

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Katedra křesťanské sociální práce

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Monika Bauchnerová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Monika Bauchnerová

**Bariéry v zavádění přístupu Harm reduction ve
Středisku Samaritán u cílové skupiny lidé bez domova**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Ing. Mgr. Jan Říkovský

2013

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem přitom jen uvedené prameny a literaturu.

V dne

Děkuji Ing. Mgr. Janu Říkovskému za konzultace, odborné vedení práce, za jeho cenné rady a podporu. Stejně tak děkuji všem ochotným respondentům výzkumu a v neposlední řadě i mým blízkým, kteří mne ve studiu podporovali.

OBSAH

OBSAH	Chyba! Záložka není definována.
ÚVOD	6
I. Teoretická část	7
1. Bezdomovectví.....	7
1.1. Definice pojmu bezdomovectví	7
1.2. Právní úpravy vztahující se k bezdomovectví.....	7
1.3. Definice pojmu bezdomovec	8
1.4. Bezdomovectví a sociální fungování	8
1.5. Marginalizace a sociální vyloučení	9
1.6. Příčiny bezdomovectví.....	10
2. Praktické přístupy a služby v sociální práci s lidmi bez domova	11
2.1. Preventivní aktivity	12
2.2. Služby zaměřené na naplnění základních potřeb	13
2.3. Služby zaměřené na reintegraci a soběstačnost	14
3. Bariéry a specifické problémy práce s lidmi bez domova se zaměřením na závislosti	14
3.1. Závislost na návykových látkách se zaměřením na alkoholismus	15
3.2. Definice závislosti na návykových látkách	16
3.4. Rozdíly mezi uživateli drog - alkoholiky a toxikomany (bezdomovci vs. „ <i>ne-bezdomovci</i> “)	17
4. Sociální práce s uživateli drog	17
4.1. Cílová skupina.....	17
4.2. Stávající služby a zařízení pro uživatele drog.....	18
4.3. Provázanost služeb pro osoby bez domova a drogově závislé.....	21
5. Harm reduction	21
5.1. Důvod vzniku.....	21
5.2. Definice.....	22
5.3. Přístup Harm reduction v jednotlivých bodech podle Kalina a kol. (2008, s. 100 - 101): ..	23
5.4. Zásady Harm reduction	24
5.5. Cíle Harm reduction.....	26
5.6. Prostředky k dosažení cílů	27
5.7. Služby harm reduction	27
5.8. Mezinárodní organizace IHRA	28
5.9. Pro zajímavost uvedené statistiky	28
6. Bariéry a kritika Harm reduction	29
6.1. Politika země.....	29
6.2. Legislativa alkoholu (a drog)	29
6.3. Kritika Harm reduction – „poskytování drog a podpora drogové závislosti“ vs. protiargumenty	30
6.4. Přístup Harm reduction se neshoduje s „ <i>filosofií</i> “ pracovníků/organizace.....	31
6.5. Nedostatek financí organizace	32
6.6. Nízká informovanost klientů o přístupech Harm reduction.....	33
6.7. Etická dilemata.....	33
II. Praktická část výzkumná	35
1. Příprava výzkumu	35
1.1. Výběr prostředí pro výzkum: Středisko Samaritán pro lidi bez domova v Olomouci	35
1.2. O Středisku Samaritán.....	35
1.3. Popis poskytovaných služeb a cílů zařízení	36
1.4. Cílová skupina.....	36
1.5. Důvod výběru Střediska Samaritán pro výzkum:	37
1.6. Cílová skupina – výběr respondentů pro výzkum.....	37

2. Metodika výzkumu	38
2.1. Cíl výzkumu	38
2.2. Aplikační cíl	38
2.3. Metoda a strategie zkoumání	38
2.4. Technika zjišťování	39
2.5. Zdroje zkreslení.....	39
3. Empirická část – realizace a analýza dat.....	40
3.1. Tematické okruhy.....	40
3.2. Okruh: Postoj pracovníků k užívání drog klientů	42
3.3. Minimalizace rizik	45
3.4. Bariéry a inovace při práci s klienty Střediska závislími na návykových látkách	47
Shrnutí a závěr	49
Bibliografie	52

ÚVOD

Problematika bezdomovectví a drogové závislosti je v současné době čím dál aktuálnější a závažnějším tématem, které není třeba přehlížet, ale které je potřeba řešit. Nelze tyto problematiky od sebe oddělovat, ale je třeba je vzájemně propojovat. Počet lidí bez domova stoupá a tímto rizikem může být ohrožen prakticky každý z nás, ať už si to připouštíme, či ne. Počet osob, které se ve své zoufalé situaci uchýlí ke konzumaci návykových látek a které neví jak z tohoto začarovaného kruhu ven, stoupá. Souvisí to s celkovým sociálním propadem a vyloučením, ve kterém se tito jedinci ocitají a ze kterého je opravdu těžké najít cestu ven. Na podzim roku 2012 jsem měla vynikající příležitost a možnost pobytu na dvouměsíční zahraniční praxi v Irsku, v organizaci Cork Simon community, kde jsem pracovala s klienty bez domova, kteří zde řešili i problémy se závislostí na návykových látkách. Díky této zkušenosti s cílovou skupinou, která mi je osobně velmi blízká, jsem se setkala s přístupem minimalizace rizik Harm reduction a který mne velmi oslovil a inspiroval svým jedinečným a přijímajícím přístupem ke klientům. Ráda bych se prací s touto cílovou skupinou do budoucna zabývala, stejně jako využíváním prvků přístupu Harm reduction. Tento přístup mě natolik zaujal, že jsem si ho vybrala jako téma své bakalářské a výzkumné činnosti. Pro tento výzkum jsem si vybrala Středisko Samaritán v Olomouci, které pracuje s cílovou skupinou lidí bez domova a které nabízí podobné spektrum služeb, jako organizace v Irsku, kde jsem pracovala. Vybrala jsem si Středisko Samaritán, ve kterém bych se ráda zaměřila na zjištění přístupu pracovníků k drogové závislosti klientů (jak tyto závislosti pracovníci s klienty řeší, zda a jak využívají prvky Harm reduction) s důrazem zaměřit se na bariéry, které jim ve využívání tohoto přístupu brání. Cílem celé této práce je tyto bariéry definovat. Pomocí definování těchto bariér bude možné je do budoucna odstranit a zavést nové projekty s prvky přístupu Harm reduction, který minimalizuje poškození zdraví klientů a chrání tak klienty i společnost před nepříznivými účinky drog, které jsou součástí této společnosti, a není jednoduché se jich zbavit. V závěru této úvodní části bych ráda zmínila, že každý z nás má v této společnosti své místo a má moc „něco změnit“. Pokud je někdo ohrožen, netýká se to pouze jeho, ale týká se to celého celku, celé společnosti. Když je „nemocná“ část těla, ovlivňuje to tělo celé. Proto je lhostejnost vůči těm nejpotřebnějším určitou lhostejností i vůči nám samým. Nikdy si nemůžeme být jisti, že se nám tyto situace vyhnou, že se nás netýkají. Z řad příběhů někdy výjimka potvrzuje pravidlo. A proto bych si přála, abychom měli oči i srdce více otevřené vůči těm, kteří to skutečně potřebují a hledali přístupy a způsob pomoci, který jim může zkvalitnit život a chránit jejich zdraví a bezpečí. A o to se přístup Harm reduction snaží.

I. Teoretická část

1. Bezdomovectví

1.1. Definice pojmu bezdomovectví

Bezdomovectví je fenomén v naší společnosti častý a dotýká se svými důsledky celé skupiny osob. Stává se tedy součástí života celé společnosti. Může být definován jako soubor především vnějších charakteristik, které životní situace bezdomovců doprovázejí. (Ptáček, 2009, s. 11)

Mezinárodně uznávanou definici pojmu bezdomovectví uvádí organizace FEANTSA: *„Bezdomovectví je absence vlastního, trvalého a přiměřeného obydlí. Bezdomovci jsou ti lidé, kteří nejsou schopni získat vlastní, trvalé a přiměřené obydlí nebo si nejsou schopni takové obydlí udržet kvůli nedostatku finančních prostředků nebo jiným sociálním bariérám.“* Štěchová (2008, s. 21) podle Fránek (2012)

Obecně by se dalo říci, že bezdomovectví je společenský jev vyskytující se tradičně především ve velkých městech, kterému předcházejí jednání a procesy vedoucí ke ztrátě zázemí, životních jistot a ke společenskému vyloučení. Zasahuje všechny oblasti jedincova života. Je to způsob života, který charakterizuje především absence přijatelného bydlení. Ve své podstatě definice bezdomovectví vyhovuje i definici sociální deviace, jelikož je odchylkou od normy. Barták (s. 31) podle Průdková, Novotný (2008, s. 11, 12)

1.2. Právní úpravy vztahující se k bezdomovectví

„V právním řádu České republiky bezdomovectví jako takové upraveno není, na rozdíl od některých jiných států. Právní předpisy postihují jen, a to ne úplně přesně, samotný obsah tohoto pojmu.“ (Štěchová, Luptáková, Kopoldová, 2008, s. 7) Pro pojmenování osob, společností hojně označovaných jako bezdomovci, jsou v dnešní době preferovány speciální termíny, např. *„lidé bez domova“*, *„osoby bez přístřeší“*, *„osoby v sociálně nepříznivé situaci se ztrátou bydlení“* nebo *„osoby sociálně nepřizpůsobivé“*. Vzhledem k nezájmu veřejnosti o tuto problematiku jsou všichni řazeni do jedné skupiny, které jsou v daných případech přisuzovány negativní vlastnosti. Labeling v tomto případě částečně znemožňuje šanci návratu bezdomovců do běžného života a k prohlubování jejich problémů. (Fránek, 2012, s. 13)

1.3. Definice pojmu bezdomovec

V současnosti je asi nejčastěji používaná definice dle Zákona č.111/2006 Sb. (§2, odst. 6) o pomoci v hmotné nouzi, která nepřímo definuje bezdomovce jako „*osobu bez přístřeší*“. (Zákon o pomoci v hmotné nouzi. Zákon č.111/2006 v účinném znění ke dni 1. 1. 2007)

Bezdomovec je člověk, kterého z různých důvodů postihlo společenské vyloučení a ztráta bydlení nebo je touto ztrátou ohrožen, žije na veřejných místech či v neadekvátních anebo nejistých bytových podmínkách. Především je to však člověk bez domova, bez přístřeší. Nemít domov znamená postrádat místo, kde má člověk rodinu, je obklopen láskou a péčí, učí se žít v lidské společnosti, přijímá hodnoty, osvojuje si návyky a určitý životní styl. Mělo by to být místo, kam se může člověk kdykoliv vrátet, místo porozumění a zázemí, bezpečí a jistoty i podpory v nouzi; kde prožíváme lidské vztahy, cítíme spokojenost a uspokojení všech základních lidských potřeb a vážou nás k němu silné emoce. Ztráta domova člověka hluboce zasáhne, znamená to nemít kam jít a nemít nikoho blízkého, s kým je možné sdílet život. (Průdková, Novotný, 2008, s. 10) Bezdomovci jsou často lidé „*opuštění, bez vztahů, bez zázemí, beze smyslu života, zahořklí a zranění*“... Hradecký (2005) podle Průdková, Novotný (2008, s. 11) Stát se jedním z nich je jednodušší, než by se dalo očekávat.

1.4. Bezdomovectví a sociální fungování

Bezdomovectví lze považovat za poruchu sociálního fungování; tj. porucha rovnováhy mezi kapacitou jedince zvládnout a požadavky prostředí, ve kterém se pohybuje. Proto tyto jedince považujeme za společensky nepřizpůsobivé, za nositele sociálního selhání, které ohrožuje svého nositele, i ostatní lidi. V neposlední řadě tuto situaci můžeme připisovat i „*selhání veřejné a sociální politiky*“. Barták (s. 5) podle Průdková, Novotný (2008, s. 12)

Tento fenomén je součástí širšího procesu marginalizace, kterou rozumíme odsouvání na okraj společnosti, vyloučení z účasti na životě společnosti doprovázenou psychickým strádáním jedince. Sociálním vyloučením rozumíme nerovnost mezi jedincem a účastí na životě společnosti z nedostatku příležitostí k pěti základním zdrojům společnosti, jimiž jsou vzdělání, zaměstnání, zdravotní péče, bydlení a sociální ochrana. Schwarzová podle Průdková, Novotný (2008, s. 12) Tato nerovnost způsobuje izolaci a odtržení od společnosti. Marginalizaci blíže specifikuji v následujícím textu.

1.5. Marginalizace a sociální vyloučení

Marginalizace a sociální vyloučení je téma nedílně spjaté s problematikou bezdomovectví a je třeba ho charakterizovat a znát, abychom mohli s touto skupinou pracovat a snažit se jí nabídnout co nejlepší a adresně mířené služby.

V dnešní době se stává začlenění člověka do společnosti stále více náročným. Je to především z důvodu nárůstu požadavků na schopnosti, dovednosti, vědomosti, majetek, životní styl a celkově životní úroveň. Pokud člověk tyto požadavky nenaplnuje, může to být příčinou jeho odsunutí na okraj (či dokonce vyloučení) určitých struktur společnosti. Mareš (1999) podle Šalbabová (2009, s. 29) označuje marginalizaci za proces, kdy jsou určité skupiny lidí odsunuty na okraj společnosti, kde ztrácejí možnost participovat (spolupodílet se) na životě společnosti.

Mareš (1999) sociální vyloučení definuje jako „*odsunutí určitých osob mimo společnost [...] jde o proces, jenž jedince zbavuje jeho práv i povinností, která jsou spojena s jeho členstvím v určité společnosti*“.

