Realita sociálního začleňování klientů Kontaktního centra

V České republice existuje dnes již rozsáhlá síť Kontaktních center (KC), v jejichž nízkoprahovém rámci se provozuje především výměnný injekční program a tzv. Kontaktní místnost (KM) - její cílovou skupinou jsou lidé užívající různé drogy, nejčastěji jsou to lidé bez domova, závislí na návykové látce, dále bez práce či jiného legálního zdroje příjmů, často bez funkčních vazeb na původní rodinu nebo jiné „sociálně začleněné" jedince. Velmi často jsou to lidé z naprostého okraje společnosti, není vzácné že dlouhodobě nemají ani občanský průkaz, ani nepobírají žádné sociální dávky. Některými aspekty života těchto klientů a sociální práce s nimi se zabývá tento článek. Možná nejzajímavější a nejužitečnější by bylo popsat, **co a jak „by vlastně měla společnost dělat s uživateli drog", jak a proč k mim přistupovat, co přináší reálné výsledky a dlouhodobá zlepšení?** To se zde však komplexně neodkrývá. V závěrech jsou navrženy určité postupy pro přímou práci s nízkoprahovými uživateli KC, za přímé a zejména do hloubky zdůvodněné odpovědi na zmíněné otázky to však nelze považovat.... Zde přinášíme zejména konkrétnější pohled na práci s klienty v KC, poměrně podrobný a obsáhlý výzkum individuální plánování a životní spokojenosti. V závěrech pak stručné návrhy pro práci s těmito klienty. K odpovědím na výše zmíněné klíčové otázky vyzýváme třeba zrovna Vás....

Na cíle a následné výsledky sociální práce poskytované těmto klientům v KC lze nahlížet z různých úhlů, můžeme např. vycházet z často obecných definicí poslání zařízení, nebo z definicí KC dle Zákona 108. Zde se pak často setkáváme s různě popsanými významy pojmů sociální vyloučení, sociální začleňování, většinová společnost, vyléčení, zdraví, rizikový životní styl atd. Můžeme také konkrétněji výsledky nahlížet přímo přes cíle konkrétních služeb v KC poskytovaných – pak např. výměnný injekční program jasně přes počet stříkaček udává, jaký byl jeho přínos společnosti i klientům samotným ve zmírnění rizika šíření infekčních nemocí, dále poskytnuté zdravotního ošetření a potravinový a hygienický servis ukazuje jak moc jim bylo pomoženo od potíží a zároveň k udržení určité životní úrovně.

A např. u sociálního poradenství, které se již zabývá i příčinami konkrétních situací klientů a nabízí cestu ke změnám, lze sledovat výsledky nějakého sociálního začleňování klientů. Tím se právě zabýval prezentovaný výzkum – snažil se

komplexně odkrýt „realitu práce“ se zmíněnou cílovou skupinou a sledoval zejména individuální plánování (IP) s klienty, tedy snahy o realizování různých cílů. Náš výzkum se zabýval těmito snahami uskutečňovanými pracovníky KC v KC, tedy nezabýval se realizováním cílů a změnami v životě klientů, které se odehrávají mimo rámec zařízení a sociální služby. I když se výzkum prováděl pouze v jednom zařízení a byl zaměřen jen na klienty KM, je možné na jeho výsledky nahlížet i jako na obecnější ukazatele práce s lidmi žijícími ve výrazném sociálním vyloučení, i když by jistě bylo třeba toto ověřit dalšími výzkumy. Jedná se především o nízkoprahové klienty nocleháren, některých azylových domů, terénních programů, jiných KC a dalších zařízení, kde klienty služeb lze charakterizovat především (ne jen) jako lidi bez domova, ohrožené závislostí na návykových látkách, bez práce či jiného legálního zdroje příjmů.

Jistě by bylo možné naši cílovou skupinu charakterizovat komplexněji, což by bylo velkým přínosem – zjistit „o jaké lidi se vlastně jedná“. Např. zda je pro ně charakteristická určitá úroveň vzdělání, pracovních návyků. Asi by bylo ještě zajímavější znát jejich typické osobnostní, psychologické vlastnosti, motivace, jejich schopnosti a vůbec „potenciál“ k sociálnímu začleňování do majoritní společnosti. To by obnášelo potřebu výzkumu, který se však již nepodařilo do zde prezentovaného začlenit. Jistě by přinesl další významný náhled a pochopení charakteristik těchto našich klientů.

