



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



Individuální plánování u klientů se závislostí

Bakalářská práce

Studijní program: B7508 – Sociální práce
Studijní obor: 7502R024 – Sociální práce a penitenciární péče
Autor práce: **Pavel Jäger**
Vedoucí práce: Mgr. Andrea Brožová Doubková



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavel Jäger**
Osobní číslo: **P13000086**
Studijní program: **B7508 Sociální práce**
Studijní obor: **Sociální práce a penitenciární péče**
Název tématu: **Individuální plánování u klientů se závislostí**
Zadávající katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl: Charakterizovat individuální plánování jako metodu práce s klienty se závislostí a zjistit jeho efektivitu v praxi u vybraných klientů.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěru.

Metody: Analýza spisové dokumentace, dotazování.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BICKOVÁ, Lucie. Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. 272 s. ISBN 978-809-0466-814.

KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-61.

KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-62.

KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-736-7181-6.4.

ÚLEHLA, Ivan. Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. 128 s. ISBN 9788086429366.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Andrea Brožová Doubková

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **23. dubna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **29. dubna 2016**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2015

Prohlášení

Byl jsem seznámen s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 8. 9. 2017

Podpis: 

Poděkování

Děkuji zejména vedoucí mojí bakalářské práce, paní magistře Andree Brožové Doubkové, za vstřícné vedení práce, pružnou komunikaci a nekonečnou trpělivost. Dále děkuji svojí partnerce Klárce za to, že mi umožnila intenzivní práci na BP z tepla domova a byla mi oporou (a děkuji i za tabulky a motivaci). Děkuji vřele Jakubovi za pomoc na výzkumu a za „zasvěcení“ do procesu, díky též Advaitě, týmu za účast na výzkumu, vedení za možnost studovat. Děkuji mým rodičům – za to, že jsem a za mnoho dalšího. Děkuji našim dětem, že jsou a inspiroují mě. Děkuji i Igorovi za cenné zpětné vazby při konzultacích. Děkuji Jednotě.

Anotace

Bakalářská práce se zabývala individuálním plánováním s klienty v Doléčovacímu programu Advaita. Autor v textu vycházel ze svého zaměstnání a z devíti let působení v sociálních službách a též ze současných teoretických poznatků práce s osobami, které mají diagnózu závislosti. Cílem bakalářské práce bylo zkoumat metodu individuálního plánování, resp. její efektivitu u lidí zotavujících se ze závislosti. Teoretická část textu nejdříve představila základní pojmy, léčbu závislosti v ČR a její ucelený systém, s důrazem na služby následné péče. Dále se zabývala popisem metody individuálního plánování obecně i specificky, se zaměřením na službu následné péče v liberecké Advaitě. V praktické části pak byli přizváni pracovníci programu k rozhovoru, v němž bylo cílem dozvědět se o jejich postojích a zkušenostech s individuálním plánováním. Finálním cílem pak bylo zjistit, zda je metoda individuálního plánování efektivní při práci s klienty. Výzkum ukázal, že individuální plánování jako metoda práce s klienty je poměrně podceňovaná, pracovníci se u ní obávají rizika formalismu a také časové náročnosti a důslednosti, které dle nich metoda vyžaduje. Naopak za výhody tohoto nástroje považují jasnou strukturu a orientaci, cení si také názorného škálování („hvězdy“), jež jako podklad k plánování využívají. Spíše než na dosahování cílů a plánování úkolů jsou pracovníci doléčování orientováni na vytváření a budování vztahu s klienty.

Klíčová slova

Drogy, závislost, léčba závislosti, klient, pracovník, následná péče, doléčovací program, individuální plánování, efektivita metody.

Annotation

The bachelor thesis deals with individual planning with clients in the Advaita Re-entry Program. The author spoke of his work and nine years of work in social services, as well as current theoretical knowledge of working with people who have a diagnosis of addiction. The aim of the bachelor thesis was to study the method of individual planning, respectively, its effectiveness in people recovering from addiction. The theoretical part of the text first introduced basic concepts, treatment of addiction in the Czech Republic and its comprehensive system, with an emphasis on aftercare services. She also dealt with the description of the method of individual planning in general and specifically, focusing on the aftercare service in Liberec Advaita. In the practical part, program staff were invited to an interview in which the aim was to learn about their attitudes and experiences with individual planning. The final goal was to find out if the individual planning method is effective when working with clients. Research has shown that individual planning as a method of working with clients is rather underestimated, workers fear the formalism risks as well as the time-consuming and consistency required by the method. On the contrary, they have a clear structure and orientation for the benefits of this tool, they also appreciate the illustrious scaling ("stars") that they use as a basis for planning. Rather than achieving goals and task planning, doctors are focused on building and building relationships with clients.

Key words

Drugs, addiction, addiction treatment, client, worker, after-care, follow-up program, individual planning, method efficiency.

Obsah

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1 Vysvětlení základních pojmů.....	10
1.1.1 Droga.....	10
1.1.2 Závislost	10
1.1.3 Nepříznivá sociální situace	11
1.1.4 Sociální vyloučení.....	12
1.1.5 Resocializace.....	12
1.1.6 Socioterapie a sociální rehabilitace	12
1.1.7 Uživatel, klient	13
1.1.8 Poradenství.....	13
1.1.9 Poradce.....	14
1.1.10 Vztah mezi pracovníkem a klientem.....	14
1.2 Léčba závislosti	15
1.2.1 SLOŽKY PÉČE v ČR	15
1.2.2 Terapeutické komunity	22
1.2.3 NÁSLEDNÁ PÉČE	23
1.3 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ.....	28
1.3.1 Historie poskytování sociálních služeb a individuální plánování	29
1.3.2 Legislativní rámec individuálního plánování	30
1.3.3 Fenomén plánování	33
1.4 Doléčovací program Advaita.....	37
1.4.1 Poslání, cíle a cílová skupina	37
1.4.2 Zásady a principy práce pracovníků CAS Advaita	38
1.4.3 Formy služby.....	39
1.4.4 Podmínky přijetí do DP.....	39
1.4.5 Popis aktivit v programu doléčování.....	40
1.4.6 Struktura doléčovacího programu	43
1.4.7 Pravidla doléčovacího programu.....	44
2 PRAKTICKÁ ČÁST.....	45
2.1 Cíle praktické části	45
2.2 Individuální plánování jako efektivní nástroj resocializace	48
2.3 Cíl výzkumu	49
2.4 Výzkumné otázky.....	49

2.5	Efektivita	49
2.6	Metody sběru a zpracování dat.....	49
2.7	Výběr respondentů.....	50
2.8	Popis průběhu sběru dat.....	50
2.9	Etické otázky výzkumu	50
2.10	Analýza a interpretace dat.....	51
2.10.1	Vymezení pojmu IP	51
2.10.2	Přínosy IP – k čemu je IP	51
2.10.3	Nejčastěji řešená témata IP v DP Advaita.....	52
2.10.4	Frekvence plánování a revize IP	53
2.10.5	Nástroje IP.....	54
2.10.6	Jak rozumí pojmu IP pracovníci DP Advaita?	54
2.10.7	V)IP mezi metodami ostatními.....	55
2.10.8	Výhody a nevýhody IP	56
2.10.9	IP jako efektivní nástroj resocializace.....	57
	ZÁVĚR	59
3	PŘÍLOHY:.....	63
3.1	Příloha č.1: Co pracovníci rozumí pod pojmem IP (uvedeno, jak rozumí pracovníci pojmu IP).....	63
3.2	Příloha č.2: Co si myslíte o IP v našem doléčovacím programu při práci s klienty se závislostí?.....	64
3.3	Příloha č.3: Škála významu/důležitosti jednotlivých metod pro resocializaci a fungování klienta 0-10 (vč. IP)	65
3.4	Příloha č.4: Příklad kódování	67
3.5	Příloha č. 5: INDIVIDUÁLNÍ PLÁN	68

ÚVOD

Bakalářská práce pojednává o individuálním plánování s klienty, jež mají diagnózu závislosti. Motivace k tvorbě takto zaměřené práce vyplývá ze zaměstnání autora, jenž se profesně pohybuje 9 let mezi lidmi se závislostí, a to napřed jako terénní pracovník a v posledních pěti letech jako terapeut. Téma individuálního plánování je již několik let skloňováno v sociálních službách, nutno dodat, že někde budí rozruch, jinde bývá opovrženlivě přehlíženo a individuální plány jsou jen formálně splněné povinnosti poskytovatelů. Jsou to adekvátní reakce na něco (relativně) nového a pro pracovníky cizího? Nebo to vyplývá z nepochopení smyslu individuálního plánování? Jsou to nelehké otázky a v textu se jich budeme dotýkat.

Část motivace k sepsání této práce leží i v autorově osobním životě a jeho potýkáním se s organizací a plánováním času apod. Dalším důvodem k výběru této práce byl i fakt, že na zadané téma nebyla dosud publikována žádná odborná práce.

Text si klade za cíl představit individuální plánování jako metodu práce s klienty v doléčovacím programu pro závislé osoby a následně zkoumat efektivitu této metody v praxi prostřednictvím rozhovorů s pracovníky doléčování.

V úvodní části vysvětlíme základní pojmy ohledně drog, závislosti apod.

Dále uvedeme čtenáře do světa léčby závislosti pohledem na síť služeb v ČR a představíme Centrum ambulantních služeb a Doléčovací program Advaita, kde autor pracuje. V neposlední řadě se seznámíme s individuálním plánováním a jeho specifiky v obecné rovině.

Cílem praktické části je jednak ukázat, jak se metoda individuálního plánování používá v Doléčovacím programu Advaita a v další fázi se pak budeme zabývat efektivitou tohoto často skloňovaného pracovního nástroje.

Co si myslí pracovníci o individuálním plánování? Jakou roli hraje v jejich práci a jaké místo zaujímá mezi ostatními metodami? Je to pouhá formalita, nebo jde o účinný nástroj při práci s klienty? Tyto a další otázky si ve výzkumné části klademe a hledáme na ně spolu s pracovníky odpovědi.

TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Vysvětlení základních pojmů

V této kapitole se budeme zabývat základními pojmy, které se vztahují k celému textu práce. Považujeme za důležité ozřejmit, v jakém kontextu jednotlivé výrazy používáme a jak jim rozumíme, abychom následně mohli přistoupit k praktické části a zabývat se zkoumáním efektivity metody individuálního plánování.

1.1.1 Droga

Pojmem „droga“ se běžně rozumí: a) nelegální návyková látka, b) v širším pojetí všechny látky ovlivňující vědomí a psychické stavy člověka, tj. veškeré substance vč. alkoholu, nikotinu či kofeinu, c) v přeneseném slova smyslu – i chování, např. sport, nakupování či patologické hráčství.

Hartl (2010) definuje termín „droga“ přesněji a vysvětluje: **1** „Látka živočišného nebo rostlinného původu s farmakologickým účinkem. **2** V psychopatologii látka, která je užívána a zneužívána pro změnu nálady, vědomí, povzbuzení či tlumení somatopsychických funkcí; ovlivňuje biochemické pochody v mozku, příp. v centrálním i periferním nervovém systému, při opakovaném užívání možnost vzniku *závislosti*, v naší společnosti vytěsňována skutečnost, že nejrozšířenější drogou je *alkohol* a bagatelizuje se *nikotin* a *kofein*; v užším smyslu je v ČR drogou číslo jedna pervitin, číslo dvě heroin, každý rok přibývají tři tisíce nealkoholových toxikomanů, každý třetí student střední školy má za sebou experiment s drogami, každý sedmý člověk, který drogu okusil, se stává jejím pravidelným uživatelem, z většiny z nich se stanou problémoví uživatelé; drogy jsou únikem od smutku, problémů, samoty a neštěstí. **3** Přeneseně objekt závislosti, např. práce, hazardní hra“.

Kalina (2001) doplňuje definici o mezinárodní rozměr a uvádí, že dle úmluv OSN a v „Deklaraci snižování poptávky po drogách“ jde o látky podřízené mezinárodní kontrole.

Původ slova je v nizozemském droog – „suchý“. (Wikipedia, 2001)

1.1.2 Závislost

Závislost definuje Kudrle (in Kalina et al., 2003) jako „chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání. Člověk od nepaměti hledá způsoby, jak zintenzivnit prožitek radosti, euforie a slasti, jak uniknout před bolesti a pocity samoty a izolace. Za určitých okolností tato přirozená touha může přejít v nutkavost a zavdat tak příčinu k rozvoji chorobných znaků. Ty se projevují, vedle nutkavého dychtění po změně prožívání, také narušením až ztrátou kontroly nad nutkavým chováním, pokračováním v dosavadním vzorci i přes narůstající důsledky a prohloubením stavu nelibosti při přerušení tohoto vzorce.“

Drogy (jako chemické impulsy), dále i např. počítače a internet (elektronické impulsy) mohou způsobit závislost. (Frouzová in Kalina et al., 2003).

V poslední době se vede diskuse o používání slova „progredující“. Pokud by byla závislost vždy a nevyhnutelně proces, jenž vede k postupnému zhoršování zdravotního stavu člověka a přináší mu čím dál více problémů, byl by v ČR nárůst a celkový počet toxikomanů - a následně i pacientů léčících se ze závislosti - extrémní.

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) závislost splňuje tato kritéria:

1. Opakovaná a silná touha užít látku (bažení po látce, craving)
2. Potíže v kontrole jejího užívání, co se týče začátku, ukončení nebo množství užití látky.
3. Somatický odvykací stav (soubor somatických příznaků z odnětí, který je typický pro určitou návykovou látku a je též přesně definován v MKN-10), pokud dojde k přerušení přísunu látky do organismu, eventuálně užití jiné látky podobného účinku za účelem se odvykacímu stavu vyhnout nebo jeho projevy zmírnit.
4. Průkaz tolerance užívané látky, což znamená, že u daného jedince je k dosažení žádoucího efektu potřeba stále vyšších dávek psychoaktivní látky.
5. Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané látky a zvýšené množství času trávené získáváním, užíváním a zotavováním se z užití látky.
6. Pokračování v užívání i přes zjevné důkazy škodlivých následků jak na fyzické (poškození jater, úrazy hlavy v opilosti, epilepsie aj.), tak psychické zdraví (toxické psychózy, poruchy paměti a koncentrace, depresivní poruchy aj.) a patologické sociální následky (kriminalita, ztráta zaměstnání, rozpad rodiny aj.).

V případě diagnózy závislosti je potřeba, aby člověk v posledním roce vykazoval tři nebo více z výše uvedených jevů (Höschl in Kuklová, 2016).

„Závislost je dobře přirovnatelná k jiným chronickým chorobám, kterými jsou např. vysoký krevní tlak, cukrovka atp. U těchto nemocí by člověk-laik nečekal, že budou mít stále lineární průběh a pacienti nebudou vykazovat žádné výkyvy. A právě výkyvy a nestabilita bývají u závislých jedinců velmi typické, ať už se jedná o vývoj nemoci, nebo o další aspekty jejich života, do nichž nemoc zákonitě promlouvá“ (Behrendt et al., 2013).

1.1.3 Nepříznivá sociální situace

Nepříznivou sociální situaci definuje Matoušek (2003) jako „Oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, nepříznivého stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností.“ Dále pak dle autora může jednat o společensky znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů např. trestnou činností jiné osoby nebo z jiných závažných důvodů. Cíl

sociální práce pak spočívá v řešení vzniklé situace tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením (Matoušek, 2003).

1.1.4 Sociální vyloučení

„Termín označuje obvykle komplexně podmíněnou nedostatečnou účast jednotlivce, skupiny nebo místního společenství na životě celé společnosti, resp. nedostatečný přístup ke společenským institucím zajišťujícím vzdělání, zdraví, ochranu a základní blahobyt. Sociální vyloučení může mít různou úroveň a měnit se v čase. Fakticky znamená život v chudobě, bez účasti na trhu práce (u mladých lidí bez účasti na systematickém vzdělávání), bez přiměřeného bydlení, bez dostatečného příjmu, obvykle v izolaci či v malé skupině deprivovaných lidí pohybujících se na okraji společnosti. Dlouhodobý pocit, že člověk nemá ve společnosti místo, je zdrojem chronického stresu. Příčiny sahají od individuálních až po systémové ...“ (Matoušek, 2003, s. 217). Tentýž autor uvádí, že sociální vyloučení zahrnuje nejen ekonomickou, ale i sociální, politickou a kulturní perspektivu.

Náhled klientů se závislostí na míru jejich sociálního vyloučení mívá následně vliv na jejich motivaci ke změně. Pokud se klient ještě považuje za člena společnosti, v níž žije, a chce jím zůstat, logicky při posunu směrem k okraji společnosti udělá pohyb zpět k jejímu středu. Jiné je to pak v případě, kdy má dotyčný snahu záměrně být desperátem, nepřitelem „systému“ a jít vždy proti proudu. V takovém nastavení člověk již svou vyloučenost přijímá jako svou součást a mnohdy se tím zároveň stává (více či méně) dobrovolnou obětí s mizivou šancí na změnu. To již úzce souvisí s problematikou motivace, o níž pojednáme dále v textu.

1.1.5 Resocializace

„Návrat ke společensky přijatelnému způsobu chování u lidí, kteří se od něj odchýlili. Neobejde se bez změn postojů a bez změn hodnotové orientace. Efekt resocializačních programů je závislý na jejich přiměřenosti a na tom, jak jsou klienty akceptovány. Jen výjimečně do nich klienti vstupují zcela dobrovolně; je však podstatné, aby je program dokázal motivovat k akceptování změny jako přitažlivé životní alternativy. Změna dosažená v průběhu intenzivního resocializačního programu se pravděpodobněji stane změnou trvalou, je-li program ukončován vhodným typem následné péče“ (Matoušek, 2003, s. 183).

Resocializace značně přispívá k sociálnímu začleňování jedince, což je jedním z důležitých principů sociálních služeb a zároveň míra začlenění může být i ukazatelem úspěšnosti klienta. Tak je to aspoň často vnímáno ze strany majority, kterou reprezentují úřady, ministerstva a další, jež se zásadně podílejí na financování sociálních služeb. Druhá věc pak bývá pohled uživatelů služby, kteří mohou svou léčbu vidět jako úspěšnou, i bez zapojení do širšího společenského života. Ale právě síť vztahů, její pružnost a pevnost, kterou klient obnovuje nebo buduje, bývá rozhodující v tom, zda udrží změnu po delší dobu, v ideálním případě natrvalo.

1.1.6 Socioterapie a sociální rehabilitace

Matoušek se opírá o návrh zákona o sociální pomoci, dle kterého jde o „soubor

opatření sloužících k příznivému ovlivnění stavu a situace osob, které jsou z hlediska vzniku a vývoje negativních jevů rizikové nebo jež se ocitly v sociální nouzi. Socioterapie směřuje k jejich sociální rehabilitaci a integraci. Sociální rehabilitací se rozumí obnovení sociálních vztahů a praktických schopností a dovedností, které jsou důsledkem sociálního hendikepu a způsobu života dané osoby narušeny. Součástí socioterapie je výcvik v psychosociálních dovednostech, tzv. psychosociální trénink, vedoucí ke zvyšování sociálních kompetencí, k samostatnému řešení nepříznivé sociální situace vlastními silami a k uvědomění si odpovědnosti za svůj život. Psychosociální trénink představuje cílený nácvik technik zaměřených na získání nebo znovunabytí dovedností, jež jsou nezbytné k samostatnému zabezpečování životních potřeb“ (Matoušek, 2003, s. 219).

Dvořák (in Kalina et al., 2008) uvádí, že „cílem sociální rehabilitace je (re)integrace závislého do společnosti prostřednictvím (znovu)nabytých sociálních a profesních dovedností a podpůrného sociálního prostředí a vztahů.“ V rámci osobnosti ovlivňuje, dle stejného autora, sociální rehabilitace obnovu sebeúcty a dovednost vést život v běžné společnosti. Zásadním tématem je obstat v sociálních rolích, které jsou právě cestou do společnosti. Pomáhající se má snažit vytvořit podmínky k obnově kompetencí či k jejich znovuvytváření.

