

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra sociologie a andragogiky



**Kontaktní centrum ve Frýdku - Místku jako služba
pro uživatele nealkoholových drog**

**Contact centre in Frýdek - Místek as a service for clients
using non-alcoholic drugs**

Bakalářská diplomová práce

Lukáš Javorek

Vedoucí bakalářské diplomové práce: Mgr. Martin Fafejta, PhD.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně a uvedl v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použil.

.....

vlastnoruční podpis

V Olomouci dne

Anotace

Jméno a příjmení: Lukáš Javorek

Vedoucí práce: Mgr. Martin Fafejta, PhD.

Filozofická fakulta

Katedra sociologie a andragogiky

Název:

Kontaktní centrum ve Frýdku - Místku jako služba pro uživatele nealkoholových drog

Název v angličtině:

Contact centre in Frýdek - Místek as a service for clients using non-alcoholic drugs

Klíčová slova: kontaktní centrum, nízkoprahové centrum, droga, psychoaktivní látka, uživatel, závislost, prevence, Harm Reduction

Klíčová slova anglicky: contact centre, low-threshold day centre, drug, psychoactive substance, user, dependence, prevention, Harm Reduction

Anotace:

Bakalářská práce se zabývá činností Kontaktního centra pro uživatele nealkoholových drog, které je jediným poskytovatelem služeb terciární prevence ve Frýdku – Místku. V teoretické části je popsána drogová problematika od historie drog ke vzniku a vývoji závislosti, až po představení Kontaktního centra ve Frýdku – Místku a drogové scény v regionu. Praktická část se zabývá zjišťováním, zda je nabídka činností Kontaktního centra ve Frýdku – Místku adekvátní pro naplnění specifických potřeb klientů nebo zda se s nimi v některých oblastech rozchází.

Abstrakt:

This thesis deals with the activities of Contact center for non-alcoholic drug users, which is the only provider of tertiary prevention in Frýdek - Místek. The theoretical part describes the drug problematics from the history of drugs to the inception and development of addiction, ending with presentation of the Contact center in Frýdek - Místek and the whole drug scene in this region.

The practical part aims to find out whether the proposition of the Contact Center in Frýdek - Místek is adequate to meet the specific needs of clients or whether they diverge in some areas.

OBSAH:

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Historie užívání a zneužívání psychotropních látek	
1.1 Historie psychedelických látek	8
1.2 Historie návykových drog.....	9
1.3 Pojem závislost	13
1.4 Druhy závislosti	15
1.5 Příčiny vzniku závislosti	16
1.6 Vznik a rozvoj závislosti.....	17
1.7 Kategorizace drog	18
1.8 Způsoby aplikace drog	20
1.9 Důsledky užívání drog	21
2 Protidrogová politika	
2.1 Historie vývoje protidrogové politiky	26
2.2 Modely protidrogové politiky	28
2.3 Protidrogová politika v ČR	29
2.4 Základní pilíře protidrogové politiky ČR	31
2.5 Legislativní úprava drogové problematiky v ČR	31
2.6 Systém péče o uživatele drog v ČR	31
3 Kontaktní centra	
3.1 Historie vývoje kontaktních center po roce 1989.....	37
3.2 Kontaktní centra ve velkých městech.....	38
3.3 Kontaktní centra v malých městech	38
4 Situace v oblasti zneužívání návykových látek v okrese Frýdek - Místek	
4.1 Charakteristika regionu.....	40
4.2 Charakteristika drogové scény.....	40
4.3 Regionální protidrogová politika.....	41
4.4 Zařízení realizující protidrogovou politiku.....	42
5 Kontaktní centrum pro drogově závislé ve Frýdku - Místku	
5.1 Základní popis	44
5.2 Poslání služby	45
5.3 Cíle služby.....	45
5.4 Cílová skupina.....	45
5.5 Poskytované činnosti	46
5.6 Realizační tým.....	48

6 Strategie realizace a modifikace poskytovaných služeb Kontaktního centra ve Frýdku - Místku	
6.1 Hodnocení efektivity v Kontaktním centru ve Frýdku – Místku	49
6.2 Plány rozvoje služby	49
6.3 Porovnání výstupů činnosti Kontaktního centra ve Frýdku - Místku a rok 2008/2009.	50

