

Univerzita Karlova v Praze  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

Diplomová práce

Adéla Jiříková

**NÍZKOPRAHOVÉ ADIKTOLOGICKÉ SLUŽBY NA  
MALÝCH MĚSTECH**

**DROP IN ADDICTOLOGY SERVICES IN TOWNS**

Praha 2014

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 4. dubna 2014

---

Adéla Jiřková

Děkuji doc. PaedDr. Evě Šotolové, Ph.D. za odborné vedení práce. Dále děkuji pracovníkům o. s. Prevent za pomoc při sběru materiálu pro tuto diplomovou práci, zvláště pak Bc. Martinu Zajíčkovi za jeho podnětné nápady a připomínky. V neposlední řadě děkuji svému manželovi za podporu a trpělivost.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá specifiky nízkoprahových adiktologických služeb na malém městě. V úvodu práce autorka přibližuje, jaké nízkoprahové adiktologické služby existují a jaké činnosti vykonávají. Práce přináší stručný vhled do základních principů těchto služeb a jejich uplatňování v České republice.

Jádro diplomové práce tvoří průzkum, který byl proveden mezi pracovníky o. s. Prevent, kteří pracují v nízkoprahových adiktologických službách na malých městech. Při průzkumu byla využita metoda semistrukturovaného narativního rozhovoru. Cílem šetření bylo zjistit, jak vnímají specifika své práce na malých městech samotní pracovníci. Záměrem bylo dále srovnání práce na malých městech a práce ve městech velkých.

Zjištěné výsledky mají poukázat na úskalí a výzvy práce na malých městech, dále mají ilustrovat nastavení služeb v těchto lokalitách a nastínit další možnosti do budoucna očima pracovníků. Závěry, ke kterým autorka práce dospěla, mohou napomoci pracovníkům v podobných službách k lepší orientaci v situacích, se kterými se setkávají. Práce může rovněž sloužit zřizovatelům nízkoprahových adiktologických zařízení ke změně nastavení služeb a k efektivnější podpoře pracovníků.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

uživatelé drog, nízkoprahové adiktologické služby, kontaktní centra, terénní programy, malá města, Harm Reduction, kontaktní pracovník, narativní interview

## **ABSTRACT**

The thesis deals with the specific characteristics of drop-in addictology services in a small town. In the introduction, the author describes the drop-in addictology services existing and their activities. The thesis provides a brief insight into the basic principles of such services and their application in the Czech Republic.

The core of the thesis consists of the research carried out among the employees of the civic association o. s. Prevent who work in drop-in addictology services in small towns. Within such research, the method of semi-structured narrative interview was applied. The objective of such research was to identify the specifics of their work in small towns as perceived by the employees proper. The intention was to compare the work carried out in small towns to the work as conducted in larger ones.

The results identified are meant to point out the issues and challenges of working in small towns, to illustrate the setup of services in these locations, and to outline other possibilities for the future through the employees' eyes. The author's conclusions may support the employees in similar services to gain better orientation in the situation that they experience. The thesis may also constitute the basis for the founders of drop-in addictology facilities to change the setup of their services and to support their employees more efficiently.

## **KEY WORDS**

Drug users, drop-in addictology services, contact centers, outreach programs, small towns, harm reduction, contact worker, narrative interview.

# Obsah

Úvod.....	8
1. Nízkoprahové adiktologické služby.....	9
1.1 Vymezení pojmu.....	9
1.2 Principy.....	10
1.2.1 Public Health.....	10
1.2.2 Harm Reduction.....	11
1.3 Služby poskytované v České republice.....	12
1.4 Další možnosti HR intervence.....	14
1.5 Shrnutí.....	15
2. Terénní programy.....	17
2.1 Vymezení služby.....	17
2.2 Cílová skupina.....	17
2.3 Služby, specifika a metody terénní práce.....	18
2.4 Externí terénní pracovníci.....	19
2.5 Shrnutí.....	19
3. Kontaktní centra.....	20
3.1 Vymezení služby.....	20
3.2 Cílová skupina.....	20
3.3 Poskytované služby.....	21
3.4 Pracovníci kontaktních center.....	25
3.5 Shrnutí.....	25
4. Specifika poskytování adiktologických služeb na malých městech.....	26
4.1 Specifika cílové skupiny na malých městech.....	26
4.2 Specifika poskytovaných služeb na malých městech.....	27
4.3 Pracovníci na malých městech.....	28
4.4 Shrnutí.....	28
6. Specifika práce na malých městech očima pracovníků o. s. Prevent.....	30
6.1 O. s. Prevent.....	30
6.1.1 Principy a zaměření.....	30
6.1.2 Historie.....	30
6.1.3 Programy a další činnost o. s. Prevent.....	31
6.2 Terénní programy.....	33
6.2.1 Jihočeský streetwork Prevent.....	34
6.3 Kontaktní centra o. s. Prevent na malých městech.....	35

6.3.1 Kontaktní centrum Prevent Prachatice .....	35
6.3.2 Kontaktní centrum Prevent Strakonice .....	37
6.4 Východiska průzkumu a výzkumný problém .....	38
6.5 Metody sběru dat .....	38
6.6 Respondenti .....	39
6.7 Průběh sběru dat.....	39
6.8 Metody zpracování dat.....	40
6.9 Závěry .....	40
6.9.1 Specifika maloměstského prostředí .....	40
6.9.2 Cílová skupina a nastavení služeb .....	44
6.9.3 Nedostatek klientů .....	46
6.9.4 Hranice ve vztahu pracovník-klient.....	48
6.9.5 Nastavení pravidel služby.....	50
6.9.6 Specifické nároky .....	51
6.9.7 Reakce veřejnosti .....	51
6.9.8 Představy pracovníků o dalších službách .....	52
6.10 Shrnutí.....	54
Závěr .....	55
Literatura a informační zdroje .....	58

## Úvod

Nízkoprahové adiktologické služby jsou určeny osobám, které jsou ohrožené závislostí na návykových látkách. Princip nízkoprahovosti umožňuje přístup i těm, kteří nevyhledávají institucionální pomoc, a poskytuje jim služby v prostředí pro ně co nejpřirozenějším a bez nutnosti sdělování jakýchkoliv osobních informací. Hlavním cílem nízkoprahových adiktologických služeb je snižování sociálních i zdravotních rizik, které plynou z užívání drog.

Tato diplomová práce se zaměřuje na specifika těchto služeb na malých městech. Malým městem je přitom rozuměno specifické neanonymní maloměstské prostředí. V úvodu práce jsou představeny základní principy nízkoprahových adiktologických služeb, a to Public Health a Harm Reduction. Je zde popsáno uplatňování těchto principů v protidrogové politice České republiky a nastíněny jsou i další možnosti intervence, které fungují v jiných zemích. V následujících kapitolách jsou charakterizovány dvě nízkoprahové adiktologické služby - terénní práce a kontaktní centrum.

Po obecném představení nízkoprahových adiktologických služeb jsou popsána jejich specifika na malých městech tak, jak jsou zpracována v dostupné literatuře. Jsou zde představeny znaky cílové skupiny, dále služby, které jsou zde navíc poskytovány, a nároky, které jsou na pracovníky kladeny.

V poslední části diplomové práce jsou uvedeny a interpretovány výsledky průzkumu, který byl proveden u pěti pracovníků o. s. Prevent, kteří pracují v nízkoprahových adiktologických službách na malých městech. Průzkum byl proveden metodou semistrukturovaného narativního interview. Průzkum si klade za cíl zjistit, jak vnímají specifika své práce samotní pracovníci a v čem vidí odlišnosti od měst velkých. Výsledky průzkumu přináší informace o obtížích, se kterými se pracovníci setkávají, o výhodách, které podle nich práce na malém městě skýtá a o vizích, jakým směrem by se měla z pohledu pracovníků nízkoprahová adiktologická zařízení na malých městech vydat.

# 1. Nízkoprahové adiktologické služby

## 1.1 Vymezení pojmu

Nízký práh dostupnosti služeb znamená, že pro poskytnutí služeb jsou odstraňovány psychologické, sociální i technické bariéry (Herzog, 2009). Podle Klímy (2004) umožňuje odstranění bariér přístup ke službám i osobám, které by je za normálních okolností nevyužily. „*Koncept nízkoprahovosti je z hlediska interakčního a intervenčního sociální analogií k pojmu bariérovosti z hlediska architektonického*“ (Klíma, 2004, s. 376).

Základními rysy nízkoprahovosti jsou podle Herzoga (2009) zaměření na osoby, které nevyhledávají institucionalizovanou pomoc, poskytování služeb v prostředí co nejpřirozenějším pro cílovou skupinu, nepotřebnost sdělování osobních údajů klientů a pragmatičnost cílů. Jako hlavní cíl nízkoprahových služeb uvádí Klíma (2004) snižování bezprostředních zdravotních či sociálních rizik vyplývajících z rizikového chování. Jako další cíle uvádí autor minimalizaci různých interpersonálních konfliktů, stabilizaci nepříznivé sociální situace a zprostředkování kvalifikovaného řešení problémů. „*Nízkoprahové programy jsou také důležitou ‚branou‘ do dalších služeb, a to zejména substitučních programů, ambulantních a rezidenčních léčebných programů, ale také zprostředkování odborné lékařské pomoci (chirurgické, hepatologické, gynekologické atd.) či sociální služby (možnosti ubytování, vyřizování dokladů totožnosti atd.*“ (Janíková, 2008, s. 106).

Klíma (2004) uvádí, že koncept nízkoprahovosti vychází ze zkušenosti, že představa zřizovatelů sociálních služeb a to, co potenciální klienti skutečně chtějí a potřebují, se často velmi různí. Nízkoprahové služby se snaží pracovat s realitou, jaká skutečně je. „*V praxi to znamená, že nízkoprahové služby pracují s klientem tam, kde právě je, v tom stavu, v jakém je, a za podmínky, na nichž se s ním dohodnou podle jeho potřeb*“ (Hrdina, 2003, s. 265). Tomu odpovídají i pravidla, která si nízkoprahové programy stanovují. Ta jsou nastavena tak, aby je bylo schopno dodržet co nejvíce klientů. Podle Herzoga (2009) totiž nelze předpokládat, že nastavení přísných pravidel bude mít za následek „zkulturnění“ klientů – naopak povede k tomu, že potenciální klienti službu vůbec nevyužijí. Pragmatické pojetí nízkoprahových služeb posouvá tyto služby na hranici (či do rozporu) s oficiálně deklarovanou veřejnou zakázkou. Proto je postoj veřejnosti k těmto typům zařízení nepříliš pozitivní.

Adiktologii definuje Kalina (2001) jako „*obor či odbornou disciplínu zabývající se zneužíváním drog, drogovými závislostmi a odbornou pomocí osobám a skupinám, které jsou drogami ohroženy. Může mít čistě medicínský nebo mezioborový charakter*“ (s. 11).

Adiktologické služby jsou tedy služby, které jsou poskytovány osobám, které jsou ohroženy závislostmi, a jejich okolí.

Zákon o sociálních službách hovoří o nízkoprahovosti v kontextu tří sociálních služeb – nízkoprahová denní centra, NZDM a kontaktní centra, z nichž poslední se budeme v této práci zabývat, protože je určena pro osoby ohrožené závislostí na návykových látkách.

## 1.2 Principy

Nízkoprahové adiktologické služby jsou poskytovány v souladu s filozofií protidrogové politiky, jejímž hlavním cílem je ochrana veřejného zdraví (Public Health). S tím souvisí i další účel, se kterým jsou nízkoprahové adiktologické služby zřizovány, a to princip Harm Reduction, který znamená minimalizaci zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog. Oba principy jsou natolik důležité, že si zaslouží podrobnější rozebrání.

### 1.2.1 Public Health

Kalina (2003) definuje Public Health (dále jen PH) jako přístup, který nesleduje zájem jedince, ale ochranu celé populace, a to především před přenosem závažných infekčních chorob. Tento model vychází z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky a vznikl v 80. letech jako reakce na šíření viru HIV.

Epidemie HIV v mnoha zemích západní Evropy se datuje do poloviny 80. let. Například v Paříži bylo v těchto letech HIV pozitivních 64 % injekčních UD. Nutnost řešit nastalou situaci vedla v druhé polovině 80. let k transformaci protidrogové politiky. Bylo upuštěno od čistě biomedicínského chápání veřejného zdraví a přistoupilo se k chápání tohoto jevu jako fenoménu společenského a politického (EMCDDA, 2010).

V *Národní strategii protidrogové politiky na období 2010-2018* (2011) je princip PH popsán takto: „*Koncept ochrany veřejného zdraví, definovaný Světovou zdravotnickou organizací, staví na komplexu preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních a kontrolních opatření, včetně opatření vymáhání práva (zaměřené na omezení dostupnosti a distribuce drog a dodržování zákonů), a dalších, jež mají za cíl zlepšovat zdravotní, sociální, ekonomické, bezpečnostní a trestněprávní podmínky, které ovlivňují zdravý vývoj jednotlivce i společnosti. Ochrana a podpora veřejného zdraví je také předmětem zájmu Evropské unie a je ukotvena v Lisabonské smlouvě*“ (s. 13).

Princip PH vychází z toho, že veřejné zdraví není jen souborem zdraví jednotlivců, ale podílí se na něm i celkové sociální prostředí. Janíková (2008) uvádí, že užívání návykových látek způsobuje poškození na různých úrovních - individuální, komunitní a na úrovni

společnosti. Je tedy nutné vytvořit prostředí takové, aby v něm byla rizika v co nejvyšší možné míře minimalizována. Nástrojem k této minimalizaci jsou služby, které vychází z principu Harm Reduction.

### *1.2.2 Harm Reduction*

*Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti* (EMCDDA, 2010) definuje Harm Reduction (dále HR) jako politiku, programy a postupy, které mají za cíl snížit nepříznivé zdravotní, ekonomické a sociální důsledky užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek. Tyto programy a postupy jsou založeny na závazku PH a lidských práv.

Kořeny přístupu HR lze nalézt už v roce 1912, kdy byla zřízena první udržovací klinika pro UD v USA. Za počátky HR přístupu lze považovat také předepisování heroinu a morfinu osobám závislým na opioidech ve 20. letech 20. století ve Velké Británii. Léčba metadonem začala o 40 let později v USA. Mezníkem v historii tohoto přístupu jsou však až 80. léta 20. století, kdy došlo k již zmíněné epidemii viru HIV. Virus byl identifikován v roce 1983, první testy na přítomnost viru v lidském těle byly vytvořeny o dva roky později. Přesto však první výměnný program (což je hlavní nástroj HR) vznikl už v roce 1984 v Nizozemí, a to jako reakce na šířící se žloutenku typu B. Jako první zavedla výdej čistých injekčních stříkaček injekčním UD organizace sdružující osoby závislé na návykových látkách. V roce 1990 byl výměnný program poskytován už ve 14 zemích Evropy. Až o deset let později vydává Evropská unie strategii, která má mimo jiné za cíl snížit během pěti let počet poškození a úmrtí způsobených užíváním drog (EMCDDA, 2010). Od té doby se strategie HR stává jedním ze čtyř pilířů evropské protidrogové politiky (Hrdina, 2003). Dalšími pilíři jsou primární prevence, léčba a znovuzačleňování a snižování dostupnosti drog. Stejnou protidrogovou politiku praktikuje od roku 2000 i Česká republika (Národní, 2011).

Základními principy přístupu HR jsou podle Hunta (2003) pragmatičnost (smíření se s faktem, že drogy jsou a budou, stejně jako lidé, kteří je užívají), soulad s humanistickými hodnotami (k nimž patří i akceptace rozhodnutí UD drogy užívat), zaměření na škody (priorita - snížit negativní dopady), snižování nákladů vynaložených na protidrogovou politiku a zaměření na okamžité, bezprostřední cíle. Hrdina (2003) definuje princip HR třemi charakteristikami. V první řadě chápe HR jako alternativu k tradičním a jednostranným modelům užívání drog a závislosti, přičemž HR je narozdíl od těchto modelů pragmaticky zaměřený a pracuje s realitou takovou, jaká je. Dále říká, že HR přístup sice považuje abstinenci za ideální výsledek, ale akceptuje také alternativy, které pracují s neabstinujícími klienty. Takové klienty se snaží motivovat k větší zodpovědnosti. Princip HR upřednostňuje zdraví a osobní zodpovědnost před perzekucí. Poslední charakteristikou služeb vycházejících z HR přístupu je jejich

nízkoprahovost. Z toho plyne mimo jiné to, že vstupní podmínkou do služby není klientova aktuální abstinence. Nízký práh dostupnosti služeb značně rozšiřuje okruh osob, které mohou služby využívat. „*Harm Reduction se jeví v poslední době jako jediný možný a fungující, pro toxikomany akceptovatelný způsob intervence*“ (Hrdina, Stáníček, 2002, s. 18). Podle týchž autorů může dosáhnout na služby řídicí se HR až 70-80 % problémových UD.

Hlavním cílem HR je snižování poškození způsobených užíváním drog. Mezi tyto škody patří infekční onemocnění (zejména hepatitida typu B a C, vir HIV a syfilis), další tělesné komplikace (např. abscesy, záněty), dlouhodobé působení vysokých dávek a předávkování a sociální debakl a ztráta lidské důstojnosti (Kalina, 2003). Hrdina (2003) vidí hlavní cíl HR ve stabilizaci životního stylu klienta. Snížení poškození zdraví jednotlivce ovlivňuje podle autora i zdraví celé komunity, potažmo společnosti. Proto se HR intervence zaměřují nejen na bezpečné užívání drog, ale i bezpečný sex. Nabídka kontaktních center a terénních programů, které pracují s UD, obsahuje mimo jiné i bezplatnou distribuci prezervativů. „*Tento cíl má daleko širší význam než jen ochranu problémových uživatelů drog - je to právě rizikový sex, který překračuje hranice mezi drogovou komunitou a širší společností a jeho prostřednictvím může docházet k šíření virových infekcí do nedrogové populace* (Hrdina, 2003, s. 264).“

### 1.3 Služby poskytované v České republice

Služby HR se pro svou akceptovatelnost faktu, že existují osoby, které užívají drogy, setkávají s velkou kritikou, a to nejen ze strany široké veřejnosti, ale i veřejnosti odborné. Zavádění každé nové HR služby vyvolává velkou diskuzi. Jedním z argumentů pro kritiku principu HR je, že nefunguje. Tento argument je však postupně vyvrácen mnohými studiemi, které např. dokazují, že výměnný program injekčního materiálu skutečně snižuje šíření infekčních onemocnění (Hunt, 2003). Dalším argumentem kritiků je podle téhož autora předpoklad, že HR služby udržují uživatele návykových látek dlouhodobě v přijatelném stavu a neumožňuje jim spadnout na dno, což by je motivovalo k léčbě. Praxe ale naopak ukazuje, že díky HR jsou klienti v takovém stavu, který jim umožňuje léčbu absolvovat. Kritici se také obávají, že HR ve své podstatě podporuje užívání návykových látek, protože podsouvá lidem, kteří drogy neužívají, že lze užívat bezpečně a bez následků, což vede k experimentování s drogami i těmito lidmi, kteří by za jiných okolností drogy nezkoušeli. Ani to však studie neprokázaly. Další významnou výtkou kritiků podle Hunta (2003) je, že HR je trojským koněm pro reformu drogové legislativy, je jakýmsi předvojem legalizace drog. Janíková (2008) k této výtce říká, že HR je k této otázce neutrální, nepodporuje legalizaci ani dekriminizaci. Ačkoliv jsou HR služby stále trnem v oku velké části společnosti, výzkumy a studie z poslední let, které

dokazují, že HR je nejen pragmatický, ale i účinný přístup k drogové problematice, postupně přístup veřejnosti k tomuto typu služeb mění (EMCDDA, 2010)

Mezi základní HR intervence dle Hunta (2003) patří **výměna injekčních stříkaček, substituční terapie, předepisování heroinu, dekriminalizace užívání drog, předávání informací, vzdělávání, bezpečnější užívání, aplikační místnosti, testování tablet a motivační rozhovory**. EMCDDA (2010) navíc specifikuje **výměnu injekčního materiálu ve vězení a substituci ve vězení**.