1.1.7 Uživatel, klient

Slovo „klient“ je v současné době skloňováno jak v oblasti sociálních služeb, komerčního sektoru, a dokonce už i ve vězeňství. Dle Matouška (2003) jde o „subjekt, který využívá sociální služby. Může to být osoba, rodina, skupina i komunita. Protože výraz navozuje pasivního a závislého postoje (např. klienti starořímských patricijů parazitovali na bohatství svého protektora), dávají někteří soudobí autoři přednost výrazům uživatel, resp. konzument služeb, nebo dokonce zákazník (Francie, Německo).“ V ČR je dle autora nejvíce využíváno označení klient.

1.1.8 Poradenství

„Je spoluprací klienta s pracovníkem. Pomoc se rozvíjí na základě klientova přání, jímž míří k rozvinutí vlastních možností. Znamená to, že klient u sebe pociťuje překážky, které mu znemožňují dosáhnout cílů. Přeje si rozšířit repertoár svých možností, odstraněním toho, čemu nerozumí a co mu v tom brání. Na to odpovídá pracovník nabídkou rad, návodů a nápadů, či námětů. Činí tak právě nyní, pro tuto příležitost a pro tohoto klienta. Vytváří je na základě své zkušenosti v průběhu rozhovoru s klientem. K tomu se hodí mít bohatý zásobník rad a návodů, ale umět z něj čerpat je vždy věcí tvořivosti a momentální spolupráce s klientem. Pracovník klientovi pomáhá najít nejužitečnější cesty, přičemž posuzovatelem užitečnosti zůstává klient sám“ (Kopřiva, 2013).

„Poradenství bývá nejčastěji a nejobecněji definováno jako profesionální vedení jedince s využitím psychologických poznatků. Ty jsou významné zvláště při získávání údajů a vedení klienta. Nejčastěji je používán osobní rozhovor a techniky zaměřené na zjišťování zájmů, schopností a nadání“ (Hartl in Matoušek, 2003).

1.1.9 Poradce

Hartl (2010) ve své publikaci píše o tom, „co charakterizuje dobrého poradce a cituje C. B. Trauxe R. R. Carkhuffa (1967), kteří testovali řadu hypotéz a našli empirickou podporu pro to, co označili jako jádro, které usnadňuje účinný vztah pomoci. Toto jádro zahrnuje: **empatii, úctu, pozitivní vztah, upřímnost a konkrétnost**. To vše ústí do schopnosti reagovat vždy typicky a bezprostředně na klientovy výroky.“

1.1.10 Vztah mezi pracovníkem a klientem

Ve všech oblastech „práce s lidmi“ (tj. pomáhajících profesích) je důležitý vztah mezi pomáhajícím a tím, komu je pomáháno. „Pacient potřebuje věřit svému lékaři a cítit zájem od své ošetřovatelky, žák si chce vážit svého učitele, klienti by rádi důvěřovali sociální pracovníci. Tato myšlenka je obsažena v rozšířeném názoru, že v těchto profesích je hlavním nástrojem pracovníka jeho osobnost“ (Kopřiva, 2006).

Stejný autor ve své knize dále pojednává o dvou typech pracovníků a dělí do dvou kategorií:

Neangažovaný pracovník

Pojímat svou práci jako výkon svěřených pravomocí bez osobního zájmu o klienta není ovšem ani v pomáhajících profesích nijak vzácným jevem. Všichni známe lékaře, kteří své poslání spatřují v provádění rutinních vyšetření, předepisování léků a vystavování neschopenek. Mnohý učitel vidí svou roli v tom, aby odříkal a vyzkoušel předepsané učivo a přitom udržel ve třídě klid – a nestará se o to, zda některého žáka pro svůj předmět zaujme. Leckterá sociální pracovníce považuje za svůj úkol kompetentně odpovídat na dotazy předložené v úřední den občanem nebo institucí a nestojí o to, aby se případně stala opěrným bodem pro klienta nebo rodinu, kteří si nevědí rady se svými problémy“ (Kopřiva, 2006). Autor jde následně ještě dál a zmiňuje i vztah, který je horší než neutrální, a že slušnost požadovaná u advokáta, v obchodě či v jiných službách, nemusí být u některých pomáhajících zdaleka samozřejmostí, ba dokonce, že po ní nemusejí být ani stopy (Kopřiva, 2006).

Angažovaný pracovník

Pro mnohé lidi má pomáhající profese velkou prestiž a jsou ochotni ji vykonávat i s ohledem na nízké nebo značně limitované výdělky, které obor nabízí.

„Důležité je, že pomáhání znamená pro mnoho lidí činnost nepochybně smysluplnou. Pro člověka, který přemýšlí nad stavem a perspektivami lidstva i celé planety, který registruje ekologické problémy, bídu rozvojových zemí či úspěchy v mocenské manipulaci s celými národy, může být hodnota určité produkce nebo určitých obchodních operací sporná. Pomáhající se zabývá důležitými životními problémy konkrétních lidí. Pokud se jeho práce daří, pak může být uspokojivý pocit nezkalený pochybnostmi o tom, jakému vývoji to člověk vlastně napomáhá“ (Kopřiva, 2006).

Dle Kopřivy nabízí pomáhající profese také značné zisky, ať už jde o práci s „živou

přírodou“, tj. lidmi, nebo využití možnosti, aby se náš život nemusel rozštěpit na dvě nesourodé složky, kterými jsou chození do zaměstnání čistě pro obživu a tzv. skutečného života, který začíná až po pracovní době.

1.2 Léčba závislosti

„U závislosti se tento pojem používá v širším významu pro odbornou, cílenou a strukturovanou práci s pacientem či klientem, která vychází z bio-psycho-sociálního modelu: jako „léčbu“ tudíž označujeme i odborné programy mimo rámec zdravotnictví“ (Kalina, 2011).

Léčba lidí, kteří problémově užívají drogy nebo jsou na nich závislí, je systematické působení směřující k tomu, aby dotyčný „pacient“ přestal užívat drogy, popřípadě zastavil jinou závislost tzv. behaviorálního typu (např. gambling, workoholismus, závislost na PC aj.). Někdy se také používá termín „úzdava“, který je filosoficky ještě o stupeň dál, nahlížen též jako cílový stav závislého člověka. My jej však v textu můžeme používat jako synonymum ke slovu „léčba“.

O léčbě se často hovoří i v souvislosti s tzv. samoléčbou, kdy dotyčný svévolně absolvuje např. domácí detox, změnu prostředí a okruh lidí, mezi nimiž se pohybuje, práci a další faktory, kterými následně podpoří změnu svého životního stylu.

Při výběru adekvátní léčby se, dle Kaliny (2008), nelze řídit obecnými pravidly. Neexistuje léčba, která by byla zcela vhodná pro každého klienta a podobně neexistuje ani takový klient, který by byl vhodný pro kterýkoliv typ léčby. Hledání (a nalezení) vhodného léčebného postupu je klíčové pro dosažení úspěchu ve všech potřebných oblastech (zdraví, vztahy, práce aj.).

Léčba závislosti patří z hlediska dvojího dělení, jak na ně pohlíží zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, do služeb **sociální prevence** (druhou skupinu tvoří služby sociální péče).

„Zde se považuje za úspěch pouze maximum toho, čeho se může dosáhnout – trvalá abstinence. Platí však to, co u jiných nemocí, že prognóza úspěchu závisí na stadiu onemocnění a na tom, jestli po diagnóze skutečně následuje odpovídající léčba. Principy sebeurčení a autonomie platí i pro závislé nebo nadměrně užívající. Tyto principy mají také rozhodující podíl na způsobu a úspěchu léčby a na tom, jestli je nejslibnější léčbou abstinence, redukce konzumace nebo substituce“ (Behrendt et al., 2013).

1.2.1 SLOŽKY PÉČE v ČR

Ucelený systém léčby závislosti u nás tvoří na sebe vzájemně navazující služby, které se zároveň vzájemně prolínají. Léčba drogové (a dnes i behaviorální) závislosti je v ČR na vysoké úrovni a v mnohých ohledech snese srovnání s vyspělými evropskými státy, nejen návazností na bohatou historii, ale i celkovou odbornou úroveň poskytovaných služeb a jejich dostupností.

Jednotlivé složky péče v ČR popisuje Richterová Těmínová (in Kalina et al. 2008):

1.2.1.1 Terénní programy

Terénní programy (dále také TP) bývají prostředkem k vůbec prvnímu kontaktu s uživateli drog, zejm. nelegálních. Pracovníci se pohybují v přirozeném prostředí uživatelů drog – na ulicích a jiných veřejných místech, vč. nočních podniků a hudebních akcí, ale též na bytech toxikomanů apod. Pracovník aktivně vyhledává – nachází a oslovuje potenciální zájemce o službu a zároveň se k nim chová ohleduplně a dává jim možnost službu odmítnout a nestigmatizovat je dále spoluprací. Služby jsou nízkoprahové, což se projevuje na maximální možné dostupnosti služby, ať už časové, nebo místní. Základní princip terénní práce je ochrana zdraví veřejnosti a *harm reduction (HR)* – minimalizace zdravotních a sociálních rizik pro samotné uživatele drog.

Cílová skupina:

- experimentátoři, kteří zatím s ohledem na braní drog nepociťují problém,
- pouliční uživatele, kteří se věnují především užívání drog (tzv. užívání na „plný úvazek“) a věcem s ním spojeným, mnohdy jde o osoby bez přístřeší, s malou či žádnou motivací ke změně
- pravidelní uživatelé drog, kteří nejsou motivováni pro kontakt s pomáhající institucí, zároveň streetworkery akceptují
- problémoví uživatelé drog, v rozvinutém stupni závislosti, kteří nejsou schopni se kontaktovat s jinou službou,
- uživatelé, kteří se vyhýbají kontaktu s institucí a pokládají ho za nebezpečný

Cíle terénní práce:

A) Minimalizovat negativní důsledky užívání drog nejen pro samotné uživatele, ale i pro společnost:

- pomáhat zabraňovat šíření nemocí, zejm. HIV, hepatitidy B a C, aj.,
- snížit počet úmrtí v souvislosti s užíváním drog,
- předcházet kriminalitě,
- učit uživatele drog „bezpečnějšímu“ užívání návykových látek,
- sběr použitých stříkaček – tím i ochrana většinové populace,

B) Motivovat uživatele drog ke změně životního stylu směrem k abstinenci:

- motivovat klienty ke kontaktu s dalšími službami pro uživatele drog,
- motivovat klienty k řešení jejich sociální situace.

C) Monitorovat drogovou scénu – pomáhat vytvářet účinné strategie protidrogové politiky

Metody práce používané k terénní práci:

- výměna injekčního materiálu a distribuce zdravotnického materiálu,
- základní zdravotní a sociální poradenství, krizová intervence, motivace ke změně, životního stylu směrem k léčbě a abstinenci,

- informace – předávání informací o účincích drog, zdravotních rizicích, aktuálním nebezpečí i trendech v HR, ale též o navazujících službách apod.,
- mapování drogové scény a sběr použitého injekčního materiálu – např. depistáž území z hlediska výskytu toxikomanů, sledování vývoje a trendů na drogové scéně – sledování konzumace jednotlivých druhů drog, např. s ohledem na jejich nebezpečnost),
- základní zdravotní ošetření a orientační testování na přenosné choroby (žloutenky, HIV atd.).

Fáze terénní práce:

- seznamovací fáze – pracovníci se zabývají zmapováním dané lokality, blíže se s ní seznamují a vytipovávají si vhodná místa na kontakt s klienty, s ohledem na jejich bezpečnost a na potřeby drogové subkultury;
- fáze navazování kontaktů – pracovník zaostřuje svůj pohled na jednotlivce-uživatele drog, které přímo kontaktuje, např. i s využitím stávajících klientů;
- fáze budování vztahu a důvěry – na základě pravidelného a častého kontaktu se streetworkeři postupně poznávají s (i potenciálními) uživateli služby;
- fáze práce na změně chování uživatele – informace, poradenství a motivační trénink.

Terénní pracovníci:

Zde je kladen důraz na profesionalitu pracovníků, jejich schopnost navázat kontakt – komunikativnost, dovednost udržet potřebné hranice, značnou výhodou je jejich flexibilita a kreativita, zároveň musí působit důvěryhodně. Dobrá je multidisciplinarita týmu – např. je přítomen poradce-terapeut, zdravotnický pracovník, sociální pracovník apod. Důležitá je osobní připravenost a vzdělání pracovníků, podobně i supervize týmová a případová. Zásadní je též dbát na bezpečnost práce a prevenci syndromu vyhoření.

1.2.1.2 Nízkoprahová kontaktní centra

Kontaktní centra (K-C) pro uživatele nelegálních návykových látek poskytují některé služby, jako TP, avšak ve stabilním prostředí organizace, kde se klade větší důraz na další motivaci klientů. Zejména zdravotní a poradenské služby zde mohou mít rozvinutější podobu, to se projevuje např. v pravidelných konzultacích s motivovanějšími klienty, ošetřováním úrazů nebo poškození spjatých s aplikací (zejména injekční) drog.

Cílová populace je podobná jako u TP s tím rozdílem, že již překonává ostych ze vstupu do instituce. Pro podporu a pomoc si sem mohou přijít i rodinní příslušníci. Podobně jako u TP zde není podmínkou poskytování služeb aktuální abstinence klienta. Pracovníci se setkávají s uživateli, jež mají různý stupeň motivace ke změně.

Základní cíle:

- minimalizace zdravotních a sociálních rizik v populaci uživatelů zejm. nelegálních drog, tím i současně ochrana populace drogami zatím nedotčené;
- motivace klientů ke změně životního stylu směrem k budoucí abstinenci;
- navázání kontaktu s latentní populací konzumentů drog a tvorba vzájemné důvěry mezi klienty a pracovníky;
- minimalizace rizikového - nebezpečného chování;
- prohlubování navázaných kontaktů a vzájemných vztahů, se záměrem působit na uživatele, aby měnili rizikové vzorce chování (např. sdílení propriet k aplikaci drog, nechráněný sex, kriminální chování apod.);
- pomoc klientům v získání a pokud možno udržení motivace v dalším návazném postupu v léčbě a resocializaci;
- příprava klienta na spolupráci s návaznými institucemi, minimalizace neúspěšných a předčasně ukončených pokusů o léčbu;
- podpora klientů v kontaktu s úřady a institucemi (úřad práce, sociální odbor, OSPOD, soud apod.), vč. nabídky doprovodu;
- zajištění podmínek nutných k přežití (distribuce základního zdravotního, hygienického a potravinového servisu, odkazy na pracovní místa aj.);
- pomoc v sociální stabilizaci uživatelů;
- pomoc v krizi;
- pomoc a podpora rodiny či blízkých uživatelů;
- zvyšování informovanosti a edukace klientů;
- zvyšování informovanosti odborné i laické veřejnosti.

Metody práce používané ke kontaktní práci:

- Kontaktní práce - základní cíl je zde navázání, udržení a prohlubování kontaktu s uživateli drog a jejich prohlubování důvěry v odbornou instituci. Pracovníci mapují potřeby a problémy klientů.
- Výměnný program a další aktivity HR - je základem práce K-C, s cílem nešíření přenosných chorob. Dále osvěta v bezpečnějších způsobech aplikace drog, včetně jeho nácviku.
- Vzdělávání a předávání informací - poskytování ústních i písemných informací, podobně jako u TP.
- Základní zdravotní servis - základní ošetření, zejm. v akutních případech výskytu typických komplikací spjatých s užíváním nealkoholových drog, v závažnějších případech zprostředkování kontaktu s návazným zdravotnickým zařízením.
- Základní poradenství - prohlubování navázaného kontaktu s důrazem na motivaci ke změně rizikového chování (např. rizikového injekčního užívání drog, předávkování apod.). Informace o možnostech léčby a návazných služeb.
- Strukturované poradenství a motivační trénink - rozvoj a motivace klienta ke změně směrem k léčbě a abstinenci, předpokládá se kontrakt o spolupráci.
- Poradenství pro osoby blízké - zejména rodinní příslušníci uživatelů, jejich

podpora, pomoc a provázení; může být jednorázové či systematické – déletrvající, individuální i skupinové.

- Krizová intervence.
- Sociální práce – pomoc při hledání práce, zařizování dokladů a jednání s úřady či s orgány činnými v trestním řízení. Též řešení dluhů, splátkových kalendářů atd.
- Další poskytované služby – potravinový a vitaminový servis, hygiena (sprcha, praní prádla aj.).

1.2.1.3 Detoxifikační jednotky

Stojí na počátku institucionální léčby, kterou nabízí stát svým občanům, posléze pacientům. Jde o zdravotnická zařízení, která poskytují bezpečný prostor pro zvládání abstinčních příznaků, mnohdy i život ohrožujících stavů - např. u alkoholiků deliria tremens, fyzické bolesti a komplikace při odvykání opiátové závislosti apod. Důležitým prvkem je v rámci detoxifikace také diagnostika pacienta, která má pomoci nasměrovat ho na adekvátně zvolenou cestu léčby. To vyžaduje odborný zdravotnický personál – lékaře, sestry a sanitáře aj. Detoxifikační jednotky jsou zpravidla součástí psychiatrických nemocnic, aby pacient po zahájení léčebného procesu mohl plynule navázat přechodem do sousedního pavilonu (taková návaznost je zajištěna např. v Bohnicích, Červeném Dvoře atd.). Někde ale tato zařízení fungují jako samostatná, nezávisle na dalších odděleních a také nástupy pacientů se domlouvají zvlášť (např. Nechanice, Apolinář, Kosmonosy aj.). To na jednu stranu komplikuje a prodlužuje nalezení vhodné léčby, na druhou stranu zde zájemce o léčbu prokazuje a posiluje svou motivaci. Délku pobytu na detoxifikačním oddělení určuje ošetřující lékař a stanovuje se na základě množství metabolitů návykových látek v moči. Většinou se pohybuje v rozmezí od dvou dnů až do dvou měsíců, přičemž horní hranici atakují převážně uživatelé konopných drog. Ambulantní detoxifikace se provádí nejčastěji u klientů substitučních programů.

Cíle detoxifikace:

- Zvládnutí odvykacích stavů a intoxikace,
- diagnostika a pomoc s výběrem další vhodné léčby,
- v případě klientů, kteří zde chtějí krátkodobou abstinencí pouze snížit toleranci k droze, motivace k řádné léčbě a k životu bez drog.

Metody práce:

- Diagnostika – odborné lékařské posouzení zdravotního (tělesného i psychického) stavu,
- farmakoterapie – někdy jsou podávány léky pro zvládání odvykacích nebo jinak náročných akutních stavů (např. antidepresiva, anxiolytika, antipsychotika, hypnotika apod.)
- psychoterapie – individuální či skupinová, využití nejčastěji kognitivně-behaviorálních technik, motivační trénink aj.
- sociální práce – akutní poradenství a pomoc v zařizování nemocenské, evidence na úřadu práce atd.,

- strukturovaný program.

1.2.1.4 Substituční léčba

Jak napovídá název, jde o nahrazování původní, nelegální drogy jinou – lékařem předepsanou – substancí, bez neznámých, škodlivých příměsí. Důležitým faktorem je též nahrazení rizikové aplikace drogy, zejména jejího injekčního užívání. Substituce probíhá nejčastěji formou ústní aplikace buprenorfninu (tablety) či metadonu (sirup). Typické je u nás provádění substituční léčby opiátové závislosti (např. na heroinu, subutexu, tramalu, fentanylu aj). Téma substituční léčby v sobě zahrnuje otázku podávání dalších, byť legálních, drog v průběhu léčby. V rámci návaznosti léčby mají např. klienti na substituci problém dostat se do doléčovacích center, kde je podmínkou úplná abstinence.

Cílem substituce je v první řadě zmírnění abstinčních příznaků po vynechání primární drogy. Dalším krokem pak bývá abstinence, k níž se většinou dospívá postupným snižováním dávky drogy až na „nulu“, pod lékařským vedením. Abstinence však nemusí být vždy jediným cílem, u některých jedinců je dokonce nemožná, neboť pacient odmítá zcela bez drog žít, popř. je to pro něj extrémně náročné. V takových případech se jedná o tzv. dlouhodobou udržovací substituci. I zde je substituce a výhodná jak pro jedince, tak pro společnost, neboť závislý klient již nenakupuje drahé drogy na černém trhu a může se tudíž vyhnout kriminálnímu chování během shánění peněz na svou dávku.

