

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA

FAKULTA PROVOZNĚ EKONOMICKÁ

OBOR VEŘEJNÁ SPRÁVA A REGIONÁLNÍ ROZVOJ



Diplomová práce

Ekonomické aspekty léčby drogových závislostí

Vedoucí diplomové práce: Ing. Jaroslava Burianová

Vypracoval: Mgr. Ivo Vítek

© 2009

Zadání DP – originál

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracoval pod vedením vedoucího práce samostatně a uvedl jsem veškeré použité prameny a literaturu.

V Praze dne 15.3. 2009

.....

Poděkování

Rád bych na tomto místě poděkoval Ing. Jaroslavě Burianové za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi poskytla během zpracování diplomové práce. Velký dík patří zejména konzultantům Mgr. J. F. Žákovi a Mgr. Zdeně Vitamvátové, ale i dalším odborníkům z oboru adiktologie za poskytnutá upřesnění a zkušenosti.

**EKONOMICKÉ ASPEKTY LÉČBY DROGOVÝCH
ZÁVISLOSTÍ**

ECONOMICAL ASPECT OF DRUG DETOXIFICATION

Souhrn

Diplomová práce se zabývá ekonomickou stránkou drogové problematiky v ČR. Po základním uvedení do tématu jsou zmíněny některé aktuální přístupy v oblasti protidrogové prevence, které determinují efektivní poskytování péče cílové skupině. Pozornost je věnována společenským následkům, ekonomickým nákladům a různým pohledům na škody, spojené s užíváním drog. Tyto společenské škody jsou porovnány s náklady, vynakládanými na léčbu závislostí. Empirická část je zaměřena na hodnocení nákladovosti a efektivity služeb vybraného zařízení protidrogové prevence v letech 2004 – 2007. Diplomová práce akcentuje zejména pohled nedrogové společnosti, tj. jak jsou vynakládány prostředky z veřejných zdrojů na změnu životního stylu uživatelů drog. Kvantitativní část výzkumu je dána komparací statistických dat ve zmiňovaném období a jejich statistickým vyhodnocením, s cílem ověřit výkonnost zařízení v kontextu jeho nákladovosti. Další část šetření, zaměřená účinnost služeb, je ověřena rozhovory s klienty se záznamem podle Evropského indexu závažnosti návykového chování (EuropASI). Výsledky prováděného šetření mohou být vodítkem pro další vývoj a racionálnější využívání veřejných zdrojů v oblasti protidrogové prevence.

Klíčová slova

terciární prevence, Harm reduction, drogová agentura, nízkoprahovost, index efektivity, incidence, prevalence

Summary

The graduation thesis is concerned with economic aspect of drug problematic in the Czech Republic. After basic introduction of the theme there are mentioned several upcoming ways of solution in anti-drug prevention area, determining effective care providing for target group. Main attention paid to negative social consequences, economic costs and several views of damages caused by using drugs. These social damages are compared with economic costs invested in detoxication. Empiric part of the thesis targets efficiency and costs appreciation in connection with described “anti-drug centre“ in years 2004-2007. Graduation thesis accents especially view of major society as well as rational use of public financial resources for drug users and their negative life style. Quantitative part of research compares statistic data in mentioned period. At the same time these statistics are interpreted in context of anti-drug centre efficiency and exercised financial costs used there. Next part of research is focused on service influence, followed by dialogues with clients and recorded according to European index of habit behaviour severity (EuropASI). Results of this performed research could be inspiration for next progress in connection with rational use of public financial resources in area of anti-drug prevention.

Key words

tertiary prevention, Harm reduction, anti-drug agency, accessability, efficiency index, incidence, prevalence

OBSAH:

1. Úvod.....	6
2. Cíl práce a metodika.....	8
3. Základní protidrogové přístupy	10
3.1 Příčiny vzniku závislosti.....	10
3.2 Užívání drog v českých zemích.....	12
3.3 Snižování nabídky	14
3.4 Snižování poptávky	15
3.5 Principy vyváženého přístupu	16
4. Společenská dimenze užívání drog	19
4.1 Bio – psycho – socio – spirituální model.....	20
4.2 Historie užívání drog.....	23
4.3. Aktuální trendy užívání drog.....	25
4.4 Užívání drog v kontextu rodiny... ..	27
4.5 Vliv protidrogové prevence na snižování škod	28
5. Ekonomické aspekty užívání drog.....	30
5.1 Přímé a nepřímé společenské náklady	31
5.2 Užívání drog a náklady jednotlivce.....	33
5.3 Náklady na protidrogovou prevenci a léčbu	35
5.4 Hodnocení účinnosti služeb v kontextu nákladů.....	36
6. Složky péče o drogově závislé v ČR.....	41

6.1	Protidrogová opatření v ČR.....	41
6.2	Typy zařízení a jejich poslání.....	43
6.3	Rozvoj kvality služeb.....	45
6.4	Supervize.....	46
7. Efektivita služeb pro uživatele drog		48
7.1	Efektivita z pohledu zadavatele služby.....	49
7.2	Etické zásady	49
7.3	Standardy odborné způsobilosti	51
7.4	Efektivita služeb z pohledu cílové skupiny.....	52
8. Výzkumné šetření – ověření efektivity a nákladovosti vybraného zařízení... ..		56
8.1	Nákladovost K-centra Noe	58
8.2	Výkonnost K-centra Noe.....	60
8.3	Účinnost služeb - dotazníkové šetření.....	66
8.4	Zvolené metody průzkumného šetření	67
8.5	Zpracování dat a interpretace výsledků	68
9. Závěr		77
10. Seznam použité literatury a prameny		
11. Seznam příloh		

1. Úvod

Ekonomické aspekty léčby drogových závislostí je obsáhlé téma, které je determinováno skutečností, že tato problematika i pojetí jsou v českých poměrech relativně novodobým jevem. Potřeba společnosti reagovat na masivní nárůst užívání drog se objevuje na počátku 90. let minulého století. Systém péče o uživatele drog je dnes v ČR rozvinut do široké plejády nabízených služeb, což je samozřejmě známkou jisté společenské „vyzrálosti“ a racionálního přístupu ze strany státu i neziskového sektoru. Užívání drog je ve všech svých stadiích provázeno existencí odborných sociálních služeb, problémem může být nerovnoměrné lokální rozmístění služeb a následně nízká dostupnost v některých regionech. Nízkoprahové kontaktní centrum, na které je tato práce orientována, je tedy pouze jedním článkem v systému péče. Tato zařízení postupně vznikala jako reakce na drogový boom, neexistuje tedy delší historií prověřená zkušenost s metodami a pojetím práce. Odborná literatura poměrně obsáhle popisuje styly a formy práce s uživateli drog, ekonomický rozbor protidrogové péče má však svá úskalí. Obvykle se jedná o obecné proklamace ze strany donátorů, převzaté z jiných společensko-vědních oborů. Práce zabývající se nákladovostí služeb, jsou mnohdy vytvářeny samotnými poskytovateli služeb, nikoli za účelem zjištění objektivní situace, ale jako potřeba získat finanční podporu, obhajovat a zdůvodňovat vlastní práci. Živelný rozvoj protidrogových služeb v ČR, realizovaný mnohdy dobrovolnými nadšenci, byl charakterizován mnoha etickými problémy a „dětskými nemocemi“. Postupný vývoj služeb směrem k profesionalitě nutně vyvolal potřebu zabývat se smyslností, účelností a finanční udržitelností péče. V současné době jsou programy protidrogové prevence stabilizovány, s jistými výhradami také financovány, kvalita péče je prověřována procesy certifikace ze strany MPSV a RVKPP. Problematika služeb pro uživatele drog se neustále vyvíjí podle aktuálních potřeb, důležitým prvkem manažerské dovednosti je schopnost vyhodnocovat účinnost jednotlivých služeb a inovovat je podle potřeb cílové skupiny a zadavatele služeb (veřejnost, stát). Kontaktní centra se pokouší udržet „rovnováhu“ mezi tím, co potřebují uživatelé drog a mezi tím, co je ještě veřejností akceptovatelné. Na tomto místě je třeba zmínit, že stále přetrvávají předsudky vůči službám harm reduction (snižování škod), přestože jejich společenský i ekonomický přínos byl mnohokrát prokázán a publikován. Existují programy, jejichž účinnost lze kvantifikovat

jednoznačným a nezpochybnitelným způsobem. Typickým příkladem je program výměny injekčních setů, který výrazně snižuje četnost nákazy hepatitidou C u nitrožilních uživatelů. Jiné programy naopak jednoznačně vyhodnotit nelze a jejich účinnost se zjišťuje obtížně – například podpůrné nebo motivační poradenství. Pokud se budeme zabývat ekonomickou stránkou léčby drogových závislostí a její efektivitou, je třeba se také zamyslet nad tím, jaký posun u klienta považujeme za úspěch a co je selhání. Na první pohled se zdá být jasné, že úspěchem je abstinence a vyléčení, neúspěchem pak přetrvávání konzumace drog. Praxe je ovšem taková, že ze skupiny klientů po léčbě někteří abstinují, jiní příležitostně relapsují, další se k drogám vrátí i po několika letech, někdo spontánně přechází na jiné formy závislostí (patologické hráčství, alkoholismus, workholismus). Další snížení validity zkoumání spočívá v absenci katamnestických údajů – kromě toho, že nelze jednoznačně určit efekt poskytovaných intervencí, schází z důvodu anonymity a nízkoprahovosti možnost oslovit klienty s delším časovým odstupem.

V oblasti kvantifikace společenských nákladů spojených s drogami se setkáváme s nemožností shromáždit srovnatelná data. Mnohé škody jsou nekvantifikovatelné (utrpení, rodinné rozvraty), jiné jevy jsou statisticky zaznamenány, ale objektivně nelze zjistit, jaká část daného jevu souvisí s drogami (snížení produktivity práce, nemocnost, nezaměstnanost). Pro přehlednější zobrazení by bylo vhodné najít odpovědi na tyto otázky:

Kolik stojí užívání drog celou společností ročně?

Jaká část z těchto nákladů je vynaložena na prevenci a léčbu?

Jaká výše prostředků na léčbu je optimální?

Jaké jsou náklady na jednoho uživatele drog?

2. Cíl práce a metodika

Téma diplomové bylo zvoleno s motivem zamyslet se objektivně (na půdě univerzity, nikoli pro potřeby finančních donátorů) nad skutečným efektem poskytovaných služeb protidrogové prevence.

Cílem diplomové práce je ověřit, zda jsou programy prevence a léčby pro uživatele drog efektivní a jaká je jejich nákladovost vzhledem k ekonomickým přínosům, které přinášejí. Klíčovými indikátory pro naplnění cílů je vymezení pojmů nákladovost, výkonnost a účinnost. Průnikem těchto tří pojmů je při jisté dávce redukce pojem efektivita, která je ověřena na vybraném nízkoprahovém zařízení – K centru Noe Třebíč. Nákladovost zařízení je ověřena komparací statistických dat a následným přepočtem na jednotku výkonu. Posuzování efektivity služeb pro uživatele drog je komplikované a obtížně uchopitelné, pro potřeby této práce je pojem efektivita chápán jako průnik nákladovosti, výkonnosti a účinnosti. Efektivitu lze samozřejmě zkoumat i z jiných úhlů pohledu, výše uvedený pohled je částečně redukuje.

Pokud například projde konkrétní skupina klientů resocializační léčbou, nelze vyčíslit všechny sociální, ekonomické i společenské efekty této léčby v následujících letech, léčba ovlivní život každého jednotlivce jinak a v jiném životním stadiu. Výkonnost služby reprezentuje spíše výčet a množství poskytnutých intervencí, počet klientů, úkonů, počet klientů v léčbě, apod. Pojem výkonnost bychom neměli ztotožňovat s pojmem efektivita (přestože dotační řízení tento redukuje pohled mnohdy uplatňují). Efektivní služba není pouze výkonná – lze realizovat velké množství intervencí a služeb bez patřičného účinku. Účinnost služby lze vyjádřit mírou pozitivní změny u klienta v určitém časovém intervalu ve sledovaných oblastech života, např. zdravotní stav, zdroj obživy, užívání drog, rodinné a sociální vztahy, apod. Efektivní služba ovšem není ani ta, která sice dosahuje vysoké účinnosti, ale pouze u minimální části cílové skupiny. Jedním z ukazatelů efektivity služby je podíl nakontaktovaných uživatelů drog ze všech uživatelů ve zkoumané lokalitě. Za efektivní můžeme považovat takovou službu, která vykazuje vysokou výkonnost i účinnost za přiměřených finančních nákladů. Přiměřená nákladovost je dána typem služby, lokalitou ve které je poskytována, rozsahem cílové skupiny, systémem návazné péče a dalšími aspekty, jejichž sumarizací je skutečnost, že danou službu nelze z dlouhodobého hlediska nahradit, ani

poskytovat levněji. Šetření je rozděleno na tři části – v první části je komparována nákladovost K-centra Noe v letech 2004 a 2007, údaje jsou zjišťovány z interních materiálů Diecézní charity Brno. Druhá část je zaměřena na posouzení výkonnosti zařízení ve stejném časovém období. Pro posouzení výkonnosti budou použita data ze systému Freebase – databáze pro shromažďování statistických dat schválená Úřadem vlády ČR. Komparací vybraných indikátorů za roky 2004 a 2007 bude vyjádřena míra nárůstu nebo poklesu ve výkonnosti zařízení, šetření může odhalit také změnu ve struktuře poskytovaných služeb. Výkonnost zařízení ve sledovaném období bude posouzena procentuálním dopočtem a znázorněna graficky. Časový interval pro sledování výkonnosti zařízení (roky 2004 a 2007) byl záměrně zvolen pro možnost mapovat dynamiku zařízení a možné vývojové trendy s odstupem několika let, přičemž sledovaná data mají ještě stejnou výpovědní hodnotu – porovnávání časově vzdálenějších období by mohlo být méně validní. Ve třetí části je pak ověřována účinnost služeb zařízení metodou EuropASI, také za roky 2004 a 2007. Cílem je ověřit, zda uživatelé drog, kteří navštěvovali K-centrum Noe v období 2004 – 2007, vykazují zlepšení stavu ve vybraných oblastech života. Na tomto místě by bylo dobré stanovit přiměřenou aspirační linii – bude úspěchem pouze zlepšení stavu klientů, nebo případné zjištění, že se klienti alespoň výrazně nezhoršili? Pro posouzení účinnosti služeb je třeba definovat indikátory, na který je možné vysledovat případnou změnu stavu klienta a korekci závislostního chování. Jednou z ověřených metod pro objektivní charakteristiku stavu klienta je Evropský index závažnosti návykového chování - EuropASI (Kubička, 1997). Jedná se o adaptaci páté edice ASI (Addiction Severity Index) z roku 1992. Původní verze ASI vznikla v roce 1980 v USA. Podnětem k vytvoření české verze byla skutečnost, že tato metoda doznala v Evropě značného rozšíření. Pracovník vede strukturovaný, polostandardizovaný rozhovor, určený ke zmapování poměrně širokého spektra problémů u klientů, jejichž hlavním problémem se týká alkoholu a nelegálních drog. Jedná se o efektivní metodu k získání informací, hodinové trvání aplikace, mnohostranné bio-psycho-sociální vyšetření, možnost klinické i výzkumné aplikace, flexibilní metoda pro zařízení různého typu, metodu lze upravit podle specifických potřeb zařízení, vysoká validita a reliabilita.

3. Základní protidrogové přístupy

Společenské postoje k drogové problematice se liší podle geografických a kulturních odlišností, v různých částech světa jsou návykové látky spojeny s jiným významem a symbolikou. Je známo, že řada kultur používá omamné látky jako součást vlastní kultury, jako věc běžné denní potřeby. Pokud budou v této práci analyzovány přístupy a kulturní rozměry užívání drog, pak se jedná o pohled „euroatlantický“, který vnímá užívání drog patologicky, s relativně malou společenskou tolerancí. Největší význam z pohledu celosvětového měřítka, tedy i z pohledu ČR, má OSN s třemi nejvýznamnějšími dohodami týkajícími se omamných a psychotropních látek:

- Jednotná úmluva o OPL z roku 1961, ve znění protokolu z roku 1972 o změnách Jednotné úmluvy o OPL (vyhláška č. 47/1965 Sb. ve sdělení č. 458/1991 Sb.)
- Úmluva o psychotropních látkách z roku 1971 (vyhláška č. 62/1989 Sb.)
- Úmluva OSN proti nedovolenému obchodu s OPL z roku 1988 (sdělení č. 462/1991 Sb.)

Všechny státy, které úmluvu přijaly, se zavázaly k přijetí legislativních a správních opatření, která jsou nutná k omezení produkce, výroby, dovozu a vývozu, obchodu a distribuce, použití a přechovávání OPL. Tyto normy ovlivnily také právní řád ČR.

3.1 Příčiny vzniku závislostí

Závislost je stav mysli, charakteristický nutkavou potřebou se chovat určitým způsobem, a to změnit prožívání reality, tendenci zvyšovat dávky a neschopností omezit dané chování - aplikace drogy. Při vysazení drogy dochází k nepříjemným pocitům (abstinenci). Návyk začíná, vzdáme-li se perspektivy dosavadního života a droga utváří rozhodujícím způsobem náš všední den, uvádí Göhlert (2001, s. 11). Dle WHO se drogová závislost definuje jako psychický a někdy fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užít drogu opakovaně pro její příjemné účinky a také proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemným stavům při nepřítomnosti drogy. Nešpor (2003, s. 30 – 42) zmiňuje existenci jiných typů závislostí, které nejsou spjaty s užíváním drog – závislost na práci, nakupování, Internetu, sexu, apod. Tyto novodobé formy závislostního chování jsou na vzestupu a mnohdy závislost na drogách doplňují. Závislost je zařazena mezi chronická onemocnění CNS, které je možno diagnostikovat, léčit a je možno mu vhodnou prevencí

předcházet. Míra potenciálu závislosti je u různých látek odlišná, např. u heroinu je riziko rozvoje závislosti velmi vysoké a u marihuany je naopak minimální. V posledních letech je kladen důraz na studium biologických aspektů závislosti. Je proto důležité pojímat tuto problematiku vždy komplexně jako bio-psycho-socio-spirituální onemocnění. (Kalina I, 2003, str. 91). K onemocnění dochází, setká-li se jedinec s dispozicí k závislosti se substancí, která u něj vyvolá nutkání ji opakovaně užít. Častěji k tomu dochází v sociálních situacích, které toto setkání usnadňují (různé party, kluby apod.) U drogových závislostí hovoříme o tzv. spouštěčích, což jsou osoby, jevy nebo věci, které umocňují bažení po droze. V organismu je také pozorována řada změn v CNS při opakovaném užití.

1) DROGA - je nesporně základní, ne však jediný činitel při vzniku toxikomanie. Schopnost vyvolat dychtění po droze („craving“) vedoucí k opakovanému užití drogy je založena na schopnosti drogy vyvolat silný psychický zážitek, být rozpoznána mezi jinými látkami a vyvolat následně nepříjemné pocity po přerušení opakované aplikace. Uživatelé pervitinu hovoří v prvních fázích závislosti o tzv. zamilovanosti, kdy potřeba drogy vyhledat překrývá veškeré další zájmy.

2) PROSTŘEDÍ - důležitá je dostupnost drogy v okolí jedince, tzn. distribuce a cena drog, dále také pohled společnosti na užívání dané drogy. Dělení drog je na legální a nelegální, drogy společností tolerované, „měkké“ a „tvrdé“. Nejčastější formou závislosti vůbec, je závislost na tabáku díky snadné dostupnosti. To samé platí u rozpouštědel (těkavých látek) a jsou důvodem volby především u finančně slabších a mladých toxikomanů, avšak tato závislost má velmi závažné důsledky včetně nevratného poškození CNS, jater a ledvin. Mezi faktory prostředí, které vznik závislosti usnadňují patří fetující party, rozvrácené nefunkční rodiny, nedostatek péče rodičů, osamělost aj. Dále je nevhodný chronický stres. Je též prokázáno, že člověk reaguje na známé prostředí spojené s dříve užívanou drogou - excitací mozkových center jako při samotné aplikaci drogy. Prostředím zde může být kamarád, injekční stříkačka, určitá melodie apod. V případě psychické závislosti je prostředí a jednání s drogou stejně důležité jako droga sama. Proto je při léčbě důležité postupné rozpojování těchto vazeb (tj. metoda „vyhasnutí“ v chování).

3) ORGANIZMUS - byly prokázány typické znaky osobnostních i genetických predispozic k závislostnímu chování. Nejrizikovější skupinou jsou lidé zvědaví, hledající nové zážitky, lidé rádi riskující, cestovatelé a milovníci umění. Často se ale mezi závislými objevují lidé

nevyrovnání, se sklonem k depresím, úzkostem, impulsivitě. Duální diagnosa je termínem pro jedince, kteří mají kromě závislosti ještě nějakou diagnostikovanou duševní chorobu. V praxi mnohdy není zřejmé, zda primární byla závislost, která následně vyvolala duševní chorobu, nebo naopak. Mnoho závislostí je ovlivněno rodovou dispozicí, byly provedeny studie jednovaječných dvojčat, které vyrůstaly odděleně. (Presl, 1995, s. 49). Některé studie poukazují na rozdílné dispozice k závislostem u mužů a žen. Ženy bývají mnohem citlivější na drogy než muži, závislost se u nich vyvíjí rychleji. Rychleji reagují na léčbu, avšak mohou být více náchylnější k relapsům. Toxicita některých drog je naopak vyšší u mužů, než u žen (např. kokain). V poslední době se mezi uživateli drog objevují výrazně častěji osoby ženského pohlaví. Tento trend může mít ze sociologického hlediska souvislost s mediálním ideálem krásy a vysokými požadavky na dospívající dívky. Je též prokázána zvýšená reaktivita a citlivost nezralých jedinců k rozvoji drogové závislosti. U dětí proto bývá rychlejší než u dospělých, s dramatičtějším průběhem a s vážnějšími důsledky.

Obecně lze říci, že droga vyvolává závislost ovlivněním řady neurobiologických procesů v CNS, za účasti rozvoje adaptačních změn opakovaného podávání. Látky s vysokým potenciálem závislosti mají centrální účinky, rychle pronikají hematoencefalickou bariérou a vážou se na specifické receptory.

3.2 Užívání drog v českých zemích

Trendy užívání drog v českých zemích kopírovaly středoevropský vývoj až do roku 1948, kdy se díky politické izolaci začal vývoj v ČR odlišovat. Nikdy však nedošlo (přes oficiální proklamace) k tomu, že by se užívání drog vymýtilo. Relativně uzavřené a lokálně oddělené subkultury drogy vyráběly a rozšiřovaly. Užívání drog bylo mnohdy chápáno jako jedna z forem protestu proti vládnoucí garnituře, v undergroundovém proudu se potkávaly narkomani s filozofy nebo zneuznanými umělci. Je pravdou, že u nás v té době neexistoval organizovaný trh s drogami – pravděpodobně kvůli nezájmu zahraničních skupin o nekonvertibilní československou měnu a pro omezený přeshraniční pohyb. Nejrozšířenějšími drogami byl pervitin a braun, které bylo možné svépomocí vyrábět. Po roce 1990 nastává boom v importu západní kultury, drogy nevyjímaje. Dochází ke vzniku dobře organizovaného černého trhu s mezinárodním zázemím, objevují se substance, které nikdo

příliš nezná, natož aby bylo možné včas informovat širokou veřejnost. V první fázi byla ČR vnímána spíše jako tranzitní země, přes kterou se drogy masivně převážely všemi směry. (Kalina I, 2003, s.33). Ve druhé polovině 90. let minulého století se Česká republika stává spíše zemí spotřebitelskou. Logicky tedy dochází k masivnímu nárůstu počtu nitrožilních uživatelů pervitinu, ale zejména importovaného heroinu. Nastávají „zlatá devadesátá léta“ – pro překupníky, tvůrce zákonů, represivní složky, vzniká moderní prevence. V České republice se podařilo poměrně rychle zareagovat na změny a nárůst v užívání drog. Postupně se vytvářely organizace, které byly schopny nabízet streetwork, nízkoprahovost, služby harm reduction (snižování škod), poradenství, motivaci ke změně, léčbu a resocializaci. Stoupá počet nakažených HIV, hepatitidou B a C, kriminalita a prostituce spojené se světem drog. Musíme si přiznat, že k živelnému rozmachu drogové scény přispěla neinformovanost, celospolečenská nepřipravenost a také ztráta tradičních existenčních jistot pro některé společenské vrstvy, spojená s bývalým režimem. Abychom byli spravedliví, je třeba připomenout, že mnohé postkomunistické země nezareagovaly tak operativně a racionálně, jak tomu bylo u nás. Zejména státy bývalé SSSR nevěnovaly této problematice patřičnou pozornost a výsledky jsou všeobecně známy – lavinovitě se šířící HIV z důvodu sdílení injekčního materiálu, velice nízký věk při prvních experimentech (často 10 – 12 let), téměř nulové šance na adekvátní léčbu nebo resocializaci, enormní nárůst celospolečenských škod., které ovšem nemá kdo kvantifikovat, natož snižovat. Pro srovnání – v ČR pracuje v roce 2008 celkem 81 zařízení, poskytující kontaktní a terénní programy. Kromě sítě kontaktních center vzniká v ČR síť terapeutických komunit, doléčovacích zařízení, denních stacionářů, substitučních programů, psychiatrická oddělení reagují zřízením detoxifikačních programů, léčebných programů. Na konci devadesátých let se stabilizovala síť služeb, podařilo se najít kompromis mezi represí a prevencí, stabilizoval se také počet rizikových uživatelů drog. V České republice vyzkoušelo alespoň jedenkrát v životě nelegální drogu 1 150 000 osob, tj. 16% obyvatel ve věku 15 – 64 let. (Kalina I, 2003, s.26). Nelegální drogu dostávají mladí lidé poprvé nejčastěji zdarma od kamaráda, uvádí Polanecký (2000, s.54).