Z těchto intervencí v České republice funguje výměna injekčních stříkaček (jejíž součástí jsou i rady a návody, jak drogu aplikovat) a substituční terapie (opiátová), přičemž obojí probíhá i ve věznicích.

První výměnné programy byly v České republice založeny roku 1990 (Hrdina, 2003). Program výměny sterilních jehel a stříkaček má za cíl zejména snížení rizika nákazy viry jako HIV a hepatitida C, B. Krom toho přináší podle Mravčíka (2005) další výhody. Mohou zvyšovat počet osob, které se rozhodnou zúčastnit protidrogové léčby či vyhledají nějakou jinou pomoc. Výměna injekčních stříkaček a jehel je efektivním prostředkem pro přitáhnutí klientů do služby. To je prvním krokem k tomu, aby se s klienty začalo pracovat i na jiných změnách, minimálně na změně rizikového chování. „*Ke snížení rizika nedojde ani tehdy, pokud snaha o větší zpřístupnění sterilního injekčního náčiní nebude doprovázena také snahou o změnu chování*“ (Mravčík, 2005, s. 13). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012 (2013a) uvádí, že dostupné informace naznačují, že chování UD se skutečně trochu mění, údajně se snižuje výskyt sdílení jehel<sup>1</sup> mezi injekčními uživateli drog. Ve výměnném programu může UD obdržet krom injekčních jehel a stříkaček také sterilní zdravotnický materiál, který snižuje riziko zdravotních komplikací způsobených užíváním návykových látek. V některých kontaktních centrech a terénních programech jsou také distribuovány prostředky sloužící k jiné než intravenózní aplikaci drog (želatinové kapsle, šňupátka, alobal...). Ačkoliv je právě výměnný program nejvíce kritizovanou HR službou, ukazuje se být velice efektivní, efektivnější než např. dezinfekce použitého injekčního náčiní, která navíc neprokázala účinnost ve snižování infekce HIV (Mravčík, 2005).

Dalším způsobem, jak distribuovat HR materiál, je **výměnný automat**. Výměnný automat funguje na principu prodeje, nikoliv výměny použité injekční stříkačky za čistou. Kontejner na použité stříkačky je však přesto součástí výměnného automatu. První výměnný automat byl uveden do provozu roku 1987 v Kodani. V České republice zprovoznilo první

---

<sup>1</sup> Sdílení jehel definuje Kalina (2001) jako „*způsob injekčního užívání, při němž injekční souprava (jehla a stříkačka, případně pouze stříkačka) slouží k aplikaci dvěma a více lidem po sobě, bez dezinfekce po jednotlivých aplikacích*“ (s. 96).

automat o. s. Progressive v roce 2008. Výměnný automat je efektivní nástroj, jak oslovit i ty skupiny UD, které nejsou v kontaktu s žádnou službou (např. sociálně vyloučené etnické menšiny, osoby, které nechtějí být v kontaktu s žádnou službou z důvodu anonymity, ženy, mladiství UD, dále např. UD s vyšším sociálním statutem, kteří nechtějí být spojování s uživatelskou skupinou). Výhodami výdejních automatů jsou zvýšení dostupnosti HR materiálu, oslovení zmíněných skrytých a rizikových UD, vysoká anonymita, nízké provozní náklady, snadná obsluha a možnost bezpečně odhodit infekční materiál. Za negativa lze považovat absenci kontaktu s odborníkem (chybí tedy poradenství - ačkoliv informace jsou předávány prostřednictvím letáků na automatu, lístků v krabičkách s materiálem apod., dále chybí možnost odkázat klienta do jiné služby) a také negativní postoj společnosti. Předpoklad, že výdejní automat zvýší konzumaci drog, se nepotvrdil.

Substituční programy existují v České republice od roku 1997 (Hrdina, 2003). „*Substituce je způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno (téměř vždy lékařsky předepsaným) užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky, než původní droga (např. heroin je nahrazen metadonem)*“ (Kalina, 2001, s. 104). V Česku funguje substituční léčba závislosti na opiátech, a to metadonem a buprenorfinem (Subutex, Suboxone, Ravata). Substituce těmito látkami nejen snižuje rizika spojená s užíváním nelegálních látek (jako je např. špatná kvalita užití látky, příliš vysoká dávka apod.), ale zároveň s sebou nese změnu způsobu užívání (metadon se pije, buprenorfin je ve formě tablet), což snižuje zdravotní devastaci UD.

#### 1.4 Další možnosti HR intervence

Kromě zmíněných intervencí, které vedou ke snižování škod způsobených užíváním drog a k ochraně veřejného zdraví, existují ve světě i další služby, které v České republice zatím nefungují. Jedná se např. o substituční léčbu závislosti na amfetaminech a o v současnosti mnoho diskutované aplikační místnosti.

Ve světě (např. Velká Británie) existuje vedle opiátové substituce i perorální **substituční léčba závislosti na amfetaminech**. V České republice se tomuto tématu zatím nikdo z odborníků systematicky nevěnoval, přesto se s ním lze v klinické praxi setkat. Dr. Hampl popisuje případové studie pacientů závislých na pervitinu (metamfetaminu), kterým předepisoval metylfenidát (Ritalin). Dochází k závěru, že touto substituční léčbou lze dosáhnout abstinence a setrvat v ní i po skončení substituční léčby (Gabrhelík, 2010).

Kolem **aplikačních místností**, tzv. šleháren, se v poslední době odehrává bouřlivá diskuze. Aplikační místnosti (dále AM) jsou chráněná a bezpečná místa pro hygienické užívání drog (které si UD předem někde opatří) pod dohledem vyškoleného personálu (Hedrich, 2004).

Podle Bertranda (In Aplikační, 2010) existují AM v šesti evropských státech (Holandsko, Německo, Švýcarsko, Španělsko, Lucembursko a Norsko) a dále v Kanadě a Austrálii. Ačkoliv poslání AM zůstává ve všech zemích stejné, zahrnuje tento pojem celou škálu služeb různého typu, poskytovaných různými způsoby, zaměřené na různé populace a v různých prostředích. Rozlišujeme tři základní typy AM: integrované (AM jsou součástí zařízení, ve kterém jsou poskytovány i další adiktologické služby), specializované (samostatná zařízení sloužící pouze k aplikaci drog) a neformální (jsou provozovány stávajícími nebo bývalými UD, tolerovány policií a určeny většinou pouze ke kouření či inhalaci drog; tento typ AM je popsán pouze v Nizozemí) (Hunt, 2010).

Cílovou skupinou AM jsou podle Hedricha (2004) UD, kteří si aplikují drogy na ulici, osoby, které jsou extrémně zranitelné důsledkem sociálního vyloučení, špatného zdravotního stavu a bezdomovectví. Cílem aplikačních místností je z hlediska okamžitého poskytování bezpečného prostředí pro hygienické a bezpečné užití drogy, z hlediska střednědobého snížení mortality a morbidit UD a z hlediska dlouhodobého stabilizace a podpora zdraví klientů. Pozitiva AM spočívají dále v tom, že se skrz ně naváží na nějakou sociální či zdravotní službu i UD, kteří by se jinak dobrovolně do styku s žádnou z těchto služeb nedostali. Harris (2013) vnímá AM jako zařízení koncipované jako vstupní fázi pro léčbu závislosti. To dokládají i čísla z AM v kanadském Vencouveru, kde došlo po otevření AM k nárůstu žadatelů o léčbu o 30 % (Aplikační, 2010). AM dále snižují množství aplikací drog na veřejném prostranství.

Kritici AM argumentují tím, že existence AM zlehčuje problematiku konzumace drog, podporuje jejich uživatele a utvrzuje je v akceptovatelnosti jejich chování. Výzkumy však tyto předpoklady nepotvrdily (Aplikační, 2010).

AM nejsou zatím i přes neutichající diskuze v české legislativě zakotveny, v České republice se zatím nevyskytují. Česká legislativa považuje za postižitelné držení jakéhokoliv množství drogy, což znemožňuje zakotvení AM (ve kterých by se s drogami manipulovalo) v zákoně.

## 1.5 Shrnutí

Nízkoprahová adiktologická zařízení poskytují **služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách a jejich okolí bez ohledu na to, jestli abstínují**. Jsou nastaveny tak, aby na ně dosáhlo co nejvíce problémových UD, a jsou proto často první institucí, se kterou se

dostanou UD do kontaktu. Dvěma základními principy, podle kterých se tato zařízení řídí, jsou **Public Health** (ochrana veřejného zdraví) a **Harm Reduction** (snižování škod způsobených rizikovým způsobem života). V české protidrogové politice tvoří tyto principy jeden ze základních pilířů.

## 2. Terénní programy

### 2.1 Vymezení služby

Terénní programy, pro které je někdy užíváno označení „streetwork“ či „sociální práce na ulici“, byly poprvé popsány v českém vládním materiálu *Program sociální prevence* roku 1993. Koncept poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí klientů je však mnohem starší – např. už Jan Milíč z Kroměříže pracoval ve 14. století s prostitutkami a mládeží přímo v místech, kde žili a kde se pohybovali. Streetwork tak, jak jej známe v současnosti, vznikl na počátku 20. století v USA a cílovou skupinou byla mládež v problematických amerických městech, kde docházelo k sociálním úpadkům celých čtvrtí. V České republice vznikla v roce 1997 *Česká asociace streetwork*, která je jakousi platformou pro odborný dialog. Sdružuje odborníky z teorie i praxe (Bednářová, 2003).

*Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách* definuje terénní programy jako „*terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně*“ (cit. 2014-01-06, [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)). Rhodes (1999) označuje za ohnisko terénních programů (dále jen TP) „*vyhledávání kontaktů s cílovými skupinami populace mimo rámec některé instituce. Nečeká na to, až jednotlivec sám začne hledat pomoc, protože má problémy s drogami nebo se zdravím, ale sama vyhledává jednotlivce, aby jim přímo v komunitě poskytla informace a služby*“ (s. 11). Hlavním důvodem pro zřizování TP je skutečnost, že některé klienty se nedaří účinně oslovit existujícími způsoby intervence, případně jim existující metody neposkytují takové služby, které potřebují. TP nabízí služby jen do té míry, do jaké je klient žádá.

### 2.2 Cílová skupina

„*Cílovou skupinou terénní sociální práce jsou obvykle uživatelé drog, v jejichž vnitřní bilanci zatím nepřevážily problémy spojené s užíváním drogy nad zisky. Typicky se terénní sociální práce zaměřuje na mladé uživatele, kteří si drogy aplikují nitrožilně a nemají přístup k jiným službám. Bývají proto označováni jako ‚skrytá populace‘ uživatelů*“ (Matoušek, 2005, s. 217). TP se zaměřují na problémy cílové skupiny, nikoliv na problémy, které její členové

způsobují svému okolí (Bednářová, 2003). Hrdina se Stáníčkem (2002) zdůrazňují, že je třeba brát na zřetel, že UD mají často špatné zkušenosti s institucemi, mají zkreslené informace a strach.

Terénní práce je poskytována v přirozeném prostředí cílové skupiny. Neodehrává se pouze na ulici, ale v jakémkoliv neinstitucionalizovaném prostředí, jako jsou např. hřiště, byty, nádraží, squaty apod. TP mají za cíl poznávat charakter lokality a vyhledávat a kontaktovat členy cílové skupiny (Bednářová, 2003).

### 2.3 Služby, specifika a metody terénní práce

Vlastní náplní TP je podle Stáníčka (2002) monitoring místní drogové scény, poskytování praktické i teoretické pomoci, odkazování na další služby a sběr pohozených stříkaček. Sběr pohozených stříkaček je činností, která je (narozdíl od jiných aktivit TP) veřejností kladně hodnocena. Matoušek (2005) uvádí pět činností TP zaměřených na UD: poskytování informací o rizicích užívání drog a jejich možných snížení, poskytování sterilních stříkaček a zdravotnického materiálu, zprostředkování vyšetření na infekce, pomoc s vyřízením léčby těchto nemocí a poskytování informací o možnosti léčby závislostí a posilování motivace k léčbě.

Rhodes (1999) rozlišuje dva modely terénní práce. Individuální terénní práce, která se zaměřuje na jednotlivce a snaží se dosáhnout změny v jeho chování, a komunitní terénní práce, které se zaměřuje na celou komunitu UD a snaží se změnit chování celé komunity. *„Výzkumy prokazují, že skutečnost, zda se jednotliví uživatelé drog pokusí změnit své chování nebo zda opravdu dosáhnou změny chování, záleží často na tom, jak se k podobným změnám staví jejich referenční skupina vrstevníků“* (s. 20). To znamená, že stane-li se např. nesdílení injekčního náčiní normou celé skupiny, přijme ji automaticky i jedinec, který do této skupiny patří.

Práce terénního pracovníka je velice specifická. Hlavním rozdílem oproti práci v „kamenných“ zařízeních je, že pracovník nemá zázemí. A to nejen ve smyslu prostoru, ale i ve smyslu pravidel či čitelnosti jeho role. Zázemí pracovníka tvoří v terénu pouze dobrá znalost prostředí a cílové populace, dobrá čitelnost pracovníka, kvalitní aplikační materiál, místo, na kterém pravidelně vykonává svou práci, mobilní telefon a znalost vlastní motivace. Ideální pracovník musí být čitelný pro celou cílovou populaci (k čemuž slouží např. označení pracovníka symbolem, který je rozluštitelný pouze pro příslušníky cílové skupiny) a anonymní pro ostatní veřejnost. Největší obtíž způsobuje terénním pracovníkům překonání nedůvěry klientů a proniknout mezi ně. Pro UD není obvyklé setkávat se s někým „z venku“, kdo nestojí proti nim. O tom, bude nebo nebude-li pracovník komunitou UD přijat, rozhoduje zejména jeho osobnost (Kalousek, 2002). Důležitá je rovněž strategie, kterou pracovník zvolí. Rhodes (1999)

hovoří o třech typech kontaktů v terénu. „Bezprostřední kontakty“, při nichž sami pracovníci navazují kontakt s klienty (oslovují je). „Přirozené kontakty“, které vznikají tak, že se terénní pracovník pohybuje v místech, kde cílová populace tráví čas, a její členové ho sami osloví. Posledním typem jsou „lavinovité kontakty“, kdy terénní pracovníci naváží kontakt s klíčovými osobnostmi ve skupině UD, čímž se jim otvírá cesta i k dalším členům skupiny. Všechny tyto typy kontaktů jsou účinné, je na pracovníkovi, aby zvolil, který z přístupů je v dané době a pro danou cílovou skupinu ten správný. Stáníček (2002) upozorňuje, že při pohybu v terénu je třeba dodržovat pravidla platná pro daný sociální svět. Terénní pracovník se také může setkávat s tím, že se mu hůře odděluje pracovní prostor od prostoru osobního života - tzn. může se dostávat i v době svého volna do míst, kde jindy pracuje (Nedělníková, 2008).

## 2.4 Externí terénní pracovníci

I přes veškeré snahy terénních pracovníků však stále existují UD, kteří jsou pro ně „nedostupní“. Jedná se o potenciální klienty z uzavřených komunit, bytů, víkendové uživatele atd. Vhodným způsobem, jak tyto UD kontaktovat, je externí (někdy označován jako indigenní) terénní pracovník (Hrdina, 2002). Autor definuje externí terénní pracovníky (dále XTP) jako „*příslušníky referenční skupiny vrstevníků nebo sociální skupiny, kteří poskytují zdravotně vzdělávací služby (výměnu sterilního injekčního materiálu a distribuci informací o „bezpečnějším“ užívání drog, bezpečném sexu, infekčních onemocněních spojených s užíváním drog atd.)*“ (s. 67). Rhodes (1999) vidí výhodu externích pracovníků v tom, že znají normy, subkulturu a jazyk cílové skupiny, chápou její problémy a mají přístup i k osobám pro klasické terénní pracovníky nepřístupným. Za nevýhodu naopak považuje nedostatečnou fundovanost těchto pracovníků a v případě, že se jedná o exuživatele drog, tak i znovuzapojení do subkultury a zvýšené riziko relapsu. Pro aktuální UD je však práce XTP spíše přínosná než ohrožující. „*Ukazuje se, že tato činnost není přínosná jen na poli Harm Reduction, ale může se stát pro klienta i motivačním prvkem k léčbě či abstinenci a bezesporu prohlubuje vztah klienta a zařízení a tak zvyšuje jeho důvěryhodnost*“ (Hrdina, 2002, s. 67).

## 2.5 Shrnutí

Terénní práce se soustředí na **monitoring lokality**, ve které je prováděna, **vyhledávání a oslovování potenciální cílové skupiny a následné poskytnutí služeb**, případně odkazu do jiných zařízení. Zaměřuje se zejména na tzv. **skrytou populaci UD**, tedy na ty, kteří nejsou v kontaktu s žádnou institucí.

## 3. Kontaktní centra

### 3.1 Vymezení služby

Kontaktní centra (KC) jsou zákonem 108/2006 Sb. o sociálních službách definována jako „*nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek*“ (cit. 2014-01-06, [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)). Kontaktní centra se orientují na první kontaktování uživatelů drog a poskytují jim anonymní pomoc s cílem minimalizovat rizika plynoucí z jejich způsobu života (Matoušek, 2003a). Na KC je možné obrátit se kdykoliv je otevřeno, není potřeba předchozího objednání. KC respektují svobodnou volbu klienta, tedy i rozhodnutí užívat drogy (Libra, 2003).

Kušnírik (2008) uvádí, že nízkoprahová kontaktní centra se v České republice objevují ve větším měřítku od druhé poloviny 90. let, a to v reakci na prudce se zvyšující počet uživatelů drog. Česká společnost v té době očekávala velký nárůst problémů spojených s užíváním drog, hovořilo se o tzv. „*odložené drogové epidemii*“<sup>2</sup>, na kterou nebudou umět dosavadní zdravotnická zařízení reagovat (Bém, 2003, s. 33). Před rokem 1989 existovaly ze služeb pro osoby ohrožené závislostí pouze AT ordinace<sup>3</sup>, psychiatrická lůžková zařízení, specializované protialkoholní léčebny a záchytné stanice. Jako reakce na nastalou situaci vstupují po roce 1989 do hry i nestátní a nezdravotnická kontaktní centra, která se specializují na uživatele nealkoholových drog (tamtéž).

### 3.2 Cílová skupina

„*Cílovou populaci kontaktních center tvoří uživatelé návykových látek s různou motivací ke změně, v různém stadiu užívání a v různé fázi rozvoje závislosti*“ (Těmínová Richterová, 2008, s. 373). Libra (2003) charakterizuje cílovou skupinu KC jako problémové uživatele drog. Podle Kaliny (2003) je problémové užívání drog „*intravenózní užívání drog a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu. Do pojmu problémové užívání se nezahrnuje užívání extáze a konopí*“ (s. 17).

---

<sup>2</sup> Jako odložená bývala označována proto, že západní země prožívaly příval drog už v 60. a 70. letech, zatímco do zemí střední a východní Evropy se tento trend dostal až po roce 1989 (Bém, 2003).

<sup>3</sup> AT ordinace = ordinace zabývající se problematikou alkoholu a toxikomanie (odtud zkratka AT).