Sociální vyloučení (exkluze) vymezujeme jako proces, kdy jsou jedinci i celé skupiny zbavovány přístupu ke zdrojům nezbytným pro jejich sociální i ekonomické fungování ve společnosti jako v celku. Primárně je důsledkem chudoby a souvisí s ním i nízké vzdělání a různé formy diskriminace. Vyjadřuje existenci osob, které trápily, nebo nikdy neměly bydlení, rodinné zázemí a sociální postavení. Jejím projevem je například dlouhodobá nezaměstnanost, život ve slamech a ghettech, závislost na sociálních dávkách a výskyt sociálně patologických jevů. Tito lidé na svoji situaci rezignovali, přestávají plánovat budoucnost, trpí pocity beznaděje a bezmocnosti. Nemají motivaci zlepšit svoji situaci. (Štěchová a kol., 2008, s. 37-38)

Jako ohrožené skupiny se uvádějí etnické menšiny, osoby nezaměstnané, nemocné, invalidní, lidé bez domova. Pojem *sociální vyloučení* můžeme považovat za společné východisko při zkoumání faktorů bezdomovectví. Bývá jeho příčinou i důsledkem. (Šalbabová, 2009, s. 30)

„*Tito lidé jsou ze společnosti vyčleněni a v důsledku toho jsou jim odepřena veškerá práva, jejich společenský status je nulový, ocitají se na samém dně společnosti a nejsou schopni participovat na společenském životě.*“ Mareš (1999) podle Šalbabová (2009, s. 30) Takto vyřazený člověk se nedokáže bez kvalifikované pomoci navrátit zpátky k normálnímu životu ve společnosti a v takovémto případě je ohrožena celková existence člověka. (Šalbabová, 2009, s. 31)

V závěru stručného popisu sociálního vyloučení uvádím vystihující slova L. Šmída (1985, s. 5) podle Šalbabová (2009, s. 30)

„*[...] žádný z nás nežije osamoceně. Všichni jsme členy společenského celku a od našeho narození až do smrti jsme neustále v kontaktu s lidskými jedinci, od nichž se učíme, kteří na nás mají výchovný vliv, od nichž přejímáme životní poznatky, zkušenosti a názory. Jakákoliv životní*

izolovanost je jevem nepřirozeným, člověk svým zaměřením je tvorem kolektivním a experimentálně se můžeme přesvědčit, že jakékoliv osamocení, zvláště trvajícím dlouhou dobu, působí na něho nepříznivě. Jakékoliv strádání v oblasti společenského života odráží se v lidském jednání, myšlení a citění.“

1.6. Příčiny bezdomovectví

Znalost příčin bezdomovectví je základním předpokladem k předcházení a řešení tohoto problému. Ne vždy je však snadné příčinu jasně určit. Většinou se jedná o kombinaci několika faktorů, které se vzájemně prolínají a v důsledcích na sebe navazují. Bezdomovci jsou velmi různorodí lidé, pocházející z různých rodin, společenských vrstev a mají různé úrovně dosaženého vzdělání. Najdeme mezi nimi zkrachovalé podnikatele, invalidní důchodce, inženýry propadlé alkoholismu, osoby opakovaně trestané, rozvedené, zadlužené, ale i svérázné dobrodruhy, kteří si bezdomovectví zvolili jako životní styl a víceméně jim vyhovuje. (Průdková, Novotný, 2008, s. 15)

„Ztráta domova je výsledkem spolupůsobení řady objektivních (vnějších) a subjektivních (vnitřních) faktorů.“ (Průdková, Novotný, 2008, s. 15)

a) Objektivní faktory

Faktory objektivní jsou ovlivněny především sociální politikou státu, sociálním zákonodárstvím apod. „Můžeme mezi ně zařadit úspěchy či neúspěchy státu v boji proti nezaměstnanosti a společenskému vylučování, zabezpečení ve stáří či nemoci, úroveň integrace invalidů, začleňování mladých lidí na trh práce, dodržování lidských práv a rovných příležitostí pro všechny občany, celkovou vzdělanost a kvalifikaci občanů.“ (Peterek, 2007, s. 12) Dalšími důvody může být i diskriminace příslušníků etnických minorit, ale také institucionální příčiny, jako např. problematika mladých lidí propuštěných po dovršení osmnáctého roku věku ze zařízení ústavní výchovy, kteří nejsou materiálně ani emocionálně připraveni na samostatný a odpovědný život. V podobně obtížné situaci se nacházejí osoby propuštěné z výkonu trestu odnětí svobody, a kteří přišli o bydlení i rodinu vinou uvěznění a nemají se kam vrátit. (Průdková, Novotný, 2008, s. 16)

b) Subjektivní faktory

Faktory subjektivní jsou ovlivněny jednotlivci, rodinami, společenskými skupinami, jejich schopnostmi, rysy, temperamentem, charakterem, věkem apod. (Peterek, 2007, s. 12) Můžeme je rozdělit do tří skupin, podle faktorů materiálních, vztahových a osobních.

- 1.) **faktory materiální** (ztráta bydlení, nejisté bydlení, ztráta zaměstnání, dlouhodobá nezaměstnanost – nízká kvalifikace, nedostatečné příjmy, zadluženost, neschopnost obhospodařovat vlastní rozpočet, tragická událost ve formě ztráty živitele, majetku apod.),
- 2.) **faktory vztahové** (změny struktury rodiny, rodinné nebo manželské problémy, diskriminace ženy, porušené vztahy mezi partnery, mezi rodiči a dětmi, mezi dětmi a rodiči, rozvod manželů, rozchod partnerů žijících v konkubinátu, rozdělení nebo rozpad rodiny, násilí v rodině, sexuální zneužívání a znásilnění, osamělost),
- 3.) **faktory osobní** (mentální retardace, duševní či tělesná choroba, nesamostatnost, osamělost, invalidita, alkoholismus a další závislosti, hráčství, sociální nezralost). (Peterek, 2007, s. 12)

„Nejčastější příčinou ztráty domova je u českých bezdomovců rozpad rodiny, druhou nejčastější je ztráta zaměstnání.“ Fleischmann (2006) podle Průdková, Novotný (2008, s. 16) Z těchto příčin lze snadno odvodit, jakým směrem by se měla ubírat prevence bezdomovectví – podpora zaměstnanosti, zvyšování kvalifikace a podpora hodnoty rodiny jako takové a jejího fungování.

2. Praktické přístupy a služby v sociální práci s lidmi bez domova

Teoretické vymezení problematiky je důležité stejně tak, jako praktické uchopení řešení problémů, nastínění možností, jak je řešit a aplikovat na dané případy. V praxi s danou cílovou skupinou můžeme využívat aktivity a služby rozdělené do tří základních skupin: (Matoušek a kol, 2005, s.320)

1. **Preventivní aktivity**
2. **Služby zaměřené na naplnění základních potřeb klientů**
3. **Služby zaměřené na reintegraci a soběstačnost**

2.1. Preventivní aktivity

Cílem je dovést klienta k soběstačnosti natolik, aby si mohl pomoci sám. Mnoho lidí se ocitá v situaci bezdomovectví nebo je jím ohroženo z důvodu nedostatku informací, objevují se problémy s dokumentací, na úřadech, nerozumí svým právům a nárokům. V kontaktech s úřady jsou nejistí, což vyřízení jejich žádostí nepomáhá. V tomto případě se zde nabízí možnost sociálního poradenství, které klienta zorientuje v dostupných sociálních službách a na žádanou službu jej odkáže. (Matoušek a kol., 2005, s. 320-321)

V další pomoci osobám bez domova se uplatňuje sociální poradenství základní i odborné Matoušek a kol. (2005, s. 321) podle Matoušek (2003):

„Základní sociální poradenství poskytuje informace o nárocích, službách a možnostech, které mohou vyřešit nebo zmírnit obtížnou situaci člověka. Poskytované informace vyplývají ze systému sociální ochrany občana, k němuž patří pojištění, podpora a pomoc, nebo ze systému, který zajišťuje zaměstnanost. Odborné sociální poradenství poskytuje přímou pomoc lidem při řešení jejich sociálních problémů. Jde zejména o problémy v manželství nebo mezigeneračním soužití, v péči o děti, starší a zdravotně postižené občany, o osoby propuštěné z výkonu trestu. Odborná pomoc je zaměřena na konkrétní pomoc a praktické řešení obtížné sociální situace člověka.“

Včasné řešení problémů je nejlepší prevencí bezdomovectví. Poradenství by mělo být snadno dostupné, poradci by měli být profesionálně vyškoleni. Poradenství pro lidi bez domova v ČR je poskytováno zpravidla v občanských poradnách a nízkoprahových centrech, které jim poskytují i další služby. Vždy je bezplatné. Informace o poskytovaných službách v daném městě se mezi bezdomovci šíří velmi rychle, ale potřebná i spolupráce dalších subjektů – terénních pracovníků, úřadů, osvětových akcí a informování veřejnosti, distribuce informačních brožur a dalších. (Matoušek a kol., 2005, s. 322) Za preventivní aktivity lze považovat i aktivity přístupu Harm reduction, které mají minimalizovat rizika a škody při práci s osobami závislými na návykových látkách, které osoby bez domova často jsou. Tomuto tématu se budu ale podrobněji věnovat v dalších kapitolách.

2.2. Služby zaměřené na naplnění základních potřeb

Nezákladnější formou pomoci lidem bez domova v jejich „přirozeném prostředí“, čili terénu, je terénní sociální práce. *Terénní sociální práce* je definovaná jako práce na ulici (*streetwork*) a je kombinovaná s dalšími sociálními službami. Terénní pracovníci klienty v terénu vyhledávají a informují je o možnostech služeb a pomoci (sociální poradenství), často jim nosí základní potraviny, zdravotnický materiál (obvazy, čisté jehly), či oblečení. Důraz je kladen na specifický vztah pracovníka s klientem. Terénní sociální práce je důležitá u sociálně vyčleněných osob, které nejsou ochotny nebo schopny navštěvovat tradiční kamenné služby. Terénní pracovníci také mapují lokality bezdomovců a jejich pohyb. (Marek a kol., 2012, s. 116)

Na služby terénní sociální práce navazují služby nízkoprahových denních center. V těchto centrech mohou osoby bez přístřeší získat základní zabezpečení životních potřeb (teplo, jídlo, hygiena, ošacení, pošta, lékařské ošetření, odpočinek, sociální poradenství). Většina těchto služeb je v rámci jednoho střediska (toto je žádoucí a efektivní).

Dalšími navazujícími službami jsou azylové domy. Lidem bez domova může být poskytováno několik forem azylového bydlení: (Matoušek a kol., 2005, s. 323-324)

a) První formou je *krátkodobé* ubytování. To je otevřeno největšímu počtu klientů a slouží ke krátkodobému řešení nepříznivé situace (v řádu dnů, maximálně týdnů). Standard tohoto ubytování je zpravidla nižší než u dlouhodobějších forem. Mezi tyto služby můžeme zařadit například azylové noclehárny a ubytovny.

b) Na krátkodobé ubytování navazuje *střednědobé* azylové ubytování, které počítá s pobytem klienta po dobu několika týdnů až měsíců, během kterých se očekává vyřešení jeho problémů a návrat k soběstačnosti. Poskytuje vyšší standard a více soukromí, předpokládá se aktivní snaha klienta a jeho širší spolupráce na řešení svých problémů.

c) *Dlouhodobé* azylové ubytování poskytuje přístřeší na několik měsíců až let. Klient má zde největší svobodu a zároveň i odpovědnost. Cílem dlouhodobého azylu je nácvik dovedností vedoucích k samostatnosti a zodpovědnosti za vlastní život. Předpokládáme u nich již určité dovednosti – například mají doklady či příjem. Formou dlouhodobého azylu jsou také cvičné a chráněné byty. Ty se nejvíce přibližují reálnému prostředí a běžnému životu. Jejich největší předností je začlenění do přirozeného prostředí. Izolace a vyčlenění klientů se snižuje, stejně jako jejich stigmatizace. Chráněné a cvičné byty jsou v reintegraci velice úspěšnou službou, bohužel jich je v ČR velmi málo. (Matoušek a kol., 2005, 323-324)

Všechny uvedené služby jsou pyramidově uspořádány a navazují na sebe. Nejstarší z nich jsou služby zaměřené na naplnění základních potřeb, které jsou zároveň nejstarší formou sociální práce (viz Maslowova *pyramida potřeb*). Služby zaměřené na uspokojení základních potřeb jsou transparentnější (výsledky jsou viditelné téměř hned) a tím i snadněji financovatelné, než služby reintegrační. V budování sociálních služeb je však důležité zaměřit se právě na plánování služeb reintegračních, protože jedině ty pracují s prvotními příčinami bezdomovectví a mohou problémy alespoň některých klientů zdárně vyřešit. (Matoušek a kol., 2005, s. 324)

2.3. Služby zaměřené na reintegraci a soběstačnost

Tento typ služeb nabízí výcvik v potřebných dovednostech (především sociálních) a služby podporující zaměstnanost (chráněná místa a sociální firmy). Pod tyto služby spadají vzdělávací a rekvalifikační služby, které posilují jejich dovednosti a zvyšují kvalifikaci osob. Dalšími jsou chráněná a podporovaná zaměstnání, nejčastěji u osob se zdravotním postižením, která vycházejí těmto klientům – zaměstnancům vstříc, s cílem připravit je na vstup na pracovní trh. Zajímavým odvětvím jsou i sociální firmy a veřejně prospěšné práce, obě mají za úkol reintegrovat a připravovat klienty na vstup na pracovní trh – především ty, kteří mají problém se na běžném pracovním trhu uplatnit (Lidé starší, méně kvalifikovaní či s postižením). (Matoušek a kol., 2005, s. 325 - 327)

3. Bariéry a specifické problémy práce s lidmi bez domova se zaměřením na závislosti

Cílová skupina lidé bez domova má jako každá cílová skupina svá specifická úskalí, bariéry, které jim brání problémy řešit a sociálním pracovníkům zase efektivně pomáhat a tím je úspěšně reintegrovat zpátky do společnosti. Proto je dobré tyto bariéry definovat a hledat způsoby, jak je odstraňovat. Pokusím se nastínit ty nejzákladnější, s cílem se zaměřit z větší blízkosti na téma závislosti na návykových látkách, protože se tato oblast týká tématu této práce a přístupu Harm reduction.

Nejčastějšími bariérami (které mohou být současně příčinami i důsledky) podle Marek (2012) jsou:

- 1. Nezaměstnanost**
- 2. Závislost na návykových látkách**
- 3. Rozpad rodiny a sociální izolace**
- 4. Pobyt v ústavu či ve vězení**
- 5. Psychické potíže a nemoci**
- 6. Zadlužení**

Tyto problémy na sebe navazují a vzájemně se prolínají. Vzhledem k tématu mé práce se podrobněji zaměřím na bariéru závislosti na návykových látkách, která je s přístupy Harm reduction právě nejčastěji propojena.

3.1. Závislost na návykových látkách se zaměřením na alkoholismus

Negativním působením médií jsou osoby bez domova spojovány s alkoholem a jinými drogami jako s nedílnou součástí jejich způsobu života, avšak není to vždy tak samozřejmé, jak by se mohlo zdát. Tyto osoby se nemohou opít doma, proto jsou vidět na veřejných místech jako osoby, které se pouze „*poflakuji a pijí*“. Celá kultura naší země je prosycena kulturou alkoholu. Velká procento běžných občanů konzumuje pravidelně alkohol. Alkohol je v našich podmínkách velmi tolerovanou drogou, bez které se neobejde žádná významná společenská událost. Také ceny alkoholu, které jsou nižší než ceny nápojů nealkoholických, podporují jeho konzumaci. Všechny tyto aspekty činí z alkoholu velmi tolerovanou a dobře dostupnou drogu. Alkoholismus je negativní nálepka a stigma spojované s bezdomovectvím. Alkohol je pro veřejnost nejviditelnější drogou bezdomovců, i když jsou mezi nimi abstinenti. V běžné populaci se vyskytují lidé – konzumenti, kteří si dají sklenku denně a pijí zásadně pro chuť. Bezdomovci se stačí alkoholu pouze dotknout, a už je považován za alkoholika.

