě mít i zařízení připojené k internetu, kde by mohli potřebné informace v krátkém čase vyhledat.

Pro terénní služby je dále typické, že kontakty jsou většinou nahodilé, postrádají pravidelnost a strukturu. Možnosti dlouhodobé a strukturované spolupráce jsou proto v terénních službách značně omezené, což je faktor, který je pro síťování rovněž problematický.

Atraktivita terénních služeb tkví právě v jejich nízkoprahovosti. Působení v přirozeném prostředí klientů je často základní výhodou jejich dostupnosti. Jsou k dispozici na místech, kde se jejich uživatelky a uživatelé běžně pohybují. Pracovníci a pracovnice terénních programů je tedy mohou zastihnout v různých momentech jejich dne, kdy mnohdy nemusí být na kontakt připraveni. Klienta/ku můžeme zastihnout v momentě aktuální intoxikace nebo naopak ve chvíli, kdy jej sužují abstinenční příznaky. Kvalita kontaktu tím může být opět ovlivněna. v jejich přirozeném prostředí se také stává, že člověk nechce, aby byl s pracovníkem či pracovnicí terénního programu viděn někým ze svých známých či rodinných příslušníků. v takovém případě se kontakt snaží omezit na nezbytné minimum, které využije k výměně HR materiálu a vzápětí odchází, aniž by s terénními pracovníky řešil jinézakázky.

Lidé, kteří využívají služeb terénních programů, se mnohdy nacházejí ve velmi složitých životních situacích spojených s nestabilním zázemím a hektickým způsobem života. Jejich sítě bývají velmi omezené a kontakt s institucionálními zdroji podpory jim často stěžují formality, jako je nutnost disponovat platnými doklady totožnosti nebo průkazem zdravotní pojišťovny. Poskytnout takovému člověku spolehlivý odkaz na zdravotnické či jiné zařízení je mnohdy skoro nemožné. Zde se setkávají bariéry vznikající jak na straně klientů, tak i na straně systému a společnosti, která trpí řadou předsudků vůči uživatelům drog, jež snižují ochotu veřejnosti poskytnout těmto lidem pomoc. Je také velmi složité najít vhodné zdravotníky, kteří by byli ochotni pracovat s lidmi, kteří jsou například potenciálně nakaženi nějakou infekční nemocí. Společností rovněž často rezonuje názor, že si za své problémy mohou tito lidé sami a není proto na místě jim pomáhat. Podobně je ve společnosti obvyklý názor, že služby, které poskytují výměnu HR materiálu, svým způsobem podporují uživatele návykových látek v jejich užívání, což může být následně rovněž komplikací při vytváření sítě následné pomoci.

Samotný charakter terénní práce přináší své specifické bariéry. Krátké a vesměs nahodilé kontakty neumožnují systematicky prozkoumat vztahovou síť uživatele služby a prostor, ve kterém takové kontakty obvykle probíhají, nemůže zajistit optimální prostředí z hlediska bezpečí, intimity a dostatečného času. Rozhovor může být kdykoli přerušen jiným uživatelem nebo jakoukoli událostí v okolním veřejném prostoru.

Reflexe také zmiňuje problém, kdy v řadě návazných služeb je pro přijetí uživatele nezbytné prokázat se průkazem totožnosti či kartičkou zdravotní pojišťovny. Disponovat těmito doklady je pro řadu uživatelů velmi obtížné zvláště pak, pokud jsou zároveň lidmi bez domova nebo mají nestabilní zázemí, popřípadě pokud se jedná o cizince. Při opakované ztrátě občanského průkazu může úředník udělit pokutu až do výše deseti tisíc korun. Opakovaná ztráta či poškození dokladu je klasifikováno jako přestupek. Řada uživatelů služeb pochází z jiného města, než je to, ve kterém se reálně pohybují a vyřízení duplikátu rodného listu, na základě, kterého se průkaz totožnosti vydává, tak může být procedurou dlouhou a komplikovanou. Další uvedenou bariérou jsou mýty a předsudky

vůči uživatelům drog a potřeba posuzovat míru vlastního zavinění při zvažování poskytnutí pomoci.

Doporučení:

- Pro odeslání uživatele do jiné služby, kde bude moci svoje záležitosti řešit, je důležitá jednak flexibilita kamenných zařízení, vhodná otevírací doba, z hlediska dostupnosti pak jejich hustá síť. Stejně tak je důležité a vhodné, když se pracovníci jednotlivých programů vzájemně znají. k vzájemnému poznávání mohou sloužit společné vzdělávací aktivity a spolupráce jednotlivých zařízení na různých úrovních. Osobní přístup, kdy podle charakteru potíží uživatele a jeho naladění může terénní pracovník doporučit pro konzultaci konkrétního pracovníka v kamenném zařízení, se osvědčuje jako příznivý pro hledání vhodných řešení.

- Je vhodné, aby terénní služba umožňovala a uživatelům doporučovala depozit dokladů totožnosti. v praxi to může vypadat tak, že originál dokladu je uložen v zázemí terénní služby a na vyžádání je kdykoliv možné vydat originál nebo kopii, která je pro celou řadu úkonů vyžadujících prokázání totožnosti dostačující. Této praxi může formálně bránit požadavek na naprostou anonymitu uživatelů. To lze vyřešit souhlasem uživatele se spravováním osobních údajů danou službou.

Bariéry síťování při práci s lidmi v substitučním programu

Klíčová slova: *nedůvěra – stereotyp – návazná spolupráce*

Síťování a mezi-organizační spolupráce jsou jedny z důležitých aspektů práce s klienty substitučních programů. Klienti totiž mnohdy neřeší pouze problém závislosti, ale celou další škálu problémů, které vyžadují zapojování a spolupráci dalších organizací, institucí a odborníků. Může se jednat o problémy, které vznikly v důsledku předchozího užívání návykových látek, nebo o problémy vznikající z jiného důvodu, např. zdravotní komplikace, dluhová problematika, záznamy v trestním rejstříku, neadekvátní bydlení. z toho důvodu je patrné, že je třeba, aby substituční programy spolupracovaly s dalšími subjekty, které mohou klientovi pomoci řešit nepříznivé okolnosti. Cílem tohoto příspěvku

je přiblížit možné bariéry, které se objevují při navazování spolupráce a samotném síťování. Příspěvek je psán na základě zkušeností a reálné situace metadonového substitučního programu v Brně.

První obecnou bariérou při síťování může být vnímání a postoj dalších subjektů vůči substitučním programům. Ačkoli jsou substituční programy definované dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) jako plnohodnotné formy abstinence, část odborné veřejnosti je vnímá se značnou dávkou kontroverze – buď je nepovažují za plnohodnotnou formu léčby, nebo tvrdí, že nejde o abstinenci, ale o pokračování v užívání (Minařík, Pavlovská in Kalina et al., 2015), což má pak za následek složitější navazování spolupráce. s tímto pohledem se může pojit i obecné pojímání substitučních klientů co by uživatelů, v negativním konotativním smyslu s možností stereotypních představ (spolupráce s nimi nebude jednoduchá, budou nespolehliví a podobně). Na konkrétním příkladu se jako problematické ukázalo síťování zdravotnických zařízení, konkrétně obvodních lékařů, kteří díky špatným zkušenostem s cílovou skupinou osob se závislostí přímo či nepřímo odmítli přijímání klientů do péče. s touto bariérou je možné se z velké části vypořádat už při samotném síťování, kdy by měl pracovník substitučního programu poskytnout další instituci potřebné informace o typu léčby, včetně její filosofie, cílů a benefitů (ale také rizik), které odkrývají smysl a důvod její existence na poli práce s uživateli návykových látek. Jako vhodné se proto jeví navazování spolupráce a síťování, které probíhá na rovině osobního setkání pracovníka substitučního programu s daným zařízením, namísto telefonického či elektronického kontaktu.

Samotná spolupráce s dalším zařízením může být komplikovaná i díky tomu, že se klient nevyzná v tom, co se mu nabízí, může mít obavy a být jistým způsobem nespolehlivý, jak je uvedeno výše (dodržování termínu konzultací, návštěv). z toho důvodu je třeba, aby byly jasně stanovené podmínky spolupráce a ošetřen systém předávání informací. Mnohdy se totiž stává, že informace jsou v trojúhelníku substituční program – klient – další zařízení podávány s určitým zkreslením, zejména během spolupráce s úřady, orgány sociálně-právní ochrany dětí či s probační a mediační službou (třeba kvůli obavám klienta

z možného postihu – z výkonu trestu odnětí svobody, nebo z odebrání dítěte z péče rodiče), a proto nepodává veškeré informace. Na tomto místě je třeba jasně vymezit, co je obsahem spolupráce s daným zařízením, co může být pro klienta problematické a co je naopak třeba sdělovat, aby jeho situace byla zdárně vyřešena.

V případě síťování se proto jako ideální jeví uzavření spolupráce na základě trojstranného setkání, kde jsou nastíněny podmínky a pravidla spolupráce, je vysvětlen důvod klientovy spolupráce jak s programem substituční léčby, tak s další institucí, včetně toho, co mu to může přinést. Setkání tak ve velké míře eliminuje možné neshody, neúplné či zkreslené informace.

Důležitou podmínkou síťování služeb je jejich dostupnost. v případě, že klient přichází s problémem týkajícím se například právních problémů nebo dluhového poradenství, je třeba, aby návazná pomoc řešící tyto problémy byla pro klienta dostupná co nejvíce místně. Pokud je taková služba vzdálená od místa substituční léčby (například tak, že klient musí dojíždět), může zde vzniknout bariéra dostupnosti (ale třeba také obava klienta z návštěvy jemu neznámého místa) a klient sám pak služeb v síti nevyužije. Tuto bariéru pak eliminuje možnost doprovodu klienta ze strany pracovníka substitučního programu, která funguje jako klientova podpora a pomáhá mu překonat možné obavy z návštěvy.

V neposlední řadě je také možné hovořit o bariéře, která vychází z toho, že klient nemá dostatečný přehled o dostupných službách, ačkoli má substituční program navázanou spolupráci s celou spolupracující sítí. o možnostech návazných služeb je proto třeba v první řadě klienta informovat během konzultací s pracovníkem substitučního programu, aktivně mu tyto služby nabízet a připomínat, ale zároveň je vhodné propagovat tyto služby formou letáků, nástěnek či dalších propagačních materiálů přímo v zařízení poskytujícím substituční léčbu, tak aby tyto informace byly pro klienta jednoduše dostupné.

Důležitým aspektem odbourávání bariér síťování je také důsledné mapování životní

situace jednotlivých klientů, ze které vznikají požadavky a poptávka po dalších specifických typech služeb. Jinými slovy – spolupracující síť by neměla být rigidní, vystavěná jen na základě spolupráce snadno odhadnutelných subjektů důležitých obecně pro klienta v substituční léčbě (obvodní lékař, síť léčeben, úřady a neziskové organizace v místě substitučního programu), ale měla by být zaměřena i na možné specifické požadavky klientů (pediatr, neurolog, organizace nabízející možnost výkonu alternativního trestu obecně prospěšných prací).

Stejně jako v předešlých textech popisujících bariéry ve specifických oblastech pomoci lidem se zkušeností s užíváním drog nebo závislostí i zde nacházíme bariéru ve formě špatných nebo nedostatečných informací ve spolupracujících institucích, předsudcích a přílišné akcentaci předešlé špatné zkušenosti s cílovou skupinou.

Doporučení:

- Ze strany sociálních pracovníků je vhodná osvěta a předávání informací o smyslu substituční léčby. Citlivá forma přiznávající návazným pracovníkům jejich vlastní profesní těžkosti a snaha pochopit jejich postoje a pomoci jim se s nimi vypořádat může být dobrým startem budoucí spolupráce. Je patrné, že vzdělávací aktivity tohoto druhu byly v minulosti zanedbávány a možná i díky tomu přetrvává nejen mezi laickou, ale i mezi odbornou veřejností o substituční léčbě stále řada nereálných představ a z toho plynoucích nepochopení. Svou vinu na tom nese i fakt, že substituční léčba v ČR se v některých organizacích rozděluje na různé výše prahu, podle domnělých schopností uživatelů dodržovat nastavená pravidla. Prakticky to znamená, že ve „vysokoprahových“ programech je pacientům nabízena kvalitní lékařská péče se všemi etickými zásadami lékařské praxe. Nízkoprahové programy naopak operují s vysokou dávkou vynucovacích prostředků, hrozbami dočasného nebo trvalého vyloučení z programu, nedůstojnými kontrolními mechanismy (kontrola moči na přítomnost jiné než substituované látky). v takových programech se pak koncentrují lidé s vyšší kumulací sociálních problémů, plně odkázaní na rozhodování zdravotnického personálu. Vzájemná komunikace pak logicky často neprobíhá na bázi důvěry, která je

pro požadovanou stabilizaci v léčbě nezbytná.

- Doporučujeme, aby stávající pracovníci substitučních programů mohli absolvovat zahraniční stáže a inspirovat se v substitučních programech, například ve švýcarském Curychu nebo v některých nizozemských či francouzských organizacích.

- Zároveň považujeme za vhodný vznik multidisciplinárních týmů v rámci substitučního programu, jejichž působení by napomáhalo stabilizaci jedince v plné šíři jeho potíží. Takový tým by vedle psychiatra, psychoterapeuta a sociálního pracovníka měl doplňovat peer pracovník se zažitou zkušeností závislosti nebo užívání drog. Takový člověk může figurovat jako průvodce, zvláště pak v počátcích léčby, kdy může uživatel zažívat obavy, nejistoty a mnohdy se vyrovnává se špatnou zkušeností z předešlé péče. Domluva spolupráce mezi uživatelem a pomáhající institucí by měla vycházet z principů vzájemné důvěry, na kterou je třeba brát v průběhu celé spolupráce zvláštní ohled.

- Lépe informovat o problematice substituční léčby jako o procesu snižujícím rizika spojená s užíváním nelegálních drog a umožňujícím zdravotní a sociální stabilizaci.

- Samotné programy substituční péče by měly nést část odpovědnosti za obecné přijetí této perspektivy a upravit svá pravidla směrem k důstojnější pozici samotných uživatelů. Lidé v různých fázích substitučního programu se mohou stát ideálními nositeli reálných informací o tomto typu léčby. Vhodné je jejich zaměstnávání v týmech substitučních programů na pozicích školitelů a PR pracovníků.

- Vhodná je také možnost pravidelné individuální a týmové supervize, proplácení sebezkušenostních výcviků a dalšího vzdělávání a důstojné ohodnocení pro pracovníky.

Doporučená literatura:

Minařík, J., Pavlovská, A. (2015). Substituční léčba závislosti. In Kalina, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada publishing.

Implementace vybraných metod do praxe adiktologických služeb – zkušenosti z praxe

Cílem této kapitoly je představení zkušeností z praxe, tak, aby mohyl být tyto poznatky využity v dalších organizacích.

K implementaci se přihlásily celkem **tři organizace**, které se rozhodly zavádět vybrané moderní metody celkem v **sedmi službách**. v první fázi pilotního zavádění byla příležitost vyzkoušet zavádění některých metod do praxe komplexněji, zavádění jiných metod bylo ovlivněna omezeními spojenými s pandemickou situací.

Následující zkušenosti vycházejí z písemných výstupů, zpracovaných jednotlivými službami. Kurzívou jsou uvedeny přímé citace ze zpráv. i s ohledem na to, že proces implementace byl projektovými aktivitami teprve započat, neuvádíme zde názvy konkrétních organizací ani služeb, ale jen typ služby. Identifikující údaje v citacích byly upraveny.

Všechny zapojené organizace referují pozitivní zkušenost při práci s metodikou jako výchozího bodu pro zavádění metody. Jako významnou hodnotí služby možnost konzultovat metody s odbornými konzultanty. Do procesu byly zapojeni celkem čtyři konzultanti, dle preferované metody.

Rodinné konference

Služba: Adiktologická ambulance a poradna pro děti a dorost

Důvodem pro zvolení metody bylo to, že při práci s klienty ve věku 10-18 let je vyžadována určitá míra spolupráce zákonných zástupců. Jejich spolupráce není vyžadována pouze za účelem dodržení právních předpisů, ale také ze zkušeností, že pokud má dojít ke změně v chování u dětského/mladistvého klienta, tak je nezbytná i změna systému, ve kterém klient žije a vyrůstá.

Pro implementaci metody se jako stěžejní ukázalo nalezení a kontaktování vhodného

koordinátora rodinných konferencí. Je potřeba uvést, že pozice koordinátora rodinných konferencí není v ČR systémově zavedena. Realizaci metody se věnují některé neziskové organizace. Služba navázala spolupráci s organizací RK-centrum, která v rámci ČR aktivně prosazuje metodu rodinných konferencí při podpoře dětí, mladistvých a rodin. Díky této spolupráci pak byly vyškoleny dvě pracovnice organizace a mohly postoupit k zavedení metody do praxe.

Etapy zavádění metody

1. Absolvování kurzu Moderní metody SP a síťování v adiktologických službách
2. Představení vybrané metody ve službě
3. Teoretická příprava k metodě – metodika RK, fungování v praxi apod.
4. Průběžné konzultace s metodikem
5. Realizace porady – Jak může metoda fungovat ve službě
6. Kontaktování administrátora RK pro kraj – zjistit informace, způsob možné spolupráce s koordinátorem/ry RK
7. Navázání „spolupráce“ s RK-centrem – Pavlíková, Martínková
8. Absolvování Kurzu Koordinátor RK
9. Přidání metody do operačního manuálu služby
10. Výběr vhodných klientů pro realizaci RK

Návrhy a doporučení zavádění vybrané metody

„Pokud by se nějaká služba rozhodla pro zavedení metody RK do nabídky jejich služeb, určitě bych doporučovala, aby koordinátora RK dělal externí zaměstnanec. To je velmi podstatné i z hlediska dodržení holandského modelu RK. Koordinátor RK by měl být především nezávislý, aby se rodina cítila při realizaci rodinného setkání bezpečně.

Kvůli personálním a finančním zdrojům jsme se rozhodli tak, že RK budou ve službě vykonávat dva současní zaměstnanci. Nicméně považujeme za velmi důležité, aby koordinátor RK, v žádném případě nevystupoval v klientově situaci v jiné roli (odborného pracovníka) než jako koordinátor RK. i přesto se může stát, že by toto mohl být hlavní limit

při realizaci rodinných konferencích. Pokud se tak stane, je možné tento problém řešit na poradách, intervizích, supervizích, popřípadě konzultovat s RK – centrem.

Jelikož se metoda zavedla do operačního manuálu a do nabídky služeb, bude tato metoda nabízena našim klientům a jejich rodinám i nadále. a to především v případě, kdy se dítě vrací z pobytové léčby. Dále bude tato metoda možností předcházení umístění dítěte do ústavní péče a bude použita i v jiných možných případech, které se v danou chvíli vyhodnotí jako vhodná možnost pro využití rodinné konference."

Psychoterapie zaměřená na snižování rizik

Služba: Kontaktní centrum, Ambulantní centrum.

Jako dobrý základ pro uplatnění metody se jeví absolvovaný psychoterapeutický výcvik, nebo dlouhodobá terapeutická zkušenost pracovníka/ků. Důležitým předpokladem je také přijmout koncept neusilování o abstinenci, ale pomoci klientovi v jeho cílech, které nutně abstinenci nemusí zahrnovat. Tuto skutečnost dokládá i výpověď jedné z pracovnic, která metodu aplikovala v ambulantním centru. *„Psychoterapii zaměřenou na snižování rizik vnímám jako přínosnou zejména svým zaměřením na cílovou skupinu, která byla v poradenských službách mnohdy odmítána nebo hodnocena jako „málo motivovaná". Tento přístup ukazuje, že úspěch ve spolupráci s klienty mnohdy není o vhodné metodě, ale spíše ochotě s takovými klienty pracovat. Svým zaměřením a relativní „jednoduchostí" dává příležitost ke změně postoje a připomíná, že neexistuje jedna léčba nebo jeden vhodný přístup."*

Pracovník k – centra zhodnotil výběr metody následovně. *„Je mi blízká i v rámci praxe s klienty na Káčku, kdy se s klienty pracuje nejčastěji ve fázi, kdy jsou pravidelnými uživateli OPL, nebo alkoholu a pracujeme s nimi nenátlakově směrem ke zlepšení jejich kvality života, ale jestli klient chce „brát" drogy, nebo chce abstinovat je jen jeho volba."*

Ze zkušeností obou služeb se ukázalo, že metoda je vhodná zejména pro klienty, kteří chtějí snižovat množství/frekvenci užívané látky a je přenositelná i pro klienty, kteří směřují k úplné abstinenci.

Etapy zavádění metody (ambulantní centrum)

1. Absolvování kurzu Moderní metody sociální práce a síťování v adiktologických službách
2. Seznámení se s metodikou Moderní metody sociální práce a síťování v adiktologických službách se zaměřením na kapitoly Na řešení zaměřené poradenství a Psychoterapie zaměřená na harm reduction.
3. Seznámení týmu s filosofií zejména metody Psychoterapie zaměřené na harm reduction
4. Přímá práce s klienty s využitím metody Psychoterapie zaměřené na harm reduction a průběžné konzultace této práce s metodikem
5. Seznámení týmu s výstupy zavádění metody
6. Zapracování metody do metodiky

Návrhy a doporučení zavádění vybrané metody

Vytvořit informační materiál (leták) s nabídkou psychoterapie zaměřené na snižování rizik, jak pro klienty kontaktního centra, ale i pro veřejnost z místa poskytování služby.

Zkušenost rovněž ukázala důležitost propojování služeb v případě implementování metody do nabídky ambulantního centra. *„Jako výhodné hodnotíme propojení poradenské služby (v našem případě Ambulantního centra) s K-centrem a terénními programy. Cílem je hledání způsobu, jak umožnit klientům přechod z jedné služby do druhé. Především snížení rizika, že klient na první domluvenou schůzku nepřijde nebo v začátku spolupráce „předčasně vypadne“.*

Peer práce

Služba: Terénní programy (zajišťující služby pro území kraje)

Ve svém popisu zvolení metody uvádí zodpovědný pracovník jako jeden z důvodů existenci již zavedeného způsobu výměny injekčního materiálu tzv. sekundární výměnu, a to zejména v menších městech a obcích.

„Pro uzavřené, především tzv. bytové scény, zajišťují zprostředkovaně čistý injekční materiál

klienti vykonávající tzv. sekundární výměnný program. Existence těchto klientů přispěla k tomu, že jsem se rozhodl pro implementaci metody peer do praxe naší služby. Právě tito dlouhodobí a pravidelně docházející klienti, kteří zároveň vykonávají sekundární výměnný program, jsou v našem hledáčku jako vhodní adepti pro peer pracovníky. Předpokládáme, že bude-li s klienty pracovat samotný člen komunity a uživatel drog, může to na naši službu vrhnout nové světlo. Uživatelé drog, kteří jsou potenciálními klienti našich služeb, by například rádi využili výměnného injekčního programu, který nabízíme, ale zakořeněná a mnohdy i opodstatněná nedůvěra v sociální služby jim v učinění tohoto kroku brání. Tím, že se peer pracovník – tedy člen drogové komunity – stane naší tzv. prodlouženou rukou, může to v očích klienta probudit pocit větší transparentnosti a důvěryhodnosti služby. Pro peer pracovníka může participace na programu mít přínos ve smyslu pocitu sounáležitosti, sebeurčení, zvýšení sebevědomí a možná i jistou míru exkluzivity v tom smyslu, že je součástí služby, která pomáhá lidem z komunity či společenské vrstvy, ze které sám pochází. „

Etapy zavádění metody

1. Sepsání plánu zavedení metody peer
2. Konzultace s odbornou konzultantkou
3. Konzultace s kolegy z týmu
4. Kontaktování vytipovaných klientů
5. „Zkušební doba”
6. Zaměstnání peer pracovníka a jeho odměňování

Kritéria pro výběr peer pracovníka a další kroky kterými služba postupovala

Při implementaci metod zvolili pracovníci po konzultaci s metodičkou několik kritérií.

7) Výběr na základě zapojení adepta do tzv. sekundárního výměnného programu.

8) Znalost adeptů a jejich postavení v drogové komunitě, které je hodno respektu a zároveň mají morální a etické zásady a nebudou tak své pozice peer pracovníka jakkoli zneužívat.

9) Nezbytným kritériem je pravidelnost, zodpovědnost a spolehlivost klientů v kontaktech s pracovníky programu, a to z důvodu průběžného zpřesňování náplně práce, ale také kvůli školení peer pracovníků a kontrole plnění stanovených cílů.

Dalším krokem při zavádění metody bylo stanovení „stupně peerství“, kdy se pracovníci formulovali systém přechodu adepta na peer pracovníka od role pracovníka sekundárního výměnného programu k pracovníkovi zapojenému více do poskytování služby a podporovanému i pravidelným vzděláváním a účastí na poradách týmu.

Tým se věnoval i nastavení pravidel spolupráce, které se rozhodli stanovit společně s peer pracovníky. *„Měli by to být hlavně oni, od kterých návrhy na podobu pravidel pocházejí. Vycházíme zde z předpokladu, že pokud sami tato pravidla navrhnou, tak s nimi budou spíše v souladu a tím je budou snáze respektovat a plnit. Jde například o pravidla týkající se role a povinností peerů, o pravidla, která budou platit v rámci pracovní doby nebo pracovních úkolů, pravidla morálních zásad peer pracovníků, o definici vztahu peera k organizaci, mlčenlivosti, souladu s hodnotami organizace, způsobech odměny atd.“*

Tématem bylo i odměňování peer pracovníků. Kromě finanční odměny vyplácené až po uplynutí tzv. zkušební doby a uzavření dohody o provedení práce, mysleli i na posílení motivace peer pracovníka nehmotnými odměnami ve formě účasti na různých sportovních kláních, výletech, piknicích, ale také na společných poradách či supervizích.

Při zamýšlení nad evaluací metody si služba rovněž uvědomila nutnost práce s citlivými údaji. *„Je nesmírně důležité zvědomovat peer pracovníky o nutnosti dodržování anonymity klientů. Je třeba brát na zřetel to, že vnímání a interpretace pojmu anonymita očima peer pracovníka a očima odborného terénního pracovníka může být značně rozlišná a je třeba ji co nejvíce sjednotit.“*

Návrhy a doporučení zavádění vybrané metody

Doporučení k zavádění metody jsou formulovány do třech doporučení – Týmové

konzultace, Mít střízlivé cíle a nerezignovat a Mít „pevná záda“ ve vedení organizace.

Síťování pomocí Facebooku

Služba: Kontaktní centrum

Metodu se rozhodly aplikovat dvě kontaktní centra. Při reflexi jejich práce prolínáme v textu zkušenosti obou služeb, neboť spadají pod jednu organizaci a při zavádění byli vedeni stejným metodikem. Důvody pro výběr popisuje jedna z nich následovně. „*Naší vizí bylo, že bychom rádi na Facebooku začali klienty aktivně oslovovat, což by mohlo vést k rozšíření povědomí o K-centru mezi uživateli drog, což může znamenat zvýšení počtu prvních kontaktů. Za další přínos jsme považovali větší pokrytí drogové scény a snadnější předávání informací stávajícím či potenciálním klientům. Také možnost nabízet na síti témata, která se nestihnout probrat v kontaktu přímém. Pro některé klienty zde komunikace může být snazší.“*

Etapy zavádění metody

1. Prvním krokem, který probíhal souběžně s vypracováním plánu zavedení metody, byly pravidelné konzultace s odborným konzultantem.
2. Proběhla rešerše literatury k tématu. Zdrojem informací byla i Metodika moderních metod sociální práce a síťování v adiktologických službách (Společnost Podané ruce o.p.s., 2019).
3. Následně byl vypracován plán zavedení moderní metody v K-centru, jeho zpracování proběhlo i na základě kroků 1 a 2.
4. Bylo zkontrolováno nastavení stávajícího facebookového profilu K-centra a upraveny popisky profilu.
5. Pravidelně byly publikovány příspěvky na profil K-centra. Cílem bylo, mít profil „živý“ a pro klienty zajímavý a užitečný. v ideálním případě byly sdíleny 2-3 příspěvky týdně, minimálně však jeden příspěvek za týden.
6. Každý všední den byl někdo z pracovníků centra po celou pracovní dobu k zastižení

online, aby mohl bez prodlevy reagovat na zprávy, které zasílali klienti.

7. Při osobních kontaktech s klienty byly předávány informace o facebookovém profilu K-centra, včetně letáků s facebookovým kontaktem. Aktivně byly nabízeny možnost přidání do „přátel“, aby měli klienti přístup ke sdíleným příspěvkům a informacím.

8. Klientům byly sdělovány možné výhody bezplatné komunikace přes tuto sociální síť.

9. Proběhlo kontaktování stávajících přátel na facebookovém profilu. Výjimku tvořili ti z nich, kteří jsou s centrem v pravidelném kontaktu. Klienti byli dotázáni, jak se mají a zda něco nepotřebují. Profily neznámých uživatelů sociální sítě byli osloveni s dotazem, zda centrum znají, jestli využívají jeho služby či od něj něco nepotřebují. Na základě odpovědí bylo předáno několik odkazů na návazné služby či terénní programy nebo K-centra v jiných městech.

10. Následovalo smazání profilů, které se s centerm „přátelí“ na FB omylem nebo nekomunikují a neodpověděli na zaslanou zprávu. Nejednalo se o stávající klienty, ale neznámé osoby, které byly na profilu pravděpodobně historicky přidáni nedopatřením.

11. Na žádosti o přátelství, které zasílali samotní klienti, reagovali pracovníci bez odkladu v den odeslání (pokud to bylo možné).

12. Byla vytvořena pravidla komunikace přes Facebook, která jsou sdílena na profilu v informacích o službě. Tato pravidla jsou také vyvěšena formou plakátů v prostorách KC a jsou k dispozici pro klienty i jako letáky.

13. Byla sestavena oslovovací zpráva, která je využívána při aktivním oslovování potenciálních klientů.

14. v týmu došlo k dohodě na systému vykazování jednotlivých výkonů, které jsou provedeny na Facebooku.

15. Aktivní depistáž – probíhalo aktivní oslovování uživatelů Facebooku, které nabízel sám Facebook, nebo osob, které měli s profilem centra větší množství společných přátel.

16. Byl vytvořen systém evidence, který je využíván při aktivním oslovování a přidávání klientů do „přátel“, resp. pro evidenci reakcí na toto oslovování.

17. Proběhlo vyhodnocení úspěšnosti implementace moderní metody

Návrhy a doporučení zavádění vybrané metody

Mnohé adiktologické služby již mají facebookový profil zřízený, ale ne vždy se v praxi setkáváme s jasnou a metodicky podpořenou koncepcí jeho využívání. *„Před prvotní registrací na Facebook je třeba se zamyslet, k čemu chce centrum profil na sociální síti využívat. Pokud se jedná o práci přímo s klienty a o depistáž, zdá se jako vhodnější řešení založit „osobní profil“. Pokud se chtějí pracovníci více zaměřit na PR, komunikaci s veřejností ať už laickou či odbornou je lepší volbou „firemní stránka“. Je ale možné obě varianty i kombinovat.“*

Neopominutelným tématem je zachování bezpečí a anonymity klientů v online prostředí. *„Pokud se pracovníci rozhodnou pro založení „osobního profilu“ je dalším důležitým krokem jeho zabezpečení a skrytí seznamu přátel, aby byla v co nejvyšší možné míře chráněna anonymita klientů, resp. všech „přátel“. Zásadní je tyto „přátele“ také informovat o možnosti zabezpečení jejich vlastního profilu, o možném skrytí seznamu přátel a o tom, že veřejné reakce na naše příspěvky se mohou zobrazit ostatním uživatelům Facebooku. Je vhodné klienty upozornit, aby s pracovníky komunikovali v soukromých zprávách. „*

Jako přínos je v obou službách hodnocen nárůst prvokontaktů, bezplatnost využívání služby pro klienty a možnost rychle a operativně sdílet informace s klienty (například o termínu testování apod.), možnost operativní domluvy s klienty přes messenger.

Práce s lidmi po výkonu trestu spojené s koordinací péče

Služba: Kontaktní centrum

Jako východisko pro výběr metod byla osobní zkušenost pracovníků k – centra vycházející z praxe, že ve městě chybí stabilní a pevná síť, která by byla nápomocná lidem po výstupu z výkonu trestu. Cílem zavádění bylo zapracovat na systému a usnadnit klientům vstup do sociálního fungování propojením institucí města.

„Zaváděním této metody jsem chtěla oslovit a propojit možné pomáhající instituce, které

lidem společně pomohou překročit ten první krok z výkonu trestu k sociálnímu fungování tím, že mu bude předem zajištěno bydlení, finanční prostředky, pokud nemá své, zaměstnání, a to vše s doprovodem možné ambulantní léčby závislosti na drogách či alkoholu."

Etapy zavádění metody

1. Určení potenciálních účastníků - 7 ubytoven, 5 zaměstnavatelů, probační a mediační služba, organizace pracující v kraji s propuštěnými a sociální kurátorka.
2. Oslovení sociální kurátorky, schůzka s probační a mediační službou. Cílem těchto setkání bylo zjistit, zda metodu budeme nabízet klientům, kteří již mají ukončený celý trest nebo zda jdou ven na podmínku. Po absolvování setkání jsem došla k závěru, že metoda bude otevřena všem motivovaným klientům bez souvislosti s okolnostmi výstupu.
3. Oslovení ubytoven, přičemž byl telefonát úspěšný na 4 ubytovnách. Oslovení zaměstnavatelů – zájem o spolupráci na 3 místech.
4. Původně tedy bylo v plánu, že se následně sejdeme se všemi účastníky u kulatého stolu, kde si vzájemně řekneme veškeré informace o zavádění metody a zodpovíme veškeré dotazy. Současně bylo v plánu se i vzájemně poznat a navázat dobré vztahy. Protiepidemická opatření tuto aktivitu neumožnila, ale došlo k síťování pomocí emailu.
5. Tím vznikla pomáhající síť, která je připravena pro klienty vycházející z výkonu trestu.
6. Nyní jsme ve fázi čekání na výstup klientů

Návrhy a doporučení zavádění vybrané metody

Kvůli epidemiologické situaci nebylo možno realizovat osobní setkání všech aktérů, přesto se ale podařilo vybudovat vzájemně propojenou síť za využití osobních setkání a emailu.

„Ráda bych podotkla pozitivní další výstup ze zavádění metody, která nám poskytla prostor s majiteli ubytoven pro sdílení informací o práci v kontaktním centru, stejně tak jsme se my dozvěděli, jak přistupují k práci na ubytovnách. Došlo k předání kontaktu, v případě potřeby se na nás může majitel obrátit v souvislosti s klienty, užívající drogy a alkohol."

ZÁVĚR

Síťování v sociální práci, anglicky označováno jako „networking“ nebo „creating networks“, by mělo být přirozenou součástí každodenní praxe sociální práce. i samotné pojetí sociální práce je často definováno jako práce se sítěmi, ve smyslu vazeb, kontaktů, mezilidských zdrojů a vztahů. Samotná metoda síťování pak vychází ze systemického přístupu, který se dívá na člověka v celé šíři jeho sociálních a vztahových souvislostí, člověk je součástí různých sociálních systémů a sítí, které sám vytváří.