### 3.3 Poskytované služby

Základní činností KC je (jak je patrné i z názvu zařízení) **kontaktní práce**. „*Kontaktní prací rozumíme profesionální aktivitu (odbornou nízkoprahově organizovanou sociální a sociálně pedagogickou činnost) zaměřenou na zvědomování možností změn sociokulturního prostředí člověka (a odvislého životního způsobu) a ovlivňování průběhu těchto změn prostřednictvím aktivního doprovázení (vytváření a udržování pomáhajícího a podporujícího kontaktu)*“ (Zahradník, 2009. s. 146). Kontaktní práce se zaměřuje na člověka tady a teď, tedy v situaci, ve které se aktuálně nachází. Obsahem je zúčastněné pobývání – v prostoru, s člověkem, s jeho problémy, starostmi a možnostmi (tamtéž). Kontaktní pracovník se musí naučit pracovat s tím, co aktuálně je, ne s tím, co by mohlo být. Poznání toho, čím a jak klienti žijí, je důležitější než zjištění toho, jací jsou a co dělají špatně (Herzog, 2009). Cílem kontaktní práce je dle *Seznamu definic a výkonů drogových služeb* (2006) „*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*“ (s. 33).

Kontaktní práce může probíhat i v rámci TP, v KC je uskutečňována nejčastěji v kontaktní místnosti. **Kontaktní místnost** je chráněným prostředím, které má charakter blízký neformálnímu kavárenskému prostředí (podporuje nízkoprahovost programu), ale zároveň má jasně definovaná a transparentní pravidla (Seznam, 2006). Kušnířík (2008) uvádí, že kontaktní místnost je zpravidla vybavena televizí, video a audiopřehrávačem, společenskými hrami a dalšími předměty, které mají zvýšit atraktivitu kontaktního centra. Pobyt v kontaktní místnosti je ve většině center omezen na jednu hodinu. Dalšími základními pravidly pro pobyt v kontaktní místnosti je např. zákaz manipulace s drogou, agresivity, používání zbraní apod.

K provozu kontaktní místnosti se vážou ještě další, tzv. **doplňkové služby**. Jedná se o potravinový a hygienický servis. Hygienickým servisem se rozumí možnost využití sprchy, WC a prostředků sloužících k hygieně (mýdlo, ručník), dále poskytnutí obnošeného šatstva a možnost vyprání prádla (Seznam, 2006). Potravinový servis zahrnuje potraviny, nápoje a vitamíny. „*Program je zaměřen na celkovou zdravotní a také částečně sociální pomoc a rehabilitaci. Nabídkou základních potravin a vitamínů je částečně sníženo zdravotní a sociální poškození klientů*“ (tamtéž, s. 40).

Službou, za kterou klienti do kontaktního centra nejčastěji přicházejí, je **výměnný program**. „*Výkon zahrnuje vlastní akt výměny injekčního materiálu nebo jeho součást – samostatný výdej nebo příjem použitého injekčního materiálu. Nedílnou součástí výměnného programu je i nabídka standardního vybavení potřebného k bezpečné aplikaci (např. tampony,*

dezinfekční materiál apod.), včetně poučení o bezpečné likvidaci použitého materiálu. (...) Součástí výkonu je i mapování rizikového chování klienta“ (Seznam, 2006, s. 61). V praxi vypadá výměnný program tak, že klient přinese použitou injekční stříkačku a výměnou dostane stříkačku sterilní. Pokud žádnou použitou stříkačku k výměně nepřinese, je na zvážení pracovníka, vydá-li mu nějakou sterilní stříkačku či nikoliv (Kušnířík, 2008). Průdková (2007) uvádí, že mohou být vydány maximálně dvě sterilní stříkačky. Praxe však bývá různá.

KC poskytují klientům dále **základní poradenství**. Brože (2003) definuje poradenství jako formu psychologické a sociální pomoci, nikoliv kontroly. Poradenství pro drogovou oblast se dělí na poradenství psychologické, právní, zdravotní a praktické životní poradenství (otázky bydlení, trávení volného času apod.). Rozsah a obsah poradenství by měly reflektovat klientovy potřeby a přání, neměly by předbíhat jeho motivaci. „Cílem poradenství realizovaného v kontaktním centru není dosažení úplné abstinence, ale hlavně vedení k postupnému přebírání aktivity za svoje rozhodnutí, chování, za svůj život, podpora klientových rozhodnutí a posilování motivace ke změně“ (tamtéž, s. 118). Podle Libry (2003) si základní poradenství klade za cíl změnu rizikových vzorců klientova chování. Základní poradenství se týká zdravotního stavu klienta, zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním návykových látek, informací o možnostech léčby a zahrnuje též zprostředkování léčby.

Na základní poradenství může podle Libry (2003) navázat **strukturované poradenství, terapie a motivační trénink**. Tyto strukturované služby jsou vyšším stupněm služeb, které KC nabízí, a mají vyšší práh přístupnosti, to znamená, že klienti již musí splňovat určité podmínky. Klient vystupuje z anonymity a vstupuje do terapeutického či poradenského vztahu. Práce na motivaci se provádí pomocí motivačních rozhovorů (též užíváno označení motivační trénink). „Motivační rozhovor je speciální metoda, která pomáhá lidem poznat svůj existující nebo blížící se problém a něco s ním udělat. Je zvláště účinná v případě lidí, kteří se změnou váhají nebo jsou velmi nerozhodní. Je zaměřena na to, aby pomohla překonat ambivalenci a pomohla člověku postoupit na cestu ke změně“ (Miller, Rollnick, 2004, s. 46). Motivační rozhovor slouží k minimalizaci klientova odporu ke změně (Hunt, 2003). Matoušek (2005) uvádí, že základem je správně diagnostikovat fázi změny, ve které se klient nachází. Motivace k léčbě je možná pouze v případě, že je na to klient nastaven, tedy když začíná krom zisků pociťovat i ztráty spojené s užíváním drog. Autor upozorňuje na fakt, že dlouhodobý abúzus drog snižuje motivaci k čemukoliv, pracovníkovi se tedy může zdát, že je klient motivovaný málo, ačkoliv se jeho motivace ocitá na možném vrcholu. Charakteristický pro motivační rozhovor je podle Větrovce (2009) nekonfrontační přístup. Rovněž Hunt (2003) uvádí, že tento přístup je pro drogově závislé efektivnější než přístup konfrontační a autoritativní, přináší výsledky už po relativně krátké době. Pracovat na motivaci klienta ke změně je podle Větrovce (2008) možné v každé fázi jeho

motivace, tedy i ve chvíli, kdy je klient ještě před uvažováním o léčbě. V takovém případě je hlavním úkolem pracovníka podat klientovi maximální možné množství objektivních informací, které s užíváním drog a se závislostmi souvisejí. Pokud už je klient ve fázi uvažování o změně, měl by ho pracovník podporovat v argumentech pro změnu a ve víře ve vlastní schopnosti změnu učinit. Důležitou technikou při motivačním rozhovoru je rozvíjení rozporů, tzn. poukazování na neslučitelnost stávajícího chování s důležitými životními cíli (Miller, Rollnic, 2004). Podle Brožeho (2003) nevidí klienti často svou situaci reálně - úkolem pracovníka je, aby jim ji pomohl nahlédnout. Dalšími principy motivačních rozhovorů jsou podle Nešpora (2000) vyjadřování empatie, vyhýbání se sporu a argumentaci a posilování sebedůvěry klienta.

Dalšími službami poskytovanými v KC **jsou podpora v abstinenci, ambulantní léčba a rodinné poradenství/rodinná terapie**. Poskytování těchto služeb v prostorách KC je typické pro malá města. Ve velkých městech existují pro tento typ služeb specializovaná zařízení (např. adiktologické poradny či AT ambulance). Koncept rodinné terapie vychází podle Kaliny (2001) z toho, že pokud má podstoupit změnu jedinec, musí se změnit i kontext, ve kterém žije. Podle Nešpora (2000) se může rodina „*přímo nebo nepřímou podílet na vzniku a rozvoji závislosti některého člena, ale rodina také může rozvoji závislosti předcházet nebo velmi pomoci při překonávání návykového problému*“ (s. 79). Nešpor dále uvádí, že rodina disponuje mnohem mocnějšími motivačními nástroji než terapeut a její zapojení tedy zvyšuje úspěšnost léčby. Rodinná terapie tedy nepracuje jen s tím člověkem, který má problémy se závislostí, ale s celou jeho rodinou. „*Jednotkou léčení není jen jeden klient (ačkoliv je někdy jen jako jediný z rodiny v terapii fyzicky přítomen), ale systém jako soubor všech vztahů, ve kterých je jedinec zúčastněn*“ (s. 95). Kontrakt je podle Frouzové (2008) v případě práce s rodinou vytvořen se všemi zúčastněnými členy. Zapojení rodiny není prospěšné jen pro samotného člověka, který je závislý, ale pro celou rodinu. Pomáhá jí překonat pocity selhání, studu a viny. Rodinu je vhodné vtáhnout nejen do procesu léčby, ale i do procesu doléčování. Abstinence přináší podle autorky do rodiny nový fenomén, který narušuje vžitý vzorec. Vágnerová (2008) upozorňuje na skutečnost, že zafixované chování rodiny může vést k udržení stejného způsobu reagování závislého jedince a k recidivě. Hajný (2003) doporučuje zaměřit se při rodinné terapii na faktory, které vedou k rozvoji a pokračování závislosti, než na jejich příčinné souvislosti.

Další službou, kterou KC nabízí a která s poradenstvím souvisí, je **krizová intervence**. „*Krizová intervence je zásah v době krize, který se snaží minimalizovat ohrožení klienta, objevit a posílit jeho schopnost vyrovnat se se zátěží tak, aby jeho adaptace posílila jeho růst a integritu a aby se pokud možno předešlo negativním, destruktivním způsobům řešení situace. Nabízí patřičnou pomoc s cílem usnadnit komunikaci, navrátit sebedůvěru, vyjádřit emoce, mobilizovat podporu a umožnit co nejpřiléhavější odhad jádra problému*“ (Matoušek, 2003a, s.130). Mičák

(2011) definuje krizovou intervenci jako „*odborně fundovaný zásah, zaměřený na komplexní a intenzivní zvládnutí specifické stresové reakce, během níž klient prožívá negativní pocity bezmoci či ohrožení své existence nebo některé její podstatné kvality a kterou není schopen sám zvládat v důsledku selhávání jeho dosavadních autoregulačních a adaptačních procesů*“ (s. 24). Podle *Seznamu a definic výkonů drogových služeb* (2006) lze krizovou intervenci provádět nejen v prostorách KC (v takovém případě je vhodná jiná místnost než kontaktní), ale i v terénu či telefonicky, případně přes internet.

Kontaktní centra poskytují klientům také **sociální práci**. Cílem sociální práce je „*odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů*“ (Matoušek, 2003b). Sociální práce jsou „*aktivity zaměřené na zlepšení sociální situace klienta a jeho schopnosti řešit běžné sociální problémy*“ (Seznam, 2006, s. 54). Konkrétně se jedná o pomoc v oblasti sociálně-právní (např. pomoc při vyřizování sociálních dávek, dokladů, pomoc se sestavováním splátkového kalendáře apod.), zprostředkování dalších služeb v jiných zařízeních a asistenční službu.

Se sociální prací souvisí koncept, který se v posledních letech aplikuje i na UD - **case management**. Case management je definován jako „*koordinovaná péče o klienta v síti sociálních služeb*“ či jako „*koordinovaná spolupráce v rámci případu*“ (Nepustil, 2013, s. 13). V České republice nemá case management v rámci adiktologických služeb zatím místo. Metodická příručka *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek*, která vyšla roku 2013, vychází z projektu, který byl realizován v o. s. Podané ruce v letech 2010-2013. V praxi case management znamená navázání spolupráce různých institucí a provádění klienta systémem těchto institucí. Pomáhá klientům zorientovat se v neznámém nebo nepřehledném prostředí, najít směr a zároveň efektivně využít podpůrné zdroje, které jsou k dispozici. Klient a jeho podpůrná síť by se měli společně setkávat a společně plánovat další postup. „*Case management není potřeba praktikovat u všech klientů, ale pouze u těch, kteří jsou k tomuto typu péče indikováni. Jedná se o klienty, kteří nejsou schopni své záležitosti zvládnout vlastními silami a došlo u nich k velkému sociálnímu propadu, zahrnujícímu často i problémy se zákonem*“ (Nepustil, 2013, s. 19). Cílem case managementu je, aby případ nebyl - tzn. zplnomocnění klienta, jeho aktivizace a uschopnění do té míry, aby nepotřeboval žádné sociální služby.

Kontaktní centra dále nabízejí **testování na infekční onemocnění**, případně také **těhotenské testy a testy na přítomnost návykových látek v moči**. Princip testů na infekční onemocnění je popsán v kapitole 6.2.1. Testy na přítomnost drog a jejich metabolitů v moči slouží ke kontrole abstinence. „*Neoddělitelnou součástí testování je předtestové poradenství, předání informací o průběhu a limitech prováděného testu, odběr moči, samotné provedení testu a potestové poradenství*“ (Seznam, 2006, s. 39). Těhotenský test slouží ke zjištění těhotenství.

V případě pozitivního výsledku nabídne pracovník klientce relevantní služby, v případě negativního výsledku podá informace o možnostech plánovaného rodičovství (Seznam, 2006).

Pracovníci kontaktního centra jsou proškoleni k tomu, aby dokázali klientům poskytnout **základní zdravotní ošetření**. „Cílem je ošetřit základní poranění a poskytnout nejnnutnější pomoc v kombinaci se snahou přimět klienta, aby využil odbornou pomoc lékaře“ (Seznam, 2006, s. 64).

### 3.4 Pracovníci kontaktních center

Tým pracovníků KC by měl být podle Libry (2003) multidisciplinární, protože nároky KC přesahují jeden obor. Libra rozlišuje čtyři pozice - vedoucí programu, kontaktní pracovník, specialista a dobrovolný spolupracovník. Vedoucí KC má podle autora umět vše od zhodnocení potřeb cílové skupiny přes výběr týmu až po stanovení kontraktu mezi spolupracujícími organizacemi. Kontaktní pracovníci jsou ti, kteří přicházejí nejčastěji do kontaktu s klienty. Specialisty míní autor většinou externí pracovníky s omezeným úvazkem, a to např. psychology, psychiatry apod. Dobrovolní spolupracovníci mohou být např. bývalí uživatelé drog. Vobořil (2007) konstatuje, že KC se potýkají s problémem získat kvalifikované pracovníky. Důvod spatřuje v malém zájmu odborníků z pomáhajících profesí pracovat v nepřehledném prostředí drogových služeb.

### 3.5 Shrnutí

**Kontaktní centra jsou nízkoprahové adiktologické služby, které poskytují pomoc osobám závislým na návykových látkách a jejich okolí. Hlavní nabídkou služeb KC jsou výměnný program, sociální práce, kontaktní práce, poradenství a testování na infekční onemocnění. KC rovněž nabízejí služby určené osobám v nepříznivé sociální situaci (potravinový servis, hygienický servis).**

## 4. Specifika poskytování adiktologických služeb na malých městech

### 4.1 Specifika cílové skupiny na malých městech

Ačkoliv odborná literatura podle Pellyho a Tichého (2009) se specifiky poskytování adiktologických služeb na malých městech nepočítá, lze najít mezi těmito službami ve velkých a malých městech určité rozdíly. „*Termín ‚malé město‘ přitom nepostihuje geografickou ani demografickou rozlohu města, jde spíš o termín popisující zvláštní, neanonymní ‚maloměstské‘ prostředí dané lokality, sídliště atd.*“ (tamtéž, s. 141). Němec (2003) doplňuje, že roli hraje nejen velikost, ale i atmosféra města.

Nízkoprahové adiktologické služby na malých městech poskytují často z důvodu absence jiných služeb širší škálu služeb pro různorodější klientelu (Těrmínová Richterová, 2008). Důvodem zahrnutí i jiných klientů než UD do cílové skupiny bývá také často důsledkem systému financování v lokalitě (viz kapitola 3.2). Vágnerová a kol. (2013) např. uvádí, že kontaktní centra na malých městech často poskytují služby také bezdomovcům. Praxe nízkoprahových adiktologických služeb o. s. Prevent je taková, že poskytují kromě UD a bezdomovců služby také osobám ohroženým sociálním vyloučením, osobám pracujícím v sexbyznysu a obětem násilí (viz kapitola 3.2).

Němec (2003) popisuje práci na malém městě jako práci se strachem, obavami a neinformovaností klientů. „*Snad skutečnost, že se tady skoro všichni znají, anebo alespoň ten pocit je příčinou ohromných obav a abnormálního strachu našich klientů a stále zřetelné tabuizování drogového problému na malých městech zabraňuje přísunu validních informací*“ (s. 46). Autor také uvádí, že mnoho UD na malých městech vůbec o existenci HR programů v jejich městě neví, případně mají strach, že pracovníci těchto služeb jsou tajní policisté či spolupracovníci policie. Prolomit počáteční nedůvěru k nízkoprahovým službám je dle Němce (tamtéž) prací na mnoho měsíců. Podle Libry (2003) si KC na malých městech ve svých počátcích procházejí většinou obdobím „čekání na klienty“. Toto období vyžaduje proaktivní postup - tzn. když klienti nepřichází ke službě, musí služba přijít k nim. Proto mnohá KC zřizují terénní programy, které jsou určena k vyhledávání klientů.

Mnozí klienti nevyužívají služeb zejména proto, že se bojí prozrazení faktu, že užívají drogy. Z praxe zavádění TP na malém městě Němec (2003) uvádí, že klienti, kteří bez ostychu využívali služeb hned, byli většinou ti, kteří buď využívali služby už v jiných městech, nebo o kterých bylo už všeobecně známo, že jsou UD. Jednalo se většinou o dlouhodobé, převážně opiátové klienty.

## 4.2 Specifika poskytovaných služeb na malých městech

KC a TP na malých městech nabízejí kromě služeb pro ně typických také služby, které ve větších městech většinou obstarávají jiné sociální služby. Jedná se např. o služby následné péče a doléčování, ambulantní léčby, práce v terénu s bezdomovci, probační programy apod. (Těrmínová Richterové, 2008). Janíková (2008) označuje propojení více služeb pod jednu nízkoprahovou službu (nejčastěji KC) za často uplatňovaný model na menších městech. Spojuje se podle autorky většinou KC, TP, programy primární prevence atd. Rozšíření nabídky služeb vnímá Libra (2003) jako výzvu pro budoucí podobu KC. *„Podoba takovýchto zařízení by pak mohla připomínat agentury, kde profesionálně zdatní pracovníci zajišťují služby pro náročné klienty, kteří je potřebují nejvíce, a svoje ‚portfolio‘ rozšiřují i na jiné aktivity, ve kterých mohou zúročit svoje zkušenosti, znalost problematiky, nákladné tréninky. Většina lidí v Čechách nežije ve velkých městech“* (s. 169).

Ve velkých městech je běžná praxe, že když se klienti rozhodnou pro změnu, jsou z nízkoprahových zařízení odkázáni do vhodné další služby. Na menších městech, kde nefunguje dostatečně pestrá síť dalších služeb, je však praxe jiná. Nízkoprahová zařízení často musí z nedostatku jiných možností péče zprostředkovat cestu procesem změny samy (Větrovec, 2009).

Libra (2003) upozorňuje na fakt, že mnoho nízkoprahových zařízení mimo velká města<sup>4</sup> sužují existenční obavy. Počty klientů nelze srovnávat s počty klientů ve velkých městech. Měřítkem kvality služby však nejsou počty klientů, ale doložená změna v chování jednotlivců a skupin.

Výhodou služeb na menších městech je nižší počet klientů, který pracovníkům umožňuje individuálnější přístup. Individuální přístup ze strany pracovníků je jedním z faktorů, který ovlivňuje spokojenost klientů se službou (Charvát, 2004). Rovněž Libra (2003) upozorňuje na důležitost individuálního přístupu: *„Dokud ovšem tito klienti kontaktních center nezískají postupně pro pracovníky jméno a tvář, pokud služby zůstanou u instrumentálního nastavení výměn a skupinových ‚volnočasových‘ a ‚resocializačních‘ aktivit, pokud pracovníci s rostoucím profesionálním sebevědomím nenaváží individuální specifické kontrakty, nenabídnou sebe a pak ‚na míru šitou pomoc‘, nelze očekávat cíleně podpořené změny v individuálních scénářích a osudech“* (s. 166).

Němec (2003) považuje za velký problém menších měst nedostatečnou informovanost klientů o HR službách. Za vhodnou formu šíření osvěty a zároveň informace, že se nízkoprahové služby ve městě nacházejí, označuje pořádání besed pro školní populaci od 15 let. *„Jde o jednodinový blok, který je většinou součástí uceleného primárně-preventivního programu*

---

<sup>4</sup> S finančními obtížemi se však setkávají i nízkoprahová adiktologická zařízení ve velkých městech - pozn. autorky.

*každé školy, představí studentům filozofii Harm Reduction, potřebnost těchto aktivit a podá základní informace o infekčních chorobách“ (s. 47). Další možnou metodou předání informací je podle autora umístění informačních letáčků v barech, hernách a lékárnách.*

### 4.3 Pracovníci na malých městech

Jelikož jsou kontaktní centra na malých městech většinou relativně malá, zaměstnávají také menší počet pracovníků. Méně pracovníků však klade větší požadavky na jejich univerzalitu (Libra, 2003). Přitom právě na malých městech je obtížné najít takové pracovníky, kteří by byli dostatečně kvalifikovaní. Důvodem je jak koncentrace vysokých a vyšších odborných škol ve velkých městech, tak malý zájem pracovníků pracovat v nepříliš populárních drogových službách (Vobořil, 2007).

Řada pracovníků v lokalitě, kde pracuje, zároveň bydlí a setkává se tedy s klienty i mimo práci (Pelly, 2009). V takovém případě je na pracovníkovi, aby si dokázal pevně nastavit hranice mezi profesionálním a osobním životem. Pelly a Tichý (2009) uvádí několik pravidel, která k tomuto nastavení napomáhají. V první řadě doporučují striktní oddělení práce a volna, tzn. vytvoření pevného pracovního harmonogramu. Tento harmonogram by měl být pro klienty transparentně definován. Za neméně důležité považují autoři pevné vymezení rolí v profesním vztahu já a klient. Nedělníková (2008) upozorňuje na riziko duálního vztahu, který je podle ní „*situace, do nichž se pracovník dostává, kdykoliv převezme ve vztahu ke klientovi další roli - přítele, zaměstnavatele, učitele, obchodního partnera, sexuálního partnera, člena rodiny atd.*“ (s. 384). Podle autorky přitom nezáleží na tom, jestli byl tento vztah uzavřen před, během nebo po profesionálním vztahu klient-pracovník. Způsobem, jak udržet vztah pracovníka s klientem na profesionální úrovni, je podle Pellyho a Tichého (2009) např. nedávat klientům telefonní číslo, pracovní telefon zapínat jen v pracovní době, nesdělovat adresu atp. Jasně vymezení rolí je vhodné nejen pro pracovníka, který si tak nenarušuje své soukromí prací, ale také pro klienta, který se v takovém vztahu snáze orientuje.

### 4.4 Shrnutí

Nízkoprahové adiktologické služby na malých městech mají oproti těmto službám v městech velkých řadu specifik. Nízkoprahová zařízení většinou poskytují **širší nabídku služeb pestřejší klientele**. Přesto se však často **potýkají s nedostatkem klientů** (zejména v počátcích své existence), který souvisí jednak se **strachem klientů z prozrazení**, že užívají drogy, jednak s **méně početnou populací UD**.

Vzhledem k **nedostatečnému množství personálu** je kladen **důraz na jeho univerzalitu**. Pracovníci mají oproti velkým městům prostor na **více individuální práci**, což je klienty hodnoceno pozitivně. Zároveň se však mnozí pracovníci musejí potýkat s faktem, že pracují v lokalitě, ve které zároveň žijí, a setkávají se tedy s klienty i mimo službu. Záleží na každém pracovníkovi, jak dokáže v takovém případě pracovat s **hranicemi mezi profesionálním a osobním vztahem s klientem**.

## 6. Specifika práce na malých městech očima pracovníků o. s. Prevent

### 6.1 O. s. Prevent

#### 6.1.1 Principy a zaměření

Občanské sdružení Prevent je organizací, která působí výhradně v Jihočeském kraji. Poskytuje služby zejména v oblasti adiktologie - je největším poskytovatelem těchto služeb v kraji. Dále se zabývá prací s dětmi a mládeží, vzdělávacími aktivitami a podporou pěstounských rodin. Všechny služby, které o. s. Prevent poskytuje, budou popsány dále.

O. s. Prevent je poskytovatelem sociálních a zdravotnických služeb. Každá z poskytovaných služeb má své specifikum a stojí na rozdílných základech, základní principy jsou však pro celou organizaci společné. Mezi tyto principy patří zejména **dobrovolnost** a **informované rozhodnutí**, to znamená, že uživatelé služby do ní vstupují dobrovolně a jsou informováni o jejích podmínkách a svých právech a povinnostech. Další z principů jsou **otevřenost služeb** (tzn. na tvorbě služby a jejím nastavení se mohou podílet všichni její uživatelé), **respekt ke schopnostem a možnostem uživatele služby** a dále **rovnost** - využití služby není omezeno na základě vzdělání, věku, pohlaví, rasy, politického přesvědčení, náboženství atp. V souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. vycházejí služby vstříc individuálním potřebám každého jedince, který službu využívá. Důležitým principem je **princip mlčenlivosti**, to znamená, že důvěrné informace uživatele služby nejsou sdělovány třetí osobě bez jeho souhlasu. Výjimku tvoří skutečnosti vyplývající ze zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník a dále v případě zdravotnických zařízení povinnosti těchto zařízení vyplývající ze zákona 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Další výjimky vyplývají z pověření k sociálně-právní ochraně dětí, které je o. s. Prevent uděleno.

Posledními ze základních principů jsou **odbornost personálu** (všichni splňují zákonem dané požadavky na danou pozici a dále se ve svém oboru podle individuálních vzdělávacích plánů vzdělávají) a spolupráce s ostatními sociálními službami, zdravotnickými zařízeními a úřady v regionu (cit. 2013-12-02, <http://www.os-prevent.cz/o-nas/principy>).

#### 6.1.2 Historie

**O. s. Prevent vzniklo v roce 1999.** Prvními aktivitami byly jednorázové preventivní programy na školách. V tomtéž roce bylo otevřeno první zařízení - Krizové a kontaktní centrum ve Strakoncích (cit. 2013-12-05, <http://www.os-prevent.cz/o-nas/historie>).

V prvních letech své existence se sdružení zaměřovalo zejména na programy primární prevence na školách. Činnost další adiktologické služby byla zahájena v roce 2002, a to v součinnosti s prachatickým občanským sdružením Společnost pro poskytování psychosociální pomoci občanům (SPPPO). Projekt, který dostal název Jihočeský streetwork, se zaměřuje na terénní práci s uživateli drog (dále jen UD) (cit. 2013-12-05, <http://www.os-prevent.cz/o-nas/historie>).

V roce 2004 bylo otevřeno Jihočeské substituční centrum (dnes Substituční centrum Prevent) v Českých Budějovicích. O dva roky později dochází k fúzi o. s. Prevent s o. s. SPPPO, čímž přechází pod hlavičku o. s. Prevent Krizové a kontaktní centrum v Prachaticích. V tomtéž roce bylo v Českých Budějovicích otevřeno Centrum následné péče (t. č. Doléčovací centrum Prevent). Roku 2008 vzniká v Českých Budějovicích další program, a to Drogová poradna Prevent (v současnosti Adiktologická poradna Prevent) (<http://www.os-prevent.cz/o-nas/historie>). V témže roce se o. s. Prevent stává členem svazu občanských sdružení o. s. Proadis, který sdružuje poskytovatele sociálních a adiktologických služeb a koordinuje jejich aktivity (cit. 2013-12-03, [www.proadis.cz](http://www.proadis.cz)).

V roce 2010 vzniká pod hlavičkou o. s. Prevent další kontaktní centrum, tentokrát v Českých Budějovicích. Rok poté zahajuje sdružení činnost prvního nízkoprahového zařízení pro děti a mládež Station 17 v Blatné.

V roce 2012 dochází k oddělení programů primární prevence, které o. s. Prevent provozovalo v různé míře a podobě od začátku svého působení. Vzniká tak o. s. DO SVĚTA. V témže roce dochází k dalším dvěma významným rozšířením o. s. Prevent - vzniká NZDM Cross ve Strakoniciích a sdružení se připravuje na zcela novou činnost, a to podporu pěstounských rodin, která je zahájena v následujícím roce. V roce 2013 přibývají ještě Resocializační programy Prevent (cit. 2013-12-05, <http://www.os-prevent.cz/o-nas/historie>).

Od roku 2014 se z o. s. Prevent vlivem transformací občanských sdružení vycházejících z nového občanského zákoníku<sup>5</sup> stává zapsaný spolek - sdružení tedy mění název na o. s. Prevent, z. s. (jelikož je ale nadále užíváno označení o. s. Prevent, podržíme se tohoto označení i v této práci).

### *6.1.3 Programy a další činnost o. s. Prevent*

O. s. Prevent provozuje celkem osm adiktologických projektů, dále dvě nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, poskytuje podporu pěstounským rodinám, zajišťuje vzdělávací

---

<sup>5</sup> Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

aktivity a Jihočeskou adiktologickou konferenci a každoročně organizuje amatérský triatlon Železný adiktolog.

O třech nízkoprahových adiktologických programech (**Jihočeský streetwork Prevent**, **Kontaktní centrum Prevent Prachatice** a **Kontaktní centrum Prevent Strakonice**) bude pojednáno dále. Všechny tyto programy jsou provozovány na malých městech<sup>6</sup>. V Českých Budějovicích funguje třetí z kontaktních center pod hlavičkou o. s. Prevent, **Kontaktní centrum Prevent České Budějovice**. Zařízení zahájilo svou činnost v roce 2010 (cit. 2013-12-08, <http://kccb.os-prevent.cz/home>). Ročně obslouží kolem 350 klientů, a to ve více než 6000 kontaktech. Počet vydaných injekčních stříkaček v roce 2012 byl 53 684 (Výroční, 2013b).

**Adiktologická poradna Prevent** vznikla v roce 2008. Poradna poskytuje ambulantní léčbu a doléčování závislostí, odborné sociální poradenství, pomoc při přípravě na pobytovou léčbu, krizovou intervenci apod. (cit. 2013-12-06, <http://dp.os-prevent.cz/home>). V roce 2012 ji navštívilo 245 klientů, z toho 112 uživatelů nealkoholových drog a 113 rodinných příslušníků a jiných blízkých osob. Zbytek tvořili uživatelé alkoholu a osoby závislé na hracích automatech (Výroční, 2013b). V prostorách Adiktologické poradny Prevent jsou od roku 2013 provozovány také **Resocializační programy Prevent**. Programy jsou spolufinancovány z prostředků Evropského sociálního fondu v ČR a jsou určeny jak klientům abstinujícím (v prostorách Adiktologické poradny Prevent), tak klientům aktuálně konzumujícím (pod střechou Kontaktního centra Prevent České Budějovice). Cílem programu je zvýšit pravděpodobnost uplatnění klientů na trhu práce. Speciálně se projekt zaměřuje na osoby čekající na nástup do výkonu trestu odnětí svobody, vykonávací jej nebo se z něj navracející (cit. 2013-12-06, <http://rpp.os-prevent.cz/home>).

V jihočeské metropoli zřizuje o. s. Prevent ještě další dvě zařízení, a to **Substituční centrum Prevent** a **Doléčovací centrum Prevent**. Substituční centrum Prevent přijalo první klienty v roce 2004. Cílem centra je návrat osob závislých na opiátových drogách prostřednictvím substituční léčby zpět do běžného života (cit. 2013-12-06, <http://sc.os-prevent.cz/>). Centrum poskytuje substituční léčbu buprenorfinem a metadonem, přičemž převažuje substituce druhou ze zmíněných látek - v roce 2012 docházelo na substituční léčbu celkem 33 osob, z nichž 29 na léčbu metadonem (Výroční, 2013b).

Doléčovací centrum Prevent vzniklo v roce 2006. Klienty centra jsou abstinující osoby, které absolvovaly léčbu a přicházejí nejdéle 4 dny po jejím ukončení. Cílem služby je opětovné začlenění těchto osob do společnosti. Podmínkou účasti v programu je kromě jiného i pravidelné docházení do zaměstnání. Služba je poskytována v pobytové (kapacita 12 osob) i ambulantní

---

<sup>6</sup> Malým městem rozumíme pro potřeby této práce město s méně než 40 000 obyvateli.

(kapacita 5 osob) podobě. Délka programu je 6-8 měsíců (cit. 2013-12-06, <http://dc.os-prevent.cz/home>).

Vedle adiktologických služeb poskytuje o. s. Prevent také dvě nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (dále NZDM) – **NZDM Station 17** (otevřeno v roce 2011 v Blatné) a **NZDM Cross** (otevřeno v roce 2013 ve Strakonících). Obě zařízení jsou určena dětem a mládeži od 14 do 26 let. Poskytují pomoc, podporu a informace osobám, které se ocitají nebo mohou ocitnout v obtížných životních situacích nebo jsou ohroženy sociálně nežádoucími jevy. NZDM je rovněž místem, kde mohou klienti trávit volný čas, a je tedy alternativou k barům, hospodám atd. (cit. 2013-12-08, <http://cross.os-prevent.cz/>).

V roce 2013 rozšířilo o. s. Prevent svoji registraci k sociálně právní ochraně dětí o uzavírání dohod o **výkonu pěstounské péče a poskytování výchovné a poradenské péče při výkonu pěstounství**. Rovněž připravuje pro pěstouny vzdělávací kurzy a semináře (cit. 2013-12-08, <https://sites.google.com/a/os-prevent.cz/podpora-pestounskych-rodin/>).

Mezi činnostmi o. s. Prevent patří i organizace **vzdělávacích kurzů** a Jihočeské adiktologické konference. Vzdělávací kurzy jsou určeny pro pracovníky v sociálních službách a jsou akreditované Ministerstvem práce a sociálních věcí. Jihočeskou adiktologickou konferenci pořádá o. s. Prevent každoročně od roku 2007.

V posledních dvou letech zorganizovalo o. s. Prevent amatérský triatlonový závod s názvem **Železný adiktolog**. Akce si klade za cíl rozšířit povědomí o adiktologických službách i závislostech obecně. Závodů se mohou krom pracovníků v adiktologických službách zúčastnit také abstinující klienti i široká veřejnost. Součástí akce je i doprovodný program pro děti i dospělé (cit. 2013-12-08, <http://www.zelezny-adiktolog.cz/clanky/proc--zelezny-adiktolog-.html>).

## 6.2 Terénní programy

Terénní práce v o. s. Prevent je zajišťována zejména samostatným programem, který se zaměřuje výhradně na terénní práci, a to Jihočeským streetworkem Prevent. Zároveň ale fungují TP také pod Kontaktním centrem Prevent Prachatice (dále jen KCP PT) a Kontaktním centrem Prevent Strakonice (KCP ST). TP pod kontaktními centry mají za cíl zejména monitoring terénu, vyhledávání a oslovování potenciálních klientů a jejich odkaz do kontaktního centra (popř. do jiné služby). Výměnný program a distribuci dalšího materiálu se v rámci tohoto TP provádí pouze výjimečně (viz kapitoly 6.3.1 a 6.3.2).

### 6.2.1 Jihočeský streetwork Prevent

Program Jihočeský streetwork Prevent (JSP) vznikl v roce 2002 v součinnosti o. s. Prevent a o. s. SPPPO Prachatice. Důvodem byla absence TP v Českých Budějovicích. Kromě krajského města působí JSP v dalších 17 městech<sup>7</sup> Jihočeského kraje, zejména v těch, která nejsou pokryta žádnými adiktologickými službami. Do daných lokalit jezdí pracovníci JSP v pravidelných časech (cit. 204-10-01, <http://js.os-prevent.cz/home>).

JSP poskytuje UD základní služby, které mají za cíl zdravotní a sociální stabilizaci klientů. Usiluje o snižování rizik spojených s užíváním nealkoholových drog v populaci UD i široké veřejnosti. Základními službami, které JSP nabízí, je výměna injekčního materiálu a distribuce materiálu ke snižování zdravotních rizik. Dále poskytuje informace o bezpečném užívání drog a bezpečném sexu, základní zdravotní, sociální a právní poradenství, zdravotní ošetření drobných poranění, krizovou intervenci, motivační trénink, zprostředkování léčby a odkaz do jiných zařízení, sociální práce a asistence (služby budou blíže specifikovány v následujících kapitolách) (Koncepte, 2011).

Terénní pracovníci dále zprostředkovávají klientům testy na infekční onemocnění (HIV, virová hepatitida B, virová hepatitida C a syfilis) a těhotenské testy. Dolanská a kol. (2004) považují testování na infekční onemocnění za stěžejní při prevenci šíření těchto onemocnění. „K prevenci šíření infekčních onemocnění nepatří pouhé předávání informací, i když jeho význam je nepopíratelný, ale i samotné provádění testů, na základě jejichž výsledků je pak možné specifikovat další péči o klienta“ (s. 5). Používány jsou rychlé testy z kapilární krve, které jsou pro potřeby nízkoprahových služeb vhodné, protože k jejich používání není zapotřebí laboratorní průpravy a výsledek testů je možné odečíst již po několika minutách. Další výhodou těchto testů je, že je nemusí provádět zdravotnický personál. Testy jsou klientům prováděny anonymně a bezplatně (Dolanská a kol, 2004). Výjimku tvoří testy na syfilidu, na kterou se vztahuje ohlašovací povinnost. Testy jsou prováděny buď v bytech UD nebo v institucích, které s JSP spolupracují (Adiktologická poradna Prevent apod.) (Koncepte, 2011).

Cílovou skupinu tvoří dlouhodobí uživatelé nealkoholových drog, rekreační uživatelé i experimentátoři. Služby jsou poskytovány nejen těm, kteří si aplikují drogy intravenózně, ale i těm, kteří je užívají jinými způsoby. TP jsou prováděny na ulicích, v parcích, v restauracích, barech, klubech i na bytech. Terénní práce se zaměřuje i na kuřáky THC, jimž JSP nabízí speciální filtry, sloužící ke snižování škodlivin, které kuřáci při užívání THC inhalují. Pracovníci JSP navštěvují také pravidelně různé taneční akce, na kterých se zaměřují na uživatele tanečních

---

<sup>7</sup> Českbudějovicko - České Budějovice, Týn nad Vltavou, Borovany, Nové Hrady, Trhové Sviny; Strakonicko - Blatná, Strakonice, Volyně, Vodňany; Prachaticko - Vimperk, Prachatice, Volary, Vlachovo Březí, Husinec, Horní Vltavice, Netolice; Tábořsko - Soběslav, Veselí nad Lužnicí.

drog (Koncepce, 2011). V minulosti prováděli i testování tablet extáze. Tato aktivita se však nesečkala s pochopením ze strany státu, proto byla ukončena. Ministerstvo vnitra a Policie ČR označili testování tablet extáze za neprůkazné a vyvolávající falešný pocit bezpečí na straně uživatelů. Dále považují toto testování za ve své podstatě nelegální a upozorňují rovněž na možnou odpovědnost realizátorů testů za případný následek užití tablety. Aktivity spojené s testováním extáze zvyšují podle těchto orgánů povědomí ve společnosti, že užívat drogy je normální, a podporují zahálčivý způsob života (Stanovisko, 2010).

V souvislosti s Individuálními projekty Jihočeského kraje, které se spolupodílejí na financování JSP, byla v roce 2013 rozšířena cílová skupina, na kterou se tento program zaměřuje. Krom osob ohrožených závislostí pracují v současné době pracovníci JSP také s lidmi ohroženými sociálním vyloučením, s bezdomovci, s prostitutkami a oběťmi trestných činů.

V roce 2012<sup>8</sup> se pracovníci JSP setkali celkem s 641 klienty, z nichž šlo v naprosté většině o uživatele nealkoholových drog (617 klientů). Více než dvě třetiny tvořili muži. S klienty se pracovníci setkali v celkem 5097 kontaktech. Počet vyměněných stříkaček byl 44 531 (Výroční, 2013b).

### **6.3 Kontaktní centra o. s. Prevent na malých městech**

#### *6.3.1 Kontaktní centrum Prevent Prachatice*

Kontaktní centrum v Prachaticích bylo zřízeno v roce 1996 Společností pro poskytování psychosociální pomoci občanům (nyní o. s. Portus). Pod touto společností fungovalo až do roku 2006, kdy přešlo pod o. s. Prevent (cit. 2014-01-15, <http://kcpt.os-prevent.cz/historie>).

KCP PT poskytuje všechny výše popsané služby, které kontaktní centra běžně poskytují. Klienty často využívanou službou je zejména výměnný program, dále kontaktní místnost a doplňkové služby, sociální práce, testování a poradenství. Testování se v KCP PT provádí jak na infekce (HIV, virová hepatitida B, virová hepatitida C, syfilis), tak na přítomnost drog v moči. Testy na infekční onemocnění jsou ve vybrané hodiny poskytovány za malý příplatek i osobám z řad veřejnosti, tedy osobám, které nejsou UD ani sociální okolí UD. Testy na přítomnost drog v moči poskytuje KCP PT buď na žádost klientů samých (či jejich zákonných zástupců), tak na žádost spolupracujících institucí (odbor sociálně právní ochrany dětí, probační a mediační služba, psychiatři, azylové domy). Pod KCP PT funguje dále terénní program, který je však v současné době spíše okrajovou záležitostí (Koncepce, 2012a). V roce 2014 se také pracovníci KCP PT odhodlali po vzoru jiných občanských sdružení pustit do case managementu, služba je však zatím ve fázi plánování.

---

<sup>8</sup> V tomto roce působil JSP ve 12 městech a obcích.

KCP PT dále poskytuje strukturované poradenství. Cílovou skupinou této služby nejsou jen uživatelé nealkoholových drog, ale rovněž osoby závislé na alkoholu, hracích automatech či jiném hazardu (např. na pokeru) apod., tzn. osoby ohrožené jakýmkoliv typem závislosti. Pracovníci pracují s klienty podle jejich zakázky. Častými případy jsou terapie za účelem podpory v abstinenci (většinou po absolvování léčby), ambulantní léčby či rodinné poradenství/rodinná terapie.

KCP PT dále poskytuje některé **specifické služby pro nestandardní cílovou skupinu**, které vychází zejména z potřeby lokality, ve které se jiné sociální služby, které by tyto potřeby naplňovaly, nevyskytují. Touto cílovou skupinou jsou osoby bez přístřeší, které však nejsou uživateli nealkoholových drog. *„Bezdomovectví označuje situaci bezprostřední nouze, v níž se ocitá člověk bez trvalého domova“* (Matoušek, 2005, s. 316). Ve velkých městech existují pro tuto klientelu speciální služby, na menších městech se však poskytují často právě v KC. *„Tato ‚káčka‘ často supluje nízkoprahové služby pro mladé bezdomovce mimo Prahu“* (Vágnerová, 2013, s. 310). Závislost je častým doprovodným jevem života na ulici. *„Vztah mezi užíváním drog a alkoholu a bezdomovectvím je oboustranný: lidé, kteří takové látky ve větší míře užívají, skončí snáze na ulici a naopak, bezdomovecký styl života posiluje tendenci brát drogy či pít alkohol“* (Vágnerová, 2013, s. 63). Matoušek (2005) rovněž uvádí, že závislost na návykových látkách byla buď primární příčinou sociálního vyloučení, nebo vznikla až za života na ulici. Autor dále uvádí, že primárními potřebami, které osoby bez přístřeší mají, je mít se kde najíst, kde si odpočinout, kde se umýt a kde si vybrat šaty z šatníku, případně si vyprat. Právě tyto služby KCP PT těmto osobám ve stanovený den nabízí.

Pracovníci KCP PT se také účastní pravidelných **supervizí**. *„Podstatou supervize, jak je chápána v pomáhajících profesích, je hlavně reflexe, podpora a rozvoj. Vztah mezi supervizorem a supervizantem je spíše prostředím, kde se odehrává interakce těchto dvou osob s cílem rozvoje supervizovaného. Neměla by tedy znamenat využití moci, ale spíše vlivu, který vyplývá například z neformální autority zkušenějšího terapeuta, jeho zkušenosti, ale také umění užívat metodu supervize k rozvoji a učení méně zkušeného kolegy“* (Bártlová, 2007, s. 6). Maroon a kol. (2007) rozlišují tři funkce supervize: administrativně řídicí (např. při rozdělení pracovních úkolů, rozboru kvality provedené práce apod.), vzdělávací a podpůrná. Nedostatek supervize může vést k pocitům opotřebovanosti, rigidity, zaujímání obranné pozice a k syndromu vyhoření (Hawkins, 2004). V KCP PT probíhá týmová supervize. Výhody týmové supervize spatřují Hawkins a Shohet (2004) v ekonomických důvodech, v podpůrné atmosféře skupiny, v možnosti slyšet reflexi a zpětnou vazbu i kolegů, nejen supervizora. *„Týmová supervize předpokládá, že supervizi potřebuje kromě členů týmu ještě další entita. Tou je sám tým. Považujeme tým za entitu, jež je něčím více než pouhým součtem částí, má svou vlastní osobnost a vlastní psychický*

život“ (Hawkins, 2004, s. 140). Všem pracovníkům je zároveň nabídnuta možnost individuální supervize.

V roce 2013 navštívilo KCP PT celkem 180 klientů. 131 osob z celkového počtu klientů byli UD, z toho 87 injekční UD. Ženy tvořily 30 % ze všech UD, kteří v roce 2013 navštívili KCP PT. Klientům byly poskytnuty služby celkem 1033krát, z toho 911 kontaktů bylo s UD. Počet vydaných injekčních stříkaček byl 13 238. Nejčastěji poskytovanou službou byla sociální práce (včetně odkazů do jiných zařízení) (cit. 2014-02-10, <http://kcpt.os-prevent.cz/strategie-cile>).

### *6.3.2 Kontaktní centrum Prevent Strakonice*

KCP ST vzniklo v roce 1999 pod názvem Krizové a kontaktní centrum Strakonice jako první projekt o. s. Prevent. Od roku 2010 se používá pouze název Kontaktní centrum Prevent Strakonice (Koncepce, 2012b).

Služby KCP ST jsou totožné se službami KCP PT. Z důvodu sníženého množství kontaktů v předchozích letech se v roce 2013 intenzivněji prováděla terénní práce. Od května 2013 byl do služeb zapojen také terénní pracovník z řad UD. Jedná se o aktivního UD, který po zaškolení distribuuje HR materiál a podává základní informace o bezpečném užívání drog skryté populaci uživatelů drog, kteří nejsou v kontaktu s žádnými službami. Za rok 2013 se na pozici externího terénního pracovníka vystřídali celkem čtyři klienti. Důvodem ukončení spolupráce byla ve většině případů obtížná komunikace mezi externím pracovníkem a zařízením a nespolehlivost externího pracovníka (cit. 2014-02-10, <http://kcst.os-prevent.cz/strategie-cile>).

Před vchodem do KCP ST je od roku 2011 umístěn výměnný automat. Automat obsahuje několik setů, ze kterých si klient může vybrat. Každý set obsahuje kromě HR materiálu také návod, upozornění a odkazy na služby (Výdejní, 2009). Otázkou zůstává, zda výměnný automat slouží spíše jako nástroj prvního kontaktu s klientem (klient využije toho, že je u KCP ST a KC navštíví), nebo naopak způsobuje odliv klientů ze služeb.

V roce 2013 využilo služeb KCP ST celkem 209 klientů. 173 klientů jsou UD, z toho 92 osob si drogu aplikuje nitrožilně. 13 klientů se v celkem 40 kontaktech podařilo oslovit externím terénním pracovníkem. Pracovníci KCP PT přišli s klienty do kontaktu celkem 1079krát. V roce 2013 bylo mezi klienty distribuováno celkem 10 524 injekčních stříkaček, z toho 1378 skrz výdejní automat a 151 externím terénním pracovníkem. Nejčastěji poskytovanou službou byla sociální práce (cit. 2014-02-10, <http://kcst.os-prevent.cz/strategie-cile>).

## 6.4 Východiska průzkumu a výzkumný problém

Průzkum uvedený v této práci si kladl za cíl popsat, jak vnímají práci na malých městech samotní pracovníci v nízkoprahových adiktologických službách. Průzkum má pomoci porozumět tomu, jaká jsou specifika práce v těchto službách na malých městech. Vycházelo se z předpokladu, že práce na malých a velkých městech je v některých oblastech odlišná (srov. např. Němec, 2003; Pelly a Tichý, 2009; Těrmínová Richterová, 2008), což pociťují i samotní pracovníci a má to vliv na jejich práci. Hlavní výzkumný problém zní **„specifika práce v adiktologických službách na malých městech z pohledu pracovníků v těchto službách“**.

Výzkumné otázky byly položeny dvě: **„Jaká vnímají pracovníci úskalí a jaké naopak možnosti adiktologické práce na malých městech?“** a **„Jak a v čem se liší práce v nízkoprahovém adiktologickém zařízení v malém městě od téže práce v městě velkém?“** Důraz je kladen na subjektivní hodnocení pracovníků.

## 6.5 Metody sběru dat

Hlavním důvodem výběru tohoto tématu bylo jeho nedostatečné rozpracování v dostupné literatuře. Z toho důvodu byla použita kvalitativní metodologie, jelikož je pro vytváření nových teorií o dosud neprozkoumaném jevu vhodnější (Švaříček a kol, 2007). *„Kvalitativní výzkumník nesestavuje ze získaných dat skládku, jejíž konečný tvar zná, spíše konstruuje obraz, který získává konturu v průběhu sběru a pozorování jeho částí“* (Hendl, 2012, s. 50).

Základní použitou metodou při sběru dat bylo semistrukturované narativní interview. Úkolem tazatele je při tomto typu průzkumu podněcovat u respondenta spíše vyprávění než klasickou konverzační výměnu (Miovský, 2006). Dotazovaní byli vyzváni, aby vyprávěli o své práci v kontextu toho, že je vykonávána na malém městě, a to ve čtyřech základních oblastech: klienti, služby, hranice ve vztahu pracovník-klient a postoj veřejnosti. Dva respondenti (viz kap. 6.6) byli zároveň požádáni o srovnání práce ve městě velkém (konkrétně v Českých Budějovicích) a na městech malých. Během vyprávění nebylo dotazovaným do jejich vyprávění vstupováno, pouze v případě nejasností byly kladeny doplňující otázky.

Tato metoda získávání dat se ukázala být vhodná pouze pro některé z respondentů. Jiní měli se souvislým vyprávěním problém a bylo potřeba více jejich projev stimulovat otázkami. Některé otázky byly předem připraveny, jiné byly generovány spontánně v průběhu interakce. Projevy byly nahrávány na diktafon, o čemž byli všichni respondenti předem informováni a vyslovili s tím souhlas.

## 6.6 Respondenti

Průzkumu se zúčastnilo celkem 5 respondentů. Záměrem bylo využít kompletní vzorek, tzn. zahrnout do průzkumu všechny pracovníky KCP PT a KCP ST. „Cílem konstrukce vzorku v kvalitativním výzkumu je reprezentovat populaci problému, populaci jeho relevantních dimenzí“ (Disman, 2000, s. 304). Jeden z domluvených respondentů se však nemohl šetření zúčastnit.

Všichni z dotazovaných mají v uvedených zařízeních délku praxe delší než jeden rok (viz Tab. 1). Dva z respondentů mají zároveň zkušenosti s prací ve velkém městě, a to v rámci terénního programu JSP. Jeden z těchto dvou respondentů má zkušenost rovněž z kontaktního centra v Českých Budějovicích. Tito dva dotazovaní byli požádáni o srovnání práce na malých a ve velkých městech.

Respondent	Pohlaví	Věk	Délka praxe	Zkušenost s prací ve velkém městě
R1	žena	23	2,5 roku	ne
R2	muž	31	5 let	ano
R3	žena	38	5 let	ne
R4	muž	28	2,5 roku	ano
R5	žena	27	1,5 roku	ne

Tab. 1 Seznam respondentů

## 6.7 Průběh sběru dat

Respondenti byli o účast výzkumu požádáni s dvoutříměsíčním předstihem. Samotný průzkum probíhal v jejich pracovním prostředí. Rozhovor trval v průměru hodinu až hodinu a půl.

Vstup do terénu proběhl vzhledem k tomu, že výzkumník je zároveň jedním z pracovníků, bez problémů. Sám výzkumník je tedy domorodcem ve skupině, kterou zkoumá (Švaříček a kol, 2007). Tato role „je riskantní ve smyslu nedostatečného odstupu a neschopnosti vidět věci jinak než jako samozřejmé a dané. Taková role předpokládá velmi silnou sebereflexi na straně výzkumníka“ (tamtéž, s. 77). Výzkumník si musel dávat velký pozor na to, aby nekladl zavádějící otázky a aby při interpretaci dat pracoval skutečně se získanými daty, nikoli s vlastními předpoklady. Dalším úskalím toho, že explorátor je zároveň kolegou respondentů průzkumu, se ukázala být tendence dotazovaných nezmiňovat okolnosti, o nichž předpokládají, že je tazatel samozřejmě zná. Tento problém byl explorátorem částečně eliminován tím, že respondenty opakovaně vyzýval, aby zkusili tuto skutečnost opomenout.

Skutečnost, že výzkumníka respondenti znali, přinesl i několik výhod. Respondenti neměli před tazatelem ostych a mluvili otevřeně a uvolněně. Další výhodou je výzkumníkova znalost problematiky a možnost klást relevantní doplňující otázky.

## 6.8 Metody zpracování dat

Získaná data byla transkribována a dále zpracovávána. Z důvodu větší autenticity byly výpovědi zapsány doslova, bez zásahu zpracovatele. Data byla dále analyzována metodou zakotvené teorie. „*Zakotvená teorie představuje sadu systematických induktivních postupů pro vedení kvalitativního výzkumu zaměřeného na vytváření nové teorie*“ (Švaříček, 2007, s. 84). Nově vytvořená teorie je tedy ukotvená v datech získaných během průzkumu a má ambice směřovat k vyšším rovinám abstrakce (Vágnerová a kol, 2009). Při zpracování dat touto metodou se začíná zkoumanou oblastí, fenoménem a nechává se, aby se v průběhu výzkumu mohlo vynořit to, co je pro danou oblast významné (Miovský, 2006). Tato metoda je vhodná zejména pro zkoumání oblastí, které jsou teoreticky málo zpracované (Hendl, 2012).

Metoda zakotvené teorie spočívá v systematickém shromažďování údajů o zkoumaném jevu a jejich analýze. Získaná data jsou porovnávána mezi sebou s cílem odhalit společnou bázi jednotlivých skupin jevů. Metoda obsahuje tři základní procedury - sběr dat, kódování materiálu k vytvoření základních kategorií a konstruování teorie jako sady tvrzení o vztazích mezi kategoriemi (Švaříček, 2007).

## 6.9 Závěry

V této kapitole jsou uvedeny závěry, které z průzkumu vyplynuly. Výstupy jsou seřazeny do tematických celků, z nichž uvádíme pouze ty, o nichž se zmínilo více respondentů. Závěry jsou doplněny o autentické přepisy sdělení respondentů.

### 6.9.1 Specifika maloměstského prostředí

Specifika práce na malých městech vyplývá ze specifík klientely, se kterou se pracovníci setkávají. Z průzkumu vyplynulo, že klientela se v očích pracovníků město od města různí. To potvrzuje pracovník R4: „*Já nevím, jestli jde vůbec srovnávat ty malá města, protože všude ty lidi jsou jiný.*“ Totéž uvedla i respondentka R5: „*Každý to město je úplně jiný. Jiný lidi, jiný vztahy. Jsou jinak opatrný, jinak se schovávají. V tom se ty malá města hodně liší. Každý je specifický něčím jiným. Takže pak i ta práce je trochu jiná.*“ Pracovnice R3 vnímá velkou rozdílnost mezi malými městy jako jedno z jejich specifík: „*Každý to malé město může být*

*něčím specifický. I v tomhle je možná větší rozdíl mezi klientelou na malých městech než když si srovnáš ty velký města. Každý to káčko na malým městě může mít úplně jinou skupinu uživatelů než na velkém městě.*“ Tentýž názor má i respondent R2: *„Ty velký města jsou víceméně hodně podobný. Nemluvim o Praze, to je úplně jinej svět v tomhle. Ale ty malý města, ty se liší hodně.“*

Respondenti se shodují v tom, že klienti na malých městech jsou z větší části poměrně sociálně stabilizováni. *„Je tu málo klientů takových těch typických, bez práce, s kriminální minulostí a tak“* (R3). Malé město podle pracovníků není prostředím, kde by bylo možné dlouhodobě se udržet, pokud je člověk svým chováním příliš nápadný a společenský nežádoucí. Respondent R2 se s tímto postojem malého města setkává: *„Mám zkušenosti, že ty malý města s lidma, o kterých se to ví - a zejména pokud dělají problémy, hodně jde o krádeže - tak to město má poměrně zajímavý způsoby, jak tenhle jakoby škodící organismus vypudit ze sebe do toho většího města, kde se tohle děje v daleko větší míře, kde mají nicméně větší možnost krást atd.“* *„Pokud někdo propadne tím sociálním sítím na dno, tak má mnohem menší šanci se udržet na tom malým městě. Na malých městech většinou vydrží jenom chvíli.“* Totéž popisuje i respondentka R5: *„Pokud se ty klienti dostanou hodně na dno, tak je to město samo vypudí. Tak šli do většího města.“* Život uživatelů drog je podle respondenta R2 ve velkém městě velmi odlišný: *„Ve velkém městě je možnost žít v subkultuře, přijmout její znaky a v podstatě se vymezit vůči běžný společnosti. Dokážeš krásně přežít jenom v té subkultuře. Na tom malým městě oni by v subkultuře, kdyby žili stylem ‚my jsme uživatelé a žijem jako uživatelé‘, tak by narazili. Právě na to, že tam je málo členů, který by šli proti velký přesile lidí, který tohle nechtěj. Na malým městě se setkávám víc s předsudkama a nevědomostí než ve městě velkém.“*

Maloměstské prostředí má vliv na opatrnost klientů a strach z prozrazení, že jsou uživatelé drog (srov. Němec, 2003). To má dopad i na počty klientů, kteří jsou v kontaktu se službou. *„Nechtěj bejt viděný a nechtěj, aby se to o nich vědělo. Nechtěj bejt viděný, že jdou do káčka<sup>9</sup>,“* uvádí respondentka R1. Tentýž názor má i respondent R2: *„Třeba v Budějicích<sup>10</sup> je těch lidí mnohem víc a je tam větší anonymita, takže ty lidi se nebojí být v kontaktu s tou službou.“* To potvrzuje i pracovník R4: *„Tam když někdo bere, tak se to hrozně rychle roznese. Ať dělá, co dělá, tak se to prostě roznese, takže potom jakékoliv kontakt navíc, ktorej není nutnej, tak nemají potřebu do něj vstupovat. Vim, že třeba lidi si jezdí do jinýho města, i když i do toho jejich se jezdí.“* Respondentka R1 se domnívá, že z tohoto hlediska je pro klienty vhodnější využít služby terénního programu než služby kontaktního centra: *„V tomhle mi přijde dobrej ten terén. Oni jsou prostě ty klienti ve svym prostředí, že jsou prostě takový to. Zavolají si na mobil, sejdou se někde, kde je nikdo nevidí, oni nemusí nikam chodit, je to pro ně pohodlnější.“*

---

<sup>9</sup> Káčko = kontaktní centrum.