Definice alkoholismu není určena jasně. Mezi problémové konzumenty alkoholu se řadí tzv. pijani, neboť požívají alkohol ve větším množství kvůli jeho účinkům. Hranice mezi konzumentem a pijanem je tenká, stejně jako mezi pijanem a závislým na alkoholu. Faktem je, že mnoho bezdomovců na alkoholu závislých je, ale nelze toto tvrzení aplikovat automaticky na všechny. (Marek, 2012, s. 25)

3.2. Definice závislosti na návykových látkách

Nešpor (2007) podle Marek (2012, s. 26) definuje základní příznaky závislosti na návykových látkách. Pokud jsou v průběhu roku alespoň tři přítomny, je vysoce pravděpodobné, že jde o závislost:

1. **Bažení** – silná touha užívat určitou látku.
2. **Zhoršené sebeovládání:** Osoba závislá na určité látce mění svou osobnost, svá rozhodnutí, a vše podřizuje získání a konzumaci drogy. Závažná jsou přeapadení, krádeže a jiné delikty vedoucí k získání peněz na drogu, či k získání drogy samotné. (Krádeže v samoobsluhách).
3. **Abstinenční příznaky** – tj. somatický odvykací stav. Organismus závislých osob je permanentně intoxikován, a pokud člověk abstínuje, dochází k tělesné odezvě na chybějící drogu. Nejhorší stavy podle Nešpora (2007) mají alkoholici, u *deliria tremens* může odvykací stav skončit smrtí. Nepříjemné a život ohrožující jsou stavy u sedativ a hypnotik. Jiné odvykací stavy mají spíše vliv na prožívání člověka – stavy deprese, či paranoidní bludy a halucinace. Trvají několik týdnů a během této doby je nezbytná psychiatrická péče.
4. Čtvrtým znakem je **růst tolerance**, což znamená, že roste spotřeba drogy u uživatele. Tělo si již na určitou dávku drogy zvyklo, tato dávka mu již nestačí a nenavozuje konkrétní stavy a pocity a potřebuje dávku zvyšovat. Tato spotřeba je podmíněna i lehkou dostupností některých drog, např. alkoholu a toluenu.
5. Za pátý znak bývá považováno **zanedbávání zájmů**. Závislá osoba postupně opouští všechny své zájmy, práci, potěšení, a jediným zájmem se pro ni stává konzumace drogy. Člověk žije ve stereotypu, kde drogu buď shání, nebo ji konzumuje. To vede často k sociální izolaci.
6. Posledním kritériem je **pokračování užívání drog i přes zjevné škodlivé následky**. Lidé tyto okolnosti často přehlížejí a bývají často odhaleny až v době, kdy je na jejich odstranění pozdě.

3.4. Rozdíly mezi uživateli drog - alkoholiky a toxikomany (bezdomovci vs. „ne-bezdomovci“)

Mezi závislými existují rozdíly. Bezdomovci staršího věku, kteří jsou již delší dobu na ulici, mívají často problémy s alkoholem, mladší koketují s nelegálními drogami. U alkoholu bývá vznik závislosti počítán v řádu pěti až deseti let nadměrné konzumace. U drog, jako např. heroin, vzniká závislost hned po prvním užití. Podle informací ze Sananimu (organizace starající se o toxikomany) je v České republice 35 000 osob drogově závislých, z toho je 20 – 25 procent bezdomovců. Jiná je situace u alkoholiků. Alkohol je obecně přijímaná droga a v ČR se zkonzumuje 10 litrů čistého alkoholu na obyvatele za rok, takže se počet alkoholiků těžko odhaduje. Mezi bezdomovci se návyk na nelegální drogu a alkohol vyskytuje asi ve 24 procentech.

Uživatele nelegálních drog se více uzavírají do komunit a squatů, především kvůli nelegálnosti těchto drog. Alkoholik se většinou nestará o svůj vzhled, zatímco toxikoman si na něm zakládá. Alkoholici získávají příjem žebrotou a prohledáváním popelnic, toxikomani tzv. *somrují* a páchají drobnou kriminální činností. Tyto dvě skupiny závislých osob mají vůči sobě nevraživost. Čím déle alkoholik odolává pití, tím je riziko relapsu menší, na rozdíl od toxikomanů. Ti vydrží delší dobu abstinovat. Je to dáno tím, že nelegální drogy jsou konzumované skrytě, a toxikoman se může vyhnout rizikovému prostředí, zatímco alkoholik ne. (Marek, 2012, s. 27)

4. Sociální práce s uživateli drog

4.1. Cílová skupina

Podle Kaliny a kol. (2003) podle Matoušek a kol. (2005, s. 212) se míra závislosti na droze dá vyjádřit podle několika stupňů, podle frekvence, intenzity a následků:

1. Experimentální užívání
2. Příležitostné užívání
3. Pravidelné užívání (škodlivé)
4. Problémové užívání
5. Závislost

Klienti spadající do skupiny 1. a 2. zpravidla nemají potřebu kontaktovat odborníky. Sociální pracovníci a další odborníci pracují především s klienty spadající do skupiny 3. - 5. Jedná

se o uživatele, kteří užívají drogy škodlivě (více než jednou týdně a droga se stává jejich životním stylem), problémově (užívání je pravidelné a ovlivňuje soukromý a pracovní život člověka, existují již i známky zdravotních problémů) a o ty, kteří jsou závislí (bažení, vyšší tolerance atd.)

Protidrogová politika v západních zemích se pohybuje vždy mezi represivní (prohibicionickou) pozicí a liberální (pragmatickou) pozicí. Protidrogová politika v ČR vychází z represivního přístupu, který je doplňován nabídkou léčebných a preventivních programů. Hlavními principy současné protidrogové politiky je snižování poptávky, snižování rizik a dostupnosti. (princip minimalizace rizik). Na poli snižování poptávky se jedná o léčbu a resocializaci, na poli snižování rizik se jedná o přístup Harm reduction, tj. snižování a minimalizace rizik u uživatelů, kteří nechtějí s užíváním drog přestat. Sociální práce se uplatňuje také při snižování dostupnosti, resp. potlačování nabídky a také v oblasti represe (probační pracovníci a zaměstnanci Vězeňské služby).

Pro sociální práci s uživateli drog Navrátil (2003) podle Matoušek a kol.(2005, s. 214) zdůrazňuje nezbytnost systematických znalostí o závislostech, člověku, společnosti a jejích systémech, nezbytnost systematického sebepoznání, víry v hodnotu a důstojnost každého člověka bez ohledu na užívání drog a jeho aktuální situaci. Terčem intervence by měl být klient i jeho prostředí ve smyslu „*rovnováhy mezi požadavky prostředí a schopností klienta je zvládat*“. V práci s uživateli drog je nezbytné zaměřit se jak na jednotlivce, tak i na systémové souvislosti jeho situace a na širší sociální vazby. Univerzálním prostředkem sociální práce s uživateli drog je **motivační rozhovor**. Motivační rozhovor je soubor komunikačních strategií vedení rozhovoru, který je cíleně zaměřen na změny v závislém chování. Tento přístup vychází mimo jiné z teoretického modelu Prochasky a Di Clementiho (1992) podle Matoušek a kol.(2005, s. 214), tzv. kruhového modelu změny, který vymezuje jednotlivá stadia procesu změny. Při uplatňování motivačního rozhovoru je zásadní správně diagnostikovat fázi změny, v níž se klient aktuálně nachází. Každá fáze má své specifické úkoly a intervence.

4.2. Stávající služby a zařízení pro uživatele drog

Vhodnost služby nezávisí pouze na stupni závislosti ale i na dalších kritériích, které uvádí Kalina (2002) podle Matoušek a kol.(2005, s. 214). Mezi tyto faktory můžeme zařadit:

1. Zdravotní stav klienta
2. Doprovodné psychologické a psychopatologické problémy
3. Stupeň klientovy motivace a potřebu podpory

4. Intenzitu příznaků závislosti
5. Nejbližší vztahy
6. Sociální prostředí klienta

Stávající služby pro drogově závislé klienty s ohledem na využívání minimalizace rizik

Terénní programy jsou realizovány přímo na ulici, v místě pohybu klientů. V těchto programech se intenzivně využívá princip Harm reduction (minimalizace rizik), který je zaměřen na výměnu injekčních stříkaček a jehel za účelem omezení šíření a přenosu infekčních chorob a ochrany zdraví klienta i společnosti, distribuce kondomů a dezinfekčních prostředků. Klientům jsou poskytovány informace o rizích užívání drog a bezpečném užívání. Dále jsou informováni o možnostech dalších služeb, případně léčby.

Nízkoprahová kontaktní centra v rámci strategie snižování rizik nabízejí podobné služby jako terénní pracovníci (viz výše), dále nabízejí také potravinový a hygienický servis. V centrech jsou podmínky pro dlouhodobější práci s klientem. Je možno se zabývat i klientovou motivací k léčbě, ke které mu mohou zprostředkovat přístup. Základním posláním zůstává zmírňovat škody a minimalizovat rizika v životě drogového uživatele.

Terénní programy a nízkoprahová centra se více zaměřují na minimalizaci rizik a škod, než na odstranění závislosti jako takové. Snaží se klienta udržet v dobrém zdravotním stavu, předcházet poškozením zdraví, infekcím a zaměřuje se na bezpečné užívání a např. i bezpečný sex. Pracují s aktuálním uspokojením základních klientových potřeb, řeší situaci tady a teď. Pokud se klient rozhodne svou situaci řešit a léčit se, pracovníci terénních či kontaktních center ho odkáží na některé z následujících služeb. Následující služby se zaměřují na odstranění a vyléčení závislosti jako takové, spíše než na minimalizaci rizik. Požaduje se motivace a rozhodnutí klienta přestat, spolupracovat a tato spolupráce je dlouhodobějšího rázu a obvykle má několik stupňů (služby na sebe navazují).

Ambulantní léčba může být nabízena různými zařízeními, od krizových center, před centra poradenská až po AT (alkohol – toxikomanie) poradny. Ambulantní léčba klade na klienty již určité nároky, stanovuje se individuální plán, který by měl klient postupně plnit a revidovat jej s pracovníkem.

Denní stacionáře nabízejí intenzivní ambulantní léčbu ve formě celodenního programu v

rozsahu 2 – 3 měsíců, během nichž se klienti vracejí do svého přirozeného prostředí. Léčba se skládá z individuální, skupinové a rodinné terapie.

Detoxifikační jednotky se zaměřují na minimalizování projevů odvykacích symptomů a zbavení organismu uživatele návykových látek. Detoxifikace trvá zpravidla 5 – 10 dní, je možné využít medikaci. Většina zařízení poskytujících dlouhodobou léčbu vyžaduje, aby klient do léčby nastupoval bezprostředně po absolvování detoxifikačního programu.

Psychiatrické léčebny poskytují léčbu pobytovou, krátkodobou, v rozsahu 3 - 6 měsíců. Léčba je provázena terapií individuální, skupinovou a rodinnou.

Terapeutické komunity poskytují střednědobou a dlouhodobou pobytovou léčbu v délce 6 – 18 měsíců. Jde o strukturovanou a intenzivní léčbu, klade na klienty vysoké nároky. Důraz je kladen na intenzivní terapeutický proces a komunitní způsob života. Využívá se individuální poradenství, skupinové a pracovní terapie. Práce a zájmy – náplň času, je pro klienty léčící se z drogové závislosti velmi důležitá.

Doléčovací centra se specializují na následnou péči a prevenci relapsu užívání drogy. Tento program trvá 6 – 12 měsíců. Některá centra poskytují i chráněná bydlení a práci v chráněných dílnách.

Substituční programy jsou nástrojem přístupu Harm reduction a minimalizace rizik. V rámci substituce je klientovi podávána náhražka nelegální drogy. Rizika jsou minimalizována prostřednictvím toho, že tato droga je čistá a několikanásobně levnější (nehrozí riziko infekce, neznámé látky v droze a tím se snižuje riziko zdravotního poškození a smrti). Substituční programy jsou realizovány prostřednictvím specializovaných center a odborných lékařů. Zároveň jsou prevencí kriminálního chování uživatelů v souvislosti se získáváním prostředků na drogu, či drogy samotné.

Právní či dluhové poradny řeší zastupování klienta, právní podporu u uživatelů při střetu klientů se zákonem, dluhové poradny zase finanční a dluhovou situaci klienta.

(Matoušek a kol., 2005, s. 215 - 216)

4.3. Provázanost služeb pro osoby bez domova a drogově závislé

V České republice se řešením obou těchto problematik zabývají rozdílné organizace, které vzájemně spolupracují. Tato spolupráce a provázanost je důležitá, protože se tyto jevy vzájemně ovlivňují. Služby pro osoby bez domova řeší primárně sociální situaci a fungování klienta a drogová problematika je často odsouvaná až na další příčky, případně jsou klienti odkázáni na služby jiné organizace (K-centra, detoxikační centra, léčebny). Pracovníci služeb pro drogově závislé se zase primárně zabývají závislostí klienta a jejím řešením. Pracovníci služeb pro osoby bez domova se drogovou závislostí klientů primárně nezabývají, ale často se s ní setkávají - především s alkoholismem klientů a nepříznivými situacemi s tímto užíváním spojenými (v menší míře i s jinými drogami). Proto je důležité soustředit se i na přístup pracovníků zařízení služeb pro lidi bez domova (azylové domy, noclehárny, nízkoprahová centra), jaké mají postoje, prostředky, nastavení služeb organizace a nástrojů k řešení situací, které vznikají pod vlivem návykových látek a minimalizací rizik. Především alkoholismus (a další drogové závislosti) se s bezdomovectvím pojí často, i když nejsou jeho primární charakteristikou a proto je důležité mít i ve službách pro osoby bez domova nástroje k minimalizaci rizik a škod spojených s užíváním návykových látek.

5. Harm reduction

5.1. Důvod vzniku

Přístup Harm reduction vznikl původně z pojmu „*public health*“ (ochrana veřejného zdraví) v souvislosti se šířením viru HIV ve 2. polovině 20. století v USA a Anglii. Ochranou veřejného zdraví byla míněna ochrana celé populace před šířením tohoto viru a před přenosem závažných infekčních chorob (tuberkulóza, hepatitida typu B a C). Na rozdíl od přístupu „*public health*“, který chrání zdraví celé společnosti, se přístup Harm reduction soustředí na individuální potřeby a přístup. Na začátku 80. let se objevily první případy viru HIV, na což reagovaly mezinárodní a nestátní organizace, které v současnosti zaštiťuje IHRA (Mezinárodní asociace pro Harm reduction). (Kalina a kol., 2008, s. 99-100)

5.2. Definice

5.2.1. Definice podle IHRA (2010)

Podle stanoviska IHRA (2010) „*se termínem Harm reduction označují koncepce, programy a činnosti směřující k minimalizaci škod a následků užívání psychoaktivních látek u osob, které nejsou schopny nebo ochotny s tímto užíváním přestat*“. Důležitým rysem je především zaměření na minimalizaci rizik a na osoby, které v užívání drog pokračují, spíše než na prevenci užívání drog jako takového.