V konkrétním případě našeho výzkumu se jednalo u klienty Kontaktní místnosti Kontaktního centra v Plzni a do sběru dat jich bylo zahrnuto poměrně významné množství. Velmi podrobný popis celého výzkumu, tabulky a grafy a dále i obsáhlou teoretická část týkající se našich klientů a východisek pro práci s nimi lze nalézt v diplomové práci zde. Konkrétně byla ve výzkumu provedena velmi podrobná analýza charakteru a rozložení využívaných služeb klienty, dále analýza v IP záznamů samotných intervencí a celého procesu, postupu k cíli i množství podnětů v IP přicházejících od pracovníků a podnětů do IP přicházejících přímo od klientů. Dle metodiky SQUALA byla zjišťována subjektivně vnímaná kvalita života celkově i dle jednotlivých 18 životních oblastí.

Jiný výzkum týkající se naší cílové skupiny, již ne takto rozsáhlý, byl obsahem bakalářské práce a v podstatě, stručně řečeno, zkoumal efektivitu sociální a kontaktní práce a výměnného programu v KC. To, jaký měla vliv na přímé rizikové chování

klientů, dále na jejich informovanost a postoje. Pro zájemce je dostupný zde. Více již není obsahem tohoto článku.

Zde prezentovaný výzkum sledoval, stručně a zjednodušeně řečeno, zejména : 1. ve využitých službách podíl těch nízkoprahových a prahových, dále 2. v IP směřování ke změnám nepříznivých sociálních situací klientů a 3. subjektivní hodnocení kvality života klientů. Spolu s tím byl učiněn pokus zjistit některé faktory, které by toto mohly ovlivňovat. Do první části výzkumu byly zahrnuty data od celkem 80ti klientů za období prvních 3 čtvrtletí roku 2011. V druhé části bylo již k dispozici z těchto 80ti klientů jen 57, tolik jich mělo v evidenci osobní kartu nutnou pro provedení analýzy. A do poslední třetí části vyplnilo dotazník SQUALA celkem 28 klientů, kteří v době šetření od 1.12.2011 do 16.12.2011 docházeli do KM. Je patrné, že se výzkumný vzorek postupně ztenčoval, což bylo zapříčiněno kapacitními a časovými důvody. I přesto lze ve větší části výzkumu považovat počet respondentů za spolehlivě dostatečný.

V našem konkrétním KC se s klienty dlouhodobě a profesionálně pracovalo přístupy, které jsou v teorii klasicky doporučovány, tým KC byl dlouhodobě optimisticky a aktivně naladěn v jejich prospěch a v možnosti zlepšení jejich situací směrem k sociálnímu začleňování. Za naprosto dostatečnou lze tedy považovat kvalitu a hloubku práce s klienty, či snahy o ní.

Vstupní hypotéza výzkumu zněla : „Uživatelé KM jsou ve svém životě zaměřeni pouze na okamžik „teď a tady“ a nemají aktivní zájem o nějaké výrazné změny svých situací, protože jsou na svůj pouliční životní styl převážně dlouhodobě adaptovaní a tedy s ním spokojení.“ (to bylo pak rozpracováno do konkrétních 6ti statistických hypotéz). Každopádně, hypotéza, tedy odhad toho, jak to vypadá ve většině případů se změnami životního stylu u těchto lidí. Jak by zněla vaše hypotéza? Jaké jsou vaše zkušenosti s pobobnými cílovými skupinami klientů? A jaké jsou rozhodující faktory, které toto ovlivňují?

A nyní již výsledky. Na základě podrobného výzkumu bylo zjištěno že : klienti KM čerpají v souhrnu naprostou většinu - 92,77% služeb v KC těch nízkoprahových, tedy těch reagujících právě na jejich potřeby „teď a tady“ (TaT). Jedná se např. o hygienický či potravinový servis, služby které jsou poskytnutím spíše jisté „péče“ těm, keří ji potřebují. KM je právě zaměřená zejména na poskytování takových služeb, bez směřování k nějakému dlouhodobějšímu zlepšování a vývoji životních situací klientů.