<sup>10</sup> Budějice = České Budějovice.

Respondenti R2 a R4 naopak vidí v terénní práci na malých městech mnohá úskalí: „*Kontakt s teréňákem<sup>11</sup> na ulici pro většinu z nich není přípustnej. Jsou náročnější na anonymitu. Víc si dávají na sebe pozor. Nedej bože, aby je někdo viděl s teréňákem. V tu chvíli je narušená pověst. Hlídadají si, aby se nevědělo, že berou, protože by to na ně mohlo mít dopady*“ (R2). „*Fakt je problém ten kontakt navázat na těch malých městech. Tam se každý toho bojí. Prostě oni tě vidí, oni tě znají, jakože prostě ví, o co jde, ale jako nepřijdou si na tu výměnu nebo tak. Je to z toho strachu z toho odsouzení okolí. V těch malých lidech to lidi nálepkuje, když jsou v kontaktu s týpkama s brašnou. V tom velkym městě se schovaj, na malym městě maj strach.*“ (R4).

Prostředí malého města je málo anonymní, což zejména UD nevyhovuje. Velká města se v tomto ohledu od měst malých z pohledu respondentů liší. Rozdílnost mezi klienty z malých a velkých měst popisuje respondent R2: „*Malá scéna má specifickou náročnost na anonymitu klientů. Tady nechci říct je to takhle a takhle, protože každý to malý město je úplně jiný. Ten duch toho města se odráží i do té společnosti uživatelů drog. A zároveň je strašně cejtit, když tam přijede někdo zvenčí. Když přijeli z velkého města kluci, tak se tam vyvalí na nádraží, dělali tam bordel, žebrali, neměli problém s výměnou před lidma, i když my jsme se snažili nějak, aby to nebylo před lidma. Chtěli tu nejlehčí věc, byli na to zvyklí a nedělalo jim problém žádný porušení anonymity. Uplně jiný chování než u těch našich, který si dávali bacha.*“ Vliv na zvýšenou opatrnost má podle respondentů i fakt, že většina klientů, se kterými se na malých městech setkávají, pochází z dané lokality. „*Málo jich je, co se přestěhovali. Nebo se tu narodili, pak odjeli a zas se vrátili*“ (R1). „*Ona taky spousta těch lidí, co berou a jsou na těch malejch městech, tak jsou i jako rodáci, že jo. Kdežto třeba v těch velkejch městech tam se prostě lidi stahujou odevšad možna a už jim pak tolik nezáleží na nějaký anonymitě*“ (R5). Pracovníci uvádí, že se velmi zřídka setkávají s klienty, kteří by byli smířeni s tím, že jsou UD, a neměli problémy veřejně se k tomu přiznat. Respondentka R1 uvádí: „*Je to fakt malý procento těch uživatelů, kterým je to fakt jedno.*“ O tomtéž hovoří respondentka R5: „*Já jsem se nedávno tady na káčko snad poprvé setkala s tím, že mi klient řekl, že je mu jedno, že se to o něm ví. To je jeden z mála, kterej je smířenej s identitou feťáka.*“

Absence anonymity má vliv nejen na obavy klientů z prozrazení, ale i na pracovníky a způsob, jakým služby poskytují. Respondentka R3 uvádí: „*Možná víc to tím pádem klade důraz na nějakou anonymitu, na její dodržování i v rámci kontaktu, kdyby se tu měli potkat dva klienti.*“ Podobně situaci vnímá i respondentka R5: „*Když by se tu měli sejít dva klienti, tak se vždycky předem ptáme, jestli jim nevadí, že tu ještě někdo je. A někdy to i vadí. I když se mezi sebou navzájem většinou znají, nechtěj se tu potkávat, nechtěj, aby se to o nich vědělo. Na to si musíme dávat pozor.*“ Dalším problémem, se kterým se pracovníci i klienti nízkoprahových

---

<sup>11</sup> Teréňák = terénní pracovník.

adiktologických služeb na malých městech často setkávají, je vzájemný kontakt i mimo službu (viz kapitola 6.9.4).

Všichni respondenti se shodli na tom, že velkou potíž činí pracovníkům překonání počáteční nedůvěry klientů. „*Když přijde nový pracovník, tak jsou hodně nedůvěřiví. Chce to čas*“ (R1). „*Cizímu člověku se tam proniká hůř. Je potřeba tam mít ten ksicht, nestačí se zaštitit organizací. Oni jdou po člověku jako takovým. Ten člověk na tom malým městě, když tě vnímá jako cizáka, tak nemá důvod ti věřit. Ho musíš přesvědčit*“ (R2). „*Víc chodí ty klienti za určitou tvář než za službou. Je tam víc důležitá důvěra, budování té důvěry, tím, že ta scéna je uzavřenější, že se víc skреjvaj*“ (R3). Respondent R2 uvádí odlišnost mezi Českými Budějovicemi a malými městy v tom, jak klienti reagují na terénní pracovníky: „*Po logu, když ví, co to je, tak po něm jdou. V Budějovicích po tom logu jdou. Na malých městech jestli se mi to stalo třeba pětkrát v životě. Tam je to víc o ksichtu než o logu.*“

S počáteční nedůvěrou klientů souvisí i jejich špatné snášení změn. Všichni pracovníci, kteří se průzkumu zúčastnili, se shodují v tom, že klienti velmi špatně reagují na změny, zvláště v personálním obsazení týmu. „*Sebemenší změna, třeba výměna lidí v týmu, může zahejbat počtem klientů, který chodí aktuálně do káčka,*“ uvádí respondentka R3. Respondent R2 vzpomíná na situaci, kdy dohnalo časté střídání lidí v týmu klienty k podání oficiální stížnosti. Klienti jsou více než ve velkých městech orientováni na konkrétního pracovníka, nikoli na službu jako takovou.

Ostych, strach a nedůvěra ve služby ztěžují na malých městech navazování nových kontaktů. Libra (2003) mluví o období čekání na klienty. Totéž potvrzují i účastníci průzkumu. „*Občas tady čekáš celý den, jestli někdo zazvoní nebo ne. To pak člověka štve*“ (R1). Navazování nových klientů na službu probíhá většinou prostřednictvím jiných klientů. „*Většinou je sem někdo z klientů přivede. A pak třeba začnou chodit i sami*“ (R5). To potvrzuje i respondent R2, který popisuje získávání nových kontaktů při terénní práci: „*Výborně tam funguje kontaktování přes klienty. Potkat jednoho člověka, nakontaktovat ho a dostat se k ostatním. Na malým městě to funguje krásně. Tohleto je zase výhoda toho malého města, že jakmile už někoho máš, tak dřív nebo později začnou přicházet další.*“

Krom obtíží pro službu a pro aktuálně užívající klienty popisují pracovníci také problémy, se kterými se setkávají klienti, kteří se s užíváním drog rozhodnou přestat. „*Oni to ty klienti na malých městech mají těžší. I návraty mají těžší. Malý město není tolik tolerantní, vleče se to někdy přes generace tadyty hříchy. Je pro ně těžší se z toho dostat*“ (R3). „*I ty klienti, když chtějí přestat, tak v tom městě, pokud zůstanou, tak budou pořád potkávat ty starý lidi, jak je to malý město. Se jim nevyhnou*“ (R4). „*Malý město nezapomíná. Tam se to s člověkem vleče ještě strašně dlouho. Je to taková past*“ (R5).

Pracovníci, kteří se do průzkumu zapojili, obecně tedy charakterizují své klienty na malých městech jako **nedůvěřivé** a plné **obav**. Drogovou scénu vnímají jako **uzavřenou**, do níž je těžké proniknout, zvláště pro člověka, který je pro klienty neznámý. Nevýhoda malého města spočívá z jejich pohledu v **nízké anonymitě** a **malé toleranci**. To má podle mínění respondentů vliv nejen na klienty, ale **i na služby, které musí se strachy klientů pracovat**.

#### 6.9.2 Cílová skupina a nastavení služeb

Specifikum práce na malých městech nespočívá jen v odlišnosti cílové skupiny uživatelů drog, ale také v širším záběru osob, kterým je služba poskytována (srov. Vágnerová, 2013; Těrmínová Richterová, 2008). Stejnou zkušenost mají i pracovníci o. s. Prevent. Důvody vysvětluje respondent R2: *„Sít sociálních služeb na malých městech není tak pestrá, možná můžu říct úplně dostačující pro potřeby daný lokality, a to znamená, že se do služeb, který v tý lokalitě jsou, cpou i jiný cílovky, který jsou v okruhu těch cílovek, se kterou pracujou, a nebo když tam není dostatek cílovek, tak ta služba sama se kouká i po těch, který nejsou v cílovce, prostě proto, aby tam měla co dělat. Obojí si myslím, že na tý malý scéně je mnohem přítomnější než ve městě velkým, kde ty klienti jsou a zároveň je kam odkázat někoho, kdo není z cílovky.“* V podstatě totéž uvádí i respondentka R5: *„Nabízíme i služby, kterou jsou ve větších městech roztržštěný do víc zařízení. A víc pracujem i s jinou cílvkou, než jsou jen ty naši uživatelé drog. Chodí k nám bezdomovci, víc pracujem s rodičema. Ty by třeba ve velkých městech měli možnost jít se poradit jinam, ale tady prostě jiný zařízení tohodle typu není. To samý třeba podpora v abstinenci nebo ambulantní léčba.“*

Způsob, jakým k navázání dalších cílových skupin došlo ve Strakonících, popisuje pracovník R2: *„Ve Strakonících existuje káčko, který pokrývalo určitý množství klientů, většinou výměňářů<sup>12</sup>. A pak jsme tam byli mi z terénu pod káčkem. Naším úkolem bylo být v terénu a nacházet uživatele, který nejsou ve službě zaháčknutý nebo jen málo, komunikovat s nima, nabízet jim služby a do toho káčka je posílat. A my jsme zjistili, že to nejde. Že strakonický potencionální uživatelé se buď bojí, nebo nejsou vidět. Ale že tady existuje skupinka bezdomovců, kolem kterých se točí ti uživatelé, kteří jsou na tom nějak sociálně podobně. Často se jednalo o mladý uživatele, který nepatří do škatulky sociálně silnější, nebo romští uživatelé. My když jsme přišli do skupinky bezdomovců, chvílku jsme tam seděli a povídali si, tak zaprvé jsme měli s kým mluvit a oni byli rádi, že se s nima někdo baví. Zároveň se často stávalo, že jsme potkávali nitrožilní uživatele drog. Krom toho některý z těch bezdomovců byli bývalí uživatelé drog nitrožilní nebo občasní současní. Lidé bez domova se prolínali i s naší cílvkou a byl to*

<sup>12</sup> Výměňář = klient využívající výměnný program.

*snadnej a efektivní způsob, jak se na uživatele navázat. Zároveň začali lidi bez domova využívat i jiné služby, například vitamínový servis, sociální práci a tak, takže se s nima taky pracovalo, protože nic jinýho nebylo. My jsme byli k těm bezdomovcům služba nejbliž. Navíc měla sprchu, měla další vybavení, tak se to posunulo.“ K rozšíření cílové skupiny o bezdomovce přispěl i tlak z jejich strany, který vyplýval z toho, že pro ně v okolí nebyla žádná jiná služba. To líčí respondentka R5: „Já co vim, tak ty bezdáci<sup>13</sup> sem začli tak nějak sami chodit, nevím přesně, jak se sem dostali. Ale ty služby nebyly pro ně, tak to třeba řešili i tak, že dělali, že jsou uživatelé drog a třeba i měnili buchny<sup>14</sup>, aby dokázali, že tu můžou bejt.“*

Podle respondentů má rozšíření cílové skupiny negativní vliv na primární cílovou skupinu, tj. UD. Ti podle jejich slov nechtějí sdílet společné prostory s bezdomovci. „*To bylo znát ve Strakonících, když tam byla možnost jako kdyby pro ne uplně uživatele přístup na kontaktu<sup>15</sup> ve všechny dny. Tak ty uživatelé tam nechodili, protože tam chodili bezdáci. To se mezi nima tak rozšířilo, že tam nebyl žádný uživatel na kontaktce“ (R3). Nevole UD vedla pracovníky k tomu, aby striktně vydělili dny, které mohou bezdomovci KC navštěvovat. To s sebou přináší pro pracovníky další úskalí – nutnost rozpoznat a rozhodnout, kdo je bezdomovec a kdo UD. Podle respondentů to není vůbec jednoduché a dochází k tomu, že se někteří klienti cítí přiřazením do jedné ze skupin dotčeni. Své potíže s tímto rozdělením popisuje respondentka R5: „*Já se někdy v tom rozdělení cílové skupiny ztrácím. Neumím u někoho určit, jestli je primárně uživatel drog nebo je jen bezdomovec. Oni to taky často mají tak různě. Pro mě je tohle prostě divná hranice. Neumím posoudit, jestli tomuhle člověku můžu poskytnout sprchu třikrát týdně, protože je uživatel drog, nebo jej jednou týdně, protože je bezdomovec. Nevím. A taky si svoje rozhodnutí, třeba tu sprchu neposkytnout těžko, před klientama obhajuju, jsem v tom sama nejistá. Na otázku bezdomovců, jestli teda mají začít fetovat, aby se mohli vysprchovat třikrát tejdně, se mi těžko odpovídá. Ale prostě jsme tu primárně pro uživatele drog, musí to tak brát.“* To potvrzuje také respondent R2: „*Ty bezdomovci by měli i sami vědět, že jsme tady primárně pro uživatele drog, jim službu poskytneme taky, ale za určitých podmínek.“**

Stejný problém, tzn. nechuť potkávat se s jinou cílovou skupinou, vnímají pracovníci i u osob, které by chtěly např. pouze poradit, informovat se apod. Pracovníci vnímají, že veřejnost pohlíží na kontaktní centra jako na místa, kde se schází osoby, které jsou na okraji společnosti, a nechce mít s tímto typem služby nic společného. Kontaktní centra jsou podle nich pojímána jako „*výdejna čistých buchen“ (R5) a „místo, kde podporujou feťáky“ (R1). „Ona možná i ta nechuť na to káčko přijít třeba s problémem s dítětem, který kouří trávu, může souviset s tím, že to je*

---

<sup>13</sup> *Bezdáci* = bezdomovci.

<sup>14</sup> *Buchny* = injekční stříkačky.

<sup>15</sup> *Kontaktka* = kontaktní místnost.

*káčko, kde se poskytují všechny tadyty adiktologický služby a není to zvlášť služba, jako třeba adiktologická poradna ve velkých městech. Tam jdeš do poradny a ne na místo, kam chodí uživatelé“ (R5).*

S potřebou rozšířit cílovou skupinou z důvodů nutnosti výkonů se setkávají i pracovníci, kteří provádějí práci v terénu. V současné době se orientují zejména na mládež, která kouří marihuanu. Té nemají na rozdíl od injekčních uživatelů drog tolik co nabídnout, poskytují alespoň informační servis a vysvětlují, co je kontaktní centrum a s čím jim případně může pomoci. *„Na malých městech, abychom měli kontakty a neměli jsme tam nitrožilní uživatele, tak jsme se orientovali na huliče<sup>16</sup>, abychom měli čísla“ (R4).* Zároveň se pracovníci potýkají s tím, že z důvodu nemožnosti odkázat klienty na jinou službu poskytují více i služby, které by ve velkých městech obstarala jiná zařízení. *„Ve velkých městech se odkazuje mnohem lépe, protože je kam odkazovat. Chtít po někom z malého města, aby jel za službou sedumdesát kilometrů, to je odkaz, ale je to málo reálný. Víc se zaměřuju na to, co my můžeme udělat teď tady spolu“ (R2).* Pracovník R4 dokládá tuto skutečnost konkrétním příkladem z TP: *„Třeba testy. Na ty se primárně posílá v Budějovicích na káčko. Ale na těch malých městech ty testy děláme my.“* *„Celkově ten terén na malých městech je tadytim trochu ztížený. Že prostě by měl obhospodařit více těch služeb, měl by být takový všestrannější než v tom velkym městě, kde se třeba na socku nebo na testy odesílá na káčko“* Přesto se však podle respondentů nabídka služeb příliš neliší, pouze se liší zájem klientů o jejich využívání. Respondent R2 k tomu říká: *„Služby, který nabízíme klientů v Budějovicích, nabízíme úplně ty stejný i na malých městech. A to proto, že jak jsme certifikovaná služba, tak si nemůžeme dovolit nabízet něco tady a něco tam. Služby jsou ale jinak využívány.“*

Pracovníci KC i pracovníci, kteří vykonávají práci v terénu, se setkávají s **nutností rozšiřovat cílovou skupinu o další osoby**. Důvodem je **potřeba naplnění kapacity služeb** a zároveň **poptávka ze strany jiných cílových skupin než UD**, pro které v dané lokalitě žádná jiná služba není. Rozšíření o další služby je pracovníky vnímáno jako **náročné** a **kladoucí velký požadavek na jejich všestrannost**.

### 6.9.3 Nedostatek klientů

I přesto, že KC i TP nabízejí služby širšímu okruhu osob a vykonávají i činnosti, na které by ve velkém městě odkázali pracovníci klienty do jiného zařízení, potýkají se neustále s nedostatkem klientů. Pracovníci jsou z toho důvodu nuceni neustále nové klienty hledat, zviditelňovat se, vymýšlet, jak nové lidi nalákat. *„Chodí se do terénu, aby se ty lidi prostě našli*

---

<sup>16</sup> Hulič = kuřák marihuany.

a do toho káčka poslali. Aby bylo v tom městě prostě vidět, že ta služba je. Potom se taky třeba dělají besedy na školách, hlavně na učňákách, protože je pravděpodobný, že tam buď teď nebo časem ty služby někdo potřebovat bude. Taky se cpem na různé akce města, prostě pořád je to o tom být vidět“ (R5). „Takhle my furt jim musíme vycházet naproti. Furt musíme stát jako ty Turkové a Řeci a lákat je a volat: ‚Pojďte, máme tady akci!‘ Furt musíme něco vymejšlet a tropit nějaký věc“ (R3). Respondent R4 uvádí, že v tomhle ohledu je práce ve velkých městech jiná: „V podstatě na těch malých městech máš tendenci těm lidem víc nabíhat a víc je na sebe nalákat nějakou pseudovělostí a tak a vyjít jim vstříc, protože ty lidi tam potřebuješ mít. To tady v Budějicích je nepotřebuješ, těch lidí je kopice.“

Nedostatek klientů vnímají pracovníci subjektivně jako ohrožující, stresující a hlavně vyvolávající pocit marnosti. „Občas čekáš celej den, jestli někdo zazvoní nebo ne. To pak člověka štve“ (R1). „Mně to přijde jako taková marnost. A jeden čas, když tady nechodili lidi, mě to začalo i stresovat, protože jsem se bála, že přijdu o práci“ (R5). Jako ohrožující vnímá nedostatek klientů i respondentka R3: „Na těch malých městech jsou ty káčka víc ohrožený, že budou mít finanční neodsatek. Radši se zavře káčko na malym městě než ve velkym.“ Dodává ale, že finanční nesnáze se týkají všech adiktologických služeb ve všech lokalitách. „Jak obecně jsou ty klienti okrajová skupina, tak jsou to i okrajový služby.“

Respondent R2 vnímá malý počet klientů jako ohrožující nejen pro službu a pracovníky, ale i pro klienty. „Dejme tomu, klientovi by vyhovoval krátký kontakt, rychlý využití služby. Ale na pracovníka je jednak nárok ‚měj výkony‘, za druhý má denně třeba 4 kontakty a prahne po kontaktu. On si prostě potřebuje s někým promluvit. A v tu chvíli se může klient stát jeho obětí.“ „Pracovník na malym městě má větší potřebu pracovat. Ale třeba to klient nechce. Třeba si chce taky jenom odpočinout.“ Podobné zkušenosti uvádí i respondentka R5: „Někdy klient přijde třeba jen na výměnu a já mam takovou radost, že mam s kym mluvit, že se ho možná ptám víc, než bych měla. Ale zas někdy je to dobrý, protože když má člověk naopak moc klientů, tak si pak tu výměnu jen tak technicky oddělá a na nic moc se neptá. Něco mezi je asi ideální.“

Nedostatek klientů však pracovníci nevnímají pouze negativně. Podle některých je fakt, že musí o klienty bojovat a stále něco vymyšlet, příležitostí ke kreativě. „Práce na malých městech přináší víc výzev, víc hledání způsobů, jak jít těm klientům naproti“ (R5). Pracovník má více prostoru klientům se věnovat (viz kapitola 6.9.4) a vyzkoušet si díky tomu, že nabízí více služeb, i činnosti, ke kterým by se ve velkém městě nedostal. Tam naopak velké množství klientů může způsobovat situaci, kdy pracovníci nemají na klienty čas a pouze provádí úkony nutné k zajištění základních služeb. „Kolegové z velkého káčka si mi často stěžujou, že jsou spíš hlídači a vydavači polívek než sociální pracovníci“ (R2). Tentýž respondent uvádí, že TP na malém městě je pro něj větší příležitostí k seberealizaci než tatáž práce ve městě velkém: „Ve

*velkým městě mají všichni rozdělený svoje funkce a zpravidla je ten pracovník určený na tu svojí práci. Ten člověk na tom malém městě přestává být jenom teréňákem, který chodí po ulici, ale musí třeba i komunikovat s městem, musí mít prošlapaný informace z lékáren a tak. Ve velkých městech máme na starosti jenom část. Takhle ten tým, co jezdí do malého města, tak je všechno na něm. Je na něm i to, do jaký míry do toho jde. Mně to přijde dobrý, dává mi to prostor pro realizaci. Je tam možnost experimentu na tom malém městě, když nejsou klienti.“*

**Malý počet klientů** vnímají pracovníci jako hlavní problém kontaktních center na malém městě. Nedostatek kontaktů nutí pracovníky ke **hledání způsobů, jak klienty na službu nalákat**. Tuto skutečnost pociťují respondenti jako **stresující a vyčerpávající**, zároveň si uvědomují, že může být **zatěžující i pro klienty, na které mohou klást pracovníci přehnané nároky**. Na straně druhé však nabízí hledáno nových cest také **možnost být kreativní**.