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Průzkumné šetření specifických potřeb klientů Kontaktního centra ve Frýdku - Místku	
7.1 Zdůvodnění realizace průzkumného šetření	52
7.2 Základní etická pravidla a opatření	52
7.3 Cíl průzkumného šetření.....	53
7.4 Zvolené metody průzkumného šetření.....	53
7.5 Charakteristika výzkumného souboru	54
7.6 Zpracování a analýza dat	55
7.7 Anamnestické údaje respondentů.....	55
8 Výsledky průzkumného šetření	
8.1 Dostupnost Kontaktního centra ve Frýdku – Místku.....	57
8.2 Spokojenost s činnostmi Kontaktního centra ve Frýdku – Místku a jejich atraktivita	60
8.3 Spokojenost s přístupem personálu.....	63
8.4 Shrnutí výsledků průzkumného šetření.....	64
ZÁVĚR	67

ÚVOD

Tato bakalářská práce se zaměří na problematiku zajištění potřebných služeb uživatelům drog nealkoholového typu ve Frýdku – Místku. Užívání drog je závažný sociálně patologický problém, který zasahuje celou společnost. Zneužívání návykových látek poškozuje kvalitu života nejen samotným uživatelům drog ale také jejich rodinným příslušníkům a osobám blízkým. S fenoménem drog souvisí také negativní zdravotní, sociální a ekonomické dopady, které ohrožují bezpečnost a vývoj společnosti. Efektivní a kvalitní poskytování služeb pro uživatele drog může tyto dopady zmírnit.

Teoretická část bakalářské práce představí nejprve historii užívání a zneužívání psychotropních látek a od příčin vzniku a rozvoje závislosti se dostane k důsledkům zneužívání a způsobům aplikace drog. Práce dále popíše vývoj protidrogové politiky a kontaktních center od roku 1989, kdy byla síť pomoci pro uživatele drog soustavně budována i v České republice. Teoretická část dále shromažďuje poznatky o situaci ve věci drog v okrese Frýdek – Místek, o metodách práce a charakteristice služby Kontaktní centrum pro drogové závislé ve Frýdku – Místku, která je jediným poskytovatelem služeb této cílové skupině ve městě.

Praktická část si klade za cíl zjistit, zda je nabídka činností Kontaktního centra ve Frýdku – Místku adekvátní pro naplnění specifických potřeb klientů nebo zda se s nimi v některých oblastech rozchází. Práce může být inspirací a přínosem pro tým daného zařízení, který z výstupu průzkumného šetření získá zpětnou vazbu na produkty své práce a popřípadě bude moci poskytované činnosti modifikovat směrem k vyšší kvalitě a efektivitě.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Historie užívání a zneužívání psychotropních látek

Člověk má historicky nejstarší zkušenost s tzv. psychedelickými drogami, užívání těchto drog bylo obvykle spojováno s rituály. S návykovými drogami, které jsou často zneužívány příležitostným, konzumním způsobem a přinášejí člověku utrpení, má člověk na rozdíl od psychedelických drog historicky mladší zkušenost.¹

1.1 Historie psychedelických látek

Historie užívání drog je stará jako lidstvo samo. Domorodé kultury v různých částech světa používaly psychedelické substance k léčení, věštění, ke komunikaci s nebeskými i podsvětními oblastmi v šamanských rituálech apod. Psychedelické látky se používaly k navození intenzivních prožitků, které mohou zahrnovat zážitky smrti, znovuzrození, jednoty s vesmírem a další transpersonální jevy. Šamanské rituály sahají až do doby paleolitu a jsou považovány za nejstarší dochované svědectví užívání psychedelicky účinných látek. Šamani měli propracovaný systém technik na vyvolávání změněných stavů vědomí pomocí drog ale i na nedrogové bázi. Také v historii čínské medicíny je již před 3 500 lety popisováno užívání psychedelických látek. Před 5 000 lety jsou také zaznamenány první zmínky o konopí, které provází člověka stejně dlouho jako alkohol. V indické medicíně se konopí používalo k léčení nespavosti, migrény, nechutenství a k léčbě dalších nemocí zejména psychosomatické povahy. Řadu psychotropních látek používaly také předkolumbovské středoamerické kultury (Aztékové a Mayové) a dokonce také indiáni kmene Huiochů a Mazatéků. Mezi nejznámější patří kaktus Peyotl (*Lophophora williamsi*) s účinkem mezkalinu nebo halucinogenní houby Teonanacatl, čili „maso bohů“, které obsahují účinnou látku v podobě psylocibinu. Velké množství rostlinných (belladona, mandragora, durmán) i živočišných psychedelických látek bylo ve