3.3 Snížení nabídky

Nezákonný trh s drogami má, podobně jako každý trh, svoji stranu nabídky a stranu poptávky. Oba tyto segmenty jsou vzájemně velice úzce svázané. Nabídka odpovídá na potřeby uživatelů a sekundárně je sama stimuluje (Kalina I, 2003, s. 16). Strana poptávky využívá nabídky trhu k uspokojení svých potřeb, zároveň však své potřeby rozšiřuje a tím napomáhá dodavatelům k větším ziskům. Stabilita trhu s drogami, které bylo během posledních let dosaženo, je ohrožena. Příčinou je zejména prudký vzestup pěstování opia a koky a riziko vyššího užívání drog v rozvojových zemích. Dochází k výrazné rozšíření nabídky drog z Kolumbie a Afghánistánu, tyto drogy jsou charakteristické nižší cenou a vyšší čistotou. V roce 2007 byla v Afghánistánu rekordní úroda opia. Díky tomuto faktoru se zvýšila celosvětová produkce heroínu do roku 2005 téměř dvojnásobně. Zatímco v zemích se stabilními vládami se produkce a následná nabídka drog daří snižovat, existují oblasti bez centrální správy, které nabídku doplní. V Kolumbii je výroba koky soustředěna do oblastí, které jsou pod kontrolou povstaleckých skupin. Snahy o mezinárodní systém kontroly drog funguje již téměř 100 let. V roce 1909 byla v Šanghaji založena komise, jejímž cílem bylo kontrolovat obchod s opiem. Pro efektivní redukci drogové problematiky vyvstává potřeba věnovat se oběma stranám trhu, podmínkou je ale existence centrální vlády, zapojené do mezinárodních institucí a aktivit. V oblasti snížení nabídky se jedná o širokou škálu aktivit, které intervenují při zastavení a omezování výroby či distribuce drog. Jsou to především aktivity celních a represivních složek – policejní orgány, celní orgány, justice a vězeňství. Nabídka a produkce alkoholu a tabáku je sekundárně redukována vysokým zdaněním, u ilegálních drog tento faktor neplatí. Nutno podotknout, že náklady národních vlád vynakládané na represivní složky výrazně převyšují náklady preventivních opatření. V oblasti medicíny probíhají režimové a administrativní zásahy zaměřené na eliminaci úniku legálních substancí, používaných v medicíně jako léčiva, prekursorů a pomocných látek. V posledních letech vstupují do popředí aktivity eradikace zemědělské produkce v rozvojových zemích - jedná se o kompletní rekonstrukci venkovských producentských oblastí, kdy jsou zaváděny alternativní plodiny pro prvovýrobce koky, cannabisu a opiového máku. Míra mezinárodních aktivit je zatím nízká, proto prvotním motivátorem prvopěstitelů zůstává ziskovost produkce. Dalšími inhibičními faktory těchto aktivit bývá často provázanost místní samosprávy s nelegálním obchodem, nevhodné klimatické podmínky pro

efektivní výrobu alternativních plodin a v neposlední řadě přímá existenční závislost prvovýrobců na překupnících. Výstavba závlahových systémů, vzdělávacích institucí, služeb občanské vybavenosti i nových sídel je garantováno orgány OSN, WHO a dalšími, nelze však předpokládat pozitivní výsledky v krátkodobém časovém horizontu, uvádí Kalina. (I, 2003, s.16).

3.4 Snižování poptávky

Tyto aktivity jsou zacíleny na konzumenty drog, v širším pojetí pak na celou populaci. Snahou je snížit četnost vyhledávání a konzumace drog na straně zákazníka nezákonného trhu, kdy jsou preferovány především nerepresivní – preventivní přístupy. Poptávka může být snižována prostřednictvím preventivních a edukačních programů, které mají odvracet uživatele nebo potenciální uživatele od konzumace drog. V praxi jsou ale tyto preventivní programy do značné míry neúčinné. Jedním z důvodů je nemožnost preventivně intervenovat u významnější části populace, jednorázové besedy na školách jsou neúčinné. Dalším důvodem je věk, ve kterém dochází k preventivním intervencím. Pokud vyrůstá dítě v nevyhovujících podmínkách, je deprivované a odmítané, je jen malá pravděpodobnost, že se jeho životní a hodnotová orientace změní preventivním programem, absolvovaným v 16. letech. Každá věková skupina populace má odlišné rizikové faktory – např. u mladistvých je třeba zmínit nezaměstnanost, záškoláctví, sociální izolaci, deziluze při přechodu ze školního prostředí na trh práce, vztahové problémy s primární rodinou, traumatické zážitky apod. Skutečné výsledky resocializačních a preventivních aktivit se mohou projevit s dlouhým časovým odstupem, uvádí Žák (2006, s. 183), proto je financování těchto aktivit mimo zorné pole politické reprezentace. Zastřešujícím pojmem pro opatření snižující poptávku po drogách je prevence, kterou WHO dělí na primární, sekundární a terciární (Kalina I,2003, s 17). Toto rozdělení je obecně platné a vztahuje se kromě drog také na jiné formy sociální patologie.

Primární prevence předchází užití drogy u populace, která s ní nebyla dosud v kontaktu, nebo je snaha užití drogy posunout do vyšší věkové kategorie. Cílovou skupinou aktivit primární prevence jsou jedinci ohrožení negativním sociálním nebo zdravotním jevem více, než zbytek populace. V kontextu vývojových změn můžeme období do 13. do 18. let považovat samo o sobě jako rizikové.

Sekundární prevence předchází vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již drogy užívají, jedná se zejména o poradenství, včasnou intervenci a léčení. Cílovou populací jsou zejména experimentátoři, kteří nepravidelně užívají různé typy drog a příležitostní uživatelé (rekreační), pro které je užívání drog součástí životního stylu, ale není častější než jednou za týden. Aktivity terciární prevence předcházejí vážnému a trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Jedná se o aktivity resocializace, snižování zdravotních škod způsobených drogami (harm reduction), doléčování a podporu v abstinenci. Pravidelní uživatelé mohou postupně přecházet do stadia problémových a následně závislých uživatelů. Jako problémový je označován takový uživatel, u kterého se rozvinula silná drogová závislost. Z celkového počtu uživatelů drog činí počet problémových uživatelů méně než jednu desetinu. Takových lidí je celosvětově asi 26 milionů, což je přibližně 0,6 % populace. Takto závislý uživatel již splňuje diagnostická kritéria syndromu závislosti podle MKN. V oblasti snižování poptávky existuje několik terminologických problémů a nepřesných rozhraní. Příkladem mohou být aktivity harm reduction, které předchází vážnému, či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog, čímž splňují charakteristiky pro terciární prevenci, na straně druhé aktivity harm reduction nesnižují poptávku, ale rizika. (Kalina I, 2003, s.17).

3.5 Principy vyváženého přístupu

Přístupy k drogovému fenoménu se lišily v jednotlivých kulturách, stejně jako v jednotlivých vývojových etapách těchto politik. Měnil se také poměr preventivních a represivních aktivit, zjednodušeně by se dalo říci, že od vysloveně represivních přístupů je zřejmý posun k akceptaci preventivních aktivit. Celosvětově určují strategii boje proti drogám především Úmluva o omamných látkách OSN, Úmluva o psychotropních látkách OSN, Jednotná úmluva o omamných a psychotropních látkách OSN a jejich dodatkové protokoly. Těžištěm těchto úmluv je potlačování nezákonního trhu s drogami. V roce 1991 vzniká Globální akční plán VS OSN, který stanovuje jako cíl tzv. vyvážený přístup. Princip vyváženého přístupu reaguje na některé dříve aplikované přístupy, které částečně komparuje, zmiňuje Kalina (I, 2003, s. 18).

Model prohibice upřednostňoval potlačení užívání všech nelegálních drog, mottem byla „Společnost bez drog“. Nevýhodou tohoto přístupu byla nízká akceptace uživatelů drog a

jejich následné skrývání, kdy užívání drog bylo minimálně kontrolovatelné a ovlivnitelné sociálními službami, streetworkery. Tento systém je historicky překonán, přesto má podporu u radikálních politiků i sociálních skupin. Populace uživatelů existuje v každé společnosti, pokud je ale její existence popírána, pak sekundárně ohrožuje sebe sama i nedrogovou populaci lavinovitým šířením hepatitid a HIV. Model ochrany veřejného zdraví si klade za cíl snižovat zdravotně nežádoucí jevy v populaci. Akcent je kladen na prevenci šíření infekčních chorob, primární prevenci a osvětu. Nevýhodou tohoto modelu je skutečnost, že nejrizikovější část populace se o zdravotní informace nezajímá, nebo k nim ani nemá přístup. Tyto aktivity se často mívají s životními návyky a rytmy rizikových uživatelů drog, kteří mívají často nižší práh odpovědnosti k sobě samým i k okolí. Model kulturní integrace toleruje společensky únosné formy užívání drog při aplikaci podobných mechanismů, které jsou využívány u nikotinu a alkoholu. Jedná se o snahu dekriminlizovat prodrogově orientovanou část populace. Stát má kontrolu nad výrobou a distribucí měkkých drog, příjmy z nezákonného trhu se částečně mohou stát legálními příjmy veřejného rozpočtu. Výsledkem je existence nejednoznačného rozhraní mezi legalitou a ilegalitou, užívání drog se může stát normou uznanou státem. Mezi výhody patří naopak skutečnost, že příjmy z legalizovaného užívání mohou částečně krýt veřejné výdaje na léčbu a resocializaci závislých uživatelů – analogie s daňovým zatížením tabákových výrobků versus společenské škody vzniklé kouřením. Z hlediska finančních analýz ovšem jednoznačně vyplývá, že náklady na léčbu závislostí jsou výrazně vyšší, než příjmy plynoucí ze „zdaněných“ drog.

Vyvážený přístup se v současné době jeví jako jeden z možných a komplexně pojatých přístupů, již akční program EU na roky 2000 – 2004 definoval čtyři pilíře evropské strategie. (Kalina I, 2003, s. 38):

1. Represe
2. Prevence (primární)
3. Léčba a resocializace
4. Harm reduction

Tento systém je přínosný, i přes některá kontroverzní témata. Kromě tradičních aktivit celních a represivních orgánů jsou také podporovány aktivity primární, sekundární a terciární prevence, kdy pracovníci protidrogových služeb vyhledávají uživatele a intervnují. Tato práce je v praxi ztěžována aktivitami represivních složek, kdy je užívání drog pod tlakem

veřejného mínění vytlačováno z veřejných prostranství. Drogová scéna se následně přesouvá do bytů, kde se drogová scéna stává uzavřenou. Drogová problematika se stává pro policejní monitoring nepřehlednou, ztížená je také práce sociálních služeb. Dalším dilematem je situace, kdy nízkoprahová zařízení poskytují anonymně služby uživatelům drog, kteří páchají trestnou činností a skrývají se před represivními složkami. Na nízkoprahová zařízení je často ze strany policejních orgánů vyvíjen tlak, aby poskytovala údaje o konkrétních klientech, což odporuje principům práce preventivní aktivity a následně odrazuje významnou skupinu klientely od vyhledání pomoci v zařízení. Dochází k jisté „pracovní nevraživosti“ preventivních a represivních složek.

4. Společenská dimenze užívání drog

Konzumace drog přesahuje ve svých důsledcích jednotlivce, negativně ovlivňuje společnost ve všech jejích strukturách. Důsledky užívání drog se projevují ve zdravotních, sociálních, ekonomických a bezpečnostních dopadech, které zpětně mají vliv na zdravý vývoj společnosti. Například rodina je závislostí svého člena na návykových látkách ovlivněna ve všech svých funkcích. Užívání drog se promítá do mnoha oblastí společenského a ekonomického života, zjednodušeně bychom mohli tvrdit, že četnost a míra užívání drog přímo úměrně ovlivňuje kvalitu života v dané společnosti. Kumulace více sociálních problémů může vést až k sociální inkluzi. (Mravčík, 2005, s. 20 – 58). Ze široké škály ekonomických a společenských následků užívání drog uvádím:

- rizika šíření infekčních nemocí v nedrogové populaci
- sníženou výkonnost ekonomiky a daňovou výtěžnost,
- opatrovací kriminalita a další návazné formy sociální patologie
- výdaje na represivní a preventivní opatření
- ohrožení etických a mravních norem
- transfery politické moci do rukou narkomafie
- nekontrolované finanční toky plynoucí z prodeje drog
- narušení komunity a její soudržnosti
- nové případy HIV, hepatitid
- drogová úmrtí
- zvýšená nemocnost
- duševní zdraví a četnost výskytu duševních poruch
- problémy novorozenců
- snížená daňová výnosnost

Analýza a kvantifikace výše uvedených faktorů by přesáhla rámec této práce. Na druhou stranu by bylo užitečné objektivně vyčíslit, jaké všechny škody jsou v ČR způsobovány drogami, kolik stojí náprava těchto škod každého obyvatele, o kolik % by stoupl HDP při polovičním výskytu drog v populaci, atd.

4.1 Bio – psycho – socio – spirituální model

Existuje celá škála příčin vzniku závislostního chování. Objevují se genetické, vrozené dispozice anebo sociokulturní vazby na drogu a rituály spojené s požíváním návykových látek, stejně jako duální diagnózy spojené s duševní chorobou. U jednotlivých osob jde často o kombinaci řady faktorů (např. fyziologické, získané v kombinaci s psychologickými, sociokulturními). Návykové zneužívání drog, ale i alkoholu vede k vytváření psychofyziologických vztahů. (Kalina I, 2003, s.91). Moderní pojetí analýz hledajících příčiny závislostí zohledňuje čtyři základní úrovně, jejichž působení na výsledné chování není vždy jednoznačné, nebo se prolíná.

Biologická úroveň

Na biologické úrovni se jedná o některé problematické okolnosti během prenatálního vývoje (matka byla sama alkoholička nebo toxikomanka - fetální alkoholový syndrom). Dále sem patří komplikace při porodu (byly použity psychotropní, tlumivé látky) a také celý psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období, přítomnost traumat, nemocí apod. Zatím jediné ověřené genetické souvislosti se týkají vrozené vyšší tolerance vůči návykovým látkám u dětí rodičů uživatelů. Mylně bývá tento fakt interpretován jako pozitivum, protože dotyčný více snese, není mu zle v intoxikaci a nemívá vážnější problémy po jejím odeznění. Toto se rychle vyvíjí v rizikový faktor, protože dotyčný musí konzumovat větší dávky než ostatní, aby dosáhl stejného ovlivnění. Z tohoto důvodu vyhledává společnost těch, kteří konzumují také větší množství a po delší dobu – závadové sociální prostředí. Masové šíření drogových závislostí v celosvětovém měřítku ale nelze vztáhnout na biologické faktory. Spíše za tyto projevy odpovídá vyšší dostupnost a sociokulturní faktory (popularizace, reklama, módní trendy apod. (Rotgers,1999, s.19 – 21).

Každá osobnost má jedinečné „nastavení“ mozkového neurochemismu, kde do interakce s tímto systémem vstupují jednotlivé psychotropní látky a navozují změny nálad, emocí a kognitivních funkcí. Například látky se stimulačním účinkem (metamfetamin, kokain) zvyšují vyplavení dopaminu, což se projevuje jako euforie, vzrušení a bdělost.. Opiáty působí synergicky k s tělu vlastními, endogenními opioidy, tj. s endorfiny a enkefaliny. Zesilují účinek na opiátových vazebných místech, zároveň ale utlumují produkci tělu vlastních působilců. (Kalina I, 2003 s. 91 – 92).

Psychologická úroveň

Vliv psychického nastavení člověka na rizika závislostního chování je zpracováno v řadě studií. Pokud žena prožívá těhotenství jako stres, přenáší se tato informace i na plod. A pokud z tohoto důvodu začne užívat drogy, přenesou se i tyto informace na plod. V plodu se vytváří jakýsi vtisk a tento vtisk bude jakoby čekat na své oživení v postnatálním období, kdy po aplikaci drogy zažije potomek již dříve poznaný efekt. Příkladem jsou novorozenci závislých matek, mající konkrétní abstinenční příznaky. Významnými faktory jsou dále: postnatální péče, podpora v době dospívání, hledání identity a také pomoc v případech objevujících se patologie duševních poruch a chorob (např. deprese, úzkost). Presl (1995, s. 49 – 50) uvádí, že vysoké procento sob má v souvislosti s pozdějšími drogovými problémy stanovitelnou psychiatrickou diagnózu. V praxi se hovoří o tzv. duálních diagnózách, kdy je zjištěna závislost na drogách spolu s duševní chorobou – často nelze určit, který jev se vyskytl jako první a do jaké míry akceleroval rozvoj jevu druhého. Z psychologických faktorů je řada těch, které vznikají jako důsledek abusu a většinou posilují další abusus a tím směřují k závislosti. Například alkohol má anxiolytický a antidepresivní účinek na začátku užívání, později se však sám stává důvodem depresivních stavů. Bývá to často v ústavní léčbě, kdy v počáteční fázi je pacient depresivní a obvykle tyto symptomy mizí po měsíci léčby. (Kalina I, 2003, s. 92). Podobnou křivku zaznamenáváme u osob užívajících nitrožilně opiáty nebo pervitin.

Sociální úroveň

V současné době je tato úroveň akceptována, je prokázáno, že negativní vlivy prostředí výrazně zvyšují výskyt užívání drog, ale i jiné sociální patologie. Sociální prostředí hraje klíčovou roli při procesu socializace, při vytváření vztahů s okolím, které formují zrání jedince. Tato úroveň zahrnuje rasovou příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí, ve kterém žije. Například rozdíl bude ve formování zrání člověka na vesnici a na sídlišti velkoměsta. Dále sem patří kvalita rodinných vztahů, případně absence rodiny. Smutným fenoménem dnešní doby jsou rozpadající se rodiny, krize hodnot a absence společenských rituálů, pozitivně formujících zrání jedince. Mladí hledají identifikační vzory mimo rodinu, pocit přijetí, sounáležitosti, nezávislosti je vyhledáván „na ulici“ nebo v masmédiích. Pro psychické ukotvení dospívajícího jedince jsou nenahraditelné kvalitní mezilidské vztahy, stejně jako akceptovatelný žebříček hodnot. Pokud dítě v rodině vyrůstá

mezi uživateli drog, je konfrontováno s touto situací a bere ji jako normu. Jindy je abusus rodičů tajen, namísto opilosti se mluví o únavě a přepracování, kocovina se nazývá nemoc apod. Často je jedinec vystaven zneužití fyzickému či emočnímu. Obvykle jeho způsob přizpůsobení na toto soužití vykazuje také patologii, vytváří vazby, které nazýváme kodependence (závislost na druhém). A nebývá výjimkou, že se v dalším vývoji dostává kodependent sám k abusu. Z poradenské praxe je zřejmé, že děti uživatelů samy v budoucnu (zřejmě nevědomě) vyhledávají partnery s kladným vztahem k návykovým látkám. Zejména v období dospívání hraje důležitou roli i skupina vrstevníků. Téma negativních vrstevnických skupin je všeobecně známé, svým rozsahem překračuje rozsah této práce. V preventivních aktivitách sem řadíme především podporu pro zdravý a aktivní rozvoj diferencovaných vztahů a s tím i zájmových činností, vyrovnávání se s autoritami. (Kalina I, 2003 s. 93).

Spirituální úroveň

Spiritualita, neboli duchovno je vztahem k tomu, co mne přesahuje, k čemu se obracím jako k největší autoritě, řádu, ideji. ČR patří lokálně do prostoru, který by historicky nejvíce ovlivněn křesťanstvím. V současné době převládá počet obyvatel, kteří se považují za ateisty, jsme na seznamu zemí, kam by bylo vhodné posílat misie. Potlačování věřících za totality, staletí rekatolizace a historická zkušenost s násilným vnučováním vrchností uznaného transcendentna, vedla k masivnímu odklonu většinové populace od čehokoli duchovního. Duchovní život, zejména v tradičním křesťanském pojetí, je marginální záležitostí. Spirituální úroveň popularizovali Anonymní alkoholici ve svých 12 krocích k úzdavě. Mluví zde o vztahu k Vyšší moci, která má pomoci uzdravit jedince a vrátit smysl života. Akcentován je přímý prožitek Božství. Také v léčbě drogových závislostí je velkým tématem práce na vzdání se svého závislého Já, sebestředného pojetí, pocitů ublíženosti a hostility. Důležitá je také pokora. Existenciální prázdno, deprese, ztráta smyslu bytí jsou témata, která zůstávají, i když člověk již stabilizoval svoji abstinenci. Proto je důležité pamatovat i na přístupy, které se dotýkají této roviny potřeb. Předpokladem pro úspěch je otevřenost terapeuta. Kalina (I, 2003, s. 93).

V posledních letech pozorujeme inflaci potřeb spirituálního naplnění. Vyvolává ji nejspíše celá řada jevů, např. konzumní způsob života s absencí duchovních hodnot. Určité procento lidí závislých na návykových látkách v nich hledalo původně naplnění duchovních potřeb. Dnes se tudíž objevují novodobé rituály. Stimulační a taneční drogy jsou užívány s touhou po

skupinové transcenci v novodobých chrámech diskoték, jindy jsou brány izolovaně a v ústraní (např. heroin). Čím větší je potenciál drogy pro splnění rychlého uspokojení (závislosti), tím nižší je její potenciál spirituální. (Kalina I, 2003, s. 94). Nabízí se prosté zamyšlení – jak by vypadal život v lokalitě, kde by všichni dodržovali Desatero?

4.2 Historie užívání drog

Tato kapitola má být exkurzem do obsáhlé problematiky, záměrem není podat ucelený pohled na historii, ale naznačit, že užívání drog se vyskytuje ve všech kulturách i dějinných epochách. Nezbyvá, než tento fakt přijmout, navzdory různým politickým proklamacím o společnosti bez drog. Lidské bytosti mají potřebu zažívat příjemné zážitky, překonávat každodennost, případně pátrat po smyslu života a hledat skryté dimenze žití. Z neolitických kultur je prokázána vážnost a sociální postavení šamanů, kteří svými rituály zajišťovali úrodu, úspěch při lovu a přežití. Například vlastnosti makové šťávy byly využívány na území Mezopotámie v době neolitu (8000 - 5000 let př. n.l.). Je prokázáno, že lidé užívali přírodní látky, které pozměňovaly vědomí – jednalo se především o byliny a houby s halucinogenními účinky, např. lysohlávky, námel paličkovice nachové, kořen mandragory, apod. Psychadelické substance byly používány k léčení, věštění, ke komunikaci s nebeskými i podsvětními oblastmi. (Kalina I, 2003, s.83). S vývojem civilizace se škála substancí rozšířila, přes výrazné lokální odlišnosti můžeme tvrdit, že neexistovalo společenství, které by nějakou substancí neznalo. Společným znakem užívání drog byla snaha člověka napojit se na nadpozemské zdroje energie a poznání, přesáhnout svoji každodennost. Zřejmě se nikdo nezabýval tím, zda konzumace drog škodí jednotlivci i celku. Vnímání a porozumění světu se dělo na bázi bezprostředních prožitků a symbolů než na úrovni racionální, logické abstrakce. Jednou z nejstarších kulturních rostlin je konopí. Pochází pravděpodobně z Asie, odkud se rozšířilo do Afriky a do Číny. Escotado (2003, s.11) uvádí, že konopí je v Knize léčiv čínského lékaře Sheng-Nunga popisováno již 3000 let před Kristem jako droga proti zácpě, malárii, revmatismu a mnoha dalším neduhům. Listy koky, nazývané jihoamerickými indiány jako „božské listy“, byly užívány již před 5000 lety jako látka proti smutku, pro posílení organismu a mírnění pocitu hladu. Užívání drog mělo své lokální a zejména kulturní odlišnosti, není zaznamenáno historické společenství, které by se užíváním drog jako celek výrazněji devastovalo. Tato rovina sociální a společenské devastace se objevuje nejprve u

alkoholu, u drog přichází až se vznikem moderní společnosti. S vývojem medicíny a biologických objevů se zvyšuje škála substancí, které mají psychadelické účinky. Objevuje se masovější užívání u některých skupin společnosti, zejména v zemích západní Evropy a v USA. Koncem 18. století se objevuje užívání drog jako prostředek k vyjádření rozčarování nad světem a vyloučení ze společnosti – prokletí básníci, Baudlaire, Hugo, Poe. Užívání drog ve střední Evropě zmiňuje Nožina (1997, s. 49). V 19. stol. byly izolovány alkaloidy, např. morfin (1805), kofein (1820), nikotin (1828), atropin (1883), kokain (1859), efedrin (1887). Od roku 1898 byl firmou Bayer produkován heroin, jako léčebný prostředek proti respiračním onemocněním. (Kalina I, 2003, s.84 -85).