#### 6.9.4 Hranice ve vztahu pracovník-klient

Malé množství klientů, z nichž mnozí vstupují do služby pravidelně, a relativně malý pracovní tým má za následek, že se pracovníci setkávají s klienty často a mohou k nim přistupovat více individuálně, než je tomu ve velkých městech. Všichni respondenti se shodují, že individuální přístup je pro klienta i pracovníka přínosem. Umožňuje lépe klienta poznat a přesněji pak zacílit služby, které jsou klientovi poskytovány. Klient má zároveň možnost vytvořit si k pracovníkovi, kterého potkává pravidelně, větší vztah důvěry. *„Pozitivum může být v tom, že když to je malý káčko, tak můžeš mít relativně víc čas na toho klienta. Že ten kontakt není jen o technickém provedení výměny, ale že je víc času na bližší vztah. Víc chodí ty klienti za určitou tvář než za službou. Je tam víc důležitá důvěra“* (R3).

Na druhou stranu respondenti uvádí, že z takto těsného vztahu pracovník-klient vznikají i některé problémy. Takto to vnímá respondentka R5: *„Já tohle pořád víc vnímám jako ohrožující pro mě. A víceméně i pro toho klienta. Vídat se třikrát tejdne hodinu se stejným člověkem je pro mě prostě zaprvý strašně vyčerpávající, zadruhý neefektivní a zatřetí strašně nebezpečný z hlediska hranic, z hlediska rolí. Najednou spolu ‚chodíme třikrát tejdne na kafe‘, teda jako že to tak může být vykládaný. Maj pak tendenci myslet si, že jsme vlastně kamarádi.“* „Jsem ráda, když nás klienti pouští do těch svých osudů. Na základě toho třeba pak vyvstane nějaká další práce. Ale pokud to zůstává jenom u toho, tak je to pro mě už jenom tlachání. Snažím se udržet si hranice. A jsem ráda za tu důvěru, nechci jí zhatit tím, že už odmítnu o něčem se bavit. A zároveň nemůžu klienta do ničeho tlačit, do nějakých témat. Pro mě je to past. A na malých městech přesně tohle malej počet klientů umožňuje.“ Podobnou zkušenost popisují i respondenti R1 a R2: *„Je to dost těžký, udržet si ty hranice, když sem třeba chodí skoro každé den.“* „Ten vztah

*pracovník-klient je přecijen tím, jak je intenzivní, tím, jak se setkáváte často, na udržení těch hranic náročnější. Hlídat si, kdy, komu a co je těžký.“*

Někteří respondenti také popisují zkušenost s tím, že si klient intenzivní zájem pracovníka špatně vyložil. *„Když o člověka jinej člověk projevuje několikrát tejdne intenzivní zájem, což v podstatě ta kontaktní práce je, tak to skutečně může bejt vykládaný různě“ (R2).* *„Jak takhle přistupujem individuálně, tak si to můžou vyložit jinak. Třeba tak, že ,když si toho o mně tolik pamatuješ, tak asi jsem pro tebe nějak důležitěj“ (R5).*

Pro malé město je specifické setkávání klientů a pracovníků i mimo pracovní prostředí. V různé míře se s tím setkávají všichni z dotázaných. Respondentka R1 popisuje, že mimopracovní styk s klientem může být někdy i nepříjemný: *„Jo, stává se mi dost často, že je potkám. Že by se s mnou nějak moc bavili, to ne. To se mi stalo akorát jednou se S. Ze začátku spíš dělali, že mě neznaj. Mně nedělá problém, že mě zdraví. Spíš je blbý, když jdu s někým a nějakej klient mě pozdraví, tak si ho hned zaškatulkuje, protože ví, kde dělám. V podstatě si tím ten klient sám naruší anonymitu. Nechávám je první, ať pozdraví. Ale občas je mi to nepříjemný.“* Respondentka R5 uvádí, že ani jí není občas příjemné, když klienty potká mimo pracovní prostředí. Zároveň se ale domnívá, že je to pro ni daleko méně stresující než pro ty klienty.

Na malém městě se rovněž nezdívá stává, že se pracovník s klientem znají i ze soukromého života. Takový stav pak přináší spoustu těžkostí pro pracovníka i klienta. *„Já jsem se vlastně setkal s dvěma různýma možnostma, jak lidi reagovali. První bylo na základě známosti snaha posunutí hranic někam jinam. Nedodržování hranic profesionála. Ale mnohem častěji spíš do tý služby ani nenastoupili a tomu člověku se vyhejbali, protože tomu nerozuměli, měli strach, obavy“ (R2).* Strach klientů ze setkání se známou osobou vnímá jako překážku na cestě ke službám i respondentka R3: *„Takovej ten střet zájmů, že známe ty klienty i jinak než z káčka, je odrazuje do toho, aby přišli.“* Fakt, že se pracovník s klientem znají, však není komplikací jen pro pracovníky. Respondenti popisují, že i jim taková situace ztěžuje práci. Částečně se tomu dá předejít předáním klienta jinému kolegovi, přesto však podle respondentů dochází k situacím, kdy se pracovník s klientem, kteří se znají, nevyhnou. Náročnost situace pak nevnímají pracovníci jen ve chvíli, kdy samotný kontakt probíhá, ale i poté: *„Jo, stalo se mi, že tu byli moji známí. Nejdřív se ozvali soukromě, pak přijeli sem. A nebyl to jedinej případ. Příjemný to není, protože pak ty lidi potkám někde ve společnosti kamarádů svejch a tak a vim víc, než ví o ni, a musím se hlídat, abych něco neprořekla prostě. Jsem z toho pak docela nervózní“ (R5).* *„Byl tu dokonce muj bratránek, ale já tu nebyla. Tetu nenapadne se mě na to ptát, kdyby se zeptala, tak bych stejně nic neřekla. Ale našťestí se neptá“ (R1).*

Z průzkumu tedy vyplývá, že respondenti chápou vztah pracovník-klient na malém městě jako **náročnější v udržování hranic**. Přispívá k tomu jednak **potkávání klientů i mimo práci**, dále **možnost vzájemné známosti ze soukromého života** a čas na to, aby bylo ke klientovi přístupováno **individuálně**. Pro pracovníky samotné z toho plyne nutnost více se hlídat a být velmi obezřetný v hlídání soukromí svého i klientova.

#### 6.9.5 Nastavení pravidel služby

Z průzkumu vyplynulo, že skutečnost, že pracovníci neobstarávají denně příliš mnoho klientů, je dohání k tomu, aby posouvali pravidla služby. Důvodem k tomuto jednání je pro pracovníky vědomí, že by měli mít jako služba výkony. Tuto situaci popisuje respondentka R1: *„Hlavně ať ty klienty máme. Sice se o tom bavíme, že přijdou na kontaktku i když je zavřená, ale prostě je pustíme. Protože se bojíme, že si řeknou: ‚Hele, dneska mě sem nepustili, tak já už na ně kašlu.‘ Tak děláme výjimky.“* Podobnou situaci popisuje také respondentka R5: *„Zrovna včera jsem spěchala na autobus a klient přišel pozdě. Ale výměna sto padesát buchen. A zrovna klient, kterež chodí sporadicky. Tak jsem si říkala, hlavně že tu je. A vzala jsem ho, málem mi ujel autobus. Takže jako je to tak, že si dokážu představit, že kdybych ten den už vyměnila spousty buchen a obsloužila spousty klientů, tak si řeknu ‚ježišmarja‘ a pošlu ho pryč. Ale takhle ne.“* Oproti tomu respondent R4 nemá pocit, že by k porušování pravidel vlivem nedostatku klientů docházelo: *„Já si nemyslím, že by nás to malý město nutilo k porušování pravidel. Pravidla se zachovávají stejně.“* Pracovník R2 upozorňuje na to, že právě na malém městě by neměli pracovníci dělat příliš mnoho výjimek, protože se to mezi klienty velmi rychle rozkřikne a výjimku chce každý. *„To se pak hodně rychle stane z výjimky pravidlo.“*

Respondenti dále popisují situace, kdy dochází k porušení pravidel ze strany klientů tím, že řeší témata, která by s pracovníkem řešit neměli. Tento fakt podle nich vychází z výše popsaného individuálního přístupu, který může být klienty špatně vykládán. *„Pak třeba zacházej do úplně jiné oblasti, než co by tady měli zrovna řešit. Že se baví o věcech, jako kdyby jsme šli normálně na kafe“* (R1). *„Stejně tak může být nebezpečí to, že klient se hodně rozpovídá a začne mluvit o věcech, o kterých by pracovník o té lokalitě vědět neměl. Protože je víc v kontaktu s tou lokalitou i těma lidma, co tam jsou, a toho už se člověk v té hlavě nezabaví“* (R2).

Průzkum ukázal, že respondenti vnímají malý počet klientů také jako důvod pro **porušování pravidel**, a to **jak ze strany pracovníků** (kteří poskytují službu i tehdy, když by být poskytnuta neměla, jen aby měli nějaké výkony), **tak ze strany klientů** (kteří se mohou vlivem intenzivního vztahu s pracovníkem špatně nastavit míru důvěrnosti, kterou si mohou k pracovníkovi dovolit).

### 6.9.6 Specifické nároky

Z uvedených témat, která v různé míře a různých obměnách zmínili všichni respondenti, vyplývá, že práce na malých městech s sebou nese specifické nároky na pracovníky. V první řadě se jedná o nutnost orientovat se ve více oblastech, než je pouze drogová. Dále musí umět pracovat i s jinou klientelou, než jsou UD - s bezdomovci, s rodiči, s širokou veřejností. „*Role úzce specializovaného profesionála, kterej pracuje jen s určitou cílovkou, je na velkých městech daleko obhajitelnější, protože je tam i služba, která pracuje s jinýma lidma*“ (R2). Že s sebou snaha udělat pro klienta co nejvíc, i mimo záběr KC, přináší i úskalí, popisuje respondentka R5: „*Snažim se s těma klientama udělat co nejvíc, třeba i věci, který nespádají úplně do našeho ranku. Kdyby tu bylo místo, kam je můžu odkázat, třeba nějaká poradna, charita nebo tak, tak to udělám. Ale nic tu není, tak se to snažim dělat. Někdy je to ale blbý, protože prostě nevim a musim to složitě zjišťovat. To se pak cejtim pitomě. Ale zas je to takový...no takový jako pestřejší.*“ Jinak uvažuje respondentka R3: „*Že by byly kladený jiný požadavky na nás jako pracovníky, tak to nevim. Určitě je to prolnutější... I když nevim. Já mam pocit, že na tom malým městě se můžeme víc specifikovat každej z nás na něco. Si nedovedu představit, že ve velkym městě, když budeme ve dvou na službě, tak budeme stíhat sotva výměny a to zapisovat. A nemůžeme si tolik dovolit jeden se věnovat jenom kejsu<sup>17</sup>, někdo zas něčemu jinýmu.*“

Práce v maloměstském prostředí dále vyžaduje od pracovníků větší opatrnost. „*Když se tu stane jeden průšvih s klientem, dozví se to hned i další. Je to tenkej led. Člověk něco zkaží jednou a přestanou chodit*“ (R5). „*Kdyby se tu něco stalo na káčku, tak se to dýl vleče. Zároveň je to káčko víc ohrožený nějakýma fámama*“ (R3).

Pracovníci, kteří se průzkumu zúčastnili, vnímají malé město jako prostředí, které na ně klade v něčem nároky odlišné od těch, které by na ně kladlo město velké. Jedná se zejména o **nutnost zvýšené opatrnosti** neudělat chybu, která by mohla být pro službu ohrožující po dlouhou dobu. Dále respondenti popisují nároky, které jsou na ně kladeny v souvislosti s tím, že **suplují i jiné služby**, které na malých městech nejsou.

### 6.9.7 Reakce veřejnosti

Reakci veřejnosti na služby, ve kterých pracují, popisují pracovníci jako nepříliš vstřícnou, odsuzující a nechápající. Lidé jsou z pohledu respondentů na malých městech o službách i o drogách obecně méně informováni než v městech velkých (srov. Němec, 2003). „*Na malým městě se setkávám víc s předsudkama a nevědomostí než ve městě velkym*“ (R2). „*Ta maloměstskost v těch malejch městech funguje i v nastavení veřejnosti na ty služby*“ (R4).

---

<sup>17</sup> Kejs = case management.

Pracovníci se ve svém okolí setkávají s odsouzením práce, kterou vykonávají. „*Já se o tom s lidma nebavim. Mě přestalo bavit furt to obhajovat. Za druhý mam zkušenost, že jejich osobní zkušenost s někým z těch lidí je stokrát lepší*“ (R3). „*Lidi to dost odsuzujou, kde dělám. Jsou takový, kterým se to líbí a fandí tomu, ale většina lidí to odsuzuje. Žijou v tom klasickym přesvědčení, že by se těm lidem nemělo pomáhat prostě, protože si za to přece můžou sami. Mají potřebu dost mojí práci řešit. Pak je naopak další skupina lidí, spíš starších, který se o tom prostě vůbec bavit nechtěj, je to pro ně tabu. Ono tyhle naše služby nejsou populární obecně. Natož v malym městě, který jinakost neodpouští*“ (R5).

Důležitou úlohu hraje podle respondentů fakt, že populace UD je na malých městech poměrně skrytá a veřejnost tedy nevnímá tuto problematiku jako příliš palčivou. „*Já, když jsem tady začala pracovat, tak jsem to taky v tom městě neviděla. Člověk to ani nechce vidět. Tady to není tak vidět. Jsou víc schovaný*“ (R1). „*Ve velkých městech, mam tu zkušenost, lidi tolik nezpochybňujou tu naši práci. Tam jsou prostě feťáci vidět, každej o nich ví a nikdo moc nepochybuje o tom, že je potřeba s tím něco dělat - jestli vnímají zrovna káčko jako vhodnou intervenci, to je věc druhá. Ale tady nemáme ty feťáky tolik na očích, ty služby tu nejsou vnímaný potřebně. Tady se mě spíš každej ptá, jestli tu vůbec nějaký klienty máme, protože tady se přece nefetuje*“ (R5).

Na druhou stranu všichni respondenti shodně uvádějí, že musí často čelit velké zvědavosti svého okolí. „*Některý lidi se často ptají, jestli sem chodí tenhle, kterýho znají ze svýho okolí, tak se ptají, jestli sem chodí. Nic neříkám, protože vim, že tím, že ty lidi znají, tak by se pásli po tom, kdo sem chodí a tak*“ (R3).

Kolorit malého města se odráží i do postoje veřejnosti k nízkoprahovým adiktologickým službám. Pracovníci popisují rozporuplnou situaci, kdy **veřejnost jejich služby odsuzuje**, ale zároveň se o ně velmi **zajímá** a **snaží se prolomit u pracovníků mlčenlivost**. **Nepochopení služeb** je podle nich na malých městech podpořeno tím, že **UD nejsou narozdíl od měst velkých tolik veřejnosti na očích**.

#### 6.9.8 Představy pracovníků o dalších službách

Pracovníci, kteří se průzkumu zúčastnili, byli na konci rozhovoru požádáni, aby se, pokud chtějí, vyjádřili k tomu, jak si představují adiktologické služby (a nejen ty na malých městech) do budoucna. Několik respondentů uvedlo, že by pro malé město považovali za přínosné, aby se kontaktní centrum ještě více rozšířilo a více se specializovalo i na jiné cílové skupiny. Respondentka R5 má tuto představu: „*Mně by se líbil koncept kontaktních center na malých městech jako takový zastřešující služby pro všechny možný služby pro lidi na okraji společnosti. Víc pro prostitutky, Rómy a tak. Ale nevím, jestli by to nebylo na škodu základním*

*službám káčka. Ale to by muselo bejt úplně jinak personálně zajištěný a tak. Ale přijde mi to jako cesta, jak pokrejt téma službama i odloučený regiony. Než jako dělat si iluze, že se tady v malým městě vytvoří centrum pro bezdomovce, to je nereálný. My tu sice už pracujeme třeba s bezdomovcema, ale víceméně moc nemáme propracovaný nástroje, jak s nima pracovat.“* Podobnou vizi má také respondentka R3: *„Nevim, jestli by sme to kapacitně obsáhli, kdybysme poskytovali ještě jiný služby. Nevim, jestli to je... no určitě jako požadavak časem bude, že ty káčka prostě rozšíří o služby pro bezdomovce a tak. Napadá mě, že by se to dalo úplně vyčlenit, jakože jeden den mít specifickéj celej. Ale nevim, jestli na to máme kapacitu. Jako že by se jim dalo nabízet víc, víc se jim věnovat. Protože chca nechca, na těch malých městech ty služby pro bezdomovce moc nejsou.“*

Trochu jinou představu má pracovník R2: *„To o čem přemejšlim já, by bylo spíš něco jako komunitní projekt, ktorej by byl určenej pro všechny lidi z toho města, kteří by měli zájem. Umim si představit hybrida adiktologický služby a nízkoprahu, nízkoprahu pro dospělý. Umim si i představit hybrida adiktologický služby a nějakýho kulturního programu.“* V čem se pracovníci shodují je skutečnost, že by muselo jít o naprosté přestavění služby, které by eliminovalo spojování si KC pouze s UD.