¹ KUDRLE, S., In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 83.

středověku používáno k přípravě lektvarů a mazání, které byly využívány při čarodějných rituálech, černých mších a sabatech.²

„Rulík zlomocný, durmán obecný a blín černý, obsahující skopolamin a stropin, byly ve středověké Evropě používány k přípravě čarodějných nápojů či mastí – tedy v černé magii. Nechvalnou pověst si získal i bolehlav blamatý (*Comium maculatum L.*), užívaný ve větší koncentraci jako jed.“³

1.2 Historie návykových drog

První doklady o pěstování máku pro jeho narkotické účinky jsou staré 6 000 let a pocházejí z říše Sumerů. Znalost účinku máku přešla do Egypta, kde jeho účinky využívali kněží ke kultovním obřadům podobně jako hašiš. Také ve starém Řecku lékaři využívali k léčení omamných účinků makové šťávy, tu Řekové nazvali opium a elixír se tak stal postupně proslulým. Výtažek z několikametrové rostliny *Erythroxylon coca*, který roste v oblastech Jižní Ameriky a v Indonésii se nazývá kokain. Účinky této drogy byly známy již před 5 000 lety, droga však byla užívána rituálně a rozhodně nebyla zneužívána masově.⁴

Cíleně k dosažení psychických a fyzických požitků se omamné látky začaly více využívat v 17. století. Rozvoj technických věd a vývoj chemických metod čištění, koncentrace a oddělování látek má vliv na rozvoj výroby nových syntetických látek. Narůstající poptávka vede k jejich zvýšené produkci a v rámci rodícího se farmaceutického průmyslu k jejich širšímu využití při výrobě nejen léčiv a jedů, ale i k rozmachu tzv. „požitkových látek“.⁵

Ve střední Evropě se zneužívání morfinu, derivátu opia, objevilo poprvé v druhé polovině 19. století po pruských válkách. V této době byla

² KUDRLE, S., In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 83-84.

³ NOŽINA, M., *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha a Orlík n. Vltavou: KLP - Koniasch Latin Press & Livingstone, 1997, s. 49.

⁴ KUDRLE, S., In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 84-85.

⁵ HAUSNER, M., HEJDA, J., KRAJNÍK, V. In NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha a Orlík n. Vltavou: KLP - Koniasch Latin Press & Livingstone, 1997, s. 50.

vynalezena první injekční stříkačka, byla provedena izolace morfinu a lék byl poprvé injekčně aplikován pro utlumení bolesti. Lékaři ve válkách hojně morfium užívali jako účinného utišujícího prostředku při léčbě raněných a při chirurgických zákrocích. První závislí morfinisté pocházeli právě z takto léčených pacientů, vojáků.⁶

Koncem století mělo rozšířené užívání morfia svůj „zlatý věk“, protože tehdy ještě neexistovaly žádné mezinárodní konvence omezující užívání této látky.⁷

V roce 1858 byl poprvé z kokových lístků izolován kokain, který začal být později pro své znečítlivující účinky používán v medicíně. Velkou oblibu kokain získal během I. Světové války a po ní, kdy se droga rozšířila především mezi intelektuály a ve velkoměstském podsvětí. Amfetamin byl prvně syntetizován koncem 19. století a o několik let později si britští fyziologové Barder a Dale všimli podobných vlastností amfetaminu a adrenalinu. V první polovině 20. století proběhla celá řada psychologických výzkumů, jejichž cílem bylo vyzkoumat změny výkonnosti pod vlivem amfetaminu. Amfetaminy pozitivně ovlivňují výkonnost především v zátěžových a vytrvaleckých sportovních disciplínách a proto byly zneužívány jako doping ve vrcholovém sportu a také ve válečných akcích.⁸

Druhá světová válka poskytla na evropském kontinentu příznivé podmínky k vymýcení drogového problému. Válečné operace přerušily důležité přepravní trasy drog mezi Evropou a Asií, mezi Evropou a Latinskou Amerikou. Ve válečné době byl také nedostatek surovin pro výrobu drog v amatérských domácích laboratořích, neboť kontrolovány byly i poštovními zásilkami z ciziny. Boje a časté namátkové kontroly zapříčinily, že se také z pašování stal velice riskantní způsob podnikání. Závislí trpěli nedostatkem

⁶ SