

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta pedagogická

Katedra Pedagogiky

**Individuální plánování s klienty Kontaktní místnosti Kontaktního
centra CPPT o.p.s Plzeň**

„Východiska a přístupy v práci s nízkoprahovými uživateli, závislými
konzumenty drog“

Diplomová práce

Karel Frouz

Sociální politika a sociální práce

2010 - 2012

Vedoucí práce: JUDr. Karel Mošna

Plzeň 2012

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracoval samostatně s použitím uvedených materiálů.

V Plzni dne 29. 3. 2012

.....
Karel Frouz

Poděkování

Děkuji za podporu při vznikaní této práce všem, kteří k tomu jakkoliv vstřícně přispěli.
Bez vaší podpory by tato práce vznikala mnohem obtížnější cestou.....

OBSAH

ÚVOD	7
1. Principy, cíle a systém sociálních služeb v ČR	9
1.1 Sociální začleňování	11
1.2 Člověk, jeho životní styl a role jako uživatele sociálních služeb	13
2. Lidé žijící v sociálním vyloučení, uživatelé Kontaktní místnosti	17
2.1 Lidé závislí na návykových látkách	22
2.2 Lidé v situaci bez domova	27
2.3 Lidé bez práce	32
3. Sociální práce s uživateli KM, filosofie KC	37
3.1 Metody práce s uživateli KM	37
3.2 Kontaktní centra a filosofie Harm reduction	42
3.3 Kontaktní centrum CPPT o.p.s. Plzeň	45
3.4 Kontaktní místnost KC CPPT o.p.s. Plzeň	49
3.5 Alternativní zařízení pro nízkoprahové uživatele	53
4. Individuální plánování práce s uživateli sociálních služeb	56
4.1 Case management	61
4.2 CM v praxi – hranice i nevýhody tohoto přístupu a práce s uživateli KM	65
4.2.1 Vliv CM na uživatele	67
4.2.2 Typ uživatelů vhodných pro CM	67
4.2.3 Realizování CM	68
4.2.4 Kdo zajišťuje CM	72
4.2.5 Doporučení k aplikaci CM	74
4.3 Individuální plánování	76
4.3.1 IP v nízkoprahovém provozu	80
4.3.2 realita IP s uživateli KM v KC CPPT Plzeň	88
5. Výzkumná část – práce s uživateli KM, individuální plánování a jeho aspekty	96
5.1 Struktura služeb využívaných těmito uživateli	101
5.2 Průběh a aspekty procesu IP s uživateli KM	107
5.2.1 Výsledky nejúspěšnějších uživatelů	115
5.3 Subjektivní hodnocení kvality života uživatelů KM	120
6. Závěr	132
Resume	140
Použitá literatura	141
Seznam grafů	148
Seznam tabulek	149

Seznam použitých zkratek.....	150
Přílohy	151

ÚVOD

Pojetí a realizace pomoci druhým se v historii rozvíjelo a sahá vlastně až k počátkům lidské existence. Je možné říci, že pomáhání vychází z něčeho nám lidem bytostně vlastního, ze zájmu o druhé, soucitu a lásky k druhým. A současně by mělo vycházet i z rozumového pochopení konkrétní lidské situace, pochopení vzájemné provázanosti lidí a toho, jak silně situace jednoho ovlivňuje situaci druhého. A nakonec také toho, že každý se může v nepříznivé situaci sám někdy ocitnout. V historii, zejména od středověku, docházelo k systematizaci a institucionalizaci takového pomáhání až do současné podoby, kdy je v ČR v 21. století již právně zakotveno, rozumějme - že občanům je určeno právo na pomoc a také povinnost se na pomoci druhým určitou formou podílet. Lze říci, že tento stav poukazuje na velmi vysokou hodnotovou vyspělost naší kultury, která se projevuje právě v tom, jak se staví k slabším a znevýhodněným jedincům, ať už lidem či dokonce ke zvířatům.

Skupina těchto krátkodobě či dlouhodobě znevýhodněných jedinců je velice široká, v současnosti zahrnuje např. lidi s tělesným postižením, s obtížemi v komunikaci, seniory, lidi závislé na drogách, dlouhodobě nezaměstnané a řadu dalších. Pomáhání těmto lidem se, i přes některé významné rozdíly mezi těmito skupinami, opírá o jednotné základní principy a východiska.

Tato diplomová práce se zabývá klienty sociálních služeb (dále jen uživateli) a vychází z 5leté praxe autora s prací v zařízení Kontaktního centra (dále jen KC) s drogovými uživateli. Pracovník těchto služeb (podobně jako autor) může procházet vývojem v pohledu na význam těchto služeb, v pohledu na uživatele, jejich životní styl, jejich schopnosti, možnosti, motivace, v pohledu na jejich další životní perspektivy atd. Je možné, že zpočátku vnímá pracovník vše optimisticky, vidí naděje a možnosti spíše než omezení a překážky. A vnitřně se „upíná“ k určitému smyslu své práce, může např. důvěřovat tomu, že se uživatelé mohou začlenit do společnosti a opustit svůj drogový život.

Tento pohled pracovníka a vnímání určitých hodnot se pak může s postupující praxí potvrzovat, uspokojivě naplňovat anebo nenaplňovat a pak tedy i různě proměňovat. Např. tak, že začíná více vidět realitu života uživatelů a realitu jejich motivací, může pak rezignovat na práci s nimi ve smyslu práci na změnách. Tuto fázi může pracovník zpracovat, vyhnout se úplnému vyhoření, vzdát se určitých ideálů a pak pokračovat např. se zaměřením na harm reduction služby a poskytování přijímajícího lidského kontaktu uživatelům, vytvářením důvěry. I to se však může dále proměňovat, a nakonec třeba pracovník (podobně jako autor)

uvidí sama sebe ve stereotypních službách a mezi uživateli, jejichž situace, hovory, temata a motivace i nemotivace se příliš nemění.

Takový pracovník může i nadále vidět smysl a i cítit naplnění ve svém působení a setkávání s těmito lidmi, zejména v tom že jim bude kontaktem se „zdravou“ částí společnosti, s lidským přijetím a hodnotami, se kterými se často ve svém drogovém a bezdomoveckém světě setkávají jen velmi málo. Pracovník může být spokojen s poskytováním služeb a „péčí o ty ve společnosti nejzranitelnější“, aniž by potřeboval vnímat změny jejich situací. A aniž by na změny a naděje rezignoval.

Anebo se vše také může odehrávat jinak. Pracovník může.....

Autor této práce má zkušenost především s výše naznačeným vývojem a své zkušenosti a praktické zážitky s těmito uživateli zmiňuje v dalších kapitolách. Tématem této diplomové práce je individuální plánování, které pokrývá naprostou většinu práce a kontaktů s uživateli v KC. Proto i tato práce pokrývá širokou škálu aspektů tohoto působení v Kontaktních centrech, tedy charakteristiky uživatelů, způsoby přístupů k nim, teoretická východiska i praktické zkušenosti atd. Ve výzkumné části autor podrobněji ukazuje reálnou situaci v individuálním plánování s uživateli plzeňského KC, tedy situaci a aspekty práce s nimi – jejího zaměření, kvantity, výsledků.

1. Principy, cíle a systém sociálních služeb v ČR

V současné ČR existuje tzv. **systém sociálního zabezpečení**, který v současnosti sestává ze 3 pilířů - sociálního pojištění, státní sociální podpory a sociální pomoci. Do třetího pilíře, do sociální pomoci, náleží **sociální služby** a také pomoc dle Zákona o pomoci v hmotné nouzi č 11/2006 ve znění zákona č. 227/2009. Přímými sociálními službami se zabývá **Zákon č. 108/2006. o sociálních službách** ve znění pozdějších předpisů (dále jen Z108), který upravuje spolu s některými dalšími zákony současný stav v této sociální oblasti. Jeho neodmyslitelnou součástí je **Vyhláška č. 505/2006**, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (dále jen V505). Přílohou č. 2 této vyhlášky je **Obsah standardů kvality sociálních služeb** (dále jen Standardy). Tato oblast sociálních služeb i zmíněné předpisy spadají do resortu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (dále jen MPSV). Sociální služby jsou tedy v ČR v současnosti pevně definovány a zakotveny, státem je garantovaná celá jejich koncepce, pojetí a kvalita. Momentálně těchto služeb využívá v ČR dle Horeckého a Tajanovské zhruba 500 – 600tisíc uživatelů (Horecký, Tajanovská, 2011).

Pojetí cílů sociálních služeb můžeme nacházet na různých místech, např. MPSV je popisuje na svých internetových stránkách takto: *„podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu“* (MPSV ČR, 2010a). V Z108 je definována sociální služba jako činnost *„zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“* (Česko, 2006c, s1257). V souladu s touto státem vymezenou koncepcí sociálních služeb definují jejich současné pojetí i uznávání teoretici, např. Matoušek tak že *„sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tyto lidé nositeli.“* (Matoušek et al, 2007a, s9).

Především je však nutné chápat, proč by měly takto sociální služby lidem pomáhat, ve smyslu toho **co „s nimi není v pořádku“**. V jejich životní situaci se objevily (nebo setrvávají) určité nežádoucí podmínky, mluvíme o jejich **nepříznivé sociální situaci** (dále jen NSS). Ta dle Z 108 nastává, když člověk z různých důvodů není schopen tuto situaci řešit sám tak, aby *„toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním*

vylouením“. Jedná se o důvody jako věk, zdravotní stav ale také „*životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností*“ (Česko, 2006c, s1257). Tento popis je však poměrně neurčitý. Co je tato NSS? Z108 vysvětluje/lze chápat, že jde o jakoukoliv situaci, kdy je **jedinec ohrožen sociálním vyloučením**. Dále je zde ještě zmíněno, co je považováno za přirozené sociální prostředí člověka v dnešní ČR – je to jeho rodina, osoby blízké, jeho domácnost a „*místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity*“ (Česko, 2006c, s1257).

Pro koho jsou tedy určené sociální služby? Jsou to často např. senioři, lidé se zdravotním postižením, lidé závislí na návykových látkách, lidé dlouhodobě nezaměstnaní, bezdomovci, také lidé, které postihla nenadálá krizová situace (např. požár) a další. Všichni se ocitají v situaci, kterou nedokáží sami řešit a překonat ji, a právě s tím jim mají existující sociální služby pomoci. Tato pomoc se realizuje pouze stanoveným způsobem - za dodržení základních zásad, kdy se (mimo jiné) musí vycházet dle **Z108 § 2** z jejich **individuálně určených potřeb**, podporovat **rozvoj jejich samostatnosti**, jejich **aktivitu k brzkému zlepšení jejich situace**, pomoc je poskytována **v jejich zájmu** (Česko, 2006c).

V Z108 nalezneme ještě řadu dalších skutečností týkajících se sociálních služeb, např. stanovuje kdo má nárok na využití těchto služeb v ČR, kdo tyto služby může poskytovat, jaké jsou základní činnosti při poskytování sociálních služeb atd. Ve V505 jsou veškeré požadavky Z108 systematizovány a popsány metodicky s ohledem na to, jak je má v provozu poskytování sociálních služeb zajistit jejich poskytovatel. Tedy s ohledem přesně na to, co pak státem určená Inspekce kvality sociálních služeb bude po poskytovateli požadovat. Tímto mechanismem se stát stará o kvalitu poskytovaných služeb.

Systém všech zařízení sociálních služeb je dělen dle pojetí Z108 § 37. 38 a 53 do 3 základních částí:

- **1) služeb sociálního poradenství** – to se poskytuje ve 2 formách, základní sociální poradenství poskytuje informace užitečné k řešení situace uživatelů, a odborné sociální poradenství podporuje uživatele v jejich situacích mnohem komplexněji a cíleněji a je zaměřené na konkrétní skupiny uživatelů (např. poradny pro seniory)
- **2) služeb sociální péče** – ty podporují co nevyšší zapojení uživatelů do běžného společenského života a/nebo je podporují a napomáhají v zajištění jejich potřeb v jiném důstojném prostředí. Tito uživatelé jsou v nepříznivé situaci z důvodu snížené fyzické a psychické soběstačnosti, způsobené jejich onemocněním či handicapem.

- **3) služeb sociální prevence** – působí jednak proti sociálnímu vyloučení uživatelů, kteří jsou v ohrožení různými rizikovými jevy souvisejícími s jejich aktuální situací (např. ohrožení i svými negativními životními návyky, užíváním drog apod). Druhým cílem těchto služeb je chránit samotnou společnost před takovými ohrožujícími vlivy. (Česko, 2006c)

Toto pojetí 3 základních oblastí sociálních služeb uvedené v Z108 je převážně v souladu i s pojetím těchto pojmů u dalších autorů, např. u Matouška (2003).

1.1 Sociální začleňování

Opakovaně se v základních principech Z108 setkáváme s pojmem **sociálního začleňování**. Řada autorů jej chápe v souladu se Z108 jako proces nabývání přístupu k základním způsobům života dané společnosti. Proces, kdy **se člověk stává plnohodnotným členem společnosti, který se běžným způsobem účastní jejího ekonomického, sociálního a kulturního života**. (Česko, 2006c, s. 1257). Opakem je sociální vyloučení, které fakticky znamená *„život v chudobě, bez účasti na trhu práce...bez přiměřeného bydlení, bez dostatečného příjmu, obvykle v izolaci či v malé skupině podobně deprivovaných lidí pohybujících se na okraji společnosti“* (Matoušek, 2003, s. 205). Tato charakteristika poměrně přesně odpovídá i uživatelům drog, o kterých budou pojednávat další kapitoly.

Základním dokumentem popisujícím státní strategii v této oblasti je **Národní akční plán sociálního začleňování** pro roky 2008 – 2010 (dále jen NAPSÍ), jeho aktuálnější verze prozatím není na stránkách MPSV k dispozici. Jedná se o komplexně rozpracovanou koncepci sociálního začleňování se stanovením detailních cílů a metodiky pro jejich dosažení. Jako základní nástroj prevence sociálního vyloučení je zde považován systém sociální ochrany ČR. Jde o komplexní systém, který se skládá ze 3 pilířů – sociálního pojištění, státní sociální podpory a sociální pomoci. Dle NAPSÍ *„umožňuje udržovat ve střednědobé perspektivě v ČR relativně nízkou míru chudoby...“* (MPSV ČR, 2008, s10). To znamená, že bylo v ČR (v roce 2006) ohroženo chudobou 9% obyvatel, oproti 17% počtu pro EU (MPSV ČR, 2008).

Právě chudoba je jedním z významných aspektů sociálního vyloučení lidí. Dále klade pro sociální začleňování NAPSÍ důraz na **aktivizaci sociálně ohrožených osob**. NAPSÍ se zaměřuje na působení v těchto základních oblastech :

- zaměstnání, podpory lidí v jeho hledání a udržení se v něm
- přístupu lidí ke vzdělání
- začleňování cizinců do společnosti ČR
- chudoby dětí a podpory rodin se specifickými potřebami

(MPSV ČR, 2008)

Cílovými skupinami působení NAPSÍ jsou zejména **dlouhodobě nezaměstnaní**, osoby se zdravotním postižením, osoby pocházející z odlišného sociokulturního prostředí, děti a mládež, **osoby bez přístřeší a lidé s nevhodným bydlením a recidivisté**. (MPSV ČR, 2008). Výrazně pozitivní vliv v aktivizaci lidí ohrožených sociálním vyloučením připisuje NAPSÍ současným Zákonům o pomoci v hmotné nouzi a o životním a existenčním minimu. Jejich funkci charakterizuje mottem: *„Ten, kdo pracuje, se musí mít lépe, než ten, kdo nepracuje Ten, kdo se snaží, se musí mít lépe, než ten, kdo je pasivní, popřípadě se práci vyhýbá.... Rychleji řešit životní situaci se vyplatí..... Dávky pomoci v hmotné nouzi by měly sloužit pouze lidem v obtížné situaci, kterou z objektivních důvodů nemohou řešit sami.“* (MPSV ČR, 2008, s.11) Realizace tohoto principu NAPSÍ je zajištěna konkrétními opatřeními, např. zvýhodněnou částkou živobytí osoby (MPSV ČR, 2008). Jak bude popsáno v dalších kapitolách, právě uživatelé drog z tohoto důvodu jakéhosi **„trvání na jejich odpovědnosti a aktivitě“** ve většině případů ve své NSS zůstávají. V jejich změnách většinou nepodnikají potřebné kroky (více především viz výzkumná část práce).

Dalších opatření k dosažení cílů je v NAPSÍ celá řada a jedná se především o realizaci sociálně preventivních programů pro různé cílové skupiny a programů motivace k aktivizaci na trhu práce, dále např. projekty dlouhodobého doprovázení a poradenství pro děti v náhradní péči a mladé lidi opouštějící systém náhradní péče, programy prevence kriminality v kontextu sociálního vyloučení, pilotní projekty zaměřené na romské komunity atd. Významným nástrojem pro realizaci těchto programů je výkon a komplexní **rozvoj terénní sociální práce**. Hlavními finančními zdroji pro realizaci NAPSÍ jsou především Strukturální fondy EU a částečně i rozpočet ČR. Dalšími jsou např. Evropský fond pro začleňování občanů třetích zemí 2007-2013. NAPSÍ je velmi komplexní dokument zabývající se sociálním vyloučením lidí v ČR. Pro další inspiraci by ještě mohly sloužit přílohy NAPSÍ, kde

nalezneme např. shrnutí projektu Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR z 2005 – 2007 a také podrobné Statistické přílohy.

1.2 Člověk, jeho životní styl a role jako uživatele sociálních služeb

Velice důležité je to, jak je v optice Z108 nahlíženo na roli samotných uživatelů sociálních služeb ve změnách své nepříznivé situace. **Jednou z priorit** je prostřednictvím nabízených služeb podporovat právě jejich aktivní sociální začleňování, podporovat jejich vlastní schopnosti, samostatnost a aktivity působící proti jejich sociálnímu vyloučení. Jde tedy o **státem míněnou podporu některých lidí, aby se působením sociálních služeb stali a/nebo usilovali o to stát se jeho „běžnými“ občany. A vlastně aby se jimi vůbec chtěli stát, pokud to je možné.** V Z108 je totiž stanoveno, aby se poskytování služeb s nimi plánovalo s ohledem na individualitu každého uživatele a na pro něj důležité cíle. Proces této podpory a práce s nimi tedy směřuje ke zlepšení jejich života a probíhá v jejich individuálních podmínkách, nazývá se **individuálním plánováním** (dále jen IP) . V Bílé knize v Sociálních službách MPSV z roku 2003 je popsán základní přístup: *„Lidé jsou odpovědní za svůj vlastní život. Přijímají (a musí být povzbuzováni k tomu, aby přijímali) vlastní rozhodnutí o svém životním stylu v rámci mezí, které platí pro všechny členy společnosti“.*(MPSV ČR, 2003, s9).

Důraz na aktivní roli uživatele služeb v tomto procesu jej tudíž nestaví do pozice pasivního příjemce služeb, který by je pouze nějak jednoduše „využíval“ (velká část služeb je totiž bezplatných) a třeba i setrval ve své situaci a nerozvíjel své schopnosti. Sociální služby jsou diferencované dle různých skupin a individualit uživatelů, které je možné odlišit např. příčinami své NSS. Některé je možno s nadsázkou nahlížet jako na „oběti“ nepříznivých okolností (oběti svého onemocnění, vysokého věku, pohromy) a jiné je možno nahlížet i jako na přímé původce své NSS (lidé bez motivace pracovat, pečovat o svůj stav, lidé užívající drogy). U některých skupin uživatelů, např. u bezdomovců a/nebo uživatelů drog, je možné pozorovat dokonce i silnou **tendenci setrávat ve své situaci** či „nic nedělat“. Často neusilují o změnu svojí situace a o žití zmíněným „běžným způsobem“ a ani o to nemají aktuální zájem. Někteří k tomu zase bývají motivováni, ale nechťejí, možná nemohou či nedokážou uskutečnit takové kroky, které by k výrazným změnám skutečně vedly (např. někteří závislí uživatelé drog odmítají jako řešení své nepříznivé sociální situace léčbu své závislosti a pokouší se svou situaci zlepšit jinými způsoby, aniž by své užívání drog zastavili či

korigovali.). K tomu všemu může docházet z různých důvodů a někdy třeba i proto, že jsou prostě se svou situací spokojeni. O těchto aspektech pojednávají další kapitoly a především výzkumná část práce.

Toto **chápaní role uživatelů je klíčové** – i uživatele drog, kteří si opakovaně sami aplikují škodlivou drogu, je totiž možné nahlížet jako na „oběti“ své závislosti, špatné výchovy, diskriminace společnosti aj. Tento krajní pohled však není výhodné zaujímat a vedl by vlastně k vnímání uživatelů jako neschopných, bezbranných a závislých na pomoci druhých. Odpovědnost za jejich situaci by pak měl v konečném důsledku někdo jiný, např. pracovník nebo lékař, což celé připomíná přístup matky k novorozenci.

Ani druhý krajní pohled, že „každý si za svou situaci může sám a proto ať si také sám pomůže a snaží se“, by nebyl vhodný. Znamenalo by to mnohdy příliš velké zatížení již tak oslabených jedinců. Z108 nebo NAPSI a i řada odborníků spíše zastává **pohled na všechny uživatele jako na ty, kteří mohou svou situaci v různé míře ovlivňovat**. Aspoň něco dělat. Zde jde spíše o důraz na schopnosti uživatelů s ohledem na jejich aktuální možnosti. Toto je východisko základních modelů sociální práce (více viz kap. 4) a jde o pohled, že uživatelé mají aktivní roli ve své situaci a že bez odpovědného chování nemohou dosáhnout k jejím významným zlepšením (ani např. jednoduše k výhodnějším dávkám hmotné nouze). Klíčový a také užitečný pohled na uživatele je tedy nahlížet je jako tvůrce přinejmenším řady aspektů své situace, kteří bývají něčím v různé míře omezeni (třeba onemocněním, návykem, stylem života). **Prioritou je pokusit se je sociálními službami podpořit v jejich odpovědnosti a aktivitě a napomoci i posílení jejich schopností, což je proces cílený k pozitivním změnám a (hlavně) k jejich udržení**. Tento přístup ilustruje spíše příklad rodiče podporujícího různě staré dítě v, třeba pozvolném, postupu k maximálnímu osamostatnění nebo rovnou pohled pracovníka na dospělého a schopného uživatele, který si jen s některou situací neví rady.

Připomínáme, že v Z108 zároveň **není stanovena uživatelům žádná „povinnost“**, např. **se sociálně začleňovat**, a pamatuje se i na odlišnosti ve schopnostech a situacích jednotlivých uživatelů. Jejich individualitám jsou přizpůsobeny i konkrétní podoby a **cíle služby**. Již v rozlišení služeb sociální péče a sociální prevence nalézáme prostor umožňující tento **ohled na individuální situace uživatelů**. I když je u obou těchto typů služeb prioritním cílem Z108 zmíněné maximální možné sociální začlenění uživatelů, zároveň jsou (v případě nepříznivých podmínek pro naplnění tohoto prioritního cíle) stanoveny další cíle. U služeb sociální péče je to zajištění potřeb uživatelů důstojným způsobem a u služeb sociální prevence

to je ochrana „zdravé“ společnosti před nežádoucím chováním a následky situace uživatelů. Lze tedy chápat, že není bezpodmínečně nutné usilovat s uživatelem pouze o jeho plné sociální začlenění.

Této logice částečně odpovídá i stanovení **cílů sociálního začleňování „občanů, kteří potřebují zvláštní pomoc“** na internetových stránkách MPSV. Jedná se o :

- „zajištění účasti v zaměstnání a rovného přístupu ke všem zdrojům, právům, zboží a službám“
- „prevenci rizika sociálního vyloučení“
- „pomoc nejvíce zranitelným“

(MPSV ČR Odbor 22, 2010a)

První dva z těchto cílů odpovídají prvotnímu cíli – plnému sociálnímu začlenění občanů a pouze cíl „pomoc nejvíce zranitelným“ je možno chápat i **doplnění zabezpečení jejich základních potřeb před (nebo k) jejich sociálnímu začleňování**. Tato skutečnost se výrazně projevuje u některých cílových skupin sociálních služeb, např. právě u některých uživatelů základních nízkoprahových (např. hygienických) služeb KC. Lze shrnout, že vlastně stát ČR pamatuje i na ty, u kterých plné sociální začleňování není z různých důvodů aktuální a poskytuje jim i přesto pomoc (především službami soc. péče) a/nebo chrání před jejich rizikovými projevy zdravou společnost (službami soc. prevence). **Vyvstává zde i otázka, zda bude vůbec u některých začleňování aktuální....** To je velmi hluboké téma a jeho aspektů se dotýkají další kapitoly této práce, konečnou odpověď však nepřináší.

Je třeba pamatovat i na další důležitou skutečnost – totiž na **to jak nahlížíme na samotnou „nepříznivost“** jejich situace, pamatovat na to kdo a z jakých důvodů tuto situaci vlastně označuje za nežádoucí. V Z108 se prezentuje pohled „zdravé“ společnosti. Takto to samozřejmě ale někteří uživatelé vnímat nemusejí.... našťastí i na to se pamatuje v koncepci poskytování sociálních služeb Z 108, kde se stanovuje respektování jejich základních práv a svobod a poskytování služeb „v zájmu lidí“. **Pokud tedy nechtějí být sociálně začlenění, chápeme to jako jejich právo.** Kromě pohledu společnosti je nutné vnímat jejich subjektivní pohled na svou situaci a jejich životní spokojenost (viz výzkumná část práce).

Když se tedy stane (a v praxi KC se to děje často), že i lidé, kteří nejsou motivovaní pro „běžný život“ přicházejí do zařízení a žádají o využití služeb, **měl by mít pracovník na paměti, že cílem může být i zmíněná pomoc nejvíce zranitelným. Neměl by se však s tím jednoduše spokojit.** Inspektor kvality sociálních služeb Haicl mluví o tom, že na základě

bodů § 2 Z108 pomoc a podpora „*musí motivovat uživatele, aby nesetrvávali v nepříznivé situaci a aby směřovali k sociálnímu začlenění*“ (Haicl, 2011, s.38). Což ale znamená, že se pracovník dostane do střetu zájmů s nemotivovanými uživateli služeb. Ti totiž např. v KC chtějí využít jen některé služby, chtějí „něco lehce a bez námahy získat“, něco co potřebují, co jim chybí....V takovém případě Haicl doporučuje, aby pracovník **zásady Z108 uplatňoval citlivě, snažil se uživatele motivovat, pomáhal jim pojmenovávat a/nebo vůbec si uvědomovat a nalézat osobní cíle**. Zároveň mluví o tom, že je i někdy třeba aby pracovník uměl rezignovat na představu toho, že některý uživatel vůbec má cíle směřující k sociálnímu začlenění, což však neznamená rezignovat na snahu o podporu a pomoc uživateli k těmto cílům směřovat. (Haicl, 2011, s. 38,40-41).

Je možné shrnout, že je tedy kladen důraz :

- jednak na aktivitu uživatelů a jejich sociální začleňování (prioritně)
- je stanoven i druhotný cíl sociálních služeb – zajištění důstojného života, pomoc nejvíce zranitelným a pro zařízení sociální prevence i ochrana společnosti před rizikovými aspekty života uživatelů
- vše probíhá v rámci ohledu na jejich individuální potřeby, zájmy, svobody a motivace

2. Lidé žijící v sociálním vyloučení, uživatelé Kontaktní místnosti

Jak bylo zmíněno, jsou tedy dle Z108 zařízení služeb sociální prevence zaměřená jak na podporu sociálního začleňování uživatelů tak i na ochranu společnosti před nežádoucími jevy. Do této skupiny zařízení patří např. azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra a další zařízení, která jsou zaměřená na různé cílové skupiny - např. na lidi bez domova, propuštěné z výkonu trestu nebo z ústavní výchovy, lidi v ohrožení krizovou situací, uživatele drog a další. Přesný popis cílové skupiny konkrétního zařízení i jeho cílů nalezneme v Z108 v § 53 až 70.

Lidé, kteří využívají služeb sociální prevence, se většinou nacházejí v nepříznivé situaci komplexní a zřídka se v ní jedná o jednu obtíž, naopak často bývají např. bez domova, s několika záznamy v trestním rejstříku a zároveň užívající drogy nebo alkohol. Proto také nacházejí pomoc v **komplexu různých zařízení sociálních služeb**, není pro ně určené pouze jedno konkrétní. Tak mohou někteří docházet např. do KC i do noclehárny. Zároveň by se ale mělo v každém jednom takovém zařízení pracovat s jejich situací jako s celkem, pamatovat na její rozmanitost, soustředit se na hlavní aspekt práce toho konkrétního zařízení (např. užívání drog v KC). Zároveň je však třeba pracovat i s dalšími aspekty této jejich situace - přinejmenším formou základního sociálního poradenství a/nebo třeba odkázáním uživatele do dalšího specializovaného zařízení. V praxi se často setkáváme s tím, že pro některé uživatele je obtížné navazovat kontakt ještě v dalším jiném zařízení/instituci než v tom, do kterého se jim po nějaké době podařilo docházet a využívat jeho služby. Podporuje se tedy u nich i motivace ke spolupráci jinde a je možné je i doprovázet nebo předjednávat tento kontakt. Pro KC je tedy významné mít dobrou pozici v místní síti dalších služeb, mít možnost zprostředkovávat uživatelům podporu v další řadě zařízení služeb zdravotnických, sociálních, právních apod. Nejčastěji se jedná konkrétně (vždy dle druhu zakázky uživatelů) o úřady práce (dále jen ÚP), sociální odbory a kurátory, probační a mediační službu, občanské poradny, azylové domy, noclehárny, humanitární sklady, odborné lékaře, léčebná zařízení aj. Je důležité ještě zmínit úzkou provázanost terénních programů a KC. Jejich cílová skupina bývá většinou totožná, vycházejí se stejných principů a používají stejné základní metody práce. Terénní programy bývají často součástí či rozšířením KC a bývají i personálně provázané. Není to pravidlem, ale jedná se o častou praxi.

Jak již bylo zmíněno, **uživatelé Kontaktní místnosti (dále jen KM) a KC jsou lidé** převážně závislí na návykových látkách. Toto vymezení jejich situace by bylo však dosti povrchní. Především je důležité chápat, že **jsou to lidé žijící v sociálním vyloučení**, tzn. že se ocitají mimo běžný život společnosti. To významně ovlivňuje celou jejich osobnost v široké škále aspektů. Např. Rákoczyová popisuje řadu vlastností soc. vylučovaného člověka - pocit hanby, malou schopnost sebereflexe, apatie, nemotivovanost na řešení problémů, jeho zaměření na rychlé uspokojení potřeb atd. (Rákoczyová, 2006) Zde se přidává ještě snad nejvýznamnější faktor - uživatelé KM bývají závislí na drogách a „***dlouhodobé užívání drogy snižuje motivaci k čemukoli, snižuje i energii, kterou má člověk k dispozici, takže klient možná v dohledné době nebude schopen výraznějšího odhodlání k léčbě***“ (Matoušek, Müllerová, Vondrášková, 2005, s. 220). Také je někdy drogový životní styl prostě „baví“ nebo jim z jiných důvodů aktuálně vyhovuje – víc než by jim vyhovovalo **nelehké úsilí o jiný způsob života**.

V této práci toto bude ještě mnohokrát zmiňováno zjednodušeně jako nemotivovanost k jinému stylu života. Je důležité uvědomit si však, že nejde o „nedostatek chtění“ nebo prostý nezájem, ale že **jsou nemotivovaní – nemají aktivní motivaci/energii a tedy určitý potenciál ke změnám především ze 2 důvodů** – jednak pro svou závislost spojenou se sociálním vyloučením a/nebo podruhé prostě proto, že jsou spokojení či adaptovaní (více viz následující kapitola). Oba tyto faktory se mohou také prolínat.

V praxi se často setkáváme s tím, že pokud s nimi pracovník úspěšně naváže vztah, bývají často ochotní se o svém stylu života bavit a diskutovat o nedrogovém životě i o konkrétních cestách k němu vedoucích. Často jsou tyto hovory však o tom „jak a proč to nejde“ než o tom „jak by to šlo“. Namísto plánování a následné **realizace cílů s těmito uživateli dochází „jen“ ke komunikaci o nich**, o tom že něco chtějí, k čemu to je dobré, jak by se to dalo zařídit...někdy dojde i ke konkrétním dohodám s pracovníkem. Většinou však už při dalším kontaktu u nich aktivní motivace/zájem o cíl mizí. Toto je zajímavý fenomén a **možná by se jej dalo vysvětlit** jako snahu uživatelů udržet **pozitivní obraz sebe samého** pro sebe nebo pro ostatní – k tomu dochází vždy, když dojde na komunikaci o důležitých věcech. Je konfrontován jejich postoj k životním cílům, tedy vlastně i k sobě samým a jsou konfrontovány jejich schopnosti něco v životě realizovat. Uživatelé pak využívají (nevědomě) řadu obranných mechanismů – např. zjevně racionalizují „proč to nejde“. Nebo také „mluví a mluví“ tak, že se pracovník jen těžce dostane ke slovu. Objevuje se zde rozpor mezi jejich motivací ke kontaktu s člověkem, který o ně má opravdový zájem a se kterým rádi a dlouze o

sobě hovoří a mezi takovým hovorem s ním, který konfrontuje jejich životní styl. Jelikož je KC zařízením kontaktním, **po čase většinou pracovníci upřednostní hovor s uživateli** a poskytování služeb, které se zabývají aspekty života uživatelů o kterých jsou ochotní hovořit (nebo možná i na nich pracovat), před příliš častými jejich drogový život konfrontujícími intervencemi. Ty by uživatele spíše od docházení do KC odradily. Tyto nastíněné hlubší souvislosti a motivy prožívání uživatelů by však bylo třeba potvrdit dalšími výzkumy nebo odpovídající literaturou.

Všechny uživatele KC CPPT lze rozdělit zhruba do 4 základních skupin především podle typu služeb, které zde využívají, což odpovídá typu jejich situace. Většinou se tyto skupiny uživatelů překrývají a mísí jen velmi málo. Jedná se o 2 velké skupiny - 1. uživatele Kontaktní místnosti kteří žijí bez zázemí, převážně „na ulici“ a 2. uživatele tzv. výměnného injekčního programu (dále jen ViP) kteří prozatím mají aspoň základní zázemí (a služby KM využívají jen velmi zřídka). Z uživatelů KM zhruba polovina využívá i ViP. Dalšími již menšími skupinami v KC jsou – 3. uživatelé poradenských služeb zaměřených převážně na jejich závislost na drogách a 4. rodiče a další blízcí konzumentů drog, kteří využívají poradenských služeb pro práci s jejich situací. Přesnou statistiku početnosti těchto skupin ve zmíněném KC bohužel nemáme k dispozici. V logice dostupnosti a charakteru služeb je všechny dělíme na **nízkoprahové uživatele** – využívající především KM a ViP a **prahové uživatele** – využívající především poradenství (podrobněji viz kap. 3 a 3.3).

Také by bylo možné sledovat další **různé skupiny konzumentů drog**, vůbec dle jejich schopností, osobnostních charakteristik a třeba i dle míry jejich sociálního vyloučení a také vůbec dle perspektiv jejich začlenění a vyléčení. **Tato práce se zabývá především uživateli KM**, které je možné podrobněji charakterizovat jako (téměř vždy) **závislé, dlouhodobě nezaměstnané, žijící pouličním způsobem života** bez stabilního zázemí – tzv. bezdomovce a často páchající různorodou trestnou činností. K tomu je ještě připojen další významný aspekt – nefunkčnost jejich zázemí v rodině a běžné sociální sítě. S (dříve) blízkými, sociálně fungujícími lidmi mívají často zprerhané vazby, dlouhodobě se nevidají, často jsou jimi zavrženi. Tito lidé se i v některých osobnostních aspektech **liší od jiných skupin konzumentů drog**, např. svým vzděláním, výchovou, rodičovskými vzory apod. – je časté že velká část z nich dokončila pouze ZŠ, již jejich rodiny žily v nebo na pokraji sociálního vyloučení a již jejich rodiče byli někdy závislí např. na alkoholu. Těmito jejich podrobnými charakteristikami se tato práce nezabývá, je důležité však mít na paměti, že **jsou mezi konzumenty drog specifickou skupinou** a to určuje i např. možnosti jejich životních

perspektiv. Především výzkumná část práce se zabývá charakteristikami práce přímo s touto skupinou – s uživateli KM KC v Plzni. **Uživatelé KM jsou tedy takto velmi vážně zatíženi a je těžké hledat příčinu jejich situace.** Je však důležité chápat, že se „propadli až na samé dno“ společnosti, což má významný rozsah, hloubku.

U sociálně vyloučených dlouhodobě závislých uživatelů, kteří nebyli ve svém vstupu do společnosti úspěšní často již na počátku své dospělosti, a/nebo pokud je tento jejich drogový životní styl již dlouhodobější stav, bude také **velmi těžké, možná i nemožné (?) tuto situaci změnit.** Navenek je tato jejich „zátěž“ - obtížnost změny projevená např. právě zmíněnou nemotivovaností, možná lépe řečeno neschopností či nedostatkem potenciálu se svou situací pracovat. **Možná je hlavní a jedinou příčinou jejich totálního vyloučení samotná jejich hluboká závislost** na drogách a změny osobnosti, které jsou jejími následky. Je známé, že užívání drog úzce souvisí s fungováním mozku a silně ovlivňuje jeho elektrochemické „nastavení“ a že dlouhodobé užívání drog jej výrazně (a dlouhodobě) narušuje. S tím souvisí např. když Nešpor zmiňuje, že u mladších lidí (logicky tedy u krátkodobějších uživatelů drog) *„mohou být dlouhodobé výsledky léčby (např. za 10 let) příznivější, než výsledky krátkodobé (např. po půl roce)“*. (Nešpor, 2000, s35). Můžeme ještě pro dokreslení zmínit spíše laické názory, které v praxi můžeme občas slyšet a jeví se jako realistické - že lidé závislí na drogách *„zakrní na úrovni věku, ve kterém drogy začali užívat“* Také že *„jejich schopnosti kriticky posuzovat svou situaci se snižují rychleji než jejich ostatní schopnosti, a proto nikdy nedokáží přiznat/vidět realitu svého stavu“*, toto potvrzuje např. výzkum Hradeckého o hodnocení a očekávání v situacích bezdomovců (více viz kap. 2.2) Bylo by zajímavé zabývat se dalšími vědeckými výzkumy těchto souvislostí.

Existuje ještě jeden velice významný faktor působící v situaci těchto uživatelů, o kterém se však nehovoří v praxi i v řadě teoretických prací příliš často. Je to **komorbidita těchto lidí, tedy tzv. duální diagnóza** – tedy souběžně se závislostí na drogách se u nich vyskytují i další duševní onemocnění a poruchy. Je *„obtížné stanovit diagnózu komorbidit. Drogová závislost a destruktivní jednání, k němuž vede, jsou často hlavními faktory, které určují klinický obraz pacienta a zastírají symptomy duševní choroby“* (EMCDDA, 2004, s.95). Byla provedena řada studií, na jejichž základě byly vyvozeny závěry *„že nejběžnější psychiatrickou diagnózou u uživatelů drog je porucha osobnosti, která postihuje 50–90 % uživatelů drog. Následují afektivní poruchy (20–60 %) a psychotické poruchy (20 %). Komorbiditu – více než jednu duševní poruchu nebo poruchu osobnosti – vykazuje 10 až 50 % pacientů.* (EMCDDA, 2004, s. 96). V dalších studiích vyšly obdobné výsledky. V práci s těmito uživateli, např. přímo v provozu KC to **není zmiňováno dostatečně často** vzhledem

k vysoké četnosti výskytu těchto poruch. Ty totiž zákonitě ovlivňují spolupráci s uživateli a mohou být jedním z nejdůležitějších faktorů jejího úspěchu (!). Tato diplomová práce se z kapacitních důvodů těmito souvislostmi nezabývá – stručně lze doporučit kromě závislosti uživatelů KM pamatovat i na toto jejich duševní znevýhodnění a uzpůsobit tomu přístup k nim. To v praxi nízkoprahového provozu nebývá příliš časté a může se stávat, že pracovník zapomíná na tyto faktory a má od komunikace a práce s nimi nereálná očekávání.

O práci s uživateli KM a zejména o aspoň nějakých východiscích jejich situací hovoří následující kapitoly - pojednávají o závislosti na drogách, bezdomovectví a o nezaměstnanosti. To vše přímo souvisí se sociálním vyloučením uživatelů. Pamatujme však, že tyto aspekty vytváří komplex situace uživatelů KM, úzce spolu souvisí, podmiňují se navzájem a je nutné pamatovat na to, že se dá těžko s nimi pracovat odděleně, bez souvislosti s dalšími v tomto komplexu. Možná by bylo vhodně vše zjednodušit tak, že tito lidé jsou v řadě oblastech těžce znevýhodnění a to tak, že aspekty jejich situace udržují/či prohlubují celou její závažnost. Pravděpodobně nejdůležitějším a **nejakutnějším faktorem je zde právě sama jejich závislost na drogách.**

Zmíníme ještě stručně zamyšlení nad **příčinami jejich sociálního vyloučení** - poměrně rozšířený laický názor staví tyto uživatele často do rolí viníků (příčin) své situace a často na ně pohlíží jako na neschopné, nemotivované, líné, problémové, opovržením hodné.... Rákoczyová zase např. vidí velmi obecné příčiny jejich vyloučení v nedostatku sociální solidarity, individualizaci ve smyslu zaměření na vlastní prospěch a také v soustředění moci do rukou jen některých členů společnosti. Za **osoby nejvíce ohrožené** považuje ty s nízkým vzděláním, dlouhodobě nezaměstnané, se zdravotním postižením, osoby po výkonu trestu, závislé a další (Rákoczyová, 2006). Jelikož to opět nesouvisí přímo se zaměřením této práce, necháváme toto téma nezodpovězené. Podrobněji o charakteru práce těmito sociálně vyloučenými uživateli KM pojednávají následující kapitoly.

2.1 Lidé závislí na návykových látkách

Uživatelé KM jsou tedy především konzumenty návykových látek - drog, ať už těch nelegálních a/nebo alkoholu. To může mít různý rozsah, od počátečních experimentů s drogou, přes příležitostný, pravidelný až po závislý způsob užívání drogy (více viz např. Kalina, 2003a). U uživatelů KM se jedná převážně o stupeň pravidelného a ještě častěji závislého užívání drog, což v praxi uvádějí často už při vstupních anamnézách v KC, v tzv. Income dotaznících. **Závislost na drogách je** charakterizována 6ti základními znaky - silnou touhou užívat látku, potížemi v kontrole jejího užívání, tělesným abstinčním stavem, zvyšující se tolerancí organismu k dané látce, zanedbáváním jiných životních aktivit a pokračováním v užívání i přes jeho jasné negativní dopady (Nešpor, 2003). Uživatelé se nakonec ocitají svým závislým/destruktivním způsobem života často až v sociálním vyloučení, bez zázemí a bez možnosti uspokojení základních hygienických a potravinových potřeb, ucházejí se tedy o služby KM.

V praxi provozu KM však přímé zabývání tímto tematem, závislostí na drogách nebývá časté (více např. výzkumná část práce). Když už jsou uživatelé KM motivováni pracovat se svou situací, **téměř vždy řeší nebo mají zájem řešit spíše některé důsledky své závislosti** (např. dluhy, zdravotní stav, bydlení, vztahy s rodiči) než samotnou jejich příčinu – užívání drog. Např. z celkem 80 osob, které v roce 2011 byli uživateli KM KC CPPT, pouze 3, tedy 3,75%, nastoupilo do léčby své závislosti. Je však typické, že z ní často brzo odcházejí – pouze o 1-2 z těchto uživatelů je známo že v léčbě zůstal. Přesnější údaje o počtu úspěšně dokončených léčeb bohužel nejsou k dispozici.

O tom, jak je možné pro pracovníka pracovat s uživateli zejména v oblastech nezaměstnanosti a bezdomovectví pojednávají další kapitoly. Bohužel, v praxi je zřejmé, že řešení těchto navazujících oblastí nebývá úspěšné, pokud se nepracuje také/především s jejich závislostí. Setkáváme se totiž s tím, že závislé užívání drog narušuje podstatně strukturu jejich dne, jejich duševní rozpoložení, zdravotní stav, aktuální schopnost úsudku i motivace, vůbec pravidelnost a strukturu kontaktů s pracovníkem KC atd. a tudíž jejich **závislost výrazně snižuje efektivitu jakékoliv práce** se situací uživatelů. Z tohoto důvodu je tedy třeba doporučit, aby se nezapomínalo na tuto základní příčinu. To by měl mít pracovník na paměti, i když o závislosti zrovna „ani nechtějí slyšet“ a zajímá je aktuálně zlepšování jiných oblastí jejich života. U některých uživatelů je možné se spokojit i jen s prací např. na jejich zázemí, vztazích, práci apod. a téma závislosti krátkodobě odsunout do pozadí. Zda je možné jej odsunout dlouhodobě, je sporné a bylo by třeba více výzkumných prací této oblasti, a je proto

nutností nerezignovat na jejich léčbu a „nezlomit nad nimi hůl“. Dříve, než se však pracovník zaměří na tyto všechny „související (snad i podružné)“ aspekty jejich situace, měl by primárně s nimi komunikovat a zjistit rozsah jejich užívání drog a to, zda a jak je pro ně aktuálně možné od drogy abstinovat a léčit se. **Jako hlavní cíl práce s těmito uživateli popisují léčbu jejich závislosti** např. Kalina (2000) nebo Matoušek, Müllerová a Vondrášková (2005). Ještě jednou se pozastavíme nad tím, proč však o ní má v praxi zájem jen velmi malý zlomek uživatelů KM?

Je to způsobeno pravděpodobně především jejich subjektivním vnímáním celé situace a vůbec **závislosti samou** – ta má totiž, jak bylo uvedeno v jejich 6ti znacích, „**sebeudržující a prohlubující**“ charakter, i přes všechny její negativní dopady. Také je zde významný činitel míra subjektivní kvality života a spokojenosti uživatelů související s vnímáním zisků a ztrát v konzumování drog (více viz výzkumná část práce). Ať je to s podivem či přímo šokující, tito lidé mohou některé své životní podmínky vnímat jako uspokojivé nebo třeba jen „nekomfortní“ a tudíž jim pak chybí potřebná silná motivace je měnit. V praxi služeb KC uživatelé někdy uvádějí, že si na své podmínky zvykli, tolik jim nevadí.... Dokázali se adaptovat. Dokázali najít způsoby, jak své nepříjemnosti zmírnit, zbavit se jich (třeba jen dočasně), nebo jak je nevnímat. Mluvíme zde např. o spaní pod mostem, zapáchajících oděvech, nehojících se ránách, mrazivém počasí, abstinenčních příznacích apod. Je velice důležité také nezapomínat, že řadu těchto podmínek vnímají jen omezeně/zastřeně, v důsledku svých častých dlouhodobých intoxikací – a když je s nimi pracovník v kontaktu, jsou také **většinou pod vlivem drogy** nebo abstinenčního stavu. To zákonitě ovlivňuje i kvalitu a kontinuitu rozhovorů a práce s nimi. A také je třeba nezapomínat, že i tento životní styl je spojený i s „pozitivy“ - jako např. s pocitem svobody, pohodlí, úlevy od odpovědnosti, od námahy aj.

Buď se s **těmito životními podmínkami vyrovnali/adaptovali** dočasně, tedy krátkodobě, anebo je možné a v praxi také časté, že drogový život vedou třeba i více než polovinu svého života a adaptovali se dlouhodobě. Proto aktuálně nemají tendenci nic velkého řešit a měnit. Uživatelé KM žijí převážně přítomností a nepříznivé dopady jejich konání je čekají buď až „daleko“ v budoucnosti, anebo už se s nimi vyrovnali a přijali drogový života za způsob své existence. Samozřejmě, že jsou mezi nimi i tací, kteří svou situaci neprožívají jako příjemnou, trpí jí. Může jít jen o některé kratší úseky v jejich delším drogovém životě nebo také může jít o určitou, snad již závěrečnou fázi jejich kratší drogové kariery, kdy se mohou otočit ke změně. **Někdy nepříjemné dopady převáží nad mírou jejich adaptace** a snaží se pak závislosti zbavit nebo usilují aspoň o významné změny -

především pod tíží nějaké aktuální situace jsou „nastartováni“. Po nějaké době buď realizují a udrží změny svého životního stylu, nebo se, což je velmi časté, po utišení situace vrací k původnímu životu. Jsou totiž závislí a motivující prvek již na ně přestal působit, situace byla zažehnána.

Někteří se možná ani nikdy léčit nepůjdou, nikdy drogy neopustí...??. Toto je velmi významná otázka a bylo by zajímavé zabývat se i dlouhodobými výzkumy života uživatelů drog, např. sledovat kolik a jakých uživatelů drog se ve svém životě vůbec vyléčí a sociálně se začlení. Existují některé dokumentární filmy o kontinuitě jejich života, např. film Heleny Třeštíkové „Katka“, které jsou však spíše populárně naučné než objektivně/výzkumně využitelné. Někteří autoři dokonce problém **závislosti na drogách považují za chronický a celoživotní**. Např. Nešpor zmiňuje, že závislost trvá v latentní podobě celoživotně a proto se bývalí uživatelé musí jakékoliv konzumaci drog a/nebo alkoholu do konce života vyhýbat. *„Pokud by takto opatrní nebyli, riskují nové a rychlé vzplanutí závislosti“* (Nešpor, 2004, s.13). Zároveň je významným aspektem jejich vyléčení délka jejich užívání a závislosti, *„čím dříve člověk přijde, tím je větší šance na uzdravení. U mladších lidí mohou být dlouhodobé výsledky léčby (např. za 10 let) příznivější, než výsledky krátkodobé (např. po půl roce). Pozitivně se zde uplatňují přirozený proces zrání a změna životního stylu..... Při rozvinuté závislosti může být potřebná dlouhodobá ambulantní nebo ústavní léčba trvající mnoho let“* (Nešpor, 2004,s.35).

Z tohoto důvodu, pokud jsou dlouholetými (a prozatím stále nemotivovanými) uživateli, je také užitečné realisticky posoudit celou jejich situaci a pokusit se připustit i jiné uvažování o řešení závislosti na drogách, **jiný pohled na nutnost léčby a abstinence** – připustit uvažování o pohledu, že přinejmenším částečné sociální začleňování lidí stojících na opravdovém okraji společnosti, uživatelů KM, není podmíněné jejich plnou abstinencí od drog či alkoholu. A třeba i úplně opustit tendenci k pokusům o léčebné směřování. Opět by byly potřebné další vědecké výzkumy této problematiky. O alternativách v práci s nimi pojednává kap 3.5. Každopádně, ať už máme ideál o jejich vyléčení nebo ne, i s dlouholetými tzv. „narkomany“ se pracuje a lze vnímat smysl právě v „pomoci těm nezranitelnějším“. Také je možno realisticky usilovat i o nějaká zlepšení jejich životních podmínek, tuto problematiku částečně odkrývá také výzkumná část této práce.

Pokud zůstaneme v této kapitole u závislosti na drogách, tak je ale stále nakonec možné, a nikdo neví kdy a zda k tomu dojde, že svou závislost budou vnímat negativně a budou jí chtít řešit, třeba po nějakém nahodilém období abstinence od drogy, po nějakém nepřijemném zážitku nebo až po tzv. „**pádu na dno**“, o jehož nutnosti někteří autoři také

hovoří. Např. Kuda vnímá v tomto okamžiku dopadu na dno také první okamžik, kdy se poprvé uživatel postaví tváří v tvář realitě (Kuda, 2001). I když může být tedy pro podstatnou část až tento dopad na dno okamžikem pro práci se závislostí, nelze nad tematem léčby či jiných pozitivních změn u nich prostě rezignovat a čekat až na tento okamžik. Jsou/mohou být totiž takoví, kteří se léčit půjdou i dříve.

Dle Matouška, Müllerové a Vondráškové je pro **vstup do léčby** rozhodující především bilance zisků a ztrát z užívání drogy. V některých stádiích však *„zisky vysoce převažují nad ztrátami, nebo dokonce ztráty ještě ani nejsou klientovi zřejmé“* (Matoušek, Müllerová, Vondrášková, 2005, s.213). Dále mluví o tom, že čekání na totální zhoršení a pád na dno by znamenalo odkládání léčení! Vysvětluje že *„s klientem se dá pracovat vždy. Zajímat se o jeho motivaci k intenzivní léčbě a ve vhodný okamžik ji podpořit můžeme i v době, kdy si klient jen chodí vyměňovat injekční jehly a stříkačky. Smysl může mít i nedobrovolné léčení závislosti - každé období, kdy klient žije bez drogy....“* (Matoušek, Müllerová, Vondrášková, 2005, s.213). Pokud se uživatel nakonec do léčby dostane, je důležité ji tzv. dotáhnout do konce, absolvovat jí kompletní a pokračovat dále v programech doléčování, chráněného bydlení a další resocializace (Matoušek, Müllerová, Vondrášková, 2005).

Jak tedy pracovník KC postupuje v **práci s těmito uživateli** a na jaké cíle se (kromě dlouhé cesty k možné léčbě) v praxi zaměřuje? Především jsou to **cíle preventivní - snížení rizik** z užívání drog (tedy i ochrana společnosti), čehož se dosahuje informováním uživatelů, poskytováním sterilních stříkaček a dalšího materiálu, sběrem použitých infekčních stříkaček, zprostředkováním péče nebo testování ve zdravotnických zařízeních apod. (Matoušek, Müllerová, Vondrášková, 2005, s.218-219) Těchto cílů se dosahuje především v prostoru ViP. Podrobněji o jeho efektu pojednává např. i bakalářská práce a výzkum Frouze (2010), viz kap. 3.2 níže. KM poskytuje další služby zabraňující zhoršování stavu uživatelů – služby hygienického a potravinového servisu. Zároveň s poskytováním těchto elementárních služeb se s uživateli snaží pracovník navázat kvalitní vztah a zaměřuje se na kontaktní a motivační práci, na kterou může pak navázat i konkrétnější práci sociální (viz kap.3).

Prozatím by je měl pracovník **podporovat právě v tom, o co zájem mají**, skrze tuto práci s nimi upevňovat jejich důvěru v KC, projít s nimi drobné úspěchy a neúspěchy a pracovat tak na příhodné atmosféře spolupráce. I když se v praxi ukazuje že, pokud v menší části uživatelů k této práci na „druhotných“ oblastech jejich situace vůbec dojde, nakonec **nepřináší často stabilní výsledky**, může (snad?) takto navázaná spolupráce a vztah později pokračovat právě v prioritní oblasti – v řešení jejich závislosti samotné. Pokud se tedy

nedostanou až přímo k předléčebnému sociálnímu poradenství, může jít v případě jejich zájmu o sociální práci zaměřenou právě na řešení situace spojené s bezdomovectvím a nezaměstnaností (viz kap. 2.2 a 2.3). Zároveň se může stát, že některé „drobné“ zlepšení, jako např. zajištění občanského průkazu, zaplacení ubytovny nebo zlepšení spolupráce s úřady sociálního zabezpečení atd., bude mít stabilnější charakter a v situaci uživatele podstatný význam. Ať už by bylo takových uživatelů sebeméně, **nelze tuto šanci opomínat** a plošně je podporovat, jen pokud by se rozhodli řešit přímo svou závislost. To souvisí vůbec se základními principy pomáhání a poskytování sociálních služeb – pokud by pracovník neviděl žádné možnosti zlepšení jejich situace nebo aspoň jejího udržení na únosné míře, těžko by mohl být uživateli vůbec nějak prospěšný.

Taková práce klade **na pracovníka vysoké nároky**, také proto že pozorovat stabilnější úspěchy v práci s uživateli může v praxi jen zřídka. *„Pohled na někoho, kdo se ničí, je alarmující, případně odstrašující. Pracovník proto může být málo angažovaný, anebo může být příliš angažovaný a přebírat odpovědnost, již by za sebe měl mít klient“* (Matoušek, Müllerová, Vondrášková, 2005, s.219) Vyvažování tzv. pomoci a kontroly v situaci uživatele, který často nedokáže pro svůj stav účinně zhodnocovat např. různá rizika, je poměrně nelehký úkol. Více o symetrii vztahu s uživatelem pojednává např. Musil (2004). Pracovníkovi by mělo pomoci, pokud nebude zapomínat, že jde především o uživatele nízkoprahových služeb KM a pokud bude považovat za hlavní úspěch, když se nízkoprahovými službami naplní především základní potřeby uživatelů. To je totiž také jejich cíl a aktuální motivace, pro kterou většinou do KM přicházejí. Zároveň s KM a službami „pro uživatele“ by měl vnímat i velký úspěch především ve službě ViP, která je službou „pro uživatele i společnost“ a zamezuje tak rizikům šíření infekčních nemocí. Na cíl jejich vyléčení a plného sociálního začlenění by neměl rezignovat, ale zároveň by jej neměl považovat za to nejdůležitější.

Na závěr ještě zmíníme síť zařízení, která se nejčastěji využívají pro práci zaměřenou na zmíněné cíle uživatelů KM spojené přímo s jejich užíváním drog. Většinu jich lze naplnit přímo v Kontaktním centru, prostřednictvím jeho ViP a služeb Kontaktní místnosti, dostupné jsou zde i další sociální služby a předléčebné poradenství. V praxi se spolupracuje dále např. se Substitučním centrem, Infekčními či Epidemiologickými klinikami nemocnic, Hepatologickou poradnou a dalšími lékaři. Pokud by se jednalo o realizaci léčby závislosti, jsou to AT ambulance, Terapeutické komunity, Psychiatrické kliniky nebo léčebny.

2.2 Lidé v situaci bez domova

Většina uživatelů KM jsou také tzv. bezdomovci, což bývá jeden z hlavních důvodů proč služby KM vlastně využívají. Ocitají se v situaci „bez domova“, což např. Schwarzová charakterizuje jako **situaci bezprostřední nouze**. Je ohroženo naplnění jejich základních fyzických potřeb a svým způsobem přežívají „ze dne na den“. Domov jim nemůže nahradit jiné dočasné a nestabilní přístřeší, které je pouze „*místem, kde lze přespát v technickém slova smyslu bez hlubších vazeb a odpovídajících emocí.*“ (Schwarzová, 2005, s. 316).

Takových různých přístřeší obydlují uživatelé KM celou řadu, od zahradních chatek, kůlen, různých skladů, opuštěných domů – tzv. squatů, nebo přespávají v parcích nebo třeba pod mostem. Velice často se stává, že v těchto squatech bývají policií „obtěžováni“ (dle jejich slov šikanováni) – bývají buzení uprostřed noci, legitimováni, uráženi, bití... Tento přístup a tedy částečná neprofesionalita především Městské policie souvisí jistě jednak s obecně rozšířeným nepřátelským postojem laické veřejnosti k těmto lidem, bývají často nahlíženi jako pasivní „škůdci“ obtěžující svými projevy okolí. To však ale také často různými způsoby dělají - příčinami represí jsou také nepořádek uvnitř a v okolí squatů, demolování jejich zařízení, kriminalita těchto lidí a také konfliktní či „drzé“ vystupováním jich samotných vůči příslušníkům. Nakonec tedy squat obývají v řádu několika málo týdnů a bývají z něj vyhozeni. Občas bývá jejich přístřeší i dlouhodobějšího charakteru a stráví v něm např. několik měsíců až 1 rok.

Jen **výjimky mezi nimi využívají nocleháren** nebo azylových domů určených právě pro skupinu lidí bez domova, což souvisí s rozlišením bezdomovců dle Schwarzové - na tzv. zjevné bezdomovce, kteří svou situaci sami vnímají jako nepříznivou, a menšinu tzv. skrytých bezdomovců, kteří mohou být spokojeni a bezdomovectví volí jako výhodný životní styl. „*I když nemají domov, zřídka se stávají klienty sociálních služeb, čerpají z jiných zdrojů, protože je pro ně ze všech skupin bezdomovců nejméně příjemné záviset na institucionalizované podpoře a pomoci*“ (Schwarzová, 2005, s.316). Jedná se tedy určitým způsobem o jejich volbu a týká se to právě řady uživatelů KM. Tedy alespoň na počátku jejich drogové a následně z ní vyplývající i bezdomovecké kariéry, kdy bývají např. pro konflikty s rodinou, domácí krádeže, nedodržování pravidel, neplacení nájemného apod. vyhoštěni z původního domova. Později, po první a druhé zimě strávené „venku“ či až po několika letech na ulici se již někteří nemusí tolik s tímto stylem života ztotožňovat a sociální služby rádi využívají. Bohužel jsou již v tomto stylu života „chyceni“ např. svými návyky a svou

závislostí, ocitají se v sociálním vyloučení - „*dostupné zdroje a schopnosti osob žijících bez domova neumožňují tento problém řešit svépomocí*“ (Schwarzová, 2005, s.316).

V literatuře lze nalézt řadu obecných **charakteristik bezdomovectví**, např. Hradecký, který vychází také z velmi zajímavého výzkumu (zmíněn níže), popisuje velice různorodou skupinu lidí bezdomovců – jsou to „*lidé zahořklí, zranění, psychicky nemocní, handicapovaní, neschopní se přizpůsobit společnosti, někdy dobrodruzi, tuláci, nedospělí, nezralí, nešťastní, jindy ztroskotanci, vydědění, sirotci, vdovy...lidé kteří nezvládli nějakou životní situaci a vzdali se pod tíhou okolností.*“ (Hradecký, 2005, s.13). O **jejich vnímání budoucnosti** říká, že někteří z nich již rezignovali a vnímají svůj propad, jiní si nalhávají že jejich **budoucnost bude lepší a čeká na ně** „*aniž by se oni o to nějak snažili, nebo něco pro to dělali, aniž by se vážně rozhodli a pracovali na změně*“ a těch, kteří opravdu chtějí změnit svůj život nachází jen velmi malé procento (Hradecký, 2005, s.13). Zmíněná (nereálná) pozitivní očekávání mělo v Hradeckého výzkumu 81-87 % dotázaných, negativní očekávání nebo rezignaci 8-16 %. Jde o poměrně závažný fakt, když si uvědomíme, že toto **pozitivní očekávání většiny z nich je spíše udržuje v nečinnosti, kdežto jejich situace se často spíše zhoršuje.**

Jak již naznačuje uvedený výčet různých druhů bezdomovců, také **příčiny** které spustily tuto jejich kariéru jsou rozmanité. Schwarzová popisuje příčiny dvojí. Faktory objektivní, např. společenské klima, politiku zaměstnanosti, postavení etnických minorit, také nepříhodnou situaci v bytové politice a na trhu s bydlením, kdy „*podstatná skupina občanů s nízkým příjmem si nemůže dovolit platit standardní nájemné, stávají se z nich neplatiči a posléze lidé bez domova. Poptávka po všech formách sociálního bydlení mnohonásobně převyšuje nabídku...*“ (Schwarzová, 2005, s.319). Dále popisuje faktory subjektivní, kterými jsou schopnosti sociální adaptace těchto lidí související s jejich rodinným zázemím, osobností, dosaženým vzděláním, ev. hendikepem apod. Mezi další faktor, který hraje roli a se kterým se v praxi velmi často setkáváme, je že mezi bezdomovci je **velká část lidí závislých** na alkoholu a/nebo někdy na jiných drogách. Tato závislost byla u nich buď příčinou jejich propadu a současného bezdomovectví nebo se také setkáváme s tím, že se u nich vyvinula až s pouličním způsobem života. (Schwarzová, 2005). Můžeme se dokonce v praxi u sociálních pracovníků a i u samotných uživatelů KM setkávat s názory, že užívání drog jim vlastně usnadňuje zvládat nároky života na ulici, že je to bez drog a úlevy po jejich užití „*nemožné*“. Tento postoj pak může ospravedlňovat jejich závislost a přijímat drogový životní styl a pak tvrdí že „*drogy musí brát*“. Přijetí tohoto argumentu však logicky znamená i přijetí nevyhnutelnosti jejich života na ulici, na který tato závislost nasedla, udržuje jej a prohlubuje

jejich sociální vyloučení. To však, doufejme, není jediná možnost způsobu jejich života (o možných perspektivách a kontinuitě života uživatelů hovořila více předchozí kapitola).

Životní styl, režim a potíže bezdomovců lze charakterizovat především bytím „teď a tady“, kdy jsou zaměřeni především/pouze na své **aktuální bazální fyzické potřeby** jídla, pití, odpočinku aj. Jejich příjmem mohou být dávky hmotné nouze nebo důchody, pokud jsou schopni dodržet základní podmínky jejich přijímání. Pokud nejsou schopni se v této síti sociální ochrany udržet (často nejsou), živí se sběrem druhotných surovin, lahví, žebráním či krádežemi. Často konzumují nekvalitní potraviny a alkohol, které nalézají např. v kontejnerech u supermarketů. Jejich hygiena bývá také často v katastrofálním stavu, kromě zapáchajícího oblečení a neopečovaného zevnějšku zanedbávají a/nebo nemají možnosti mytí těla, zubů nebo alespoň rukou.

Zdravotní stav těchto lidí bývá v praxi také špatný, počínaje různými parazity přes kožní nemoci, bércové vředy až po komplikovanější stavy vnitřní. O tyto komplikace často nepečují a přístupnost zdravotní péče je pro ně také ztížená. Setkávají se s negativními postoji lékařů, nemají peníze na regulační poplatky, na léky... Když už se podaří, že jsou akutně ošetřeni, nedocházejí k převazům a následné péči.... Jak píše např. Chalánková a Rajnochová ze zkušeností na Klinice kožních chorob FN Olomouc, zdravotníci se potýkají s „*pocitem marné práce, tedy zbytečné snahy pomoci člověku, který stejně končí po ošetření opět na ulici. Je tedy logické, že motivace k péči o bezdomovce se u zdravotníků postupně snižuje.*“ Když už doje k hospitalizaci a zlepšení závažných stavů a propuštění pacienta, jeho stav se na ulici opět zhorší a „*je opět přivolána RZS, stav je ošetřen, bezdomovec končí v nemocničním zařízení, poté je propuštěn.*“ (Chalánková, Rajnochová, 2011, s. 53). Takto přivezených a k tomu špatně spolupracujících pacientů měli v roce 2007 na urgentním příjmu kliniky 90% (Chalánková, Rajnochová, 2011).

Je logické, že již samotným svým vzezřením a viditelným stavem jsou tito lidé vyloučení ze skupiny běžných lidí, jsou stigmatizováni a bývají diskriminováni, což se projevuje všude, např. v přístupu lékařů, při ucházení se o zaměstnání.... Ocitají se i v prostorovém vyloučení, nacházejí totiž své zázemí a možnost pohybu a aktivit jen na některých místech. Postávají např. na nádražích, u podchodů, v odlehlých částech parků, poza supermarkety, všude tam kde jsou společnost a lidé ochotní je tolerovat a nevytlačovat je, např. formou častých a nepřijemných kontrol policie.

Velice zajímavé údaje o těchto lidech a jejich situacích nalézáme v **dotazníkovém výzkumu Hradeckého**, z něhož zde uvádíme ty nejzajímavější pro dokreslení charakteristiky fenoménu bezdomovectví :

- subjektivně vnímané **příčiny svého bezdomovectví** – 33-47% dotázaných uvádí problémy vztahové v původním domově, 16-33% uvádí ztrátu zaměstnání a zadluženost, 6-24% jich zůstalo na ulici po návratu z vězení. Častý je souběh více příčin zejména v souvislosti i s jejich nepříznivým zdravotním stavem.
- **odpovědnost za vlastní bezdomovectví** – vlastní vnímá 11-60% dotázaných, **ostatní viní tedy 40 – 89%** (rodinu či jiné lidi 16-38%, zákony a úřady či společnost 12-32%)
- důvody **proč nevyužívají sociálních služeb** – 86% jich má špatnou zkušenost s personálem (z jakého důvodu?), pro 18-22% je ubytování zde finančně nedostupné, pro 8-16% je nepřijatelný řád v ubytovnách
- **další důvody pro nevyužívání sociálních služeb** určených pro bezdomovce (v praxi je nevyužívá drtivá většina uživatelů KM) – u lidí žijících na ulici krátce to je sebevědomí, které si udržují svou schopností situaci zvládat sami, u lidí s delší pouliční kariérou je to odpor k institucím, k dodržování řádu a upřednostňování soukromí a svobody. Neschopnost dodržovat řád ubytoven a soužití s druhými souvisí u velké části z nich s častou silnou intoxikací drogami či alkoholem. Dalšími důvody je nemožnost ubytování spolu s partnery nebo se psy.

(Hradecký, 2005)

V rámci uvedených obecných charakteristik lze zvýraznit mezi „klasickými bezdomovci“ **podskupinu uživatelů KM, kteří v praxi často zastávají postoj, kdy se odmítají ztotožnit s označením „bezdomovec“**, vnímají se být jiní a sociální služby zaměřené přímo na bezdomovce jako např. noclehárny téměř nevyužívají. **V praxi** si u nich opravdu všímáme odlišností od jiných bezdomovců. Většinou, ne vždy :

- bývají mladší než „klasičtí bezdomovci“
- užívají kromě THC i jiné nelegální drogy
- neužívají alkohol, buď jako svou primární drogu nebo vůbec
- ve své situaci bez domova se ocitli převážně již na počátku svého vstupu do dospělosti a do společnosti (narozdíl od jiných bezdomovců, kteří až po delší době života ve společnosti nedostáli jejím nárokům)

- sdílí čas, aktivity a zázemí s homogenní skupinou či partou
- zajímavost - účastní se kulturních akcí, technopárty a koncertů, mívají častěji psy
- častěji páchají různé drobné krádeže a kriminalitu spojenou s výrobou či distribucí drog

K sociální práci s lidmi bez domova nabízí řadu praktických podnětů např. Mikulášek, který vychází z praxe terénních programů pro lidi bez domova v Olomouci a Přerově. Dělí tyto uživatele dle různých kritérií, např. na ty jejichž pouliční kariéra je teprve na počátku a ty kteří jsou na ulici již déle. **Pro čerstvé bezdomovce** doporučuje kontaktní práci zaměřenou na jejich aktuální potřeby, na informování o možnostech pomoci a na rozhovory zaměřené na jejich motivace vstupu mezi bezdomovce a také na jejich prožívání, jak se cítí, jak situaci zvládají.. Jejich čerstvá zkušenost bývá popisována jako „*období naprostého zmatku a chaosu, ztráty veškerých životních jistot a orientace v prostoru a čase*“ (Mikulášek, 2010b, s.26). V tomto **časném období jsou dle něj možné účinné intervence**, doporučuje se s nimi zaobírat zkušenostmi a obdobími, kdy na ulici nebyli, jak to dokázali, jak fungovali, jaké to bylo... To však není možné u uživatelů, kteří tuto zkušenost prakticky nemají a jsou na ulici např. od svého věku 16, 17 let, což se týká právě velké části uživatelů KM. Za další problém považuje se k těmto lidem vůbec dostat - úspěšně je vyhledat a kontaktovat, bývají zpočátku těžko rozeznatelní, nedůvěřiví, ostýchají se... (Mikulášek, 2010b).

Z takových lidí bez domova se dle Mikuláška (a dle výpovědí jeho uživatelů) po velmi krátké době stávají **bezdomovci uvyklí na život na ulici**. „*Vnímají jako velmi obtížné toto uvyknutí prolomit...přijímají normy bezdomovecké komunity, což silně působí na změnu struktury osobnosti...dochází k **chronifikaci***“ (Mikulášek, 2010b, s.27). **Pokud již na ulici žijí déle**, doporučuje s nimi pracovat v základních 4 variantách. V první, pokud nemají zájem o spolupráci, udržuje s nimi pracovník pouze občasný kontakt s nabídkou služeb. V druhé variantě se jedná o tzv. udržovací kontakt, což tvoří v jeho praxi 50% všech kontaktů s uživateli. Prozatím nechtějí využívat žádných služeb, ale s pracovníky jsou v dlouhodobém kontaktu díky obecným rozhovorům „jak jde život“ a mapování jejich situací. Díky této práci pak v případě zhoršení situace služby využívají. Ve třetí variantě se jedná o distribuci materiálních služeb - o udržovací kontakt s využitím potravinového, hygienického nebo zdravotnického materiálu. Zde doporučuje, aby se pracovníci nestali „nosiči svačín“, ale aby pamatovali na základní účel této práce – udržování a prohlubování kontaktu a měli přesná

pravidla pro množství a frekvenci poskytování materiálu. Až v poslední čtvrté variantě jde o práci s motivovanými uživateli pro různé zakázky, zde doporučuje především uzavírat v IP dohody vždy na konkrétní krok, nikoliv na dlouhodobé cíle. Díky tomu se umožní v rámci zaměření na „teď a tady“ pracovat s konkrétními úspěchy či neúspěchy a v IP se vyhnou abstraktním prázdným představám o vzdálených „vzdušných zámcích“ (Mikulášek, 2010a).

Uživatelé KC mívají vzhledem ke svému bezdomovectví v praxi zájem především o služby KM reagující na jejich základní fyzické potřeby. Další zařízení kde, mohou nalézt obdobnou pomoc, jsou noclehárny, denní centra, azylové domy, sociální i klasické ubytovny. V souvislosti s jejich často nepříznivým zdravotním stavem je pracovník odkazuje či doprovází k dobře navázaným lékařům (je vhodné předem vysvětlit a dojednat spolupráci). Významnou roli v jejich situaci hraje také jejich nezaměstnanost, která je s bezdomovectvím úzce propojená. Doporučení pro způsob práce s ní a jevy které s nezaměstnaností u uživatelů KM úzce souvisí uvádíme v další kapitole.

2.3 Lidé bez práce

Uživatelé KM bývají také **převážně dlouhodobě nezaměstnaní**, což znamená nezaměstnaní déle než 6 měsíců (Kodymová, Koláčková, 2005) nebo dle jiných autorů déle než 1 rok. Tato nezaměstnanost sama o sobě je přímou cestou k sociálnímu vyloučení, jelikož je dnešní společnost tzv. zaměstnanecká – řada aspektů života ve společnosti je přímo podmíněna výkonem výdělečné činnosti. Příčin nezaměstnanosti lidí je celá řada, jednak obecnějších, např. ekonomická situace, nedokonalý systém podpory v nezaměstnanosti, který spíše prohlubuje pasivitu, snadnost ilegální práce, nedostatek podporovaných pracovních míst pro znevýhodněné osoby na trhu práce. Další příčiny jsou spíše subjektivnější, např. nedostatečné vzdělání, pracovní diskriminace starších lidí, žen a Rómů nebo i nezájem o práci. (Schwarzová, 2005, s.319) S řadou zmíněných jevů se snaží pracovat čerstvá Sociální reforma v ČR 2012, zpřísňuje a zefektivňuje např. postih nelegální práce, vyplácení podpor v nezaměstnanosti, umísťování na pracovní místa, zavádí tzv. sociální kartu s možností zmírnění zneužívání dávek hmotné nouze apod. V této reformě je znát tendence k zpřísňování/zefektivňování systému sociální ochrany a k důrazu na aktivitu a odpovědnost

jednotlivců. Přichází v době tzv. ekonomické krize či útlumu a praktický dopad těchto opatření bude možno zhodnotit až s delším časovým odstupem.

Ztráta zaměstnání a **samotná nezaměstnanost přináší** pro člověka řadu důsledků, které jsou v situaci uživatelů KM ještě mnohem výraznější. Nezaměstnaní lidé obecně trpí nenaplněním potřeby seberealizace, s čímž souvisí snížení sebehodnocení a sebeúcty (Kodymová, Koláčková, 2005). Lehce se po nějaké době oddají pocitu, že již nemají šanci uspět a vzdávají se aktivity k sehnání práce, zároveň i objektivně ztrácí některé schopnosti a dovednosti, protože je nevyužívají (Kodymová, Koláčková, 2005, s.304). „*Nezaměstnaný, který si nehledá práci a nemá pro to omluvu, bývá obviňován z pasivity, rezignace, lenosti. Proto se většina nezaměstnaných chová konformně - povinnosti vyplývající ze své role na oko plní...*“ (Kodymová, Koláčková, 2005, s.306). Bohužel však, i nezaměstnaný, který si práci hledá, ale je delší dobu neúspěšný, bývá také negativně nahlížen. Tento obecně rozšířený postoj ve společnosti se již v posledních letech postupně mění, díky tomu že stále více lidí s delší nezaměstnaností získává vlastní zkušenosti. I přesto je nezaměstnanost vnímána negativně a souvisí to s tradicí nahlížení na práci v našich zemích. Především v období komunismu byla nezaměstnanost něco nepředstavitelného a dokonce postihovaného. **Význam práce pro sociální začlenění je tedy extrémní.** I např. v Japonsku nezaměstnaní bezdomovci na svou obranu říkají že „*si mnozí lidé myslí, že jsme líní a že nechceme pracovat. Není to pravda. Chceme pracovat a jsme ochotni přijmout jakékoli zaměstnání....Nepotřebujeme jen peníze - potřebujeme se vrátit do společnosti a pracovat.... Už nechci mít nic společného s úřady. Ti lidé námi opovrhují a snaží se nás všemožně ponížit*“ (Vltček, 2003, s.40). U dlouhodobě nezaměstnaných dochází k sociální izolaci od běžné společnosti a „*pro mladé a svobodné nezaměstnané je typičtější tendence k životu v širších skupinách, v nichž se solidarita může potvrzovat např. kriminální činností nebo vandalstvím*“ (Kodymová, Koláčková, 2005, s.306). „*Šikovně prováděná kriminalita se může vyplácet mnohem více než špatně placená práce. Mezi další druhy sociálního selhání spojené s nezaměstnaností musíme počítat již zmíněnou sebevražednost, alkoholismus, závislost na drogách*“ (Kodymová, Koláčková, 2005, s.306). Toto jsou přesné **charakteristiky uživatelů KM.** Dále je možné také popisovat např. dle Vágnerové průběh reakcí na ztrátu zaměstnání, používání různých strategií apod., což se může týkat i menší části uživatelů KM. Větší část z nich však zaměstnání již dlouhodobě, několik let nemá, nebo ani nikdy neměla (řada především mladších uživatelů KM), proto pro ilustraci zmíníme pouze obrannou strategii, kdy se lidé nepokouší hledat zaměstnání, aby se vyhnuli stresu z opakovaných neúspěchů při jeho

hledání, nebo stresu z opakovaných neúspěchů zvládat požadavky na pracovišti (Vágnerová, 2008).

U některých uživatelů KM se v praxi setkáváme s tím, že jsou registrovaní a spolupracují s ÚP, někteří z nich získávají finanční prostředky aktivně krátkodobými přívýdělkami „načerno“ a velká část z nich se prostě o oblast práce „nezajímá“. Jen výjimky mezi nimi někdy pracují se smlouvou v dlouhodobém pracovním poměru nebo vykonávají brigády pod pracovní agenturou (např. v roce 2011 to byli cca 3 uživatelé KM CPPT z celkového počtu 80 uživatelů). Většinou jsou uživatelé KM lidé s nízkou kvalifikací nebo bez kvalifikace, kteří jsou zatíženi povinnostmi splácet různé, většinou v důsledku své nezodpovědnosti velice vysoké dluhy. Pokud tedy někteří takto psychicky a sociálně zatíženi uživatelé KM nakonec projeví **nějaký zájem o práci**, mluví o tom, že nemají motivaci oficiálně pracovat, jelikož se takové zaměstnání vůbec nevyplatí. Jejich plat by byl snížen o velkou část splátek na dluhy a ve výsledku by si vydělali měsíčně jen obnos na zajištění základních potřeb. Jenže ty si ve své současné situaci dokáží také v elementární formě zajistit a nějak přežívat i bez práce. Zároveň argumentují tím, že chodit pracovat „z ulice“, myšleno bez důležitého zázemí pro odpočinek, dostatečnou stravu apod. je téměř nemožné (za dobu 5let působení v KC jsem se setkal pouze s 1 uživatelem, který toto ale dokázal(!) a do práce pravidelně vstával kolem 4h ranní ze squatu).

Setkáváme se zde s jistou „pastí ulice“ - uživatelé mají dluhy, ale „nemohou“ je splácet a nemohou pracovat, protože nemají vhodné podmínky pro její výkon. Pro zajištění těchto vhodných podmínek (zaplacení ubytovny, noclehárny, stravy apod) potřebují peníze – tedy příjem, práci. Tu nemohou vykonávat protože..... Pro podporu v nezaměstnanosti téměř všichni uživatelé KM nesplňují podmínky nároku v potřebné odpracované době. Existuje zde aspoň částečné řešení - **dávky hmotné nouze** (příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc). Past je však stále v tom, že většinou získají příspěvek na živobytí, a pokud přinesou nějakou nájemní smlouvu tak i doplatek na bydlení. Jenže nájemní smlouvu nemohou přinést, protože nemají peníze na zaplacení prvního nájmu. A na mimořádnou okamžitou pomoc dosáhnou v praxi většinou jen ve výjimečných případech. Takže se zdá, že k tomu aby získali bydlení – zázemí umožňující jim lépe zvládat pracovní vytížení, vede jediná cesta – nějak vydržet první měsíc, pobírat příspěvek na živobytí (dnes max Kč) a do práce docházet např. ze squatu. To je velice náročné a navíc - většinou uživatelé KM poškodí spolupráci se sociálním odborem či ÚP již v počátku tím, že vyplacené dávky utratí v řádu několika dnů.... Jsou to málo motivovaní lidé, s nízkou schopností dlouhodobě

překonávat překážky, k tomu ještě např. závislí na drogách. Žijí „ted' a tady“. Částečným řešením by mohlo být jejich vyplácení např. týdně.

Většinou jsou tedy uživatelé KM registrovaní na ÚP převážně pouze za účelem získání aspoň některých dávek hmotné nouze, které jsou jim většinou přiznány. Dochází zde „k vytváření nové třídy deklasovaných, která žije v trvalé závislosti na systému podpor sociálního zabezpečení.“ (Kodymová, Kolářková, 2005, s.302) Vysoké procento z lidí registrovaných na ÚP, např. dle Mareše 30%, o získání práce vůbec neusiluje (Mareš, 2002). A nakonec, v případě uživatelů KM, se často stává, že po kratší době registrace jsou vyřazeni pro nedostatečnou spolupráci, převážně se jedná o situaci kdy zapomenou na schůzku na ÚP dojít. V tomto stávajícím systému a dostupných službách se tedy jeví pro tyto uživatele vlastně (většinou) jako **nemožné začít pracovat a „zvládnout to z ulice“ – a tedy se i dostat ze svého vyloučení**. Cesta se nabízí přes jejich léčbu závislosti, postup do terapeutických komunit a pak do programů následné péče a chráněného bydlení.

Doporučení pro sociální práci s nezaměstnanými je např. dle Kodymové a Kolářkové využívat dostupných zdrojů podpory – ÚP, job kluby, poradenská střediska, další programy podporující zaměstnanost z nabídky neziskového sektoru (např. sociální firmy, chráněné dílny, podporované zaměstnávání, dluhové a právní poradenství aj.) Jako významné doporučuje také využít zdrojů přímo v rodině a v sousedské komunitě. (Kodymová, Kolářková, 2005,s.309)

Pro uživatele KM se z praxe toto jeví jako použitelné, pokud se nejprve podaří nějak zvládnout zmíněnou „past ulice“ a pokud se pak bude zároveň se snahou o získání zaměstnání s nimi pracovat na dostatečném zázemí pro výkon práce, zajistí se pro ně příhodná varianta splácení dluhů splátkovým kalendářem či pokusem o jejich tzv. oddlužení a zároveň/hlavně je bude pracovník dlouhodobě podporovat a motivovat v překonávání překážek, nedorozumění a dílčích neúspěchů, oceňovat jejich úspěchy atd. Pro realizaci tohoto jejich postupu se nejčastěji pracuje po malých krocích, počínaje získáním chybějících dokladů, registrací na ÚP a sociálním odboru, dále na výběrem vhodných pracovních pozic, vyhledáváním a reagováním na nabídky práce, přípravou na pohovory a po eventuálním přijetí na způsoby zvládnání nároků pracoviště. Spolu s tím je nutné, jak již bylo zmíněno, zaměřit se po obdobných malých krocích na zajištění zázemí a financí na fungování uživatele do první výplaty. To však znamená „posun“ z uživatele v prostoru KM k **využívání služeb poradenských**. Velká část uživatelů nabídku těchto služeb těžko přijímá, pravděpodobně je pro ně těžko představitelná a pochopitelná. Jsou zvyklí v KC pouze na služby nízkoprahové a

nějaké strukturovanější „řešení nebo probírání“ situace a pravidelné docházení na schůzky většinou nevyužívají, můžou se jich i obávat. Je tedy důležité, aby s nimi byla především úspěšně vedená kontaktní práce, která u nich vytvoří důvěru v KC potřebnou k tomuto dalšímu kroku. Vše je samozřejmě realizovatelné pouze pokud mají/získají prvotní motivaci o práci vůbec reálně a dlouhodobě usilovat. Stojí před nimi obrovská řada kroků, s jejichž realizací mají většinou malé zkušenosti. V praxi se ukazuje, že velice **významným či dokonce nutným faktorem v takovém procesu je jejich abstinence od drogy** nebo výrazné zmírnění jejího užívání. V praxi KC se takových uživatelů objevuje jen velmi, velmi málo, což částečně dokresluje i výzkumná část práce. Někdy se také setkáme s tím že se na některé, aniž by procházeli zmíněnou poradenskou podporou, „usměje štěstí“ a dostanou nabídku práce, kterou jsou ochotni i schopni vykonávat. Nabídku někdy využijí a třeba i dlouhodobě práci vykonávají. Může se zde otevírat prostor a šance pro opuštění drogového života. I když taková zázračná nabídka nepřichází často a ještě méně častěji ji uživatelé KM opravdu využijí, často od nich můžeme při hovorech o práci slyšet, že právě na něco takového čekají. Souvisí to s již výše zmíněnými nerealistickými pozitivními očekáváními většiny bezdomovců.

3. Sociální práce s uživateli KM, filosofie KC

Přístup k uživatelům KM, lidem žijícím v sociálním vyloučení, charakterizuje tzv. **nízkoprahovost**. Uživatelům jsou služby dostupné „*bez nutnosti se objednat, případně bez nutnosti udávat svou totožnost*“ (Matoušek, 2003,s.126). Uživatelé musí naplnit pouze základní kritéria, v případě KC CPPT jsou to tzv. kardinální pravidla. Ty obsahují např. zákaz manipulace s drogami, používání zbraní, zákaz agresivity v zařízení (K-Centrum CPPT, 2011). Tato nízkoprahovost je u těchto uživatelů nutná, protože v praxi těžko dokáží naplnit jakékoliv vyšší nároky na vstup do institucí a jejich služeb. Služby jsou tedy nabízeny nedirektivním způsobem, bez dalších vyšších požadavků a především **bez kladení nároků na změnu jejich životního stylu**. Na takový tlak by totiž reagovali odporem. Je důležité si znovu připomenout, o jakých uživatelích zde hovoříme. Herzog je z praxe Terénních programů Sananim, která se často shoduje i s praxí v KC CPPT, popisuje jako uživatele drog, kteří v kontaktu s pracovníkem často nekomunikují, nejsou motivovaní ke změně, mají obavu ze stigmatizace či trestního stíhání, přichází často ve stavech abstinenčních příznaků a někdy i toxické psychozy. Mají zájem především o naplnění potřeb „*ted’ a tady*“, chtějí především rychle obdržet čisté injekční stříkačky nebo jiné základní služby a zájem o poradenství je u nich velmi zřídka. (Hezog, 2010, s.88).

3.1 Metody práce s uživateli KM

Proces práce s těmito uživateli lze shrnout následovně - při poskytování elementárních nízkoprahových služeb zaměřených na jejich potřeby „*ted’ a tady*“ se s uživateli pracovník snaží navázat kvalitní vztah, dále je motivovat k posunům v jejich životě a na to později navázat i jejich realizací, konkrétnější drobnou prací sociální. To vše může vyústit až k předléčebnému sociálnímu poradenství. Celá tato práce, ať je takto kontinuální (ve smyslu vývoje situace) nebo není, se děje v rámci individuálního plánování, a v ojedinělých případech by se dalo hovořit i o klasickém case managementu v práci s těmito uživateli (více viz kap. 4). Toto IP se může týkat jen plánování aktuálního využívání služeb a/nebo plánování (a realizování) změn uživatelovy situace. O klasický kontinuální case management se v případě uživatelů KM jedná, když se někdy pracuje na jejich dlouhodobých cílech, k tomu dochází však jen zřídka.

Základní metodou práce s uživateli KM je především **přímé poskytování služeb**, o které mají aktuální zájem a naplňuje jejich potřeby „ted’ a tady“. Jedná se převážně o nízkoprahové služby KM a toto využívání služeb uživateli tvoří většinu veškeré práce s nimi. Je to v praxi hlavní důvod, pro který do KM docházejí (více viz výzkumná část práce). Je pro ně však také významný i samotný kontakt s pracovníkem (nebo ostatními uživateli), rozhovory a zájem o jejich situaci, sdílení apod. Tedy alespoň pro část uživatelů a jsou mezi nimi i tací, pro které samotné využití služby, např. polévky zdarma či sprchy, není až tak významné a dokážou je oželet, nejedná se o jejich každodenní život udržující prioritu. To je patrné často z jejich reakcí na sankci udělení časově omezeného zákazu vstupu do KM, když se někdy dopustí porušování pravidel. Pak mají vstup zakázán např. na 2 týdny a v praxi se v podstatě nestává, že by projevovali lítost, usilovali o zmírnění tohoto zákazu a jen zřídka pak mluví o tom, že bez služeb nemohli fungovat. V souhrnu totiž stejně mohou v Plzni navštívit KM CPPT jen 3x týdně na dobu 1 hodiny, a k tomu ještě 2x týdně na podobně dlouhou dobu v další plzeňské organizaci Point 14 a zbytek týdne své potřeby hygieny a potravy různě úspěšně stejně zajišťují „na ulici“ sami.

Ve většině služeb a interakcí s uživateli KM, ve většině setkáních s nimi je v KC přítomna **kontaktní práce**. Ta je zde „alfou a omegou“ služeb a přístupů. Základním cílem je zde navázání kontaktu a vztahu s uživateli. Spolu s tím patří do kontaktní práce i informování o rizicích spojených s užíváním drog a dalším rizikovým chováním (Kalina, 2011). Dobrý kontakt, vytvoření důvěry a pozitivní přístup jsou u této cílové skupiny nutným předpokladem dalšího IP, což zmiňuje např. Pištorová u nízkoprahových uživatelů azylových domů. Vytvoření důvěry stanovuje jako hlavní cíl počáteční fáze ve vztahu s pracovníkem a se zařízením vůbec. Uživatelé musí mít nejdříve vůbec ochotu o svém životě s pracovníkem mluvit, což pro ně bývá velmi těžké, obávají se např. výsměchu, odmítnutí, kárání, anebo také třeba jednoduše nechtějí svou situaci sdílet. Bez navození atmosféry důvěry a bezpečí a bez **potvrzení opravdového zájmu pracovníka o uživatele** a o jejich život tedy není vůbec práce na takových jejich „životních tematech“ možná (Pištorová, 2011). Úspěšně navazovat kontakty s uživateli v praxi často trvá velmi dlouhou dobu, ale je to nutné - pokud nezískají v pracovníka důvěru, zůstávají u stereotypního využívání základních služeb zařízení a u svých potřeb „ted’ a tady“, kdy žijí „ze dne na den“ bez širší perspektivy. **S nedůvěřivým uživatelem** se „proces naplňování cílů daří realizovat jenom zčásti,točí se v bludném kruhu, často začínají znovu a znovu“ (Pištorová, 2011, s.161). Je nutné však z praxe zmínit, že

k tomu může docházet i u uživatelů, kteří v pracovníka již důvěru mají a jejich vztah prošel již dlouhým vývojem.

Pokud dojde k úspěšnému a opravdovému navázání kontaktu, pokračuje pracovník v **práci s motivací uživatele** ke změnám. To je nepostradatelné, protože se jedná často o lidi, kteří ve velké míře na nějaká zlepšení rezignovali nebo se na svůj životní styl adaptovali. Zároveň jsou závislí na drogách (viz kap.2) a proto je před pracovníkem obrovský úkol. Tedy pokud si stanoví za svůj cíl motivované uživatele doprovázet změnami jejich života.

Zpočátku jde hlavně o to začít s nimi o „jiném životě“ nejprve vůbec mluvit, pak podporovat vnímání pozitiv aspektů takového života, např. vlastního bydlení, pravidelné stravy, které jsou samozřejmě vyvážená určitými „negativy“ jako pravidelným úsilím, odříkáním, abstinencí, nepohodlím pracovní námahy aj. A pokud dojde k (znovu)nabytí takové motivace, je před uživatelem ještě dlouhá cesta změnu realizovat. Jedná se o těžký úkol, který v praxi nebývá často úspěšný. Pokud tato cesta změny vede přes léčbu závislosti, tak je častější jejich motivace k jejímu nástupu pod tlakem vnějších faktorů jako jsou např. trestní stíhání, akutní ztráta zázemí, hrozba odejmutí dítěte, potřeba odpočinku a nabrání dalších sil, tlak rodičů u mladších uživatelů. I takové, třeba „nátlakové“ vnější motivace autoři nezavrhuji a vnímají pozitivní potenciál doby strávené abstinencí od drog. *„Výraznější vnitřní motivace klientů se zpravidla formuje až v průběhu samé léčby“* (Matoušek, Mullerová, Vondrášková, 2005, s.221).

Základním nástrojem je v této fázi práce dle Matouška, Mullerové a Vondráškové **motivační rozhovor** tzv. kruhového modelu změny, kde je zásadní diagnostikovat fázi ve které se uživatel právě nachází a volit jí odpovídající intervence. *„Ve všech fázích se však pracuje nedirektivním způsobem, protože direktivního působení ve svém životě pravděpodobně zažil již hodně a jeho situaci stejně nezměnily. Konfrontační rozhovor a intervence typu výtek, přesvědčování apod. mohou naopak způsobit klientovu nechuť o svém životním stylu více komunikovat a jeho uzavřenost, nebo i ztrátu kontaktu s KC.“* (Frouz, 2010, s.22) Dle Matouška je v počáteční fázi, kdy si již uvědomují potíže spojené se svou závislostí (nebo obecně situací), třeba zesilovat vnímání rozporu mezi hodnotami drogového a nedrogového životního stylu. V dalším tzv. „stadiu odhodlanosti“ již uživatelé začínají vnímat převahu negativních dopadů drog a pokouší se jejich užívání dostat pod kontrolu, svou motivaci se již pokouší uplatňovat. Zde je žádoucí poskytovat jim reálné informace o typech léčby závislosti, které uklidní jejich obavy a představy o „zavření do blázince“ a zároveň

uživatelé podporovat v řešení různých dalších potíží, se kterými se potýkají. (Matoušek, Mullerová, Vondrášková, 2005) .

Nešpor doporučuje jednodušší práci s motivací uživatele než kruhový model změny – „sčítání zisků a ztrát“. Jednoduše jde o to vnímat aspekty kladné motivace – pozitiv nedrogového života a záporné motivace – negativ drogového života. Těch je možno nalézt velké množství, doporučuje v počáteční fázi používat např. brainstorming (Nešpor, 2004).

Vždy je třeba silně podporovat **sebedůvěru a sebevědomí uživatelů**, oceňovat veškeré známky jeho zájmu či snahy o změnu a jakékoliv i drobné úspěchy, také používat všech technik aktivního naslouchání. I když je žádoucí, aby docházelo k posunům v jednotlivých fázích motivace uživatele, varují Matoušek, Mullerová a Vondrášková před zdlouhavým prověřováním jeho motivace a tak vlastně odkládáním rozhodnutí a nástupu do léčby. Může se promeškat *„interval, v němž bylo klientovo odhodlání k léčbě na nejvyšší možné úrovni. Tato úroveň může z vnějšího pohledu působit jako nízká“* (Matoušek, Mullerová, Vondrášková, 2005, s.220) Ani Kalina nestaví příliš vysoké nároky, dle něj je pro úspěšnost a hlavně vůbec udržení v léčbě minimálně potřeba, aby dokázali uznat že mají problémy s užíváním drog, dokázali o nich hovořit, dokázali alespoň na základní úrovni komunikovat, respektovat pravidla a řád a pracovat s časem (Kalina, 2000).

Sociální práce a poradenství jsou s popisovanou motivační prací úzce propojené, „jdou ruku v ruce“ a staví na předchozí práci kontaktní. Směřuje se již ke konkrétnímu realizaci zlepšení a změn v životních situacích a životních stylech uživatelů (Kalina, 2001). V praxi se nejčastěji jedná o přímou práci na zařizování dokladů, čerpání dávek hmotné nouze, dluhové problematice, o asistenci při kontaktech s úřady či rodinou např. telefonování z KC atd. a někdy i o sociální poradenství. To může probíhat jak poskytováním informací a podporu uživatelů přímo v procesu zařizování některých záležitostí tak i formou poradenských konzultací, tedy strukturovaných rozhovorů o daných tematech v konzultační místnosti. V případě uživatelů KM dochází k těmto konzultacím jen velmi zřídka, jsou spíše zvyklí na nízkoprahový provoz v zařízení a ve většině záležitostí, pokud už na jejich zařizování dojde, se tedy musí vystačit s jejich podporou v „běžném provozu“. Do konzultací, ke kterým je třeba se objednat, totiž většinou nedocházejí.

Pokud se však jedná o zařizování léčby závislosti, tedy předléčebné poradenství, je v KC CPPT obvyklé tyto konzultace požadovat minimálně 3. Jednak se pracuje na zařizování formálních podmínek k jejímu nástupu a důležité je také pomoci uživateli s udržení jeho motivace a pracovat s ním i na jeho představách o průběhu léčby a možných obavách či

překážkách v jejím procesu. Než k samotnému nástupu dojde, čeká jej totiž i několik týdnů, které prověří jeho odhodlání. Nezřídka se stává, že nakonec od léčby odstoupí.

Na závěr této kapitoly o možné práci se situací sociálně vyloučených uživatelů KM uvádíme, že je však také možné, že i přes kvalitní kontakt a motivování uživatelů k další konkrétní a následně i úspěšné sociální práci vůbec nedojde (více viz výzkumná část práce). Jejich životní podmínky jsou totiž tak silně ovlivněny závislostí na droze nebo nedostatečným zázemím, že to kontinuelnější spolupráci téměř znemožňuje. Stává se, že nedochází na pravidelné schůzky a/nebo mění svá rozhodnutí pod vlivem aktuálních situací. Uživatelé musí pro realizaci změn především přijmout svou roli jako člověka, který svou situaci utváří, **musí přijmout odpovědnost**. S tímto fenoménem silně pracuje např. tzv. terapie realitou Glassera. Stanovuje jako základní potřebu člověka uvědomění si/prožívání vlastní hodnoty, což jej pak vede k dodržování norem chování a hodnocení sebe sama – chválení se za dobré a kárání za špatné chování. Dobré chování je to, které vede k pozitivním prožitkům a životním úspěchům, to především v dlouhodobé perspektivě. Snahou chovat se odpovědně si pak udržuje **pozitivní pojetí sebe sama**. V terapii realitou doporučuje 3 základní na sebe navazující kroky :

- tvorba sepětí, pouta mezi terapeutem a klientem, což je nejobtížnější fází. Pouto musí být tak silné, aby mohly úspěšně proběhnout následující kroky.
- odmítnutí nerealistického chování klienta terapeutem. Zároveň s tím musí udržet pouto a stále přijímat (milovat) klienta. Ten díky tomu může začít vnímat skutečnost a nepřiměřenost svého chování, i když to často po dlouhou dobu v jeho životě bylo úplně jinak.
- učení se novým způsobům toho, jak úspěšně naplnit své potřeby.

(Glasser, 2011)

V těchto principech si lze všimnout velké podobnosti s behaviorálním pojetím a terapií KBT, která je založená na ovlivňování chování i myšlení klientů např. prostřednictvím základních principů posilování odměnou a trestem, tedy prací s následky chování. Právě terapie KBT je jednou z nejúspěšnějších léčebných metod právě v léčbě závislostí na drogách. K úspěšnému vyléčení a/nebo změně životního stylu však vede dlouhá cesta.

U uživatelů KM se v praxi ukazuje, že jejich částečné nebo pozvolné sociální začleňování bývá často příliš vysokým cílem. Pracuje se tedy alespoň na nenásilných pokusech o něj, protože, i když by šlo jen o malé procento uživatelů, jen o konkrétní jedince, má jejich případná abstinence a kompletní změna životního stylu obrovský význam. Projeví

se ve snížení dopadů jejich kriminality na společnost, ve snížení šíření infekčních nemocí, v jejich zapojení do pracovního procesu a přispívání společenským zdrojům narozdíl od jejich čerpání. A především v kvalitě a délce jejich života.... stačí jen domyslet, jak by jejich život vypadal, pokud by závislí na drogách zůstali.

A nakonec nezapomínejme, že pokud ke změnám v jejich situacích nedochází, přeci i částečné zlepšení jejich života působením služeb KM, čistě z důvodu zájmu společnosti o ty „nezranitelnější“ a snižování rizika jejich životního stylu je přeci **cílem služeb sociální prevence v KC**.

3.2 Kontaktní centra a filosofie Harm reduction

Z108 definuje v §59 Kontaktní centra jako „*nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek*“ (Česko, 2006c).

Co je tedy tzv. veřejným závazkem vůči společnosti, který je KC zavázáno dodržovat a naplňovat? **Cílovou skupinou** KC jsou lidé v nepříznivé situaci související s užíváním návykových látek, tedy jak samotní jejich uživatelé, tak i další, např. jejich blízcí, rodiče, děti, všichni kterých se užívání návykových látek dotýká a ohrožuje je. **Poslání KC** lze chápat, dle základního vymezení poslání všech zařízení sociální prevence v Z108 § 53, jako dvojí - jako snahu o sociální začlenění/překonání nepříznivé situace uživatelů služeb a jako snahu o ochranu společnosti před ohrožujícími a nežádoucími vlivy souvisejícími se způsobem života uživatelů. Dle výše citovaného § 59 Z108, který se týká přímo KC a jeho uživatelů, je cílem již jen snižování rizik a odpovídá to více realitě v praxi s těmito uživateli. Další konkretizace základních činností poskytovaných v KC, kterou nalézáme v § 24 V505 naopak zase jasně popisuje snahu o sociální začlenění (více viz kap. 3.3). Toto lze komentovat jako nedokonalost těchto dvou předpisů, Z108 a V505, které platí prozatím krátce (od r 2007) a jistě doznají ještě svého vývoje. V těchto zmíněných vymezeních KC nenalézáme však snad **nejdůležitější úkol tohoto zařízení - vůbec kontaktovat cílovou skupinu**, lidi užívající drogy žijící v sociálním vyloučení. Převážně nebyvají v kontaktu s žádnou institucí a jejich navázání ke spolupráci je nutným předpokladem dosahování dalších zmíněných cílů. Kontaktní práce a navozování vztahu a důvěry je tedy tím nejdůležitějším a někdy i jediným,

čeho se s těmito uživateli v praxi dosahuje. Řada z nich do KC dochází několik let, chovají se i nadále rizikově a ani jejich sociální začlenění se nikam nevyvíjí. Je důležité podotknout, že např. dle výzkumu Frouze (2010) je patrné výrazné snížení rizikového chování (o cca 30%) u uživatelů KC, kteří program využívají delší dobu. Naopak jejich postoje ani informovanost program oproti kontrolní skupině, nováčků v programu, významně neovlivnil (Frouz, 2010).

V souladu s vysvětlením v předchozích kapitolách již chápeme praxi a realitu práce se skupinou uživatelů KM a máme znovu na paměti, že aktuální, brzké a aktivní sociální začleňování pro ně nemůže být prioritou a v KC se pracovníci zaměřují především na snižování rizik. Jedná se o rizika pro samotné uživatele i pro jejich okolí a společnost vůbec. Všechna KC vycházejí při poskytování služeb v současnosti z **filosofií tzv. Harm Reduction** (dále jen HR) a **Public Health**. V HR jde právě o snižování rizik, „*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, jako je AIDS a hepatitidy B a C, riziko dalších tělesných komplikací, dlouhodobého působení vysokých dávek, předávkování, sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti.*“ (Kalina a kol., 2001, s.43) Nabídnutím služeb HR, kontaktem a informováním uživatelů v tomto rámci a při respektování (ne přijetí) jejich hodnot, se kromě chránění jejich zdraví také pokouší pracovník působit na faktory, které by mohly být prvními kroky v budoucí změně jejich životního stylu. V případě KC nejvýznamnější prostor pro tuto HR práci skýtá ViP.

Filosofie Public Health (veřejné zdraví) je v souladu s HR, ale jedná se o zaměření pouze na okolí uživatele, na společnost. Nejvýznamnější přínos v případě KC má právě ve snížení rizika šíření infekčních nemocí (MPSV, 2008), a je významný také ekonomický efekt, to že společnost ušetří na léčbě lidí, kteří se eventuálně nenakazí. Šedivá navrhuje, aby v některých případech byly principy Public health upřednostněny před požadavky Z108, např. při obtížné (nikoli agresivní či konfliktní) komunikaci s nemotivovaným klientem mu poskytnout čisté injekční stříkačky a přitom výjimečně, pokud to podmínky neumožňují, nenaplnit požadavky Z108 na administrativu poskytnuté služby. Vysvětluje, že forma práce s uživateli KC je limitována jejich aktuálním stavem (Šedivá, 2011).