O Harm reduction se začalo poprvé diskutovat v souvislosti s hrozbou šíření nákazy virem HIV mezi injekčními uživateli drog. Od té doby se podobné přístupy aplikují i na ostatní uživatele návykových látek. Harm reduction doplňuje přístupy, které se snaží eliminovat či minimalizovat míru spotřeby návykových látek. Vychází z předpokladu, že mnozí lidé nadále užívají psychoaktivní látky, navzdory všem snahám zabránit tomu, aby s jejich užíváním začínali, nebo v něm naopak pokračovali. Přístup Harm reduction počítá s tím, že lidé závislí na návykových látkách nejsou ochotni nebo schopni s jejich užíváním ze dne na den přestat. Je důležité, aby tyto lidé měli přístup ke kvalitní léčbě, ale velká většina z nich není ochotna léčbu podstoupit. U uživatelů drog je důležité snížit rizika vyplývající z pokračujícího užívání drog a poskytnout jim možnost eliminovat újmu, kterou mohou přivodit sobě i druhým. Je proto důležité, aby pro tyto osoby byly dostupné informace a služby, které jim pomohou chránit vlastní zdraví a bezpečnost. Není přípustné nechat lidi trpět a umírat, když tomu lze předcházet. Harm reduction je prospěšné pro uživatele, jejich rodiny i pro celou společnost. Hlavní zásada spočívá v ochraně veřejného zdraví a lidských práv. (IHRA, 2010)

5.2.2. Definice v užším pojetí

V užším pojetí můžeme Harm reduction definovat jako soubor praktických strategií a kroků, které redukuje negativní užívání drog. Zahrnujeme do něj strategie od bezpečného užívání až po opatření, která vedou k abstinenci. Newcombe (1992) podle Kalina a kol. (2008, s. 100) uvádí, že „*poškození lze rozlišit na více úrovních: zdravotní, sociální a ekonomické*“.

5.2.3. Definice podle dalších autorů

Autoři Denning, Little a Glickman (2004, s. 24) podle Šenovský (2012, s. 22) popsali filozofický koncept Harm Reduction jako alternativu k závislosti úplně tímto způsobem:

- Nevidíme veškeré užívání drog jako trestné, nebo jako něco špatného, ale veškeré užívání musí být bezpečné a založené na přesných a úplných informacích o drogách.
- Není nezbytné přestat s užíváním, aby se zabránilo škodám s ním spojeným, nicméně pro některé lidi může být úplná abstinence tím nejlepším řešením. Pro jiné je ale naprostá abstinence nerealistickým a naprosto nedosažitelným cílem.
- Je důležité vědět, co a v jakém množství se užívá.
- Harm Reduction znamená starat se o sebe bez ohledu na aktuální stav své drogové závislosti.
- Harm Reduction znamená poskytnutí odborné péče bez jakékoliv diskriminace.

Snižování rizik spojených s užíváním drog, tedy Harm Reduction, je také součástí čtyřech základních pilířů protidrogové politiky ČR společně s primární prevencí - léčbou a resocializací a snižováním dostupnosti drog (Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018). (Šenovský, 2012)

5.3. Přístup Harm reduction v jednotlivých bodech podle Kalina a kol. (2008, s. 100 - 101):

- se vyhýbá poškození, způsobené užíváním drog
- zachází s uživateli drog důstojně
- maximalizuje možnosti intervence
- upřednostňuje dosažitelné a reálné cíle
- je neutrální k legalizaci nebo diskriminaci

5.4. Zásady Harm reduction

5.4.1. Cílené zaměření na rizika a negativní následky

Pojmem Harm reduction se tedy „označují přístupy, koncepce a činnosti vedoucí primárně k minimalizaci zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek, aniž by docházelo ke snižování jejich spotřeby“. (IHRA, 2010)

Hlavní zásady spočívají v ochraně veřejného zdraví a lidských práv.

Tento přístup představuje adresný přístup zaměřený na konkrétní rizika a škody. Politici, veřejnost, pracovníci z praxe i uživatelé drog by měli znát:

- konkrétní rizika a škody spojené s užíváním jednotlivých látek
- příčiny těchto rizik a škod
- možné kroky ke zmírnění rizik a škod

Harm reduction se soustřeďuje na pojmenování rizik a jejich důsledků. Pojmenování těchto důsledků a způsob řešení není možný bez správného vyhodnocení problémů a potřebných opatření. Je nutné taky brát v potaz faktory, které mohou prohlubovat zranitelnost jednotlivých klientů, jako je např. pohlaví a věk.

5.4.2. Opора ve vědeckých důkazech a ekonomické efektivitě

Dále IHRA (2010) popisuje způsob opatření v praxi. Ta jsou praktická, realistická, účinná, bezpečná a efektivní z hlediska vynaložených nákladů. Jedním ze základních principů je vytvářet koncepty HR podle nejnovějších vědeckých poznatků. Většina opatření realizovaných v rámci přístupu je finančně nenáročných, snadno realizovatelných a má silný dopad na zdraví jednotlivce i celé společnosti. V dnešní době budou nenákladné a vysoce účinné intervence více potřebné, než velmi nákladné intervence, jejichž účinnost je nízká.

5.4.3. Postupnými kroky k lepšímu

Pracovníci z oblasti Harm reduction přikládají význam jakékoli pozitivní změně, které člověk dosáhne. Intervence vycházejí z potřeb daných jedinců a uplatňuje se zde prvek nenásilné pomoci, bez nátlaku. Služby jsou nastavené tak, aby reagovaly na momentální potřeby osob v jejich konkrétní situaci. Malé změny u velkého množství osob mají pro společnost pozitivnější dopad, než velké pokroky a změny u hrstky osob ve společnosti. Vychází z předpokladu, že se člověk spíše posune dál díky zvládnutí pár menších kroků, než dvěma mílovými skoky. Prvořadou prioritou je udržet uživatele drog naživu a zabránit nenávratnému poškození zdraví. (IHRA, 2010)

5.4.4. Důstojnost a empatie

Pracovníci v oboru by měli brát závislé osoby takové, jaké jsou, a vyhýbat se jakémukoliv souzení. Měli by se snažit bojovat proti stigmatizaci, diskriminaci, sociálnímu vyčlenění a chránit lidská práva. Jednání s klienty by vždy mělo odrážet respekt a toleranci.

5.4.5. Vystupování proti politikám a praktikám, které maximalizují škody

Drogovou problematiku ovlivňují i právní úkony a politiky zaměřené na kontrolu užívání drog. Mnohé politiky, ač nevědomě, zvyšují rizika a negativní důsledky pro uživatele drog. Patří sem kriminalizace užívání drog, diskriminace, korupce, policejní zvrůle, represivní právní úkony, odpírání lékařské péče těmto osobám, sociální nervnost. Politika a praxe musí podporovat jedince ke změně chování. (IHRA, 2010)

5.4.6. Transparentnost a aktivní účast

Odborní pracovníci přebírají zodpovědnost za svá rozhodnutí a intervence, i za úspěšnost či neúspěšnost těchto intervencí. Prosazují otevřený dialog a diskutují o jednotlivých krocích. Nutná je smysluplná a aktivní účast klienta na plánu a realizaci intervence. Důležité je i zapojení subjektů na tvorbě a realizaci programů a jejich evaluaci.

Podle Kaliny a kol. (2008, s. 102) stojí Harm reduction na pragmatičnosti a realistickém

stanovení cílů. Stoupenci Harm reduction tvrdí, že užívání drog je trvalým rysem lidských společností a nelze tento jev absolutně odstranit, i když abstinenci vidí jako hodnotný a legitimní cíl.

5.5. Cíle Harm reduction

„Cíle harm reduction a prostředky dosažení cíle „Snižování nabídky a poptávky“ je v konečném důsledku zaměřeno především na snížení užívání drog. Oproti tomu přístup harm reduction se zaměřuje na rizika, jež mohou potenciálně vést ke škodám. Podporuje méně rizikové chování u osob, jež návykové látky užívají, a tak pomáhá snižovat negativní dopad jejich užívání na jednotlivce i na celou společnost.“ (Zábranský, 2003; 58.) podle Průdková (2007, s. 105)

Z různých publikací se můžeme dočíst o rozdílném členění cílů, všechny cíle ale obecně vycházejí ze stejných kritérií:

- chránit klienta i společnost před nepříznivými důsledky užívání návykových látek
- snaha maximálně motivovat klienta, aby používal vlastní náčiní a nesdílel jej tak s jinými uživateli drog (týká se především intravenózních uživatelů drog)
- pokud nedokáží či nechtějí s užíváním drogy skončit, tak je alespoň naučit a motivovat užívat drogy méně rizikovým způsobem
- možnost nahrazení drogy jinou, méně škodlivou látkou (substituční léčba)
- informovat klienty o důsledcích a rizicích užívání návykových látek
- učit klienty základním hygienickým návykům (umývání rukou)
- učit klienty základům první pomoci a jak pomoci při předávkování (např. kamarádovi)
- prevence předávkování
- informovat klienty o zásadách bezpečnějšího sexu, distribuovat kondomy
- přispívat a podněcovat klienty ke změně svého rizikového chování, omezit jej či zcela odstranit
- minimalizovat rizika somatického poškození v důsledku užívání drog
- přispívat k minimalizaci trestné činnosti páchané uživateli drog
- motivovat uživatele drog k pravidelnému kontaktu s odborným zařízením

(Kuncová, 2012, s. 10)

5.6. Prostředky k dosažení cílů

- Zprostředkovávání informací (letáky, brožury, osvětové akce, workshopy, školení – pro klienty, pracovníky i veřejnost).
- Edukační činnost ohledně bezpečného užívání drog a možných rizik, prevence předávkování a první pomoc.
- Sociální poradenství (možnosti terapie, léčby, nabídka služeb).
- Výměna injekčních stříkaček, distribuce čistého materiálu (filtry, destilovaná voda atd.), prevence HIV a infekčních onemocnění.
- Substituční léčba (nahrazení návykové látky jinou látkou).
- Terénní programy a práce s uživateli přímo v terénu, vyhledávání ohrožených lokalit (squaty).
- Práce s rodinou drogově závislého.
- Distribuce kondomů a informace o bezpečném sexu.
- Ve světě například i kontrolované užívání alkoholu či přímo místnosti pro drogově závislé, kde si mohou drogu aplikovat v čistém a bezpečném prostředí a snížit tak riziko infekce.
- Využívání komunitní práce a anti-opresivních přístupů.
- Mediální a charitativně propagační sbírky a akce na podporu a osvětu těchto programů (je důležité, aby společnost věděla, jak se má k těmto lidem chovat.)
- Rekvalifikační kurzy směřující k návratu do společnosti a další.
(viz IHRA)

Pod přístup Harm reduction můžeme řadit ještě další přístupy a metody, které pomáhají minimalizovat rizika a škody, zde jsem uvedla pouze seznam těch nejfrekventovanějších a nejdůležitějších.

5.7. Služby harm reduction

„Vývoj služeb se profiluje podle vývoje drogové scény a také podle zakázky ze strany státu.“
(Miovský, Spirig, Havlíčková et al., 2003; 87.) podle Průdková (2007, s. 105)

V České republice patří mezi standardní služby výměnný program, poradenství a poskytování informací, potravinový, hygienický a zdravotnický servis a substituční léčba. V zahraničí – například v rámci mé zahraniční praxe s lidmi bez domova v Irsku, jsem se setkala i s

metodou kontrolovaného užívání alkoholu, workshopů a školení o první pomoci při předávkování a další.

5.8. Mezinárodní organizace IHRA

„Mezinárodní asociace Harm Reduction (IHRA) je přední organizace podporující harm reduction přístup ke všem psychoaktivním látkám v globálním měřítku. IHRA se zasazuje o zabránění negativních sociálních, zdravotních, ekonomických a trestněprávních dopadů nelegálních drog, alkoholu a tabáku na jednotlivce, komunity a společnosti, kombinuje veřejné zdraví a lidská práva na základě přístupu snižování rizik souvisejících s drogami. Tato organizace buduje strategická spojení a partnerství s národními a mezinárodními organizacemi, podporuje zapojení lidí ovlivněných užíváním drogami a alkoholem, podporuje lidská práva postižených obyvatel jako protiváhu jejich marginalizace a stigmatizace.“ (Janíková, 2010)

IHRA pořádá každoročně konferenci specificky zaměřenou na oblast Harm Reduction. Pořadatel konference vydává každoročně zprávu o stavu harm reduction ve světě (Global State of Harm Reduction). V současnosti zpráva zdůrazňuje, že navzdory velkému politickému úspěchu harm reduction se stále potýká s velkou propastí mezi potřebami uživatelů drog a pokrytím existujícími službami.

5.9. Pro zajímavost uvedené statistiky

„Odhady hovoří o téměř 16 miliónech injekčních uživatelů drog na světě, pouze menšina z nich má přístup ke službám, které jim mohou zachránit život. To jsou např. výměny injekčního materiálu a opiátová substituce. V některých zemích s vysokým výskytem HIV mezi injekčními uživateli drog je distribuována pouhá jedna injekční jehla na osobu a rok, v 76 zemích, kde se injekční užívání vyskytuje, neexistuje žádný výměnný program. V západní Evropě připadá 61 klientů opiátové substituce na 100 injekčních uživatelů, ve střední Asii je to méně než jeden, v Rusku je opiátová substituce zcela zakázána, i když je to země s jednou z největší populací injekčních uživatelů.“ (Janíková, 2010)

6. Bariéry a kritika Harm reduction

6.1. Politika země

Jak uvádí IHRA, jednou z bariér je často politika a legislativa dané země, míra podpory sociální politiky v zemi a podpora/komplikace stanovené zákony. Negativní podmínky podporuje i kriminalizace drog, diskriminace a korupce v dané zemi. Zahrnuje to i represivní opatření, nátlak a utiskování daných znevýhodněných skupin, odpírání lékařské péče či sociální nerovnost v zemi. Tyto aspekty dohromady vytváří celkovou stigmatizaci těchto skupin, která podporuje jejich sociální vyloučení a náročnost jejich návratu do společnosti.

6.2. Legislativa alkoholu (a drog)

Legislativa alkoholu a drog souvisí především s regulací dostupnosti a prodeje alkoholu či „*legálních*“ drog (tabáku) a omezením marketingu a propagace těchto výrobků (reklamy v televizi, filmy, billboardy), jakési nastavení celospolečenské „tolerance“ těchto drog. Pokud chce daná země s návykovými látkami kvalitně bojovat a mít účinnou prevenci, musí mít i dobrou legislativu a zákony, které tyto látky spíše nepodporují. Myslím, že v České republice je především tolerance alkoholu velmi vysoká a zákony velmi benevolentní. V první řadě je velmi nevyhovující fakt, že v České republice jsou alkoholické nápoje v restauračních zařízeních stále levnější, než ty nealkoholické. Tento fakt je v Evropském měřítku rarita a silně podporuje konzumaci alkoholu. Na základě zkušenosti z odborné praxe s cílovou skupinou lidí bez domova v Irsku mohu tvrdit, že je tam sice vysoká míra alkoholiků, ale zároveň jsou v tomto směru mnohem účinnější a přísnější legislativní opatření, která by byla vhodná do budoucna následovat. Zmíním například prodejní dobu alkoholu v obchodech, která je možná pouze do 22. hodiny večer, pak se alkoholová část prodejny zamyká. Také přísné postihy v popíjení alkoholu na ulici, účinné a odrazující jsou také poměrně hodně vysoké ceny alkoholu v restauracích

(i na místní poměry) a velmi vysoké ceny tabákových výrobků, na které navazuje zákaz kouření ve všech uzavřených prostorách. Přísnější legislativa a vyšší ceny alkoholu a tabákových výrobků by jistě v naší zemi mohly podpořit účinnější prevenci závislostí na návykových látkách. Podle Vavrinčíková (2012, s. 25) ovlivňuje reklama na alkohol konzumaci mnohem méně, než cena a příjmy uživatelů drog. Tímto tvrzením se ještě zvyšuje důležitost regulace ceny alkoholu a tabákových výrobků. Novější výzkumy nepotvrdily snížení konzumace alkoholu snížením jeho

reklamní propagace. Reklama na alkoholické nápoje je v ČR omezena zákonem na regulaci reklamy (č. 40/ 1995 Sb.) a o provozování rozhlasového a televizního vysílání (č. 231/2001 Sb.). Reklama nesmí nabádat k nestřídmému užívání alkoholických nápojů, nesmí záporně hodnotit abstinenci, nesmí se zaměřovat na děti a nesmí vytvářet dojem, že pomocí alkoholu můžeme vyřešit problémy, či nám může přinést úspěch. Dále zákon stanovuje věkovou hranici, která je obecně efektivním nástrojem (v ČR do 18ti let), která má snižovat ohrožení zdraví a života mladistvých a dospívajících. Dostupnost je v ČR omezena místně, alkohol je možno prodávat pouze na určených místech (nesmí se prodávat například v automatech, kde by nebylo kontrolované množství, ani věk konzumentů). V Irsku a dalších zemích jsou v této souvislosti dalším dobrým nástrojem speciální obchody, kde se prodává pouze alkohol (tzv. *Off-licence*) a kde je prodej i věk přísně kontrolován. Dalším nástrojem je omezení prodejní doby alkoholu, která u nás zatím omezena není, ale v jiných zemích funguje. Zkrácení otevírací doby podniků je pozitivní faktor ke změně. Opět mohu nastínit příklad z Irska, kde restaurační zařízení musí ve všedních dnech zavírat o půlnoci a o víkendu ve 2 hodiny ráno. Otázkou zůstává, zda se konzumace alkoholu opravdu sníží, nebo se naopak kvůli zkrácené otevírací době po dobu otevření zvyšuje, a tím se celková spotřeba nesnižuje. (Vavrinčíková, 2012, s. 26)

V Evropské zprávě o alkoholu to Anderson a Baumberg (2006) podle Vavrinčíková (2012, s. 26) shrnují následujícím způsobem: *„Je stále více důkazů účinnosti vlivu strategií snižování škod spojených s užíváním alkoholu, které mění kontext a prostředí konzumace. Jejich účinnost je však závislá na přiměřeném posuzování. Například vydání zákona s minimálním věkem povoleného pití bude mít jen malý efekt, pokud ho nedoprovází hrozba odebrání licence prodejnám, které opakovaně prodávají alkohol nezletilým. Takové strategie jsou efektivnější také tehdy, když je podporují komunitní preventivní programy“.*

6.3. Kritika Harm reduction – „poskytování drog a podpora drogové závislosti“ vs. protiargumenty

Další a možná největší bariérou odpůrců tohoto přístupu je názor, že přístup Harm reduction podporuje poskytování a konzumaci drog, a tím je téměř *„legalizuje“*. Často bývá kritizován ze strany zastánců snižování nabídky (Národní protidrogová centrála 2005) nebo snižování poptávky po drogách jako přístup, který užívání drog schvaluje, či podporuje tím, že se zaměřuje pouze na předcházení poškození v souvislosti s užíváním a neusiluje o snížení užívání těchto látek. Tato kritika je způsobena především nedorozuměním mezi zastánci jednotlivých přístupů – snižování nabídky, poptávky a harm reduction – ve prospěch jejich konečných cílů. Všechny tyto intervence usilují o to, předcházet poškozením, jež mohou u jednotlivců nastat. Pro dosažení tohoto společného

cíle však zastánci jednotlivých přístupů používají pouze jiné prostředky, jejichž výběr a aplikace jsou ovlivněny vnímáním jejich zastánců (Stimson a Rhodes 2001) podle Radimecký (2006)

Zastánci přístupu snižování nabídky návykových látek (prohibicionisté) tedy chtějí eliminovat poškození prostřednictvím eliminace nabídky a tím i užívání drog. Zastánci snižování poptávky (redukcionisté) zase chtějí snižovat poškození prostřednictvím snížení rizik s užíváním návykových látek spojených nebo z něj plynoucích. *„Navzdory přetrvávajícím představám, přesvědčením či kritikám, sleduje přístup harm reduction stejně jako přístupy snižování nabídky drog a snižování poptávky po nich stejný konečný cíl – kterým je snaha předcházet poškozením, jež mohou jednotlivcům i společnosti v souvislosti s užíváním návykových látek nastat.“* (Radimecký, 2006)

6.4. Přístup Harm reduction se neshoduje s „filosofií“ pracovníků/organizace

Viz kritika Harm reduction – využívání tohoto přístupu je často věc názoru, vnímání a filozofie organizace. Záleží jak je organizace otevřena novým metodám, jaké „slovo“ na jejich zavádění mají zaměstnanci, jak jim vedení dovolí zavádět nové přístupy a podílet se na jejich tvorbě. Někdo postoj Harm reduction považuje za liberálnější, otevřenější, tolerantnější, vycházející vstřícně člověku a jeho individuálním potřebám. Jeho odpůrci ho naopak mohou považovat za škodlivý, propagující drogy a drogovou závislost. Pokud v daném zařízení panuje spíše konzervativní postoj a lpění na tradičních hodnotách, jakékoliv dobré výsledky využívání přístupu Harm reduction nemusí být přesvědčující, protože se prostě neshodují s filozofií a zaměřením dané organizace. Ta se například snaží eliminovat nabídku drog a jejich hlavním cílem je eliminace drogové závislosti a vyléčení klientů – v těchto případech se někdy těžko diskutuje o možnosti „pouze“ eliminovat rizika a poškození jedinců. Může být pro ně z morálního hlediska nepřijatelné si připustit, že je „společnost bez drog nemožná“ a je „lepší“ snížit konzumaci či zachránit život, než v naivní honbě za úplným odstraněním negativního jevu nakonec nedosáhnout žádného pokroku a daného (vysoko stanoveného) cíle.

6.5. Nedostatek financí organizace

S tímto problémem se potýká většina organizací a provozovatelů sociálních služeb. Nedostatečná finanční podpora ze strany státu i ostatních subjektů nedovoluje provozovatelům zavádění nových služeb, protože jsou finančně nákladné. V současnosti probíhá kvůli nedostatku financí spíše regulace služeb i pracovníků. Tento nedostatek by mohl zvýšit například počet kvalifikovaných dobrovolníků a rozvoj tohoto sektoru, který je v EU velmi rozšířený, stejně jako lepší PR a *fundraisingová* činnost organizace. Jedna z výhod přístupu Harm reduction je, že není až tak finančně nákladný. Přesto je třeba k jeho zavádění či efektivnějšímu využívání určité množství financí, pracovníků a prostředků k jeho realizaci, stejně jako ochota pracovníků k využívání nových přístupů a možnosti tyto pracovníky speciálně vyškolit.

Z důvodu nedostatku financí byly i některé služby Harm reduction lehce zpoplatněny. Jako příklad z praxe mohu uvést téma „*Stříkačky za kačky*“ - situace, kdy občanské sdružení Prevent bylo nuceno z ekonomických důvodů zpoplatnit v terénu a „*káčkách*“ (K – centrech, pozn.) část harm reduction materiálů. Cituji pana Bc. Kamila Podzimka (vedoucí terénních programů Jihočeský streetwork PREVENT):

„Předem je nutné říci, že klienti si HR materiál neplatí v celé výši, ale na některý materiál si připlácí. Zavedli jsme jakýsi standard a nadstandard. Standard materiál je pro klienty stále zdarma. Na malých městech (v káčkách i terénech) je nadstandardním materiálem jen injekční stříkačka od firmy Braun, příplatek je 2 Kč za 1 kus. Injekční stříkačky Microfine a ostatní materiál je zdarma.“ A důvody které je k tomu vedly: *„Pracovní nasazení personálu je vysoce nadstandardní a jejich finanční ohodnocení hodně podstandardní, vzhledem k jejich vzdělání, praxi, náročnosti práce atd. Odborný personál už nemůžeme více ždímat, programy a zařízení jsou vybavena jen tím nejnütnějším pro jejich provoz, všechny další výdaje máme stažené na únosné minimum. Shodli jsme se, že nechceme poskytovat služby neodborné a nekvalitní. Nechceme ani ohrožovat bezpečí pracovníků a posílat je např. do terénu samotné. Dalším krokem tedy bylo buď některé služby v polovině roku zcela zavřít, nebo do toho od začátku roku zatáhnout klienty, tj. služby zpoplatnit.“* To, co popisuje pan Podzimka, vykresluje současnou situaci služeb – nedostatek financí a hledání cest, jak služby pokud možno udržet. S takovými problémy jejich řešením se v současnosti potýká mnoho organizací. (Herzog, 2012)

6.6. Nízká informovanost klientů o přístupech Harm reduction

Pod názvem této podkapitoly si můžeme představit nedostatečnou informovanost klientů o možnostech minimalizace rizik, nedostupnost těchto informací apod. Tuto práci a osvětu vykonávají především terénní pracovníci, které potencionální klienty oslovují, monitorují a informují o možnostech pomoci. Tato informovanost by se ale jistě dala zvýšit například tiskem letáčků a brožur, které by se závislým na návykových látkách rozdávaly, a kde by se mohli dozvědět základy např. bezpečné aplikace drog, důležitosti hygieny, nesdílení jehel a první pomoc při předávkování. Dále by se mohlo pořádat více workshopů v rámci nízkoprahových center pro klienty, kde by se přímo informovalo prostřednictvím např. krátkých informačních videí o bezpečné aplikaci, bezpečném sexu, hygieně a učila se první pomoc při předávkování. Tyto jednoduché a zdánlivě banální postupy mohou zachraňovat životy a je nezbytné vykonávat v tomto směru více osvěty. S tímto přístupem jsem se opět setkala na zahraniční praxi v Irsku, kde byla pro osoby bez domova v rámci azylového domu možnost pravidelných workshopů na téma „*harm reduction*“, kde se tyto postupy učily. K zavádění a inovaci těchto postupů jsou však nutné finanční zdroje a podpora zvenčí (plus celková větší osvěta většinové společnosti - jak se k těmto závislým lidem stavět a jak jim nejlépe pomoci).

6.7. Etická dilemata

„Etické, anebo morální dilema představuje situaci, ve které není správného či nesprávného výběru. Jedinec si musí vybrat mezi dvěma stejně nežádoucími alternativami.“ (Kozierová, Erbová, Olivieriová, 2004) podle Wiczmandyová (2013)

Při využívání přístupu Harm reduction můžeme narazit i na množství etických dilemat. Pro mnohé je etické dilema už samotné využívání tohoto přístupu a jeho filosofie, především pro zastánce redukce a eliminace nabídky drog. Pro někoho je etickým dilematem už sám fakt, že osobám „nabízíme drogy“, či prostředky k jejich užívání (čisté jehly). Tento přístup může být z tohoto pohledu morálně nepřijatelný - názorové stanovisko: *„Přece nebudeme podporovat konzumaci drog“*. S etickými dilematy se ale setkávají i pracovníci, které prvky přístupu Harm reduction v praxi využívají. Je to například téma výměny jehel před dětmi, nutnost zpoplatnění služeb, dále metoda kontrolovaného pití (kde je klientům podáváno prostřednictvím pracovníka kontrolované a dohodnuté množství alkoholu a tím je monitorován jeho stav a pokroky) a další. Konkrétně téma *Kontrolovaného užívání alkoholu* je odborníky propagováno především proto, že

může přivést k léčbě i ty uživatele, kteří nechtějí zcela přestat pít a nesouhlasí s tradičními programy léčby, kde se vyžaduje abstinence. Zastánci tohoto přístupu uvádějí, že mnoho klientů rozhodnutých o kontrolovaném užívání změní často názor a rozhodnou se pro úplnou abstinenci (Marlatt & Witkiewitz, 2002; Owen & Marlatt, 2001) podle Vondráčková (2012). Na tento trend zareagovaly svépomocné organizace, protože ve filosofii Anonymních alkoholiků je za jediný cíl považována abstinence, a vzniklo hnutí Moderation Management, kde je cílem právě kontrolované užívání alkoholu (Klaw et al., 2003) podle Vondráčková (2012).

Každý sociální pracovník se setkává při své práci s etickými dilematy. V rámci využívání přístupu Harm reduction tato dilemata mohou být kontroverznější, odsuzována ze strany společnosti a pod palbou kritiky odpůrců. S tímto je třeba počítat a hledat vhodné argumenty k jeho obhajobě.

II. Praktická část výzkumná

Do této části práce jsem pracovala s teoretickým ukotvením tématu, studiem příslušné literatury, knih, časopisů, článků, vycházela jsem také z pozorování a zkušeností ze zahraniční praxe v Irsku. Všechny tyto informace, poznatky a zkušenosti jsem se pokusila shrnout v teoretické části práce, která má být podkladem pro praktickou část práce, tedy výzkumné šetření. V této části práce se budu zabývat přípravou výzkumu, výběrem zařízení, respondentů, metodikou výzkumu, cíly a technikami. Příprava a metodika mi zajistí vhodné podmínky a postup pro samotnou realizaci výzkumu, průběhu sběru dat a jejich analýzy. Na závěr se pak tato data pokusím interpretovat.

1. Příprava výzkumu

1.1. Výběr prostředí pro výzkum: Středisko Samaritán pro lidi bez domova v Olomouci

Středisko nabízí pro všechny lidi v nouzi, kteří chtějí znovu začít žít naplno, pomoc při řešení problémů v oblastech bezdomovectví, nezaměstnanosti, závislosti, trestné činnosti, rozpadu rodiny, špatného zdravotního stavu, zadluženosti, či osamocení.

1.2. O Středisku Samaritán

Služby pro lidi bez domova Střediska Samaritán v Olomouci fungují od roku 1991. Bezdomovectví je živý sociální fenomén, který se neustále vyvíjí a reaguje na vývoj společnosti i ekonomiky. Také služby poskytované Střediskem reagovaly a rozvíjely se podle potřeb uživatelů. Od počátku tvořilo jádro služeb zajištění bydlení v azylovém domě, v roce 1996 byly zřízeny sociální byty, od roku 2004 funguje azylový dům pro ženy. V roce 2005 bylo otevřeno nízkoprahové denní centrum a v roce 2007 do jisté míry navázala ordinace pro lidi v nouzi; vývoj pokračoval rozvojem fungování terénního programu. Jako poslední vznikla noclehárna pro ženy v dubnu roku 2010. Každá z těchto služeb má svůj veřejný závazek, ve kterém uvádí své poslání a cíle. Zřizovatelem Střediska je Charita Olomouc a Středisko Samaritán funguje od r. 1991.

1.3. Popis poskytovaných služeb a cílů zařízení

1. Azylový dům pro ženy
2. Azylový dům pro muže
3. Noclehárna pro ženy
4. Noclehárna pro muže
5. Nízkoprahové denní centrum
6. Terénní program
7. Ordinace praktického lékaře pro lidi v nouzi
8. Dluhové poradenství (nově vzniklá služba fungující cca 2 roky)

Cílem služby je zabezpečit klienta od jeho okamžitých základních potřeb, jako je teplo, strava, hygiena, bezpečí, poradenství, přes zajištění noclehu, trvalého ubytování, nalezení práce a vyřešení dalších problémů až k získání sociální suverenity a k opětovnému začlenění klienta zpět do společnosti. Tyto služby se snaží reagovat na klienta jako tvora biologicko–psychologicko–sociálně–spirituálního a podle těchto měřítek naplňovat jeho potřeby a zacházet s ním jako s důstojným jedincem s individuálními potřebami. (Charita Olomouc, 2007)

1.4. Cílová skupina

Cílová skupina, pro které jsou tyto služby určeny, jsou osoby bez přístřeší, starší 18 let. Služby mohou využívat muži i ženy, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Tito lidé se ocitli bez střechy nad hlavou z různých důvodů. Mezi nejčastější patří návrat z vězení, nebo z psychiatrických léčeben, dále jsou to rodinné důvody, zejména se jedná o rozpad rodiny, rozvod, majetkoprávní vyrovnání, dědické řízení, neplacení nájemného, závislosti na návykových látkách. Tyto osoby se většinou ocitly na okraji společnosti z důvodu ztráty společenského postavení v důsledku ztráty zaměstnání a následně nedostatku financí k zajištění životních potřeb. Mezi klienty azylového domu jsou i osoby v seniorském věku s nízkými příjmy. (Kvalifikační práce, Páleníková Marta, 2013, s. 47)

1.5. Důvod výběru Střediska Samaritán pro výzkum:

Tuto práci píši na téma „Bariéry v zavádění přístupu Harm reduction ve Středisku Samaritán s cílovou skupinou lidé bez domova“. Hlavním důvodem je, že mě zajímá práce s cílovou skupinou lidé bez domova, drogově závislí a sociálně vyloučení. Vybrala jsem si ho na základě zkušeností ze zahraniční praxe v Irsku, kde jsem právě s těmito cílovými skupinami pracovala dva měsíce a měla jsem možnost poznat mnoho zajímavých přístupů a jedním z nich je přístup Harm reduction, který mě inspiroval. V zahraničí jsem pracovala v organizaci Cork Simon Community, která mi svou nabídkou služeb připomněla Středisko Samaritán, ve kterém jsem byla také na praxi. Nabídka služeb je srovnatelná, až na to, že organizace Cork Simon Community poměrně zásadně řeší otázku drogově závislých bezdomovců a využívá k tomu prvky přístupu minimalizace rizik Harm reduction. Zajímalo mě, jak funguje využívání přístupu minimalizace rizik, a v jaké míře ho využívá/nevyužívá Středisko Samaritán a jaké bariéry v jeho zavádění a využívání se v našich podmínkách v tomto zařízení objevují. Středisko Samaritán je tedy mojí cílovou skupinou a organizací, která splňuje požadavky, které na výzkum mám.

1.6. Cílová skupina – výběr respondentů pro výzkum

Mým cílem bylo domluvit si cca pět sociálních pracovníků zařízení, ideálně z nízkoprahových, terénních a azylových služeb Střediska Samaritán, od kterých jsem se rozhodla získat potřebné informace metodou *polostrukturovaného* rozhovoru. Zajímal mě postoj a způsob práce s klienty bez domova závislími na návykových látkách, využívání minimalizace rizik a bariéry v zavádění a vyšší míře využívání přístupu Harm reduction s ohledem na cíl výzkumu.

2. Metodika výzkumu

2.1. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je definovat bariéry v zavádění/využívání přístupu Harm reduction ve Středisku Samaritán v Olomouci. (tzn. co pracovníkům brání v efektivním využívání minimalizace rizik a rozvíjení využívání tohoto přístupu – cílem je definovat bariéry).

2.2. Aplikační cíl

Definováním bariér bude možno jim porozumět, pojmenovat je a do budoucna odstranit, tím bude zajištěno možné rozvinutí využívání přístupu minimalizace rizik Harm reduction ve Středisku Samaritán, např. i zaváděním nových projektů založených za účelem minimalizovat rizika a tím zkvalitnit a rozšířit možnosti služeb a práce s osobami bez domova závislými na návykových látkách.

2.3. Metoda a strategie zkoumání

Zkoumání a definování bariér v zavádění a využívání přístupu Harm reduction závisí na mnoha faktorech. Důležitou součástí je osobní postoj pracovníka k tématu, jeho názorové ukotvení a znalost individuální praxe s klienty, stejně jako *metoda porozumění* významům (Harm reduction, minimalizace rizik). Proto je pro mne vhodnou strategií kvalitativní bádání, které je na rozdíl od kvantitativních metod schopno lépe pojmut interpretativní charakter zkoumané oblasti, kterou je v tomto případě velmi subjektivní fenomén – přístup Harm reduction a minimalizace rizik. Prostřednictvím kvalitativního výzkumu se nám otvírá možnost porozumět lidem v sociálních situacích (Disman, 2000).

2.4. Technika zjišťování

V návaznosti na můj výzkumný cíl definování bariér v zavádění přístupu Harm reduction jsem si za nástroj sběru dat zvolila *rozhovor*, konkrétně *nestandardizovaný*. Tento typ rozhovoru lze označit také jako neformální (Hendl, 2005) nebo jako hloubkový. Základní charakteristikou je relativní volnost při vedení rozhovoru s možností zaměřit se na různé aspekty problému do hloubky. Při tomto typu rozhovoru se mohu vyptávat na detaily, pokládat doplňující otázky, např. „Co tím myslíte?“ apod. Tyto otázky mají respondenta vést k rozvinutí myšlenek více do hloubky. Takovýto rozhovor je časově náročný a klade zvýšené nároky na schopnost tazatele vést rozhovor. Před samotným zkoumáním jsem si vytvořila seznam okruhů, v jakých bych se chtěla pohybovat a kam otázky směřovat a příklady jednotlivých otázek, tzv. „scénář“. Tento „scénář“ má za úkol téma formulovat, ale samotný rozhovor bude strukturován volně, podle logiky vyprávění. Pro své zkoumání tedy použiji techniku nestandardizovaného hloubkového rozhovoru s prvky standardizace.

2.5. Zdroje zkreslení

Často zmiňovaným zkreslením může být přítomnost tazatele (mne). Respondenta mohou ovlivnit osobnostní charakteristiky tazatele. Odpovědi mohou být také ovlivněny předchozími zkušenostmi dotazovaného s daným tématem výzkumu. Může se také projevit fenomén tzv. *sociálně vhodných odpovědí*, kdy dotazovaný formuluje své výpovědi tak, aby se jimi např. tazateli zalíbil, působil profesionálně, nebo aby korespondovaly se sociálním klimatem doby. V tomto případě tedy neodpovídá podle svého přesvědčení. Na druhé straně mohou být tyto sociálně vhodné odpovědi zajímavým a důležitým aspektem pro výzkumníka, protože může vést k porozumění respondentově konstruování identity.

3. Empirická část – realizace a analýza dat

V této části práce podrobněji popíši realizační fázi mého výzkumného šetření, tedy způsob organizace a průběh rozhovorů.

Celkově jsem provedla pět hloubkových rozhovorů se sociálními pracovníky Střediska Samaritán. Pro zachování anonymity nebudu uvádět jejich jména. Průběh sběru dat probíhal v červnu 2013, rozhovory byly realizovány v kancelářích Střediska. Měla jsem možnost mluvit s pracovníky, kteří pracovali v různých službách tohoto Střediska, což mi umožnilo více úhlů pohledu na tuto tematiku. Byli to pracovníci Nízkoprahového denního centra, služebny Noclehárny pro muže, Azylového domu pro muže i terénního programu.

3.1. Tematické okruhy

Rozhovor byl *polostrukturovaný*, měla jsem tedy připravené okruhy i některé otázky, ve kterých jsem se chtěla pohybovat, ale zároveň zde bylo hodně prostoru pro vlastní připomínky, názory a zkušenosti. Rozhovor jsem směřovala určitým směrem, podle stanovených okruhů, zároveň jsem ale dávala respondentovi poměrně velký prostor pro vyjádření vlastních názorů na toto téma. S každým rozhovorem jsem se tedy dozvěděla něco nového. Celý průběh rozhovoru jsem se snažila směřovat především k minimalizaci rizik a k bariérám, které využívání tohoto přístupu brání.

Okruhy jsem si stanovila tři základní:

- 1. Postoj pracovníků k užívání drog klientů**
- 2. Minimalizace rizik**
- 3. Bariéry a inovace při práci s klienty Střediska závislými na návykových látkách**

Zároveň jsem si vytvořila podotázky, z nichž některé jsem během rozhovoru využila, některé ne, podle toho, kam rozhovor směřoval. Snažila jsem se držet stanovených okruhů s ohledem na cíl práce – bariéry v zavádění přístupu Harm reduction ve Středisku Samaritán.

1. Postoj pracovníků k užívání drog klientů

Bezdomovectví je často spojeno se závislostí na návykových látkách:

Je hodně klientů, využívajících služby vašeho Střediska, závislých na nějaké formě návykové látky?

Jaké drogy klienti nejčastěji konzumují?

Je nějaká tolerovaná hranice užívání těchto látek (alkoholu) ve Středisku? Proč to tak je nastaveno?

Řešíte s klienty jejich závislost ve Středisku Samaritán? (Proč ano, proč ne?) S jakými problémy se při tom setkáváte?

Jakým způsobem (jaké konkrétní služby nabízíte), kam je případně odkazujete?

Jak řešíte, pokud přijde klient opilý? (viditelně pod vlivem drogy) jaké jsou Vaše možnosti?

2. Minimalizace rizik

Využíváte nástroje ke snížení konzumace alkoholu/drog? (opatření, sankce, pravidla)

Jsou tato opatření efektivní, funkční?

Upřednostňujete při práci s lidmi bez domova dosažitelné a reálné cíle? (tj. spíše menší splnitelné kroky, než velké, těžce splnitelné kroky?)

Zaměřujete se na rizika, která by mohla u uživatelů návykových látek vést ke škodám, poškození zdraví, ohrožení společnosti? (předávkování, opilost, kriminalita, infekční choroby)

Myslíte si, že je pro závislé klienty lepší a účinnější minimalizovat rizika užívání či snížení hranice užívání těchto látek, než „lpět“ na úplné abstinenci?

3. Bariéry a inovace při práci s klienty Střediska závislými na návykových látkách

Byl/a by jste otevřen/a většímu důrazu na řešení drogové závislosti klientů ve Středisku Samaritán? (Propojit řešení bezdomovectví s řešením závislosti, zavedením preventivních programů, atd.)

Bylo by to ve Středisku možné? Například zvýšení hranice tolerance alkoholu, či dokonce zavedení oddělení kontrolovaného užívání alkoholu. Myslíte, že by to bylo možné, efektivní? Co myslíte, že by tomu bránilo? (Například nedostatek financí, informací, zaměstnanců, prostoru, případně jiná filozofie, než kterou se Samaritán řídí, etická dilemata a další.)

(Výše uvedené podotázky jsou pouze orientační, striktně jsem se jimi neřídila, ale některé z nich jsem při vedení rozhovoru použila. Z toho vyplývá, že jsem nemusela získat odpovědi na všechny připravené otázky.)

Analýza dat

V této části práce provedu analýzu odpovědí respondentů na otázky směřující k cíli práce, kterým je pojmenovat a definovat bariéry v zavádění přístupu Harm reduction ve Středisku Samaritán.

3.2. Okruh: Postoj pracovníků k užívání drog klientů

V tomto okruhu jsem se snažila zjistit, s jakými závislostmi je ve Středisku největší problém, zda a jak je pracovníci řeší a jaké k tomu využívají nástroje. Při zkoumání míry závislosti na návykových látkách ve Středisku Samaritán s cílovou skupinou lidé bez domova jsem se dozvěděla, že podle názoru pracovníka je cca 70 – 75 % klientů Střediska je závislých na užívání alkoholu: *„[...] těch alkoholově závislých je spousta. V současné době tak těch 70 – 75 % alkoholiků. Procento drogově závislých je podstatně nižší, to jsou ti mladší do 30-ti let. Vesměs kouří marihuanu, čichají, atd. Ale těch je opravdu málo, ti jsou spíše klienty Káčka a nechtějí na azylové domy, zdržují se ve squatech a u nás chodí spíš do denního centra, kde se nají, vyřídí si doklady, atd.“* Další „oblíbenou“ drogou je marihuana. Uživatele tvrdších nelegálních drog (např. pervitinu) ve Středisku potkat můžeme, ale je jich pouze zanedbatelné procento. Tito klienti se spíše soustředí do squatů a vytváří elitářské skupiny, případně využívají více nabídky služeb K-centra v Olomouci. Klienti závislí na nealkoholových látkách ve Středisku využívají nejčastěji služeb Nízkopražského denního centra, ale například o ubytování v Azylovém domě většinou nemají zájem. Další pracovník mi na téma závislosti klientů odpověděl: *„Ten alkohol je asi nejčastější. Ale není to problém jen bezdomovců. Když se podíváme na celou českou kulturu, je to tady společenská tradice. Uvědomme si, že žijem v zemi kde je pivo levnější než nealko. Problém je v tom, že lidi na ulici nemají způsob jak trávit čas – proto začnou pít. Tito lidé jsou dospělí a mají právo se svým životem dělat, co chtějí. Mně nevadí, když se napijí, ale požadují, aby jim to nebránilo v práci a zodpovědnosti. Spousta klientů si to neuvědomuje a pak mohou být například vyloučeni z azyláku.“* Tento pracovník upozorňuje na celospolečenské nastavení tolerance alkoholu, o kterém jsem se již v práci zmiňovala a o osobní volbě a odpovědnosti každého jedince, zda bude pít, nebo ne, a jaké to pro něho bude znamenat důsledky. Pracovnice v terénu, zabývající se dluhovým poradenstvím, mi odpověděla na otázku zda se v rámci Střediska setkává s drogově závislými: *„Ano, jde především o klienty závislé na alkoholu a pak o klienty v detoxikačních centrech. A pak klienti co jsou ve fázi odvykání, a to jsou klienti, co brali pervitin, nebo čichali ředidlo. Já po tom až tak nepátrám. Pak*

mám teda ještě zkušenost s klientkami závislými na práscích na spaní.“ V dnešní době celkově vzrůstá počet osob závislých na nejrůznějších lécích (uklidňujících, na spaní) i v běžné populaci a potřeba řešení těchto závislostí bude postupně růst. Zatím tento problém ale není tak velký, aby ho pracovníci řešili.

Se závislostí na alkoholu se pojí tolerovaná hranice alkoholu u klientů Střediska Samaritán, o kterou jsem se zajímala. Respondent mi odpověděl: *„Tolerovanou hranici máme, dříve byla tolerance 0, potom jsme to přehodnotili na 0,8 %. Diskutovali jsme o tom, zjišťovali situaci v jiných azylových domech v ČR, i za pomoci lékaře, a nyní máme hranici 0,8 %. Pokud je u klientů zjištěno procento alkoholu vyšší, než je naše hranice, nejsou vpuštěni do azylového domu a jsou posláni ven na vstřízlivění.“* Na této změně a posunu tolerované hranice můžeme vidět prvky minimalizace rizik. Pro klienty bylo nemožné dosáhnout hranice 0, proto byla po pečlivé diskuzi zvýšena hranice na 0,8 %. Pro klienty je tato hranice i více motivující, dosažitelná. Raději sníží vypité množství alkoholu, aby byli vpuštěni do azylového domu. Oproti tomu hranice 0 pro ně byla již od začátku nedosažitelná, demotivující, a proto třeba konzumovali alkoholu ještě více. *„Nula byla prakticky nedosažitelná. Pokud má někdo s alkoholem větší problém, můžeme mu snížit hranici v individuálním plánu, aby ho to motivovalo. Je fakt, že se klienti snaží. Záleží na jejich vůli i na pracovnících“,* říká pracovník azylového domu pro muže. Pracovníci se také v mnoha případech shodli, že na každého alkohol působí velmi individuálně, a proto je potřeba s klienty individuálně pracovat. *„Na každého alkohol působí jinak, a mohou tak vznikat konflikty. Je fakt, že někdo když se napije je v pohodě, ale nemůžeme to takto tolerovat. Pokud bychom jednomu povolili alkohol a druhému ne, byla by to nerovnost přístupu. Pokud to dotyčný nedodrží, můžeme do podmínek smlouvy hranici tolerance snížit či mu dát za podmínku návštěvu lékaře.“* Dále jsem se ptala, zda je tedy tato současná hranice vyhovující a dostačující a jak s klienty dále pracují: *„Ta hranice je docela individuální, někdo má promile a není to na něm poznat, a někdo má 0,4 % a motá se. My teď přecházíme na model, kde dáváme klientům do smluv individuální ujednání ohledně konzumace alkoholu. Pokud má např. klient problémy s hygienou a stačí mu jedno pivo, aby se pomočil, tak na základě těchto zkušeností mu byla snížena hranice z 0,8 % na 0,4 %. Záleží na metabolismu a na různých dalších aspektech. Teď to hodně řešíme, je to nový. Přestaly se teď také dávat nezákonné sankce.“* (pokud klient napadl v minulosti pracovníka, dostal třeba doživotní zákaz vstupu do Střediska, nyní to už nefunguje, protože takto dlouhá sankce ze zákona není možná, pozn.). *„Tam jde o to, že takhle dlouhý zákaz je nezákonný. Sankce teď řešíme jinak, sankce jsou maximálně na půl roku, a pak určitou dlouhou dobu musí mít klient individuální ujednání (např. klient který napadl v minulosti pracovníka, dostane do nové smlouvy nulovou toleranci alkoholu). Teď se o tom rozjela ta debata na dodatky ke smlouvě a myslím, že je to k dobru věci.“* Dalším dobrým nástrojem, který pracovníci začali využívat, je tento nový systém individuálního stanovení tolerované hranice

užívání alkoholu a další možné sankce. I tato opatření jsou nástroji minimalizace rizik a pokrokem k dalšímu rozvoji v péči o klienty.

Postoj k řešení závislostí na návykových látkách pracovníků Samaritánu:

Výpověď pracovnice Nízkoprahového denního centra: „*My se až tak nezabýváme závislostmi na návykových látkách, pro nás je primární ten člověk, řešíme hlavně ty jeho základní potřeby (strava, oblečení, teplo, hygiena, poradenství). Hlavní důvod pro lidi je ta polívka, sociální práce je vedlejší, ale my na ní stejně hodně bazírujeme. Drogy jdou docela do pozadí, pro nás to není primární. Víme, že existují služby pro drogově závislé v Olomouci, tak je na tyto služby odkazujeme.*“ Dále ale pracovnice dodává: „*Já, shodou okolností dneska ráno, jsem se setkala s klientkou, která za mnou vyloženě přišla s tím, že fetuje, že už nemůže dál a je úplně na pokraji. Já jsem k ní byla upřímná v tom, že nejsem v drogách profesionál, ale vyslechla jsem ji a snažila jsem se ji právě směřovat na ty konkrétní služby. (K-centrum). Taky jsme narazili na téma terapie (kolegyně má terapeutický výcvik) – terapie by jí mohla hodně pomoci, než přímo konkrétní léčba.*“ (také možný nástroj k minimalizaci rizik, terapií k odstranění příčin problému, místo samotné léčby). Pokračuje: „*Bylo to pro mě hodně náročný v tom, že nejsem na drogy odborník a ona byla vyloženě silná konzumatka. Člověk je takovej nejistej, aby neřekl něco špatně, aby to ještě nezhoršil*“ (pracovnice je zjevně nejistá v rozhovoru s drogově závislou klientkou, protože není přímo vyškolená na tematiku drog, necítí v tomto případě své plné kompetence případ řešit, ale snaží se klientce pomoci a odkázat ji na další služby). Potom jsem se ptala, zda je ve Středisku Samaritán pracovník (i externí), který by se zabýval řešením závislostí klientů Střediska. Respondentka odpověděla: „*Myslím si že ne, vyloženě čerpáme tady z těch služeb organizací na Olomoucku, komunikujeme se záchytnou stanicí, která nám občas něco řekne, co dělat, a taky krizové centrum, ti asi za sebou mají nějaké kurzy a výcvik. Abych pravdu řekla, tak jsem ráno docela přemýšlela, že bych klientku na krizové centrum poslala, protože oni mají za sebou i krizovou intervenci a ona mi připadala docela v krizi.*“ (krizová intervence je taky jedna z nástrojů minimalizace rizik). Další pracovnice střediska mi na postoj a práci se závislými klienty odpověděla: „*Ještě když se vrátím k těm drogám, já si všímám, když ten člověk je pod vlivem tvrdých drog, tak do toho denního centra prostě většinou nepřijde. Kdežto u měkkých drog to ani nemáme šanci moc poznat. Vyloženě nějak testovat. My máme test, ale je nákladný. Spíš je to o domluvě. Mně třeba nedělá problém, když jsou zhulení, především mladí bezdomovci. Já tohle nevidím až tak jako riziko, pouze když se to třeba smísí s alkoholem, tak je to nebezpečný. Nesetkala jsem se s agresivitou pod vlivem marihuany, alkohol je v tomto mnohem nebezpečnější. Ale stále je docela předsudek, že bezdomovci rovná se alkoholicí, protože se poslední dobou zvětšují příčiny bezdomovectví (třeba zadluženost) a alkohol konzumuje spíš ta skupina lidí, kteří jsou dlouhodobě na ulici. Spíš se setkávám s lidma co jsou zadlužení, chtějí ty své problémy řeši. Pro tyto klienty máme nově zavedenou službu dluhové poradenství.*“ Zde můžeme vidět, že

pohled na drogy a závislosti je u pracovníků velmi individuální a často záleží na subjektivním vnímání a zhodnocení dané situace pracovníkem.

Ještě mě zajímalo, co může pracovník dělat v případě, kdy klientovi pod vlivem návykové látky hrozí újma na zdraví: „*My musíme chránit i sami sebe a poskytnout ostatním klientům bezpečí. Velmi často podnapilým klientům říkáme, ať přijdou za dvě hodiny (otevírací doba noclehárny je 2 hodiny) a mezitím to rozchodí. Pro mě je důležitý se domluvit s kolegou co má směnu. Já jsem pro nějaký řešení, když to jde, tak to zkusit. Ale agresivního člověka bych si netroufla.*“ Opět potvrzení toho, že je třeba individuálního a subjektivního posouzení dané situace pracovníky.

3.3. Minimalizace rizik

V této části jsem se soustředila na to, jak pracovníci téma minimalizace vnímají, co si pod ní představují, a zda a jak ji využívají.

Pracovník azylového domu pro muže mi zpočátku tvrdil, že nástroje Harm reduction k minimalizaci rizik v azylovém domě nevyužívají: „*Když se to tak vezme, tak Charita se tý minimalizaci až tak moc nevěnuje. Na to jsou prakticky jiný organizace. Nepočítám ani naši ordinaci, to je vyloženě zdravotnická služba, ordinace je registrovaná zdravotnická služba, jako každá jiná.*“ Odpověděla jsem mu, že minimalizací rizik se nemusí rozumět pouze nástroje k minimalizaci přímo drogové závislosti klientů, ale mohou to být třeba efektivně nastavené hranice v konzumaci alkoholu. „*Vy jste zmiňovala i ten alkohol. Ne, že bychom ho neřešili, ale ne tím způsobem Harm reduction. My s těma lidma pracujem tak nějak dobrovolněji. Můžeme jim zprostředkovat návštěvu lékaře či odborníka, to vše můžeme. Jak jsem říkal, Harm reduction se týká hlavně nízkoprahu.*“ Pracovnice nízkoprahu Střediska Samaritán o práci s drogově závislými klienty: „*My jsme v té přímé péči a nevěnujeme se tomu ve velké míře, ale zrovna dneska byla situace, kdy to drama bylo velký. Je to hodně o důvěře klientů. Ona právě říkala (drogově závislá klientka dožadující se pomoci, pozn.), když jsem navrhla Káčko, že je pro ni velkej problém, když tam jde, být mezi těma dalšíma závislýma lidma (demotivuje jí to), je to pro ni náročný a to úplně chápu, jsou tam lidi nevléčení, a když do toho přijde, tak jí spíš někdo něco nabídne.*“ (klientka by ráda přestala, ale atmosféra Káčka jí úplně nemotivuje). „*Je to jako špatně, že, že ten drogověj svět je tam na dosah ruky.*“ V tomto případě by se nabízel i speciálně vyškolený pracovník zabývající se drogovou problematikou, který by v Samaritánu mohl pracovat buď jen externě. Tento nápad jsem navrhla a zeptala se na něj pracovnice, která mi odpověděla: „*I kdyby to bylo jen jednou za nějakou dobu, přišel by na dvě hodinky, bylo by to dobrý. Ted' jsme narazily na to, že v tomto smyslu by to bylo docela dobrý a hodilo by se to.*“ Dále by jí vyhovovala větší spolupráce s K-centrem: „*Ocenila*

bych větší angažovanost, třeba větší spolupráci s pracovníky K-centra, třeba nějaký společný projekty, u nás např. přednášky pro klienty, diskuze (se zapojením dobrovolníků).“ Toto je jistě velmi zajímavé zjištění poptávky klientů i pracovníků Střediska a stojí do budoucna za úvahu. I větší informovanost klientů a pracovníků vede k vyšší možnosti minimalizovat rizika.

V průběhu rozhovorů s pracovníky jsme narazili na to, že například zvýšení tolerované hranice alkoholu z 0 na 0,8 je také nástroj minimalizace rizik. Pracovníci si často pod pojmem „*Harm reduction a minimalizace rizik*“ představovali pouze činnosti, které vykonávalo K-centrum. Bylo důležité specifikovat, za co všechno můžeme nástroje minimalizace rizik považovat. K tomu jsme se často dostali až v průběhu rozhovoru. Za nástroj minimalizace rizik můžeme považovat např. i zakomponování konzumace alkoholu klienta do jeho individuálního plánu (a stanovení individuální hranice tolerance alkoholu v krvi, založené především na zkušenostech s tímto klientem).

Další názor pracovnice na větší využívání minimalizace rizik ve službách Střediska: „*Není nutné aby všechno nabízel Samaritán, pokud to funguje, ale pokud to nefunguje, a klienti nevidí dostatečnou nabídku služeb, tak by byl prostor pro to tady něco takového více rozjet. Nemyslím si že Samaritán by měl dělat všechno, ale zároveň toto je téma (drogová závislost, pozn.), které se mezi našema klientama často objevuje.*“

Poměrně novým motivačním nástrojem, který by se dal považovat za nástroj minimalizace rizik, je změna otevírací doby denního centra. Dříve mělo denní centrum otevřeno celé dopoledne a potom i odpoledne, klient zde mohl přebývat dlouho. Nyní je 6 otevíracích dob po hodině: „*Pro nás je výhodou současná změna otevírací doby. Dřív jsme byli otevřeni odpoledne a dopoledne a ten člověk tam mohl být celou dobu. Nyní máme otevíracích dob 6, a to je pro nás výhoda, protože pokud klient přijde v jednu dobu opilý, můžeme mu říci, ať to rozchodí a přijde v další dobu (velmi dobrý a účinný motivační nástroj, pozn.), za 2 hodiny přijde a tu polívku si může dát.*“ (Tím se oddaluje zdravotní riziko, agresivní reakce a je to pro klienta motivační.)

3.4. Bariéry a inovace při práci s klienty Střediska závislími na návykových látkách

Během hlubších rozhovorů s respondenty jsme dospěli k názoru, že největší problémovou návykovou látkou u klientů Samaritánu je alkohol. Proto jsem se jich dále ptala na to, zda by bylo možné a vhodné tento problém v budoucnu v rámci Střediska více řešit. Zmínila jsem téma kontrolovaného užívání alkoholu a názor na jeho zavedení ve Středisku. Ptala jsem se pracovníků na bariéry v zavádění přístupů Harm reduction a tyto bariéry jsme společně definovali. Vesměs jsem se setkala s kladnými reakcemi respondentů na zavedení tohoto přístupu (například kontrolovaného užívání alkoholu): „*U nás se razí asi jinej přístup, ale mě osobně se tady to moc zamlouvá a nebyla bych proti. Ale samozřejmě, nikdy nejdeš sám za sebe a musíš se ohlížet na filozofii organizace.*“ Co si myslíte o přístupu, dát klientovi třeba tři plechovky piva v průběhu dne, mít o něm přehled, zajistit mu bezpečí, než ho nevpustit dovnitř, nechat ho se opíjet venku a ohrožovat sebe i společnost?