Někteří respondenti se zamysleli také nad tím, že by v Prachaticích byla možnost využití výměnného automatu, který ve Strakonících funguje a je poměrně využíván. Nakonec se ale k této možnosti postavili záporně. *„Mně třeba tady ten výměnnej automat nechybí. Krom jednoho klienta jsem se nesetkala s narážkou, že by jim nevyhovovala pracovní doba“* (R3). O efektivitě výměnného automatu pochybuje respondentka R5: *„Já pořád nevim, jestli nám ten výměnnej automat klienty bere nebo naopak. Jako je super, že je, hlavně o víkendech. Na druhou stranu vim o klientech, který jdou na káčko jen v případě, že je rozbitej. Ještě, že je rozbitej tak často... Jinak nevim, no. Sice tam mají u toho schránky na špinavý<sup>18</sup>, ale ta je fakt úplně minimálně využívaná. Takže z hlediska návratnosti těch jehel je to blbý. Kdybych se měla já rozhodovat, jestli ho pro Prachatice pořídit nebo ne, řekla bych spíš ne.“*

Někteří respondenti se vyjádřili rovněž k možnosti aplikačních místností. Žádný z respondentů nezavrhl službu jako možnost pro velká města, pro malá města však respondentům nepřipadá vhodná. *„No šlehárny by se tady asi neuchytily. Na malým městě ne. Ještě kor jak ti uživatelé jsou známí všude. Lidi budou vědět, co se tam děje a k čemu to slouží“* (R1). *„Už do toho káčka se bojí chodit. A to se můžou vymluvit, že byli třeba na testech. Ale ta šlehárna, to už je přesně jasný, co se tam chodí dělat. Já si navíc myslim, že tady to nemají ani moc zapotřebí. Je jich tu fakt málo, který jako fakt nemaj možnost dát si na nějakým jakžtakž bezpečným místě. Jediný, co si dokážu představit, je, že by to fungovalo v rámci káčka“* (R5).

---

<sup>18</sup> Špinavý = použité injekční stříkačky.

Tři z dotázaných vidí jako možnost pro budoucnost větší využití externího terénního pracovníka, který má větší možnost proniknout do uzavřené komunity UD. Úskalí však vidí v náročnosti nalezení vhodného kandidáta. *„Je problém sehnat na malým městě vhodné adepty na tuhle práci. Protože když už je někdo dobřej adept, tak se často nechce vídat s ostatníma. Je často dobře situovanej klient, kterej se vidí jenom s pár klientema a s ostatníma se vidět nechce. Tím by měl problém do toho proniknout“* (R2). *„Najít člověka, kterej by to mohl dělat, je strašně těžký. Zvlášť tady, kde těch klientů není moc, zvlášť těch, který chodí do káčka pravidelně. Pokaždý jsme nějak narazili. Na nespolehlivost, změnu postavení klienta a tak“* (R5).

Jako cestu, kterou by se měla kontaktní centra na malých městech do budoucna vydat, vidí respondenti v **zařízení, které by integrovalo služby pro více cílových skupin, pro které žádná jiná služba v dané lokalitě není**. K rozšíření služeb o další HR služby, jako je **výměnný automat či aplikační místnost, jsou respondenti skeptičtí**, zvláště pokud jde o jejich využití v malém městě.

## 6.10 Shrnutí

Průzkum mezi pracovníky v nízkoprahových adiktologických zařízeních o. s. Prevent ukázal, že práce na malých městech je pracovníky vnímána jako specifická a v mnoha ohledech odlišná od práce v městech velkých. Vyprávění respondentů se točilo zejména kolem tří hlavních témat: **malá anonymita maloměstského prostředí, nedostatek sociálních služeb v lokalitě a nízký počet klientů**. Všechny tyto oblasti vynakládají na pracovníky nároky, se kterými se pracovníci ve městech velkých potýkat nemusejí. Respondenti vnímají svou práci jako náročnější na orientaci ve službách pro více cílových skupin. Dále uvádějí, že si musí více hlídat udržení hranic ve vztahu pracovník-klient. Práce na malých městech je podle účastníků průzkumu **prací se strachem a nedůvěrou klientů**.

## Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaká jsou specifika nízkoprahových adiktologických služeb na malých městech. Zajímalo nás, jak vnímají svou práci samotní pracovníci v těchto službách, s jakými obtížemi se setkávají, jak nahlíží na klienty, se kterými pracují, a na služby, které jim poskytují, a jaké spatřují v práci na malých městech výhody. Záměrem bylo rovněž zjistit, jak respondenti srovnávají práci na malých městech s prací ve městech velkých.

Průzkum byl proveden mezi pracovníky o. s. Prevent, kteří působí na malých městech. Ukázalo se, že respondenti jsou v charakteristice práce na malých městech až na malé výjimky velmi konzistentní. Průzkum potvrdil vstupní předpoklad, že práce v nízkoprahových adiktologických službách na malém městě s sebou nese řadu specifik a je v mnoha ohledech odlišná od těžké práce ve městech velkých. Respondenti shodně uvedli, že nejvíce výkon jejich práce ovlivňuje neanonymní prostředí malého města, dále pak nízký počet klientů a širší spektrum poskytovaných služeb pro rozsáhlejší cílovou skupinu.

Maloměstské prostředí klade při výkonu služeb zvýšený důraz na budování důvěrného vztahu mezi klientem a pracovníkem. Klienti přicházejí častěji za konkrétními pracovníky než za službou jako takovou. Změna v pracovním týmu v nich vyvolává nevoli a může i snížit zájem klientů o využití služby. **Je tedy důležité, aby pracovníkům byly poskytnuty takové pracovní podmínky, aby neměli důvod ze služeb po krátké době odcházet.**

Strach potenciálních klientů vstoupit do služby i fakt, že na malém městě je menší počet uživatelů drog, způsobují stálé potíže s nedostatkem klientů. To je pracovníky vnímáno z větší části negativně. Nutí je to neustále vymýšlet způsoby, jak své služby zviditelnit, a musí aktivně oslovovat potenciální klienty. Respondenti se musejí v případě absence klientů vypořádávat s pocity marnosti a zbytečnosti. Nedostatek vykazovaných výkonů vyvolává v účastnících průzkumu stres, který souvisí i s nedostatečným financováním adiktologických služeb v rámci celé České republiky. Potřebu pracovat saturují pracovníci v mnoha případech i za cenu porušení pravidel služby, jako je např. provozní doba. Práce na malých městech je krom jednoho respondenta všemi popisována jako práce s výjimkami, a to i přesto, že si pracovníci uvědomují, že právě na malých městech se udělování výjimek snadno mezi klienty roznese a způsobí pracovníkům problémy.

Pozitivně je naopak respondenty hodnocena skutečnost, že mají na klienty více času a mohou se jim věnovat více individuálně. To jim umožňuje nejen lepší porozumění jejich příběhům, ale i lepší zacílení poskytovaných služeb. Podle subjektivního dojmu respondentů je

toto hodnoceno pozitivně nejen jimi samotnými, ale i klienty. Respondenti však upozorňují i na rizika, která z příliš individuálního přístupu plynou. Popisují zejména potíže s udržením profesionálních hranic, dále pak vyčerpanost z neustálého řešení téhož tématu s tímž klientem. K problémům s udržením vztahu pracovník-klient přispívá na malém městě také fakt, že se pracovníci s klienty často znají i ze soukromého života a potkávají se i mimo pracovní prostředí.

Malý počet klientů je jedním z důvodů, proč rozšiřují kontaktní centra na malých městech záběr svého zájmu o další cílové skupiny. Druhým důvodem je skutečnost, že na malých městech neexistují jiné služby, které by byly těmto cílovým skupinám poskytovány. Jedná se zejména o osoby bez přístřeší. Na kontaktní centrum se také obracejí rodinní příslušníci uživatelů drog, klienti po léčbě, klienti s žádostí o ambulantní léčbu apod. I pro tyto osoby existují ve větších městech specializovaná pracoviště, kterých by využily spíše než služeb KC či TP. Respondenti vnímají takto široký záběr služeb jako náročný na znalosti a orientaci v problematice, zároveň v něm však spatřují výzvu pro osobní rozvoj.

Nízkoprahové adiktologické služby na malých městech se podle účastníků průzkumu setkávají s nevolí veřejnosti. Odsouzení tohoto typu služeb je podle respondentů typické pro celou společnost, nejen pro malá města. Maloměstské specifikum vidí v tom, že lidé na malých městech nepřicházejí ze svého pohledu s UD do kontaktu a mají pocit, že se jich tato problematika netýká. Toto domnění souvisí s tím, že UD na malých městech jsou v poměrně dobrém sociálním i zdravotním stavu a nenaplnují tedy všeobecně rozšířenou představu UD jako někoho, kdo je sociálně i zdravotně na dně. Respondenti uvádí, že pokud se klienti dostanou do takto špatného stavu, nezbývá jim, než malé město opustit, protože je v tomto ohledu velmi netolerantní. I to se tedy ukázalo být jedním ze specifíků malých měst.

Přestože mají pracovníci zkušenosti spíše s negativním postojem veřejnosti ke službám, ve kterých pracují, setkávají se zároveň s velkou zvědavostí okolí. Někteří respondenti uvádí, že se jich jejich známí často ptají, kdo a jak služby využívá. Ačkoliv se pracovníkům daří hájit mlčenlivost, vnímají zvědavost veřejnosti jako nepříjemnou a zatěžující.

Budoucnost nízkoprahových adiktologických služeb na malých městech vidí respondenti většinou v **zařízení, které bude integrovat více služeb pro více cílových skupin**. V podstatě by se tedy jednalo o rozšíření a rozpracování současného stavu s tím, že velkou překážku spatřují respondenti ve skutečnosti, že by se vzájemně míchalo více cílových skupin, které k sobě mají vzájemnou averzi - s tím musejí účastníci průzkumu pracovat i při současném nastavení služeb. Nabízí se tedy možnost většího strukturování služeb jak z hlediska času, tak z hlediska prostoru. K rozšíření služeb o další HR služby, jako je např. výměnný automat či aplikační místnost, se respondenti vyjádřili spíše odmítavě.

Závěry, které z průzkumu vyplývají, se shodují s tím, o čem se píše v odborné literatuře (viz kap. 5), a zároveň odkrývají témata, která nejsou v dostupné literatuře zmíněna. Z průzkumu vyplynula **potřeba pracovníků více strukturovat služby**, které mají širší záběr než služby poskytované kontaktními centry ve velkých městech, dále **nutnost nadále se vzdělávat a zdokonalovat i v jiných problematikách než je ta drogová** a také **důležitost citlivé práce s nedůvěrou klientů a vlastními hranicemi**.

Ačkoliv byl průzkum proveden pouze v rámci jedné organizace a v poměrně malé lokalitě, lze předpokládat, že s **jistou obměnou budou zjištěné závěry přenositelné i na jiné organizace a jiné lokality**. Pro potvrzení či vyvrácení tohoto tvrzení by bylo vhodné provést **další, hloubkovější výzkum i v jiných lokalitách, který by si kladl za cíl vyšší míru abstrakce**.

## Literatura a informační zdroje

### Literatura

- BÄRTLOVÁ, E. *Supervize v sociální práci*. Ústí nad Labem : Fakulta sociálně ekonomická UJEP, 2007. ISBN 978-80-7044-9523.
- BEDNÁŘOVÁ, Z. Streetwork. In MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha : Portál, 2003. S. 169-178. ISBN 80-7178-548-2.
- BÉM, P; KALINA, K.; RADIMECKÝ, J. Vývoj drogové scény a drogové politiky v České republice. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. S. 33-39. ISBN 80-86734-05-6.
- BROŽA, J. Poradenství u uživatelů drog (se zvláštním zřetelem na terénní a kontaktní práci). In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. S. 269-275. ISBN 80-86734-05-6.
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost : příručka pro uživatele*. Praha : Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.
- DOLANSKÁ, P. a kol. *Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních*. Praha : Úřad vlády ČR, 2004. ISBN 80-86734-16-1.
- EMCDDA. *Harm reduction: evidence, impacts, challenges*. Lisbon: EMCDDA, 2010. ISBN 978-92-9168-419-9.
- FROUZOVÁ, M.; KALINA, K. Rodinná terapie a práce s rodinou. In KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha : Grada, 2008. S. 187-198. ISBN 978-80-247-1411-0.
- GABRHELÍK, R. a kol. Aktuální otázky léčby závislosti na metamfetaminu. *Adiktologie*. 2010, roč. 10, č. 2, s. 92–101.
- HAJNÝ, M. Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. S. 140-144. ISBN 80-86734-05-6.
- HAWKINS, P.; SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum : základní teorie, metody a aplikace*. Praha : Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.
- HERZOG, A. Nízkoprahovost v praxi aneb Jak pracovat s prahy. In KLÍMA, P. a kol. (eds.). *Kontaktní práce : antologie textů České asociace streetwork*. Praha : Česká asociace streetwork, 2009. S. 177–188. ISBN 978-80-254-4001-8.
- HRDINA, P. Externí terénní pracovníci. *Éthum*. 2002, č. 34, s. 66-76.

HRDINA, Petr. Harm Reduction - Snižování poškození drogami. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. S. 263-267. ISBN 80-86734-05-6.

HRDINA, P.; STÁNÍČEK, J. Východiska a principy terénních programů pro uživatele drog. *Éthum*. 2002, č. 34, s. 16-27.

HUNT, N. *Přehled modelů zajišťování aplikačních místností : dokument C*. Praha: Centrum adiktologie; Sdružení SCAN, 2010. ISBN 978-80-86620-27-5.

CHARVÁT, M., GABRHELÍK, R.. *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení ve Středočeském kraji. Závěrečná zpráva č. 3 projektu Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji*. Liberec: NTI-consulting, 2004.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANÍKOVÁ, B. Harm Reduction: časné intervence v nízkoprahových službách. KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha : Grada, 2008. S. 99-110. ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, K. a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha : o. s. Filia nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4.

KALINA, K. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. S. 78-81. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. S. 15-24. ISBN 80-86734-05-6.

KALOUSEK, L. Role profesionálního terénního pracovníka. *Éthum*. 2002, č. 34, s. 48-65.

KLÍMA, P. Pedagogika mimo zdi institucí. In JEDLIČKA, R. a kol. *Děti a mládež v obtížných životních situacích : nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. S. 355-402. Praha : Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0.

*Koncepce služby a operační manuál*. České Budějovice : Jihočeský streetwork Prevent, 2011.

*Koncepce služby a operační manuál*. Prachatice : Kontaktní centrum Prevent Prachatice, 2012a.

*Koncepce služby a operační manuál*. Strakonice : Kontaktní centrum Prevent Strakonice, 2012b.

KUŠNÍRIK, P. *Dilema mezi komplexností a zjednodušováním cílů v nízkoprahovém kontaktním centru pro drogově závislé*. Brno, 2008. Diplomová práce (Mgr.). Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.

LIBRA, J. Nízkoprahová kontaktní centra. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2 : mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. S. 165-171. ISBN 80-86734-05-6.

- MAROON, I.; MATOUŠEK, O.; PAZLAROVÁ, H. *Vzdělávání studentů sociální práce v terénu : model pro supervizi*. Praha : Karolinum, 2007. ISBN 978-80-346-1307-9.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha : Portál, 2003a. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 2003b. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory*. Tišnov : Sdružení SCAN, 2004. ISBN 80-86620-09-3.
- MLČÁK, Zdeněk. *Emergentní psychologie a krizová intervence*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7368-950-6.
- MRAVČÍK, Viktor, ed. *Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog: odborné podklady pro činnost*. Praha: Úřad vlády České republiky, [2005]. Monografie; no. 7. ISBN 80-86734-74-9.
- Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2011. ISBN 978-80-7440-045-2.
- NEDĚLNÍKOVÁ, D. Etická dilemata v terénní sociální práci. In *Profesní dovednosti terénních pracovníků : sborník studijních textů*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2008. S. 377-392. ISBN 978-80-7368-504-1.
- NĚMEC, M. Klient terénního programu na malém městě. *Adiktologie*. 2003, roč. 3, č. 3, s. 46-49.
- NEPUŠTIL, Pavel a kol. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek: metodická příručka*. Praha : Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013. Metodika; no. 11. ISBN 978-80-7440-076-6.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.
- PELLY, J.; TICHÝ, L. Specifika terénní práce s mládeží na malém městě. In KLÍMA, P. a kol. (eds.). *Kontaktní práce : antologie textů České asociace streetwork*. Praha : Česká asociace streetwork, 2009. S. 129-139. ISBN 978-80-254-4001-8.
- PRŮDKOVÁ, T. Harm reduction. *Sociální práce*. 2007, č. 7, s. 102-111.
- RHODES, T. *Terénní práce s uživateli drog*. Boskovice : Albert, 1999. ISBN 80-85834-71-5.
- Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha : Úřad vlády ČR, 2006. ISBN 80-86734-81-1.
- STÁNÍČEK, J. Metodika terénní práce s uživateli drog. *Éthum*. 2002, č. 34, s. 28-40.

ŠVAŘÍČEK, R. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

TĚMÍNOVÁ RICHTEROVÁ, M. Systém péče a jeho složky. In KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha : Grada, 2008. S. 369-385. ISBN 978-80-247-1411-0.

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

VÁGNEROVÁ, M.; STRANDOVÁ, I.; KREJČOVÁ, L. *Náročné mateřství : být matkou postiženého dítěte*. Praha : Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1616-2.

VĚTROVEC, M. Práce na motivaci ke změně chování s klienty na ulici. In KLÍMA, P. a kol. (eds.). *Kontaktní práce : antologie textů České asociace streetwork*. Praha : Česká asociace streetwork, 2009. S. 189-197. ISBN 978-80-254-4001-8.

VOBOŘIL, J. Ze strany státu není jasno, na co se chce zaměřit, konstatuje předseda Podaných rukou. *Sociální práce*. 2007, č. 3, s. 3-6.

Výdejní automaty na harm reduction materiál. *Zaostřeno na drogy 3: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: souhrn zprávy o situaci ve věcech drog v České republice*. Praha: Úřad vlády České republiky. 2009, roč.7, č. 3.

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012 pro Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: Česká republika. Praha: Úřad vlády ČR, 2013a. ISBN 978-80-7440-077-3.

Výroční zpráva o. s. Prevent. Strakonice : O. s. Prevent, 2013b.

ZAHRADNÍK, M. Kontaktní pracovník a jeho kompetence v sociálním poli. In KLÍMA, P. a kol. (eds.). *Kontaktní práce : antologie textů České asociace streetwork*. Praha : Česká asociace streetwork, 2009. S. 145-156. ISBN 978-80-254-4001-8.

## **Elektronické informační zdroje**

*Aplikační místnosti: fakta a argumenty* [online]. 2010 [cit. 2013-11-09]. Dostupé z WWW: <[http://www.drogy.net/vyzkumy-a-studie/aplikacni-mistnosti-fakta-a-argumenty-\\_2010\\_05\\_13.html](http://www.drogy.net/vyzkumy-a-studie/aplikacni-mistnosti-fakta-a-argumenty-_2010_05_13.html)>.

HARRIS, L. D. *Brighton's drug addicts will be given „safe house“ to take drugs legally, but it is really the answer?* [online]. 2013 [cit. 2013-12-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.independent.co.uk/voices/brightons-drug-addicts-will-be-given-safe-houses-to-take-drugs-legally-but-is-this-really-the-answer-8574785.html>>.

HEDRICH, D. *European report on drug consumption rooms* [online]. Lisbon : EMCDDA, 2004 [cit. 2013-11-08]. ISBN 92-9168-183-0. Dostupný z WWW: <<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index54125EN.html>>.

HUNT, N. *A review of the evidence-base for Harm Reduction approaches to drug use* [online]. 2003 [cit. 2013-12-03]. Dostupný z WWW <<http://www.forward-thinking-on-drugs.org/review2.html>>.

*Občanské sdružení Prevent* [online]. [cit. 2013, 2014]. Dostupné z: <http://www.os-prevent.cz/>.

*Proadis* [online]. [cit. 2013-12-3]. Dostupné z: <http://www.proadis.cz/>.

*Stanovisko MV a Policie ČR k testování tablet extáze*. MV a PČR, 2010. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/stanovisko-mv-a-policie-cr-k-testovani-tablet-extaze-na-tanecni-scene.aspx>

*Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online]. 2010 [cit. 2014-01-06]. Dostupé z WWW: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf).