

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE S UŽIVATELI DROG

Vedoucí práce: Mgr. Irena Bublíková
Autor práce: Zuzana Furišová
Studijní obor: Sociální a charitativní práce
Ročník: 2

2008

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Prachatice 21.6. 2008

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Ireně Bublíkové za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

ÚVOD	6
1. TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	7
1.1 Historické etapy drogové politiky a terénní sociální práce.....	8
1.1.1 Zavádění terénní sociální práce u nás	9
1.2 Cílová skupina	10
1.3 Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí	11
2. DEFINICE TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE JAKO SLUŽBY PREVENCE.....	12
2.1 Metody terénní sociální práce.....	13
2.1.1 Specifické metody terénní práce s uživateli drog na malém městě	13
2.1.2 Motivační trénink.....	14
2.2 Výkony prováděné v terénním programu pro uživatele drog	16
2.2.1 Zhodnocení stavu a potřebnosti drogové služby.....	17
2.2.2 Kontaktní práce.....	18
2.2.3 Vstupní zhodnocení stavu klienta	19
2.2.4 Sociální práce.....	20
2.2.5 Informační servis	22
2.2.6 Individuální poradenství	23
2.2.7 Výměnný program	24
2.2.8 Krizová intervence	24
2.2.9 Testování infekčních nemocí	25
3. STĚŽEJNÍ MODELY A PŘÍSTUPY K ZÁVISLOSTI.....	26
3.1 Bio-psycho-socio-spirituální model.....	27
3.2 Public health - přístup ochrany veřejného zdraví	28
3.3 Harm reduction – přístup minimalizace poškození při užívání drog.....	29
3.3.1 Využití přístupu HR v praxi.....	30
4. PRAVIDLA PRO VÝKON TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE	33
4.1 Legislativní podmínky pro výkon terénní sociální práce.....	33
4.1.1 Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.....	34

4.1.2	Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách.....	35
4.1.3	Možnosti dalšího vzdělávání	36
4.1.4	Hodnocení kvality v sociálních službách.....	37
4.1.5	Standardy kvality sociálních služeb.....	39
4.1.6	Standardy služeb pro uživatele drog.....	40
4.1.7	Certifikace odborné způsobilosti	41
4.2	Etický kodex	41
4.3	Vnitřní předpisy	42
DISKUSE.....		45
ZÁVĚR		46
	Seznam použitých zdrojů.....	47
	Seznam zkratk	50
	Seznam příloh	51
	Abstrakt.....	88
	Abstract.....	89

ÚVOD

„Existenci drog není vhodné a nutné odsuzovat. Problémem je nadužívání drog, společensky neakceptovatelné užívání drogy a vytvoření syndromu závislosti. Tyto faktory jsou posilovány z ekonomických důvodů: prodej drog je velmi výnosný obchod. Čím vyšší poptávka, tím vyšší zisky. Hlavní příčina problémů tedy nespočívá v existenci drogy samotné, ale v postoji jedinců k ní. Droga může být provokující činitel pouze v určitých situacích, za určitých podmínek.“¹

V posledním desetiletí 20. století se v dnešní České republice nízkoprahové služby vyvíjely živelně, bez patřičného zakotvení ve stávající legislativě, bez transparentního přidělování dotací ze státního rozpočtu, bez jednotné metodiky práce, bez politiky hodnocení kvality. Po roce 2000 dochází ke sjednocování v oblasti drogových služeb, ať již jde o jednotný systém výkaznictví, politiku hodnocení kvality nebo zpracovávání odborné literatury v této oblasti.

Téma „Terénní sociální práce s uživateli drog“ jsem si vybrala nejen proto, že se o drogovou problematiku dlouhodobě zajímám. Od roku 2007 pracuji jako streetworker a kontaktní pracovník v Kontaktním centru Prachatice, měla jsem tedy možnost seznámit se s touto oblastí sociální práce blíže a upřesnit teoretické informace poznatky z praxe.

V práci tedy stručně definuji terénní sociální práci s uživateli drog, a to z hlediska cílové skupiny, historie, metod a přístupů k drogové závislosti. Také se zde zabývám významem zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a dalšími legislativními předpisy, a požadavky na pracovníky a samotný výkon práce z nich vyplývající. Vnitřní předpisy uvádím na příkladu Kontaktního centra v Prachaticích. U některých metod a výkonů také uvádím odlišnosti terénní sociální práce s uživateli drog na malém městě, s nimiž .

Teoretickou část jsem zpracovala s pomocí odborné literatury vydávané zejména vládními orgány (RVKPP, Úřad vlády, MPSV) a z periodik zabývajících se problematikou drogových závislostí.

Praktická část je provázána s teoretickou a doplňuje jak postřehy a zkušenosti z praxe, tak poznatky sondy provedené mezi pracovníky v drogových službách. Pro účel bakalářské práce uvádím pro uživatele terénních služeb pojem klient.

Cílem bakalářské práce je tedy zmapovat terénní práci jako samostatnou oblast sociální práce a její místo v systému sociálních služeb v návaznosti na současnou legislativu.

V závěru práce uvádím seznam zkratk.

¹ Fleischmann O. *Vybrané psychologické aspekty terénní sociální práce*, s. 69.

1. TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE

Terénní sociální práce je specifická forma sociální práce, která se liší působením pracovníka v přirozeném prostředí klientů,² tzn. v době a místech, kde se obvykle zdržují lidé z cílové skupiny. V souvislosti s také používaným pojmem „streetwork“ symbolizuje „ulice“ jakékoli otevřené neinstitucionalizované prostředí, a to zastřešené i nezastřešené (ulice, parky, nonstop bary, kluby...),³ tedy tzv. otevřenou drogovou scénu. Podle domluvy s klientem pak lze terénní sociální práci provádět i v bytech uživatelů. Toto prostředí se také označuje jako uzavřená drogová scéna.⁴

Existuje několik důvodů pro terénní sociální práci: cílové skupiny se nedaří oslovit existujícími způsoby intervence; existující metody intervence neposkytují takové služby, které cílové skupiny potřebují; při práci v terénu je důležitým aspektem sociální prevence.⁵

Je založena na dlouhodobém a intenzivním působení, které v porovnání s klasickou sociální prací umožňuje dosáhnout zřetelně vyšší efektivity při řešení některých typů problémů. Cílem je navázat s klienty vztah postavený na vzájemné důvěře a následně je pak motivovat ke změně rizikového chování a k udržení této změny.⁶ Změna může nastat na úrovni individuálního chování nebo chování komunity.⁷

V praxi to znamená, že pracovník s klientem naváže vzájemný vztah, který se dále rozvíjí. Během této doby klient pracovníka poznává a postupně se mu otevírá i se svými problémy, případně se mohou objevit nové zakázky, na které pracovník může pružně reagovat. Pracovník s klientem tedy udržuje kontakt, během kterého mu pomáhá s aktuálními problémy a předchází vzniku nových.

Na rozdíl od některých jiných oborů sociální práce (např. oblast sociálních dávek), kam klient přichází s jasnou zakázkou a kde po jejím vyřízení kontakt končí, u terénní sociální práce s uživateli drog kontakt pokračuje často i poté, co uživatel abstínuje. Jestliže se např. klienti „svým“ pracovníkům přijdou pochubit, že úspěšně abstinují, je v této chvíli jejich zakázkou uznání, pochvala, pro pracovníka se jeho úkol mění směrem k udržení této změny.

² Helešic B. Henzl J. *Vybrané psychologické aspekty terénní sociální práce*, s. 5.

³ srov. Bednářová Z. Pelech L. *Sociální práce na ulici - streetwork*, s. 7.

⁴ srov. Staniček J. *Metodika terénní práce s uživateli drog*, s. 28.


⁵ Helešic B. Henzl J. *Vybrané psychologické aspekty terénní sociální práce*, s. 5.

⁶ Tamtéž, s. 5.

⁷ Staniček J. *Metodika terénní práce s uživateli drog*, s. 28.

1.1 Historické etapy drogové politiky a terénní sociální práce

Tab. 1 Historické etapy drogové politiky⁸

Etapa	Charakteristika užívání drog	Vnímání problému drog	Přístup	Odborníci
Do 20. stol.	Závislost z dostupných léků – střední vrstvy	Soukromá záležitost	Zdravotní péče	Lékaři
Do r. 1925	Šíření do potenciálně nebezpečných vrstev společnosti	Ohrožení morálky	Zavedení prohibice	Policisté, lékaři
Do poč. 60. let	Stagnace užívání drog – 2. světová válka	Neohrožuje společnost	Zachovat status quo	Policisté, lékaři
60. léta	Šíření hédonistického užívání napříč soc. skupinami	„Sociální infekce“	„Válka proti drogám“	Policisté, lékaři, soc. psychologové
Přelom 80. let	Šíření HIV / AIDS mezi injekčními uživateli drog	Ohrožení veřejného zdraví HIV / AIDS	Managerský – národní DP	Policisté, lékaři, soc. pracovníci, soc. psychologové, epidemiologové
Od 90. let	Stratifikace UD – různé vzorce užívání – rekreační, problémové...	Ohrožení veřejného zdraví	Odborný (rétorika vs. Praxe)	Policisté, lékaři, soc. pracovníci, soc. psychologové, epidemiologové...
Multidisciplinární přístup				

Vznik metody sociální práce na ulici (streetwork) je datován na počátek 20. století v USA. V té době se rychle šířil úpadek celých městských čtvrtí a začaly vznikat gangy dětí a mladistvých. Bylo nutné najít účinnější způsoby řešení, pracovníci se tedy vydali za klienty do jejich přirozeného prostředí. Cílem bylo kontaktovat tyto klienty, což znamenalo změnu v přístupu ke klientovi, v prioritách, cílech a specifikách sociální práce. Zprvu se terénní sociální práce zaměřovala na zmíněné pouliční gangy, později na specifické skupiny jako drogově závislí, skinheads, prostitutky aj. Ve 40. letech se pravomoci přesunuly od státu na obce. Ty začaly zaměstnávat tzv. detašované pracovníky, kteří kontaktovali skupiny přímo na ulici a snažili se u nich podnítit změnu v jednání a chování. V 50. a 60. letech se v USA přikročilo k dalšímu vývoji terénní sociální práce směrem k rozšíření nabídky mobilních sociálních služeb. V důsledku společenského a politického vývoje však bylo přikročeno k represivním opatřením, která se týkala i samotné práce na ulici a přetrvávala do 70. let. V tuto dobu byl model terénní práce převzat Evropou.⁹

Na přelomu 60. a 70. let byl v tehdejší západní Německu patrný růst kriminality, rozšíření drog a nárůst drogové závislosti u dospívajících, instituce pracující s touto problematikou se tedy rozhodly zkusit zavést metodu sociální práce na ulici – Straßensozialarbeit. V té době se pozornost zaměřila více na drogovou problematiku, v Hamburku vznikla poradna pro drogově závislé a od roku 1983 se pracovalo metodou

⁸ Radimecký J. *Úvod do adiktologie*, nepublikované materiály.

⁹ srov. Zimmermannová M. *Kontaktní práce*, s. 299.

streetwork s drogově závislými v okolí centrálního nádraží.¹⁰ Model streetwork se rychle rozšířil do téměř celé západní Evropy (např. Nizozemí, Rakousko, Francie), kde je dosud úspěšně využíván.¹¹

Podobný vývoj prodělaly země tzv. východního bloku v první polovině 90. let 20. století. Před rokem 1990 byla v tehdejší Československu jediným zdrojem drog domácí výroba (pěstování konopí, výroba tzv. braunu a pervitinu) a nízký počet uživatelů byl sdružen do malých uzavřených skupin. V první polovině 90. let se situace razantně změnila: dominance domácí výroby přetrvávala, ČR se však stala tranzitní zemí a část provážených drog se začala dostávat k domácím uživatelům. Vznikl typický trh s poptávkou a nabídkou, drogy se začaly rychleji rozšiřovat, objevila se skupina experimentátorů a příležitostných uživatelů. Ve druhé polovině 90. let se ČR stává cílovou zemí mezinárodního drogového trhu a vzniká otevřená drogová scéna. Dnes můžeme v užívání drog sledovat odlišné trendy: vzrůstá užívání marihuany, extáze a jiných tzv. „tanečních drog“, stabilizuje se užívání heroínu a pervitinu a zvyšuje se průměrný věk problémových uživatelů.¹² Na tyto změny musela nutně reagovat i odborná a politická veřejnost.

1.1.1 Zavádění terénní sociální práce u nás

V roce 1993 předložilo MPSV vládě ČR Program sociální prevence, ve kterém byl poprvé definován nový typ sociálního pracovníka – sociální asistent. Jeho náplní práce je právě streetwork. Usnesením vlády č. 341/94 byla v ČR zavedena funkce sociálního asistenta, což přineslo přesun sociální práce z kanceláře do terénu. Brzy poté se streetwork začal rozvíjet také v rámci neziskových organizací, především v oblasti drogové problematiky.¹³

Podpora rozvoje služeb, které zde dosud nebyly známy (např. nízkoprahová kontaktní centra) byla vyjádřena také ve vládní Koncepci a programu protidrogové politiky na období 1993-1996, ve druhé Koncepci a programu protidrogové politiky na období 1998-2000 již byl kladen důraz mj. i na programy Harm reduction. Tato koncepce udržuje realistický a pragmatický přístup – jejím cílem není společnost bez drog, ale zlepšení současného stavu a zmenšení problémů. Je zde také zdůrazněna úloha neziskových organizací včetně A.N.O. Zatímco dosud usilovala protidrogová politika v ČR o vybudování koordinačních mechanismů, v další etapě byla jedním z cílů (jak definovala Národní strategie na období

¹⁰ srov. Zimmermanová M. *Kontaktní práce*, s. 301.

¹¹ Bednářová Z. Pelech L. *Sociální práce na ulici - streetwork*, s. 10.

¹² srov. Bém P. Kalina K. Radimecký J. *Drogy a drogové závislosti*, s. 33.

¹³ srov. Bednářová Z. Pelech L. *Sociální práce na ulici - streetwork*, s. 14.

2001-2004) léčba a resocializace (vč. Harm reduction).¹⁴ V následujícím období se pak drogová politika zaměřila na hodnocení kvality v drogových službách (viz. kapitola 4.1.4).

1.2 Cílová skupina

Terénní sociální práce s uživateli drog v podstatě pracuje se třemi zakázkami: ze strany společnosti, rodičů a klienta. Společenská zakázka zní: „Braní drog je nežádoucí jev, dělejte s tím něco.“ Zakázka rodičů požaduje odpověď na otázku, kde zklamali a žádají pomoc pro jejich dítě. Zakázky klienta pak rámcově obsahují možnosti služeb pro drogově závislé: Harm reduction (pomozte mi přežít ve zdraví), léčba (pomozte mi uzdravit se) a resocializace (pomozte mi nespadnout do toho znovu).¹⁵ V této kapitole se budu zabývat klienty, tedy těmi, kteří terénní programy pro uživatele drog vyhledávají a pro koho jsou určeny.

V první řadě jde o *uživatele drog*. Ty lze rozdělit do těchto skupin:¹⁶

- 1) experimentátoři – v tomto stadiu je droga užívána občasně a nepravidelně a její užívání nemusí mít žádné následky
- 2) příležitostní uživatelé – tito uživatelé berou drogu pravidelně, ne častěji než jednou týdně, obvykle ve volném čase, užívání drogy je součástí životního stylu, důsledkem (dosud) není vznik závislosti. Typické pro marihuanu, LSD, MDMA na tzv. parties.
- 3) pravidelní uživatelé – tito uživatelé berou drogu pravidelně častěji než jednou týdně. Užívání drogy je součástí životního stylu a jeho následky se již projevují škodlivými důsledky (viz. kapitola 1.3)
- 4) problémoví uživatelé – tito uživatelé užívají drogy typu opiáty a amfetaminy intravenózně nebo dlouhodobě a pravidelně, objevují se také zdravotní komplikace a užívání výrazně ovlivňuje život člověka
- 5) závislí uživatelé – uživatelé, kteří splňují diagnostická kritéria (viz. kapitola 1.3). Závislost se projevuje zvyšováním dávek potřebných ke srovnatelnému účinku, trvalou touhou po droze, které přizpůsobuje svůj život a zdravotními, psychickými i sociálními důsledky braní drog.

¹⁴ srov. Bém P. Kalina K. Radimecký J. *Drogy a drogové závislosti*, s. 34.

¹⁵ srov. Podzimek K. Jandová V. *TSP aneb s kým, proč a koho chráníme*.

¹⁶ srov. Kalina K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 17.

Významnou ohroženou skupinou jsou *sexuální partneři* uživatelů drog, kteří jsou ohroženi jednak závislostí, jednak zvýšeným rizikem infekčních onemocnění.¹⁷ Naopak rodiče terénní pracovníky vůbec nevyhledávají, raději využívají služeb kontaktního centra.

Pracovníci musí být dostatečně identifikovatelní pro svou cílovou skupinu, ale ne již pro ostatní populaci. Proto je jejich jediným poznávacím znakem logo umístěné na brašně, které neobsahuje nic, co by u neznalých osob evokovalo užívání drog, klientům je však známé. Pracovník takto zároveň vymezuje i svou pracovní dobu určenou pro klienty.¹⁸

1.3 Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

Syndrom závislosti je podle definice Mezinárodní klasifikace nemocí skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, jakého si cenil dříve. Centrální popisnou charakteristikou je touha brát psychoaktivní látky.¹⁹

Definitivní diagnóza se stanovuje tehdy, když se v uplynulém roce objevily tři nebo více z následujících znaků závislosti.²⁰

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku (tzv. craving)
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky (jde-li o začátek a ukončení návykové látky, množství látky)
- c) tělesný odvykací stav (látky je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním nebo předejít odvykacímu stavu)
- d) průkaz tolerance k účinku látky (potřeba většího množství látky k dosažení žádoucího účinku)
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů kvůli návykové látce
- f) pokračování v užívání i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (např. zdravotní komplikace související s užíváním drog)

¹⁷ srov. Staniček J. *Metodika terénní práce s uživateli drog*, s. 34.

¹⁸ srov. Kalousek L. *Kontaktní práce*, s. 130.

¹⁹ Nešpor K. *Návykové chování a závislost*, s. 9.

²⁰ Tamtéž, s. 10.

2. DEFINICE TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE JAKO SLUŽBY PREVENCE

Podle § 53 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách patří terénní sociální práce do *služeb sociální prevence*. Tyto služby napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou jím ohroženy pro:²¹

- krizovou sociální situaci
- životní návyky
- způsob života vedoucí ke konfliktu se společností
- sociálně znevýhodňující prostředí.

Je to soubor aktivit zaměřených na změnu nepříznivých podmínek vedoucích ke vzniku a šíření poruch sociálních procesů a institutů, který slouží k ochraně společnosti před negativními jevy (např. kriminalita, toxikomanie, prostituce apod.).²² Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.²³ Jde tedy o předcházení vzniku a šíření sociálně patologických jevů pomocí metod sociální práce.²⁴

Sociální prevence je vykonávána ve dvou rovinách – horizontální a vertikální. V *horizontální* rovině jsou zapojeny resorty jako práce a sociální věci, školství, mládeže a tělovýchovy, vnitra, zdravotnictví a jiné, ve *vertikální* pak orgány na celostátní, regionální a místní úrovni.²⁵

Současný systém péče o uživatele návykových látek tvoří jak státní, tak nestátní instituce. Na celostátní úrovni jde o formování, koordinaci a podporování preventivních aktivit prostřednictvím legislativy a finančních prostředků, na regionální úrovni podobným způsobem pracují krajské úřady a na místní úrovni města a obce, které podle znalosti potřeb lokality přizpůsobují a vytvářejí preventivní programy.²⁶

Podle § 69 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou terénní programy terénními službami poskytovanými osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně a obsahuje tyto základní činnosti: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.²⁷

²¹ §53, zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.

²² Bednářová Z. Pelech L. *Sociální práce na ulici – streetwork*, s. 74.

²³ §53, zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.

²⁴ Bednářová Z. Pelech L. *Sociální práce na ulici - streetwork*, s. 17.

²⁵ srov. Tamtéž, s. 18.

²⁶ Tamtéž, s. 18.

²⁷ §69, zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.

2.1 Metody terénní sociální práce

K základním metodám práce terénního sociálního pracovníka patří *rozhovor s klientem* (vede ke zjištění situace, podpoře klienta, zvýšení důvěry a motivace ke změně), *pomoc s listinami* (pomoc při formálních postupech řešení klientova případu, studium dokumentace, vyplňování formulářů, sepisování žádostí apod.), *vyjednávání* (pomoc při jednání s úřady, vedení k samostatnému jednání), *doprovod* (účinný, nemanipulativní doprovod klienta do potřebné instituce), *koordináční činnost* (vyhledávání a dohled nad komunikací klienta s jeho sociálním prostředím), *konzultace s odborníky* (lékaři, právníky, sociálními pracovníky apod.) a *kontakt s dalšími institucemi a organizacemi* (kontakt a zprostředkování služeb s organizacemi sociálních služeb v regionu).²⁸

Dalšími používanými metodami jsou odborné sociální poradenství, depistáž (vyhledávání), monitoring (analýza stavu a potřebnosti drogové služby), krizová intervence, Harm reduction (výměna injekčního materiálu) a zdravotní servis.²⁹

2.1.1 Specifické metody terénní práce s uživateli drog na malém městě

Charakteristickým rysem drogové scény na malých městech (s nižším počtem obyvatel než 50 000) je uzavřenost, obavy z prozrazení a nedostatečná informovanost. To vedlo k vývoji specifických metod:³⁰

- a) Besedy terénních pracovníků pro školní populaci od 15 let, během kterých je představena základní filozofie Harm reduction a podány základní informace. Mladí lidé obecně více experimentují s návykovými látkami, jsou mezi nimi potenciální klienti, kteří pak již mají povědomí o tom, že existuje zařízení, které jim může pomoci s případným drogovým problémem. Důležitá je osobnost a profesionalita pracovníka, podávané informace nesmí být nebezpečné pro abstinentní populaci, tzn. nevzbuzovat přílišnou zvědavost, nereprezentovat užívání drog jako atraktivní; je tedy třeba pečlivě zvažovat spektrum podávaných informací.
- b) Podávání informací prostřednictvím letáčků. Tyto letáčky obsahují seznam nabízených služeb, adresu a telefon na kontaktní centrum, telefon na streetworkery a dobu, kdy je lze zastihnout. Pracovníci je po dohodě nechávají v barech, hernách či

²⁸ Helešic B. Henzl J. *Vybrané psychologické aspekty terénní sociální práce*, s. 5.

²⁹ Tamtéž, s. 7.

³⁰ srov. Němec M. *Adiktologie*, s. 46.

diskotékách. Další metodou jsou pak zápalky se štítky s těmito informacemi nebo časopis vydávaný terénními pracovníky (obsahuje informace např. o bezpečném brání drog, bezpečném sexu, sociálně-právní, aktuální místní zajímavosti či kulturní dění, zábavné prvky) – touto metodou lze nenásilně představit služby terénních pracovníků či kontaktního centra bez nežádoucí stigmatizace potenciálních klientů.

- c) Balíčky v lékárnách. Po dohodě nechávají terénní pracovníci v lékárnách tzv. sety, které obsahují dezinfekční alkoholový tampon, náplasti, suchý buničínový tampon a leták s kontakty na terénní pracovníky a kontaktní centrum. Tento balíček přidává lékárna k prodávaným injekčním stříkačkám a tak se informace o existenci terénního programu dostane k potenciálnímu klientovi. Pracovníci lékáren také mívají povědomí o podobě místní drogové scény prostřednictvím např. množství prodaných stříkaček nebo volně prodejných léků používaných k výrobě nelegálních drog.
- d) Aktivní oslovování skupinek mladých lidí, zdržujících se na odlehlých místech. Terénní pracovníci skupinku neadresně osloví s tím, že představí a nabídnou své služby spolu s předáním informačních letáků. Výhodou je, že potenciální klient si může během rozhovoru pracovníky prohlédnout zblízka, aniž by musel přiznávat svou situaci. Důležité je oslovované nestigmatizovat, nepřístupovat k nim jako k potenciálními klientům.
- e) Po provedení těchto metod dochází k prezenci, tedy být vidět a vyčkávat. Pracovník se pohybuje v pravidelných časech na pravidelných místech, aby byl klienty viděn a vyčkává na kontakt. Poté již může aplikovat standardní metody terénní sociální práce, prohlubovat kontakty a navazovat nové.

Předností terénního programu na malém městě je, že má více prostoru na sekundární služby (individuální poradenství, zprostředkování kontaktu na jiné služby apod.). Lze také využít výhod dnešní techniky (např. domlouvání výměn prostřednictvím mobilních telefonů, kdy lze stanovit konkrétní čas a místo skryté laické veřejnosti).

2.1.2 Motivační trénink

Metoda motivačních rozhovorů vnímá „závislost“ jako naučené chování, k jehož změně je nezbytná aktivní spolupráce klientů. K ní je ale třeba klienty motivovat. Hlavní efekt takové intervence pak spočívá v přesunu odpovědnosti za změnu.³¹

³¹ srov. Dobiášová D. Broža J. *Drogy a drogové závislosti*, s. 283.