Až do počátku 20. století nebylo užívání drog rozšířeným jevem, nebylo třeba mu věnovat celospolečenskou pozornost. S rozvojem lékařství, chemického průmyslu, ale i vojenství se postupně objevují uměle připravované substance, sloužící mnohdy jako léky proti různým zdravotním neduhům, pro zvyšování aktivity a bojeschopnosti v armádě, mnohdy jako módní novinky a trendy. Společenské důvody byly příčinou užívání kokainu mezi pražskou smetánkou a herci ve 20. letech, vojenské účely si vyžádaly testování stimulačních drog ve druhé světové válce. (Nožina,1997, s.50 – 55). V některých koncentračních táborech testovali nacisté účinky meskalinu na vězňích, experimentovalo se s drogami, které by usnadnily výslechy špionů. Od 50 let. minulého století se užívání drog začíná stávat masovým jevem, následující generace hippie konzumaci drog téměř zpopularizovala. V současné době jsou nejvyhledávanějšími místy pro první experimenty s drogami diskotéky a house party, zmiňuje Polanecký (2001, s. 98). Drogová problematika se od 80.let minulého století postupně stává společenským problémem, který determinuje mnoho sociálních vrstev a skupin. Negativně se projevují zdravotní i sociální důsledky užívání drog, objevují se snahy národních vlád o systémová řešení drogové problematiky v kontextu celospolečenských souvislostí. V devadesátých letech 20.století je označován problém drog jako globální, vznikají globální akční plán OSN. Drogová problematika ovlivňuje většinu zemí světa, kdy každá země hraje určitou úlohu. Produkce drog zůstává rozšířenou a často jedinou možností obživy v Asii (opiový mák) nebo v Latinské Americe (koka). Tato skutečnost, zabraňující zdravému hospodářskému růstu těchto oblastí, ponechává prvovýrobce drog v naprosté závislosti na obchodnících, dochází k prorůstání ilegální ekonomiky s ekonomikou legální. (Kalina I, 2003, s.16). Zisky z nelegálního

prodeje drog umožňují postupné získávání hospodářského i politického vlivu. Globální trh s drogami a jejich prekursory zůstává do současnosti po nelegálním obchodu se zbraněmi druhý nejvýnosnější sektor. Poslední dekády 20. století jsou charakterizovány narůstající represí v protidrogové politice – USA, část Evropy. Na druhé straně dochází k rozvoji sítě služeb pro uživatele drog, zde zaujímají významné místo především nevládní organizace. Rizika masivního přenosu HIV a hepatitid vedou postupně k požadavkům na snižování zdravotních a sociálních rizik uživatelů a nedrogového okolí. Postupně se profiluje koncepce vyváženého přístupu mezi represí a prevencí, zakotvená v politických dokumentech EU, uvádí Kalina (I, 2003,s.18).

4.3. Aktuální trendy užívání drog

Trendy v užívání drog je obtížné mapovat v přítomném čase – aktuální uživatelské chování lze vždy vysledovat s větší či menší časovou prodlevou. Dá se říci, že umíme kvalifikovaně analyzovat trendy nejméně s půlroční prodlevou, tj. jedná se vždy spíše o popis minulého stavu. Užívání drog jako fenomén je vždy rychlejší než instituce, které tuto problematiku monitorují. Tento fakt do jisté míry limituje možnosti reakce na aktuální trendy. Užívání drog má v současnosti některá specifika a zvláštnosti, v rámci ČR existují velké regionální rozdíly. Celoživotní prevalence je nejvyšší v Ústeckém a Karlovarském kraji. (Csémy, 2006, s.39). Neustálé proměny drogové scény kladou vysoké nároky na schopnost pomáhajících zařízení reagovat, inovovat a oslovovat cílovou populaci. Podle výsledků Národního monitorovacího střediska za rok 2007 dochází v ČR mimo jiné k těmto jevům:

- Užívání drog v obecné populaci se stabilizovalo a objevily se první náznaky jeho poklesu.
- Počet problémových uživatelů drog je stabilizován odhadem na 30 tisících.
- Poprvé byl proveden odhad počtu problémových uživatelů Subutexu – dosáhl téměř 4,5 tis. osob.
- Výskyt a užívání kokainu jsou v ČR stále na velmi nízké úrovni.
- Snížil se počet osob žádajících o (první) léčbu. Dále klesl počet léčených injekčních uživatelů i uživatelů do 19 let věku.

- Výskyt infekcí (HIV, virové hepatitidy typu B a C) mezi uživateli drog je stabilní, nedochází k jejich epidemickému šíření.
- Počet smrtelných předávkování drogami se snížil.
- Drogová kriminalita, ceny drog ani jejich čistota nedoznaly výraznějších změn.
- Došlo k dalšímu nárůstu počtu jehel a stříkaček distribuovaných ve výměnných programech.
- Počet pacientů léčených v substituční léčbě závislosti na opiátech vzrostl, o substituční léčbě Subutexem však neexistuje dostatečný přehled.
- Počet testů na HIV a virové hepatitidy provedených injekčním uživateli drog poklesl.
- Došlo k nárůstu počtu nepřímých drogových úmrtí (zejména úrazů a nehod včetně dopravních) za přítomnosti pervitinu.

Při sledování dostupnosti drog je zaznamenán výrazný nárůst dostupnosti konopných drog a extáze mezi mladistvými, uvádí Czémy (2006, s.18).

Tabulka 1 - Počet problémových uživatelů drog v roce 2008

Kraj	Celkový počet problémových uživatelů	Počet uživatelů pervitinu
Praha	10 000	4 000
Středočeský	1 700	1 150
Jihočeský	1 500	1 200
Plzeňský	1 300	800
Karlovarský	900	850
Ústecký	4 100	2 800
Liberecký	500	450
Královehradecký	1 750	1 550
Pardubický	450	400
Vysočina	700	700
Jihomoravský	3 400	2 550
Olomoucký	1 650	1 550
Zlínský	1 850	1 800
Moravskoslezský	1 100	1000
Celkem ČR	30 900	20900

Zdroj: Mravčík, 2008, s.41

Tabulka 2 uvádí vývoj prevalenčních odhadů problémového užívání drog

Rok	Počet problémových uživatelů	Uživatelé opiátů	Uživatelé pervitinu	Injekční uživatelé
2002	35 100	13 300	21 800	31 700
2003	29 000	10 200	18 800	27 800
2004	30 000	9 700	20 300	27 000
2005	31 800	11 300	20 500	29 800
2006	30 200	10 500	19 700	29 000
2007	30 900	10 000	20 900	29 500

Zdroj: NMS, 2008

4.4 Užívání drog v kontextu rodiny

Konzumace drog v rodině, ostatně jako všechny formy závislostního chování, jednoznačně ohrožuje elementární funkce rodinného systému. Funkce biologicko-reprodukční je ohrožena poškozením plodu v důsledku nevhodného životního stylu matky během prenatálního vývoje – např. projevy závislostního chování u novorozenců matek závislých na opiátech. V praxi se setkáváme s případy, kdy těhotenství probíhá v nevyhovujících hygienických podmínkách, bez jakékoli lékařské kontroly. Reprodukce je také ohrožena z důvodu infekčních chorob, odnětí svobody partnera, nebo opakovaným potratům. Funkce ekonomická je ohrožena nejen u rodin, které si uživatelé založili, ale také u celé širší rodiny. Dochází k neschopnosti udržet si legální placené zaměstnání, následné zadlužování a prodej věcí osobní potřeby. Širší rodina často řeší krádeže šperků, hotovosti, nebo musí čelit manipulativním snahám závislého o „vypůjčení“ peněz. U rozvinutých případů dochází k exekucím majetku a následnému životu pod hranicí existenčního minima. Funkce výchovně-emocionální není u závislých rodičů naplňována pro objektivní neschopnost postarat se sám o sebe, natož o nezletilého potomka. Sociálním učením a zásadními nedostatky ve výchově se patologické chování reprodukuje do nové generace. Výchovu nezletilých dětí pak přebírají instituce, v lepších případech širší rodina. Užíváním drog trpí celý rodinný systém, existují případy, kdy jsou jedním uživatelem drog negativně ovlivněny čtyři generace současně. Ze zkušeností poradenské praxe vidíme, že užívání drog u jednoho člena rodiny má za následek změny rodinného systému v několika oblastech:

Ztráta důvěry ve schopnost autoregulace – nutnost vyhledat vnější odbornou pomoc, pocity viny a snížené sebevědomí zejména starších členů rodiny

Narušení intimity rodiny – potřeba odhalovat osobní skutečnosti pomáhajícímu pracovníkovi, rozkrývání rodinných tabu

Ohrožení vývoje ostatních členů (dětí) – závislostní chování se mnohdy reprodukuje z rodičů na děti, ale také ze starších sourozenců na mladší

Emoční vyčerpání – rodinný systém se soustřeďuje na řešení problému s drogou, která bývá mnohdy ústředním tématem. Oprávněné potřeby ostatních členů rodiny ustupují do pozadí. Rodinný život se pak redukuje na „hašení požárů“.

Finanční rizika – pokud je závislý výdělečně činný člen rodiny, je ohrožena ekonomická stabilita. Drogová závislost často vede ke krádežím peněz nebo vybavení v rámci rodiny, stejně jako k nekontrolovanému zadlužování a následným exekucím

Rozpad rodiny – dlouhodobý stres vyvolaný závislostí kteréhokoli člena rodiny vede často ke konfliktům mezi manželi

Nemožnost založit vlastní rodinu – aktivní braní drog vede v jakémkoli věku k postupné izolaci jedince, jeho emočnímu oploštění a nedůvěřivost k sobě samému i k okolí. Ústředním životním tématem se stává droga.

4.5 Vliv protidrogové prevence na snižování škod

Evaluace preventivních aktivit je složitým a těžko uchopitelným problémem. Není možné jednoznačně kvantifikovat všechny vlivy těchto aktivit na míru škod, které užívání drog způsobuje. Tato problematika není příliš zpracována v odborné literatuře – objevují se spíše populistické studie obhajující tu či onu konkrétní aktivitu, zasazenou obvykle do konkrétní lokality a tudíž bez možnosti zobecnění. V tomto ohledu jsou úspěšnější složky represe – lze jednoznačně vyčíslit počet odsouzených, počet odhalených případů, množství zabavených drog, apod. preventivní aktivity ovlivňují se své podstaty člověka v dlouhodobém horizontu, nelze tedy vysledovat, do jaké míry je úspěch či neúspěch v budoucím životě klienta determinován preventivní intervencí. Není možné vyjádřit míru utrpení, které je vystavena rodina se závislým členem, nelze spočítat energii a čas, potřebný k překonání závislosti. Existence a činnost preventivních zařízení ovšem tyto nekvantifikovatelné jevy snižuje.

Náklady na léčbu VHC u jednoho člověka činí 500 – 800 tisíc. Kč za rok. Velká část pozitivních osob se rekrutuje právě z řad injekčních uživatelů drog. V roce 2005 bylo v ČR zaznamenáno více než 500 nových případů VHC. Výměnný program injekčních setů tak jednoznačně snižuje rizika přenosu VHC, HBC a HIV, a tím následně výdaje z veřejného zdravotního pojištění. Ročně je v ČR vyměněno více než 4.000.000 použitých injekčních stříkaček, které jsou následně bezpečně likvidovány.

Tabulka 3 – srovnání počtu distribuovaných injekčních setů

Kraj	Rok 2002	Rok 2007
Praha	858 507	2 071 788
Středočeský	12 561	215 640
Jihočeský	14 883	212 791
Plzeňský	23 221	189 894
Karlovarský	16 608	83 462
Ústecký	256 071	655 882
Liberecký	12 273	63 967
Královehradecký	22 250	139 075
Pardubický	23 622	29 908
Vysočina	11 254	99 447
Jihomoravský	134 285	269 236
Olomoucký	21 809	134 433
Zlínský	19 993	115 744
Moravskoslezský	41 907	175 741
Celkem ČR	1 469 224	4 457 008

Zdroj: Mravčík, 2008, s.81

Terénní pracovníci se zaměřují zejména na uživatele drog bez základních lidských a etických zábran, kteří záměrně „instalují“ infikované jehly na veřejně přístupná místa a do dopravních prostředků. Přestože je síť nízkoprahových zařízení stabilní, mají stále velký potenciál – služby využívá pouze asi 50% uživatelů drog.

5. Ekonomické aspekty užívání drog

Jak uvádí Kalina (I, 2003, s. 26), v ČR se podle odhadů spotřebovaly v roce 2000 drogy za více než 15 miliard Kč a tento jev má vzrůstající tendenci. Ekonomicky přínosný by byl už takový intervenční zásah, který by snížil společenské náklady o převyšující částku vlastních nákladů. Veškerá preventivní, represivní a léčebná intervence by měla vycházet z předem formulovaných finančních rozborů vyplývajících z identifikace, specializace a ohodnocení, případné ohodnocení jiných způsobů léčby.

Identifikace nákladů - společenské náklady nemoci

Jako vhodný, mezinárodně srovnatelný postup by se dal považovat rozbor společenských nákladů zneužívání návykových látek, zahrnující i tabák a alkohol, z čehož vyplývají i druhy nákladů. Důležitým aspektem je úvaha, dle které jsou v důsledku užívání návykových látek používány či poskytovány služby a zboží (přímé náklady) nebo dochází ke ztrátě či snížení lidské produktivity (nepřímé náklady), uvádí Zábranský. (Kalina I, 2003, s. 69-70).

Druhy nákladů:

- Přímé – finance, které jsou společností vynakládány na řešení problému (např. na specifickou primární prevenci, na lékařskou péči, na léčbu a služby apod.)
- Nepřímé - působení na produktivitu, která je vlivem užívání drog poškozena. Propad v produktivitě nastává důsledkem úmrtnosti, nemocnosti, kriminality a poklesem rodinné produktivity
- Nehmotné – tento druh nákladů je těžko identifikovatelný, protože zahrnuje psychosociální aspekty lidské společnosti nebo druhotné následky pro trh v důsledku snížené kupní síly.

V poměrech ČR převažují náklady přímé nad nepřímými náklady. Identifikační nákladová analýza (CIA) určuje náklady ve třech kategoriích, a to: náklady služby či zařízení, náklady klienta a jeho rodiny, vnější náklady.

Analýza minimalizace nákladů (CMA)

Je hlavním představitelem ekonomického hodnocení. Jde o nejlevnější způsob provozování určité služby či programu. Důležitým krokem je porovnávání s obdobnými typy služeb a programů. CMA by měla být použita například mezi peer-programy či kontaktními centry. (Kalina II, 2003 s. 145).

Analýza nákladů a přínosů

Nejznámějším příkladem této analýzy (CBA) v oblasti drog je zdůvodnění přínosu programů výměny jehel a stříkaček u intravenózních uživatelů, zmiňuje Zábanský (Kalina I, 2003, s. 72). Program harm reduction má za úkol snižovat přenos infekčních onemocnění HIV a hepatitid formou výměn injekčního materiálu. Financování takových programů je mnohem výhodnější než následné léčení infekčních onemocnění spojených s užíváním drog, jejichž léčení se ročně pohybuje v řádech několika set tisíc. Tato analýza je uplatnitelná i v alternativních případech léčby a to v denních stacionářích nebo při prevenci relapsu. Přínosem je chápáno každé zlepšení kvality života daného jedince, který podstupuje léčbu v jakémkoliv intervenčním programu a snížení nákladů na následnou péči pokud by jedinec programem neprošel. Užitek je definován jako přínos ke kvalitě života. Jako jednotka užítku se ve světě udává QALY= rok života vážený kvalitou života. Aplikace analýzy je vhodná tam, kde je kvalita života cílem daných programů - Harm reduction, metadonová substituce, prevence relapsu aj. (Kalina II, 2003 s. 146). Služby mohou být tedy z ekonomického hlediska hodnoceny jen za předpokladu, že dokážeme současně hodnotit i jejich kvalitu a účinnost, ale musí tomu předcházet používání standardů „dobré praxe“, standardů služeb a programů a nástrojů měření účinku.

5.1 Přímé a nepřímé společenské náklady

Přímé náklady jsou finance, které jsou společnostmi vynakládány na řešení drogového problému (např. na specifickou primární prevenci, na lékařskou péči, na léčbu a služby apod.) V roce 2006 byla ze státního rozpočtu protidrogová politika financována téměř 363 mil. Kč, z rozpočtu krajů to bylo 95 mil. Kč a z rozpočtu obcí pak 48 mil. Kč. Veškeré výdaje z veřejných rozpočtů vydané na řešení drogové problematiky byli v r. 2006 odhadnuty na 5 517 mil. Kč (tj. 0,17 % HDP v r. 2006), z toho 452 mil. Kč (8,2 %) bylo na redukci poptávky po drogách a 5 066 mil. Kč (91,8 %) na redukci nabídky drog a prosazování práva. Pokud se k tomu připočtou výdaje zdravotních pojišťoven, pak celková suma vydaná do tohoto problému činí téměř 6 426 mil. Kč (tj. 0,20 % HDP v r. 2006) z toho 1 360 mil. Kč (21,2 %) na redukci poptávky po drogách a léčbu a 5 066 mil. Kč (78,8 %) na redukci nabídky drog a prosazování práva. Z těchto ukazatelů vyplývá, že převážná část financí je vynaložena na represii, zatímco na prevenci odpovídá zhruba pětina financí. Jestliže ČR přijala postupy pro

vyrovnaný vztah mezi represí a prevencí, je na těchto ukazatelích zřejmé, kam jsou výdaje směřovány. Například američtí vědci přišli na to, že je v USA systém nastaven tak, že má společnost z každého vydaného dolaru do léčby závislostí téměř sedmkrát více. Nepřímé náklady působí na produktivitu uživatelů drog, kteří jsou součástí společnosti. Produktivita je vlivem užívání drog poškozena. Propad v produktivitě nastává důsledkem úmrtnosti, nemocnosti, kriminality a poklesem rodinné produktivity..

Tabulka 4 - Přímé a nepřímé společenské náklady na zneužívání nelegálních drog v ČR 1998

NÁKLADY PŘÍMÉ	Náklady na lékařskou péči, hrazenou pojišťovny, a přiřaditelná část zvláštní dotace MZ ČR pro prevenci a léčbu HIV/AIDS	202 661 584 Kč
	Náklady na léčbu a služby, nehrazené pojišťovny	106 259 774 Kč
	Transakční náklady pojišťovenského a zdravotního systému	14 959 888 Kč
	Náklady na specifickou primární prevenci	64 130 614 Kč
	Náklady na práci Policie ČR	1 238 740 724 Kč
	Náklady na státní zastupitelství	90 096 565 Kč
	Náklady na soudní moc	87 579 979 Kč
	Náklady ve vězeňství	468 809 585 Kč
	Boj proti podlounictví	26 767 250 Kč
	Náklady rodin	20 017 790 Kč
	PŘÍMÉ NÁKLADY CELKEM	2 320 024 026 Kč
	NÁKLADY NEPŘÍMÉ	Ušlá produktivita v důsledku mortality (úmrtnosti)
Ušlá produktivita v důsledku morbidoty (nemocnosti)		52 548 394 Kč
Ušlá produktivita v důsledku kriminálních kariér		297 838 579 Kč
Ušlá produktivita rodin		3 937 343 Kč
NEPŘÍMÉ NÁKLADY CELKEM		485 495 985 Kč
CELKEM VŠECHNY TYPY NÁKLADŮ		2 805 50 011 Kč

Zdroj: Kalina I,2003

5.2 Užívání drog a náklady jednotlivce

Náklady jednotlivce spojené s užíváním drog nejsou tématem ekonomickým, ale spíše lidským, či sociálním. Jedná se o škody, náklady, utrpení a promarněné příležitosti jedince, které nelze kvantifikovat ani zobecnit. Problematika drog je monitorována „tvrdými“ čísly – počty uživatelů, počty nakažených HIV, HCV, počty hlášených do léčby, počty odsouzených, apod. V těchto statistikách jakoby zaniká dimenze jednotlivých lidských příběhů, životů rodin. V ČR se uvádí nejméně 32000 rizikových uživatelů drog. K tomuto počtu je třeba připočítat nejméně stejné množství uživatelů, kteří sice nejsou označováni jako rizikovní, ale drogy jsou součástí jejich života a působí jim problémy. Z praxe víme, že drtivá většina uživatelů drog je součástí rodinného systému. Pokud ke každému uživateli drog přidáme jen dvě příbuzné osoby, které jsou braním drog přímo poškozovány, dostáváme se k počtu cca 100.000 osob, které drogovou problematikou denně trpí. Tento odhad je spíše poddimenzován, pokud víme, že experiment s drogou mělo alespoň jedenkrát v životě více než 1.000.000 osob. Na mysli mám zejména přímé rodinné příslušníky, matky, prarodiče nebo děti těch, kteří zneužívají drogy. V poradenské praxi se setkáváme s případy, kdy užívání drog u jednoho člověka ovlivňuje rodinu ve čtyřech generacích. Pokusit se o výčet problémů, které se u jednotlivců vyskytují a přímo souvisí s drogami, by výrazně přesahovalo rozsah této práce. U přímé práce na K-centru se objevují zejména tyto okruhy problémů:

Krádeže v rodině, rozklad rodinných vztahů, úteky z domova, nutnost farmakoterapie u rodičů uživatelů, ztráta zaměstnání, neschopnost dostudovat, zdravotní problémy způsobené infekčními chorobami, hluboký sociální propad, předluženost, nechtěná otěhotnění, ústavní péče o děti uživatelů, trestní stíhání a nepodmíněná odnětí svobody, absence sebevědomí, depresivní chování, kombinované závislosti, násilí, sexuální zneužívání, bezdomovectví, devastace rodinného majetku, vandalismus, relapsy, úrazy, ztráta důvěry v budoucnost, opakovaná selhání, apod. Užívání drog poškozují prožívání, hodnotový žebříček a negativně ovlivňuje pocit subjektivní životní pohody. Výrazná většina uživatelů drog i jejich rodinných příslušníků vykazuje známky dlouhodobé deprivace. Pro dokreslení si dovoluji uvést konkrétní kasuistiku:

Na K-centrum se obrátila **paní N.** s prosbou o pomoc. Její **dcera P.** užívá dlouhodobě nitrožilně pervitin, nechodí do práce, bývá několik dní mimo domov. Dcera P. bydlí u své

babičky, kde se stará o svoji **dvouletou N.** Dcera P. výchovu zanedbává, je agresivní a zneužívá babičku, od které si vymáhá peníze. Babička nechce mít ostudu, proto chování své vnučky toleruje a trpí. Paní N. je rozvedená, **bývalý manžel** a otec dcery P. má již vlastní rodinu a o dceru P. se nezajímá. Paní N. žije s **přítelem**, se kterým má **syna**. Dcera P. žije bez partnera, **otcem dvouleté N.** je hoch, který pracuje přes týden mimo domov, bydlí u **rodičů** a dvouletou N. si bere příležitostně. Dcera P má ještě jedno starší **čtyřleté dítě**, o které se také nestará. **Otcem čtyřletého dítěte** je syn **kurátora MěÚ**. Čtyřleté dítě je v péči rodiny kurátora MěÚ, když s ním v minulosti prohrála spor o svěření do péče paní N.

Dcera P. - tato je v celkovém sociálním propadu, bez schopnosti svoje brání řešit. Svým životním stylem typicky reprezentuje problémy denního užívání pervitinu. Využívá účelově své okolí i rodinné příslušníky, aby nebyla připravena o možnost aktivně fetovat.

Babička – zneužívaná vlastní vnučkou, nemá náhled na situaci a snáší vyhrožování a krádeže peněz. Její dosavadní zkušenosti a sociální kompetence neumožňují efektivní řešení situace.

Paní N. – má výčitky svědomí a pocity viny z chování své dcery. Uvědomuje si, že je ohrožena babička i dvouletá N. Chce problém řešit, ale neví jak začít. Obává se zároveň případné podjatosti ze strany kurátora MěÚ. Pokud by si vzala dvouletou N. do péče musí odejít ze zaměstnání a být finančně závislá na příteli, který toto spíše odmítá.

Přítel paní N – má vlastního syna a není příliš ochotný zabývat se minulými závazky paní N. Apeluje na to, aby se do situace vložil bývalý manžel.

Dvouletá N. – trpí kolísavou péčí své matky, zažívá emoční výkyvy nálad, okřikování, samotu a nepřítomnost otce. Reálně jí hrozí odebrání z péče matky a umístění do ústavního zařízení.

Otec dvouleté N. – odešel od své partnerky (dcery P.) pro její užívání drog. Platí alimenty, ale není zralý natolik, aby si vzal dvouletou N.

Rodiče otce dvouleté N –starají se o dvouletou N. o víkendech, když ji má v péči jejich syn. Komunikují s paní N. o možnosti vzít si dítě do péče.

Tato kasuistika demonstruje vazby vycházející od jednoho uživatele drog a rozdílnost „nákladů“, které jednotliví aktéři musí svým utrpením platit.

5.3 Náklady na protidrogovou prevenci a léčbu

Protidrogová léčba a prevence je v ČR financována zejména z rezortů Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva práce a sociálních věcí, Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a z krajských rozpočtů. Realita je ovšem taková, že provozní dotace z žádného resortu nejsou nárokovatelné, navíc stále funguje princip jednoletého financování. Zařízení tak žijí v neustálé nejistotě o finanční pokrytí provozu. Provozní dotace obdrží zařízení často až ve druhém čtvrtletí daného roku, takže služby jsou provozovány „na úvěr“, bez jistoty, že státní finance opravdu obdrží. Existují případy, kdy dlouhodobě fungující zařízení nedostalo dotaci od některého významného donátora (nejčastěji MPSV nebo RVKPP), zařízení se postupně destabilizovalo, až přestalo vykonávat činnost. Obecně vede tento nesystémový princip financování k „vyprazdňování“ potenciálu protidrogových služeb – realitou jsou podprůměrné mzdy, vysoká fluktuace, nemožnost obsadit volné pracovní místo potřebnou kvalifikací, apod. Již roky volají neziskové organizace o vytvoření minimální sítě poskytovaných služeb, na kterou by navazoval průhledný systém financování. V jednotlivých lokalitách probíhají procesy komunitního plánování, ve kterých by zadavatelé, poskytovatelé a občané měli vydefinovat množství a strukturu sociálních služeb v regionu. Přestože princip komunitního plánování je ve své podstatě dobrý, v praxi se do tohoto procesu značně promítají politické zájmy samospráv nebo lobování. Protidrogové služby nemají z principu velkou oblibu mezi občany a pokud se k tomuto trendu přidá snaha samosprávy o populistická řešení, je vyváženost poskytovaných služeb nemožná. Příkladem jsou obce, kdy výsledkem komunitního plánu je například oprava zimního stadionu, kde budou mladí trávit volný čas, namísto braní drog. Takové rozhodnutí zajistí sice dostatek volebních lístků, nicméně protidrogovou problematiku neřeší. Oproti vysoce organizovaným profesním skupinám (lékaři, učitelé), provozují služby protidrogové prevence svoji činnost spíše na okraji společenského zájmu, bez reálné možnosti svoji situaci ovlivňovat.

Náklady na protidrogovou prevenci a léčbu nejsou pouze problémem daného jednotlivce, který je závislý na návykových látkách, ale je to problém především státu a jeho daňových poplatníků. Pro kriminální činnost, která logicky vyplývá z užívání návykových látek je tedy nutno financovat činnost policie, soudů, státních zastupitelství, vězeňství a odvykací léčbu závislých: tyto finance jdou ročně do sta milionů korun. Samozřejmostí jsou zdravotní problémy spojené s užíváním návykových látek, nejzávažnější však léčba infekčních chorob

jako HIV a hepatitidy. Závislí, především nitrožilní uživatelé, u kterých je např. hepatitida C hojně rozšířena, nemají na takovou léčbu prostředky. Pak jsou vysoké náklady financovány z veřejného zdravotního pojištění. Náklady na léčbu jednoho člověka nakaženého hepatitidou typu C činí kolem 500 - 800 tisíc Kč za rok. V roce 2006 byla ze státního rozpočtu protidrogová politika financována téměř 363 mil. Kč, z rozpočtu krajů to bylo 95 mil. Kč a z rozpočtu obcí pak 48 mil. Kč. Veškeré výdaje z veřejných rozpočtů vydané na řešení drogové problematiky byli v r. 2006 odhadnuty na 5 517 mil. Kč (tj. 0,17 % HDP v r. 2006), z toho 452 mil. Kč (8,2 %) bylo na redukci poptávky po drogách a 5 066 mil. Kč (91,8 %) na redukci nabídky drog a prosazování práva. Pokud se k tomu připočtou výdaje zdravotních pojišťoven, pak celková suma vydaná do tohoto problému činí téměř 6 426 mil. Kč (tj. 0,20 % HDP v r. 2006) z toho 1 360 mil. Kč (21,2 %) na redukci poptávky po drogách a léčbu a 5 066 mil. Kč (78,8 %) na redukci nabídky drog a prosazování práva.

Tabulka 5 – Výdaje na protidrogovou politiku v letech 2004 a 2007

Resort	Rok 2004 v Kč	Rok 2007 v Kč
RVKPP	100 579 000	104 442 000
MZ	26 459 000	22 241 000
Generální ředitelství cel	9 310 000	26 725 000
MSp	13 638 000	12 610 000
MO	3 484 000	3 595 000
MŠMT	10 093 000	12 557 000
MPSV	42 224 000	57 013 000
Celkem státní rozpočet	292 264 000	366 926 000
Celkem rozpočty krajů	81 600 000	128 358 000
Celkem rozpočty obcí	62 920 000	62 278 000
Celkem	436 784 000	557 562 000

Zdroj: NMS, 2008, s.3

5.4 Hodnocení účinnosti služeb v kontextu nákladů

Financování drogové problematiky vyvolává v očích běžných občanů předsudky vůči protidrogovým službám např. u nízkoprahových zařízení. S argumentem, že stát narkomany

podporuje, se setkáme u velké části „slušné“ společnosti. Nízkoprahové zařízení tudíž vynakládají velké síly do efektivní propagace své práce, založené především na působivé obhajobě harm reduction a tím tedy menší plýtvání finančních zdrojů. Samotná nízkoprahová zařízení pracují s omezeným počtem financí a snaží se pojmout co nejvyšší počet cílových osob tak, aby byly uspokojeny veškeré potřeby. Služby pro uživatele drog se zakládají na principu „hodnota za peníze“, který vychází z těchto tezí:

- Potřeby rostou bez omezení
- Veřejné zdroje jsou omezené
- Garantovaná síť služeb by měla být lokálně dostupná
- Garantované služby mají přiměřenou kvalitu, konečným garantem je stát
- Prokazatelně účinné postupy jsou hrazeny z veřejných zdrojů
- Zohlednění dostupnosti, kvality a nákladnosti služby

Efektivní služba by tedy měla být účinná a prováděná s přiměřenou finanční nákladovostí. Tento princip zahrnuje požadavky kvality, efektivity a udržitelných nákladů (dobré služby za rozumnou cenu). Při provádění tohoto principu posuzujeme hodnotu (kvalitu a efektivitu), definujeme náklady (jde o náklady poskytovatele, uživatele a společnosti) a provádíme ekonomické hodnocení - porovnáváme míru nákladů a získanou hodnotu. (Kalina II, 2003 s. 142).

Hodnocení kvality

Kvalitu služeb hodnotíme ze dvou hledisek a to ze strany uživatelské a odborné. Uživatelské hodnocení provádějí opravdoví či potenciální uživatelé služeb (zainteresovaná veřejnost). V Evropě jde o významný trend podporovaný WHO. Jde o přístup zaměřený na klienta a důležitým prvkem je i názor a mínění samotných klientů. Odborné hodnocení předpokládá existenci určitých kritérií a zavedení mechanismů, které podle kritérií hodnotí úroveň poskytovaných služeb. Kritéria pocházejí od odborníků a jsou vytvářena v široké odborné komunitě. Podle Klímy (2007, s.337) autorizuje a upravuje kritéria veřejná správa, která zároveň přebírá záruky za kvalitu služeb. Pro tato kritéria se používá termín standardy. Dle WHO se dělí na standardy vzdělání, standardy „dobré praxe“ (pracovišť a programů, postupů odvozených od případu, metod) a standardy etické. Mechanismy zahrnují např. management kvality na pracovišti, supervize, hodnocení v odborné komunitě, inspekce a akreditace. (Kalina II, 2003 s. 142).

Standardy vzdělání

Klíčovým požadavkem pro zajištění kvality a odborné péče je nutné vytvořit standardy vzdělání, které by se shodovali s praxí a jejím rozvojem. V současnosti se zohledňují modely interdisciplinárního vzdělávání. Nutností je společný základ, který usnadní komunikaci mezi odborníky a pracovníky ve prospěch klienta. (Příloha 1).

Standardy pracovišť, zařízení a programů

Tyto standardy se zabývají provozem či programem, kde může být „dobrá praxe“ vykonávána. Jedná se o typ, vybavenost, organizaci a management, obsah a metody činnosti, vedení dokumentace, práva a povinnosti klientů a pracovníků. V 90. letech sehrály důležitou roli Minimální standardy dle WHO a jiných manuálů. Na základě nich vznikaly v letech 1999 – 2001 tzv. Akreditační standardy. Zaměřují se především na aspekty kvalitního řízení, komplexního vstupního hodnocení klienta, hodnocení a zdokumentování procesu péče, bio-psycho-sociálního přístupu, komplexnosti a návaznosti péče, důvěrnosti informací, bezpečí, práva klienta, odpovídající složení týmu, vzdělávání a supervizi pracovníků, hodnocení účinnosti a na obsah a rozsah péče dle programu či zařízení. (Kalina II, 2003 s. 143). V oblasti protidrogové prevence jsou rozpracovány požadavky na poskytování jednotlivých služeb. (Příloha 2).

Standardy metod

Tyto standardy zahrnují indikaci, oprávněnost, definice a popis metody, časové faktory, klíčové prvky, kontraindikace, očekávaný výsledek, možné komplikace, etickou citlivost, ekonomickou citlivost. Dodržování standardů má význam pro vývoj a srovnatelnost praxe, pro výuku a výzkum, pro občany a veřejnou politiku a v neposlední řadě i právní aspekt v případě pochybení.

Standardy odvozené od diagnózy či případu

Jde o jednotlivé intervence, které se mají provádět u jednotlivé diagnózy (např. u závislosti na pervitinu). Je nutností systémové uspořádání v oblasti: typologie klienta (věk, pohlaví, osobnost, doba trvání závislosti, stupeň sociální integrace, motivace aj.), časové posloupnosti intervencí, možnosti volby dvěma či více intervencemi a v oblasti postupu v případě komplikací, selhání apod. Názory odborníků se však liší, např. v cílech péče, zda je nutná detoxifikace ústavní, kolik opakovaných pobytů je možno apod. (Kalina II, 2003 s. 144).

Mechanismy udržování a rozvoje kvality

Vytvářejí předpoklad k dlouhodobému fungování služby s potenciálem růstu odbornosti, mezi nejdůležitější mechanismy zajišťování kvality patří:

- Management kvality na pracovišti, sebehodnocení (na poradnách, vnitřní hodnocení)
- Profesionální iniciativy „peer reviewing“, kde se uplatňují vzájemné hodnotící návštěvy, kde dochází k výměně zkušeností či párování - těsnější partnerství mezi dvěma pracovišti, zřizování odborných rad, supervize aj.

Úřední mechanismy - inspekce a akreditace. Inspekce je oficiální zhodnocení kvality a je nástrojem odborného řízení ze strany veřejných orgánů. Akreditace aktem veřejného či profesního uznání a garance kvality služeb. Uděluje ji akreditační komise. Uděluje se na tři nebo na pět let, v ČR je povinná. Po určité době dochází k reakreditaci, pokud dochází k neplnění podmínek, může dostat organizace lhůtu ke splnění či neposkytování služeb může zastavit. (Kalina II, 2003 s. 144 -145).

Hodnocení účinnosti

Hodnota služby zahrnuje její kvalitu a účinnost. Kvalita se však nemusí shodovat s účinností. Kritériem účinnosti je změna - klient se v programu změní, musí se však do něj zapojit. Cílem protidrogových intervencí by měla být postupná abstinence a vývoj k autonomii klienta. Účinek není dán předem, ale vždy ho určíme. V následujících příkladech pozorujeme jisté „klesající“ hledisko:

- optimální kvalita života (klient dlouhodobě abstinuje a je spokojený se svým životem)
- udržení cílového stavu po určitou dobu (klient abstinuje 2 roky po ukončení léčby)
- žádoucí změna chování (klient neabstinuje, avšak se nedopouští trestné činnosti)
- optimální průběh péče (klient ukončil léčbu bez relapsu a bez závažnějších porušení pravidel)
- indikátory možné změny (klient změnil hodnoty, postoje)
- prosté kvantitativní ukazatele (rozdalo se 23700 injekčních stříkaček apod.)

Schémata hodnocení účinnosti se určují dle indikátorů výkonu podle Newcomba (1998): Indikátory kontaktu udávají množství/procento potenciálních klientů, se kterými byl navázán kontakt nebo množství/procento klientů zůstávajících v aktivním kontaktu. (Příloha 3).

Indikátory dodání služby zahrnují využití nabídky služeb, čekací doby a kapacity zařízení

Indikátory změny závisí na sdělení klientů o svých změnách ve sledovaných oblastech. Jde o oblasti zdravotního stavu, práce/zdroje obživy, užívání drog, právního postavení, rodinné anamnézy, rodinných a sociálních vztahů, psychických stavů a problémů.

Indikátory výsledků jsou ukazatele změn v chování klientů, kteří se programu účastnili. Jedná se o rozdíl mezi četností a strukturou patologického chování před a po intervenčním programu. Výpovědní hodnota těchto šetření je částečně devalvována skutečností, že změna u klienta (pozitivní i negativní), není vyvolána pouze vlivem posuzované intervence. Na klienta má vliv vrstevnická skupina, rodina, způsob trávení volného času, pracovní aktivity, apod. (Kalina II, 2003 s. 145).

6. Složky péče o drogově závislé v ČR

Složky, které pečují o drogově závislé jsou tvořeny organizacemi se státního sektoru ale i nestátního neziskového sektoru. Tyto organizace tvoří celistvou strukturu, která má působnost na veškeré potřeby většiny cílových skupin. Celkem je definováno devět typů služeb, které se zabývají drogovými aspekty. Jsou to detoxifikační jednotky, terénní programy, kontaktní centra, ambulantní léčba, stacionární programy, krátkodobá a střednědobá ústavní léčba, rezidenční péče v terapeutických komunitách, následná péče, substituční léčba. Snížit poptávku po drogách mají za úkol programy primární prevence, které jsou realizovány především státními zařízeními jako jsou školy dále pak nestátními organizacemi, které mají v nabídce většinou dlouhodobé programy primární prevence.

6.1 Protidrogová opatření v ČR

Protidrogová opatření se začaly v ČR rozvíjet ve větší míře až po roce 1989. Před tímto rokem byla drogová problematika potlačována a veškeré dění bylo spíše tabu. Drogová problematika nebyla nijak sledována. Opatření vycházející z potřeb a nových trendů v užívání drog nebyly před tímto rokem možné, drogová problematika byla spojována spíše s oborem psychiatrie. Teprve společenské změny po roce 1989 přinesly potřebu reagovat na drogový boom. (Nožina, 1997, s.298). V bývalém Československu vznikla v roce 1991 Federální komise pro narkotika jako poradní orgán federální vlády. Její činnost brzdil rozpad federace. Komise navázala některé mezinárodní kontakty a připravovala koncepční a programové dokumenty. Protože komise v roce 1992 ukončila činnost, nebyli tyto dokumenty projednány. Po roce 1993 určila vláda ČR jako svůj poradní orgán Mezirezortní protidrogovou komisi (MPK). Výsledkem činnosti této komise byl vládní program, přijatý pod názvem "Koncepce a program protidrogové politiky státu na období 1993-1996". Koncepce vychází z Globálního akčního plánu OSN z r. 1991 a respektuje vyvážený přístup. (Kalina I, 2003, s.34). Vznikají nové typy zařízení jako kontaktní centra, denní stacionáře, terapeutické komunity. Dokument dále stanovil základní mechanismy spolupráce v rámci protidrogové politiky na centrální ale i regionální úrovni. Jako významný pilíř dalšího rozvoje bylo zřízení okresních protidrogových koordinátorů a byla zdůrazněna

úloha nestátního neziskového sektoru jako poskytovatelů služeb a partnerů vlády ve vytváření a realizaci protidrogové politiky státu. „Koncepce a program protidrogové politiky na období 1998 – 2000“ vycházela z hodnocení předchozího období. Principem zůstává vyvážený přístup, důraz je kladem na legislativní nástroje, administrativní kontrolu, vytváření účinných preventivních programů, dostupnost včasné intervence a léčebné péče, zřízení detoxikačních jednotek, doléčovacích zařízení. Zásadou je pragmatický a realistický přístup vycházející z reálných údajů a kladení splnitelných cílů. Posiluje se význam nestátních neziskových organizací, které jsou zastřešeny A.N.O. Zatímco protidrogová politika v 90. letech usilovala především o to, aby nastartovala koordinační mechanismy a programy prevence, léčby a resocializace, cílem této etapy bylo doplnit chybějící typy programů a služeb prevence a zahájit činnosti nezbytné k tomu, aby byly vytvořeny nástroje na hodnocení jejich kvality a efektivity. „Národní strategie na období 2001 – 2004“ vymezuje sedm klíčových oblastí – primární prevence, léčba a resocializace včetně harm reducion, legislativa a potlačování nabídky drog, financování, profesní vzdělávání, zahraniční spolupráce, koordinace. (Kalina I, 2003 s. 37). V roce 2002 je Mezirezortní protidrogová komise přejmenována na Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky, vzniká Národní monitorovací středisko jako centrální epidemiologické pracoviště. V roce 2006 probíhaly certifikace kvality jednotlivých zařízení, s cílem ověřit kvalitu služeb podle jednotných standardů. Jednotlivá zařízení dopracovávala a aktualizovala metodické materiály, služby poskytované různými subjekty garantují stabilní úroveň poskytované péče. Systém národní protidrogové politiky ČR je v rámci EU vnímán jako kvalitní a v řadě aspektů srovnatelný se zeměmi EU, kde má protidrogová politika delší tradici. (Kalina I, 2003, s. 33-38).

Tabulka 6 – Programy poskytující léčbu uživatelům drog v r. 2007

Typ programu	Počet
Záchytné stanice	15
Detoxifikační jednotky	19
Ambulantní zdravotnická zařízení	372
Denní stacionáře	1
Specializovaná substituční centra	15
Psychiatrické léčebny	16

Psychiatrická oddělení nemocnic	32
Dětské psychiatrické léčebny	3
Terapeutické komunity	15
Programy následné péče	18
Detoxifikační jednotky ve věznicích	2
Oddělení pro diferenciovaný výkon trestu	6
Bezdrogové zóny ve věznicích	35

Zdroj: Mravčík, 2008, s.50

6.2 Typy zařízení a jejich poslání

Pro protidrogovou prevenci a léčbu je definováno devět základních typů služeb, které mohou v praxi jednotlivé prvky kombinovat:

Detoxifikační jednotky - cílem těchto jednotek je zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací drogou, které nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení, například na jednotce intenzivní péče JIP nebo na ARO. Detoxifikace není záměr pro dosažení trvalejší změny, je založena především na intoxikaci drogou a je součástí pro střednědobou nebo dlouhodobou léčbu závislostí.

Terénní programy – cílem kontaktních center je aktivně vyhledávat drogou ohrožené osoby v jejich přirozeném prostředí a navazovat s nimi vztah důvěry a zprostředkovávat navazující péči. Terénní programy fungují jako součást kontaktních center nebo samostatně.

Kontaktní nízkoprahová centra - cílem je především minimalizace sociálních a zdravotních rizik, budování vztahu důvěry mezi centrem a klienty a zprostředkování další navazující péče. Základní charakteristikou nízkoprahových zařízení je bezplatnost, dostupnost a anonymita. Služby se poskytují v určitém regionu bez jakéhokoliv doporučení, omezení a anonymně. Cílovou skupinou jsou především nitrožilní uživatelé drog. Existují dva typy těchto kontaktních center. Na straně jedné to jsou víceúčelová K - centra provozovaná v menších městech. Tato K- centra mají rozšířenou škálu služeb i do ostatních typů prevence z důvodů absence jiných preventivních složek v daném městě. Na straně druhé jsou to kontaktní centra provozovaná ve velkých městech, kde základní poskytovanou službou je tzv. Harm reduction program, který se zabývá redukcí sociálních a zdravotních rizik. Program je

zaměřený zejména na výměnu injekčního materiálu, podávání informací, poradenství, zprostředkování léčby, testování na virové onemocnění hepatitid B, C a HIV atd.

Ambulantní léčba – pro tuto léčbu je typické, že silně motivovaný klient, který má zpravidla dobré sociální zázemí, dochází i několikrát týdně do zařízení, kde ambulantní léčba probíhá. Jsou to většinou AT ordinace, psychiatrická zařízení, zaměřená na drogové nebo alkoholové závislosti. Při této léčbě se klient nevyklučuje ze svého původního prostředí.

Stacionární programy – tyto programy jsou zaměřeny na individuální a skupinovou terapii. Jsou určeny především pro klienty, kteří mají těžší stupeň závislosti. Práce probíhá podobně jako v terapeutických komunitách, rozdíl je především v tom, že klient přespává doma. Uplatňují se edukační, rehabilitační, a volnočasové aktivity, pracuje se s rodinami. Zároveň probíhá i kontrola účinnosti léčby, monitoruje se přítomnost drog.

Krátkodobá (4-9 týdnů) a střednědobá (3-6 měsíců) ústavní léčba – cílem léčby je dlouhodobá nebo úplná abstinence. Tato léčba probíhá především v rámci psychiatrických léčeben nebo ve specializovaných lůžkových odděleních. Uplatňují se individuální a skupinové terapie, rehabilitační, edukační a volnočasové aktivity. Pracuje se s rodinou.

Rezidenční léčba v terapeutických komunitách – tato léčba je určena pro značně nemotivované a problémové klienty s dlouhodobou a těžkou drogovou kariérou. Léčba probíhá strukturovaně. Současně se sociálními aspekty práce se uplatňují různé terapie s volnočasovými, rehabilitačními a edukačními aktivitami. Důraz je kladen spíše na sociálně výchovné a sociálně rehabilitační aspekty než na zdravotnické nebo psychiatrické aspekty.

Následná péče - funguje jako doléčování po předchozí, již absolvované léčbě. Je to mezistupeň mezi léčbou a běžným, plnohodnotným životem. Klientům je poskytováno chráněné bydlení většinou na 6-12 měsíců, kdy si klienti hradí náklady na ubytování sami. V těchto zařízeních se dbá na samostatnost a zodpovědnost klientů, zároveň se zachovává jejich soukromí. Uplatňují se individuální a skupinové terapie, funguje právní poradenství nebo práce s rodinami. Pracuje se na prevenci relapsu.

Substituční programy - tyto programy probíhají většinou pod statní kontrolou nebo pod dohledem lékařského personálu. Jde o poskytování psychoaktivních substancí nebo jejich náhražek (substitucí) takovým klientům, pro které není vhodný klasický průběh léčby, mají silnou fyzickou závislost a jsou ochotni dodržovat podmínky léčby. Cílem je snižování

společenských rizik, které vyplývají z užívání drog. Klienti jsou tímto způsobem odkloněni od kriminální činnosti, které by se jinak dopouštěli pro obstarávání drog.

Primární prevence - cílem je snížení poptávky po drogách. Tyto programy jsou realizovány ve školách na základě „Minimálních preventivních programů“, které vycházejí z osnov MPSV. V praxi to funguje tak, že každá škola má svého metodika prevence, který mapuje a dohlíží na situaci ve škole. Ve školském systému dále fungují pedagogicko- psychologické poradny, kde tzv. okresní školní metodik koordinuje primární prevenci v rámci daného regionu. Tato činnost je koordinována v rámci kraje funkcí krajského koordinátora primární prevence, dále pak metodickým řízením MPSV. Primární prevence je také realizována nestátními organizacemi, které provádějí většinou dlouhodobé programy. Veškerá činnost primární prevence podléhá certifikacím. Ověřuje se naplňování „Minimálních standardů poskytované péče“.

6.3 Rozvoj kvality služeb

Pro efektivní řízení organizací poskytující sociální služby potřebujeme přesné analýzy.

Podmínky , které ovlivňují změny na drogové scéně se mění. Je tedy potřeba znát:

- Demografii regionu (kraje, obcí)
- Konkrétní obsah sociálních potřeb obyvatel
- Strukturu těchto potřeb
- Prostorové (zeměpisné) rozložení těchto potřeb
- Preference obyvatelstva při jejich uspokojování
- Očekávání dotčené populace, vůči které má subjekt správy sociální povinnosti plnit , uvádí Tomeš (Matoušek a kol. 2003, s. 291).

V krajích je činnost nízkoprahových služeb pod dohledem Krajského protidrogového koordinátora, přičemž přehled o daných lokalitách a jejich individuálních potřebách na služby je nezbytný pro kvalitní plánování a budování takové služby, která by byla účinná a zároveň vycházela z reálného rozpočtu. Nejvhodnějším způsobem, jak získat informace, postoje a očekávání dané populace jsou sociálně-demografická analýzy a dotazníkové šetření, které jsou svým obsahem stejné a tudíž srovnatelné s celostátními údaji nebo údaji z jiných částí celku. Pro nízkoprahové zařízení se pořádají odborné konference, které jsou na analýzu a rozvoj služeb přímo zaměřeny.

6.4 Supervize

Slovo „supervize“ k nám přešlo z angličtiny. Překlad „supervision“ znamená dohled, dozor, kontrola, řízení, inspekce, atd. V oblasti péče o drogově závislé je přístup k supervizi jednou z podmínek kvalitně prováděné intervence. (Kalina II, 2003, s. 133). V psychoterapii je supervize samozřejmou součástí profesionálního vzdělávání. Jedná se o proces praktického učení, v němž supervizor pomáhá supervidovanému řešit konkrétní problémové situace, které vznikají při jeho práci s klienty. Supervize v psychoterapii se dělí na kvalifikační (proces směřující k dosažení nějaké kvalifikace) a průběžnou (doprovází praxe již kvalifikovaných pracovníků).

Bálintovská skupina

Zvláštní metodou supervize v psychoterapii je bálintovská skupina. Ač byla tato metoda původně určena pro lékaře, brzy se rozšířila v dalších pomáhajících profesích – u zdravotních sester, pedagogů, psychoterapeutů nebo sociálních pracovníků.

Skupinová práce na případu podle Koláčkové (Matoušek a kol.,2003, s.350) má pět fází:

1. Expozice případu – případ je přednesen tak, jak si ho předkladatel pamatuje
2. Otázky – účastníci se ptají na okolnosti, které potřebují vědět, aby si mohli utvořit obraz o tom, co se asi dělo v pomáhajícím, klientovi a případně i dalších osobách, které v příběhu vystupují
3. Fantazie – účastníci přednáší své „fantazie“ o případu
4. Praktické náměty na řešení – účastníci přednáší rady a návrhy, jak by mohl být případ řešen
5. Vyjádření protagonisty – předkladatel případu se vyjádří k postřehům a návrhům, které slyšel. Ocení, co bylo užitečné.

Supervize jako způsob učení dospělých

Jelikož dospělí potřebují takové vědomosti, které mohou využít nyní do své aktuální činnosti, je supervize jedna z vhodných metod jak dospělé vzdělávat. Dospělí si chtějí své vzdělání koordinovat sami, chtějí se učit, ne být vyučováni. Supervize tedy klade velký důraz na diskusi, modelování, týmovou práci a zkušenosti z praxe, přičemž s praxí supervize úzce souvisí. Dá se říci, že jde i o uvědomování si procesů, které se mezi pomáhajícím a potřebným odehrávají

Formy a metody supervize

Supervize může být individuální nebo skupinová, skupina může být vedena supervizorem, ale také to může být skupina stejně postavených kolegů, kde nikdo není supervizorem. (Kalina II, 2003, s.134 – 136). Supervize může pracovat se situacemi rozhovoru pracovníka s klientem. Mnohé pomocné metody supervize jsou psychoterapeutické techniky aplikované v supervizní situaci – psychodrama, sousoší, systemicky vedený rozhovor.

7. Efektivita služeb pro uživatele drog

Pokud bychom měli uvažovat nad efektivitou poskytovaných služeb, musíme si uvědomit pro koho má být poskytovaná služba efektivní. Jestli jde o poskytovatele služeb, uživatele služeb nebo pro zadavatele a zda lze tyto cíle plnit. Služby jsou poskytovány vždy konkrétním zařízením. Částečným ukazatelem efektivity jsou sama zařízení. Už to, že existuje několik právnických forem zařízení, jako jsou církevní právnícké osoby, o.p.s., občanská sdružení, částečně udává profilaci daného zařízení. Dalším významným faktorem efektivity je přiměřená a stabilní klientela. U nízkoprahových zařízení je pro efektivní práci také důležité, aby se zvyšovala odborná kvalita poskytovaných služeb a zároveň potlačoval neúměrný nárůst administrativní činnosti.

Hodnocení efektivity v praxi lze rozdělit do dvou základních skupin:

Kvantitativní hodnocení efektivity - ukazateli pro kvantitativní hodnocení efektivity jsou zejména noví klienti z řad cílové skupiny, množství vyměněného zdravotnického materiálu, počet klientů účastnících se výměnného programu, návštěvnost jednotlivých programů a počet klientů nastoupených na léčení.

Kvalitativní hodnocení efektivity ukazateli pro kvalitativní hodnocení efektivity jsou intervize, supervize, pravidelné konzultace s odborným garantem, pracovní porady a kasuistická sezení s externím psychologem, nezávislý výzkum a plnění stanovených cílů, zejména změny v uživatelském chování.

Pro efektivní poskytování služeb je důležité, aby mělo zařízení vytvořen transparentní a systémový rámec veřejné zakázky, na kterou pak organizace svojí prací reaguje. Praxe je však taková, že neexistuje jasná koncepce státních orgánů na požadavky a design služeb. Stejně tak není jisté financování služeb. Služby protidrogové prevence jsou v ČR financovány formou jednoletého financování, které rozvoj služeb na delší časové období znemožňuje. Paradoxem v oblasti efektivity směrem ke klientům jsou certifikace služeb ze strany RVKPP v letech 2006 – 2007. Zatímco oprávněným a legitimním požadavkem státu bylo ověřit a sjednotit kvalitu jednotlivých poskytovatelů, v praxi mnoha zařízení narostla v souvislosti s certifikacemi nutnost administrativní práce, která omezuje čas vynakládaný na přímou práci s klienty.

7.1 Efektivita z pohledu zadavatele služby

V širším pojetí zadává služby stát, samospráva, nebo jiný subjekt, který si je vědom existence veřejného závazku vůči drogové i nedrogové části populace. V užším pojetí zadává služby konkrétní donátor, který zároveň nastavuje pravidla pro čerpání a využívání zdrojů. V ČR se jedná především o Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí, případně Krajské úřady. Nový zákon o sociálních službách 108/2006 upravuje pravidla poskytování sociálních služeb. (Klíma, 2006, s. 339). V praxi však mnohdy chybí koordinace jednotlivých zadavatelů a jasné zadání směrem k poskytovatelům služeb. Některá nesystémová řešení a požadavky si dokonce protiřečí. Opodstatněné požadavky od zadavatele se zaměřují na stabilitu projektu (personální, hodnotová), výkonnost zařízení s nízkými náklady, vícezdrojové financování, účast v komunitním plánu, transparentní financování a otevřené komunikace, udržování přiměřeného objemu služeb (aby nenarůstaly), kvalitní péči o klienty. Otázky zadavatele jsou směřovány na to, kolik klientů se díky intervenci zapojí do pracovního procesu (daňová výnosnost), o kolik se sníží výskyt užívání drog v populaci, jak se sníží finanční náklady za následky způsobené užíváním drog?

7.2 Etické zásady

Etické kodexy jsou v ČR již zavedeni u několika profesí (lékaři, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci i jiné profese). I při práci s drogově závislými je třeba uznávat společné etické standardy. Důležité je dodržování několika důležitých zásad a tím zvyšování kvality poskytovaných služeb. (Žák, 2006, s. 114 – 115).

Důležitou součástí každého pracovníka v pomáhajících profesích je určité nasazení pro odbornou práci. Každý by měl reflektovat svoje chyby a z nich těžit do budoucna, zároveň se trvale vzdělávat a pracovat na odborném vývoji. U nízkoprahových center je ale zásadním problémem nedostatek finančních prostředků na dlouhodobé vzdělávání pracovníků, které je důležité především pro kvalitní poradenskou praxi. Pro kvalitní práci v pomáhajících profesích je nutná nejen odbornost pracovníka, ale také to, jaký je jeho osobní život (kultura, zájmy, rodina, vztahy aj.) V těchto profesích často dochází k vyčerpání osobnosti, k syndromu vyhoření („burn out“ syndrom). Takový pracovník pak není schopen pracovat, je

lhostejný ke své práci, stagnuje ji. K předcházení takových situací je dobré, aby nebyl pracovník zaměřen jen na pomáhání druhým. Je potřeba, aby měl srovnaný svůj osobní život, měl široký okruh zájmů a vztahů. Pokud však dojde k syndromu vyhoření, může takový pracovník klienta spíše poškodit než mu pomoci. V takových případech je na místě dočasný nebo i trvalý odchod z profese. Z etického hlediska je takové rozhodnutí velice záslužné.

Nepoškozování klienta

Klienta můžeme poškodit nevhodnými přístupy a metodami, se kterými nejsme dostatečně seznámeni, uvádí Kalina (II, 2003, s. 149). V oblasti léčby drogových závislostí může dojít k poškození např. mechanickým dodržováním pravidel či přílišnou liberálností, nadřizováním, nejednotností týmu aj. Poškození jednotlivce skupinou může nastat při práci s terapeutickými skupinami. Je důležité zajistit každému, aby byl v bezpečí před negativním vlivem ostatních ze skupiny. Jakkoli to zní paradoxně, každý pomáhající pracovník by měl začít s otázkou: Pomáhám klientům k autonomii, nebo jim svoji neodborností škodím?

Nezneužívání klientů, zdrženlivost od mimopracovních vztahů s klienty

Nesmí docházet k uspokojení svých potřeb na úkor klienta a to hmotných, sexuálních, emočních, mocenských či odborných. Nežádoucí je také půjčování peněz klientovi, přistoupit na jakékoli protislužby apod. Profesní hranice vztahu nejsou vždy jasné, proto je třeba o nich v týmu diskutovat.

Důvěrnost osobních údajů o klientovi

Odborný pracovník je vázán mlčenlivostí o všech osobních věcech klienta, které se dozvěděl při práci s klientem. Stejná povinnost platí i u dalšího personálu, civilní služby, stážistů apod. Pokud chceme zveřejnit např. klientovu výtvarnou práci, je vhodné požadovat klientův souhlas. Při skupinové terapii by se měla důvěrnost vztahovat na všechny a ne jen na jednotlivce. Individuální mlčenlivost se může uplatnit pouze ve výjimečných a dočasných případech. Pro předávání informací o klientovi jeho příbuzným by se měla stanovit jasná pravidla a vysvětlit je všem, aby se mohl klient bez obav svěřovat o své rodině, problémech a aby terapeut nemusel být v paralyzujících situacích kvůli tajemství či koalici s některou ze zúčastněných stran. Bez souhlasu klienta by neměly být jakékoli údaje sdělovány. Při skupinové terapii je důvěra ve spolehlivost a mlčenlivost skupiny základním předpokladem pro spolupráci.

Respektování práv klienta

Práva klienta jsou velmi důležitým bodem etických závazků odborníků. Je nutné akceptovat klienta jako autonomní a jedinečnou lidskou bytost. Respektování jeho práv je nezbytnou zásadou při poskytování služeb. Důležité jsou však i klientovy povinnosti. Každé právo odpovídá jisté povinnosti a odpovědnosti terapeutů. Při práci s klienty je důležité zdůrazňovat jejich vlastní odpovědnost, avšak my musíme odpovídat za proces léčby, za výsledek odpovídá klient. Klient má právo na rovný přístup ke službám bez ohledu na své osobní, socioekonomické či kulturní charakteristiky (věk, pohlaví, rasa atd.). Neznamena to však, že některé charakteristiky klienta nevyžadují specifický přístup nebo že klient má nárok vždy na službu, která není indikována pro něj.

Výňatek z Kodexu práv klientů K-centra Noe (DCHB - OCHT,2008):

- Klient má právo na elementární lidskou důstojnost, bezpečí a nedotknutelnost fyzickou, citovou, hodnotovou i majetkovou. Neznamena to však, že to samé není klientovou povinností
- Klient má právo být přijímán jako autonomní a odpovědná bytost.
- Klient má právo si podat stížnost a být informován o postupu při uplatňování stížností.
- Při psychoterapeutickém léčení má klient právo se rozhodnout, zda hodlá do psychoterapie vstoupit, pokud ano, s kým.

7.3 Standardy odborné způsobilosti

V oblasti protidrogových služeb je v ČR kompetentních několik ministerstev, vždy podle typů programů:

- Primární prevence – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
- Sekundární a terciární prevence – Úřad vlády – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), Ministerstvo práce a sociálních věcí
- Represivní výchovné programy – Ministerstvo spravedlnosti

Jednotlivé resorty vytvářejí a aplikují do praxe minimální standardy odborné způsobilosti, s cílem sjednotit a zefektivnit realizaci sociálních služeb. (Příloha 4).

Ze strany MPSV jsou akcentovány jsou zejména tyto oblasti:

Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb, ochrana práv osob, jednání se zájemcem o sociální službu, smlouva o poskytování sociální služby, individuální plánování průběhu

sociální služby, dokumentace o poskytování sociální služby, stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje, personální a organizační zajištění sociální služby, profesní rozvoj zaměstnanců, místní a časová dostupnost poskytované sociální služby, informovanost o poskytované sociální službě, prostředí a podmínky, nouzové a havarijní situace, zvyšování kvality sociální služby.

Plnění jednotlivých oblastí ověřují inspektoři kvality u poskytovatelů písemnými dokumenty, rozhovory s pracovníky, nebo rozhovory s klienty.

Tabulka 7 – Výsledky certifikace odborné způsobilosti

Typ služby	Certifikace udělena	Certifikace neudělena
Kontaktní a poradenské služby	66	8
Terénní programy	59	3
Ambulantní doléčovací programy	17	0
Ambulantní léčba	13	1
Rezidenční léčba v terapeutických komunitách	12	0
Substituční léčba	7	0
Detoxifikace	4	0
Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba	3	0
Stacionární programy	1	0
Celkem	182	9

Zdroj: Mravčík, 2008, s.50

7.4 Efektivita služeb z pohledu cílové skupiny

Zabývá-li se v této kapitole efektivní intervencí směrem k cílové skupině, tak pouze zkráceně. Toto téma by bylo obsahově nad rámec této práce, proto přináším stručný náhled na pravidla efektivní intervence. Je rozdíl z jakého pohledu se na efektivní intervenci díváme. Pohled ze strany pracovníka a klienta se může rozcházet. Pro pracovníka jsou důležitá a efektivní tyto hlediska:

- počet dlouhodobě abstinujících klientů
- postavení klientů na trhu práce
- počet klientů s trvalým bydlením
- zlepšení kvality života, partnerských a rodinných vztahů

- ve které fázi propadu do závislosti začít pomáhat
- komu a jak pomáhat
- jak moc pomáhat, aby míra pomoci vedla k autonomii nebo naopak klienta zneschopňovala
- jestli je prováděná intervence pomocí, nebo klientovi z dlouhodobého hlediska spíše škodí (přílišná závislost na sociální službě)
- Kdy pomoc ukončit (prostor pro vlastní odpovědnost)

Práci sociální intervence by měl dělat pracovník na vysoké odborné úrovni. Odbornost je základem pro správnou intervenci a dosahování pozitivních změn u klienta. V zařízeních, které poskytují sociální služby, by měla fungovat kontrola nad možnými střety pracovních zájmů. Nelze však určit všechny tyto situace do té doby, než některá se situací nastane. Následně dělá zařízení taková opatření, která zamezí případnému opakování. Ke střetu pracovních zájmů dochází většinou v těchto situacích:

- na zařízení se obrátí některý z příbuzných nebo známých pracovníka
- pracovník se setká s trestnou činností klienta
- na pracovníka je podána stížnost a on ji současně vyřizuje
- poruší se ochrana osobních údajů, které jsou zneužívané k jiným účelům
- nedodrží se profesní hranice mezi klientem a pracovníkem a dojde k jakémukoli navázání intimního vztahu

Pracovníci směřují veškeré své pracovní činnosti ke klientovi. Práce s klienty se řídí určitými etickými pravidly a profesionálním přístupem. Pokud dochází k ukončení pracovního vztahu, musí pracovník hlídat emoční úroveň vztahu ke klientovi. Pokud se pracovníkovi nedaří udržet pracovní hranice vztahu, může dojít k poškození klienta.

Protidrogové služby se nejvíce zaměřují na pozitivní změny u klientů. Z těchto ukazatelů se pak nejvíce posuzuje efektivita dané služby. Pozitivní změna je totiž hlavním cílem vynakládaných intervencí. Základem pro pozitivní změnu je důležité, aby pracovník s klientem navázal vztah důvěry s postupným odstraňováním překážek, které brání uživateli drog změnit vztahově postojové a sebe-regulační vlastnosti osobnosti. Za úspěch lze považovat stav, když dojde ke změně postoje v užívání drog a iniciaci trvalé pozitivní změny směřující k abstinenci. Hlavním cílem práce i posláním zařízení je tedy snaha o dosažení

změny. Jak ale ověřit účinnost vynakládaných intervencí? Jestliže vynakládáme čas a energii do klienta, vzniká několik otázek najednou:

- Kdy můžeme očekávat výsledek
- Za jaký čas se dostaví změna
- Lze vůbec tyto změny zaznamenat v nízkoprahovém zařízení, kde se klientela relativně rychle střídá, většinou bez možnosti katamnesticky sledovat další vývoj v různých oblastech života
- Jak poznáme, jestli pomáháme, nebo spíše škodíme nevhodnou intervencí
- Máme právo kontaktovat klienty, kteří již služby K-centra nepotřebují využívat

Klienti K-centra Noe podle prováděných dotazníků považují za efektivní, když dokáže zařízení naplňovat jejich fyzické, psychické a sociální potřeby. Rozdílná je však skutečnost, kdy klienti na jedné straně považují za efektivní naplnění jejich krátkodobých potřeb, na straně druhé jsou to dlouhodobé a náročné cesty vedoucí ke změně, které nabízejí terapeuti. Klienti přistupují k zařízení a ke službám tak, jakoby pracovníci odpovídali za jejich osobní prosperitu. Tento přístup, eliminující osobní odpovědnost, mohou klienti zaznamenat v některých neprofesionálních či nesystémových institucích. Příkladem mohou být někteří pracovníci vyplácející dávky sociální podpory – řídí se formálními předpisy, aniž by vůbec znali klienta a uvažovali o tom, zda hotovost bez „zásluh“ klientovi pomáhá, nebo ho pouze zneschopňují a podporují v „parazitním“ způsobu uvažování. Jiným příkladem mohou být sociální intervence u mladistvých prvopachatelnů trestné činnosti – případná benevolence a snaha o „záchranu“ ze strany pracovníků OSPOD mohou vést klienta k přesvědčení, že bude dostávat šance donekonečna. Efektivním výchovným prvkem v těchto případech bývá spíše „cvičný“ pobyt na cele předběžného zadržení, kopírující běžnou realitu (provinění – trest). Specifikem uživatelů drog je velice rozvinutá dovednost „přežívat“ v jakémkoli prostředí. Typickými projevy této dovednosti pak bývá tendence manipulovat, maximalizování vlastních práv na úkor povinností, překračování norem, účelové chování. V poradenské praxi se pak setkáváme s jedinci, kteří již prošli řadou zařízení a programů, dokážou se pak účelově chovat přesně tak, jak terapeut očekává. Efektivitou pro klienta potom není pozitivní osobností změna, ale míra, do jaké dokáže služeb zařízení využívat (zneužívat). Aby bylo možné nalézat společná východiska, dostávají klienti možnost volit si samosprávu, případně se účastní týmových porad. Klient tak dostává možnost vyjadřovat se k poskytovaným

službám kultivovaným a odpovědným způsobem. Jinou formou zjišťování potřeb jsou dotazníky spokojenosti.

Dotazníkové metody jsou anonymní, klienti však mají možnost z anonymity vystoupit a diskutovat o svých potřebách, případně o oprávněnosti svých požadavků. Závěrem dlužno dodat, že efektivita z pohledu klientů se zjišťuje velice obtížně, mnohdy zůstávají opravdové motivy klientů skryté. Úkolem intervenujících pracovníků je přivést klienta k vědomí, že se změna daří, uvědomovat si pozitivní změnu srovnáním s dřívějším obdobím.

8. Výzkumné šetření – ověření efektivity a nákladovosti vybraného zařízení

Jako modelový příklad nízkoprahového zařízení bylo zvoleno K-centrum Noe v Třebíči, které je prototypem lokálního zařízení. Tato centra jsou určena k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci jedincům s malou motivací k léčbě. V roce 2001 využívalo v ČR služeb kontaktních center 17000 klientů - cca 40% problémových uživatelů drog. (Kalina I, 2003 s. 26). K-centrum Noe vykázalo za rok 2008 více než 23000 vyměněných injekčních setů, a návštěvnost přes 200 klientů. Kontaktní práce je dělena na dvě formy a těmi jsou nízkoprahová centra a streetwork, čili terénní práce. Abstinence není podmínkou spolupráce klienta se zařízením. Důležitý je respekt volby klienta, zda chce či nechce dále drogu užívat. Klientům je umožněn anonymní kontakt, čímž se bourají obavy z návštěvy této instituce. Je potřeba kódování klientů. Identifikace je jasným požadavkem další kontaktní práce. Cesta vystoupení klienta z anonymity a přijetí vlastní odpovědnosti je cílem těchto postupů.

Cílovou skupinou jsou závislí a problémoví uživatelé tvrdých drog. Jde především o intravenózní uživatele, osoby s nízkým stupněm osobnostní autonomie a osoby návazně ohrožené sociálně patologickými jevy. Pokud pracovníci nenabídnou při práci sebe (vztah) a vhodnou pomoc, nelze očekávat změny v osobnostních charakteristikách či osudech.

Poskytované služby zahrnují včasnou intervenci (edukace, zásah do vývoje drogové kariéry, krizová intervence apod.), lékařské poradenství, kontakt na svépomocné aktivity, práce s motivací ke strukturované terapii, účelné vedení klienta a sledování postupu v léčbě, prvky terapie, které se překrývají s ambulantní léčbou, kontaktní práce (navázání kontaktu s klientem, vytvoření důvěry, zjištění základních problémů a potřeb), výměnný program (výměna injekčního náčiní, distribuce pomocných zdravotnických materiálů), základní zdravotní péči (ošetření, testování na HIV, hepatitidy), základní poradenství (důraz na změnu rizikových vzorců chování, minimalizace rizik, informace o možnostech léčby, sociální rehabilitace, zprostředkování léčby apod.), další krátkodobé intervence (krizová intervence, práce s rodiči, partnerem), strukturované poradenství a motivační trénink (získat, udržet a posílit motivaci k dalším postupům v léčbě, klient již vystupuje z anonymity a vstupuje do poradenského či terapeutického vztahu), sociální práce (pomoc při hledání zaměstnání,

ubytování, vyřizování dokladů, pomoc při kontaktu se soudy, úřady, probační službou atd.) a doplňkové služby (hygienický servis, potravinový servis, vitaminový servis). Součástí služeb je i zhodnocení psychosociálního stavu, stanovení individuálního plánu péče a cílů, uzavření kontraktu. (Kalina II, 2003 s. 167).

Složení týmu pracovníků by mělo být takové, aby zajistil všechny potřebné profese k provádění různorodé skladby programu v zařízení. Standardy RVKPP a MPSV kladou důraz na vzdělávání zaměstnanců, dodržování etických kodexů a na supervizi. Vzdělávání pracovníků by mělo obsahovat oblast prevence, léčení závislostí, sociální práci, terapii rodinnou, individuální a skupinovou, krizovou intervenci a motivační trénink. Požadavky na vedoucího programu jsou dle standardů RVKPP a MPSV doplněny o dlouhodobý psychoterapeutický výcvik. Program by měl být řízen odborným pracovníkem - manažerem, s praxí v oblasti sociální práce, speciálně pedagogické práce, zdravotní péče apod. s minimálním vyšším odborným vzděláním v daném směru. Kontaktní pracovníci jsou podle zákona o sociálních službách rozdělení na sociální pracovníky (minimálně VOŠ) a pracovníky v sociálních službách (SŠ). Dobrou praxí v nízkoprahových zařízeních je možnost individuálního vzdělávání.

Aktuální situace v oblasti nízkoprahových zařízení pro uživatele drog vychází ze získaných zkušeností z předchozích období a z provedených analýz potřebnosti. Zjednodušeně bychom mohli říct, že ve většině okresních měst existuje nějaké nízkoprahové zařízení pro uživatele drog, na které navazují terénní programy. V ideálním případě se sousední terénní programy setkávají zhruba na pomyslném pomezí okresů. Existují však lokality, kde žádná protidrogová služba neoperuje, naopak v některých místech se zařízení dublují. Pokud bychom hodnotili kvalitu a dostupnost péče pro uživatele drog, považují za uznatelné, aby uživatelé drog měli podobný standard, jako je běžný například u zdravotní péče. Z hlediska společenské legitimacy by však poskytovaná péče neměla být výrazně kvalitnější, než je v resortech ostatních (školství, zdravotnictví). Zde bychom již hovořili o pozitivní diskriminaci uživatelů drog ve srovnání s běžnou populací. Dalším aspektem při péči o uživatele drog je skutečnost, že přílišné „přepečování“ klienta nevede k posílení odpovědnosti za vlastní život. Naopak jistá dávka diskomfortu v dostupnosti služby může pozitivně modelovat reálné prostředí. Klient si zkrátka uvědomí, že pokud něco chce získat, musí nejprve projevit vlastní aktivitu a překonávat překážky.

8.1 Nákladovost K-centra Noe

Tabulka 8 – Struktura výnosů K-centra Noe v letech 2004 a 2007

Položka	Rok 2004	Rok 2007	Nárůst/pokles
Tržby z prodeje služeb – besedy a exkurze	4500,-	20140,-	15640,-
Přijaté dary	52385,-	11172,-	-41213,-
Provozní dotace MPSV	446200,-	797000,-	350800,-
Provozní dotace RVKPP	423000,-	496000,-	73000,-
Provozní dotace MZ	0,-	30000,-	30000,-
Provozní dotace VÚSC – kraj Vysočina	437500,-	406191,-	-31309,-
Provozní dotace – město Třebíč a obce	310300,-	365840,-	55540,-
Provozní dotace – úřad práce	22250,-	0,-	-22250,-
Ostatní výnosy (úroky, fondy, reklama)	20785,-	52849,-	32064,-
Výnosy celkem	1.716.920,-	2.179.192,-	462.272,-

Zdroj: OCHT, 2008

Během sledovaného období došlo ke zvýšení výnosů K-centra Noe o 462.272,- Kč. Realita je ovšem taková, že provozní dotace z žádného resortu nejsou nárokovatelné, navíc stále funguje princip jednoletého financování. Problémem zůstává zpětné poskytování dotací, kdy první měsíce v roce pracují neziskové organizace na úvěr, aniž by měly jistotu, kdy a v jaké výši bude dotace poskytnuta.

Tabulka 9 – Struktura nákladů K-centra Noe v letech 2004 a 2007

Položka	Rok 2004	Rok 2007	Nárůst/pokles
Zdravotnický materiál	71484,-	117065,-	45581,-
Kancelářský materiál, potraviny, údržba, spotřeba DHIM	95166,-	163380,-	68214,-
Vodné, plyn, elektřina	34775,-	45742,-	10967,-
Pohonné hmoty	53278,-	60057,-	6779,-
Oprava budovy, služebního automobilu	57427,-	33417,-	-24010,-
Cestovné	12086,-	12067,-	-19,-
Telefony, PC, poštovné, služby	177904,-	214351,-	36447,-
Mzdové náklady	785787,-	1055812,-	270025,-
Odvody na zdrav. a soc. pojištění	270690,-	365967,-	125277,-
Sociální náklady - stravné	27986,-	25516,-	-2470,-
Pojistné, poplatky banky	27051,-	34528,-	7477,-
Odpisy	97875,-	46195,-	-51680,-
Ostatní náklady	9039,-	5206,-	-3833,-
Celkem	1.720.548,-	2.179.303,-	458.755,-

Zdroj: OCHT, 2008

Ze struktury nákladů je zřejmý nárůst téměř ve všech položkách. V nárůstu se promítla inflace a celková vyšší cenová úroveň v roce 2007 oproti roku 2004. Ke zvýšení došlo také v oblasti mezd – jednak díky změnám mzdových tarifů, ale zejména v roce 2007 byla vzdělanostní struktura pracovníků vyšší než v roce 2004. Dlužno dodat, že průměrná mzda na K-centru v obou sledovaných obdobích nedosahovala celostátního průměru. Nárůst výdajů na

zdravotní materiál je pozitivní charakteristikou – bylo vyměněno více injekčního materiálu. Pokud budeme hodnotit nárůst objemu finančních prostředků ve struktuře výnosů nebo výdajů, je vhodné porovnat také množství poskytnutých služeb v jednotlivých obdobích.

8.2 Výkonnost K-centra Noe

Následující šetření je zaměřeno na porovnání kvantity poskytnutých služeb ve sledovaném období s cílem ověřit nárůst či pokles, případně změnu struktury využívaných služeb. Cílem zařízení je poskytovat co nejvíce kvalitních služeb za přijatelných finančních nákladů. Existuje domněnka, že přestože stouply celkové finanční náklady zařízení, náklady vynaložené na jednoho klienta spíše klesají. Šetření může také napomoci odhalovat trendy v uživatelském chování, tj. jak se mění poptávka cílové skupiny po jednotlivých službách.

Vzhledem k nekompletní síti protidrogových služeb na Třebíčsku realizuje K-centrum Noe služby od specifické primární prevence (besedy na školách), přes sekundární prevenci (intervence k aktivním uživatelům drog), až po ambulantní doléčování abstinujících klientů.

Pro toto šetření jsem stanovil hypotézu:

Finanční náklady vynaložené na jednoho klienta se ve sledovaném období snížily.

Metody průzkumného šetření

Komparací vybraných indikátorů za roky 2004 a 2007 bude vyjádřena míra nárůstu nebo poklesu ve výkonnosti zařízení, šetření může odhalit také změnu ve struktuře poskytovaných služeb. Výkonnost zařízení ve sledovaném období bude posouzena procentuálním dopočtem a znázorněna graficky. Časový interval pro sledování výkonnosti zařízení (roky 2004 a 2007) byl záměrně zvolen pro možnost vysledovat dynamiku zařízení a možné vývojové trendy s odstupem několika let, přičemž sledovaná data mají ještě stejnou výpovědní hodnotu – porovnávání časově vzdálenějších období by mohlo být méně validní. Míra nárůstu nebo poklesu poskytnutých služeb bude porovnána s finanční nákladovostí zařízení a přepočtena na jednoho klienta. Pojem „poskytovaná služba“ je chápán jako jeden poskytnutý úkon dle Definice výkonů drogových služeb RVKPP.

Ze škály všech poskytovaných služeb a statistik programu jsem zvolil následující indikátory, které charakterizují v klíčových ukazatelích kvantitativní údaje o K-centru Noe a vypovídají o jeho činnosti (RVKPP 2004):

Počet klientů – jedná se o počet všech uživatelů drog, kteří v daném roce alespoň jednou využili služeb K-centra Noe a vyplnili vstupní dotazník In-come. Statistika nezahrnuje anonymní uživatele, rodiče a osoby využívající programy specifické primární prevence.

Počet kontaktů (návštěv) - počet interakcí mezi pracovníkem zařízení a klientem, např. návštěva jednoho klienta v jednom dni se považuje za jeden kontakt, i když klient využil několik služeb. Stejným způsobem hodnotíme i kontakty v rámci terénního programu.

Kontaktní místnost - kolikrát byla navštívena kontaktní místnost. Každý klient může pobývat v kontaktní místnosti jednou denně po dobu dvou hodin. Míra návštěvnosti predikuje četnost využívání návazných služeb (poradenství, odkazy na léčbu, sociální práce).

Počet výměn – kolikrát došlo k výměně injekčního materiálu, bez ohledu na počet vyměněných injekčních setů. Pro terapeutickou práci je výhodnější, když uživatelé mění častěji menší počet injekčního materiálu – pravidelný kontakt s terapeutickým zázemím a větší šance na intervenci.

Počet vyměněných injekčních setů – počet použitých jehel, které byly vybrány od uživatelů a počet vydaných čistých jehel zpět uživatelům. Množství vydaného materiálu vypovídá o trendu ve způsobech aplikace drog, úspěšnosti represivních opatření, míře nekontaktování cílové skupiny, apod.

Individuální případová práce – kolikrát klient vedl terapeutický rozhovor s pracovníkem po dobu nejméně 30 minut, za přesně stanovených podmínek (každý rozhovor není případovou prací).

Sociální práce – aktivity zaměřené na zlepšení sociální situace klienta a jeho schopnosti řešit běžné sociální problémy, délka nejméně 30 minut.

Důležitým bodem přípravy bylo definování indikátorů, které v co nejvyšší míře reflektují skutečný stav. Byly zvoleny zejména indikátory, které jsou v rámci celorepublikového porovnávání výkonnosti využívány ze strany RVKPP.

Výběrovým souborem pro toto šetření byli klienti K-centra Noe, kteří využívali služby zařízení v letech 2004 a 2007. Nejčastější klientelou jsou muži ve věku 20 – 25 let, injekční uživatelé pervitinu nebo uživatelé nealkoholových drog v sociálním propadu (kombinované závislosti, sezónní užívání opia). Do statistik programu se promítají každodenní návštěvníci zařízení, stejně jako klienti, kteří službu využili jen několikrát za rok.

Statistiky K-centra Noe

Pro potřeby tohoto výzkumu byly použita statistická data databáze Freebase – oficiální metodika pro záznam činnosti zařízení poskytujících protidrogové služby. Tato aplikace je uznávána Úřadem vlády ČR i Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti.

Tabulka 10 - Statistika K-centra Noe

Indikátor výkonnosti	Rok 2004	Rok 2007
Počet klientů	79	147
Počet kontaktů	2231	3032
Kontaktní místnost/počet osob	1974/49	2123/105
Počet výměn	143	302
Počet vyměněných jehel	7012	18463
Individuální případová práce	165	210
Sociální práce	70	337

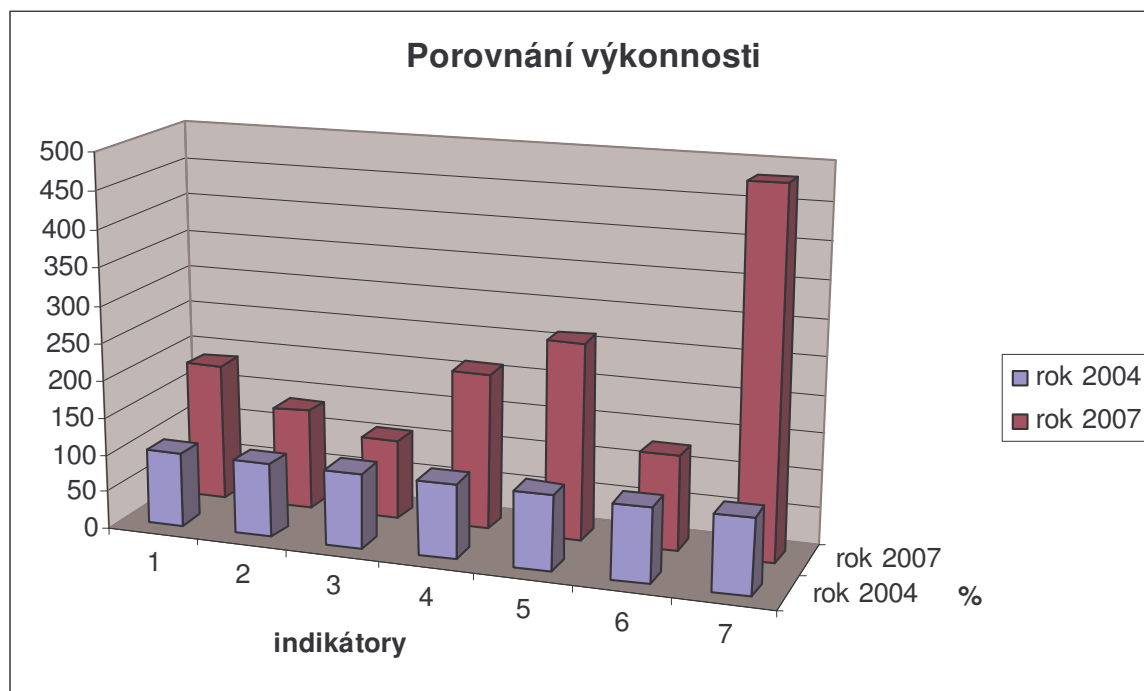
Tabulka 11 – Srovnání statistických údajů za roky 2004 a 2007

Indikátor výkonnosti	Rok 2004	% 2004	Rok 2007	% 2007
Počet klientů	79	100	147	186
Počet kontaktů	2231	100	3032	136
Kontaktní místnost	1974/49	100	2123/105	108/214

Počet výměn	143	100	302	211
Počet výměn jehel	7012	100	18463	263
Případová práce	165	100	210	127
Sociální práce	70	100	337	485,7

Hodnoty za rok 2004 jsou vyjádřeny jako 100%, údaje u jednotlivých indikátorů za rok 2007 vyjadřují změnu procentní hodnoty (nárůst/pokles) oproti roku 2004.

Graf č. 1 – Výkonnost K-centra Noe za roky 2004 a 2007 (%)



- 1 - počet klientů
- 2 - počet kontaktů
- 3 - kontaktní místnost
- 4 - počet výměn
- 5 - počet vyměněných jehel
- 6 - individuální případová práce
- 7 - sociální práce

Ze zjištěných údajů vyplývá, že K-centrum Noe poskytlo při stejném počtu pracovníků v roce 2007 více služeb, než v roce 2004.

Počet klientů – Došlo k výraznému zvýšení počtu uživatelů ilegálních drog, kteří využili služeb K-centra Noe. Tento trend vypovídá o snaze rozklíčovat skrytou populaci uživatelů a metodách depistáže v terénu. Podle údajů Národního monitorovacího střediska zůstává drogová promořenost Kraje Vysočina téměř stejná, tj. za nárůstem počtu klientely pravděpodobně nestojí výrazné zvýšení počtu uživatelů drog. Do počtu klientů nejsou zahrnuti nedrogoví klienti – rodiče, partneři, apod.

Počet kontaktů (návštěv) – počet návštěv klientů se v roce 2007 zvýšil oproti roku 2004. Dále došlo k výraznému zvýšení výkonů poskytnutých během jednotlivých kontaktů.

Kontaktní místnost - kontaktní místnost byla navštívena v obou obdobích téměř stejně, počet osob, které kontaktní místnost alespoň jednou navštívili se ale zdvojnásobil. Tento jev považujeme za pozitivní – více klientů prošlo zařízením a bylo možno intervenovat k větší části cílové populace. Počet návštěv u jednotlivých klientů se snížil.

Počet výměn – zvýšení o cca 100%, pro terapeutickou práci je výhodnější, když uživatelé mění častěji menší počet injekčního materiálu – pravidelný kontakt s terapeutickým zázemím a větší šance na intervenci. Snahou zařízení je odbourávat tzv. sekundární výměny (klient mění jehly pro více skrytých osob), akcentujeme přímou práci s jednotlivými uživateli. Nárůst tohoto indikátoru hodnotíme jako pozitivní trend.

Počet vyměněných injekčních setů – nárůst ve výměnném programu více než o 100%. Množství vydaného materiálu vypovídá o trendu ve způsobech aplikace drog, úspěšnosti represivních opatření, míře nakontaktování cílové skupiny, formách práce streetworkera, apod. Tento údaj nemá velkou výpovědní hodnotu ve vztahu k posuzování efektivity služeb – kolísá v čase, výrazně však napomáhá zvyšovat legitimitu zařízení u laické i odborné veřejnosti. Dlouhodobé trendy ale ukazují nárůst objemu vydaných jehel. V celé ČR bylo vyměněno a bezpečně zlikvidováno za rok 2007 více než 3.000.000 injekčních setů.

Individuální případová práce – mírný nárůst v počtu úkonů případová práce. Charakter této služby, stejně jako personální, odborná i časová náročnost tohoto úkonu neumožňuje výrazněji zvyšovat počet úkonů.

Sociální práce – 5 x přibylo aktivit zaměřených na zlepšení sociální situace klienta a jeho schopnosti řešit běžné sociální problémy. Tento trend souvisí s transformací K-centra Noe na regionální drogovou agenturu, která v lokalitě menšího sídla supluje několik zařízení pro

drogovou problematiku. Drogová agentura tak provází klienta od fáze experimentování, přes období aktivního užívání až po doléčování při abstinenci.

Výstupem do praxe by měl být fakt, že stoupá poptávka po službách protidrogové prevence, stoupá také počet uživatelů drog, kteří využívají služby sledovaného zařízení. Na tento trend by mělo zařízení reagovat personálním posílením v oblasti přímé práce s klienty. Nutně však musí dojít ke komunikaci mezi poskytovatelem a zadavatelem služby o navýšení rozpočtu.

Tabulka 12 – Náklady přepočtené na jednotku

	Rok 2004	Rok 2007
Náklady zařízení	1.720.548,-	2.179.303,-
Náklady přepočtené na jednoho klienta	21.779,-	14.825,-
Náklady přepočtené na jednu vyměněnou stříkačku	245,-	118,-
Náklady přepočtené na jeden kontakt s klientem	771,-	718,-

Stanovená hypotéza - Finanční náklady vynaložené na jednoho klienta se ve sledovaném období snížily se jednoznačně potvrdila. Průběžné navyšování rozpočtu neodpovídá dynamice nárůstu počtu poskytnutých služeb. Z Tabulky 5 je zřejmé, že služby byly v roce 2007 poskytovány výrazně levněji, než v roce 2004.

Tato část šetření má výpovědní hodnotu pouze z hlediska srovnání výkonnosti zařízení s vynaloženými finančními prostředky, ale nevypovídá o tom do, jaké míry byly poskytnuté služby účinné, tj. jak napomohly zlepšení situace jednotlivých klientů v různých oblastech života. Zaměření se pouze na kvantitativní ukazatele by bylo značně redukcující, navíc posláním sociálních služeb je konkrétní pomoc jednotlivci, bez ohledu na to, jak moc je pro zařízení lukrativní. V dotační praxi se často objevují situace, kdy zařízení je financováno jenom na základě počtu poskytnutých služeb. Tento trend pak motivuje poskytovatele

k vyhledávání bezproblémových klientů – nejtěžší klientela, pro kterou byly služby původně určeny, zůstává bez pomoci.

8.3 Účinnost služeb - dotazníkové šetření

Při posuzování účinnosti poradenských služeb K-centra Noe je třeba ověřit, zda klienti, kteří využívají služeb, dosahují zlepšení svého stavu. Požadované změny u klientů vnímáme jako snahu o absenci, sociální stabilizaci, plnění běžných společenských rolí, nezávislost na systému sociálních dávek a služeb a začlenění do neformálních sociálních struktur.

Cíl šetření a formulace hypotézy

Cílem tohoto šetření je ověřit, zda klienti využívající služby K-centra Noe vykazují nějakou změnu stavu ve stanovených oblastech života. Pro potřeby výzkumného šetření byly porovnány výsledky zaznamenané u jednotlivých klientů metodikou EuropASI v roce 2004 a 2007. Dosažené změny v tomto období mohou vypovídat o účinnosti služeb K-centra Noe. Limitujícím faktorem u výběrového souboru je skutečnost, že se jedná o „těžší klienty“ – jinak by pravděpodobně nevyužívali poradenských služeb K-centra tak dlouhou dobu. Počítám samozřejmě s faktem, že některých pozitivních změn dosahují klienti spontánně nebo s podporou jiných subjektů (snížení validity šetření). Realizované výstupy tohoto šetření budou mít s velikou pravděpodobností své limity – bylo by například vhodné porovnat výběrový soubor s kontrolní skupinou, která K-centrum Noe nenavštěvovala (relevantní údaje o této skupině ve sledovaném období však nejsou k dispozici). Jiným způsobem ověření efektivity služeb by byla realizace podobného šetření v několika jiných zařízeních. Předpokládám, že služby K-centra Noe jsou účinné, hypotéza tedy zní:

Uživatelé drog, kteří využívali poradenských služeb na K-centru Noe v období 2004 – 2007, vykazují zlepšení stavu ve všech sledovaných indikátorech.

Do výzkumného šetření byly zahrnuti uživatelé ilegálních drog s nitrožilní aplikací v roce 2004, kteří navštěvovali K-centrum Noe pravidelně, nebo v déletrvajících sekvencích od počátku roku 2004 do konce roku 2007. Dalším kritériem výběru byl omezený kontakt klienta s jiným zařízením (větší pravděpodobnost, že dosažené změny souvisí se službami K-centra Noe) a průběžná účast na individuálním poradenství. Nutným požadavkem pro sběr dat v nízkoprahovém zařízení je souhlas klienta s vedením osobních údajů – tato skutečnost

je pro některé uživatele drog nepřekonatelná. Požadovaná kritéria splnilo pouze 13 klientů. Vzhledem k faktu, že K-centrum Noe mělo za rok 2004 celkem 86 klientů, považují výběrový soubor za dostatečně reprezentativní. Výzkumného šetření se zúčastnilo 11 mužů a 2 ženy. 8 klientů je evidováno na K-centru Noe, 3 klienti využívají terénní program stejného zařízení. Délka vedení rozhovorů a jejich záznam do dotazníků EuropASI byla velice individuální. Deklarovaný interval 45 – 60 minut bylo možné dodržet u některých klientů s obtížemi. Aktivní uživatelé stimulací (zejména pervitinu) měli tendence pracovat ve velice rychlém tempu, bez ochoty věnovat pozornost „složitějším“ otázkám. Ve dvou případech musel být rozhovor opakován z důvodu neochoty klienta rozhovor řádně dokončit.

8.4 Zvolené metody průzkumného šetření

Pro posouzení účinnosti služeb je třeba definovat indikátory, na kterých je možné vysledovat případnou změnu stavu klienta, případně změnu uživatelského chování. Jednou z ověřených metod pro objektivní charakteristiku stavu klienta je Evropský index závažnosti návykového chování - EuropASI (Kubička, 1997). Jedná se o adaptaci páté edice ASI (Addiction Severity Index) z roku 1992. Původní verze ASI vznikla v roce 1980 v USA. Podnětem k vytvoření české verze byla skutečnost, že tato metoda doznala v Evropě značného rozšíření. Pracovník vede strukturovaný, polostandardizovaný rozhovor, určený ke zmapování poměrně širokého spektra problémů u klientů, jejichž hlavním problémem se týká alkoholu a nelegálních drog. Dotazník je zaměřen na oblasti života klienta. Zahrnuje zdravotní stav, práci/zdroj obživy, užívání drog, právní postavení, rodinnou anamnézu, rodinné a sociální vztahy a psychický stav a problémy.

Jedná se o efektivní metodu k získání informací, hodinové trvání aplikace, mnohostranné bio-psycho-sociální vyšetření, možnost klinické i výzkumné aplikace, flexibilní metoda pro zařízení různého typu, metodu lze upravit podle specifických potřeb zařízení, vysoká validita a reliabilita, Omezení se týkají osob s nízkým intelektem a mentálně postižených, nebo osob propuštěných z výkonu trestu nebo lůžkového zařízení. U těchto skupin nelze očekávat získání reprezentativního osobního profilu, protože řada otázek se týká posledních 30 dnů nebo posledního roku. Pro vyhodnocení jednotlivých indikátorů slouží škálové hodnocení pro klienta a pro hodnotitele

Klientova posuzovací stupnice:

- 0 – vůbec ne
- 1 – trochu
- 2 – dosti
- 3 – značně
- 4 – mimořádně silně

Vlastní posouzení klientovy situace je důležitou součástí při zjišťování osobního profilu. Klient má pro přehlednost posuzovací stupnici během rozhovoru před sebou. Na této stupnici klient hodnotí závažnosti svých problémů v dané oblasti – vyjadřuje, nakolik je pro něj důležitá pomoc s probíraným okruhem problémů a nakolik mu vadily problémy v příslušné oblasti. Někteří respondenti měli tendence minimalizovat potřebu pomoci. Tato tendence bývá typická u uživatelů drog ve fázi, kdy mají sami zdánlivě „vše pod kontrolou“ a odmítají pomoc. Pro objektivní posouzení míry pomoci bylo mnohdy nutné pojmenovávat a kvantifikovat konkrétní pomoc, kterou klient v dané oblasti v minulosti žádal.

Tazatelova posuzovací stupnice:

- 0 – 1 žádný skutečný problém, není zapotřebí žádná intervence
- 2 – 3 mírný problém, intervence patrně není nutná
- 4 – 5 středně závažný problém, nějaká intervence je na místě
- 6 – 7 značně závažný problém, intervence je nutná
- 8 – 9 extrémně závažný problém, intervence je absolutně nutná

Hodnocením závažnosti vyjadřuje tazatel do jaké míry klient v dané oblasti potřebuje léčbu či jinou pomoc. Tazatel stanoví bodové ohodnocení na základě série otázek, která se k dané oblasti vztahuje.

8.5 Zpracování dat a interpretace výsledků

Zpracování výsledků je standardizováno v pokynech k aplikaci rozhovoru EuropASI a závniku (Kubička, Czémy 1998). Řada otázek od klienta vyžadovala, aby odhadl, kolikrát pocítoval daný problém v posledních 30 dnech. Tyto otázky byly pro některé klienty obtížné a bylo nutné navrhnout nějaký mechanismus strukturování času. (víkendy, všední dny, apod.) Některé otázky vyžadovaly, objasnění smyslu. Aby byly získány kvalitní informace, bylo nutné klást otázky i jinak, než v předtištěném znění. Důležité je také, aby tazatel klientovi

nesugerovat žádnou odpověď, např. Věta „Zdá se, že máte velmi vážné zdravotní problémy“. Tazatel umožňuje klientovi volbu vhodného odhadu, aniž by ho nutil do žádaných odpovědí.

Posudky závažnosti jsou odhadem problémového postavení klienta, odhady učiněné v jednom časovém momentě podléhají změnám navazujícím na měnící se kontext klientova života. Vyhodnocení dané oblasti formou tazatelovy posuzovací stupnice nemůže ve všech ohledech nahradit podrobnější informace poskytnuté klientem v sérii otázek a odpovědí. Posudky v každé z dílčích problémových oblastí se zakládají výhradně na odpovědích klienta na objektivní a subjektivní otázky z dané oblasti a ne na jiných informacích, získaných mimo rámec rozhovoru. Je třeba si uvědomit, že tazatelovy názory ovlivňují jeho posudky, představují nesystematický zdroj variability a snižují celkovou užitečnost stupnic. Vzhledem k tomu, že rozhovory pro účely tohoto výzkumného šetření prováděl jeden tazatel, je míra reliability posudků vyšší, než v běžné praxi, kde se osoba tazatele střídá. Pro posuzování závažnosti je použita dvoustupňová metoda. V prvním kroku tazatel bere v úvahu jen objektivní data z dané problémové oblasti se zvláštním zřetelem ke kritickým v každé oblasti, tj. položkám, které jsou na základě ověřené zkušenosti vyzdvíženy jako nejpodstatnější pro validní posouzení závažnosti. Pomocí těchto „objektivních“ dat je provedeno předběžné posouzení závažnosti klientových problémů. V druhém kroku tazatel vezme v úvahu klientova subjektivní hodnocení na klientské posuzovací stupnici a může následně pozměnit své předběžné posouzení. Naznačuje-li klient, že určitý specifický problém je pro něj mimořádně tíživý a že pomoc s tímto problémem je pro něj „obrovsky důležitá“, tazatel může zvýšit své konečné hodnocení závažnosti. Při posuzování potřeby intervence neodhadujeme, do jaké míry by klientovi prospěla, nýbrž posuzujeme, do jaké míry klient nějakou formu účinné pomoci potřebuje, bez ohledu na to, zda taková pomoc (léčba) je dosažitelná či zda vůbec existuje.

Pro lepší orientaci a porovnání je v jednotlivých oblastech vypočítán aritmetický průměr ze zjištěných hodnot, nejčastěji se objevující hodnota (modus) a střední hodnota (median).

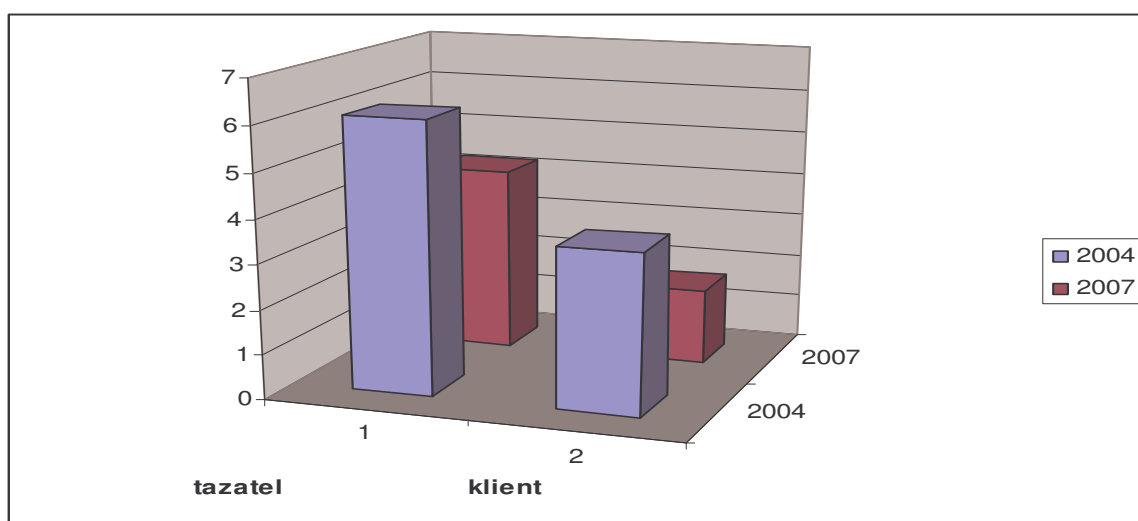
Zdravotní stav

Zdravotní stav patří mezi indikátory, které vykazaly významné zlepšení. Průměrné hodnocení zdravotního stavu v roce 2004 bylo považováno za značně závažný problém (6), v roce 2007 se jednalo o středně závažný problém (4). Pokud bychom zjištění zobecnili, pak můžeme říci, že pravidelný kontakt s nízkoprahovým zařízením vede ke zlepšení zdravotního stavu uživatelů drog. Na výsledcích se projevila také skutečnost, že klienti z výběrového souboru navštěvují K-centrum nejméně od roku 2004 a byli tedy opakovaně poučeni o zdravotních rizicích spojených s konzumací drog. Je také potěšující, že během déletrvajícího braní drog se nemusí zdravotní stav zhoršovat.

Tabulka č. 13 – Zdravotní stav

	Rok 2004	Rok 2007
<u>Průměrná hodnota</u>		
Tazatel (škála 0 – 9)	6,1	4,2
Klienti (škála 0 – 4)	3,6	1,7
<u>Modus</u>		
Tazatel (škála 0 – 9)	4	2,3
Klienti (škála 0 – 4)	2	1
<u>Median</u>		
Tazatel (škála 0 – 9)	4	3
Klienti (škála 0 – 4)	2	1

Graf č.2



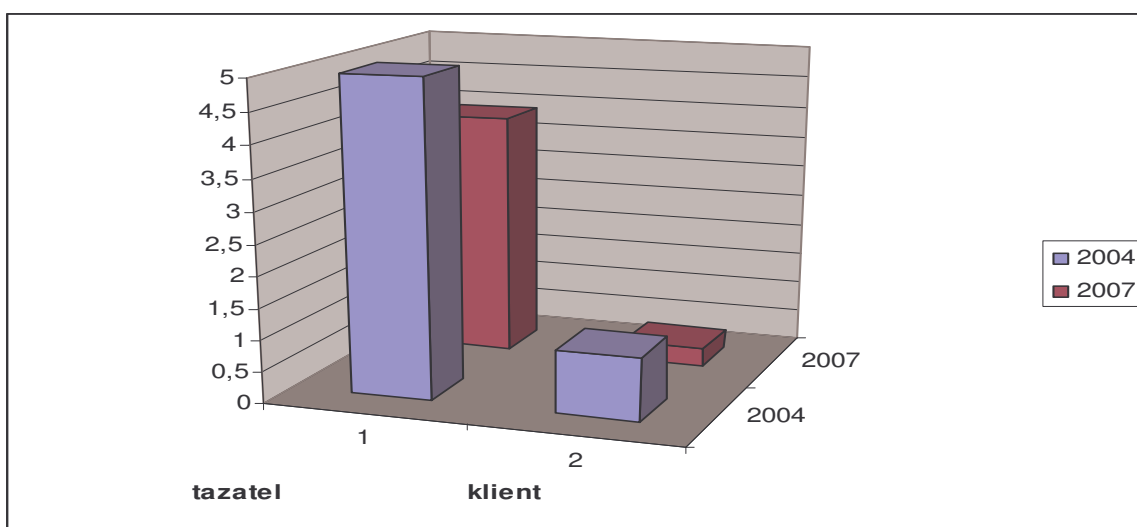
Práce/zdroj obživy

Došlo k mírnému zlepšení situace klientů na trhu práce. Prakticky všichni klienti z výběrového souboru řešili během individuálního poradenství opakovaně pracovní právní problematiku. Region Třebíčska je dlouhodobě postižen nadprůměrnou mírou nezaměstnanosti. Zlepšení situace v této oblasti je také ovlivněno kulminací hospodářské konjunktury na přelomu let 2007 a 2008. Zatímco v roce 2004 považoval tazatel situaci u nejvíce klientů za značně závažný problém, kdy je nutná intervence (6), v roce 2007 převažovalo hodnocení tazatele jako středně závažný problém, nějaká intervence je na místě (4). Ve střednědobém horizontu lze v kontextu celosvětové recese očekávat nárůst nezaměstnanosti zejména u rizikových skupin, tedy také u závislých osob.

Tabulka č.14 - Práce/zdroj obživy

	Rok 2004	Rok 2007
<u>Průměrná hodnota</u>		
Tazatel (škála 0 – 9)	5	3,9
Klienti (škála 0 – 4)	1	0,3
<u>Modus</u>		
Tazatel (škála 0 – 9)	7	1
Klienti (škála 0 – 4)	1	0
<u>Median</u>		
Tazatel (škála 0 – 9)	5	3
Klienti (škála 0 – 4)	1	1

Graf č. 3



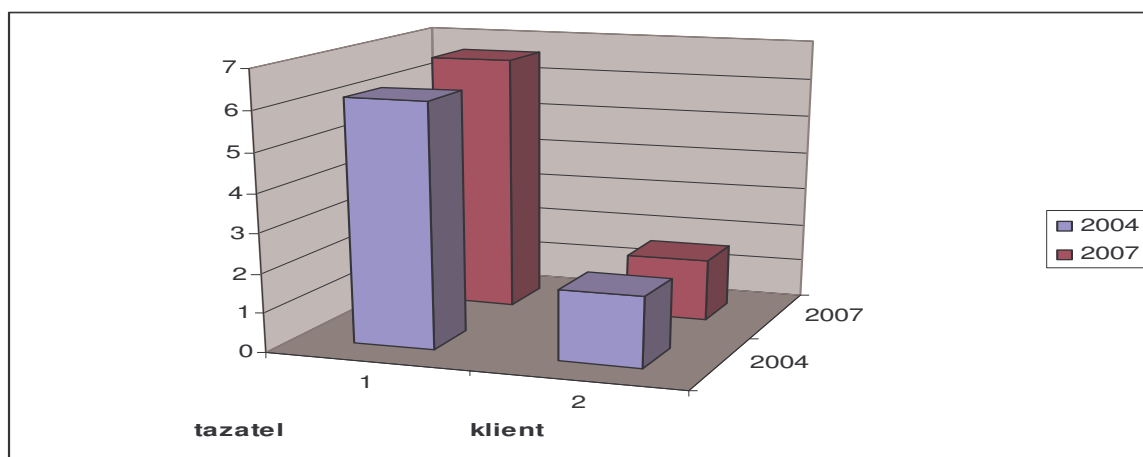
Užívání drog

Četnost užívání drog se u výběrového souboru prakticky nezměnila. V obou sledovaných obdobích zůstává užívání drog na stupni značně závažný problém, intervence je nutná (6). Vysvětlením může být fakt, že do zařízení chodí uživatelé drog – pokud užívat přestanou nebo odchází na léčbu, přestávají být obvykle klienty K-centra. V programu zůstávají klienti, kterým se stále nedaří abstinovat nebo relapsují. Bylo by vhodné ověřit, jak se změnila míra užívání u klientů, kteří na K-centrum tak dlouho nechodí. Pozitivním výsledkem (i když ne příliš progresivním) je skutečnost, že užívání drog se u klientů navštěvujících K-centrum Noe nejméně během dvou let nezhoršilo (četnost, rizikovější způsoby aplikace, apod.). Vysvětlením této stagnace může být skutečnost, že K-centrum není na rozdíl od léčebných zařízení primárně zaměřeno na abstinenci klientů.

Tabulka 15 - Užívání drog

	Rok 2004	Rok 2007
<u>Průměrná hodnota</u>		
Tazatel (škála 0 – 9)	6,2	6,3
Klienti (škála 0 – 4)	1,8	1,6
<u>Modus</u>		
Tazatel (škála 0 – 9)	6	7
Klienti (škála 0 – 4)	1,2	0,2
<u>Median</u>		
Tazatel (škála 0 – 9)	6	6
Klienti (škála 0 – 4)	2	2

Graf č. 4



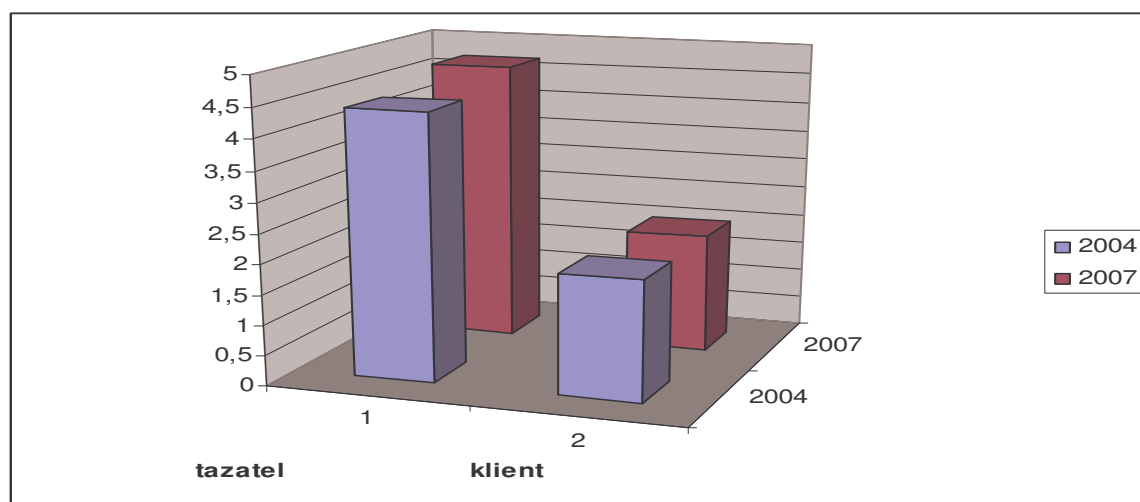
Právní postavení

Právní postavení klientů se prakticky nezměnilo. Průměrné hodnoty zaznamenané v obou letech oscilují na úrovni středně závažný problém, nějaká intervence je na místě (4-5). V této oblasti byly zaznamenány velké individuální rozdíly mezi klienty - objevily se hodnoty mírný problém (2), až extrémně závažný problém (9). V poradenské praxi se potvrdilo, že déletrvající abstinence klienta vede postupně ke snižování výskytu protiprávního jednání, později dochází k aktivnímu řešení (odpracování trestu obecně prospěšných prací, úhrada dluhů, apod.). Ke zlepšení právního postavení dochází obvykle při abstinenci s časovým zpožděním – klient abstínuje, přestává navštěvovat K-centrum a nelze jej sledovat při snaze o nápravu právních deficitů.

Tabulka č. 16 - Právní postavení

	Rok 2004	Rok 2007
<u>Průměrná hodnota</u>		
Tazatel (škála 0 – 9)	4,4	4,7
Klienti (škála 0 – 4)	2	2
<u>Modus</u>		
Tazatel (škála 0 – 9)	3	2
Klienti (škála 0 – 4)	1,5	2,3
<u>Median</u>		
Tazatel (škála 0 – 9)	3	3
Klienti (škála 0 – 4)	2	2

Graf č.5



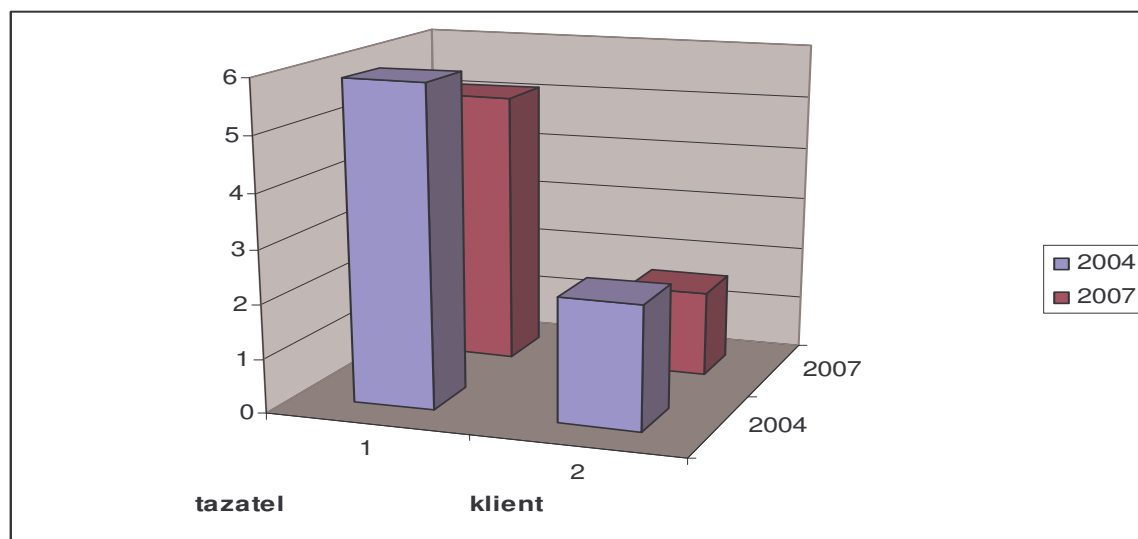
Rodinné a sociální vztahy

Prožívání rodinných a sociálních vazeb u testovaných klientů se zlepšilo z hodnoty (6) v roce 2004 na hodnotu (5) v roce 2007. Konstelace rodinných vztahů je přímo ovlivňována četností a formami závislostního chování. Vliv užívání drog na rodinu byl v této práci již popsán. Lze předpokládat, že rodinné vztahy se progresivněji zlepšují (podobně jako např. právní postavení) v případě dlouhodobější abstinence klienta – mimo dosah K-centra. Zlepšení tohoto parametru uváděli zejména ti klienti, jejichž rodiče využili rodinného poradenství na K-centru.

Tabulka č. 17 - Rodinné a sociální vztahy

	Rok 2004	Rok 2007
<u>Průměrná hodnota</u>		
Tazatel (škála 0 – 9)	5,9	5,1
Klienti (škála 0 – 4)	2,3	1,6
<u>Modus</u>		
Tazatel (škála 0 – 9)	6	5
Klienti (škála 0 – 4)	2,3	1,2
<u>Median</u>		
Tazatel (škála 0 – 9)	6	5
Klienti (škála 0 – 4)	2	2

Graf č. 6



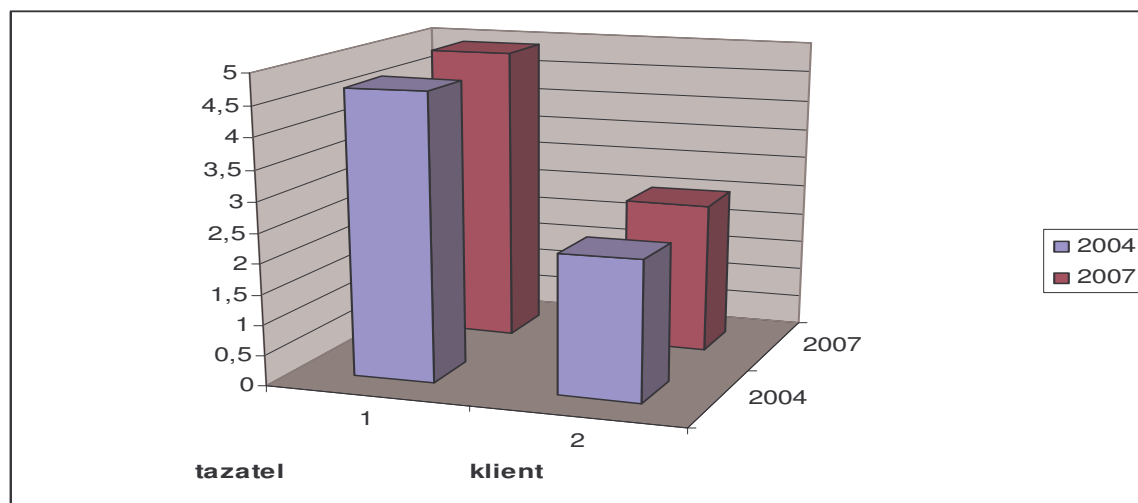
Psychický stav a problémy

Psychický stav sledovaných klientů stagnuje, v některých ukazatelích vykázal dokonce mírné zhoršení. Vyhodnocení psychického stavu během rozhovorů s klienty činilo problémy, z důvodu značného kolísání bylo obtížné stanovit objektivní závěr. Změny psychického stavu se u některých klientů cyklicky objevují podle denního rytmu aplikace drog. (zlepšení stavu po aplikaci, výrazné zhoršení na „dojezdu“). Bylo by výhodné ověřit, jak se změní po dvou letech psychický stav uživatelů drog, kteří žádné zařízení nenavštěvují. Nelze opomenout ani existenci tzv. duálních diagnóz, kdy na primární psychické nebo psychiatrické obtíže nasedá konzumace drog a následný rozvoj závislosti. V těchto případech se těžko posuzuje vliv abúzu drog na psychiku.

Tabulka č. 18 - Psychický stav a problémy

	Rok 2004	Rok 2007
<u>Průměrná hodnota</u>		
Tazatel (škála 0 – 9)	4,7	4,9
Klienti (škála 0 – 4)	2,3	2,5
<u>Modus</u>		
Tazatel (škála 0 – 9)	5	6
Klienti (škála 0 – 4)	2,3	3
<u>Median</u>		
Tazatel (škála 0 – 9)	5	5
Klienti (škála 0 – 4)	2	3

Graf č. 7



Hypotéza Uživatelé drog, kteří využívali poradenských služeb na K-centru Noe v období 2004 – 2007, vykazují zlepšení stavu ve všech sledovaných indikátorech se jednoznačně nepotvrdila. V oblasti zdravotního stavu, práce a rodinných vztahů se situace klientů zlepšila, v ostatních oblastech nedošlo k pozitivní, ani negativní změně. V dalších šetřeních by bylo vhodné porovnat změnu stavu u těch klientů, kteří sice K-centrum ve sledovaném období navštěvovali, ale nevyužívali poradenství ani jiných strukturovaných služeb. Tento výběrový soubor by byl zároveň kontrolní skupinou pro výše testovaný výběrový soubor. Můžeme tvrdit, že klienti, kteří navštěvují K-centrum Noe, nebudou pravděpodobně vykazovat známky zhoršování své osobní situace. Tento výstup není příliš progresivní, je však nutno připomenout primární účel a funkci nízkoprahového zařízení – snižovat zdravotní a sociální rizika užívání drog u uživatelů a nedrogové veřejnosti.

9. Závěr

Ekonomické aspekty léčby drogových závislostí je tématem, které svým rozsahem překračuje možnosti této diplomové práce. Existuje více úhlů pohledu, ze kterých lze problematiku analyzovat. Vyhledávání podkladů v odborné literatuře je obtížné, ekonomické analýzy jsou často přejímány od zahraničních autorů, bez možnosti praktické implementace v běžné realitě. Diplomová práce uvádí některé okruhy, které s ekonomickou stránkou souvisejí. Cílem diplomové práce bylo ověřit, zda jsou programy prevence a léčby pro uživatele drog efektivní a jaká je jejich nákladovost vzhledem k ekonomickým a společenským ziskům, které přinášejí. Výzkumným šetřením byla snaha porovnat výkonnost vybraného zařízení, jeho nákladovost a účinnost poskytovaných služeb. Ověřila se hypotéza, že finanční náklady vynaložené na jednoho klienta se ve sledovaném období snížily. K-centrum je ale sociální službou, která musí být primárně orientována na pomoc jednotlivci, bez ohledu na skutečnost, že někteří klienti nejsou pro zařízení „ekonomicky rentabilní“. Aby mohla být tato podmínka naplněna, považuje se za vhodné, ponechat tento typ služeb v systému veřejného financování. Lze předpokládat, že „zprivatizování“ služeb protidrogové prevence by vedlo k jednostranné orientaci na výkon. Hypotéza o zlepšení stavu u uživatelů navštěvujících K-centrum se potvrdila pouze částečně. Nejvýraznější zlepšení se objevilo v oblasti zdravotního stavu. Je otázkou, zda hypotéza, která předpokládala zlepšení ve všech oblastech života, nebyla nastavena aspiračně příliš vysoko. Tomuto tvrzení by odpovídala skutečnost, že klienti, kterým se začalo dařit výrazně lépe, přestali K-centrum navštěvovat a nemohli se tudíž objevit ve výzkumném souboru. (výzkumu se pravděpodobně účastnili spíše neúspěšní klienti, kteří ve službách setrvali). Dále se nepodařilo ověřit, zda vynaložené náklady na služby K-centra Noe odpovídají ekonomickým přínosům, vyplývajícím z provozování této služby. Nebyl nalezen objektivní způsob, jak kvantifikovat ekonomické přínosy na okrese Třebíč – neexistují statistiky, data potřebná pro tuto analýzu ekonomických přínosů prakticky neexistují. Jistou útěchou může být skutečnost, že roční provoz K-centra Noe (více než 2.000.000,-Kč) odpovídá nákladům na léčbu HCV u 3 – 4 pacientů. V této souvislosti je zřejmé, že programy Harm reduction zabránily rozšíření nákazy HCV u většího počtu uživatelů drog – tj. kdyby K-centrum nevykonávalo svoji činnost, léčba nakažených HCV by byla dražší, než provozní náklady K-centra.

