

Sociální práce & *drogy*

Sborník odborné konference

Praha 20.–21. dubna 2017





Sociální práce & *drogy*

Sborník odborné konference

Praha 20.–21. dubna 2017



Za podporu děkujeme Nadaci České spořitelny a Magistrátu hlavního města Prahy

Editorka:

Olga Hanková

Autorský kolektiv:

Jiří Dvořáček

Magda Frišaufová

Aleš Herzog

Karolína Hönigová

Jiří Libra

Andrea Michalcová

Kateřina Mladá

Martin Plášek

Ilona Preslová

Josef Šedivý

Martina Richterová Těmínová

Jiří Zatrěpálek

© Olga Hanková (ed.) a kol., 2017

© SANANIM, 2017

Foto na obálce © Ryan McGuire, 2016

Design a sazba © Jan Tippman, 2017

Vydal SANANIM z.ú., Ovčích hájek 2549/64 A, 158 00 Praha 13

www.sananim.cz

ISBN 978-80-904536-6-1

Obsah

Úvod	7
Spolupráce s uživatelnkami a uživateli drog z pohledu sociální práce	9
Kazuistika sociálního pracovníka v drogových službách	19
Náměty k diskuzi o univerzitním vzdělávání sociálních pracovníků v adiktologických tématech	23
Kazuistika	27
Mezioborová spolupráce při podpoře drogově závislých matek a jejich dětí	33
Pohled adiktologů na sociální práci a drogy v nízkoprahových programech pro uživatele drog (terénních programech a kontaktních centrech)	35
Adiktologická péče ve zdravotnickém zařízení	37
Čím jsme? Kým jsme? Kdo jsme?	43
Práce kurátora pro děti a mládež s dětmi užívajícími návykové látky	47
Zákon o sociálních službách a drogy...	53
Závislost – problém sociální, nebo zdravotní? (Pohled zdravotníka).	59
Multidisciplinární SANANIM aneb složení týmu dle receptu na dort pejska a kočičky	65

Úvod

Josef Šedivý

Téma konference tentokrát směřovalo spíše k oborovému pojetí závislostí. Nicméně, při výběru jednotlivých přednášejících jsme se snažili o nastolení dialogu mezi sociálními pracovníky a adiktology. K tomu nás vedly hlavně zkušenosti z praxe, kde často narážíme na jisté třetí plochy mezi těmito obory. Poměrně často se i v neformální rovině v rámci adiktologických služeb pracovníci identifikují s jednou, nebo druhou profesí, a občas jakoby do pozadí odsouvají multidisciplinaritu péče o drogově závislé. Na základě těchto zkušeností bylo lze očekávat poněkud bouřlivější atmosféru celé konference, a proto jsme v programu vyhradili nadstandardně mnoho času na diskuze. I když se bouřlivost nedostavila, obsah i průběh debat vhodně doplňoval témata přednášejících.

Jednotlivé příspěvky nám umožnily nahlédnout na drogové služby ze dvou různých úhlů pohledu a myslím, že to byly pohledy velmi zajímavé. Ať už se jednalo o úvodní příspěvky (Frišaufová, Libra), které celé pojetí konference zasadily do teoretického rámce, nebo o příspěvky „z bitevního pole“ (Michalcová, Preslová), bylo vždy zajímavé sledovat, jak se sociální pracovníci a adiktologové setkávají u příběhů klientů, a spíše než rozdíly hledají cestu k vzájemnému obohacení.

Velmi symbolický závěrečný blok konference (Těmínová, Dvořáček) pak jasně ukázal, že pokud se podíváme na problematiku péče o drogově závislé s odstupem a nadhledem, vždy se nakonec dostaneme k oné multidisciplinaritě a integrativnímu pojetí našich služeb. A to byla vlastně také zpráva pro nás, organizátory, že je vlastně dobře, že se bouřlivost nedostavila. Vzniklý prostor zaplnilo porozumění, a to není podle mého vůbec špatný výsledek...

Josef Šedivý
Drogové informační centrum SANANIM

Spolupráce s uživatelkami a uživateli drog z pohledu sociální práce

Magda Frišaufová

V tomto konferenčním příspěvku nabízím úvahu o tom, jaké možnosti vnáší do spolupráce s uživateli a uživatelkami drog sociální práce. Nejprve představím různé možnosti, jak definovat sociální práci, a poté uvedu několik příkladů jejího uplatnění v dané oblasti. Z těchto praktických příkladů bude podle mého názoru zřejmý potenciál sociální práce, který v současném pojetí služeb poskytovaných uživatelům drog zůstává málo využit. Zamyslím se i nad limity, které může pro tuto spolupráci znamenat příliš úzce vymezená definice problému zaměřená pouze na užívání drog.

JAK DEFINOVAT SOCIÁLNÍ PRÁCI?

Sociální práci jako samostatnou a svébytnou profesi je možné definovat několika způsoby. Definici lze založit na popisu toho, „co je sociální práce“, tedy co je předmětem a obsahem jejich intervencí. Sociální práci lze však definovat také na základě vymezení se vůči jiným profesím. Nezřídka se stává, že jeden pracovník zastává více profesních rolí, například sociálního pracovníka, terapeuta nebo pedagoga. Definice, která poukazuje na to, v čem je sociální práce odlišná, je tedy užitečná zejména pro porozumění vztahu, který má k jiným, pomáhajícím profesím, s nimiž úzce spolupracuje a prolíná se s nimi. Vymezení oproti jiným profesím je však zajímavé i ve vztahu k profesím, které nebývají se sociální prací často spojovány (např. žurnalistika), ale přesto je možné vidět, že v některých svých cílech se doplňují a prolínají. Budu proto podrobněji diskutovat obě výše zmíněné definice.

ČLOVĚK JE VE STÁLÉ INTERAKCI S PROSTŘEDÍM

Definice sociální práce jsou založeny na východisku, že každý člověk je součástí nějakého prostředí. Ve smyslu nejen okolí, ve kterém žije, chodí do práce nebo do školy atd., ale i ve smyslu sociálního prostředí – v různých rolích, které zastává, je jedinec vždy propojen s ostatními lidmi a různými institucemi. Mnohé z těchto osob hrají v životě člověka významnou roli. Buď v pozitivním smyslu, když jde o osoby blízké, kontakt s nimiž si člověk většinou sám vybírá a má k nim bezprostřední blízký vztah. Stejně tak to mohou být osoby významné prostě tím,

že v životě člověka hrají podstatnou roli, a to bez ohledu na to, zda to sám vnímá pozitivně nebo negativně; například učitelé, kolegové v práci a nadřízení, reprezentanti různých úřadů a institucí, se kterými je nutno spolupracovat, apod. Z hlediska této perspektivy je tedy člověk a prostředí v neustálém kontaktu, interakci (Kondrat 2002)¹.

V kontextu sociální práce je klient touto perspektivou vždy vnímán i jako součást prostředí, ve kterém žije. Pozornost je tedy věnována nejen jemu, ale stejně tak i interakcím, respektive významným osobám a institucím, se kterými je v kontaktu. Jedna z definic pak vymezuje, že intervence sociální práce směřují právě tam, kde nastávají nějaké problémy v interakcích mezi klientem² a jeho prostředím (Musil, Navrátil 2000). Nerovnováhy nebo problémy v interakcích klienta nastávají zejména proto, že prostředí má od klienta očekávání, která není schopen, nebo třeba ani nemá zájem naplnit. Stejně tak klient má očekávání od svého okolí, která nemusí být z různých důvodů naplňována. Sociální pracovník pak může působit buď na změnu očekávání, například proto, že jsou nereálná nebo neadekvátní, ale může také usilovat o zajištění vhodné podpory, která umožní jak klientovi, tak i prostředí tato očekávání lépe zvládat.

INDIVIDUALIZOVANÉ VS. KOMPLEXNÍ POSOUZENÍ ŽIVOTNÍ SITUACE

Aby zmíněná definice sociální práce nepůsobila pouze teoreticky a suchopárně, uvedu několik konkrétních příkladů, které umožňují propojit si definici s běžnou praxí. Na praktických příkladech bude zároveň možné lépe demonstrovat, že to, co je definováno jako nerovnováha nebo problém v interakcích mezi klientem a prostředím, se jednak významně proměňuje v čase, ale liší se také podle různých přístupů nebo oblastí, v nichž je sociální práce vykonávána.

V kontextu užívání nelegálních, ale i legálních drog je možné nerovnováhu v očekáváních popsat tak, že člověk, který je problémovým uživatelem drog, přestane naplňovat očekávání prostředí. Například tím, že přestane udržovat vztahy se svými blízkými, přestane chodit do práce. V důsledku toho mu chybí zdroj financí, které si zároveň nezaopatří tím, že by byl v pravidelném kontaktu s relevantními institucemi, jako je úřad práce, nebo že by kontaktoval další zaměstnavatele a snažil si najít novou práci. Prohlubující se sociální, ale i zdravotní problémy neřeší v rozporu s očekáváním svého prostředí ani kontaktem s různými dalšími službami a institucemi, které jsou mu v této situaci teoreticky k dispozici (např. poradenská, nízkoprahová či zdravotní zařízení).

Vzniklou situaci je možné definovat jako problém na straně klienta, jako jeho selhání v naplnění očekávání prostředí. Zejména jedná-li se o nelegální drogy, je zde významné očekávání jeho prostředí, že takové drogy nebude vůbec užívat. Pokud k tomu však dojde, prostředí očekává, že problémy s tím související bude řešit na základě spolupráce a podpory ze strany svých blízkých (např. rodina, partner, přátelé), případně pomáhajících profesí (např. služby pro uživatele drog, léčebny).

1 Více viz například environmentální nebo ekologická perspektiva, perspektiva člověk-v-prostředí/ person-in-environment.

2 Klientem v tomto pojetí nemusí být nutně pouze jednotlivec, ale také například rodina, komunita apod.

Tento způsob definice problému je možné označit za poměrně individualizovaný. V tradičním pojetí sociální práce by tento klient mohl být také vnímán jako někdo, kdo „selhává ve svých životních rolích“, není schopen „normálního fungování“, jedná se u něho o „patologické nebo deviantní chování“ apod. Takového člověka je pak z pohledu tradiční sociální práce potřeba „napravit“, „resocializovat“, klást důraz na to, aby si uvědomil, co od něj společnost očekává a jaké bude mít důsledky, pokud tato očekávání nebude naplňovat.

Obdobně s tímto tradičním pojetím sociální práce lze definici téhož problému nahlížet i z pohledu medicínského diskurzu. Takového člověka je možné označit za „závislého“, nebo „nemocného“, tedy někoho, kdo se musí léčit. Diagnóza závislosti může přinést klientovi a případně i jeho okolí jistou míru úlevy vzhledem k tomu, že zodpovědnost za selhání, stejně tak jako jeho řešení, nenakládá na bedra pouze jemu. Zároveň však neumožňuje hlouběji porozumět tomu, co se děje v jeho sociálním prostředí. A proto i pomoc a podpora jsou směřovány zejména směrem k tomu, kdo je označen za „nemocného“, případně k jeho blízkým.

Porozumět tomu, jak nerovnováha v situaci vznikla, je však možné i jiným způsobem. Místo zaměřování se na to, v jakých rovinách člověk selhává, je možné zaměřit se a hodnotit také očekávání a požadavky ze strany prostředí. Je například očekávání prostředí, že bude klient fungovat v roli rodiče, studenta, zaměstnance apod., adekvátní? Neselhává například klient v roli rodiče nebo zaměstnance kvůli tomu, že mu v této roli chybí nějaká podpora, kompetence, znalosti? Není pozadím konfliktních nebo slabých vztahů s blízkými osobami nějaká traumatická zkušenost nebo nevyhovující uspořádání?

Díky pozornosti přenesené nejen na klienta samotného, ale stejně tak na jeho prostředí, významné osoby v jeho okolí a jejich očekávání, je pak možné porozumět například tomu, že to, co se jeví jako „špatná péče o děti“, může být někdy nedostatkem kompetencí nebo znalostí spojených s touto rolí. Užívání drog může být spojeno se snahou zvládat požadavky náročného zaměstnání, ať už se jedná například o práci v nočních směnách či o fyzicky nebo psychicky náročné profese. Užívání drog může být také způsobem vypořádání se s životem na ulici nebo v nejistých bytových podmínkách. Do popředí tak vystupují problémy, které mohly být v životní situaci klienta dříve, a užívání drog je až následné. Při tomto přístupu je najednou zřejmé, že je nutné se mnohem více zamýšlet nad tím, nakolik je možné řešit primárně užívání drog a nakolik je podstatné se stejně, nebo možná i intenzivněji zabývat změnou určitých podmínek, aby měl klient prostor změnit následně i svůj vztah k užívání drog. Mnohem jasněji se ukazuje, že žije-li člověk na ulici, jen stěží se mu může začít dařit chodit pravidelně do práce. Nebo pokud žije v prostředí nebo s partnerem, kde dochází k domácímu násilí, bude se jen velmi obtížně soustřeďovat primárně na abstinenci od drog. Obdobně to platí v případech, pokud se klient potýká s obtížemi v oblasti duševního zdraví.

Pokud bude nerovnováha nebo „klientův problém v interakcích“ definován i s ohledem na očekávání a existující či absentující zdroje podpory v klientově prostředí, mnohem jasněji také vyplyne, že pro možnost změny musí být i intervence směřovány nejen na samotného klienta, ale i na jeho prostředí.

ZMĚNA NA STRANĚ KLIENTŮ I JEJICH PROSTŘEDÍ

Takový popis situace, resp. příklad individuálnější a zároveň komplexnější definice klientova problému a jeho řešení, se může jevit jako relativně banální nebo zjednodušený. Přístup, kdy pomoc a podporu – ať už se odehrává na poli sociálních služeb, léčebných zařízení nebo terapie – je nutné směřovat nejen vůči klientovi jako jednotlivci, ale například i na jeho rodinné příslušníky, není samozřejmě nijak nový, převratný a rozhodně ne specifický pouze pro oblast sociální práce. Popis toho, co z hlediska sociální práce znamená uvažovat o klientovi v kontextu jeho prostředí, je však velmi významný při úvahách o koncepci systému, v němž je pomoc a podpora uživatelům drog poskytována.

Jedná se zejména o systém zařízení a služeb, které poskytují podporu a pomoc relativně úzce vymezeným cílovým skupinám, jako jsou uživatelé legálních i nelegálních drog, lidé bez domova, lidé s duševním onemocněním, ženy v sexbyznysu, oběti a pachatelé domácího násilí a trestných činů apod. Tato prostředí rozhodně neusnadňují pracovníkům daných zdravotnických a sociálních zařízení udělat si představu o životní situaci lidí, kteří se k nim dostávají jako klienti, případně pacienti, zejména pokud jde o širší kontext jejich sociálních vztahů a postavení v nich. Ale i pokud se pracovník o životní situaci svých klientů snaží uvažovat v celé jejich šíři, dané prostředí velmi komplikuje spolupráci i hledání řešení napříč různými institucemi. V neposlední řadě omezuje i možnost zapojení neformálních zdrojů podpory klienta, jako jsou rodina, přátelé nebo komunita, v níž klient žije nebo se kterou cítí sounáležitost.

U klientů, jejichž situace je velmi riziková nebo komplikovaná, pak pomáhající pracovníci narážejí na paradox, že právě ti, kdo mají komplexní potřeby a potřebují tedy komplexní pomoc a podporu, jsou zároveň těmi, kdo ze systému takto nastavených služeb nejčastěji vypadávají. Paradoxem je tedy i to, že mnohdy právě klienti, kterým pracovníci věnují nejvíce času, ať již v rámci společných setkání, doprovodů, zjišťování informací, ale i v rámci týmových porad a supervizí, jsou zároveň těmi, jimž služby zaměřené na úzce definované cílové skupiny nabízejí jen velmi omezené možnosti. Jedná se často o klienty, kteří kromě toho, že užívají drogy, se zároveň potýkají s psychickými problémy nebo duševním onemocněním, stávají se oběťmi domácího násilí a jiných trestných činů, nebo jsou jejich pachatelé, mají zkušenost s bezdomovectvím ať už ve formě života na ulici, nebo přebýváním v azylových domech, ubytovnách, v nejistých podmínkách u známých apod. Pokud jsou rodiči, týká se jejich nejistá situace dalšího množství osob a institucí od pracovníků OSPOD, přes učitele, až po kurátory apod.

I přesto, že se v mnoha službách z dané oblasti stal důraz na komplexní a pružnou spolupráci mezi různými profesemi, zařízeními, organizacemi a institucemi jednoznačným cílem nebo již reálnou součástí jejich dobré praxe, lze stále registrovat i tendence k udržení relativně specializovaných služeb poskytujících pomoc úzce vymezené skupině klientů. Například ženám nebo matkám bez domova, ale ne pokud užívají drogy. Obětem domácího násilí, ale ne jeho pachatelům. Uživatelům drog, ale ne pokud se v jejich anamnéze objevuje diagnóza dalšího duševního onemocnění apod.

V neposlední řadě pak mají pracovníci pro své intervence mnohdy k dispozici pouze nástroje, které jim umožňují právě jen relativně individualizovanou spolupráci s klientem. Velké množství intervencí se odehrává v rámci individuálních setkávání mezi pracovníkem a klientem. To lze považovat za dobrý základ pro porozumění a posouzení toho, s čím klient

přichází a jakým směrem vést další kroky pro jeho pomoc. Mnoho pracovníků však nevyužívá možnosti doprovázení klienta, setkávání se s ním v různých prostředích, kontaktů s významnými osobami v rámci spolupracujících institucí nebo neformální sítě, skupinové formy spolupráce s klienty apod. Ať je důvodem fakt, že pracovníci nevnímají tyto možnosti spolupráce jako legitimní součást své práce, nebo to, že se potýkají s restrikcemi, které jim neumožňují takovéto „nestandardní“, nebo „neformální“ kontakty vykazovat nebo časově zvládat.

Přestože tedy na odborné úrovni v podstatě panuje shoda na tom, že problémy spojené s užíváním drog jsou komplexní, a je proto potřeba k nim přistupovat z hlediska bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu, až příliš často se pracovníci i klienti setkávají s tím, že různé problémy a oblasti svého života řeší se svými blízkými, s různými odborníky a institucemi, avšak bez možnosti jejich pohledy a přístupy účinně propojovat a doplňovat.

Smyslem tohoto příspěvku však není podrobně analyzovat příčiny, které vedou k popsánému úzce vymezenému a individualizovanému poskytování pomoci v dané oblasti. Důvodů je mnoho a týkají se různých systémových úrovní. Mým hlavním cílem je poukázat na to, že apel na komplexnější posuzování toho, co je problémem nebo nerovnováhou v klientově životní situaci, vyplývá přímo z jádra toho, jak lze definovat sociální práci a obsah jejích intervencí. Z hlediska definice sociální práce založené na konceptu „člověka v prostředí“ je možné odvodit, že hlavním předmětem profesionálního zájmu a posuzování sociálního pracovníka v dané oblasti je klient a jeho interakce s okolím. A v návaznosti na to i vyhodnocení, jakým způsobem usilovat o změnu na straně klienta a stejně tak zda, případně jak také o změnu v jeho prostředí. Ve většině případů přitom bez změny na obou stranách nelze dosáhnout udržitelné změny k lepšímu.

SOCIÁLNÍ PRÁCE VE VZTAHU K DALŠÍM POMÁHAJÍCÍM PROFESÍM

Vymezením toho, co leží v samotném jádru posouzení životní situace jedince z hlediska sociální práce, je možné dostat se i k další navrhované definici této profese, a to na základě vztahu vůči jiným pomáhajícím profesím.

Je možné klást si otázku, v čem je sociální práce specifická nebo odlišná od intervencí, které v rámci své profese vykonávají například psychologové, terapeuti, pedagogové, ale také lékaři, zdravotní sestry, duchovní a další pomáhající profese. Méně často je pokládána tato otázka v souvislosti s profesemi, jako jsou novináři, právníci nebo politici. Ale i u nich se mnohdy jedná o společné pole působnosti, pokud si uvědomíme, že způsoby, jimiž například média informují o významných společenských fenoménech, jakými jsou právě užívání drog, duševní onemocnění, sociální vyloučení apod., má významný dopad na to, jak budou osoby, jichž se tyto problémy bezprostředně týkají, společností vnímány. Současně ovlivňují také to, jak budou v očích veřejnosti nastavovány mantinely toho, co je „normální“, „skandální“, „nepřipustné“, „patologické“, „nebezpečné“ nebo „tabuizované“. Obdobně má nastavení norem nejen na úrovni zákonů a vyhlášek, ale také například nastavení (nejen) drogové, sociální, zdravotní, rodinné a bytové politiky, zásadní dopad na prostředí, ve kterém, komu, kým, jak nebo za kolik bude pomoc a podpora reálně poskytována. Z toho je zřejmé, že sociální práce má společné a relativně široké pole působnosti, ve kterém se prolíná s mnoha různými profesemi. Ale v čem se sociální práce od těchto profesí odlišuje?

Pokud se vrátíme k základnímu vymezení sociální práce jako činnosti zaměřující se na člověka/klienta v kontextu prostředí/společnosti, v níž žije, pak je možné definovat sociální práci jako profesi, která se zaměřuje na výše popsané interakce mezi člověkem a prostředím³ a na nerovnováhy ve vzájemném očekávání a schopnosti nebo zájmu tato očekávání naplňovat. Jiné pomáhající profese, zejména psychology, terapeuti či pedagogy, je možné vnímat jako více se zaměřující na rozvoj, změnu samotného klienta. Obdobně lze výše zmiňované profese, které působí spíše na celospolečenské úrovni, jako jsou například novináři nebo politici, vnímat jako zaměřující se na změnu prostředí – společenského nastavení (Payne 2006). Působí na to, jaká očekávání budou vymezena jako adekvátní nebo legitimní a která naopak například jako patologická nebo nelegální. To, zda budou uživatelé drog spojováni s obrazem „feťáka“, „nemocného“, „sociálně vyloučeného“ a legitimního nebo nelegitimního příjemce pomoci, je do velké míry ovlivňováno mediální obrazem, který je o těchto lidech vytvářen. Obdobně i to, jaké látky užívá, v jaké míře a v jakém kontextu, je předmětem sociální a drogové politiky na národní i mezinárodní úrovni a jako takové je do značné míry utvářeno politickými reprezentanty.

Uvedené vymezení sociální práce v kontextu dalších profesí může podle mého názoru poskytnout dobrou představu a snad i odpověď pro ty, kteří váhají nad tím, v čem je sociální pracovník vlastně „skutečně profesionálem“.

Definice sociální práce jako zaměřující se na nerovnováhy v interakcích spíše než pouze na problémy klienta nebo společnost však nechává vymezení sociální práce i nadále v jisté míře neurčitosti. Nelze samozřejmě tvrdit, že například psychologové nebo pedagogové se zaměřují pouze na jednotlivce a s nejbližším okolím nespolupracují. To se samozřejmě výrazně liší u jednotlivců, ale i institucí, v nichž tito odborníci působí. Stejně tak i sociální pracovníci budou asi výrazněji inklinovat například k terapeuticky, poradensky nebo společensky angažovanější formě spolupráce s klienty⁴. Bude to samozřejmě dáno konkrétním kontextem, ve kterém pracují, vzděláním, osobními hodnotami, ale i konkrétními potřebami a situací, ve které se aktuálně nacházejí jejich klienti.

Cílem je však podpořit výše uvedený způsob vymezení sociální práce jako profese, která má spolupráci na pomezí různých navazujících profesí ve svém hlubokém základu. Spolupráce napříč různými oblastmi klientova života tak může tvořit významný definiční znak sociální práce. Z širšího zorného úhlu může takové pojetí zároveň přispívat i k odborné diskusi o sociální práci, která je mnohdy vnímána jako málo vyhraněná. Ukázali jsme si však, že tuto „nevyhraněnost“ na pomezí různých profesí je možné vnímat nejen jako slabou, ale stejně tak i jako silnou stránku sociální práce.

PODNETY K SOCIÁLNÍ PRÁCI S UŽIVATELKAMI A UŽIVATELI DROG

Na základě popsaného vymezení sociální práce jako profese, která intervnuje do nerovnovah v interakcích, je pak možné lépe porozumět i různým dílčím oblastem sociální práce, se kterými bývá profese jako celek často zaměňována. Mnohdy bývá sociální pracovník popisován

3 Prostředí, nebo společnost reprezentovány významnými osobami nebo institucemi (neformální vztahy, škola, zaměstnání, úřad práce, OSPOD, sociální služby, zdravotnická zařízení atd.).

4 Více viz terapeutické, poradenské a reformní paradigma sociální práce (Payne 2005).

jako ten, kdo rozumí systému dávek, příspěvků, důchodů apod., a klientům pomáhá s jejich vyřizováním. Náplň jeho práce může být popsána například i tak, že s klienty mapuje jejich dluhy, pomáhá jim sestavovat splátkové kalendáře, v některých zařízeních spravuje klientům finance, komunikuje s příbuznými nebo zprostředkovává návazné služby. Tyto aktivity lze jistě v některých případech vidět jako podstatnou součást pracovní agendy sociálního pracovníka, a mají tudíž relativně daleko k výše navržené definici sociálního pracovníka jako experta na komplexní posouzení nerovnovah v klientově životní situaci. Role sociálního pracovníka tak často může splýnout s rolí administrátora (nebo až byrokrata), který je zodpovědný za vyřízení záležitostí, na které má klient nárok, případně které je povinen plnit. Tato role však odráží jen jednu část z toho, co tvoří výše popsané expertní posouzení a intervenci. Sociální pracovník řeší s klientem, jaká očekávání od něj má jeho prostředí (hradit finanční závazky, splácet dluhy, chodit do zaměstnání, dokládat různé dokumenty potřebné například k vyřízení dávek, posílat děti pravidelně do školy apod.), jaké zdroje podpory mu k tomu jeho prostředí nabízí (finanční podpora, sociální služby, zdravotní péče apod.), případně co bude následovat, pokud očekávání okolí nenaplní (odebrání dětí z péče, výkon trestu, ukončení spolupráce apod.).

Z pracovní agendy sociálního pracovníka by se tedy nemělo vytrácet ani odborné posouzení, jaký má klient zájem, schopnosti a možnosti tato očekávání naplňovat. Zda například vůbec ví o existenci nabízených zdrojů podpory, proč je případně nevyužívá, zda nebo jak se snažil naplňovat očekávání svého okolí a proč se mu to nedaří. Díky zaměření pracovníka i na prostředí klienta je možné dozvědět se například i to, že o mnohých zdrojích podpory neví, dostal mylné informace, dané služby jsou pro jeho případ nastaveny příliš vysokoprahově, stigmatizačně, diskriminačně, nereagují na jeho specifické nebo komplexní potřeby. Využívání služeb může být také příliš administrativně náročné, neumožňuje například užívat služby spolu s partnerem nebo dětmi, klade požadavky, které klient buď nechce akceptovat, nebo není schopen naplňovat (např. podmínka abstinence), apod. Všechny tyto nerovnováhy a překážky ve spolupráci mezi klientem a společností není možné překonat pouze snahou nebo tlakem na to, aby se klient daným požadavkům přizpůsobil. Významnou součástí role sociálního pracovníka je naopak to, aby hledal různé způsoby, jak na klientovo prostředí, potažmo společnost působit, a usilovat o změny, které mohou nastavit očekávání, podporu, případně sankce tak, aby v nich mohli všichni zúčastnění lépe fungovat a prospívat.

Pokud tedy například sociální pracovník pracuje většinou s klienty, kteří kromě toho, že jsou uživateli drog, jsou také bez domova, nemělo by být součástí jeho práce pouze to, že se snaží s jednotlivými klienty hledat bydlení, případně podávat žádosti o azylové bydlení. Zejména pokud ví, že nalézt bydlení je v dané lokalitě velmi obtížné i pro osoby, které nejsou nositeli nějaké stigmatizující charakteristiky, jakými jsou například uživatelé drog, příjemci podpory nebo dávek, příslušníci romského etnika apod. Součástí profese sociálního pracovníka je také působit na společnost, aby měnila svá očekávání a nabídku podpory. Protože jsou to právě sociální pracovníci, kteří ze své praxe mají bezprostřední zkušenosti s tím, na jaké institucionální nebo společenské bariéry jejich klienti narážejí při snaze o změnu své situace. Na místě je tedy na tyto bariéry otevřeně upozorňovat a také navrhnout takové formy podpory, které dokáží snižovat různé handicapy nebo odstraňovat diskriminaci. Sociální pracovník je tak expertem na porozumění tomu, kde dochází k selhání na straně nejen klientů, ale i jejich okolí, případně společnosti jako takové.

Samozřejmě velmi podstatné je, že popisované „působení na společnost“ nebo „veřejnost“ by nemělo být ztotožňováno s něčím vysoce abstraktním. Společenskou změnu podporuje

již to, když jsou sociální pracovníci schopni hledat různé způsoby a příležitosti, jak o institucionálních a společenských bariérách, které znají ze své bezprostřední praxe, mluvit s lidmi, kteří mají možnost je měnit. Může to být například formou kontaktu se svými donátory, zřizovateli nebo politickými reprezentanty na lokální úrovni. Hledání způsobů, jak zprostředkovat osobám spoluzodpovědným za řešení sociálních problémů expertní pohled na to, co lze vnímat jako aktuální problém, ale i jako jeho příčinu a možné řešení, je základem poměrně obecného tvrzení o „působení na prostředí“ nebo „společenské změně“. Na základě zprostředkovaných zkušeností je pak možné vytvářet sociální a drogovou politiku nejen na lokální, ale následně i na národní a mezinárodní úrovni tak, že se nesnaží pouze „napravit“, „začlenit“ nebo „resocializovat“ někoho, kdo se vlivem různých okolností ocitá na společenském okraji, ale obecně reaguje na existující nerovnováhy.

Zejména na základě zprostředkování zkušeností „zdola“ již bylo možné dosáhnout toho, že některé požadavky, návrhy řešení a nástroje, které se ve společnosti zpočátku jevily jako neakceptovatelné, se postupně staly legitimním základem veřejných politik. To platí jednoznačně například o principu Harm Reduction, na kterém je dobře vidět význam participace osob s praktickými zkušenostmi „zdola“ na utváření obecných opatření a politik. Upozorňovat na to, že lidé s vlastní zkušeností s užíváním drog jsou velmi podstatným zdrojem znalostí a že jejich definice toho, co vnímají jako problém a jeho řešení, přispívá ke komplexnímu posouzení situace a umožňuje navrhnout řešení odpovídající reálným potřebám.

Tato dimenze sociální práce zaměřená na změnu celkového prostředí, ať už skrze kontakt s veřejnými činiteli a institucemi, nebo formou podpory participace uživatelů drog, bývá někdy vnímána jako poměrně obtížná. Zčásti zřejmě proto, že vyžaduje kontakt a snahu o spolupráci se subjekty, s nimiž sociální pracovníci nejsou v kontaktu příliš často. Navíc vyžaduje i vytvoření prostředí vhodného pro spolupráci s uživateli služeb nastavenou jinak než při klasickém rozdělení rolí profesionál – klient/pacient. Na druhou stranu může být tento větší důraz na celkovou změnu sociálního prostředí dobrou podporou proti vyhoření, které sociálním pracovníkům hrozí ve chvíli, kdy se situace jejich klientů mění jen velmi pomalu, mnohdy mj. právě kvůli ne úplně adekvátně nastavenému systému pomoci a podpory.

Praxe sociální práce tak v sobě spojuje dvě roviny. Pracovníkům umožňuje zaměřovat síly na individuální spolupráci s každým jednotlivým klientem a zároveň i s jeho prostředím, které může reprezentovat velmi široké spektrum osob a institucí. Sociální pracovník by si ale měl všimnout i obecnějších charakteristik, které se vyskytují v životě jeho klientů, ať už jde o různé bariéry, ale na druhé straně i o jejich opomíjené silné stránky. A tuto svoji zkušenost a znalosti poté zprostředkovat lidem, kteří o situaci v dané oblasti rozhodují na jiných úrovních. Při spolupráci (nejen) s uživateli a uživatelkami drog tak sociální práce nabízí komplexní posouzení životní situace, které umožňuje překročení vymezení problému pouze na užívání drog, bezdomovectví, duševní onemocnění, apod. Nabízí také zázemí pro interdisciplinární spolupráci, participaci osob, kteří mají s užíváním drog vlastní zkušenost, a společenskou změnu.

Seznam literatury

- Kondrat, Mary Ellen 2002. *Actor-Centered Social Work: Re-visioning „Person-in-Environment“ through a Critical Theory Lens. Social Work (47): 435-448.*
- Musil, Libor, Navrátil Pavel 2000. *Sociální práce s příslušníky menšinových skupin. Sociální studia (5): 105 – 141.*
- Payne, Malcolm 2005. *Modern Social Work Theory. London: Palgrave Macmillan.*
- Payne, Malcolm 2006. *What is Professional Social Work? Bristol: The Policy Press.*

Mgr. Magda Frišaufová, Ph.D.

Odborná asistentka na Katedře sociální politiky a sociální práce Masarykovy univerzity v Brně. Ve své výukové a výzkumné činnosti se zabývá kritickou sociální prací, participativními přístupy, tématy spojenými s genderem, užíváním drog, bezdomovectvím a sociálním bydlením. Pracovala jako sociální pracovnice v terénních programech v Brně a Blansku a v Poradenském centru v Brně, Společnosti Podané ruce o.p.s.
e-mail: frisaufova@mail.muni.cz

Kazuistika sociálního pracovníka v drogových službách

Josef Šedivý

Sociální pracovník, který je objektem této kazuistiky, je muž, 41 let, 130 kg a v sociálních službách pracuje 10 let. Absolvoval Střední průmyslovou školu strojní, obor stavba letadel, a obor Sociální politika a sociální práce v bakalářském studiu na FSS Masarykovy univerzity. Před začátkem své kariéry v adiktologických službách seděl v kanceláři jedné poměrně velké firmy a zjistil, že ho to už moc nebaví. Po vcelku povrchním zkoumání „neziskovek“ víceméně shodou šťastných náhod zakotvil v SANANIMu. Zároveň si začal doplňovat vzdělání, což charakterizuje jako aktivitu, kterou tak úplně nekontroloval. To, že nakonec zakotvil na FSS v Brně, byla další z náhod. Upřímně přiznává, že se z jeho strany jednalo o vstup do naprosto neprobádaného prostoru.

Jakmile to bylo možné, nastoupil do vysněného zaměstnání v legendární Terapeutické komunitě Němčice. Na pozici sociálního pracovníka si vyzkoušel, co si prožije každý vysokoškolák, který nastoupí do zaměstnání. A to bez ohledu na věk (v případě objektu této kazuistiky již pokročilý). Samozřejmě se nejprve pokusil prakticky vše zreformovat, dělat lépe a rychleji, aby po roce pochopil, že vše, co se děje, má svůj důvod. A to, že on konkrétně není aktuálně schopný toho nahlédnout, ještě neznamená, že to tak není...

Po skončení studia následoval další, v adiktologických službách standardní, krok. Výcviková komunita SUR K4. To, že je kladen velký důraz na sebezkušenostní výcvik, považuje objekt za velikou přednost oboru. On sám popisuje výcvik jako čas obyčejných věcí s neobyčejným přesahem. Objekt souhlasil s uveřejněním části své výcvikové práce v této kazuistice s tím, že jde o část, která vystihuje přesně to, čeho se mu dostalo:

„Ve středu jsem seděl doma na gauči a koukal z okna. Najednou mi došlo, jak bych mohl opravit dva roky rozbitou dýmku, ve které mi uvízl filtr a nedařilo se mi jej vyndat. Několikrát jsem se o to pokoušel a nešlo to. Teď, po dvou letech, mi najednou přišlo na mysl, jaký nástroj bych měl použít, vstal jsem, a za pět minut byla dýmka opravena. Prostě to přišlo jen tak, dýmky jsem přestal před těmi dvěma lety kouřit, mám je schované v šuplíku, nejsou nijak na očích. Ale někde v hlavě běžel pomalý proces, který pořád přemýšlel o tom, jak tu dýmku opravit.“

Objekt této kazuistiky aktuálně po dotazu stran své identity odpovídá: „Jsem terapeut. Psychoterapeut. Teda skoro. Sociální pracovník a terapeut. A umím navrhnout křídlo letadla. Ale nesedejte si do něj. Pro jistotu.“

Tak by se dal shrnout příspěvek, který zazněl na konferenci. Rád bych ho jako autor i objekt rád ještě doplnil. Samozřejmě, že se rád dívám na problematiku sociální práce s nadhledem a humorem, ale tam někde vzadu, v mé hlavě, běží onen pomalý proces, který přemítá, co mě doopravdy, jako profesionála, ovlivňuje. A je to prosté a každý to ví, chtělo by se zakřičet. Jsou to klienti. A já bych rád uvedl z mé praxe 3 příklady, které měnily můj pohled na sociální práci.

PŘÍPAD PRVNÍ, KATKA

Katka byla klientkou TK Němčice. Prošla si opravdu složitým obdobím, prakticky od nástupu puberty až po pobyt u nás. Co bylo pro mě jako sociálního pracovníka důležité, byl fakt, že vzhledem k majetku, který vlastnila, neměla nárok na dávky v hmotné nouzi. Jednalo se o dva domy, které ovšem (jak to u našich klientů často bývá) vlastnila jen formálně jako bílý kůň. Její sociální situace byla velmi zoufalá, a i když se snažila během léčby chodit na různé brigády, nedařilo se jí našetřit potřebné finance pro odchod na doléčovací centrum. Když už jsem nevěděl kudy kam, rozjel jsem se za její kontaktní pracovníci na odboru dávek hmotné nouze. Ta vymyslela ďábelský plán. Schválila Katce dávky a druhý den ji vyzvala, aby prodala své domy a tím zlepšila svou životní situaci. Po 3 měsících jí dávky odebrala s tím, že domy neprodala. Ale výsledkem byly právě ty 3 měsíce, po které Katka pobírala dávky a které jí umožnily přežít první měsíc v Praze. Když jsem na Katku narazil nedávno, bylo jasné, že lépe stát těch 6 300 Kč investovat nemohl.

Paní nejmenovaná sociální pracovníce mě naučila, že i na první pohled pevná pravidla mohou být trochu gumová a že za každým prostým výpočtem je člověk a jeho příběh. A že i na druhé straně stolu sedí člověk s nějakým příběhem a možná se občas může stát malý zázrak. Od té doby jsem podobných zázraků zažil několik a jsem moc rád, že mi paní ukázala, že má cenu se o ně pokoušet.

PŘÍPAD DRUHÝ, KLÁRA

Klára byla velmi složitou klientkou v ambulanci, pracoval jsem s ní jako terapeut. Hodně dlouho jsme řešili, že by se potřebovala se svou 18měsíční dcerou přestěhovat do jiného bytu. Měla svého case managera, byla v péči psychiatra, staral se o ni OSPOD a chodila k nám do ambulance. Co se táhlo jako červená nit jejím příběhem byl fakt, že nemá nárok na příspěvek na bydlení. K tomu se nakonec vždy stočil náš hovor, dost často jsme na to naráželi. Jednou jsme se domluvili, že si uděláme sociálně-pracovní okénko v terapii, a během něho jsme zjistili, že na příspěvek na bydlení přeci jen nárok má. Zdálo se to až neuvěřitelné a začali jsme pátrat, jak se mohlo stát, že o tom nevěděla. Celý případ byl hodně složitý, nicméně, Klára prostě doplácela na to množství lidí, kteří se jí snažili pomoci. V současném bydlení opravdu nárok na příspěvek neměla (bez smlouvy a trvalého bydliště) a tuto informaci vztáhla na jakoukoliv variantu bydlení a všude to opakovala. Pracovník, který zjišťoval, zda může být příjemcem příspěvku, nevěděl, že by se chtěla přestěhovat a tuto variantu prostě neproověřil.

Tento případ mě přinutil trochu nevěřit klientům, pochybovat o jasných informacích a zabývat se i tím, co už v minulosti klient vyřešil. A opět, podobné případy potkávám stále a jsem rád, že se nenechám přesvědčit, ale raději si případnou slepou uličku propátrám sám. Občas na jejím konci najdu dvířka pro kočku, kterými se klient protáhne...

PŘÍPAD TŘETÍ, ONDŘEJ

Ondřej není můj klient, je to jen člověk, kterého jsem potkal. Je na vozíku a jednou jsme se bavili o proceduře, kterou musí podstoupit, když stát posuzuje, jestli a jak je postižený. Nejlepší částí je místní šetření, kdy úředník pomocí dotazníku posuzuje, jak moc se Ondřej o sebe dokáže, či nedokáže postarat. Zatímco úředník zjevně předpokládal, že se Ondřej pokusí svou situaci ztěžovat, aby dosáhl na větší peníze (alespoň takový dojem Ondřej měl), on sám se velmi styděl za své postižení a mnoho věcí nepřiznal. Například na otázku, jestli se zvládne sám najíst, odpověděl, že ano. Už nedodal, že mu jídlo musí někdo nandat na talíř a nakrájet... Výsledkem samozřejmě byl neadekvátní stupeň invalidity, který mu byl přiznán.

Byl to vlastně jen rozhovor, ale přinutil mě přemýšlet, nakolik já při práci s klienty v obtížné situaci respektuji jejich právo si připadat hloupě a stydět se. A od té doby si stále připomínám, tváří v tvář každému klientovi, že i když já jsem na takové situace u klientů zvyklý, on sám to prožívá poprvé.

Nejvíc se mi na práci sociálního pracovníka líbí to, že se stále snažíme být sociálním pracovníkem a když už si skoro myslíme, že jsme, přijde klient, který nám ukáže, jak moc se toho ještě musíme naučit.

Bc. Josef Šedivý

*Vedoucí Drogového informačního centra SANANIM
e-mail: sedivy@sananim.cz*

Náměty k diskuzi o univerzitním vzdělávání sociálních pracovníků v adiktologických tématech

Jiří Libra

REKONSTRUKCE PODSTATNÉHO ZE SDĚLENÍ

Podtitulem při zadání tématu pořadatelem konference mi bylo „sociální práce versus adiktologie“. Plně chápu potřebnost provokativních zkratk pro diskuzi. Není to pro mne nové téma. Stejně jako jsem v 90. letech obhajoval sociální pracovníky při atacích zdravotníků, obhajují teď někdy adiktology před útoky ze strany tradičních zdravotnických profesí i ze strany sociálních pracovníků.

Považuji za vhodné uvést, že jsem členem týmu, který vyučuje zdravotnickému nelékařskému studijnímu programu adiktologie na 1. LF UK v Praze. Stejně důležité je, že jsem se od 90. let zabýval zřizováním a budováním interdisciplinárních týmů pro práci v oblasti duševního zdraví (na postu pracovníka, vedoucího služby, odborného ředitele, supervizora). Moje původní profese je psycholog.

Vznik studijního programu adiktologie považuji za přenesení dosavadních výukových a vzdělávacích aktivit různých vzdělávacích institutů spojených s poskytovateli služeb na akademickou půdu. Studijní program (Bc., Mgr. a před čtyřmi lety i Ph.D.) přináší unikátní prostor pro vzdělávání postavené na bio-psycho-socio-spritiuálním paradigmatu přístupu k adiktologické problematice. Objem BADI programu pro tříleté studium v prezenční formě je více než 2400 vyučovacích hodin, v MADi programu pak více než 2000 hodin, započítáme-li i hodiny praxí. Setkávání studentů obou programů s cca 60 vyučujícími, z nichž více než polovina jsou lidé ze současné praxe adiktologických služeb, je i výrazným komunikačním prostorem. Studijní program přináší i nové možnosti mezinárodní spolupráce – mezinárodní studijní pobyty v rámci Erasmu, spolupráce s dalšími vzdělavateli v „addiction professions“ v rámci ICUDDR – doslova „mezinárodní konsorcium univerzit pro snížení poptávky po drogách“. (Viz konference této organizace v Praze v červnu 2017, pořadatelem byla Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, registrováno 65 účastníků ze 17 zemí Evropy, Ameriky, Asie, Afriky, Oceánie, Austrálie). V rámci této spolupráce adaptujeme do studijních programů postupně studijní kurikula sdílená tímto konsorciem pro adiktologickou prevenci a terapii. Tato kurikula jsou konsorciem mezinárodně garantovaná a mají se stát základem pro získání mezinárodních certifikátů. Komunikace v rámci ICUDDR přináší potvrzení, že způsob vzniku a existence studijního programu adiktologie není raritou a že podobných programů existují ve světě – zejména v USA, Asii, Austrálii, ale i v Evropě, desítky.

Etablování studijního programu a profese do akademického prostoru a prostoru zdravotních služeb přináší i nové podněty pro výzkum, evaluaci služeb. Samozřejmě je na konkrétních lidech, jak bude možností využito.

Vznik adiktologie jako nelékařského zdravotnického oboru přináší podle mého názoru možnosti, jak budovat síť a koncepci adiktologické zdravotní péče – včetně možnosti postupné úhrady ze zdravotního pojištění (schválené zdravotní výkony v sazebníku pojišťoven). Přináší možnosti rozvoje této profese ve schématech obvyklých pro profese zdravotnické – postupnou specializaci. Například postupná definice kompetencí klinického adiktologa počítá s výkonem praxe bez odborného dohledu a indikace lékaře i s výkony na základě indikace lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie. Síť zdravotních služeb je prostorem, kde se stále pohybuje podstatná část adiktologických pacientů/klientů.

Byl jsem členem skupiny, která pracovala na inovaci standardů adiktologických služeb. Chci upozornit na časté nedorozumění – definovaná síť adiktologických služeb ve zdravotnictví (podkladem byly výstupy projektu NETAD) není totožná se sítí adiktologických služeb, jak jsou historicky v ČR poskytovány. Ostatně – nejen personální požadavky a parametry inovovaných standardů (platných od roku 2015) jasně dokládají, že adiktologické služby zůstávají široce otevřeny absolventům nezdavatnických studijních programů, že adiktologické služby jsou a budou registrovány jako zdravotní i sociální.

Sociální služby a s nimi spojené instituce (vzdělavatelé, MPSV, referáty krajů) mají v budování sítě adiktologických služeb naprosto neoddiskutovatelnou roli. Prolínání a spolupráce zdravotníků a sociálních pracovníků je v praxi služeb duševního zdraví stále obvyklejším jevem (srovnej koncepty center duševního zdraví v rámci plánovaných změn tzv. reformy psychiatrie). Historie vývoje adiktologických služeb ve světě přináší doklady o tom, že terapeutické kontinuum si bez této spolupráce nelze představit a že tato spolupráce přinesla podstatné příspěvky: vznik konceptů a praxe komunitní psychiatrie, široké užívání přístupů case managementu pro klienty sociálních služeb i pacienty zdravotních služeb od 80. let XX. století doposud, hnutí harm reduction, mohutnou vlnu psychiatrické rehabilitace v 80. letech, koncepty úzdravy a další.

Pozn.: Profil poradce a case managera se stal předobrazem profilu kompetencí adiktologa – v tom, jak byly definovány výstupní kompetence absolventů bakalářského studijního oboru.

A TEĎ TEDY K TOMU KONFRONTAČNÍMU ZADÁNÍ...

Jak jsou pro práci s adiktologickými klienty/pacienty vzdělávání sami sociální pracovníci?

Zde odkážu na zajímavou diplomovou práci, která se mi jako oponentovi dostala do ruky (v době závěrečné redakce sborníku se připravuje resumé této studie k publikaci v odborných časopisech). Autorka této studie, studentka Mgr. programu adiktologie Kristýna Vitásková, provedla systematickou rešerši odborných textů, které se zabývají univerzitním vzděláváním sociálních pracovníků v problematice adiktologie. Analyzovány byly pouze texty v angličtině, pomocí nástrojů pro správu referencí byly analyzovány články v mezinárodních databázích,

z 552 studií bylo nakonec 19 podrobena informační analýze. Výstupy práce: Nedostatek vzdělání sociálních pracovníků v adiktologické problematice je významným tématem, diskutovaným několik desetiletí. Více než polovina studentů sociální práce z analyzovaných studií nikdy neobdržela speciální odbornou přípravu v oblasti adiktologie, přibližně třetina obdržela „alespoň nějakou“. Volitelné předměty s adiktologickou tematikou nabízí méně než polovina analyzovaných studijních programů, tyto předměty jsou poskytovány s velmi malou časovou dotací. Nejčastějším obsahem a formou adiktologických předmětů jsou úvody do problematiky, dopady užívání drog na fyzické a duševní zdraví, možnosti léčby a následné péče, nácvik modelových situací s klienty – motivační rozhovory, prevence relapsu. Některé studie poukazují na negativní reakce sociálních pracovníků na adiktologické klienty, na pesimismus sociálních pracovníků ohledně léčebných výstupů. Pokud se autoři studií dopouštěli doporučení – pak renovovat kurikula sociální práce s důrazem na mezioborovou spolupráci. Doporučují edukační programy pro sociální pracovníky a jiné profese, setkávající se v praxi s uživateli drog. Doporučují podporovat národní platformy v akreditování, licencování a sjednocování adiktologických programů. Doporučují zaměřit se na mezioborový kontext. Studenti nemohou očekávat, že takový typ odborné přípravy obdrží, dokud sami pracovníci fakult neprovedou dostatečnou expertizu v oblasti závislosti. Vyučující by měli odkazovat na nejnovější poznatky – než to budou moci učinit, budou sami potřebovat interdisciplinární výcvik v této oblasti.

Literatura

Kristýna Vitásková, Univerzitní vzdělávání sociálních pracovníků v problematice adiktologie, Diplomová práce, Praha 2016

PhDr. Jiří Libra

*Zástupce přednosty pro vzdělávací činnost, Klinika adiktologie 1. LF UK
e-mail: libra@adiktologie.cz*

Kazuistika

Andrea Michalcová

Případová studie se týká klientky, které je nyní 45 let. Je matkou tří dětí, z nichž pouze jediné, to třetí, má ve své péči. Žena dala sociální pracovníci informovaný souhlas, že její příběh může veřejně prezentovat, a byla ujištěna, že v prezentaci nebudou uvedeny žádné její osobní údaje ani osobní údaje jejich dětí.

Intenzivní spolupráce mezi touto ženou a orgánem sociálně právní ochrany dětí (dále OSPOD) trvá již **pět let**.

Rok 2012

První setkání s matkou proběhlo v době jejího třetího těhotenství.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Žena pochází z mnohočetné rodiny, má osm sourozenců, narodila se v USA, kam emigrovala její matka. Otce prakticky nezná, viděla ho jen na fotografii. Do Čech se rodina vrátila, když byly ženě čtyři roky. Rodina žila na nízké sociokulturní úrovni, péče o děti ze strany jejich matky byla nedostatečná, takže jí byly všechny děti odebrány a umístěny v různých dětských domovech. Znamenalo to mj. i to, že děti mezi sebou nenavázaly sourozenecké vztahy a rodina se již nikdy společně nesešla. Žena později přešla z dětského domova do pěstounské péče, ke které má ale velmi kritický postoj. Se svojí vlastní matkou má nulové vztahy; sice se sama pokusila o sblížení s ní, ale marně.

Patologické projevy chování ženy se datují od jejich čtrnácti let, kdy začala pít pravidelně alkohol. Omamné látky – pervitin, heroin, opium a toluen – užívala od adolescentního věku. Onemocněla žloutenkou typu C, má chronický syfilis, trpí rozedmou plic, má psychické problémy. Je těžko sociálně zařaditelná, nemá rodinu, v šestnácti letech nastoupila do výchovného ústavu a poté žila dlouhodobě na ulici. Dosud se někdy živí prostitutí a má dluhy, které není schopna za svého života zaplatit.

Porodila tři děti. První, dívka, byla svěřena do pěstounské péče, druhé dítě, chlapec, vyrůstá v adoptivní péči a pouze třetí dítě, dívku, má žena ve vlastní péči. Tuto dceru porodila ve čtyřiceti letech.

Hned při úvodním pohovoru přiznala dlouholeté užívání omamných látek, prostituci a život na ulici. Byla vedena na Úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání a zároveň pobírala dávky hmotné nouze.

Již v rámci tohoto pohovoru byl s novou klientkou domluven plán péče, takže mohla navázat kontakt s kurátorem pro dospělé a spolupráci s porodnicí FN v Praze Motole. Získala také informace o významu spolupráce se zařízením Sananim, které poskytuje specializovanou podporu a služby matkám v její situaci, a byla poučena i o důvodech, proč dítě po narození nebude moci být v její péči. OSPOD ale podal k soudu návrh na vydání předběžného opatření, aby bylo dítě umístěno v Dětském centru. Tam k němu mohla na pobyt nastoupit i klientka. S těmito organizacemi klientka uzavřela řádnou smlouvu a byla poučena o tom, že mezi Dětským centrem, Sananimem a OSPODem probíhá vzájemná součinnost. Klientce bylo také sděleno, že musí dát Sananimu informovaný souhlas s tím, že organizace bude informovat OSPOD o její léčbě. Byla jí nabídnuta i druhá alternativa, a to pobyt s dítětem v komunitě Karlov.

NAROZENÍ DÍTĚTE

Klientka po porodu dcery v srpnu 2012 ukončila užívání Subutexu, dítě mělo po narození značné abstinenční problémy. Na základě předběžného opatření soudu byla holčička umístěna do Dětského centra, jak bylo plánováno. (Otec není v rodném listě uveden.) Matka opakovaně nastoupila na detoxikaci, kterou však předčasně ukončovala, a začala váznout i její spolupráce se Sananimem. OSPOD se proto rozhodl podat k soudu podnět na nařízení ústavní výchovy dcery, soud zahájil řízení a přizval do řízení státního zástupce. Matka neplnila podmínky dohody a nemohla nastoupit k dítěti do Dětského centra. Dle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, je povinností klíčového pracovníka OSPODu nahlásit dítě, které je umístěno mimo rodinu na zprostředkování náhradní rodinné péče na krajský úřad. Matka byla v tomto směru poučena, souhlas se zprostředkováním pěstounské péče nedala. Dítěti bylo vytvořeno vyhodnocení potřeb a také individuální plán ochrany dítěte, který se dosud aktualizuje vzhledem k potřebám dítěte a za účasti všech zainteresovaných zařízení.

Rok 2013

Matka se dostavila na OSPOD a sdělila, že se bude snažit léčit a pokusí si vytvořit takové podmínky, aby mohla být s dítětem. Po dohodě se Sananimem nastupuje v únoru 2013 do psychiatrické léčebny Červený dvůr. Dítě bylo nadále umístěno v Dětském centru a OSPOD na základě konference odborníků ze Sananimu a Dětského centra vytvořil dva plány. Pokud matka selže v léčebném procesu, bude dítě doporučeno na zprostředkování náhradní rodinné péče. Pokud se podřídí léčbě, může matka nastoupit na pobyt k dítěti.

V psychiatrické léčebně **Červený dvůr** se jednalo o krátkodobou hospitalizaci matky, která probíhala od února do dubna 2013. Tato hospitalizace byla provázena obtížnou adaptací

matky, často přicházel stav podmíněného vyloučení. Matka těžko zvládala režimová pravidla. Spolupráce matky s terapií skupinovou a komunitní byla mizivá. V podstatě se jedná o osobu, která nepřijímá pocity vlastní odpovědnosti, opakovaně slibuje, mluví o svých touhách, snech, nadějích, ráda cituje náboženské formule. Z tohoto zařízení přechází do komunity **Karlov**. Tato změna byla provedena na základě dohody OSPODu a Sananimu.

Matka v komunitě pobyla od dubna 2013 do října 2013. Dítě, které bylo umístěno v Dětském centru, se na základě propustek OSPODu dle § 30 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, propouštělo do péče matky v červnu 2013, a to za přímého dohledu pracovníků komunity. Vše proběhlo po dohodě se Sananimem a Dětským centrem. Pracovnice OSPODu matku i dítě v komunitě navštěvovaly.

Odborníci komunity Karlov matku hodnotili jako osobu, která má problémy fungovat v komunitě, porušovala pravidla, těžko se režimu přizpůsobovala, vyvolávala časté střety v komunitě, nepřijímala odpovědnost. Avšak o dítě pečovala velmi dobře, mezi matkou a dítětem se začala rozvíjet silná citová vazba. Na případové konferenci v říjnu 2013 v Dětském centru za účasti pracovníků Centra, Sananimu, komunity Karlov a OSPODu bylo dohodnuto i s přítomnou matkou, že matka s dítětem z Karlova odejde na pobyt do Dětského centra a nastoupí do Denního stacionáře v Sananimu.

Koncem října 2013 matka nastoupila i s dítětem na pobyt do Dětského centra a začala ambulantní léčbu matky v Denním stacionáři Sananim. Program je nastaven tak, že matka musí dorazit denně od pondělí do pátku v 9:00 do stacionáře a vrátit se v 17:00 do Dětského centra. Zařizování ohledně sociálních dávek, lékaře a osobních věcí musí vždy přes propustky, o které matka požádá. Po návratu ze stacionáře převezme matka plnou péči o své dítě.

V té době matka začala intenzivně spolupracovat s terapeutky, sociálními pracovníky a zdravotníky. Otvírala těžká témata, dodržovala dohody, zabývala se svým zdravotním stavem, procházela socioterapeutickými, psychoterapeutickými a režimovými programy. Je stále v péči psychiatra.

Roky 2014 – 2016

V dubnu 2014 matka s dítětem odešla z Dětského centra a přecházela do **chráněného bydlení na doléčovací ambulantní program**. Zároveň podala návrh na zrušení ústavní výchovy nad výchovou dcery, kterou nařídil soud. Matka byla delší dobu pod dohledem OSPOD, který matku i dítě pravidelně sledoval a navštěvoval, a zároveň dohledem pracovníků Sananimu a pracovníků Dětského centra. Matka se jevila jako stabilizovaná, a proto veškeré pomáhající organizace její návrh na zrušení ústavní výchovy podpořily.

OSPOD matce doporučil po ukončení doléčovacího ambulantního programu azylové bydlení, kam matka přešla v září 2014. Matka začala spolupracovat s programem podpora rodiny, který vykonávala organizace Proxima sociale, především pro oblast Prahy 12. Zakázkou OSPODu pro podporu rodiny bylo matku doprovázet v péči o dítě, pomáhat vyřídit dávky hmotné nouze a zaměřit se na dluhovou problematiku matky.

Na základě podaného návrhu matky byla rozsudkem soudu ústavní výchova zrušena a nad výchovou nezletilý byl stanoven **soudní dohled**. Od prosince 2014 do září 2016 byla matka s nezletilou ubytována v azylovém domě, kde také začala pracovat v místní prádelně. Dítě začalo navštěvovat mateřskou školku.

OSPOD také podal bytovou intervenci k žádosti matky o přidělení obecního bytu, který byl matce přidělen v roce 2016 a na konci roku 2016 se matka do obecního bytu přestěhovala.

Podpora rodiny se stále snažila aktivizovat matku a vést k odpovědnosti, bohužel spolupráce matky byla mizivá, a proto byla služba ukončena k prosinci 2016.

Rok 2017

Matka nadále bydlí v obecním bytě s dcerou, dítě je zařazeno do mateřské školky. Po celou dobu spolupráce s matkou probíhají případové konference za účasti matky a odborníků, tvoří se průběžně individuální plány ochrany dítěte. Matka je velmi problematický klient, často dítě do školky nedává (prostě se neprobudí), stěžuje si na špatný zdravotní stav. Má výkyvy ve výchově dítěte, dítě nezvládá. Na dítě křičí. Dítě se dožaduje pozornosti. Matka je sociálně nezařaditelná, problematická, má konflikty se sousedy. Sousedé napsali petici na OSPOD i na Správu bytových objektů. Nadále spolupracuje se Sananimem, pravidelně se dostavuje na OSPOD. Probíhá pravidelný kontakt OSPODu se školkou.

RIZIKOVÉ FAKTORY:

- Dlouhodobá uživatelka návykových látek
- Provozuje prostituci, má kontakty na uživatele drog
- Těžko sociálně zařaditelná
- Vychována v dětských domovech a výchovných ústavech, potom v nevydařené PP
- Nemá rodinné zázemí
- Porucha osobnosti
- Dluhy a velmi malá finanční gramotnost

OCHRANNÉ FAKTORY:

- Abstinence matky
- Spolupráce se Sananimem
- Hluboký, vzájemný citový vztah matky s dcerou a naopak
- Dítě fyzicky zdravé s pozitivním citovým, sociálním a duševním vývojem
- Dítě navštěvuje školské zařízení

METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE

V rámci péče o matku a její dítě jsou pravidelně vykonávány návštěvy v prostředí dítěte, s matkou je pravidelně prováděn pohovor, pozorujeme interakci matky s dítětem, pracujeme v rámci interdisciplinární spolupráce se zainteresovanými organizacemi, provádíme

případové konference, aktualizujeme individuální plány ochrany dítěte, vyhodnotili jsme potřeby dítěte. Vytváříme společně s matkou krátkodobé cíle. Používáme metody kontroly a zároveň doprovázení. Matka je úkolována a vzhledem k tomu, že většina záležitostí je konzultována za přítomnosti matky, je zcela vtažena do procesu sociálních změn, na kterých se musí zodpovědně podílet. Je zde snaha, aby mohla do budoucnosti vychovávat svou dceru samostatně, tudíž bez pomoci sociálních služeb, žít svůj život.

Mgr. Andrea Michalcová

Vedoucí odd. péče o rodinu a děti, OSPOD Praha 12

e-mail: michalcova.andrea@praha12.cz

Mezioborová spolupráce při podpoře drogově závislých matek a jejich dětí

Ilona Preslová

Kazuistika klientky byla vybrána z důvodu dlouhodobé a intenzivní spolupráce řady adiktologických služeb a orgánů sociálně právní ochrany, která do značné míry pomohla a podpořila relativně úspěšný průběh i současný stav rodiny. Klientka péči o dvě předchozí děti nezvládla, v její anamnéze bylo množství komplikujících faktorů, ale motivace k zlepšení svého života měla.

SPECIFIKA KLIENTKY

- Dvě předchozí děti v náhradní rodinné péči – bez kontaktů
- Starší věk matky
- Dlouhodobá drogová kariéra (více než 20 let užívání)
- Traumatické události v rodinné anamnéze od dětství až do dospělosti
- Bez sociálních vazeb a podpory širší rodiny
- Část dětství v pěstounské péči (předčasně ukončené)
- Těhotenství ve 40 letech
- Závažné zdravotní komplikace v důsledku dlouhodobého užívání drog
- Vysoká dlužná částka

SPECIFIKA SPOLUPRÁCE

- Dlouhodobá spolupráce s klientkou (počátek již v těhotenství)
- Nadstandardní kvalita spolupráce (nutnost náhlých změn a plánů postupu s klientkou, ohled na potřeby dítěte)
- Předchozí zkušenosti s podobnou cílovou skupinou
- Změna sociálních pracovníků v časovém horizontu
- Řada terapeutů a odborných zařízení (nadstandardní ochota hledání individuálního řešení, specifika léčby)

- Množství spolupracujících organizací (nestátní neziskové organizace, zdravotnické instituce, dětská centra, OSPODy, služby v oblasti sanace, dluhové poradenství, právní služby aj.)

SPECIFIKA ŘEŠENÍ

- Péče od fáze těhotenství klientky až po současnost
- Respekt k traumatu klientky z pěstounské péče v jejím dětství a možnost využití náhradních řešení
- Specifická indikační kritéria k léčbě
- Silná vazba matky a dítěte
- Opakované pokusy o léčbu (poskytnutí dalších šancí)
- Ústup od léčby pobytové k intenzivní ambulantní léčbě
- Základ v řešení akutních i dlouhodobých potíží v oblasti dluhů, bydlení, práce („Bez sociální práce by to nešlo“)

V současné době klientka již řadu let abstínuje, nepracuje, ale zkusí občasné brigády, je v kontaktu s lékaři a řeší své zdravotní problémy, o kterých je schopna mluvit a nahlížet je jako důsledek minulého užívání.

Klientka po pobytech v azylových domech získala sociální byt. Dcera je zdravá, navštěvuje mateřskou školu, mají spolu s matkou velmi silnou vzájemnou vazbu. Klientka je stále v kontaktu s několika organizacemi, kde řeší jednak výchovu a péči o dítě a jednak udržení alespoň minimální finanční úrovně nutné k běžnému životu. Větší provázanost s běžným okolím a navázání nových sociálních vazeb je pro klientku v současnosti největší výzvou.

Na straně profesionálů je mnoho otázek, které je dobré si s odstupem reflektovat, jako např. zda šlo postupovat jinak, zda to byla dobrá volba pro dítě, kdy ještě je schopná matka o dítě pečovat, zda jsme nepomáhali příliš a řada dalších.

PhDr. Ilona Preslová

Vedoucí Centra komplexní péče o dítě a rodinu SANANIM

e-mail: preslova@sananim.cz

Pohled adiktologů na sociální práci a drogy v nízkoprahových programech pro uživatele drog (terénních programech a kontaktních centrech)

Jiří Zatřepálek

Příspěvek prezentuje vnímání problematiky sociální práce poskytované v nízkoprahových programech pro uživatele návykových látek z pohledu absolventa studia adiktologie na 1. LF UK Praha. Autor příspěvku nejprve popisuje základní východiska a pohledy získané při studiu, a to především pojetí závislosti jako nemoci a orientaci v systému adiktologické léčebné péče. Poté prezentuje metody práce v nízkoprahových zařízeních z pohledu adiktologa.

Nízkoprahové služby pro uživatele drog – terénní programy a kontaktní centra. Co mohou tyto služby nabídnout absolventovi oboru adiktologie? Autor vyzdvihuje oblast přímé práce s intoxikovaným klientem, podpůrné prostředí osobního rozvoje a vysokou míru vztahovosti v neziskových organizacích. Tyto skutečnosti opírá o dosavadní pracovní zkušenosti ve dvou neziskových organizacích a odborné společnosti – České asociaci adiktologů.

Jako základní východiska adiktologů autor zmiňuje:

- **závislost z pohledu bio-psycho-socio-spirituálního přístupu** – klient vyhledává úzdravu (zlepšení svého stavu);
- **adiktolog je odborníkem v systému služeb pro uživatele návykových látek a diagnostiky** (absolvent adiktologie má vědomosti z oblasti systému léčebné péče pro uživatele drog, umí v praxi aplikovat prvky diagnostiky škodlivého užívání / závislosti, v průběhu studia načerpal díky stážím kontakty a zkušenosti z jednotlivých zařízení, je velmi dobře orientován ve vedení klinické/případové práce s klienty s problematikou závislosti).

Autor si také klade otázku, jak může pohlížet sociální pracovník na pozici adiktologa v nízkoprahových službách. Vyvrací projekci odtahitého pracovníka pohybujícího se po kontaktní místnosti v bílém plášti... Jako negativní argument zmiňuje multidisciplinaritu oboru, jež může být ostatními obory vnímána na úkor kvality znalostí a vědomostí oproti úzce zaměřeným oborům. A naopak vyzdvihuje pozitivní vnímání pozice absolventa adiktologie ve smyslu znalosti systému léčebné péče a teoretického zázemí pro vedení klinické/případové práce s klienty.

Jak vnímá autor pohled na sociální pracovníky pracující v tomto typu služby? Mezi největší pozitivní přínosy vyzdvihuje autor velikou orientovanost absolventů sociální práce v oblasti

sociální potřeb ve smyslu komunikace s institucemi sociální podpory, poskytování sociálních dávek apod. Jako negativum hodnotí autor malou znalost zacílených poradenských technik na uživatele návykových látek a také leckdy malou orientovanost v oboru (popis systému léčby, párování potřeb klientů apod.).

V příspěvku také zaznívá popis a představení práce s uživateli drog v nízkoprahových službách s cíli terciální prevence užívání návykových látek. Tyto služby jsou v systému léčebné péče pro uživatele drog pojmenovány s nálepkou „kontaktní“ (jedním z cílů služeb je vytvářet a udržovat kontakt s klienty), tyto služby jsou často označovány jako služby s vysokou mírou „sociálního charakteru“. Autor zdůrazňuje ochranu veřejného zdraví a snižování rizik při užívání. Poukazuje na hlavní ukazatele efektivity těchto programů z hlediska:

- kvantitativy – počet uskutečněných kontaktů, počet vyměněného injekčního materiálu, snižující se výskyt infekčních onemocnění;
- kvalitativy – „zlepšení“ situace/stavu klienta či klientů.

Autor se zastavuje nad dopadem těchto skutečností na přímou práci s klienty. Klient nízkoprahového zařízení ve většině případů nerozlišuje, který pracovník (která odbornost na pozici zaměstnance nízkoprahového zařízení) mu poskytuje službu. Klient se orientuje převážně na dosažení/výsledek služby. V praxi klient velmi často vnímá fyzické projevy závislosti, psychické nikoliv (nicméně služby zařízení i nadále navštěvuje a využívá – nedokáže/nemůže/nechce závislost „překonat“).

V závěru autor vyzdvihuje nutnost multidisciplinarity týmu v nízkoprahových službách. Je velmi důležité, aby v těchto typech služeb byly zastoupeny profese z různých oborů (adiktolog, sociální pracovník, zdravotní sestra, psychiatr, psycholog...) a tím tyto programy i nadále poskytovaly co nejširší spektrum služeb. Tyto závěry navazují na zkušenost, že „problémový klient“ (např. klient s duální diagnózou = závislost + duševní onemocnění) není schopen překonat vyšší práh návazné služby v systému léčebné péče (např. adiktologické/psychiatrické ambulance) a bez pomoci nízkoprahového zařízení zlepšit svoji aktuální situaci.

Nutnost multidisciplinarity v nízkoprahových službách velmi často naráží na otázku financování a udržitelnosti kvality poskytované péče. V tomto ohledu jsou velmi často zvýhodněny profese splňující odbornou způsobilost k výkonům povolání sociálního pracovníka dle Zákona č. 108/2006 Sb., které mohou být financovány z dalších zdrojů (např. ESE, IP atd.). Realizace těchto projektů velmi často rozšiřuje spektrum poskytovaných služeb daného programu. Nedostatečné (nebo nízké) financování snižuje atraktivitu zaměstnání v nízkoprahových službách, jež se projevuje nízkým zájmem absolventů s VŠ vzděláním o práci v nízkoprahových programech zejména v regionech s menším počtem obyvatel.

Autor zakončuje příspěvek s optimistickou myšlenkou budoucího posílení systému léčebné péče (zejména nízkoprahových programů) o odborníky z řad různých oborů, jež budou schopni efektivněji spolupracovat dle zakázek (potřeb) jednotlivých klientů.

Mgr. Jiří Zatřepálek

*Centrum adiktologických služeb Magdaléna o.p.s.
e-mail: zatrepalek@magdalena-ops.cz*

Adiktologická péče ve zdravotnickém zařízení

Kateřina Mladá, Karolína Hönigová

Adiktologie je dynamicky se rozvíjejícím oborem, který vzhledem ke své multidisciplinaritě zasahuje do různých oblastí, které se věnují péči o uživatele návykových látek. S možností navázání smlouvy se zdravotními pojišťovnami se adiktologií (adiktologům) začaly otevírat dveře také ve velkých zdravotnických zařízeních – nemocniční péči. V příspěvku jsou popsány zkušenosti ze dvou nemocnic (Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha a Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem), které se jako první v České republice rozhodly začlenit do úseku nelékařských zdravotnických oborů profesi adiktologa.

Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem (dále jen „MN“) zaměstnává adiktoložku od roku 2014. Mezi její hlavní pracovní náplň patří péče o pacienty v adiktologické ambulanci, péče o pacienty na psychiatrickém oddělení a vzdělávací činnost. V Ústřední vojenské nemocnici v Praze (dále jen „ÚVN“) je adiktoložka zaměstnaná od konce roku 2016. Mezi její hlavní pracovní náplň patří péče o pacienty v adiktologické poradně, péče o pacienty na psychiatrickém oddělení a péče o pacienty Centra pro závislé na tabáku. Jedním z hlavních cílů nemocnice je poskytnout odbornou adiktologickou edukaci všem pacientům (ambulantním i hospitalizovaným), u kterých je identifikováno nadužívání návykových látek. Dále se adiktoložka zabývá doplňkovou vzdělávací činností.

1. NEJČASTĚJÍ POKLÁDANÉ OTÁZKY ANEB PŘEDSTAVY O PRÁCI ADIKTOLOGA V NEMOCNIČNÍ PÉČI

Zaměstnání adiktologa v nemocnici je, jak bylo zmíněno výše, novou možnou oblastí uplatnění. To s sebou nese spoustu otázek a představ, které často v kontextu tohoto tématu mnohé napadají. Nejčastější otázky (a odpovědi na ně) uvádíme ihned v úvodu, aby sloužily k ohraničení a zarámování představ o práci adiktologa v nemocniční péči.

OSLOVENÍ PACIENT X KLIENT?

V MN je zvykem jednotné oslovení pacient. V ÚVN je možné oslovení dle vlastního uvážení. Většina personálu používá oslovení pacient. Není však výjimkou, že někteří, především z řad nelékařského zdravotního personálu, používají oslovení klient. Adiktoložka preferuje oslovení pacient. Nevnímá, že by toto oslovení vzbuzovalo negativní pocity, naopak je v nemocnici normou a jiné oslovení by mohlo odpoutávat pozornost a vzbuzovat rozptýlující otázky. Z tohoto důvodu je i dále v textu sjednocené označování naší cílové skupiny pojmem „pacient“.

JAK PACIENTY OSLOVUJEME?

V některých službách se setkáváme s možností tykání nebo oslovování křestním jménem. V nemocnici je v této oblasti nutné dodržování jasných pravidel – pacientovi se představovat celým jménem a pozicí, na které v nemocnici pracujeme, oslovujeme příjmením (případně titulem) a pacientům vždy vykáme. Dle uvážení a po dohodě s pacientem je možné oslovení křestním jménem (ve spojení s vykáním).

NOŠENÍ BÍLÉHO PLÁŠTĚ / JINÉ UNIFORMY?

V MN je nutné chodit v „bílém“. V ÚVN je toto věcí volby, adiktoložka chodí oblečená v civilu.

NA JAKÉ POZICI/ÚROVNI V NEMOCNICI PRACUJEME?

V MN je přímým nadřízeným adiktoložky primář psychiatrického oddělení. Pracovní postavení je pak shodné s pozicí například psychiatra nebo psychologa. V ÚVN je přímým nadřízeným adiktoložky náměstek ředitele pro nelékařské zdravotnické profese. Pracovní postavení pak podobné jako v MN, ale méně vyhraněné.

2. CÍLOVÁ SKUPINA

Do obecné cílové skupiny adiktologické péče v nemocnici, patří:

- Pacienti s problémy s užíváním NL nebo patologickým hráčstvím
- Rodinní příslušníci
- Zaměstnanci nemocnice

Specifické cílové skupiny lze pak konkrétněji definovat podle oddělení, kde s adiktologem přicházejí do kontaktu.

- **Detoxifikce:** práce s pacienty, kteří jsou k hospitalizaci přijímáni akutně (suplování záchrtné stanice), a s pacienty, kteří jsou přijímáni k plánované detoxifikaci.
- **Psychiatrické oddělení:** práce s pacienty, kteří přicházejí k hospitalizaci za účelem stabilizace v jiné diagnóze, ale během přijímacího procesu je identifikováno i nadužívání návykových látek.

- **Ambulantní adiktologická péče (Adiktologická ambulance/poradna):** standardní ambulantní adiktologická péče zahrnující především poradenství a ambulantní léčbu závislosti.
- **Hospitalizovaní pacienti v rámci celé nemocnice:** tito pacienti jsou cílovou skupinou adiktologa v ÚVN. Péče o takto širokou cílovou skupinu byla jedním z hlavních důvodů, proč byla pracovní pozice adiktologa v nemocnici vytvářena. Adiktologická péče se prostřednictvím edukace dostává k pacientům, u kterých byla v rámci hospitalizace nebo ambulantního kontaktu identifikována problematika s užíváním návykových látek a kteří mají zájem o jednorázový nebo dlouhodobější kontakt s adiktologem.
- **Kuřáci (hospitalizovaní, ambulantní – v rámci Centra pro závislé na tabáku):** adiktologická péče doplňuje v rámci Centra pro závislé na tabáku péči lékařskou. V rámci hospitalizací probíhá výše zmíněná edukace ohledně odvykání od kouření.

3. JAK SE PACIENTI DOSTÁVAJÍ DO NAŠÍ PÉČE

Do nemocnice naši pacienti přichází zjednodušeně ze dvou základních důvodů:

- řešení problémů s návykovými látkami (detox/adiktologická ambulance/jiné odbornosti – psychiatrická nebo psychologická ambulance),
- řešení jiného zdravotního problému, kdy je problém s návykovými látkami zachycen během vyšetření (psychiatrie, gastroenterologie, kardiologie, urgentní příjem atd.).

Jak je tedy patrné, pracujeme s pacienty v různých stádiích motivace. Někteří pacienti chtějí své problémy z této oblasti řešit přímo, někteří přicházejí s adiktology v rámci nemocnice do kontaktu neplánovaně.

4. JAK S PACIENTY PRACUJEME

Nemocniční adiktologická péče zahrnuje široké spektrum adiktologických intervencí. Zvolená intervence závisí především na tom, s jakým pacientem a v jakém kontextu pracujeme.

- **Vstupní zhodnocení stavu** (adiktologické vyšetření – anamnéza, diagnostika)

Během vstupního vyšetření mapujeme veškerou problematiku, která s užíváním návykových látek souvisí. V závislosti na výsledcích vyšetření zahrnujeme do případu pacienta i další odborníky, kteří v nemocnici pracují. Zřetel je tedy vždy kladen na multidisciplinaritu – představa, že v rámci nemocniční adiktologické péče řešíme pouze závislost a její zdravotní důsledky, není správná. Závislost a její důsledky jsou vždy řešeny v širokém kontextu (do spolupráce zahrnujeme psychiatry, sociální pracovníky atd.).

Z adiktologického vyšetření vyplývá stanovení reálných cílů, individuální (léčebný) plán, případně předání do péče jiných odborností nebo zařízení potřebných vyšetření.

- **Poradenství/Edukace:** poradenství je jedna ze stěžejních adiktologických intervencí v nemocniční péči. Samostatně je prováděno u hospitalizovaných pacientů nebo v rámci jednorázového ambulantního kontaktu. Samozřejmě je součástí dlouhodobého ambulantního kontaktu nebo systematické práce s pacienty na detoxu nebo psychiatrickém oddělení.
- **Individuální terapie:** individuální adiktologická terapie probíhá především při dlouhodobém kontaktu v adiktologické ambulanci, případně se prolíná s poradenstvím v rámci delšího kontaktu při hospitalizaci.
- **Motivační poradenství:** v nemocniční adiktologické péči je prováděno napříč všemi kontakty s pacienty. Především pak s pacienty na detoxifikaci a s pacienty, kteří nepřichází do nemocnice primárně kvůli řešení problému s návykovými látkami.
- **Substituční léčba:** důležitá součást adiktologické ambulantní péče v MN
- **Rodinné poradenství / práce s rodinnými příslušníky**
- **Testování na přítomnost návykových látek v moči**
- **Praktická pomoc se zařízením různých technických záležitostí:** vzhledem ke špatnému zdravotnímu stavu, ve kterém se někteří pacienti v nemocnici nacházejí, je nutná větší podpora a pomoc v zařizování praktických věcí – např. s nástupem do pobytové léčby, s komunikací s ostatními odborníky atd.
- **Prevence relapsu, harm reduction, case management, ...**

Adiktologická nemocniční péče zahrnuje jak práci individuální, tak práci skupinou (motivační skupiny na detoxu, ambulantní terapeutické skupiny).

Všechny intervence, které jsou pacientovi poskytovány, nelze poskytovat v rámci nemocnice anonymně.

Adiktolog se v nemocnici nevěnuje pouze přímé práci s pacienty. Má na starosti chod a celou administraci adiktologické ambulance, vyjadřuje se k „adiktologické politice“ nemocnice a je zapojen do vzdělávání personálu v široké škále adiktologických témat.

5. SHRNUTÍ

Jak bylo popsáno, uplatnění adiktologů v nemocniční adiktologické péči je možné a z našeho pohledu potřebné. Tento typ adiktologické péče však vzhledem k cílové skupině a široké škále prováděných intervencí klade na znalosti a dovednosti adiktologa vysoké nároky. Specifický je také tím, že adiktolog se sice pohybuje v týmu, ale v týmu jiných odborností, pro které

jsou adiktologičtí pacienti jen zlomkem jejich cílových skupin. Náročná je bezpochyby také absence supervize, která v současné době není ve zdravotnických zařízeních běžnou součástí péče o zaměstnance.

Pro rozšíření adiktologické péče do dalších nemocnic je nyní potřeba především evaluace současné činnosti adiktologů ve zmíněných nemocnicích, publikace výsledků a propagace adiktologické péče v tomto typu zdravotních zařízení.

Mgr. Kateřina Mladá

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha
e-mail: Katerina.Mlada@uvn.cz

Mgr. Karolína Hönigová

Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem
e-mail: karolinahonig@gmail.com

Čím jsme? Kým jsme? Kdo jsme?

Ilona Preslová

V každodenní práci s klienty či pacienty býváme často zaměřeni na to, abychom jim pomohli, abychom dokázali najít tu správnou metodu či techniku, případně abychom si udrželi hranice mezi naší profesionalitou a soukromým životem, nebo abychom prostě vydrželi. Na mnoha úrovních mluvíme mnohem více a častěji o našich klientech, než o nás samotných. Ale jaké procesy probíhají na straně profesionála? Kdy se dostává z fáze nadšení z první práce do rutiny a stereotypu?

IDENTIFIKACE S PROFESÍ

S tímto termínem se setkáváme mnohem častěji v komerční sféře než v pomáhajících profesích, bývá to jeden z požadavků při výběrovém řízení.

Co je rizikovější? Přílišná identifikace, kdy ztrácím odstup a na každou životní situaci nazírám jako profesionál, nebo nedostatečná identifikace, kdy se mi nějak nechce svou profesní orientaci přijmout a může to ovlivnit mou autentičnost.

Kdy proběhne identifikace? Někdy si hodnotu profese uvědomíme až se ztrátou práce, kdy zjistíme, jak moc nám chybí. Někdy to přijde s prvními úspěchy, oceněním, ale také s delší praxí, našimi ambicemi... A co když se nikdy s naší profesí neidentifikujeme? Lze takto dlouhodobě pracovat?

Na procesu se mohou významně podílet identifikační vzory – a máme je kolem sebe?

Rozlišujeme identifikace:

- s prací
- s profesí
- s organizací/firmou

Ideální stav je samozřejmě ten, kdy se nám to podaří na všech třech úrovních.

PROFESE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Jedním ze specifíků sociálních služeb je obrovská šíře a rozmanitost profesí, se kterými se zde můžeme setkat. Některé se mohou vzájemně potencovat, ale také potlačovat.

Čím jsem? Čím jsem víc?

- Lékař
- Psycholog
- Pedagog
- Sociální pracovník
- Adiktolog
- Inženýr
- Zdravotní sestra
- Fyzioterapeut
- Sociolog...

A také s řadou specializací:

- Psychoterapeut
- Poradenský pracovník
- Socioterapeut
- Terénní pracovník
- Pracovní terapeut...
- Adiktolog (profese x specializace)

Ale také býváme v nouzi kolem grantů, žádostí a zpráv účetním, úředníkem, personalistou, statistikem...

Ale navíc býváme v každodenní práci s klienty pak ještě něčím navíc:

- Blízkou osobou
- Důvěrníkem
- Vzorem
- Autoritou
- Náhradním rodičem
- Učitelem
- Vychovatelem
- Rádčem
- Zpovědníkem...

Abychom se v tom celém neztratili a zachovali si nadhled, zdravý profesionální odstup, ale zároveň lidskost a ochotu pomáhat a naslouchat, je dobré se občas zastavit a ujasnit si své místo v pracovní oblasti...

- A kdo jsem já ve vztahu ke klientům? Jsem si vždy vědom své role a postavení, aniž bych toho nezneužíval, anebo ztrácel své místo?
- Čím jsem nejčastěji a proč? Je to z nutnosti takto pracovat s klientem, anebo je mi tak dobře a dělám si to pohodlně?

- Vím vždycky přesně, kdy jsem kým a jakou roli mám?
- Umím pracovat s tím, kým jsem?
- Zním hranice své role?
- Jsem vždy profesionálem? A co už není profesionální v naší každodenní praxi? A co dělám, když někdo z kolegů není profesionální?
- Kým bych vlastně CHTĚL být, kdybych mohl, kdybych se nemusel vázat a ohlížet na předpisy, pravidla?
- Kým bych MĚL být? Co očekávám od sebe, od druhých, co je to, co obdivuji a čemu bych se chtěl přiblížit?

Riziko, že se pracovník dostane od klientů moc daleko do sféry odtažitosti a nezájmu, anebo moc blízko do oblasti kamarádství a osobních vztahů, je zrovna u uživatelů návykových látek velmi vysoké. Ale kamarádů a blízkých může mít klient ještě v životě řadu, dobrého profesionála tak často potkávat nebude.

JE DOBRÉ VĚDĚT, KÝM JSEM, A V TOM BÝT DOBRÝ!

PhDr. Ilona Preslová

*Vedoucí Centra komplexní péče o dítě a rodinu SANANIM
e-mail: preslova@sananim.cz*

Práce kurátora pro děti a mládež s dětmi užívajícími návykové látky

Martin Plášek

Cílem této statě je pospat a přiblížit problematiku práce kurátora pro děti a mládež¹ (dále jen kurátor) s dětmi užívajícími návykové látky. Nejprve nastíním činnost kurátora, aby bylo zřejmé, s jakým typem problémů se ve své praxi setkává a jaký je smysl jeho práce. Dále stručně představím „Vyhodnocení situace dítěte a rodiny“ jako zásadní metodu sociální práce v oblasti sociálně-právní ochrany dětí, která by měla být využívána kurátory ve všech typech případů. V závěru se budu věnovat problematice práce kurátora s dětmi užívajícími návykové látky.

KURÁTOR PRO DĚTI A MLÁDEŽ A JEHO ČINNOST

V § 31 Zákona o sociálně-právní ochraně (dále jen ZSPOD) je kurátor charakterizován jako zaměstnanec obce s rozšířenou působností, který vykonává sociální kuratelu. Sociální kuratela spočívá v realizaci takových opatření, která směřují k eliminaci, zmírnění nebo zamezení prohlubování nebo opakování poruch psychického, fyzického a sociálního vývoje dítěte.

Děti, na které se zaměřuje sociální kuratela, jsou obecně označovány jako děti vyžadující zvýšenou pozornost² a jsou definovány v § 6 písm. c) a d) ZSPOD. Podle písmene c) se jedná o děti, které vedou zahálčivý nebo nemravný život spočívající zejména v tom, že zanedbávají školní docházku, nepracují, i když nemají dostatečný zdroj obživy, požívají alkohol nebo návykové látky, jsou ohroženy závislostí či se žijí prostitucí. Dále to mohou být děti, které spáchaly trestný čin nebo (děti mladší 15 let) spáchaly čin jinak trestný, opakovaně nebo soustavně páchají přestupky nebo jinak ohrožují občanské soužití. Podle písm. d) se jedná o děti, které se opakovaně dopouštějí útěků od rodičů nebo jiných fyzických nebo právnických osob odpovědných za výchovu dítěte.

1 Pro zjednodušení budu používat termín dítě pro všechny klienty kurátora, kteří nedosáhli zletilosti.

2 Často se také používá termín ohrožené dítě. Tento termín je však spíše užíván v případech, kdy dítě není přímo v nebezpečí v důsledku svého chování, ale v důsledku vnějších okolností (např. smrt rodičů, ohrožení ze strany pečující osoby apod.).

Ačkoliv je obvykle kurátor uváděn jako zaměstnanec nebo pracovník, lze ho považovat především za sociálního pracovníka, protože v jeho náplni práce jsou ve větší či menší míře obsaženy činnosti, kterými je sociální pracovník definován. Podle zákona č. 108/2006 o sociálních službách sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendu, pomáhá při řešení sociálně-právních problémů, poskytuje sociální poradenství, provádí analytickou a koncepční činnost včetně depistážní činnosti v sociální oblasti, poskytuje krizovou pomoc, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.

Práce kurátora může mít povahu preventivní, výchovnou a donucovací. Prevence je ve vztahu k sociální práci chápána jako soubor opatření, jimiž se předchází sociálnímu selhání, a to zejména těm typům selhání, která ohrožují základní hodnoty společnosti (Matoušek, 2008). U kurátorů může prevence probíhat individuálně, např. formou preventivních pohovorů, nebo skupinově, např. v rámci preventivních přednášek na školách o sociálně patologických jevech.

Výchovu charakterizují Průcha, Veteška (2014) jako jeden ze základních fenoménů, který ovlivňuje život jedince. Jde o proces záměrného a cílevědomého působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jeho chování, myšlení, názorech a postojích. Výchovná činnost tedy může nabývat podoby dlouhodobé spolupráce s klienty a jejich rodinami, kdy se kurátor snaží působit na jejich chování, myšlení a názory takovým způsobem, aby došlo k pozitivním změnám v jejich životech.

A konečně donucovací činnost je spojena s právním termínem donucení, což je v právu institut směřující k dosažení splnění a provedení právních norem (Madar a kol., 1995). To se v praxi například odráží v možnosti kurátora udělit dítěti výchovné opatření ve správním řízení podle § 13 ZSPOD.

Kurátor při své činnosti může využívat tzv. měkké a tvrdé nástroje. Mezi měkké nástroje patří případové konference, terénní sociální práce, rodinné konference a motivační rozhovory. Mezi tvrdé nástroje jsou řazena výchovná opatření podle ZSPOD, která mají donucovací a sankční povahu³. Při využívání nástrojů obecně platí princip subsidiarity, kdy nástroje donucovací povahy musí být v činnosti kurátora využívány až jako poslední varianta po prokazatelném vyčerpání ostatních, měkčích nástrojů.

Činnost kurátora dále spočívá v podávání odborných zpráv orgánům činným v trestním řízení, které obsahují podrobné informace o životní situaci nezletilého. Kurátor také podává návrhy soudu na nařízení ústavní výchovy u dětí, u kterých došlo k tak vážnému narušení rodinného prostředí, že je třeba jejich umístění do ústavní péče. V této souvislosti také provádí dohled nad výkonem ústavní výchovy.

V neposlední řadě kurátor poskytuje dětem a jejich rodičům odborné, výchovné, sociálně-právní a psychologické poradenství při řešení problémů spojených s výchovou. Zprostředkovává kontakt s odborníky z jiných oblastí a doporučuje rodinám spolupráci s nimi. Jedná se především o střediska výchovné péče, úřad práce, psychiatrické ambulance, probační a mediační službu, zdravotnická zařízení apod.

3 Za tvrdé opatření lze také považovat pravomoc OSPOD uložit rodičům dítěte nebo jiným osobám odpovědným za výchovu dítěte povinnost využít odbornou poradenskou pomoc podle § 12 ZSPOD.

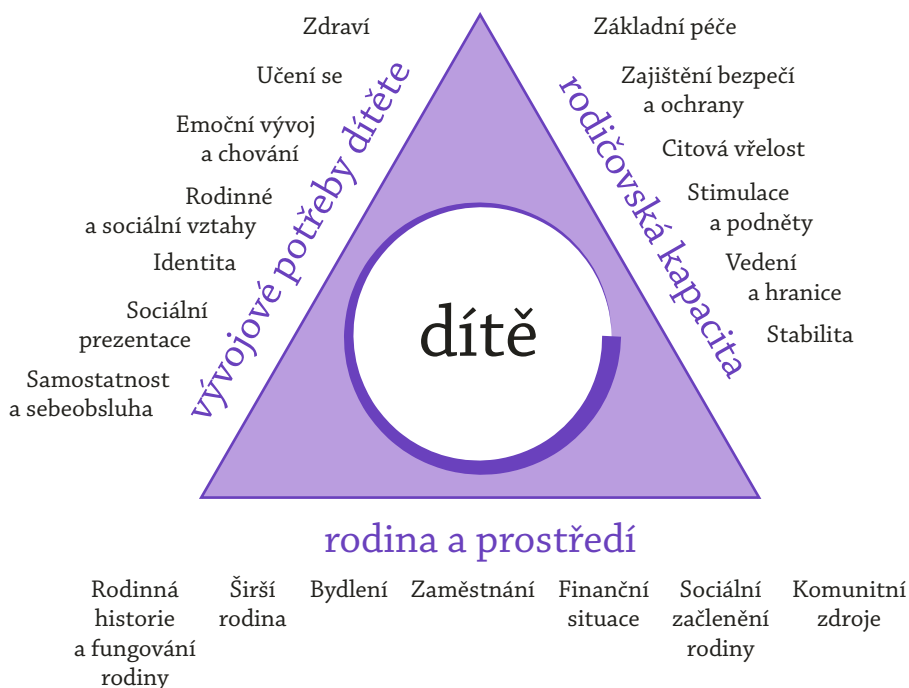
VYHODNOCENÍ SITUACE DÍTĚTE A JEHO RODINY JAKO KLÍČOVÁ METODA SOCIÁLNÍ PRÁCE V PRAXI KURÁTORA

Od 1. 1. 2013 vešla v platnost novela zákona č. 359/1999 sb. o sociálně-právní ochraně dětí, která s sebou přinesla podstatné změny při výkonu sociálně-právní ochrany dětí na odděleních sociálně-právní ochrany dětí (dále jen OSPOD). Jednou z těchto zásadních změn byla implementace metody sociální práce „Vyhodnocení situace dítěte a rodiny“ (dále jen Vyhodnocení). Výstupem a nedílnou součástí Vyhodnocení je „Individuální plán ochrany dítěte“ (IPOD). Podle výše uvedené novely se používání metody Vyhodnocení stalo zákonnou povinností každého sociálního pracovníka na OSPOD, čímž došlo k výrazné změně ve způsobu jejich práce.

Racek, Solařová, Svobodová (2014) považují Vyhodnocení za jednu ze základních metod sociální práce, která má pomoci seřadit a utřídit šetřením získané informace do komplexního pohledu na dítě a situaci kolem něj. Z takto získaných informací by měl kurátor nejdříve vyhodnotit, jestli se v daném případě jedná o ohrožené dítě, a následně by měl promyslet a navrhnout směr intervence.

Metoda vychází z britského modelu a je založena na skutečnosti, že kurátor posuzuje životní situaci dítěte a jeho rodiny ve třech dimenzích (viz obr. 1). V rámci jednotlivých dimenzí jsou konkrétní oblasti, k nimž by se měly získané informace vztahovat. Tyto informace by měl kurátor analyzovat, na základě provedené analýzy určit protektivní a rizikové faktory a z nich určit potřeby dítěte. Podle takto stanovených potřeb by měl poté kurátor navrhnout konkrétní cíle intervence, které by měl zaznamenat do již zmíněného Individuálního plánu ochrany dítěte. Z vlastní zkušenosti, ale i ze zkušeností celé řady kolegů mohou konstatovat, že práce s metodou Vyhodnocení se potýká s celou řadou problémů, které se vztahují zejména k nadměrné byrokratické zátěži spojené s jejím administrativním zpracováním.

Vyhodnocovací rámec



Obrázek č. 1

Zdroj: Racek, Solařová, Svobodová (2014)

PRÁCE KURÁTORA PRO DĚTI A MLÁDEŽ S DĚTMI UŽÍVAJÍCÍMI NÁVYKOVÉ LÁTKY

Problematika dětí užívajících návykové látky patří mezi nedílnou součást práce kurátora. Hned na úvod je přitom dobré uvést, že kurátor není ani psycholog, terapeut, psychiatr či jiný odborník, který by se měl zabývat léčbou závislosti jako takové. Jak již bylo zmíněno, kurátor je sociální pracovník, jehož úkolem je v první řadě posoudit, jestli dítě, které užívá návykové látky a stane se jeho klientem, patří do skupiny dětí ohrožených, či nikoliv. K tomu by měl využít právě metodu Vyhodnocení. V praxi to konkrétně znamená, že jako rizikové nelze hodnotit jakékoliv užití návykové látky dítětem; experimentování dětí s návykovými látkami patří nerozlučně k dospívání. Kurátor by měl při posuzování míry ohrožení vycházet právě z § 6 ZSPOD, tedy že zneužívání návykových látek musí trvat po takovou dobu nebo být takové intenzity, že nepříznivě ohrožuje vývoj dítěte nebo může být příčinou nepříznivého vývoje dítěte. Tato situace může nastat v případech, kdy se u dítěte v souvislosti s užíváním návykových látek začnou projevovat známky závislosti. V takových případech

se pozornost dítěte začíná vztahovat výhradně k návykové látce a zážitkům, které jsou s ní spojené. Opadává zájem o jiné věci, může docházet ke zhoršování nálad dítěte, uzavírání se do sebe, rozpadání se dlouhodobých vztahů (MPSV, 2016).

Na druhou stranu může docházet k situacím, kdy je kurátor kontaktován ze strany rodičů nebo jiných institucí (škola, policie), přičemž z jejich strany může být projevům dítěte v chování ve vztahu k návykovým látkám přikládána větší závažnost, než tyto projevy ve skutečnosti mají. V takových případech by měl kurátor využít především formy poradenství, která mu umožní situaci s dítětem a jeho rodiči projednat, a na základě toho jim poté pomoci vybrat a případně i zprostředkovat vhodné služby (kontaktní centrum, psychologickou pomoc, nízkoprahové zařízení).

Ani sama skutečnost, že kurátor vyhodnotí dítě jako ohrožené v souvislosti s užíváním návykových látek, však ještě neznamená, že by mohl využít všechna opatření, zejména ta s donucovací povahou. Při volbě jednotlivých nástrojů musí kurátor vycházet z principu subsidiarity, jak bylo uvedeno v úvodní části příspěvku. Samotné užívání návykových látek ze strany dítěte tak nemůže být důvodem pro nařízení ústavní výchovy a umístění dítěte obvykle do dětského domova se školou nebo do výchovného ústavu. Zde je nutné si uvědomit zejména fakt, že ústavní výchova již představuje jinou formou péče o dítě, jejímž účelem je nahradit dítěti absentující nebo selhávající rodinné prostředí (MPSV, 2016).

Na druhou stranu mohu na základě vlastní praxe, ale i praxe kolegů potvrdit, že užívání návykových látek je často spojeno s jinými sociálně patologickými jevy. V případě trestné činnosti dítěte tak kurátor poskytuje právní poradenství ve věci a dítě a rodinu provází celým procesem trestního řízení (účast při výsleších, soudních jednáních, podávání zpráv soudu, podávání informací rodičům apod.).

Rodiny dětí zneužívajících návykové látky mohou dlouhodobě spolupracovat se všemi dostupnými odborníky; po vyčerpání všech dostupných služeb ale mohou dojít k závěru, že již nejsou schopni dítěti zajistit péči, a obrací se tedy se žádostí o řešení situace na OSPOD. V takových případech, zvláště je-li užívání návykových látek dítětem doprovázeno rozvrácením vztahů v rodině, trestnou činností dítěte, úteků z domova či projevy agresivity, je nutné dítěti zajistit odpovídající péči. V těchto krajních případech, kdy byly již vyčerpány všechny dostupné možnosti a kdy je vážně ohroženo zdraví dítěte a jeho další zdravý vývoj, může kurátor přistoupit k opatřením směřujícím k umístění dítěte do ústavní péče. Jedná se však o krajní řešení, kterému musí předcházet celá řada kroků.

Na závěr bych chtěl podotknout, že práce kurátora s dětmi užívajícími návykové látky je specificky náročná. Především jde o skutečnost, že rodiče a rodinní příslušníci mají ke svým dětem silnou citovou vazbu, a to i pokud rodině působí problémy. Na kurátora se tedy obracují v naději, že „jejich problém“ vyřeší. Že nějakým způsobem „zasáhne“. V tomto ohledu tak bývají očekávání rodičů nadměrně vysoká a ze strany kurátorů neuskutečnitelná. O to důležitější je pracovat s rodinnými příslušníky rovněž formou např. individuálních pohovorů, šetřením v rodinném prostředí, realizací případových konferencí apod.

ZÁVĚR

Rozsah příspěvku umožnil pouze naznačit, jak kurátoři s dětmi užívajícími návykové látky a s jejich rodinami pracují. Akcentoval jsem zde proto otázky vymezení role kurátora jako sociálního pracovníka a jeho činnosti, neboť se domnívám, že jsou dosud v českém prostředí poněkud opomíjené. S tématem souvisí i popsaná metoda sociální práce „Vyhodnocení situace dítěte a rodiny“ zakotvená v ZSPOD, kterou musí kurátor využívat, stejně jako vysoké nároky, které na kurátora klade práce s dítětem zneužívajícím návykové látky a jeho rodinou. V textu jsem vycházel především z metodického doporučení MPSV a vlastní zkušenosti z praxe.

Literatura

MADAR, Z. a kolektiv. 1995. *Slovník českého práva*. Praha: Linde.

MATOUŠEK, O. 2008. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.

Metodická příručka pro kurátory pro děti a mládež, 2016, dostupné na:

http://www.mpsv.cz/files/clanky/28476/Metodicka_prirucka_pro_kuratoty_pro_deti_a_mladez.pdf

PRŮCHA, J., VETEŠKA, J. 2014. *Andragogický slovník*. Praha: Grada Publishing.

RACEK, J., SOLAŘOVÁ, H., SVOBODOVÁ, A. 2014. *Vyhodnocování potřeb dětí*.

Praktický průvodce: Metodika vyhodnocování [online]. Praha: Lumos foundation. Dostupné na:

<https://wearelumos.org/sites/default/files/metodika%20vyhodnocovani%20-%20guide.pdf>

Zákon č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Mgr. Martin Plášek

Kurátor pro děti a mládež, Odbor sociálních věcí Zlín

e-mail: MartinPlasek@zlin.eu

Zákon o sociálních službách a drogy...

Aleš Herzog

Obsahem textu jsou letité pocity nepohody adiktologických služeb z toho, že musí procházet jak certifikacemi, tak inspekcemi, a řada nedorozumění, která vznikají chybami ve výkladu standardů sociálních služeb. Dále text zmiňuje, že by se mnoho zdravotních adiktologických služeb mohlo inspirovat zákonem o sociálních službách v požadavcích na srozumitelnost, zvidavost, přístupnost a partnerský přístup. Závěrem příspěvek varuje před „opevňováním“ oborových pevností.

Budu se věnovat oblasti nepříliš oblíbené, která výrazně ovlivňuje naše pracovní životy, a to vlivu zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. (dále jen zákon) a standardů kvality (dále jen SQSS) na naši práci. Zákon platí od roku 2007 a stanovil poskytovatelům sociálních, a tedy často i adiktologických služeb řadu povinností. Adiktologické služby to od počátku nesly jako příkoří. Argumentovaly: „Máme certifikace. Naše praxe má být automaticky považována za naplňující požadavky zákona. Budeme mít více kontrol naráz... Uznejte certifikace.“ MPSV na tyto požadavky však reagovalo odmítavě: „Na našem hřišti platí stejná pravidla pro všechny. Zákon, stanovující mimo jiné praxi inspekci, je vyšší zákonná norma. Chcete-li dotace na poskytování sociálních služeb, plňte předepsané povinnosti.“ Tento střet o moc trvá bez výraznějších posunů již deset let. Jako inspektor sociálních služeb a zároveň certifikátor bych se rád v tomto textu věnoval vybraným oblastem, které bývají předmětem sporů.

SROZUMITELNOST, ZVIDAVOST, PŘÍSTUPNOST, PARTNERSKÝ PŘÍSTUP JAKO INSPIRACE PRO ZDRAVOTNÍ SLUŽBY

Výrazným záměrem zákona o sociálních službách je zajistit, aby se klient mohl jednoduše zorientovat v tom, zda je pro něj určitá služba vhodná, či nikoliv. Zda, za jakých podmínek a kdy má nárok na přijetí, či proč naopak mít nárok na přijetí nebude. Snahou zákona je, aby pracovníci byli na své klienty zvědaví, zjišťovali jejich potřeby i celkovou situaci. Požadavkem na uzavření smlouvy zároveň dochází k tomu, že je pojmenován skutečný kontrakt mezi službou a klienty, vzájemné role a důležitá pravidla. Klienti jsou zapojeni do rozhodování o průběhu služby.

Vím, že velká část adiktologických služeb o naplnění těchto principů usiluje. Ve své praxi terénního pracovníka ovšem často naslouchám také příběhům klientů z adiktologických zdravotních služeb – z detoxifikace, střednědobé léčby v psychiatrických léčebnách, ze substituční léčby, občas u nástupu do léčby asistuji. A právě v řadě těchto zařízení bohužel zmíněné postupy silně postrádám. Na webových stránkách psychiatrických léčeben chybí srozumitelné vymezení, pro koho jsou, či koho nepřijmou. Voláte-li ve zveřejněném čase, stává se, že tam telefon opakovaně nikdo nebere. Ptáte-li se např. zda by na detox přijali pacienta s chronickými ranami na bérkách či s problémy v chůzi, sestra, která zvedne telefon, vám vystrašeně řekne, že vám raději nic neřekne. A lékař, na kterého odkáže, nepříjemně vymýšlí důvody, proč by to nešlo, a odkazuje na jiná zařízení, že ta pacienta určitě přijmou. Shodou okolností jsou to ta, která klienta předtím či potom také odmítnou. Přístup personálu v těchto zařízeních je často mocenský, s pacienty se nevyjednávají. K propuštění z těchto zařízení někdy dochází bez dobré spolupráce se zařízeními následné péče či léčby. V některých zařízeních substituční léčby dochází k mocenskému přístupu, bez celkové zvědavosti na situaci člověka, případně k redukci podpory pouze na podávání substituční léčby.

Certifikační standardy odborné způsobilosti obsahují – mimo jiné díky inspiraci ve standardech sociálních služeb – právě nároky na srozumitelnost, zvědavost, přístupnost a partnerský přístup. Bylo by skvělé, kdyby odborné společnosti i RVKPP usilovaly o rozšíření certifikačních standardů i do dalších adiktologických zdravotních služeb. A kdyby certifikátoři usilovali o pojmenování těchto nároků při certifikačním šetření.

NAHLÍŽENÍ DO DOKUMENTACE

Čí je dokumentace? Kdo do ní může nahlížet? S velkou nevolí se setkal jak požadavek na volný přístup k dokumentaci ze strany inspekčních týmů, tak požadavek na možnost nahlížení do dokumentace ze strany klientů. Obavy z nahlížení ze strany inspektorů můžeme vysvětlit odporem vůči cizí mocnosti, případně i zdravou nedůvěrou v zájmu ochrany údajů našich klientům. Co ale riskujeme, když své záznamy uvidí sám klient? Argumenty zněly, že řada našich terapeutických hypotéz může v klientovi vyvolat odpor a podpořit přenos. Domnívám se, že jde do značné míry o nedorozumění. Záměrem zákona o sociálních službách bylo **zvýšit transparentnost, tedy čitelnost a srozumitelnost služby pro klienty**. Dokumentace hodnověrně zaznamenává průběh služby, tedy na čem se pracovník a uživatel služby domluvili, co naplánovali apod. Pokud pracovníci potřebují mít skryty terapeutické hypotézy, může si to poskytovatel dojednat při vyjednávání podmínek čerpání služby. Je možné si takto stanovit i přiměřený způsob, jak se klient může seznámit s tím, co je o něm vedeno. Také řada našich provozních dokumentů (záznamy z porad, komunikace mezi zaměstnanci) je zcela v naší kompetenci a můžeme ji využívat pro formulaci našich pracovních hypotéz a odborných názorů.