Motivační trénink v úzkém pojetí je metoda strukturovaného předléčebného nebo léčebného poradenství, v širším smyslu pak u klientů vedou ke změnám chování, prožívání a myšlení. Je vhodný zejména u klientů, kteří prožívají konflikty v oblasti chování a myšlení. S jeho pomocí lze ovlivnit i nižší úroveň motivace.³²

Cílem motivačního tréninku je dosahování změn směrem ke zdravějšímu životnímu stylu. V kontaktu s klientem je třeba zjistit, co on ve svém životě považuje za problém a podle toho si stanovit cíle. Těmi mohou být změny v oblasti zdraví, sociálních kontaktů, situace s bydlením či prací, ve vztahu k institucím. Cíl by měl být stanoven jasně, konkrétně, měl by být reálný, dosažitelný a měřitelný. Motivační trénink je zaměřen na řešení problémů.³³

Principy pro vedení motivačního tréninku jsou tyto: vyjádření empatie, vytváření rozporu (díky kterému si klient uvědomuje svoje důvody ke změně), vyhýbání se sporu (např. kvůli „nálepkování“), práce s odporem a podpora sebedůvěry. Při vedení motivačního rozhovoru lze pak použít *techniky* jako otázky s otevřeným koncem, reflektující naslouchání nebo potvrzování kladných postojů.³⁴

„Postupy uplatňované v motivačních rozhovorech jsou spíše přesvědčovací než donucovací, více podporující než argumentační.“³⁵ Bylo popsáno osm *obecných motivačních postupů*, které se při vedení motivačního rozhovoru vzájemně kombinovat.³⁶

- Předávání rad
- Odstraňování překážek
- Nabídka výběru
- Snižování přitažlivosti
- Uplatnění empatie
- Poskytování zpětné vazby
- Vyjasňování cílů
- Aktivní pomoc

Motivace člověka ke změně se v různých situacích a časem proměňuje, lze ji ovlivnit.³⁷ Ke změnám motivace dochází i spontánně. DiClemente popsal změny motivace takto:³⁸

Tab. 3 Změny motivace

↗	1. stadium – nestojí o změnu (chce pokračovat v návykovém chování)	↘
6. stadium – recidiva (návykového chování)		2. stadium – rozhodování (se změnou váhá)
5. stadium – udržování (udržuje si dobrý stav)		3. stadium – rozhodnutí (rozhodl se pro změnu)
↖	4. stadium – jednání (uskutečňuje změnu)	↙

³² Dobiášová D. Broža J. *Drogy a drogové závislosti*, s. 287.

³³ srov. Tamtéž, s. 283.

³⁴ Tamtéž, s. 285.

³⁵ Miller W. R. Rollnick S. *Motivační rozhovory*, s. 46.

³⁶ Tamtéž, s. 19.

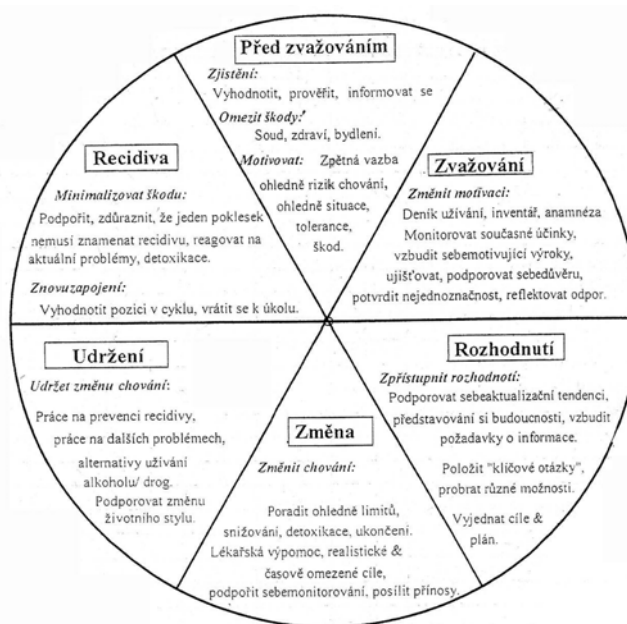
³⁷ Tamtéž, s. 14.

³⁸ srov. Nešpor K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 252.

Během rozhovoru se u klienta v 1. stadiu doporučuje vyvolávat pochybnosti o jeho chování a pomoci vnímat rizika. Ve 2. stadiu je třeba navíc posilovat sebedůvěru klienta. Ve 3. stadiu pracovník klientovi navrhuje, co konkrétně je třeba udělat a v dalším stadiu mu pomáhá změnu uskutečnit. V 5. stadiu se využívají postupy k prevenci recidivy, tj. doléčování. V posledním stadiu je nejdůležitější recidivu rychle zastavit, aby se klient nedostal zpět do 1. stadia.³⁹

Müllerová pak popsalala úkoly a intervence prováděné v jednotlivých fázích cyklu změny.⁴⁰

Tab. 4 Cyklus změny: fáze, úkoly a intervence



2.2 Výkony prováděné v terénním programu pro uživatele drog

V rámci projektu „Evaluace a kvalita drogových služeb“ realizovaného sekretariátem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) v letech 2003-2004 byl sestaven seznam výkonů, které jsou v současnosti poskytovány jednotlivými drogovými službami, zároveň byly definovány minimální požadavky na provádění těchto výkonů. Výstupy byly zveřejněny v publikaci Seznam a definice výkonů drogových služeb Úřadu vlády České republiky, jež byla distribuována poskytovatelům služeb pro uživatele drog, protidrogovým koordinátorům a jiným subjektům.⁴¹

Pro potřebu bakalářské práce uvádím nejčastější výkony pracovníka s uživateli drog.

³⁹ Nešpor K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 250.

⁴⁰ Müllerová P. *Úvod do adiktologie*, nepublikované materiály.

⁴¹ Miovská, L. et. al. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*, s. 9.

2.2.1 Zhodnocení stavu a potřebnosti drogové služby

Výkon je definován jako komplexní odborná činnost směřující k popisu potřebnosti dané služby v regionu. V zásadě vychází ze dvou možných situací:⁴²

- zdůvodnění potřebnosti služby před zahájením činnosti nového zařízení v regionu
- zhodnocení toho, zda existující služba i nadále odpovídá aktuálním potřebám cílové skupiny a zda (případně jak) se tyto potřeby změnily

Jeho provedení je podmíněno zpracováním potřebné dokumentace a závěrečné zprávy.

Ty musí obsahovat zdůvodnění, popis metod získávání, zpracování a analýzy dat, časový plán, rozpočet, popis a interpretaci výsledků, návrh doporučení a způsobu jejich realizace.

Výkon zahrnuje:⁴³

- analýzu potřeb klientů
- analýzu vzorců užívání drog a rizikového chování uživatelů
- analýzu velikosti skryté scény a jejích potenciálních potřeb
- získávání údajů o místní scéně

V praxi tento výkon nazýváme *mapování* (monitoring). Znamená to, že pracovníci provádějí v terénu šetření mezi místními obyvateli s pomocí dotazníků – ptají se na možný výskyt pohozeného použitého injekčního materiálu, na místa shromažďování tzv. rizikové mládeže, jejich případné povědomí o místní drogové scéně apod. Dále se dotazují v *lékárnách* na prodej injekčního materiálu, léků používaných k výrobě nelegálních drog (např. Panadol, Modafen, Nurofen) a výdej substitučních léků. Spolupracují také s pracovníky *sociálních odborů* městských, případně obecních úřadů, *městskou policií* a *praktickými lékaři*. V místních *barech* a hospodách se informují od barmanů, zda mají nějaké povědomí o tamější drogové scéně nebo problémy s uživateli drog. Také procházejí místa označovaná místními obyvateli jako *místa shromažďování rizikové mládeže* a jiné *vytipované prostory* (např. podchody, parky, hřiště) a hledají známky nitrožilního užívání (např. pohozené injekční stříkačky nebo jejich části, obaly od dezinfekčních polštářků „con-zellinů“ nebo od vody pro injekční použití).

Z výsledků mapování pak pracovník zpracovává závěrečnou zprávu, ve které uvede charakter lokality (velikost, možnosti kulturního a sportovního využití apod.), demografické

⁴² Miovská, L. et. al. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*, s. 66.

⁴³ Tamtéž, s. 66.

podmínky (počet obyvatel, frekvence pohybu lidí v lokalitě apod.) a podmínky a místa setkávání cílové skupiny.⁴⁴

Analýzu potřeb klientů, analýzu vzorců užívání drog a rizikového chování uživatelů a analýzu velikosti skryté scény a jejích potenciálních potřeb pracovníci provádějí pak během práce neustále. Jejich předností je totiž schopnost pružně reagovat na měnící se potřeby klientů nebo na proměny místní drogové scény: např. v nonstop baru R. se scházelo velké množství uživatelů, docházelo k aplikaci na toaletách, k prodeji drog a k častým konfliktům mezi klienty, z nichž zde někteří prakticky žili. Když nastoupil nový majitel a začal vůči uživatelům tvrdě vystupovat, ti se přesunuli do nonstop baru P. Pracovníci tedy přestali chodit do baru R. a začali více navštěvovat bar P.

2.2.2 Kontaktní práce

Kontakt je základem terénní práce. Záměrem pracovníka je navázat co nejvíce kontaktů s klienty, udržovat je a rozvíjet.⁴⁵ Podle Miovské jde o vytvoření základního pracovního rámce potřebného pro realizaci konkrétní služby, který vychází z aktuální situace klienta a jeho potřeb. Cílem je vytvoření vzájemné důvěry a podmínek potřebných pro poskytování dalších služeb. Jsou hledány a upevňovány hranice komunikace s klientem a kultivovány jeho schopnosti vyjádřit své potřeby a naučit se využívat existující nabídky služeb. Neoddělitelnou součástí kontaktní práce je i získávání údajů o místní drogové scéně a mapování rizikového chování klienta.⁴⁶

Služby pracovníka se stávají prostředkem ke kontaktu – např. během výměny pracovník sleduje stav klientova „nádobíčka“ a podle toho reaguje.⁴⁷ Může použít i některé specifické metody, jako je např. injekční kalkulátor. Tato metoda spočívá v tom, že pracovník s klientem na základě údajů o spotřebě (přesněji o počtu nitrožilních aplikací) během určitého období spočítá optimální množství vydaného injekčního materiálu. Např. klient je v kontaktu s pracovníkem každých 14 dní. Udává, že do příštího setkání mu 20 setů k injekční aplikaci stačí, na přímý dotaz však přizná, že drogu užívá průměrně třikrát denně. Pracovník klientovi spočítá, že do příštího setkání by potřeboval celkem 45 setů (bere v úvahu i některé sety pro rezervu). Na základě tohoto rozdílu pak může od klienta zjistit jeho rizikové chování (např.

⁴⁴ srov. Bednářová Z. Pelech L. *Sociální práce na ulici - streetwork*, s. 36.

⁴⁵ Kalousek L. *Kontaktní práce*, s. 131.

⁴⁶ Miovská, L. et. al. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*, s. 33.

⁴⁷ srov. Staníček J. *Metodika terénní práce s uživateli drog*, s. 35.

několikanásobné použití jedné injekční stříkačky) a informovat ho o rizicích a možnostech bezpečného užívání.⁴⁸

Kontakt bez čerpání služby nazývá Staniček nespecifikovaným kontaktem. Klient pracovníka cíleně kontaktuje, aniž by nějakou konkrétní službu požadoval. Chce se tak jen ujistit, že služba funguje a pracovník je k dispozici.⁴⁹

2.2.3 Vstupní zhodnocení stavu klienta

Výkon zahrnuje proces navázání spolupráce s klientem (který se může uskutečnit jak v podmínkách streetworku, tak v podmínkách jiné drogové služby), získání základních anamnestických i jiných informací od klienta a vyhodnocení těchto informací. V rámci výkonu je mapováno rizikové chování klienta. Součástí práce je zhodnocení celkového stavu klienta, což se děje i během vyplňování základních údajů do vstupního záznamového archu (tzv. in-come dotazník).⁵⁰

In-come dotazník (viz. příloha č. 1) je součástí systému výkaznictví *FreeBase* (viz. kapitola 3.1.4). Jde o dotazník, ve kterém pracovník s klientem vyplňuje tyto údaje:

- datum kontaktu, místo výkonu
- kód klienta (sestavuje se z prvních tří písmen jména matky, dne narození klienta, prvních tří písmen jména klienta a měsíce narození klienta – např. Jan23Zuz05; nelze-li od klienta kód získat, udává se pořadové číslo, které obsahuje stejnou strukturu: NCCxyNCCxy: NCC = no code client, x,y = pořadové číslo)
- pohlaví, rok narození, státní a etnická příslušnost, bydlení, zaměstnání / škola, vzdělání

Nejde o porušení anonymity, kterou program klientům zaručuje - klient je dopředu upozorněn, že pravdivost těchto údajů pracovníci nekontrolují.

- dosavadní vyšetření a příp. léčení hepatitid a HIV, příp. léčení onemocnění souvisejících s užíváním drog (v případě infekčních onemocnění pracovník nezjišťuje pozitivitu)
- okres, kraj, kde se klient zdržuje

⁴⁸ srov. Herzog A. Matoušek P. Příbyl Z. *Adiktologie*, s. 70.

⁴⁹ Zimmermanová M. *Kontaktní práce*, s. 308.

⁵⁰ Miovská, L. et.al. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*, s. 60.

- tabulka užívaných drog vč. prvního užití, četnosti a způsobu aplikace (z těchto údajů pak pracovník určuje první nelegální a primární drogu, tj. v současnosti nejužívanější; podle četnosti pak může určit, o jakou skupinu uživatele se jedná)
- tabulka rizikového užívání (riziková aplikace drog, rizikové sexuální chování)

S pomocí těchto údajů pak pracovník zmapuje situaci klienta, jeho rizikové chování a na základě tohoto lze pak pokračovat v práci. Např. uvede-li klient v posledních 6 měsících chování rizikové pro přenos infekčních onemocnění, poučí ho pracovník o způsobech prevence a možnostech testování. Dotazník s klienty vyplňují pracovníci v případě opakovaného kontaktu, většinou při druhém až třetím setkání.

Podle zákona o sociálních službách má být každý klient seznámen s podmínkami poskytování služby a s poskytovatelem uzavřít písemnou nebo ústní smlouvu. V podmínkách terénní práce toto není dost možné, její předností je anonymita klientů a nízkoprahovost. Jedním ze způsobů, jak by bylo možné toto vyřešit, je princip nepsané smlouvy - předání informačního letáku o podmínkách využívání služby, právech a povinnostech klientů i pracovníků klientovi. Ten ho nemusí číst, formálně však je s podmínkami seznámen.⁵¹

2.2.4 Sociální práce

Do oblasti sociální práce s uživateli drog patří aktivity zaměřené na zlepšení sociální situace klienta a jeho schopnosti řešit běžné sociální problémy, tzv. *sociální fungování*. Jde o:⁵²

- *pomoc v oblasti sociálně-právní* (např. při vyřizování sociálních dávek, dokladů, kontakt s oddělením péče o dítě, pomoc při řešení problémů s bydlením, splátkového kalendáře...). Tato oblast se prolíná s informačním servisem (viz. kapitola 2.2.5).
- *odkazy a zprostředkování dalších služeb v jiných zařízeních* (záruky a reference). V případě terénních programů, které jsou součástí služeb K-centra, jde většinou o nasměrování klienta na K-centrum.
- *asistenční službu* (doprovod klienta). Rozumí se tím doprovod klienta do instituce a pomoc při vyřízení některých záležitostí, ve kterých si klient neví rady.

Koncept sociálního fungování zdůrazňuje schopnost jedince zvládat obtížně životní situace, cílem je podpora zvládnutí interakce klienta se společenským prostředím. Navrátil rozlišuje tzv. „malá paradigmata“.⁵³

⁵¹ Heczková L. *Zákon o sociálních službách mění práci protidrogových organizací* [on-line].

⁵² Miovska, L. et.al. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*, s. 54.

⁵³ srov. Navrátil P. *Drogy a drogové závislosti*, s. 71.

- 1) sociální práce jako terapeutická pomoc – tzv. rogersovský přístup, hlavním faktorem je duševní zdraví a pohoda člověka. Sociální práce probíhá jako individuální nebo skupinová terapie. Přístup pracovníka je nehodnotící, s aktivním nasloucháním a autentickým přátelstvím. Toto paradigma v práci se závislími lidmi však nezahrnuje sociální aspekty vzniku závislosti.
- 2) sociální práce jako reforma společenského prostředí – jedním ze základních východisek tohoto modelu je, že tlaky sociálního prostředí jsou považovány za primární příčinu problémů. Jde tady o nalézání a odstraňování strukturálních společenských příčin nerovností. V přístupu k uživatelům drog je toto paradigma diskutabilní – nereflektuje totiž dostatečně individuální vnímání situace klientem.
- 3) sociální práce jako sociálně právní pomoc – podle tohoto přístupu je podmínkou sociálního fungování schopnost zvládat problémy a přístup k odpovídajícím informacím. V praxi to znamená nejen poradenství a zprostředkování služeb, ale také úsilí o postupné přizpůsobení společenského prostředí potřebám klientů. Tento úkolově orientovaný přístup staví na klientových silných stránkách než nedostatcích, klade důraz jak na individuální potřeby klienta, tak na požadavky společenského prostředí.

Při práci se závislími by měl pracovník hledat odpovědi na to, jak klient vidí svou situaci, které požadavky jsou pro něj nesplnitelné, ke kterým příležitostem má ztížený přístup nebo jestli má vztahové či psychické problémy.⁵⁴

Tab. 2 Srovnání statistik asistencí JČSW a KC PT

	JČSW		KC PT	
	Počet výkonů	Celkový počet kontaktů	Počet výkonů	Celkový počet kontaktů
2006 ⁵⁵	11	2448	5	1352
2007 ⁵⁶	41	3560	0	1218

K asistenční službě: podle mých zkušeností v terénní práci s uživateli drog není na malém městě tak běžná, klienti totiž mívají obavy, že na úřadech pracovníky znají a tudíž oni budou označeni jako uživatelé drog. Uvádím srovnání statistik asistencí Jihočeského streetworku (České Budějovice) a Kontaktního centra Prachatice.

⁵⁴ srov. Navrátil P. *Drogy a drogové závislosti*, s. 73.

⁵⁵ Výroční zpráva o.s. Prevent 2006.

⁵⁶ Výroční zpráva o.s. Prevent 2007.

2.2.5 Informační servis

Informace jsou podávány výhradně na základě vyjádřeného zájmu klienta. Odpovídají povaze situace, stavu klienta a možnostem pracovníka. Pracovník může poskytnutí určité informace odmítnout, bude-li v rozporu s jeho přesvědčením o vhodnosti dané informace a její užitečnosti pro klienta. Jedná se o informace:⁵⁷

- o *bezpečném užívání drog* (ty zahrnují zejména používání materiálu Harm reduction, případně jeho nahrazení z běžných zdrojů, jiné možnosti aplikace než nitrožilní apod.)
- o *bezpečném sexu* (nejen z hlediska možného otěhotnění, ale také kvůli přenosu infekčních onemocnění pohlavním stykem)
- *ze zdravotní oblasti* (onemocnění a jiné zdravotní komplikace související s užíváním drog – např. abscesy, u dívek menstruační problémy, první pomoc při předávkování, účinky jednotlivých drog, léčba závislosti)
- *ze sociálně-právní oblasti* (např. sociální dávky, zdravotní a sociální pojištění, vybrané oblasti trestního a občanského práva, dostupná síť sociálních služeb)

Z této oblasti jsem vybrala okruhy, na které se podle mých zkušeností z praxe klienti nejčastěji dotazují. Z *trestního práva* jsou to obecně prospěšné práce (§ 45), ochranné léčení (§ 72), neoznámení trestného činu – tzv. oznamovací povinnost (§ 168), nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek a jedů (§ 187 a následující), šíření toxikomanie (§ 188a), šíření nakažlivé choroby (§ 189 a následující).⁵⁸

Z *občanského práva* pak promlčení (§ 100 a následující), nájem bytu (§ 685 - § 702) nájem obytných místností v zařízeních určených k trvalému bydlení (§ 717 a § 718), smlouva o ubytování (§ 754 a následující).⁵⁹

Dále se zajímají o možnosti, které poskytuje *síť sociálních služeb* (např. přechodné ubytování – pracovník klienta odkáže na příslušné zařízení, případně na něj rovnou předá kontakt) a podrobnosti ke konkrétním zařízením (např. nájmy v azylových domech). Pracovníci spolupracují s dalšími zařízeními v síti sociálních služeb i jinými, zjišťují informace, které se nějakým způsobem dotýkají jejich práce (např. dávky SSP, kompetence úřadů práce, pravidla pro ubytování v azylových domech, pravidla pro přidělení obecních bytů, vydávání substitučních prostředků).

⁵⁷ Miovska, L. et.al. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*, s. 28.

⁵⁸ zákon 140/1961 Sb., trestní zákon.

⁵⁹ zákon 40/1964 Sb., občanský zákoník.

2.2.6 Individuální poradenství

V terénní práci se nejčastěji setkáváme s obecným poradenstvím. To se zaměřuje na řešení aktuálních problémů a zvyšování kompetence klienta tyto problémy řešit.⁶⁰

Je to proces, ve kterém poradce poskytuje podporu nebo vedení a který se odehrává na sociální a psychologické úrovni, může však být i úzce zaměřen na některé specifické oblasti. Lze rozlišit např. psychologické, právní, zdravotní nebo praktické životní poradenství. V poradenství ve službách pro uživatele návykových látek je hlavním předpokladem vycházení z reálného a aktuálního stavu věci, ze subjektivního prožívání klienta a jeho možností a limitů (daných zdravotním stavem, sociálním postavením, vědomými i nevědomými složkami psychiky). Cílovou skupinou poradenství v terénní sociální práci s uživateli drog jsou lidé v různých stupních experimentování s návykovými látkami nebo závislosti. Poradenství v terénu je také na rozdíl od poradenství v kontaktním centru více iniciováno ze strany pracovníka. Hlavním cílem je pomoc k autonomii klienta. Je to forma pomoci, nikoli kontroly.⁶¹

V poradenství v terénu především nabízíme klientovi určité výhody, nelze tady očekávat výraznou změnu chování. Cílem je vytvořit přijatelnou vazbu mezi drogově závislými a abstinenci populací.⁶²

Individuální případová práce zahrnuje více druhů práce, v terénní sociální práci s uživateli drog jsou to podtypy *sociální práce* a *individuální poradenství/terapie*. Ve většině případů se jedná o jednorázovou aktivitu, pokud je zakázka klienta složitější, může se jednat o opakované kontakty. Individuální práce s klientem probíhá v délce konzultace 50-60 min. (často s výhledem na v budoucnu pokračující spolupráci), jejím cílem nemusí nutně být abstinence či nástup klienta do léčebného zařízení. Jde o jednorázový kontakt nebo dlouhodobější spolupráci s klientem.⁶³

V praxi to znamená hlavně *motivační rozhovory*, s jejichž pomocí klienta směřujeme k využití vlastního potenciálu k řešení problému, příp. ke změně (viz. kapitola 2.1.2).

⁶⁰ Miovská, L. et.al. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*, s. 25.

⁶¹ srov. Broža J. *Drogy a drogové závislosti*, s. 269.

⁶² srov. Tamtéž, s. 269.

⁶³ Úřad vlády ČR, webová podpora uživatelů FreeBase [online].

2.2.7 Výměnný program

Jeden ze základních výkonů v rámci přístupu Harm reduction a Public health (viz. kapitoly 3.2 a 3.3). Zahrnuje vlastní akt výměny injekčního materiálu nebo jeho součást – samostatný výdej čistého nebo příjem použitého injekčního materiálu. Nedílnou součástí je i nabídka standardního vybavení potřebného k bezpečné aplikaci (např. tampony, dezinfekční materiál apod.), včetně poučení o bezpečné likvidaci použitého materiálu. Dále může být podle potřeby vydáván i jiný Harm reduction materiál (např. prezervativy, alobal atd.).⁶⁴ Součástí výkonu je i mapování rizikového chování klienta (viz. kapitola 2.2.2 a 2.2.3).

Zvláštní formou je *sekundární výměnný program*, který je zaměřený na realizaci výměnného programu prostřednictvím osob užívajících drogy pohybujících se na drogové scéně mimo dosah služeb terénních programů a K-center. V tomto případě jde o uživatele drog s přirozeným vlivem ve své sociální skupině, který je schopen pravidelné spolupráce. Pravidelný kontakt s ním je zaměřený na poskytnutí materiálu a zároveň na získávání potřebného minima informací o skupině klientů využívajících výměnný program.⁶⁵ Tento externí terénní pracovník je schopen navštěvovat klienty v bytech a lépe pronikne do skryté drogové scény, kam se pracovníci jinak dostanou těžko.⁶⁶

Tito pracovníci mívají větší úspěšnost než profesionální pracovníci. Podle statistiky Terénních programů Sananim tři externí terénní pracovníci v roce 1996 vyměnili 30 621 injekčních stříkaček, zatímco čtyři profesionální pracovníci 11 366 stříkaček.⁶⁷

2.2.8 Krizová intervence

Jde o soubor technik, které pracovník používá pro okamžitou a efektivní práci s klienty, kteří akutně reagují na nadměrnou zátěž.⁶⁸ Tento diagnosticko-terapeutický přístup přispívá ke zvládnutí psychické krize. Může jít o opakovaná setkání, pozorování chování klienta s důrazem na posouzení aktuálního psychického stavu, rozhovor směřovaný k základní orientaci v příčinách krizového stavu, cílenou intervencí zaměřenou na zvládnutí potíží apod. Intervence obsahuje také návrh opatření a založení dokumentace. O rozsahu a způsobu provedení intervence se pořídí zápis v rozsahu potřebném pro evidenci, kontrolu a supervizi.⁶⁹

⁶⁴ Miovská, L. et.al. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*, s. 61.

⁶⁵ Tamtéž, s. 50.

⁶⁶ srov. Matoušek O. Kodymová P. Kolářková J. *Sociální práce v praxi*, s. 218.

⁶⁷ Hrdina P. *Externí terénní pracovníci*, s. 72.

⁶⁸ Libra J. *Drogy a drogové závislosti*, s. 276.

⁶⁹ Miovská, L. et.al. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*, s. 35.

Jako krizi označujeme pro člověka zatěžující nerovnováhu mezi subjektivním chápáním problému a možnostmi jejího zvládnutí, které má jedinec k dispozici. Cítí pak ohrožení své vlastní identity. Pro krizi je charakteristické to, že je těžká, časově ohraničená a nezvládnutelná dosavadními regulačními mechanismy.⁷⁰ Závislí lidé jsou nejrizikovější skupinou v případě suicidálního ohrožení.⁷¹

Cíle krizové intervence jsou aktuální (stabilizovat stav klienta) a perspektivní (propracovat s klientem jeho blízkou budoucnost, hledat řešení). V průběhu procesu intervence nabízí pracovník pomoc s cílem mj. usnadnit komunikaci (klienta s jeho okolím), pomoci klientovi získat sebedůvěru, zmapovat možnost v okolí klienta.⁷²

Pracovník v krizové intervenci by měl ovládat tyto dovednosti:⁷³

- a) posouzení situace (zachycení signálu krize, připojení se ke klientovi; posuzují se mj. sociální vazby klienta, přítomné symptomy – napětí, hostilita)
- b) plánování intervence a intervence samotná (proces dojednávání, kontraktování, pracovní strategie týmu)
- c) řešení situace, hodnocení výstupů, rozhodnutí o potřebné následné péči

Nejčastějšími případy krizové intervence u uživatelů drog jsou bilanční úvahy, onemocnění infekční chorobou, úzkost spojená s nepříjemnou zkušeností intoxikace, krize ve vztazích, problémy v rodině, škole, zaměstnání, úmrtí člena party apod.⁷⁴

2.2.9 Testování infekčních nemocí

Cílem výkonu je zjištění výskytu infekčního onemocnění (hepatitida typu B, C, HIV/AIDS) u klienta. Neoddělitelnou součástí je předtestové poradenství (zmapování rizikového chování vzhledem k přenosu infekčních onemocnění, předání informací o infekčních nemocech, o průběhu a limitech prováděného testu), odběr biologického materiálu, samotné provedení testu a potestové poradenství, jehož součástí je zajištění testu a potřebné následné lékařské péče v případě pozitivního nálezu. Cílem testování je ochrana veřejného zdraví (viz kapitola 2.3), podle výsledků pak poučení klienta o možnostech prevence nebo léčby.⁷⁵

⁷⁰ srov. Kastová V. *Krize a tvořivý přístup k ní*, s. 15.

⁷¹ srov. Tamtéž, s. 51.

⁷² srov. Libra J. *Drogy a drogové závislosti*, s. 277.

⁷³ srov. Tamtéž, s. 278.

⁷⁴ srov. Tamtéž, s. 279.

⁷⁵ Miovská, L. et.al. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*, s. 58.

Testování se provádělo pomocí rychlých screeningových testů. Podle nařízení vlády č. 453/2004 Sb. musí tyto testy od 7.12.2005 splňovat požadavky evropské směrnice 98/79/EEC (mít certifikát platný pro EU a nést označení CE). Tedy již od začátku roku 2006 drogovým službám tyto testy chybí. Ačkoli bylo Ministerstvo zdravotnictví od března 2006 sekretariátem RVKPP a nízkoprahovými zařízeními opakovaně žádáno o udělení výjimky, nebyla dosud výjimka udělena.⁷⁶

V současné době vzhledem k nedostupnosti orientačních testů infekčních onemocnění jsou testy na infekční onemocnění prováděny v případě Kontaktního centra Prachatic ve spolupráci s Nemocnicí Prachatic a jsou následně hrazeny z prostředků RVKPP.

3. STĚŽEJNÍ MODELY A PŘÍSTUPY K ZÁVISLOSTI

Lidové léčitelství znalo přírodní psychotropní látky, zneužívání drog v dnešním slova smyslu (spojené se závislostí) bylo lékařsky popsáno až na konci 19. století.⁷⁷ Přibližně do počátku 60. let 20. století byly drogy pokládány za odborný problém, kterým se specialisté zabývali pouze ve dvou oblastech (potírání trestné činnosti, léčení závislosti). V letech 1960-1990 došlo v USA a západní Evropě k velkému nárůstu užívání drog se zdravotními i sociálními důsledky a drogy se tak staly společenským problémem, který se dotýkal mnoha sociálních vrstev a profesí. Tento jev se se zpožděním objevil v 90. letech v tzv. postkomunistických zemích.⁷⁸ Ještě v 80. letech je protidrogová politika represivní, až hrozba šíření viru HIV posunula tento problém směrem k prevenci a Harm reduction.⁷⁹

V 90. letech 20. století charakterizuje Valné shromáždění OSN problém drog jako globální. Bylo tedy třeba vytvořit světovou strategii boje proti drogám. Tu určují především úmluvy OSN (Úmluva o omamných látkách, Úmluva o psychotropních látkách, Jednotná úmluva o omamných a psychotropních látkách), kterými jsou pak zavázány také koncepty drogové politiky jednotlivých zemí. Ze základních modelů protidrogové politiky se do přístupů k práci s uživateli drog promítly tyto dva: model minimalizace škod (tzv. Harm reduction) a model ochrany veřejného zdraví (tzv. Public health).⁸⁰

Bio-psycho-socio-spirituální model pak vychází z původního biomedicínského modelu, který převažoval v pohledu na drogový problém v době do 60. let 20. století. Na

⁷⁶ Infekce virem hepatitidy typu C a injekční užívání drog v ČR [online].

⁷⁷ srov. Nožina M. *Svět drog v Čechách*, s. 50.

⁷⁸ srov. Kalina K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 15.

⁷⁹ Kudrle S. *Drogy a drogové závislosti*, s. 87.

⁸⁰ srov. Kalina K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 18.

závislost se díval jako na chronickou nemoc, léčitelnou, ale s častými recidivami (v tomto případě relapsy – znovuužití drogy).⁸¹

3.1 Bio-psycho-socio-spirituální model

Tento model sice vychází z biomedicínského modelu a přístupu k léčbě v tom smyslu, že používá medicínskou terminologii a diagnózy, opírá se však o široký koncept zdraví definovaný WHO jako „stav tělesné, duševní a sociální pohody“, nikoliv pouze jako nepřítomnost nemoci nebo vady. Zároveň tedy rozšiřuje původní model o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování. Současně je charakterizován i celostním (holistickým) zohledňováním a využíváním spirituálního rozměru jakožto přirozené součásti života i překonávání krizí a uzdravování z nemoci. Nemoc a tedy i drogová závislost vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů.⁸²

Biologická úroveň

Od poloviny 20. století se odborníci zabývají biologickými příčinami a souvislostmi vzniku závislosti. Za biologické faktory můžeme považovat některé problematické okolnosti v těhotenství matky dítěte (např. zda se plod setkal s vlivem návykových látek ještě před narozením) nebo okolnosti porodu (např. použití tlumivých látek). Zatím jediné genetické souvislosti byly prokázány u vyšší tolerance k alkoholu u dětí alkoholiků – to se rizikovým faktorem stává v souvislosti s individuální potřebou a v sociální interakci.⁸³

Rizikovým faktorem pro nadužívání drog může být medikace léky s potenciálem vzniku drogové závislosti. V této souvislosti bych zmínila užívání opiátů k tlumení bolesti nebo léčbu ADHD stimulancii, což s sebou nese nevýhody a specifická rizika u dospívajících pohybujících se v rizikovém prostředí.⁸⁴

Pro rozvoj závislosti není tento faktor významně důležitý, biologické dispozice se tak rychle nemění – za těmito jevy stojí spíše vyšší dostupnost drog, obecná společenská tolerance, popularizace, módní trendy apod.⁸⁵

⁸¹ srov. Kalina K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 78.

⁸² srov. Tamtéž, s. 78.

⁸³ Kudrle S. *Drogy a drogové závislosti*, s. 91.

⁸⁴ srov. Drtílková I. *Psychiatrie pro praxi*, s. 143.

⁸⁵ Tamtéž, s. 91.

Psychologická úroveň

Psychogenní faktory lze najít již v prenatálním věku, jde o prožívání toho, co způsobilo biologické poškození. Prožívá-li matka těhotenství jako stresovou záležitost a následkem toho užívá např. uklidňující léky, nese si dítě v sobě tu informaci, že na stres pomáhá určitá látka. V budoucnu pak může této látce snadněji podlehnout, protože žádaný efekt je mu známý. Pozitivní zpětná vazba tedy může posilovat vznik návyku.⁸⁶

Sociální úroveň

Tento přístup se zaměřuje na kontext, ve kterém se klient nachází. Patří sem jak nejobecnější okolnosti (např. rasová příslušnost, společenský status, úroveň sociálního prostředí, ve kterém jedinec žije), tak i konkrétnější vlivy (např. kvalita rodiny a jiných sociálních vztahů). Jinak na jedince působí funkční rodina než rodina se závislým členem či kolektiv vrstevníků⁸⁷. Podle možností tedy pracovník posuzuje situaci klienta v rámci jeho sociálně-ekologického pole a svůj následný postup tomu přizpůsobuje.

Spirituální úroveň

Spiritualita je vztahem k tomu, co jedince přesahuje, k čemu se vztahuje jako k nejvyšší autoritě. Jde o pojetí toho, co dává životu smysl. Často se stává, že člověk se dostane z vlivu drogy a náhle má příliš mnoho prostoru, který dříve vyplňoval právě drogou. Drogou také někteří lidé uspokojovali potřebu spirituálního naplnění (např. novodobé rituály, touha po skupinové transcenci – užívání stimulačních drog na tanečních akcích). Existenciální téma zůstává i poté, co člověk stabilizoval svou abstinenci. Velkým tématem je tedy práce na vzdání se vlastního závislého Já a přijetí možností, které život poskytuje. V terapii pak lze využít hlubinně zážitkové metody jako meditace, jógická cvičení nebo holotropní dýchání.⁸⁸

3.2 Public health - přístup ochrany veřejného zdraví

Tento přístup vychází z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky, kdy nesleduje zájmy individuálního klienta, ale ochranu nezasažené populace, především před přenosem závažných infekčních chorob (AIDS, hepatitida B, C). Vyvinul se jako odpověď na rozšíření nákazy virem HIV. Součástí tohoto přístupu je distribuce kondomů, edukačních materiálů,

⁸⁶ srov. Kudrle S. *Drogy a drogové závislosti*, s. 91.

⁸⁷ srov. Tamtéž, s. 92.

⁸⁸ srov. Tamtéž, s. 93.

výměna jehel a stříkaček, testy na HIV a výskyt hepatitid typu B a C.⁸⁹ V praxi do tohoto přístupu také řadíme sběr pohozených použitých injekčních stříkaček na veřejných prostranstvích.

3.3 Harm reduction – přístup minimalizace poškození při užívání drog

Harm reduction (HR) definujeme jako přístup zaměřený na individuální potřeby a perspektivy klienta se snahou o minimalizaci, omezení či zmírnění rizik a poškození vyplývajících z užívání drog, přičemž je akceptována skutečnost, že klient není motivován pro změnu, tj. nechce či nemůže aktuálně přestat s cílem zachovat klienta při životě a maximálně možném zdraví v bio-psycho-sociálním smyslu.⁹⁰

Drogy v lidské společnosti vždy byly, jsou a budou, řešením tedy není snaha o jejich úplné vymizení, ale o minimalizaci rizik vyplývajících z jejich užívání.

Tento přístup je pragmatický, nesnaží se o eliminaci drog, ale pracuje tak, aby důsledky rizikového chování byly pro celou společnost co nejmenší. Princip HR je také reakcí na epidemii AIDS v 80. letech 20. století, nejprve byl aplikován v zemích jako Nizozemí (výměnný program), Velká Británie (substituce), Německo a Švýcarsko (tzv. inject rooms – aplikační místnosti, slangově „šlehárny“). Od konce století je jedním z pilířů evropské drogové politiky.⁹¹

V historii najdeme mnoho příkladů, jak se lidé snažili snížit poškození a minimalizovat důsledky rizikového chování. Když se však filozofie snižování rizik objevila v souvislosti s drogovou problematikou, vyvolala značné emoce v řadách laické i odborné veřejnosti, orientované třemi základními pohledy na závislost:⁹²

- a) Model morální – vidí uživatele drog jako člověka morálně zkaženého a slabého, za jediné řešení považuje převýchovu. V případě, že se závislý nechce léčit, je vyloučen ze společnosti nebo stíhán pomocí policie a justice.
- b) Model nemoci (tradiční medicínský model) – považuje závislost za nevléčitelnou nemoc, která postihuje jen určitou skupinu lidí, jež jsou k ní předem biologicky disponováni. Jediným možným řešením je celoživotní abstinence.

⁸⁹ Kalina K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 79.

⁹⁰ srov. Kalina K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 79.

⁹¹ srov. Hrdina P. *Drogy a drogové závislosti*, s. 263.

⁹² Tamtéž, s. 263.

- c) Adaptivní model – tento psychologický model klade důraz na vývojové problémy v dětství, od kterých se pak odvíjí veškerá psychopatologie. Závislost lze léčit, pokud jsou odhaleny její příčiny v dětství.

HR představuje alternativu k tradičním modelům závislosti jako nemoci a k adaptivnímu modelu. Abstinence je tady ideálním stavem, ale pracuje také s alternativou neabstinujícího klienta. Jeho předností je také nízkoprahovost, díky níž jsou služby na principu HR pro klienty přijatelné a mohou oslovit až 80 % problémových uživatelů drog.⁹³

3.3.1 Využití přístupu HR v praxi

„Vznik závislosti je procesem komplexní proměny v somatické, psychické i sociální oblasti.“⁹⁴ Z této definice lze vyvodit, ve kterých oblastech terénní pracovník působí.

Tato kapitola se zabývá důsledky závislosti a v návaznosti na ně poukazuje na využití přístupu HR v přímé práci s uživateli drog.

Fyzické důsledky závislosti

Fyzickými důsledky rozumíme pro potřeby této práce somatické komplikace související se samotným užíváním drog, ne však s projevy abstinčního syndromu.

Somatické komplikace souvisí nejen se způsobem aplikace, jsou podmíněny také často nízkou socioekonomickou životní úrovní uživatelů a jejich rizikovým chováním (např. sexuální promiskuita). U neinjekčních uživatelů se většinou nevyskytují vážnější zdravotní obtíže. Zde se můžeme setkat spíše s poškozením sliznice (u šňupání), dýchacích cest (u kouření nebo inhalace), předávkováním (nesprávný odhad množství u perorální aplikace) nebo komplikacemi souvisejícími se specifickými účinky některých látek (např. neurotoxicita MDMA). U injekčních uživatelů existuje hrozba bakteriální nebo virové infekce a orgánových nebo systémových postižení.⁹⁵

Vznik *bakteriálních infekcí* je vázán na nitrožilní aplikaci drog. Lze je rozdělit na povrchové a invazivní. *Povrchovými infekcemi* jsou míněny lokální záněty, které postihují kůži, sliznice a měkké tkáně. Radíme sem např. impetigo, povrchové a hluboké abscesy, flegmóny, povrchové záněty žil. Pracovníci v rámci poskytování materiálu Harm reduction klientům podávají informace o prevenci těchto onemocnění, v případě počínajících

⁹³ srov. Tamtéž, s. 265.

⁹⁴ Vágnerová M. *Psychopatologie pro pomáhající profese* s. 299.

⁹⁵ srov. Minařík J. Hobstová J. *Drogy a drogové závislosti*, s. 223.

komplikací mohou pracovníci poskytnout masti (Septonex, Heparoid, Višněvského balzám) nebo odkazují na odborné pracoviště (obvodní lékař, kožní ambulance).⁹⁶

Invazivní infekce jsou takové infekce, při kterých se bakterie dostávají do krve. Zde mohou být odstraněny obrannými mechanismy organismu, v opačném případě dochází k sepsi, která v případě zanedbání léčby může poškodit i více orgánů a k tzv. septickému šoku (selhání ledvin, plic aj.). Podobnou hrozbou pro injekční uživatele je zánět srdeční nitroblány (endokarditida).⁹⁷

Při nitrožilní aplikaci dochází také k *mechanickému poškození* cévního systému. U dlouholetých uživatelů dochází k poškození žil na ruku následkem časté a dlouhodobé nitrožilní aplikace, uchylují se tedy k aplikaci do jiných míst (krční, stehenní, podklíčková tepna). Při tomto jim však hrozí riziko vzniku trombóz, ischemie okolních tkání, abscesů a zánětu hlubokých žil. Při zanedbání léčby může dojít až k amputaci končetiny. Nitrožilní uživatelé heroinu také ohrožuje používání kyselin k rozpuštění drogy. Často užívají citrónovou šťávu, která jednak poškozuje žilní stěnu a jednak obsahuje houbové plísně, jež mohou být příčinou postižení očí. Proto pracovníci těmto klientům také nabízejí kyselinu askorbovou.⁹⁸

Virovými infekcemi, které ohrožují nitrožilní uživatele drog, jsou hepatitidy typu A, B, C a infekce HIV / onemocnění AIDS. *Hepatitida typu A* je tzv. „nemoc špinavých rukou“, která se snadno šíří v místech s nízkou hygienickou úrovní (také na tzv. squatech), a to perorální cestou. Je léčitelná, lze se chránit preventivním očkováním. *Hepatitida typu B* se přenáší krevní cestou, pohlavním stykem a z matky na dítě. Má těžký průběh, může dojít k selhání jater a v 10 % případů přechází do chronicity. Lze se chránit preventivním očkováním. *Hepatitida typu C* je přenosná stejnými způsoby jako hepatitida typu B. Nemusí mít výrazné příznaky, bývá tedy často pozdě diagnostikována a přechází do chronicity.⁹⁹

AIDS (syndrom získané ztráty imunity) je rozvinuté onemocnění po infekci virem HIV. Jde o onemocnění, při kterém je nemocný vinou ztráty buněčné imunity náchylnější k jiným onemocněním, jež pak mají těžší průběh. Přenos probíhá stejnými cestami jako u hepatitid typu B a C, při včasné diagnostice lze prodloužit kvalitní život nemocného.¹⁰⁰ Před onemocněním těmito chorobami pracovníci své klienty varují, podávají informace o prevenci nákazy (tj. zejména bezpečné brání a bezpečný sex), příznacích, inkubační době a možnostech diagnostiky a léčby.¹⁰¹

⁹⁶ srov. Tamtéž, s. 224.

⁹⁷ srov. Tamtéž, s. 224.

⁹⁸ srov. Minařík J. Hobstová J. *Drogy a drogové závislosti*, s. 224.

⁹⁹ srov. Tamtéž, s. 226.

¹⁰⁰ srov. Tamtéž, s. 229.

¹⁰¹ srov. Tamtéž, s. 226.

Psychické důsledky závislosti

Závislost mění celou osobnost jedince. Dlouhodobým užíváním může vzniknout tzv. organický psychosyndrom – změny osobnosti vyvolané poškozením mozku. Ten se projevuje na mnoha úrovních. V oblasti emočního prožívání je člověk labilnější, se sklonem k extrémním citovým prožitkům. Zhoršují se paměťové funkce, mění se aktivační úroveň (a to v obou směrech: člověk je nadměrně aktivizován nebo naopak utlumen). V hierarchii hodnot se jediným cílem stává droga, člověk je soustředěn pouze na přítomnost, v životním stylu paradoxně dochází ke stereotypu, ačkoli někdy je motivem užívání snaha uniknout stereotypu. Dochází k závažným změnám v osobnostní struktuře (psychopatizace osobnosti, poruchy vnímání, halucinace, bludy). Někdy může jít pouze o latentní formu psychotických onemocnění, která se projeví až následkem užívání drog.¹⁰²

Dalšími psychickými důsledky, které uživatele drog ohrožují, jsou:¹⁰³

- akutní intoxikace – jde o přechodný stav po užití drogy, charakteristický poruchami na úrovni vědomí, vnímání, emotivity, reakcí, který se liší podle druhu užití látky. Pracovník by měl odhadnout míru intoxikace klienta a tomu přizpůsobit svůj postup (od tolerance přes odmítnutí služby k poskytnutí odpovídající pomoci v případě těžké intoxikace – předávkování).
- škodlivé užívání – tento pojem zahrnuje selhávání v životní roli, opakované rizikové užívání, sociální nebo mezilidské problémy v důsledku užívání. V této oblasti pracovník poskytuje informační servis, individuální poradenství, výměnný program, příp. krizovou intervenci (viz. kapitoly 2.2.5 až 2.2.8).
- odvykací stav – skupina různě závažných příznaků při úplném nebo částečném vysazení látky. Pracovník klientovi podle situace může poskytnout první pomoc, příp. krizovou intervenci.
- psychotická porucha (např. toxická psychóza) – porucha, která vznikla následkem dlouhodobého užívání psychoaktivních látek nebo po užití jejich většího množství. Je charakteristická smyslovými halucinacemi, paranoidními bludy, emoční a sexuální poruchou, poruchou spánku. Podle potřeby pracovník volí vhodnou pomoc nebo doporučí či zprostředkuje návštěvu jiného specializovaného zařízení (např. psychiatrické služby).
- amnestický syndrom – jde o chronické zhoršení krátkodobé paměti provázené poruchou časového smyslu a zhoršenou schopností učit se nové věci. Tato porucha se

¹⁰² srov. Vágnerová M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 299.

¹⁰³ srov. Nešpor K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 217.

vyskytuje většinou u alkoholu, může k ní však dojít i během dlouhodobého zneužívání těkavých látek a metamfetaminu.

sociální důsledky závislosti

Závislý jedinec neplní příslušné normy – neplní své povinnosti, přestává chodit do práce či do školy. Pro získání drogy je ochoten krást nebo prostituovat. Mění se jeho vztahy s lidmi – chování závislého je pro jeho okolí nepřijatelné, nemá jiné hodnoty než drogu. Není schopen hlubších citů. Nakonec přetrvávají vztahy jen s jinými závislými, které jsou založeny na droze. Stává se nespolehlivým, sobeckým a necitlivým k potřebám ostatních, parazituje na rodině či společnosti (sociální dávky). Většinou nakonec z rodiny odchází a stává se bezdomovcem.¹⁰⁴

Z těchto skutečností pak vychází většina problémů, se kterými sociální pracovník klientovi pomáhá. Pracovník je pro klienta často jediným člověkem z nedrogového světa, se kterým má kontakt. Pomáhá mu podle zakázky orientovat se v případě, že ztratí domov, pomáhá při vyřizování sociálních dávek, hledání ubytování apod. (viz. kapitola 2.2.4).

4. PRAVIDLA PRO VÝKON TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE

Pravidla pro terénní sociální práci s uživateli drog jsou vymezena pomocí zákonů (např. zákon o sociálních službách, trestní zákon), oficiálních dokumentů vlády a jiných subjektů (např. RVKPP), obecně platných předpisů (např. Etický kodex) a interních směrnic (např. manuály jednotlivých zařízení). Tyto předpisy byly vytvořeny v zájmu sjednocení metodiky a zajištění kvality poskytovaných služeb.

4.1 Legislativní podmínky pro výkon terénní sociální práce

Legislativními podmínkami se pro účely této práce rozumí předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka definované v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách, část osmá, dále dokumenty poradního orgánu vlády ČR Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky

¹⁰⁴ Vágnerová M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 306.

(RVKPP, dříve Meziresortní protidrogová komise – MPK): Certifikační standardy odborné způsobilosti.

4.1.1 Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách

Podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách je předpokladem pro výkon tohoto povolání způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona.¹⁰⁵

Bezúhonnost se posuzuje a prokazuje podle § 79, odst. 2 a 3. Tento předpis však komplikuje zaměstnávání tzv. ex-userů, jejichž drogová minulost bývá velmi často spojována s trestními postihy.¹⁰⁶ *Zdravotní způsobilost* zjišťuje a lékařský posudek o zdravotní způsobilosti vydává praktický lékař a u zaměstnanců lékař závodní preventivní péče. *Odbornou způsobilostí* k výkonu povolání sociálního pracovníka je:¹⁰⁷

- a) vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,
- b) vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském nebo magisterském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu
- c) absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena v písmenu b)

Podle sondy provedené pro účely této práce (viz. přílohy 3, 4, 5) má odpovídající vzdělání více než polovina respondentů. Z ostatních si tři čtvrtiny chtějí doplnit požadované vzdělání pomocí studia na vysoké nebo vyšší odborné škole, zbytek pak prostřednictvím akreditovaného vzdělávacího kurzu.

¹⁰⁵ § 110, zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách

¹⁰⁶ srov. Heczková L. *Zákon o sociálních službách mění práci protidrogových organizací* [online]

¹⁰⁷ § 110, zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách

Pro účely tohoto zákona ministerstvo práce a sociálních věcí rozhoduje o akreditaci vzdělávacích zařízení a jejich vzdělávacích programů. Akreditace se uděluje na dobu 4 let a není na ni právní nárok. Ministerstvo kontroluje činnost akreditovaných vzdělávacích zařízení při uskutečňování akreditovaných programů, rozhoduje o odejmutí akreditace, a v elektronické podobě způsobem umožňujícím dálkový přístup zveřejňuje seznam akreditovaných vzdělávacích zařízení, dobu, na kterou byla akreditace udělena, a seznam vzdělávacích zařízení, kterým byla akreditace odejmuta.¹⁰⁸

4.1.2 Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách

Podobu kvalifikačních kurzů pro pracovníky v sociálních službách upravuje vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách se skládá z obecné a zvláštní části. *Obecná část* kurzu obsahuje tématické okruhy jako problematika kvality v sociálních službách, standardy kvality soc. služeb, základy komunikace, rozvoj komunikačních dovedností, úvod do psychologie, psychopatologie, somatologie, etika výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách, sociálně právní minimum či metody sociální práce. *Zvláštní část* kurzu obsahuje tématické okruhy jako problematika psychosociálních aspektů chronických infekčních onemocnění, prevence týrání a zneužívání osob, kterým jsou poskytovány sociální služby, odborná praxe nebo krizová intervence.¹⁰⁹

Minimální rozsah kurzu je celkem 150 výukových hodin, přičemž zvláštní část kurzu činí minimálně 80 výukových hodin. Počet výukových hodin jednotlivých tématických okruhů zvláštní části kurzu se stanoví s přihlédnutím k odbornému zaměření účastníků kurzu, jejich pracovnímu zařazení a druhu sociální služby, kterou poskytují.¹¹⁰

Podle dosaženého vzdělání lze pak pracovníka zařadit na určitou úroveň odbornosti:¹¹¹

- 1) Nižší odborný adiktologický pracovník – pracovník po absolvování učebního oboru nebo s ukončeným středoškolským vzděláním bez maturity a s příslušným pracovním zařazením (např. výuční list v oboru truhlář pro pracovní terapii v truhlárně)

¹⁰⁸ § 112-114, zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.

¹⁰⁹ § 37, vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

¹¹⁰ Tamtéž.

¹¹¹ Miovská, L. et.al. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*, s. 16.

- 2) Odborný adiktologický pracovník – pracovník s ukončeným středoškolským vzděláním s maturitou v oborech zaměřených na práci s lidmi a s příslušným pracovním zařazením (např. střední pedagogická škola pro výkon výchovné, vzdělávací či jiné formy socioterapeutické práce).
- 3) Vyšší odborný adiktologický pracovník – pracovník s ukončeným vysokoškolským (bakalářským nebo magisterským), případně vyšším odborným vzděláním v oborech zaměřených na práci s lidmi a s příslušným pracovním zařazením. Dalším doporučeným vzděláním je též výcvik v komunikaci či terapeutický výcvik (po absolvování alespoň cca 40-80 hodin).
- 4) Vyšší odborný adiktologický pracovník: specialista – pracovník s ukončeným vysokoškolským vzděláním v oborech zaměřených na práci s lidmi a s příslušným pracovním zařazením. Současně má pro výkon své práce další speciální vzdělání (např. akreditovaný psychoterapeutický výcvik pro výkon psychoterapie apod.)

U téměř poloviny pracovníků v programech terénní sociální práce s uživateli drog, kteří odpověděli na anketu pro účely této práce, jde o úroveň odbornosti vyšší odborný adiktologický pracovník (tedy splňují požadavky pro tuto úroveň, viz. přílohy 3, 4, 5). Lze však předpokládat, že se tento počet bude v souvislosti s kvalifikací požadovanou zákonem o sociálních službách zvyšovat.

Pro každou úroveň odbornosti se doporučuje absolvování kurzů zaměřených na práci s uživateli drog, např. akreditovaný kurz první pomoci, kurz krizové intervence, kurz v oblasti základních informací o drogách a jejich uživatelích (multidisciplinární kurz v minimálním rozsahu 150 hodin) a další vhodné kurzy podle aktuální potřeby a nabídky. Kurzy mohou být nahrazeny odpovídající délkou praxe v oblasti drogových služeb.¹¹²

4.1.3 Možnosti dalšího vzdělávání

Povinnost dalšího vzdělávání, kterým si pracovník obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci, je zformulována jednak ve Standardech služeb pro uživatele drog (viz. příloha 6), jednak v zákoně o sociálních službách. Podle § 111 se další vzdělávání uskutečňuje na základě akreditace vzdělávacích zařízení a vzdělávacích programů udělené ministerstvem na

¹¹² Miovská, L. et.al. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*, s. 16.

vysokých školách, vyšších odborných školách a ve vzdělávacích zařízeních právnických a fyzických osob.¹¹³

Formy dalšího vzdělávání jsou specializační vzdělávání zajišťované vysokými školami a vyššími odbornými školami navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka, účast v akreditovaných kurzech, odborné stáže v zařízeních sociálních služeb, účast na školicích akcích. Účast na dalším vzdělávání se považuje za prohlubování kvalifikace. Dokladem o absolvování dalšího vzdělávání je osvědčení vydané vzdělávacím zařízením, které jej pořádalo.¹¹⁴

Akreditované kvalifikační i jiné vzdělávací kurzy pro sociální pracovníky poskytují neziskové organizace (např. Česká asociace streetwork Praha, Sdružení Podané ruce – I.E.S. Brno), některá školská zařízení (např. CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc, Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity) nebo jiné subjekty (např. IPVZ Praha, Gaudia-ISZ, s.r.o. Praha).

Žádané oblasti vzdělávání jsou sociálně právní problematika, psychologie, sociální prevence, teorie terénní sociální práce, resp. streetwork, sociální patologie, standardy sociální práce. K žadáným oblastem výcviku patří např. řešení konfliktu, asertivita, motivační rozhovory, manipulace a kontramanipulace, krizová intervence, umění komunikace, metody práce s rodinou, vedení odborného rozhovoru.¹¹⁵

Jako příklad základní vzdělávací sady požadované managementem organizace bych uvedla příklad o.s. Podané ruce, kde tuto sadu tvoří krizová intervence (v rozsahu 20 hodin), motivační rozhovory a práce s klientem (3 x 20 hodin), základní drogový assessment (posouzení, zmapování situace a indikace k intervencím), prevence vyhoření.¹¹⁶

4.1.4 Hodnocení kvality v sociálních službách

V návaznosti na změny po roce 1989 se změnila také situace na drogové scéně v ČR (viz. kapitola 1.1.1). Se vznikem a rozvojem nových služeb se objevila i politická a společenská poptávka po zárukách jejich kvality, z toho pak vzešly v polovině 90. let 20. století ze strany MPK a některých neziskových organizací první podněty pro zavedení hodnocení kvality

¹¹³ §111, zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.

¹¹⁴ §111, zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.

¹¹⁵ Helešic B. Henzl J. *Vybrané psychologické aspekty terénní sociální práce*, s. 7.

¹¹⁶ Vobořil J. *Adiktologie*, s. 191.

drogových služeb. Neziskové organizace také požadovaly jasná kritéria pro přidělování dotací ze státního rozpočtu.¹¹⁷

Hodnocení kvality (jinak také politika kvality v drogových službách) je součástí komplexního hodnocení služeb. V procesu jeho vytváření hrály největší roli RVKPP (dříve MPK) a Asociace nestátních organizací působících v prevenci a léčbě závislostí (A.N.O.), které se shodly, že je nezbytné stanovit a kontrolovat naplnění podmínek odborné úrovně služeb a garantovat tak jejich kvalitu. V roce 1995 tedy vznikla A.N.O. jako zastřešující a zároveň výběrová organizace drogových služeb. Ve stejném roce vydal sekretariát MPK Minimální standardy odborné péče pro zařízení poskytující léčebnou péči problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách, který se však nepodařilo zavést do praxe. V roce 1999 iniciovala MPK přípravu a ověření standardů kvality drogových služeb, ani to však nevedlo k zavedení akreditace do praxe.¹¹⁸

Úkol Národní strategie protidrogové politiky 2001–2004 „vytvořit a zavést do praxe systém hodnocení a udržení kvality poskytované péče“ byl řešen také ve spolupráci odborníků ze zemí Evropské unie v rámci Projektu Phare Twinning 2000, který probíhal v letech 2001–2002. Zde pracovala skupina Akreditace, která doporučila sjednotit terminologii účastnících se subjektů (MPSV, MZ, MŠMT, RVKPP), vytvořit *Minimální standardy kvality drogových služeb* přijatelné pro všechny subjekty, zachovat mezioborový charakter certifikací, institucionalizovat proces hodnocení kvality a zavést jej do praxe. V roce 2002 byl ukončen projekt Phare Twinning 2000 a zároveň začalo vzdělávání certifikátorů pod záštitou Institutu pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví (IPVZ).¹¹⁹

RVKPP schválila Systém certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele omamných a psychotropních látek 30.10.2003,¹²⁰ 16.3.2005 schválila zavedení systému certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog vláda České republiky.¹²¹

Dále byl v letech 2003–2004 sekretariátem RVKPP realizován projekt „Evaluace a kvalita drogových služeb“, jehož cílem bylo zhodnotit a sjednotit způsob hodnocení kvality a efektivity služeb určených uživatelům drog a jejich blízkým, včetně přípravy jednotného systému výkaznictví těchto služeb.¹²²

V současnosti je používán systém *FreeBase*, který nabízí:¹²³

- sledování počtu klientů a jim poskytnutých služeb,

¹¹⁷ srov. Radimecký J. et.al. *Zaostřeno na drogy*.

¹¹⁸ srov. Tamtéž.

¹¹⁹ srov. Radimecký J. et.al. *Zaostřeno na drogy*.

¹²⁰ srov. Tamtéž.

¹²¹ Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky [online].

¹²² Miovská, L. et.al. *Seznam a definice výkonů*, s. 9.

¹²³ Úřad vlády ČR, Webová podpora uživatelů FreeBase [online].

- sjednocení dokumentace a metody sběru, zpracování a vyhodnocování dat nízkoprahových programů (možnost srovnávání drogové scény, klientely, předávání zkušeností, plánování dalšího vývoje programu apod.),
- podmínky pro lepší koordinaci a strategii jednotlivých programů v regionech, zkvalitnění mapování změn na drogové scéně,
- zavedení kódování klientely výměnného programu (sledování jednotlivých klientů a ne pouze počtu výkonů),
- možnost kdykoli vykazat množství poskytnutých výkonů v konkrétním časovém období, vztahující se k počtu konkrétních klientů aj. a to pomocí tzv. dotazníků in-come a denních výkazů (viz. příloha č. 1 a 2).

4.1.5 Standardy kvality sociálních služeb

Proces vypracovávání standardů sociálních služeb byl zahájen v roce 1999 Ministerstvem práce a sociálních věcí.¹²⁴ Tyto standardy mají zaručit naplnění cílů sociální práce s uživateli drog: stabilizace sociálních podmínek klienta pro jeho udržení v programu, další léčení, udržení v léčbě nebo abstinenci.¹²⁵ Podle mého názoru by také standardy měly zajistit větší čitelnost systému péče pro samotné klienty. Klienti totiž kvalitu jednotlivých kontaktních center porovnávají. Důležité také je, aby věděli, jaké služby jsou jim k dispozici, pokud navštíví KC v jiném městě.

Standardy kvality sociálních služeb byly vytvořeny ve spolupráci s uživateli i poskytovateli sociálních služeb. Protože se týkají všech sociálních služeb, jsou formulovány obecně. Jsou rozděleny do tří základních částí.¹²⁶

- a) Procedurální standardy - stanovují, jak má poskytování služby vypadat, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka. Velká část textu je věnována ochraně práv uživatelů služeb a vytváření ochranných mechanismů jako jsou stížnostní postupy, pravidla proti střetu zájmů apod.
- b) Personální standardy - věnují se personálnímu zajištění služeb. Kvalita služby je přímo závislá na pracovnících – na jejich dovednostech a vzdělání, vedení a podpoře, na podmínkách, které pro práci mají.

¹²⁴ Centrum pro kvalitu a standardy v sociálních službách [online].

¹²⁵ srov. Matoušek O. Kodymová P. Koláčková J. *Sociální práce v praxi*, s. 224.

¹²⁶ Čermáková K. Johnová M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*, s. 6.

- c) Provozní standardy - definují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Soustředí se na prostory, kde jsou služby poskytovány, na dostupnost, ekonomické zajištění služeb a rozvoj jejich kvality.

Pro větší srozumitelnost jsou standardy rozděleny na jednotlivá kritéria, podle nichž je také možno posoudit, zda služby požadavek standardu splňují. Kritéria jsou totiž měřitelná, lze si na ně jednoznačně odpovědět. Standardy i kritéria jsou pro lepší orientaci číslovány. U kritérií odpovídá první číslice pořadovému číslu standardu, ke kterému patří, druhá číslice je pořadovým číslem kritéria v daném standardu.¹²⁷

4.1.6 Standardy služeb pro uživatele drog

Terénní sociální práce s uživateli drog se řídí Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách (Standardy služeb pro uživatele drog). Cílem je stanovit kritéria péče o problémové uživatele drog a drogově závislé, která budou závazná pro všechny poskytovatele odborných služeb. Poskytují orgánům státní a veřejné správy, veřejným zdravotním pojišťovněm a jiným institucím poskytujícím finanční prostředky nástroj pro dohled na úroveň služeb poskytovaných veřejnosti a kontrolu efektivitu vynakládání finančních prostředků. Obsahuje dvě části - obecnou (část A) a speciální část (část B).¹²⁸

Obecná část se zabývá mj. přístupností odborných služeb, právy klientů, spektrem služeb a zásadami jejich poskytování, organizačními aspekty nebo hodnocením kvality a efektivitu služeb. *Speciální část* obsahuje definice jednotlivých služeb pro uživatele drog (detoxifikace, terénní programy, kontaktní a poradenské služby, ambulantní léčba, stacionární programy, krátkodobá a střednědobá ústavní léčba, rezidenční péče v terapeutických komunitách, ambulantní doléčovací programy, substituční léčba).¹²⁹

Plnou podobu obecné části uvádím v příloze č. 6. Příloha č. 7 obsahuje výňatek ze speciální části věnující se terénním programům.

¹²⁷ Tamtéž, s. 6.

¹²⁸ Centrum pro kvalitu a standardy v sociálních službách [online].

¹²⁹ Tamtéž.

4.1.7 Certifikace odborné způsobilosti

Certifikace odborné způsobilosti služeb je posouzení služby podle standardů odborné způsobilosti, jehož výsledkem je udělení či neudělení certifikátu o jejich naplnění. Získání certifikace je podle usnesení vlády č. 700/2005 od roku 2007 nezbytnou podmínkou pro poskytnutí dotace na služby protidrogové politiky ze státního rozpočtu a je známkou kvality pro uživatele péče, veřejnost a správní orgány.¹³⁰

Cílem certifikací je zvyšování kvality služeb, jejich efektivní financování a začlenění do existujícího systému zdravotních a sociálních služeb. Principy je dobrovolnost (organizace se přihlašuje sama), transparentnost (proces probíhá podle předem daných podmínek), nezávislost odborného šetření a jednotnost a mezioborovost kritérií (jsou používány jednotné mezioborové standardy).¹³¹

Komplexní zabezpečení celého procesu certifikací odborné způsobilosti drogových služeb sekundární a terciární prevence zajišťuje Certifikační agentura, která pracuje v rámci úseku CEKAS (Centrum pro kvalitu a standardy v sociálních službách) při Národním vzdělávacím fondu, o.p.s.¹³²

Zavedení systému certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog schválila vláda České republiky usnesením č. 300/2005 ze dne 16.3.2005.¹³³

4.2 Etický kodex

Etický kodex České asociace streetwork sdružující nízkoprahové sociální služby (terénní programy, kontaktní centra a nízkoprahová zařízení pro děti a mládež) vychází z etického kodexu sociálních pracovníků. Byl vypracován v roce 2005 a obsahuje obecné etické zásady (např. základními hodnotami rozumíme právo jedinců na soukromí, důvěrnost, sebeurčení a autonomii), etické zásady ve vztahu ke klientům (např. pracovník jedná tak, aby nebyla poškozována důstojnost a lidská práva uživatelů služeb), etické zásady ve vztahu k zaměstnavateli (např. pracovník se podílí na ovlivňování pracovních postupů s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb) a etické zásady kolegiality, odbornosti a povolání.¹³⁴

Plné znění etického kodexu ČAS uvádím v příloze č. 8.

¹³⁰ Centrum pro kvalitu a standardy v sociálních službách [online].

¹³¹ Radimecký J. et.al. *Zaostřeno na drogy*.

¹³² Centrum pro kvalitu a standardy v sociálních službách [online].

¹³³ Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky [online].

¹³⁴ Etický kodex ČAS [online].

4.3 Vnitřní předpisy

Vnitřní předpisy stanovuje zařízení (např. pomocí Interních směrnic, Operačních manuálů) v souladu se zákonnými opatřeními (např. Standardy odborné způsobilosti, zákon o sociálních službách). Významnou roli hrají také osobnostní předpoklady zájemců o vykonávání terénního programu. Vnitřní předpisy jednotlivých zařízení jsou téměř totožná, některé z nich bych prezentovala na příkladu interních směrnic Kontaktního centra Prachatice.¹³⁵

Tyto předpisy se vztahují na každého zaměstnance a zaměřují se mj. na tyto oblasti: předpoklady pro přijímání nových pracovníků, postup při prvokontaktu, zásady práce na drogové scéně, postup při setkání s násilím při výkonu terénního programu, postup při kontaktu s distributory drog, postup při kontaktu s policií. Jsou v nich tedy zajištěny postupy týkající se provozu zařízení, přímé práce s klienty, součinnosti s jinými institucemi nebo bezpečnosti práce.

Terénní pracovníci

- a) *odborní pracovníci* - věk minimálně 21 let, vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání v sociální práci, zkušenosti v oblasti zdravotní, sociální, speciálně pedagogické atd., absolvování kurzu krizové intervence maximálně do 1 roku po nástupu
- b) *ex-useri* - věk minimálně 21 let, dokončená léčba, abstinence minimálně 2 roky po ukončení léčby, jiné zaměstnání či úspěšná pracovní zkušenost během dvouletého období abstinence, nepřijímat do zaměstnání v zařízení, kde se pracovník před tím léčil.

Přijímání ex-userů komplikuje také zákon o sociálních službách, podle kterého pracovník prokazuje bezúhonnost a odpovídající vzdělání (viz. kapitola 4.1.1).

Podle sondy provedené pro potřeby této práce (viz. přílohy 3, 4, 5) mají všichni respondenti zakázáno užívat nelegální drogy, ve čtvrtině případů je tato abstinence namátkově kontrolována. Přesto jedna pětina dotázaných uvedla, že stále užívá kanabinoidy. Všichni dotázaní dále uvedli zkušenost s užíváním nelegálních návykových látek, a to přinejmenším jednorázové s kanabinoidy (čtvrtina respondentů). Naopak nejméně dotázaných má zkušenosti s opiáty (jedna pětina) – všichni tito pracovníci uvedli, že je zkušenost s návykovými látkami ovlivňuje v práci, a to jak pozitivním způsobem (např. porozumění subkultuře uživatelů drog), tak negativním (problémy s hranicemi klient – pracovník).

¹³⁵ nepublikované interní materiály

Zásady práce na drogové scéně

Vztah mezi klientem a terénním pracovníkem v žádném případě není vztahem kamarádkým, ale vztahem profesionálním. Pracovník je zde kvůli klientovi, aby mu pomohl v rámci možností, které spadají do jeho kompetence a jsou dány kontextem zařízení.

Terénní pracovník tedy nepřekračuje meze profesionálního vztahu s klientem (např. navazovat s klienty intimní vztahy), zachovává důvěrnost informací; nepodává klientovi polopravdivé, nepravdivé informace. Nehodnotí, neodsuzuje, nevyvolává v klientovi pocity viny ani nepřebírá kompetence, které mu nepřísluší (měl by umět klientovi říct, že jeho možnosti jsou omezené a odkázat ho na jiné pracoviště).

Pracovník respektuje klientovo soukromí (při práci na uzavřené drogové scéně - byt), je přiměřeně empatický, umí klientovi naslouchat. Jasně klientovi vymezení, kde jsou hranice jejich spolupráce a sdělí klientovi, co bude případně následovat, pokud nedodrží pravidla spolupráce. Pro tento případ jsou vymezeny různé sankce, např. zákaz využívání určité služby za zachování minimální péče. Ta je zajištěna i v případech disciplinárního přerušení kontaktu ze strany klienta.

Minimální péči se rozumí zajištění zejména: výměnného programu, podávání informací (např. o obdobných službách v jiných KC či terénních programech), udržení klienta v kontaktu se zařízením nebo se službou. Pokud klient obdrží sankci v KC, má možnost využít minimální péči v terénním programu a naopak.

Postup při prvokontaktu s klientem

Klienti osloví pracovníka s požadavkem o využití služby. Pracovník se klientovi představí, poskytne požadovanou službu a seznámí klienta s dalšími službami, které terénní program nabízí, ale také s právy, povinnostmi klienta a pravidly poskytnutí služby. Zároveň předá klientovi leták o provozní době terénního programu s číslem terénního telefonu. Pokud jsou kontakty opakované, s klientem se vyplní dotazník in-come, nejlépe při druhém až třetím kontaktu.

Postupy při styku s trestnou činností klientů

Pracovník je povinen znát příslušné právní předpisy týkající se možné trestné činnosti klientů (§ 167 trestního zákona – nepřekážení trestného činu, § 168 trestního zákona – neoznámení trestného činu), dále má znát příslušné postupy při zadržení, předvedení na policii, prokazování potřebné součinnosti, použití donucovacích prostředků apod. Pracovník si je vědom, že se může setkat s informacemi o trestné činnosti klientů – klienty informuje, že je vázán oznamovací povinností a upozorní je, aby o případné trestné činnosti před ním

nemluvili, příp. ji neprovozovali (např. prodej drog). Pracovník se také záměrně vyhýbá tomu, aby vyslechl informace o trestné činnosti klientů nebo dalších osob, a tomu, aby byl přítomen trestné činnosti klientů nebo dalších osob.

Bezpečnost práce terénních pracovníků

Každý pracovník je seznámen s bezpečnostními předpisy, což stvrzuje svým podpisem. Bezpečnostní předpisy určují zásady při práci (mít u sebe vždy občanský průkaz a průkaz terénního pracovníka, nenosit u sebe větší finanční obnos ani cenné předměty, nosit pevnou uzavřenou obuv, dbát o to, aby měl plně vybavenou brašnu terénního pracovníka, na byty klientů chodit vždy ve dvojici), dále zákaz přímého kontaktu s infikovaným injekčním materiálem a důraz na dodržování osobní hygieny (před jakoukoli konzumací jídla během služby je pracovník povinen přerušit práci a umýt si ruce). Zaměstnanec má zakázáno poskytovat klientům adresu a telefonní číslo svého bydliště a setkávat se s klienty mimo pracovní dobu, domlouvat schůzky atd. (mimo náhodná setkání).

Dále pracovník musí jednání s klienty usměrnit tak, aby nevyvolávalo zbytečnou fyzickou či verbální agresi a vyhýbat se situacím, při kterých se pracovník necítí bezpečně (agresivní konflikty mezi klienty). Pokud se v takové situaci ocitne, snaží se místo neprodleně opustit. Pokud již není možné se v žádném případě vyhnout napadení, je nutné okamžitě přivolat ochrannou službu (policie).

Organizace doporučuje zaměstnanci, aby se nechal očkovat proti hepatitidě typu A a B a hradí náklady s tím spojené.

Je kladen přísný důraz na dodržování zásady mlčenlivosti.

Jakýkoli kontakt s policií je pracovníky přesměrován na vedoucího pracovníka programu, případně jeho zástupce.

DISKUSE

Terénní sociální práce je *součástí systému sociálních služeb*. Tímto zařazením bylo docíleno sjednocení metodiky práce pomocí Standardů nebo jasného nastavení parametrů pro přidělování státních dotací. Existují zde však i některá negativa nebo rozpory.

Přidělování dotací dostalo vlastní pravidla, drogové služby jsou jasně definovány v legislativě, navzdory tomu se však od roku 2000 snižují rozpočty na drogovou problematiku o 30 %. Organizace poskytující drogové služby pak omezují služby, úvazky aj.¹³⁶

Přitom efekt služeb sociální prevence lze vyčíst i ze současných trendů užívání drog (viz. kapitola 1.1) – stoupající věk problémových uživatelů poukazuje na to, že tuto skupinu tvoří z větší části stále stejní lidé. Mladí lidé mnohem více a v mladším věku experimentují s drogami s tzv. společensky akceptovatelným rizikem, více si však uvědomují rizika nitrožilního užívání. Co se týká tzv. „tvrdých“ drog, problémem stále zůstává alkohol.

Jednotný systém výkaznictví umožnil podávat měřitelné výsledky terénní práce, dotýká se však klientů (viz. kapitola 2.2.3, dotazník in-come). Na jednu stranu pracovníci zaručují anonymitu, na druhou stranu se však dotazují na osobní údaje – to je v rozporu s principem nízkoprahovosti. V praxi klienta upozorňujeme, že tyto údaje jsou kódovány a není kontrolována jejich pravdivost. Některé výkony (např. kontaktní práce) zase nejsou pro vykazování definovány a pracovníci je někdy vykazují jako pouhý kontakt bez čerpání služby nebo individuální poradenství.

Terénní práce je odlišná nejen svým charakterem (nízkoprahovost, anonymita), ale také lokalitou, kde je prováděna. Práce na malém městě (viz. kapitola 2.1.1) je problematičtější z mnoha důvodů. To klade větší nároky na pracovníka, na jeho porozumění klientům i charakteru jejich sociálního prostředí.

Díky provedené sondě mezi pracovníky v drogových službách (viz. přílohy 3, 4, 5) jsem měla možnost získat informace o nastavení vnitřních pravidel také v jiných organizacích sekundární prevence (kontaktní centra, terénní programy).

¹³⁶ Vobořil J. *Sociální práce*, s. 3

ZÁVĚR

Zpracování této práce mi umožnilo zejména proniknout hlouběji do problematiky a porovnat vlastní poznatky z praxe s informacemi uváděnými v odborné literatuře.

Oblast terénní sociální práce s uživateli drog se během svého vývoje stala oblastí sociální práce, která zahrnuje mnoho činností sociálního pracovníka a prolíná se i s jinými obory, např. adiktologie, právo, psychologie, psychiatrie.

Škodlivé užívání návykových látek působí vážné zdravotní a sociální problémy, pracovník by je měl umět analyzovat, zvolit nejvhodnější formu pomoci v kontextu životní situace klienta a směřovat jej k využití možností, které nabízí psychosociální síť v daném regionu. Nejen k tomu (také k nepřímé práci) je třeba odpovídající kvalifikace a mnoho dalších dovedností. Každý poradce by měl mít nezbytné znalosti o drogové politice, o klientech, se kterými přichází do styku a o sociálním prostředí, kde se klienti pohybují. Důležité jsou také osobnostní předpoklady jako zájem o zkvalitňování dovedností a specifické konkrétní znalosti týkající se oboru. K tomu slouží řada výcviků, seminářů a pravidelné supervize.

V současnosti je terénní práce uznávanou samostatnou oblastí sociální práce, s vlastními profesními organizacemi, je plně začleněna do systému sociálních služeb a je součástí politiky hodnocení kvality, což zvyšuje její transparentnost, kvalitu a dostupnost. Lze doufat, že se stane uznávaným oborem také u laické veřejnosti, kde se ve velké míře stáváme svědky mnoha předsudků jak vůči uživatelům drog, tak ke službám prevence v této oblasti.

Tato bakalářská práce se věnuje pouze metodologické stránce věci, dále by bylo možné se také zaměřit na osobní profil terénních pracovníků, jejich postoje, motivaci k výkonu práce nebo kompetence.

Seznam použitých zdrojů

Odborná literatura

- 1) BEDNÁŘOVÁ, Z. PELECH, L. *Sociální práce na ulici – streetwork*. Brno : Doplněk, 2000. ISBN 1081-146-2000.
- 2) BÉM, P. KALINA, K. RADIMECKÝ, J. Vývoj drogové scény a drogové politiky v České republice. In KALINA, K. et. al. *Drogy a drogové závislosti*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003, s. 33 - 40. ISBN 80-86734-05-6.
- 3) BROŽA, J. Poradenství u uživatelů drog (se zvláštním zřetelem na terénní a kontaktní práci). In KALINA, K. et. al. *Drogy a drogové závislosti*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003, s. 269 - 275. ISBN 80-86734-05-6.
- 4) ČERMÁKOVÁ, K. JOHNOVÁ, M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80-86552-45-4.
- 5) DOBIÁŠOVÁ, D. BROŽA, J. Motivační trénink. In KALINA, K. et. al. *Drogy a drogové závislosti*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003, s. 283 - 289. ISBN 80-86734-05-6.
- 6) DRTÍLKOVÁ, I. Kdy volit Stratteru pro léčbu hyperkinetické poruchy / ADHD. *Psychiatrie pro praxi*, 2008, roč. 9, č. 3, s. 143 – 146. ISSN 1213-510508.
- 7) FLEISCHMANN, O. Problematika závislostí. In *Vybrané psychologické aspekty terénní sociální práce*. Ústí nad Labem : Univerzita J.E.Purkyně, 2006, s. 67 - 89. ISBN 80-7044-769-9.
- 8) HELEŠIC, B. HENZL, J. Terénní sociální práce, základní vymezení, situace. In *Vybrané psychologické aspekty terénní sociální práce*. Ústí nad Labem : Univerzita J.E.Purkyně, 2006, s. 5 - 8. ISBN 80-7044-769-9.
- 9) HERZOG, A. MATOUŠEK, P. PŘIBYL, Z. Injekční kalkulátor jako nástroj práce s intravenózními uživateli drog. *Adiktologie*, 2007, roč. 7, č. 1, s. 70 – 79. ISSN 1213-3841.
- 10) HRDINA, P. Externí terénní pracovníci. In *Bulletin pro sociální prevenci, pomoc a intervenci*. Éthum. 2002, č. 34, s. 66 – 76.
- 11) HRDINA, P. Harm reduction – snižování poškození drogami. In KALINA, K. et. al. *Drogy a drogové závislosti*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003, s. 263 - 268. ISBN 80-86734-05-6.
- 12) KALINA, K. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In KALINA, K. et. al. *Drogy a drogové závislosti*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003, s. 78 - 82. ISBN 80-86734-05-6.
- 13) KALINA, K. Úvod do drogové problematiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In KALINA, K. et. al. *Drogy a drogové závislosti*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003, s. 15 - 24. ISBN 80-86734-05-6.
- 14) KALOUSEK, L. Role profesionálního terénního pracovníka. In *Kontaktní práce*. Praha : Česká asociace streetwork, 2007, s. 129 - 140.
- 15) KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-365-X.
- 16) KUDRLE, S. Historie užívání a zneužívání psychotropních látek. In KALINA, K. et. al. *Drogy a drogové závislosti*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003, s. 85 - 89. ISBN 80-86734-05-6.

- 17) KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K. et. al. *Drogy a drogové závislosti*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003, s. 91 - 95. ISBN 80-86734-05-6.
- 18) LIBRA, J. Krizová intervence. In KALINA, K. et. al. *Drogy a drogové závislosti*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003, s. 276 - 282. ISBN 80-86734-05-6.
- 19) MATOUŠEK, O. KODYMOVÁ, P. KOLÁČKOVÁ, J. Terénní sociální práce s uživateli drog. In *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, 2005, s. 217 - 219. ISBN 80-7367-002-X.
- 20) MILLER, W.R. ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory*. SCAN, Tišnov : 2004. ISBN 80-86620-09-3.
- 21) MINAŘÍK, J. HOBSTOVÁ, J. Somatické komplikace a komorbidita 1 – místní a celkové infekce, orgánová poškození. In KALINA, K. et. al. *Drogy a drogové závislosti*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003, s. 222 - 228. ISBN 80-86734-05-6.
- 22) MINAŘÍK, J. HOBSTOVÁ, J. Somatické komplikace a komorbidita 2 – Infekční hepatitidy a AIDS. In KALINA, K. et. al. *Drogy a drogové závislosti*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003, s. 229 - 232. ISBN 80-86734-05-6.
- 23) MIOVSKÁ, L. et. al. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Úřad vlády České republiky, Praha : 2006. ISBN 80-86734-81-1.
- 24) MÜLLEROVÁ, P. Kruh motivace. *Úvod do adiktologie*. Kurz pro poradenské pracovníky. Nepublikované materiály. Praha : Centrum adiktologie, 2007.
- 25) NAVRÁTIL, P. Sociální práce. In KALINA, K. et. al. *Drogy a drogové závislosti*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003, s. 70 - 76. ISBN 80-86734-05-6.
- 26) NĚMEC, M. Klient terénního programu na malém městě. *Adiktologie*, 2003, roč. 3, č. 2, s. 46 – 49. ISSN 1213-3841.
- 27) NEŠPOR, K. Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In KALINA, K. et. al. *Drogy a drogové závislosti*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003, s. 217 - 222. ISBN 80-86734-05-6.
- 28) NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3. aktualiz. vydání. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.
- 29) NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. Praha : KLP, 1997. ISBN 80-85917-36-X.
- 30) PODZIMEK, K. JANDOVÁ, V. TSP aneb s kým, proč a koho chráníme. *Konference Nizkoprahové programy 2007*. Česká asociace streetwork.
- 31) RADIMECKÝ, J. et. al. Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. *Zaostřeno na drogy*, 2004, roč. 2, č. 1. ISSN 1214-1089.
- 32) RADIMECKÝ, J. *Úvod do adiktologie*. Kurz pro poradenské pracovníky. Nepublikované materiály. Praha : Centrum adiktologie, 2007.
- 33) STANÍČEK, J. Metodika terénní práce s uživateli drog. In *Bulletin pro sociální prevenci, pomoc a intervenci*. Éthum. 2002, č. 34, s. 28 – 40.
- 34) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-678-0.
- 35) VOBOŘIL, J. Podpora vzdělávání drogových pracovníků – nezbytná součást řešení drogového problému. *Adiktologie*, 2007, roč. 7, č. 2, s. 184 – 193. ISSN 1213-3841.
- 36) VOBOŘIL, J. Ze strany státu není jasno, na co se chce v drogových službách zaměřit. *Sociální práce*, 2007, č. 3, s. 3 – 6. ISSN 1213-6204.

- 37) Vyhl. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.
- 38) Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- 39) Zákon 140/1961 Sb., trestní zákon.
- 40) Zákon 40/1964 Sb., občanský zákoník.
- 41) ZIMMERMANOVÁ, M. Historie terénní sociální práce. In *Kontaktní práce*. Praha : Česká asociace streetwork, 2007, s. 299-302.
- 42) ZIMMERMANOVÁ, M. Terénní sociální práce. In *Kontaktní práce*. Praha : Česká asociace streetwork, 2007, s. 307-315.

Elektronické zdroje

- 1) Centrum pro kvalitu a standardy v sociálních službách [online]. [cit. 2008-04-21]. Dostupné na WWW: <http://www.cekas.cz/php/standardy_kvalita.php>.
- 2) Etický kodex České asociace streetwork sdružující nízkoprahové sociální služby [online]. Česká asociace streetwork [cit. 2008-04-21]. Dostupné na WWW: <<http://www.streetwork.cz/images/download/eticky-kodex-2006.doc>>.
- 3) HECZKOVÁ, L. Zákon o sociálních službách mění práci protidrogových organizací. [online]. Sananim, Drogový informační server. 06.03.2008 [cit. 01.04.2008]. Dostupné na WWW: http://www.drogy.net/clanek/zakon-o-socialnich-sluzbach-meni-praci-protidrogovych-organizaci_2008_03_06.html>.
- 4) Infekce virem hepatitidy typu C a injekční užívání drog v ČR. [online]. Sananim, Drogový informační server. 4.10.2006 [2008-05-03]. Dostupné na WWW: <http://www.drogy.net/clanek/infekce-virem-hepatitidy-typu-c-a-injekcni-uzivani-drog-v-cr_2006_10_04.html>.
- 5) MINAŘÍK, J. Definice závislosti. [online]. Sananim, Drogový informační server. 18.4.2007 [cit. 01.04.2008]. Dostupné na WWW: <<http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/zavislost-4/definice-zavislosti.html>>.
- 6) Výroční zpráva 2006. [online]. O.s. Prevent. [cit. 2008-04-23]. Dostupné na WWW: <<http://www.os-prevent.cz/index.html#vyrocky>>.
- 7) Výroční zpráva 2007. [online]. O.s. Prevent. [cit. 2008-04-23]. Dostupné na WWW: <http://www.os-prevent.cz/index.html#vyrocky>>.
- 8) Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. [online]. [cit. 2008-04-21]. Dostupné na WWW: <<http://www.vlada.cz/cs/rvk/rkpp/sluzby/certifikace/default.html>>.
- 9) Úřad vlády ČR. Webová podpora uživatelů FreeBase. [online]. [cit. 2008-04-01]. Dostupné na WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/klicove_indikatory/poptavka_po_lecbe_a_odbornych_sluzbach/freebase_system_vykaznictvi_klientu_a_sluzeb_nizkoprahovych_zarizeni>.

Nepublikované interní materiály

- 1) Operační manuál, Kontaktní centrum Prachatice.

Seznam zkratk

ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou

A.N.O. - Asociace nestátních organizací působících v prevenci a léčbě závislostí

AIDS (Acquired immunodeficiency syndrome) – syndrom získané ztráty imunity

CEKAS – Centrum pro kvalitu a standardy v sociálních službách

ČAS – Česká asociace streetwork

DSM – Diagnostická kritéria Americké psychiatrické asociace

HIV (Human immunodeficiency virus) – virus způsobující onemocnění AIDS

IPVZ - Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví

KC – Kontaktní centrum

KKC – Krizové a kontaktní centrum

MDMA – 3,4-metylendioxy-N-metylamfetamin, derivát amfetaminu, aktivní látka extáze

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MPK – Meziřesortní protidrogová komise

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NVF – Národní vzdělávací fond

NZDM – Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

Seznam příloh

- 1) Dotazník in-come
- 2) Formulář – denní výkaz
- 3) Sonda provedená pro potřeby této práce mezi pracovníky služeb pro uživatele drog
- 4) Dotazník použitý pro sondu
- 5) Výsledky sondy v sumární podobě, porovnání hypotéz s výstupy sondy
- 6) Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách (Standardy služeb pro uživatele drog) – obecná část
- 7) Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách (Standardy služeb pro uživatele drog) – speciální část (terénní programy)
- 8) Etický kodex České asociace streetwork

Příloha č. 1 In-come dotazník

IN-COME DOTAZNÍK								
I. Datum kontaktu / místo	<input type="text"/>	1	II. Kód klienta	<input style="width: 100%;" type="text"/>				
III. Pohlaví	<input type="checkbox"/> 1 Žena <input type="checkbox"/> 2 Muž		IV. Rok narození	<input style="width: 100%;" type="text"/>				
V. Státní příslušnost	<input type="checkbox"/> 1 Česká republika <input type="checkbox"/> 2 Jiné – EU (vypsát) <input type="checkbox"/> 3 Jiné – non-EU (vypsát) <input type="checkbox"/> 4 Neznámo		VI. Etnická příslušnost	<input type="checkbox"/> 1 Ne-Romská <input type="checkbox"/> 2 Romská <input type="checkbox"/> 3 Nesledováno				
VII. A. Bydlení (s kým klient žije)	<input type="checkbox"/> 1 Sám <input type="checkbox"/> 2 S rodiči/rodinou <input type="checkbox"/> 3 S přáteli <input type="checkbox"/> 4 S partnerem <input type="checkbox"/> 5 S partnerem a dítětem <input type="checkbox"/> 6 Sám s dítětem		VII. C. Bydlení (kde klient žije)	<input type="checkbox"/> 1 Doma (u rodičů) <input type="checkbox"/> 2 Vlastní byt (i pronajatý) <input type="checkbox"/> 3 Cizí byt <input type="checkbox"/> 4 Ubytovna (hotel...) <input type="checkbox"/> 5 Squat <input type="checkbox"/> 6 Kasárna <input type="checkbox"/> 7 Bez domova, na ulici				
VII. B. Žije klient s osobou užívající drogy?	<input type="checkbox"/> 1 Ano <input type="checkbox"/> 2 Ne							
VIII. Zaměstnání/škola	<input type="checkbox"/> 1 Pravidelné zam. <input type="checkbox"/> 2 Škola <input type="checkbox"/> 3 Příležitostná práce <input type="checkbox"/> 4 Registrován na ÚP <input type="checkbox"/> 5 Bez zaměstnání <input type="checkbox"/> 6 Dávky SZ		IX. Vzdělání	<input type="checkbox"/> 1 Základní <input type="checkbox"/> 2 Vyučen <input type="checkbox"/> 3 Střední s maturitou <input type="checkbox"/> 4 Vyšší odborné <input type="checkbox"/> 5 Vysokoškolské <input type="checkbox"/> 6 Neukončené zákl.				
X. Vyšetření HIV	<input type="checkbox"/> 1 Testován <input type="checkbox"/> 2 Netestován <input type="checkbox"/> 3 Nevyzvedl výsledek <input type="checkbox"/> 4 Neznámo		XI. Vyšetření hepatitidy	<input type="checkbox"/> 1 Testován <input type="checkbox"/> 2 Netestován <input type="checkbox"/> 3 Nevyzvedl výsledek <input type="checkbox"/> 4 Neznámo				
XII. Dříve léčen	<input type="checkbox"/> 1 Ano <input type="checkbox"/> 2 Ne		XIII. Nyní léčen	<input type="checkbox"/> 1 Ano <input type="checkbox"/> 2 Ne				
XIV. Okres	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Vyplnil pracovník:					
XV. Kraj	<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>					
Tabulka užívání drog								
droga	aplikace	četnost	první užití (věk)	první i.v. užití (věk)	způsob prvního užití	první neleg. droga	primární droga	poznámka
12								
13								
Tabulka rizikového užívání								
rizikové chování	minulost		současnost		nikdy	neznámo		
	jednorázově	opakovaně	jednorázově	opakovaně				
i.v. aplikace								
sdílení jehel								
sdílení náčiní								
riziková aplikace								
předávkování								
nechráněný sex								
zdravotní komplikace								
KÓDY DROG			ČETNOST			APLIKACE		
1. Heroin	11. THC	1. méně než 3x měsíčně	2. injekčně do žíly					
2. Braun (opiáty domácí výroby, kodein)	12. Alkohol	2. 1x týdně	2. injekčně do svalu					
3. Pervitin, jiné amfetaminy	13. Cigarety	3. víkendově	3. ústně					
4. Kokain, Crack	14. Jiné (specifikujte)	4. obden	4. sniff (šňupání)					
5. Speedball	15. Subutex – legálně	5. denně	5. kouření					
6. Metadon – legálně	16. Subutex - ilegálně	6. 2-3x denně	6. inhalace rozpouštědel					
7. Metadon – ilegálně		7. více než 3x denně						
8. Extáze		8. neuzita déle než 6 měsíců						
9. Medikamenty (barbituráty a jiná sedativa)		9. neuzita v posledních 6 měsících						
10. Inhalační látky, ředidla		10. neuzita v posledních 3 měsících						
		11. neuzita v posledním měsíci						

Příloha č. 2 Denní výkaz – formulář

Měsíc: rok: č.:

datum / čas	inic. pracovníka	místo	sodň. jméno	počítání věk	jehly		HR materiál	služby	počet osob	info	odkazy telefon	sms	drogál' četnost	případová práce	Pozn.
					in	o ut									

Příloha č. 3 Sonda provedená pro potřeby této práce mezi pracovníky služeb pro uživatele drog

V rámci svého zaměstnání terénního pracovníka pro uživatele drog jsem se setkala s mnoha kolegy z oboru a měla tak možnost poznat některé problémy, které se týkají pracovníků v oblasti drogových služeb.

Cíl:

Cílem sondy bylo zjistit profesní (praxe, vzdělání atd.) a osobní profil (věk, zkušenosti s užíváním drog) respondentů. Cílovou skupinou byli pracovníci v oblasti drogové problematiky, a to z kontaktních center a terénních programů pro uživatele drog.

Předmět:

Předmětem sondy bylo řešení aktuálních problémů pracovníků (vzdělávání podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách), jejich osobní zkušenosti s návykovými látkami a jak je případně ovlivnily, a jejich postoj k této práci.

Provedení:

Pomocí elektronické pošty bylo osloveno celkem 102 kontaktních center a terénních programů pro uživatele drog. Sběr dat byl realizován formou ankety - prostřednictvím strukturovaných dotazníků distribuovaných elektronickou poštou v období od 1.2.2008 do 30.4.2008. Sondy se oproti celkovému počtu oslovených zúčastnilo celkem 15 respondentů, žádný z vyplněných dotazníků nebyl nerelevantní. Informace z dotazníků byly přeneseny do tabulky v programu Excel. Výstupy byly porovnány s hypotézami.

Hypotézy:

Očekávám, že:

- h1) Nadpoloviční část pracovníků nemá dostačující vzdělání podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách
- h2) Tito pracovníci si vzdělání doplní spíše pomocí vysokoškolského studia než vyššího odborného nebo akreditovaného kurzu
- h3) Většina pracovníků má zkušenosti s užíváním nelegálních návykových látek
- h4) Většina zařízení od svých pracovníků vyžaduje abstinenci od nelegálních drog

Příloha č. 4 Dotazník použitý pro sondu

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Zuzana Furišová, studuji bakalářský obor Sociální a charitativní práce na Teologické fakultě Jihočeské univerzity a píší bakalářskou práci na téma Terénní sociální práce s uživateli drog. K jejímu zpracování potřebuji provést průzkum a proto Vás chci požádat, abyste byli tak laskaví, vyplnili tento krátký dotazník a odeslali ho na mou e-mailovou adresu zuzka.furisova@seznam.cz.

Dotazník je anonymní, bez identifikačních údajů pracoviště, jeho výsledky budou zpracovány pro bakalářskou práci a vždy v sumární podobě.

- 1) **Pohlaví:** muž
 žena
- 2) **Věk:** let
- 3) **Délka praxe:** let
- 4) **Nejvyšší dosažené vzdělání:**
 - VŠ (Bc., Mgr.) – zaměření na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči nebo speciální pedagogiku
 - VŠ (Bc., Mgr.) – jiné zaměření
 - VOŠ (Dis.) – zaměření na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost
 - VOŠ (Dis.) – jiné zaměření
 - SŠ
 - vzdělávací kurz ve výše uvedených oblastech
- 5) **V případě, že máte nejvyšší dosažené vzdělání VŠ nebo VOŠ v jiné oblasti než sociální práce, sociální politika, sociální pedagogika, sociální péče nebo speciální pedagogika, nebo máte SŠ vzdělání, jakým způsobem si doplníte vzdělání požadované zákonem 108/2006 o sociálních službách?**
 - absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost (VOŠ)
 - studiem v bakalářském nebo magisterském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči nebo speciální pedagogiku (VŠ)
 - absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončení vysokoškolského vzdělání v oblasti jiné než sociální práce

6) Jaké máte osobní zkušenosti s návykovými látkami?

- | | | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|-----------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | nikotin | <input type="checkbox"/> | jednorázová zkušenost | od kolika let? |
| | | <input type="checkbox"/> | opakované užívání | <input type="checkbox"/> užívám stále |
| | | | | <input type="checkbox"/> přestal/a jsem kouřit |
| <input type="checkbox"/> | alkohol | <input type="checkbox"/> | jednorázová zkušenost | od kolika let? |
| | | <input type="checkbox"/> | opakované užívání | <input type="checkbox"/> užívám stále |
| | | | | <input type="checkbox"/> přestal/a jsem pít |
| <input type="checkbox"/> | kofein | <input type="checkbox"/> | jednorázová zkušenost | od kolika let? |
| | | <input type="checkbox"/> | opakované užívání | <input type="checkbox"/> užívám stále |
| | | | | <input type="checkbox"/> již neužívám |
| <input type="checkbox"/> | kanabinoidy | <input type="checkbox"/> | jednorázová zkušenost | Od kolika let? |
| | | <input type="checkbox"/> | opakované užívání | <input type="checkbox"/> užívám stále |
| | | | | <input type="checkbox"/> již neužívám |
| <input type="checkbox"/> | halucinogeny | <input type="checkbox"/> | jednorázová zkušenost | Od kolika let? |
| | | <input type="checkbox"/> | opakované užívání | <input type="checkbox"/> užívám stále |
| | | | | <input type="checkbox"/> již neužívám |
| <input type="checkbox"/> | stimulanty | <input type="checkbox"/> | jednorázová zkušenost | Od kolika let? |
| | | <input type="checkbox"/> | opakované užívání | <input type="checkbox"/> užívám stále |
| | | | | <input type="checkbox"/> již neužívám |
| <input type="checkbox"/> | opiáty | <input type="checkbox"/> | jednorázová zkušenost | Od kolika let? |
| | | <input type="checkbox"/> | opakované užívání | <input type="checkbox"/> užívám stále |
| | | | | <input type="checkbox"/> již neužívám |
| <input type="checkbox"/> | léky
(zneužívání) | <input type="checkbox"/> | jednorázová zkušenost | Od kolika let? |
| | | <input type="checkbox"/> | opakované užívání | <input type="checkbox"/> užívám stále |
| | | | | <input type="checkbox"/> již neužívám |

7) Máte-li zkušenosti s užíváním nelegálních drog, ovlivňuje Vás to v práci?

- ne
 ano

Pokud ano, jak?

8) **Je ve Vašem zařízení od pracovníků požadována abstinence od nelegálních drog?**

- ano
 ne

9) **Je tato abstinence kontrolována?**

- ne
 ano pravidelně
 namátkově

Děkuji Vám za Vaše názory a za Váš čas !

Příloha č. 5 Výsledky sondy v sumární podobě, porovnání hypotéz s výstupy sondy

Otázka č. 1

	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
muži	1	7	47	47	47
ženy	2	8	53	53	100
	total	15	100	100	

Otázka č. 2

Průměrný věk všech respondentů je 29,09 let, přičemž u žen je to 24,75 let (věkové rozmezí 23 až 30 let) a u mužů 33,43 let (věkové rozmezí 26 až 50 let).

Otázka č. 3

Průměrná délka praxe všech respondentů je 5,02 let, přičemž u žen je to 3,25 let (v rozmezí 0,5 až 10 let) a u mužů 6,79 let (v rozmezí 1 až 13 let).

Otázka č. 4

	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
VŠ soc.	1	2	13	13	13
VOŠ soc.	2	5	33	33	47
VŠ jiné	3	1	7	7	53
VŠ jiné + kurz	4	2	13	13	67
VOŠ jiné	5	2	13	13	80
SŠ	6	3	20	20	100
	total	15	100	100	

Otázka č. 5

	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
VŠ soc	1	5	63	63	63
VOŠ soc.	2	1	13	13	75
kurz	3	2	25	25	100
	total	8	100	100	

Otázka č. 6

NIKOTIN	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
jednorázově	1	2	13	14	14
opakovaně	2	12	80	86	100
nevedl	3	1	7	missing	
	total	15	100	100	

	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
užívá stále	1	9	60	75	75
již neužívá	2	3	20	25	100
nevedl	3	3	20	missing	
	total	12	100	100	

ALKOHOL	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
jednorázově	1	0	0	0	0
opakovaně	2	15	100	100	100
nevedl	3	0	0	missing	100
total		15	100	100	

	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
užívá stále	1	15	100	100	100
již neužívá	2	0	0	0	100
nevedl	3	0	0	missing	
total		15	100	100	

KOFEIN	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
jednorázově	1	0	0	0	0
opakovaně	2	14	93	100	100
nevedl	3	1	7	missing	
total		15	100	100	

	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
užívá stále	1	13	87	93	93
již neužívá	2	1	7	7	100
nevedl	3	1	7	missing	
total		15	100	100	

KANABINOIDY	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
jednorázově	1	4	27	27	27
opakovaně	2	11	73	73	100
total		15	100	100	

	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
užívá stále	1	3	20	20	20
již neužívá	2	12	80	80	100
total		15	100	100	

HALUCINOGENY	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
jednorázově	1	2	13	33	33
opakovaně	2	4	27	67	100
nevedl	3	9	60	missing	
total		15	100	100	

	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
užívá stále	1	0	0	0	0
již neužívá	2	4	27	100	100
nevedl	3	9	60		
total		13	86,66667	100	

STIMULANTY	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
jednorázově	1	4	27	67	67
opakovaně	2	2	13	33	100
neuedl	3	9	60	missing	
total		15	100	100	

	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
užívá stále	1	0	0	0	0
již neužívá	2	2	13	100	100
neuedl	3	13	87		
total		15	100	100	

OPIÁTY	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
jednorázově	1	2	13	67	67
opakovaně	2	1	7	33	100
neuedl	3	12	80	missing	
total		15	100	100	

	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
užívá stále	1	0	0	0	0
již neužívá	2	1	7	100	100
neuedl	3	14	93	missing	
total		15	100	100	

LÉKY	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
jednorázově	1	3	20	60	60
opakovaně	2	2	13	40	100
neuedl	3	10	67	missing	
total		15	100	100	

	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
užívá stále	1	0	0	0	0
již neužívá	2	3	20	100	100
neuedl	3	12	80		
total		15	100	100	

Otázka č. 7

	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
ovlivňuje	1	4	27	27	27
neovlivňuje	2	11	73	73	100
total		15	100	100	

Otázka č. 8

	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
ano	1	15	100	100	100
ne	2	0	0	0	100
total		15	100	100	

Otázka č. 9

kontrolována	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
ano	1	4	27	27	27
ne	2	11	73	73	100
	total	15	100	100	

	Value	Frequency	Percent	Valid percent	Cum percent
pravidelně	1	0	0	0	0
namátkově	2	4	100	100	100
	total	4	100	100	

Porovnání hypotéz s výstupy výzkumu

- h1) Hypotéza se nepotvrdila - 3/5 pracovníků mají dostačující vzdělání podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. Z ostatních si tři čtvrtiny chtějí doplnit požadované vzdělání pomocí studia na vysoké nebo vyšší odborné škole, zbytek pak prostřednictvím akreditovaného vzdělávacího kurzu.
- h2) Hypotéza se potvrdila - vzdělání si spíše pomocí vysokoškolského studia doplní 5/8 respondentů.
- h3) Hypotéza se potvrdila - zkušenosti s užíváním nelegálních návykových látek mají všichni pracovníci, a to přinejmenším jednorázové s kanabinoidy (čtvrtina respondentů). Naopak nejméně dotázaných má zkušenosti s opiáty (jedna pětina) – všichni tito pracovníci uvedli, že je zkušenost s návykovými látkami ovlivňuje v práci, a to jak pozitivním způsobem (např. porozumění subkultuře uživatelů drog), tak negativním (problémy s hranicemi klient – pracovník)
- h4) Hypotéza se potvrdila - abstinenci od nelegálních drog vyžadují od svých pracovníků všechna zařízení. Ve čtvrtině případů je tato abstinence namátkově kontrolována. Přesto jedna pětina dotázaných uvedla, že stále užívá kanabinoidy.

STANDARDY ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách (Standardy služeb pro uživatele drog)

I. CÍLE

- (1) Cílem standardů je stanovit ve veřejném zájmu kritéria péče o problémové uživatele drog a drogově závislé, která se stanou závazná pro všechny poskytovatele odborných služeb.
- (2) Standardy jsou základním nástrojem pro zabezpečení kvality a účinnosti poskytované péče, nenahrazují však diagnostické a léčebné standardy a postupy dobré praxe u jednotlivých metod.
- (3) Standardy umožní poskytovatelům trvalé a systematické zaměření na kvalitu vlastní práce, její udržení a rozvoj.
- (4) Standardy jsou v rámci procesu certifikace odborné způsobilosti nástrojem pro odborné posouzení poskytovatele, který se k certifikaci přihlásil. Získání certifikace je známkou kvality pro uživatele péče, veřejnost a správní orgány.
- (5) Standardy poskytují orgánům státní a veřejné správy, veřejným zdravotním pojišťovnám a jiným institucím poskytujícím finanční prostředky nástroj pro dohled na úroveň služeb poskytovaných veřejnosti a kontrolu efektivity vynakládání poskytnutých finančních prostředků.
- (6) Standardy jsou jedním z prostředků k zabezpečení širší dostupnosti komplexní a kontinuální léčebné péče o problémové uživatele drog a osoby závislé na drogách.

II. DEFINICE POJMŮ

- (1) "Standardy" se míní odbornou veřejností akceptovaná úroveň poskytované péče, která umožňuje dosáhnouti maximální kvality a efektivity léčby u daného onemocnění.
- (2) "Kvalitou péče" se rozumí takové služby, které jsou efektivní, integrované, slouží jednoznačně definovanému cíli, splňují kritéria standardů a odpovídají potřebám uživatele péče (pacienta/klienta).
- (3) "Závislostí na návykových látkách" se rozumí stav, který splňuje diagnostická kritéria „syndromu závislosti“ dle 10.revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN).
- (4) "Problémovým uživatelem návykových látek" se rozumí: (a) osoba užívající nelegální drogy ze skupiny opiátů/opioidů (heroin, hydrocodon) nebo stimulantů (kokain, pervitin) dlouhodobě a/nebo nitrožilně (definice EMCDDA), (b) osoba užívající jakékoliv návykové látky, která nespĺňuje diagnostická kritéria závislosti na návykových látkách, a u které se zároveň projevují známky manifestních problémů v oblasti fyzické, psychické či sociální (definice „škodlivého užívání“ podle MSK 10).
- (5) Pro uživatele služeb je používáno souborné označení "pacient/klient", samotného termínu "pacient" je použito pouze v souvislosti s čistě lékařskou úrovní specifické léčebné péče (detoxifikace), termínu "klient" např. u terénních, kontaktních a poradenských programů.
- (6) "Rezidenční péčí" se rozumí dlouhodobý léčebně-rehabilitační/resocializační pobyt v terapeutické komunitě. Jde o odborný pojem, který v ČR nemá oporu v zákoně.

- (7) "Strukturované aktivity" představují zejména komunity, skupiny, kluby, nácviky sociálních dovedností, relaxace atd.
- (8) Další pojmy jsou vysvětleny v záhlaví a v textu jednotlivých standardů.

III. Ediční poznámky k vývoji standardů

- (1) Východiskem těchto standardů jsou "Minimální standardy" dle WHO, vydané MPK v r. 1995, dále Metodické opatření č. 9 MZ ČR (Věstník MZ ČR, částka 7, červen 1998), standardy SCODA z Velké Británie a základní manuál kvality doporučený Evropskou unií.
- (2) Návrh (první verze, červen 1999) byl připomínkován v 1.kole připomínkového řízení. Druhá verze (září 1999) zohlednila připomínky, doplňky a náměty 1. kola připomínkového řízení. Třetí verze (listopad 1999) přinesla návrh hodnotícího schématu a bodového hodnocení. Čtvrtá verze (únor 2000) zapracovala a zohlednila připomínky členů Pracovní skupiny pro substituční léčbu návykových nemocí při MZ. Pátá verze (červen 2001, verze 5a srpen 2001) byla výsledkem úprav vzniklých na základě pilotního ověřování akreditačních standardů. V této etapě (1999-2001, verze 1-5) nesly tyto standardy název Akreditační standardy a počínaje 4.verzí byly prakticky ověřeny při místním šetření celkem v 15 zařízeních.
- (3) 6.verze představovala zásadnější revizi, která vzala v úvahu politiku kvality MZ a MPSV.
 - a) Politika kvality MZ: podle doporučení Centra pro rozvoj kvality MZ) jsou zohledněny na příslušné úrovni požadavky ISQua a ALPHA International Principles for Standards. Dále se upustilo od pojmu „akreditace“ a „akreditační standardy“ s tím, že tento pojem má být vyhrazen pro proces vyššího stupně, zahrnující i hlubší hodnocení organizačního, personálního a finančního managementu, hodnocení účinnosti odborné péče a ekonomickou evaluaci (hodnocení nákladové efektivity). I na úrovni procesu certifikace odborné způsobilosti však byla zachována dosavadní kritéria organizačního, personálního a finančního managementu (standardy A4, A5, A7 a A8), protože jimi hodnocené faktory vytvářejí příznivé okolí pro kvalitu poskytovaných odborných služeb, jejich udržitelnost a životaschopnost.
 - b) Byla zajištěna harmonizace se standardy sociálních služeb, které byly vypracovány na MPSV v období 2000-2001.
- (4) Tato 7. verze (2.revize) přináší další strukturální i obsahové úpravy. Zejména v obecné části (část A) je dodržována shoda se standardy kvality sociálních služeb („registrační standardy“) v publikované verzi z r. 2001.

IV. Poznámky k bodovacímu schématu

- (1) Bodovací schéma vychází z akreditační bodovací listiny Spojené akreditační komise ČR (pro akreditaci nemocnic).

Bodovací stupnice:

A – Logická: Ano nebo Ne, Ano = 5 bodů, Ne = 1 bod

B – Kvalitativní:

vždy = 5
většinou = 4
občas = 3
málokdy = 2
nikdy = 1

C – Kvantifikační: navrhuje se tam, kde je možné určit (nebo přibližně odhadnout), v kolika případech ze 100 položka platí, ale zejména u komplexních položek, kde vyjadřuje (opět obvykle přibližnou) míru naplnění položky v kvantitě i v kvalitě

91-100% (téměř úplně nebo úplně) = 5

75-90% (ze tří čtvrtin a více) = 4

66-74% (mezi dvěma třetinami a třemi čtvrtinami) = 3

50-65% (mezi polovinou a dvěma třetinami) = 2

Méně než 50% = 1

- (2) Hvězdičkou (*) se označují položky, jejichž naplnění je pro akreditaci zásadní, případně nezbytné.
- (3) **Maximum** u jednotlivých tabulek je dáno maximální dosažitelnou hodnotou bodů ve všech položkách. Pokud pro daný hodnocený program určitá položka objektivně nepřipadá v úvahu, tj. není hodnocena, návrh jí přiřazuje plný počet bodů. Tento vyrovnávací postup byl zvolen s ohledem na jednoduchost a porovnatelnost.
- (4) **Minimum** se navrhuje obvykle jako cca 75% maxima.

V. ZDROJE

POP - písemné organizační podklady (statut, stanovy, směrnice, pokyny, manuály, výroční zpráva, etický kodex atd.)

ODP/K - osobní dokumentace pacienta/klienta (např. chorobopis či osobní spis, zpráva o přijetí a propuštění, vedení léčby atd.)

DP - dokumentace programu (např. záznamy ze skupin, komunit, dokumentace mimořádných událostí atd.)

PA - personální agenda, proškolení, plán vzdělávání atd.

RV - rozhovory s vedoucími pracovníky

RZ - rozhovory se zaměstnanci

RP/K- rozhovory s pacienty/klienty

VP - vlastní pozorování

A - OBECNÁ ČÁST

OBSAH

- 1. Přístupnost odborných služeb**
- 2. Práva pacientů/klientů**
- 3. Příjem a úvodní zhodnocení**
- 4. Spektrum služeb a zásady jejich poskytování**
- 5. Personální práce**
- 6. Odborné vedení a rozvoj pracovníků a týmů**
- 7. Dostupnost, vnější vztahy**
- 8. Organizační aspekty**
- 9. Finance**
- 10. Prostředí a materiálně-technické zázemí**
- 11. Minimální bezpečí**
- 12. Hodnocení kvality a efektivity služeb**

Poznámky za každým standardem

Souhrnná tabulka bodového hodnocení

1.	PŘÍSTUPNOST A CÍLE ODBORNÝCH SLUŽEB Zařízení/organizace deklaruje poslání a cíle odborné péče, kterou poskytuje, v souladu s odbornými a humanistickými principy a vymezuje cílovou skupinu. Služby jsou poskytovány v souladu s těmito deklaracemi.	<u>BODOVACÍ</u> <u>STUPNICE</u>	<u>ZDROJE</u>
1.1	Odborné služby jsou veřejně přístupné (Poznámka 1) bez ohledu na pohlaví, věk a rasu pacienta/klienta, jeho politické přesvědčení, náboženství, právní či společenské postavení, psychický či fyzický stav (včetně HIV pozitivitu) a socioekonomické možnosti (např. schopnost službu zaplatit).	A*	POP, RV
1.2	Služby jsou přístupné bez ohledu na typ užívané návykové látky (Poznámka 2), historii užívání a způsob aplikace návykové látky.	B	POP, RV
1.3	Služby jsou přístupné bez zbytečných odkladů (Poznámka 3), které by mohly zhoršit aktuální stav pacienta/klienta	B	POP, RP/K
1.4	Poslání a cíle služby jsou definovány v písemné podobě a odpovídají odborným a humanistickým principům.	A*	POP
1.5.	Pro službu je definována cílová skupina.	A*	POP
1.6.	Poskytované služby odpovídají deklarovaným cílům a poslání a jsou poskytovány pacientům/klientům, kteří odpovídají stanovené cílové skupině.	B	POP, RV, ODP/K
	Maximum	30	
	Minimum	25	
	Nezbytné: A*=5	15	

POZNÁMKY

- Služby financované z veřejných zdrojů mají splňovat následující požadavky: (a) „rovný přístup“ bez ohledu na potenciálně diskriminující charakteristiky uživatelů – což neznamená, že nebereme v úvahu odborná kritéria a indikace, (b) finanční dostupnost – což nutně neznamená nulovou spoluúčasť nebo žádné režijní poplatky, (c) územní dosažitelnost. Akreditace se týká konkrétního poskytovatele, standardy tudíž neřeší územní dosažitelnost (c), která je úkolem veřejné politiky, nikoliv jednotlivé organizace poskytující odborné služby. Pojem „**přístupnost**“ tedy shrnuje „rovný přístup“ a „finanční dostupnost.“ To se týká i formulace v oddílu 1.3.
- Při zohlednění indikačních kritérií programů.
- U lůžkových zařízení bude porovnávána čekací doba ve vztahu k využití lůžkového fondu, jež by mělo činit minimálně 85%. U ambulantních zařízení se stanovuje na 1 odborného pracovníka minimální počet 6 pacientů/klientů v pravidelném programu s individuálním plánem.

2.	PRÁVA PACIENTŮ/KLIENTŮ Při poskytování odborné péče jsou respektována práva pacientů/klientů. Poskytovatel zkoumá a definuje specifické situace, při kterých by k porušení práv pacientů/klientů mohlo dojít, a vytváří taková pravidla, která by práva pacientů/klientů zajistila.	<u>BODOVACÍ</u> <u>STUPNICE</u>	<u>ZDROJE</u>
2.1	Zařízení dodržuje příslušný Kodex práv pacientů/klientů a zveřejňuje jej pro pacienty/klienty srozumitelnou formou v případné stylistické úpravě s ohledem na své zaměření (Poznámka 1).	A*	POP, RV, RZ, RP/K, VP
2.2	Jmenovité informace o pacientovi/klientovi a jeho zdravotním stavu jsou důvěrné a nejsou poskytovány bez jeho souhlasu, případně bez jeho vědomí, jestliže je organizace povinna je poskytnout (Poznámka 2).	B	POP, RV, RZ, RP/K
2.3	Je respektováno právo pacienta/klienta seznámit se přiměřeným způsobem s tím, jak je v zařízení vedena, uchovávána a zabezpečena dokumentace obsahující jeho osobní údaje.	B	POP, RV, RZ, RP/K
2.4	Pacient/klient je plně informován o formě, obsahu, délce a pravidlech poskytované odborné péče, včetně jejich očekávaných přínosů a případných rizik, svých povinností a chování, jímž může přispět k dosažení jejich cílů.	B	POP, RV, RZ, RP/K
2.5	Podmínky odborné péče a případná omezení se uplatňují s plným vědomím a informovaným souhlasem pacienta/klienta (Poznámka 3).	B*	RZ, RP/K
2.6	Pacient/klient má právo na kontakt se svoji rodinou, zaměstnavatelem, učitelem, duchovním, příp. dalšími důležitými osobami ze svého okolí, pokud je to v souladu s podmínkami a omezeními odborné péče podle bodu 2.5.	B	RZ, RP/K
2.7	Nejsou kladeny překážky svéprávnému rozhodnutí pacienta/klienta ukončit léčbu či jiný odborný program.	B	RZ, RP/K
2.8	Je definován postup přijímání, vyřizování a dokumentování stížností, případů diskriminace a fyzického, psychického, ekonomického či sexuálního zneužívání pacientů/klientů ze strany personálu.	A*	POP, RZ, RP/K
2.8.1	Pacienti/klienti i personál jsou s postupem seznámeni.	A	RZ, RP/K
2.8.2	Pacienti/klienti mohou bez ohrožení využívat podání stížnosti a žádat informace jejím vyřízení.	A	RP/K
2.8.3	Na základě stížností a rozboru případů diskriminace či zneužívání jsou přijímána opatření, směřující k vyšší odborné i etické úrovni práce personálu.	A	POP, DP, PP, RV
2.9	Dokumentace obsahující osobní údaje pacienta/klienta je zabezpečena proti zneužití. (Poznámka 4).	A	RZ, RP/K, VP
2.10	Pacient/klient je srozumitelně informován o případných zákonných omezeních zde uvedených práv a o důsledcích, které tato omezení mají pro něj a pro zařízení (Poznámka 5).	B*	RZ, RP/K
2.11	Organizace zkoumá a definuje situace, při kterých by v souvislosti s poskytováním odborné péče mohlo dojít k porušení práv pacientů/klientů, a na základě toho	A*	POP, RV RZ

	vytváří pro poskytování odborné péče taková pravidla, která efektivně brání zneužití moci a postavení organizace i jejích pracovníků ve vztahu k pacientům/klientům.		
2.11.1	Organizace zkoumá možnosti střetu pracovních a osobních zájmů svých pracovníků, má definovány situace, kdy by k tomu mohlo dojít, a stanovuje pravidla, která možným střetům zájmů zamezují.	A	POP, RV RZ
2.11.2	Organizace zkoumá, zda poskytováním odborné péče nejsou porušována práva, zejména v následujících oblastech: osobní svoboda, ochrana soukromí, právo na vzdělání a svobodnou volbu povolání, ochrana před nucenými pracemi, zneužití osobních údajů, fyzické a psychické násilí, zneužívání medikace. Organizace má definovány rizikové situace a vytváří mechanismy a pravidla, která tomu v praxi účinně zamezují.	C	POP, RV RZ
2.11.3	Způsob, jakým se organizace vypořádala s požadavky uvedenými v bodech 2.11.1 - 2.11.3, je definován v písemné podobě.	A	POP
2.12	Jednání pracovníků s pacienty/klienty a jejich blízkými (včetně oslovování) respektuje autonomii a důstojnost uživatelů služeb.	B	RP/K
	Maximum	90	
	Minimum	70	
	Nezbytné : A* = 5 , B* = min.4	23	

POZNÁMKY

1. *Např. Kodex práv pacienta: kodex vydaný Centrální etickou komisí MZ v r. 1992 a publikovaný ve zdravotnické literatuře, Kodex práv pacientů/klientů schválený MPK.*
2. *Viz „povinnost mlčenlivosti“ ve standardu A4 „Organizační aspekty“ a poznámka 2 k němu. Týká se pouze osobních údajů u jasně identifikovaného pacienta/klienta, nikoliv například statistických hlášení.*
3. *Viz § 23 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění.*
4. *Zabezpečením proti zneužití se rozumí i kódování anonymní klientely v kontaktních centrech a terénních programech.*
5. *Případná omezení práv pacientů/klientů v oddílu 6.11. se týkají například osob nezletilých, osob v soudní ochranné léčbě nebo v léčbě, kterou soud stanovil jako podmínku ochranného dohledu (tzv. „alternativa trestu“). U nezletilých osob se postupuje přiměřeně podle § 23 zákona č. 20/1966 Sb., a zákona o rodině. Pacienta/klienta je třeba vždy srozumitelně informovat, otevřeně s ním komunikovat o problému, který může vzniknout, a postupovat tak, aby nedošlo k jeho poškození, ohrožení zdraví (a někdy i života) a k oslabení jeho důvěry v odbornou pomoc.*

3.	PŘÍJEM A ÚVODNÍ ZHODNOCENÍ PACIENTA/KLIANTA; INDIVIDUÁLNÍ PLÁN A DOHODA O POSKYTOVÁNÍ ODBORNÉ PÉČE Organizace má stanoven postup, způsob a kritéria pro přijímací proceduru. Při přijímací proceduře poskytovatel seznamuje zájemce o službu s kritérii pro přijetí, podmínkami a způsoby poskytování služby, zjišťuje jeho potřeby a provádí komplexní zhodnocení stavu pacienta/klienta, které vyústí ve stanovení individuálního plánu odborné péče a uzavření dohody o jejím poskytování.	<u>BODOVACÍ STUPNICE</u>	<u>ZDROJE</u>
3.1	Odborná zařízení mají standardní formu a proceduru příjmu a úvodního zhodnocení (vyšetření) pacienta/klienta.	A*	POP, ODP/K, RZ
	3.1.1 Poskytovatel má definována pravidla pro informování zájemce o využití odborné péče (případně jeho právního zástupce nebo člověka, kterého si zájemce zvolí) o podmínkách, cílech a způsobech jejího poskytování a o cílové skupině.	C	POP
	3.1.2 Informace o odborné péči jsou zájemci poskytovány srozumitelně s ohledem k jeho situaci a možnostem a v takovém rozsahu, aby zájemce poznal, zda daný typ a forma péče splňuje jeho požadavky, a mohl se informovaně rozhodnout, zda ji využije či nikoli.	B	RP/K
	3.1.3 Organizace zjišťuje potřeby a zájmy zájemce o odbornou péči s aktivní účastí uživatele, aby mohla posoudit, zda nabízená péče může tyto potřeby uspokojit.	B	RP/K
3.2.	Zájemce o odbornou péči je přijímán podle definovaných kritérií a pravidel pro přijímací proceduru.	A	ODP/K, RZ, RP/K
3.3	Každý pacient/klient je na počátku využívání odborné péče individuálně zhodnocen (vyšetřen). Zhodnocení (vyšetření) zahrnuje anamnézu i současný stav (Poznámka 1).	A*	ODP/K, RZ
3.4	Příjem a úvodní zhodnocení (vyšetření) pacienta/klienta směřuje ke stanovení optimální intervence a koordinovaného plánu odborné péče.	B	ODP/K, RZ
3.5	Úvodní zhodnocení (vyšetření) stavu pacienta/klienta slouží ke stanovení případných psychologických, psychiatrických a somatických komplikací, které mohou ovlivnit průběh léčení či jiné odborné péče.	B	ODP/K, RZ
3.6	Součástí úvodního zhodnocení (vyšetření) je zhodnocení psychosociálního fungování pacienta/klienta (včetně rodinného zázemí, pracovní anamnézy, právního postavení atd.).	B	ODP/K, RZ
3.7	Laboratorní vyšetření jsou k dispozici pro stanovení správné diagnózy (somatické, popř. psychiatrické), nebo pro případné stanovení typu užívané drogy a vhodnosti určité formy odborné péče.	C	ODP/K, RV
3.8	O úvodním vyšetření a zhodnocení stavu pacienta/klienta je vedena adekvátní forma dokumentace.	A*	ODP/K
3.9	Na závěr úvodního zhodnocení stavu pacienta/klienta je		ODP/K

	stanoven individuální plán odborné péče.	B*	
3.9.1	Individuální plán odborné péče reflektuje potřeby a cíle, kterých chce pacient/klient prostřednictvím odborné péče dosáhnout. Poskytovatel podporuje pacienta/klienta, aby své potřeby a cíle vyjádřil a uplatnil.	C	ODP/K
3.9.2	Svým rozsahem, obsahem i formou individuální plán odpovídá charakteru odborné péče. Součástí plánu jsou cíle, jichž má být dosaženo, prostředky, odpovědnost konkrétních osob při naplňování plánu a termíny hodnocení a revize plánu.	C	ODP/K
3.9.3	Pacient/klient může stanovit, kteří další lidé z okruhu jeho blízkých osob se budou procesu individuálního plánování účastnit.	B	ODP/K
3.10	S ohledem na charakter služby uzavírá poskytovatel s pacientem/klientem (nebo se zákonným zástupcem) srozumitelnou písemnou nebo ústní dohodu (kontrakt) o poskytování odborné péče, která stanoví všechny důležité aspekty jejího poskytování/využívání včetně podmínek pro ukončení (Poznámka 2).	A*	POP, ODP/K
3.9.1	Poskytovatel usiluje, aby pacient/klient porozuměl obsahu a účelu dohody, a to i tehdy, je-li zastupován zákonným zástupcem.	B	RP/K
3.9.2	Dohoda obsahuje podle charakteru odborné péče zkušební dobu, v jejímž rámci mají obě strany možnost odstoupit.	A	POP, ODP/K
3.9.3	Dohoda jednoznačně vymezuje cíl, obsah, rozsah a podmínky poskytování odborné péče, postupy při nedodržování dohodnutých podmínek, způsob a podmínky pro ukončení a způsob, jakým lze dohodu měnit.	C	POP, ODP/K
3.9.4	Dohoda umožňuje uživateli i poskytovateli ukončit využívání služby.	A	POP, ODP/K
3.10	V případě, že dané zařízení nemůže zabezpečit potřebné služby, je pacient/klient doporučen do jiného zařízení.	C*	ODP/K, RV, RZ
	Maximum	100	
	Minimum	80	
	Nezbytné: A*=5, B*,C* = min. 4	28	

POZNÁMKA

1. V nízkoprahových programech u anonymní klientely jde o minimální zhodnocení (tzv. income).
2. Ústní dohoda (kontrakt) je obvyklá u anonymní klientely v nízkoprahových programech a v ambulantních službách (systematické-strukturované poradenství, ambulantní léčba), kde by však zásady dohody (kontraktu) měly být písemně zaznamenány v osobní dokumentaci pacienta/klienta.

4.	SPEKTRUM SLUŽEB A ZÁSADY JEJICH POSKYTOVÁNÍ Pacient/klient má zajištěný přístup ke spektru odborné péče. Zvolený program odpovídá potřebám pacienta/klienta a podporuje ho v dosažení optimálního tělesného, duševního a sociálního zdraví a kvality života.	<u>BODOVACÍ</u> <u>STUPNICE</u>	<u>ZDROJE</u>
4.1	Každý pacient/klient má zajištěný přístup k následujícímu spektru odborné péče:	C	POP, ODP/K, RV
	a) Informace a zdravotní výchova		
	b) Poradenství		
	c) Detoxifikace (ústavní či ambulantní)		
	d) Ambulantní léčba včetně ambulantní skupinové terapie		
	e) Intenzivní ambulantní léčba (např. léčba v denním stacionáři)		
	f) Ústavní krátkodobá a střednědobá léčba		
	g) Rezidenční péče v terapeutické komunitě		
	h) Udržovací substituční léčba		
	i) Výměnný program sterilních jehel a stříkaček		
	j) Ambulantní následná péče a resocializace		
4.2	Vhodný typ a forma odborné péče (dále „program“) se stanoví na základě diagnózy, typu užívané návykové látky, rozsahu užívání, stupni závislosti, fyzickém a psychickém stavu pacienta/klienta (přitom se bere v úvahu případná somatická či psychiatrická komorbidita).	B*	ODP/K, RZ
4.3	Zvolený program je komplexní se zaměřením na bio-psycho-sociální podstatu problému.	A	ODP/K, RZ
4.4	Zvolený program odpovídá potřebám pacienta/klienta a podporuje ho v dosažení optimálního tělesného, duševního a sociálního zdraví a kvality života (Poznámka 1).	A	ODP/K, RP/K
4.5	Zvolený program se formuluje, provádí, pravidelně hodnotí a v případě potřeby modifikuje se zapojením pacienta/klienta a jeho informovaným souhlasem. (Poznámka 2).	A	ODP/K, RZ, RP/K
4.6	Dostupné a v úvahu přicházející možnosti odborné péče jsou probrány s pacientem/klientem.	B	ODP/K, RZ RP/K
4.7	Pacientům/klientům s psychologickými a psychiatrickými komplikacemi se poskytuje nebo zajišťuje specifická odborná péče.	B	ODP/K, RZ
4.8	Pacienti/klienti jsou podporováni v péči o své zdraví a je jim dle potřeby poskytován základní zdravotnický servis a zajištěna přiměřená zdravotní péče.	B	ODP/K, RP/K
4.9	Specifická odborná péče je zajištěna pro pacienty/klienty s případnými somatickými problémy (např. HIV, hepatitis A,B,C, atd.).	B	RZ
4.10	Informace a zdravotní výchova směřující k minimalizaci rizik z užívání drog se poskytují vždy, bez ohledu na to, zda-li se jedná o program s cílem abstinence či nikoliv.	A	RZ
4.11	O průběhu programu vede zařízení podrobnou dokumentaci. (Poznámka 3)	A*	ODP/K
4.12	Podávané či předepisované léky musí být řádně uvedeny v dokumentaci pacienta/klienta. Farmakoterapie musí odpovídat specifickým potřebám	B*	ODP/K, RZ

	pacienta/klienta, typu užívané návykové látky, uznané praxi, aktuálním vědeckým poznatkům a příslušným metodickým opatřením MZ.		
4.13	Zařízení zajišťuje kontinuitu odborné péče. Při ukončení daného programu je vypracován plán navazující nebo následné péče a resocializace (včetně zapojení rodiny, tam kde je to možné). To platí i tehdy, je-li program ukončen z důvodů porušení pravidel. Při výstupu z programu (s výjimkou doléčovacího, není-li předáván jinam) je pacient/klient vybaven předběžnou propouštěcí (závěrečnou) zprávou. Úplná zpráva je zaslána do 7 dnů zařízení, které přebírá pacienta/klienta do péče (Poznámka 4).	B*	ODP/K, RZ
4.14	Zařízení vytváří podmínky pro zapojení členů rodiny nebo jiných důležitých osob blízkých pacientovi/klientovi dle individuálních podmínek a potřeb.	B	RV, RZ, RP/K
4.15	Zařízení vytváří podmínky pro činnost svépomocných aktivit dle podmínek a potřeb cílové skupiny.	B	RV, RZ, RP/K
4.16	Pro zabezpečení komplexní a kontinuální péče zařízení aktivně vytváří a udržuje vztahy s dalšími poskytovateli služeb.	C	RV, RZ
4.17	Zařízení aktivně podporuje pacienta/klienta při využívání služeb běžných systémů a neformálních přirozených zdrojů podle jeho potřeb. Pomáhá pacientovi/klientovi kontaktovat a využívat tyto služby a zdroje podle jeho potřeb a přání (Poznámka 5).	B	RV, RZ, RP/K
4.18	Zařízení realizuje opatření ke zvýšení dostupnosti péče (šíření informací o zařízení, monitorování využívané kapacity a čekací doby, poskytování informací pacientům/klientům a jejich rodinám o dalších možnostech odborné péče atd.).	C	POP
	Maximum	90	
	Minimum	70	
	Nezbytné : A* = 5, B* = min. 4	17	
	U položek zcela nerelevantních pro hodnocení program (např. 4.10 u terénních programů) se započítává 5 bodů		

POZNÁMKY

1. *Provádí se tzv. matching – párování potřeb pacienta/klienta a vhodných odborných intervencí.*
2. *V tomto bodě je míněno hodnocení průběhu a dílčích výsledků odborné péče o konkrétního pacienta/klienta. Jak často má hodnocení probíhat, závisí na typu, délce a obsahu zvoleného programu. Požadavky jsou obsaženy ve standardech speciální části.*
3. *Vedení dokumentace se řídí platnými předpisy a standardními pravidly vedení dokumentace ve zdravotnických zařízeních (Věstník MZ č. 7, červen 1998).. Veškeré osobní údaje jsou důvěrné. Nezdravotnická zařízení musí mít pro vedení osobní dokumentace souhlas klienta. Metodiku evidence anonymních klientů doporučuje Centrální pracoviště drogové epidemiologie MZ.*
4. *Zajištění kontinuity péče pochopitelně není možné bez motivace pacienta/klienta. V případě, že jakoukoliv další péči odmítá, musí být aspoň informován o její potřebě a možnostech.*

5. Jde např. o služby, které jsou využívány širší veřejností, nikoliv pouze danou cílovou skupinou, např. služby sociální, poradenské právní, služby zaměstnanosti apod., a neformální zdroje podpory v rodině a ve společnosti.

5.	PERSONÁLNÍ PRÁCE Organizace stanovuje a v praxi uplatňuje způsob výběru pracovníků. Pracovníci jsou přijímáni v souladu s příslušnými platnými právními normami a také v souladu s potřebami uživatelů služeb a s ohledem na zajištění provozu služby.	<u>BODOVACÍ</u> <u>STUPNICE</u>	<u>ZDROJE</u>
5.1	Organizace má vypracovaný systém, který zajišťuje, že způsob výběru, přijímání a zaškolování pracovníků odpovídá platným právním normám ¹³⁷ a stanoveným interním pravidlům	C*	PA
5.2	Organizace má definována pravidla, kterými se řídí personál tam, kde jsou platné právní úpravy příliš obecné.	A*	PA
5.3	Je definována struktura a řízení organizace, ze které jsou patrné kompetence na jednotlivých pozicích.	A*	POP
5.4	Organizace má stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a předpoklady osobní a morální. Struktura i počet personálu zohledňuje potřeby a aktuální počet uživatelů služeb a jejich potřeby i provoz organizace. Složení a doplňování pracovního týmu odpovídá těmto potřebám.	C	POP, PA
5.5	Každý zaměstnanec má smlouvu a platový výměr podle platných právních předpisů (Poznámka 1). Je poučen o bezpečnosti práce a má jasně stanovenou pracovní náplň.	A*	PA
5.6	Organizace má jasně definovaná pravidla pro nábor, výběr a odměňování zaměstnanců a pro zaměstnávání pracovníků s předchozími nebo současnými problémy s drogami a alkoholem. Totéž se týká externistů a dobrovolných pracovníků (Poznámka 2).	A	POP, PA
5.7	Existují a fungují pravidla pro pracovníky, se kterými není poskytovatel v pracovně právním vztahu - např. forma uzavírání dohod o vykonávání práce a zajištění odpovídajících pracovních podmínek (pojištění, zodpovědnost atd.) pro dobrovolníky atd.	A	POP, PA
5.8	Jsou definována a uplatňována pravidla pro stážisty a pracovníky, kteří v zařízení vykonávají odbornou praxi.	A	POP, PP
5.9	Je zajištěna prevence pracovních rizik.	A*	POP, RZ, VP
5.10	Je zajištěna znalost a dodržování obecně platných právních norem a vnitřních předpisů.	A	POP, RV, RZ
5.11	Je zajištěna znalost a dodržování etického kodexu (Poznámka 3).	A*	POP, RZ
5.12	V personální agendě se dokumentují případy porušení práv pacienta/klienta zaměstnancem a přijatá opatření.	A	POP, PA, RZ
5.13	Specializovaná péče (lékařská, psychologická, psychoterapeutická, sociální, výchovná apod.) je vždy prováděna personálem s příslušnou kvalifikací a osvědčením.	A*	ODP/K, PA, RZ

5.14	Organizace má písemně zpracovaný postup při přijímání a zácvičku nového zaměstnance včetně zajištění jeho vzdělávání v rozsahu potřebném pro kvalifikovaný pracovní výkon. Zvláštní pozornost je při zaškolování věnována principům, které organizace uplatňuje v oblasti ochrany práv pacientů/klientů, eliminace negativních dopadů poskytovaných služeb na jejich život a také způsobům naplňování specifických potřeb jednotlivých pacientů/klientů, se kterými má pracovník pracovat.	A	POP, RZ
	Maximum	70	
	Minimum	55	
	Nezbytné : A* = 5, C* = min. 4	29	

POZNÁMKY

1. Zejména Zákon č. 65/1965 Sb. - zákoník práce
2. Pro zaměstnávání osob, které dříve byly závislé na drogách včetně alkoholu se doporučuje: (a) věk minimálně 21 let, (b) dokončená léčba, (c) abstinence minimálně 2 roky po ukončení léčby, (d) jiné zaměstnání či úspěšná pracovní zkušenost během dvouletého období abstinence, (e) nepřijímat do zaměstnání v zařízení, kde se pracovník předtím léčil, (f) jasně definované postavení v týmu a vůči klientům, (g) zahájení SŠ studia do 1 roku po nástupu do pracovního poměru, pokud pracovník nemá ukončené SŠ vzdělání. Viz též speciální část – standard B2.
3. Etický kodex (terapeutických komunit, odborných společností, stavovských organizací). Pro pracovníky určitých profesí (lékaři, psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci) jsou směrodatné etické kodexy jejich profesních organizací a odborných sdružení.

6.	ODBORNÉ VEDENÍ A ROZVOJ PRACOVNÍKŮ A TÝMŮ Poskytovatel zajišťuje pracovníkům a týmům podmínky pro výkon kvalitní práce, definuje a zpřístupňuje pravidla pro jejich práci. Disponuje mechanismy zajišťující profesní rozvoj pracovních týmů a jednotlivých pracovníků, jejich schopností potřebných pro dosažení cílů a poslání organizace a propojení cílů pracovníků s cíli a úkoly organizace. Zajišťuje, že jsou respektovány pracovní postupy a pracovníci jsou zapojeni do zlepšování kvality poskytovaných služeb.	<u>BODOVACÍ STUPNICE</u>	<u>ZDROJE</u>
6.1	Zaměstnanci a týmy na všech úrovních jsou odborně vedeni. Totéž se týká dobrovolných pracovníků, stážistů apod.	A*	POP, RZ
6.2	Multidisciplinární týmy jsou sestaveny a vedeny s ohledem na kompetentní poskytování dané služby, je jasně definováno jejich fungování, odpovědnost jednotlivých členů a mechanismy komunikace.	B	POP, PA
6.3	Organizace má zavedený a respektovaný postup pro pravidelné hodnocení pracovníků a týmů, jež zahrnuje stanovení, vývoj a naplňování osobních a týmových cílů, úkolů a potřeby další odborné kvalifikace.	B	POP, PA, RZ
6.4	Pracovníci a týmy mají možnost zapojit se do rozvoje a zkvalitňování poskytovaných sociálních služeb	B	POP, PA, RZ
6.5	Existuje systém obousměrné komunikace vedení		POP, PA,

	s pracovníky a týmy, se kterým jsou pracovníci a týmy spokojeni.	B	RZ
6.6	Organizace má vypracovaný a uplatňovaný systém oceňování pracovníků a to nejenom finanční odměnou, ale i jinými faktory (možnost zvyšování kvalifikace atd.)	B	POP, PA, RZ
6.7	Zaměstnanci mají rovný přístup k dalšímu vzdělávání (Poznámka 1).	A	POP, PA, RZ
6.8	Zaměstnanci se povinně vzdělávají v oblastech nezbytných pro efektivní pracovní výkon a správnou odbornou praxi. Přitom se respektují resortní a profesní předpisy a doporučení pro další vzdělávání odborných pracovníků (Poznámka 2).	A*	POP, PA, RZ
6.9	Je stanoven a dodržován program dalšího vzdělávání jednotlivých pracovníků a každý pracovník je s ním seznámen. Další vzdělávání pracovníků se odvíjí zejména od identifikovaných potřeb pacientů/klientů a trendů v oblasti služeb pro příslušnou cílovou skupinu.	B	POP, PA, RZ
6.10	Pravidelné vzdělávání zaměstnanců se realizuje na podkladě analýzy jejich znalostí, dovedností a schopností, podle individuálních vzdělávacích plánů a vzdělávacího programu organizace. Totéž se týká dobrovolných pracovníků.	B	PA, RZ
6.11	Zaměstnanci jsou podporováni v dalších vzdělávacích aktivitách v rámci bio-psycho-sociálního modelu návykových poruch a odborných přístupů k nim.	B	POP, PA, RZ
6.12	Zaměstnanec má příležitost pravidelně projednávat svoji odbornou kariéru, včetně dalšího vzdělávání, se svým zaměstnavatelem, resp. odborným vedoucím/managerem.	B	RV, RZ
6.13	Zaměstnanci jsou na pracovišti pravidelně supervidováni odborným vedoucím, případně pověřeným pracovníkem s potřebnou kvalifikací, s cílem zabezpečit kvalitu poskytovaných služeb. Totéž se týká dobrovolných pracovníků.	B*	RV, RZ
6.14	Zaměstnanci mají rovný přístup k vnější supervizi. Vnější supervize se realizuje na základě smlouvy se supervizorem, kterým je kvalifikovaný a uznávaný odborník, pracující mimo organizaci.	A*	PA, RV, RZ
6.15	Vnější supervize si klade za cíl dosažení správné odborné praxe odpovídající standardům a je zaměřena na tyto oblasti: (a) vědomosti, metody intervence, praktické dovednosti, (b) postoje zaměstnance a pochopení jeho profesionální role, (c) fungování týmu.	C	PA, RV, RZ
	Maximum	75	
	Minimum	55	
	Nezbytné : A* = 5	15	

POZNÁMKY

1. Zde, stejně jako v případě vnější supervize (oddíl 6.13) znamená „rovný přístup“ rovnost příležitostí pro všechny pracovníky, bez diskriminace nebo naopak zvýhodňování některých kategorií či profesí.
2. Např. předpisy lékařské komory nebo předpisy MZ pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků a předpisy MPSV pro další vzdělávání pracovníků v sociálních službách.

7.	DOSTUPNOST, VNĚJŠÍ VZTAHY Poskytované služby jsou dostupné v místě a čase. Mají jasně definované místo v systému služeb. Poskytovatel informuje srozumitelně a přiměřenou formou o sobě a své činnosti zejména potenciální klientelu, odbornou i laickou veřejnost a veřejnou správu.	<u>BODOVACÍ</u> <u>STUPNICE</u>	<u>ZDROJE</u>
7.1	Určené místo a denní doba, během níž je služba poskytována, odpovídají cílům a charakteru služby a potřebám cílové skupiny.	C*	
7.2	Poskytovaná služba je na uváděné adrese přiměřeně dostupná místně (v závislosti na charakteru služby např. veřejnou dopravou, pěšky) pro klientelu ze spádové oblasti.	C	
7.3	Zařízení je dostupné časově a dodržuje stanovenou a uváděnou provozní dobu pro uživatele.	C	
7.4	Poskytované služby mají jasně definovaný cíl, poslání a úlohu v komplexním systému péče na místní, regionální, případně nadregionální úrovni.	C	POP, RV
7.5	Zařízení dbá o součinnost v systému služeb a vnější koordinaci, spolupracuje s veřejnou správou a místním společenstvím.	B	POP, RV
7.6	Poskytovatel má zpracovaný soubor srozumitelných informací o své službě, který je dostupný veřejnosti a to v přiměřené formě (písemná podoba, audio nebo video záznam, webové stránky atd.).	A*	
7.7	Veřejně přístupný soubor informací obsahuje minimálně následující informace: právní forma, IČO, statutární zástupce a zodpovědný pracovník, adresa sídla poskytovatele a místo poskytování služby, poslání, cíle služby a způsoby jejich dosahování včetně deklarovaných postojů k ochraně práv uživatelů, cílová skupina, kritéria poskytování služby a kapacita zařízení, cena služby pro uživatele.	C	
7.8	Poskytovatel vydává a zveřejňuje výroční zprávu o své činnosti (Poznámka 1).	A	
7.9	Zveřejňované informace odpovídají skutečnosti a jsou aktualizovány.	A*	
7.10	Organizace má vypracovanou a uplatňovanou informační strategii, jejímž prostřednictvím je schopna oslovit stanovené skupiny lidí.	C	
	Maximum	50	
	Minimum	40	
	Nezbytné : A* = 5 , C* = min.4	14	

POZNÁMKY

1. V souladu se zavedenou a obecně přijímanou praxí pokládáme výroční zprávy za neodmyslitelnou součást seriózního přístupu organizace a za důkaz její veřejné odpovědnosti v případě, kdy se jedná o služby pro veřejnost na základě veřejných finančních prostředků. Výroční zpráva by měla být zveřejněna do 30.6. následujícího roku. Viz též standard A9 – Finance a poznámka č. 4 k němu.

8.	ORGANIZAČNÍ ASPEKTY Zařízení je kvalifikovaně řízeno a disponuje příslušnými mechanismy, nástroji a vnitřními předpisy potřebnými pro kvalitní a efektivní provoz a rozvoj.	<u>BODOVACÍ</u> <u>STUPNICE</u>	<u>ZDROJE</u>
8.1	Zařízení je řízeno odborníkem/manažerem s potřebnou kvalifikací, který nese odpovědnost za kvalitu a efektivitu poskytovaných služeb.	A*	POP, PA
8.2	Pro zabezpečení pružného rozvoje poskytovaných služeb má zařízení vytvořené příslušné vnitřní mechanismy a nástroje (např. provozní porady, porady a konsultace o pacientech/klientech, plány rozvoje a systematického zvyšování kvality a efektivity péče, plány vzdělávání apod.)	C	POP, RV
8.3	Zařízení má jasně definovaná vnitřní pravidla poskytování odborných služeb včetně kritérií pro ukončení programu, pokud pacient/klient závažným způsobem tato pravidla poruší. Je povinno s těmito pravidly pacienty/klienty srozumitelně seznámit.	A*	POP, RV, RP/K
8.4	Zařízení má vypracovanou koncepci, organizační a provozní řád a manuály (písemně definované postupy) pro hlavní odborné činnosti (Poznámka 2).	C	POP
8.5	Zařízení má jednoznačně písemně definované postupy v následujících oblastech:	A*	POP, RV, RZ, PA
	a) Monitorování HIV a hepatitid	A	
	b) Supervize	A	
	c) Mlčenlivost (Poznámka 3)	A	
	d) Vyloučení alkoholu a drog z pracoviště	A	
	e) Výběr a odměňování pracovníků	A	
	f) Výcvik a další vzdělávání pracovníků	A	
	g) Přístup k dokumentaci	A	
	h) Práce dobrovolníků (včetně stážistů) a civilní služby	A	
	i) Práce s médii	A	
	j) Etický kodex (Poznámka 4)	A	
	k) Právní odpovědnost	A	
	l) Spolupráce s policií	A	
	m) Spolupráce se sociálními kurátory, probačními úředníky atd.	A	
	n) Řešení stížností a disciplinární opatření	A	
	o) "Minimální bezpečí" pacientů/klientů a personálu, management rizikových situací (Poznámka 5)	A	
	p) Doporučování a předávání pacientů/klientů do jiných zařízení	A	
	q) Sledování spokojenosti pacientů/klientů a jejich zapojení do dalšího rozvoje služeb	A	
	r) Průběžné monitorování činnosti, supervize, fungování odborných garantů (Poznámka 6).	A	
	s) Úklid, dezinfekce a prevence infekčních onemocnění podle požadavků hygienické služby (Poznámka 7).	A	
8.6	Je-li prováděna práce v terénu nebo mimo vlastní pracoviště, jsou jasně definovaná pravidla	A*	POP, RV, RZ, PA

	v následujících oblastech:		
	a) Práce na potenciálně nebezpečných místech	A	
	b) Práce o samotě	A	
	c) Práce v neznámém prostředí	A	
	d) Práce v klubech, restauračních zařízeních, na otevřené drogové scéně	A	
	e) Práce v bytech a uzavřených komunitách	A	
	f) Návštěvy v soukromí, v rodině, v nemocnici, ve vězení apod. (Poznámka 9).	A	
	g) Mechanismus doporučení do léčebných zařízení, způsob vedení dokumentace	A	
	h) Identifikace pracovníka	A	
8.7	Zařízení má stanoveno, jaké údaje potřebuje pro bezpečné a kvalitní poskytování odborné péče. Vedená dokumentace je ve stanoveném rozsahu a je přehledná. Jsou vytvořeny podmínky, které umožňují dodržovat platné právní normy a interní předpisy týkající se shromažďování a ochrany osobních údajů.	C*	
	8.7.1 Jsou stanovena pravidla pro shromažďování a zabezpečení osobních údajů (jaká, za jakým účelem, v jakém rozsahu, kdo má k údajům přístup atd.) Shromažďované údaje odpovídají poskytované odborné péči.	C	
	8.7.2 Je definován postup pro sběr, hodnocení a předávání statistických údajů (Poznámka 8).	C	
	Maximum	180	
	Minimum	150	
	Nezbytné : A*= 5, C*=4 (24 bodů), minimálně 65 bodů souhrnně v 8.5., u pracoviště s terénními službami minimálně 30 bodů souhrnně v 8.6	119	
	U pracoviště bez terénních služeb se v položce 8.6 hodnotí pouze body f-h), pokud činnost v bodu f) existuje, jinak se za každý nehodnocený bod připočítává 5 bodů		

1. V nestátních organizacích se pro soubor těchto dokumentů používá název „operační manuál“.
2. Mlčenlivost u zdravotnických pracovníků a ve zdravotnických zařízeních vyplývá z příslušných ustanovení zákona č. 20/1966 Sb., o zdraví lidu, v platném znění (§ 55). Pro nezdravotnické pracovníky a nezdravotnická zařízení ji lze odvodit ze zákona č. 256/1992 Sb., o ochraně osobních údajů v informačních systémech. Doporučuje se režim tohoto zákona respektovat a povinnost mlčenlivosti ještě zvlášť zakotvit v pracovní smlouvě.
3. Etický kodex může zařízení vypracovat na základě obecných etických kodexů terapeutických komunit, odborných společností, stavovských organizací apod.
4. Zdravotnická zařízení vyplňují statistická hlášení pro ÚZIS. Další úkoly vyplývají z požadavků Centrálního pracoviště drogové epidemiologie MZ ČR a Národního monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti. - Smyslem standardů je nejen registrovat plnění těchto úkolů ve veřejném zájmu, ale podnítit pracoviště k vlastním rozborům uvedených a případně dalších statistických údajů v rámci hodnocení vlastní práce. Některé důležité ukazatele jsou uváděny v poznámkách k „hodnocení efektivity“ za každým standardem ve speciální části B.