V kontextu sociální práce je síťování zásadní nástroj podpory lidí. Sítě kolem každého člověka jsou přirozenou součástí života všech lidí, jsou zdrojem podpory a orientace ve společnosti a podporují efektivní využití zdrojů v okolí klienta. Přirozené sítě nás vrací k tradičnímu řešení problémů a k přirozeným neformálním zdrojům podpory a různým možnostem, díky čemuž mohou zplnomocňovat klienty i jejich okolí.

Sociální pracovník by měl umět mapovat okolí klienta a rozpoznat jednotlivé důležité či klíčové aktéry ve formální i neformální síti pomoci. Součástí sítě by tak měl být každý, kdo může přispět k podpoře klienta či řešení potíží, se kterými se na nás klient obrací. Sociální pracovník, často v koordinační roli či v roli case managera by pak měl umět tyto aktéry do spolupráce s klientem zapojit a také klienta podpořit v tom, aby hledal různé možnosti i ve svém přirozeném prostředí a vztazích okolo sebe.

Nedílnou součástí síťování při výkonu praxe sociálních pracovníků je dobrá znalost formálních zdrojů v konkrétním městě, tedy zkušenost s dalšími sociálními službami, institucemi, organizacemi, úřady, zdravotnickými zařízeními a dalšími službami, které klienti využívají. Tato znalost by neměla být podložena pouze informacemi z brožur či internetových stránek, které nemusí být pravidelně aktualizované a kde často bývají uvedeny zastaralé kontaktní údaje, otevírací doba nebo kontakty na osoby, které už v dané službě nepůsobí. Cílem kvalitního síťování či „zasíťování se“ by měla být ideálně osobní známost s pomáhajícími pracovníky z jiných pracovišť, znalost jejich postupů práce

a možností, co mohou klientům nabídnout, kontakty na ně a pravidelná aktualizace těchto informací, včetně otevírací doby, sídla, různých programů a projektů a dalších užitečných informací. k tomu pracovníci mohou využít různé pracovní skupiny, kulaté stoly, dny otevřených dveří, vzdělávání, pravidelné vyhledávání a kontaktování klíčových osob, organizací v rámci lokality a představování svých služeb na individuálních setkáních i neformální setkávání mimo kontext služeb. Klíčová je však vždy iniciativa a aktivita na straně pomáhajících pracovníků.

Častou překážkou je nedostatek času, podpory ze strany zaměstnavatele či ochoty druhé strany se s vámi potkávat. Některé bariéry vznikají také z různorodosti perspektiv a přístupů v práci, typicky se jedná o polaritu zdravotní vs. sociální sektor, nebo také pracovníci úřadů vs. pracovníci neziskových organizací. Proto tato část publikace přináší jak příklady dobré praxe, tak i pojmenování bariér, které v síťování mohou nastat doplněné úvahou, jak jim předcházet. v závěru kapitoly je grafické zpracování fungující komplexní sítě.

Mnoho pracovníků výše popsanými způsoby pracuje, jen to nenazývá síťováním. Možná i vy se pozastavíte, že tohle přeci děláte. Naše slova směřují k Vám, nepolevujte v těchto snahách a stále hledejte nové cesty, jak být „v obraze“ a „v kontaktu“. Stojí to za to.

BIBLIOGRAFIE

ABC Slovník cizích slov. (2018). Heslo Substituce. Dostupné z: http://www.slovnik-cizich-slov.cz/substituce.html

Adams, R. (2008). Empowerment, participation, and social work. New York: Palgrave Macmillan.

Agentura pro sociální začleňování (nedatováno). Strategický plán sociálního začleňování města Brna pro období 2016-2019. Dostupné z: http://www.socialni-zaclenovani.cz/dokumenty/dokumenty-pro-lokalitu-brno

Alexander, B. K. (2008). The Globalisation of Addiction: a Study in Poverty of the Spirit. Oxford: University Press.

Anderson, H. (2009). Konverzace, jazyk a jejich možnosti: postmoderní přístup k terapii. Brno: NC Publishing.

Anderson, P. (2017). New Governance of Addictive Substances and Behaviours. London: Oxford University Press.

Arnstein, S. R. (1969). a Ladder of Citizen Participation. Journal of the American Institute of Planners, 35(4), 216–224.

Barki, H., Hartwick, J. (1994). Measuring User Participation, User Involvement, and User Attitude. Montreal: Research Gate.

Baštecká, B. (2005). Terénní krizová práce. Praha: Grada.

Bateson, G. (1972). Steps To An Ecology Of Mind. New York: Ballantine Books.

Becker, H. S. (1966). Outsiders: studies in the sociology of deviance. New York: Free Press.

Bechyňová, V. (2012). Případové konference. Praha: Portál.

Bechyňová, V. et al. (2007). Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém. 1. Praha: Ireas.

Berkyová, R. (2008). Niektoré odlišnosti medzi rómskymi a nerómskymi užívateľmi drog na Hlavnom nádraží v Prahe z pohľadu terénneho pracovníka. Terénny výskum. Diplomová práce. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy, Ústav jižní a centrální Asie, Romistika.

Berridge, V., Edman, J., Mold, A., & Taylor, S. (2015). Addiction through the Ages: a review of the development of concepts and ideas about addiction in European countries since the nineteenth century and the role of international organisations in the process.

Bourgois, P. (2000). Disciplining addictions: The bio-politics of methadone and heroin in the United States. Culture, medicine and psychiatry, 24(2), 165–195.

Bourgois, P. (2003). In search of respect: Selling crack in El Barrio. Cambridge: Cambridge University Press.

Brady, S. R., & O'Connor, M. K. (2014). Understanding how community organizing leads to social change: The beginning development of formal practice theory. Journal of Community Practice, 22(1-2), 210–228.

Brozmanová Gregorová, A. (2006). Rodina jako klient sociálních služeb. In: SMUTEK, M. et al. Proměny klienta služeb sociální práce. Univerzita Hradec Králové: Gaudeamus.

Břidička, B. (2011). Kolaborace nebo kooperace? Metodický portál: Články. Dostupný z: https://spomocnik.rvp.cz/clanek/14151/KOLABORACE-NEBO-KOOPERACE.html

Budilová, L., Jakoubek, M. (2009). Cikánské skupiny a jejich sociální organizace. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.

Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., Sobell, L. C., Dum, M., & García-Rodríguez, O. (2007). Natural recovery from alcohol and drug problems: a methodological review of the literature from 1999 through 2005. In H. Klingemann & L. C. Sobell (Eds.), Promoting self-change from addictive behaviors: Practical implications for policy,

prevention, and treatment (87–101). New York: Springer.

Castells, M. (2011). The rise of the network society. John Wiley & Sons.

Cimbálová, S. (2016). Sociální práce s romskými uživateli drog: Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové.

Clough, B. (2002). Romská kultura v Evropě. Praha: Centrum politických analýz, o. s.

Copello, A. (2013). Family and friends in social networks: us and the US. a secondary analysis of UKATT data. NDSAG Conference, 26. 4. 2013 Birmingham.

Correlation Network. (2009). Europe program Correlation II. Dostupné z: http://www.peerinvolvement.eu/index.php

Černíková, T. (2017). Domovy se zvláštním režimem pro osoby závislé nebo ohrožené závislostí. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.

Davidová, E. et al. (2010). Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice. Praha: Triton.

Davidová, E., et al. (1999). Ke způsobu bydlení, obživy a odívání. In Romové – o Roma. Tradice a současnost. Angodez the akának. Brno: Muzeum romské kultury.

Davidson, L., White, W., Sells, D., Schmutte, T., O'Connell, M., Bellamy, C., & Rowe, M. (2010). Enabling or engaging? The role of recovery support services in addiction recovery. Alcoholism treatment quarterly, 28(4), 391-416.

Davies, J. B. (2006). The Myth of Addiction. New York: Routledge.

Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B., & Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. Addiction, 100(3),

281–292.

Day, E., & Copello, A. (2013). Social Network Support for Individuals Receiving Opiate Substitution Treatment and Its Association with Treatment Progress. European Addiction Research, 19(4), 211–221.

Duff, C. (2007). Towards a theory of drug use contexts: Space, embodiment and practice. Addiction Research and Theory, 15(5), 503–519.

Farkalínová, A. (2009). Analýza služeb pro drogově závislé Romy v Karlových Varech: diplomová práce (Bc.). Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Fakulta sociálně ekonomická.

Feldman, H. W. (1968). Ideological Supports to Becoming and Remaining a Heroin Addict. Journal of Health and Social Behavior, 9(2), 131–139.

Fook, J. (2003). Critical social work: The current issues. London: Sage.

Freire, P. (1970). Pedagogy of the oppressed. New York: Herder and Herder. Fromm, E. (1997). Člověk a psychoanalýza. Praha: Aurora.

Frýbert, J. (2011). Pracujeme s Romy? Průzkum etnicity a národnosti klientů a klientek terénního programu v Plzni a Rokycanech v letech 2009–2010. Plzeň: Ulice – Agentura sociální práce.

Galusová, V. (nedatováno). Rozdíl mezi Sand play a Sand tray. Dostupné z: https://www.sandtray.cz/products/rozdil-mezi-sandtray-terapii-a-sandplay-terapii/

Gergen, K. J. (2009). Relational Being. New York: Oxford University Press.

Glumbíková, K., Gřundělová, B., Kaniová, I., Krausová, A., Lukešová, K., Stanková, Z., Špiláčková, M. (2017). Sociální práce a terapie v azylových domech. Czech & Slovak Social Work/Sociální Práce/Sociálna Práca, 17(5).

Gojová, A. (2007). Sítě a síťování. In Janoušková, K. (2007). Metodické a koordinační

dovednosti v sociálních službách. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.

Gossop, M. (2009). Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: Důkazy o účinnosti. Praha: Úřad vlády České republiky.

Granfield, R. and Cloud, W. (1999). Coming Clean. Overcoming addiction without treatment. New York: New York University Press.

Grund, J. P. (1993). Drug Use as a Social Ritual: Functionality, Symbolism and Determinants of Self-Regulation. Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek.

Hajdíková, L. (2017). "Stojíme na jejich straně": Kritická sociální práce s lidmi bez domova v České republice. Diplomová práce. Brno: FSS MU.

Hampson, C. (2012). Integrating Family-Focused Practice Into Routine Addiction Services. Doctoral Thesis. Birmingham: University of Birmingham.

Hart, C. (2014). High price: a neuroscientist's journey of self-discovery that challenges everything you know about drugs and society. New York: Harper Perennial.

Havrdová, Z. (2014). Pojetí, principy a smysl komunitní práce. Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dotace/prevence/Pojeti--principy-a-smysl-komunitni-prace-Havrdova.pdf

Havrdová, Z. (2015). Role sociálního pracovníka v komunitní práci. Sešit sociální práce, 2/2015. Praha: MPSV.

Healy, K. (2000). Social Work Practices: Contemporary Perspectives on Change. London: Sage.

Heather, N., Best, D., Kawalek, A., Field, M., Lewis, M., Rotgers, F., … & Heim, D. (2018). Challenging the brain disease model of addiction: European launch of the addiction theory network.

Heather, N. (1998). a conceptual framework for explaining drug addiction. Journal of

Psychopharmacology, 12(1), 3–7.

Heyman, G. M. (2009). Addiction: a disorder of choice. Harvard University Press.

Hirt, T., Jakoubek, M. eds. (2006). "Romové" v osidlech sociálního vyloučení. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.

Horney, K. (2011). Neuróza a lidský růst: Zápas o seberealizaci. Praha: Pragma.

Hübschmannová, M., et al. (1999). Romština naznačuje původ Romů. Romština a jiné jazyky. In Romové – o Roma. Tradice a současnost. Angodez the akának. Brno: Muzeum romské kultury.

Hunt, N. (2003). a review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. Dostupné z: https://www.hri.global/files/2010/05/31/HIVTop50Documents11.pdf

IDEO. (2013). HCD: Design zaměřený na člověka. Dostupné z: http://eknihy.knihovna.cz/static/files/hcd-design-zamereny-na-cloveka.pdf

IFSW. (2014). Global definition of social work. International Federation of Social Workers.

IHRA. (2010). Co je „harm reduction“? Stanovisko Mezinárodní asociace pro harm reduction. Adiktologie, (10)3, 188–190.

Jablonská, L., Hejdová, I., Laurenčíková, K. (nedatováno). 5 důvodů, proč malé děti do ústavů nepatří. Dostupné z: http://dobrystart.cz

Jako doma (v tisku). Příručka participace. Praha: Jako doma.

Jakoubek, M. (2004). Romové – konec (ne)jednoho mýtu. 1. vyd. Praha: Socioklub. Janebová, R. (2014). Kritická sociální práce. Hradec Králové: Gaudeamus.

Janebová, R. (2014a). Teorie a metody sociální práce – reflexivní přístup. Hradec Králové: Gaudeamus.

Jellinek, E. M. (1960). The Disease Concept of Alcoholism. New Haven: Hillhouse Press.

Jones, H. E., Haug, N., Silverman, K., Stitzer, M., & Svikis, D. (2001). The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone-maintained pregnant women. Drug and Alcohol Dependence, 61(3), 297–306.

Kalibová, K., Baňacká K., Cajthamlová, T., Glaserová, K., Nešporová M., Zapletalová, V. et al. (2016). Znáte jejich práva. Sociální práce a lidé ohrožení násilím z nenávisti Praha: In IUSTITIA. Dostupné z: http://www.in-ius.cz/dwn/znate-jejich-pra/zjp1-web-1verze.pdf

Kalina, K. (2013). Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada.

Kalina, K., Minařík, J. (2015). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace In K. Kalina: Adiktologie, Praha, Grada.

Kaňák, J., Anderssonová, T. (2018). Využití práce s terapeutickým pískovištěm: inovace technik krizové intervence v sociální práci, In: Hradecké dny sociální práce.

Keane H. (2002). What's wrong with addiction? Melbourne: Melbourne University Press.

Kemshall, H., Littlechild, R. (2000). User Involvement and Participation in Social Care: Research Informing Practice. London: Jessica Kingsley Publishers.Adams

Kirst, M., Zerger, S., Misir, V., Hwang, S., & Stergiopoulos, V. (2015). The impact of a Housing First randomized controlled trial on substance use problems among homeless individuals with mental illness. Drug and alcohol dependence, 146, 24–29.

Klein, A., Canaan, R., & Whitecraft, J. (1998). Significance of peer social support for dually diagnosed clients: Findings from a pilot study. Research on Social Work Practice, 8, 529–551.

Klingemann, H., Sobell, L., Barker, J., Blomqvist, J., Cloud, W., Ellinstad, T., Tucker, J. (2001). Promoting Self-Change from Problem Substance Use: Practical Implications for Policy,

Prevention and Treatment. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Kodymová, P. (2016). Dopad komunistické propagandy na profesi sociální práce v ČR. In Fórum sociální práce, 2, 9. Karlova univerzita, Filozofická fakulta.

Kools, J. P. (2011). Peer involvement. Correlation Network/Trimbos Instituut. Dostupné z: http://www.peerinvolvement.eu/

Krebs, V. et al. (2007). Sociální politika. Praha: Aspi.

KRISA. Jako doma o.p.s. Mapa bez domova. Dostupné z: https://www.mapabezdomova.cz/

Kudrle, S. (1993). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In K. Kalina a kol. (eds.), Drogy a drogové závislosti (s. 91-96). Praha: Úřad vlády.

Kutálková, P., Malinová, H., Poláková, J., Šídová, L., Losenický, J. (2016). Tak tohle ne! Analýza násilí v sexbyznysu a jeho řešení. Praha: ROZKOŠ bez RIZIKA.

Lázničková, I., at al. (1999). Tradiční rodinné vztahy, obřady a obyčeje in Romové – o Roma. Tradice a současnost. Angodez the akának. Brno: Muzeum romské kultury.

Lewis, M. (2015). The biology of desire: why addiction is not a disease. London: Hachette UK.

Lindesmith, A. R. (1938). a sociological theory of drug addiction. American Journal of Sociology, 43(4), 593–613.

Lindesmith, A. R. (1947). Opiate addiction. Oxford, England: Principia Pres.

Maher, L. (1997). Sexed Work. Gender, Race and resistance in a Brooklyn Drug Market. New York: Oxford University Press.

Malík, T. (2009). Možnost využití radikální sociální práce v praxi terénního sociálního pracovníka v romské komunitě. Bakalářská práce. Brno: FSS MU v Brně.

Martin, J. (2003). Historical development of critical social work practice. In June, A., Pease, B., Briskman, L. Critical Social Work. Theories and Practices for a Socially Just World. Crows Nest, NSW: Allen a Unwin.

Matoušek, O. (2001). Základy sociální práce. Praha: Portál.

Matoušek, O. et al. (2003). Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál. Matoušek, O., et al. (2013) Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál.

Maturana, H. & Varela, F. (1998). The Tree of Knowledge. Boston: Sgamhala.

McDonough, G. (2017). Komunitní sociální práce: cesta naděje a pomoci pro potřebné komunity. In Dobrá praxe sociální práce na obci, 101-106. Olomouc: CARITAS.

Meads, C. M., Ting, S., Pretzke, J., Bayliss, S. (2007). a Systematic review of the clinical and cost-effectiveness of psychological therapy involving family and friends in alcohol misuse or dependence. Report by Department of Public Health and Epidemiology, West Midlands Health Technology Assessment Group, University of Birmingham.

Mertová, T. (2006). Romové a Divadlo Fórum. Bakalářská práce. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity v Brně.

Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (2003). The outcome rating scale: a preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. Journal of Brief Therapy, 2(2), 91–100.

Miller, S. D., Berg, I. K. (2014). Zázračná metoda: Radikálně nový přístup k problémovému pití alkoholu. Praha: Portál.

Min, S.-Y., Whitecraft, J., Rothbard, A. B., & Salzer, M. S. (2007). Peer Support for Persons with Co-Occurring Disorders and Community Tenure: a Survival Analysis. Psychiatric

Rehabilitation Journal, 30(3), 207–213.

Minařík, J., Pavlovská, A. (2015). Substituční léčba závislosti. In Kalina, K. et al. Klinická adiktologie. Praha: Grada publishing.

Mojžíšová, A. (2007). Metody sociální práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

Moos, R.H., Moos, B.S. (2005). Sixteen-year changes and stable remission among treated and untreated individuals with alcohol use disorders. Drug and Alcohol Dependence, 80(3), 337–347.

Morávek, J. (2007). „Kontrolované užívání drog: co nám přináší výzkum uživatelů, kteří s drogami umějí zacházet“. Adiktologie, 7 (4), 445–455.

MPSV (2017). První střípky ze síťování aneb Pomoc ohroženým dětem a jejich rodinám z pohledu síťování. Dostupné z: http://www.pravonadetstvi.cz/files/files/Brozura_Sitovani_final.pdf

MPSV. (2014). Pracovní dokument odborného kolegia pro tvorbu věcného záměru zákona o sociálních pracovnících a profesní komoře (profesní zákon). Dostupné z: http://www.socialniprace.cz/soubory/Pracovni_dokument_profesni_zakon_FINAL.pdf

Mravčík, V. et al. (2016). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Dostupné na: https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocni-zpravy/vyrocni-zprava-o-stavu-ve-vecech-drog-v-ceske-republice-v- roce-2016

Musil, L. (2004). "Ráda bych Vám pomohla, ale-": dilemata práce s klienty v organizaci. Brno: Marek Zeman.

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. (2001). Kontaktní práce (Outreach work). In Kalina, K. a kol. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=148

NASW. (2013). Standards for Case Management. Washington DC: National Association Of Social Workers. Dostupné z: www.socialworkers.org/practice/naswstandards/CaseManagementStandards2013.pdf

Navrátil, P. (2001). Teorie a metody sociální práce. Brno: Nakladatelství Marek Zeman. Navrátil, P. et al. (2003) Romové v české společnosti. Praha: Portál.

Navrátil, P., & Musil, L. (2000). Sociální práce s příslušníky menšinových skupin. Sociální studia, 5(1), 105–141.

Nemoto, T., Aoki, B., Juany, K., Morris, A., Nguyen, H., Wong, W. (1999). Drug use behaviors among Asian drug users in San Francisco. Addictive Behaviors, Vol. 24, No. 6, pp. 823–838.

Nepustil, P. (2014). Bez léčby to jde: Proces přestávání s pervitinem bez odborné pomoci. Brno: MUNI Press.

Nepustil, P., Pančocha, K., Frišaufová, M., Kalivodová, R., Bártová, A. (2012a). Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. Praha: Úřad vlády.

Nepustil, P., Szotáková, M., et al. (2013). Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek. Metodická příručka. Praha: Úřad vlády České republiky.

Nepustil, P., Vaňková, V., Petkovová, B., Gottfiedová, J. (2012). Programy zaměřené na užívání drog mezi Romy v České republice. Příklady dobré praxe. Zaostřeno na drogy, 4(2012). Praha: Úřad vlády ČR.

Nepustil, P., Zajdáková, S., Šlesingerová, E. (2007). Problémové užívání drog mezi skupinami migrantů v Brně a okolí. Závěrečná zpráva z výzkumu. Brno: Marisa.

NIDA. (2018). Media Guide. Retrieved from https://www.drugabuse.gov/publications/media- guide on 2019, July 3

Nožina, M., Kraus, F. (2012) Bossové, vojáci a zrnka rýže. Vietnamské kriminální sítě v ČR

a jejich mezinárodní dimenze. Praha: KLP.

Palepu, A., Patterson, M. L., Moniruzzaman, A., Frankish, C. J., & Somers, J. (2013). Housing first improves residential stability in homeless adults with concurrent substance dependence and mental disorders. American Journal of Public Health, 103(S2), 30–36.

Parula, M. (2010). Práce o. s. Ulice na „toxibytech“ v Plzni. In Klíma, P. et al. (2010) Kontaktní práce. Praha: NVF a ČAS.

Pavlíková, G., Martínková, K., Ženíšková, J. (2015). Metodika rodinných konferencí, MPSV. Dostupné na webu: http://www.pravonadetstvi.cz/files/files/RK/Metodika-RK(1).pdf

Payne, M. (2005). Modern Social Work Theory. London: Palgrave Macmillan.

Petry, N. M. (2013). Contingency management for substance abuse treatment: a guide to implementing this evidence-based practice. London: Routledge

Pickard, H. (2012). The purpose in chronic addiction. AJOB neuroscience, 3(2), 40–49.

Platforma pro komunitní práci. (2015). Manuál komunitní sociální práce. Agentura pro sociální začleňování. Dostupné z: http://www.socialni-zaclenovani.cz/dokumenty/komunitni- prace/manual-komunitni-socialni-prace-asz-2015/download

Popov, P. (2008). Programy metadonové a jiné substituce. In Kalina, K. Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné z https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1648/743/drogy_a_drog_zavislosti_dil2.pdf

Popov, P., Zábranský, T., et al. (2008). Věstník Ministerstav zdravotnictví České republiky. Standard substituční léčby. Praha: MZ ČR. Dostupné z: http://www.substitucni-lecba.cz/dokumenty/standard_sl.pdf

Poživil, D. (2014). „Zrušte sociální práci!“ Deník Referendum. Dostupné z:

<http://denikreferendum.cz/clanek/17360-zruste-socialni praci>

Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L., & Roll, J. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. Addiction, 101(11), 1546–1560.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. American psychologist, 47(9), 1102.

Prostor Plus. (2018). Manuál síťování drogových služeb s konkrétními příklady dobré praxe. Dostupné z: https://www.prostor-plus.cz/ke-stazeni/

Ray, M. B. (1961). The cycle of abstinence and relapse among heroin addicts. Soc. Probs., 9, 132.

Rehm, J., Marmet, S., Anderson, P., Gual, A., Kraus, L., Nutt, D. J., ... & Wiers, R. W. (2013). Defining substance use disorders: do we really need more than heavy use? Alcohol and alcoholism, 48(6), 633–640.

Remsová, L. (2011). Divadlo utlačovaných a jeho edukační možnosti v sociální pedagogice. Disertační práce. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity.

Rhodes, T. (1996). Outreach Work with Drug Users: Principles and Practice. Council of Europe, pp. 25–26.

Rice, E., Lee, A., & Taitt, S. (2011). Cell phone use among homeless youth: potential for new health interventions and research. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22076445

Richter, J., Pešek, D. (2018). Národní zpráva projektu BeTrAD: Česká republika. Dostupné z: http://www.betrad.eu/wp-content/uploads/2018/06/national_report_CZ.pdf

Robins, L. N. (1993). Vietnam veterans´ rapid recovery from heroin addiction: a fluke or normal expectation? Addiction 88, 1041–1054.

Rossiter, A. (2000). The Postmodern Feminist Condition. New Conditions for Social Work. In: Fawcett, B. (Eds.). Practice and Research in Social Work. Postmodern Feminist Perspectives. London: Routledge.

Rumpf, H. J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (2009). Remission from alcohol dependence without formal help: Current status of the research. Sucht (Search), 55, 75–85.

Substance Abuse and Mental Health Service Administration. (2012). SAMHSA's Working Definition of Recovery. Staženo z: https://store.samhsa.gov

Scarscelli D. (2006). Drug addiction between deviance and normality: a study of spontaneous and assisted remission. Contemporary Drug Problems, *33*(2), s. 237–74.

Schaler, J. (2011). Addiction is a choice. Peru: Open Court.

Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011). The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. Psychosis: Psychological, Social, and Integrative Approaches, 3, 192–204.

Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2013). Otevřené dialogy: setkávání sítí klienta v sociální práci. Brno: Narativ.

Shotter, J. (2010). Social Construction on The Edge: „Witness“-Thinking and Embodiment. Chagrin Falls: Taos Institute Publications.

Silkworth, W. D. (1937). Alcoholism as a manifestation of allergy. Medical Journal and Record Publishing Company.

Smutková, Lucie. (2007). Sociální práce s rodinou. Hradec Králové: Gaudeamus.

Snow, M. (1973). Maturing out of narcotic addiction in New York City. International Journal of Addiction, 8(6), 921–938.

Sociofactor s.r.o. (2010). Metodika výzkumu užívání návykových látek mezi mládeží v sociálně vyloučených lokalitách – pilotní ověření. Dostupné z http://www.socialnizaclenovani.cz/dokumenty/ostatni/metodika-vyzkumu-uzivani-navykovych-latek-mezimladezi-v-svl-sociofactor-2010/download

Soukup, J. (2014). Motivační rozhovory v praxi. Portál.

Staples, L. (2004). Roots to power: a manual for grassroots organizing. Westport, CT: Praeger.

Staub-Bernasconi, S. (2009). Social Work as a Discipline and Profession. In Leskošek, V. Theories and Methods of Social Work. Ljubljana: Faculty of Social Work, University of Ljubljana, 9–30.

Sullivan, H. S. (2006). Psychiatrické interview. Praha: Triton.

Summers, N. (2009). Fundamentals of Case Management Practice. Skills for the Human Services. USA: Brooks/Cole, Cengage Learning.

Sussman, S., & Sussman, A. N. (2011). Considering the definition of addiction. Int. J. Environ. Res. Public Health 2011, 8, 4025-4038.

Szalavitz, M. (2016). Unbroken brain: a revolutionary new way of understanding addiction. New York: St. Martin's Press.

Tatarsky, A. (Ed.). (2007). Harm reduction psychotherapy: a new treatment for drug and alcohol problems. Jason Aronson.

Thornicroft, G. (1991). The Concept Of Case Management For Long-Term Mental Illness. International Review of Psychiatry, 3(1), 125–132.

Tsemberis, S. (2011). Housing first: The pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction manual. European Journal of Homelessness, Volume, 5(2).

Úřad vlády. (2017). Koordinace protidrogové politiky na národní úrovni. Praha: Úřad vlády ČR.

Van Pelt, J. (2013). Multidisciplinary Child Protection Teams – The Social Worker's Role. In Social Work Today, 13(2), 26.

Van Veldhuizen, J. R., Bahler, M. (2013). Manual Flexible Assertive Treatment. Vision, Model, Practice and Organisation. Dostupné z: www.factfacts.nl

Vašat, J. (2016). Metody komunitní sociální práce. Katedra sociální práce FSE UJEP. Dostupné z: http://inul.fse.ujep.cz/download.php?idx=1258

Verster, A., Buning, E. (2003). Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech. Praha: Euromethwork, Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.drogy- info.cz/publikace/protidrogova-politika/informace-pro-tvurce-drogove-politiky-o-ucinnosti- substitucni-lecby/

Vězeňská služba ČR. (2017). Statistická ročenka Vězeňské služby 2017. Dostupné z: https://www.vscr.cz/wp-content/uploads/2018/10/Statistick%C3%A1-ro%C4%8Denka-2017.pdf

Videmšek, P. (2017). Expert by Experience Research as Grounding for Social Work Education. Social Work Education, 36(2), 172–187.

Vitellone, N. (2004). Habitus and social suffering: Culture, addiction and the syringe. Sociological Review.

Vodáčková, D. et al. (2002). Krizová intervence. Praha: Portál.

Volkow, N. D., Wang, G. J., Tomasi, D., & Baler, R. D. (2013). Unbalanced neuronal circuits in addiction. Current opinion in neurobiology, 23(4), 639-648.

Von Bertalanffy, L. (1969). General System Theory: Foundations, Development, Applications. New York: George Braziller Inc.

Vybíral, Z., Roubal, J. (Eds.). (2010). Současná psychoterapie. Portál.

Warren, J. (2007). Service User and Carer Participation in Social Work. Exeter: Learning Matters.

Webber, R. (2003): The impact of illicit drug use on non-using siblings in the Vietnamese community. Australian Journal of Social Issues, 38(2), 229–245.

Weinberg, D. (2002). On the Embodiment of Addiction. Body & Society, 8(1), 1–19.

Weinberg, D. (2005). Of Others Inside: Insanity, Addiction and Belonging in America. Philadelphia: Temple University Press.

West, R., Marsden, J., & Hastings, J. (2019). Addiction Theories and Constructs: a new series. Addiction.

White, W. L. (2007). Ethical guidelines for the delivery of peer-based recovery support services.

White, W. L. (2009). Peer-Based Addiction Recovery Support: History, Theory, Practice, and Scientific Evaluation Executive Summary, Counselor, 10(5), 54-59.

White, W. L., Kelly, J. F., & Roth, J. D. (2012). New addiction-recovery support institutions: Mobilizing support beyond professional addiction treatment and recovery mutual aid. Journal of Groups in Addiction & Recovery, 7(2-4), 297–317.

WHO (1965). Expert Committee on Dependence-Producing Drugs: fourteenth report, WHO Technical Report Series 312.

WHO (2016). International statistical classification of diseases and related health problems, ICD-10, Fifth edition.

Winick, C. (1962). Maturing out of narcotic addiction. Bulletin on Narcotics, 14, 1–10.

Witkiewitz, K., Wilson, A. D., Pearson, M. R., Montes, K. S., Kirouac, M., Roos, C. R., … & Maisto, S. A. (2019). Profiles of recovery from alcohol use disorder at three years

following treatment: can the definition of recovery be extended to include high functioning heavy drinkers? Addiction, 114(1), 69–80.

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

Zinberg, N. E., Harding, W. M. & Winkeller, M. (1981). a study of social regulatory mechanisms incontrolled illicit drug users. In Classic Contributions to the Addictions, ed. H. Shaffer & M. E. Burglass. New York: Brunner/Mazel, 277–300.

Zpráva o stavu romské menšiny v České republice za rok 2017. (2017). Praha: Úřad vlády České republiky.

SEZNAM ZKRATEK

AD – azylový dům

AI – lidskoprávní organizace Amnesty International (www.amnesty.cz)

BOZP – Bezpečnost a ochrana zdraví při práci

CM – case management (koordinovaná komplexní spolupráce v rámci případu)

DZR – domov se zvláštním režimem

EMCDDA – „European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction“ (Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti)

ESF – Evropský sociální fond

FB – Facebook

HCV – Hepatitida typu C

HIV – „Human Immunodeficiency Virus“, virus lidské imunitní nedostatečnosti (může způsobovat nemoc AIDS)

HN – hmotná nouze

HR – harm reduction, princip snižování rizik

HRM – harm reduction materiál

i.v. – intravenózně (nitrožilně)

ICHDK – chronická ischemická choroba dolních končetin

KC – kontaktní centrum

KPC – kontaktní a poradenské centrum

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

LGBT+ – hnutí leseb, gayů, bisexuálů a transgender lidí se zabývá problematikou sociálních menšin, které mají jinou než většinovou sexuální orientaci

MKN – 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

NL – návykové látky

NMS – Národního monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (Úřad Vlády ČR)

NNL – nelegální návykové látky

NZDM – nízkoprahové zařízení pro děti a mládež

ODN – oddělení dlouhodobě nemocných

ODS – otevřená drogová scéna

OP – občanský průkaz

OPL – omamné a psychotropní látky, viz též návykové látky či drogy

OSN – Organizace spojených národů

OSP – odborné sociální poradenství

OSPOD – Orgán sociálně-právní ochrany dětí

PČR – Policie České republiky

PL – psychiatrická léčebna

PMS – Probační a mediační služba

PN – psychiatrická nemocnice

PP – primární prevence

PPD – probační program pro dospělé

PPP – pedagogicko-psychologická poradna či program primární prevence

PUD – problémoví uživatelé drog (v zahraničí PDU „problematic drug users) **PWID** – „people who inject drugs“ (lidé, kteří si aplikují drogy injekčně) **PWUD** – „people who use drugs“ (lidé, kteří užívají drogy)

RHB – rehabilitace

R-R – Rozkoš bez rizika, z. s.

RK – rodinná konference

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

SB – sexbyznys

THC – tetrahydrocannabinol, hlavní psychoaktivní látka v květenství konopí

TP – terénní program/y, terénní pracovník či terénní pracovnice

TSP – terénní sociální práce

UD – uživatel drog

ÚP – úřad práce

VTOS – výkon trestu odnětí svobody

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Fáze změny dle Prochaska & DiClemente 83
Obrázek 2: Kartička peer pracovníka 113
Obrázek 3: Brady & O'Connor (2014), praktický model komunitního organizování 124
Obrázek 4: Model Dalet 145
Obrázek 5: Fáze psychoterapie zaměřené na snižování rizik 154
Obrázek 6: aktivace žádoucího chování použitím incentiv 159
Obrázek 7: srovnání mezi recovery koučováním a terapií 167
Obrázek 8: Fáze assessmentu a přípravy 175
Obrázek 9: Grafické znázornění sítě 341

SLOVNÍK POJMŮ

abstinence – jednání, které vede ke zdržení se užívání alkoholu nebo jiné drogy z důvodů zdravotních, osobních, sociálních, náboženských, morálních, právních či jiných. Kdokoliv v současné době abstinuje, může být nazýván „abstinent.“ Termín „současný abstinent“ (current abstainer) je někdy používán pro výzkumné účely a rozumí se jím osoba, která neužívá žádnou látku po určité období, např. 3, 6 nebo 12 měsíců. v některých studiích může být klasifikována jako abstinent osoba, která pije nebo užívá jiné drogy pouze jednou nebo 2x za rok. v demografických a zdravotních profilech je důležitý rozdíl mezi celoživotním abstinentem a bývalým uživatelem. v epidemiologických studiích nesmí být tento rozdíl přehlédnut.

aha efekt – anglicky „eureka effect“, německy „Aha-Erlebnis“, je psychologické pojmenování momentu náhlého pochopení dříve nesrozumitelného problému a úkolu vhledem.

ambulantní léčba – probíhá, aniž by byl uživatel vyčleněn ze svého prostředí. Pravidelně dochází do zařízení, kde je léčba poskytována. Délka léčby i četnost návštěv se může v jednotlivých zařízeních a u jednotlivých uživatelů lišit, měla by ale vycházet ze vzájemné dohody uživatele a terapeuta.

antiopresivní přístup – název pro metodu usilující o eliminaci opresivního (diskriminujícího) vlivu většinové společnosti a institucí na příslušníky menšin. Koncepce bývá označována také jako antidiskriminující přístup v sociální práci. Vzniká na přelomu 80. a 90. let 20. stol.

antropogenní nános – místo, které je ve větší míře zaneseno proprietami typickými pro konkrétní lidskou činnost. z opakujícího se výskytu konkrétních věcí (použité injekční stříkačky, prázdné lékové blistry, obaly od sterilní vody a podobně) lze vyvodit, že místo je hojně využíváno pro určitou činnost – zde pro aplikaci drog.

Armáda spásy – anglicky „Salvation Army“, křesťanská církev s kvazivojenskou strukturou a zároveň charitativní organizace, kterou tato církev provozuje a která je známa především péčí o lidi bez domova.

banner – anglicky „prapor“, „plakát“, česky se někdy označuje jako reklamní pruh, je druhem reklamy umístěné ve veřejném prostoru (na zábradlích, pouličním osvětlení, plotech a podobně), jeho zadní, nepotištěnou stranu lze využít k vytvoření nápisu či jiné formy sdělení, které je následně viditelné i z větší vzdálenosti (používá se na výrobu větších transparentů na demonstraci).

byznys s chudobou – podnikatelské aktivity zaměřené specificky na chudé (jde třeba o poskytování drahých úvěrů lidem, kteří by na standardní půjčky nedosáhli, provozování drahých ubytoven, aktivity exekutorů a další).

case management – koordinovaná spolupráce na případu, proces zahrnující plánování, vyhledávání, prosazování, monitorování a využívání služeb různých sociálních a zdravotních organizací ve prospěch klienta, profesionální týmová práce, předcházení problémům plynoucích ze zdvojování výkonů, fragmentace služeb, fluktuace pracovníků a nedostatečné koordinace mezi poskytovateli.

case manager – klíčový pracovník, který provází klienta sítí služeb, svolává společná setkání, koordinuje využívání služeb, mapuje potřeby a objednávku klienta.

dialektika – z řeckého dialektiké techné od dialegesthai, rozmlouvat; jde o filosofický pojem, jenž nabýval během dějin různých významů a je i dnes nejednoznačný. Filosofický slovník (Walter Brugger et al.) začíná heslo dialektika takto: "Užívání výrazu dialektika dosáhlo v současné filosofii takové míry zmatku, že je sotva možné podat, byť i tu nejobecnější charakteristiku tohoto pojmu." Výraz "dialektika" znamenal původně umění rozhovoru či diskuse, kde se střídají tvrzení a námitky, podepřené racionálními argumenty. Cílem takového rozhovoru je přiblížit se pravému poznání tím, že účastníci si navzájem vyvracejí nesprávná, neobhajitelná mínění. „Umění“ spočívá v tom, že každý účastník musí

správně pochopit smysl tvrzení a odpovídat na ně v souladu s pravidly logiky.

drogová scéna – aktuální trendy mezi uživateli psychotropních látek, nejoblíbenější látky (pervitin, THC, alkohol, tabák), nejčastější místa (vyloučené lokality, herny).

emancipace – vymanění se ze závislosti na někom nebo na něčem, získání svobody, společenské nezávislosti a rovných práv.

empowerment – anglicky „empowerment“, zmocňování, je pojem, označující zvyšování duchovní, politické, společenské nebo ekonomické síly jednotlivců a komunit. Často zahrnuje také zvyšování důvěry ve vlastní schopnosti.

establishment – je pojem z angličtiny, kterým se obvykle rozumí tradiční (konzervativní) vládnoucí třída společnosti či jiné struktury, které jí vládnou. Pojem bývá většinou užíván negativně.

feminismus – z lat. femina, žena; komplex filosofií, sociálních teorií, politických hnutí a ideologií, jejichž cílem je výzkum a potírání jevů, které jsou feministy a feministkami považovány za projevy, příčiny a součást utlačování ženského pohlaví, přesná definice feminismu je díky obsáhlosti problematická, v současnosti se feminismus věnuje rovnoprávnosti žen i mužů.

harm reduction – přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u osob, které v současnosti drogy užívají a nejsou motivovány k tomu, aby užívání zanechaly. HR se snaží minimalizovat, omezit či zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekcí, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, riziko dalších tělesných komplikací, dlouhodobého působení vysokých dávek, předávkování, sociálního propadu a ztráty lidské důstojnosti.

human centred design – jeden z přístupů v rámci designu služeb. Jedná se o soubor designových procesů zaměřených na člověka, které při tvorbě nových postupů vychází z přání a potřeb jedince či sociální skupiny.

humanistická psychologie – někdy také třetí síla v psychologii. Jedná se o směr, který k člověku přistupuje celostně (holisticky). Zajímá se o každodennost normálních lidí, řešení jejich problémů. Upozorňuje na jedinečnost každého člověka. Je zaměřen terapeuticky (tedy léčebně), poradensky, či výchovně. Vznikl v roce 1962, kdy skupina psychologů založila Společnost pro humanistickou psychologii jako alternativu k psychoanalytickému a behaviorálnímu přístupu.

Internalizace oprese – je proces přijetí a zvnitřnění negativních postojů a předsudků vůči marginalizovaným a utlačovaným jimi samými. Zahrnuje pocity jako sebenenávist, strach, pochybování o sobě, izolaci a bezmoc.

Jako doma – nezisková organizace, která se věnuje práci s ženami bez domova.

klíčový pracovník – pracovník, jehož hlavním úkolem je koordinovat služby poskytované konkrétnímu uživateli, iniciativně si všímat právě jeho potřeb a spokojenosti, hájit jeho zájmy.

konzervatismus – z lat. conservare, uchovávat; je vedle liberalismu, socialismu a anarchysmu jednou ze čtyř hlavních politických ideologií, během času se obsah pojmu vyvíjel a získal celou řadu často odlišných, až protichůdných významů, obecně lze říci, že charakteristikou konzervatismu je otevřená tendence bránit se (rychlým) změnám a podporovat tradiční normy. Těmi mohou v různých kontextech být: řád, autorita, tradice, vlast, rodina, náboženství, soukromé vlastnictví, hierarchické uspořádání společnosti a morálka.

kritická sociální práce – jako definující termín se v odborné literatuře objevuje až v 90. letech v Kanadě (Rossiter, 1996 in Fook, 2003) a Austrálii (Ife, 1997 in Fook, 2003). Jde o zastřešující pojem pro další specifické proudy v sociální práci, jako je například radikální nebo aktivistická sociální práce, antiopresivní, antirasistická a feministická sociální práce; může být zároveň synonymem pro progresivní a emancipační sociální práci. v současných českých textech, které o dané problematice komplexně pojednávají, jako jsou například

skripta Radky Janebové (2014) nebo diplomová práce Lady Hajdíkové (2016), je termín vymezen kritickým přístupem k některým společenským mechanismům a implicitní potřebou společenské změny. Existuje celá řada definic kritické sociální práce, jež se v zásadních bodech shodují. Základní principy, hodnoty a zásady shrnuje Hajdíková ve své práci takto: stát na straně utlačovaných, analyzovat mocenské vztahy ve společnosti a reflektovat svoji vlastní mocenskou pozici sociálního pracovníka/pracovnice, dívat se kriticky na dominující diskurzy, uvědomit si, že sociální práce je politická, bojovat proti opresi, pátrat po příčinách problémů v sociálních strukturách, klást důraz na empowerment znevýhodněných, dávat hlas utlačovaným a spolupracovat s nimi a snažit se o emancipaci a spravedlivější společenské uspořádání. Cílem kritické sociální práce by měla být „celková společenská transformace k překonání útlaku, nespravedlnosti, dominance a vykořisťování“ (Healy, 2001 in Janebová, 2014).

liberalismus – latinsky liber svobodný, liberalis svobody se týkající, svobodomyslný; je politický směr nebo také filosofický pohled, který se zakládá na předpokladu, že svoboda je prioritní politická hodnota, tato ideologie původně vznikla v 17. století v Anglii a má kořeny v evropském osvícenství.

manažerismus/managerismus – na Západě dnes rozšířený a různě vykládaný pojem, který je spjat se současnou buržoazní sociologií ve dvojím smyslu. 1. ve spojitosti se zkoumáním stratifikace a struktury kapitalistické společnosti, je aktuální ideologií, teorií tzv. manažerské revoluce. Jde o sociologickou koncepci, která se zabývá vývojem, společenským charakterem a úlohou vrstvy manažerů, povolaných dovést stávající kapitalismus manažerskou revolucí v „novou“- manažerskou společnost. 2. v oblasti řízení ekonomických procesů, jde o praktický návod k dosahování účinné motivace pracovníků a maximální výrobní produktivity, někdy také bývá označován jako „manažerství“, „manažerská psychologie“ a podobně. Je součástí sociologie průmyslu.

marginalizace – z latinského marginalis, od margo – okraj; je proces, při kterém je obvykle menšinová a více méně zřetelně odlišená skupina obyvatel vytlačena nebo

vytlačována "na okraj" společnosti. Pojem zavedl Robert Park (1864-1944), jeden ze zakladatelů Chicagské sociologické školy, v eseji “Lidská migrace a marginální člověk" (1928), jako označení pro určitý společenský a psychologický stav přistěhovalců.

marxismus – myšlenkový proud spojený s politickou praxí. Východiskem jsou názory K. Marxe, zprvu filosofické, postupně přerůstající v komplexní interpretaci dějin jako „přírodně historického procesu“. Dle vlastní Marxovy charakteristiky mělo být toto pojetí

„naturalismem“, dial. překonáním dosavadního materialismu a idealismu ve smyslu syntézy jejich nejlepších prvků. v teorii poznání staví Marx na odmítnutí naivního realismu pojetím praxe jako předmětu poznání. Svět je poznatelný pouze do té míry, do jaké jej mění „lidská smyslová činnost“, tj. právě praxe. Nepoznáváme tedy svět sám, nýbrž svou činnost v něm a proces poznávání světa nemůže být nikdy úplný a dokončený. Tím je současně řečeno, že lidé tvoří sami své dějiny přeměnou okolního světa; praxe je základem formování společnosti i její sebereflexe. Jelikož nejpodstatnější složkou praxe je pro Marxe práce, jsou dějiny v konečné instanci dějinami společenskoekonomických formací, ne však ve smyslu běžného ekonomického determinismu, nýbrž na základě změn povahy výrobních sil, kterou musí ve své práci člověk respektovat. Při vypracování svého světového názoru postupoval Marx synkretickým způsobem, tj. dosavadní literaturu bral jako stavební kameny své vlastní koncepce, aniž ho zajímal původní smysl. Nelze tedy ani při jeho odvolání na předchozí vývoj fil. či ekon. teorie mluvit o „zdrojích a součástech“ jeho myšlenek. Již za Marxova života byly jeho názory i jeho stoupenci přijímány pouze v redukované podobě, což Marxe vedlo k prohlášení: „já přece nejsem žádný marxista“.

Mccarthismus – anglicky „McCarthyism“, americká praxe vytváření obvinění z podvratné činnosti nebo velezrady, zvláště za sympatizování s komunismem, a to bez ohledů na důkazy a s cílem omezit disent a politickou kritiku. Pojem byl poprvé užit k popsání antikomunistických tlaků republikánského senátora Josepha McCarthyho ze státu Wisconsin, který byl hlavní mediální tváří amerického antikomunismu od roku 1947 až do své smrti v roce 1957.

mokré služby – sociální služby a denní centra, kam je možné přijít pod vlivem alkoholu či drog.

motivace – vnitřní nebo vnější faktor nebo soubor faktorů vedoucí k energetizaci organismu. Motivace usměrňuje naše chování a jednání pro dosažení určitého cíle.

motivační rozhovory – jsou terapeutickým a komunikačním přístupem zaměřeným na podporu vnitřní motivace lidí při změně chování. Metoda má klinicky ověřenou účinnost a využívá se v oblasti sociální, zdravotnické, pedagogické, v soudnictví, ve firmách i jinde – např. v práci se závislými na drogách či alkoholu, s lidmi s poruchami příjmu potravy, při odvykání kouření, změně životosprávy, v probační službě, v práci s mladistvými nebo při změnách v organizacích.

multidisciplinární tým – můžeme vnímat v užším slova smyslu jako týmy pracovníků jednoho zařízení, nebo v širším slova smyslu jako všechny, kdo profesně přijdou do styku s určitým klientem/skupinou klientů. v oblasti praxe sociální práce se jedná nejčastěji o spolupráci sociálních pracovníků, psychologů, psychiatrů, zdravotního personálu, lékařů, pedagogů, právníků, policistů a podobně, tedy profesí s odlišným vzděláním, způsoby a kulturou práce.

napravovací reflex – Jedná se o automatickou reakci na situaci, která by dle našeho mínění, vyžadovala u klienta změnu k lepšímu. Sociální pracovníci tak označují udílení rad, navrhování způsobů řešení, tlak na změnu, varování před katastrofickými scénáři a dalšími nežádoucími situacemi. Typickou reakcí klienta je v takovém případě snaha obhajovat svoji situaci a hledat důvody, proč v ní zůstat nebo proč je problematické ji opustit.

neoliberalismus – řecky Neo – nový, nedávný, latinsky liber – svobodný; termín 20. století popisující návrat k idejím ekonomického liberalismu a jeho tržní taktice Laissez faire (francouzsky „nechat být“), jde zejména o snižování účasti státu na jeho řízení, které se

v minulosti projevilo rozsáhlými privatizacemi, zjednodušování byrokratické činnosti, strohostí, volným trhem, snižováním daní a snižováním státních výdajů výměnou za posílení role soukromého sektoru jak v ekonomice, tak celkově ve společnosti. Nejznámějšími teoretiky neoliberalismu jsou Milton Friedman a Friedrich von Hayek.

neomarxismus – souhrnné označení pro sosiologicko-filosofické a ekonomické koncepce, zejm. západoevrop. a amer., které se snaží na základě nových interpretací K. Marxe nebo na základě návratu k tzv. autentickému marxismu analyzovat nové jevy kap. společnosti, fundovaně kritizovat praxi tzv. reálného socialismu a formulovat projekty polit. činnosti alternativní jak vůči strategii a taktice kom. hnutí, tak vůči etablovaným polit. hnutím, směrům a stranám kap. společností. Označení pravděpodobně poprvé použil Franz Mehring v

r. 1901 v recenzi knihy Davida Koigena, který se pokusil vrátit do marxismu ideje mladohegelovského hnutí. Jako synonymický termín pro n. se používá označení „západní marxismus“ (L. Goldmann, G. Marramao), „západoevropský marxismus“ (A. Schmidt),

„kritický marxismus“ (F. Cerrutti), „pozdní marxismus“ (F. Bockelmann), antiautoritářský nebo neklasický marxismus.

neopsychoanalýza (neoanalýza, neofreudismus) – směr v psychologii a psychoterapii, který odmítá instinktivní a biologické základy klasické psychoanalýzy a hledá zdroj konfliktů v sociální sféře, v raných dětských zážitcích a ve střetu jedince s požadavky kultury.

nízkoprahovost – snadná dostupnost služby pro všechny klienty, po kterých nejsou žádána žádná doporučení, posudky a potvrzení. Pracovníci někdy sami vyhledávají potřebné lidi přímo v terénu, na ulicích, na nádražích, ve squatech a podobně.

nízký práh – „low treshold“, ve smyslu vstupu do služeb či léčby (snižování nároků, které musí uživatel služby splnit, aby mohl danou službu využívat).

odborné sociální poradenství – poskytování přímé pomoci lidem při řešení jejich sociálních problémů. Jde zejména o problémy v manželském nebo mezigeneračním soužití, v péči o děti, starší a zdravotně postižené osoby, o osoby propuštěné z výkonu trestu. Odborná pomoc je zaměřena na konkrétní pomoc a praktické řešení obtížné sociální situace člověka.

otevřená drogová scéna – místo či místa, kde se shromažďují uživatelé nelegálních drog a kde obvykle probíhá konečná fáze obchodu a distribuce (dealing). v případě otevřené drogové scény jde o veřejné či veřejně dostupné prostory jako parky, ulice, náměstí, nádraží, průchody.

participace uživatelů – zapojení uživatelů služeb do jejich chodu, do rozhodování o podobě služeb, do mimopracovních aktivit (jako jsou např. diskuze).

peer work – řada metod, které jsou založeny na zapojování vrstevníků nebo členů cílových skupin v oblasti sociálních, zdravotních služeb a politik. Peer work lze popsat také jako samostatně postavenou iniciativu nebo spolupráci mezi členy komunity a agenturou, která se zaměřuje na smysluplné zapojení peer pracovníků. v drogových službách zapojuje jak samotné uživatele drog (aktivní i bývalé), tak i jejich blízké.

primární prevence – aktivity a programy, které jsou zaměřeny specificky na předcházení a omezování výskytu jednotlivých forem rizikového chování.

problémové užívání drog – jedná se o nitrožilní užívání drog nebo dlouhodobé/pravidelné užívání opiátů, kokainu anebo amfetaminů, od tohoto termínu se ustupuje a je nahrazován souslovím lidé užívající návykové látky/drogy.

programy primární prevence – nejčastěji probíhají na základních a středních školách. Směřují k předcházení a minimalizaci rizikových projevů chování, podporují zdravý životní styl, rozvoj pozitivního sociálního chování a rozvoj sociálních dovedností a zvládání zátěžových situací.

proletariát – je ve společenské teorii Karla Marxe a v revolučním marxismu třída, jejíž

příslušníci (proletáři, dělníci a zaměstnanci) nevlastní výrobní prostředky a jsou tedy svou obživou závislí na jejich vlastnících (kapitalistech, buržoazii).

případová práce – práce zaměřená na případ a jedince. Základem případové práce je pochopení jedince, ale také porozumění jeho rodině, komunitě, společnosti, kultuře a znalost těch sociálně zdravotnických služeb, které nabízejí možnost zbavit se nedůstojných životních podmínek.

psychoanalýza – soubor psychologických teorií a psychoterapeutická metoda léčby psychických problémů. Vychází z díla Sigmunda Freuda (1856–1939).

psychotropní látky – též psychoaktivní drogy či omamné látky jsou chemické látky působící na centrální nervovou soustavu a způsobující dočasné změny ve vnímání, náladě, vědomí a chování, český právní řád používá pro psychotropní látky pojem **návykové látky**.

public health – přístup směřující k ochraně veřejného zdraví; je snahou, kterou lidé vyvíjí, aby ochránily a podpořily obecné zdraví.

raeganovské éra – období během vlády Ronalda Wilsona Reagana ve Spojených státech amerických (1981–1989), bývá vnímáno jako počátek politické dominance Republikánské strany a amerického konzervatismu ve Spojených státech a je charakteristické novou ekonomickou politikou (tzv. Reaganomika) a konfrontační zahraniční politikou vůči Sovětskému svazu a komunistickému hnutí po celém světě.

sanace rodiny – oblast sociální práce podporující fungování a zachování rodiny. Jedná se o metodu preventivní práce s rodinou, která se používá v případech ohrožení vývoje dítěte. Může jít o široké spektrum intervencí od doprovázení rodiny odborníkem po znovu – navazování kontaktu rodiny s dítětem v ústavní výchově. Práce je poskytována multidisciplinárně (zapojuje se více odborníků, např. dětský lékař, policie, odbor sociální péče o dítě) a dlouhodobě.

Sherwood – je hanlivé označení pro park u pražského Hlavního nádraží. Skutečný

Sherwoodský les se nachází se v anglickém hrabství Nottinghamshire a je do něj situován děj anglické lidové pověsti o hrdinovi Robinu Hoodovi, který bohatým bral a chudým dával.

síťování služeb – navazování spolupráce, sdílení informací, společné setkávání pomáhajících pracovníků napříč různými typy služeb, diskuze o možnostech spolupráce na řešení případů, vymezování působnosti, efektivního předávání klientů, způsobů komunikace a podobně.

skrytá populace uživatelů drog – termín používaný pro uživatele drog, kteří nejsou v kontaktu s existujícími zdravotními, zdravotně-sociálními a sociálními službami a s běžnými zdravotně výchovnými (osvětovými) programy. Důvodem může být např. odlišný životní styl a specifické normy a hodnoty drogových komunit, nezájem o odbornou péči, nedůvěra k institucím, citlivost na administrativní postupy včetně vedení dokumentace o pacientech a klientech, neplacení zdravotního pojištění, obavy z předsudků, odsuzování a odmítání, strach z problémů s úřady a policií a podobně.

sociálně vyloučená lokalita – je označení pro místo, kde se soustřeďují lidé poznamenaní exkluzí neboli sociálním vyloučením. Takovým prostorem může být městská čtvrť, ulice, dům či skupina domů nebo oddělená osada. Majoritní společnost zpravidla takové místo vnímá negativně a spojuje jej s označením "ghetto", "špatná adresa" či "problémové místo". Podle výzkumu MPSV z roku 2006 žije ve vyloučených lokalitách cca 80 tis. obyvatel.

sociálně vyloučená romská lokalita – je za ni považován prostor, který je obýván skupinou, která je okolím označována za Romy či takto označuje sebe samu. Může se jednat o jednotlivý dům, který je obývaný jen několika jedinci či rodinami, ale také o celou městskou část se stovkami či tisíci obyvatel.

sociální darwinismus – teorie, která se snaží aplikovat Darwinovy úvahy o přírodním výběru a

„přežití nejschopnějších“ (survival of the fittest) na lidskou společnost, její vrstvy a jednotlivce. Tak jako v přírodě i ve společnosti lidé soutěží o přežití, lépe adaptovaní jedinci vítězí a ti hůře adaptovaní mají být ponecháni svému osudu. Sociální darwinisté například tvrdí, že altruismus a milosrdenství jsou proti přírodě nebo že podle evoluční teorie mají silní právo potírat slabé, jinak dojde k postupné degeneraci lidstva. Darwin sám důsledky této úvahy (např. eugeniku) výslovně odmítl. Lidská solidarita totiž podle něho dopady přírodního výběru do značné míry omezuje.

sociální vyloučení/sociální exkluze – jedná se o proces, kdy jsou ze společnosti vydělováni jedinci či celé sociální skupiny, a to zejména v důsledku jejich nepříznivé životní situace. Tito jedinci či skupiny mají omezený přístup k základním zdrojům, jako je práce, bydlení nebo vzdělání a tím jsou omezeni i na možnostech zapojení se do normálního života a ocitají se tak na okraji společnosti.

squat – označení pro nemovitost, která je užívána buď bez právního titulu, nebo na základě předpokladu, že byla nevýslovným úkonem vlastníka spočívajícím v jejím neužívání a zanedbávání opuštěna a stala se tak věcí ničí.

strukturální rasismus – je ideologický a historický stratifikační proces, jehož prostřednictvím je populace evropského původu, za pomoci svých individuálních i institučních nátlakových praktik, schopna podporovat, ke svému největšímu prospěchu, dynamický mechanismus společenské mobility směrem nahoru nebo dolů k všeobecné nevýhodě obyvatelstva, označeného jako nebělošské (v globálním měřítku) na základě barvy kůže, pohlaví, třídy, etnické příslušnosti či nezápadní národní příslušnosti.

substituční léčba – způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno (téměř vždy lékařsky předepsaným) užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi (metadon, subutex, subuxone), avšak s výrazně menšími riziky než původní droga (např. heroin je nahrazen metadonem). Substituční léčbu by měla doprovázet sociální péče (psychoterapie, sociální poradenství).

šlehárna – aplikační místnost. Patří do oblasti služeb Harm Reduction. Jedná se o chráněné prostory, obvykle v blízkosti drogové scény, kde si mohou injekční uživatelé v klidu a bezpečně aplikovat drogu. Přítomnost proškoleného personálu zajišťuje možnost intervence v případě předávkování, standardně jsou dostupné potřeby pro bezpečnou aplikaci – sterilní injekční náčiní, sterilní voda, a podobně. Standardem je také sběr a bezpečná likvidace použitého náčiní.

terénní sociální práce – aktivity sociální práce probíhající mimo instituce a zařízení, a to: (a) přímo na ulicích, veřejných prostranstvích a veřejně přístupných místech, jako jsou nádraží, restaurace a zábavní podniky, (b) v jiných zařízeních a institucích, jako jsou věznice, školy, azylové domy, nevěstince, kluby a domovy mládeže, (c) v bytech příslušníků cílové skupiny. Cílovou skupinou terénní práce jsou rizikoví jednotlivci a skupiny, které nejsou efektivně zachycovány existujícími institucemi, buď proto, že těmto institucím nedůvěřují a vyhýbají se jim, nebo proto, že v nich nemohou najít takové služby, které potřebují. k těmto cílovým skupinám patří např. lidé bez domova, „děti ulice“, prostitutky a prostituti, migranti, příslušníci etnických menšin, specifickou cílovou skupinu tvoří uživatelé drog.

thatcherismus – označení pro ekonomické, sociální a politické přesvědčení členky britské konzervativní strany, Margaret Thatcherové, která vedla tuto stranu 1975 až 1990, kritické hlasy přisuzují Thatcherové roli první poválečné političky, která v západní Evropě rozbila konsenzus a iluzi sociálního smíru.

Touretteův syndrom – vrozené neuropsychiatrické onemocnění charakterizované pohybovými a zvukovými tiky. Syndrom se začíná projevovat během dětství nebo v období dospívání. u poloviny pacientů se objevuje koprolalie, tedy nutkavé užívání obscénních a neslušných slov.

WhatsApp messenger – je multiplatformní aplikace umožňující výměnu zpráv a multimediálních souborů mezi vlastníky smartphonů pomocí internetu, kromě textových zpráv si uživatelé WhatsApp Messenger mohou navzájem zasílat obrázky, videosoubory,

audiosoubory a polohu na mapě.

základní sociální poradenství – poskytuje informace o nárocích, službách a možnostech, které mohou vyřešit nebo zmírnit obtížnou situaci člověka. Poskytované informace vyplývají ze systému sociální ochrany občana, k němuž patří pojištění, podpora, pomoc, nebo ze systému, který zajišťuje zaměstnanost. Cílem rozvinutého sociálního poradenství je poskytovat informace co nejblíže bydlišti nebo pracovišti, příp. zařízení, v němž se člověk nachází. Součástí základního poradenství je i zprostředkování další potřebné odborné pomoci.

závislost – definována v ICD-10 jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a který typicky zahrnuje následující projevy: silné přání užít drogu, nutkavá potřeba, porušené ovládání při jejím užívání, ztráta volní kontroly, přetrvávající užívání i přes škodlivé následky, neschopnost odpoutat se navzdory tělesným i duševním komplikacím, prioritizace drogy před všemi ostatními aktivitami a závazky, převažující orientace na životní styl s drogou, její shánění a zotavování se z jejího účinku, zvýšená/snížená tolerance, odvykací stav při nedostatku či vysazení drogy.

žitá odbornost – viz též „expert by experience“, vyjadřuje, do jaké míry je člověk schopen zacházet se svojí zkušeností a využít jí při pomoci dalším lidem z komunity, která jej obklopuje a kteří prochází podobnou zkušeností jako on v minulosti.

živá knihovna – s podtitulem Nesuď knihu podle obalu, jde o aktivitu, která svým průběhem symbolizuje knihovnu, kde jsou namísto knih „půjčováni“ lidé. Tyto živé knihy jsou „čteny" pomocí rozhovorů, a tím je odkrýván jejich osud. Osobnosti, které se v živé knihovně nachází, mají různé příběhy. Většinou se jedná o zástupce nejrůznějších menšin, se kterými si většina spojuje různé předsudky. Jsou to například lidé jiné etnické příslušnosti, sexuální orientace, náboženství, zdravotního stavu, životního stylu nebo s odlišnými sociálními problémy. Tento koncept často používají nejrůznější neziskové organizace s cílem odbourat předsudky a stereotypy spojené s danými menšinami. Živé

knihovny pořádá například lidskoprávní organizace Amnesty International v rámci svého vzdělávacího projektu.

Pojmy převzaty a rozpracovány z:

Agentura pro sociálnízačleňování.

Černý, J., Szotáková, M. (2015). Analýza drogové scény v Ostravě: závěrečná zpráva. Ostrava: FSS OU.

Helan Enoch Page, associate Professor, katedra antropologie, UMASS-Amherst.

Kalina, K. et al. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/

Kodymová, P. (2015). Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu. Praha: MPSV.

Matějková, R. (2013). Vymezení pojmu peer work v České republice se zaměřením na uživatele návykových látek. Praha: LFUK.

MPSV. (2006). Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorbční kapacity subjektů působících v této oblasti.

Sociologická encyklopedie. Sociologický ústav AV ČR. Wikipedia.

Příloha č. 1: Legislativní ukotvení, právní předpisy a související normy[27]

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

- Stanovuje obecné podmínky poskytování sociálních služeb včetně požadavků na registraci poskytovatele.
- Definuje jednotlivé typy služeb pro cílovou skupinu uživatelů drog a lidí se závislostí: Sociální poradenství, Domovy se zvláštním režimem, Kontaktní centra, Služby následné péče, Terapeutické komunity, Terénní programy. Určuje náplň činnosti jednotlivých typů služeb.

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

- Podrobně stanovuje náplň činností jednotlivých typu služeb.
- Stanovuje obsah kvalifikačního kurzu pro pracovníky sociálních služeb.
- Stanovuje standardy kvality a způsob jich hodnocení.
- Stanovuje podrobné zásady pro zpracování střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb a navazujícího akčního plánu.

Zákon 65/2005 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek

- Zavádí orientační diagnostiku a krátkou intervenci
- Zavádí odbornou péči pro osoby s adiktologickou poruchou, která zahrnuje snižování rizik, prevenci a léčbu
- Dává možnost (nikoli povinnost) zřídit funkci krajského koordinátora pro protidrogovou politiku

[2] Zpracováno s využitím zdroje: Sociotrendy (2018). Analýza mezinárodního a národního legislativního rámce protidrogové politiky a mezinárodních, národních a regionálních strategických dokumentů. Praha: Úřad vlády.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí

- Stanovuje, že děti požívající alkohol nebo jiné návykové látky a děti ohrožené závislostí patří do skupiny dětí, na které se zaměřuje sociálně – právní ochrana dětí.
- Ukládá poskytovatelům zdravotních služeb povinnost oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností skutečnosti, které nasvědčují tomu, že dítě užívá alkohol nebo návykové látky a je ohroženo závislostí

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách

- Umožňuje vybavovat pacienta účinnou látkou pro substituční léčbu (metadon).
- Stanovuje podmínky pro nakládání s léčebným konopím

Zákon č. 258/2000Sb., o ochraně veřejného zdraví

- Sledování epidemiologie u drogových závislostí.
- Hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení

Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení

a ústavů sociální péče

- Podrobné hygienické požadavky včetně zásad pro odběr biologického materiálu

Zákon č. 186/2016 Sb., o hazardních hrách

- zavádí tzv. „opatření pro zodpovědné hraní“.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

- Obecné podmínky poskytování zdravotních služeb.
- Hodnocení kvality a bezpečnosti zdravotních služeb.
- Zavádí národní registr uživatelů drog a stanovuje povinnosti poskytovatele zdravotních služeb předávat informace do tohoto registru

Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče

- Požadavky na vybavení pro obor návykové nemoci
- Požadavky na vybavení protialkoholní a protitoxikomanické záchytné služby

Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb

- Stanovuje minimální personální zajištění v oboru návykové nemoci, psychiatrie a adiktologie.

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách

- Stanovuje podmínky pro ochranné léčení.
- Stanovuje podmínky pro protialkoholní a protitoxikomanickou záchytnou službu.
- Stanovuje povinnost kraje zajistit na svém území protialkoholní a protitoxikomanickou záchytnou službu.

Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech

- Upravuje prodej vyhrazených léčiv.

- Umožňuje vybavovat pacienta účinnou látkou pro substituční léčbu (metadon).

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

- Zavádí nelékařské povolání adiktolog stanovuje způsob získávání kvalifikace a okruh činností.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník

- Specifikuje trestné činy související s návykovými, resp. omamnými a psychotropními látkami
- Upravuje ochranné léčení, zabezpečovací detence, resp. ochrannou výchovu. Týká se i pachatele, který zneužívá návykovou látku, spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním.

169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody a o změně některých souvisejících zákonů

- Obecně upravuje právo na poskytnutí zdravotních služeb
- Specifikuje výkon trestu u odsouzených s poruchou osobnosti a chování, způsobenou užíváním návykových látek

Vyhláška č. 345/1999 Sb., kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody

- Upravuje poskytování zdravotních služeb
- Upravuje účast nevládních organizací na speciálních výchovných programech pro odsouzené.

Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí Zdraví 2020

- Akční plán k omezení škod působených alkoholem

Národní strategie protidrogové politiky

- Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky v oblasti nelegálních návykových látek
- Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky pro oblast hazardního hraní

Příloha č. 1: Etický kodex

Etický kodex sociálního pracovníka České republiky

Preambule:

1. Sociální práce je profese a akademická disciplína, která podporuje sociální změnu, sociální rozvoj, řešení problémů v mezilidských vtazích, sociální rovnost, posílení a zmocnění osob v nepříznivé sociální situaci. Ústředními jsou pro sociální práci principy sociální spravedlnosti, respektování lidských práv, osobnosti jedince, rozmanitosti skupin a jejich specifik.

2. Etický kodex sociálních pracovníků České republiky (dále jen kodex) vychází z Všeobecné deklarace lidských práv, z Listiny základních práv a svobod České republiky, ze Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a navazuje na zásady etiky sociální práce definované Mezinárodní federací sociální práce.

3. Je nejen posláním, ale i povinností sociálního pracovníka vykonávat sociální práci svědomitě, zodpovědně, iniciovat spolupráci multidisciplinárních týmů a dodržovat při výkonu této profese nejvyšší možné standardy profesionality v souladu s právními předpisy a dostupnými vědeckými poznatky.

4. Závazek k respektování etiky sociální práce je základním aspektem kvality výkonu sociální práce. Etické povědomí je zásadní a neoddělitelnou součástí profesní činnosti každého sociálního pracovníka.

5. Hlavním cílem kodexu je snaha o naplnění sociální práce, tak jak je uvedena v mezinárodní definici Mezinárodní federace sociálních pracovníků a Mezinárodní asociace škol sociální práce (IFSW/IASSW) z roku 2014. Kromě toho kodex upravuje

pravidla zodpovědnosti a etického chování sociálního pracovníka ve vztahu ke:

- klientovi sociální služby;
- zaměstnavateli, u kterého vykonává sociální práci;
- kolegům v sociální práci;
- profesi a odbornosti sociálního pracovníka;
- společnosti.

6. Respektování a dodržování kodexu je v zájmu rozvoje etiky sociální práce jako profese a odborného růstu každého sociálního pracovníka bez ohledu na členství ve výše uvedených profesních organizacích.

1. Hodnoty sociální práce

Sociální práce je dynamicky se rozvíjející profese založena na hodnotách sociální změny, sociální rovnosti, lidské důstojnosti a mezilidských vztazích.

1.1 Lidská důstojnost

Sociální pracovník přistupuje ke každé osobě důstojně, s ohledem na individuální rozdíly a v kontextu respektování a dodržování lidských práv. Podporuje vlastní zodpovědnost a autonomii každé osoby s ohledem na nejen individuální potřeby osoby, ale i její možnosti, schopnosti a dovednosti.

1.2 Sociální změna

Sociální pracovník zajišťuje každé osobě rovný přístup ke srozumitelným informacím a potřebným zdrojům. Podporuje osobu v procesu rozhodování, dosažení sociální změny a vyřešení nepříznivé sociální situace. Vytváří každé osobě rovné podmínky pro poskytování a využívání sociální služby.

1.3 Sociální rovnost

Sociální pracovník zajišťuje rovnost každé osobě bez ohledu na původ, barvu pleti, rasu, etnickou příslušnost, národnost, jazyk, věk, pohlaví, rod, sexuální orientaci, zdravotní stav,

náboženské vyznání, politické přesvědčení, manželský a rodinný stav a sociálně ekonomický status. Přispívá k odstranění projevů a příčin sociální nespravedlnosti, diskriminace, útlaku a bariér vedoucích k sociálnímu vyloučení.

1.4 Mezilidské vztahy

Sociální pracovník chápe důležitost mezilidských vztahů klienta a podporuje jej v udržování, utváření a podílí se na řešení problémů. Taktéž buduje a rozvíjí profesionální vztahy s kolegy a spolupracuje s odborníky z dalších institucí a profesí.

1.5 Mlčenlivost a diskrétnost

Pro sociálního pracovníka platí při výkonu své profese pravidlo mlčenlivosti a diskrétnosti úkonů sociální služby. Povinností mlčenlivosti je zavázán a platí i po skončení poskytování sociální služby nebo ukončení pracovního poměru.

2. Etická zodpovědnost

Hodnoty sociální práce jsou vyjádřeny při výkonu profese eticky zodpovědným rozhodováním a konáním. Etická zodpovědnost sociálního pracovníka se projevuje vůči klientovi sociální služby, zaměstnavateli, u kterého vykonává sociální práci, kolegům v sociální práci, profesi i vlastní odbornosti a společnosti. Prvořadá je zodpovědnost sociálního pracovníka vůči klientovi.

2.1 Etická zodpovědnost ke klientovi sociální služby

- Podporuje klienta k vědomí vlastní odpovědnosti.
- Jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva klienta.
- Vyvaruje se jakékoliv diskriminace klienta.
- Chrání klientovo právo na soukromí.
- Zaměřuje se na klientovy silné stránky a podporuje jej při řešení dalších sfér jeho života.
- Nepoškozuje klienta, nevyjadřuje se o něm hanlivě, neznevažuje jeho osobu ani nepříznivou životní situaci.

- Jedná s klientem bezúhonně, s účastí, respektem, vytváří s ním vztah založený na důvěře.
- Respektuje klientovu příslušnost k sociálním skupinám, národnosti i jeho etnickou a kulturní různorodost.
- Podporuje, posilňuje a zmocňuje klienta k vlastní zodpovědnosti a usiluje o dosažení co největší míry jeho autonomie a participace na rozhodování.
- Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity, společenského a přirozeného prostředí.
- Přispívá k začlenění klienta do sociální sítě a napomáhá při řešení problémů v dalších aspektech jeho života.
- Informuje klienta o možných rizicích a důsledcích při jeho rozhodování.
- Akceptuje rozhodnutí klienta o ukončení sociální služby. Je však povinen poskytnout informace o jiných službách v případě, že jsou nadále potřebné.

2.2 Etická zodpovědnost k zaměstnavateli

- Plní odpovědně povinnosti vyplývající z pracovní smlouvy a pracovní náplně.
- Přispívá v organizaci k vytvoření takových podmínek, které napomáhají přijmutí a uplatnění závazků tohoto kodexu.
- Snaží se ovlivnit kvalitu poskytovaných sociálních služeb, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování s ohledem na co nejvyšší profesionalizaci.
- Předchází a odstraňuje všechny formy diskriminace a násilí na pracovišti.

2.3 Etická zodpovědnost ke kolegům v sociální práci

- Respektuje znalosti a zkušenosti kolegů a spolupracuje s nimi.
- Respektuje rozdíly v jejich názorech, kritiku vyjadřuje vhodným způsobem.
- Zapojuje se do diskuzí a podporuje kolektivní diskuzi a dialog.

- Dodržuje jednotný přístup ke klientovi sjednaný v rámci organizace.
- Nepoškozuje kolegu, nevyjadřuje se o něm hanlivě, neznevažuje jeho osobu.
- Poskytuje kolegům zpětnou vazbu a připomínky k práci kolegů vyjadřuje na vhodném místě a přiměřeným způsobem.
- Profesi sociální práce vykonává multidisciplinárně ve spolupráci s jinými odborníky a organizacemi, které mohou napomoci sociálnímu začlenění klienta.

2.4 Etická zodpovědnost k profesi a odbornosti sociálního pracovníka

- Udržuje a zvyšuje prestiž profese, vyzdvihuje etické hodnoty, odborné poznatky a poslání sociální práce.
- Snaží se o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.
- Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání, což je základ pro udržení úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.
- Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.
- Spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.
- Vystupuje profesionálně a důvěryhodně.
- Má právo i povinnost pečovat o své zdraví a duševní hygienu tak, aby byl schopen poskytovat kvalitní a profesionální sociální služby.
- Zodpovědně nakládá se svými kompetencemi při sociální práci a neutváří klienta závislým na sociální službě.

2.5 Etická zodpovědnost ke společnosti

- Má právo i povinnost upozorňovat veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.
- Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlivosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.
- Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdílení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.
- Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života osob, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům i skupinám.
- Působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.
- Usiluje o uznání profese sociální práce ve vztahu k odpovědnosti vůči společnosti.
- Je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavateli, profesním organizacím.

3. Etické problémy a dilemata

3.1 Sociální pracovník se při své práci setkává s různými etickými problémy a dilematy vyvstávajícími ze samotné podstaty sociální práce, která pro něj vytváří situace. Musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i rozhodovat. Eticky uvažuje při sociálním řešení, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správných postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledku na klientův život.

3.2 Sociální pracovník může iniciovat vznik poradního orgánu v organizaci, který má přispět

k profesionální a etické citlivosti při řešení každodenních situací a problémů v sociální službě.

4. Závaznost etického kodexu

4.1 Ke kodexu jako dokumentu podporujícímu etiku sociální práce a profese sociálního pracovníka se hlásí Profesní svaz sociálních pracovníků Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, Společnost sociálních pracovníků České republiky a Profesní komora sociálních pracovníků. Pro členy těchto profesních organizací je kodex závazným.

4.2 Kodex je jedním ze základních předpokladů profesionálního výkonu sociální práce a důvěryhodnosti profese ve společnosti, proto je jeho dodržování v zájmu všech sociálních pracovníků.

4.3 Znalost, dodržování a šíření principů kodexu se doporučuje i u studentů sociální práce, obzvláště k výkonu odborné praxe.

5. Závěr

5.1 V celém textu kodexu se pod označením sociální pracovník chápe jak pracovník, tak pracovnice. Podobně jako při označení klient.

5.2 Termín sociální služby vyjadřuje všechny odborné činnosti, které vykonává sociální pracovník.

5.3 V procese vzniku kodexu bylo přihlédnuto k následujícím dokumentům:

- Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění
- Medzinárodný etický kódex „Etika v sociálnej práci – vyhlásené princípy" (IFSW/ IASSW, 2004)
- Etický kódex sociálnych pracovníkov Slovenskej republiky (2015)
- Etický kodex sociálních pracovníků České republiky (2006)
- Jiné národní kodexy sociální práce

5.4 Kodex nemůže nahradit vlastní vnitřní motivaci a zodpovědnost každého sociálního pracovníka a představuje minimální standardy eticky zodpovědného konání

při výkonu profese sociální práce.

Příloha č. 2: Výstupy realizovaných dotazníků

Závěrečná zpráva z Analýzy vzdělávacích potřeb v oblasti metod sociální práce a síťování

Projekt „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“ (reg. č.: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_030/0003035)

Úvod

Analýza vzdělávacích potřeb v oblasti metod sociální práce a síťování byla připravena a realizována v rámci projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“, reg. č.: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_030/0003035, na základě Smlouvy o tvorbě Metodiky moderních metod sociální práce a síťování. Projekt je realizován Úřadem vlády České republiky, Odborem protidrogové politiky za podpory Operačního programu Zaměstnanost.

Důležitou součástí projektu je vzdělávání a rozvoj kompetencí pracovníků v adiktologických službách, pracovníků v sociálních službách, sociálních pracovníků a pracovníků pomáhajících profesí, kteří pracují s osobami závislými či ohroženými závislostí na návykových látkách a procesech, sociálních pracovníků a pracovníků, kteří jsou zodpovědní za vzdělávací procesy v uvedených službách a vybraných pracovníků veřejné správy.

Adiktologické služby se ze své povahy soustředí především na problematiku celého spektra negativních efektů pro společnost spojených se závislostním chováním. Používané metody jsou historicky postaveny na léčbě a na metodách sociální práce. Existence adiktologie na pomezí sociálních, zdravotních a vzdělávacích služeb spolu s vývojem situace a poznání v oblasti kladou neustálé nároky na průběžné získávání aktuálního

know-how a jeho začlenění do přímé práce s uživateli služeb.

Na základě Smlouvy byla připravena Analýza vzdělávacích potřeb v oblasti metod sociální práce a síťování s důrazem na zjištění nejpoužívanějších a praxí ověřených metod sociální práce a uplatnitelnosti nových metod sociální práce a síťování s cílem začlenit nové metody mezi druhy metod v práci s osobami závislými či ohroženými závislostí na návykových látkách nebo na procesech, v organizacích poskytujících adiktologické služby. Cílovou skupinou byli pracovníci v adiktologických službách, pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci a pracovníci pomáhajících profesí, kteří pracují s osobami závislými či ohroženými závislostí na návykových látkách, sociální pracovníci a pracovníci, kteří jsou zodpovědní za vzdělávací procesy v uvedených službách.

Cílem Analýzy vzdělávacích potřeb v oblasti metod sociální práce a síťování bylo zjistit aktuální vzdělávací potřeby, aby výsledky analýzy mohly být využity při upřesnění obsahu Metodiky moderních metod sociální práce a síťování a upřesnění obsahu vzdělávacího programu. Úkolem bylo zajistit rozeslání dotazníku ve formátu docs.google.com minimálně 100 organizacím poskytujícím sociální služby a zajistit jeho vyplnění a získání údajů od minimálně 75 dotazovaných organizací.

Metodologie

V rámci realizace výzkumu bylo využito metody dotazníkového šetření, internetového (elektronického) dotazování – techniky založené na využití ICT. Výhodou dotazníku je, že umožňuje standardizovat odpovědi respondentů do porovnatelných kategorií, je velmi rychlý a při dobré struktuře a formulaci otázek dokáže za krátký čas získat užitečné informace.

Dotazník byl připraven na začátku měsíce července 2018 a byl konzultován se zástupci poskytovatelů – Společností Podané ruce o.p.s. a zástupci objednatele – Odboru protidrogové politiky Úřadu vlády ČR.

Dotazníkové šetření probíhalo v období od 9. července do 25. července 2018.

Dotazníky byly definované cílové skupině distribuovány předem vytvořeným adresářem elektronicky. Respondenti mohli vyplnit dotazník pouze elektronicky.

Při tvorbě dotazníku se poskytovatel soustředil na jasné formulování otázek a celkově nižší počet otázek, což je jeden z faktorů, který zvyšuje návratnost. Cílem průvodního textu, který obsahoval záměr, informace o době, průběhu a smyslu sběru dat a zároveň sdělení o zohlednění výsledků dotazníkového šetření při následné tvorbě Metodiky moderních metod sociální práce a síťování bylo vzbudit zájem respondenta a motivovat jej ke spolupráci.

V úvodu dotazníku byly kontaktní údaje a základní charakteristiky respondenta.

Zjišťované vzdělávací potřeby vycházely ze zadání dle Smlouvy o tvorbě Metodiky moderních metod sociální práce a síťování, které byly konkretizovány a doplněny o témata vztahující se k cílové skupině.

Většina otázek umožňovala zaškrtnutí více odpovědí i možnost otevřené odpovědi, ve které mohli respondenti doplnit další relevantní body a oblast samostatně komentovat. To umožnilo z větší části pokrýt velmi individuální potřeby širokého spektra pracovníků působících v dané oblasti. Koncepce kombinace otevřených možností odpovědi a možnosti vybrat z nabízených odpovědí a označit zvolené varianty umožnila využití výsledků v kvalitativním i kvantitativním smyslu vyhodnocení dat. Dotazník byl zpracován ve formátu docs.google.com.

Dotazníky byly distribuovány cílové skupině dne 9. 7. 2018 se žádostí o vyplnění a zaslání zpět do 15. 7. 2018.

Respondenty byli pracovníci organizací poskytujících adiktologické a sociální služby, zejména pracovníci v adiktologických službách, pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci a pracovníci pomáhajících profesí, kteří pracují s osobami závislými či

ohroženými závislostí na návykových látkách, sociální pracovníci a pracovníci, kteří jsou zodpovědní za vzdělávací procesy v uvedených službách v práci s osobami závislými či ohroženými závislostí na návykových látkách nebo na procesech, dále pak také pracovníci služeb, kde je tato oblast považována za klíčovou.

S vědomím toho, že v rámci jedné organizace fungují různé programy s odlišným zaměřením a velmi rozmanitými využívanými metodami sociální práce, byly osloveny jak organizace, tak jednotlivé projekty a programy působící pod jednou organizací zvlášť. Bylo žádoucí oslovit co možná nejširší síť organizací zabývajících se danou problematikou. Pro vyhledávání kontaktů jsme využili Národní informační systém v Adiktologii, který provozuje Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a Registr poskytovatelů sociálních služeb uveřejněný na portálu MPSV.

Celkem bylo osloveno 242 respondentů. Ke dni ukončení sběru bylo vráceno 100 vyplněných dotazníků.

Výsledky analýzy

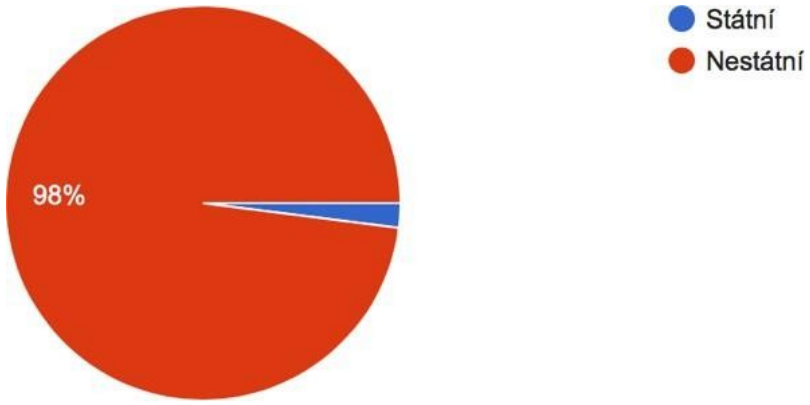
Výsledky analýzy v podstatě potvrdily význam vzdělávání a rozvoje kompetencí pracovníků v adiktologických službách, pracovníků v sociálních službách, sociálních pracovníků a pracovníků pomáhajících profesí, kteří pracují s osobami závislými či ohroženými závislostí na návykových látkách a procesech a důležitost tvorby Metodiky moderních metod sociální práce a síťování a nutnost aktualizace a tvorby nových vzdělávacích programů.

Návratnost dotazníků byla ke dni ukončení sběru 100 vyplněných dotazníků z 242 rozeslaných, což činí více než 40 %.

Typ organizace

98 % respondentů, kteří odpověděli, působí v nestátním neziskovém sektoru. Na dotazník odpověděli pouze dva respondenti služeb zřizovaných veřejnou správou, ačkoli jsme ho

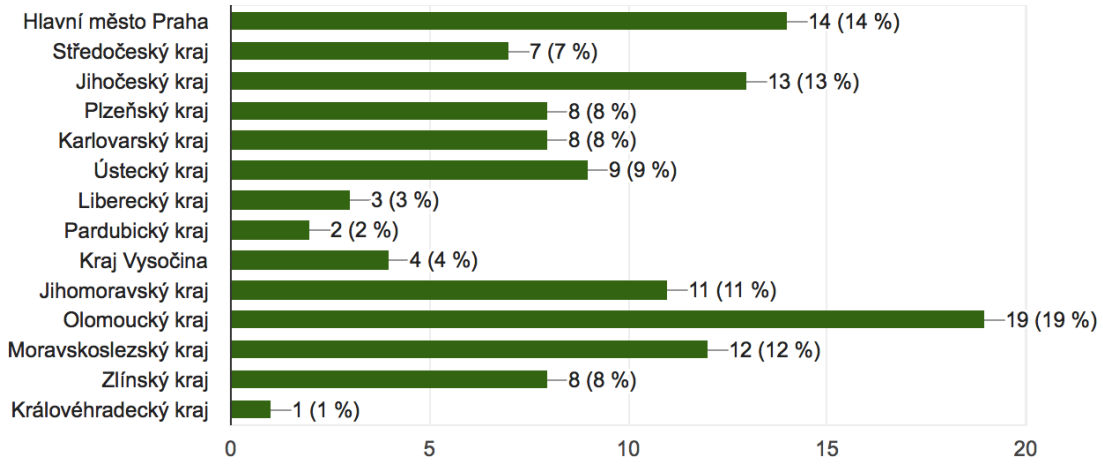
zasílali také na specializovaná pracoviště krajských nemocnic i do center sociálních služeb zřizovaných obcemi.



V jakém kraji působíte?

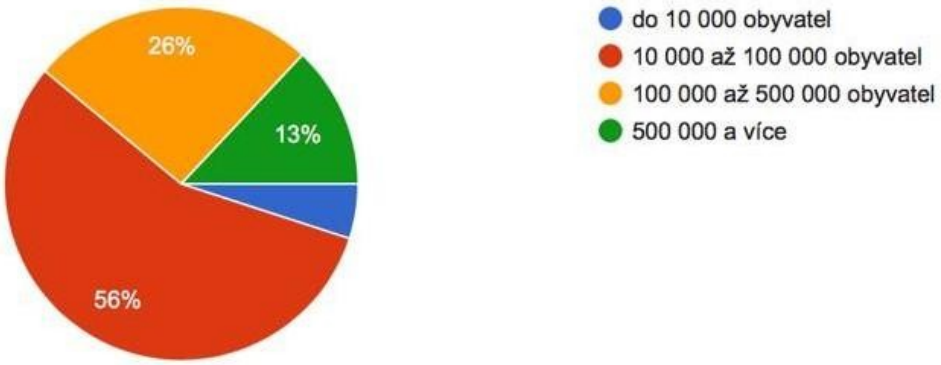
Nejvíce organizací, které zaslaly odpověď, působí v Olomouckém kraji (19 %), v hlavním městě Praha (14 %) a ve Středočeském kraji (13 %). Nejméně pak v kraji Královéhradeckém (1

%) a Pardubickém kraji (2 %).



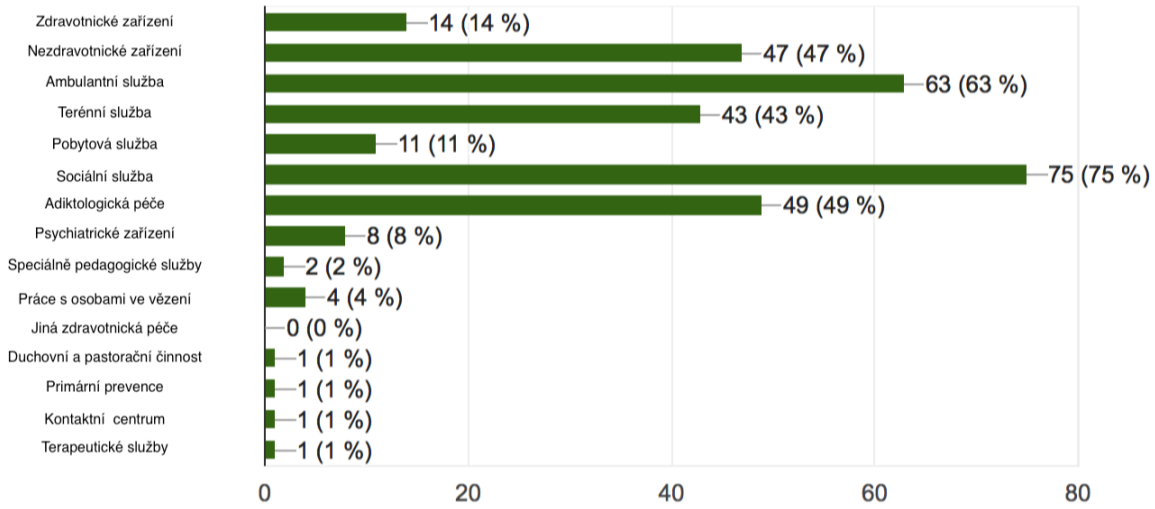
Jak velké je město, ve kterém působíte?

56 % respondentů odpovědělo, že město, ve kterém působí, má 10 000 – 100 000 obyvatel. 5 % respondentů působí v obci s méně než 10 000 obyvateli.



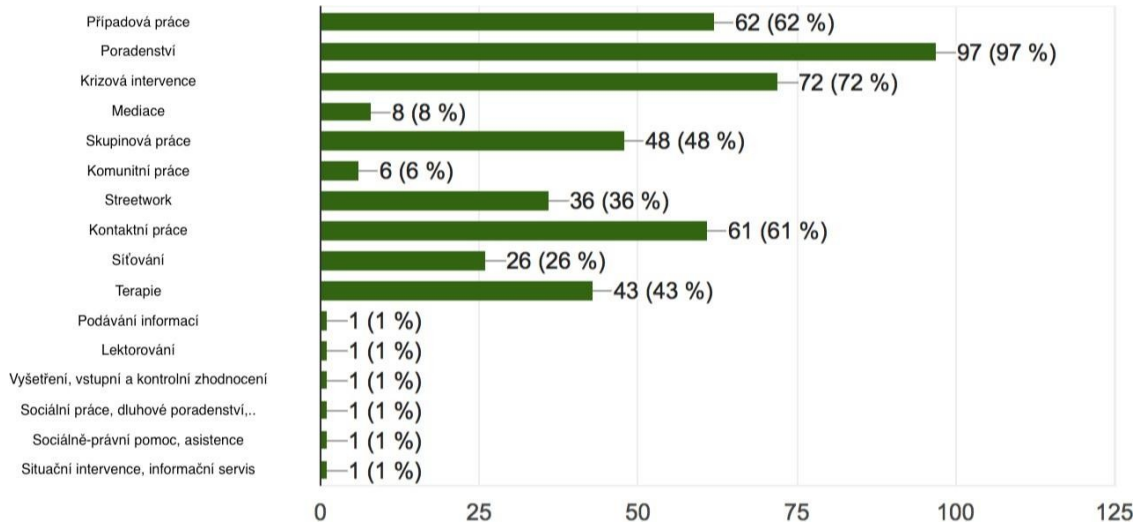
O jaký konkrétní typ služby se jedná?

V této otázce bylo možné zaškrtnout více odpovědí. Nejvíce respondentů se identifikovalo se sociální službou (75 %), možnost ambulantní služba pak zaškrtlo 63 % odpovídajících a možnost adiktologická péče 49 %.



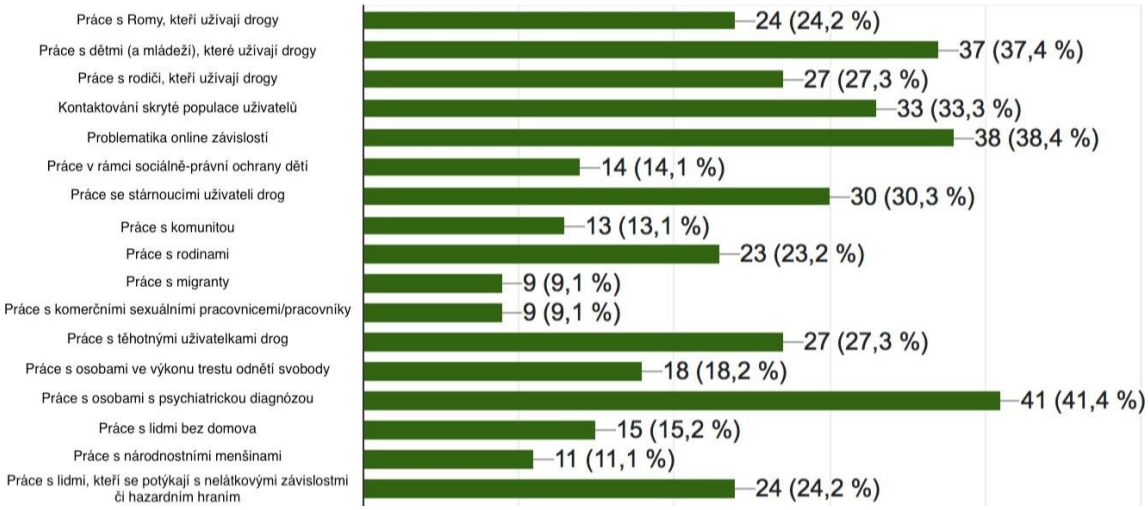
Jaké metody sociální práce ve své praxi nejčastěji využíváte?

V otázce monitorující nejčastěji používané metody sociální práce (s možností označit více odpovědí) nejvíce respondentů volilo poradenství (97 %), krizovou intervenci (72 %), případovou práci (62 %) a kontaktní práci (61 %). Nejméně využívanou metodou pak byla komunitní práce (6 %).



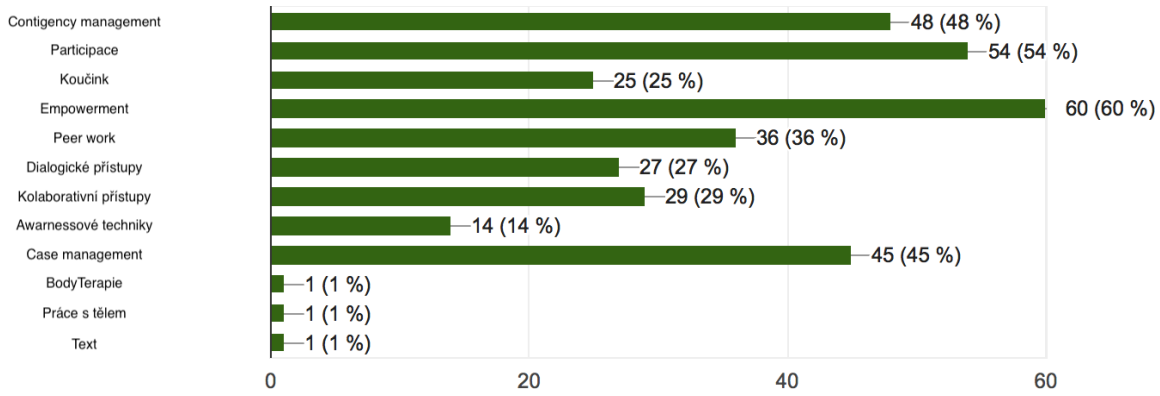
Ve kterých oblastech své praxe spatřujete místa, kde současně používané metody nejsou dostatečné?

Oblastmi, kde současně používané metody sociální práce plně nedostačují, se podle respondentů stala práce s osobami s psychiatrickou diagnózou (41,4 %), problematika online závislostí (38,4 %) a práce s dětmi a mládeží, kteří užívají drogy (37,4 %).



Ve kterých dalších metodách byste se rádi vzdělali a zapracovali je do své praxe?

V otázce, kde přímo nabízíme výčet nových metod sociální práce (s možností více odpovědí a doplnění o další, které jsme nezmínili), největší pozornost (60 %) získal empowerment, tedy zmocňování klientů, participace klientů (54 %) a 48 % metoda pobídková terapie (odměňování klientů za pokrok). Často volenou možností byla také metoda case managementu (45 %), která, jak je uvedeno výše, je zároveň velmi často současně používanou metodou. Case management byl také nejčastěji uváděnou metodou v následující otázce s polem pro volnou odpověď. To přičítáme faktu, že tato metoda je v posledních letech velmi populární a často diskutovaná mezi odbornou veřejností. Zároveň je jako nástroj využitelná pro široké spektrum cílových skupin.

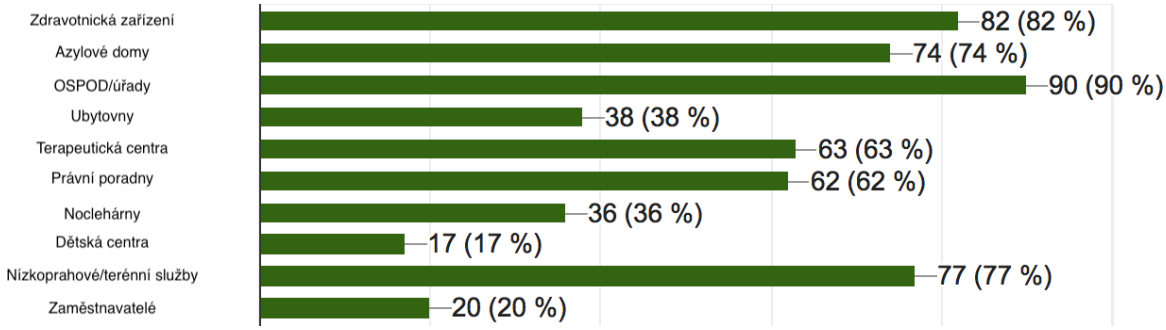


O jakých nových metodách jste v poslední době slyšeli?

V otázce s možností volné odpovědi se vyjádřila třetina (29) respondentů. Nejčastěji jsou zde zmiňovány metody, které jsou zároveň ve výčtu odpovědí k zaškrtnutí, jako například case management, kolaborativní přístupy, participace, ale také se zde opakovaně objevuje téma biosyntézy, případové konference a například možnost využití psychedelik.

S jakými dalšími institucemi v rámci své praxe spolupracujete?

Otázka souvisí se samostatným tématem síťování. Oslovené organizace ve své praxi nejčastěji spolupracují s OSPOD (Orgán sociálně-právní ochrany dětí při obecních a krajských úřadech) a dalšími úřady (90 %), se zdravotnickými zařízeními (82 %) a nízkoprahovými a terénními službami (77%).



Co by vám ve vaší práci pomohlo při navazování spolupráce s dalšími službami?

Druhá otázka související s problematikou síťování byla vytvořena s možností volné odpovědi. k otázce se vyjádřilo 60 respondentů a odpovědi často velmi úzce korespondují s výsledky předešlé otázky ve smyslu nejčastějších partnerů při spolupráci. Za důležité tak dotazovaní považují větší ochotu a respekt především ze strany úřadů a zdravotnického personálu, nutnost osvěty a odstraňování mýtů, předsudků a negativních nebo poškozujících hodnocení (nálepkování), která se týkají problematiky drog a závislostí (destigmatizace). Pro velkou část respondentů jsou důležitá pravidelná setkávání služeb a dalších dotčených profesionálů, prohloubení tzv. měkkých dovedností (soft skills) a nutnost účast na komunitním plánování. Užitečná by také byla fungující a pravidelně aktualizovaná databáze služeb s možností filtrování podle potřeby daného případu. v mnoha službách považují za vhodné působení samostatného pracovníka zaměřeného na oblast síťování.

Závěr

Návratnost dotazníků ze strany respondentů je možné považovat za úspěch zejména vzhledem k termínu pro sběr dat (období letních dovolených) a velmi krátkému času, ve kterém bylo požadováno zpětné zaslání. Návratnost dotazníků byla ke dni ukončení sběru 100 vyplněných dotazníků z 242 rozeslaných, což činí více než 40 %. Čtyřicetiprocentní návratnost vypovídá zejména o vysoké míře zájmu o dané téma ze strany respondentů.

Tvorba Metodiky moderních metod sociální práce a síťování a následně přípravy a realizace vzdělávacího kurzu se tak jeví jako skutečně užitečný nástroj zlepšení kvality poskytovaných služeb a odráží vysokou ochotu sebevzdělávání lidí, kteří v dané problematice působí. Je také dobrým signálem, že trendy, se kterými je možné se setkat v zahraničních příkladech dobré praxe, pronikají do České republiky a dostává se jim pozornosti. To dokládá například vysoký zájem o problematiku empowermentu, který se v širším pojetí dá spíše než jako metoda sociální práce uchopit jako společenský fenomén, ve kterém se poskytovatelé služeb zbavují pevně zakořeněných paternalistických postojů

a otevírají prostor pro skutečné zájmy těch, kteří ve službách hledají podporu. Jednotlivé metody, které k empowermentu přispívají, jako například participace nebo peer work, se v dotazníku také těší velké pozornosti. To může být dobrým východiskem pro oblasti, kde se současně používané metody sociální práce zdají být nedostatečné, jako například v práci s lidmi s duševním onemocněním. Spolu s požadavkem destigmatizace, holistickým pojetím duševního zdraví a citlivějším přístupem k farmakoterapii může proces zvyšování kompetencí uživatelů služeb přispět k rozšíření diskuze o potřebě reformy psychiatrické péče a dalším otázkám, které dalece přesahují oblast drog a závislostí.

Na základě odpovědí respondentů byla zjištěna poměrně nízká četnost využívání nástrojů komunitní práce (ve své praxi ho využívá pouze 6 respondentů). v momentě, kdy je problematika práce s osobami závislými či ohroženými závislostí na návykových látkách nebo na procesech a nadužívání drog těsně provázána s bezvýchodností situace sociálně vyloučených lokalit a stále narůstající problematiky tzv. dědičné chudoby, je nízké využití práce s komunitou překvapující. Této problematice bude vhodné se věnovat prostřednictvím sociologické perspektivy, zamyšlením se nad vhodností a nutností využívání nástrojů komunitní práce a možností je aplikovat v oblasti drog a závislostního chování.

Podpora služeb prostřednictvím propracovaného systému vzdělávání zaměřená na vybrané oblasti sociální práce může být faktorem, který pozitivně ovlivňuje úspěšnost sociálního začleňování uživatelů služeb a celkovou efektivnost jejich poskytování. Jako podstatné i v souvislosti s novým, rozšířeným záběrem služeb a jejich postavením v systému pomáhajících služeb se jeví metody sociální práce zaměřené na spolupráci a síťování spolu s metodami určenými pro práci s novými a specifickými cílovými skupinami.

Skutečnosti, které vyplývají z Analýzy vzdělávacích potřeb v oblasti metod sociální práce a síťování, poslouží pro výběr relevantních témat, která budou začleněna do Metodiky moderních metod sociální práce a síťování a do vzdělávacího programu pro rozvoj

kompetencí uvedené cílové skupiny.