V této souvislosti si myslím, že určitým nešvarem, na který možná standardy sociálních služeb reagují, je praxe, kdy jsou z diagnóz vytvářeny nálepky „toxikoman, etylik, feťák“, které mohou dehonestovat a stigmatizovat klienty a pacienty.

MÁ SE LÉČBA ŘÍDIT PŘÁNÍM KLIENTŮ?

Určité znepokojení přinesl požadavek zjistit od klientů osobní cíl a jím řídit poskytování služeb. Vždyť přání našich klientů jsou zcela „nevhodná“ – např. „brát drogy“, „spát s jinými klienty“, „už jít do života, protože jsem vyléčen a doléčování nepotřebuju“. Jak se jimi máme řídit? Zakazují nám standardy sociálních služeb diagnostikovat, navrhovat či stanovovat způsob léčby či péče? Paralyzují standardy pracovníky v jejich aktivitě směrem ke klientům? Pro objasnění, záměrem zákonodárce byla **změna postavení klienta vůči poskytovateli péče**. Proto zde máme smluvní vztah dvou stran, kdy poskytovatel služby vyjednává s klientem. Myslím si, že to je rozměr, který v sobě čistě zdravotní služby nemají, či si jej neuvědomují, takže nemohou v této oblasti standardy odborné způsobilosti splnit. Při detoxifikaci či ve střednědobé ústavní léčbě se o poskytování služby a očekávání uživatele většinou nevyjednává. Dalším možným projevem nerovného postavení v těchto službách je určitá tvrdost, byrokratičnost, absence partnerského přístupu či převaha mocenského přístupu „*kdo má čiro, nevzdal se dostatečně svého drogového života*“, „*tu sankci musíte splnit, i když jste nemocný*“.

Přání klientů nemusíme povinně plnit. Nejsme džin z Aladinovy kouzelné lampy. Standardy sociálních služeb chtějí, abychom byli na cíle a přání našich klientů zvědaví. Pokud se na tom s klienty transparentně domluvíme, můžeme v rámci snahy o sociální začlenění dokonce omezovat jejich komfort. Zásadou zákona je: *Pomoc musí podporovat rozvoje samostatnosti a vést k činnosti, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepřiznivě sociální situace*. O tuto zásadu můžeme opřít mnoho smysluplných omezení práv klientů, např. přísný režim v prvních fázích léčby v terapeutické komunitě.

INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ

Zákon o sociálních službách po nás chce, abychom plánovali, hodnotili a zaznamenávali průběh služby s každým klientem. To vyvolalo také mnoho otázek a odporu. Mají na to velké a přetížené nízkoprahové služby kapacitu? Jak to máme dělat, když injekční uživatelé často minimalizují kontakt a nespolupracují?

V rámci oboru jsme hledali modely, jak mohou adiktologické služby naplňovat požadavky na individuální plánování. Když to velmi zjednoduším, hledání se ubíralo dvěma směry. První šel cestou **rozdělování služby na části**, kde se plánuje, a kde ne. Zde posloužila multidisciplinarita jako únik, jako forma sebeobrany. „*Při výměně stříkaček neplánujeme, začínáme, až když klient chce sprchu*.“ „*Plánujeme s klientem občanku a dluhy, to ukážeme inspektorům, terapeutický proces do toho nepatří*“. Nicméně tyto modely, byť v první chvíli mohou vzbuzovat dobrý pocit („*jak jednoduše jsme to vyřešili*“), typicky dlouhodobě nefungují. Individuální plánování je vnímáno jako nutné zlo, administrativa činěná pro inspektory či něco ne až tak důležitého, podružného. Dlouhodobě pak pracovníci často zanedbávají vyplnit i to málo, co měli, a systémy nefungují. Navíc je tento přístup otevřenými dveřmi k pasti resortismu, o němž píšu níže.

Druhou reakcí bylo **hledání nových podob individuálního plánování, které smyslu- plně propojují praxi služeb s naplněním požadavků zákona**. To je oblast, kde jsem se

osobně hodně angažoval.¹ Domnívám se, že modely tzv. dohodoplánování „Tady a teď“² plánování ve stylu „Příběh“ či „Koloběh“³ (hodnotící cyklický model plánování) nebo „břeclavský fix“ (přístup vyvinutý týmem Kontaktního centra a terénního programu Charity Břeclav) se ukazují jako funkční a životaschopné. Praxe ukázala, že je možné funkčně propojit chod adiktologických služeb s požadavky zákona o sociálních službách v oblasti individuálního plánování.

INSPEKCE VERSUS CERTIFIKACE

Od adiktologických služeb dlouhodobě zaznává požadavek na to, aby místo inspekci byla uznána certifikační šetření. Rozumím argumentaci opakujících se nároků a zatížení kontrolami. Nicméně inspekce sociálních služeb se za poslední období natolik změnila, že se svým procesem od certifikací výrazně odlišují. V rámci režimu státní kontroly jsou inspekce realizovány bez oznámení, „přepadově“, na rozdíl od certifikace, o jejímž konání ví poskytovatel dopředu a dokonce si ji objednáva. Inspektoři mohou nahlížet do veškeré dokumentace, která se týká průběhu poskytování sociální služby. Dokumentace klientů, která bude předmětem kontroly, se volí losem z veškerých dokumentací klientů za kontrolované období. Oproti tomu při certifikaci si adiktologická služba sama volí dvě složky dokumentace, které nechystá, vyšperkuje a předloží. Domnívám se, že certifikace jsou spíše potvrzením, že jsme a čím jsme. Zabývají se více tím, co máme napsáno a jak o tom přemýšlíme. Často bývají i nástrojem kolegiální podpory, což inspekce být nemůže, ta se zabývá pouze hledáním důkazů.

Domnívám se, že po těch letech nastal čas přijmout za fakt, že podléháme a budeme podléhat více systémům kontroly kvality s více nároky (inspekcím i certifikacím). Nyní se sice pokusí pracovní skupina RVKPP v rámci nového projektu o uznání certifikací, ale pokud se tak náhodou stane, tak si myslím, že to bude spíše politickým rozhodnutím, než tím, že by byly oba procesy rovnocenné.

PAST RESORTISMU

Různí donátoři přicházejí s požadavky: „Oddělte **naše výkony a náklady na ně**, ať je můžeme financovat podle ceny. Oddělte to, co je jen sociální či jen zdravotní.“ V oblasti základních činností dle zákona o sociálních službách jsme tyto spory absolvovali u činnosti „*poskytování informací o rizicích spojených se současným způsobem života a jejich snižování prostřednictvím metod založených na přístupu minimalizace škod*“. Nebylo to jednoduché, protože jsme nebyli jednotní – např. v hradeckém kraji některé adiktologické služby oddělení výkonů v minulosti podpořily. Jsem hodně rád, že nyní je v Sekci Harm Reduction shoda, že nebudeme v této oblasti nahrávat resortismu. Při práci na SaD (Seznam a definice drogových služeb) v rámci Sekce HR A.N.O. nechceme vytvářet výkony, které by šlo někam jednoduše

1 <http://www.streetwork.cz/content/view/4667/88/>

2 <http://www.streetwork.cz/content/view/1631/>

3 <http://www.streetwork.cz/content/view/2514/>

zaškatulkovat jen jako čistě zdravotní či sociální.⁴ Zároveň Asociace poskytovatelů sociálních služeb (APSS ČR) prosadila, že MPSV vnímá výměnu injekčních setů jako součást základních činností terénních programů a kontaktních center⁵.

Druhé rizikové oblasti resortismu říkám „**opevňování škatulek**“ jednotlivých oborů. Jednotlivé profese si vykolikováávají své území ve stylu „*Toto můžeme jen my, nikdo jiný*“. Vykladači zdravotnických pravomocí říkají: „*Nemůžete klientovi dát mast, nemůžete bodnout klienta do prstu kvůli kapce krve.*“ Obávám se, že se do této hry přidají i další odbornosti. Adiktologové si budou dělat monopol na výměnu injekčních setů, bažení, sociální pracovníci budou mít monopol na pozorování, zda má klient mokré nebo dřavé boty. Roztáčíme spirálu opevňování škatulek? Vnímám tento trend jako velmi nekomfortní. Devatenáct let se cítím pracovníkem nízkoprahových služeb a zažívám, jak si v rámci boje snaží tyto služby přivlastnit jednotlivé mocnosti, nyní ta adiktologická. Nechci kvůli tomu přijít o možnost být v kontaktu s jinými (neadiktologickými) nízkoprahovými službami, pracujícími například s dětmi a mládeží, lidmi bez domova či osobami pracujícími v sexbyznysu. Přeji si, aby rozvoj oboru neupřednostňoval pracovníky jen některých kvalifikací a neomezoval možnosti jiným. Vedlo by to k recipročním opatřením a zbytečným „válkám specialistů o moc“.

ZÁVĚREM

Zákon o sociálních službách a standardy mohou přinést mnoho inspirace a mají v sobě mnoho dobrých východisek pro kvalitní práci v našich službách. Lze je objevovat a obohatit se jimi. Být již více než deset let v nekonstruktivním odporu a odmítání pouze energii ubírá.

Ing. Mgr. Aleš Herzog

Vedoucí Terénních programů SANANIM, www.edekontaminace.cz, www.sananim.cz
e-mail: herzog@sananim.cz

4 <http://www.asociace.org/aktuality/stanoviska-vyboru-sekce-harm-reduction-inspirace-pro-praxi/>

5 <http://edekontaminace.cz/clanek/1/479/metodicke-doporuceni-mps.html>

Závislost – problém sociální, nebo zdravotní?

(Pohled zdravotníka)

Jiří Dvořáček

Vztah zdravotního a sociálního resortu, zdravotníků a sociálních pracovníků, je již několik let pravidelným tématem debat oboru adiktologie či léčby návykových nemocí. V praxi je už v našem oboru spolupráce zdravotních a sociálních zařízení rutinou a předávání pacientů/klientů mezi nimi se realizuje docela hladce a bez problémů. Až na několik výjimek se také pracovníci obou typů zařízení a služeb navzájem respektují. Téma jejich vztahu a spolupráce je ovšem stále otevřené a živé pokud jde o základní koncepční rovinu: Je syndrom závislosti problémem spíše medicínským, nebo sociálním? A má ho tedy primárně řešit služba zdravotní, nebo sociální? A dále – berou zdravotníci sociální pracovníky vůbec vážně?

Výsledkem mého zamyšlení by mohlo být – očekávané a obvyklé – prohlášení o interdisciplinaritě problému, s nímž nelze než souhlasit. Podle mého názoru je ovšem třeba jít dál, pokročit za toto obecné konstatování. Proto zde nyní směřuji k jiným, konkrétnějším a současně otevřenějším závěrům: Závislost není primárně problémem ani zdravotním, ani sociálním, má ovšem své důsledky jak zdravotní, tak sociální. Logicky by proto bylo neefektivní řešit oba balíky problémů izolovaně. V tomto kontextu je ale třeba konstatovat, že sociální pracovníci mají dosud v očích zdravotnického manažera stále velmi podceňovanou úlohu.

Proč tak zpochybňuji přístup k podstatě problému závislosti jako primárně medicínské, resp. sociální? Protože zde vnímám tři základní problémy a nejistoty či neurčitosti – 1) neurčitost v definici závislosti, 2) neurčitost v charakteru cíle léčby, 3) neurčitost v charakteru léčby.

NEURČITOST DEFINICE

Současná evropská medicínská definice závislosti (popsaná v 10. revizi Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů) popisuje syndrom závislosti jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritu v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšenou toleranci pro drogu a někdy somatický odvykávací stav. Pomiňme nyní smíchání dvou různých procesů „adikce“ a „dependence“; i tak

jde o definici docela špatnou. Nic nám totiž nenaznačuje o skutečné podstatě problému. Problém nevyjasňuj ani současná oficiální americká klasifikace (DSM-5), která se docela podobá klasifikaci evropské.

Zavedme pro účely pochopení podstaty závislosti neoficiální název „porucha získávání libosti“ nebo „závislost na silné odměně“. Lépe vystihují jádrový problém závislosti (závislosti ve smyslu „adikce“). Připomeňme si současný hlavní model závislosti, jímž je – zjednodušeně řečeno – rozmazlení libostního systému mozku (přesněji systému odměny s klíčovými strukturami ventrální tegmentální areou a nucleus accumbens) silnou a jednoduchou odměnou. A dodejme, že:

1. Mozky vyšších živočichů mají jako centrální řídicí strukturu chování právě zmíněný libostní systém – jeho úkolem bylo momenty podstatné pro přežití jedince (potrava, pití, u sociálních živočichů postavení ve společenství) a druhu (sex) zvýhodnit před ostatními momenty, a to tím, že byly spojeny s libostí, satietou, nasycením, uspokojením, orgasmem. Tím, že tyto biologicky klíčové momenty přináší libost (a navíc si živočich libost a její kontext pamatuje), razantně se zvyšuje pravděpodobnost, že je vyhledá i příště.
2. Tyto přirozené zdroje odměny (libost v běžném životě) mají některé důležité parametry: a) na libost se musí chvíli počkat, nepřichází hned, b) abychom libosti dosáhli, musíme pro to něco udělat – je strategicky, instrumentálně náročná, c) po přirozené libosti přichází chvilkový útlum, d) přirozená libost není příliš silná, vyjma orgasmu ovšem.
3. Droga působí na libostní systém – parametry této umělé libosti jsou ovšem jiné: a) přichází rychle (první průtok krve s drogou mozku atd.), b) je instrumentálně jednoduchá (dostat drogu do krve je jednoduché), c) nemá po-libostní útlum, d) je bohužel silná.
4. Mozek preferuje nově objevené efektivní strategie. Jakmile ji objeví, začne rychlou a silnou odměnu preferovat. V průběhu času pak libostní systém mění své vlastnosti – rozmazluje se. Závislost můžeme nahlížet jako kontinuálně narůstající poruchu v získávání libosti s těmito rysy: člověk chce libost hned, rychle a snadno, neumí odložit zisk libosti, chce se hned zbavit nelibého stavu, neumí používat komplikované strategie k zisku libosti.

Mohli bychom tedy říci, že závislost je porucha mozkového systému odměny. Potud zní problém medicínsky – jde přeci o poruchu mozku. Jenže ona to tak úplně porucha (ve smyslu dosaženého patologického stavu) není, jde spíše o pokračující „porouchávání“ v důsledku „přetěžování“ libostí. Tedy o situaci, která se vyskytuje i u jiných problémů, které bychom za medicínský problém (zatím) nepovažovali. Můžeme mluvit například o všech vášních a silných koníčcích. O akutní zamilovanosti. O rozmazlenosti. U všech těchto stavů se vyskytuje stejný jádrový problém – změna parametrů systému libosti. V těchto souvislostech se nám jednoznačnost medicínské podstaty problému závislosti začne mírně rozpadat.

NEURČITOST V CÍLI TERAPIE

Všimněme si, že cíl našich léčebných programů je definován v podstatě sociálně. Nemyslím teď jen cíl našeho zařízení (Červený Dvůr), ale obecně cíl, jímž je maximální možný návrat pacienta do běžných životních rolí. Somatická medicína má ve většině případů za cíl odstranit patologický stav orgánu nebo tkáně. Adiktologie má ovšem za cíl zlepšení fungování klienta v životě a zlepšení subjektivní kvality života (viz například obecně známé heslo J. Skály: „abstinence není samoúčelný cíl, ale prostředek k dosažení lepšího života“). Vůbec celá psychiatrie definuje duševní problémy i cíle léčby velmi sociálně:

Duševní porucha = klinicky signifikantní psychický nebo behaviorální syndrom či projev, který je spojen buď se subjektivně nepříjemnými příznaky, nebo se zhoršením v jedné či více důležitých oblastech fungování. Postižení (zneschopnění) se týká oblastí: péče o sebe, pracovní výkonnosti, rodinného soužití, širšího sociálního chování.

Kromě neurčitosti v charakteru cíle léčby (zdravotní, či sociální?) by z toho mohlo plynout, že zdravotní a sociální sektory nebude možné v psychiatrii nikdy oddělit.

Podíváme-li se na cíle práce v odvykacích programech, najdeme 5 hlavních linií:

1. stabilizace poškození těla a mozku drogou – medicínské postupy podobně jako při poškození jinou noxou,
2. odstranění nutkavosti při zisku odměny – vlastní odvykací program,
3. zřeknutí se silné drogové libosti a její nahrazení něčím jiným,
4. sociální stabilizace,
5. osobnostní proměna, kontemplace.

Ryze zdravotnická je jen první linie a ryze sociální pouze linie čtvrtá. Zbýlé tři linie, vlastně ty nejspecifičtější pro odvykací program, nejsou svým charakterem ani zdravotní, ani sociální.

NEURČITOSTI VE VYMEZENÍ CHARAKTERU LÉČBY

Značný počet typů léčby nemá v našem oboru vyhraněný charakter. Před zavedením nového zákona o zdravotních službách některé klíčové části systému léčby (mám nyní na mysli zejména terapeutické komunity) nepatřily ani ke zdravotním, ani k sociálním službám a existovaly tak trochu ve „statusovém vzduchoprázdnu“. Dnes už mají tato zařízení oficiální sociální status, ale zůstala nám ta zvláštnost, že podobný typ programu (residenční léčbu závislosti) nabízejí léčebny (psychiatrické nemocnice) jako zdravotnická zařízení a právě zmíněné komunity jako zařízení sociální. Podobná dvojkoľejnost je i v doléčování – pacient se může doléčovat ve zdravotnickém zařízení nebo docela podobně v sociálním centru následně péče atd.

Když se tedy budeme chtít zamýšlet nad tím, zda odvykací léčba lépe odpovídá definici zdravotní, nebo sociální služby, nedojdeme k jednoznačnému závěru.

Zákon o zdravotních službách popisuje, že zdravotními službami se rozumí poskytování zdravotní péče zdravotnickými pracovníky, a dále činnosti vykonávané jinými odbornými

pracovníky, jsou-li tyto činnosti vykonávány v přímé souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Zdravotní péči pak tento zákon chápe jako soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu (dále jen „nemoc“), udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu, udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení, pomoci při reprodukci a porodu, posuzování zdravotního stavu. Naše odvykácí programy nejlépe spadají pod uvedené „zlepšení funkčního stavu“, s ostatními částmi definice se kryjí jen volně.

Naše programy ale neodpovídají beze zbytku ani definicím v zákoně o sociálních službách. Sociální službou je dle tohoto zákona činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Z celého výčtu základních činností při poskytování sociální péče odpovídá odvykácímu programu nejlépe jediný bod, a to docela nejasně ohraničený pojem „sociálně terapeutické činnosti“. Za socioterapeutické činnosti jsou považovány veškeré aktivity, které udržují nebo rozvíjejí klientovy schopnosti či dovednosti v jednotlivých oblastech běžného životního fungování, dokonce i v péči o vlastní zdraví. Dle některých názorů tak ani celý původní odvykácí systém Jaroslava Skály, ani naše dnešní terapeutické komunity nejsou psychoterapií, ale právě socioterapií.

Shrnu-li všechny tři zmíněné oblasti neurčitosti a jejich výše uvedené odborné souvislosti, závěr je podle mého názoru zřejmý:

Nemá smysl, aby se zdravotníci a sociální pracovníci přeli, komu více „patří“ problém závislosti – problém není ani čistě sociální, ani jen zdravotní. Jasně ale je, že jeden bez druhého moc nedokážeme.

V realitě je vcelku jedno, jestli se člověk léčí v zařízení zdravotnickém, nebo v zařízení sociálních služeb. A stejně tak je jedno, jestli jeho terapeut je profesí zdravotník či sociální pracovník – rozhodující je stejně především lidská kvalita.

PERSONÁLNÍ OTÁZKY OČIMA MANAŽERA

Když jsme si právě řekli, že na profesním původu (zdravotník či sociální pracovník) až tak podstatně nezáleží, mohli bychom tedy optimální tým poskládat podle jiných kvalit, například lidských, a přitom i velmi multidisciplinárně. Do této volby a přístupu ovšem trochu zasahují stávající předpisy. Není mi známo, že by existoval nějaký předpis, který by stanovil pro zařízení sociálních služeb povinnost mít v týmu i zdravotníka. Pro zdravotnická zařízení poskytující péči v oboru návykových nemocí je však definována povinnost mít kolegu ze sociálního resortu.

Podíváme-li se ovšem na reálné personální požadavky formulované vyhláškou o personálním vybavení zdravotnických služeb, zjistíme, že na 30 akutních lůžek našeho oboru je předepsáno 0,1 sociálního pracovníka, na následnou péči (tedy standardní odvykácí program) dokonce revolučních 0,2. Přepočteme-li požadovaný počet zdravotníků a sociálních pracovníků pro daná lůžka z hlediska jejich vzájemného poměru, dojdeme k zajímavým číslům. V případě akutní péče jde o poměr 155 : 1, u následné péče 57,5 : 1. Tento poměr působí

spíše legračně než jako základ reálné multidisciplinarity. A rozhodně neodpovídá charakteru problému, který řešíme a který byl popsán výše.

Podle mého názoru a zkušeností by reálné minimum mělo být 1 sociální pracovník na 30 lidí v komunitně a ve standardně strukturovaném terapeutickém programu. Bude-li ovšem zařízení chtít pracovat s lidmi individuálněji a stylem case-managementu, musí mít v týmu alespoň dvojnásobný počet lidí, než předepisuje vyhláška. A z mého pohledu klidně v poměru 2 zdravotníci na 1 sociálního pracovníka.

Zajímavé je také srovnat zmíněná čísla s návrhem, jak mají být personálně zajištěna centra pro duševní zdraví (kde samozřejmě bude péče dominantně individuální, realizovaná stylem case-managementu). Necháme-li stranou psychiatra a psychologa, má být práce takového centra v regionu se 100 000 obyvateli postavena na 9 zdravotních sestřích a 9 sociálních pracovnících – tedy v poměru 1 : 1.

Výše uvedená čísla doplníme i o praktický aspekt, tedy o to, jak může manažer zdravotnického zařízení uvažovat o sestavení svého týmu pro uvedenou činnost. Samozřejmě vyjde z čísel předepsaných vyhláškou a zákonem (určujících požadované počty a požadované kvalifikace). Ty se pak pokusí na každé jednotlivé pozici obsadit člověkem, který danou práci udělá nejlevněji a současně kvalitně. V tuto chvíli bych doporučil vytvořit si tři „škatulky“ pracovníků podle toho, v jakém systému působili a „vyrostli“ (a to i s vědomím, že škatulkování bývá většinou docela hloupé, ovšem vykonávaná práce člověka skutečně určitým způsobem formuje):

- a. pracovník ze zdravotnickém systému – je zvyklý na hierarchii, většinou má rád strukturovanou práci, je zvyklý na jasnou zodpovědnost,
- b. pracovník ze sociálních služeb – je pružnější, kreativnější, ale zodpovědnost zde nebývá vymezena tak čitelně jako u zdravotníka,
- c. pracovník z úřadů, které přidělují nebo odebírají něco, co klient chce – je třeba korektně (a k mnohým jistě nespravedlivě) uvést, že tento druh práce může člověka dost změnit.

Do těchto úvah je poté třeba přidat také hledisko ceny práce těchto pracovníků. Pro orientaci a srovnání uvedme cenu práce sestry v 11. platové třídě (základní tarif bez příplatků) – po 5 letech praxe 23 520 Kč, po 10 letech praxe 25 340 Kč. Cena práce sociálního pracovníka ve stejné třídě představuje po 5 letech praxe 19 070 Kč (rozdíl 4 450 Kč), po 10 letech praxe 20 540 Kč (rozdíl 4 800 Kč). Je zřejmé, že cena práce sociálního pracovníka je jasně velmi podhodnocena; je-li však třeba obsadit někoho na pozici například case managera, z hlediska finanční efektivity budou preference při výběru na straně sociálního pracovníka.

ZÁVĚREM

Celé mé vystoupení by v podstatě mohlo být pro sociální pracovníky dobrou zprávou.

- Jako zdravotník jsem právě připustil, že problém závislostí jim patří stejně jako zdravotníkům.

- Cenu jejich práce jsem označil jako velmi podhodnocenou – růst platů bude zcela jistě následovat.
- Jako manažer jsem popsal jejich značnou atraktivitu a odhadl výrazně vyšší potřebu sociálních pracovníků ve zdravotních službách, než jaká existuje nyní.

Podle mého přesvědčení tedy sociální pracovníky čekají v našem oboru světlé zítřky.

MUDr. Jiří Dvořáček

Ředitel a primář Psychiatrické léčebny Červený Dvůr.

e-mail: reditel@cervenydvur.cz

Multidisciplinární SANANIM aneb složení týmu dle receptu na dort pejska a kočičky

Martina Richterová Těmínová

Jako ředitelka organizace se 14 různými zařízeními a více než stovkou zaměstnanců se nemohu (a ani nechci) vyhýbat personálním otázkám, výběru a přijímání nových pracovníků, hodnocení jejich potenciálu. Čím se přitom řídím? Proč je SANANIM multidisciplinární? A co mohou jednotlivé profese týmu přinést?

KDO JSEM?

- Speciální pedagog
- Dle zákona 108/2006 Sb. Sociální pracovník
- Uznáný adiktolog pracující bez dohledu s kvalifikací S4
- Psychoterapeut
- Supervizor
- Ředitel bez jakéhokoli manažerského vzdělání

VÝCHODISKA

- Naše služby jsou důsledně multidisciplinární, registrované často jako služby sociální i služby zdravotnické
- Týmy jsou složeny z profesionálů různých profesí
- Vyvážené gendrově

JAKÉ LIDI DO TÝMŮ HLEDÁME

- Tvořivé
- Nemoralizující, ale dbající na etiku
- Ty, kteří jsou zvědaví, zkouší nové věci, vědí, že jsou omylní a že dělat chyby je normální
- Ty, kteří budou mít k našim klientům dobrý vztah
- Ty, kteří věří, že úzdrava závislosti je možná

- Ty, kteří umějí a mají chuť motivovat
- Ty, kteří jsou schopni pracovat na svém osobnostním růstu i na osobnostním růstu klienta
- Ty, kteří se chtějí učit celý život

JAKÉ LIDI HLEDÁME DO MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU

- Ty, kteří si jsou vědomi své moci a jsou ochotni se jí vzdát ve prospěch týmu
- Ty, kteří vědí, co neumí, k čemu nejsou graduováni
- Ty, kteří jsou schopni vnímat dovednosti svých kolegů

TÝM SLOŽENÝ Z JEDNÉ PROFESE

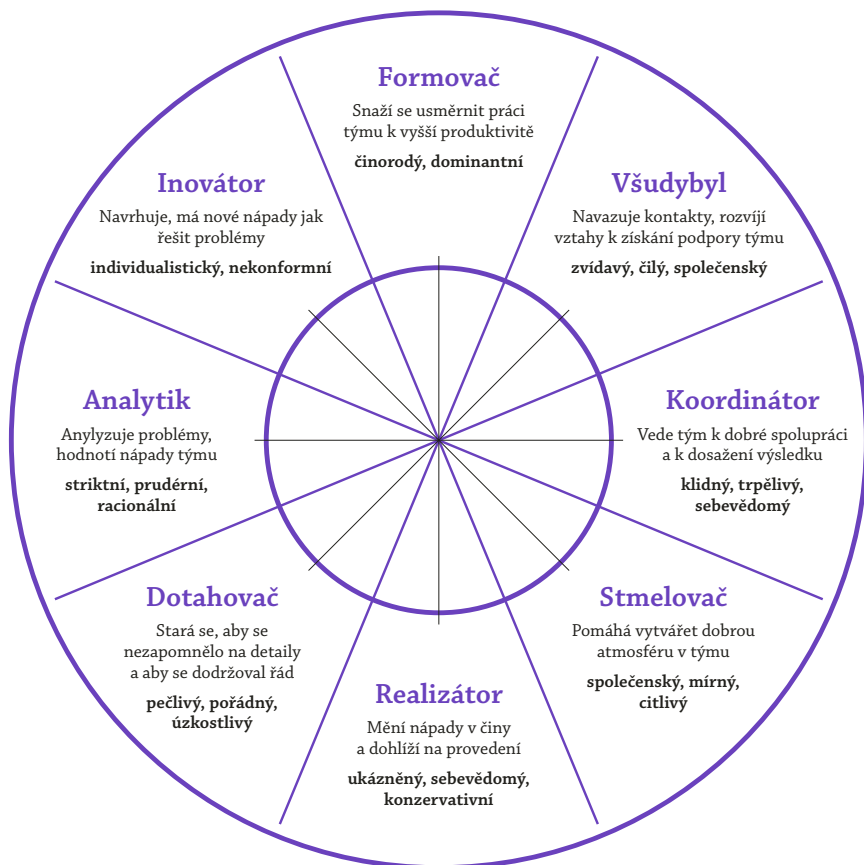
- Nebarevný tým (není ani černobílý)
- Jednobarevné týmy se upevňují ve svých pravdách a omylech
- Jednoprofesní týmy upevňují své obrany, tím se jim snižuje schopnost spolupráce

ČÍM JSOU JEDNOTLIVÉ PROFESE PRO NÁS ZAJÍMAVÉ

- **Lékaři** – experti, jsou zvyklí přebírat odpovědnost a zachraňovat životy, vytváří ostatním bazální bezpečí, že duševní choroba našeho klienta jej neohrožuje a neohrožuje ani nás.
- **Zdravotní sestry** – velká dovednost péče o zdraví, jsou zvyklé se klientů dotýkat, pečovat o ně, zachraňovat je, umí rychle jednat, mají zakódovaný smysl pro pořádek a čistotu.
- **Adiktologové** – mají znalosti a dovednosti ze širokého spektra oborů, jsou základem, spojovacím článkem týmů, dobří koordinátoři péče.
- **Sociální pracovníci** – mají velmi praktické vědomosti a dovednosti k přežití, jsou schopni o věcech přemýšlet komplexně a v kontextu, ale také ve velkém detailu, starají se o zcela jiné pole než zdravotníci. Stále mají na paměti práva klientů, nepřebírají za klienty odpovědnost.
- **Psychologové** – dobře umí vývojovou psychologii, umí diferenciatně diagnostikovat, oscilují mezi rolí průvodce a experta.
- **Pedagogové** – umí držet hranice, tím vytvářejí bezpečný prostor, umí vychovávat a učit, umí pracovat s volným časem.
- **Psychoterapeuti** – pracují se vztahem, zaměřují se na intrapsychické vědomí i nevědomí pole, umí vytvářet bezpečí a blízkost, provázejí osobnostním růstem, jsou schopni se dotýkat existenciálních témat.

- **Teologové, kněží, řádové sestry, filozofové** – jsou schopni mluvit s klienty o tom, co nás přesahuje, jsou schopni mluvit o umírání, samotě, smyslu života, jsou schopni být podporou, umí i zachraňovat, rozumí oběti a smyslu oběti.
- **Kolegové se zkušeností s užíváním návykových látek** – profesionálové, kteří umí svoji zkušenost integrovat do svého profesionálního kontextu.
- **Hudebníci, výtvarníci, letečtí mechanici, geologové** – jsou kořením, bereme jen velmi tvořivé.

ROZDĚLENÍ ROLÍ PODLE BELBINA



PaedDr. Martina Richterová Těmínová

Odborná ředitelka SANANIM, z. ú.
e-mail: teminova@sananim.cz

POZNÁMKY

Olga Hanková (ed.) a kol.
Sociální práce a drogy
V roce 2017 vydal SANANIM z. ú., Ovčí hájek 2549/64A, 158 00 Praha 13
Grafický design a sazba Jan Tippman, www.tippman.cz
Tisk Janova dílna, Třebestovice

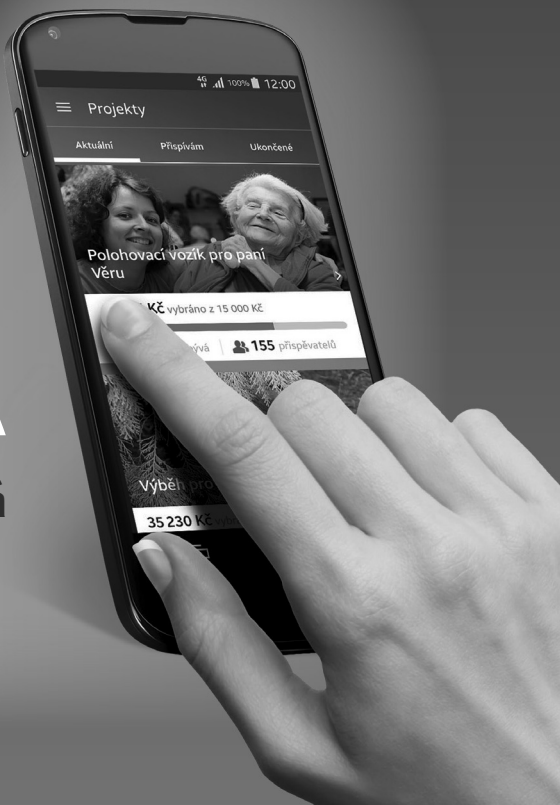
ISBN 978-80-904536-6-1

Jedním prstem pohneme světem



MELINDA

nová dárcovská
aplikace



ČESKÁ SPORITELNA

Jsme Vám blíž.



Aplikace Melinda nabízí jednoduchý způsob, jak přispívat potřebným.
Vybrat si nyní můžete z dvanácti projektů. Vše si snadno a pohodlně nastavíte na svém mobilním telefonu.

Celé mé vystoupení by v podstatě mohlo být pro sociální pracovníky dobrou zprávou.

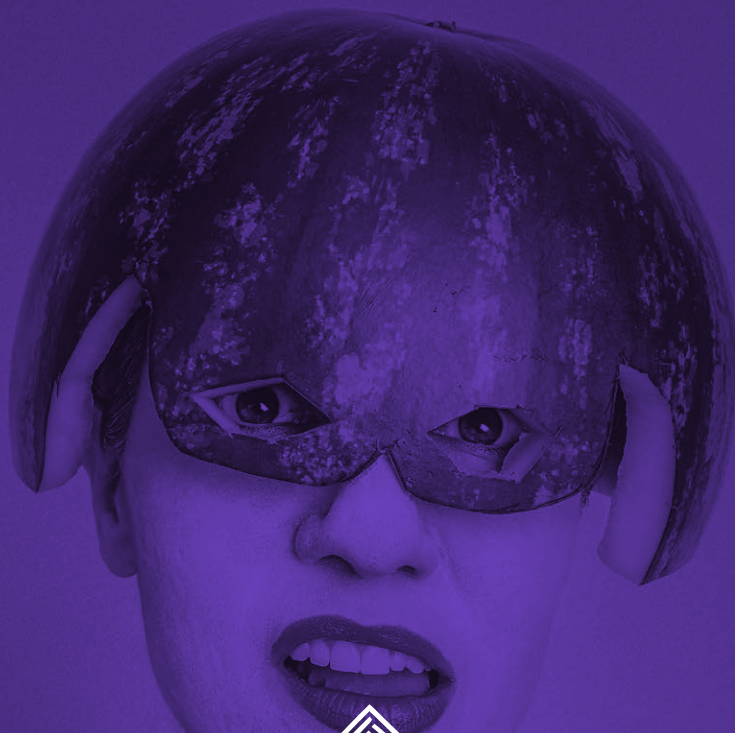
- Jako zdravotník jsem právě připustil, že problém závislosti jim patří stejně jako zdravotníkům.
- Cenu jejich práce jsem označil jako velmi podhodnocenou – růst platů bude zcela jistě následovat.
- Jako manažer jsem popsal jejich značnou atraktivitu a odhadl výrazně vyšší potřebu sociálních pracovníků ve zdravotních službách, než jaká existuje nyní.

Podle mého přesvědčení tedy sociální pracovníky čekají v našem oboru světlé zítřky.

Jiří Dvořáček: Závislost – problém sociální, nebo zdravotní?

Neprodejně

ISBN 978-80-904536-6-1



Generální partner SANANIM z. s. r. o.