Cíle substituce:

- Snižování ilegálních drog v populaci,
- redukce a prevence kriminálního chování uživatelů drog,
- minimalizace zdravotních škod způsobených příměsemi nelegálních drog a jejich aplikací,
- sociální stabilizace klienta,
- postupné vedení ke změně a úplné abstinenci.

Metody práce:

- Farmakoterapie – podávání substituční látky: většinou denní aplikace v zařízení, u stabilizovaných klientů výdej většího množství k domácímu užívání,
- pravidla a režim – dbá se na jejich dodržování a při porušení hrozí sankce a vyřazení z programu,
- poradenství a psychoterapie – většinou podpůrného typu, individuální a skupinová terapie, motivační rozhovory apod.
- sociální práce – řešení bydlení, dluhů, pracovního zařazení apod.

1.2.1.5 Ambulantní léčba

Spočívá v docházení do zařízení a dodržování léčebného programu, který se skládá většinou z psychoterapie, individuální a skupinové, dodržování dohodnutého léčebného postupu apod. Klient ambulantního programu přichází se zakázkou úplné abstinence, nebo někdy může mít v plánu získat kontrolu nad užíváním návykových látek nebo nad škodlivým chováním. Velmi často se ale

klient potřebuje nejprve ve své situaci zorientovat a následně zvolit adekvátní způsob služby, kterou bude nadále využívat. V případě úspěšného absolvování ambulantní léčby se pak uživatel služby může plynule přesunout do doléčovacího programu. V opačném případě, když docházku do programu nezvládá, nebo často relabuje, nabízí pracovník další varianty léčby, zejména pak více strukturované programy v chráněném prostředí psychiatrických nemocnic (PN) a terapeutických komunit (TK). Vhodný uživatel služby, tzn. s dobrou šancí úspěšně naplnit svou zakázku, je ten, kdo je dostatečně motivován ke změně a má zázemí ve formě práce, vztahů a bydlení. Tým pracovníků by měl být opět víceoborový, od terapeuta, přes psychologa či psychiatra, až po sociálního pracovníka.

Cíle ambulantní léčby:

- Abstinence od návykových látek nebo chování,
- orientace v nepříznivé sociální situaci a zhodnocení závažnosti problému (např. stádium závislosti apod.),
- zmírnění užívání drog, popř. větší kontrola nad patologickým chováním,
- sociální stabilizace,
- příprava na další stupeň léčby v jiném zařízení (PN, TK aj.)

Metody práce:

- Zhodnocení celkového stavu klienta,
- psychoterapie skupinová a individuální,
- poradenství a motivační trénink,
- rodinná a párová terapie
- poradenství pro osoby blízké – též může být skupinové i individuální
- sociální práce – dluhy, bydlení, práce atd.
- volnočasové aktivity, kluby, socioterapie, podpora změny a nového životního stylu.

Denní stacionáře

Denní stacionáře jsou zařízení, kam chodí klienti denně a procházejí zde léčbou, jež stojí na pomezí ambulantní a pobytové léčby. Jedná se o zařízení s intenzivním a strukturovaným programem. K léčbě se zde využívají prvky běžné pro TK. Léčba je členěna do fází, je zde řád a jasná pravidla, klíčovým prvkem je práce v terapeutické skupině, setkávání větší komunity a ostatní formy psychoterapie. Běžné je i využití pracovní, sportovní nebo kulturní. Docházka a účast na programu stacionáře je vhodná pro lidi v různém stadiu závislosti, s relativně stabilním sociálním zázemím. Multidisciplinární tým by měl obsahovat psychologa, psychoterapeuta, sociálního pracovníka a pedagoga.

Cíle léčby:

- Změna životního stylu a abstinence od drog či patologického chování,
- zvýšení kompetencí ve společenském životě a zejm. v blízkých vztazích (popř. jejich náprava),
- podpora a udržení osobnostního růstu.

Metody práce:

- Režim a pravidla – pevná struktura programu,
- skupinová psychoterapie (též využití dramaterapie, arteterapie apod.),
- komunitní setkávání,
- individuální psychoterapie a poradenství,
- sociální práce - řešení bydlení, dluhů, pracovního zařazení apod.

1.2.1.6 Střednědobá ústavní léčba

Střednědobou léčbou se rozumí pobyt v psychiatrické nemocnici (dříve psychiatrické léčebně), kam jde zájemce buď rovnou „z ulice“, nebo po předchozích intervencích v jiném zařízení (detoxifikace, ambulance apod.). Cílovou populaci představují lidé starší 15 let věku, v různých stadiích závislosti či jinak problémově a rizikově konzumující drogy nebo hrající hazardní hry apod. Léčbu zde provádí převážně zdravotnický personál, psychologové, psychiatři, popř. tzv. laičtí terapeuti.

Cíle léčby:

- Změna životního stylu vč. abstinence od primární drogy a od dalších drog či hraní,
- změny v oblasti motivace, zejm. její zvnitřnění a upevnění,
- orientace v důsledcích chování během drogové kariéry a jejich řešení,
- rozpoznávání rizikových situací ohledně ohrožení abstinence a zacházení s nimi v rámci svého bezpečí, zároveň jejich minimalizace,
- změna životního směřování,
- zisk sebereflexe, podpora osobnostního růstu a zlepšené prožívání emocí.

Metody práce:

- Strukturovaný program, vč. režimu a jasných pravidel apod.,
- psychoterapie, zejm. skupinová, někdy i individuální, práce s komunitou,
- rodinná a partnerská setkávání, poradenství a terapie,
- pracovní terapie – pacient se podílí na chodu léčebny;
- volnočasové aktivity – túry, výlety, sport.

1.2.2 Terapeutické komunity

Terapeutická komunita je léčebné společenství, jenž slouží k léčbě (v našem případě závislosti), sociální rehabilitaci a znovunabytí dovedností pro běžný život bez drog. Klíčovým nástrojem k procesu dosažení změny jsou zde vztahy, v první řadě mezi členy terapeutické skupiny (většinou 8-15 lidí), ve druhé řadě mezi skupinou a terapeutickým týmem. Panuje zde méně hierarchická struktura vztahů, než např. ve zdravotnických zařízeních, běžné je tykání terapeutů s klienty a bílé pláště se zde nenosí. Léčba je zde rozdělena do fází, ve kterých má klient možnost projevit svou odpovědnost a zlepšovat své sociální a další dovednosti. Doba trvání léčby je většinou 6-15 měsíců, záleží na typu komunity, na stavu klienta a jeho schopnosti uskutečnit svůj cíl, který si stanoví na počátku léčby. Tým pracovníků má být i zde pestře složen z terapeuta, psychologa, psychiatra, sociálního

pracovníka či pedagoga.

Hlavní cíle:

- Vytvoření sebenáhledu – objevování souvislostí mezi starým - drogovým chováním a dnešním stavem, sebezpoznávání díky skupině atd.,
- učení se díky sociálním interakcím a konfliktům;
- identifikace s nově vzniklou (netoxickou) identitou – odpoutání se od starých zvyků, slangu, tělesných pohybů a zažitých nefunkčních a problémových vzorců chování;
- prohlubování a udržení nabytých dovedností (i z předchozí léčby) - díky zkušenosti, pravidelnému a častému opakování.

Prostředky a metody práce:

- Bezdrogové - bezpečné prostředí pro růst – docela běžná separace od vnějšího světa; skupinová a individuální psychoterapie – stěžejní záležitosti se probírají na skupinách, kterých je hned několik typů, zároveň každá událost zde „hrozí“ přesunutím na terapeutickou rovinu;
- setkávání celé komunity – několikrát denně, reflexe dne, zpětné vazby, kritika apod.; rodinná párová terapie – rodiny mohou přijet do TK na více dní a zapojit se do chodu komunity a zároveň se účastnit terapií zaměřených na vztahy v rodině a jiná témata; značná demokracie v rámci skupiny i celé komunity – členové skupiny se podílejí svým rozhodováním na mnoha procesech, v TK probíhajících;
- volnočasové aktivity (sport, výlety, zátěžové akce apod.);
- pracovní terapie; vzdělávání (např. přednášky, semináře, nácvik dovedností na téma prevence relapsu atd.).

Doléčovací programy

Více o doléčovacích programech pojednáváme v následující kapitole.

Ostatní zařízení a služby

V průběhu času reagovaly služby i na specifické potřeby některých skupin uživatelů drog, jako jsou např. matky s dětmi, mladiství uživatelé, klienti s psychiatrickou diagnózou, vězni (též po propuštění), etnické a jiné menšiny. Vytvořily se speciální služby, které jdou těmto klientům naproti, a tak zvyšují účinnost práce s nimi. Zůstává méně lidí, jež propadávají pomyslným sítím sociálních služeb.

1.2.3 NÁSLEDNÁ PÉČE

Služby následné péče jsou na konci systému péče a jejich smyslem je doprovázet klienta při vstupu do běžného života a v jeho průběhu. V zahraniční literatuře se můžeme setkat s pojmem „Re-entry“, méně se již dnes využívá termín „Aftercare“.

Výstižně následnou péči definuje Kalina (2001, s. 69): „Smyslem následné péče je udržet u klienta změny, které nastaly v průběhu léčby, popř. spontánně nebo po předchozích intervencích.“ (Kalina, 2001)

Následná péče X doléčování

Výrazy následná péče a doléčování bývají často používány jako synonyma, což není zcela přesné. Následná péče v širším slova smyslu a v různých typech služeb, resp. u různých cílových skupin (např. propuštění vězni, pacienti po chirurgickém zákroku aj.) má za cíl reintegraci do běžné společnosti. Zatímco termín doléčování je pouze částí NP a dopomáhá klientům zejména posilovat a udržovat abstinenci díky strukturovanému programu.

(Kalina, 2001)

Formy následné péče

V oboru léčby závislosti se nejčastěji setkáváme s následnou péčí prováděnou ambulantně v doléčovacích centrech a s tzv. opakovacími (povětšinou týdenními) pobyty v rezidenčních léčbách (převážně v PN). Významnou roli ve službách následné péče hrají i svépomocné skupiny typu AA (anonymních alkoholiků), KLUS (klub lidí usilujících o střízlivost) aj. U všech forem následné péče je společným jmenovatelem pozvolné prodlužování vzdálenosti mezi klientem a programem, a tak (v ideálním průběhu) uživatel využívá služby čím dál méně, čím více je sám kompetentní a autonomní.

1.2.3.1 Legislativní rámec následné péče

Služby následné péče primárně vycházejí, dle platných pravidel v ČR, ze dvou zdrojů: jedním je Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v dikci Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) a druhým jsou Standardy odborné způsobilosti dle Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). V některých bodech se požadavky obou orgánů překrývají, jinde mají ty pro RVKPP sofistikovanější a více specializovanou podobu.

V zákoně č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (§ 20), je definováno, že „programy následné péče, které zajišťují poskytovatelé zdravotních služeb a jiná zařízení; obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence.“

Následná péče se dále považuje dle zákona č. 108/2006 Sb. (§64) za službu sociální prevence a definuje se takto:

(1) „Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstínují.“

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) sociálně terapeutické činnosti,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

(3) Služba podle odstavce 1 poskytovaná formou pobytových služeb v zařízeních

následné péče obsahuje vedle základních činností uvedených v odstavci 2 tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy.

1.2.3.2 Cílová skupina

Cílovou skupinu služeb následné péče tvoří dle Standardů odborné způsobilosti (RVKPP, 2004), převážně lidé s anamnézou závislosti na drogách (legálních i nelegálních), popř. patologického hraní, kteří abstinují a prošli minimálně tříměsíční pobytovou léčbou (v PN nebo TK). Richterová Těmínová (in Kalina et al. 2008) uvádí i další variantu, kterou je svévolné abstinování, rovněž minimálně o délce tří měsíců. Vhodné však je, když zájemce o doléčování absolvuje alespoň ambulantní léčbu či odbornou detoxifikaci. Tatáž autorka (in Kalina et al. 2008) zahrnuje do rámce programů následné péče i práci s osobami blízkými (rodina, partneři atd.).

1.2.3.3 Cíle následné péče

Významným tématem pro většinu klientů programu následné péče (NP) bývá **přechod z chráněného prostředí** pobytové léčby do běžných podmínek venkovního života. To s sebou často nese řadu problémů, a právě s nimi by měly pomáhat navazující služby následné péče. O cílech a klientech referuje Kuda (in Kalina et al. 2003, s. 208): „Lze u nich nalézt minimálně základní náhled na potřebu dlouhodobé abstinence od své primární drogy a potřebu podpory a pomoci (často velmi praktické) při znovunacházení svého vlastního místa ve světě neboli **integrace** do podmínek normálního života.“ Stejný autor (in Kalina et al. 2003, s. 208) dále připomíná „**stabilizaci životního stylu**“ jako jeden ze zásadních cílů NP a jako klíčový prvek ovlivňující efektivitu léčby, čím potvrzuje důležitost intervencí prováděných v NP.

1.2.3.4 Druhy služeb v následné péči

Doléčovací programy

Doléčovací programy slouží k udržení změn v chování a životním stylu klienta, které provedl během léčby nebo ve svévolné abstinenci. Doléčování se realizuje v ambulantních zařízeních nejčastěji jako strukturovaný program, s různou mírou intenzity a četnosti.

„...doléčování se týká především podpory a udržení abstinence po léčbě. V širším pojetí, vycházejícím z bio-psycho-sociálního modelu, lze doléčování definovat jako soubor všech služeb, které následují po ukončení základního léčebného programu (psychiatrická léčebna, terapeutická komunita, atd.) a které ve svém souhrnu pomáhají vytvářet podmínky pro abstinenci klienta v životě po léčbě“ (Kalina et al., 2011).

Používané metody a nástroje v doléčovacím programu:

A) Psychoterapie individuální i skupinová, slouží jako podpora klienta v jeho životním stylu, je pro něj záchytným bodem v jeho krizích a pomáhám mu rozvíjet jeho motivaci. V rámci individuální terapie uživatel služby dále rozvíjí a zpracovává témata, jež si s sebou nese z předchozí léčby a na skupině je sdílí s ostatními, popř. řeší i běžné věci, týkající se „normálního“ života. Vzhledem k větší otevřenosti skupin (poměrně velký počet nově přicházejících lidí oproti TK) již ve skupinovém prostoru členové příliš neřeší hluboká a ohrožující témata, která nechávají spíše do individuálních sezení. Zde velmi záleží na tom, jak je klient zkušený – kolik vnitřního zkoumání má za sebou, která témata má zpracovaná, otevřená a o kterých ani netuší. Důležitým nástrojem i cílem skupin je neustálá interakce mezi členy, konflikty, vztahy a další akce, které vedou k efektivnější komunikaci, sebe-náhledu, sebezprosažení apod. Jedním z významných cílů terapie je, aby se klient dostával více k sobě, svým emocím a uměl s nimi zacházet.

Kuda (in Kalina et al. 2008, s. 217) upozorňuje na častou snahu „omnipotentních“ terapeutů obsáhnout všechna klientova témata v rámci doléčování. Je třeba zde zvážit, které klientovy problémy bezprostředně souvisí s jeho stabilizací a co lze v omezeném čase následné péče reálně řešit. V návaznosti na doléčování se klient může odebrat do dalšího psychotherapeutického zařízení a pracovat dále (např. i několik let) na svých tématech.

B) Prevence relapsu zaujímá klíčové místo ve službách doléčování, jež by se měla táhnout jako pověstná červená nit celým programem, neboť člověk s diagnózou závislosti zůstává dlouho ohrožen relapsem. Dobře prováděná prevence relapsu podporuje efektivitu programu: Pavlovská a Makovská Dolanská (in Kalina et al., 2015, s. 471) zmiňují studii Arbour et al. (2011), kde bylo vysledováno, že pravidelná docházka do doléčovacího programu byla spjata s nižší mírou užívání drog během šesti měsíců. Stejně autorky v téže publikaci dále píší o výzkumu Sannibale, Hurkett, Van den Bossche et al. (2003), podle kterého klienti docházející do doléčování relabovali průměrně o 134 dní později než ti, kteří nevyužívali žádnou službu.

C) Chráněné bydlení tvoří významnou součást doléčovacího programu, která klienty podporuje v jejich sociální stabilizaci a zvyšuje efektivitu celé služby. Chráněné bydlení slouží klientům, kteří se po dlouhodobé léčbě nevracejí do původního bydliště a je pro ně nereálné si během léčby sehnat samostatné bydlení (Pavlovská, Makovská Dolanská, 2015; s. 473; Dvořák, 2003).

Dle Kudy (in Kalina et al. 2008) je pro klienty počáteční období v doléčování náročné, protože klient prochází další významnou změnou, zabývá se hledáním práce a zvyká si na nový řád. V chráněném bydlení většinou nebývá 24hodinová služba pracovníka, a tak jsou zde požadováni relativně stabilizovaní klienti. Délka přechodného bydlení může být v rozmezí 6–12 měsíců, ale pro náročnější, komplikované klienty má význam i 12–18 měsíců. V neposlední řadě je potřeba zmínit, že klienti jsou někdy motivováni do následné péče primárně bydlením, což se pak odráží na jejich (ne)spolupráci v ostatních oblastech.

D) Chráněné/podporované zaměstnání poskytuje prostor pro obnovení či získání pracovních návyků a získávání nových dovedností. Celkově přispívá k řádu v životě klienta a učí jej odpovědnosti. Nabízí se služby chráněných dílen či jiného typu podporovaného zaměstnávání, které je pro uživatele služby vlídnější, než „normální“ práce. Kuda (in Kalina 2008, s. 218-219) dále upozorňuje na hrozící „invalidizování“ klienta a pečlivém zvážení, zda je pro něj možnost práce na běžném pracovním trhu. Výhodou bývají „spřátelné“ firmy, které potřeby klientů reflektují a zároveň v nich platí běžná pravidla. Další variantou mohou být tzv. sociální firmy, někdy zřízené i samotnými poskytovateli sociálních služeb.

E) Práce s rodinnými příslušníky podílí se na účinné strategii celého doléčování, zvyšuje jeho efektivitu a pomáhá klientům navázat kontakt s rodinou a blízkými. Cílem je budování ztracené či narušené důvěry, projasňování komunikace mezi klientem a jeho rodinou a prostor zde dostává také minulost, nebo jiná, v rodině tabuizovaná, témata. Doplnující složkou následné péče bývají i skupiny blízkých, kde dochází ke sdílení problémů i zkušeností, předávání informací nebo inspirace pro změnu. Cílem je, aby rodina pochopila svou úlohu v procesu a podílela se na budování jasných pravidel pro další kontakt s klientem. Stejně tak i někteří klienti si potřebují nastavit jasné hranice do vztahů s rodinou, zejména jde-li o patologický systém.

F) Sociální práce napomáhá k resocializaci klienta, pomáhá mu zpracovat si jednotlivé oblasti života, např. v oblasti hledání práce (též pracovní poradenství) financí, dluhů, bydlení, trestního stíhání nebo záležitostí ohledně péče o děti. Pomoc by měla být praktická a flexibilní pro potřeby klienta. Nezastupitelné jsou odkazy na jiné, odborné organizace a úřady, neboť velkou část práce už klient provádí mimo zařízení následné péče. Jde zejména o úřady práce a jiné, dluhové poradny, právní nebo občanské poradny aj.

G) Lékařská péče souvisí opět se stabilizací klienta, je zde důležitá dobře dostupná síť zdravotnických služeb, na něž je klient odkazován, nebo si je již vyhledává sám na internetu či pomocí doporučení terapeutického týmu nebo spoluklientů. Sem patří evidence a návštěvy u obvodního či zubního lékaře, na gynekologii a v jiných, specializovaných složek.

H) Volnočasové aktivity pomáhají klientovi relaxovat a trávit čas bez drog; zejména je potřeba seznámit ho s nabídkou a možnostmi trávení volného času a dát mu možnost vybrat si nich. Důležité je, aby klient vůbec nějaký volný čas měl – udělal si ho. V některých zařízeních jsou volnočasové aktivity pravidelnou součástí programu, jinde je toto řešeno pouze svépomocně.

1.2.3.5 Úplná abstinence nebo kontrolované užívání?

V odborných kruzích je již téměř dvacet let rozvíjí diskuse o abstinenci jako cíli nebo jako prostředku k uzdravě. „Černobílý“ koncept *závislost versus úplná abstinence* tak pomalu přestává být aktuální a klientům se nabízí další cesty zpět do běžné společnosti. Svědčí o tom např. metoda „kontrolovaného užívání

alkoholu“, která má však jasná pravidla a reálně ji nakonec docílí jen zanedbatelné množství alkoholiků. Poněkud jiná je situace u uživatelů nelegálních drog, kteří se mnohdy k příležitostnému užívání alkoholu vracejí, někteří bezprostředně po opuštění léčebny, jiní po několika letech života v důsledné abstinenci. V prvním případě jde často o impulsivní rozhodnutí závislého toxikomana si určitým, méně škodlivým, způsobem navodit změněný stav vědomí nebo se rychle zbavit problému únikem z reality. Ve druhém případě se pak jedná o dlouho dopředu plánovaný a promyšlený krok. Obojí ale většinou spojuje potřeba vyzkoušet si alkohol a jeho účinky, ať už je motivace jakákoliv. Nutno podotknout, že v naší zeměpisné šířce návrat k legálnímu a všeobecně kladně přijímanému alkoholu mnohdy souvisí s touhou zařadit se zpět do „normální“ společnosti. Každý klient si pak musí sám pro sebe určit bezpečné množství pití, což bývá otázkou metody „pokus – omyl“ a vždy se tyto experimenty pojí s vysokým rizikem relapsu nebo návratu k primární droze.

V zahraničí jsou běžné programy typu *Housing First* (Skotsko), kde je za základní lidskou potřebu považováno bydlení a uživatel služby získá ubytování bez ohledu na to, zda striktně dodržuje abstinenci. Tím je vidět důraz „západní“ služby na sociální stabilizaci, byť v obráceném pořadí, než je běžné u nás.

1.3 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ

Individuální plánování (dále také IP) je záměrný, kontinuální proces, při kterém pracovník a klient společně rozvíjejí vzájemnou spolupráci, definují její cíle a cestu k jejich dosahování. Celý proces pak společně revidují a uzpůsobují aktuálním potřebám a situaci klienta.

„Individuální plánování je definování žádoucí změny v životě člověka a následná konkretizace termínů a úkolů pro jednotlivé členy týmu. Jde o dojednávání toho, jakým způsobem bude podpora a péče poskytována konkrétnímu uživateli“ (Johnová, 2008, s. 53). Johnová zmiňuje *členy týmu*, čímž patrně myslí tým pracovníků. Pokud bychom vzali v potaz pracovníky více organizací, můžeme definici chápat jako přesah do případové práce, která se s IP prolíná, jednak jej využívá jako nástroj a zároveň je mu podobná svou strukturou mnohovrstevnatostí. V našem případě – pro potřeby doléčovacího programu – je potřeba k *členům týmu* přidat i klienta a hovořit spíše o účastnících dialogu.

Soukup (2014) dále popisuje plánování jako proces, při němž je podstatou přechod od budování motivace (rozvíjení rozporů a podpory sebedůvěry) k přípravě konkrétního plánu a k podpoře při realizaci. Dále uvádí, že předpokladem pro úspěšný přechod k plánování je, aby klient svou změnu pociťoval jako dostatečně důležitou i pro své hodnoty a potřeby a aby si dostatečně důvěřoval – věřil ve své schopnosti a též v praktickou možnost dosažení změny.

Herzog (2017) se odkazuje na jiného autora, aby přiblížil obsah IP: „Obsahem individuálního plánování jsou poskytované služby, nikoliv klientčín život“ (Srov. in Herzog, 2017).

Úlehla (1996) zmiňuje termín „dojednávání“, jako základní podmínku otevření pomoci, což je procesu plánování principiálně velmi podobné. Uvádí, že

dojednávání je také nejčastěji zanedbávanou komponentou profesionálního rozhovoru a v tom případě bývá častým zdrojem komplikací při práci s klientem. Dojednávání přirovnává autor k cestě, jak společně s klientem najít cíl spolupráce. Teprve během dojednávání se ukazuje, zda spolu pracovník a uživatel mohou a chtějí pracovat a které metody při tom zvolí.

„Současné postavení uživatele sociálních služeb a chápání kvality podporuje či vyžaduje partnerství, respektování individuálních potřeb, ochranu práv uživatelů a důstojnost, nezávislost a nesetrvávání uživatelů v nepříznivé sociální situaci. Plánování služby je efektivním nástrojem, jak při poskytování sociální služby právě tyto hodnoty vytvářet a naplňovat a tím podporovat kvalitu života uživatelů i rozvíjet kulturu organizace. Plánování služby je ale ještě mnohem víc: je to příležitost ke kontaktu, dialogu, partnerství a rozvíjení lidství“ (Haicl a Haiclová, 2011, s. 23).

1.3.1 Historie poskytování sociálních služeb a individuální plánování

V souvislosti s velkými politickými i společenskými změnami se po roce 1989 začaly proměňovat způsoby poskytování sociálních služeb. Velké množství služeb přešlo z rukou státu do režie různých sdružení a iniciativ, někdy souhrnně dnes také nazývaných jako tzv. neziskový sektor. Mnohé sociální služby však neměly na co navazovat, neboť před revolucí bylo vše řízeno centrálně – Ministerstvem práce a sociálních věcí či okresními úřady – a individuální pojetí služby bylo de facto neznámým pojmem (alespoň ne v plošné podobě). S využitím „občanské společnosti“ začali vznikat terénní a komunitní služby a rozvíjely se jiné moderní formy podpory. Trvalo ještě více než deset let, než se aktualizovala zákonná pravidla pro poskytování sociálních služeb, jak je známe dnes, včetně zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Ten legalizoval některé stávající sociální služby a ukotvil tak novou síť poskytovatelů. Změny se odrazili např. ve stabilnějším financování služeb, ale i v individuálním přístupu k uživatelům, který vedl k vyšší kvalitě a efektivitě péče.

Abychom se mohli zabývat otázkou kvality sociálních služeb, potřebujeme si napřed tento pojem vymezit, neb je v sociálních službách často skloňován a hojně využíván.

Dle Bednáře (2011) je kvalita odvozena od latinského slova „qualis“ = jaký, tzn. „jaké povahy“, což je podobné slovu „jakost“, avšak nejde o tentýž význam. Stejný autor dodává, že kvalita je výsledkem poměru mezi očekáváním a výkonem. Dále uvádí definici **Evropské charty kvality (Paříž, 1998)**:

„Kvalita je cílem snažení po dokonalosti, je metodou a způsobem podpory aktivní účasti pracovníků založená na angažovanosti a odpovědnosti každého jednotlivce“ (Bednář, 2011).

„Pokud má kvalita poskytovaných sociálních služeb nějakou královskou disciplínu, bude jí pravděpodobně individuální plánování služby. Plánování služby, jako proces, kontakt, dialog, ve kterém se setkává uživatel služby (na jedné straně) a klíčový pracovník jako zástupce poskytovatele (na straně druhé),

totiž v sobě zúročuje veškerou kulturu, hodnoty a kvalitu postupů organizace a pracovního týmu“ (Haicl a Haiclová, 2011, s. 23).

Autoři dále dodávají, že v procesu plánování se přímo odráží poslání organizace, její cíle, cílová skupina a zásady sociální služby. Nezapomínají zmínit i pravidla na ochranu práv uživatelů, smlouvu, dokumentaci, možnost stížností a připomínek, návaznost na vnější zdroje, personální zajištění služeb a další aspekty.

1.3.2 Legislativní rámec individuálního plánování

Individuální plánování je (mimo jiné) standardizovaný a státem vyžadovaný postup, který čerpá ze tří pramenů:

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kde jsou uvedeny zejména obecné zásady pro poskytovatele. Zákon patří pod taktovku Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV).

Vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. V této vyhlášce je uvedena povinnost poskytovatele řídit se Standardy kvality sociálních služeb, jejichž obsah je součástí příloh vyhlášky. Též jde o nástroj MPSV.

Standardy odborné způsobilosti Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP).

1.3.2.1 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, stanovuje poskytovatelům sociálních služeb zásadní povinnosti, jež se vztahují k práci s uživateli služby v jednotlivých paragrafech.

§2: Základní zásady

„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob“ (MPSV, 2017).

Shrnutí a komentář:

„Ustanovení ukládá poskytovatelům následující povinnosti:

- a) způsob podpory musí zachovávat lidskou důstojnost,
- b) pomoc a podpora vychází ze skutečných potřeb uživatele,
- c) pomoc a podpora musí působit na uživatele aktivně,
- d) pomoc a podpora musí podporovat rozvoj samostatnosti,
- e) pomoc a podpora musí motivovat uživatele k tomu, aby nestrávávali v nepříznivé sociální situaci,
- f) pomoc a podpora musí směřovat k sociálnímu začleňování,
- g) sociální služba musí zajišťovat dodržování lidských práv a základních svobod“ (Haicl, 2011, s. 37-38).

§88, písm. f)

„... plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců nebo opatrovníků a zapisovat hodnocení a jeho výstupy do písemných individuálních záznamů, ...“

Výše uvedený předpis nařizuje plánovat službu a její průběh s každým uživatelem, včetně těch, kteří mají omezenou schopnost komunikace, což vyžaduje specifické znalosti a dovednosti pracovníků, popř. zapojení rodinných příslušníků klienta do procesu IP.

Plánování způsobu poskytování služby vyžaduje zákon i u klientů s menší či žádnou mírou motivace ke změně, což klade požadavek na pracovníkovu citlivost a správné posouzení, zda-li upřednostní potřebu státu, nebo uživatele. Mnohdy se volí cesta určitého kompromisu a pracovník se s klientem domluví alespoň na určitém „minimálním plánu“, který spočívá např. v „nezhoršování“ jeho situace nebo dokonce sociální stabilizace, čímž vyhoví jak klientovi, tak i zákonu. Ne vždy tyto požadavky lze sloučit, takže se pomáhající obvykle nachází v konfliktu, který bývá předmětem porad, vzdělávání a supervize.

1.3.2.2 Standardy kvality sociálních služeb

Vyhláška 505/2006 Sb. má v příloze č. 2 uvedený obsah **Standardů kvality sociálních služeb**, které mají za cíl zvyšování **kvality** sociálních služeb a jsou vodítkem pro mnoho organizací, včetně MPSV a jím prováděné kontroly, kterou nazýváme inspekce kvality poskytování sociálních služeb.

V publikaci *Manuál zavádění standardů kvality* najdeme popsané jednotlivé požadavky v podobě standardů a jednotlivých podkategorií, která se nazývají kritérii (Bednář, 2011, s. 33):

Standard č. 5: Individuální plánování průběhu sociální služby

a) „Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje“

b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby

c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle

d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance

e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných

informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám.“

Výše uvedené regule jsou velmi podobné obecným zásadám, uvedeným v samotném zákoně o sociálních službách a v mnohém se překrývají. Přidaným specifikem je zde snad jen role „**klíčového pracovníka**“, což je uvedeno v odstavci d). Jde o pracovníka, který je přidělen každému klientovi, je pro něj tzv. styčným důstojníkem, člověkem, s nímž uživatel vyjednává podmínky využívání služby, následně plánuje její průběh. Klíčový pracovník je běžně pro klienta v organizaci i nejbližší osobou, s níž vytváří vztah a vede o tom dokumentaci.

Standard č. 3 Jednání se zájemcem o službu

- a) „Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje
- b) Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby
- c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje“

Již v této fázi se s uživatelem vytváří náhled na jeho situaci formou popisu nepříznivé situace (mapování potřeb) a připravuje se půda pro společnou práci, když potenciální uživatel hovoří o změnách, které chce uskutečnit (prvotní plán). Zároveň je na pracovníkovi, aby posoudil, zda je budoucí možný klient z okruhu cílové skupiny.

1.3.2.3 Standardy odborné způsobilosti RVKPP

Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (pro uživatele drog, závislé a patologické hráče)

Vznik Standardů odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách“ (autoři K. Kalina a kol., 2001) byl motivován snahou o sjednocení postupů v práci s výše zmíněnou cílovou skupinou a touhou odborné veřejnosti po profesionalizaci služeb. Následně byl dokument schválen Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) a dále aktualizován v roce 2015.

Standardy jsou členěny na dvě části, obecnou a speciální. Definují požadavky RVKPP na procesy u poskytovatelů sociálních služeb podobně jako standardy kvality MPSV a zákon o sociálních službách. Regule RVKPP některé body více upřesňují a dávají jim konkrétnější rámec, zejména se to týká speciální části, která definuje jednotlivé složky adiktologických služeb a jejich pravidla.

Pod bodem č. 8 jsou popsány doléčovací programy následně:

„Programy poskytují podpůrnou individuální a skupinovou psychoterapii, sociální práci, prevenci relapsu, nabídku volnočasových aktivit a dle svých možností i chráněné bydlení a chráněná pracovní místa a rekvalifikaci. Služba je poskytována jako zdravotní a/nebo sociální“

Standard č. 8.4.4 pojednává o individuálním plánování:

„Individuální léčebný plán:

Je zpracován do 28 dnů po přijetí pacienta/klienta s ohledem na individuální podmínky a přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Plnění

individuálního plánu je společně s pacienty/klienty pravidelně hodnoceno a plán je pravidelně revidován/hodnocen v závislosti na průběhu a frekvenci kontaktu s pacientem/klientem. Konkrétní lhůty pro hodnocení a revizi plánu a způsob jeho dokumentování stanovuje služba písemně. Služba se stanoveným postupem řídí.“

V obecném standardu č. 4.4.5 je dále zmínka o „**garantovi**“ (klíčovém pracovníkovi) jakožto vedoucím dokumentace a hlídajícím proces IP s klientem služby. V poznámce č. 11 u téhož standardu je pak uvedeno doporučení, aby se průběh plánu každého klienta/pacienta hodnotil minimálně jednou za 14 dní, např. na týmové poradě.

„Plánování služby je formální i neformální příležitost rozvíjet vztahy i kvalitu sociálních služeb. Plánování služeb je pro nás – současnou generaci pracovníků v pomáhajících profesích i generaci uživatelů – zásadní výzvou a příležitostí. Je naší odpovědností, zda a jak s touto příležitostí naložíme“ (Haicl a Haiclová, 2011, s. 23).

1.3.3 Fenomén plánování

Výraz „plánování služby“ a jeho konkretizace se v sociálních službách v ČR objevuje v roce 2002 jako součást vytváření „Národních standardů kvality sociálních služeb“ (pozn. slovo „národní“ se již v dalším pojmenovávání standardů příliš nepoužívá). Jednalo se o výsledek česko-britského projektu, probíhajícího v letech 2000-2003, jenž doprovázel změny ve zvyšování kvality sociálních služeb u nás. Po dlouhých letech projednávání pak následovalo i schválení pojmu „plánování služby“ zákonem o sociálních službách v roce 2006. Tím se stalo plánování jedním hlavních požadavků kvality sociálních služeb a zároveň i vlajkovou lodí změn ve službách (podobně jako termíny „ochrana práv uživatelů“, „běžný způsob života“, „restriktivní opatření“, „transformace“ apod.) (Haicl, Haiclová, 2011, s. 23).

Individuální plánování se také uvádí jako podstatný prvek **deinstitucionalizace**, což je proces přeměny ústavní péče v péči komunitní. Jejím cílem jsou sociální služby co nejvíce dostupné pro občany a jejich podpora v soběstačnosti a vedení „normálního“ života, bez závislosti na vzdálené a „odlidštěné“ formě instituce, ústavu apod.

Co individuálním plánováním služby skutečně rozumíme, táže se Haicl a Haiclová (2011) a následně nabízí i odpověď. Jde např. o způsob kontraktování, tzn. komunikace o tom, komu a jakým způsobem bude služba poskytována a zejména s jakým zaměřením. V procesu IP jsou zásadní především dva pojmy:

Plán - vědomý postup (jakožto opak chaosu, nahodilosti, nepředvídatelnosti atd.).
Dojednávání - zapojení uživatele služby do způsobu plánování na partnerské úrovni vůči pracovníkovi (jakožto opak ignorování role a názorů uživatele nebo jeho udržování v závislé či podřízené pozici).

V širším slova smyslu pak zmínění autoři rozumějí individuálním plánováním veškerou komunikaci o postupu k cílům mezi klientem a pracovníkem. Dále doplňují, že IP má další aspekty, jako např. pravidelný, předem sjednaný dialog uskutečňovaný za nějakým cílem, mezi tzv. klíčovým pracovníkem a uživatelem služby. V tomto dialogu aktéři vyhodnocují průběh poskytování služby a dál plánují, jak bude poskytování reagovat na aktuální průběh a vývoj klientovy situace.

1.3.3.1 Modely individuálního plánování

Každý z nich je specifický, dosahuje cílů odlišným způsobem a zdůrazňuje jiné prvky v procesu IP.

Poskytovatelé sociálních služeb používají různé druhy a přístupy k individuálnímu plánování, které má naplnit podmínky dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zatím není známá žádná práce, která by obsáhleji popsala jednotlivé modely IP a porovnávala je. Haicl a Haiclová (2011) popisují stručně základní přístupy, aby tak přiblížili realitu IP v sociálních službách u nás:

A) Model zaměřený na dosahování cílů

Základním východiskem tohoto modelu je dosahovat na cíle, jež si uživatel stanovil. Cílem přitom autoři rozumí změnu, která by v návaznosti na využívání sociální služby měla nastat. Jako nejčastěji skloňované pojmy při využívání tohoto způsobu plánování je "dlouhodobý cíl", "krátkodobý cíl" nebo "kroky k dosažení cíle". Teoretickým základem této metody je kognitivně-behaviorální přístup (využívá proces učení, poznávání, myšlení apod.). Role pracovníka je zde velmi podobná roli poradce.

Autoři dále citují publikaci Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe (red. Čermáková, K., Johnová M., MPSV, 2002, s. 45):

"Má-li být osobního cíle dosaženo, musíte vy, jako poskytovatelé i jednotliví uživatelé služeb, především vědět:

- čeho konkrétně máte dosáhnout v dlouhodobém i krátkodobém horizontu (cíle služeb)
- jaké zdroje k tomu můžete využít možnosti uživatele služeb (včetně okolí) i zařízení - kdo se bude na realizaci cíle podílet,
- jakými postupy cíle dosáhnete
- kdy byste cíle měli dosáhnout

- jak poznáte, že je cíle dosaženo."

Zásadní výhody tohoto přístupu jsou dle Haicla a Haiclové (2011) kontakt s klientem, jeho motivace a aktivizace, dále i strukturovanost, logika a dobrá měřitelnost procesů.

B) Model zaměřený na dialog a uživatele služby

Tento model se vyvinul jako reakce na model předchozí, který pro některé uživatele služeb nemusí být prakticky použitelný. Základními východisky jsou zde respekt k uživateli, důraz na bezpečí při kontaktu s ním a zejména pak akcentování jeho potřeb, spíše než cílů. Model je tedy orientován více vztahově, než výkonově. I tak by se ale měl pracovník snažit podporovat naplňování cílů, jež s klientem odvodí a stanoví právě z klientových potřeb. Zmíněný dialog je zaostřen spíše na aktuální dění v jednotlivých oblastech, situaci "tady a teď", než na dlouhodobé horizonty. Což ale neznamená, že by je pracovník neměl nabízet a podporovat. Teoreticky vychází tato metoda z humanistické psychologie a psychoterapie i z "rogersovského" a "gestalt" přístupu zaměřeného na člověka.

„Pokud umožníme člověku pobývat na opravdu bezpečném místě, kde nemusí být ostražitý, mizí přirozený odpor ke změně. Jsme-li v bezpečí, máme přirozený sklon cítit se dobře a měnit sami sebe. V psychoterapeutické praxi takovým bezpečným místem může být *terapeutický vztah*“ (Scott Peck in Hartl, 1997).

Výhody tohoto modelu spočívají v nedirektivitě a partnerské pozici, které klient zažívá. Nevýhodou může být (pro některé uživatele) malý tlak vytvářený pracovníkem, absence (někdy potřebné) konfrontace a též těžší uchopitelnost písemných výstupů z této metody.

Úlehla (1996, s. 72) na stejné téma dodává: „Znovu platí, že povede-li se připojení ke klientovi, a jeho pohledu na svět, přestává být pro klienta pracovník nebezpečný. Nepovede-li se, možná se to pracovník ani nedozví, že byl ohrožující.“

Dalšími modely jsou individuálního plánování jsou:

C) Model vycházející ze schémat počítačové podpory

Jde systém vyvíjený softwarovými firmami, jež pracovníkovi po zadání údajů o klientovi nabízí způsob řešení. Tento způsob využívají některé organizace pro plánování způsobu ošetrovatelské péče.

D) Model expertní

Tato metoda má východiska v medicínském pojetí sociální práce a je reprezentována odstupem pracovníka od uživatele a jeho expertní pozicí. Je zde také větší prostor pro uplatnění moci pracovníka nad klientem.

Jako nejpoužívanější v praxi sociálních služeb u nás se jeví první dva modely, proto jsme jim v textu věnovali více prostoru. "PC model" je spíše vodítkem při práci, navíc zejména ve službách sociální péče, popř. si jej dovedeme představit v nějakém sci-fi filmu; a expertní model bychom zařadili nejrady do minulosti.

1.3.3.2 Proces individuálního plánování

Proces celého individuálního plánování začíná již od jednání se zájemcem o službu, pokračuje přes uzavření smlouvy a stanovení zakázky, samotnou tvorbu individuálního plánu uživatele (aby dostal plán konkrétní podobu) i s jeho průběžnou revizí, až po závěrečné shrnování a hodnocení, k čemu klientovi využívání služby bylo. Plánování by de facto mělo odrážet celý průběh služby.

„I když výsledný plán je důležitým důkazem o naplňování tohoto požadavku, samotný proces vzniku plánu - individuální plánování - je ještě důležitější“ (Čermáková, Johnová, 2002, s. 24).

Plán klienta nebo pracovníka?

Nepodporovat setrvávání klientů sociálních služeb v jejich nepříznivé situaci je diskutované téma. Často se zde dostává do konfliktu klientova nedostatečná motivace ke změně (včetně jeho možností a schopností) s pracovníkovou netrpělivostí, ba dokonce s jeho „jediným správným názorem“ na řešení klientovy situace. Takový přístup ze strany pomáhajícího se pak stává překážkou pro efektivní plánování služby, nemluvě o budování důvěrného a respektujícího vztahu mezi pracovníkem a klientem.

Zmíněné schopnosti, uživatele služby může mnohdy horlivý pracovník přehlédnout a (byť s dobrými úmysly) napáchat více škody, než užítku např. tím, že s klientem stanoví příliš vzdálené a nereálné cíle, jejich nenaplnění může klienta frustrovat a odradit ho od další spolupráce. To může mít za následek pokles klientovy sebedůvěry a je zde riziko, že se klient stane více nedůvěřivým i ve vztahu k okolnímu světu včetně institucí.

„Individualizace pomoci, tj. přiměřené reagování pomoci na potřeby a možnosti uživatele, se stalo jedním z východisek procesu rozvoje kvality v sociálních službách (Evers, Haverinen, Leichsenring, Wistow, 1997), který byl v sociálních službách zahájen na konci 80. let 20. století. Mezi základní kritéria, která by měla kvalitní sociální služby splňovat, patří zejména: *inkluzivnost* (snaha o začlenění uživatele do běžného života); *bezpečnost* (ochrana práv uživatele) a *individualizace* (služby dle individuálních cílů uživatele). Rozvoj kvality služeb souvisí s životní úrovní, kdy kvalitní sociální služba by svým způsobem měla udržovat, obnovovat či zvyšovat kvalitu života jedince“ (Mátl, 2007, s. 36-37).

1.3.3.3 Cíle individuálního plánu

Cíle individuálního plánování a jejich stanovení velmi přispívá k tomu, jaká bude další spolupráce pracovníka a klienta. Společně definovaný cíl pomáhá oběma vidět smysl spolupráce a motivuje klienta k naplňování dílčích cílů. Také revize IP pak bývá přínosným (a většinou příjemným) setkáním obou stran, nežli kontrolou pracovníka, připomínající spíš zkoušení žáka před tabulí.

Herzog uvádí Armstronga (2011), jež definuje metodu SMART, která přispívá k efektivní formulaci cílů na základě těchto kritérií:

- S (specific) - konkrétní, jasný, pochopitelný

- M (measurable) – měřitelný, a to pokud jde o čas, kvalitu, kvantitu
- A (achievable) – dosažitelný
- R (relevant) – důležitý z hlediska cílů organizace, propojenosti cílů organizace s cíli jednotlivce
- T (time framed) – dosažitelný v určitém termínu.

"To co osobně pokládám za nejzajímavější inspiraci z této metody, je její širší pojetí, kdy se SMART rozšiřuje na SMARTERS, kde se objevují další možná kritéria. Zde chci zmínit písmeno E (Energizing – energizující, Excitable – fascinující, Enjoyable – zábavný, Engaging – strhující). Z osobní zkušenosti bych kladl důraz právě na tuto charakteristiku cílů. Pokud cíl dostatečně motivuje, jak klienta, tak pracovníka k akci, je to základ úspěchu" (Herzog, Chloupková, 2012).

Herzog cituje Chloupkovou (2012), která popisuje časté nedostatky, se kterými se lze v praxi setkat při aplikování této metody: „Pracovníci nejsou spolu s klientem schopni naformulovat cíle dle metody, je to pro ně příliš náročné. Proto dochází k tomu, že jsou cíle stanoveny jen proto, že být stanoveny musí, a jsou tudíž formální. Je stanoven jeden nebo několik málo cílů, které nevystihují celý průběh sociální služby a nerespektují klienta jako celistvou bytost.“

1.4 Doléčovací program Advaita

(volně dle Operačního manuál Advaita, 2017)

1.4.1 Poslání, cíle a cílová skupina

Poslání

Doléčovací program Centra ambulantních služeb (CAS) Advaita pomáhá bývalým uživatelům návykových látek a patologickým hráčům zachovat pozitivní postoje a hodnoty, které si osvojili v průběhu předchozí léčby závislosti. Provází je obdobím využití dosažených změn v běžném životě ve společnosti, mimo chráněné prostředí, a zaměřuje se cíleně na předcházení návratu k návykovému chování a na řešení jejich sociální situace, především v oblasti zaměstnání a bydlení. Program motivuje klienty k dalšímu osobnímu rozvoji a pomáhá jim při zpětném začleňování do společnosti.

Program se dělí na ambulantní a pobytovou část.

Cílová skupina

Závislí na užívání návykových látek a patologičtí hráči, kteří prošli léčbou závislosti, abstinují nejméně tři měsíce a jsou rozhodnuti i nadále abstinovat od návykových látek či hazardního hraní.

Příbuzní a blízcí bývalých uživatelů návykových látek a patologických hráčů.

Služby poskytované ambulantní formou jsou určeny osobám ve věku od patnácti let., pobytové služby pak osobám ve věku od osmnácti let.

Cílový (ideální) stav absolventa služby

Uživatelé služby:

- Získali oporu pro další samostatný a soběstačný život. Přijímají zodpovědnost za svůj život.

- Abstinují od drog, na které mají vypěstovanou závislost. K ostatním drogám mají tzv. zdravý a střídavý postoj a nezneužívají je.
- Svě osobní problémy umějí řešit jinak než užíváním návykových látek.
- Jsou psychicky stabilní a „otužilí“, popř. dobře znají své limity a oblasti lability a dle toho se chovají.
- Dbají na své zdraví, tělesné i psychické.
- Mají stabilní, legální zaměstnání a nejsou závislí na sociálním systému.
- Našli si odpovídající bydlení. Umějí žít a vést svou domácnost mimo podporované byty.
- Mají „nedrogové“ vztahy.
- Naučili se hospodařit s penězi, mají přehled o svých dluzích, komunikují se všemi věřiteli a v rámci možností dluhy splácejí.
- Mají přehled o všech svých případných právních kauzách a souvisejících trestech a přistupují aktivně k jejich řešení, v případě potřeby využili probační a mediační službu či jiné instituce.
- Zapojili se do společnosti též využitím dostupných služeb a volnočasových aktivit v místě bydliště. Umějí zdravě naplňovat svůj volný čas.

1.4.2 Zásady a principy práce pracovníků CAS Advaita

- Pracovníci zabezpečují v první řadě bezdrogové prostředí se strukturovaným programem a s jasnými pravidly.
- Uživatelem služby může být v rámci cílové skupiny každý člověk bez ohledu na pohlaví, rasu, etnický původ, národnost, sexuální orientaci, náboženské vyznání, víru či světový názor.
- Pracovníci ke klientům přistupují individuálně, v zájmu klienta a v souladu s potřebami klienta. Pracovníci respektují jedinečnost a zároveň komplexnost sociální situace klientů.
- Pracovníci respektují volbu a svobodnou vůli klientů – program je dobrovolný, každý klient může kdykoli opustit program na základě vlastního rozhodnutí a bez postihů. Klienti jsou motivováni podílet se na tvorbě a nastavení služeb a vyjadřovat se ke způsobu práce pracovníků.
- Pracovníci dodržují práva klientů. Pracovníci jednájí s uživateli služby s respektem ke všem jejich lidským právům na volbu, soukromí a důstojnost. Vyvarují se odsuzujícím výrokům, používají pozitivní formulace při hodnocení klientů a zároveň dávají klientům citlivě zpětnou vazbu a náhled, jak mohou působit „navenek“ pro většinovou společnost.
- Pracovníci jednájí v souladu s Listinou základních práv a svobod, Etického kodexu Centra ambulantních služeb ADVAITA včetně etických kodexů svých profesí.
- Služby jsou poskytovány tak, aby na klienty působily aktivně, vedly je k převzetí zodpovědnosti za sebe a své jednání, podporovaly je v nápravě jejich rodinných a dalších sociálních vazeb a napomáhaly v jejich pracovním či studijním uplatnění.
- Ambulantní služby jsou poskytovány klientům zdarma a pobytové za úhradu, jejíž aktuální výše je zveřejněna na webových stránkách www.advaitaliberec.cz.

1.4.3 Formy služby

Doléčovací program je poskytován formou ambulantní a pobytovou. Klienti obou forem programu se účastní programu ve stejném rozsahu dle předem domluvených podmínek, mají stejná práva, jejich povinnosti se liší, neboť na klienty pobytové formy programu jsou kladeny větší nároky a jsou povinni dodržovat další pravidla související s ubytováním.

Ambulantní forma programu

Ambulantní doléčovací program je klientům poskytován na dobu šesti měsíců. Na žádost klienta je možné prodloužit dobu poskytování služby na dvanáct měsíců a poté dle individuálních potřeb a aktuální situace klienta. Žádost o další prodloužení je projednávána v týmu a případně i na supervizi, aby bylo prodloužení účelné a nevytvářelo závislost klienta na službě. Ambulantní forma programu má kapacitu deset klientů. Program je strukturován intenzitou kontaktu a prací s individuálním plánem.

Pobytová forma programu

Podporované bydlení je klientům poskytováno na omezenou dobu šesti měsíců. Ve výjimečných případech je možné zažádat tým centra o prodloužení ubytování na podporovaných bytech. Kapacita bydlení je pět bytů pro deset klientů. Po ukončení pobytové části programu je možné nadále využívat služeb ambulantních.

1.4.4 Podmínky přijetí do DP

Přijetí do DP určuje odpovědný pracovník (ve spolupráci s členy týmu pracovníků), jenž vede pořádník žadatelů.

Podmínky přijetí do pobytové části programu

- Ukončení střednědobé/dlouhodobé léčby
- Věk minimálně 18 let
- Motivace k zachování léčebných změn
- Schopnost pravidelně platit poplatek za bydlení
- Zaslání písemné žádosti
- Zaslání životopisu
- Doporučení zařízení, v němž klient absolvoval léčbu
- Osobní setkání před přijetím do programu, adekvátní náhradou může být telefonický pohovor
- Klient v den nástupu absolvuje orientační test na detekci drog z moče a dechovou zkoušku na alkohol s negativním výsledkem
- Klient v den nástupu složí vratnou kauci ve výši úhrady za bydlení a úhradu za bydlení

Podmínky přijetí do ambulantní části programu:

- Minimálně 3 měsíční abstinence
- Věk minimálně 15 let
- Doručení písemné žádosti
- Předání životopisu
- Motivace k zachování léčebných změn
- Osobní setkání před podpisem smlouvy o poskytování sociální služby
- Možnost plnit stanovené aktivity dle fáze doléčování

Diskriminace klienta pro jeho původ, rasu, národnost, vyznání, politické přesvědčení, sexuální orientaci, předchozí kriminální kariéru či socioekonomický status by měla být vyloučena. Témata spjatá s rizikem diskriminace jsou předmětem supervize týmu.

Jednání se zájemcem o službu a příjem uživatele

Pracovník, vedoucí pořadník žádostí komunikuje se zájemci o službu, případně je dále zve k předvstupnímu pohovoru, kterého se vždy účastní i vedoucí programu. Pokud se obě strany (klient i poskytovatel služby) dohodnou a zájemce splňuje podmínky pro vstup do programu, je zpravidla do DP přijat. Dále se domlouvají konkrétní okolnosti nástupu, termín apod. V den přijetí žadatele do programu provedou pracovníci test na přítomnost návykových látek v moči a dechovou zkoušku na přítomnost alkoholu. Poté (v případě negativního testu) již nic nebrání k přijetí klienta do DP, pakliže pracovník nevykazuje výrazné změny, které nebyly patrné na předvstupním pohovoru. To se týká zejména jeho psychického stavu, např. přítomnosti psychózy či jiného akutního stavu, který by mohl být kontraindikací k přijetí.

1.4.5 Popis aktivit v programu doléčování

Program se zaměřuje na předcházení návratu k návykovému chování, umožňuje klientům aktivně se podílet na řešení jejich sociální situace, především v oblasti zaměstnání, bydlení, rodinných a partnerských vztahů, motivuje je k dalšímu osobnímu rozvoji a pomáhá jim při jejich zpětném začleňování do společnosti. Terapeutická péče je poskytována dle individuálního plánu klienta. Klient je povinen pravidelně se účastnit všech povinných terapeutických aktivit. Základem péče o klienta je individuální poradenství/ terapie a skupinové poradenství/ terapie. Klienti mohou využít i další nabízené služby např. krizovou intervenci, krizovou intervenci po telefonu, sociální práci, socioterapii, rodinné a párové poradenství/ terapii, informační servis, telefonické, písemné a internetové poradenství, korespondenční práci aj. Klienti jsou povinni (kdykoliv během účasti v DP) podrobit se námtkovému odběru moči pro zjištění přítomnosti drog.

1.4.5.1 Individuální práce s klienty

Individuální terapie a poradenství, sociální práce

Individuální rozhovor s klientem služby provádí primárně klíčový pracovník, který ho v individuální práci provází po celou dobu v programu. Rozhovor probíhá nejčastěji 1x týdně, dle domluvy klienta s garantem. Zaměřuje se na průběh

doléčování, řešení aktuálních problémů a zvyšování kompetence klienta tyto problémy řešit. V rámci rozhovorů probíhá práce s individuálním plánem klienta, který je jednou měsíčně aktualizován.

Sociální práce: Rozhovor klienta s garantem či sociální pracovníci, kdy společně zhodnotí aktuální sociální situaci klienta a stanoví konkrétní kroky klienta v dané oblasti. Cílem rozhovoru je pomoci klientovi efektivněji jednat a dosahovat svých cílů. V rámci sociální práce je možná také asistenční služba (např. doprovod klienta na úřad a asistence při vyřizování soc. dávek).

1.4.5.2 Krizová intervence

Rozhovor probíhá telefonicky nebo osobně s pracovníkem centra. Rozhovor je akutní, může proběhnout bez předchozí domluvy s terapeutem – garantem. Rozhovor poskytne i terapeut, který není klientův garant. V případě telefonické intervence může být rozhovor veden i mimo otevírací hodiny centra vč. víkendu (klienti DP mají možnost tzv. krizového telefonu).

1.4.5.3 Skupinová psychoterapie

V programu DP fungují dva typy skupin, délka skupiny je vždy 90 min. Klient se skupin účastní dle domluvy se svým individuálním garantem z řad týmu. V prvních třech měsících doléčování je skupina povinná pro všechny klienty DP, omluvou je zaměstnání. Za průběh skupiny zodpovídá terapeut, který skupinu zahajuje i končí. Počet osob na skupině se pohybuje kolem deseti.

a) Tématická skupina: Skupinová práce zaměřená převážně na problémové či potenciálně-problémové oblasti života klientů, probírají se pravidla programu a smysl doléčování, dochází zde k formování osobních cílů, k získávání dovedností v oblasti prevence relapsu, také je to prostor pro techniky, vstupy či ukončení klientů v programu. Témata do skupiny mohou přinášet klienti i terapeuté.

b) Hodnotící skupina: Skupinový prostor určený pro hodnocení uplynulého týdne. Každý klient zhodnotí, co se mu dařilo nebo dařilo méně v proběhlém týdnu. Jaké si dává úkoly a cíle na další časové období a jakým tématům se věnuje a má v plánu se věnovat. Klient slyší od skupiny zpětné vazby na své „fungování“ v životě.

a) Skupiny pro matky a otce

Pro všechny abstinující ženy matky a muže otce, napříč programy centra, převážně pro klienty v Doléčovacím programu se koná skupina matek a otců. Skupina probíhá 1 x měsíčně. Cílem je možnost probrat své nejistoty kolem výchovy, přístupu k dětem, ale také partnerské otázky a jiné své vnitřní starosti.

1.4.5.4 Práce s rodinou

Je zaměřena na podporu, posílení a obnovu rodinných vazeb a vztahů, které byly narušeny v průběhu klientova předchozího života. Klienti jsou v průběhu účasti v programech motivováni k posilování vztahů s rodinou a blízkými, je jim nabízena možnost práce s rodinou. Součástí této služby je také poradenství v oblasti partnerských vztahů.

Po předchozí domluvě je možnost poskytnutí jednorázového individuálního poradenství pro rodiče nebo poskytujeme souvislou práci s rodinou s cílem naplnění dané zakázky, dále nabízíme možnost účastnit se rodičovské skupiny.

Vztahy s rodiči a blízkými jsou součástí terapeutického plánu klienta. Rodič se spolupodílí na osobnostním zrání klienta. Ideálně dochází k narovnání vztahů klienta s jeho blízkými, popř. se v nich klient alespoň orientuje a rozhoduje, zda v nich chce pokračovat.

Skupina rodičů a blízkých (délka skupiny 90 min.)

Skupina je určena a otevřena pro rodiče a blízké všech klientů centra, nebo je klientem pouze rodič nebo blízký bez kontaktu se závislým. Setkání probíhá jednou měsíčně pod vedením mužsko-ženského terapeutického páru. Skupina je otevřená, tzn., mohou do ní přijít jak osoby s cílem jednorázového setkání, nebo do ní pravidelně chodit, přičemž je pracovníky podporována druhá varianta – je efektivnější. Cílem skupinového sezení je informovanost blízkých o problematice závislosti, sdílení zkušeností a vzájemná podpora a inspirace mezi jednotlivými členy skupiny.

Individuální poradenství pro rodiče a blízké

Jedná se o plánované setkání s rodinným příslušníkem klienta v doléčovacím programu, bez účasti klienta samotného. V rámci poradenství dochází k ujasnění postojů, způsobů podpory od blízkého v situaci, kdy klient - bývalý uživatel drog - se upevňuje ve zdravém životním stylu.

1.4.5.5 Volnočasové aktivity

Aktivity zaměřené na aktivní využívání volného času. Jedná se o jakékoli strukturované aktivity směřující k aktivnímu zlepšování a kultivaci komunikačních, sociálních dovedností klienta. Klient má možnost sbírat zkušenosti, jak lze aktivně naplnit volný čas (někdy ve zcela pro něj novém městě, kde se rozhodnul žít). Možnosti náplně volnočasových aktivit jsou různé, od sportu, veřejného úklidu, noční hry až po divadlo, muzeum apod. Volnočasové aktivity probíhají zhruba 2x do měsíce a jsou určené pro současné i bývalé klienty v programu DP a pro abstinující a dlouhodobě spolupracující klienty z Programu ambulantního poradenství. Program volnočasové aktivity připravuje terapeut nebo klient. Vstupné na akce si klienti většinou hradí sami. Aktivita může být zároveň možností, jak ocenit klienta v programu – př. zajistíme mu vstup do divadla zdarma.

1.4.5.6 Klubové aktivity

Probíhají výjimečně asi 3x do roka, nejčastěji v čase tématické skupiny. Jedná se o pečení cukroví, společné setkání před Vánocemi a společné setkání před Velikonoce.

Program je určen pro současné i bývalé klienty v programu DP a pro abstinující a dlouhodobě spolupracující a stabilizované klienty z Programu ambulantního poradenství.

Příklady aktivit:

- a) Pečení cukroví. Cílem je společná práce a příprava na slavnostní okamžiky, sdílení.
- b) Společné setkání před Vánocemi a před Velikonocemi. Cílem je sdílení sváteční atmosféry, obnova zdravých rituálů, tradičních zvyků a dovedností.

1.4.5.7 Ostatní služby

Telefonické, písemné a internetové poradenství

Zpravidla se jedná o podpůrnou terapeutickou intervenci nebo poradenství v sociálních otázkách.

Informační servis – osobní, internetový, telefonický

V rámci výkonu se poskytuje základní informace o programech, o konkrétní poskytované službě a její dostupnosti, např. o podporovaném bydlení, o cílových skupinách, pro které jsou služby určeny, dále o možnostech jiné následné péče aj.

Podávání Antabusu

Pracovníci Centra ambulantních služeb lék Antabus nepředepisují, ale pouze vydávají dle pokynů lékaře.

Korespondenční práce

Jde zejména o písemný kontakt s potenciálním klientem, slouží k podávání informací a udržení kontaktu před nástupem do programu.

1.4.6 Struktura doléčovacího programu

Povinné terapeutické aktivity:

Doléčovací program je strukturován dvěma skupinami týdně (pondělí a středa) a jedním individuálním rozhovorem s klíčovým pracovníkem.

Tým pracovníků doporučuje klientům plnou účast na volnočasových aktivitách organizovaných Centrem ambulantních služeb ADVAITA a minimálně jednu volnočasovou aktivitu týdně dle zájmu klienta – sám si něco zajistí a podnikne.

Limity v účasti na programu:

V průběhu prvního měsíce by si klient měl najít zaměstnání. V případě, že tak ne učiní, podává zdůvodnění své situace a žádá tým o prodloužení lhůty.

V průběhu prvních třech měsíců je absolutní zákaz užívání alkoholu. V případě, že klient bydlí na podporovaných bytech, je zákaz užívání alkoholu po celou dobu užívání podporovaného bytu. V dalším období je stanovení podmínek a limitů v otázce užívání alkoholu klientem přeneseno na úroveň individuální práce garanta s klientem a do terapeutické skupiny. Užívání alkoholu by mělo být v souladu s cíli klienta a klient by si měl stanovit limity svého užívání a být otevřen hovorům na toto téma. Terapeutický tým užívání alkoholu nedoporučuje po celou dobu

účasti v programu. Pro klienty s primární alkoholovou závislostí je užívání alkoholu považováno za relaps či recidivu a může být důvodem k vyloučení klienta z DP.

V průběhu prvních třech měsíců se od klienta vyžaduje plná účast v programu. Důvodem jeho neúčasti na povinné aktivitě může být výkon zaměstnání, zdravotní problémy a jiné vážné důvody. V případě, že se klient některé aktivity neúčastní z jiných důvodů, než je zaměstnání, zdravotní problémy a jiné vážné důvody, dostává seznam otázek, ze kterých si vybere 1-3 otázky pro písemné zhodnocení a sebereflexi na dané téma (elaborát).

V dalším období, po uplynutí třech měsíců, je účast klienta na programu stanovena individuální domluvou s jeho garantem. Přičemž individuální garant společně s klientem jednou měsíčně zhodnotí účast klienta v programu a společně zmapují případné příčiny neúčasti klienta v programu.

Klientům, kteří mají problém s patologickým hráčstvím je doporučena i skupina gamblerů v programu ambulantním.

1.4.7 Pravidla doléčovacího programu

- první 3 měsíce v programu dodržovat abstinenci od alkoholových i nealkoholových drog a abstinenci od jakéhokoli způsobu hraní (sázení)
- oznámit do 24 hodin zaměstnancům Centra ambulantních služeb případný relaps.
- na požádání členů týmu podrobit se namátkové kontrole moči a dechové zkoušce na alkohol
- zdržet se konzumace potravin obsahují mák, léků, které obsahují pseudoefedrin
- informovat členy týmu o užívání jakýchkoliv léčiv (volně prodejných i na předpis)
- účastnit se doléčovacího programu dle předem stanovených podmínek a individuálního plánu péče a podpory
- v případě absence na povinné aktivitě se předem omluvit
- dodržovat pravidla terapeutických aktivit, docházet na ně včas
- nahlásit navázání partnerského či sexuálního vztahu s klientkou/klientem programu (navázání těchto vztahů je nedoporučeno)
- zdržet se fyzického nebo psychického nátlaku na ostatní klienty i terapeutický tým

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíle praktické části

Cíle praktické části jsou dva:

1. popsat individuální plánování jako metodu práce s klienty se závislostí v doléčovacím programu Advaita a
2. zjistit, zda-li je IP používané v DP Advaita efektivním nástrojem resocializace.

Individuální plánování v Doléčovacím programu Advaita

Individuální plánování (IP) v doléčovacím programu je metodou provázení klienta službami následné péče na straně jedné a jeho podpora v návratu do společnosti na straně druhé. Individuální plánování představuje kooperativní činnost mezi (klíčovým) pracovníkem a uživatelem služby. Smyslem plánování je přehlednost nabízených služeb pro klienta, následně mu pak metoda pomáhá zvolit si adekvátní cíle a postupně se k nim přibližovat, včetně poskytnutých „technických prostředků“ (formuláře, plán, rozhovory atd.) k jeho realizaci. Součástí plánování je i budování vztahu mezi pracovníkem a klientem.

Individuální léčebný plán je účinným nástrojem, který je zaměřen na cíle klienta, jichž chce během využívání služby dosáhnout.

Rozsah plánu vychází z poslání služby a z reálných cílů klienta. S klientem plán vytváří klíčový pracovník do 28 dnů (do čtyř týdnů) po nástupu do programu a následně jej 1 x měsíčně revidují dle aktuálního vývoje klienta, jeho potřeb a situace, v níž se nachází.

Role a povinnosti individuálního garanta

Klíčový pracovník (též individuální garant) je uživateli služby přidělen na počátku vstupu do doléčování a je pro něho nejdůležitější osobou ve vyjednávání o způsobu poskytování služby i vztahovým člověkem.

Individuální garant s klientem individuálně plánuje a zpracovává individuální plán. Taktéž je jeho úlohou klienta vhodně motivovat k plánování, stanovování cílů i k práci na úkolech a k dodržování domluvených termínů jejich plnění.

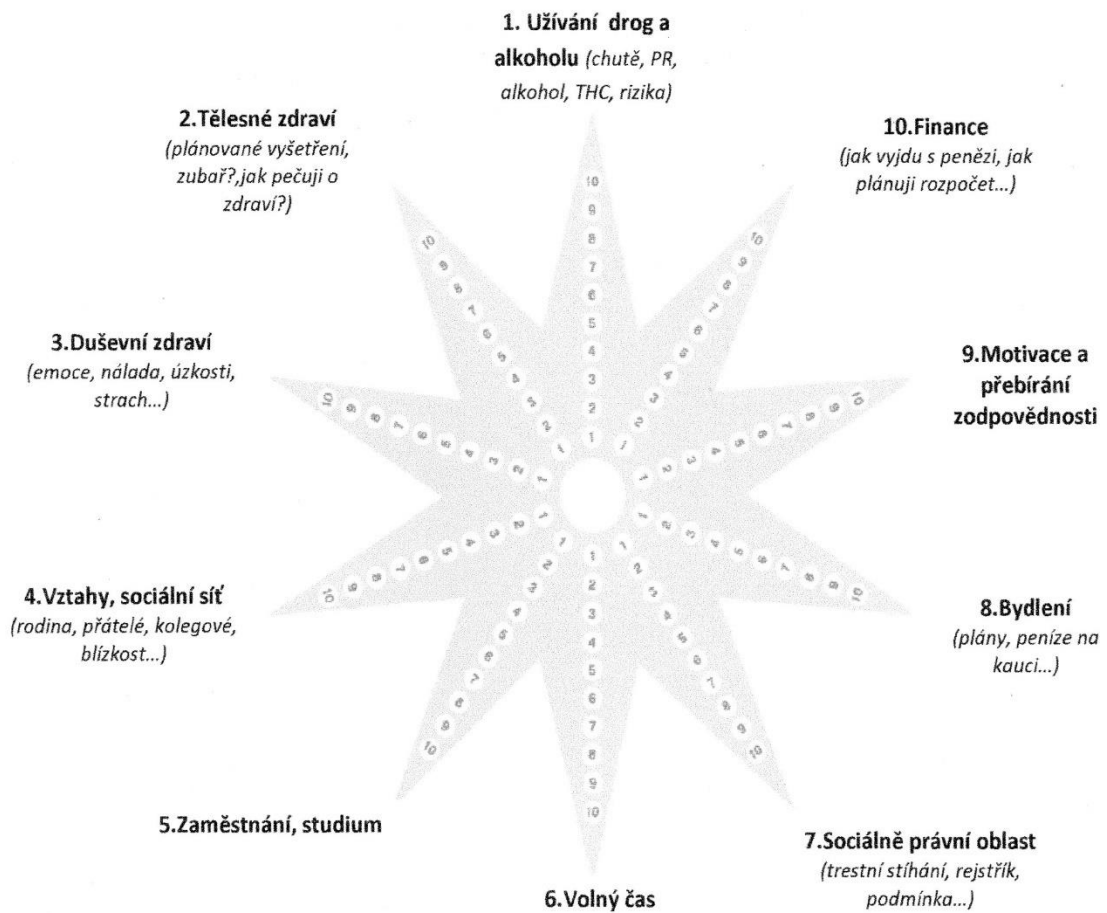
Garant dále zajišťuje terapeutickou smlouvu s klientem a její obnovování, sleduje, zda se klient účastní programu, poskytuje klientovi důležité informace o změnách v programu a základní poradenství, doporučuje a zařizuje kontakty na návazné služby, po domluvě s klientem asistuje v terénu, udržuje si aktuální přehled o vývoji klienta (hodnocení individuálního garanta 1x měsíčně). Uživatel i pracovník mají možnost změny klíčového pracovníka, ale vždy až po projednání v týmu.

Oblasti individuálního plánu

Individuální léčebný plán nabízí prostor k hodnocení a ke změnám v těchto oblastech:

1. Užívání drog, alkoholu, nelátkové závislosti, resp. závislost (prevence relapsu, chutě, popř. pití alkoholu, marihuana či hraní, rizika s tím spojená apod.),
2. tělesné zdraví (životospráva, lékaři, popř. medikace atd.),
3. duševní zdraví (emoce, city, kognitivní funkce aj.),
4. vztahy (rodinné, partnerské, přátelské),
5. zaměstnání, studium (pracovní náplň, vztahy na pracovišti aj.)
6. volný čas (sport, koníčky, duchovní a kulturní oblast),
7. sociálně-právní oblast (jednání s úřady, trestní stíhání a rejstřík, kontakt se soudy, výkon OPP apod.),
8. bydlení (zázemí v bytě, péče o domácnost včetně inovací v bytě aj.).
9. motivace a přebírání odpovědnosti (motivace ke změnám, odpovědnost kdekoliv)
10. finance (finanční plánování, splácení dluhů atd.).

Veškeré oblasti uživatel popisuje ze subjektivního pohledu, hodnocení na škále odpovídá zejména jeho aktuální spokojenosti v daném tématu. Většinou se hodnoty časem mění, ať už klientovým posunem (vzhůru či dolů) nebo změnou sebenáhledu a priorit.



Datum hodnocení + barva

Zpracováno dle Phoenix Futures

Obr. č.1 Hvězda - škála

Postup při plánování

Při práci s individuálním plánem využíváme škálu, tzv. hvězdu (viz. Přílohy). Slouží jako podklad pro rozhovor s uživatelem služby a ke znázornění hodnocení jeho aktuálního stavu. Ze škály mohou pro klienta vyplynout krátkodobé i dlouhodobé cíle v jednotlivých oblastech, na nichž se domlouvá s pracovníkem, a ze kterých pak pro klienta vyplývají jednotlivé úkoly. Toto zapisuje pracovník při setkání s klientem do formuláře o individuálním léčebném plánu. Průběžně se k cílům a úkolům vrací během hodnocení a revize plánu.

Škála se využívá 2x-3x během doléčování, někdy, dle potřeby častěji. Slouží ke znázornění vývoje klienta v jednotlivých oblastech a k ukázce výsledků spolupráce mezi oběma stranami.

Hodnocení stavu klienta a plnění individuálního plánu

Individuální garant hodnotí stav klienta a plnění léčebného plánu na poradách týmu jednou za 14 dní. Jednou měsíčně zhodnotí vývoj klienta a jeho individuálního plánu formou **tzv. garantského zápisu**, kde reflektuje: jak klient postupuje v léčbě, na čem aktuálně pracuje, čím se zabývá, co se mu daří a co ne, jak plní individuální plán, jak plní docházku do programu apod..

Klient svůj individuální léčebný plán komentuje na hodnotících skupinách a při individuálních rozhovorech s garantem. Uživatel společně s garantem reflektuje vývoj svých cílů a úkolů v individuálním plánu minimálně jednou měsíčně.

V průběhu práce s plánem klient své úkoly a cíle rovněž reviduje. Pokud nebyl osobní cíl naplněn, nastávají dvě možnosti dalšího postupu:

- a. Úkol trvá, je rozvrhnut do delšího časového úseku a stanoví se s uživatelem jiný postup, popř. jiná míra podpory pro jeho naplnění.
- b. Úkol se rozhodl klient změnit či upravit a upřednostní jiný, pro něho v daném okamžiku důležitější. Garant respektuje jeho volbu a zároveň upozorňuje na úskalí a rizika, která vidí.

Při dlouhodobém neplnění naplánovaných dílčích cílů (a úkolů) upozorňuje garant na tento vývoj uživatele při individuální práci a může nabízet jiná řešení, dále projednává s kolegy na poradě týmu další možnosti.

Závěr - komentář: (Kuba) hlavně VZTAH, méně výkon či plánování, al Hartl: aktivizace...???

2.2 Individuální plánování jako efektivní nástroj resocializace

Ve druhém díle praktické části se vydáváme zkoumat význam a roli individuálního plánování jako metody v resocializaci klientů s diagnózou

závislosti během jejich doléčování v Centru ambulantních služeb Advaita.

2.3 Cíl výzkumu

Obecným cílem je zjistit, zda-li je IP používané v DP Advaita efektivním a důležitým nástrojem resocializace. Dále nás pak zajímají postoje pracovníků doléčování k individuálnímu plánování jako metodě práce s klienty.

2.4 Výzkumné otázky

Tab. č.1 - Otázky k rozhovoru:

- > 0. Pokuste se vysvětlit/ vyjádřit jednou větou, co je to IP.
- > 1. Co si myslíte o IP v našem doléčovacím programu/ při práci s klienty se závislostí.
- > 2. V čem je IP prospěšné pro vaše klienty?
- > 3. V čem je IP užitečné pro Vaši práci?
- > 4. Jaké konkrétní metody/ intervence používáte při práci s klientem?
- > 5. Škála významu/ důležitosti jednotlivých metod pro resocializaci a fungování klienta 0-10 (včetně IP)
- > 6. Výhody/ nevýhody IP versus ostatní metody
- > 7. Uveďte nástroje IP, frekvenci přehodnocení.
- > 8. 3 nejčastěji řešené oblasti "podle hvězdy".
- > 9. Považujete proces IP za efektivní nástroj resocializace? Svůj postoj stručně vysvětlete.
- > 10. Něco, co byste chtěli na závěr uvést?

2.5 Efektivita

Efektivitou rozumíme vztah mezi intervencemi a výsledkem. V našem případě se jedná o vztah mezi individuálním plánováním (IP), jako metodou či intervencí, a změnou klienta, konkrétně k posunu v jednotlivých oblastech života - (viz. Přílohy tzv. hvězda str. ???).

Nehodnotíme tedy ekonomickou efektivitu.

2.6 Metody sběru a zpracování dat

Dle. Hendla (2005) lze můj výzkum zařadit mezi výzkumy exploratorní (průzkumové) a popisné. Tento typ jsme zvolili z toho důvodu, že téma IP v programech následné péče není dostatečně zpracované. Pro sběr dat jsme využili polostrukturovaný rozhovor. Chtěli jsme, aby měla sbíraná data složku nejen kvantitativní ale i kvalitativní. Kvalitativní složka, dle našeho názoru, více odpovídá našemu průzkumu, může ho rozšířit o další rozměr.

Kvantitativní data - např. frekvence IP jsem dále nezpracovával. Kvalitativní data

jsem zpracoval metodou otevřeného kódování. To popisuje Corbinová a Strauss (1999, str. 43, 44) takto:

„Rozebráním a konceptualizací máme na mysli rozbor pozorování, věty nebo odstavce a přidělení jména – něčeho, co bude zastávat nebo reprezentovat tento jev – každému samostatnému případu, myšlence nebo události.“ Tyto reprezentace jevu (jména, názvy) jsme pak spojovali do obecnějších kategorií. Příklad kódování – viz Přílohy obr. č. I.

2.7 Výběr respondentů

Respondenty byli pracovníci a pracovnice následné péče organizace Advaita. Jednalo se o dvě ženy a tři muže, aktuálně (srpen 2017) pracující v programu v přímé práci s klienty. Dalším kritériem bylo, aby používali metodu IP. Jednalo se tedy o účelový kritériální výběr, přičemž kritérii bylo

1. zaměstnání v programu následné péče a
2. tvorba IP v popisu práce.

2.8 Popis průběhu sběru dat

Data jsem sbíral v průběhu srpna 2017. Všichni respondenti byli na začátku každého rozhovoru seznámeni s obsahem výzkumu, jeho účelem a způsobem zpracování a zajištění anonymity. Ve čtyřech případech probíhal rozhovor „face to face“, v jednom případě (z časových důvodů) po telefonu. Rozhovory jsem nahrával. Průměrná délka telefonického rozhovoru byla 20 min. Nikdo rozhovor neodmítl. Měl jsem připravený soupis otázek (viz. tab) na které jsem se respondentů ptal. Nedržel jsem se ale striktně otázek a aktivně jsem se doptával. V jednom případě jsem z časových důvodů rozhovor vedl po telefonu (respondent B). Během rozhovorů jsem si dělal poznámky a rozhovory nahrával. Původně jsem plánoval pracovat pouze s poznámkami, které doplním z nahrávek, ale nakonec jsem rozhovory přepsal, aby citace byly autentické a co nejméně dat se „ztratilo v překladu“. Pracoval jsem v textovém editoru WORD a kódy dopisoval ručně na vytištěné dokumenty

2.9 Etické otázky výzkumu

Miovský (2006), uvádí, že „o etických normách a pravidlech je třeba uvažovat minimálně ve třech základních rovinách

- vliv výzkumníka na výzkumné pole a jeho zpětné ovlivnění polem
- ochrana účastníků výzkumu
- ochrana výzkumníka“

K bodu prvnímu: vlivu výzkumníka na výzkumné pole a opačně se nešlo vyhnout, neboť pracujeme v organizaci, ve které jsme výzkum prováděli. Nepřístupovali jsme tedy k tématu nepoučení. Dle našeho názoru to má ale výhodu - víme, na co se ptát a dobře rozumíme problematice i kontextu. Je to ale zároveň i nevýhoda a limit. Snažili jsem se ale v maximální možné míře respektovat respondenty a nepodsouvat jim své názory. Výhodou také bylo, že

respondenty známe a jsou osobně angažovaní na tématu. To zaručilo otevřené odpovědi.

K bodu druhému: všichni respondenti poskytli informovaný souhlas s výzkumem. Jejich anonymita je ochráněna tím, že jsme každému přidělili kód. Také výhradně pracujeme s mužským rodem, i když se jednalo z části o respondentky - ženy. Je to sice generově nekorektní, ale zaručuje to větší anonymitu. Nahrávky uchováváme v zaheslovaném pracovním počítači. Do složky mají přístup jen respondenti.

2.10 Analýza a interpretace dat

2.10.1 Vymezení pojmu IP

Z odpovědí respondentů lze vyčíst, že IP je mnohvrstevnatý termín. Někteří respondenti definují IP jako proces (IP je „vedení klienta do reality“ (respondent A) někteří jako nástroj, způsob práce, techniku či metodu; Např. slovy respondenta C je IP „terapeutický nástroj, který nám pomáhá otevírat, co nejširší oblasti života.“ Pro většinu respondentů je nedílnou součástí IP vztah klienta s pracovníkem, a i tento vztahový rámec IP definuje: „IP je společné konzultování pracovníka a klienta“, uvádí respondent B; je to „pomoc v naplňování cílů a priorit“ (respondent C) - rozumějme - klientových cílů nebo, jak uvádí respondent E: „IP je záměrná a kontinuální spolupráce klienta a pracovníka“.

Z odpovědí vyplývá, že akcent je na vztah spíše partnerský, založený na vzájemné spolupráci a vychází z potřeb klientů. („IP je společná konzultace pracovníka a klienta týkající se postupu v léčbě nebo péči (to záleží, kde to je) s ohledem na klientovy potřeby aktuální a dlouhodobé“ (B)).

2.10.2 Přínosy IP - k čemu je IP

Respondenti se vesměs shodují na tom, že IP není zbytečné a má smysl se mu věnovat. Hlavními přínosy IP vidí:

1. ve **zkvalitnění procesu** spolupráce klienta s pracovníkem
2. v **otevírání širšího kontextu** spolupráce
3. v **růstu pracovníka**

add. 1 Zkvalitnění procesu spolupráce pracovníka s klientem se týká především dvou oblastí a těmi jsou **struktura a orientace**. Respondenti opakovaně uváděli, že přínosem IP je vnášení struktury a hranic do spolupráce s klientem. Respondenti k tomuto uvádí: „Přináší právě tu strukturu, přináší zamejšlení se nad věcma, které může opomenout. To že je motivovaný abstinovat neznamena, že je motivovaný věnovat se financím.“ (respondent D). „Pro strukturu a hranice i během hovoru“ (respondent C).

IP může být pomyslnými „schody po kterých má (může) klient jít“ (respondent C). Se strukturou souvisí orientace. Orientací rozumíme to, kde se společně s klientem na cestě k jeho spokojenějšímu životu nacházíme. IP je prostředek, jak si to může připomenout pracovník i klient. Slouží k tomu vizualizace (především škálování pomocí hvězdy - viz. výše) a reflexe (ve smyslu ohlédnutí se) procesu či vývoje. Je

možné vidět, jak se „dlouhodobé cíle průběžně mění a korigují“ (respondent B). „Klienti mohou vidět dílčí úspěchy, lidi mají tendenci zaměřovat se na neúspěchy, a pokud vidí úspěchy, mohou být spokojeni“ (respondent B).

Struktura a orientace je nezbytná „pro dodržení kontinuity práce“ (B), či slovy respondenta D „abychom s nimi nebloudili.“ Respondent C orientaci lakonicky vystihl takto: „řekne, zmapuje, vidí a dokáže si to představit“).

Add. 2. Další, opakovaně zmíněný přínos je **otevírání širšího kontextu** spolupráce. Respondenti oceňují to, že pomocí IP otvírají s klienty témata, která by možná opomněli. „Často pracovníka zajímá, jak se mají v současnosti a IP se hodí k neopomenutí důležitých věcí v jiných oblastech“ (respondent A)

Respondent C otvírání zmínil ve své definici IP: „IP je terapeutický nástroj, který nám pomáhá otvírat, co nejširší oblasti života.“

Se širším kontextem souvisí i názor respondenta B: „IP může dávat vizi klientovi i po skončení doléčování“.

Add 3. Někteří respondenti považují IP za zdroj svého růstu či učení se. To lze rozdělit do dvou rovin (kategorií). Na růst **pracovní a osobní**.

V pracovní rovině je to především reflexe práce s klientem. Respondent A pak uvádí: „Učí mě to trpělivosti a vynalézavosti“.

Respondent E mluvil i o přesahu do života osobního, IP ho učí přemýšlet o plánování ve svém životě a plánování i uskutečňovat. Zmínil důslednost jako podstatnou vlastnost v procesu.

2.10.3 Nejčastěji řešená témata IP v DP Advaita

V odpovědích na otázku nejčastěji řešených témat na škále, coby „odrazového můstku“ k IP s respondenti poměrně shodovali ve většině témat.

Vztahy

Není překvapením, že vztahová oblast je považovaná za nejčastěji řešenou oblast života klientů v doléčování. Jednak kvůli jejich novému způsobu života (bez drog), v němž i vztahy vnímají novými očima (střízlivě) a zažívají po letech nové věci (např. lásku), v nichž se potřebují zorientovat a nabrat nové zkušenosti. Zároveň jsou většinou „přesazeni“ z původního bydliště do nového místa, navazují nové kontakty a postupně si vytvářejí novou sociální síť. V neposlední řadě řeší klienti během doléčování i svou primární rodinu, někdy se teprve pokoušejí ji znovu kontaktovat, jindy už mají tuto fázi za sebou z předchozí léčby v léčebně nebo komunitě.

Prevence relapsu

Naopak překvapivě v otázce číslo 7 vyšly odpovědi s ohledem na oblast užívání drog (chutí, prevence relapsu apod.), kdy pouze 3 z 5 respondentů se shodli na tom, že patří do 3 nejčastěji řešených oblastí. Může z toho vyplývat podceňování situace pracovníky, že mají sklon k nedůslednosti v tomto tématu, zvláště u klientů, kteří o něm nemluví nebo jej bagatelizují. To si jistě zaslouží reflexi v týmu. Zároveň jde někdy o klienty, kteří mají skutečně prevenci relapsu a téma závislosti dobře zmapované a dobře mu, s ohledem k sobě, rozumí. A tak pro ně skutečně

během následné péče přestává být téma závislosti prioritou. Jde o hledání určité rovnováhy v dialogu s uživatelem služby, aby téma zcela nezapadlo, ale pokud o něj klient nejeví zájem, nemůže ho pracovník vnucovat. Častým jevem bývá i „přesedlání“ klienta na jinou závislost, než byla jeho primární, což se může v doléčování projevit. Typické bývá např. přejít od nelegálních drog k alkoholu, nebo látkovou závislost nahrazovat behaviorální závislostí (gambling, workoholismus, chorobné nakupování) či poruchami příjmu potravy.

Volný čas

V oblasti volného času se shodli 3 z 5 pracovníků na jeho zařazení do 3 nejčastěji řešených potřeb. Klienti do libereckého doléčovacího programu přicházejí nejčastěji z terapeutických komunit a léčeben (PN), kde je vysoce strukturovaný program a volného času zde mají klienti velmi málo. Jeho náplň se tak většinou vůbec nezabývají a neumějí s tímto tématem pracovat. Proto, když je v rámci individuálního plánování téma otevřeno, jsou klienti mnohdy sami překvapeni, že si nevědí s náplní a plánováním volného času rady. O to více pak téma vstupuje do popředí, když klienti nemohou sehnat práci a postrádají jasnou náplň dne.

Duševní zdraví

Téma duševního zdraví považují 2 z 5 pracovníků za jedno ze tří nejfrekventovanějších v rámci IP. To není překvapením, značné procento klientů přináší vedle závislosti i psychiatrické komorbidity, nejčastěji úzkostné poruchy a osobnostní poruchy. S tím pak souvisí i potřeba další psychiatrické péče, medikace apod. V oblasti duševního zdraví uživatele je důležité a viditelné propojení s dalšími oblastmi, neboť psychický stav jasně ovlivňuje všechny ostatní součásti života a zároveň je jimi ovlivňován.

Práce

Téma práce je též řazena (2 z 5 pracovníků) do tří nejčastěji probíraných oblastí. Větší část klientely, přicházející do DP Advaita, je nezaměstnaná a s novým startem v zaměstnání se pojí i různé obavy a nejistoty ohledně nedostatečných, či žádných, pracovních návyků, nízké úrovně vzdělání a špatné orientace na trhu práce. Vstupem do pracovního poměru se téma dále rozvíjí a je konzultováno, klienti se potýkají např. s novým režimem, který si musejí s novou prací osvojit, se vztahy či s drogami na pracovišti, nebo s náplní práce, jež je často nudná a monotónní. To platí zejména při uplatnění v různých odvětvích průmyslu, který v Liberci nabízí spoustu příležitostí, a tak není problém pro člověka (bez výrazného zdravotního omezení) najít práci během 14 dní. V minulosti zaujímal téma práce v rámci doléčování (a tím i v IP) významnější místo, klienti s nízkým vzděláním nebo se záznamem v rejstříku trestů potřebovali pomoc v podobě rekvalifikací a kontaktu se specializovanými agenturami pro trestané osoby. Dnes je získat práci (co se týče Liberce) velmi snadné. Problémem však bývá uplatnění lidí s vyšším vzděláním (SŠ, VŠ) se závislostní kariérou. Mnohdy postrádají praxi v oboru a jdou vykonávat manuální, špatně placenou práci.

2.10.4 Frekvence plánování a revize IP

Tzv. velké plánování – všechny oblasti, tzv. malé plánování průběžně

V tématu frekvence individuálního plánování je nejčastěji uváděnou frekvencí 1 x měsíčně, respondent E uvedl frekvenci 1 x za 2 měsíce. Respondent D považuje za

smysluplnou revizi IP: „Čtyři až osm týdnů při velkém plánování, kdy se proberou strukturovaně všechny oblasti. K některým věcem se klientem ale vracíme častěji, většinou se tam (v rozhovoru) objeví. Průběžně, během individuální práce i během skupinové práce se hodnotí,“ sdělil respondent E. Tato zmínka je mimo jiné zajímavá tím, že jde o jedinou s poukazem na skupinovou terapii. V programu, postaveném ve značné míře na skupinové práci, je to při nejmenším zajímavé. Dva respondenti se dále shodli, že záleží na četnosti návštěv klienta. Respondent B: „Záleží na tom, jak často chodí, pokud chodí jednou týdně, stojí za to dělat revizi jednou měsíčně.“

Plánování formální a neformální

Na výše uvedenou kapitolou navazujeme pojednáním o formě plánování, kdy všichni respondenti, s výjimkou jednoho, uvedli, že ve své praxi rozlišují plánování „formální a neformální“. Respondent B tento jev pojmenoval: „Revizi provádím na úrovni malého individuálního plánování pokaždé, na úrovni velkého... bych to dělal jednou měsíčně,“ přiznal se k drobné nedůslednosti v dodržování pravidel.

2.10.5 Nástroje IP

Nástroje používané v DP Advaita k IP s klienty jsme rozdělili dle jejich zdánlivé měřitelnosti a neměřitelnosti a na nástroje tzv. technické, jak se často shodovali respondenti.

a) Neměřitelné nástroje:

Rozhovor - Respondent C: „...dávám jim otázky... dialog...“. Jeden respondent (D) uvedl, že jde o polostrukturovaný rozhovor (ohledně práce se škálou - „hvězdou“).

Emoce, práce s nimi - Toto uvedli dva respondenti.

Dále pak respondenti jmenovali nástroje k práci s IP: zpětná vazba, konfrontace, hledání souvislostí minulost - přítomnost - budoucnost., imaginace (na škále).

b) Měřitelné nástroje:

Zde účastníci výzkumu uváděli pojmy: Struktura, rozdělení života do jednotlivých oblastí, vyhodnocování, práce se škálou (respondent C: „jak by vypadal jejich život, kdyby, nebyli na 4, ale na 6...“ apod.), hledání výhod, nevýhod (motivační rozhovory), hledání dalších kroků

c) Technické nástroje

Za tzv. technické nástroje považujeme ty, které mají fyzickou podobu nebo je z nich nějaký okem viditelný záznam.

Zde se objevovaly pojmy typu: **Finanční deník, „huba“, tužka a papír, formuláře** („hvězda“, záznam chutí, anamnestické listy apod.)

Pozn. Nástroje pro IP jdou řadit také dle FORMY - individuální či skupinové: terapeutickou skupinu zmínil jen jeden respondent (D), a to skupinu hodnotící, jako součást procesu IP.

2.10.6 Jak rozumí pojmu IP pracovníci DP Advaita?

Někteří respondenti ve svém pojetí IP vidí také jeho cíl, resp. za něj považují nejčastěji **strukturování práce s klientem a orientaci ve směru spolupráce**. Např. resp. C zmiňuje používání a cíl IP: „k otevírání co nejširší oblasti života“, což

ilustruje význam IP zejména jako **prostředku k dialogu** o různých tématech, o nichž by se bez podkladu IP asi ani nezmínil. Cílem je dále dle 1 resp. i „**reflexe postupu v léčbě**“. Všichni respondenti popisují IP jako **proces**, který slouží k ... (většinou práci s klientem). V rámci hierarchie rolí pracovníka ve svém komentáři respondenti též pojmenovali, 3 z 5 respondentů akcentují ve svém sdělení **partnerství** nebo **vztah** pracovníka a klienta. 2 z 5 resp. zdůrazňují roli pracovníka. Dále 2 resp. IP považují za nástroj.

2.10.7 IP mezi ostatními metodami

IP zaujímá mezi ostatními metodami pozici „praktického, strukturovaného nástroje“, též ale „nutné součásti“, které moc nerozumějí klienti a ani někteří pracovníci. Průměrné bodování na škále (0-10) jsme rozepsali do tabulky č. 2 (viz níže + popis číselné metody) a zjistili u IP hodnotu 5,7. Přitom průměrná hodnota všech metod/intervencí dohromady činil 6,35. To znamená, že IP vyšlo jen lehce pod celkovým průměrem, tzn. jde možná o neprávem podceňovaný nástroj pro práci s klienty.

Tab. č. 2 Roztřídění metod/intervencí do kategorií, vč. průměrného bodového ohodnocení

	Psycho- terapeu- tické	Diagnos- tické	Eduka- tivní	IP	Prům. hodnota celkem
Prům. hodnocení	7,8	6,5	2,5	5,8	6,35

Komentář k Tab. č. 2:

Odpovědi na otázku metod/intervencí jsme sepsali do tabulek k jednotlivým respondentům a přiřadili hodnotu, kterou pracovník udělil jednotlivým metodám/intervencím (podrobně viz Přílohy Tab. č. XX). Jednotlivé metody/intervence jsme roztřídili do čtyř kategorií a následně jsme spočetli průměrné hodnoty, kterými je pracovníci hodnotili. Dále jsme spočítali průměrné hodnoty IP jako samostatné kategorie a porovnali je s průměry ostatních skupin metod/intervencí. Vyšlo, že IP je jen lehce podprůměrně hodnocenou metodou.

2.10.8 Výhody a nevýhody IP

Tab. 3: Výhody a nevýhody IP

+	-
<ul style="list-style-type: none"> • „lze se o něco opřít“ • struktura • vizualizace („řekne, zmapuje, vidí“, „dokáže si to představit“) • je vidět kontinuita a proces • srozumitelnost (i pro klienty) • důslednost • smysl • může ukázat klientovi možnosti 	<ul style="list-style-type: none"> • Může sklouzávat k rutině („závisí na postoji pracovníka – pokud se uvozuje např. Slovy – musíme udělat...“ (B) „nebezpečí, že to bude příliš technicistní a bude to sklouzávat k formalismu“ (C), „papír pro papír“ (E), „pro klienty to může být nutné zlo, zvlášť pro ty, kteří jdou z TK“ (A) • časová náročnost, potřeba „to někam napsat“ • ideologie standardů („rizikem může být brát IP ne jako jeden z nástrojů sloužící klientovi ke změně, ale jako jediný ideologicky správný nástroj z pohledu ministerstva“) • oddělenost od ostatních služeb, obtížně se s IP někdy zachází jako s „přirozenou součástí“ (B) • nároky na důslednost a pravidelnost pro pracovníka

Komentáře k Tab. č. 3:

Výhody IP

Co se týče výhod IP, respondenty nejčastěji skloňovaným slovem byla „struktura“ při práci s klientem (respondent D), doplněná např. komentářem „lze se o něco opřít“ (respondent C). Za výhodu metody IP lze dle některých respondentů považovat vizualizaci, respondent B komentoval souvislosti procesu: „klient si řekne – zmapuje – vidí, ... dokáže si to představit“. Respondent B to též akcentuje: „je to oživení (vidět), když u nás jsou zvyklí jenom mluvit“.

Nevýhody IP

Za úskalí IP respondenti považují sklon některých pracovníků provádět metodu jako rutinní záležitost, bez většího porozumění a angažovanosti na případu klienta. Respondent B považuje za možnou nevýhodu jasně danou formu – jak má výstup

z IP vypadat, což spojuje s časovou náročností a nebezpečím, že pracovník bude klientovi IP vnucovat, když má klient např. téma do hovoru. „...navíc jako něco co se má udělat,“ dodává respondent. Asi největší úskalí metody vidí, že je někdy pro pomáhajícího obtížné vzít na konzultaci s uživatelem IP „jako přirozenou součást normální práce, ... když to máš v hlavě jako něco, co ještě musíš udělat...“ říká respondent B a jedním dechem dodává, že nevýhoda je i to, že se „to musí někam napsat“. Dalším úskalím je respondenty uváděno nepochopení metody klientem a časová náročnost. Jistým úskalím může být „ideologické využívání IP jako jediné správné metody“ (respondent D) práce s klientem. Tím pak hrozí, že pracovník nevyužije variabilně další kvalitní nástroje, které má k dispozici. Respondent D na toto téma upozornil: „...že ve standardech je IP bráno jako základní nástroj práce s klienty, což není, ani náhodou! Je to pouze jeden z nich, a hlavně v kombinaci s dalšími.“

2.10.9 IP jako efektivní nástroj resocializace

Tab. 4: IP jako efektivní nástroj resocializace

Resp.	Citace respondenta	resumé
A	„Kdybychom pracovali s roboty, tak by byl. Snaha je dobrá. Ale kdo chce ten možností dokáže využít.“	?
B	„Ano, když se to dělá dobře. Podporuje to člověka v nastoupeném směru z léčby a v reintegraci (spíše než resocializace) do společnosti. Může i pozměnit názor pracovníka.“	ANO
C	„Jo. protože se fakt dotýkáme se celé škály života, pomůže mu to udělat si v tom jasno, zorientovat se, vidí, že se mu i něco daří a že to klientovi pomáhá uvědomit si, že jeho život není celej černej, může si oškálovat, co je pro něho v životě důležité...“	ANO
D	Ano ale je to jeden z mnoha nástrojů. Přináší to strukturu a pohled na vývoj.	ANO
E	Ne. kvůli nedůslednosti pracovníků a absenci kontroly v organizaci.	NE

Komentář k Tab. č. 4:

Efektivita

Opakovaně jsme od respondentů v průzkumu slyšeli o struktuře a orientaci, kterou IP podporuje, ba dokonce jsou v něm obsaženy jako hlavní složky.

Zároveň je podstatná i forma – vizualizovaná (do konkrétních přínosů), jasná a přehledná, de facto každý jí rozumí, vyplynulo ze zkoumání.

V efektivitě IP se akcentuje smysl pro klienta, zároveň i pracovníci ho zmiňují pro sebe. Svě „ne“, které jeden z respondentů uvádí, v sobě zahrnuje už výše zmíněná rizika a úskalí metody – zejm. nedůslednost pracovníka.

Jak již bylo také uvedeno výše, záleží na použití metody – ano, mnohdy může být a JE individuální plánování efektivním nástrojem. Zároveň je to na každém, nechť to posoudí sám ze zkušenosti na poli pracovním či soukromém.

Diskuse

Vraťme se ještě k některým reakcím respondentů, a sice nejdříve k časové náročnosti metody IP. Ta sice patří do zdánlivých nevýhod, avšak při správném použití může jít na druhé straně o nástroj efektivní, který naopak může šetřit čas a hlavně energii, která je mnohdy vkládána do omylů a „slepých uliček“ při práci s klientem. To se děje, když např. pracovník a klient zanedbají nějakou fázi procesu, kterou by byli bývali s využitím IP zvládli lépe. Chce se ještě dodat, že individuálně plánovat, vytvořit plán apod. neznamena sedět s uživatelem služby hodiny na papíry, ale spíše vystihnout správný okamžik, kdy je prostor k využití tohoto nástroje a co nejpružněji s ním zacházet v konkrétní, byť zdánlivě nevýznamné zakázce klienta. I tak se můžeme učit reagovat na potřeby klienta.

V rámci zkoumání pozice a důležitosti individuálního plánování mezi jednotlivými metodami, nebylo respondentům zcela jasné pojmosloví. I respondenti s více než dvacetiletou praxí se pozastavili nad pojmy „metoda“ či „intervence“ v otázce č. 4, podobně i u dotazu na používané „nástroje“ pro plánování v bodu č. 7. Pokud bychom se tímto průzkumem zabývali dále a používali tyto termíny, bylo by třeba je jasně vymezit, aby všichni respondenti tzv. mluvili stejným jazykem a otázky i následné výstupy pro výzkum byli ve vzájemné shodě a srozumitelnější.

Ještě si zde dovolíme uvést krátký příběh z praxe: Jednou, když se chystal pracovník s klientem individuálně plánovat, chystal si dokumentaci, přičemž se klient dotázal, co to má. Pomáhající odpověděl: „Plánování – to je ten ´vopruz´, cos dělal v komunitě.“ Tento příklad jasně ilustruje, že je stěžejní postoj pracovníka, jak o IP s klientem hovoří a jak se mu daří uživatele „nalákat“ ke spolupráci a inspirovat ho ke konstruktivnímu využívání IP. V opačném případě může výstupem z IP zůstat jen „papír pro papír“, jak uvádí respondent E. Také aktivní respondent B se přidal do této diskuse v poslední (desáté) odpovědi s tím, že

zkoumání individuálního plánování může přispět k vytváření porozumění a k pozitivnímu náhledu na metodu.

ZÁVĚR

Individuální plánování má mnohé podoby. Jak jsme si ukázali, je mnohdy vysmíváno, bagatelizováno a podceňováno, zejména pak v organizacích, kde se ho pracovníci bojí, a proto si jej nechtějí příliš „připustit k tělu“. Dokonce z plánování potom vytvářejí oddělenou metodu a možná by se dokonce dalo říct „obětního beránka“, zkrátka něco, nač se nadává a co se nemá rádo. Nejde o nic objektivního, strach z nových věcí je přirozený a máme jej do určité míry všichni. Vyžaduje ale odvalu – jít k novým věcem blíž a snažit se vidět jejich podstatu v realitě, s klady i zápory. A jak to i metoda individuálního plánování ukázala, je to vždy jen na nás – pracovnících a klientech, zda si dáme šanci a dodáme odvalu k novým zkušenostem, nebo zda zůstaneme u starých, známých procesů a stavů, které pro nás nejsou ohrožující. Nakonec není divu, že ne každý se nástroje IP rád chopí, protože vyžaduje určitou šikovnost během používání v praxi, ať už jde o zmiňovanou důslednost nebo bystrost.

Ukázalo se, že se vyplatí tuto metodu a zkoumat a objevovat její nenápadné potenciály, zejména v její přehlednost a strukturu, kterou sálá do okolí.

Také se během prozkoumávání metody a zejména vztahu pracovníků k ní vyjevili některé „silné“ a „slabé“ stránky samotných pomáhajících, které se projikovaly do metody.

Zajímavé bylo rovněž pozorovat, jak se respondenti snaží vidět ostré hranice mezi metodou/intervencí/nástrojem apod. a ne vždy je to možné, protože zmíněné termíny se překrývají, doplňují se a úzce spolu souvisí.

A jaké jsou další přínosy samotné tvorby bakalářské práce? Během psaní teorie si autor připomínal některé znalosti, a dozvídal se nové, přičemž náročné pro něj bylo probrat se zejména zákonnými podmínkami veškerého dění, které popisoval. Praktická část ho pak překvapila svými výstupy, resp. tím, co vše lze „vytáhnout“ z obyčejných deseti otázek a odpovědí. Byl to poměrně dobrodružný proces plný různých zajímavostí, překvapení a mnoha hodin strávených nad nahrávkami i zápisy z rozhovorů. Také samotné psaní celého textu bylo (vzhledem k autorově prokrastinaci) extrémně náročné.

Úsilí vložené do bakalářské práce přineslo i zkoumání operačního manuálu naší organizace, který si zaslouží revizi. Také přineslo zisky v podobě nových perspektiv nahlížení individuálního plánování a zejména jeho používání členy týmu – od nich spoustu postřehů, zkušeností i názorů a tipů na práci s klienty. Ať už bude přínosem prohlubující se vztah s klientem, vytvoření uživatelského léčebného plánu, nebo plán, který si dotyčný stanoví do reálného, venkovního, světa, bude nám potěšením být u toho.

Plánování není vlastně žádné plánování... neslo se v pozadí našeho výzkumu. Jde o jistou nadsázku, neboť jsme jako psychoterapeuti zvyklí vidět prvotně vztah

s klientem a teprve potom jeho cíle a úkoly, jichž má dosáhnout. Tento přístup, s humorem a nadsázkou, může být velkou výhodou v uvolněnosti při práci s klienty, abychom pak do společného pole přinesly zcela samozřejmě zmíněnou metodu a s lehkostí ji používali ku prospěchu obou stran.

K podotknutí nabízíme ještě jeden postřeh, a sice, že ve škále-hvězdě, používané k IP není jedna důležitá oblast, a tou je duchovní (či třeba náboženský) život člověka, transcendentní přesah apod. V našem léčebném systému, který se obecně pyšní svým „bio-psycho-socio-spiritálním“ zaměřením, je to přinejmenším k zamyšlení.

Na závěr použijeme ještě metaforu. IP lze přirovnat k mapě na klientově cestě. Tu mu předkládáme, zprvu ho v ní učíme číst, aby byl čím dál více samostatný v orientaci a zanedlouho se – již bez nás – vydal do světa. Tam pak může hledat perspektivy svého dalšího růstu či vývoje a žít život po svém.

Seznam použitých zdrojů

BEDNÁŘ, M. Manuál zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2011. ISBN 978-80-260-0086-0.

BICKOVÁ, Lucie. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.

BEHRENDT K., *Drogen-Abhängigkeit* [online], Hamm: BZgA, 2013. [cit. 2017-09-07]. Dostupné z: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmed_Reihe_4_Drogen.pdf(DHS, ...).

HARTL, Pavel. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-45-1.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Velký psychologický slovník. Corbinová, J. Strauss, A. Základy kvalitativního výzkumu. Brno, Boskovice: Sdružení Podané ruce a Albert. 1999, 1. vydání, 73 s..

Hendl, J. Kvalitativní výzkum, Portál, 2005 (2. vydání)

Ilustroval Karel NEPRAŠ. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
HERZOG, Aleš. *Individuální plánování*, 2017. [online]. [cit. 2017-09-07]. Dostupné z: <http://www.individualniplanovani.cz/>

JOHNOVÁ, Milena, 2008. Individuální plánování pro lidi se zdravotním postižením. Sociální práce/sociální práce [online]. 2008, č. 1, s. 53-57 [cit. 2013-06-01]. DOI: ISSN: 1213-6204. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/soubory/2008-1-130102145554.pdf>

KALINA, K., 2008. Základy klinické adiktologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, Kamil a kolektiv: Drogy a drogové závislosti – Mezioborový přístup 1. vydání; Úřad vlády České republiky, 2003, 324 str.; ISBN 80-86734-05-6

KALINA, K. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. [online]. Praha: Úřad vlády ČR., 2001 [cit. 2017-09-07]. ISBN 80-238-8014-4. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=77#center_column

KALINA, K. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9792-2.

KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese: [psychoterapeutické kapitoly

pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese]. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-1816.

KUKLOVÁ, M., *Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislostí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1101-3

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 379 s. ISBN 80-717-8548-2.

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

SOUKUP, Jan. *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0607-1.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (2006); Zákon č. 105/2006 Sb., o sociálních službách;

http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_do_30.9._2017.pdf

MÁTĽ, 2007, s. 36-37; dostupné z:

http://www.socialniprace.cz/soubory/sp3_2011_web-140320151102.pdf

Opatření k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů: 379/2005 Sb., § 20 [online]. [cit. 2017-08-27]. Dostupné z:

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=60445&fulltext=&nr=379~2F2005&part=&name=&rpp=15>)

ADVAITA, z. ú. *Operační manuál – Doléčovací program*, Liberec, 2017.

SYROVÝ, Jan. in HERZOG, Aleš. *Individuální plánování*, 2017. [online]. [cit. 2017-09-07]. Dostupné z: <http://www.individualniplanovani.cz/>

Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby

Dostupné z:

http://www.cekas.cz/sites/default/files/u6/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 1. vyd. Písek: Renesance, 1996.

Zákon o sociálních službách, č. 108/2005 Sb.: (§ 64) Služby následné péče [online]. [cit. 2017-08-27]. Dostupné z: <http://zakony-online.cz/?s174&q174=64>

WIKIPEDIA, *Psychoaktivní droga.: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2017-09-07]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Psychoaktivn%C3%AD_droga

3 PŘÍLOHY:

3.1 Příloha č.1: Co pracovníci rozumí pod pojmem IP (uvedeno, jak rozumí pracovníci pojmu IP)

Respondent kód	citace	Co to je? IP	Cíl IP	hierarchie
A	„vedení klienta do reality a objevují se tam i vize a pomoc v naplňování cílů a priorit“	proces	pomoc v naplňování cílů a priorit“	Pracovník vede a pomáhá
B	„ip je společné konzult prac a klienta týkající se postupu v léčbě nebo péči (to záleží kde to je) s ohledem na klientovy potřeby aktuální a dlouhodobé“	Vztah, spolupráce	Reflexe postupu v léčbě	parterství
C	Terapeutický nástroj, který nám pomáhá otevírat, co nejširší oblasti života	Způsob, nástroj, technika	Otevírání nejširších oblastí života klienta	Akcent na pracovníka - nástroj
D	Záměrná a kontinuální spolupráce prac a klienta, která má za cíl zlepšení kvality klientova života	Vztah, spolupráce	zlepšení kvality klientova života	partnerství
E	„Metoda u nás na dp sloužící ke strukturování práce s klientem ... abychom s nimi moc nebloudili“	Způsob, nástroj, technika Vztah - nebloudění	Strukturování práce s klientem a orientace ve směru spolupráce	Akcent na pracovníka - nástroj

3.2 Příloha č.2: Co si myslíte o IP v našem doléčovacím programu při práci s klienty se závislostí?

Resapondent kód	Citace			
A	Často pracovníka zajímá, jak se mají v současnosti a ip se hodí k neopomenutí důležitých věcí v jiných oblastech			
B	Důležitá součást procesu, pozornost dlouhodobě, dopracovali jsme se k modelu, který vyhovuje jak klientům tak snad i pracovníkům. Někde je považované za zátěž, praktická součást a nejenom povinnost. Využíváme to tak, aby to bylo pro obě strany užitečné			
C	Využíváme ho, ale ne vždy mu dáváme formu, ne vždy vezmeme ten papír do ruky, ale vždycky se toho dotýkáme v rámci jednotlivých hovorů. Klient sám už si to rámuje...			
D	Přináší právě tu strukturu, přináší zamejšlení se nad věcma, které může opomenout. To že je motivovaný abstinovat neznamená, že je motivovaný věnovat se financím. Prevence odkládání změn			
E	Formálně se moc nedodržíje a podceňuje, méně formálně se děje neustále			

3.3 Příloha č.3: Škála významu/důležitosti jednotlivých metod pro resocializaci a fungování klienta 0-10 (vč. IP)

Resapondent kód	Tab. č. III - Důležitost, význam IP pro klienty a pracovníky			
A,	KL:Důvod k tématu, dobré jak se mění priority PR:i mě to učí důslednosti, často se nechávám unést klientem je všednodenní situací, vrací mě to zpátky k širšímu kontextu. Učí mě to trpělivosti a vynalézavosti a učím se			
B	KL: mohou vidět dílčí úspěchy, lidi mají tendenci zaměřovat se na neúspěchy a pokud vidí úspěchy mohou být spokojeni. Např. Relaps, díky plánování může být kvalitněji zpracovaný. Dlouhodobé cíle se průběžně mění a korigují... PR: pro rychlou orientaci např. Před rozhovorem i pro pracovníka je dobré vidět úspěchy i neúspěchy. Vede to k reflexi procesu - třeba i ke zjištění, že klienta dostatečně nebo vůbec neposouvám, a že služba není pro toho klienta účinná			
C	KL: Pro strukturu a hranice i během hovoru PR: sturktura - rozlišování, na čem dělat, IP jako otvírací nástroj „Schody“ po kterých má (může) klient jít			
D	KL: hlavně struktura, zamyšlení se nad dalšími věcmi, po primární zakázce PR: vidět, jak se člověk rozvíjí k soběstačnosti a k realitě, zrcadlí to růst a zdravý vývoj			
E	KL: pro vize a stanovování cílů, malých i velkých, krátkod. I dlouhodob. Pro vizualizaci a orientaci, škálování - hvězda a pro kontakt - vztah s precovníkem pr. mapování potřeb klienta, zp. Vazbu jak ty potřeby naplňuje, pro dodržení kontinuity práce, sledování cílů apod. Pro reflexi vlastní práce a odpovědnosti za provázení klientů doléčováním + přesahy: sebláování enáhled, v, trpělivost s klienty			

Respondent A

METODA/INTERVENENCE	Počet bodů na škále 0-10
Arteterapie	8
Práce s životním příběhem (souvislosti a vztahy: minulost-přítomnost-budoucnost)	7
Zvídavost	7
Rozhovor	6
IP	6

Respondent B

METODA/INTERVENENCE	Počet bodů na škále 0-10
Diagnostické nástroje (úv. zhodnocení, odběr anamnézy, fáze závisl. aj.)	10
Kruh změny	8
Psychoterapie	6
Sebemonitorování (KBT)	7
IP	7

Respondent C

METODA/INTERVENENCE	Počet bodů na škále 0-10
IP	6
Prevence relapsu	8
Motivační rozhovory	8
Edukace	3
Sdílení a poradenství	10
Hranice (dávání hranic)	10

Respondent D

METODA/INTERVENENCE	Počet bodů na škále 0-10
Diagnostické nástroje	3
Psychoterapie a rozhovor	9
Motivační rozhovory	5
Pracovní poradenství	2
IP	4

Respondent E

METODA/INTERVENENCE	Počet bodů na škále 0-10
Psychoterapie	7
Sdílení	9
Cirkulární dotazování	8
IP	6

3.4 Příloha č.4: Příklad kódování

... (nejasné) ...
 míst pracovníka
 ↳ osobní
 ↳ pracovní (reflexe ul. práce)

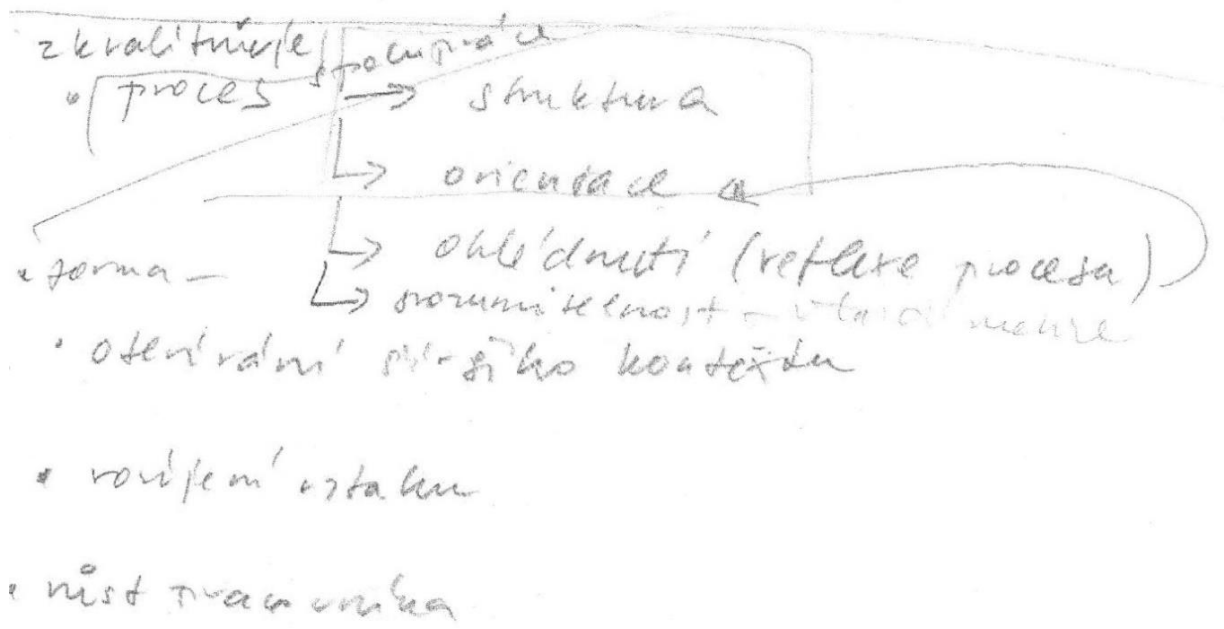
orientace

reflexe procesu (výroje)

Síťový kontext (otevřením) naprosto jiné S

Srozumitelnost (forma) přehlednost, uima

vztah (vztahem)



3.5 Příloha č. 5: INDIVIDUÁLNÍ PLÁN

Základní informace

Jméno klienta:

Jméno garanta:

Datum vyhotovení:

A. Individuální léčebný plán (přílohy) řeší tyto oblasti:

1. užívání drog (prevence relapsu, chutě, pití alkoholu, marihuana),
2. tělesné zdraví (lékaři, medikace, životospráva),
3. duševní zdraví (paměť, emoce, city, osobnostní rozvoj),
4. vztahy, sociální síť (rodinné, partnerské, na pracovišti),
5. zaměstnání, studium,
6. volný čas (duchovní a kulturní oblast),
7. sociálně-právní oblast (finance, splácení dluhů, kontakt se soudy),
8. bydlení (kde budu bydlet, za kolik si mohu dovolit bydlet, sociální zázemí v bytě, péče o domácnost včetně inovací v bytě)
9. motivace a přebírání zodpovědnosti
10. finance (jak vyjdu s penězi, rozpočet)

B. Výběr oblastí, popis současného stavu: také viz. škála

C. Stanovení osobního cíle v jednotlivých oblastech

oblast	cíl (obecný - dílčí kroky viz. následující tabulka)
1. Užívání drog	
2. Tělesné zdraví	
3. Duševní zdraví	
4. Vztahy, sociální síť	
5. Zaměstnání, studium	

6. Volný čas	
7. Sociálně- právní oblast	
8. Bydlení	
9. Motivace a přebírání zodpovědnosti	
10. Finance	

S uvedenými údaji souhlasí a podpisem stvrzuji:

Klient:

Garant:

Dne:

Zajištění cílů osobního plánu - Příloha B

Jméno klienta:

Jméno garanta:

Datum stanovení	Dílčí úkol, popis, termín	Datum zhodnocení + podpis klienta