5. Požadavky "minimálního bezpečí" zahrnují (kromě nezbytných požadavků provozní bezpečnosti a požární ochrany) zejména definovaný postup při náhlých zdravotních příhodách, výskytu infekčních chorob, sebevražedných tendencích či pokusech, intoxikaci návykovou látkou, vnesení návykové látky do zařízení, násilí vůči osobám a majetku, krádežích apod. Viz též standard č.
6. *Fungování odborných garantů: odborná garance patří ke standardním požadavkům při předkládání projektů ve stávajícím dotačním systému. Má pomáhat při zajištění odborné úrovně pracoviště zejména tam, kde zatím chybí dostatečné zkušenosti nebo kvalifikace. Odborným garantem může být buď kvalifikovaný pracovník téže organizace, ale z jiného pracoviště, nebo uznávaný vnější odborník. Garantem může pochopitelně být, a stále častěji bývá, i vedoucí organizace nebo daného pracoviště, je-li dostatečnou odbornou autoritou. Řešení je vnitřní záležitostí organizace. Odborný garant se zaměřuje především na dosažení a udržení standardů péče a správné léčebné praxe, metodické aspekty a organizační aspekty (např. struktura a funkce zařízení, základní strategie, organizační záměry atd.). Jeho funkce by neměla být pouze formální. Nevylučuje se, je-li externí odborník zároveň garantem a vnějším supervizorem. – V budoucnosti se předpokládá místo garanta fungování odborných zástupců pro ty oblasti činnosti, kde není pracovník s požadovanou kvalifikací (např. zdravotní péče, sociální práce, psychoterapie).*
7. Požadavky hygienické sužby na úklid, dezinfekci a prevenci infekčních onemocnění musí být zakotveny v provozním řádu.
8. Oddíl 4.10 se týká převážně terénních programů. Písm. f),g),h) jsou však směrodatná i pro jiná zařízení, která mají návštěvní službu v náplni své činnosti.

9.	FINANCE Organizace má představu o zdrojích na pokrytí předpokládaných výdajů na zajištění poskytovaných služeb a je schopna to prokazatelně doložit. Vedení organizace vytváří podmínky pro to, aby hospodaření odpovídalo platným normám.	<u>BODOVACÍ</u> <u>STUPNICE</u>	<u>ZDROJE</u>
9.1	Hospodaření s finančními prostředky se řídí obecně závaznými předpisy včetně vedení jasného a průhledného účetnictví (Poznámka 1). Organizace má zavedený systém, který umožňuje naplňování obecně závazných předpisů i interních směrnic.	A*	POP, RV
9.2	Je stanoven rozpočet programu/zařízení na příslušný kalendářní rok a odpovědnost za jeho kontrolu.	A*	POP, RV
9.3	Rozpočet obsahuje zejména plánované výdaje a příjmy, je definován v závazných položkách a odpovídá obsahu a rozsahu poskytovaných služeb (Poznámka 2).	B	POP, RV
9.4	V rozpočtu je vyčleněna položka na řízení a administrativní zajištění činnosti organizace.	A	POP
9.5	V rozpočtu je vyčleněna položka na další vzdělávání pracovníků a na vnější supervizi (Poznámka 3).	A	POP, RV
9.6	O hospodaření a výsledcích poskytovaných služeb je zpracována výroční nebo závěrečná zpráva. (Poznámka 4).	A	POP
9.7	Organizace stanoví a dodržuje pravidla pro přijímání darů.	A	POP
9.8	Organizace stanoví a dodržuje pravidla pro zacházení s depozity a vede v tom směru příslušnou dokumentaci.	A	POP, RP/K
	Maximum	40	
	Minimum	30	
	Nezbytné : A* = 5	10	

1. Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, a opatření MF ČR uveřejňovaná ve sbírce zákonů.
2. Certifikace není totožná s finanční kontrolou a nemůže ji suplovat. Místní auditorské týmy nebudou mít oprávnění vstupovat do účetnictví. Tento a další body se posuzují podle předložených dokumentů, k nimž patří:
 - a) pracovní nebo obdobná smlouva nebo smlouva o dílo s účetním,
 - b) časově poslední daňové přiznání a potvrzení finančního řádu, že nemá vůči organizaci finanční pohledávky,
 - c) zpráva kontrolního orgánu nebo účetní audit,
 - d) výroční zpráva nebo závěrečná zpráva
 - e) rozpočet projektu v žádosti o dotaci.
3. Případné obtíže státních organizací s doslovným naplněním této položky nemohou být důvodem k tomu, aby další vzdělávání pracovníků nebylo (i finančně) podporováno a aby vnější supervize neexistovala.
4. Výroční (závěrečná) zpráva z hlediska hospodaření obsahuje minimálně: roční účetní uzávěrku a zhodnocení základních údajů v ní obsažených, výrok auditora k roční uzávěrce, pokud byla auditorem ověřována, přehled o peněžních příjmech a výdajích, přehled rozsahu příjmů (výnosů), členění podle zdrojů, úplný objem výdajů (nákladů), členění na poskytování služeb a na vlastní činnost (správu organizace), stav a pohyb majetku a závazků organizace.

10.	PROSTŘEDÍ A MATERIÁLNĚ – TECHNICKÉ ZÁZEMÍ Prostředí a materiálně – technické zázemí odpovídá kapacitě i charakteru poskytované odborné péče a potřebám pacientů/klientů. Organizace současně dbá na to, aby byly plněny všechny platné obecně závazné normy.	<u>BODOVACÍ</u> <u>STUPNICE</u>	<u>ZDROJE</u>
10.1	Organizace má přehled obecně závazných norem, které musí splňovat, a vytváří takové podmínky, aby byly vyjmenované normy plněny.	C	POP, RV
10.2	Tam, kde nestačí platné obecně závazné právní předpisy, má organizace stanovena a uplatňována pravidla zabezpečení a užívání materiálně – technického zázemí v písemné podobě. Organizace současně zajistí, aby s nimi byli patřičným způsobem seznámeni uživatelé, personál, případně veřejnost.	C	POP
10.3	Prostředí a materiálně – technické zázemí pro poskytování služby odpovídá kapacitě a charakteru služby a potřebám pacientů/klientů, jejich rodin či blízkých osob.	C*	VP
10.4	Budovy, respektive prostory, kde je služba poskytována, splňují hygienické požadavky (Poznámka 1), jsou čisté, upravené, bez biologických či chemických zápachů.	C	VP
10.5	Prostředí, ve kterém probíhá odborná péče, je vytvářeno a udržováno s cílem chránit zdraví, bezpečí a spokojenost pacienta/klienta i personálu.	C	VP
10.6	V případě ústavní/rezidenční péče je vytvořeno prostředí zabezpečující pro pacienty/klienty alespoň minimální soukromí.	C	VP
10.7	Odborná zařízení provádějící speciální úkony (např. výměnné programy jehel a stříkaček) mají pro takový účel vytvořeny příslušné podmínky v souladu s hygienickými a dalšími předpisy (Poznámka 2)	B*	VP

10.8	Místnosti, kde se provádí odborná péče, jsou vybaveny podle příslušných předpisů a náležitě udržovány (Poznámka 3)	C*	VP
10.9	Zařízení postupuje citlivě vůči životnímu prostředí.	C	POP, RZ, RP/K, VP
	Maximum	45	
	Minimum	30	
	Nezbytné : B*, C*= min.4	12	

- Požadavky hygienické služby na úklid, dezinfekci a prevenci infekčních onemocnění musí být zakotveny v provozním řádu. Viz též standard .
- Zákon č. 125/1997 Sb., o odpadech a vyhláška č. 338/1997 Sb., o podrobnostech nakládání s odpady.
- Příslušnými předpisy se rozumí vyhlášky MZ č. 207/1992 Sb., o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení.

11.	MINIMÁLNÍ BEZPEČÍ Zařízení má písemně zpracované a uplatňované postupy a kompetence pro zajištění „minimálního bezpečí“ (viz pozn.1), tj. pro řešení havarijních a nouzových situací a mimořádných událostí, se kterými jsou seznámeni pracovníci i pacienti/klienti.	<u>BODOVACÍ</u> <u>STUPNICE</u>	<u>ZDROJE</u>
11.1	Havarijní a nouzové situace a mimořádné události, stejně jako způsoby jejich řešení, jsou jasně definovány.	C	POP, RV
11.2	Pacienti/klienti i pracovníci jsou přiměřeně a srozumitelně seznámeni s postupem při havarijních a nouzových situacích a mimořádných událostech.	C*	RZ, RP/K
11.3	O průběhu a řešení nouzových a havarijních situací a mimořádných událostí je vedena přiměřená dokumentace.	C	POP, RV
	Maximum	15	
	Minimum	10	
	Nezbytné : C*= min. 4	4	

Požadavky „minimálního bezpečí“ zahrnují (kromě nezbytných požadavků provozní bezpečnosti a požární ochrany) zejména definovaný postup při náhlých zdravotních příhodách, výskytu infekčních chorob, sebevražedných tendencích či pokusech, intoxikaci návykovou látkou, vnesení návykové látky do zařízení, násilí vůči osobám a majetku, krádežích apod. Viz též standard

12.	HODNOCENÍ KVALITY A EFEKTIVITY SLUŽEB Organizace dbá na to, aby služby, které poskytuje, byly poskytovány efektivně a kvalitně a měly tendenci se dále zkvalitňovat. Do hodnocení kvality a jejího zvyšování zapojuje uživatele služeb i vlastní pracovníky.	<u>BODOVACÍ</u> <u>STUPNICE</u>	<u>ZDROJE</u>
12.1	Zařízení kontroluje a hodnotí, zda naplňování poslání a cílů a způsoby jejich dosahování jsou v souladu s deklaracemi, a z případného nesouladu či rozporu vyvozuje potřebná opatření.	C*	POP, RV
12.2	Zařízení má zavedený systém trvalého sledování, udržování a rozvoje kvality poskytovaných služeb (Continual Quality Management).	C	POP, RV

12.3	Zařízení má pravidla pro zjišťování spokojenosti uživatelů se službami, prostředím, kde jsou poskytovány, atd. a zpětnou vazbu zapracovává do plánů na zlepšení služby.	C	POP, RV
12.4	Souborné hodnocení efektivity se provádí periodicky, minimálně 1x ročně (Poznámka 1).	A	POP
12.5	Do hodnocení kvality a efektivity se zapojují pracovníci na všech úrovních.	B	RZ
12.6	Z hodnocení kvality a efektivity poskytované péče jsou vyvozována příslušná opatření.	C	POP, RV, RZ
	Maximum	30	
	Minimum	20	
	Nezbytné : C*= min. 4	4	

V tomto bodě je míněna sumarizace hodnocení průběhu a dílčích výsledků odborné péče u konkrétních pacientů/klientů. Jak často má toto individuální hodnocení probíhat, závisí na typu, délce a obsahu zvoleného programu. Doporučená kritéria jsou obsažena ve standardech speciální části (část B).

HODNOTÍCÍ TABULKA

A. OBECNÁ ČÁST				
	Název	MAXIMUM	MINIMUM	NEZBYTNÉ
1	Přístupnost odborných služeb	30	25	15
2	Práva pacientů/klientů	90	70	23
3	Příjem a úvodní zhodnocení	100	75	28
4	Spektrum služeb a zásady jejich poskytování	90	70	17
5	Personální práce	70	50	29
6	Odborné vedení a rozvoj pracovníků a týmů	75	50	15
7	Dostupnost, vnější vztahy	50	40	14
8	Organizační aspekty	180	150	119
9	Finance	40	30	10
10	Prostředí a materiálně-technické zázemí	45	30	12
11	Minimální bezpečí	15	10	4
12	Hodnocení kvality a efektivity služeb	30	20	4
	Celkem část A	815	620	290

Příloha č. 7 Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách (Standardy služeb pro uživatele drog) – speciální část (terénní programy)

B. SPECIÁLNÍ ČÁST

2. TERÉNNÍ PROGRAMY				
Služby prvního kontaktu v terénu včetně komplexního programu „harm reduction“ s cílem ovlivnit motivaci pacienta/klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání příslušných odborných zařízení				
			Bodovací stupnice	Zdroje
2.1	Program se provádí jako součást komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, jako součást činnosti nízkoprahového kontaktního centra, případně funguje samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Není nutný statut zdravotnického zařízení.		A	POP, RV
2.2	Personální zabezpečení			
	2.2.1	Řízení: program je řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem, se zkušenostmi v oblasti primární, sekundární a terciární prevence drogových závislostí (Poznámka 1).	C	PA
	2.2.2	Terénní pracovníci: odborní pracovníci, bývalí uživatelé drog, dobrovolní a externí pracovníci, motivovaní vlastním přesvědčením a posláním terénní práce, mající schopnost přirozené a autentické komunikace s uživateli drog na otevřené drogové scéně, s vhodnou osobnostní strukturou, otevřeností a komunikačními dovednostmi.	C	PA, RZ, VP
	2.2.3	Odborní terénní pracovníci: věk minimálně 21 let, SŠ vzdělání a zkušenosti v oblasti zdravotnické, sociální, speciálně pedagogické apod.	C	PA, RZ
	2.2.4	Terénní pracovníci – ex-useři: věk minimálně 21 let, další kritéria podle pravidel organizace pro zaměstnávání bývalých uživatelů (Poznámka 2).	C	POP, PA, RZ
	2.2.5	Dobrovolní a externí terénní pracovníci: nejsou v zaměstnaneckém poměru k organizaci, spolupráce s nimi se řídí vnitřními pravidly organizace (Poznámka 3).	A	POP, PA, RZ
2.3	Cílová populace: program je zaměřen na uživatele drog, kteří nejsou v kontaktu se zdravotními a sociálními zařízeními, na uživatele drog s rizikem získání infekce HIV a hepatitid, na nezletilé a mladistvé uživatele drog, prostituující uživatele drog, bezdomovce, etnické menšiny a další populaci se zvýšeným rizikem.		C	POP, ODP/K, RV, RZ, VP
2.4	Formy terénní práce (minimálně jedna z uvedených)		A*	POP, DP, RV, RZ, VP
	2.4.1	Práce na otevřené drogové scéně – např. na ulici, v klubech, restauračních zařízeních, diskotékách a jiných veřejných akcích.		
	2.4.2	Práce na uzavřené drogové scéně – v drogových bytech a na uzavřených akcích.		

	2.4.3	Detašovaná terénní práce – práce v jiných organizacích (např. ve věznicích, azylových domech atd.).		
2.5	Obsah terénní práce (všechny činnosti)			POP, DP, RV, RZ, VP
	2.5.1	Poskytování aktuálních informací o dostupných poradenských, léčebných a jiných odborných programech, o výměnných programech sterilního injekčního náčiní, programech HIV testování, očkování proti hepatitidě, programech právní a sociální asistence.	C	
	2.5.2	Doporučování do příslušných zdravotnických a sociálních zařízení, nízkoprahových kontaktních center nebo k jiným poskytovatelům odborných služeb.	C	
	2.5.3	Poskytování informací o rizicích spojených s užíváním drog, distribuce metodických materiálů (např. průvodce bezpečným sexem, méně rizikovým užíváním drog atd.).	C	
	2.5.4	Výměna sterilního injekčního náčiní, distribuce desinfekčních a dalších pomocných prostředků, zdravotnického materiálu, kondomů atd. (Poznámka 4)	C	
	2.5.5	Asistence při řešení sociálních a zdravotních problémů doprovázená motivačním tréninkem s cílem změnit rizikové chování klienta a motivovat jej k léčbě.	C	
	2.5.6	Vytváření důvěry klientů v možnosti odborné pomoci, vytváření vztahů a vazeb s okolními zařízeními s cílem napomáhat resocializaci uživatelů drog.	C	RP/K
	2.5.7	Poskytování krizové a situační intervence.	C	
2.6	Pravidla terénní práce jsou vypracována v písemné podobě pro zaměstnance i pro dobrovolné a externí spolupracovníky.		A*	POP, DP
	2.6.1	Pravidla pro zaměstnance jsou závazná pro každého zaměstnance i stážistu. Definují:		
		a) Postupy aplikace praktických dovedností, týkající se bezpečnějšího užívání, snižování rizik a bezpečného sexu	A	
		b) Postup v případě, že se pracovník při práci v terénu setká s násilím – způsob evidence, hlášení	A	
		c) Postupy při práci na potenciálně nebezpečných místech a v neznámém prostředí	A	
		d) Postup v případě kontaktu s distributory drog	A	
		e) Postup při kontaktu s policií	A	
		f) Užívání alkoholu a jiných drog v průběhu terénní práce	A	
		g) Vedení dokumentace o jednotlivých kontaktech a případech	A	
		h) Míru blízkosti a mezní hranice kontaktu s klienty (např. zákaz sexuálních styků, poskytování finančních prostředků klientům apod.).	A	

	2.6.2	Pravidla pro dobrovolné a externí spolupracovníky přiměřeně definují pro ně potřebné postupy.	A	
2.7		Pracovník je vybaven identifikačním průkazem, který je evidován na příslušném oddělení policie.	A	RZ, VP
2.8		Práci na potenciálně nebezpečných místech a v neznámém prostředí vykonávají vždy dva pracovníci, nikdy tato práce není vykonávána jedním pracovníkem.	A	POP, DP, RZ
2.9		Každý pracovník je očkovan nebo závazně poučen o nutnosti očkování proti hepatitidě A,B a projde školením, jak zacházet s potenciálně infekčním materiálem (použité jehly a stříkačky) s maximálním ohledem na ochranu vlastního zdraví a podle předpisů o nakládání s nebezpečným odpadem. Totéž se týká dobrovolných a externích spolupracovníků.	A	PA, RZ
2.10		Hodnocení efektivity: v pravidelných intervalech, minimálně 1x ročně (Poznámka 5).	C	POP, DP
		Maximum	140	
		Minimum	100	
		Nezbytné (*) : A*=5	10	

POZNÁMKY

- Doporučuje se, aby vedoucí programu měl vyšší odborné, bakalářské nebo úplné VŠ vzdělání humanitního či společenského směru.*
- Podle části A (Obecná část), oddíl 7.2, má mít organizace jasně definovaná pravidla pro zaměstnávání pracovníků s předchozími nebo současnými problémy s drogami a alkoholem. Pro zaměstnávání osob, které dříve byly závislé na drogách včetně alkoholu se doporučuje: (a) věk minimálně 21 let, (b) dokončená léčba, (c) abstinence minimálně 2 roky po ukončení léčby, (d) jiné zaměstnání či úspěšná pracovní zkušenost během dvouletého období abstinence, (e) nepřijímat do zaměstnání v zařízení, kde se pracovník předtím léčil, (f) jasně definované postavení v týmu a vůči klientům, (g) zahájení SŠ studia do 1 roku po nástupu do pracovního poměru, pokud pracovník nemá ukončené SŠ vzdělání.*
- Podle části A (Obecná část), oddíl 4.9 h) a 7.2 má mít organizace jasně definovaná pravidla i pro spolupráci s dobrovolníky a externisty. Terénní programy mohou spolupracovat např. i s aktuálními uživateli, kteří mají přístup na uzavřenou drogovou scénu (tzv. indigenní terénní pracovníci). Doporučuje se, aby to byly osoby starší než 18 let, klíčové ve své referenční skupině, stabilizované. Využívat k této činnosti klienty v ambulantní léčbě nebo klienty udržovacího metadonového programu není vhodné. Indigentním terénním pracovníkům má organizace zajistit přiměřenou metodiku, výcvik a systematické odborné vedení.*
- Nezbytně se distribuují alkoholové dezinfekční tampony, sterilní voda do injekcí, kyselina askorbová, aluminiové folie, bavlněné filtry a základní zdravotnický materiál (obinadla, náplasti, heparoid).*
- Pro kvantitativní hodnocení efektivity je relevantní: (a) počet a struktura kontaktů, (b) odezva, (c) návratnost injekčního náčiní, (d) počet realizovaných doporučení do zařízení, např. do nízkoprahových kontaktních center. Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případová práce na poradách a při supervizi.*

Etický kodex České asociace streetwork sdružující nízkoprahové sociální služby

Etický kodex pro nízkoprahové sociální služby (terénní programy, kontaktní centra a nízkoprahová zařízení pro děti a mládež) vychází z etického kodexu sociálních pracovníků, se zaměřením na sociální pracovníky KC, NZDM a pracovníky terénních programů (dále jen sociální pracovník).

Jedná se o obecný dokument, který je závazným pro všechny individuální a skupinové členy ČAS.

1. Etické zásady obecně

- 1.1 Nízkoprahové sociální služby jsou založeny na hodnotách demokracie a lidských práv, které jsou vyjádřeny v Listině základních práv a svobod. Dále se řídí zákony České republiky .
- 1.2 Sociální pracovník ctí jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, mateřský jazyk, věk, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.
- 1.3 Mezi základní hodnoty řadíme práva jedinců na soukromí, důvěrnost, sebeurčení a autonomii. Tyto principy se uplatňují v profesním přístupu pracovníků.
- 1.4 Právo každého jedince na seberealizaci v rámci programu je nezpochybnitelné, pokud nedochází k omezení takového práva u druhých osob.
- 1.5 Zařízení usiluje o vysokou odbornou úroveň, přičemž poskytuje pouze takové služby, které naplňují standardy vztahující se k nízkoprahovým sociálním službám.
- 1.6 Nezbytnou podmínkou etického přístupu je dobrá vůle pomáhat na základě znalostí, dovedností a zkušeností jednotlivcům, skupinám a komunitám při jejich rozvoji a při řešení konfliktů se společností.
- 1.7 Profesní odpovědnost (v rámci pracovně právního vztahu) má prioritu před osobními zájmy.

2. Etické zásady ve vztahu ke klientům

- 2.1 Pracovník respektuje uživatele služeb jako partnera se všemi právy a povinnostmi, včetně zodpovědnosti za svůj život.
- 2.2 Pracovník jedná tak, aby nebyla poškozována důstojnost a lidská práva uživatelů služeb.
- 2.3 Pracovník přistupuje se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace ke všem uživatelům služeb.
- 2.4 Pracovník shromažďuje pouze informace nezbytně nutné pro poskytování služeb

Chrání klientova práva na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které se vztahují k uživatelům služeb.

2.5 Pracovník předchází závislosti uživatele na službě.

3. Etické zásady ve vztahu k zaměstnavateli

3.1 Pracovník plní odpovědně povinnosti vyplývající ze závazků k svému zaměstnavateli.

3.2 Pracovník se podílí na vytváření prostředí, které umožňuje naplňování zásad tohoto kodexu.

3.3 Pracovník se podílí na ovlivňování pracovních postupů s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb.

4. Etické zásady koležiality

4.1 Pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytované služby.

4.2 Pracovník respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborníků. Přípomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě a vhodným způsobem.

5. Etické zásady odbornosti a povolání

5.1 Pracovník dbá na udržování a zvyšování profesní prestiže. Upozorňuje vhodným způsobem na prokazatelně nekvalitní a neodborné poskytování služeb.

5.2 Pracovník se usiluje o zvyšování odborné úrovně své práce a celoživotní prohlubování kvalifikace.

5.3 Pracovník si je vědom profesních hranic.

6. Řešení etických otázek

6.1 Pracovník reflektuje etické otázky spojené s výkonem profese. Usiluje o jejich řešení za využití standardních prostředků. Závažné etické otázky postupuje k řešení v rámci externí supervize. Každý člen týmu má mít možnost diskutovat a analyzovat tyto problémy ve spolupráci se všemi stranami, kterých se problém týká.

Tato verze etického kodexu byla zpracována v průběhu roku 2005.

Abstrakt

FURIŠOVÁ, Z. *Terénní sociální práce s uživateli drog*. České Budějovice 2008. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce I. Bublíková.

Klíčové pojmy: nízkoprahové programy, kontaktní centrum, zakázka, závislost, motivace, drogová scéna, drogová politika, uživatel – klient, asistenční služba, sociální fungování, sociální prevence, ex-user

Práce se zabývá terénní sociální prací s uživateli drog. Teoretická část definuje streetwork, jeho cílovou skupinu, historii, metody a přístupy k drogové závislosti. Dále se zabývá předpisy pro výkon terénní sociální práce, a to jak legislativními, tak vnitřními směrniciemi a etickým kodexem. V návaznosti na současnou legislativu se zabývá důsledky zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a politikou kvality v drogových službách. Vnitřní směrnice jsou uvedeny na příkladu Kontaktního centra Prachatice.

Praktická část je s teoretickou provázána a doplňuje jak postřehy a zkušenosti z praxe, tak poznatky sondy provedené mezi pracovníky v drogových službách.

Abstract

Title: Social field work for drug users

Key words: low threshold programmes, contact centre, commission, addiction, motivation, drug scene, drug policy, user – client, assistance service, social functioning, social prevention, ex-user

The thesis deals with social fieldwork for drug users. The theoretical part defines the streetwork, its target group, history, methods and approaches to drug addiction. Furthermore, it inquires into the regulations for the execution of social fieldwork, including both the legislation and the internal guidelines and ethical codex. With reference to the current legislation, it deals with the effects of Act No. 108/2006 Coll., on social services, and with the quality policy in drug services. Internal guidelines are illustrated using an example of the Prachatice Contact Centre.

The practical part is linked to the theoretical part and gives both field observations and experiences and the findings of a survey carried out among drug services workers.