Z neměřitelného hlediska lidského, z hlediska prosté pomoci bližnímu v nouzi je evidentní, že programy protidrogové prevence mají svoje místo.

Tato práce může být přínosná tím, že otevřela nová témata, vhodná pro budoucí průzkumy. Výstupy šetření mohou sloužit jako podklady pro budoucí profilaci daného zařízení. Na závěr je třeba poděkovat kolegům z oboru za cenné rady a připomínky k této práci, velký dík za trpělivost patří také respondentům výzkumného šetření.

10. Seznam použité literatury a prameny

BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. Terénní krizová práce pro psychosociální intervenční týmy. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 300 s. ISBN 80-247-0708-X

BEDNÁŘOVÁ, Zdena a kol. Sociální práce na ulicích. 1. vyd. Brno: Doplněk, 2000. 102 s. ISBN 80-7239-048-1

CSÉMY, Ladislav. a kol. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách*. Praha: Úřad vlády ČR, 2006. 120 s. ISBN 80-86734-94-3

ESCOTOTADO, Antonio. *Stručné dějiny drog*. 1. vyd. Praha: Volvo Globator, 2003. 173 s. ISBN 80-7207-512-8

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vydání. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6

GÖHLERT, Christoph. *Od návyku k závislosti*. 1. vydání. Praha: Ikar, 2001. 143 s. ISBN 80-7202-950-9

HAJNÝ, Jan. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol, s.r.o. 2001. 136 s. ISBN 80-247-0135-9

HENDL, Jan. Kvalitní výzkum. *Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2

Interní dokumenty, směrnice a výroční zprávy Diecézní charity Brno - Oblastní charity Třebíč.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. 1 vydání. Praha: Portál, 2001. 285 s. ISBN 80-7171-535-0

KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 1, Mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2, Mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, Kamil, et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: o.s. FILIA NOVA, 2001. 118 s. ISBN 80-238-8014-14

KLÍMA, Petr a kol. *Kontaktní práce*. 1. vydání. Praha: ČAS, 2007. 357s.

KONEČNÝ, Martin. *Motivační interview při práci s uživateli nealkoholových drog v nízkoprahovém zařízení*. Praha: FF UK, 2004. 119 s. Diplomová práce.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vydání. Praha: Portál, 2000. 147 s. ISBN 80-7178-429-x

KUBIČKA, L. a kol. *První zkušenosti s českou verzí EuropASI*. In. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 32, 4. 1997.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 310 s. ISBN 80-7178-473-7

Meziresortní protidrogová komise. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2001-2004*. Praha: Úřad vlády ČR. Schválené vládou České republiky Usnesením č.1045 ze dne 23.10.2000

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. *Standardy kvality sociálních služeb*. Praha: MPSV ČR, 2002

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek*. Praha: MŠMT ČR, 2005

Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Akreditační standardy pro zařízení a programy poskytujících odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách*. Praha: MZ ČR, 2001

MRAVČÍK, Viktor. *Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS..* 1. vyd. Úřad vlády ČR, ISBN 80-86734-74-9

MRAVČÍK, Viktor a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2005*. Praha: Úřad vlády ČR.2006. 98 s. ISBN 80-86734-99-4

MRAVČÍK, Viktor a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2007*. Praha: Úřad vlády ČR.2008. 134 s. ISBN 978-80-87041-46-8

MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 2002. 104 s. ISBN 80-210-2511-5

NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha: Academia, 1995. 336 s. ISBN 80-200-0525-0

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 151 s. ISBN 80-7178-831-7

NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství KLP – Koniasch Latin Press, 1997. 348 s. ISBN 80-85917-36-X

POLANECKÝ, Vladimír. a kol. *Mládež a návykové látky v České republice – 2000*. Praha: HS města Prahy, 2001.102 s.

PRESL, Jiří. *Drogová závislost*. 1.vydání. Praha: Maxdorf, 1995. 88 s.
ISBN 80 – 85800-25-X

ROTGERS, Frederick a kol. *Léčba drogových závislostí*. 1 vydání. Praha: Grada , 1999. 260 s. ISBN 80-7169-836-9

Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. Praha: RVKPP, 2005.

SADÍLEK, Petr a kol. *Poradenská činnost v oblasti závislostí poskytovaná prostřednictvím telefonu nebo internetu*. 1. vydání. Úřad vlády ČR. 2006.
ISBN 80-86734-89-7

SCHLIPPE, von Arist a SCWEITZER, Jochen. *Systematická terapie a poradenství*.
5. vyd. Brno: Nakladatelství Cesta, 2006. 251 s. ISBN 80-7295-082-7

TYLER, Andrew. *Drogy v ulicích*. 1. vydání. Český Těšín: Finidr, spol. s r.o. 2000. 426s.
ISBN80-237-3606-X

VÍTEK, Ivo. *Efektivita poskytovaných služeb na K-centru Noe v Třebíči v letech 2004 - 2006*.
Hradec Králové: Pdf UHK, 2008. 84 s. Magisterská diplomová práce.

ŽÁK, Jaroslav. *Specifické potřeby klienta využívajícího služby Kontaktního centra drogových závislostí v Třebíči*. Hradec Králové: Pdf UHK, 2005. 64 s. Bakalářská práce.

ŽÁK, Jaroslav. a kol. *Koncepce a operační manuál K-centrum Noe Třebíč*. Třebíč: OCH, 2008.

11. Seznam příloh

Příloha č. 1: Individuální vzdělávací plán

Příloha č. 2: Příklad ze Seznamu definic a výkonů drogových služeb

Příloha č. 3: Dohoda o poskytování sociální služby

Příloha č. 4: Výňatek ze standardů MPSV

Příloha č. 1: Individuální vzdělávací plán

(DCHB – OCHT, 2008)

Individuální vzdělávací plán

- **Dosažené vzdělání**

Od 2006 **Univerzita Hradec Králové, pedagogická fakulta** - obor sociální pedagogika, navazující magisterské

1999 – 2001 **Univerzita Palackého Olomouc, filozofická fakulta** - obor sociální práce, ukončeno státní zkouškou z psychologie, sociální politiky a teorie sociální práce - titul Bc.

1996 – 1999 **Soukromá vyšší odborná škola sociální v Jihlavě** (studijní obor sociální práce) - studium ukončeno absolutoriem z práva, sociální politiky a metod sociální práce - titul DiS.

1991- 1995 **Gymnázium Třebíč** - humanitní větev – studium ukončeno maturitou

- **Kurzy, školení stáže – již absolvované**

1999 - **Kurs personalistiky** (Jihlava)

2002 - **Agenda nemocenského pojištění** (Kroměříž)

2002 - **Fundraising - psaní grantů** (Pedagogické centrum Jihlava)

2004 - **Krizová intervence** (Podané ruce - Brno)

2004 - **Multidisciplinární kurs v oblasti drogových závislostí** (Podané ruce Brno)

2004 - **Alkoholismus, problematika kombinované závislosti** (Podané ruce Brno)

2005 – **Pomoc lidem s drogovým problémem při začleňování na trh práce** (Podané ruce Brno)

2005 – **Doplnění specializace sociální pedagogika** (Pdf – UHK)

2006 - **Primární prevence drogových a jiných závislostí** (Skálův institut – sekce Primární prevence)

2006 - **Právo pro každý den** (Partners Czech) ,výcvik školitelů probační a resocializační program

2006 - **Motivační rozhovory Basic** (Podané ruce)

- **Jazykové znalosti**

1999 **státní zkouška z německého jazyka (České Budějovice 1999)**

Individuální vzdělávací plán na rok 2008

2008 - **Focus – druhá fáze motivačních rozhovorů** – Podané ruce

Srpen 2008 – Mezinárodní psychoterapeutická konference – **Na klienta zaměřený přístup a psychoterapie v 21. století**

Výhledově

Základní psychoterapeutický výcvik pro potřeby poradenství (dle Definice výkonů RVKPP) – 80 hodin

V Třebíči dne 21.3.2008

Podpis.....

Příloha č. 2: Příklad ze Seznamu definic a výkonů drogových služeb

(RVKPP 2006)

Kód výkonu:	A03	
Název výkonu:	Case management	
Podvýkony:	Cílený rozhovor s klientem.	Hodnocení potřeb klienta.
	Vytvoření (či revize) individuálního léčebného plánu.	Vytvoření plánu po propuštění z vězení.
	Požadavek na odbornost:	Samostatně smí výkon provádět pouze vyšší odborný adiktologický pracovník s doporučenou délkou praxe 1 rok. Odborný adiktologický pracovník smí činnost vykonávat pouze pod supervizí. Věk je min. 23 let, podmínkou je trestní bezúhonnost.
Popis procedury (obsah výkonu):	Agregovaný výkon zahrnující poskytování individuálního poradenství, pomoci a terapie klientům a jejich propojení k potřebným službám a podpoře ve vztahu k místním zařízením a neformálním pomáhajícím sítím. Může zahrnovat cílený rozhovor s klientem pro získání anamnestických a dalších potřebných informací o klientovi a jeho stavu. Dále rozhovor s klientem či bez něj (ale s jeho vědomím a souhlasem) a jinou referenční (rodinní příslušníci, pracovníci věznic, atd.) osobou, hodnocení potřeb klienta a kontextu jeho způsobu života, vytvoření plánu po ukončení léčby atd. (včetně např. pomoci zajistit návaznou péči atd.). Práce se řídí vypracovaným individuálním léčebným plánem a jejím konečným cílem je pomoci dosáhnout lepší sociální reintegrace klienta po ukončení léčby či výkonu trestu.	
Vymezení vnějších podmínek:	Samostatná místnost odpovídající kancelářským prostorám o minimální ploše 10 m ² . Podmínkou je přímé osvětlení a větrání. Vybavení pracovny odpovídá potřebám práce.	
Popis potřebného materiálu:	Není nutný žádný specifický materiál.	
Vymezení rozsahu:	30 minut	
Poznámka:		

Příloha č.3. Dohoda o poskytování služby

(K-centrum Noe 2008)

DOHODA O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Se zájemcem o poskytování sociálních služeb se uzavírá ústní dohoda, na přání zájemce může být písemná. Dohoda se uzavírá mezi K-centrem Noe a žadatelem s sociální službu na jeden rok. V případě potřeby se dohoda obnovuje. Z nedodržování této dohody mohou vyplynout následky v občansko-právním řízení.

Kritéria k odmítnutí služby

- Neposkytneme službu o kterou klient žádá
- Z kapacitních důvodů není v danou chvíli místo (denní kapacita K-centra Noe je 40 klientů)
- Aktuální stav žadatele potřebuje akutní lékařské vyšetření

Kritéria k ukončení služby

- Pokud pominuly důvody k poskytování služeb, v takovém případě se na ukončení dohodneme.
- Pokud klient požádá o ukončení programu sám, je dáno doporučení na jiné zařízení

Zaručení diskrétnosti a anonymity

- K-centrum jako nízkoprahové zařízení poskytuje veškeré služby klientům anonymně a diskrétně.
- Písemná dokumentace je vedena se souhlasem klienta (Prohlášení o souhlasu s vedením osobních údajů), je zabezpečena a zpracovávána v souladu se zákonem na ochranu osobních údajů.
- Informace o klientech nejsou bez jejich souhlasu ústně ani písemně předávány třetím osobám.
- Informace nemohou být předávány bez jeho vědomí, jestliže je zařízení povinno je poskytnout v případě vyloučení anonymity (viz. níže).

Anonymita klienta nemůže být zaručena v těchto případech:

- Bezprostřední ohrožení života.
- Rozhodnutí soudu vyžadující osobní data klienta, dále pokud je klient celostátně hledaný nebo je na něj vydán zatykač.
- Pracovníci mají ohlašovací povinnost podle zákona 140/1961 Sb. jedná se o závažné trestné činy, např. § 167 TZ - Nepřekážení trestného činu - každý, kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiný připravuje nebo páchá některý z taxativně vymezených TČ a dokončení nepřekazí, bude potrestán odnětím svobody na 3 léta (kromě těch nejtěžších zločinů jsou to § 179 obecného ohrožení, § 187,188 o výrobě, distribuci...OPL, § 215 týrání svěřené osoby, § 219 vraždy, § 234 a) brání rukojmí, § 241 znásilnění, § 242 pohlavní zneužívání, §247 odst. 4 krádež, §248 zpronevěry, §250 odst. 4 podvodu...) Za nepřekážení TČ není člověk potrestán, nemohl-li čin přerušit bez značných nesnází aniž by sebe nebo osobu blízkou

vedl v nebezpečí smrti, ublížení na zdraví či trestního stíhání. 168 Neoznámení TČ - týká se již jen některých TČ)

- Nezletilí klienti (do 15. let, nejsou cílovou skupinou zařízení) mohou být zařazeni do služeb pouze s písemným souhlasem zákonného zástupce - rodičovská zodpovědnost podle zákona 94/1963 Sb.
- Pokud klienta na K-centru hledá policie k podání vysvětlení, musí být prokázáno riziko zprodnění, které by ohrozilo vyšetřování, viz. zákon 283/1991 Sb.
- Z důvodu oznamovací povinnosti se páchaná trestná činnost na K-centru řeší pouze na individuální zakázku klienta, nikoli veřejně.

Pokud vyvstane potřeba omezit anonymitu, bude klient vždy dopředu informován.

Mimořádné situace

Pokud dojde k jakékoli mimořádné události, je klient povinen to nahlásit některému z pracovníků. Při jakékoliv pracovní činnosti je povinnost řídit se pokyny pracovníků, používat ochranné prostředky a řídit se pravidly bezpečné práce.

V budově je zakázáno rozdělování ohně. Pokud dojde k požáru, je klient povinen okamžitě opustit prostory K-centra a zavolat Hasičský sbor číslem 150 z nejbližšího telefonu.

Při náhlém ohrožení života je povinnost nahlásit situaci pracovníkům K-centra nebo zavolat záchrannou službu číslem 155.

Pravidla podávání a vyřizování stížností

Klienti nebo jejich zákonní zástupci mají možnost podávat stížnosti na poskytování služby aniž by tím byli ohrožováni. Organizace za tímto účelem má a uplatňuje písemná pravidla pro vyřizování a evidence stížností.

Personální zajištění

- stížnost lze podat ústně pracovníkovi K-centra, jeho přímému nadřízenému - (vedoucímu K-centra), řediteli Oblastní charity Třebíč, nebo diecéznímu řediteli v Brně. Pokud nejste spokojeni s podáváním stížností u organizace, můžete se obrátit na ombudsmana (JUDr. Otakar Motejl, Údolní 39, 602 00 Brno, Tel: 542 542 888) Osoba, u které se stížnost podává, má povinnost stížnost v nejbližší vhodné době a v co nejpříjemnější formě řešit.
- připomínky k provozu lze podat písemně do knihy přání a připomínek, která je umístěna v kontaktní místnosti. Pracovník, který má službu v kontaktní místnosti má povinnost v závěru každého pracovního dne do knihy přání a připomínek nahlédnout, popř. připomínky i řešit.
- Podmínky pro podávání a vyřizování stížností nejsou ohrožující a umožňují co nejrychlejší a adekvátní řešení.
- závažné nedostatky, případy diskriminace a fyzického psychického, ekonomického nebo sexuálního násilí ze strany personálu lze zaznamenat do knihy přání a stížností, která je v kanceláři. Pracovník je povinen ji klientovi na požádání vydat
- pro anonymní podání stížnosti slouží poštovní schránka, která je umístěna na chodbě. Schránka je pravidelně vybírána a stížnosti jsou v co nejkratší době řešeny.

Způsob evidence stížností

- připomínky k provozu písemně v knize přání a připomínek se řeší většinou ústní formou
- k záznamu v knize přání a stížností se musí do 30 dnů vyjádřit vedoucí zařízení přímo klientovi. O proběhlém vyjádření je sepsán písemný záznam o stížnosti a způsobu jejího vyřešení. Podepíše jej vedoucí zařízení, klient, příp. další zainteresované osoby.
- všechny přání, připomínky a stížnosti podléhají archivaci

Poskytované služby

První kontakt - první návštěva klienta v zařízení nezávisle na tom, jaký typ služby klient využije; klientovi byly poskytnuty základní informace o provozu zařízení (typy služeb, otvírací hodiny + možnost telefonického kontaktu, podmínky, jejichž dodržováním je podmíněna možnost využívání služeb zařízení), klient sděluje pouze své křestní jméno (přezdívkou), věk, pohlaví, prim. drogu.

Kontaktní místnost - využití možnosti pobytu v kontaktní místnosti za předpokladu splnění podmínek nezbytných pro setrvání v ní (dodržování pravidel KM, atp.).

Potravinový servis - konzumace potravin a nápojů, které jsou součástí nabídky KM (nezávisle na finanční účasti konzumenta).

Hygienický servis - sprcha, pračka, sušička

Výměnný program - vlastní akt výměny injekčního materiálu nebo jeho součást (i pouze odevzdání použitého náčiní nebo pouze výdej čistého); nedílnou součástí výměnného programu je i nabídka standardního vybavení potřebného k bezpečné aplikaci.

Testy na HIV a hepatitidy - vlastní akt odběru vzorku potřebného k rozboru HIV positivity, jehož součástí je i poskytnutí pre-testového poradenství.

Sdělování výsledků testů - sdělení výsledků rozborů HIV testů náležitě vzdělanou osobou, post-testové poradenství.

Krizová intervence - neodkladné jednorázové poskytnutí krizového poradenství v aktuální náročné životní situaci klienta.

Zdravotní ošetření - zdravotnický zákrok provedený v případech onemocnění či poranění způsobených injekční aplikací drog (abscesy apod.).

Asistenční služba - zprostředkování služeb jiných institucí klientovi pracovníkem mimo rámec programu (doprovod, návštěva).

Informační servis - poskytnutí určité informace klientovi a to buď na základě jeho žádosti nebo pokud pracovník uzná za nezbytné tuto informaci klientovi předat.

- Bezpečné brání - poskytnutí informací o možnostech max. eliminace rizik spojených s užíváním drog.
- Bezpečný sex - poskytnutí informací o možnostech max. eliminace rizik spojených s provozováním všech forem sex. aktivit.
- HIV / Hepatitis - poskytnutí informací o způsobech přenosu, příznacích, rizicích, možnostech léčby atd., jejichž cílem je jak primární tak terciální prevence.
- Poradenství v těhotenství - informace o vlivu drog na průběh těhotenství a porodu, na matky i děti (př. abstinenční příznaky, vzorové poruchy atd.).
- Literatura - informace o literatuře (odborné i beletrii), časopisech, letácích a jiných informačních materiálech - včetně elektronických dat - věnujících se drogové problematice a všemu co s ní souvisí včetně distribuce příslušných tiskovin či jiných materiálů.
- Léčba drog. závislostí - informace o možnostech, způsobech a institucích léčby drogové závislosti.
- Sociální - informování klienta o sociálních institucích, jejich práci a také informace o možnostech a způsobech činností směřujících k sociální stabilizaci klienta popř. ke zlepšení spolupráce a komunikace s uvedenými institucemi.
- Právní - informování klienta o právních institucích, jejich práci a také informace o možnostech a způsobech činností směřujících ke zlepšení spolupráce a komunikace s uvedenými institucemi; v neposlední řadě informace o právním řádu a právních normách ČR.

- Zdravotní - informace o chorobách a poraněních + jejich prevenci, příznacích, rizicích a léčbě; o institucích poskytujících zdravotní péči; o systému zdravotní péče v ČR; o zdravotním stavu klienta.
- **Poradenství** - individuální či skupinová forma práce s klientem (motivační trénink, kontakt před léčbou, podpůrná terapie atd.).
- Individuální poradenství - plánovaná individuální práce s uživatelem drog (často s výhledem na v budoucnu pokračující spolupráci) jejímž cílem nemusí nutně být abstinence či nástup do léčebného zařízení.
- Poradenství pro rodinu - poradenství pro klienta - uživatele a nejméně jednoho dalšího člena jeho rodiny (probíhající společně).
- Poradenství pro rodiče - poradenství rodičům popř. známým, kteří přicházejí bez klienta - uživatele, nebo spolupráce s každým z nich probíhá odděleně.
- Skupinová práce - skupinová forma práce s klienty (uživateli nebo členy jejich rodin).
- Psychol./psychiatrické poradenství - poradenství poskytované odborným personálem (psychologem, psychiatrem).
- Poradenství v průběhu trestního řízení - individuální spolupráce s klienty - účastníky TŘ po dobu jejich pobytu ve vazební věznici.

Odkazy a zprostředkování - poskytnutí informací o konkrétním zařízení (službě) spolu s předáním přesného kontaktu na zařízení, popř. předem telefonicky dohodnutá možnost kontaktu.

Terénní programy- pro klienty, kteří nechtějí přijít na K-centrum nebo bydlí v odlehlejších lokalitách okresu. Služby využívané v terénu: výměnný program, poradenství, odkazy, testy. Telefon na terénního pracovníka: 776 158 489

Otevírací doba K-centra

Po: 11-18
 Út: 11-18
 St: 11-18
 Čt: 11-18
 Pá: 8-13

Pravidla pobytu v kontaktní místnosti

Co je povoleno:

- služby poskytujeme bezplatně
- využívat kontaktní místnost 2 hodiny denně
- klient může využít kontaktní místnost pouze 1x denně, při opakovaných příchodech nebude vpuštěn
- všechny služby poskytujeme bez ohledu na rasu, jazyk, barvu pleti, náboženské vyznání, státní a politickou příslušnost, anamnézu, sexuální orientaci
- osobní údaje klienta jsou důvěrné a nejsou bez jeho souhlasu poskytovány dalším osobám
- anonymita klienta nemůže být zaručena pouze v případě ohrožení života nebo v případě trestního stíhání za závažný trestný čin
- klient má právo nahlížet do své osobní dokumentace, ověřit si zabezpečení dokumentace
- klient má právo na respekt ze strany pracovníků, má právo na důstojnost, bezpečí a vlastní odpovědnost
- klient má právo napsat stížnost do knihy stížností, nebo vznést stížnost vedoucímu K-centra - řediteli Oblastní charity Třebíč- řediteli Diecézní charity Brno
- pro vyjádření názorů a připomínek je v kontaktní místnosti kniha připomínek

- klient má právo na poskytnutí odkazů na jiné sociální služby

Co je zakázáno:

- poškozovat zařízení a vybavení K-centra
- nosit na K- centrum zbraně - pokud ji už s sebou klient má, odevzdá ji pracovníkovi, při odchodu ji dostane zpět
- slovně nebo fyzicky napadat ostatní
- užívat, prodávat, vyměňovat nebo jinak manipulovat s drogami, přechovávat je v objektu K-centra
- fotografovat a natáčet
- vstupovat do budovy se psy, pokud je pes uvázan venku, je klient odpovědný za jeho chování
- dožadovat se vstupu na K- centrum mimo otvírací dobu
- dodržovat běžné hygienické zásady, umývat po sobě nádobí
- dodržovat pravidla stanovená pro využití koupelny a pračky
- dodržovat ostatní pravidla vyvěšená na nástěnce v kontaktní místnosti
- zneužívat služby K- centra

Sankce při nedodržení pravidel:

- upozornění
- okamžité vykázaní z K - centra
- při vážném porušování pravidel mohou být klientovi na stanovenou dobu odepřeny služby - kromě výměnného programu krizové intervence

Doporučení:

Doporučujeme klientům, aby se nezdržovali v okolí K- centra (na ulici Hybešova). Důvode je zájem K-centra na vnějších vztazích se sousedy.

Veškeré informace vnitřních pravidlech Ti řeknou pracovníci K-centra Noe nebo je najdeš na nástěnkách v kontaktní místnosti, na chodbě nebo v koupelně.

Informace o K-centru můžeš najít také na webu:

www.kcentrumnoe.cz

Příloha č.4: Výňatek ze standardů MPSV

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

- b) Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace
- c) Poskytovatel má písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a podle nich postupuje
- d) Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby

2. Ochrana práv osob

- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje
- b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje
- c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

3. Jednání se zájemcem o sociální službu

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