Nicméně v nabídce KM jsou právě i služby, které by změnu v jejich životě mohly výrazně podpořit, jde např. o asistenci, sociální poradenství. Tyto služby jsou klientům pravidelně, aktivně a vhodně nabízeny. Pokud docházelo k IP směřujícímu k nějakým změnám jejich situací, pak bylo zjištěno že klienti realizovali jen malou část a to 18,67% všech možných kroků přesahujících cíle horizontu TaT. Jednalo se např. o pokusy zajistit si doklady, registrovat se na ÚP, podstoupit odborné lékařské ošetření, zajistit si ubytování či třeba i nástup do léčby závislosti. Když bylo následně vyhodnoceno jen toto IP, kde již klienti v ne zanedbatelné míře usilovali o realizaci nějakých cílů, bylo zjištěno že cílů nakonec téměř nedosahovali, přesně realizovali 6,94% cílů přesahujících horizont TaT. Dále to, zda si klienti změnu i stabilně udrželi, již náš výzkum nesledoval....

Samozřejmě je jen relativní, zda je toto zjištěné % „velmi málo“ nebo „celkem dost“, vždy záleží na „úhlu pohledu“ a např. na to, jak nahlížíme vůbec potenciál, možnosti a schopnosti naší cílové skupiny klientů. Pokud bychom se však dívali na KC jako na zařízení sociální prevence, ve kterém je smyslem usilovat o sociální začlenění klientů, pak by tohoto cíle při cca 7% úspěšnosti nedosahovalo. Na KC je však jistě možné nahlížet i jako na zařízení s jiným cílem – např. zajistit základní potřeby lidí žijích v sociálním vyloučení? Získat konktakt s populací drogově závislých lidí žijících převážně na ulici? Nebo chránit společnost před pohozenými injekčními stříkačkami? Nebo....? Zde se jistě otevírá velký prostor pro koncepční či etické úvahy...

Zpět však k dalším výzkumným zjištěním - pracovníci našeho KC se výraznou měrou pokoušeli klienty motivovat a podporovat k realizaci různých cílů, a zároveň s tím jim přímo poskytovali a koordinovali výrazné množství nízkoprahových služeb. Přesně z celkem 2163(!) návštěv 80ti klientů, kdy využili 3766 služeb, se dařilo pracovníkům s nimi přitom cíleně intervenovat/hovořit. U 57 klientů proběhlo celkem 369 intervencí (s jistotou intervenovali v ještě vyšším počtu, ale pak o tom neprovedli záznam do složek klientů). Celkem připadá tedy cca na každou 5. návštěvu klienta, která byla spojená s velkým počtem využitých služeb, jedna intervence pracovníka. V tom byli pracovníci poměrně úspěšní – v 49% jejich intervenčních rozhovorů s klienty, jejichž tematy byly nejčastěji jejich potřeby přesahující horizont TaT (např. zajistit si zázemí, zlepšit zdravotní stav), rovnou (nebo pak) i začal proces plánování. Tak mají celé dvě třetiny klientů zkušenost s využitím těchto služeb „prahových“, což

znamená tedy že se přinejmenším zaujatě bavili s pracovníky o jakékoliv, třeba drobné změně své situace. Ve způsobu práce pracovníků byl výzkumem zjištěná vyváženost v míře nedirektivity, ve smyslu respektu k rozhodnutím a zájmu i nezájmu klientů, a v míře snahy o aktivizaci klientů. To by se dalo dle teoretických doporučení považovat za vhodný přístup odpovídající této cílové skupině a poslání služeb KM a KC. Nepřineslo to však výsledky ve smyslu realizace cílů IP, jak je výše uvedeno. Toto by bylo možné shrnout slovy „pracovník se v praxi vhodně snaží přimět klienta k uvažování o změnách, ten na takový hovor v polovině případů dobře reaguje a hned spolu tedy mluví o způsobech realizace některých cílů. Ukáže se dále však to, že klient už dál neprojeví významný zájem o kroky k nim vedoucí ani svou aktivitu v tom.“ To může být způsobeno řadou příčin - např. adaptací klientů na svůj životní styl? To že jsou jejich schopnosti blokovány jejich závislostí? A je vůbec možné u naší konkrétní skupiny klientů, aby vedli jiný, více sociálně začleněný život? A jak by toto bylo možné zrealizovat??

Co se týče sledování možných faktorů ovlivňujících uvedené skutečnosti, bylo zjištěno, že převážné zaměření klientů jen na horizont TaT a jejich aktuální základní potřeby u nich přetrvává, ať jsou teprve na počátku své „pouliční drogové kariery“ nebo tímto stylem žijí již řadu let, tato doba to nijak neovlivnila.

Co se týče subjektivně vnímané kvality života klientů KM, ta ve výzkumu nevyšla obdobná jako u běžné společnosti, byla nižší – stále však přesně na spodní orientační hranici normy reprezentativního vzorku, tedy o 14% nižší než průměr normy. A bylo zjištěno, že jimi subjektivně vnímaná kvalita života opět nijak neovlivňuje míru využívání služeb „teď a tady“, nebo lze i říci opačně neovlivňuje ani otočit míru využívání prahových služeb. Tedy že jsou na TaT převážně zaměření, ať prožívají svůj život jako více nebo méně kvalitní.

Stručně shrnuto bylo ověřeno, že klienti KM žijí téměř výhradně okamžikem TaT a většinou velmi málo/zanedbatelně směřují k nějakým změnám svých situací. „Typický klient“ dochází především do služeb reagujících na jeho bezdomovecký způsob života a základní potřeby s tím spojené. Co se týče užívání drog, využívá již méně často výměnný injekční program a co se týče možností změn své situace, takových služeb využívá již velmi málo. Toto nastavení se nemění s dobou jejich života „na ulici“ a ani není závislé na subjektivně prožívané kvalitě jejich života.

Pro zajímavost je jistě dobře zmínit něco více z hodnocení celkem 18ti oblastí života v šetření SQUALA. Důležitost oblastí hodnotili klienti KM víceméně obdobně jako běžná populace, jejich spokojenost a především skore subjektivní kvality života však byly nižší - nejníže v oblastech prostředí a bydlení, rodinné vztahy, děti a práce. Znamená to tedy, že zájem o tyto hodnoty a nějaké sociální začlenění mají, ale nejsou ho schopni realizovat? Nebo jej nechtějí realizovat, protože by přišli o výhody svého vyloučeného života? Jejich skore subjektivní kvality života bylo totiž výrazně vyšší než u běžné populace u položek svoboda a jídlo. Podrobné tabulky a grafy lze nalézt přímo v kompletní diplomové práci.

Jak to v životě chodí, ve výzkumném vzorku byli i „výjimeční klienti“, kterých bylo opravdu jen několik málo jedinců a kteří vykazovali výrazně odlišné hodnoty. Byli mnohem více a úspěšněji zaměřeni na směřování ke změně a její realizaci. Nejúspěšnější jeden z nich realizoval 50% možných cílů přesahujících horizonat TaT a dále 4 klienti z KM odešli ve sledovaném období do léčby své závislosti. Výsledek jejich léčby nebyl sledován. Vzhledem k našemu tematu je důležité se zamyslet, zda by tito výjimeční klienti dosáhli svých cílů i bez působení pracovníků? I mimo KC? I když se v našem výzkumu takové náznaky objevovaly, nelze s jistotou odpovědět.

„Závěry a zamyšlení“

Čím to tedy je že naši klienti žijí v „pouličních podmínkách“ a neusilují (alespoň nijak znatelně) o změnu? Může to být např. jejich závislostí a jí omezeným vnímáním a prožíváním? Může to být jejich častou/nepřetržitou intoxikací drogou, která jim přináší úlevu či příjemné prožitky a zastírá jejich vnímání reality? Pravděpodobně ano..... Nebo je to jejich osobnostním nastavením, kdy se u nich často vyskytují i poruchy osobnosti a jiné duševní poruchy? Může to být tím, z jaké společenské vrstvy pocházejí, jaké bylo jejich rodinné zázemí a dětství? Nebo jejich IQ, (ne)vzdělaností, absencí pracovních návyků.....? Dokáží stabilně a intenzivně jít za určitým cílem, snažit se a přemáhat pro nějakou vzdálenější vidinu prospěchu?

Může to být tím že třeba rezignují a vzdají se? Tím že přijmou zmiňovaný styl života za „svůj způsob existence“ a adaptují se tedy? Pravděpodobně ano, i když toto však logicky odporuje (nebo ne?) zjištění Hradeckého o tom, že bezdomovci mají výrazně vysoká pozitivní očekávání od budoucnosti, jak bylo uvedeno v teoretické části diplomové práce.

A když se již pokoušíme nahlížet na úspěchy a perspektivy práce s takto sociálně vyloučenými skupinami lidí, jistě bychom rádi znali i odpověď např. na to, zda se můžou dlouhodobě závislí vůbec vyléčit a efektivně se sociálně začlenit? Co nám o tom říkají statistiky? Zde bohužel nenabízíme odpovědi na tyto stěžejní otázky. Na to náš výzkum nestačil...

Pokud vycházíme z toho, že je ve společnosti motivace takovým klientům pomáhat, je v tom spatřován smysl, společnost má k tomu dostatek prostředků a existují zařízení typu KC, je možné pokusit se alespoň do práce s nimi a s podobnými skupinami klientů (tedy takovými, jejichž životní styl a hodnoty jsou výrazně odlišné a do značné míry již „zpevněné“, např. závislostí, adaptací) uvést několik doporučení či návrhů:

1) pracovník by si měl být vědom životní reality cílové skupiny, jejich možností a omezení – jednoduše by pracovník neměl být v iluzi, že tito klienti aktivně usilují o nějakou změnu. Měl by si být vědom toho, že jsou převážně zaměřeni na okamžik TaT a své aktuální potřeby a že toto u nich přetrvává dlouhodobě. Samozřejmě, že existují i takoví, na které toto neplatí, a pak je to ale „výjimka která potvrzuje pravidlo“. Pokud si toho pracovník nebude vědom, jednak bude jeho práce s klienty neodpovídající a dále je i vážně ohrožen tzv. vyhořením.

2) Navazujíc na bod č.1, je třeba si být opět vědom reálně dosažitelných cílů a vůbec poslání práce s těmito klienty. Zde v případě KC se jedná převážně o „pomoc těm nejvíce zranitelným ve společnosti“ a dále o snižování rizik pro klienty i pro společnost (k posláním zařízení sociální prevence a KC velmi podrobně viz teoretická část diplomové práce). Pracovník by pak měl takové cíle službami naplňovat a rozhodně další sociální začleňování klientů nemít jako primární zaměření své práce. Tedy měl by být spokojen s poskytováním hygienického a potravinového servisu, s poskytováním výměnného injekčního

programu a základního zdravotního ošetření, ideálně s kontaktem s klienty za vzájemného respektu a vstřícné komunikace. Jako úspěchy své práce by měl vidět ochranu společnosti spolu s pomocí těm nejvíce zranitelným, lidem „z okraje společnosti“. I když nedochází k výrazným změnám v jejich životech, je důležité vědět že sami klienti služby KC často jako velkou pomoc vnímají. A přístup a vztah pracovníků často zažívají jako třeba jediný pozitivní přístup druhých lidí k nim samým. Pracovník by se měl smířit s tím, že takto sociálně vyloučení lidé ve společnosti jsou a vždy budou. A být „spokojený s málem“...

3) Pokud by bylo jedním z cílů práce s těmito klienty přímo jejich sociální začleňování a/nebo vyléčení závislosti, měl by si opět pracovník (ovšem pravděpodobně již ne pracovník nízkoprahových služeb KC) být vědom nedostatku jejich aktivní motivace k dosahování jakýchkoliv cílů. Měl by si být vědom jejich závislosti na drogách, jejich častých intoxikací, častých poruch osobnosti apod. Toho, že často „nemluví s nimi, ale že mluví s drogou“. Z tohoto důvodu by měl pracovník používat více direktivnějších intervencí anebo nechat klienty nízkoprahových služeb „dopadnout na dno“, umožnit jim konfrontovat se se svým velice destruktivním životním stylem a nezastírat jeho následky (ani např. hygienickým a jiným servisem). Obecně by měl pracovník přistupovat více v duchu KBT terapie (která má pro tyto klienty nejlepší výsledky) a pracovat s pozitivními a negativními odezvami jako důsledky jejich určitého chování. Existuje totiž pohled na závislost jako na latentní „celoživotní“ nemoc. Léčba a terapie závislého člověka nemůže být úspěšná, pokud si nepřizná, nepochopí a neprožije že je závislý a že s tím má velké problémy (že nejsou způsobeny společností, rodiči nebo čímkoliv jiným). Když by pracovník pomohl závislému dojít ke snaze o léčení více direktivními metodami, stále by však nemohlo jít o nerespektování jeho vůle. Přinejmenším ne po delší dobu. Pokud totiž nedojde k probuzení jeho vnitřní motivace a nastartování jeho energie, nebude úspěšný v překonávání budoucích překážek. Ty ho totiž čekají, nelze ve všech takových okamžicích být klientovi nablízku. On sám pak bude muset dokázat drogu odmítnout. V praxi bývá časté, že i po prodělané léčbě klienti opět začínají užívat.....

4) Pracovník KC by měl pamatovat i na výjimky mezi klienty, být si vědom toho že existují i tací, kteří nejsou „typickými klienty“. Měl by na to pamatovat, když o klientech přemýšlí, když je s nimi v nízkoprahovém provozu v častém kontaktu. Pak by bylo vhodné mít vypracovanou metodiku ke zjištění, kteří z nich to jsou..... A nebo by naopak měl pracovník ustat se svými intervencemi/pokusy a počkat, až se projeví sami? Až snahu o změnu budou aktivovat oni sami? To by se dalo považovat za nejideálnější a v praxi také nejčastější. A pak s nimi pracovat v úplně jiném, než nízkoprahovém modelu. Pravděpodobně by bylo vhodné pro takové výjimečné klienty vytvořit úplně jiné zařízení než nízkoprahové „klasické“ KC.

V Kontaktních centrech se s klienty pracuje totiž především v nízkoprahových podmínkách a nedirektivním způsobem se pracovníci pokoušejí dosahovat stanovených cílů, a spolu s poskytováním služeb se snaží i navázat a udržet pozitivní vztah s klienty. To je v současnosti uznávaný postup, důležitý vůbec pro „získání“ klientů, jejich docházení do KC a tak tedy pro další pokračování snah o snižování rizik. Zde je pak nejúčinnější samotná fyzická výměna injekčních stříkaček.

Lze se odvážit říci, že KC však není vhodné zařízení pro směřování k léčení a sociálnímu začlenění, drtivý objem práce v KC tvoří poskytování nízkoprahových služeb typickým klientům. Pro tyto cíle by bylo vhodnější např. Substituční centrum nebo nějaký nový typ zařízení.

Jak bylo zjištěno, IP s klienty v KC probíhá ve většině případů ve formě „teď a tady“, tedy tzv. situačních intervencí - většinou obsahují naplnění potřeb/cílů klientů přímým aktuálním poskytnutím služeb. Ty jim poskytuje přímo pracovník KC, často jejich klíčový pracovník, a často je tímto poskytováním služeb zahlcený. Dalo by se říci, že v klasické optice je toto spíše něco jako „pseudo individuální plánování“. IP s delším časovým horizontem než např. 2 dny, více středně nebo dlouhodobé, a jeho zaznamenávání do formulářů plánů pro tuto cílovou skupinu není většinou vhodné a je zbytečnou administrativní zátěží. Vše nejčastěji začíná a končí převážně rozhovorem o nepříznivé situaci a o možnostech jejích změn, na který však nenavazuje již další reálný postup.

Pokud by mělo dojít s některými těmito klienty k práci přesahující horizont TaT, bylo by vhodné pracovat s nimi tzv. case managementem (opět podrobně viz teoretická část). Case management (CM) se používá např. u duševně nemocných klientů, jejichž schopnosti sociálně začleňovat svou výrazně omezené především jejich dlouhodobým duševním stavem a pracovník je pak intenzivně a dlouhodobě podporuje v zajišťování základních potřeb, pokud je to možné i v jejich mírném sociálním začleňování. Uživatelé drog jsou v tomto velmi podobní/totožní, jejich nepříznivý duševní stav je také dlouhodobý a chronický, výrazně ovlivňuje jejich prožívání a prognoza vyléčení je těžko odhadnutelná. Pro některé se dokonce jako metoda léčby závislosti, po neúspěšných pokusech o léčbu, volí tzv. substituce. Tedy ukončení užívání drogy a dlouhodobé (třeba celoživotní) nahrazení poskytováním léku („legální drogy“) který zmírňuje negativní symptomy závislosti. V principu stejná léčba jako u řady duševně nemocných...

Pokud by tedy někteří klienti KM měli zájem o dlouhodobější podporu, pro zajišťování svých základních potřeb, pro zkvalitňování svého života nebo třeba (ne nutně) i pro léčení své závislosti, navrhujeme jako nejvhodnější aby měli svého CM klíčového pracovníka, takového který stojí mimo nízkoprahové KC. Ne klíčového pracovníka který je zahlcený poskytováním nízkoprahových služeb, a který je také zvyklý pracovat v nízkoprahovém nedirektivním rámci. Klienti ho navíc pravděpodobně vnímají ve specifické roli. Pracovník jim poskytuje bezplatně a anonymně služby, které do určité míry zajišťují jejich základní potřeby. To bez výrazného úsilí klientů, nízkoprahově, a tak se pracovník ocitá spíše v roli rodičovské (mateřské). Klienti jsou charakterizovaní právě tzv. prezentismem, což je typicky dětský přístup ke světu.

Pracovník CM je pro klienty spíše průvodcem reálným světem vnějším nebo vnitřním, nebo učitelem (Matoušek). Klienti závislí na drogách musí k vyléčení či jiné výrazné změně prožít a pochopit následky svého jednání, zříci se ho pak právě pro tyto následky, změnu udržet a naučit se k sobě a ke světu přistupovat jinak, zdravěji než doposud. Pokud tento proces má s nimi projít sociální pracovník, lze doporučit aby fungoval samostatně a v jiné instituci, než v KC. V KC se řadou služeb následky chování klientů zmírňují či, odvážíme se říci že zastírají. Na závěr doplníme, že je důležité při aplikaci CM znát jeho teorii i praxi v jiných zařízeních a cílových skupinách, protože je to metoda, která se stále vyvíjí a často není její chápání přesně definováno.

A nakonec, a možná především, pro umožnění a podporu změn v životě těchto klientů, často chronicky a „nevyléčitelně“ závislých, je kromě výše nastíněné změny odborného pohledu dále nutná i změna v přístupu části společnosti k těmto lidem. Často je totiž odmítá, stigmatizuje a perzekuuje.

Mohla by pomoci např. změna pohledu na ně jako na pacienty, na lidi vážně nemocné? (I když si toto způsobili sami a vlastně vědomě svou drogovou kariérou...) Pokud jim zaměstnavatelé, lékaři, kolemjdoucí, rodina, sociální pracovníci aj. budou vyjadřovat zájem, podporu a respekt k jejich schopnostem – stejně jako duševně nemocným nebo jinak handicapovaným lidem - a pokud jim vhodnou pomoc (a v duchu KBT vlastně i určitou „výchovu“) budou i v účinné formě nabízet, mělo by to znamenat možnost jejich přiblížení se k běžnému životu ve společnosti. Samozřejmě nejde jen o zajištění určité „péče“ těmto klientům, především by mělo jít o vedení ke zodpovědnosti za vlastní život, a to v efektivním podpůrném rámci.

Bude toho však naše společnost schopná? Vždyť je často závislými atakovaná a musí se zároveň s tím vším před následky jejich chování chránit.....