Úspěšnou aplikaci HR služeb lze považovat za úspěch odpovídající realitě a také za možnou cestu k tomu, že se někteří uživatelé (snad) v budoucnu ze svého sociálního vyloučení dostanou. To opět potvrzuje z praxe např. Šedivá, když za hlavní cíl KC stanovuje snižování rizik pro jednotlivce a společnost a znovuzačlenění jmenuje až mezi řadou „dalších“ cílů KC (Šedivá, 2011, s.170). Samotný HR přístup se ve světě již delší dobu vyvíjí, o těchto koncepcích hovoří řada autorů a existují pozitivní vědecké výzkumy. Naopak v ČR je

toto téma mnohdy ještě poměrně mladé, neuznávané, vzbuzuje rozpaky a hodně odborníků i laiků jej ještě zcela nechápe a třeba i odmítá. Dle Kaliny existují také **autoři, kteří v HR vnímají uznání drog** a přitakání k jejich užívání a za jedinou možnou cestu ke zlepšení situace uživatelů drog považují jejich léčení a abstinenci (Kalina, 2003a).

Ze zkušeností v práci HR provozu KC je možné považovat tento názor za pochopitelný, pokud se zaměříme na **lidi kteří drogy užívat teprve začínají** a postupně se stávají na nich závislími. Nepocítují zatím nepříznivé důsledky svého konání, drogy „je baví“ a přinášejí jim hlavně příjemné prožitky. V takovém případě se v praxi ukazuje, že když začnou docházet do KC a setkají se s dobrou kontaktní prací - s přijímajícím přístupem, vlídnou atmosférou a naplněním svých potřeb dostávají čisté stříkačky pro své užívání drog, mohou nabývat dojmu „že se vlastně až tak moc neděje“, že užívání drog „je OK“. Pracovník by v tomto případě neměl být jen usměvavým „měničem stříkaček“ a poskytovatelem HR služeb, ale měl pracovat s uživatelskou anamnézou, vyplnit s ním používaný „In-come dotazník“ a **reflektovat mu rizika spojená s užíváním drog a jeho odpovědnost. Měl by se pokusit ovlivnit uživatelskou drogovou kariéru ještě v začátku**, ještě před její chronifikací a před výrazným poškozením jeho osobnosti. To je však velmi náročné až téměř nemožné, uživatelé nevnímají negativa svého života objektivně, jsou ovlivněni drogou, direktivnějším přístupem by je pracovník odradil... Je také obtížné např. ve vytíženém nízkoprahovém provozu KC vůbec „zachytit a sledovat“ konkrétní uživatele. Ti nemusí být také příliš komunikativní, docházejí nepravidelně, jsou zaměřeni na potřebu „ted’ a tady“, při každé návštěvě se mohou setkat s jiným pracovníkem. Lehce se může stát (a stává se), že s uživatelem dlouhou dobu vůbec In-come vyplněn nebývá, nemluví se o něm na poradách, neví se tedy v jaké fázi užívání drog se právě nachází a prostě mu jsou poskytovány HR služby.

U dlouholetých uživatelů drog, kteří někdy i více než polovinu života strávili na droze, chronicky závislých, lze HR služby nahlížet jinak, jako jediné možné zlepšení (či nezhoršení) jejich situace, protože jak se ukazuje v praxi, o léčbu své závislosti až na výjimky opravdový zájem nemají. Alternativy v přístupu právě k těmto uživatelům popisuje kap. 3.5.

V souvislosti s vymezením KC v Z108 je ještě třeba stručně zmínit **organizačně-právní zaštitění KC** - kromě MPSV je totiž jejich významným (a dříve hlavním) podporujícím i kontrolním prvkem Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále jen RVKPP), v jejímž resortu se KC v ČR v historii rozvíjela a stále musí naplňovat její Standardy služeb pro uživatele drog. Zároveň s tím samozřejmě KC naplňují i požadavky

Z108. Vzniká zde někdy zdánlivě nepřehledná situace, kdy tedy musí odpovídat dvojm normám, což je znatelné např. rozdílné v definici výkonů a služeb obou subjektů. Rozdíly však nejsou zásadní, v podstatě jde jen o „dvojí pojmenování té samé věci“ a KC mohou dobře obstát v obojích inspekcích kvality. Pro účely této práce a zaměření na IP bude nadále postačovat vycházet pouze ze Z108 a pokud budou použity formulace a citace odpovídající RVKPP, nebude to v rozporu se Z108.

3.3 Kontaktní centrum CPPT o.p.s. Plzeň

KC CPPT o.p.s. je jedním z programů CPPT a v Plzni poskytuje především **nízkoprahové služby** svým uživatelům. Podobných služeb mají uživatelé KM v Plzni dostupných ještě několik – jsou jimi ještě na drogové uživatele zaměřené KC a Terénní program Point 14 a terénní program Ulice o.s. a pro uživatele žijící bez domova zaměřené nízkoprahové denní centrum a noclehárna sv. Františka. Také jsou v Plzni Sklad humanitární pomoci MÚSS a Ošacovací středisko ČČK. To jsou základní nízkoprahové služby v Plzni a samozřejmě že kromě je uživatelům dostupná řada dalších zařízení, např. Substituční centrum, azylové domy, Občanská poradna atd. KC CPPT a jeho uživatelé mají v Plzni širokou spolupracující síť dostupných služeb a organizací.

Základní vymezení KC, které nalezneme na jeho webu, obsahuje v souladu se Z108 základní body Poslání a Okruh osob, v jejich konkrétním popisu se však objevují vysvětlení k cílům KC, službám, cílové skupině. Tato formální stránka je poněkud nepřehledná, např. samotné poslání není jasně popsáno. To by pro neznalého laika, který opravdu chce pochopit funkci KC, mohlo být částečně matoucí – k čemu vlastně KC slouží....? Toto KC však i přes tento formální nedostatek funguje plně v souladu se Z108 a plně odpovídá dříve zmíněnému vymezení v jeho §59. Více o způsobech dobré formulace poslání pojednává např. Drucker (1994).

Pokud se tedy ve vymezení na webu KC CPPT lépe zorientujeme, zjistíme že :

- **základními principy** KC jsou např. dobrovolnost, anonymita, nízkoprahovost. bezplatnost služeb, snaha o „*motivaci k samostatnosti a aktivnímu přístupu k životu*“
- **cílovou skupinou** jsou osoby starší 15 let, kteří užívají návykové látky, což má na jejich život nepříznivý dopad. Na to reagují služby KC : „*potřebují odborné informace, poradenství a jiné sociální a zdravotnické služby, dále potřebují přijetí a podporu k*

provedení změn směrem k návratu do společnosti a k životu bez zneužívání návykových látek“ Dalšími osobami cílové skupiny jsou rodiče a další blízcí lidé uživatelů návykových látek.

- v popisu poslání nalezneme tedy **cíle** jako řešení sociálních a zdravotních obtíží, snižování rizik a důsledků zneužívání návykových látek a snahu o motivaci k životu bez návykových látek.

- **poslání** tohoto KC je popsáno rozporně. Můžeme jej vnímat právě v definici cílové skupiny výše - zde se hovoří mimo jiné i o „*změně směrem k návratu do společnosti a k životu bez zneužívání návykových látek“*. To by znamenalo, že posláním je sociální začlenění a abstinence uživatelů. Mezi cíli nalézáme však pouze cíle dle filosofie HR a snahu o motivaci k nedrogovému životu.

(K-Centrum CPPT, 2012)

V praxi fungování tohoto KC (a jeho poslání) se tedy jedná o HR filosofii spojenou s nadějí/úsilím i o vyléčení a nedrogový život uživatelů. To je plně v souladu se zmiňovanými principy sociálního začleňování, práce s touto klientelou a s nutností nerezignovat na jejich další osudy, viz předchozí kapitoly práce. Proto je pravděpodobně základní vymezení KC takto široké a bohužel i nejasné, stejně tak jak nejasné je někdy vůbec chápání východisek ze závislosti na drogách a jak nejasně se někdy vyslovuje i samotný Z108 a V505 (viz kap 2.1 a 3.2).

Co se týče **cílových skupin uživatelů tohoto KC**, jedná se tedy převážně o uživatele drog starší 15 let (a jejich blízké). Toto vymezení je však příliš široké a v praxi KC bylo potřeba jej ještě více konkretizovat. Z toho důvodu, aby KC zůstalo zaměřeno a využíváno hlavně **uživatelé nelegálních návykových látek a aby se tito v KC nemísili s jiným typem uživatelů**, jsou v operačním manuálu KC CPPT cílové skupiny a nabídka služeb pro ně více konkretizovány a omezeny. Bylo by možné doporučit, aby toto bylo však i jasně definováno přímo v Okruhu osob na webu KC. Konkrétně se v operačním manuálu jedná o tzv. „*Kritéria pro odmítnutí, ukončení nebo omezení služeb ze strany KC“* (K-Centrum CPPT, 2009), kde se stanovuje pro **zájemce užívající primárně alkohol** pouze nabídka tzv. prahových služeb KC. Pokud by to byli uživatelé bez domova a žádali by využívání nízkoprahových služeb KM, je jejich potřeba a situace individuálně týmem posouzena. Buď jsou jim pak v praxi tyto služby nabídnuty pro časově a režimově omezenou dobu (dokud si nezajistí ve spolupráci s KC vlastní zázemí) anebo jsou odkázáni na využití těchto služeb v nízkoprahovém denním centru domu sv. Františka v Plzni, které je určené přímo pro osoby bez přístřeší (K-Centrum

CPPT, 2009, s.14–15). V praxi se jedná tedy o situace, kdy o služby KC jeví zájem i bezdomovci závislí na alkoholu. Pracovníci je v KC neodmítají, ale také nedovolí, aby „zaplnili“ KM nebo se jinak výrazněji mísili s uživateli primárními. Práce s nimi je totiž rozdílná.

Další omezení cílové skupiny se týká **přímo uživatelů KM**. V operačním manuálu KC jsou popsána rizika i přínosy pobytu na KM ve skupině jejich uživatelů (např. riziko identifikace s drogovou partou) a jsou stanoveny skupiny lidí, pro které je z důvodu převažujících rizik přístup ke službám KM omezen nebo odepřen. Jedná se o **uživatele s funkčním sociálním zázemím, o mládež do věku 18 let na útěku a abstinující uživatele**. Všem těmto zájemcům o služby KM je nabídnuta podpora v řešení jejich situace formou prahových služeb a opět jsou pro ně služby KM přístupné po časově a režimově omezenou dobu, potřebnou pro řešení jejich situace. **Primární cílovou skupinou KM zůstávají uživatelé nealkoholových návykových látek starší 15 let žijící na ulici** (K-Centrum CPPT, 2009,s.15-17).

Situace uživatelů/zájemců o služby KM se v praxi hodnotí vždy individuálně na týmových poradách. K tomu je potřeba znát o nich alespoň základní informace, týkající se jejich užívání drog, zázemí, věku aj. Pokud tedy přichází do KM/KC nový člověk, zhruba do jeho druhé až třetí návštěvy (potom až se přirozeně seznámí s prostředím zařízení a jeho službami) jej pracovník konající službu osloví k vyplnění vstupního tzv. Income dotazníku. O uživateli a jeho situaci pak informuje na týdenní poradě týmu.

V praxi je však časté, že u řady uživatelů tyto informace týmu chybí, nebo již dlouho nejsou aktuální (Income dotazník by neměl být starší 2 let). Je to zapříčiněno pravděpodobně nedostatkem kapacity pracovníků a provozu se tím s uživatelem zabývat. V případě KC CPPT byly služby přinejmenším ve sledovaném roce 2011 plně vytíženy. Také tento nedostatečný anamnestický kontakt s uživateli může být způsoben i charakteristikou kontaktu s nimi, který je často krátký, roztržitý a nepravidelný. Pracovník by měl však i přesto zajistit dostatečnou informovanost o uživateli, protože to je pro další proces IP s ním klíčové. Pokud se tedy nespokojí s pouhým poskytováním služeb uživatelům, což se může stávat ze zmíněného důvodu kapacity pracovníků, ale také i pro rezignaci pracovníka nebo nezájem o osudy uživatelů. V tom případě by měl využít supervize nebo jiného nástroje pro práci se smyslem nízkoprahových služeb a jeho postoji k uživatelům.

V praxi se pak (ne zřídka) stává, že o některých uživateli pracovníci ví velmi málo nebo nezaregistrují změny v jejich situacích. Není jim pak nabízena odpovídající podpora, uživatelé „stagnují“ na zajišťování aktuálních potřeb servisem základních služeb, i když třeba

mohou mít zájem o práci se svou situací. A/nebo využívají služeb, i když nepatří do cílové skupiny KM, což v praxi také není vzácné. I když i tak je naplňován základní HR cíl služeb, je lépe předcházet takovým situacím. Za stav informovanosti o uživateli zodpovídá především jeho klíčový pracovník, který má v procesu IP nezastupitelnou úlohu (více viz kap.4.3)

Stejně jako v každém zařízení sociálních služeb jsou i v KC uživatelům služby poskytovány formou tzv. **základních činností**, jejichž výčet uvádí Z108 a jejichž konkrétní obsah pro konkrétní druh zařízení uvádí V505 v § 24. Jedná se o :

- sociálně terapeutické činnosti, jejichž cílem jsou osobní a sociální schopnosti směřující k jejich sociálnímu začleňování. Dále jde o poskytování informací o rizicích životního stylu uživatelů a o možnostech jejich snižování.
- pomoc při vyřizování běžných záležitostí, při navazování zdravého kontaktu s rodinou a pomoc při dalších aktivitách směřujících opět k sociálnímu začleňování
- poskytnutí podmínek pro osobní hygienu

(Česko, 2006b)

Částečně je tato definice s důrazem na sociální začleňování v rozporu s §59 Z108, kde se mluví jen o snižování rizik (viz kap 3.2). KC CPPT poskytuje tyto jmenované základní činnosti prostřednictvím konkrétních bezplatných **služeb**, jejichž výčet nalézáme v Katalogu sociálních služeb města Plzně 2008. Jejich pojmenování vychází především z definic RVKPP. Jsou to tyto služby KC :

1. základní sociální poradenství a služby HR

- poradenství v oblasti zneužívání drog
- krizová intervence
- sociální práce, socioterapie
- asistenční služba
- testování infekčních nemocí
- možnost dalšího testování (těhotenské testy, toxikologické orientační testy)
- výměnný injekční program
- potravinový a hygienický servis
- základní ošetření, zprostředkování zdravotnické péče

2. odborné sociální poradenství
 - motivační trénink
 - zprostředkování léčby závislosti
 - poradenství pro uživatele, rodiče a osoby blízké uživatelům
 - internetové poradenství

(Statutární město Plzeň, 2009, s.109-110)

V Průvodci službami Kontaktního centra, který je určený přímo uživatelům a je dobře přístupný na webu KC nebo fyzicky přímo v KC, jsou uvedené služby členěny jako **nízkoprahové a tzv. prahové**. Jednoduše je vysvětleno, že u nízkoprahových (např. ViP, hygienického servisu) není třeba se na službu objednávat a uživatelé nemusí sdělovat své osobní údaje. U prahových služeb (např. zasílání pošty do KC, výkon OPP, poradenství) již tomu tak není. Pro využití obou skupin služeb je však nutné dodržet ten nejnižší práh – tzv. kardinální pravidla bezpečí. Jedná se o zákaz jakéhokoliv násilí v KC, zákaz manipulace s a užívání návykových látek v KC a o stav, ve kterém uživatelé do KC přicházejí. Když přicházejí intoxikovaní (často), musí jejich stav umožňovat dobrou spolupráci a dorozumění. Pokud tato kardinální nebo další pravidla nedodrží, jsou jim udělovány sankce v podobě časově omezeného zákazu přístupu do KC, Tabulka sankcí viz přílohy č. 2 (K-Centrum CPPT, 2011).

3.4 Kontaktní místnost KC CPPT o.p.s. Plzeň

KM je určená pro poskytování nízkoprahových služeb lidem z cílové skupiny KC, kteří se ocitli bez zázemí, nejčastěji „na ulici“, a nemají možnosti zajištění svých elementárních potřeb. Přicházejí často špinaví, zapáchající, hladoví, unavení, poranění, intoxikovaní, s doprovodem svých psů....

KM je větší místnost s pohovkou, stolem pro cca 10 lidí, malou kuchyňkou, oddělenou prádelnou a sprchou. A s malým stolem a židlí pro službu konajícího pracovníka, který je s uživateli v prostoru přítomen. Na chodbě je ještě dostupné WC a ošetrovna, také skříň pro ViP. Pracovník na KM přijímá uživatele, koordinuje provoz a využívání služeb, zajišťuje dodržování pravidel KM, hovoří s uživateli, naslouchá, informuje, motivuje.... Nežádka dochází mezi uživateli k menším či větším nedorozuměním až konfliktům a s tím vším

pracovník zachází. V případě naplnění kapacity KM, což je 10 klientů, je tedy poměrně dost vytížený, proto službu koná vždy 1 hodinu.

Chod a „atmosféra“ KM poskytuje uživatelům jedinečný prostor. Většina z nich totiž svůj čas tráví v naprosto nestabilním prostředí a pouze někteří mají alespoň minimální pravidelný „opěrný bod“ – např. místo kam chodí spát. Bývají to různé přístřešky, které jsou „jejich“ po určitou omezenou dobu (více viz kap 2.2). KM je tedy pro ně jedinečná tím, že zde mohou využít stabilní prostor, který slouží jim, je „pro ně“ nebo dokonce „jejich“. Většina jich do KM dochází pravidelně. Sednou si ke stolu, snědí v klidné atmosféře s ostatními polévku, vysprchují se, vyzvednou si čisté prádlo. Popovídají si, odpočinou a po 1h strávené na KM opět vyráží do svého drogového světa. Takto jim KM tedy poskytuje kontakt se strukturou, stabilitou, pravidly, zájmem, bezpečím....toto vše v životě řady z nich totiž významně chybí. Obdobně jako toto zázemí na ně vykazuje pozitivní efekt i např. samotné podporující bydlení, viz kap. 3.5 níže.

Pobyt uživatelů v KM je omezen na dny PO, ST a PÁ od 12 – 15 h a pouze ve výjimečných případech zde mohou být déle než 1h. Omezena je i kvantita využívaných služeb, např. sprchování na dobu 15min, 1 porce polévky, praní max 2x týdně. Také celý chod KM má svá další **pravidla**, která nejsou v životě uživatelů samozřejmostí a často se s nimi tedy na KM pracuje (viz příloha č.1) Jednak v nastavení pravidel jde o čistě praktickou práci s režimem a kapacitou služeb, zároveň jsou však těmito limity uživatelé konfrontováni s prostředím a podmínkami života „bez drog“ v KC a života „s drogami“ tam venku. Pokud by jim KM zajišťovala vyšší servis, např. pobyt po libovolnou dobu, praní a jídla neomezeně, jistě by to bylo spíše zpříjemňování jejich drogového života. KM a její služby lze považovat přímo za terapeutický prvek.

Kromě tohoto, řekněme „výchovního“ působení, je samozřejmě **primárním cílem** a účinkem služeb KM snižování rizik a základní stabilizace stavu uživatelů. Poskytnutím služeb se snižuje strádání a propad „*občanů kteří potřebují zvláštní pomoc a zajišťuje se pomoc nejvíce zranitelným*“ (MPSV ČR, 2010b).

Pro uživatele KM se jedná se o **tyto služby**:

- 1) přímo v prostoru KM dostupné nízkoprahové služby potravinového a hygienického servisu (polévka, čaj, chléb, praní prádla, sprcha), poskytnutí různých informací (v oblastech zneužívání drog, právních, sociálních, pracovních aj.), stručného základního sociálního poradenství. Toto jsou nejužívanější služby na KM.

- 2) z prostoru KM přímo dostupných nízkoprahových služeb testování infekčních nemocí a těhotenství, ViP výměnného injekčního programu, základního ošetření. Tyto služby bývají uživateli vyhledávané již významně méně často.
- 3) v prostoru KM přímo dostupných prahových služeb výkonu obecně prospěšných prací (ve spolupráci KC s PMS) a socioterapie (tzv. samosprávy - placené brigády při zajišťování servisu KM pro další klienty, 1x týdně „kino“ a každou KM dostupný PC s Inetem). O tyto služby je poměrně rozšířený zájem mezi všemi uživateli, jejich kapacita je však velmi omezená (např. 3 lidé pro samosprávu týdně).
- 4) z prostoru KM přímo dostupných všech dalších prahových služeb KC. Z těchto služeb využívá velká část uživatelů především zasílání pošty do KC, někteří využívají sociální práci - asistenci při telefonování a kontaktu s úřady, jiné prahové služby (poradenství aj.) využívají jen velmi zřídka.

Konkrétní statistiku využití těchto služeb dokládá také výzkumná část práce.

A jak vypadá v praxi provoz a práce s uživateli na KM? Samozřejmě, že jednotlivé hodinové tzv. „kontakty“ se od sebe liší, někdy je uživatelů jen velmi málo, jindy žádni, někdy ke konci služby místnost zcela zaplní. Částečně se naplnění kapacity KM odvíjí i od roční sezóny, klasicky je v zimních měsících více uživatelů. Není to však pravidlem a jistotou. I přes tuto rozmanitost provozu KM lze odlišit několik **základních „modů“ práce na KM, které se v praxi nejčastěji navzájem aktuálně doplňují :**

-1) „plná“ KM - k tomu dochází, když pracovník subjektivně vnímá a ohlásí naplnění KM. Buď je v místnosti již maximum 10 uživatelů, nebo jich je méně, ale jsou přítomní „obtížnější“ uživatelé (např. podráždění, intoxikovaní, rozhádání) a/nebo 2 či max 3 jejich psi. V takovém provozu je řada rušivých dojmů, hluků, hraje rádio, uživatelé debatují, dohadují se, využívají služby, snaží se s pracovníkem hovořit o své situaci, nedodržují časy a limity služeb nebo třeba porušují některá pravidla pobytu v KM.

Pracovník se stává spíše „správcem nebo hlídačem“ KM a služeb. Reaguje na konkrétní nízkoprahové zakázky uživatelů, poskytuje a koordinuje využití nízkoprahových služeb a v případě zájmu o více konkrétní podpory v jejich situacích je odkazuje na další pracovníky KC. Prostě na víc není přímo v KM kapacita.

Pokud je takových KM v určitém období většina, stává se, že se z KM stává „jídelna, sprchárna a prádelna“ a pracovníci často o aktuálních situacích většiny uživatelů ví jen málo. Z KM se může tedy stávat soubor služeb reagujících pouze na potřeby uživatelů „ted' a tady“ a pracovník u toho všeho s nimi lépe nebo hůře zvládá navazovat a upevňovat kontakt.

-2) „volnějši“ KM – nastává zejména pokud nejsou přítomní „obtížnější“ uživatelé, kteří by rušili hovor pracovníka s ostatními. A nebo je uživatelů přítomno jen několik, někdy naprosté minimum. Pracovníkovi taková situace umožňuje kromě zajištění nízkoprahových služeb především hovořit s uživateli v příhodných podmínkách, kdy je prostor o věcech přemýšlet, držet „nit“ hovoru, domlouvat se na dalším postupu apod. Kromě efektivní kontaktní práce je tedy možné pracovat i s motivací uživatelů, poskytovat jim informace či základní sociální poradenství.

Takových „kontaktek“ není zas tak málo a objevují se. Pracovník je více opravdovým pracovníkem klíčovým a sociálním, někdy probíhá proces střednědobého IP (nebo přinejmenším pokus o něj), o uživatelích má čerstvé informace a konzultuje jejich situace na poradách týmu. Je nutné chápat, že se jedná jen o menší procento ze všech uživatelů, protože se jedná o situace, kdy hovor probíhá jen s jedním či dvěma z nich. V lepším případě ostatní hovor nenarušují a účastní se jej spíše pasivně jako zaujatí pozorovatelé.

- 3) „problémová“ KM – je nutné ještě zmínit situaci, kdy uživatelé nerespektují pravidla KM. Pracovník je pak musí vymezit a udržet, často za pomoci udílení sankcí. Uživatelé např. nedodrží pravidla využití služby (přetáhnou časy), vedou „drogové“ hovory, jsou verbálně agresivní. Pracovník se snaží buď nekonfliktním způsobem (např. s použitím nadsázky či humoru) připomenout uživateli pravidlo a následek za jeho nedodržení, nebo si jindy jednoduše rázně „stojí za svým“ a zbytečně o situaci nediskutuje. Jaký postup zvolí, závisí na konkrétní situaci, osobnosti uživatele, historii intervencí s ním a samozřejmě také i na konkrétním pracovníkovi a i jeho momentálním rozpoložení. Uživatelé pak na pracovníka reagují různě, od přijetí jeho vymezení pravidla i sankce až po otevřený verbální konflikt s pracovníkem. K fyzickému konfliktu může také docházet, je to však v případě současného provozu KC CPPT naprosto výjimečné.

V případě takové „kontakty“ se jedná opět o náročnou situaci, která je však významně „výchovná či terapeutická“ - jak pro konkrétního uživatele tak pro ostatní, kteří jsou situaci přítomni. Uživatelé se učí **respektovat pravidla**, která slouží především jim – pro

udržení klidného chodu a bezpečí v KM. U některých jedinců dokonce dochází i k přijetí těchto pravidel a stává se, že působí na ostatní uživatele pro jejich dodržování!

Kromě těchto základních informací o fungování KM přináší další, ještě konkrétnější informace a také pohledy na služby a uživatele KM z jiných úhlů především kapitola o IP v KC CPPT, kapitola o CM v praxi a výzkumná část práce.

3.5 Alternativní zařízení pro nízkoprahové uživatele

Jak již bylo několikrát zmíněno, v nízkoprahových Kontaktních centrech pro konzumenty drog se jedná především o zaměření v rámci principů HR. Sociální začleňování a léčba závislosti uživatelů patří až mezi další cíle, jejichž realizace je v praxi často sporná.... Ve světě existují i přístupy a zařízení, která v HR strategii jdou ještě dál. **Můžeme se dokonce zamýšlet nad tím, zda je vůbec podmínkou aspoň nějakého sociálního začlenění abstinence od drog** - vždyť mezi „běžnými“ občany společnosti je např. velké množství konzumentů alkoholu, nikotinu, lidí často na těchto látkách také závislých. A existují i substituční programy pro konzumenty opiátových nelegálních návykových látek – tedy předpokládá se a často to tak v praxi i funguje, že i takoví závislí lidé mohou být nějak sociálně začlenění.

Těžko lze **přímo srovnávat** uživatele KM s jejich škálou charakteristik s „běžnými“ občany a přemýšlet o tom, že se jimi někdy v budoucnu stanou, lze však uvažovat o určité tendenci je takto směřovat. Zde uvádíme příklad zajímavé alternativy k programu „klasického“ KC - **kanadský pilotní projekt „shelter-based Managed Alcohol Project“** (dále jen MAP) uvádí, že *„Harm reduction je současným mainstreamem v přístupu ke zneužívání drog. Tento pilotní projekt demonstruje, jak může být tento přístup užitečný“* (Podymow et al, 2006,s.49). Jedná se o projekt, který byl realizován s cílem poskytnout péči **lidem dlouhodobě žijícím v sociálním vyloučení - bez domova, závislým na alkoholu, u kterých prokazatelně nebyly úspěšné způsoby pomoci zaměřené na abstinenci**. V zařízení byli ubytovaní, byla jim poskytována strava, podporoval je sociální pracovník, který s nimi komplexně řešil možnosti zajištění a zlepšení jejich sociální situace (zajištění sociálních dávek, lékařské péče atd.). **Zároveň jim byla přímo v zařízení poskytována každou hodinu stanovená dávka alkoholu** (Podymow et al, 2006,s.46).

Poskytnutí takovéto podpory uživatelům přineslo snížení a stabilizaci jejich konzumace alkoholu, zlepšení hygieny, jejich spolupráce se zdravotní péčí, snížení počtu zásahů policie a záchranné služby, tedy snížení obtíží s alkoholismem spojených (Podymow et al, 2006). **Kromě HR přístupu byla i v MAP možnost podstoupit detoxifikaci od alkoholu a vydat se tedy cestou abstinence. Několik uživatelů po své stabilizaci v programu toto úspěšně podstoupilo** a dále využívalo podporu v oblasti bydlení. Lze to považovat za příklad jak „neztrácet naději“ v pohledu na perspektivy těchto uživatelů, kteří byli v průměru závislí po dobu 35 let. (Podymow et al, 2006)

Autoři Podymow et al. MAP projektu v závěru hodnotí, že *„byl úspěšný právě díky poskytnutí podporujícího bydlení, ačkoliv to samotné nezajišťovalo prevenci před vyhledáváním alkoholu, jeho konzumací a jejich negativních následků“* (Podymow et al, 2006,s.48). Podporující bydlení popisují jako velice důležité pro zdravý životní styl, **samotné jeho poskytnutí uživatelům však nestačí. Nedokáží jej pro svůj život bez potřebných dovedností využít.** (Podymow et al, 2006)

Svým přístupem k HR a její aplikaci u závislých uživatelů se zabývají **i další podobné projekty**, např. „Housing First“ autorů Athertona a Nichollse (2008) a koncept „Wet day centers“ autorů Crane a Warnese (2003).

Můžeme se tedy zamýšlet nad tím, co by bylo pro naši cílovou skupinu nejvhodnější – a zde je hlavním faktorem druh motivace a cílů, toho „proč a co by jsme od těchto lidí nebo pro tyto lidi vlastně chtěli“.

Je třeba na ně vyvíjet tlak, aby se vyléčili? To by nerespektovalo jejich svobodu rozhodovat o svém životě, protože o léčení většinou nemají zájem..... Pokud by k němu byli „přinuceni“, ocenili by to později? Bylo by to přínosem pro ně i pro společnost?

Nebo jim podmiňovat nabídku služeb nějakým usilováním a dosažením změn v jejich životě? A proč vlastně ne, proč jim neomezit prozatím nízkoprahově a tedy bezplatně „dávaný“ servis služeb? Vždyť svým životním stylem často okolní společnost i přímo poškozují, páchají kriminální činnost apod.....

Nebo jim poskytovat služby prostě proto, že je jejich cílem jednoduše zajištění základních potřeb jejich života? Bez ohledu na jejich chování a působení ve společenském prostředí....? Prostě z důvodu zájmu a **pomoci těm „nezranitelnějším ve společnosti“**? To

by mělo být cílem služeb pro tyto uživatele i dle Z108 (jak již bylo vysvětleno) a spíše se na ně nahlíží jako na **chronicky a možná „nevléčitelně“ zasažené svou závislostí a dalšími jejich schopnosti výrazně limitujícími vlivy.**

Ukazuje se, že zde hraje nejvýznamnější roli právě to, jak tyto uživatele nahlížíme a co „od nich vlastně chceme“. Toto tema se pokusíme uzavřít i na základě výstupů výzkumné části práce.....

4. Individuální plánování práce s uživateli sociálních služeb

Proces práce s uživateli sociálních služeb probíhá tzv. **individuálním plánováním**, které zmiňuje a požaduje Z108 a je pro něj základním východiskem. IP však spadá ještě do jiného **širšího rámce** metod sociální práce a i ten je možno pro práci s uživateli využít. V této oblasti existuje několik termínů, jejichž rozdíly a hranice se místy stírají a překrývají - kromě samotného pojmu IP je dalším, v dnešní době velmi populárním, tzv. **case management** (dále jen CM). Ten využívá IP a jeho principy zmiňované v Z108 v širším rámci práce s uživatelem. Pro hlubší pochopení těchto termínů se jimi budeme v následujícím textu více zabývat, je však možno již nyní zdůraznit, že IP je v logice Z108 samostatnou metodou, kterou se dá s uživateli pracovat jak v krátkodobém tak i v dlouhodobém rámci. Z108 pojem CM vůbec nezmiňuje a v této práci se jím zabýváme, protože to nabízí další širší pohledy na práci s uživateli sociálních služeb a v praxi se s nimi tímto způsobem pracuje.

Pro CM používá Matoušek synonymum **model řízené péče** a popisuje, že *„je nutné, aby služby reagovaly na měnící se potřeby nemocného. Jeden typ služby totiž může být v určité chvíli přiměřený a v jinou dobu nepřiměřený.“* (Matoušek et al, 2007a, s.99) Hovoří zde o zavádění tohoto modelu - tedy CM - jako zkušební metody práce na některých pracovištích v ČR v případě lidí s duševním onemocněním. CM a jeho principy však nejsou omezeny pouze na určitý typ uživatelů. Škála modelů CM je velice široká, i když se o něm v současnosti hovoří nejčastěji právě ve spojitosti s lidmi s duševním onemocněním. Také se nejčastěji setkáváme s modelem CM tzv. zprostředkovatelským (brokers), kde navíc pracovník kromě role manažera a průvodce po dalších službách ještě sám poskytuje uživateli řadu služeb v jeho „domovském“ zařízení. Tímto způsobem se pracuje právě i s uživateli v KC a využívá se k tomu i konkrétní IP s konkrétními zakázkami.

Také se setkáváme s termíny **případová práce** (case work), která je nejstarší metodou sociální práce, a s **přístupem plánované péče**. Oba tyto termíny definuje např. Matoušek ve svém slovníku a opět obsahují všechny základní principy a strukturu shodnou s vymezením CM.

Bylo by možné je považovat opět za synonyma CM, při přesnějším pohledu však nalezneme drobné rozdíly :

- v přístupu plánované péče má uživatel služeb totiž odlišnou roli – ten aktivní a za proces plánování využívání vhodných služeb je zodpovědný především jeho tzv. klíčový pracovník. (Matoušek, 2003). Základním principem CM je však maximální možná míra rozhodovací a aktivní role uživatelů (viz kap. 4.1). V případě uživatelů KM by měl být výrazněji aktivnější pracovník zejména/pouze v akutních případech ohrožení zdraví či života uživatele, protože jindy jsou v této praxi asertivnější intervence neefektivní. Pokud by byl direktivnější k těmto uživatelům i v jiných situacích, vzbudil by u nich odpor a zároveň - i když by pracovník totiž v neobvykle tíživé situaci uživatele takto pro (či spíše za) něj „zařídil“ změnu, tak ten se později/brzo, když se jeho stav a situace zlepší, stejně vrátí k původnímu chování a životnímu stylu. S tím se v praxi setkáváme často - pro změnu a její udržení totiž potřebují stabilnější motivaci. A pamatujme, že drogy nepřestanou užívat, dokud se nevyléčí ze své závislosti (pokud je to vůbec možné) anebo dokud se nenaučí závislosti odolat - což je dlouhodobý vědomý proces terapie, žádným rychlým direktivnějším řešením tohoto nelze dosáhnout.

- případová práce stojí na stejných principech jako CM (viz kap. 4.1) a od CM se odlišuje pouze v rámci, ve kterém je v praxi aplikuje - v tom, že by její „ukončení mělo nastat, když se klient může ohlédnout s uspokojením na to, co bylo uděláno, a když pracovník vidí jeho schopnost poradit si v různých situacích.“ (Matoušek, 2008,s.74) Zde vidíme tendenci podpořit uživatele pouze po omezenou dobu, s vyhlídkou na ukončení spolupráce. To souhlasí i s teorií CM, nikoliv však s jeho častou praxí.

V případě většiny modelů CM je dle Cnaana (1994) totiž v praxi spolupráce s uživatelem dlouhodobá a nepřerušovaná (viz kap. 4.2). To lze vysvětlit jako nutnost reagovat na potřeby a především schopnosti uživatelů – u jedněch je možné důvěřovat jejich pokroku, ukončit spolupráci a být s nimi nadále v kontaktu jen pro případ krize, nebo obnovit kontakt a spolupráci s nimi v případě nových obtížných situací. U druhých je dlouhodobá podpora nutností a jejich stav neslibuje výrazná zlepšení -v praxi jde právě např. o lidi s duševním onemocněním a i o dlouhodobě závislé uživatele drog.

Drogový a bezdomovecký život (nebo duševní onemocnění) je zde převážně chronickou situací a nelze u nich použít případovou práci v jejím pravém smyslu slova, tedy zpracovat s nimi nějakou zakázku, dosáhnout a vyhodnotit úspěchy a rozloučit se. Jejich situace se v praxi většinou, přinejmenším v horizontu několika let, mění jen velmi málo.

Proto se s uživateli KM pracuje na jejich jednotlivých konkrétních zakázkách (pokud je mají) v rámci kontinuálního CM (především tzv. IP středně a dlouhodobým - více viz kap. 4.3). Postup je totožný s kroky a principy případové práce, avšak nedochází k ukončení kontaktu s uživateli. V této logice je však výjimka a ta se týká právě nejčastěji zmiňovaného modelu CM – brokers CM. Zde je totiž v praxi pracovník často více zprostředkovatel a i poskytovatel služeb než terapeutický průvodce (či „učitel“). Někdy to může např. v práci s uživatelem, která je zaměřená zejména na jeho přirozeném prostředí (např. ACT CM – asertivní komunitní přístup), hraničit i s úkony spadajícími až do pečovatelských služeb. Může jít např. o nakupování, péči o domácnost apod. a i s tím je možné se v praxi CM setkat. Tato část práce s uživatelem již není ekvivalentem principů případové práce.

Pokud trochu podstoupíme a použijeme širší pohled na **práci s uživateli KM tak uvidíme, že se jedná pouze o neustálé opakované ohraničené IP**, které požaduje Z108. Uživatelé do KC opakovaně docházejí, využívají služby a občas spolupracují i na dosahování některých jiných cílů. Pracovníci a uživatelé se takto setkávají v KC dlouhodobě, např. několik let a je možné tuto práci nazvat jako CM, protože se pracovníci zajímají i o jejich životní situace a snaží se je vnímat komplexně i s jejich kontinuitou (i když o nějakou kontinuitu ve smyslu vývoje uživatelé aktivní zájem nejeví). Je nutné podotknout, že zvláště pro praktickou práci s uživateli KM je toto teoretizování o CM a IP jen málo užitečné.

V praxi a komplexu práce s uživateli KM jde především o:

- častý kontakt s uživateli
- monitoring a reflektování jejich situace
- někdy i o zprostředkování jiné služby (např. ošetření u lékaře)
- někdy i o konkrétní IP v jednoduché menší zakázce
- nejčastěji o naplňování jejich potřeb prostřednictvím harm reduction služeb

Tato nejčastější práce s nimi spadá především do modelu zprostředkovávání, tedy brokers CM i s přítomnými výraznými prvky CM klinického případového vedení nebo spíše pokusy o něj (více viz kap. 4.1). Jedná se o dlouhodobě opakující se poskytování a někdy zprostředkování služeb za účelem zajištění aktuálních zakázek uživatelů. V logice Z108 se toto vše nazývá jen a pouze IP, připomínáme že pojem CM ani jiné výše zmíněné termíny v Z108 nenacházíme.

Tento způsob práce s uživateli KM je nejvhodnější – protože s dlouhodobou zakázkou a následně i takovým cílem pro spolupráci se u drtivé většiny z nich stejně nesečkáme (často ani se střednědobým cílem – více viz výzkumná část práce) a především, v souladu s přístupem orientovaným na úkoly (viz níže) odpovídá tato praxe předpokladu že *„krátkodobá a jasně zacílená intervence může být stejně užitečná jako dlouhodobá terapeutická práce s klientem, nebo dokonce užitečnější“* (Matoušek, 2003, s.163).

K pochopení pojmu IP v Z108 a pojmu CM lze použít ještě další pohled - inspektor kvality sociálních služeb Haicl mluví o **IP jednoduše jako o procesu dojednávání způsobu poskytnutí a využití služby v zařízení**. Rozlišuje dvojí chápání toho dojednávání :

- IP v širším smyslu, kdy jde o jakékoliv plánování i naprostých drobností týkajících se **aktuálních situací** uživatelů

- a IP v užším smyslu, kdy jde o nahlížení cílů uživatelů **v širším kontextu**, „poodstoupení“ od optiky aktuálního okamžiku v životě uživatelů.

(Haicl, 2011)

Právě jako toto IP v užším smyslu lze chápat samotný CM, **zde oba termíny můžeme nahlížet jako synonyma** (oba přístupy mají dokonce shodné principy i fáze práce - viz kap. 4.1 a 4.3) Pracovník je s uživatelem v dlouhodobém kontaktu, konkrétním způsobem podporuje kontinuální vývoj jeho situace, ta se vyvíjí a nejedná se pouze o poskytování ojedinelých služeb uživateli. I takto se někdy s nízkoprahovými uživateli pracuje a u některých poskytovatelů toto může být dokonce cíl a zaměření práce s nimi - snaha o vývoj jejich situace až k sociálnímu začlenění. O tom již pojednávaly dřívější kapitoly a připomínáme, že v případě uživatelů KM to je příliš vysokým ideálem. Ale může k tomu také někdy docházet.

Uživatelů KM se však týká zejména toto IP v širším smyslu, zaměřené hlavně na „ted’ a tady“. Dlouhodobá kontinuální podpora ve smyslu vývoje, tedy klasický CM a vývoj jejich případu bývají spíše výjimečné. Práci s nimi lze nazvat jako neustálou opakovanou aplikaci IP zaměřenou na zakázky „ted’ a tady“.

Existuje i další termín a model práce využitelný v praxi nízkoprahových uživatelů. V kapitole 4.3.1 věnované IP bude vysvětleno pojetí práce s cíli uživatelů a) „teď a tady“ b) střednědobé c) dlouhodobé. Právě jako střednědobé IP lze chápat práci totožnou s tzv. **přístupem orientovaným na úkoly**. V tomto přístupu lze opět identifikovat všechny postupy a fáze CM a IP, i když jsou jinak pojmenovány. Tento přístup popisuje např. Navrátil, když mluví o práci s uživatelem na jeho cíli/problému, která probíhá v cca 10 setkáních. Postupuje se v navazujících 6ti krocích – přípravě, exploraci problému, dohodě na cílech, formulace a plnění úkolů, ukončení, ověření výsledků. Vychází se zde z tzv. partnerství a posilování – uživatel je vůdčí autoritou a rozhodujícím prvkem v procesu a staví se na „*jeho silných stránkách než na analýze jeho nedostatků a snaží se spíše pomáhat než léčit*“ (Navrátil, 2007,s.231). Úkolově orientovaný přístup je vhodný pro uživatele KM i proto, že se v něm významně promítají i behaviorální postupy a vychází i z myšlenky, „*že malý úspěch rozvíjí sebedůvěru a sebeúctu a že se lidé více angažují v úkolech, které si sami zvolili*“ (Navrátil, 2007,s.231) Právě tyto přístupy jsou pro tuto cílovou skupinu nejefektivnější. Zároveň, jak bylo zmíněno výše, se nejedná o dlouhodobou práci, která je ve většině případů pro tyto uživatele nepoužitelná.

Podrobnější popis konkrétních zásad práce CM a IP obsahují následující kapitoly – pohled na CM dle Stuchlíka a Probstové a pohled na IP dle Z108 a z něj vycházejících autorů. Shrňme, že převážně považujeme IP jako součást a nástroj CM, i když mají jak IP i CM shodné postupy. To může být matoucí, zvláště když v logice tzv. IP v užším smyslu je IP totožné s CM.

Výstižně a pro odlehčení této kapitoly - této spíše teoretické zátěže lze uzavřít, že ačkoliv je CM „*současnou moderní praxí, většina profesionálů nemá jasno ohledně jeho obsahu a účelu*“ (Cnaan, 1994,s.548). Dokonce řada některých funkcí CM není v jeho různých variantách používána vůbec nebo se liší jejich aplikace program od programu a že CM „*je praktikován tolika způsoby, že samotný tento termín stejně jako i efektivita této metody, se zdají být definovány ad hoc (tedy až na základě procesu samotného)*“ (Cnaan, 1994, s.549).

4.1 Case management

Proces práce v rámci CM výstižně charakterizuje např. Probstová : „*Případový manažer potřebuje pro svou práci čas, který je důležitým faktorem při navazování vztahu a poznávání potřeb klienta. Při volbě intervencí bere manažer v potaz věk, aspirace, životní styl..... Nezbytná je také reflexe.....často se ukáže, že první plány a cíle byly spíše testem vzájemných vztahů. Vedení případu je tvůrčí činnost, závazek k dlouhodobé partnerské spolupráci, která staví před sociálního pracovníka otázky, kdy podporovat a pomáhat, kdy převzít odpovědnost.....*“ (Probstová, 2005, s.141) Ideální case manager pracuje jako obhájce, zprostředkovatel, diagnostik, organizátor, evaluátor, poradce a terapeut, neměl by opomínat i podporování rodin a dalších blízkých osob uživatelů, podporovat vývoj místní sociální sítě aj. (Cnaan, 1994)

Je možné rozlišit **různé modely CM**, jejichž většina má historický původ především v USA druhé poloviny dvacátého století. Probstová popisuje tzv. brokers model, kde pracovník pouze zprostředkovává a koordinuje služby, dále tzv. klinické případové vedení, kde je pracovník již více ve vztahu s uživatelem a přímo mu i poskytuje služby a tzv. sociální případové vedení, kde se klade důraz na podporu sociální sítě uživatele. Jako nejintenzivnější model práce vnímá tzv. ACT, asertivní komunitní léčbu/přístup. (Probstová, 2005)

CM obsahuje několik základních principů a s uživatelem se postupuje v různých fázích (které jsou v podstatě totožné s požadavky Z108 na IP, viz kap 4.3). V popisu CM vycházíme zde především ze Stuchlíka (2002) a jeho knihy Case management – asertivní komunitní léčba, ve které vysvětluje teorii CM a dále podrobněji rozvádí jeho praktické aplikace, zejména v oblasti lidí trpících duševním onemocněním. Vše je obecně dobře použitelné i pro uživatele KM a v praxi se tímto způsobem v IP s nimi pracuje.

Existuje 6 zásad pro CM :

- primární zaměření na zdravé a silné stránky uživatele
- důležitost kvalitního vztahu pracovníka a uživatele
- vůdčí rozhodovací role uživatele (pouze např. v případě ohrožení jeho života je možno jednat proti jeho vůli)
- potřebná asertivita intervencí (nespoléhat se na to, že uživatel službu a vývoj situace bude vždy iniciovat sám)

- nutná důvěra v možnost pozitivní změny a vývoje
- využívání jak služeb, tak zdrojů v přirozené komunitě

(Stuchlík, 2002, s.17)

Pro CM s uživatelem jsou **dle Stuchlíka (2002, s.18) 4 základní oblasti úkolů:**

1) v **úvodní fázi** se jedná o :

- vznik a budování vztahu s uživatelem
- vyšetření/hodnocení situace a potřeb uživatele - to probíhá především v rozhovoru s ním, doporučuje se spíše „nechat jej povídat“ a klást otevřené otázky než jen „sbírat data“. Pracovník a uživatel se mohou rozcházet v identifikování potřeb a vnímání důležitosti jejich naplnění, je třeba tedy zachovávat respekt k uživatelovu pojetí (až na krajní případy např. zneužívání či týrání).

- **individuální plánování** (dle Stuchlíka) – **účelem je „zmapovat potřeby a silné stránky klienta a naplánovat kroky, jež je třeba podniknout.“** (Stuchlík, 2002, s.26) Vše musí být srozumitelné a formulované především pro uživatele - z jeho pohledu na situaci. K tomu ho může pracovník někdy navést. Pro zaznamenání tohoto procesu a strukturování dohody se sestavuje tzv. **individuální plán, který obsahuje:**

- silné a slabé stránky uživatele
- zvolené cíle – jejich popis musí být konkrétní - tak že to umožňuje i pozdější kontrolu/zjištění jejich naplnění
- zvolené kroky vedoucí k cílům – s přesným popisem kdo, kdy a jaký krok podnikne/naplní, někdy může mít toto přesné plánování i podobu písemné smlouvy mezi pracovníkem a uživatelem i s určením odpovědností všech stran

(Stuchlí, 2002)

(pozn. - všechny tyto aspekty IP jsou totožné i s vymezením dle Z108, viz kap. 4.3)

2) ve **fázi intervencí zaměřených na prostředí** se pracovník soustředí na :

- vytváření vazeb uživatele s podpůrnou sítí – ať už se jedná o finanční či materiální zdroje nebo o využívání služeb či jiné odborné péče. Zde je důležité maximalizovat jeho nezávislost. Pro úspěšné navazování vazeb může pracovník komunikovat a vyjednávat s dalšími subjekty (nejčastěji se souhlasem uživatele) nebo jej přímo v takové komunikaci podporovat. Dále by měl posilovat a oceňovat jakékoliv jeho úspěchy či drobné kroky v kontaktech s prostředím.

- často jde o zprostředkování návazných služeb

- dále se pracuje na udržování a rozšiřování sociálních sítí, kvalitních a osobních vztazích s lékaři, úředníky a dalšími subjekty

3) ve **fázi intervencí zaměřených přímo na uživatele** se v případě lidí s duševním onemocněním jedná o specifické nácviky, způsoby léčby a terapie. U jiných cílových skupin se toto bude samozřejmě odlišovat. Jedná se tedy souhrnně o postupy ovlivnění uživatelových potíží a to práci s ním samotným, s jeho schopnostmi, dovednostmi, postoji, jeho zdravotním stavem... Jde o přímou práci s hlavními subjektivními faktory určujícími jeho situaci.

4) ve **fázi intervencí zaměřených na interakci uživatele s prostředím** se jedná např. o krizovou intervenci nebo rodinnou terapii a z pohledu IP dle Z108 především o **monitorování**, které je velmi důležitou součástí této práce. Pracovník musí zajistit **revizi a práci s výsledky** z řady důvodů – pro zajištění kontinuity práce, pro reflektování aktuálních situací, změn potřeb uživatele, efektivní reagování...

Zde vyvstává i otázka udržování kontaktu s uživatelem, mírou vyváženosti asertivity pracovníka a respektováním uživatelské samostatnosti - „*musí vycházet z odhadu rizika, že klient ztratí kontakt se službami a ocitne se v budoucnu v nebezpečné krizi*“ (Stuchlík, 2002, s.37).

Ve všech modelech i zmíněných 4 fázích CM nalzáme **pracovníka v základních 2 pozicích** – buď jen koordinuje s uživatelem kontinuitu vývoje jeho situace a využívání služeb, nebo spolu s tím i některé služby sám poskytuje. V praxi může také pracovník pouze zprostředkovávat služby jiných subjektů, samotnou takovou práci je však od CM třeba odlišit – v CM spolu s tím také mapuje uživatelské potřeby, plánuje, reviduje... Stuchlík ze své praxe CM s lidmi s duševním onemocněním zdůrazňuje dále aspekty **týmové práce**, spolupráce case managera či klíčového pracovníka s kolegy, jeho zastupitelnost, porady, předávání informací... (Stuchlík, 2002).

V praxi s uživateli KM tato týmovost vystupuje také jako velmi významná, jelikož se ještě více jedná o nízkoprahový provoz s rychlým, každodenním a náhodným střídáním uživatelů ve službách, narozdíl od klidnějšího času a prostoru pro individuální a naplánovanou (či předem dohodnutou) schůzku s duševně nemocným uživatelem.

Mezi **výhodami CM** jmenuje **Stuchlík (2002)** tyto aspekty :

- zlepšení **dostupnosti** služeb uživatelům, především těm, kteří by bez pracovníka CM těžko služby sami vůbec vyhledali a ucházeli se o ně
- **kontinuitu** ve smyslu umožnění předcházení relapsům a zhoršení situací uživatelů, tím že je pracovník průběžně monitoruje
- **přizpůsobivost** individualitě uživatele, pracovník může lépe vycházet vstříc uživateli a jeho jedinečným potřebám než v klasických službách dostupných v jednom velkém bloku v jedné instituci. S tím se pojí i **efektivita**, jelikož se ušetří (nejen finančně) na provozu služeb, které není třeba zajišťovat.
- **výhody pro pracovníky**, např. zvýšení jejich autonomie. Přesunutí odpovědnosti a rozhodování těm, kteří jsou uživatelům nejbliže a tedy nejlépe vnímají jejich situace a potřeby. To jistě znamená v důsledku **přínosy pro uživatele**. Např. zdravotní sestra nebo pečovatelka má o uživatelově situaci často lepší informace než jeho lékař – v praxi bývá však bohužel minimálně využita v rozhodování, konzultacích...

V případě **práce s uživateli KM** jsou některé tyto pozitivní aspekty platné - jejich CM (klíčový) pracovník jim pomáhá **dostat se ke službám**, ke kterým by jim v praxi stály velké překážky (např. ošetření u lékaře, jednání na úřadech). V případě služeb KC platí také jejich **individuálnost a přizpůsobivost uživatelům**. Ti mají svého klíčového pracovníka, který je s nimi v úzkém a častém kontaktu a pracuje s jejich jedinečností, snaží se s nimi navázat kontakt, motivovat je.... Samozřejmě že tato přizpůsobivost má své meze – hranice kardinálních a dalších pravidel pro využívání služeb KC. Ty je třeba respektovat a až na vhodné výjimky udržet, zejména v případě těchto závislých uživatelů (pro jejich životní styl a postoj je totiž typické porušování řady pravidel a hranic). Dalším významným omezením individuálního přístupu je kapacita pracovníků. Příliš často se totiž v praxi fungujícího provozu setkáváme s přetíženými pracovníky (Cnaan, 1994)

Co se týče zmíněné **kontinuity**, u uživatelů KM ke zhoršením a relapsům dochází často, což souvisí s jejich destruktivním drogově závislým životním stylem. Pracovník tedy může reagovat a pracovat spíše na přímém řešení již nastalých akutních stavů než na jejich předcházení. Nejvýznamnější předcházení zhoršením zde přináší především ViP stříkaček. **Podrobně o aspektech reálného CM v práci s uživateli KM pojednává především následující kapitola.**

Ve světě existovala (a existuje) velká **řada různých modelů CM**, Stuchlík jich popisuje více než desítku. Při jejich hodnocení uvádí především řadu jejich pozitivních efektů – vyšší životní spokojenost uživatelů, zlepšení v oblasti zaměstnání, snížení konfliktnosti a opětovných hospitalizací. Ohledně jejich negativ zmiňuje jen stručně např. nejednotnou metodiku neumožňující evaluaci a porovnání jednotlivých modelů a některé organizační prvky, pro které nebylo možné některé modely CM dále aplikovat a rozvíjet i v jiných prostředích/městech (více o nevýhodách CM viz kap. 4.2).

Pro příklad použití CM zmíníme např. model Skid row v Los Angeles, který byl zaměřen na duševně nemocné bezdomovce. Fungoval prostřednictvím zřízení nízkoprahového centra, kde jim bylo přístupné psychiatrické vyšetření, socializační a „rekreační“ program a především zajištění sociálních dávek a finančního (týdenního) plánování a hospodaření s penězi uživatelů. Právě touto finanční stránkou začínala efektivní spolupráce s těmito bezdomovci. Dalším zajímavým modelem je Thanet, který byl určen pro seniory a velmi ovlivnil rozvoj britského CM. Zde pracovník disponoval přímo finančními prostředky pro každého uživatele, se kterými nakládal v týdenních intervalech a činily výši 2/3 nákladů běžné lůžkové péče. (Stuchlík, 2002)

4.2 CM v praxi – hranice i nevýhody tohoto přístupu a práce s uživateli KM

CM se rozvíjel a rozvíjí především v USA a řada služeb po celém světě zde získává inspiraci. **Cnaan**, který působí na Pensylvánské univerzitě v Philadelphii, ve své práci „**The new american social work gospel – case management of the chronically mentally ill**“ však varuje před nadšeným a nekritickým přejímáním tohoto přístupu. Opět **vychází především ze zkušeností s duševně nemocnými uživateli**. Zmiňuje, že je ale v řadě zemí USA CM přístupný širokému spektru skupin uživatelů. To souvisí s **deinstitucionalizací služeb**, která totiž vedla k roztržštění dostupnosti péče a uživatelé tak potřebují koordinovat využívání těchto nyní již osamostatněných služeb.

Cnaan upozorňuje na základě řady studií i vlastní praxe na řadu omezení a nevýhod „záračného“ a velice populárního CM, na aspekty, které většina literatury opomíjí. Např. říká, že CM nezplnomocňuje uživatele. Cnaan vychází z řady autorů, což je označeno v dalším textu, nicméně v jiných zdrojích dostupných v našem prostředí ČR kritické pohledy

na CM příliš nenacházíme. Např. Matoušek tento přístup ani ve svém Slovníku sociálních služeb z roku 2008 nezmiňuje.

Cnaan (1994) nejprve charakterizuje typický CM v USA jako model koordinace a zpřístupňování služeb uživatelům, které zajišťuje často pracovník s nízkým vzděláním. Kromě toho zmiňuje i další **varianty CM**, dále rozdíly v kapacitě pracovníků v jeho různých variantách (např. od 5 uživatelů po 300), dostupnosti pracovníků (od 24/7 po omezení na provozní dobu). Nepovažuje žádný model CM za kvalitnější, a jelikož je termín CM prezentován často bez přítomnosti precizních definic, doporučuje v jakémkoliv popisu a pokusu o **použití CM charakterizovat konkrétně jeho funkce, cílové skupiny a další aspekty**.

O efektivitě CM existuje rozšířený názor, že snižuje náklady služeb tím, že zkracuje dobu hospitalizací uživatelů, dále že zvyšuje kvalitu jejich života a zvyšuje udržení jejich pobytu v přirozeném prostředí. Na základě zhodnocení 20 studií bylo zjištěno, že má CM více pozitivních přínosů než těch negativních – a vyvozeno dále, že i když však není CM plně efektivní v pomoci uživatelům, alespoň jim neublíží (Cnaan, 1994). Cnaan zmiňuje však i studie, které pro CM (zejména pro zprostředkovatelský model) příznivé nebyly – v jejich závěrech našel, že např. uživatelé CM využívali více služeb než ti bez pracovníka CM, což sebou neslo i vyšší finanční náročnost a že 75% redukce délky pobytu v nemocnicích byla „vyvážena“ 193% nárůstem strukturované péče při domácím pobytu (Cnaan, 1994). Cnaan uzavírá, že pro zhodnocení efektivitě CM je potřeba více přesných studií, zaměřených i např. na zjištění, zda CM jako metoda může být zobecněna a zda zvyšuje nezávislost a sebeurčení uživatelů.

V dalších kapitolách následuje většina Cnaanových upozornění k aplikaci CM, která mají obecnější platnost a nejsou většinou omezená pouze na zmíněný nejčastější model CM v USA. Jak je hned popsáno, lze s těmito aspekty souhlasit a hrají významnou roli i **v praxi s uživateli KM**.

Cnaan uvádí **nevýhody a omezení CM** v následujících 4 základních oblastech :

- 1) vliv CM na uživatele
- 2) typ uživatelů vhodných pro CM
- 3) realizování CM
- 4) kdo zajišťuje CM

Kromě následujících aspektů CM je však třeba si dle Cnaana uvědomit především to, že **samotný pojem CM je nejasný** a jedná se o přístup, který je ve svých začátcích a rozvoji. V současnosti se tento termín používá k popisu škály intervencí s různými efekty na uživatele (Cnaan, 1994).

4.2.1 VLIV CM NA UŽIVATELE

Dle Cnaana je :

- dopad CM významný až po **relativně dlouhé době**, cca po 12 – 24 měsících práce. Z tohoto důvodu někteří pracovníci zastávají režim poskytování podpory bez(!) časových omezení.
- pro zajištění efektivity CM musí být **poskytování podpory nepřerušované**, „*jakmile se přeruší, výsledky výzkumné skupiny mají zhoršující se tendenci*“ (Cnaan, 1994, s.542)

Z těchto pohledů je CM nahlížen jako udržovací program, který spíše aktivně podporuje uživatele než by je zplnomocňoval k nezávislosti. Je totiž zaměřený primárně na koordinaci služeb a tím se stává spíše nástrojem sociální kontroly **vedoucím k závislosti uživatelů** (Cnaan, 1994,s.542).

Tedy ne nástrojem vedoucím k sociálnímu začlenění. Toto odpovídá víceméně i realitě práce s uživateli KM, která probíhá především v rámci zprostředkovatelského CM - pracuje se především s cíli jejich aktuálních potřeb, ty se za větší či menší spolupráce uživatelů zajišťují a práce se samotným uživatelem a jeho posunem je spíše výjimečná. S tím se pojí i dlouhodobé (neomezené?) finanční náklady na tuto službu.

4.2.2 TYP UŽIVATELŮ VHODNÝCH PRO CM

Dle Cnaana (1994) :

- CM **vyžaduje alianci mezi pracovníkem a uživatelem**, vytvoření vztahu a důvěry. To není možné u všech typů uživatelů, např. pro lidi s poruchou osobnosti nebo zážitkem týrání a zneužívání v dětství je práce v CM přinejmenším velmi náročná.

- CM byl testován a je aplikován především u **skupin nejpotřebnějších uživatelů**, nejsou přesvědčivé důkazy o jeho efektivitě pro méně zatížené uživatele.
- z hlediska **demografických a etnických faktorů** není CM vhodný bez omezení, např. se v různých studiích uvádí, že černoši využívají více služeb vázaných na hospitalizaci než ambulantních, zatímco u asiátů nebo hispánců je tomu naopak. Také se našly významné rozdíly v užívání CM mezi muži a ženami. (Cnaan, 1994).

Nejedná se tedy o metodu, kterou by bylo vhodné používat plošně a je třeba zvažovat jeho cílovou skupinu. V případě uživatelů KM nelze z tohoto ohledu vyvodit přesnější závěry, z důvodu nedostatku výzkumů těchto oblastí. Lze se domnívat, že u nich mohou hrát roli někdy např. poruchy osobnosti a pak by s nimi byla CM spolupráce obtížná. Naopak, pokud by se uvolili k bližší spolupráci v kontinuálním CM, patřili by uživatelé KM obecně mezi vhodné – protože jsou převážně chronicky závislí na drogách, tedy uživatelé s nejobtížněji ovlivnitelnou životní situací.

4.2.3 REALIZOVÁNÍ CM

Dle Cnaana :

- většina modelů CM má **tendenci k řízení pracovníkem**, uživatelovy schopnosti dělat správná rozhodnutí jsou nahlíženy jako (velmi) omezené. Výjimkou je rehabilitační model CM (Cnaan, 1994).

Toto platí i v praxi se závislými uživateli KM a jistě i s jinými, např. duševně nemocnými. Lze odhadnout, že pokud bychom zkoumali názor pracovníků o náhledu uživatelů na jejich situaci, zjistili bychom že je asi považují např. za neorientované, apatické, příliš optimistické nebo např. naivní ve svých názorech a chápání reality a souvislostí své situace – především samotné závislosti na drogách (také viz. nahlížení bezdomovců na svou situaci v kap. 2.2). Taková a v praxi s uživateli drog bývá i skutečnost a proto, že tedy sami svou situaci těžko zhodnotí, je pro tuto skupinu naopak přístup CM možno považovat za vhodný. **Jsou tak v kontaktu s někým, kdo jim pomáhá lépe se orientovat**, snaží se je nenásilně vést a tím mohou být i úspěšnější v dosahování cílů.

Určitě by měli uživatelé ale zůstat těmi, kteří rozhodují o dalším dění, nakonec stejně řízení pracovníkem tito drogoví uživatelé většinou ani nerespektují a takové spolupráce se neúčastní. Pocit svobody je pro ně důležitý a řada jich pro něj obětovala svůj životní komfort (nepracují, nemají své bydlení). Cnaan doporučuje, aby se v CM pracovalo s uživatelským řízením služby lépe než pouze přeznačkováním cílů služby za osobní cíle uživatele. S tím lze souhlasit, zejména proto, že je třeba navodit silnou motivaci uživatelů – to by nebylo možné u cílů, které by nějakým způsobem nepovažovali za opravdu vlastní. Zároveň je třeba pamatovat i na to, že musí vše probíhat v rámci poslání a cílů služby.

- čím vyšší je počet uživatelů na jednoho pracovníka, tím vyšší je pravděpodobnost že CM bude řízen pracovníkem na úkor uživatele.

- čím vyšší je počet uživatelů na jednoho pracovníka, tím spíše bude pracovník reagovat spíše na iniciativy uživatelů než by sám inicioval kontakty s nimi (monitoroval jejich situaci, revidoval..). Tím se do intenzivnější služby dostávají (jen?) **uživatelé asertivnější, na úkor těch nejpotřebnějších.**

Pracovník je v praxi často zatížený vysokým počtem uživatelů a úkolů a spíše než na proces CM a jeho kontinuitu je schopný reagovat, až když dochází u uživatelů k výraznému (tedy patrnému) zhoršení jejich situace. Tedy stává se více spíše zprostředkovatelem dalších služeb. V případě pracovníků KC v Plzni a uživatelů KM je toto realitou, pracovníci bývají zahlceni množstvím nízkoprahových uživatelů a jejich agendou, ke kontinuálnímu dlouhodobému sledování a práci s jejich situací často nedochází. V praxi se daleko častěji reaguje na akutní zhoršení jejich situací, např. zprostředkováním zdravotnické péče. Nebo se reaguje na aktuální (akutní) motivaci a zakázku asertivních uživatelů, kteří o něco sami projeví zájem. Pak se individuálně plánuje, většinou s malými výsledky (viz výzkumná část této práce) a často po krátké době (např. do 2 týdnů) situace „vyšumí“ a uživatelé pokračují svým původním životním stylem.

Samozřejmě že toto „akutní nasazování opatření“ souvisí kromě kapacity pracovníků i s dalšími faktory – především stavem nestabilní motivace uživatelů a jejich převážným zaměřením na zakázku „ted' a tady“.

- v práci v CM jsou široce **opomíjeni blízcí lidé a rodina uživatelů**. Přitom právě oni jsou nejčastěji „experty“ na jejich osobnost a mají kontinuální zkušenosti s vývojem jejich situace, znají/zažili řady intervencí a jejich účinek. Často jsou i nadále s uživateli v denním kontaktu a

mohou být velmi nápomocni v jejich situaci a stejně jeho situaci významně ovlivňují. V případě duševně nemocných bylo zjištěno, že právě kvalita jejich života se zlepšila, potom když byli do práce s nimi vtaženi jejich blízcí lidé kteří prošli psycho-edukačními programy (Cnaan, 1994).

Co se týče uživatelů KM, je tento aspekt také významně přítomný, k práci s jejich např. rodinou totiž dochází jen naprosto výjimečně. Přitom by však mohla významně ovlivnit jejich další vývoj – v praxi se totiž často závislí lidé chodí léčit právě pod tlakem blízkých lidí. Většina uživatelů KM však bývá dlouhodobě bez kontaktu s těmito lidmi, jimi z domova „vyhnáni či zavrženi“. To bývá většinou zdravá obranná reakce rodiny na jejich problematické projevy. V praxi však možnost kontaktu s rodiči někteří vnímají i pozitivně nebo neutrálně, pokud se podaří s nimi na toto téma více hovořit.

- příliš velké **zatížení agendou na úkor klíčové práce** s uživateli. Cnaan (1994) uvádí že v CM je více jak 50% pracovníkova času spotřebováno na úkoly, které nejsou určené uživateli (37% na administrativu + další na porady, supervize apod.). Dále zmiňuje, že většinu času tráví pracovník příjmem, hodnocením, monitorováním uživatele a doručováním služeb na úkor klíčových činností – prosazování zájmů uživatele a vyhledáváním vhodných služeb. Z důvodu zajištění efektivity CM je třeba udržovat nízký počet uživatelů na pracovníka a tím vším se CM stává méně produktivním než jiné druhy terapie.

V případě práce v KC CPPT tato administrativní a konzultační činnost zahrnovala odhadem zhruba 25% a více času pracovníků. Co se týče práce s uživateli KM, **velká část tohoto zbývajícího času byla využita na přímé poskytování služeb** (např. ViP, sprchy, ošetření). V další části času stráveného s uživatelem se jednalo o rozhovory o jeho situaci nebo zakázce a jejím zajištění. Je možno opět jen odhadnout, že tedy zhruba 50 - 75% zbývajícího času padlo na služby a 25 - 50% na práci s jejich situací. (naznačují tomu i výsledky výzkumu – zjištěný podíl čerpání nízkoprahových a prahových služeb). Je však třeba nezapomínat, že i přímo u poskytování nízkoprahových služeb s uživateli také pracovník hovoří – tedy pracuje aspoň nějak s jejich situací, a proto zde uvedená čísla jsou jen hrubé odhady.

Kromě struktury práce a provozu tato možnost zajišťovat klíčové činnosti CM s uživateli souvisí i s kapacitou pracovníků a služby vůbec. Ta byla ve sledovaném období

výzkumu často na horní hranici naplněnosti – bylo spíše pravidlem sledovat, zda se do KM aktuálně vejdu další uživatelé a nebo zda budou muset přijít později, až se KM uvolní.

- pracovník často **ztrácí kontinuitu práce a vůbec kontakt s uživatelem při jeho hospitalizacích**. Pokud je v nemocnici, stává se objektem zájmu zdejšího personálu, pracovníci CM nejsou součástí této práce a ani nespolupracují na plánech návratu uživatele do přirozeného prostředí.

V případě uživatelů KM je tento aspekt naopak žádoucí, to aby se nevraceli do skupiny lidí „na ulici“ a do služeb CM pro závislé, ale aby se od této části svého života plně odpoutali. Aby toto bylo úspěšné, je důležité dobře uživatele do léčby a dalšího vývoje připravit, motivovat, poté dobře „předat“ a rozloučit se.

V jejich případě dochází však častěji než k léčbám ještě k dalšímu přerušení kontaktu – k jejich umístění do vazby či výkonu trestu odnětí svobody. Pak je zde pro ně možnost pokračujícího korespondenčního kontaktu s pracovníkem, který v praxi někteří uživatelé navazují. I když si pak dopisují cca max 1x měsíčně, může to hrát významnou roli v jejich situaci. S pracovníkem udržují kontakt a může se prohlubovat i jejich motivace k dalšímu nedrogovému životu a mohou se v tom i zajišťovat konkrétní kroky.

Je možné shrnout, že jakékoliv umístění uživatelů KM do jiných než nízkoprahových služeb, jejichž cílem je nedrogový život, je žádoucí a je jedním z cílů práce s nimi. Tedy ukončení kontaktu s „drogovým“ KC. Důležité je při tomto odchodu, ke kterému u některých z nich dochází, „jím nezavírat dveře“ a také být opatrný na jejich zabřemenění tím, že „to musí zvládnout“. Jejich situace v praxi bývá totiž často/převážně chronická a do služeb KC se také znovu vracejí.

Nakonec je třeba chápat, že nejčastější přerušení kontinuity práce s uživateli KM – či spíše **přesněji vůbec nenavázání takové kontinuální práce** – je především zapříčiněno nepravidelným, chaotickým a roztříštěným kontaktem pracovníka s uživatelem. K tomu dochází především pro jejich způsob života „ted’ a tady“, kdy jsou v jakémkoliv směřování k cílům výrazně limitováni aktuálním děním na ulici.

4.2.4 KDO ZAJIŠŤUJE CM

Dle Cnaana (1994) :

- se často jedná o **pracovníky s nízkou nebo neodpovídající kvalifikací, kteří jsou v souvislosti s tím hůře placeni** (pozn. platí v USA a dříve i v ČR). A takto jsou služby zajišťovány těm nejzranitelnějším uživatelům. Zároveň se od pracovníků CM očekává zajišťování řady úkonů, kterou jsou poza jejich kvalifikací, např. lze za jeden z hlavních prvků CM považovat terapii či terapeutický vztah. Takové nároky lze jen těžko klást na málo placené pracovníky.

Samozřejmě, že výše vzdělání pozitivně ovlivňuje kvalitu služby, a proto v sociálních službách v ČR mohou pracovat od r 2007 na základě Z108 jen kvalifikovaní pracovníci. Co se týče výše jejich platu a vůbec finančního zajištění služeb, je tato situace z určitého pohledu katastrofická. Zařízení KC a řada dalších služeb v ČR jsou provozována neziskovými organizacemi, které sice dostávají státní dotace, ale je již tragickým zvykem jejich několikaměsíční opožďování. To pravděpodobně souvisí i s politickou situací a také s postojem např. ministerských úředníků k sociálním službám. Ty jsou totiž poskytovány těm nezranitelnějším, ale také často těm nejopovrhovanějším lidem ve společnosti....a zároveň je tyto sociální služby jen velmi těžko „napravují“ a začleňují zpět do společnosti. Více tuto koncepční a finanční stránku sociálních služeb nebudeme v této práci rozvádět.

- **pozice pracovníků CM** jsou často těmi nejnižšími v **profesionální hierarchii**. Je proto pro ně poměrně velká výzva efektivně spolupracovat s jinými profesionály a např. obhajovat zájmy klienta. Řada odborníků ani ještě nezná práci a význam pracovníků CM.

V případě uživatelů KM v ČR je u odborníků stále častý negativní postoj k nim - k „narkomanům“, a také je časté nepochopení či odmítání HR filosofie - důvodů „rozdávání stříkaček“. Zároveň však odborníci statut sociálního pracovníka poměrně dobře uznávají (nebo nezavrhují), jsou většinou otevřeni spolupráci a tak se daří postupně budovat jejich spolupracující síť. Možná i proto, že sociální pracovník je obecnější pojem a jedná se o známý statut i např. pracovníků OSPOD, soc. odborů aj. Lékaři a jiní profesionálové většinou na dobře (vstřícně i asertivně) komunikujícího pracovníka pozitivně reagují, třeba i proto že jim usnadňuje práci s pro ně obtížným uživatelem. Důležité je, aby tento začínající pozitivní vztah

s odborníky nebyl ztracen – např. nepříjemným vystupováním pracovníka a také následnou špatnou spoluprací a/nebo problémovým chováním samotného uživatele. Sociální pracovník by jej měl na vstup do péče jiných odborníků dobře připravit a často je nutné jej i doprovázet.

- **fluktuace pracovníků** také významně narušuje proces CM s uživatelem, protože ten je podmíněný kvalitním vztahem a důvěrou s ním. Řada pracovníků však po 2 letech opouští tuto práci z důvodů burn-outu a to vede ke ztrátě kontinuity a přijímání nových nezkušených pracovníků. (Cnaan, 1994, s.548)

V případě drogových služeb je vysoká emocionální zátěž a stres pro pracovníky spíše pravidlem, takže tyto služby relativně často opouštějí a to by mohlo narušovat potencionální kontinuitu a hloubku práce s uživateli. V případě uživatelů KM se jedná o ohrožení práce s většinou z nich - bývají nemotivovaní a/nebo neusilují o jiný způsob života a díky kvalitnímu, hlubšímu (tedy dlouhodobějšímu) vztahu s pracovníkem by se mohli „obrátit“ k léčbě a i do ní nastoupit. Jedná se zde tedy o teoretický potenciál, který by mohl umožnit změnu v jejich životě – u většiny uživatelů KM, kteří jsou již chronicky závislí a adaptovaní na svůj životní styl. U menší části uživatelů KM - těch motivovanějších nebo teprve „na ulici začínajících“, jak bylo zmíněno u přístupu orientovaného na úkoly (kap. 4), však dlouhodobá práce není potřeba a jsou efektivnější časově omezenější intervence. Pro posouzení tohoto tematu by však bylo potřeba specifického výzkumu.

Realitu fluktuace v drogových službách ilustruje např. situace v KC CPPT. Zde byl již „delší“ dobu relativně stabilní tým pracovníků – poslední 4 roky byli 3 pracovníci (tedy 50%) stálí, další 2 byli stálí v posledních 3 letech a 1 pracovník zde působil poslední 1 rok. Tedy 83% týmu bylo stále poslední 3 roky. V tomto období také došlo k několika změnám v úvazcích a pozicích 3 pracovníků, především z důvodu úspor ve financování služeb. To bývá v neziskovém sektoru také časté. Na konci tohoto „dlouhého“ stabilnějšího 4letého období 2 pracovníci z KC odešli.

- **týmovost v práci CM**, neočekává se, že by zde pracovníci působili nezávisle. Naopak jsou součástí širších profesionálních týmů, v případě práce s duševně nemocnými uživateli se jedná např. o psychiatrické sestry, sociální pracovníky, lékaře. Je tedy otázkou, zda si obdobnou profesionální podporu zajistí i další pracovníci, kteří se chystají CM zavádět.

V KC CPPT působí sociální (a kontaktní) pracovníci, zdravotní pracovník, konzultace a intervize zajišťují psychologka a psychoterapeutka, externě spolupracuje lékař a dále tým využívá 1x měsíčně supervizora.

- používání CM (zprostředkovatelského) v prostředích, kde není kvalitní infrastruktura dalších služeb, může uživateli spíše ublížit. „*CM nemůže být náhradou za služby samotné*“ (Cnaan, 1994, s.560). Často je pojem CM používán k zaštitění omezených a méně kvalitních služeb.

V případě uživatelů a služeb KM může jít o snahu poskytovat jim poradenské konzultace, které kromě motivační a sociální práce mají významné prvky psychoterapie. Uživatel často hovoří o intimních a hlubokých skutečnostech s pracovníkem, který je však, doufejme, kvalifikovaný pro sociální poradenství. Uživateli by někdy byl mnohem prospěšnější psychoterapeut, psychiatr nebo pracovník rodinné poradny. Bohužel, ve většině případů je nereálné, že by takové odborníky navštívil, už účast na konzultaci v KC je pro něj obrovským krokem. Lze tedy doporučit, aby na jedné straně pracovníci KC zvyšovali svou kvalifikaci i v těchto oblastech, ale zároveň aby si i byli vědomi svých hranic a směřovali primárně takové uživatele do odbornější péče. Stejně to platí v KC i např. pro zdravotní ošetření – pracovníci by neměli suplovat péči odborného lékaře.

V případě uživatelů KM se tedy často jedná o pohybování se na hranicích odbornosti pracovníků a to zejména z těch důvodů, že jde o zařízení kontaktní a o uživatele, kteří mají ve vstupu do jiných služeb velké překážky, vnitřní i vnější.

4.2.5 DOPORUČENÍ K APLIKACI CM

Vzhledem k uvedeným kritickým pohledům na CM a jeho některé aspekty, např. na přemíru odborných úkolů kladených na méně placené „paraprofesionální“ sociální pracovníky CM v USA (a v praxi často i v ČR), doporučují někteří autoři aby jejich roli opět převzal přímo pracovník-terapeut. K takovému kroku však z finančních oddůvodnění v USA po proběhlé deinstitucionalizaci služeb nedošlo a pokračuje se v systému služeb, kde je oddělený pracovník-terapeut a pracovník-zprostředkovatel. (Cnaan, 1994, s.546)

Někteří autoři tedy doporučují úplně od modelu služeb v rámci CM nakonec upustit. Cnaan spíše doporučuje být si vědom omezení CM a aplikovat jej až po jejich pečlivém

zvážení a po zvážení podmínek, do kterých jej můžeme chtít aplikovat. A být si vědom toho, že CM je metoda poměrně nová a probíhá svým vývojem (Cnaan, 1994).

Co se týče využití **CM v nízkoprahových službách**, praktická doporučení ohledně jeho aspektů u uživatelů KM jsou uvedena v předchozích kapitolách. **Lze však shrnout, že s nimi v praxi spolupráce klasickým celistvým/kontinuálním CM většinou neprobíhá a spíše se jim jednoduše poskytují ojedinělé služby či se s nimi někdy omezeně provádí IP (viz kap. 4) Je třeba být si plně vědom reality těchto uživatelů – jejich převážně nízké motivace k jinému životnímu stylu.** Jde o zaměření služeb a situací na „teď a tady“ nebo maximálně na střednědobou perspektivu. Samozřejmě, pracovníci se mohou pokoušet o pohled na vývoj jejich situace a kontinuitu v logice CM. V ojedinělých případech k tomu i v realitě KC dochází. Většina uživatelů však takovou spoluprací založenou na vlastním zájmu o cíle nenaváže a proto to u nich nelze považovat za klasický CM. Pracovník s nimi spolupracuje IP a chceme-li pak spíše CM zprostředkovatelským - na udržování, monitorování a poskytování i zprostředkovávání služeb, to je založené na jejich víceméně vědomém zájmu.

A je třeba pamatovat na to, že aby jak aspoň monitorování jejich situací a/nebo i realizace dlouhodobější zakázky byly v nízkoprahovém provozu vůbec možné, musí mít pracovník KC dostatečnou kapacitu na uživatele, nesmí být zahlcený pouze příliš intenzivním poskytováním služeb a ani agendou služeb. Zde může pomoci dostatek pracovníků v týmu. Zároveň je důležité, aby byli dostatečně kvalifikovaní pro sociální práci, která je u těchto uživatelů poměrně náročná a dochází často i k poskytování krizových intervencí a/nebo má jiné terapeutické rysy.

Jednodušší pohled na model práce s nízkoprahovými uživateli – tedy s většinou z nich přináší další kapitoly.

4.3 Individuální plánování

Požadavky na IP jsou podrobněji vymezeny dle MPSV především ve Standardech, v samotné V505 a i v Z108. Ve Standardu č.5 se mimo jiné uvádí že :

- a) poskytovatel má pro IP písemnou metodiku
- b) „*poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby*“
- c) „*poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle*“ a „*poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance*“

(Česko, 2006a, s.7043-7044)

Tyto základní principy jsou shodné i se zmíněnými principy rámce CM (viz kap 4.1). V § 88 odst f) Z108 se navíc k výše zmíněnému stanovuje potřeba vést o celém procesu IP písemné záznamy, v praxi dobře známé tzv. **individuální/rehabilitační plány** a jejich související dokumentaci. Takový plán však není pouze záznamem na papíře, tímto plánem je vše co obsahuje jeho důležité prvky a je projednáno třeba pouze ústní formou.

Záměrem tohoto plánování je **skutečný rozvoj a zlepšování situace uživatelů**, kteří bývali dříve např. v dlouhodobých pobytových službách často pouhými pasivními příjemci služeb, nebývalo přihlíženo k jejich skutečným zájmům a potřebám a důsledkem takovéto pomoci bylo spíše odloučení od společnosti než jejich maximální sociální začlenění. Některým uživatelům by mohly být tedy pouze poskytovány služby a zabezpečovány jejich potřeby spíše než aby se pracovalo na rozvoji jejich schopností, změnách situací a tak na jejich osamostatňování se od služeb. Z toho důvodu jsou stanoveny zmíněné požadavky na IP a **spíše než o potřebách se zde hovoří o osobních cílech** uživatelů.

Z popsaného vymezení IP lze shrnout především to, že **všichni uživatelé v zařízení musí být v procesu plánování zaměřeném na dosažení svých cílů prostřednictvím služeb, že je tento proces průběžně revidován (hodnocen) a že na něm s uživatelem spolupracuje určený tzv. klíčový pracovník**. Není přesně stanovena konkrétní podoba tohoto plánování, ani konkrétní podoba individuálních plánů ani jiné dokumentace.

Jak uvádí Janečková (2005) vychází **individuální plán** práce z posouzení uživatelské **situace a jeho potřeb**, na jejichž základě se stanoví **cíle a postupné kroky** které vedou

k jejich dosažení. Plán též stanoví **časový horizont** pro dosažení cíle a **potřebné služby** sociálních pracovníků, které uživatele podpoří a i **úkoly pro jednotlivé členy týmu**. Uživatel má svého tzv. klíčového pracovníka, který zaštiťuje IP s ním a na kterého se může obracet. Je také časté, že jednotlivé kroky IP realizuje multidisciplinární tým pracovníků, kteří mu poskytují rozmanitou podporu odpovídající jeho potřebám. Plán a celý proces plánování vyžaduje možnosti pružného reagování na změny situací, cílů, potřeb, a je tedy nutné ho **průběžně s uživatelem revidovat**. Hrušková, Landischová a Matoušek (2005) uvádějí možnosti zaměření - na **cíle dlouhodobé**, ke kterým vede cesta přes realizaci menších dílčích kroků a/nebo na **cíle krátkodobější**. V celém tomto procesu by měl dle Matouška (2003) pracovník považovat uživatele za schopného řešit svou situaci, znalého svých možností, motivace a potřeb, sebe samého. Měl by ho v tom podporovat a nechávat jej v aktivní roli realizátora změn.

V souladu s výše popsaným procesem a vymezením IP v sociálních službách v ČR konkretizuje inspektor kvality sociálních služeb Haiel (2011) tyto další požadavky :

- poskytovatel musí mít zpracované **metodiky pro celý proces IP**, které obsahují např. jak se přiděluje klíčový pracovník, přesně kdo, jak a kdy s uživatelem plánuje a jak vypadají záznamy o tom

- **cíl spolupráce** mít spojený s konkrétní domluvou s uživatelem, jak mu k jeho dosažení bude zařízení a služba prospěšné. Důležité je nenutit uživatele k realizování těchto cílů prostřednictvím plnění kroků, nepovažovat je za „povinné“. To by u nich mohlo vzbudit odpor a např. nízkoprahoví uživatelé by mohli do zařízení přestat docházet. Doporučuje pro tyto uživatele spíše o celém procesu, o nalézání cílů a o realizování nebo nerealizování kroků hovořit, pomáhat jim uvědomovat si potřeby, nalézat cíle, pojmenovávat souvislosti....

- průběžně revidování procesu spojit i s **průběžným hodnocením služby**, tedy jak je uživatel s jejím poskytováním spokojen, a o tomto vyhodnocení služby vést písemné záznamy. Toto hodnocení služby musí odpovídat zdravotnímu stavu uživatele i např. jeho vyjadřovacím schopnostem. Pracovník musí využívat různých vhodných technik komunikace anebo mohou hodnocení provést dle §88 Z108 odst f) např. i jeho zákonní zástupci

- **klíčového pracovníka**, který je zodpovědný za realizaci IP dle zmíněných odstavců b) a c) Standardu č.5, by měl mít uživatel ideálně dlouhodobě. Jeho roli může plnit ale také vždy ten pracovník, se kterým přichází zrovna do kontaktu. To je častější právě u uživatelů KM, kteří totiž do dlouhodobější cílené spolupráce často nevstupují a zároveň je jejich kontakt se zařízením nepravidelný

- poskytovatel musí mít zpracovaný **system pro koordinaci a zajištění služby**, zvláště když je s uživatelem v kontaktu více pracovníků. Jedná se o systém např. porad, o vedení a doplňování dokumentace uživatele, o přístupu do této dokumentace, o způsobu zaznamenávání poskytnutých služeb a naplňovaných cílech, o zajištění supervize atd.

Haicl (2011) dále hovoří o tom, že v praxi českých zařízení sociálních služeb v zavádění IP, kterým je tato povinnost stanovena Z108 od r. 2007, se objevují různé přístupy a podoby IP. Sám navrhuje následující **4 modely IP**, považuje je všechny za přínosné, varuje však před jejich kombinováním nebo směřováním. Např. poukazuje na rozdíly mezi nimi v aspektech vztahu a spolupráce mezi pracovníkem a uživatelem, pravidelnosti jejich kontaktu, nebo formální stránce zaznamenávání procesu IP :

- 1) **model zaměřený na dosahování cílů** – takových, který si uživatel, třeba za podpory pracovníka, sám stanovuje. Naplňují dále konkrétní kroky k dosažení nejprve krátkodobých cílů, jejichž naplnění poté vede k těm hlavním, dlouhodobým cílům. Zaznamenávání probíhá do podrobných a někdy poměrně obsáhlých formulářů individuálních/rehabilitačních plánů. Tento model vychází především z kognitivně behaviorálního přístupu. Tento model „selhává u nemotivovaných uživatelů a uživatelů s nižším uvědomováním“ (Haicl, 2011, s.32).

Tento model je pro uživatele KM vhodný, jen pokud už mají jasný cíl, např. zařadit si občanský průkaz. S pracovníkem pak celý proces k jeho dosažení rozplánují a rozkrojují a podrobnost tohoto IP závisí na individualitě každého uživatele (jeho samostatnosti, orientovanosti a dalších schopnostech). Pokud si pak udrží motivaci a jsou v tomto procesu aktivní, s pomocí pracovníka tento svůj cíl většinou dosahují a třeba i delší dobu udrží.

Je důležité vědět, že v praxi často spíš než o praktickou realizaci cíle s nimi **dochází „jen“ o komunikaci o něm**, o tom že něco chtějí, k čemu to je dobré, jak by se to dalo zařadit...někdy dojde i ke konkrétním dohodám s pracovníkem. Tedy celý individuální plán je vlastně v takovém hovoru projednán, ale většinou už při dalším kontaktu u nich (aktivní) zájem o cíl mizí (více o jejich nemotivovanosti viz kap. 2).

- 2) **model zaměřený na dialog** – „Pracovník provází uživatele při formulování jeho potřeb, aktivizuje jeho zdroje a nabízí adekvátní podporu“ (Haicl, 2011, s.29) Ne, že by tento přístup pracovník neaplikoval i v jiných modelech, zde je však takto silněji zaměřen především z důvodu potřeby více podporovat motivaci uživatelů a vůbec jejich chápání osobních cílů překračujících horizont „teď a tady“. Pracuje s nimi na uvědomování/rozpoznávání svých potřeb a ztotožňování se s nimi - až poté o ně mohou začít usilovat. Pracovník je přitom stále zaměřen převážně na aktuální zakázky uživatelů a jejich naplňování službami a myslí i na dlouhodobější vyhlídky v jejich situacích. Ty je totiž mohou zaujmout a on bývá často jediný člověk, který je na mě může navést. (Haicl, 2011)

Tento model lze pro uživatele KM považovat za velmi vhodný a probíhá formou častých nedirektivních rozhovorů, vždy když to situace a stav uživatele umožňují. Tato práce klade na pracovníka vyšší nároky, zejména na odbornost v motivační práci s těmito uživateli. A i když přes veškeré nedirektivní snahy mohou uvádět, že „nic nepotřebují“, neměl by dle Haicla (2011) pracovník rezignovat a přestat uživatele konfrontovat s jeho životní realitou. To může být v praxi pro některé pracovníky velmi náročné. Aby tzv. „nevyhořeli“, neměli by se vnitřně upínat k tomu, že tato jejich aktivita přinese jednou „konečně prozření“ uživatele. Naopak by měli považovat za úspěšnou práci samotný pozitivní kontakt uživatelů se „zdravými“ lidmi a s institucí a také jejich využití nízkoprahové služby.

- 3) **model dle schemat počítačové podpory** – celý proces IP a práce se situací uživatelů je možné více zautomatizovat a využívat počítačových aplikací nabízející optimální další postup. Ten by však stále neměl probíhat bez projednávání a účasti uživatele. K tomu ale může docházet a je to rizikem tohoto modelu.

- 4) **model expertní** - zde se jedná o přístup, kdy je pracovník zaměřený na anamnézu a diagnózu uživatele a na stanovení optimálního „léčebného postupu“, zůstává v roli experta podobně, jako to funguje ve zdravotnictví. Role uživatele v IP ustupuje do pasivity, pracovník provádí sociální šetření namísto dojednávání celého procesu s uživatelem. (Haicl, 2011)

Zmíněný „počítačový“ model se v české praxi KC nevyskytuje a expertní model je pro uživatele KM vhodný a lze jej doporučit pouze při řešení jejich akutních a zdraví a život ohrožujících stavů – pracovník přebírá více moci a aktivity v situaci, která si to v zájmu uživatele vyžaduje. Udílí poté rady, instrukce, přivolává záchrannou službu nebo policii apod. Uživatel takovou moc a direktivitu pracovníka může dobře přijímat, může pro něj být

bezpečná a adekvátní vážnosti jeho situace. Někdy ji však může i odmítat a být v aktivním odporu. V takových případech je nutné vycházet z metodik zařízení pro řešení krizových situací.

I když jsou tyto modely použitelné, budeme v dalším popisu podoby IP s uživateli KM vycházet především z Herzoga (2010), který navrhnul IP právě ze své praxe s uživateli drog. V principu se neliší od zmíněných 2 vhodných modelů dle Haicla (2011).

4.3.1 IP V NÍZKOPRAHOVÉM PROVOZU

Jak již bylo v předchozích kapitolách několikrát zmíněno, v procesu práce s nízkoprahovými uživateli, zde především s uživateli KM, by se mělo jednat především o podporu uživatelů směřující k brzkému zlepšení jejich situace, vždy když to je možné. Pokud to není aktuálně u některých reálné, je cílem IP její nezhoršování a také zamezení ohrožení společnosti rizikovým životem uživatelů drog. V tomto procesu je třeba respektovat svobodnou vůli uživatelů a podporovat/získávat jejich aktivní přístup. Významně zde však vystupuje rozpor v potřebách, ze kterých se vychází při stanovování samotného účelu IP s nimi. Jde o to, že se „*vychází jak ze zájmu a potřeb samotných uživatelů (např. získat sterilní injekční materiál, poradit se), tak výrazně z potřeb společnosti.*“ (Herzog, 2010, s.89). To znamená, že pracovník s nimi musí dle Z108 něco plánovat, což, stručně řečeno, oni však často nechtějí a/nebo toho nejsou schopni - přinejmenším v střednědobé nebo dlouhodobé perspektivě. Připomínáme znovu, že se jedná o uživatele závislé na drogách – a že jejich intoxikace drogou výrazně ovlivňuje jejich vnímání a je přítomna ve většině kontaktů s pracovníky. Z toho důvodu se tedy principy IP v práci s těmito uživateli převážně aplikují ve formě „*teď a tady*“. To celé IP s nimi výrazně zjednodušuje a především se stává opravdu reálným a odpovídajícím jejich aktuálním potřebám a schopnostem, jak bude vysvětleno níže.

Pokud dochází k práci a IP na cílech překračujících tento horizont „ted’ a tady“, připomíná např. Pištorová (2011) významné charakteristiky a obtíže u těchto uživatelů :

- pro nějakou **změnu** (a jí odpovídající cíl IP) **se rozhodují až pokud jí začnou považovat opravdu za nutnou**, např. pod tíží neobvykle nepříznivé situace. Jiným způsobem života by totiž přišli i o řadu výhod svého životního stylu (např. bezdomovectví). Také bývají často líní a vymlouvají se, mají řadu argumentů „proč by to nešlo“.
- **ve svých rozhodnutích jsou nestálí** – roky žijí v okamžiku „ted’ a tady“, kdy nelze přemýšlet o tom co bude za pár dní či měsíců. Jejich zvykem je tedy vše měnit dle aktuálních situací a nálad, cíle IP často ruší a mění
- těžko zvažují pozitivní a negativní stránky situací
- realizace změny i její stabilní/trvalé zavedení do jejich života jsou **velmi náročné a jedná se o dlouhodobý proces**

Pištorová tedy doporučuje, aby pracovník měl na paměti tyto jejich charakteristiky a snažil se být uživatelům oporou a pomoci jim při jejich zdolávání. Měl by trpělivě „*začínat vždy s uživatelem znovu a znovu od začátku*“ (Pištorová, 2011, s.165), povzbuzovat je, chválit za aktivitu a měl by nalézt správnou míru odpovědnosti své i uživatelů samotných. Jejich možnosti musí nezbytně posuzovat individuálně. Jinými slovy, pracovník by neměl rezignovat nad jejich osudem. Příklady takovéto práce a svým způsobem vlastně „výchovy“ uživatelů dle Pištorové uvádíme v přílohách č.3

S těmito jejími doporučeními je možné polemizovat, jelikož je realizovat je v praxi velice náročné a může se jevit i jako zbytečné úsilí. **Pokud se totiž podaří u malého procenta uživatelů vzbudit motivaci, většina z nich v procesu brzo „odpadá“**, což více dokresluje výzkumná část práce. Vystává zde nutně otázka, zda nerezignovat a vystačit si v IP s nimi jen s cíli snižujícími rizika? V předchozích kapitolách bylo často zmiňováno, že to není vhodné. Znamenalo by to tzv. „zlomit nad nimi hůl“ ? Nebo spíše zvolit jen poskytování služeb uživatelům a eventuelní změny jejich situací „nechat na nich“ a ušetřit marně vynaloženou energii? Pracovníci by pak mohli pro uživatele být spíše jistými „stýčnými body“, zachovali by otevřenost uživatelům pomoci a dobrý kontakt s nimi, pokud by později sami přišli a prokázali stabilnější motivaci.... Zmíníme důležitá poznámku z praxe – často se můžeme setkat s tím, že uživatelé své cíle realizují ti, kteří s nimi přišli sami, bez motivování pracovníkem. A dosahují toho často dokonce i úplně bez jeho podpory, např. zařízení občanského průkazu, sehnání brigády aj. Toto je významné dilema a bylo by třeba dalších

vědeckých výzkumů problematiky – určitý pohled poskytuje i výzkum této práce a její závěry.

V současné, a vlastně ještě velmi mladé praxi zařízení KC v ČR, se vychází z popisovaných principů Z108 a objevují se různé pokusy systematizovat IP a jeho zaznamenávání. V případě uživatelů KM je vhodný model inspektora kvality sociálních služeb Herzoga, který má bohatou praxi právě z Terénního programu Sananim v Praze s drogovými uživateli.

Pracovník s uživatelem komunikuje, plánuje a prochází především následujícími kroky, a to vše pak službě odpovídajícím způsobem zaznamenává – vytváří individuální plány. Ty mohou mít různou podobu, důležité je však aby obsahovaly zmíněné základní body a tvořily dokumentaci práci s uživateli (více viz níže - 3 typy IP). Herzog (2011) uvádí 4 znaky kvalitně zaznamenávaného a zpracovávaného plánování :

1) popis **nepříznivé sociální situace uživatele** (NSS) - která již nastala anebo jsou již přítomná ohrožení současné situace uživatele. Aspekty NSS se zjišťují přímo v IP rozhovoru s uživatelem, další informace má pracovník dostupné např. z úvodních Income dotazníků nebo jakýchkoliv dalších rozhovorů. Důležité je popsat všechny důležité aspekty a souvislosti NSS, a kromě pracovníkových formulací a parafrází je žádoucí používat i formulace uživatele a jeho subjektivní hodnocení. Nebýt tedy pouze v pozici „experta“ a např. zapsat „*Uživatel uvádí že...*“

2) stanovené **cíle spolupráce**, které musí odpovídat/vycházet z popsané NSS - může se jednat o různé, konkrétní pojmenování toho, čeho uživatel chce dosáhnout. Nejedná se o cíle spolupráce ve smyslu pouze těch, na kterých spolupracujeme výhradně ve společném prostoru KC. Uživatel jich může dosahovat i ve větší míře sám. Cíli pro IP se stávají tím, že přinejmenším některé kroky k nim směřující jsou podporovány a spolupracovány právě v KC.

3) stanovené **kroky k realizaci cílů**, které musí odpovídat popsané NSS a cílům. Není nutné u kroků stanovovat časový rozvrh jejich realizace a pamatujeme i na to že uživatel nemá povinnost je plnit. Samozřejmě, že u některých z nich je však časový rozvrh a také detailnější popis jak kroků tak i cílů žádoucí, neboť to pomůže konkrétněji uchopit celý proces. Znovu se nejedná pouze o kroky, které se realizují pouze ve spolupráci s pracovníkem KC – naopak je

žádoucí, že uživatel jich realizuje řadu samostatně. Pro koncept spolupráce stačí, když se o nich spolu baví, revidují je a pracují s nimi.

Tyto cíle a kroky zde nemusí dle Herzoga (2011) nutně odpovídat obecně rozšířené definici cílů „SMART“. Vše závisí na typu plánu (tedy typu NSS, cílů a individualitě uživatele - viz níže). Někdy se může stát, že formulace cílů a kroků zdánlivě splývají, pak je třeba více zpřesnit formulace, tzn. popsat lépe jejich obsah, to o co opravdu jde. Např. cíl : mít dobrý vztah s přítelem a jeden z konkrétních kroků : udělat si čas, sejít se a mluvit o vztahu s.... Tedy nepopsat krok pouze obecně jako : zlepšovat vztah s...

4) revize ve smyslu **průběžného sledování/revidování** kroků a cílů a její zaznamenávání. Zároveň je možné a často účelné již v počátku vymezit dobu, tedy datum **závěrečné revize IP**, tzn. dobu za kterou by mělo dojít k naplnění cílů nebo k významným posunům v NSS.

Není nutná nějaká předepsaná četnost kontaktů, znovu však připomínáme, že někdy i konkretizování této četnosti může napomoci jejímu dodržení a tedy celé realizaci IP. U jiných uživatelů by to naopak mohlo vzbudit odpor k pocitu „povinnosti“ něčeho dodržet. Intenzita revidování a kontaktů s uživatelem tedy vychází a odpovídá individualitě celého případu.

V průběhu celého procesu plánování může také docházet k významným změnám v NSS, a i k úplnému **přehodnocování** cílů a kroků. Buď se potom předchozí IP uzavírá a stanovuje se nová dohoda, která se zaznamená novým ind. plánem, anebo stačí prozatímní změny postihnout průběžným revidováním a celý IP na základě toho přehodnotit až později ve stanoveném závěrečném termínu.

Zmíněné první 3 znaky kvalitního IP tvoří po zaznamenání typický ind. plán a poslední, revidování, se většinou zaznamenává do jeho příloh. Veškerý proces IP i toto jeho zaznamenávání musí být pro uživatele dle Herzoga (2011) **transparentní a srozumitelné**, jedná se totiž o IP spolupráce v KC. To je možné zajistit např. finálním rozhovorem pracovníka s uživatelem nad již připraveným plánem, eventuální jeho konečnou úpravou a jeho souhlasem s ním. Není nutné od uživatele mít pod plánem podpis. Cíle a kroky a vůbec celý zápis může pracovník po úvodním kontaktu/rozhovoru s uživatelem sepsat sám, někdy dokonce i sám navrhnout a pojmenovat některé cíle a kroky, kterých si uživatel nemusí být zpočátku vědom. Pracovník s ním však musí poté vše projít, reflektovat a uživatel vše zhodnotí, upraví, vyvrátí či potvrdí a nakonec spolu dotvoří výslednou podobu, kterou on

přijme za „svou“. Jak je uvedeno níže, takovýchto klasických ind. plánů má však mezi uživateli KM naprostá menšina a jejich ind. plán má podobu záznamu situační intervence.

Ještě zmíníme, že pracovník nemusí nutně plnit prvotně vyslovenou zakázku uživatele. Ten si totiž řady souvislostí nemusí být zpočátku sám vědom a např. právě rizika a ohrožení již přítomná v jeho situaci často jako první pojmenovává až sociální pracovník. Také se může jednoduše stát, že uživatel/zájemce přichází se zakázkou, která nepatří do služeb KC. I přes to vše však spolu plánují, tedy obecně dojednávají způsob poskytnutí a využití služby (naplnění potřeby) v zařízení nebo mimo ně (Haicl, 2011). Shrneme že důležité je, aby celý proces směřoval ke zlepšení NSS uživatele a aby on s daným postupem po konzultaci s pracovníkem souhlasil, byl v něm aktivní, stavělo se na jeho schopnostech a respektovaly se jeho přání a motivace.

Výše uvedeným 4 kritériím musí tedy odpovídat jak proces IP s uživatelem, tak i jeho zaznamenávání, dokumentace. Můžeme shrnout, že **základní kostru ind. plánu musí tvořit** označení NSS, pojmenování konkrétních cílů spolupráce (odpovídajících potřebám uživatelů), dále kroků vedoucích k těmto cílům (třeba i s označením kdo a kdy je bude realizovat), stanovené datum zhodnocení a je možné mít jako součást ind. plánu i průběžné revidování. Dále bývá vhodné s uživatelem komunikovat a do plánu uvést i různé využitelné zdroje i překážky v realizaci cílů. Všechny tyto části ind. plánu není „povinné“ s uživatelem vyplnit či ho k tomu nějak přesvědčovat/tlačit, je třeba vycházet z jeho individuality, dosavadního stavu ve spolupráci a vztahu s pracovníkem a také z druhu jeho zakázky/cíle. Příklady konkrétních ind. plánů uvádíme v následující kapitole.

V praxi je podstatný **rozdíl mezi IP s nízkoprahovými**, tedy převážně sociálními zakázkami (obč. průkaz, soc. dávky) a **mezi prahovým/poradenským** (spíše terapeutickým) směřováním. Zejména u dlouhodobějšího poradenství často stačí pojmenovat obecněji 1 jednoduchý cíl a někdy i pouze 1 krok a až postupně nechat vše více „vykrytalizovat“. Uživatel dochází na konzultace, učí se o situacích přemýšlet, pojmenovává jejich aspekty a některé výstupy z toho se pak snaží realizovat. Tento proces je postupný, jde spíše než o technický postup o terapeutické, např. behaviorální obsahy a uživatel se postupně dostává hlouběji a blíže k jádru věci – např. k tomu, co pro něj znamená abstinence od drogy a jak jí dosáhnout.

Naopak, a co se týká drtivé většiny uživatelů KM, je nízkoprahové IP konkrétnější a již od začátku by mělo být přesněji chápáno a pojmenováno - o co půjde a jak se toho dosáhne. Zde opět připomínáme citaci o fungování úkolově orientovaného přístupu, že

„krátkodobá a jasně zacílená intervence může být stejně užitečná jako dlouhodobá terapeutická práce s klientem, nebo dokonce užitečnější“ (Matoušek, 2003,s.163)

Pro praxi s nízkoprahovými uživateli navrhuje Herzog (2011) následující **3 základní typy ind. plánů** (jejich konkrétní příklady uvádíme v přílohách č.4) :

1. tzv. **„Příběh“**, **dlouhodobý IP** - NSS je popsána „příběhem“, kompletnějším popisem uživatelovy situace, i s údaji anamnestického typu (ty nejsou podmínkou ale pouze rozšířením). Následující cíle i kroky popisují spíše dlouhodobé zaměření spolupráce, v praxi např. v horizontu od několika měsíců, přes půl roku a déle. Samozřejmě že však musí být určité kroky formulované v krátkodobém horizontu, zejména pro nízkoprahové uživatele (jde o tzv. rozkrokování). Jinak by pro ně šlo o příliš abstraktní „vzdušné zámky“ odtržené od jejich životní reality

2. tzv. **„Úkol“**, **střednědobý** – zde se jedná o klasický krokový IP k dosažení nějaké změny, cíle, většinou v horizontu od např. 2 týdnů do cca 1 nebo 2 měsíců. Běžné je využít jej např. při zajišťování sociálního zázemí uživatele. NSS je popsána stručněji se zaměřením na současnost a potřeby uživatele, které z ní právě teď vycházejí.

3. tzv. **„ted' a tady“** – jedná se o zápis tzv. **situačních intervencí**, které jsou zaměřené na realizaci cílů v krátkodobém horizontu od „ted'“ po několik dnů, např. do 1týdne. Struktura tohoto ind. plánu odpovídá typu kontaktu, který je s nízkoprahovými uživateli nejčastější - uživatel přichází do KC s nějakou potřebou, s pracovníkem jí komunikuje, dohodnou se na postupu momentálního řešení, realizují jej a na závěr si domluví pozdější reflexi/revizi. Nebo může jít i o situaci, kdy pracovník v rozhovoru uživatele „navede“ na určitou změnu či riziko a ten to hned aktuálně přijme jako svoji potřebu. Ta se stane cílem -zakázkou, která je hned službou zpracována.

Herzog (2008) i někteří další autoři z nízkoprahové praxe tento model IP nazývají také tzv. **dohodoplánováním**, *„tedy velmi úzké návaznosti dohod a plánů. Máme často minimum času, v jehož rámci musíme vyplnit klientovu zakázku a přitom ještě zajistit požadované dokumentační a administrativní požadavky metodiky inspekcí..... (jde o) „překlad“ běžných činností, které v rámci terénních programů děláme, do jazyka metodiky inspekcí sociálních služeb“* (Herzog, 2008). Tato dohoda či plánování s uživatelem je v naprosté většině případů pouze ústní a probíhá souběžně s poskytováním služby. Příklady popsaného „překlada“ dle

Herzoga jsou uvedené v přílohách č.5. Je nutné upozornit, že působí příliš formálně až úřednický a pro praxi a již navykly způsob komunikace s uživateli KM jsou těžko použitelné. Je možné však s nimi hovor o službě, tedy její plánování, vést běžným způsobem, „společnou řečí“. I tak je možné všechny důležité aspekty tohoto situačního IP do rozhovoru zahrnout.

S jakými cíli uživatelů se v praxi KC můžeme skutečně setkat? Někdy (zřídka) mají motivaci významnějších změn a **dlouhodobějšího směřování**, může jít např. o vyléčení ze závislosti, zajištění stabilního zázemí a příjmů, splacení všech dluhů....V tomto případě se jedná o proces vyžadující řadu kroků, jejichž realizace může trvat několik měsíců i let a u kterého jde také o stabilizaci změn a úspěchů, o jejich dlouhodobé udržení. To se v praxi téměř nevyskytuje.

Když už se uživatelé KM zaměřují do budoucnosti, tak se většinou jedná o **cíle krátkodobé**, pro jejichž dosažení je zapotřebí několika významných kroků realizovatelných v relativně krátké době, např. do zhruba 1 měsíce. Jde např. o zajištění zdravotního ošetření, získání dokladů a registrace na ÚP, ubytovny, brigády... Nejčastěji jsou však **zaměřeni pouze na aktuální potřeby** a svou nepříznivou situaci a nepřemýšlí vůbec o nějakých změnách. Někdy o nich přemýšlí a hovoří, ale nedomyšlejí a nejsou aktivní v jejich realizaci, nemají zmíněnou aktivní motivaci. Takže je jejich cílem např. udržet si důstojný zevnějšek, naplnit své základní potřeby, užívat drogy méně rizikovým způsobem a chránit své zdraví, někdy třeba udržet kontakt s rodinou.....Pro naplnění těchto cílů většinou postačuje využití služeb KC v horizontu „teď a tady“ – praní prádla, potravinový a hygienický servis, výměna injekčního materiálu, telefonování matce....

Typické a často jediné IP, které se v praxi s uživateli KM realizuje, je tedy právě forma „teď a tady“, **většina IP je s nimi ohraničeno do převážně jednoho konkrétního kontaktu, situační intervence**. Tito uživatelé navštěvují zařízení v různých intervalech, využívají různé služby a nelze v tom většinou nalézt žádné pravidlo. Tedy snad kromě toho, že to vše odpovídá jejich životní situaci – aktuálním podmínkám a potřebám.

Existuje však také i významná skupina uživatelů, kteří v již delším období (např. několika měsíců i déle) navštěvují KM pravidelně, třeba i několikrát týdně a bývají zaměřeni na konkrétní služby, např. hygienický servis nebo výměnný program. S těmi by bylo vhodnější pokusit se o střednědobé či dlouhodobé IP, pokud by o ně měli stabilnější motivaci. Často však v praxi dojde pouze k projevení jejich zájmu a prvotní domluvu o střednědobém cíli, další proces IP již velmi brzo končí, tzv. „vyšumí“ anebo vůbec nezačne. Dlouhodobé IP

je s nimi naprosto výjimečné. Více o realitě IP s těmito uživateli pojednává výzkumná část práce.

Důležité je také chápat **formu záznamu o IP s nízkoprahovými uživateli**. Pokud se jedná o středně či dlouhodobou variantu, využívá se většinou klasický formulář ind. plánu. Jelikož však často uživatelé takový proces IP ke svému cíli nakonec nenastoupí, brzo začnou pracovníci ve vytíženém provozu (tedy z úsporných důvodů) i tyto pokusy o IP **zaznamenávat formou zápisu situačních intervencí**. Např. Herzog považuje přístup inspekcí, který požaduje aby měl každý uživatel ve své složce klasický formulář ind. plánu, za využitelný např. ve stacionárních zařízeních. Naopak jej považuje za nevhodný a zatěžující pro nízkoprahové uživatele. Ti totiž často ani plánovat nechtějí a v praxi se s nimi tedy plánuje v situačních intervencích (Herzog, 2011).

Pak se tedy v praxi nejčastěji např. do složky uživatele pořizuje záznam plánování (ať už středně či dlouhodobém) - rozhovoru o situaci, cílech, co bylo s uživatelem domluveno apod. V souladu s logikou a strukturou popsaného modelu IP č. 3 – „teď a tady“ pracovník vše popíše **v jednom krátkém odstavci**. Pokud k postupu a dalším kontaktům a rozhovorům dojde, pracovník pokračuje stejnou formou a ve složce uživatele za sebou tedy následují záznamy o situačních intervencích, které na sebe logicky tedy navazují. Sledují jedno společné téma/cíl a bývá jich v praxi několik (dokud trvá zájem uživatele o dané téma). Pak je možné např. po takovém třetím kontaktu a rozhovoru - a tedy po určitém postupu k cíli přejít k záznamu do klasického formuláře ind. plánu. To však nebývá vůbec časté.

Pokud jde o IP „teď a tady“ v klasických na sebe nenavazujících situačních intervencích, setkáváme se se záznamy IP, kdy šlo např. o základní zdravotní ošetření, o zapáchající oděv, o potřebu uživatele informovat se o infekční nemoci. To zaznamenáváme vždy, když pracovník s uživatelem o situaci také více přinejmenším hovořil, nebo mu dále nabízel možnosti řešení, více ho informoval či se spolu dokonce domluvili na nějakém postupu a ten třeba hned zrealizovali.

Pořizovat takovéto záznamy u všech situačních intervencí by bylo ale zbytečnou administrativní zátěží. Někdy totiž ke komunikaci postihující více souvislosti jejich aktuální situace nedojde anebo takového rozhovoru „není třeba“. Uživatelé se už s pracovníkem znají a na dané téma spolu už třeba (často několikrát) hovořili. Uživatel přichází využít službu - vlastně se pak tedy oba spolu pozdraví, domluví co je třeba, službou se naplní cíl uživatele a eventuelně se dohodnou kdy (a proč) se uvidí příště. V tomto případě považuje Herzog (2011) za dostačující záznam **zjednodušenou formu v tzv. denním výkazu služeb**. Do tabulky

určitými číselnými kody označí pracovník o jakého uživatele se jednalo, kdy přišel a jakou službu využil (tedy co potřeboval). Pokud došlo k nějakým specifictějším dohodám, např. kolik stříkaček musí přinést příště, zapíše to v denním výkazu do poznámek. Touto minimalistickou formou se zaznamenává tedy IP, které nijak nevybočuje z řady běžných kontaktů s uživateli.

Tuto formu práce však nepojmenováváme jednoduše „poskytování služeb“, ale považujeme ji za stále IP - jsou v něm zastoupeny všechny principy IP zhuštěné do jedné krátké situace s uživatelem. Zároveň zde už jde i o hru s termíny – Z108 totiž požaduje IP a jeho zaznamenávání u všech uživatelů, tedy i u těch, kteří však většinou v praxi neplánují a chodí využívat služby. Prioritou je v případě uživatelů KM nebo např. Terénních programů pracovat pro ně přijatelným způsobem a myslet na jeden z cílů KC – vůbec kontaktovat uživatele drog žijící v sociálním vyloučení.

Shrnujeme, že **převážnou část záznamů práce s uživateli KM** v praxi tvoří právě evidence kontaktů v denních výkazech služeb a čas od času se v jejich složce objeví i záznam nějaké situační intervence – vždy když s pracovníkem o něčem více hovoří a zabývají se NSS. Za sledování jejich situace a práci s ní (nebo pokusy o ní) zodpovídá zejména jejich klíčový pracovník a v průběhu několika měsíců jejich docházení do KM by měl doplnit takových záznamů o situačních intervencích do jejich karet přiměřený počet – odpovídající intenzitě návštěv uživatele v KM i jeho individualitě a také tomu, co zrovna provoz KM umožňoval. I přes všechny nepříznivé podmínky k IP by však měl být klíčový pracovník schopen zajistit odpovídající minimální počet těchto situačních intervencí a tedy zajistit vlastně/především práci (či pokusy o ní) s NSS uživatelů – nespokojit se s jejich pouhým využíváním služeb. Střednědobých či dlouhodobých ind. plánu se ve složkách těchto uživatelů a v práci s nimi objevuje minimum (více viz výzkumná část práce).

4.3.2 REALITA IP S UŽIVATELI KM V KC CPPT PLZEŇ

O realitě uživatelů KM, fungování KC i jeho KM a o východiscích i praxi IP v nízkoprahovém provozu pojednávaly podrobně předchozí kapitoly. Charakteristikou a složením IP s uživateli KM se také více zabývá výzkumná část práce. Zde proto zmíníme jen několik dalších konkrétních aspektů IP a práce s uživateli v KC CPPT, které pomohou pochopit aplikaci IP v konkrétním zařízení.

O IP zde pojednává podrobně Operační manuál KC CPPT (dále jen OM) a pracovníci z něj vychází i pro práci s uživateli. Mezi cíli IP zde nacházíme především **orientaci na práci s NSS uživatelů prostřednictvím služeb** – tedy jde o IP, u kterého je nejvýraznějším faktorem k realizaci cílů právě využití konkrétní služby buď KC nebo jiného zařízení (K-Centrum CPPT, 2009). Kroky vedoucími k cíli IP mohou být tedy např. využívání poradenství, zdravotního ošetření, asistence nebo testování.

Dále v tomto OM (K-Centrum CPPT, 2009) nacházíme popis fází IP v tomto KC :

0. fáze - Kontaktování – zde jde především o navázání kontaktu se zájemci, tedy konzumenty drog, vytvoření důvěry a informování o principech a službách KC/KM

1. fáze - Mapování potřeb a silných a slabých stránek – toto probíhá jak při přijetí zájemců k využívání služeb KC zjišťováním jeho anamnézy v tzv. Income dotazníku a také opakovaně při dalších kontaktech a rozhovorech s nimi

2. fáze - Plánování – *„Plánování je přítomno v každém kontaktu K se službou – neboť je vždy zjišťována aktuální potřeba klienta a stanoven po dohodě plán realizace služeb. „(K-Centrum CPPT, 2009, s.21)*

Toto plánování postupuje v těchto bodech :

- a) Formulování cílů/potřeb – od dlouhodobých (realizace nad 6 měsíců) po krátkodobé (realizace do 1 měsíce).
- b) Stanovení priorit cílů – to určuje uživatel
- c) Rozkrokování
- d) Vyjednávání o podílu uživatele a pracovníka při realizaci – pracovník jej podporuje *„k maximálnímu podílu v souladu se zjištěnými schopnostmi a zkušenostmi a aktuálním stavem klienta.“ (K-Centrum CPPT, 2009, s.21)*

3. fáze - Propojování potřeb/cílů a služeb a koordinace – zde vystupuje důležitost podpory uživatelů v celém procesu IP postupu k cíli – jak např. posilováním jejich motivace tak i třeba rozbořením silných a slabých stránek, modelováním některých situací, doprovodem uživatelů

4. fáze - Obhajoba zájmů uživatelů

5. fáze - Monitoring, změny a úpravy plánu

6. fáze - Evaluace, ukončení, popřípadě stanovení nového plánování

Všechny tyto zmíněné fáze IP v tomto KC odpovídají dříve popsané práci s nízkoprahovými uživateli a i když jsou trochu odlišně popsané a členěné, **lze je shrnout uvedenými 4mi body IP** dle Herzoga (viz. předchozí kap. 4.3.1). Po jejich kontaktování se **zjišťuje NSS uživatelů**. Ta se často v některých svých aspektech mění a proto jsou nejdůležitějším zdrojem aktuálních informací právě opakované rozhovory s uživateli. Tzv.

Income dotazník je také vhodným nástrojem – při vstupu uživatele do služby a pak by měl být obnovován vždy každé 2 roky. Obsahuje základní anamnestické údaje o uživatelích a při jeho vyplňování lze již započít hovor o NSS a proces IP. Realita provozu KM bývá taková, že ne malá část uživatelů však tento Income nemá vyplněný vůbec, nebo ho má již zastaralý. Většinou je to z důvodu vytíženosti pracovníků nízkoprahovým provozem a poskytováním služeb, někdy také uživatelé dotazník odmítají. Není podmínkou jejich docházení do KC (jde o nízkoprahový provoz) a proto jej někteří i po dlouhé době docházení nemají. S tím se pojí i evidence uživatelů – v KC jim bývá přidělen anonymní kod, s nímž se pak pojí vykazování služeb konkrétním uživatelům i vedení jejich dokumentace. Pokud nevyplní Income, kod nemají a do KC docházejí třeba i dlouhodobě jako tzv. NCC no code uživatelé. Pak nemají svou osobní dokumentaci v KC, nelze jim individuálně zaznamenávat IP ani vykazovat čerpání služeb. Vykazování výkonů je pak vedeno pro všechny takové uživatele jako sloučené pod jednou položkou. To je pro zařízení nevýhodné, snižuje to statistiku výkonů a návštěvnosti služeb a především to výrazně blokuje možnost identifikace uživatelů a IP s nimi. Pracovníci zařízení by tuto vstupní anamnézu měli zajistit u většiny uživatelů i přes všechny překážky.

Po komunikaci o NSS se pokračuje **projednáváním potřeb, cílů a kroků** k jejich realizaci. To může mít různou strukturu a v provozu KM tohoto zařízení se nejčastěji uplatňuje právě zápis IP „ted' a tady“ v tzv. **situačních intervencích**. Pracovníci s uživateli KM často hovoří a po proběhlé službě zapíší podstatné rozhovory, ve kterých probíhaly reakce na potřeby uživatelů (a tedy IP) do jejich složek. Většina uživatelů KM pak má v měsíčním souhrnu situačních intervencí od 1 po několik takových záznamů. Plánování formou středně či dlouhodobou je zde velmi výjimečné a spíše jde jen o pokusy o něj. Příklad formuláře pro takové IP uvádíme v přílohách č.6.

Několik příkladů zápisů pracovníků situačních intervencí KM (tedy IP „ted' a tady“) uvádíme zde :

1) „.....přišel po delší době, mluvil o své přítelkyni, ta je momentálně v léčebně, mrzí ho, že zatím s ním nechce žít, má ho prý pouze jako kamaráda a on ji k životu moc potřebuje. momentálně bydlí na ubytovně, pobírá sociálku. Od té doby co je přítelkyně v léčebně Pervitin nebere, kouří mnohem míň, a i alkohol omezil.“

„.....přišel si pro peníze z úschovy, vyzvedl si 300,-Kč, komentovala jsem to, že má docela rychlou spotřebu, na to se jen pousmál a prý den je dlouhý, co tedy dělat, pak se zarazil a vážně povídal o doplatku ubytovny“

„.....klient přišel s tím, že sice vši nemá (prohlídnuť hlava) ale potřebuje vydesinfikovat domek kde žije. Mluvili jsme o problému – vši, jelikož má pocit se stále škrabat, ale prohlížel prádlo a nic nenašel se vysprchoval, zcela převlékl, staré věci odnesl, sprchu po sobě vydesinfikoval a odešel“

Zde se jedná spíše o průběžné shrnutí a záznam o situacích uživatelů (a jejich změnách). Pracovník s nimi o tom hovořil, někdy byla i pojmenována potřeba (např. vztahu s partnerkou), nedošlo však k žádným dohodám, zakázkám ani IP. Taková forma rozhovorů a kontaktu s uživateli KM a záznamů situačních intervencí bývá v praxi častá – o situaci se hovoří, což lze považovat za úspěch a dobrou kontaktní či motivační práci, ale žádné konkrétní IP často domluveno nebývá (více viz výzkumná část práce).

2) „.....rozhovor o jeho fungování na KM a při samosprávě – zdroj možných obtíží. Nebyl si vědom toho, jak jedná, pouze si myslí, že rychle zapomíná. Dohoda, že bude sledovat, jak různých situacích reaguje a zároveň, že mu budu říkat, když ty věci uvidím hned v ten moment. Domluveno, že na samosprávu ve středu může přijít – zhodnotíme, jak se mu bude dařit.“

„...přišel nás požádat o možnost tel. hovoru, potřebuje se domluvit ohledně nabídky zaměstnání. Zeptal jsem se ho jak to dopadlo s minulým testem a nabídkou práce - mluvil o tom že se ted' rozhoduje mezi několika nabídkami. Ted' se jedná i o nějakou administr. práci. Půjčil jsem mu tedy telefon, domluvil se s nimi a pak mi řekl, zda by mohl přijít tel. ještě

znovu zítra po 12 – chtějí aby jim zavolal znovu, dnes nic nedomluvili. Souhlasil jsem a zítra tedy může přijít.“

„...při výkonu samosprávy jsem se ho ptal na jeho situaci, příliš nekomunikoval/vůbec nerozváděl hovor, ale na otázky reagoval - sdělil že bydlí na ubytovně, za tu neplatí/nemusí, neví...klíče dostal od majitelů pr. agentury, pod kterou je vedený. Chodí se k nim ptát po práci, ale nabídky nemají. tak si sám sehnal jiné nabídky (viz dříve). Pobírá soc. dávky 3000 měsíčně, což mu stačí, užívá se. Peníze si neschovává, nějak to zvládá. Pak se připojil do hovoru s jiným klientem a se mnou – ohledně příspěvku na bydlení. Vysvětlil jsem mu že by na něj měl mít nárok. To pro něj byly nové informace. Nabídl jsem mu podporu ve tomto vyjednávání, možnost tel. či sms zprávy z KC, k tomu však potřebu společné schůzky a rozhovoru v KC, ptal se ho zda má zájem Rozhodl se, že se to nejdříve pokusí vyjednat na soc. odboru a pak kdyžtak přijde a požádá o pomoc zde v KC.“

Zde s uživatelem pracovník projednával konkrétní situaci a také postup k jejímu řešení. Domluvili si kroky, které se budou realizovat, některé zrealizovali a také domluvili termín revize postupu. Někde také pracovník revidoval předchozí postup – ptal se uživatele „jak to dopadlo“. Jde o IP „ted' a tady“.

Uvedené příklady konkrétních záznamů IP „ted' a tady“ víceméně splňují nároky na jejich potřebnou strukturu dle Herzoga (2011), i když mohou působit někdy nepřesným či ledabylym dojmem - vše je zaznamenáváno nejčastěji hned po proběhlé službě pracovníka na KM. Je důležité pamatovat však na to, že záznam musí být srozumitelný i pro uživatele, protože slouží pro „jejich“ IP a mají právo do své osobní dokumentace v KC nahlížet. **Lze doporučit**, aby se pracovníci tedy pokusili trochu lépe při záznamech přesněji formulovat, tak aby i uživatel později chápal souvislosti zápisu, a aby se „volně“ **drželi struktury zápisu** : „...jeho situace je..... chtěl.... řekl jsem mu/nabídl jsem.... domluvili jsme se/odmítl/poděkoval... rozloučili jsme se s tím že se příště zeptám..“ Podrobnější rozbor těchto záznamů je součástí výzkumné části práce.

V závěrečných 3. až 6. fázi plánování dle OM se jedná o **proces IP směřující k realizaci cílů** uživatelů, jak již bylo zmíněno s důrazem na jejich podporu poskytováním služeb. Zmíněné obhajování jejich zájmů je u uživatelů KM velmi důležité, jedná se zejména o komunikaci s úřady, lékaři apod. či doprovod uživatelů k jednáním, vždy když je to třeba.

Tito uživatelé totiž mají často potíže jednat s institucemi a raději se tomu spíše vyhýbají. Není neobvyklé, když se na jednáních chovají konfliktně, nechápou požadavky a informace jim podávané apod. Celý proces IP **se uzavírá revidováním** – tedy hodnocením a eventuálně následným ukončením konkrétního IP nebo domluvou jiného.

Velice časté je, že u IP „teď a tady“ toto revidování probíhá v jednom či dvou kontaktech s uživateli KM, což obvykle stačí k naplnění jejich konkrétní potřeby. Pokud se jedná o cíle přesahující tento krátký horizont, pracovník se pokouší s uživatelem udržet kontinuitu započaté spolupráce v IP, což většinou ale nebývá déle možné. Uživatelé např. o daném IP příště už nechtějí komunikovat, „rozmysleli“ si to anebo přestali do KM na nějakou dobu docházet. Nebo potvrdí zájem o cíl, ale nerealizují kroky k němu vedoucí. Pracovník by měl o tomto revidování či pokusech o něj provést opět stručný záznam.

Nezastupitelnou úlohu v IP s uživateli má tzv. **klíčový pracovník**, který koordinuje celý proces naplňování cílů a sleduje kontinuitu situací uživatelů. V KC CPPT je tento pracovník nazýván garantem (K-Centrum CPPT, 2009). Pro provoz KC a KM je specifické, že s uživateli přicházejí do kontaktu téměř všichni pracovníci, dokonce někteří více než pracovník klíčový. Jak je dále v OM vysvětleno a odpovídá tomu i praxe, je uživatelům spolupráce s klíčovým pracovníkem v provozu KC a v týmu dalších pracovníků vymezena následovně :

- není povinnost spolupracovat s klíčovým pracovníkem. To se týká např. uživatelů využívajících služby jednorázově, nebo pokud nemají zájem o navázání pracovního vztahu. Jejich klíčovým pracovníkem je ten, který zrovna vykonává službu a realizuje s nimi IP „teď a tady“
- uživatelům je přidělen klíčový pracovník, pokud dochází do KM min 1 měsíc, využívají poradenské služby nebo dlouhodobě dochází na ViP, anebo pokud nesplňují tato kritéria ale mají o spolupráci zájem
- uživatelům je přidělení klíčového pracovníka oznamováno/nabízeno ke schválení s informováním, jak si mohou vybrat jiného. Pro volbu pracovníka je základním kritériem osobní preference uživatele a kapacita pracovníka. K návrhu na přidělení dochází nejčastěji při vyplňování Income dotazníku s novými uživateli nebo po poradě týmu o vytipovaných uživateli, kteří již do KC/KM nějakou dobu docházejí.

- kapacita klíčových pracovníků je stanovována na poradách týmu a průběžně upravována dle aktuální situace (vytíženosti pracovníka, náročnosti uživatelů apod.), obvykle je 10 uživatelů na 1ho pracovníka. Pracovník může odmítnout uživatele i z jiných než kapacitních důvodů (např. pro své osobní hranice), musí s ním však citlivě probrat toto rozhodnutí a nabídnout jiné možnosti.

- uživatelé mají právo na změnu klíčového pracovníka, tu mohou požadovat max. 2x za 6 měsíců. Případné neshody mohou řešit prostřednictvím stížnosti. Změnu klíčového pracovníka mohou žádat u toho současného, u jiného pracovníka KC nebo u vedoucí KC

- přidělený klíčový pracovník uživatelům nabízí spolupráci a zjišťuje jejich potřeby. Pokud momentálně nemají zájem o IP, informuje je, že je osloví opět s nějakým časovým odstupem. Takto by měl pracovník přinejmenším několikrát ročně monitorovat situaci uživatelů.

- o průběhu spolupráce s uživateli informuje pracovník na poradě týmu, průběžně konzultuje postup a zvolené intervence a metody práce. Tato porada se uskutečňuje 1x týdně minimálně po dobu 1h.

- pracovníci sdílí v týmu informace o uživateli, ty o tom při vstupu do služeb informují. Pořizují zápisy situačních intervencí KM, které klíčový pracovník zařazuje do složky uživatele. Do této dokumentace mají přístup všichni pracovníci.

- při změně klíčového pracovníka se odstupující a nově zvolený pracovník navzájem informují, případně odstupující zprostředkuje schůzku nového s uživatelem. Nově zvolený pracovník se sejde s uživatelem a domluví s ním témata další spolupráce. Pokud je to možné, navazuje na předchozí spolupráci uživatele a kolegy.

(K-Centrum CPPT, 2009)

Individuální plánování s uživateli KM je proces velmi dynamický, nestálý, s řadou změn a těžko předvídatelný. To souvisí kromě jiného především s tím, že jsou uživatelé většinou pod vlivem drogy nebo abstinenčního stavu. Poměrně náročné se může jevit i zaznamenávání tohoto procesu, protože uživatelé relativně často mluví o různých zakázkách,

„sní“ nebo spíše mluví o změnách, pracovník je s nimi projednává – plánuje a to se může stávat někdy i při každé návštěvě konkrétního uživatele.

Jelikož by neměl pracovník i toto časté plánování brát „na lehkou váhu“ a nezanevřít na možnost pozitivního vývoje, nese to potom tedy větší zatížení administrativou, potřebou „vše zapisovat“. Na jedné straně tomu tak je, ukazuje se však v praxi, že pokud si pracovník osvojí kvalitní model zaznamenávání a efektivní formuláře, **je schopen takové časté kontakty s uživateli stručně a krátce zapsat** do jejich dokumentace. Jedná se převážně o krátké, např. 5min intervence. Podrobněji se IP s těmito uživateli zabývá ještě výzkumná část práce a v závěru nalezneme další výstupy a doporučení k práci s těmito sociálně vyloučenými lidmi.

Uzavíráme, že pracovník by na základě svých zkušeností s uživateli mohl podlehnout iluzi, že lze pravděpodobně předpovědět jejich neúspěch, ztrátu motivace a aktivity v realizaci cílů. K tomu často dochází, ale také může svými zkušenostmi v práci s těmito uživateli ověřit, že „člověk nikdy neví“ a že jsou i případy, kdy k práci na cílech, postupu a realizaci IP dochází.

5. Výzkumná část – práce s uživateli KM, individuální plánování a jeho aspekty

Cílem výzkumné části této práce bylo zjistit/ověřit **reálnou situaci v sociální práci, poskytování služeb a individuálním plánování (IP) s uživateli Kontaktní místnosti (KM) KC CPPT v Plzni** a zhodnotit tento způsob práce v nízkoprahovém zařízení. Zaměření celého výzkumu vychází z praxe autora v provozu KC, tedy zaměřeného na konzumenty drog. V praxi se totiž setkával velmi často s tím, že nízkoprahoví uživatelé nejsou aktivně motivováni k práci se svojí situací a jejím změnám - podrobně se tím zabývala teoretická část práce. Jen shrnujeme, že tito uživatelé jsou výrazně omezeni svou závislostí na drogách a uvyknutím na bezdomovecký způsob života, také svými schopnostmi a nakonec do určité míry bývají se svou situací spokojeni/adaptováni. Pro pracovníka pak může být velmi náročné s nimi realizovat IP a udržet optimismus a důvěru v možné posuny uživatelů, když často sleduje, že k nim delší období jednak nedochází a ani o ně uživatelé neprojevují zájem. Výzkum je proto zaměřený na různé aspekty IP s uživateli a jeho závěry by mohly navrhnout zefektivnění práce s nimi a zreálnit vůbec očekávání o jejich výsledcích.

Výzkum má kvantitativní charakter a sledoval období prvních 3 čtvrtletí roku 2011, tedy 9měsíců, v provozu KC a zaměřil se pouze na ty všechny uživatele, kteří v daném období docházeli do KM. Cíle výzkumné práce byly konkretizovány následovně :

- A) Zjistit jaké služby KC a v jaké míře využívají uživatelé KM
- B) Ověřit zda uživatelé KM usilují o změny svojí situace
- C) Ověřit jakých posunů v IP na změnách svojí situace tito uživatelé dosahují
- D) Zjistit, co ovlivňuje výše zmíněné aspekty IP a práce s uživateli KM

Na základě těchto zjištění bude v závěru práce vyplývat i zhodnocení, zda a jak je vhodné zavádět IP pro uživatele KM.

Tomuto zaměření výzkumu odpovídají i hypotézy. Byly stanoveny na základě zkušeností autora v práci s těmito uživateli (1 rok v Terénním programu a další 4 roky v nízkoprahovém KC CPPT). Jeho pohledy na práci s nimi jsou tedy tzv. kvalifikovaným odhadem, byly často uváděny i v teoretické části práce a jsou v souladu i s pohledem řady dalších autorů (opět viz teoretická část práce – např. Haicl (2011) v kap.1.2 a 4.3, Herzog (2008, 2010 a 2011) v kap.3 a Mikulášek (2010) v kap.2.2).

Vstupní hypotéza zní : „Uživatelé KM jsou ve svém životě zaměřeni pouze na okamžik „teď a tady“ a nemají aktivní zájem o nějaké výrazné změny svých situací, protože jsou na svůj pouliční životní styl převážně dlouhodobě adaptovaní a tedy s ním spokojení.“

Z této vstupní hypotézy vycházely tzv. subhypotézy, které s touto hlavní tvoří koherentní celek (Gavora, 2010). Popisují různé proměnné a jejich vztahy – využívání nízkoprahových a prahových služeb, realizaci kroků a cílů IP, kvalitu života uživatelů a dobu jejich sociálního vyloučení. Toto vše bylo konkretizováno až do formy tzv. **statistických hypotéz** (Reichel, 2009) :

- 1) nejméně 90% služeb využitých uživateli KM reaguje pouze na jejich potřeby „teď a tady“ a tedy nesměřuje ke změnám jejich nepříznivé sociální situace (NSS)
- 2) uživatelé KM v IP realizují jen maximálně 10% možných kroků, které reagují na jejich NSS, směřují k její změně a přesahují horizont „teď a tady“
- 3) ti výjimeční uživatelé KM, kteří v IP realizují více než 10% možných kroků, dosahují jen maximálně 10% možných cílů, které reagují na jejich NSS, směřují k její změně a přesahují horizont „teď a tady“
- 4) subjektivně vnímaná kvalita života uživatelů KM se neliší více než o 10% od běžné populace
- 5) míra zaměření uživatelů KM na využívání služeb „teď a tady“ není nijak závislá na době jejich sociálního vyloučení, respektive na délce jejich docházení do KM
- 6) míra zaměření uživatelů KM na využívání služeb „teď a tady“ je závislá na míře jejich kvality života

Ve všech hypotézách je stanoven počet 90% z toho důvodu, aby se vystihlo to co je v praxi s uživateli KM **nejčastější** a aby bylo možné tuto míru přesně ověřit. Zbývajících 10% bylo odhadnuto na postihnutí výjimek, uživatelů KM, kteří se v praxi občas také vyskytují a i na ně je třeba pamatovat.

Hypotéza č.1 postihuje především podíl využívání nízkoprahových a prahových služeb uživateli KM a vychází z toho, že nízkoprahové služby samy o sobě nevedou k udržitelným změnám NSS uživatelů. **Hypotéza č.2** navazuje na hypotézu č.1 a týká se přesně usilování uživatelů KM o jakoukoliv změnu NSS, na které by mohli v IP prostřednictvím využívání prahových služeb spolupracovat. Může jít jednak práci s jejich závislostí na drogách a s bezdomovectvím, což přímo souvisí s jejich sociálním začleňováním, a také i o jiné momenty jejich života. Mívají totiž i jiné cíle, které tak významně s jejich sociálním vyloučením nesouvisejí a i přesto jsou důležité a v IP by bylo možné s nimi na nich pracovat. **Obě tyto hypotézy prohlašují jednoduše to, že v naprosté většině uživatelé KM = téměř výhradně uživatelé pouze nízkoprahových služeb zajišťujících jejich aktuální potřeby a většinou neusilující o nějaké změny NSS.**

Zde se sleduje jejich (ne)usilování pouze ve spolupráci v KC a nebylo možné v rámci tohoto výzkumu postihnout i jejich usilování kdekoli jinde. I přesto hypotéza zobecňuje výrok o jejich usilování o změnu na jakýkoliv prostor a čas - v praxi totiž tyto uživatelé velkou část času stráveného mimo KC požívají návykové látky a bývají v různé míře intoxikováni – více než při jejich pobytu v KC. Tudíž je mimo KC jejich práce na změnách výrazně limitována (a odhadnuta jako naprosto mizivá).

Hypotéza č.3 prohlašuje, že pokud už uživatelé KM usilují významněji o realizaci svých cílů, tak je nakonec většinou nedosahují a skončí na realizaci některých kroků k nim vedoucích.

V hypotéze č.4 se zabýváme motivací uživatelů – jejich subjektivně vnímanou kvalitou života. **Převážnou spokojenost se svým životním stylem totiž v praxi často uvádějí** v rozhovorech při konfrontaci jejich způsobu života. To, zda to pouze prohlašují, nebo zda je to skutečnost, ověřuje dotazník kvality života SQUALA. Ten použila pro výzkum abstinujících uživatelů drog toho času v terapeutické komunitě ve své rigorózní práci také Doležalová. Celkové skóre jejich kvality života jí vyšlo nižší než u kontrolní skupiny, ne však významně nižší (Doležalová, 2006) , což koresponduje i s naším tvrzením.

Bylo by možné tuto naši 4.hypotézu chápat i opačně – že drogový a bezdomovecký životní styl výrazně neovlivňuje kvalitu života a spokojenost člověka. Tento opačný pohled se ve výzkumu IP a jeho aspektů u těchto drogových uživatelů však sledovat nebudeme.

Kvalitou života - a tedy možným důvodem jejich neusilování o změnu – se zabývá i **hypotéza č. 6** Zde se tvrdí, že to že uživatelé většinou **neusilují o sociální začlenění využíváním prahových služeb KC souvisí výrazně s jejich subjektivně prožívanou kvalitou života - jejich spokojeností**, tedy že vlastně nemají vnitřní důvod něco měnit a právě proto to také nedělají.

V hypotéze č. 5 jde o souvislost jevů popsaných v předešlých hypotézách s délkou sociálního vyloučení uživatelů v Plzni a tedy délkou jejich potřeby využívat služby KM (což také jistě souvisí vůbec s délkou jejich drogové kariéry). V této hypotéze se tvrdí, že **ať většina uživatelů do KM chodí krátce nebo dlouho, jejich nemotivovanost k sociálnímu začleňování to nijak neovlivní, tedy jinými slovy že ve svém sociálním vyloučení „časem nezmoudří“** nebo prostě že drogový či sociálně vyloučený život je vlastně jejich stabilním způsobem existence. Zde je však výzkum významně omezen – to totiž pouze na tento konkrétní výzkumný vzorek uživatelů KM a omezen i na dobu jejich docházení do této konkrétní KM. V případě KC CPPT jsou totiž k dispozici pouze údaje postihující od 0 do maxima 15 let, tedy doby po jakou toto KC v Plzni existuje. Kvalitnějších výsledků by zde tedy bylo dosaženo širším výzkumným vzorkem. Také je třeba si uvědomit, že doba jejich docházení KM pouze naznačuje dobu jejich sociálního vyloučení, protože se jedná o dobu jejich sociálního vyloučení v Plzni. Tito uživatelé však často cestují po ČR a přebývají v různých městech různě dlouhou dobu - tedy údaje o jejich situaci v Plzni mohou být pouze zlomkem celého jejich životního příběhu. Částečně tento nedostatek informací koriguje zjištění celkové doby jejich sociálního vyloučení subjektivně - přímo od uživatelů (viz kap. 5.3). Tato jimi udaná doba je porovnána s dobou docházení do našeho KM zjištěnou ze statistické databáze. I přes tyto možné menší nepřesnosti byla však hypotéza č.6 stanovena a lze odhadovat, že i tak výrazně poukáže i na jejich dlouhodobější životní orientaci.

K realizaci výzkumu byly zvoleny **3 okruhy šetření** -

1. struktury služeb využívaných těmito uživateli
2. průběhu IP s nimi
3. jejich subjektivní kvality života

Pro zjišťování těchto jevů byly zvoleny metody – 1. analýza statistických dat, 2. analýza osobní dokumentace uživatelů a 3. dotazník kvality života SQUALA. Jedná se tedy o standardizované způsoby výzkumu a nebylo třeba je nijak ověřovat předvýzkumem. Jejich metodologie bude dále podrobněji popsána.

Mírným **rozšířením práce** vzhledem k jejím cílům, které bude uvedeno v dalších kapitolách, je např. zjištění rozložení cílů uživatelů, o které mají zájem, dle různých životních oblastí, dále zmíněná subjektivně udaná doba sociálního vyloučení a konzumace drog přímo od uživatelů, u některých uživatelů i jejich věk. Dalším rozšířením, které nalezneme v 1. a 2. části výzkumu a které přímo nesouvisí s hypotézami, je pohled na běžného – „**typického**“ **uživatele KM a i na výjimky**, uživatele kteří se také občas vyskytují. Všechny tyto faktory slouží k dokreslení situace uživatelů a nebyly již zahrnovány do hypotéz výzkumu. I když **bylo možné ze zjištěných dat sledovat řadu dalších souvislostí**, nedošlo k tomu - rozsah této práce ani kapacita autora k tomu již nenabízí další prostor.

K zařazení do výzkumu byly původně zvažovány ještě aspekty subjektivního hodnocení uživatelů i pracovníků týkající se vnímání úspěchů a neúspěchů v IP, konkrétních motivací uživatelů apod. a ke zjištění těchto aspektů bylo zvažováno použití rozhovorů či dotazníkových šetření. Od toho bylo nakonec upuštěno. To jednak z důvodu přílišného zkresleného a subjektivního pohledu na svou situaci, který uživatelé mají především pro své časté intoxikace a podruhé z důvodu toho, že nelze od pracovníků očekávat přesnější subjektivní odhad/shrnutí v pohledu na problematiku za jedno delší období. Naopak, pracovníci přesněji subjektivně hodnotí spíše aktuální události nebo kratší časové úseky.

5.1 Struktura služeb využívaných těmito uživateli

Tato první část výzkumu přináší údaje o využívání služeb plzeňského KC CPPT uživateli KM, jejich rozložení a četnostech, těmito daty se zpřesňuje **obraz celkového provozu** KM a KC a sleduje se ověřování hypotéz..Dále byly, jako doplněk, zjištěny i data zprostředkovávající obraz „**typického uživatele**“ a také krajních hodnot – minima a maxima, která ukazují zase na **výjimky, na uživatele kteří se v praxi totiž také vyskytují a je třeba pamatovat i na ně**. Proto tedy není vhodné např. rezignovat na práci s nimi, jak o tom na více místech pojednává teoretická část práce.

Veškeré údaje byly získány ze statistické databáze programu Unidata, do které pracovníci zapisují pravidelně všechny provedené výkony s uživateli. Jelikož je možné v Unidata sledovat výkony pouze pro registrované uživatele KC, tedy ty kteří mají přidělený svůj kod, byli do výzkumu zahrnuti pouze tito uživatelé. Lze kvalifikovaně odhadnout, že tzv. NoCodů - neregistrovaných uživatelů KM bylo ve sledovaném období jen několik málo (cca do 10) a proto se jedná o zanedbatelnou ztrátu dat. **Výzkumný vzorek zde tedy tvořili všichni registrovaní uživatelé KM**, kteří v období prvních 3 čtvrtletí roku 2011 využili služby KM více než 2x, tedy nešlo o pouze náhodné uživatele. Těch bylo celkem 80 a tabulka která obsahuje všechna získaná data o jejich využívání služeb, každého jednoho z nich je uvedena v přílohách č.7. Lze shrnout, že se jedná o velice rozmanitý soubor a těžko lze sledovat nějaká pravidla ve všech získaných hodnotách (mírou závislosti hodnot na délce využívání KM uživateli a jejich životní spokojenosti se budeme dále zabývat).

Výstupy statistiky využívání služeb jsou zde níže strukturovány a komentovány s ohledem na zaměření výzkumu. V těchto výstupech nalezneme především rozložení využívání služeb dostupných v KM – tedy nízkoprahových služeb (dále jen NPr) a služeb dostupných z KM, což jsou kromě ViP také služby prahové (dále jen Pr). Jedná se o **služby, které využívají uživatelé KM** v prostoru KC a neznamená to, že vždy do KM také jdou. Mohou přijít využít např. pouze ViP nebo domluvenou sociální práci (např. telefonování) a z KC opět odejít.

Pro ukazatel „typického uživatele KM“ byla zvolena statistická funkce medián - protože „základní výhodou mediánu je fakt, že není citlivý k extrémním hodnotami..“ (Chráška, 2007, s.49). Jinou možností by bylo zvolit aritmetický průměr a pak sledovat míru šikmosti dat (tedy jejich rozložení kolem tohoto průměru) a tuto souvislost interpretovat, to by však bylo vzhledem k účelu a rozsahu této práce příliš komplikované. Ani funkce modus

nebyla použita, protože se zde jedná o velice rozmanitý soubor dat, např. počty využitých služeb a vlastně vše se různí dle individualit uživatelů a jejich situací. V této první části výzkumu by se modusu blížilo několik různých hodnot, jejichž četnost by se významněji nelišila. Hodnota modusu však byla použita ve druhé části výzkumu (viz kap. 5.2)

Tedy - např. pro počet návštěv KC, kterých bylo ve sledovaném období celkem 2163, je použitá hodnota mediánu rovna 19,5 návštěvám KC na jednoho uživatele, prostý aritmetický průměr činí hodnotu 27,04 návštěv a hodnota modusu (tedy nejčastější vyskytovaná hodnota) je rovna 5 návštěvám – objevuje se však pouze u 5ti z 80ti uživatelů. Důležité je také upozornit na to, že ne každou službu využívali všichni uživatelé – a tedy že následující hodnoty „typických uživatelů“ jsou vždy hodnotou mediánu pouze těch uživatelů, kteří službu opravdu čerpali (nebyl jednoduše použitý aritmetický průměr ze všech 80ti uživatelů).

Následují tabulky a grafy s výsledky analýzy statistických dat :

Celkem návštěv KC		2163,00
"typický uživatel"		19,50
Celkem využitých služeb KC		3766,19
"typický uživatel"		32,00
Z toho služeb využitých	v Pr	v NPr
celkem	272,19	3494,00
%	7,23	92,77
"typický uživatel"	1,00	28,50
%	3,39	96,61

Tab č.1 – Rozložení využívání služeb KC v Pr a v NPr

	Počty využitých služeb					
	sociální práce	individuální poradenství	zdravotní ošetření	potravinový servis	hygienický servis	výměna inj. stříkaček
celkem	196,50	75,69	186,00	1623,00	1033,00	652,00
%	5,22	2,01	4,94	43,09	27,43	17,31
"typický uživatel"	1,00	0,00	1,00	12,00	6,00	3,00
%	4,35	0,00	4,35	52,17	26,09	13,04

Tab č.2 – Rozložení využívání jednotlivých služeb KC

počet uživatelů	v NPr	v Pr i v NPr
čerpající službu	80,00	54,00
%	100,00	67,50
nevyužívající službu	0,00	26,00
%	0,00	32,50

Tab č.3 – Čerpání služeb v Pr a NPr

počet uživatelů	v Pr		V NPr			
	sociální práce	individuální poradenství	zdravotní ošetření	potravinový servis	hygienický servis	výměna inj. stříkaček
čerpajících službu	54,00	10,00	50,00	80,00	73,00	60,00
%	67,50	12,50	62,50	100,00	91,25	75,00
nevyužívajících službu	26,00	70,00	30,00	0,00	7,00	20,00
%	32,50	87,50	37,50	0,00	8,75	25,00

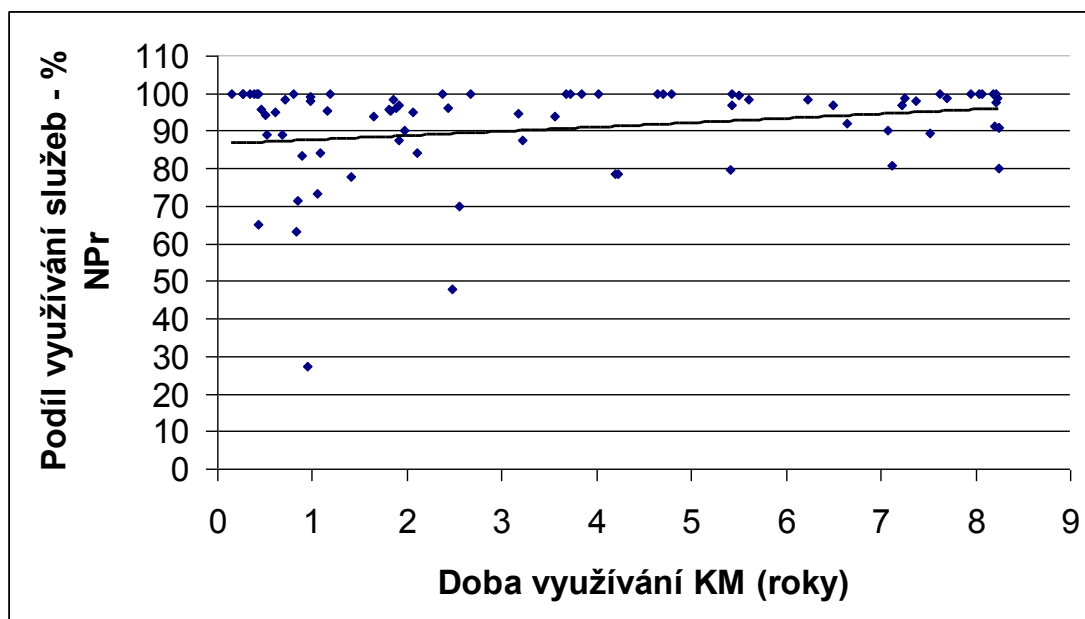
Tab č.4 Čerpání jednotlivých služeb

Z dat kalkulujících s počty využívaných služeb (viz Tab č. 1) je patrné, že **uživatelé KM čerpají v souhrnu naprostou většinu - 92,77% služeb nízkoprahových**, tedy těch reagujících na jejich potřeby „ted’ a tady“ bez tendence k nějakému dlouhodobějšímu zlepšování a vývoji jejich situací. **To potvrzuje hypotézu č.1**, kde byla stanovena 90% hranice. Co se týče počtu uživatelů v jednotlivých typech služeb - NPr služby využívali všichni a 67,5% jich k tomu alespoň jednou či vícekrát využilo službu Pr (viz Tab č. 3) I přes výrazné zaměření uživatelů na „ted’ a tady“ se tedy ukázalo, že jich má velká část **i zkušenost s využitím služeb prahových**, tedy přinejmenším s nějakými pokusy o jakoukoliv třeba drobnou změnu/zlepšení své situace (jak tyto pokusy vypadají konkrétně nastiňuje druhá část výzkumné práce).

„Typický uživatel“ dochází do KM již 2,68 roku (resp. 5 let dle kontrolních údajů, více viz kap.5.3), ve sledovaném období výzkumu navštívil KC 20krát a využil 32 (respektive 30) služeb - a mezi nimi **čerpал 96,61% v NPr**. Toto jeho využívání činil z 52,17% potravinový servis a z 26,09% hygienický servis, tedy služby reagující především na nedostatek základního zázemí uživatelů. Dále to bylo 13,04% ViP související přímo s rizikovou injekční konzumací drog, dále 4,35% sociální práce a tento „typický uživatel“ nevyužil vůbec službu individuálního poradenství týkající se jeho situace. (viz Tab č.2)

Kromě tohoto „typického uživatele“ uvádíme také krajní hodnoty - a tedy **výjimečné uživatele**. Jejich využívání služeb se pohybovalo v rozmezí od 3 až do 90 návštěv KC a od 4 až do 178 využitých služeb KC ve sledovaném období. Objevil se i výjimečný uživatel, který čerpал maximum **služeb v Pr – 51, tedy 72,86%** všech jím využitých služeb, a také uživatel, který čerpал maximum - **174, tedy 98,86% svých služeb naopak pouze v NPr**. Výzkumný vzorek uživatelů dokresluje tab č.5 – jejich doba docházení do KM se pohybovala od minima 0,15 roku do maxima 8,24 roku (resp. od 0,5 do 17 let dle kontrolních údajů, více viz kap.5.3)

„Typický uživatel“ dochází tedy především do služeb reagujících na jeho bezdomovecký způsob života a základní potřeby s tím spojené. Co se týče užívání drog, využívá již méně často ViP a co se týče možností změn své situace, takových služeb využívá již velmi málo. Hodnoty rozložení čerpání služeb celého výzkumného vzorku se velice podobají tomuto „typickému uživateli“ (viz tab č.2). Kromě typických uživatelů se však v KM někdy vyskytují i tací, kteří se svou situací pracují výrazněji a využívají prahové služby mnohem více, jedná se však o naprosté výjimky.



Graf č.1 – Závislost rozložení využívání Pr a NPr služeb na době využívání KM

Doba docházení do KM v rocích	Počet uživatelů	%
0 až 1	21,00	26,25
1 až 2	13,00	16,25
2 až 3	7,00	8,75
3 až 4	6,00	7,50
4 až 5	6,00	7,50
5 až 6	5,00	6,25
6 až 7	3,00	3,75
7 až 8	9,00	11,25
8 až 9	10,00	12,50
"typický uživatel"	doba docházení do KM 2,68r	

Tab č.5 Doba docházení uživatelů do KM KC CPPT

Graf č.1 ukazuje závislost míry využívání NPr služeb na době docházení uživatelů do KM CPPT (jeho zdrojová data jsou uvedena v přílohách č.8). Je zde zřetelné, že vysoký podíl užívání NPr služeb uživateli (cca mezi 90 až 100%) není závislý na uvedené době, tedy na době jejich sociálního vyloučení. To potvrzuje i hodnota pearsonova korelačního koeficientu těchto dat – je rovna 0,2 (v druhé mocnině 0,04) což znamená že veličiny jsou v podstatě naprosto **korelačně nezávislé**. Nezávislost také potvrzuje i navržená exponenciální spojnice trendu v grafu. Lineární a logaritmická spojnice trendu vypadá téměř shodně. **Potvrdila se tedy hypotéza č.5 a ukázalo se že převážné zaměření uživatelů na „ted’ a tady“ u nich přetrvává ať dochází do KM teprve krátce nebo již výrazně delší dobu.** Tato hypotéza je dále ověřována ještě dalšími údaji v kap. 5.3.

Zajímavý je údaj o době docházení do KM, „typický uživatel“ sem dochází 2,68 roku. Mezi uživateli KM je polovina „mladších“ a polovina „starších“ (až do maxima 8,24 roku) – více než 50% jich do KM tedy dochází méně než 3 roky. To může vyvolávat otázku, proč je tomu tak – protože „kariézně starší“ uživatelé do KM přestanou docházet (tedy „starší“ než 9 let docházení do KM) ? Tedy, přestanou KM potřebovat a vyřeší své sociální vyloučení? Tento aspekt nebyl součástí výzkumu. Lze však na základě teoretické části práce i zde uvedeného grafu odhadnout, že tomu tak není. Spíše by se toto dalo vysvětlit tím, že KC CPPT je v Plzni od roku 1997, 15 let a proto nejsou dostupné údaje o výrazně „kariézně starších“ uživatelích. Zároveň to potvrzuje i doplnění výzkumu, když byla zjištěna/ověřena doba jejich sociálního vyloučení přímo od nich v části zabývající se jejich kvalitou života (viz kap. 5.3). Tento údaj byl zde získán od 25 uživatelů a „typická“ (median) pro ně byla doba života „na ulici“ 5 let a doba užívání návykových látek 7 let (nejkratší doba tohoto sociálního vyloučení u nich byla 0,5 roku a nejdelší 17let). Tedy bylo zjištěno, že uživatelé KM, kteří jsou převážně zaměřeni na „ted’ a tady“, žijí „na ulici“ - respektive potřebují využívat KM výrazně déle než udává statistická databáze, ze které vycházel graf č.1, a **stále setrvávají převážně u nízkoprahových služeb.**

5.2 Průběh a aspekty procesu IP s uživateli KM

Tato část výzkumného šetření se zabývala obsahovou analýzou záznamů IP s uživateli KM, které proběhlo v prvních 3 čtvrtletích roku 2011 - byla provedena jejich vnitřní analýza, která měla kvantitativní charakter (Gavora, 2010). Jejím cílem bylo získat data o důležitých aspektech procesu IP. Nejprve byl vytvořen kategoriální systém těchto aspektů a pak byl výskyt těchto sledovaných kategorií (aspektů IP) zaznamenán do tabulek. Jednoduše se zapisovala četnost jejich výskytu a pouze u 1 kategorie byla k zaznamenání jejich stavu použita metoda kódování (viz níže). Tato část výzkumu byla provedena na vzorku všech dostupných záznamů v kartách uživatelů KM ve sledovaném období – těch bylo celkem 57 – z celkem 80 uživatelů KM jich 21 totiž svou kartu v evidenci KC nemělo vůbec vedenou a další 2 uživatelé v ní neměli žádné záznamy.

Obsahová analýza každé jednotlivé karty byla zapsána do záznamového archu pro každého uživatele zvlášť, poté byla data sečtena a přepsána do souhrnných tabulek (viz přílohy č.9 a č.10). Výsledky pak prezentují další tabulky a grafy níže. Při rozpoznávání, sčítání a kodování kategorií vycházel autor ze své znalosti procesu IP a také ze zkušeností s typem záznamů, které byly v tomto KC pracovníky používány, sám je totiž pomáhal navrhovat a zavádět do praxe. Drtivá většina jich bylo ve formě několika souvětí, krátkého odstavce s popisem tzv. situačních intervencí (viz kap. 4.3.2).

Záznamů v kartách uživatelů bylo celkem 369 - proběhlo tedy 369 IP intervencí s 57 uživateli (z celkem 2163(!) návštěv 80ti uživatelů). Opět se tedy ukazuje že v drtivé většině kontaktů s nimi šlo o poskytování nízkoprahových služeb. Jen 3 záznamy bylo nutné vyřadit z důvodu jejich nepoužitelnosti (nebylo možné v nich identifikovat kategorie). 26 záznamů, tedy 7% bylo nepřesných, byly však kvalifikovaně interpretovány a do šetření zahrnuty. Základní vstupní objem dat do výzkumu byl tedy dostačující. Analýza těchto záznamů byla ze všech metod výzkumu nejobtížnější i časově nejnáročnější – bylo nutné procházet kartu každého uživatele a zkoumat záznamy intervencí, které neměly žádnou předepsanou standardní formu. Jedinými kritérii pro zaznamenávání v praxi tohoto KC byla totiž srozumitelnost a korektnost pro další pracovníky a také pro případ, že by např. uživatelé chtěli do těchto záznamů o sobě nahlédnout. Pracovníci sem tedy jednoduše vždy „po svém“ popsali proběhlou komunikaci a práci s uživateli. Jak bylo uvedeno v teoretické části práce (viz kap. 4.3), tyto záznamy IP by měly obsahovat jeho základní aspekty, často však zde byly popisovány částečně nepřesně, někdy nejasně či působily až neformálně. Touto vnější

analýzou zaznamenávání IP se však náš výzkum nezabýval a autor díky své praxi dokázal sledované kategorie identifikovat. Nejčastějším nedostatkem záznamů bylo časté nejasné/nepřesné pojmenování konkrétní intervence, tedy toho co pracovník pro uživatele udělal či nabídl – to lze zdůvodnit příliš velkým vytížením pracovníků v provozu a jejich rychlým a stručným zápisem intervencí, také však bohužel i jejich určitou neprofesionalitou – v tom co má záznam IP obsahovat. Podruhé téměř vždy v záznamech chybělo revidování dohodnutého IP či předchozích hovorů – to zdůvodňujeme tím, že IP s těmito nízkoprahovými uživateli často nemá kontinuitu a proto se lze k něčemu minulému jen těžko vztahovat, tedy revidovat. To je především z důvodu nestabilní motivace uživatelů i nepravidelnosti jejich návštěv KM. Ani pracovníci tuto kontinuitu nedokáží udržet – v plném nízkoprahovém provozu, kdy především poskytují služby, si nestíhají číst záznamy o proběhlé práci, nestíhají si předávat informace, klíčový pracovník se s uživatelem setkává pouze náhodně apod. A je otázka, zda by kontinuita byla udržena, pokud by to lépe dokázali. Tedy, zda by uživatelé kontinuálně spolupracovali v IP.....více viz výsledky této části výzkumu.

U následujících kategorií byla sledována četnost jejich výskytu :

1) **oblasti temat** jichž se IP týkalo – jedná se o základní temata, o kterých spolu pracovník a uživatel hovořili, která se týkala se NSS uživatelů a mohla se tak stát cílem pro spolupráci v IP (samozřejmě že pracovníci s uživateli hovoří často i „nezávazně“, to však do jejich karet nezaznamenávají). Jedná se o takové rozhovory, kde pracovník s uživateli pracuje – snaží se podporovat či nabízet nějaké zlepšení jejich NSS.

Všechna tato temata byla na základě zkušeností autora rozřazena do celkem 13 oblastí (viz tabulka č.6 níže). Oblast „jiné“ zahrnovala temata jako např. nástup výkonu trestu odnětí svobody, výkon obecně prospěšných prací, dohody o fungování v KC.

2) **průběh samotného procesu IP** – ten má několik základních částí, sledovalo se pro každou probíranou oblast:

- zda došlo k nějakým plánům spolupráce – tzn. zda bylo v záznamech že se „*na něčem dohodli, řekli co udělají, kdy tam půjdou atd.*“
- počet realizovaných kroků v IP v horizontu „*teď a tady*“ (dále jen TaT) a kroků přesahujících tento horizont – tzn. zda bylo v záznamech že „*to udělal, předal to, zjistil (jsem mu) to, byl tam atd.*“

- počet realizovaných cílů v IP v horizontu „ted’ a tady“ a cílů přesahujících tento horizont – tzn. zda bylo v záznamech že *„byl ošetřen, zatelefonoval tam hned, donesl občanský průkaz, má zařízené soc. dávky nebo jiné dosažení popsaných cílů“*

3) způsob aktivizace celého procesu IP :

- ze zájmu a iniciativy uživatele - tzn. zda bylo v záznamech že *„chtěl vědět, ptal se, žádal o atd.“*
- ze zájmu a iniciativy pracovníka - tzn. zda bylo v záznamech že *„jsem se ho ptal, poukazoval jsem na jeho stav, nabídl jsem mu atd.“*
- ze zájmu a iniciativy obou - tzn. zda bylo v záznamech že *„v hovoru jsme se dostali na, bavili jsme se o, zaujalo ho co jsem řekl a ptal se atd.“*

4) způsob práce pracovníka v hovoru nad danou oblastí

- pouze vyslechnutí a reflektování tematu uživateli - tzn. zda bylo v záznamech že *„refletoval jsem mu že, ptal jsem se ho co si o tom myslí, vyslechl jsem ho atd.“*
- rozhovor s navrhováním kroků uživateli - tzn. zda bylo v záznamech že *„navrhl jsem mu, nabídl jsem mu, řekl jsem mu zda by atd.“*

5) druh reakce uživatelů na návrhy pracovníka :

- přijímají návrh
- odmítají návrh
- k návrhu se nevyjadřují

6) typ záznamů o IP formou :

- situační intervence TaT
- krátkodobého či dlouhodobého plánu

U kategorie „způsob realizace cíle přesahující horizont TaT“ byl sledován a kodován typ a počet jejího výskytu :

- S – uživatel jej realizoval sám, vlastními silami
- KC – uživatel jej ve spolupráci a v IP s pracovníky KC
- Skc – uživatel jej realizoval sám, po prvotním projednání v KC
- Sj – uživatel jej realizoval sám, po prvotním projednání s jinými subjekty

Kromě těchto kategorií byl sledován a zaznamenáván ještě počet proběhlých intervencí, tedy počet proběhlých rozhovorů. Je důležité si uvědomit, jak mezi sebou jednotlivé aspekty IP, tedy kategorie, souvisejí a jak k nim bylo ve výzkumu přistupováno :

1) Každý 1 záznam v kartě klienta o **jedné intervenci** může obsahovat **řadu různých životních oblastí**, tedy v jednom plánování (pokud k němu na základě rozhovoru dojde) může být domluveno od 1 po několik kroků i cílů IP. Proto při vyhodnocování zájmu uživatelů o změnu své situace a realizování cílů **bylo počítáno % těch realizovaných z celkových možných – tedy ze všech prohovořených oblastí a tedy možných cílů**. Ne z počtu intervencí.

2) U každého uživatele mohlo být ve sledovaném období projednáno od 0 do několika oblastí a možných cílů. Z důvodu kapacity a rozsahu této práce **byly aspekty IP hodnoceny souhrnně pro všechny oblasti, tedy ne pro každou oblast zvlášť**.

3) Pokud byl nějaký **cíl uživatele realizován v horizontu TaT**, znamená to že byl naplněn hned v dané intervenci. V tomto případě se výzkum zabíral pouze počtem takto realizovaných cílů a **z důvodu nenáročnosti jejich realizace nebyly samostatně ve**

výzkumu zvažovány realizované kroky k nim vedoucí. V horizontu TaT by se jednalo o naprosto minimalistické kroky, např. „oslovit pracovníka“. **Ve výsledcích jsou zmiňovány pouze e ty kroky v IP, které tento horizont přesahují.**

4) Pokud byl nějaký **cíl uživatele realizován v horizontu TaT**, nejčastěji byl naplněn nějakou službou pracovníka, např. poskytnutím ošetření, zpřístupněním Inetu, poskytnutím seznamu agentur, anebo jej uživatel realizoval vlastním úsilím, které bylo opět v tomto horizontu pro proces IP nenáročné, např. zatelefonovat na úřad. **Proto tyto realizované cíle jsou odděleny od evidence cílů, které tento horizont TaT přesahují.**

V následujících výsledcích výzkumu jsou pro sledování jeho cílů a ověřování hypotéz podstatné souhrnné **výsledky celého souboru uživatelů**. Opět je doplňuje zobrazení „**typického uživatele**“. Pro něj byl nyní zvolena funkce modus, protože v této části výzkumu již nejsou tak extrémní (až chaotické) rozdíly v hodnotách ukazatelů jako v předchozím výzkumu. Modus se zde ukázal jako vhodnější než median, jeho hodnota je zde již mnohem častěji zastoupena než jiné hodnoty. Průměrná četnost funkce modusu u všech ukazatelů (z celkového počtu 57 uživatelů) byla 52,18%, **tedy u všech ukazatelů byla typická hodnota (modus) zastoupena průměrně cca u poloviny uživatelů**. Např. pro kategorii iniciování IP ze strany uživatele činí modus hodnotu 0 u 39 uživatelů (z 57), pro kategorii probíraného tematu zdravotní stav je modus 0 u 33 uživatelů, pro dluhy 0 u 54 uživatelů. Modus je vhodný, protože není citlivý k extrémním hodnotám a „*má smysl jen v případě jednovrcholového rozložení (tj. pouze pokud jen jedna hodnota má nejvyšší četnost)*.“ (Chrásková, 2007,s.51). Tak tomu bylo v případě drtivé většiny kategorií. Pouze u jedné dosáhl modus významně nejvyšší četnosti a blížil se i jiným četným hodnotám, jak bude podrobněji popsáno níže u kategorie celkového počtu intervencí. Dále jsou ještě doplněním ukazatele krajních hodnot – minima a maxima i s jejich četností, tedy **ukazatele výjimečných uživatelů**.

VÝSLEDKY CELÉHO SOUBORU			typický uživatel		výjimečný uživatel					
			hodnoty	četnost - počet uživatelů	min hodnoty	počet uživatelů	max hodnoty	%	počet uživatelů	
celkem										
počet uživatelů	57									
celkový počet intervencí	366		1	9	1	9	32		1	
počet plánování	180		1	15	0	10	28		1	
projednávaná témata, tedy možné cíle										
celkem %					min		max	%		
celková NSS "jak se má"	43	10,57	0	33	0	33	6	21	1	
užívání drog	34	8,35	0	39	0	39	4	14	1	
léčba, testování, abstinence aj.	28	6,88	0	44	0	44	4	14	3	
zázemí - základní potřeby (práce, bydlení, jídlo aj.)	97	23,83	0	20	0	20	9	31	1	
psychický stav	11	2,70	0	46	0	46	1	3	11	
zdravotní stav	50	12,29	0	30	0	30	9	31	1	
dluhy	4	0,98	0	54	0	54	2	7	1	
doklady	18	4,42	0	49	0	49	8	28	1	
soc. úřady, ÚP, soudy aj.	48	11,79	0	34	0	34	7	24	1	
zprostředkování dalších služeb	2	0,49	0	55	0	55	1	3	2	
sociální dávky	11	2,70	0	50	0	50	4	14	1	
vztahy s lidmi	30	7,37	0	40	0	40	6	21	1	
jiné	31	7,62	0	42	0	42	7	24	1	
CELKEM projednaných temat	407	100,00	2	9	1	6	29	100	1	
aktivizace hovoru o tematu										
celkem %					min		max	%		
uživatелеm	41	11,20	0	39	0	39	6	18	1	
pracovníkem	161	43,99	1	15	0	10	12	35	1	
účast obou stran	164	44,81	0	17	0	17	16	47	1	
průběh IP										
celkem %					min		max	%		
rozhovor o tematu - sdílení, mapování	366	100,00	1	9	1	9	32	100	1	
po rozhovoru se dále nepokračovalo	186	50,82	0	9	0	9	13	41	1	
po rozhovoru se dále plánovalo	180	49,18	1	15	0	10	28	88	1	
realizování IP										
celkem %					min		max	%		
celkový počet možných cílů do IP	407	100	2	6	1	6	29	100	1	
realizace kroků přesahujících TaT	76	18,67	0	30	0	30	15	52	1	
realizace kroků celkem	135	33,17	0	18	0	18	21	72	1	
realizace cílů celkem	82	20,15	0	20	0	20	9	31	1	
cíle realizované TaT	59	14,50	0	28	0	28	6	21	1	
realizované cíle přesahující TaT	23	5,65	0	42	0	42	5	17	1	

Tab č.6A – Výsledky výzkumu aspektů IP s uživateli KM

VÝSLEDKY CELÉHO SOUBORU			typický uživatel		výjimečný uživatel				
			hodnoty	četnost - počet uživatelů	min hodnoty	počet uživatelů	max hodnoty	%	počet uživatelů
celkem									
způsob práce pracovníka					min		max	%	
celkem %									
pouze rozhovor - vyslechnutí a reflektování			120	37,50	0	19	12	30	1
rozhovor a podávání návrhů			200	62,50	1	19	28	70	1
reakce uživatelů na pracovníka									
návrh přijímají			123	61,50	1	16	18	64	1
návrh odmítají			39	19,50	0	36	5	18	2
k návrhu se nevyjadřují			38	19,00	0	32	5	18	1

Tab č.6B – Výsledky výzkumu aspektů IP s uživateli KM (pokračování)

Z Tabulky č.6 je patrné, že v **souhrnném pohledu** uživatele nejvíce zajímaly temata zázemí/základních potřeb v 23,83 %, dále zdravotního stavu v 12,29 %, jednání s úřady v 11,79 % a celkově rozhovory o tom „jak se mají celkově“ v 10,57 %. Zbývající temata pro ně byla již okrajová, nejméně se zajímali v 0,49% o zprostředkování dalších služeb. Hovory o jejich NSS a cílech aktivizovali ve stejné míře sami pracovníci a obě zúčastněné strany, oproti nim sami uživatelé hovory iniciovaly v míře 1/4. Po těchto rozhovorech se jedné polovině(!) pokračovalo dále s IP, v druhé polovině k IP na jejich NSS nedocházelo.

Uživatelé realizovali 18,67% všech možných kroků přesahujících horizont TaT, což vyvrací hypotézu č.2, kde byla stanovena 10% hranice realizovaných kroků. Uživatelé o dosažení cílů a tedy nějakou změnu své NSS usilují o 8% více.

Dále je ze výsledků patrné, že **realizovali 5,65% všech možných cílů přesahujících horizont TaT** (což však nepoukazuje na hypotézu č.3 – viz následující kap.5.2.1) a 14,5% všech možných cílů v horizontu TaT. Ve 2/3 práce pracovník uživatelům nabízel různé možnosti postupu v jejich NSS, v 1/3 jim pouze naslouchal a eventuálně refleктоval souvislosti – nepokoušel se je více aktivovat. To bývá v práci s těmito uživateli časté – „potřebují na to přijít sami“, získat vlastní vnitřní motivaci. Zároveň už o řadě tematech s pracovníkem často několikrát hovořili a pracovník jim už znovu „stále dokola“ návrhy podávat přestává. Pokud nějaké návrhy podával, ve 2/3 je uživatelé přijímali – což znamená že dobře odhadl situaci a navrhoval většinou tam, kde to bylo adekvátní. Jindy ve stejné míře

cca 20% uživatelé další návrhy buď odmítali, nebo k nim byli neutrální, tedy je spíše „pasivně odmítali“.

Mezi dalšími údaji (viz přílohy č.10) bylo zjištěno, že u 5 uživatelů byla několikrát použita forma IP krátkodobého i s jí odpovídajícím formulářem a v jejím rámci proběhlo celkem 21 plánování cílů, tedy 11,66% všeho plánování. **Zbývajících 88,33% plánování probíhalo formou situačních intervencí TaT.** Z pokusů o plánování přesahující horizont TaT bylo u těchto uživatelů realizováno 4 cíle z 15 stanovených, tedy 26,66%. Lze se domnívat, že těchto mála uživatelů byly pracovníky odhadnuty jejich lepší schopnosti či lepší životní podmínky(?) a tedy možnost strukturovanější práce s jejich situací. Menší část svých cílů pak také dosáhli. Dalším zajímavým ukazatelem byla kodovaná kategorie „**způsob realizace cíle přesahující horizont TaT**“. takto realizovaných cílů bylo celkem 23 a jen u 13 z nich bylo v záznamech uvedeno, jak toho uživatelé dosáhli – cíle realizovali sami v 38,46%, ve spolupráci s různými jinými institucemi v 30,76%, ve spolupráci s KC v 23,07% a sami po předjednání v KC v 7,69%.

Pokud se zaměříme na „**typického uživatele**“, tedy na to co se ve výzkumném souboru vyskytovalo významně nejčastěji – pak v tab. č.6 zjistíme, že nejčastější bylo mezi 57 uživateli, že absolvoval za celé období 3 čtvrtletí pouze 1 intervenci(!). Tento údaj modusu s četností 9 uživatelů doplňujeme o další hodnoty modusů 2,4,5 a 7 intervencí vše s četností 7 uživatelů. V tomto případě by tedy bylo vhodnější říci, že 1 „typický uživatel“ absolvoval mezi 1 až 5 intervencemi. **Dále bylo však již velmi časté, že „typický uživatel“ neměl zájem o hovor v žádné ze zmíněných jednotlivých oblastí, k hovoru jej aktivizoval výhradně pracovník, něco mu navrhnul, uživatel to přijal a tak naplánovali proces změny NSS, ve kterém však uživatel nerealizoval žádné kroky ani cíle.** S tímto „typickým uživatelem“ se v praxi opravdu často můžeme potkat.

Co se týče výjimečných, ale také existujících uživatelů, krajní hodnoty minima v procesu IP byly totožné s „typickým uživatelem“. Maximální hodnoty aspektů IP mají téměř vždy četnost 1 uživatele, tzn. že **zde byl jeden „výjimečný uživatel“**, se kterým proběhlo 32 intervencí, ze kterých vzešel **v 88% dále proces plánování.** V něm uživatele zajímala víceméně stejně **řada různých oblastí jeho NSS**, proces aktivizoval zhruba stejně pracovník jako obě strany, pracovník v 70% případů navrhoval nějaký postup a uživatel ho převážně přijímal. Ukazatelé maxima realizovaných kroků a cílů jsou pro něj však již přesnější v tab č.7 (viz následující kapitola), protože tam již nejde o souhrnou % četnost v celém vzorku, ale jde o individuální uživatele v „nejúspěšnějším vzorku“. Z těch je patrné,

že realizoval 80% možných kroků vedoucích ke změně a realizoval i cíle - 21% realizoval v horizontu TaT a 50% cílů realizoval v delším horizontu.

5.2.1 VÝSLEDKY NEJÚSPĚŠNĚJŠÍCH UŽIVATELŮ

uživatel č.	6	15	17	19	23	27	30	31	32	34	44	46	49	52	55	56	58	62	64	66	71	72	76	78	Výsledky tohoto souboru	
																									celkem	%
realizování IP																										
celkový počet možných cílů do IP	7	5	6	19	5	23	29	5	5	4	13	2	8	11	6	6	13	4	18	6	7	2	5	7	216	100
realizace kroku přesahujících TaT	1	4	4	6	2	3	15	1	2	2	2	1	1	5	3	2	3	3	4	1	3	1	3	1	73	33,8
realizace kroku přesahujících TaT %	14	80	67	32	40	13	52	20	40	50	15	50	13	45	50	33	23	75	22	17	43	50	60	14		
realizace kroků celkem	3	6	4	7	2	5	21	2	2	4	5	1	4	5	5	4	3	7	7	1	5	1	3	1	108	50
realizace cílů celkem	2	3	0 V	1	0 V	3	9	1	0	2	3	1	3	0	3	2	1	5	8	0	2	0	1	0	50	23,1
cíle realizované TaT	2	2	0	1	0	2	6	1	0	2	3	0	3	0	2	2	0	4	3	0	2	0	0	0	35	16,2
realizované cíle přesahující TaT	0	1	0	0	0	1	3	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	5	0	0	0	1	0	15	6,94
realizované cíle přesahující TaT %	0	20	0	0	0	4	10	0	0	0	0	50	0	0	17	0	8	25	28	0	0	0	20	0		

Tab č.7 – Hodnoty IP s nejúspěšnějšími uživateli

V této tabulce jsou již jen údaje o procesu IP všech těch „nejúspěšnějších“ uživatelů, u nichž počet realizovaných kroků směřujících ke změně NSS v horizontu přesahujícím TaT byl vyšší než 10% všech možných – tedy těch uživatelů, kteří o změnu své NSS usilovali významně více než jiní, realizovali souhrnně 33,8% takových kroků (oproti průměru 18,67% pro celý vzorek). Bylo jich celkem 24, tedy 42,1% celé skupiny, a realizovalo se s nimi 221, tedy 60,38% (!) všech intervencí a z nich vzešlo 139, tedy 77,22% (!) všeho plánování. To poukazuje na to, že se jednalo určitým způsobem o část uživatelů, kteří byli více nakloněni změně a také o ní i více usilovali.

Vzhledem k cílům výzkumu se u nich sledovala především míra realizování cílů přesahujících horizont TaT – byla 6,94% a potvrdila se tedy hypotéza č.3, která stanovila hranici 10%. Uživatelé, kteří významněji usilují o změnu NSS, tedy však svých cílů téměř vždy nedosahují.

Jejich souhrnné výsledky by mohly vzbuzovat dojem, že se jedná o skupinu „nejúspěšnějších uživatelů“ mezi všemi, což se potvrzuje u každého z nich v počtu realizovaných kroků. V počtu realizovaných cílů přesahujících horizont TaT však jsou již jejich výsledky výrazně nízké – 15 z nich nerealizovalo žádné cíle a 2 realizovali méně než

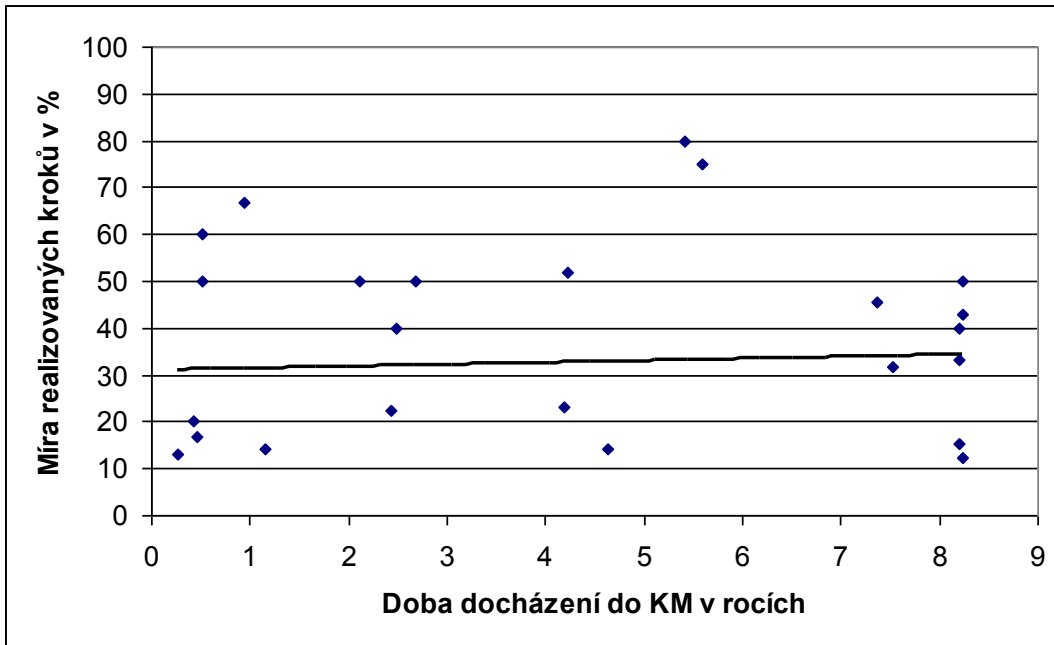
10% těchto cílů. Zbývajících 7 jich realizovalo vyšší počet cílů – 6 uživatelů od 10% do 30% a jeden z nich realizoval 50% těchto cílů.

Můžeme se pokusit tuto téměř polovinu celé skupiny charakterizovat i dalšími jevy z výsledků 1. a 3. části výzkumu, které by mohly poukázat na souvislost s jejich větší mírou realizování kroků přesahujících horizont TaT. 3. části výzkumu, zjišťování jejich subjektivně vnímané kvality života, se jich zúčastnilo jen 8, což je již velmi omezený vzorek. Jiný však není k dispozici a můžeme na jejich výsledky SQUALA nahlížet jen jako na ilustrační data. Údaje z 1. statistické části výzkumu máme ke každému z nich. Vše souhrnně ukazuje následující tabulka a z ní vycházející grafy :

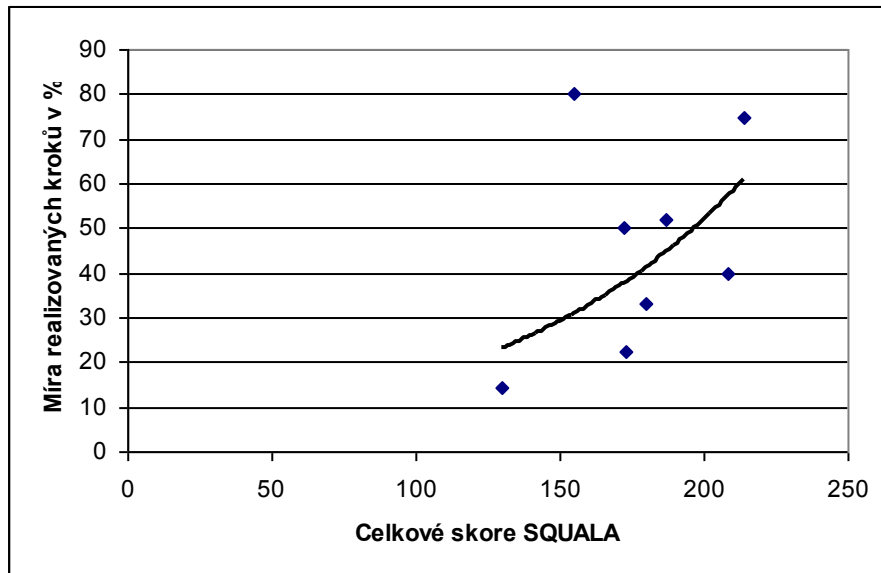
Identifikace uživatelů																		
1. a 2. část výzkumu	6	15	17	19	23	27	30	31	32	34	44	46	49	52	55	56	58	62
3. část výzkumu	O	R	--	--	--	--	G	--	Q	--	--	--	--	--	V	W		X
realizace kroků přesahujících TaT %	14,29	80,00	66,67	31,58	40,00	13,04	51,72	20,00	40,00	50,00	15,38	50,00	12,50	45,45	50,00	33,33	23,08	75,00
realizované cíle přesahující TaT %	0,00	20,00	0,00	0,00	0,00	4,35	10,34	0,00	0,00	0,00	0,00	50,00	0,00	0,00	16,67	0,00	7,69	25,00
celkové skóre SQUALA	130,00	155,00	X	X	X	X	187,00	X	208,00	X	X	X	X	X	172,00	180,00	X	214,00
podíl využívání služeb v NPR %	95,29	79,55	27,14	89,44	47,78	100,00	78,55	65,19	97,67	100,00	100,00	84,35	90,77	97,93	80,10	91,19	78,69	98,53
doba navštěvování KM (roky)	1,15	5,41	0,94	7,52	2,48	0,27	4,22	0,43	8,21	2,68	8,21	2,11	8,24	7,36	8,24	8,20	4,19	5,60

Identifikace uživatelů						
1. a 2. část výzkumu	64	66	71	72	76	78
3. část výzkumu	J	--	--	--	--	--
realizace kroků přesahujících TaT %	22,22	16,67	42,86	50,00	60,00	14,29
realizované cíle přesahující TaT %	27,78	0,00	0,00	0,00	20,00	0,00
celkové skóre SQUALA	173,00	X	X	X	X	X
podíl využívání služeb v NPR %	96,07	95,65	91,07	94,44	88,89	100,00
doba navštěvování KM (roky)	2,43	0,46	8,24	0,51	0,52	4,64

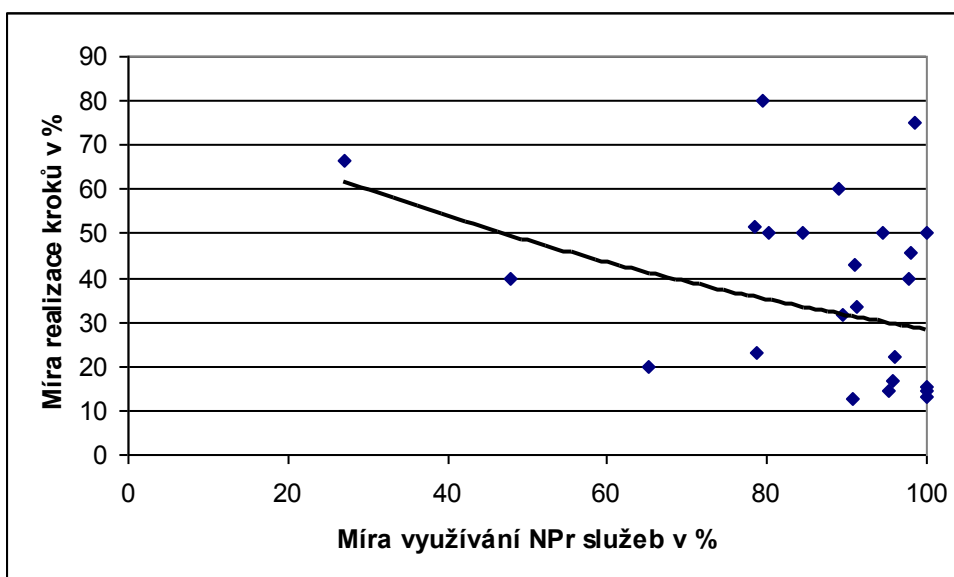
Tab č.8 – Výsledky neúspěšnějších uživatelů ze všech 3 částí výzkumu



Graf č.2 – Závislost míry realizovaných kroků přesahujících TaT na době docházení uživatelů do KM



Graf č.3 – Závislost míry realizovaných kroků přesahujících TaT na celkovém skóre kvality života SQUALA uživatelů KM



Graf č.4 – Závislost míry realizovaných kroků přesahujících TaT na míře využívání NPr služeb uživateli KM

Všechny tyto grafy č.2 až č.4 ukazují **závislost míry realizovaných kroků přesahujících horizont TaT na různých veličinách** :

2) **na době docházení uživatelů do KM**, tedy na době jejich sociálního vyloučení a pouličního životního stylu – zde je z grafu, kde byla navržena exponenciální spojnice trendu, patrná naprostá nezávislost těchto dvou veličin, což potvrzuje i pearsonův korelační koeficient činící 0,02 (v druhé mocnině 0,00004) – **data jsou naprosto korelačně nezávislá**.

To, v jaké míře uživatelé realizují kroky vedoucí ke změnám NSS, vůbec tedy nesouvisí s dobou jejich sociálního vyloučení, což se dá vysvětlit/odhadnout, jak bylo dříve formulováno, že „časem nezmoudří“. Nebo spíše přesněji řečeno, že jsou na svůj životní styl jsou adaptovaní a pouliční život se jim po určité době „neznechutí“. Toto jsou však volná vysvětlení a bylo by třeba je ověřit jinými výzkumy.

3) **na jejich celkovém skóre kvality života SQUALA** (viz kap 5.3) – z grafu a jeho exponenciální spojnice trendu je patrná **jistá závislost, s vyšším skóre kvality života je vyšší i míra realizovaných kroků**. To by se dalo vysvětlit např. tak že „čím lépe se jim daří realizovat kroky ke svým cílům, tím jsou spokojenější“. To by však znamenalo, že jejich spokojenost a kvalita života nezávisí na dosažení cílů (které dosahovali jen velmi málo), tedy

že jejich cíle v IP nejsou pro jejich kvalitu života významné. Vysvětlení by také mohlo být že „spokojenější uživatelé jsou úspěšnější v realizaci kroků“.

Připomínáme však, že do tohoto grafu byly použity data pouze u 8mi uživatelů a proto jeho závěry považujeme pouze za ilustrační a bylo by je nutné ještě ověřovat. **Pearsonův korelační koeficient** dat tohoto grafu činí 0,39 (v druhé mocnině 0,15), což **poukazuje na velice nízkou korelační závislost obou veličin, která se blíží spíše korelační nezávislosti.**

4) na míře využívání NPR služeb – zde graf a exponenciální spojnice trendu vykazují **klesající tendenci závislosti veličin**, tedy že čím méně uživatelé využívají NPR služby (a tedy tím více služby Pr změny podporující), tím více realizují kroků vedoucích k realizaci cílů IP. To je naprosto logické a dokazovalo by to efektivitu Pr služeb. **Pearsonův korelační koeficient** zde činí $-0,3$, což velice mírně potvrzuje tendenci k popsané závislosti těchto veličin, ve své druhé mocnině činí však 0,09, což opět **poukazuje na velice nízkou korelační závislost obou veličin, která se blíží spíše korelační nezávislosti**

Všechny 3 grafy zkoumající souvislosti klíčových jevů pro vzorek nejúspěšnějších uživatelů KM vykazovaly určité tendence závislosti zobrazovaných veličin, pearsonův korelační koeficient však vždy vykazoval téměř žádnou závislost dat. **Pro ověření jejich vztahů by bylo tedy třeba provést další výzkumy s větším výzkumným vzorkem. Můžeme uzavřít, že se nezjistila jasná příčina vyšší úspěšnosti těchto uživatelů v realizaci svých cílů IP.**

5.3 Subjektivní hodnocení kvality života uživatelů KM

Jak je již vysvětleno v kap.5 u popisu hypotéz, kvalita života může být významným faktorem v práci s uživateli KM. Zvyšování kvality života uživatelů je vlastně cílem práce s nimi a sociálních služeb vůbec – v případě uživatelů KM to může být snaha o jejich sociální začleňování a tím zlepšování řady aspektů jejich situace a/nebo, pokud to není možné a reálné, pracuje se s nimi na snižování rizik jejich životního stylu a alespoň na udržování/nezhoršování jejich situace.

S tím souvisí dle Matouška tzv. **subjektivní** (např. tělesné a duševní zdraví, příjem, bydlení a zaměstnání) a **objektivní kvalita života** (např. spokojenost v práci, pocit bezpečí) dokládají „že subjektivní a objektivní stránka kvality života spolu korelují relativně málo a argumentují tímto zjištěním ve prospěch požadavku, aby hodnocení kvality života vždy zahrnovalo její objektivní i subjektivní stránku.“ (Matoušek et al, 2007a, s.176). Matoušek dále vysvětluje, že vývoj situace uživatele a jeho osobní růst přináší také větší zátěž na uživatele, více stresu, zážitky neúspěchu a že to tedy může snižovat jeho subjektivní vnímání kvality takového života. A na druhé straně je „kvalita života směřováním k naplnění jeho potřeb.“ (Matoušek et al, 2007a, s.170).

To se významně týká také právě uživatelů KM – otázka zda jsou naplněny jejich potřeby, které určují jejich subjektivní vnímání kvality života.. Je jejich prožívaná kvalita života a spokojenost nízká a může tedy z toho vyplývat motivace ke zvyšování objektivní stránky kvality jejich života?

Jelikož je zde určující jejich subjektivní vnímání, byl výzkum zaměřen právě na tuto stránku kvality jejich života a její objektivní stránkou se z kapacitních důvodů nezabýval. K výzkumu byl použitý **dotazník kvality života SQUALA**, tedy Subjectice QUALity of Life Analysis, který byl vyvinut na počátku 90. let ve Francii a byl určen pro duševně nemocné pacienty, u kterých se jeho použití osvědčilo. Jedná se o standardizovaný nástroj, který byl používán i u jiných skupin, např. lidí nemocných HIV, lidí s prodělanou operativní změnou pohlaví aj. a při validizaci české verze jej autoři použili přímo s respondenty léčícími se ze závislosti na návykových látkách (tedy abstinujícími). Čeští autoři srovnávali v pilotních studiích jeho použitelnost s dalšími metodami zjišťování kvality života (QLS-100, GAF, WHO/DAS) a vyhodnotili mezi nimi právě SQUALA jako nejvhodnější. Kromě hodnocení tohoto nástroje vytvořili i orientační české normy, hodnoty výběrového vzorku reprezentativní

pražské populace ve věku 18 – 59let, jehož šetření prováděli v roce 2004 (Bartoňová et al, 2006).

SQUALA vychází při pojetí kvality života jednak z tzv. hedonistického pohledu, tedy subjektivně prožívané úrovně štěstí, dále sleduje i prožívání svobody/autonomie a také pravdy a spravedlnosti. (Bartoňová et al, 2006) Původní originální dotazník obsahuje 23 oblastí a zjišťuje v nich rozdíl mezi očekáváním respondenta a realitou v dané oblasti – tedy obsahuje 2 tabulky, v první respondent označuje subjektivní důležitost dané oblasti a ve druhé reálnou spokojenost s ní, oboje ve 5ti stupňové škále. V české verzi z dotazníku autoři vypustili na základě výhrad respondentů pilotních studií 2 položky zabývající se vírou a politikou, zůstává tedy 21 položek a pozměnili formulaci několika dalších položek oproti originálu (např. „starat se o sebe“ přeformulovali na „postarat se o sebe“).

Dotazník SQUALA byl zvolen jako vhodný i pro skupinu uživatelů KM, i když je jejich vnímání často ovlivněno drogami. To by nemělo být na překážku, stejně jako u duševně nemocných - dotazník totiž zjišťuje úroveň jejich subjektivní životní spokojenosti která se samozřejmě pojí i s jejich duševním stavem a nelze ji od něj oddělit. Prostě svět a sebe na jeho základě prožívají. Z šetření byli na základě subjektivního/kvalifikovaného posouzení vyloučeni pouze ti uživatelé, jejichž momentální stav v době vyplňování naznačoval výraznou intoxikaci či obtíže s porozuměním instrukcí, orientací v čase a prostoru apod. Takoví uživatelé byli celkem 3. Z ostatních, jejichž stav spolupráci v šetření umožňoval, se jej zúčastnili všichni ti, kteří byli ochotní jej vyplnit. **Výzkumný vzorek** činilo 28 uživatelů KM, kteří v době šetření od 1.12.2011 do 16.12.2011 docházeli do KM a dotazník vyplnili. V tomto měsíci do KM docházelo celkem 49 registrovaných uživatelů, celkem tedy 55% z nich se výzkumu zúčastnilo, což je poměrně vysoký a uspokojivý/dobře vypovídající vzorek – výsledky výzkumu byly nakonec zjišťovány z celkem 26 dotazníků, protože 2 dotazníky byly pro nedostatečnou reliabilitu ze šetření vyřazeny (viz níže).

Šetření SQUALA probíhalo v KC až po skončení období 3 čtvrtletí 2011, ve kterém probíhaly obě předchozí části výzkumu. K tomu došlo z organizačních a personálních důvodů provozu KC. Následkem toho nejsou všichni účastníci šetření SQUALA totožní s 80ti účastníky předchozích 2 výzkumných šetření, ze vzorku 26 jich je pouze 15 totožných (viz tab. č. 10 níže) a zbývajících 11 byli noví či neregistrovaní uživatelé. To je **významné omezení výzkumného šetření** - hypotéza č. 6 je ověřována pouze na 15ti uživatelích z celkového počtu 80 (tedy na 18,75%) a ovlivněno je i ověření hypotézy č.5 (která již byla potvrzena v první části výzkumu) – zde jí ověřujeme pouze na 14 uživatelích. Tento nízký

počet je však jediným, který bylo reálně možné získat – dotazníkové šetření SQUALA probíhala v době 2 týdnů měsíce prosince 2011 a nelze očekávat, že se jej zúčastní všichni uživatelé, kteří v předchozích 9 měsících do KM docházeli. Měsíčně do KM dochází cca 50 uživatelů a z tohoto pohledu je získaný počet respondentů 15/resp.14 za 2 týdny šetření uspokojivý.

Dotazník pro uživatele KM byl mírně upraven oproti originálu (viz přílohy č. 11) - obsahoval jednoduchou úvodní stránku s uvedením účelu a obsahu výzkumu a s prvními 3mi otázkami zjišťujícími údaje o konkrétním uživateli – jeho registrační kod KC, subjektivně vnímanou dobu užívání drog nebo alkoholu a dobu života mimo domov „na ulici“, tedy dobu jejich hlubokého sociálního vyloučení. Tyto 3 otázky nahradily prvních 8 otázek originálního dotazníku - sledovaly oblasti které nebyly pro náš výzkum důležité (nakonec byly použity pouze 2 odpovědi z těchto 3) a zbytečně by zatížily uživatele KM při vyplňování. Je nutné vzít v potaz charakteristiky těchto uživatelů a podmínky výzkumu jim uzpůsobit, pokud chceme získat relevantní data. Jednak bylo nutné respektovat vhodnou dobu k vyplnění dotazníku, která byla cca 10-15min. Uživatelé jej vyplňovali přímo na KM a delší dobu nebo u náročnějšího dotazníku by se již těžko soustředili a u dotazníku vydrželi. Zároveň by bylo prakticky nemožné, aby se výzkumu účastnili v jiném prostoru než v KM.

Dále v použitém dotazníku následovaly 2 hodnotící tabulky oblastí života, uvedené vždy stručnou a jasnou písemnou instrukcí, která byla formulována srozumitelně právě pro tyto uživatele. Z důvodu srozumitelnosti byly také mírně přeformulovány 3 položky dotazníku – „být fyzicky soběstačný“ na „fyzická soběstačnost, mít dobrou kondici bez omezení“, „mít víru, např. náboženství“ na „mít víru(např. náboženství nebo jiné vyznání)“ „mít koníčky ve volném čase“ na „mít koníčky, zájmy ve volném čase“.

To, že dotazník uživatelé vyplňovali přímo v KM, se ukázalo také jako bez potíží, provoz zde nebyl nijak rušivý. Autor výzkumu byl v KM přítomen, požádal uživatele o vyplnění, vysvětlil jim stručně postup a byl jim k dispozici pro dotazy. V naprosté většině případů žádné dotazy neměli a z jejich vyplňování i z výsledků bylo patrné, že dotazníku dobře porozuměli. Uživatelé obě tabulky vyplňovali jednoduše zakřížkováním jim odpovídající odpovědi, což byla jednoduchá a vhodná forma využití písemného dotazování této cílové skupiny. To bylo patrné i z pozorování – uživatelé v drtivé většině neměli žádné potíže s takovou formou pracovat. Pouze jeden uživatel žádal zvětšení dotazníku, aby pro něj byl čitelný, což mu bylo umožněno.

Pro získání uživatelů ke spolupráci byl zvolen kromě vstřícné žádosti, která řadu z nich dobře motivovala, také malý dárek – tabák, vitamíny, doplňky stravy. Tato materiální

motivace zafungovala na velkou část uživatelů a lze odhadnout, že bez ní by se šetření zúčastnilo méně než polovina.

Ze získaných dotazníků byly pouze 2 vyřazeny, jelikož je nebylo možné použít z důvodu špatného vyplnění – uživatelé jednoduše zaškrtnali stejnou odpověď u všech položek (v obou tabulkách), z čehož je patrná jejich nedbalost a tedy nereliabilita jejich odpovědí. Do vyhodnocení výstupů bylo použito zbývajících 26, tedy 92,6% dotazníků. Celkem bylo dále ze všech 1092 odpovědí výzkumného vzorku 41 (tedy 4%) odpovědí nepoužitelných – buď je uživatelé jednoduše neodpověděli, nebo je proškrtnli a tím dali najevo, že je odpovídat nechtějí anebo zaškrtnli pro danou položku více možných odpovědí. Tyto nepoužitelné odpovědi jsou v tabulkách označeny jako X. Celkově lze shrnout, že **naprostá většina získaných data v tomto šetření mělo dobrou kvalitu a bylo použitelných.**

Poslední otevřenou položku dotazníku, „je ještě něco dalšího?“ odpovědělo 7 (tedy 26,9%) uživatelů - např. „dítě, mít rodinu, zdraví, pohoda, klid, láska, kamarádi“, což jsou však položky již v dotazníku obsažené. Pouze 2 z těchto 7mi uživatelů zde uvedli eventuelně použitelnou položku – „svého psa a loajálnost“, jelikož se tedy jednalo nakonec o velmi malé % použitelných položek, byly z výzkumu vypuštěny. Je třeba ještě zmínit, že došlo k chybě v počtu položek dotazníku – nedopatřením byl použit překlad původního dotazníku s 23 položkami. To však nezpůsobuje výraznou ztrátu hodnoty výzkumu – jednoduše nebyly nadbytečné položky č.12 a č.13 „víra“ a „politika“ do výsledků dále zahrnuty a tudíž výsledky odpovídají české verzi dotazníku s 21 položkami (a je možno je srovnávat s reprezentativním vzorkem pražské populace).

Způsob **vyhodnocení dotazníku SQUALA** je následující „*formou parciálních skorů a celkového skoru kvality života. Parciální skor ...se rovná součinu skoru důležitosti (od 0=bezvýznamné po 4=nezbytné) a skoru spokojenosti (od 1=velmi zklamán po 5=zcela spokojen) a nabývá tedy hodnot od 0 do 20.....Parciální skory se zobrazují ve formě profilu kvality života a celkový skor je dán součtem všech parciálních skorů.*“ (Bartoňová et al, 2006, s.11) Ze všech takto získaných hodnot pro jednotlivé uživatele se dále počítá jednoduše průměr pro zjištění výsledků celého výzkumného vzorku. Pro práci s chybějícími či nerelevantními odpověďmi v některých položkách dotazníku doporučují Bartoňová et al (2006) v podstatě dvojí postup - buď je z výpočtů průměrů vyřadit a nebo složitější postup, kdy se pracuje s počtem chybějících odpovědí. Podle něj se pak buď nahrazují mediánem

nebo se úplně vyřazují a nebo se filtrují(vyřazují) jen z některých částí vyhodnocování výstupů. Pro účel této práce byly takové nedostatečné odpovědi vyřazeny a průměr hodnot byl počítán bez nich.

Tabulky všech získaných dat, hodnot hodnocení důležitosti a spokojenosti a parciálních skóre pro všechny jednotlivé uživatele uvádíme v přílohách č.12. Zde níže uvádíme již průměrné výsledky celého výzkumného vzorku. Tyto hodnoty byly **srovnány s reprezentativním vzorkem** – orientační normou, kterou tvoří průměrné výsledky již výše zmíněného šetření pražských občanů věku 18 – 59let. (Bartoňová et al, 2006)

Aby bylo možné srovnat nejen to, zda kvalita života uživatelů KM je vyšší nebo nižší než u tohoto vzorku, ale posoudit i míru tohoto snížení/zvýšení, bylo by potřeba použít hodnoty „rozšířeného intervalu normy“ - ty byly autory určeny pro 5 tzv. dimenzí squala a do těch bylo začleněno jen 19 položek dotazníku z 21. K tomu je vedly důvody nedostatečné reliability některých dat v jejich výzkumném vzorku (Bartoňová et al, 2006). Jedná se o tyto jimi stanovené dimenze squala:

- squala 1 – abstraktní hodnoty – položky č.16 pocit bezpečí, č.18 spravedlnost, č.19 svoboda, č.20 krása a umění a č.21 pravda
- squala 2 – zdraví – č.1 zdraví, č.2 fyzická soběstačnost, č.3 psychická pohoda a č.9 péče o sebe
- squala 3 – blízké vztahy – č.6 rodinné vztahy, č.10 láska a č.11 sexuální život
- squala 4 – volný čas – č.5 spánek, č.7 vztahy s ostatními, č.14 odpočinek a č. 15 koníčky
- squala 5 – základní potřeby - č.4 prostředí a bydlení, č. 22 peníze a č.23 jídlo

(Bartoňová et al, 2006, s.22)

I pro náš výzkum by bylo velice zajímavé posuzovat a srovnávat i tento rozšířený interval normy a tyto dimenze squala, bohužel to však není možné – z těchto výsledků byly vypuštěny 2 další položky a autoři neuvádějí dostatek dat/instrukcí, ze kterých by se dalo vycházet při přepočtu našich výsledků (Bartoňová et al, 2006). V našem výzkumu jsou srovnávány tedy pouze průměry všech jednotlivých parciálních skóre položek a pro **určení míry odlišnosti celkového skóre uživatelů KM** od skóre reprezentativního vzorku byly použity **orientační hranice** rozšířeného intervalu normy, který byly přepočteny jednoduše na

% podíl. To tedy znamená, že pro průměrné celkové skóre „normy“ považované za 100% činí orientačně -spodní hranice „normy“ z něj 86%, hranice pro mírně sníženou kvalitu života „rozšířeného intervalu normy“ 73,2% (zdrojová data viz Bartoňová et al, 2006, s. 27). Vyšší hranice nad průměrem nebyly přepočítávány, protože se ukázalo že celkové skóre uživatelů KM je nižší.

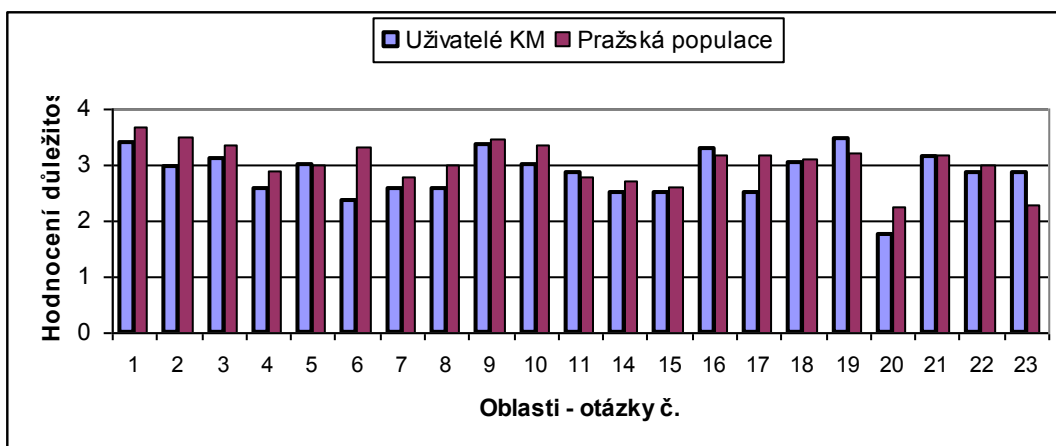
Nakonec, věkové rozložení uživatelů KM samozřejmě neodpovídá přesně tomuto srovnávacímu vzorku, jak je uvedeno níže jejich věk se pohybuje zejména mezi 20 – 30lety, i přesto jsou jejich výsledky s pražským vzorkem srovnávány. Jiná podrobná data pražského vzorku ke srovnání autoři totiž neuvádí (Bartoňová et al, 2006).

Výsledky výzkumu jsou následující:

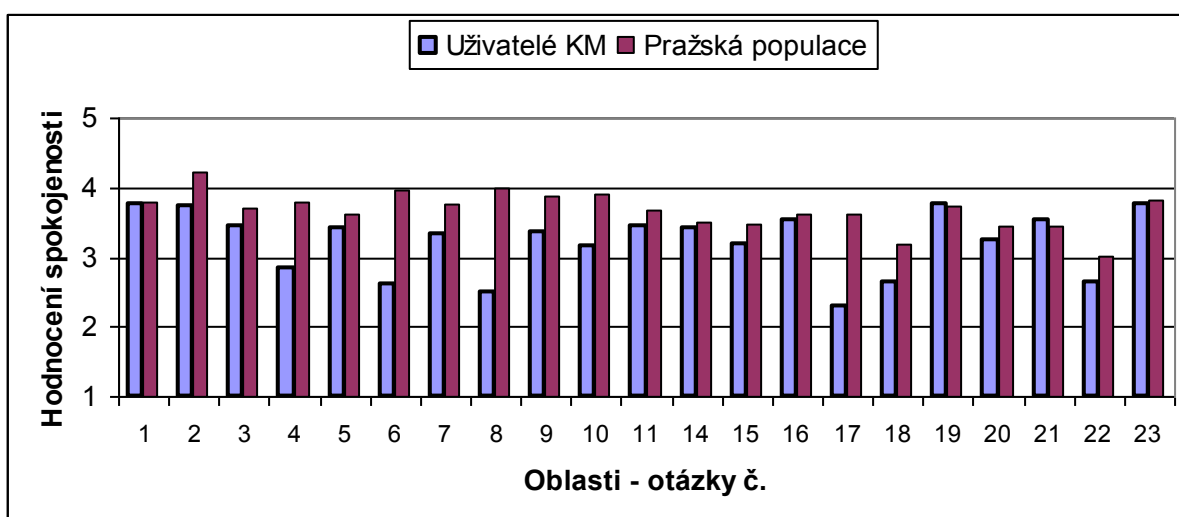
průměrné hodnoty	výzkumný vzorek	otázka č.																						
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23		
		zdraví	fyz. soběstačnost	psych. pohoda	prostředí a bydlení	spánek	rodinné vztahy	vztahy s lidmi	děti	péče o sebe	láska	sexuální život	odpočinek	koníčky	bezpečí	práce	spravedlnost	svoboda	krása a umění	pravda	peníze	jídlo		
1. hodnocení důležitosti	uživatelé KM	3,38	2,96	3,13	2,58	3,00	2,36	2,58	2,58	3,35	3,00	2,85	2,50	2,50	3,28	2,50	3,04	3,46	1,76	3,16	2,85	2,85		
	běžná populace - pražský vzorek	3,67	3,51	3,36	2,89	3,01	3,31	2,78	3,01	3,45	3,34	2,78	2,70	2,61	3,18	3,18	3,09	3,22	2,26	3,19	3,01	2,29		
	rozdíl	-0,29	-0,55	-0,24	-0,31	-0,01	-0,95	-0,20	-0,43	-0,10	-0,34	0,07	-0,20	-0,11	0,10	-0,68	-0,05	0,24	-0,50	-0,03	-0,16	0,56		
2. hodnocení spokojenosti	uživatelé KM	3,75	3,72	3,44	2,84	3,42	2,63	3,32	2,50	3,36	3,17	3,44	3,42	3,19	3,54	2,30	2,65	3,75	3,25	3,52	2,65	3,76		
	běžná populace - pražský vzorek	3,80	4,23	3,71	3,79	3,61	3,95	3,75	3,99	3,89	3,90	3,67	3,50	3,48	3,62	3,62	3,20	3,72	3,45	3,45	3,02	3,81		
	rozdíl	-0,05	-0,51	-0,27	-0,95	-0,19	-1,33	-0,43	-1,49	-0,53	-0,73	-0,23	-0,08	-0,29	-0,08	-1,32	-0,55	0,03	-0,20	0,07	-0,37	-0,05		
3. parciálních skóre	uživatelé KM	12,92	11,54	11,00	7,16	10,12	6,35	8,68	6,75	11,04	9,92	10,28	8,54	8,54	11,52	6,13	8,32	12,71	5,74	11,17	7,88	11,20		
	běžná populace - pražský vzorek	14,02	14,88	12,55	11,00	10,93	13,21	10,53	12,45	13,51	13,21	10,42	9,60	9,35	11,50	11,76	9,91	12,14	8,01	11,07	8,98	8,94		
	rozdíl abs.	-1,10	-3,34	-1,55	-3,84	-0,81	-6,86	-1,85	-5,70	-2,47	-3,29	-0,14	-1,06	-0,81	0,02	-5,63	-1,59	0,57	-2,27	0,10	-1,10	2,26		
	rozdíl %	-7,87	-22,44	-12,35	-34,91	-7,45	-51,95	-17,57	-45,78	-18,28	-24,93	-1,34	-11,02	-8,68	0,19	-47,87	-16,04	4,68	-28,35	0,94	-12,20	25,28		

CELKOVÉ SKORE	uživatelé KM	183,50
	běžná populace - pražský vzorek	213,76

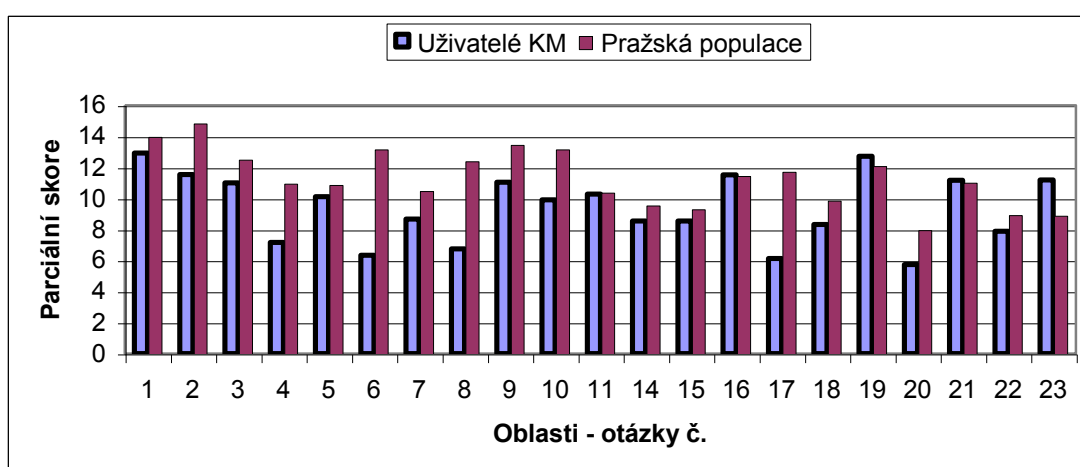
Tab č.9 – Výsledky šetření SQUALA pro celý výzkumný vzorek



Graf č.5 – Srovnání hodnocení důležitosti jednotlivých oblastí s reprezentativním vzorkem



Graf č. 6 – Srovnání hodnocení spokojenosti v jednotlivých oblastech s reprezentativním vzorkem



Graf č.7 – Srovnání parciálních skóre v jednotlivých oblastech s reprezentativním vzorkem

Všechny 3 tyto uvedené grafy jsou znázorněním výsledků Tab č.9 a ukazují **srovnání uživatelů KM a reprezentativního vzorku**. Z nich je patrné, že:

-1) graf č.5 - uživatelé KM hodnotili **důležitost jednotlivých životních oblastí** na škále od 0 bezvýznamné – 1 málo důležité – 2 středně důležité – 3 velmi důležité až po 4 nezbytné **celkově velmi obdobně/mírně níže než reprezentativní vzorek, vše pásma důležitosti nad stupněm 2, tedy od středně důležité po nezbytné.**

U položek č.6 rodinné vztahy a č.17 práce bylo jejich hodnocení výrazněji nižší a položku č.23 jídlo naopak hodnotili výrazněji jako důležitější.

-2) graf č.6 – uživatelé KM hodnotili svou reálnou **subjektivní spokojenost v jednotlivých životních oblastech** na škále od 1 velmi zklamán – 2 nespokojen – 3 spíše spokojen – 4 velmi spokojen až po 5 úplně spokojen **celkově již ztelněji níže než reprezentativní vzorek**. V 6ti položkách (28,6%) bylo jejich hodnocení v pásnu nespokojen – spíše spokojen a ve zbývajících 15 položkách (71,4%) v pásnu spíše spokojen – velmi spokojen. Reprezentativní vzorek měl 100% položek vyšší než spíše spokojen.

Nejvýrazněji níže bylo u uživatelů KM hodnocení spokojenosti ve třech položkách **č.6 rodinné vztahy, č.8 děti a č.17 práce**. U dalších 5ti položek bylo jejich hodnocení v podstatě shodné nebo nevýznamně nižší – u č.1 zdraví, č.14 odpočinek, č.16 bezpečí a č.22 peníze a pouze u dvou položek č.19 svoboda a č.21 pravda byla jejich spokojenost velice mírně (nevýznamně) vyšší.

-3) graf č.7 – **parciální skóre kvality života uživatelů KM** v jednotlivých oblastech bylo oproti průměrům reprezentativního vzorku opět **celkově ztelně nižší**.

U pěti položek se **skóre velmi blížilo či bylo shodné – č.5 spánek, č.11 sexuální život, č.15 koníčky, č.16 bezpečí a č.21 pravda**. Pouze u dvou položek bylo **skóre ztelně vyšší – č.19 svoboda a č.23 jídlo**. U čtyřech položek bylo **jejich skóre nejniže (cca o 30 až 50%) - č.4 prostředí a bydlení, č.6 rodinné vztahy, č.8 děti a č.17 práce**.

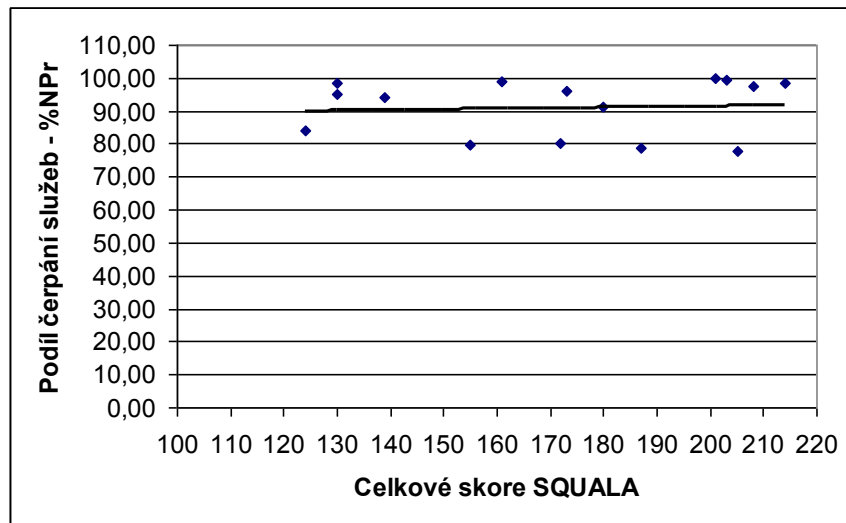
Nejvýznamnějšími ukazateli pro náš výzkum a hypotézy jsou parciální a celkové skóre výzkumných vzorků, hodnoty hodnocení důležitosti a spokojenosti poskytují pouze doplňkové informace. **Oboje zmíněná skóre jsou u uživatelů KM nižší - celkové skóre o 30 bodů, tedy o 14% oproti reprezentativnímu vzorku**. Tento rozdíl řadí skóre uživatelů KM stále do spodní orientační hranice normy (86% - viz výše). **Vyvrátila se tedy hypotéza č. 4 –**

ukázalo se, že kvalitu svého života nehodnotí uživatelé KM pouze jako mírně odlišnou od běžné populace. Stále je však toto jejich nižší hodnocení v orientační hranici normy. Podrobněji uvádíme, že byl rozdíl jejich jednotlivých skóre u 14 položek, tedy u 66,66%, vyšší než 10%. Pouze u zbývajících 33,33% položek bylo parciální skóre pouze mírně odlišné, do 10% rozdílu.

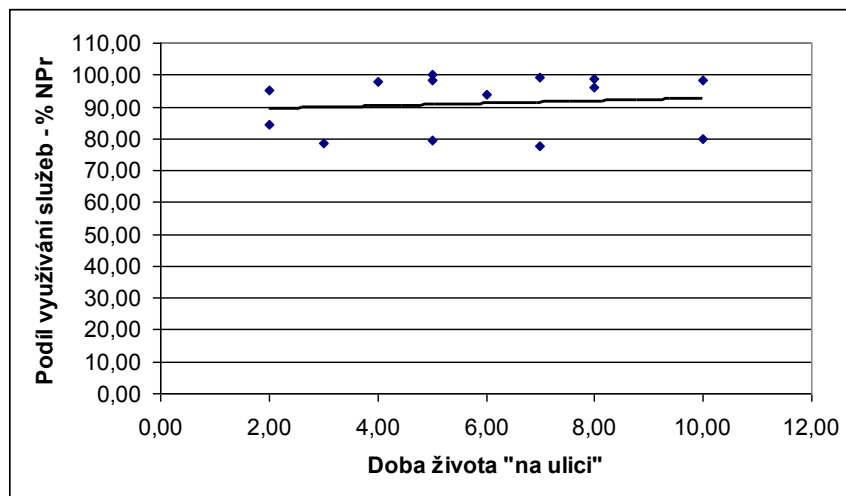
Následují další výsledky z šetření SQUALA pro již užívaný vzorek respondentů:

Identifikace uživatelů		Subjektivně udaná doba (v rocích)		věk	Celkové skóre SQUALA	Podíl využívaných služeb - % NPR
1. Statistická část	3. Squala výzkum	života "na ulici"	užívání drog			
57	A	5,00	8,00	23,00	130	98,37
X	B	8,00	15,00	33,00	171	X
X	C	7,00	7,00	X	199	X
X	D	3,00	5,00	X	172	X
X	E	3,00	3,00	26,00	240	X
79	F	2,00	0,00	27,00	124	84,21
30	G	3,00	8,00	25,00	187	78,55
60	H	7,00	7,00	24,00	203	99,36
61	I	5,00	4,00	24,00	201	100,00
64	J	8,00	10,00	25,00	173	96,07
53	K	7,00	7,00	22,00	205	77,78
X	L	17,00	20,00	35,00	246	X
X	M	5,00	4,00	X	205	X
13	N	8,00	10,00	25,00	161	98,88
6	O	2,00	11,00	25,00	130	95,29
65	P	6,00	7,00	22,00	139	93,94
32	Q	4,00	18,00	33,00	208	97,67
15	R	5,00	10,00	30,00	155	79,55
X	S	8,00	15,00	33,00	140	X
X	T	0,75	2,00	23,00	246	X
X	U	1,50	5,00	20,00	209	X
55	V	10,00	23,00	38,00	172	80,10
56	W	X	X	42,00	180	91,19
62	X	10,00	8,00	26,00	214	98,53
X	Y	0,50	1,00	22,00	172	X
X	Z	0,50	0,00	27,00	189	X

Tab č. 10 – Výsledky 1. a 3. části šetření pro identifikované uživatele



Graf č.8 – Závislost míry čerpání služeb v NPR na celkovém skóre SQUALA



Graf č.9 – Závislost míry čerpání NPR služeb na uvedené době života „na ulici“

Tyto dva uvedené grafy jsou znázorněním výsledků z Tab č.10 Jedná se o data z již menšího výzkumného vzorku – 15 uživatelů pro graf č. 8, a 14 uživatelů pro graf č.9, jak bylo vysvětleno výše. Graf č.8 ukazuje závislost rozsahu využívání NPR služeb na celkovém skóre kvality života uživatelů KM. Graf č.9 ukazuje závislost rozsahu využívání NPR služeb na době sociálního vyloučení uživatelů, jejich „života na ulici“.

V obou těchto grafech je zcela patrná stejná **nezávislost všech veličin** a exponenciální křivka spojnice trendu má stejnou tendenci jako u grafu č.1 vycházejícího ze statistické analýzy dat a z podstatně početnějšího výzkumného vzorku v první části výzkumu. Hodnota pearsonova korelačního koeficientu je pro tyto 2 grafy 0,12 a 0,17 (v druhé mocnině 0,014 a 0,028), což tedy opět potvrzuje korelační nezávislost veličin. **Výsledky grafu č.8 vyvrátily hypotézu č.6, ukázalo se že subjektivně vnímaná kvalita života nijak neovlivňuje míru využívání služeb „ted’ a tady“ uživateli KM. Výsledky grafu č.9 znovu potvrdily hypotézu č.5 – to že jejich zaměření na služby „ted’ a tady“ nijak neovlivňuje doba, po jakou už v sociálním vyloučení „na ulici“ žijí.**

6. Závěr

V teoretické části práce bylo pojednáváno o řadě možných přístupů v práci s nízkoprahovými uživateli KM - lidí žijících v sociálním vyloučení a závislých na návykových látkách. Všechny způsoby práce se promítají do přímého kontaktu s nimi v rámci tzv. individuálního plánování. Ve výzkumné části práce byly zkoumány nejvýznamnější aspekty této práce i její výsledky přímo na vzorku uživatelů KM Kontaktního centra CPPT v Plzni. V tomto zařízení se uvedenými způsoby s uživateli dlouhodobě a profesionálně pracuje, tým KC byl dlouhodobě optimisticky a aktivně naladěný ve prospěch uživatelů a možností zlepšení jejich situací. Bylo by možné se domnívat, že vzhledem k možnostem vyléčení uživatelů byl až nerealisticky optimistický, to však není předmětem této práce. Poukážeme zde na to z toho důvodu, abychom si uvědomili dostatečnou kvalitu a hloubku práce s uživateli, či snahy o ní. I když se výzkum prováděl pouze v tomto jednom zařízení, lze na jeho výsledky nahlížet i jako na obecnější ukazatele práce s nízkoprahovými uživateli (např. v noclehárnách, jiných KC apod.).

Výzkumnými cíli práce bylo podrobně zjistit charakter a rozložení využívaných služeb uživateli, ověřit zda v individuálním plánování (IP) směřují ke změnám svých nepříznivých sociálních situací (NSS) a zjistit jaké faktory ovlivňují tento zjištěný stav. **Tyto cíle práce byly naplněny až na ten poslední** – nebylo zjištěno, co má rozhodující roli ve využívání služeb a v IP s uživateli, ukázalo se že doba jejich života „na ulici“ ani subjektivně vnímaná kvalita života to nejsou.

Vstupní hypotéza výzkumu, která vycházela především ze zkušeností autora v práci s těmito uživateli, podložených názory dalších autorů, zněla „Uživatelé KM jsou ve svém životě zaměřeni pouze na okamžik „ted“ a tady“ a nemají aktivní zájem o nějaké výrazné změny svých situací, protože jsou na svůj pouliční životní styl převážně dlouhodobě adaptovaní a tedy s ním spokojení.“ Tato hypotéza byla ověřována prostřednictvím 6ti podrobných statistických hypotéz. Z nich byly 3 hypotézy potvrzeny a 3 vyvráceny, 2 ze 3 vyvrácených hypotéz však nebyly příliš vzdálené zjištěným skutečnostem. Ve shrnutí lze konstatovat, že výsledky poukázaly na téměř totožné skutečnosti, které popisovala vstupní hypotéza.

Bylo zjištěno že :

„uživatelé KM čerpají v souhrnu naprostou většinu - 92,77% služeb nízkoprahových, tedy těch reagujících na jejich potřeby „teď a tady“ (TaT) bez tendence k nějakému dlouhodobějšímu zlepšování a vývoji jejich situací. V IP směřujícím k nějakým změnám jejich situací realizovali jen malou část 18,67% všech možných kroků přesahujících horizont TaT. Ti někteří uživatelé, kteří v ne zanedbatelné míře usilovali o realizaci nějakých cílů, jich však nakonec téměř nedosahovali, realizovali jen 6,94% cílů přesahujících horizont TaT.

Převážné zaměření uživatelů jen na horizont TaT a aktuální základní potřeby u nich přetrvává, ať jsou teprve na počátku své „pouliční drogové kariery“ nebo tímto stylem žijí již řadu let. Subjektivně vnímaná kvalita života uživatelů KM nebyla obdobná jako u běžné společnosti, byla nižší – stále však přesně na spodní orientační hranici normy reprezentativního vzorku, tedy o 14% nižší než průměr normy. A bylo zjištěno, že jimi subjektivně vnímaná kvalita života nijak neovlivňuje míru využívání služeb „teď a tady“, tedy jsou na ně převážně zaměřeni, ať prožívají svůj život jako více nebo méně kvalitní“.

Stručně shrnuto bylo ověřeno, že uživatelé KM žijí téměř výhradně okamžikem TaT a většinou velmi málo/zanedbatelně směřují k nějakým změnám svých situací. Toto jejich nastavení se nemění s dobou jejich života „na ulici“ a ani není závislé na subjektivně prožívané kvalitě jejich života.

Kromě těchto zjištění pro celý výzkumný vzorek byl sledován ukazatel „**typického uživatele**“ KM, který se od zjištění pro celou skupinu uživatelů odlišoval zanedbatelně a vykazoval velmi podobné výsledky.

Naopak, ve výzkumném vzorku byli i „**výjimeční uživatelé**“, kterých bylo opravdu jen několik málo jedinců a kteří vykazovali výrazně odlišné hodnoty a byli mnohem více a úspěšněji zaměřeni na směřování ke změně a její realizaci. **Nejúspěšnější 1 uživatel realizoval 50% možných cílů přesahujících horizont TaT a ještě je třeba podotknout, že 4 uživatelé KM odešli ve sledovaném období do léčby své závislosti.**

Pracovníci tohoto KC se výraznou měrou pokoušeli uživatele motivovat a podporovat k realizaci různých cílů. To nebylo vždy možné, jelikož uživatelům poskytovali také řadu nízkoprahových služeb - z celkem 2163(!) návštěv 80ti uživatelů, kdy využili 3766 služeb, se pokoušeli cíleně intervenovat/hovořit s 57 uživateli v 369 intervencích, nebo snad intervenovali v ještě mírně vyšším počtu, ale pak o tom neprovedli

záznam do složek uživatelů. **Celkem připadá tedy cca na každou 5. návštěvu uživatele, která byla spojená s velkým počtem využitých služeb, jedna intervence s ním.** V tom byli pracovníci poměrně úspěšní – v 49% jejich intervenčních rozhovorů s uživateli, jejichž tematy byly nejčastěji aktuální potřeby uživatelů (např. zázemí a zdravotní stav) pak i začal proces plánování a dvě třetiny uživatelů má nějakou zkušenost s využitím i služeb prahových, tedy přinejmenším s nějakými pokusy o jakoukoliv třeba drobnou změnu/zlepšení své situace. **Ve způsobu práce pracovníků byla patrná vyváženost v míře nedirektivity, ve smyslu respektu k rozhodnutím a (ne)zájmu uživatelů, a v míře snahy o aktivizaci uživatelů.** To lze považovat dle teoretické části práce za vhodný přístup pro tuto cílovou skupinu a poslání jim určených služeb. **Tento styl přístupu k uživatelům a (především) jejich vlastní práce na cílech však přinesla mizivé výsledky ve smyslu realizace cílů IP.** Toto by bylo možné shrnout slovy „pracovník se v praxi vhodně snaží přimět uživatele k uvažování o změnách, ten na takový hovor v polovině případů dobře reaguje a hned spolu mluví o způsobech realizace některých cílů. Uživatel však dál nemá významný zájem o kroky k nim vedoucí ani o svou aktivitu v tom.“

Je možné **formulovat domněnky o faktorech, které toto výzkumem potvrzené výrazné zaměření nízkoprahových uživatelů na TaT určují.** Výzkumem bylo objektivně zjištěno, že to neovlivňuje doba jejich života „na ulici“ ani jimi prožívaná kvalita takového života, tzn. že pravděpodobně „časem nezmoudří“ nebo se jim takový život „neznechutí“ – spíše uvyknou a adaptují se na takový život. Hovorově by šlo toto volné vysvětlení formulovat tak že „na začátku svého života na ulici ještě nechtějí změnu, baví je to, a později už nechtějí změnu, už to nejde....“ ??

Zajímavé bylo jejich hodnocení oblastí života v šetření SQUALA. Důležitost oblastí hodnotili víceméně obdobně jako běžná populace, jejich spokojenost a především skóre subjektivní kvality života však byly nižší - nejnižší v oblastech prostředí a bydlení, rodinné vztahy, děti a práce. **Znamená to tedy, že zájem o nějaké sociální začlenění mají, ale nejsou ho schopni realizovat? Nebo jej nechtějí realizovat, protože by přišli o výhody svého vyloučeného života?** Jejich skóre bylo totiž výrazně vyšší než u běžné populace u položek svoboda a jídlo....

Čím to je že žijí v „pouličních podmínkách“ a neusilují o změnu? Může to být např. jejich závislostí a jí omezeným vnímáním a prožíváním? Může to být jejich častou/nepřetržitou intoxikací drogou, která jim přináší úlevu či příjemné prožitky a zastírá jejich vnímání reality? Pravděpodobně ano..... Nebo je to jejich osobnostním nastavením,

kdy se u nich často vyskytují i poruchy osobnosti a jiné duševní poruchy? Může to být tím, z jaké společenské vrstvy pocházejí, jaké bylo jejich rodinné zázemí a dětství? Jejich IQ, (ne)vzdělaností, absencí pracovních návyků.....?

Může to být tím že třeba rezignují a vzdají se? Pravděpodobně ne....jelikož mají výrazně vysoká pozitivní očekávání od budoucnosti, jak bylo uvedeno v teoretické části práce dle Hradeckého (2005).

A můžou se dlouhodobě závislí vůbec vyléčit a efektivně se sociálně začlenit? Odpovědi na tyto otázky je třeba hledat v jiných výzkumech....

Co se týče **zhodnocení použitých metod výzkumu**, z pohledu objektivit dat je můžeme považovat za velmi vhodné – analýza statistických dat, analýza dokumentace uživatelů i dotazník SQUALA byly standardizované metody a nemohly být výrazněji zkresleny subjektivními výpověďmi a vnímáním respondentů. **Ve většině částí výzkumu byl získán početný soubor dat a celkově lze výzkum a jeho metody považovat za úspěšné. I přesto měl výzkum nějaká omezení :**

- 1) v 2. části výzkumu analýzy dokumentace to byly mírné nepřesnosti v zápisech intervencí pracovníků, které neměly v tomto KC jasně stanovenou strukturu. Mnohem výrazněji se však v této části projevil nedostatek záznamů – celé 1/4 uživatelů chyběly osobní karty. To tedy ztenčilo výzkumný vzorek respondentů. Záznamová tabulka pro kategorizaci a sčítání výskytu jednotlivých aspektů IP byla vzhledem k cílům výzkumu dostačující, poukázala však i na další rozšiřující aspekty IP, které nebylo možné dostatečně kvalitně propojit a interpretovat.
- 2) ve 3. části výzkumu šetření SQUALA se výrazně ztenčil výzkumný vzorek respondentů tak, že to již hrálo roli v ověřování hypotéz č.5 a 6. Došlo k tomu z důvodu omezeného času pro provádění šetření na dobu 2 týdnů.

Z těchto důvodů lze pro obdobný další výzkum doporučit, aby šetření SQUALA probíhalo po delší dobu a získalo se do něj více respondentů. Co se týče dostupnosti a kvality dat zaznamenaných pracovníky zařízení, je nutné toto vzít z pozice výzkumníka jako fakt a praxi odpovídající realitu a nestanovovat nějaká doporučení ke kvalitnějšímu zaznamenávání na pracovišti. A pokud bychom chtěli odkrýt více souvislostí v IP, je vhodným doporučením

mít ještě podrobnější záznamový arch pro analýzu dokumentace uživatelů – sledovat např. realizování kroků a cílů v každé životní oblasti zvlášť apod.

Pro šetření SQUALA by bylo vhodnější, aby probíhalo např. po celé období 3čtvrtletí 2011, vždy s vytipovanými a oslovenými uživateli. Tak, aby na konci období byly hotové dotazníky SQUALA se všemi uživateli KM, kteří by k tomu svolili, ideálně se všemi 80. Lze se domnívat, že to že by u každého z nich šetření proběhlo v jiném období, by nemělo výsledky nijak významně zkreslit – u každého z nich by totiž jednoduše šetření proběhlo v jiné etapě jeho života a drogové kariery než u ostatních, jako tomu bylo stejně i v případě jednoho časového období pro šetření všech uživatelů (prosinec 2011).

Pokud tedy jimi vnímanou kvalitu života výrazně neovlivňuje roční období a podmínky, které díky němu „na ulici“ panují. Pravděpodobně tomu tak není, což naznačuje velice rozmanitý soubor celkových skóre SQUALA uživatelů, která byla zjištěná šetřením v prosinci. Nestalo se to, že by většina uživatelů díky prosincovým podmínkám hodnotili výrazně obdobně.

Do práce s těmito nízkoprahovými uživateli lze uvést několik doporučení:

- 1) Především si **být vědom životní reality této cílové skupiny**, jejich možností a omezení – jednoduše by pracovník neměl být v iluzi, že tito uživatelé mají aktivní zájem o nějakou změnu. Měl by si být vědom toho, že jsou převážně zaměřeni na okamžik TaT a aktuální potřeby a to u nich přetrvává dlouhodobě. Pokud si toho nebude vědom, je v práci s nimi vážně ohrožen tzv. vyhořením.
- 2) Dále je třeba si **být vědom možných cílů a poslání práce s těmito uživateli. Pokud se jedná převážně o snižování rizik a o pomoc těm nejvíce zranitelným ve společnosti**, pak by pracovník měl takové cíle službami naplňovat a další sociální začleňování uživatelů si nestanovovat mezi hlavní úspěchy své práce. Tedy měl by být spokojen s poskytováním hygienického a potravinového servisu, s poskytováním výměnného injekčního programu a základního zdravotního ošetření, s kontaktem s uživateli za vzájemného respektu a vstřícné komunikace. Takovou pomoc těm nejvíce zranitelným by měl vnímat jako velký úspěch své práce. **Protože sami uživatelé v praxi tyto služby často jako velkou pomoc vnímají. A přístup pracovníků často zažívají jako třeba jediný pozitivní přístup druhých lidí k nim samým.**

- 3) **Pokud by bylo prioritním cílem práce s těmito uživateli přímo jejich sociální začleňování a/nebo vyléčení závislosti**, měl by si opět pracovník být vědom nedostatku jejich aktivní motivace k dosahování jakýchkoliv cílů. Měl by si být vědom jejich závislosti na drogách, jejich častých intoxikací, poruch osobnosti apod. Toho že často hovorově řečeno „nemluví s nimi, ale že mluví s drogou“. Z tohoto důvodu by měl pracovník používat více direktivnějších intervencí anebo nechat uživatele nízkoprahových služeb „dopadnout na dno“, umožnit jim konfrontovat se se svým velice destruktivním životním stylem a nezastírat jeho následky. Obecně by měl pracovník přistupovat více v duchu KBT terapie (která má pro tyto uživatele nejlepší výsledky) a pracovat s pozitivními a negativními odezvami jako důsledky jejich určitého chování. Jak bylo zmíněno, existuje pohled na závislost jako na latentní „celoživotní“ nemoc. Pokud si závislý člověk nepřizná a nepochopí/neprožije, že je závislý a že s tím má velké problémy, nemůže být jeho léčba a terapie úspěšná. I když by mu tedy pracovník pomohl dojít k léčení více direktivními metodami, stále nemůže jít o nerespektování jeho vůle. Pokud totiž nedojde k probuzení jeho vnitřní motivace a nastartování jeho energie, nebude úspěšný v překonávání těžkých překážek, které ho čekají a nedošlo by u něj ke zřeknutí se drogy. Je totiž také v praxi časté, že po prodělané léčbě uživatelé drogy opět začínají užívat.....
- 4) **Pracovník by měl pamatovat i na výjimky mezi uživateli**, být si vědom toho že existují i tací, kteří nejsou „typickými uživateli“. Měl by na to pamatovat, když o uživatelích přemýšlí, když je s nimi v nízkoprahovém provozu v častém kontaktu. Pak by měl jednoduše intervencemi zkoušet, kteří z nich to jsou.....přínejmenším do té doby, než bude mít věrohodná kritéria, díky kterým tyto výjimečné uživatele dokáže rozpoznat. Do té doby by měl zkoušet nabízet všem nízkoprahovým uživatelům cestu ke změně a nerezignovat na ní, protože „jde přeci o lidský život“. Neměl by se však k takové změně v jejich životě upínat, protože u většiny z nich neuvidí posuny k ní.

V Kontaktních centrech se s uživateli pracuje především v nízkoprahových podmínkách a nedirektivním způsobem se pracovníci především pokoušejí, spolu s poskytováním služeb, navázat a udržet pozitivní vztah s uživateli. Všechna uvedená doporučení se v KC do práce standartně již aplikují, kromě doporučení č.3. **KC totiž není vhodné zařízení pro prioritní směřování k léčení a sociálnímu začlenění, drtivý objem**

práce v KC tvoří poskytování nízkoprahových služeb. Pro takové cíle by bylo vhodnější např. Substituční centrum nebo nějaký nový typ zařízení.

Práce s uživateli v KC probíhá formou tzv. individuální plánování. Pro tyto nízkoprahové uživatele je nejvhodnější jeho forma „ted' a tady“, tzv. situační intervence - ty většinou obsahují pouze naplnění potřeb (a tedy cílů) uživatelů přímým poskytnutím služeb. Ty jim poskytuje přímo pracovník KC, často jejich klíčový pracovník, a často je tímto poskytováním služeb zahlcený. IP s delším časovým horizontem, středně nebo dlouhodobé, a jeho zaznamenávání do formulářů tzv. plánů pro tuto cílovou skupinu není většinou vhodné a je zbytečnou administrativní zátěží.

Pokud by mělo dojít s některými těmito uživateli k práci přesahující horizont TaT, bylo by vhodné pracovat s nimi tzv. case managementem. Ten obsahuje všechny principy IP předepsané Z108 a především je pro tyto uživatele vhodný – používá se pro takové uživatele, kteří mají více potíží a potřeb/cílů, které chtějí realizovat a potřebují tak více kontinuální podpory a někdy i vedení pracovníkem, samozřejmě v rámci respektování jejich svobodné vůle. Case management se používá např. u duševně nemocných uživatelů, jejichž schopnosti sociálně začleňovat svou výrazně omezené především jejich duševní stránkou a pracovník je pak intenzivně a dlouhodobě podporuje **v zajišťování základních potřeb a vždy, když je to možné i v jejich mírném sociálním začleňování.** Uživatelé drog jsou v tomto velmi podobní/totožní, jejich nepříznivý duševní stav je dlouhodobý a chronický, výrazně ovlivňuje jejich prožívání a prognóza vyléčení je těžko odhadnutelná. Pro některé se dokonce jako metoda léčby závislosti, po neúspěšných pokusech o léčbu, volí tzv. substituce, tedy ukončení užívání drogy a dlouhodobé (třeba celoživotní) nahrazení poskytováním léku, který zmírňuje jejich negativní symptomy způsobené závislostí.

Pokud by tedy např. uživatelé KM měli zájem o dlouhodobější podporu pro zajišťování svých základních potřeb, zkvalitňování svého života nebo třeba (ne nutně) i pro léčení své závislosti, bylo by pro ně vhodné mít svého CM klíčového pracovníka. Ovšem ne klíčového pracovníka z nízkoprahového provozu, který je zahlcený poskytováním nízkoprahových služeb. Toho uživatelé vnímají v úplně jiné roli. **Tím že jim pracovník poskytuje služby zajišťující jejich základní potřeby, bez jejich výrazného úsilí o ně, ocitá se pro uživatele v roli rodičovské.** A oni jsou charakterizováni právě tzv. prezentismem, což je typicky dětský přístup ke světu. Pracovník CM je pro uživatele spíše průvodcem reálným světem vnějším nebo vnitřním, nebo učitelem (Matoušek, 2005a). Uživatelé závislí na drogách však musí prožít následky svého jednání, zřít se ho, změnu udržet a naučit se k sobě

a ke světu přistupovat jinak, zdravěji než doposud. Z toho důvodu lze doporučit, aby CM pracovník fungoval samostatně a ideálně např. v jiné instituci, než v KC. Je důležité při aplikaci CM znát jeho teorii i praxi v jiných zařízeních a cílových skupinách, protože je to metoda, která se stále vyvíjí a často není její chápání přesně definováno.

Ať už však půjde o snahy o vyléčení těchto lidí, nebo „jen“ o pomoc těm nezranitelnějším ve společnosti - těm chronicky a možná „nevyléčitelně“ zasaženým svou závislostí a dalšími jejich schopnosti výrazně limitujícími vlivy, je jisté, že **aby se tyto lidé mohli (jakkoli) přibližovat běžnému životu společnosti a zkvalitňovat svůj život**, je nutná výrazná změna. Změna v jejich životních návycích, změna ve vnímání hodnot a dosahování těchto hodnot, v motivaci atd. **Bez účinné podpory druhých by taková změna byla velmi těžko možná.** Bývají totiž tak silně omezení svými návyky, závislostí, dluhy atd., že se jim to stává vězením a bariérami, které svými již ochablými (nebo vůbec nevyvinutými) silami sami dokáží jen výjimečně překonat. **Ale bez jejich aktivního zájmu o tuto změnu je to jistě nemožné.**

Pro umožnění a podporu jejich posunu v životě je nutná i změna v přístupu části společnosti k těmto lidem, protože tyto lidi často odmítá, stigmatizuje a perzekuuje. Zároveň se však musí před následky jejich chování společnost i chránit a učit je, co je škodlivé a co naopak přináší užitek. Pokud jim zaměstnavatelé, lékaři, kolemdoucí, rodina, sociální pracovníci aj. budou vyjadřovat pochopení, zájem a podporu – stejně jako duševně nemocným nebo jinak handicapovaným lidem - a pokud jim tuto podporu (a určitou „výchovu“) budou i v účinné formě nabízet, mělo by to znamenat možnost jejich přiblížení se k běžnému životu ve společnosti. Pokud je to nějak zaujme a této možnosti budou chtít opravdu využít....

Resume

Tato diplomová práce se zabývala individuálním plánováním a jeho aspekty v práci se sociálně vyloučenými konzumenty drog. V teoretické části popisovala východiska této sociální práce v ČR, charakterizovala tuto cílovou skupinu a popisovala způsoby práce s ní. Také podrobně pojednávala o principech práce v Kontaktních centrech, která jsou pro tyto uživatele určena. V další části teoretické práce se pojednávalo o individuálním plánování a jeho struktuře a aspektech a možnostech jeho aplikace např. tzv. case managementem.

Ve výzkumné části práce se šetřením zjišťoval přesný stav ve využívání služeb těmito uživateli a ověřovalo se jejich převážné zaměření – orientace na okamžik „tady a teď“, zjišťovala se také úroveň jimi prožívané kvality života. V závěru práce jsou popsána doporučení do práce s touto cílovou skupinou.

The subject of this diploma work is the individual planning with clients, drug addicted users living in social exclusion. In the first part of this diploma are explained the goals of the social work in the Czech republic, the characteristics of mentioned clients and possible methods of social work with them. Mainly are described the Contact centers, which are determined for this clients..In the next chapters of this theoretical part is described the main required method for social work, which comes from czech law – the individual planning. Its structure and aspects can be applied by case management.

The research part of this diploma examines and describes the exact situation of direct work and giving services to this clients. It is also exploring, if their main interest only for the moment “here and now” is prevailing. Next phenomena of examination is the subjective quality of life experienced by this people.

In the final part of this diploma are described advices how to work with this clients.

Použitá literatura

FROUZ, Karel, 2010. *Rizikové chování klientů kontaktního centra cppt o.p.s. plzeň, nitrožilních uživatelů drog, a harm reduction služby výměnného programu*. Bakalářská práce. ZČU v Plzni. Dostupné také z : <http://portal.zcu.cz/wps>.

ATHERTON, Iain, Crol, NICHOLLS, 2008. 'Housing First' as a means of addressing multiple needs and homelessness. *European Journal of Homelessness* 2. s 289- 303. ISSN 2030 - 3106 Dostupné také z : <http://eohw.horus.be/files/freshstart/European%20Journal%20of%20Homelessness/Volume%20Two/think-piece-2.pdf>.

BARTOŇOVÁ, Jitka, et al, 2006. *Příručka pro uživatele české verze Dotazníků subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: PCP. ISBN 80-85121-47-6

CNAAN, A. Ram, 1994. The new american social work gospel – case management of the chronically mentally ill. *British Journal of Social Work* 24 (5). s 533-557. ISSN 1468-263X.

CRANE, Maureen, Anthony, WARNES, 2003. *Wet Day Centres in the United Kingdom: A research report and manual*. [online]. Sheffield : Sheffield Institute for Studies on Ageing. cit. [2012-01-11].

Dostupné z: http://www.ihra.net/files/2011/07/21/06.2_Crane_-Wet_Day_Centres_in_UK_%28Full_Report%29_.pdf

ČESKO, 2006a. Obsah standardů kvality sociálních služeb - Příloha č. 2 Vyhlášky č. 505 ze dne 15.listopadu 2006 kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 164. [online]. cit. [2011-08-11]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb164-06.pdf>.

ČESKO, 2006b. Vyhláška č. 505 ze dne 15.listopadu 2006 kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (ve znění pozdějších předpisů). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 164. [online]. cit. [2011-08-11]. Dostupná z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb164-06.pdf>.

ČESKO, 2006c. Zákon č. 108 ze dne 31. března 2006 o sociálních službách (ve znění pozdějších předpisů) . In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s.1257-1290. [online]. cit. [2011-08-11].

Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf> .
nebo z : <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>.

DOLEŽALOVÁ, Petra, 2006. Kvalita života drogově závislých v terapeutických komunitách. *Adiktologie 6 (1)*, s.120. ISSN 1213-3841

DRUCKER, Peter Ferdinand, 1994. *Řízení neziskových organizací*. Management Press : Praha. ISBN 80-85603-38-1.

EMCDDA, 2004. *Výroční zpráva za rok 2004: stav drogové problematiky v Evropské unii a v Norsku*. Lucemburk : Úřad pro úřední tisky Evropských společenství. ISBN 92-9168-206-3.

GAVORA, Peter, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.

GLASSER, William, 2001. *Terapie realitou*. Vyd.1. Praha : Portál. ISBN 80-7178-493-1.

HAICL, Martin, 2011 Legislativní rámec plánování služby a způsoby jeho naplnění. In: *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Praha : APSS ČR. ISBN 978-80-904668-1-4.

HERZOG, Aleš, 2008. *Dohody a plánování na hlavním nádraží* [online]. [cit. 2011-12-30]. Dostupné z: <http://www.streetwork.cz/content/view/1631/>.

HERZOG, Aleš, 2010. Hledání vhodné praxe pro individuální plánování v rámci práce terénních programů na otevřené drogové scéně. In : *Kontaktní práce 2010 - antologie textů ČAS*. Praha : ČAS. ISBN 978-80-86728-42-1

HERZOG, Aleš, 2011. *Výstupy semináře Zaznamenávání individuální plánů* [online]. [cit. 2011-12-25]. Dostupné z: <http://www.streetwork.cz/images/stories/Kluby/SananimTP/zaznamenani-individualniho-planovani-ales-herzog.pdf>.

HORECKÝ, Jiří, Andrea, TAJANOVSKÁ, 2011. Sociální služby v ČR. In: *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Praha : APSS ČR. ISBN 978-80-904668-1-4.

HRADECKÝ, Ilja, 2005 . *Profily bezdomovství v České republice: Proč spí lidé venku a kdo jsou ti lidé*. Tematická zpráva 2005 zpracovaná pro Evropskou observatoř bezdomovství. Dostupné také z : <http://www.nadeje.cz/vz/pslvakj05cz.pdf>.

HRUŠKOVÁ, Hedvika, Erika, LANDISCHOVÁ , Oldřich, MATOUŠEK, 2005. Sociální práce s lidmi s mentálním postižením. In: MATOUŠEK, Oldřich et al, *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* . Vyd. 1. Praha : Portál. ISBN 80-7367-002-X.

CHALÁNKOVÁ, Martina, Jana, RAJNOCHOVÁ, 2011. Bezdomovec- styl nebo úděl?. *Sestra 06*. s 53. ISSN 1210-0404

CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha : Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANEČKOVÁ, Hana, 2005. Sociální práce se starými lidmi. In: MATOUŠEK, Oldřich et al, 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* . Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

K – CENTRUM CPPT o.p.s., 2009. *Operační manuál Kontaktního centra Centra protidrogové prevence a terapie, obecně prospěšné společnosti*. K – CENTRUM CPPT o.p.s

K – CENTRUM CPPT o.p.s. 2011. *Průvodce službami*. [online]. cit. [2011-09-12]. Dostupný z : http://www.cppt.cz/comm/docu/pruvodce_kcentrum.pdf.

K – CENTRUM CPPT o.p.s., 2012. *K-centrum*. [online]. cit. [2011-09-12]. Dostupné z : <http://www.cppt.cz/cz/kcentrum.asp>.

KALINA, Kamil, 2000. *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí*. Praha : A. N. O. o. s. SANANIM.

KALINA, Kamil et al, 2001. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha : Filia Nova o.s. ISBN 80- 238-8014-4.

KALINA, Kamil et al, 2003a. *Drogy a drogové závislosti. 1 : mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6 (1.díl).

KALINA, Kamil et al, 2003b. *Drogy a drogové závislosti. 2 : mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6 (2.díl).

KODYMOVÁ, Pavla, Jana, KOLÁČKOVÁ, 2005. Sociální práce s nezaměstnanými. In:

KUDA, Aleš, 2001. Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislostí. *Adiktologie I(2)*. s. 83-91. ISSN 1213-3841

MAREŠ, Petr, 2002. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-86429-08-3

MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, Oldřich et al, 2005a. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* . Vyd. 1. Praha : Portál. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, Oldřich, et al, 2007a. *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha : Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, Oldřich, 2008. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha : Portál. ISBN 978-80-7367-502-8 (váz.)

MATOUŠEK, Oldřich, Pavlína, MÜLLEROVÁ, Andrea, VONDRÁŠKOVÁ, 2005. Sociální práce s uživateli drog. In: MATOUŠEK, Oldřich et al, *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha : Portál. ISBN 80-7367-002-X.

MIKULÁŠEK, Ondřej, 2010a. Individuální plánování v kontextu terénních služeb pro lidi bez domova. In : *Kontaktní práce 2010 - antologie textů ČAS*. Praha : ČAS. ISBN 978-80-86728-42-1

MIKULÁŠEK, Ondřej, 2010b. Realita? Fikce? Příběh!. In : *Kontaktní práce 2010 - antologie textů ČAS*. Praha : ČAS. ISBN 978-80-86728-42-1

MPSV ČR, 2003. *Bílá kniha v sociálních službách – konzultační dokument*. [online]. [cit. 2011-10-25]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf.

MPSV ČR, 2008. *Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2008–2010*. [online]. [cit. 2011-10-25].

Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5829/zprava_cj.pdf.

MPSV ČR, 2010a. *Sociální služby - způsoby pomoci*. [online]. [cit. 2011-10-25]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>.

MPSV ČR, Odbor 22, 2010b. *Sociální začleňování*, Mpsv.cz [online]. [cit. 2011-08-26]. Dostupné z : <http://www.mpsv.cz/cs/9078>.

MUSIL, Libor, 2004. *Ráda bych Vám pomohla ale...dilemata práce s klienty v organizaci*. Brno : Marek Zeman. ISBN 80-903070-1-9

NAVRÁTIL, Pavel, 2007. *Přístup orientovaný na úkoly*. In MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 1. Praha : Portál. ISBN 80-7178- 473-7

NEŠPOR, Karel. 2000. *Návykové chování a závislost*. Praha : Portál. ISBN 80-7178-432-X.

NEŠPOR, Karel, 2003. *Odvykací syndrom a craving – klinické a behaviorální aspekty*. In:

NEŠPOR, Karel, 2004. *Příručka pro život ve 21. století*. Praha : Sportpropag. Dostupné také z: <http://drnespor.eu/addictcz.html>.

PIŠTOROVÁ, Margita, 2011. Specifika individuálního plánování v azylových domech. In: *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Praha : APSS ČR. ISBN 978-80-904668-1-4.

PODYMOW, Tiina et al, 2006. Shelter-Based Managed Alcohol Administration to Chronically Homeless People Addicted to Alcohol. *Canadian Medical Association Journal* 174 (1), s 45 - 49. ISSN: 00084409.

Dostupné také z : http://www.ihra.net/files/2011/07/21/06.6_Podymow_-_Shelter-Based_Managed_Alcohol_Administration_.pdf.

PROBSTOVÁ, Václava, 2005. Sociální práce s duševně nemocnými. In: MATOUŠEK, Oldřich et al, *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* . Vyd. 1. Praha : Portál. ISBN 80-7367-002-X.

RÁKOCZYOVÁ, Milada, 2006. *Začleňování na pracovní trh jako součást procesu sociálního začleňování v ČR*. Disertační práce. Masarykova univerzita v Brně. Dostupné také z: [http://is.muni.cz/dok/rfmgr.pl?lang=en;furl=%2Fth%2F9286%2Fss_d%2F;info=.](http://is.muni.cz/dok/rfmgr.pl?lang=en;furl=%2Fth%2F9286%2Fss_d%2F;info=)

REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha : Grada. ISBN 978-80-247-3006-6

SCHWARZOVÁ, Gabriela, 2005. Sociální práce s bezdomovci. In: MATOUŠEK, Oldřich et al, *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* . Vyd. 1. Praha : Portál. ISBN 80-7367-002-X.

STATUTÁRNÍ MĚSTO PLZEŇ, 2009. *Katalog sociálních služeb 2008* [online]. Statutární město Plzeň. cit. [2012-01-11]. Dostupný z : http://socialnisluzby.plzen.eu/Files/soc/katalog/katalog_socialnich_sluzeb.pdf.

STUHLÍK, Jan, 2002. *Case management – asertivní komunitní léčba*. Praha : Fokus Books.

ŠEDIVÁ, Dana, 2011. Specifika individuálního plánování v kontaktních centrech. In: *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Praha : APSS ČR. ISBN 978-80-904668-1-4.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 2. Portál : Praha. ISBN 978-80-7367-414-4.

VLCHTEK, André, 2003. Bezdomovci v nejbohatší zemi světa. *Koktejl 12 (1)*, s. 39-42. ISSN 0044-8699.

Seznam grafů

Graf č.1 – Závislost rozložení využívání Pr a NPr služeb na době využívání KM – s.105

Graf č.2 – Závislost míry realizovaných kroků přesahujících TaT na době docházení uživatelů do KM – s.117

Graf č.3 – Závislost míry realizovaných kroků přesahujících TaT na celkovém skóre kvality života SQUALA uživatelů KM – s.117

Graf č.4 – Závislost míry realizovaných kroků přesahujících TaT na míře využívání NPr služeb uživateli KM – s.118

Graf č.5 – Srovnání hodnocení důležitosti jednotlivých oblastí s reprezentativním vzorkem – s.127

Graf č. 6 – Srovnání hodnocení spokojenosti v jednotlivých oblastech s reprezentativním vzorkem – s.127

Graf č.7 – Srovnání parciálních skóre v jednotlivých oblastech s reprezentativním vzorkem – s.127

Graf č.8 – Závislost míry čerpání služeb v NPr na celkovém skóre SQUALA –s. 130

Graf č.9 – Závislost míry čerpání NPr služeb na uvedené době života „na ulici“ – s.130

Seznam tabulek

Tab č.1 – Rozložení využívání služeb KC v Pr a v NPr – s.102

Tab č.2 – Rozložení využívání jednotlivých služeb KC – s.103

Tab č.3 – Čerpání služeb v Pr a NPr – s.103

Tab č.4 - Čerpání jednotlivých služeb – s.103

Tab č.5 - Doba docházení uživatelů do KM KC CPPT – s.105

Tab č.6A – Výsledky výzkumu aspektů IP s uživateli KM – s.112

Tab č.6B – Výsledky výzkumu aspektů IP s uživateli KM (pokračování) – s.113

Tab č.7 – Hodnoty IP s nejúspěšnějšími uživateli – s.115

Tab č.8 – Výsledky nejúspěšnějších uživatelů ze všech 3 částí výzkumu – s.116

Tab č.9 – Výsledky šetření SQUALA pro celý výzkumný vzorek – s.126

Tab č. 10 – Výsledky 1. a 3. části šetření pro identifikované uživatele – s.130

Seznam použitých zkratk

CM - case management

HR - filosofie Harm reduction

IP - individuální plánování

KC - Kontaktní centrum

KM - Kontaktní místnost

MAP - shelter-based Managed Alcohol Project

MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

NAPSI - Národní akční plán sociálního začleňování pro roky 2008 – 2010

NPr – nízkoprahové služby

NSS - nepříznivá sociální situace

OM - Operační manuál KC CPPT Plzeň

Pr – prahové služby

RVKPP - Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

Standardy - Obsah standardů kvality sociálních služeb, příloha č.2 V505

TaT – teď a tady

ÚP - Úřad práce

ViP - Výměnný injekční program

V505 - Vyhláška č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Z108 - Zákon č. 108/2006. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů

Přílohy

1. Pravidla Kontaktní místnosti
2. Tabulka sankcí KC CPPT
3. Příklady rozhovorů a práce s uživateli dle Pištorové (2011)
4. Příklady základních typů zaznamenaných individuálních plánů dle Herzoga (2011)
5. Příklady zaznamenání „dohodoplánování“ dle Herzoga (2008)
6. Příklady formulářů pro zaznamenávání situačních intervencí a středně či dlouhodobých individuálních plánů
7. Tabulky všech získaných dat ze statistické části výzkumu
8. Tabulka dat pro graf závislosti podílu čerpání služeb v NPR a doby docházení do KM
9. Tabulka pro zaznamenávání obsahové analýzy osobní dokumentace uživatele
10. Tabulky četností jednotlivých kategorií analýzy dokumentace uživatelů
11. Varianta dotazníku SQUALA pro uživatele KM
12. Výsledky šetření SQUALA

1. Pravidla Kontaktní místnosti

V KM se všichni chceme cítit dobře a bezpečně, proto při pobytu zde respektujte níže uvedená pravidla. Díky nim budou moci všichni v pohodě využít nabízených služeb:

1. KM a její služby jsou k dispozici každému 1 hodinu po dobu její otevírací doby proto, aby se dostalo na každého.
2. Na sprchování je max.15 minut, je to ohleduplné k ostatním, životnímu prostředí i nákladům na provoz KC.
3. Pokud odejdete, můžete KM využít až v další otevírací den. Náčiní na injekční aplikaci vyměňujeme až při odchodu. Je to proto, že bychom zde rádi zajistili čistý, nedrogový prostor.
4. K zajištění bezpečného odpočinku je třeba, aby se zde nemanipulovalo s drogami nebo se zbraněmi a nedocházelo k jakémukoliv slovní či fyzické agresi (kardinální pravidla!).
5. K zajištění bezpečného odpočinku je třeba, aby se zde nemanipulovalo s injekčním materiálem a všichni zdrželi „prodrogových“ hovorů .
6. Mějte ohled na intimitu a soukromí všech, prostory KC neslouží k uspokojení erotických a sexuálních potřeb. Dbejte na soukromí každého, zejména v převlékárně.
7. KM neslouží k vyměňování, prodeji ani obdobné manipulaci s vašimi věcmi. Z hygienických důvodů zde lze konzumovat jen jídlo a nápoje podávané v KC.
8. Pracovník KC a samospráva zajišťují chod a využívání služeb KM, proto je při jejich práci respektujte!
9. Děkujeme vám, že se nezdržujete mimo prostory KC (ve 2. patře) ani v blízkém okolí Divadla pod Lampou. Pomáháte nám tím udržovat dobré vztahy s ostatními nájemníky v budově, s lidmi bydlicími v blízkém okolí, a tak Káčko v provozu!
10. Při vstupu do KM se psem buďte ohleduplní k ostatním. Psa mějte na vodítku a nasad'te mu náhubek.

Za nerespektování pravidel KM může být klient vyloučen z pobytu na KM případně dalších služeb KC . Postupuje se podle Tabulky sankcí (nástěnka). Sankce uděluje pracovník KC, který je přítomen jejich porušení.

Klient, kterému je zamezen pouze vstup do KM, může nadále využívat ostatních služeb KC jako jsou např.: krizová intervence, zprostředkování detoxu a léčby, sociální práce, zdravotní

ošetření, výměnný program aj. O tom je při vyloučení z pobytu v KM pracovníkem informován.

V případě nesouhlasu s postupem pracovníka si může klient podat STÍŽNOST. Postup pro podání stížnosti viz kapitola č.8.

Klient, kterému je zamezen pouze vstup do KM, může nadále využívat ostatních služeb KC jako jsou např.: krizová intervence, zprostředkování detoxu a léčby, sociální práce, zdravotní ošetření, výměnný program aj. O tom je při vyloučení z pobytu v KM pracovníkem informován.

(K-Centrum CPPT, 2011,s.11-12)

2. Tabulka sankcí KC CPPT

TABULKA ŠANKCÍ

1. SKUPINA ŠANKCÍ - ZA PORUŠENÍ KARDINÁLNÍCH PRAVIDEL :		
	Vyloučení z programu KC na (*)	UPOZORNĚNÍ !
Pravidlo 1: UMOŽNĚNÍ SPOLUPRÁCE – to je přicházet do KC ve stavu schopném spolupráce a respektování pravidel	24 hodin	
Pravidlo 2: ZÁKAZ SLOVNÍHO NÁSILÍ	14 dní	Za OPAKOVANÉ porušení tohoto pravidla (např. neustávající hádka..) dojde ke zdvojnásobení sankce !
Pravidla 3 a 4: ZÁKAZ ZBRANÍ - manipulace se zbraní, ČISTÉ PROSTŘEDÍ – manipulace s návykovou látkou	1 měsíc	Za OPAKOVANÉ porušení tohoto pravidla dojde ke zdvojnásobení sankce !
Závažnější porušení pravidla 4 ČISTÉ PROSTŘEDÍ - to je aplikace návykové látky v prostorách celé budovy Kontaktního centra, včetně přítomnosti u aplikace někoho jiného	3 měsíce	Za OPAKOVANÉ porušení tohoto pravidla dojde ke zdvojnásobení sankce !
Pravidlo 5: ZÁKAZ FYZICKÉHO NÁSILÍ	3 měsíce	Za OPAKOVANÉ porušení těchto pravidel (neustávající rvačka..)dojde ke zdvojnásobení sankce !
Pravidla 3 a 5 : ZÁKAZ FYZICKÉHO NÁSILÍ, ZÁKAZ ZBRANÍ - fyzické násilí za použití jakékoliv zbraně	6 měsíců	
Pravidlo 6 :OCHRANA MAJETKU - poškození nebo zcizení majetku klientů, organizace nebo pracovníků včetně pokusu o krádež	3 měsíce	V případě závažného nebo opakovaného porušení TĚCHTO kardinálních pravidel je podáno trestní oznámení a klient je vyloučen ze všech služeb programu.

* výjimku tvoří po dohodě výměnný program, ošetření nebo domluvené schůzky na poradenství

2. SKUPINA SANKCÍ PORUŠENÍ PRAVIDEL KONTAKTNÍ MÍSTNOSTI (KM) , která nepatří do kardinálních pravidel		
	Vyloučení z programu KC(*)	UPOZORNĚNÍ !
Za nerespektování pravidel KM může být klient vyloučen z pobytu na KM	1 týden	Při opakování přestupku se sankce zdvojnásobí.

* výjimku tvoří po dohodě výměnný program, ošetření nebo domluvené schůzky na poradenství

Upozornění pro klienty Kontaktního centra CPPT,o.p.s.:

- 1) **Prosím neshlukujte se na chodbách a schodišti Divadla pod Lampou**
- 2) **Dodržujte Kardinální pravidla Kontaktního centra – pravidla bezpečí**

(K-Centrum CPPT, 2011,s.10-11)

3. Příklady rozhovorů a práce s uživateli dle Pištorové (2011)

Příklad z praxe: Paní Sabina je se svoji dcerou v azylovém domě již několik dní. Její partner ji vyhodil ze svého bytu. Je velice zamlklá, smutná, nebaví se s dalšími klientkami, na otázky pracovníků odpovídá vyhýbavě, pokud možno jednoslovně. Pracovníci tuší, že má velký problém, se kterým se nedokáže svěřit. Nenaléhají však na ni, ale pomůžou s vyřešením jednoduchých záležitostí. Za několik dalších dní, při rozhovoru se svoji klíčovou sociální pracovnící, zvoní paní Sabině mobil. Ta se po zhlédnutí jména volajícího vyděsí a telefon nechá zvonit. Pracovnice vycítí příležitost a podaří se jí dosáhnout toho, aby paní Sabina začala mluvit. Ukázalo se, že její partner pohlavně zneužívá její patnáctiletou dceru a že vlastně obě od něj utekly. Není tedy pravdou, že je on vyhodil z bytu. Poté, co se svěřila své klíčové sociální pracovnící, už bylo možné pracovat na řešení jejich skutečného problému. Paní Sabina se styděla o něm mluvit, myslí si, že jako matka selhala, bála se negativních reakcí pracovníků. Jejich chování a přístup ji však postupně přesvědčoval o tom, že jim snad může věřit, a v okamžiku eskalace úzkosti o sebe i svou dceru se rozhodla pracovníci důvěřovat.

Příklad z praxe: Paní Jana si chce v době pobytu v azylovém domě najít trvalé bydlení pro sebe i své tři děti. Společně s klíčovou pracovnící zvažují její možnosti. Při stanovování cílů je sebejistá, ví řadu věcí ohledně svých možností, udává, že nemá žádné dluhy, je ochotna se aktivně podílet na řešení své situace. Jednou z možností je získat od města krizový byt. Paní Jana se pro tuto možnost rozhodne a ochotně spolupracuje na podání žádosti. Jednou z podmínek získání krizového bytu je bezdlužnost žadatele vůči městu. Klíčová pracovníce několikrát vrací diskusi na téma případných dluhů paní Jany, ale ta vždy tvrdí, že skutečně žádné dluhy nemá. Nakonec podává žádost o přidělení krizového bytu. Za několik dní obdrží vyrozumění, které však nechce klíčové pracovníce ukázat. Nakonec se k tomu odhodlá a klíčová pracovníce až v tuto chvíli zjišťuje, že paní Jana lhalá, protože má u města dluh ve výši cca 20 000 Kč. Na otázku, proč tak konala, sdělila, že se styděla o tom mluvit a myslela si, že na to na město nepřijdou. Díky této komplikaci došlo k tomu, že společně ztratily měsíc, ve kterém mohly řešit naléhavější problémy.

(Pištorová, 2011,s.162)

4. Příklady základních typů zaznamenaných individuálních plánů dle Herzoga (2011)

1. Příklad plánu typu „Příběh“

Terka – klientka terénního programu pro uživatele drog

Terce je 18 let, je **drogově závislá na pervitinu** od 14 let, užívá injekčně. Při testování v KC před rokem byla **zjištěna žloutenka C**. Bydlí s přítelem v jeho bytě. On je taky injekční uživatel drog. Oba jsou **nezaměstnaní**. On občas příležitostně pracuje. Oba jsou vedeni na ÚP a pobírají sociální dávky. Terka řekla, že mají časté hádky kvůli tomu, že Terka nepracuje a nepřispívá příteli na nájem. Několikrát projevili zájem se jít léčit, ale spíše ona než on. Nyní Terka říká, že sama (bez přítele) se léčit nepůjde, ale je **ochotná se bavit o možnosti přestat brát a o léčbě žloutenky..** S Terkou máme pravidelné výměny v rámci TP. Kontakt probíhá 1x týdně v místě jejího bydliště. Několikrát jim byla nabídnuta návštěva KC, které nikdy nevyužili.

Cíle spolupráce:

- Posílit motivaci k tomu ukončení užívání pervitinu nebo alespoň k omezení nitrožilního užívání
- Získat informace, zvážit a případně zahájit léčbu žloutenky C
- Zvyknout si na pravidelný denní režim, jako předpoklad toho, aby Terka mohla začít pracovat.

Kroky:

- Při výměnách v terénu se vždy zeptáme, jak moc Terka bere zda omezuje či nikoliv. Budeme se bavit o rizicích užívání.
- V rámci návštěv si budeme povídat a ujasňovat motivaci ke snižování dávek a bezpečnější braní (z intravenózního užívání přejít na šňupání nebo kapsle)
- Pracovníci Terku je informují o rizicích neléčené žloutenky a o tom, co představuje léčba. Terka si přečte brožuru a navštíví místního hematologa, aby zjistila bližší informace.
- Terka se pokusí aktivně hledat zaměstnání. Přejde o káčka a požádá o tisk nabídek z úřadu práce. Probereme společně, co která práce obnáší

2. Příklad plánu typu „Úkol“

Marcel – klient Kontaktního centra pro uživatele drog

Nepříznivá sociální situace

Na nástěnce v kontaktním centru jsme zveřejnili inzerát místní firmy, která bude v zimě zajišťovat údržbu komunikací a hledá brigádníky.

Marcel (27 let, **10 let injekčně užívá pervitin, bydlí v zahradní chatce za městem, je dlouhodobě nezaměstnaný**) přichází s tím, že by **chtěl získat práci** při odklizení sněhové nadílky. Ale **nemá občanský průkaz**, má pouze doklad o tom, že mu byl ukraden. Domluvili jsme se a naplánovali, že mu KC pomůže.

Cíl spolupráce:

- Marcel získá občanský průkaz
- Marcel získá brigády při odklizení sněhu a výdělek cca 4000 Kč za měsíc

Kroky:

- Marcel přijde zítra ráno do káčka a zavolá své mámě, zda by si mohl půjčit rodný list, pokud máma bude pro, domluví se, že nejdříve si vyřídí fotky a pak se jí ozve.
- Marcel získá (odvozem kovů do sběrný) 140 Kč, aby se mohl nechat vyfotit na občanský průkaz.

- Marcel se nechá vyfotit a fotografie donese do KC, kde si je uschová
- Marcel vydělá (zase kovy) 100 Kč na žádost o občanku
- Marcel si vyzvedne na obecním úřadě formulář žádosti o občanku, donese jej do KC a tam jej spolu s pracovníkem předvyplní.
- Marcel dojde za mámou, vyzvedne rodný list, dojde do KC, vezme si fotky a žádost o OP
- Marcel dojde na úřad a podá žádost o OP.
- Marcel si po uplynutí administrativní lhůty vyzvedne OP.
- Marcel dojde do agentury přijímající brigádníky s OP....

Revize:

Marcel zvládl telefonický kontakt s mámou, vyřízení fotek, vyplnění žádosti na občanku a vydělání poplatku 100 Kč. Ale za mámou fyzicky pro rodný list nedorazil, uvedl, že se hodně stydí. OP v tuto chvíli nemá a sněhová nadílka přitom již je tady.

3. Příklad plánu typu „Teď a tady“

Klient JAR07ALE01 z kontaktního centra pro uživatele drog

*Klient přichází na výměnnou místnost a **chce čistý injekční materiál**. Zeptal jsem se ho, zda má u sebe špinavou injekční stříkačku, odpověděl, že ne, protože je u sebe nechce mít – ihned se jich zbavuje. Domluvili jsme se na výměně a naplánovali, že **vydáme injekční materiál**, aby **mohl brát čistými** a vysvětlíme smysl výměnného programu. Klientovi jsem vydala injekční materiál, společně s HR materiálem. Klient odmítl alkoholový tampónek i přes vysvětlení rizik, které jsou spojené s neužíváním dezinfekce. Na závěr poděkoval, sdělil, že **nic dalšího nepotřebuje**, vše dostal, a že **příště se pokusí injekční materiál přinést**.“*

(Herzog, 2011, s.7-13)

5. Příklady zaznamenání „dohodoplánování“ dle Herzoga (2008)

Modelová situace 1 - Dohoda o výměnném programu

Pracovník: „Co pro Vás mohu udělat?“

Uživatel: "Jsem si pro nějaký materiál pro bezpečné braní.“

Pracovník: „Dobře, tak se můžeme dohodnout takto:“

- *Kdo: Vy (buď označen pod kódem nebo bez kódu) a já, tedy pracovník o.s. Sananim. Pro tuto zakázku jsem Váš klíčový pracovník.*
- *Co: spolu uzavřeme ústní dohodu o vydání injekčního materiálu a*
- *Za jakým Vaším osobním cílem: abyste mohl brát bezpečněji (berete-li čistým materiálem, chcete brát bezpečněji)*
- *Za kolik: bezplatně*
- *Dokumentace: udělám o tom záznam do denního výkazu.*
- *Souhlasíte s touto ústní dohodou?*

Uživatel: „Souhlasím s touto ústní dohodou.“

Modelová situace - Individuální plánování

Klient: „Tady mám 2 buchny, chci je vyměnit.“

Pracovník: „Uděláme s Vámi individuální plán. Bude to mít takovéto kroky:

- *Vy mi dáte použitý injekční materiál (máte-li) do tohoto kontejneru určeného pro bezpečnou likvidaci*
- *Já Vám vydám sterilní injekční materiál a další doplňky pro bezpečné braní, konkrétně:*
- *Já Vám předám informace jak bezpečněji brát.*
- *Vy (na jiném místě než kde nyní jsme) si následně dáte drogu bezpečněji. Informace „jak“ rád poskytnu.*
- *Revize proběhne při příští schůzce v případě Vašeho zájmu (já se Vás zeptám, a je na Vás, zda budete mít zájem).*
- *Souhlasíte s tímto plánem?*

Uživatel: „Souhlasím“.

(Herzog, 2008)

6. Příklady formulářů pro zaznamenávání situačních intervencí a středně či dlouhodobých individuálních plánů

A. Formulář „Souhrn procesu plánování a kontaktů v Situačních intervencích“

Klient	Věk	Droga /apl./doba už.	Pozn.
Je dán souhlas klienta s poskytováním informací o spolupráci ANO – NE			
Poku pokud ANO – komu..... v jakém rozsahu.....kdy.....			

Obsah zápisu – např.:

Datum, Typ kontaktu, <u>ev. revize (reflexe) minulého kontaktu</u> ----- <u>Nepříznivá soc. situace klienta</u> , možná ohrožení, potřeba/zakázka klienta ----- Průběh kontaktu, <u>dohoda</u> s pracovníkem, kroky/úkoly a jejich realizace, naplánování/splnění, uzavření ----- Další setkání/kontakt ----- Pracovník

B. Formulář středně a dlouhodobého plánování s formulářem revizí kontaktů procesu IP

Klient	Věk	Droga /apl./doba už.	Terapeut/poradce:
---------------	------------	-----------------------------	--------------------------

Klientova situace, potřeby, možná ohrožení

Cíle spolupráce v KC, služby k využití, časový rámec

Sociální

Zdravotní

Vztahové

Právní

Další

Plán dosažení změny / realizace cíle :

Postup a kroky vedoucí k dosažení cíle +kdo, kdy bude realizovat

Kdy proběhne další rozhovor, revize

Poznámky

Datum

Pracovník

Klient

Spolupráce na cíli – průběžné shrnutí schůzek a postupu :

Kontakt č. :	datum :	pracovník:
Domluvený cíl / kroky v předešlém kontaktu : ANO / NE jaké:		
Zhodnocení postupu / posunu :		
Další zaměření postupu +kdo, kdy bude realizovat :		
Další schůzka a zhodnocení :		

7. Tabulky všech získaných dat ze statistické části výzkumu

klient č.	počet návštěv KC	Využité prahové služby (Pr)		Využité nízkoprahové služby (NPr)				Známa doba trvání v rocích	
		sociální práce	individuální poradenství	zdravotní ošetření	potravinový servis	hygienický servis	výměna inj. stříkaček	využívání služeb KC	využívání služeb KM
1	28,00	0,00	0,00	1,00	10,00	11,00	21,00	8,43	8,03
2	5,00	1,00	0,00	0,00	5,00	2,00	0,00	1,91	1,91
3	6,00	0,00	0,00	1,00	6,00	5,00	0,00	4,02	4,02
4	5,00	0,00	0,00	0,00	4,00	0,00	3,00	8,00	8,07
5	3,00	2,00	0,00	0,00	3,00	1,00	1,00	0,85	0,85
6	42,00	4,00	0,00	6,00	34,00	23,00	18,00	1,15	1,15
7	49,00	1,00	0,00	2,00	13,00	0,00	46,00	0,91	0,71
8	10,00	0,00	0,00	0,00	9,00	3,00	0,00	5,12	4,78
9	20,00	2,00	0,00	1,00	17,00	3,00	9,00	1,65	1,65
10	3,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	3,00	5,43	5,43
11	38,00	1,00	0,00	6,00	28,00	18,00	22,00	11,90	8,22
12	10,00	3,00	1,00	0,00	5,00	2,00	4,00	1,70	1,06
13	44,00	1,00	0,00	7,00	43,00	33,00	5,00	7,25	7,25
14	12,00	0,00	0,00	0,00	10,00	9,00	6,00	0,15	0,15
15	27,00	9,00	0,00	0,00	24,00	11,00	0,00	5,39	5,41
16	48,00	11,00	3,00	4,00	29,00	24,00	2,00	7,14	7,12
17	50,00	11,00	40,00	1,00	6,00	6,00	6,00	0,96	0,94
18	25,00	0,00	0,00	1,00	5,00	4,00	21,00	0,41	0,39
19	49,00	8,50	0,00	0,00	36,00	20,00	16,00	9,11	7,52
20	79,00	2,00	0,00	4,00	65,00	57,00	48,00	9,36	7,69
21	51,00	2,00	0,00	13,00	35,00	27,00	17,00	0,98	0,98
22	7,00	1,00	0,00	0,00	6,00	3,00	0,00	11,26	7,08
23	39,00	8,00	11,67	0,00	9,00	2,00	7,00	2,46	2,48
24	74,00	1,00	0,00	1,00	67,00	25,00	15,00	0,90	0,98
25	4,00	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	2,00	0,27	0,27
26	30,00	3,00	0,00	2,00	29,00	23,00	1,00	3,59	3,17
27	16,00	0,00	0,00	2,00	11,00	7,00	13,00	0,27	0,27
28	26,00	2,00	0,00	1,00	24,00	16,00	0,00	1,83	1,83
29	16,00	0,00	0,00	1,00	10,00	7,00	5,00	7,94	7,94
30	90,00	25,00	6,67	0,00	71,00	44,00	1,00	4,28	4,22
31	6,00	1,00	1,67	0,00	3,00	1,00	1,00	0,43	0,43
32	18,00	1,00	0,00	0,00	18,00	17,00	7,00	9,08	8,21
33	7,00	0,00	0,00	6,00	6,00	2,00	0,00	10,22	8,19
34	29,00	0,00	0,00	10,00	28,00	26,00	6,00	2,69	2,68
35	17,00	2,00	0,00	2,00	4,00	1,00	16,00	6,65	6,65
36	7,00	0,00	0,00	0,00	7,00	3,00	1,00	neznámé	2,37
37	4,00	0,00	0,00	0,00	3,00	1,00	0,00	6,23	7,61

klient č.	počet návštěv KC	Využité prahové služby (Pr)		Využité nízkoprahové služby (NPr)				Znamá doba trvání v rocích	
		sociální práce	individuální poradenství	zdravotní ošetření	potravinový servis	hygienický servis	výměna inj. stříkaček	využívání služeb KC	využívání služeb KM
38	52,00	5,00	0,00	7,00	48,00	37,00	7,00	0,62	0,61
39	13,00	0,00	0,00	3,00	8,00	8,00	8,00	0,62	0,41
40	7,00	1,00	0,00	0,00	4,00	2,00	2,00	0,68	0,68
41	9,00	3,00	1,67	0,00	8,00	0,00	0,00	0,83	0,83
42	4,00	0,00	0,00	0,00	4,00	0,00	0,00	0,35	0,35
43	6,00	1,00	0,00	0,00	6,00	0,00	1,00	3,21	3,21
44	31,00	0,00	0,00	6,00	30,00	25,00	1,00	11,48	8,21
45	5,00	0,00	0,00	1,00	4,00	2,00	0,00	0,79	0,81
46	10,00	0,00	1,67	0,00	8,00	0,00	1,00	2,11	2,11
47	35,00	2,00	0,00	3,00	33,00	27,00	0,00	8,38	6,50
48	15,00	1,00	0,00	0,00	12,00	2,00	5,00	2,06	2,06
49	39,00	6,00	0,00	3,00	34,00	21,00	1,00	11,18	8,24
50	14,00	0,00	0,00	1,00	15,00	2,00	0,00	1,19	1,19
51	21,00	1,00	0,00	1,00	20,00	5,00	0,00	1,89	1,89
52	68,00	3,00	0,00	2,00	57,00	51,00	32,00	7,36	7,36
53	12,00	4,00	0,00	0,00	11,00	3,00	0,00	1,41	1,41
54	30,00	0,00	0,00	1,00	30,00	19,00	0,00	3,51	3,67
55	34,00	11,00	1,67	4,00	26,00	19,00	2,00	9,36	8,24
56	28,00	2,00	1,67	11,00	14,00	1,00	12,00	9,53	8,20
57	67,00	2,00	0,00	7,00	56,00	36,00	22,00	1,85	1,85
58	48,00	8,00	5,00	4,00	36,00	8,00	0,00	4,16	4,19
59	18,00	0,00	0,00	0,00	5,00	3,00	15,00	0,66	0,43
60	80,00	1,00	0,00	7,00	49,00	44,00	55,00	5,50	5,50
61	68,00	0,00	0,00	2,00	48,00	40,00	47,00	3,84	3,84
62	28,00	1,00	0,00	10,00	27,00	25,00	5,00	5,60	5,60
63	12,00	6,00	0,00	1,00	7,00	3,00	3,00	2,55	2,55
64	89,00	7,00	0,00	10,00	73,00	60,00	28,00	2,43	2,43
65	34,00	4,00	0,00	12,00	24,00	16,00	10,00	3,72	3,56
66	17,00	1,00	0,00	3,00	5,00	3,00	11,00	0,52	0,46
67	15,00	3,00	0,00	0,00	12,00	9,00	6,00	1,95	1,97
68	19,00	1,00	0,00	1,00	12,00	2,00	16,00	5,43	5,43
69	22,00	1,00	0,00	1,00	20,00	11,00	1,00	neznámé	1,91
70	72,00	2,00	0,00	1,00	68,00	53,00	8,00	6,23	6,23
71	31,00	5,00	0,00	3,00	26,00	12,00	10,00	10,08	8,24
72	10,00	1,00	0,00	0,00	9,00	6,00	2,00	0,51	0,51
73	11,00	1,00	0,00	3,00	9,00	9,00	2,00	1,80	1,80
74	5,00	2,00	0,00	2,00	5,00	3,00	0,00	0,90	0,89
75	17,00	0,00	0,00	1,00	9,00	3,00	13,00	6,29	3,72
76	6,00	1,00	0,00	2,00	3,00	0,00	3,00	0,54	0,52
77	13,00	0,00	0,00	0,00	13,00	3,00	0,00	4,70	4,70
78	5,00	0,00	0,00	0,00	5,00	1,00	0,00	4,64	4,64
79	28,00	6,00	0,00	1,00	23,00	8,00	0,00	1,08	1,08
80	21,00	1,00	0,00	0,00	20,00	13,00	0,00	7,22	7,22

8. Tabulka dat pro graf závislosti podílu čerpání služeb v NPr a doby docházení do KM

uživatel č.	doba navštěvování KM (roky)	Podíl využívaných služeb (%)	
		v Pr	v NPr
1	8,03	0,00	100,00
2	1,91	12,50	87,50
3	4,02	0,00	100,00
4	8,07	0,00	100,00
5	0,85	28,57	71,43
6	1,15	4,71	95,29
7	0,71	1,61	98,39
8	4,78	0,00	100,00
9	1,65	6,25	93,75
10	5,43	0,00	100,00
11	8,22	1,33	98,67
12	1,06	26,67	73,33
13	7,25	1,12	98,88
14	0,15	0,00	100,00
15	5,41	20,45	79,55
16	7,12	19,18	80,82
17	0,94	72,86	27,14
18	0,39	0,00	100,00
19	7,52	10,56	89,44
20	7,69	1,14	98,86
21	0,98	2,13	97,87
22	7,08	10,00	90,00
23	2,48	52,22	47,78
24	0,98	0,92	99,08
25	0,27	0,00	100,00
26	3,17	5,17	94,83
27	0,27	0,00	100,00
28	1,83	4,65	95,35
29	7,94	0,00	100,00
30	4,22	21,45	78,55
31	0,43	34,81	65,19
32	8,21	2,33	97,67
33	8,19	0,00	100,00
34	2,68	0,00	100,00
35	6,65	8,00	92,00
36	2,37	0,00	100,00
37	7,61	0,00	100,00
38	0,61	4,81	95,19
39	0,41	0,00	100,00
40	0,68	11,11	88,89
41	0,83	36,86	63,14
42	0,35	0,00	100,00
43	3,21	12,50	87,50
44	8,21	0,00	100,00
45	0,81	0,00	100,00
46	2,11	15,65	84,35
47	6,50	3,08	96,92
48	2,06	5,00	95,00
49	8,24	9,23	90,77
50	1,19	0,00	100,00
51	1,89	3,70	96,30
52	7,36	2,07	97,93
53	1,41	22,22	77,78
54	3,67	0,00	100,00
55	8,24	19,90	80,10
56	8,20	8,81	91,19
57	1,85	1,63	98,37
58	4,19	21,31	78,69
59	0,43	0,00	100,00
60	5,50	0,64	99,36

uživatel č.	doba navštěvování KM (roky)	Podíl využívaných služeb (%)	
		v Pr	v NPr
61	3,84	0,00	100,00
62	5,60	1,47	98,53
63	2,55	30,00	70,00
64	2,43	3,93	96,07
65	3,56	6,06	93,94
66	0,46	4,35	95,65
67	1,97	10,00	90,00
68	5,43	3,13	96,88
69	1,91	2,94	97,06
70	6,23	1,52	98,48
71	8,24	8,93	91,07
72	0,51	5,56	94,44
73	1,80	4,17	95,83
74	0,89	16,67	83,33
75	3,72	0,00	100,00
76	0,52	11,11	88,89
77	4,70	0,00	100,00
78	4,64	0,00	100,00
79	1,08	15,79	84,21
80	7,22	2,94	97,06

10. Tabulky četností jednotlivých kategorií analýzy dokumentace uživatelů

uživatel č.	2	6	7	8	9	10	12	13	15	16	17	18	19	20	21	23	24
celkový počet intervencí	4	7	7	1	4	5	1	14	8	14	7	1	18	2	9	4	1
počet plánování	1	4	2	1	2	0	0	1	6	8	3	1	11	1	1	3	1
projednávaná témata, tedy možné cíle																	
celková NSS "jak se má"	0	2	0	0	1	0	0	1	1	6	0	0	0	2	5	0	0
užívání drog	1	0	2	0	0	0	1	3	0	0	2	0	4	0	0	0	0
léčba, testování, abstinence aj. zázemí - základní potřeby (práce, bydlení, jídlo aj.)	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0
psychický stav	7	1	2	1	0	0	0	5	1	1	1	1	2	0	3	0	0
zdravotní stav	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	2	1	0
dluhy	0	1	0	0	1	1	0	3	1	1	0	1	0	2	1	0	1
doklady	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0
soc. úřady, ÚP, soudy aj.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	2	2	0
zprostředkování dalších služeb	0	3	4	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
sociální dávky	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
vztahy s lidmi	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
jiné	0	0	2	0	0	1	0	2	0	0	2	0	0	0	1	0	0
CELKEM projednaných temat	0	0	0	0	0	1	0	5	1	1	0	0	1	0	0	2	1
aktivizace hovoru o tematu																	
uživatelem	8	7	14	1	4	4	1	20	5	13	6	2	19	4	14	5	2
pracovníkem	0	2	0	0	0	1	0	1	0	6	0	0	2	0	0	1	0
účast obou stran	4	2	0	1	2	4	1	8	6	8	0	1	7	2	7	1	0
průběh IP																	
rozhovor o tematu - sdílení, mapování	0	3	7	0	2	0	0	5	2	0	7	0	9	0	2	2	1
po rozhovoru se dále nepokračovalo	4	7	7	1	4	5	1	14	8	14	7	1	18	2	9	4	1
po rozhovoru se dále plánovalo	3	3	5	0	2	5	1	13	2	6	4	0	7	1	8	1	0
realizování IP																	
realizace kroků přesahujících TaT	1	4	2	1	2	0	0	1	6	8	3	1	11	1	1	3	1
realizace kroků celkem	0	1	0	0	0	0	0	4	1	4	0	6	0	0	2	0	0
realizace cílů celkem	0	3	0	0	0	1	0	2	6	4	4	0	7	1	1	2	1
cíle realizované TaT	1	2	1	0	0	1	0	2	3	3	0 VC	0	1	1	3	0 VC	1
realizované cíle přesahující TaT	0	2	0	0	0	1	0	2	2	3	0	0	1	1	1	0	1
způsob realizace delšího cíle	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0
způsob práce pracovníka																	
pouze rozhovor - vyslechnutí a reflektování	<u>S</u>	<u>S</u>						<u>Skc</u>						<u>S</u>			
rozhor a podávání návrhů	2	1	3	0	2	3	1	6	0	0	5	0	10	1	3	1	0
reakce uživatelů na pracovníka																	
návrh přijímají	2	3	4	1	2	1	0	7	7	8	2	1	8	1	5	2	1
návrh odmítají	2	1	2	1	2	0	0	0	5	4	2	1	6	0	0	2	0
k návrhu se nevyjadřují	0	0	1	0	0	0	0	5	1	3	0	0	2	0	1	0	0
	0	2	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	4	0	1

uživatel č.	25	26	27	28	29	30	31	32	34	38	39	41	42	43	44	46	48
celkový počet intervencí	1	8	19	2	4	32	4	7	4	13	1	1	1	2	12	2	3
počet plánování	1	3	12	0	2	28	3	4	2	2	0	0	0	0	4	1	1
projednávaná témata, tedy možné cíle																	
celková NSS "jak se má"	1	2	0	0	0	0	1	2	0	4	0	1	1	0	0	0	0
užívání drog	0	0	3	0	1	3	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1
léčba, testování, abstinence aj.	0	0	4	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0
zázemí - základní potřeby (práce, bydlení, jídlo aj.)	0	4	3	0	1	9	1	2	1	1	0	0	0	0	8	0	0
psychický stav	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
zdravotní stav	0	0	9	1	1	2	0	0	3	2	0	0	0	0	2	0	0
dluhy	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
doklady	0	0	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
soc. úřady, ÚP, soudy aj.	0	2	0	0	0	3	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0
zprostředkování dalších služeb	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
sociální dávky	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
vztahy s lidmi	0	1	3	0	1	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
jiné	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
CELKEM projednaných temat	1	9	23	2	6	29	5	5	4	14	1	2	1	2	13	2	2
aktivizace hovoru o tematu																	
uživatелеm	0	5	1	0	0	4	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0
pracovníkem	0	1	8	2	2	12	1	5	0	0	1	1	1	1	11	0	3
účast obou stran	1	2	10	0	2	16	2	2	2	12	0	0	0	1	1	2	0
průběh IP																	
rozhovor o tematu - sdílení, mapování	1	8	19	2	4	32	4	7	4	13	1	1	1	2	12	2	3
po rozhovoru se dále nepokračovalo	0	5	7	2	2	4	1	3	2	11	1	1	1	2	8	1	2
po rozhovoru se dále plánovalo	1	3	12	0	2	28	3	4	2	2	0	0	0	0	4	1	1
realizování IP																	
realizace kroků přesahujících TaT	0	0	3	0	0	15	1	2	2	1	0	0	0	0	2	1	0
realizace kroků celkem	0	2	5	0	2	21	2	2	4	2	0	0	0	1	5	1	0
realizace cílů celkem	0	2	3	0	2	9	1	0	0	3	0	0	0	1	3	1	0
cíle realizované TaT	0	2	2	0	2	6	1	0	2	1	0	0	0	1	3	0	0
realizované cíle přesahující TaT	0	0	1	0	0	3	0	0	-2	2	0	0	0	0	0	1	0
způsob realizace delšího cíle			S			KC				Stch						S	
způsob práce pracovníka																	
pouze rozhovor - vyslechnutí a reflektování	0	0	7	1	3	4	1	4	0	10	1	0	0	1	1	0	2
rozhor a podávání návrhů	1	3	10	1	1	28	2	3	2	1	0	1	1	1	11	1	1
reakce uživatelů na pracovníka																	
návrh přijímají	0	1	8	0	1	18	2	3	0	1	0	0	0	0	7	1	1
návrh odmítají	0	0	1	1	0	5	0	0	1	0	0	1	1	1	3	0	0
k návrhu se nevyjadřují	1	2	1	0	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0

uživatel č.	49	51	52	55	56	57	58	60	61	62	63	64	65	66	69	70	71	72	74	75	76	78	79
celkový počet intervencí	7	2	12	5	6	5	9	5	1	4	5	17	8	6	2	7	12	2	2	3	5	10	5
počet plánování	4	1	8	3	3	1	5	2	1	0	2	8	1	2	2	1	10	2	2	0	5	8	0
projednávaná témata, tedy možné cíle																							
celková NSS "jak se má"	1	0	0	2	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	3	1	0	0
užívání drog	0	0	1	0	2	0	3	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
léčba, testování, abstinence aj.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4	2	0
zázemí - základní potřeby (práce, bydlení, jídlo aj.)	2	0	2	1	1	2	2	1	0	0	3	4	8	4	0	3	1	2	1	0	0	4	1
psychický stav	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
zdravotní stav	2	0	0	1	1	2	0	0	0	4	0	2	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0
dluhy	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
doklady	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
soc. úřady, ÚP, soudy aj.	0	1	0	0	1	0	1	3	1	0	2	4	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
zprostředkování dalších služeb	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
sociální dávky	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
vztahy s lidmi	0	1	0	2	1	0	1	0	0	0	0	6	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
jiné	1	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
CELKEM projednaných temat	8	2	11	6	6	5	13	7	1	4	10	18	14	6	3	8	7	2	6	3	5	7	5
aktivizace hovoru o tematu																							
uživatелеm	3	0	4	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
pracovníkem	4	1	4	2	0	3	3	2	1	3	1	8	3	2	2	3	7	0	1	3	1	3	0
účast obou stran	0	1	4	0	5	2	6	2	0	1	4	9	5	4	0	4	4	2	1	0	4	7	5
průběh IP																							
rozhovor o tematu - sdílení, mapování	7	2	12	5	6	5	9	5	1	4	5	17	8	6	2	7	12	2	2	3	5	10	5
po rozhovoru se dále nepokračovalo	3	1	4	2	3	4	4	3	0	4	3	9	7	4	0	6	2	0	0	3	0	2	5
po rozhovoru se dále plánovalo	4	1	8	3	3	1	5	2	1	0	2	8	1	2	2	1	10	2	2	0	5	8	0
realizování IP																							
realizace kroků přesahujících TaT	1	0	5	3	2	0	3	0	0	3	0	4	1	1	0	0	3	1	0	0	3	1	0
realizace kroků celkem	4	1	5	5	4	1	3	1	0	7	1	7	6	1	0	0	5	1	0	0	3	1	0
realizace cílů celkem	3	1	0	3	2	2	1	1	0	1	1	8	5	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0
cíle realizované TaT	3	1	0	2	2	1	0	1	0	4	1	3	5	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
realizované cíle přesahující TaT	0	0	0	1	0	1	1	0	0	-3	0	5	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
způsob realizace delšího cíle				<u>KC</u>	<u>Sú</u>	<u>KC</u>					<u>Sú</u>				<u>S</u>								
způsob práce pracovníka																							
pouze rozhovor - vyslechnutí a reflektování	1	1	1	0	4	2	2	3	0	0	3	13	6	0	0	6	1	1	0	0	0	1	3
rozhor a podávání návrhů	4	0	5	2	1	2	6	1	1	4	2	5	3	6	2	1	13	1	2	3	5	6	2
reakce uživatelů na pracovníka																							
návrh přijímají	2	0	4	1	0	1	5	1	1	3	2	4	1	3	2	1	7	1	2	1	5	5	0
návrh odmítají	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	3	0	0	3	0	0	2	0	0	1
k návrhu se nevyjadřují	2	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	5	0	0	0	0	1	1

11. Varianta dotazníku SQUALA pro uživatele KM

A. Titulní strana

Vážení klienti,

dostává se Vám do rukou dotazník, který slouží pro výzkum diplomové vysokoškolské práce. Dotazník je zaměřený na klienty Kontaktní místnosti KC CPPT a **zjišťuje Vaše subjektivní hodnocení kvality života**. Výstupem dotazníku bude anonymní index kvality života, žádné údaje nebudou spojeny přímo s Vaší osobou.

Děkuji, pokud se rozhodnete s výzkumem pomoci a dotazník vyplnit. Zabere Vám to asi 10 minut času.

S pozdravem, Bc. Karel Frouz, sociální pracovník

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA

1. Jaký je váš kod klienta KC ?
2. Jak dlouho zhruba užíváte drogy a nebo alkohol?
3. Jak dlouho už žijete mimo domov, „na ulici“ ?

B. Hodnocení důležitosti

V této tabulce jsou různé oblasti života. Zaškrtnutím označte, jak je pro Vás daná oblast života důležitá.

	nezbytné	velmi důležité	středně důležité	málo důležité	bezvýznamné
1)být zdravý					
2)fyzická soběstačnost, mít dobrou kondici bez omezení					
3)cítit se psychicky dobře					
4)mít příjemné prostředí a bydlení					
5)dobře spát					
6)rodinné vztahy					
7)vztahy s ostatními lidmi					
8)mít a vychovávat děti					
9)postarat se o sebe					
10)milovat někoho a být milován někým					
11)mít sexuální život					
12)zajímat se o politiku					
13)mít víru(např. náboženství nebo jiné vyznání)					
14)odpočívat ve volném čase					
15)mít koníčky, zájmy ve volném čase					
16)být v bezpečí					
17)práce					
18)spravedlnost					
19)svoboda					
20)krása					
21)pravda					
22)peníze					
23)dobré jídlo					

Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?

--	--	--	--	--	--

C. Hodnocení Vaší spokojenosti

V této tabulce jsou stejné oblasti života. Zaškrtnutím označte, jak moc jste v nich ve svém životě spokojen/a.

	úplně spokojen/a	velmi spokojen/a	spíše spokojen/a	nespokojen/a	velmi zklamán/a
24)zdraví					
25)fyzická soběstačnost, mít dobrou kondici bez omezení					
26)psychická pohoda					
27)prostředí a bydlení					
28)spánek					
29)rodinné vztahy					
30)vztahy s ostatními lidmi					
31)děti					
32)péče o sebe sama					
33)láska					
34)sexuální život					
35)účast v politice					
36)víra nebo vyznání					
37)odpočinek					
38)koničky, zájmy					
39)pocit bezpečnosti					
40)práce					
41)spravedlnost					
42)svoboda					
43)krása a umění					
44)pravda					
45)peníze					
46)jídlo					

Další oblast - pokud jste ji doplnil/a v první tabulce					
---	--	--	--	--	--

12. Výsledky šetření SQUALA

1. Hodnocení důležitosti

uživatel č.	otázka č.																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23		
	zdraví	fyz. soběstačnost	psych. pohoda	prostředí a bydlení	spánek	rodinné vztahy	vztahy s lidmi	děti	péče o sebe	láska	sexuální život	odpočinek	koničky	bezpečí	práce	spravedlnost	svoboda	krása a umění	pravda	peníze	jídlo		
A	3	4	3	3	3	1	2	1	3	4	3	4	4	3	2	2	4	1	3	1	3		
B	3	3	3	2	2	3	4	2	3	3	3	4	1	2	2	3	3	1	3	4	4		
C	4	4	4	2	3	2	2	2	3	3	2	4	3	4	3	4	4	1	2	3	2		
D	4	3	X	1	1	4	1	2	4	4	4	1	3	4	2	2	4	1	3	1	4		
E	4	4	3	2	2	4	3	3	4	4	2	2	3	4	4	4	4	1	4	4	3		
F	4	3	3	2	4	4	4	4	4	2	2	2	4	X	3	3	4	X	X	2	2		
G	4	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	2	4	4	4	4	2	4	3	2		
H	3	4	2	2	2	1	3	3	3	3	4	1	1	4	1	3	4	1	4	4	4		
I	3	3	3	3	3	1	3	1	3	2	3	3	2	3	0	3	3	2	3	3	3		
J	4	2	3	2	3	3	2	4	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3		
K	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2		
L	4	3	3	3	4	2	2	2	4	2	3	4	4	4	4	3	4	0	4	3	4		
M	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	1	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3		
N	2	3	3	4	3	1	3	3	3	3	3	2	0	2	1	3	3	2	3	2	2		
O	2	3	4	2	1	2	3	2	4	4	4	1	3	0	3	X	3	3	1	4	4		
P	3	2	3	2	3	0	3	2	3	4	4	3	2	3	2	3	4	2	4	3	3		
Q	4	4	3	3	4	2	2	2	3	4	2	4	3	4	2	3	4	1	3	2	4		
R	4	3	3	2	4	2	1	1	3	2	2	2	2	4	1	4	4	2	2	4	1		
S	4	X	4	3	4	4	3	4	4	4	3	2	3	4	3	4	4	1	4	2	2		
T	4	4	4	4	4	3	4	2	4	4	3	2	2	2	3	4	4	1	4	2	3		
U	4	4	3	3	4	3	4	3	4	4	3	2	3	4	3	4	4	2	3	1	2		
V	2	2	4	3	3	2	2	4	4	1	4	4	1	4	3	0	4	2	3	4	4		
W	3	1	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	1	2	3	3	2		
X	3	3	1	1	3	X	2	3	2	3	4	2	3	4	2	2	2	4	3	4	3		
Y	3	0	X	3	2	1	1	4	3	1	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3		
Z	4	3	4	4	4	3	3	3	4	3	2	0	4	4	4	4	4	2	4	4	2		

2. Hodnocení spokojenosti

uživatel č.	otázka č.																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23		
	zdraví	fyz. soběstačnost	psych. pohoda	prostředí a bydlení	spánek	rodinné vztahy	vztahy s lidmi	děti	péče o sebe	láska	sexuální život	odpočinek	koníčky	bezpečí	práce	spravedlnost	svoboda	krása a umění	pravda	peníze	jidlo		
A	3	3	2	2	3	2	3	2	2	1	3	3	3	3	2	3	X	2	2	2	2		
B	5	5	5	3	3	3	1	1	3	2	2	3	2	3	2	2	5	3	2	2	4		
C	4	4	5	3	4	3	4	X	3	4	4	4	3	3	X	2	3	4	4	3	4		
D	5	X	2	2	2	2	2	2	2	5	5	1	5	3	1	3	5	5	4	1	3		
E	4	4	3	3	3	4	3	3	4	5	5	3	3	3	2	4	4	3	5	2	3		
F	3	3	3	3	3	3	3	X	3	X	X	1	3	5	1	1	1	3	X	3	5		
G	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	2	3	1	1	3	3	2	2	2		
H	2	5	3	3	5	2	3	3	4	4	5	4	1	5	1	1	3	2	3	4	5		
I	5	5	5	5	5	3	3	X	5	3	4	5	3	X	X	5	X	X	5	5	5		
J	3	2	3	3	3	3	X	2	2	4	4	4	3	X	3	3	4	4	4	4	4		
K	5	5	3	3	4	2	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3		
L	5	4	3	3	5	2	3	2	3	3	3	4	3	5	5	3	5	2	3	2	5		
M	5	5	5	X	3	X	4	3	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
N	3	3	3	2	3	3	4	2	3	4	5	3	2	3	2	3	4	3	4	2	3		
O	X	4	X	2	4	2	4	X	X	5	4	4	4	4	3	1	3	X	X	2	4		
P	X	3	3	2	3	X	4	X	3	3	3	X	3	3	2	2	2	2	2	3	4		
Q	4	5	3	2	4	3	4	2	4	2	2	4	4	4	2	2	4	4	3	2	3		
R	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	4	4	1	2		
S	2	2	3	2	2	2	3	1	3	2	3	3	2	3	1	1	3	3	X	2	3		
T	4	4	4	4	4	2	4	3	4	4	2	4	4	3	2	4	5	4	4	2	4		
U	4	4	3	3	2	2	4	3	4	2	4	2	3	4	2	3	3	3	3	2	4		
V	3	5	5	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	2	1	1	2	2	5	5		
W	3	3	4	3	4	4	4	4	3	5	4	X	4	4	4	4	4	4	4	2	X		
X	5	4	4	5	5	5	4	X	5	X	5	5	5	4	X	4	5	4	5	5	5		
Y	5	3	3	3	5	1	3	3	5	2	3	4	3	3	3	3	5	3	5	3	5		
Z	3	2	4	2	2	2	4	4	3	1	1	5	5	3	1	2	5	3	3	1	3		

Výsledná jednotlivá skóre																							Celkové
Parciální																							
otázka č.																							
uživatel č.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23		
	zdraví	fyz. soběstačnost	psych. pohoda	prostředí a bydlení	spánek	rodinné vztahy	vztahy s lidmi	děti	péče o sebe	láska	sexuální život	odpočinek	koničky	bezpečí	práce	spravedlnost	svoboda	krása a umění	pravda	peníze	jídlo		
A	9	12	6	6	9	2	6	2	6	4	9	12	12	9	4	6	x	2	6	2	6	130	
B	15	15	15	6	6	9	4	2	9	6	6	12	2	6	4	6	15	3	6	8	16	171	
C	16	16	20	6	12	6	8	x	9	12	8	16	9	12	x	8	12	4	8	9	8	199	
D	20	x	x	2	2	8	2	4	8	20	20	1	15	12	2	6	20	5	12	1	12	172	
E	16	16	9	6	6	16	9	9	16	20	10	6	9	12	8	16	16	3	20	8	9	240	
F	12	9	9	6	12	12	12	x	12	x	x	2	12	x	3	3	4	x	x	6	10	124	
G	12	9	9	9	12	9	9	16	12	12	9	9	4	12	4	4	12	6	8	6	4	187	
H	6	20	6	6	10	2	9	9	12	12	20	4	1	20	1	3	12	2	12	16	20	203	
I	15	15	15	15	15	3	9	x	15	6	12	15	6	x	x	15	x	x	15	15	15	201	
J	12	4	9	6	9	9	x	8	6	12	12	12	6	x	6	6	12	8	12	12	12	173	
K	15	15	9	9	8	4	8	2	12	12	12	8	12	12	12	12	8	8	12	9	6	205	
L	20	12	9	9	20	4	6	4	12	6	9	16	12	20	20	9	20	0	12	6	20	246	
M	15	15	15	x	9	x	12	3	6	4	2	12	12	12	12	12	12	16	12	12	12	205	
N	6	9	9	8	9	3	12	6	9	12	15	6	0	6	2	9	12	6	12	4	6	161	
O	x	12	x	4	4	4	12	x	x	20	16	4	12	0	9	x	9	x	x	8	16	130	
P	x	6	9	4	9	x	12	x	9	12	12	x	6	9	4	6	8	4	8	9	12	139	
Q	16	20	9	6	16	6	8	4	12	8	4	16	12	16	4	6	16	4	9	4	12	208	
R	8	9	6	6	12	6	3	3	9	6	6	6	6	12	3	12	20	8	8	4	2	155	
S	8	x	12	6	8	8	9	4	12	8	9	6	6	12	3	4	12	3	x	4	6	140	
T	16	16	16	16	16	6	16	6	16	16	6	8	8	6	6	16	20	4	16	4	12	246	
U	16	16	9	9	8	6	16	9	16	8	12	4	9	16	6	12	12	6	9	2	8	209	
V	6	10	20	6	6	4	4	8	12	2	12	8	2	12	6	0	4	4	6	20	20	172	
W	9	3	12	6	12	12	8	12	9	15	8	x	8	12	12	12	4	8	12	6	x	180	
X	15	12	4	5	15	x	8	x	10	x	20	10	15	16	x	8	10	16	15	20	15	214	
Y	15	0	x	9	10	1	3	12	15	2	6	12	6	9	6	9	15	6	15	6	15	172	
Z	12	6	16	8	8	6	12	12	12	3	2	0	20	12	4	8	20	6	12	4	6	189	