„Zas tak špatný nápad to není, já si to dovedu představit tady tu redukci, otázka je, jak by se vlezli do hranice, venku by nesměli nic pít. Asi jo, asi by to za úvahu stálo, ale byl by to běh na dlouhou trať, bylo by to na delší dobu. Jestli by to fungovalo v našich podmínkách [...] Taky jde o mentalitu lidí tady. Možná v těch severských zemích je jiná, než tady u nás. Určitě by se to mohlo zavést, jestli to bude mít efekt, to nevím.“

Slučuje se to s filozofií charity? „*Tady jde o to těm lidem pomoci. Pokud by to riziko alkoholismu snižovalo, tak v tom smysl vidím. Záleží, pokud by to opravdu fungovalo. Podle mě by to muselo být zařízení, které by konkrétně s těma alkoholikama pracovalo, samostatně. V současné době je to asi nereálné, protože tu jsou jiné problémy - problémoví senioři, neumístitelní do domova důchodců.*“ Jiná sociální pracovníce tvrdí: „*Já bych řekla, že třeba za pár let by se k tomu mohlo dospět. Ale teď se intenzivně řeší možná závažnější problémy, např. dluhové poradenství (rozpětí lidí co řeší dluhy převyšuje lidi, co řeší drogy). Předtím se třeba ještě řešil azylový dům pro ženy, nebo celková zdravotní péče.*“

„Dále je problém samozřejmě s financema, např. projekt dluhového poradenství je jen do r.2014. Charita má těch cílových skupin spoustu, ale myslím, že v Olomouci jsou bezdomovci dobře podporováni.“

Další názor pracovníka azylového domu pro muže na kontrolované užívání alkoholu a minimalizaci rizik: „*Já si myslím, že to je zajímavá myšlenka, já jsem o tom slyšel – v Anglii rozdělené služby na 'wet a dry' (služby, kde je možné užívat alkohol, pozn.). Tam jde o to, že je k tomu potřeba mít prostory (tady to není možný). To znamená další finanční náklady na prostory, na*

pracovníky, vyšší kontrola klientů. Je to zajímavá myšlenka, jde o to, jak by to fungovalo v našich podmínkách. Určitě by byla potřeba oddělené prostory. Je to hodně zajímavé, zajímá mě to víc.“ Sociální pracovník mě také upozornil na nedostatečnou podporu dobrovolnictví v České republice. Dobrovolnictví by mohl být do budoucna sektor, který by hodně šetřil finance organizací. *„Tam to funguje také tak (v zahraničí), že tam mají velký procento dobrovolníků a to velkým způsobem šetří finance. U nás je to špatně nastaveno – dobrovolník nemá kompetence dělat sociální práci, pouze pod dohledem, u nás může tak obcházet s kasičkama, vydávat jídlo atd.“* Také jsem byla upozorněna pracovníkem na nevhodně nastavenou legislativní úpravu, která dobrovolnickou práci hodně omezuje. *„Je to pěkné mít dobrovolníka, ale když ho nemůžeme pustit k sociální práci, tak je to problém. Naše legislativa dovoluje činnost dobrovolníka pouze pod dohledem. Nemůžeš ho podle zákona pustit k samostatné sociální práci, na to je třeba vzdělání, takže v tomto je to pro nás k ničemu.“* Pracovník mi vyjádřil svou nespokojenost se současným legislativním systémem České republiky, který je zároveň bariérou k většímu zapojení dobrovolníků, které by mohlo šetřit finance, a zároveň by pak umožňovalo tyto finance využít k rozvoji a podpoře dalších služeb. Názor dalšího pracovníka je ryze pozitivní, ale naráží na problémy s financemi a prostory: *„Bylo by to super, ale tady by to možný zatím nebylo, protože na to nejsou peníze a prostory. Muselo by to být někde bokem, mimo areál Střediska (aby to nesvádělo abstinenty). Já myslím, že to lidem může pomáhat.“*

Shrnutí a závěr

Cílem výzkumu a celé této práce bylo definovat bariéry v zavádění přístupu Harm reduction ve Středisku Samaritán v Olomouci.

V průběhu výzkumu jsem se setkala s nejasnostmi ohledně pojmu minimalizace rizik a co si pod ním vlastně představit. Mnoho pracovníků se přímo s pojmem Harm reduction nesetkalo, případně o něm měli pouze základní informace a povědomí a často si jej spojovali pouze s výměnou injekčního materiálu. Někteří pracovníci již na začátku rozhovoru řekli, že tyto přístupy minimalizace rizik ve Středisku nevyužívají, ale v průběhu rozhovoru jsme zjistili, že určité prvky využívají a mají pozitivní výsledky (například zvýšení hranice tolerance alkoholu z 0 na 0,8 a zavádění individuální hranice do individuálních plánů klientů – to jsou velké kroky vpřed a nástroje, které slouží k minimalizaci rizik a stojí na principech Harm reduction.) Sami pracovníci se shodli na tom, že hranice 0 je pro klienty nedosažitelná a tedy zvýšením hranice na 0,8 klienty motivují i k menší konzumaci. Při fungování „hranice 0“ se mnoho klientů jakékoli snahy o minimalizaci vzdalo, protože pro ně 0 byla nedosažitelná. Nyní, při hranici 0,8, mají klienti větší motivaci dát si třeba jen jedno pivo místo lahve vodky a mají jasno v tom, kde je tolerovaná hranice a co si mohou dovolit, a co už ne, aby byli do Střediska přijati.

Nejvíce konzumovanou drogou a návykovou látkou u klientů Střediska Samaritán je podle naprosté většiny pracovníků alkohol (kolem 70 – 75 procent klientů alkohol ve vyšší míře konzumuje). Na jeho řešení, prevenci a minimalizaci rizik spojených s jeho užíváním by se tedy mohlo Středisko do budoucna zaměřit.

Zajímavým názorem a poznatkem v tomto výzkumu byla i určitá poptávka sociálních pracovníků Střediska po možnosti třeba jen externího pracovníka, který by se zabýval drogovou problematikou a do Střediska jednou za čas docházel. (Služba drogového poradenství konkrétně pořádaná pro klienty Střediska Samaritán, kteří řeší téma závislosti na návykových látkách). Dále jsem se setkala se zájmem o větší spolupráci s K-centrem a se zájmem pořádat společné přednášky (přednášky, diskuze a semináře pro klienty Střediska Samaritán pořádané ve spolupráci Samaritána s pracovníky K-centra, kteří jsou odborníci přes drogové závislosti). Myslím, že tyto preventivní aktivity a větší spolupráce by mohly vést k dalšímu zkvalitnění služeb pro osoby bez domova a většímu propojení řešení bezdomovectví se závislostí na návykových látkách. Zde je velký prostor pro realizaci dobrovolnictví, o kterém se ještě zmíním níže.

Sociální pracovníci Střediska Samaritán se většinou shodli na kladném hodnocení zavádění přístupů minimalizace rizik. Mnoho z nich bylo například myšlenkou kontrolovaného užívání

alkoholu nadšeno a věří v jeho prospěch pro klienty i společnost, ale narazili jsme na bariéry, které v zavádění tohoto přístupu zcela jistě brání. Nejčastěji zmiňované bariéry byly finance a jejich nedostatek, nedostatečné prostory pro zavádění těchto služeb. Finance jsou v současnosti problémem ve všech zařízeních poskytující sociální služby. Otázkou je, zda můžeme v této oblasti do budoucna spoléhat na podporu od státu, nebo se spíše soustředit na rozvoj vlastního získávání a šetření finančních prostředků. Klíčem k řešení může být *fundraising* a rozvoj dobrovolnického sektoru. Pracovníci vyjádřili zájem o rozvoj a podporu dobrovolníků a jejich práce ve Středisku. Vyjádřili nespokojenost se současnou situací, protože v tomto směru je problém se současnou legislativou. Ta dobrovolníkům nedovoluje vykonávat samostatnou sociální práci, pouze pod dohledem jiného pracovníka a jejich kompetence jsou značně omezeny. Zvýšením vzdělávání a kompetencí dobrovolníků by organizace ušetřily velké množství financí a investice do dobrovolnictví by se velmi vyplatila oběma stranám. Zaměstnanci Střediska Samaritán by měli o rozvoj tohoto sektoru zájem. Zatím v tom brání ale současné nastavení legislativy. Ani *fundraising* není nyní ve Středisku nějak více podporován, nejsou finanční prostředky k zaměstnávání tohoto pracovníka. Přitom investice do *fundraisingového* pracovníka by se také mohla nesrovnatelně vrátit. I zde je možnost dobrovolnické spolupráce.

Další bariérou pro zavádění přístupů minimalizace rizik ve Středisku Samaritán jsou podle pracovníků jiné, v současnosti závažnější a aktuálnější problémy, jako například dluhové poradenství či senioři bez domova, kteří nejsou umístitelní do domova důchodců. Závislost na návykových látkách se pracovníkům v současnosti nejeví jako největší problém, který by bylo třeba řešit, a vzhledem k nedostatku financí mají jiné priority. Zároveň by ale někteří zaměstnanci Střediska pracovníka drogového poradenství či preventivních aktivit ocenili.

Ve „*filozofii*“ přístupu Harm reduction jako takové pracovníci většinou bariéru nevidí, mnoho z nich se k přístupu minimalizace rizik přiklání a souhlasí s jeho efektivností a byli by nakloněni k jeho využívání. Bariéry vidí v nedostatku financí a vyhovujících prostorů. Kdyby se sehnaly finanční prostředky a vhodné prostory, byli by tímto zavedením přístupu minimalizace rizik – například kontrolovaného užívání alkoholu – nadšeni. Sociální pracovníci Střediska, kterých jsem se ptala, věří v jeho prospěch pro závislé klienty. Z pohledu morálky jsme narazili na bariéru společenskou – zda by nastavení české společnosti tento přístup minimalizace rizik (například kontrolovaného užívání alkoholu) přijalo a zda by nebyla příliš vysoká kritika médií, které by kladné stránky tohoto přístupu mohla zcela poškodit a převrátit.

Za hlavní bariéry v zavádění přístupu Harm reduction ve Středisku Samaritán jsou tedy považovány především finanční zdroje. Tyto bariéry by bylo možno odstranit rozvojem dobrovolnického sektoru a *fundraisingu*, stejně jako možnost získat finanční zdroje na nové projekty tohoto typu ze zdrojů Evropské Unie. Zájem ze strany pracovníků a otevřenost vůči těmto

přístupům je značný a věří v jeho efektivnost a prospěch při práci s klienty bez domova, kteří řeší problém závislosti na návykových látkách. Další velkou bariérou je podle mne nastavení české společnosti a pohled médií, který by i z dobře míněného přístupu minimalizace rizik mohl udělat cílenou podporu užívání drog. Zřejmé je, že tato problematika bude pravděpodobně do budoucna více otevírána a řešena. Otázkou zatím je, jak se budou vyvíjet vhodné podmínky pro rozvíjení těchto přístupů, jako je například podpora dobrovolnictví, legislativní změny a další nástroje podpory, které závisí na celkovém nastavení sociální politiky naší země.

Bibliografie

Monografie

- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- HRADEČTÍ, I., V. 1996. *Bezdomovství – extrémní vyloučení*. Praha: Naděje.
- KALINA, K., a kol. 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- KOPOLDOVÁ, B., LUPTÁKOVÁ, M., STĚCHOVÁ, M. 2008. *Bezdomovectví a bezdomovci z pohledu kriminologie*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- MAREŠ, P. 1999. *Sociologie nerovnosti a chudoby*. Praha: Slon.
- MAREK, J., STRNAD, A., HOTOVCOVÁ, L. 2012. *Bezdomovectví v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.
- PRŮDKOVÁ, T., NOVOTNÝ, P. 2008. *Bezdomovectví*. Praha: Triton.
- SCHWARZOVÁ, in Matoušek, O. 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál
- ŠTEFUNKOVÁ, M. 2010. *Dobrá praxe v Harm reduction*. Praha: SCAN.
- VÁGNEROVÁ, M. 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál
- VAVRINČÍKOVÁ, L. 2012. *Harm reduction a alkohol*. Praha: TOGGA.

Sborníky

- SBORNÍK WHO: *Status Paper on Prison, Drugs and harm Reduction*. 2005. World Health Organization.
- SBORNÍK IHRA: *Prosazování přístupu Harm reduction v celosvětovém měřítku*. 2010. IHRA.
- SBORNÍK RADY EVROPSKÉ UNIE: *Protidrogová strategie EU na období 2005 – 2012*. 2005. Úřad vlády České republiky.
- SBORNÍK „*Dvacet let vývoje bezdomovectví v naší společnosti*“. 2011. Olomouc: Charita Olomouc.
- SBORNÍK FEANTSA: *European review of statistics on homelessness*. 2009. FEANTSA.

Kvalifikační práce

FRÁNEK, S. 2012. *Fenomén bezdomovectví na území města Brna*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita.

KUNCOVÁ, M. 2012. *Efektivita cílů systému Harm reduction pro uživatele nealkoholových drog v kontaktním centru Vídeňská, Brno, jakožto součást sdružení Podané ruce, o.s.* Bakalářská práce. Olomouc: Univerzita Palackého.

PETEREK, L. 2007. *Fenomén bezdomovectví – jak se dostat, žít a přežít na ulici v dnešní společnosti*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita.

PTÁČEK, L. 2009. *Úspěšnost lidí na okraji společnosti při řešení své sociální situace*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita.

ŠALBABOVÁ, J. 2009. *Bezdomovci očima dospělých*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita.

ŠENOVSKÝ, T. 2012. *Návrh Harm Reduction zásad využitelných při práci s pravidelnými uživateli konopných drog v Olomouckém kraji*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého.

Odborné články

PRŮDKOVÁ, T. Harm reduction. *Časopis sociální práce*, roč. 2007, č. 3., s. 102 – 111.

Právní normy a předpisy

Zákon č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi

Internetové odkazy a webové stránky

Cork Simon community: *What we do*. [online] Dostupné dne 18. 6. 2013 z WWW: <http://www.corksmon.ie/category/pages/what-we-do>

Cork Simon community : *About Homelessness*. [online] Dostupné dne 18. 6. 2013 z WWW: <http://www.corksmon.ie/content/about-homelessness>

European monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: *Harm reduction interventions*. [online] Dostupné dne 10. 6. 2013 z WWW: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/harm-reduction>

HERZOG, A. 2012. *Stříkačky za kačky*. [online] Dostupné dne 7. 6. 2013 z WWW: http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=3708

IHRA: *Stanovisko mezinárodní asociace pro Harm reduction*. [online] Dostupné dne 7. 6. 2013 z WWW: <http://www.ihra.net/files/2010/10/26/BriefingWhatisHR%28czech%29amended2.pdf>

JANÍKOVÁ, B. 2010. *Harm reduction konference*. [online] Dostupné dne 12. 6. 2013 z WWW: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/2999/Harm-Reduction-Conference>

RADIMECKÝ, J. 2006. *Časy se mění aneb přístup harm reduction vůči užívání alkoholu?* [online] Dostupné dne 18. 6. 2013 z WWW: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/178/>

VONDRÁČKOVÁ, P. 2012. *Harm reduction v léčbě užívání alkoholu*. [online] Dostupné dne 18. 6. 2013 z WWW: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/3681/Harm-reduction-v-lecbe-uzivani-alkoholu>

WICZMÁNDYOVÁ, D. 2013. *Etické dilema a aspekty ochrany života v ošetrovatelství*. [online] Dostupné dne 2. 6. 2013 z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/eticke-dilema-a-aspekty-ochrany-zivota-v-oseetrovatelstvi-468393>.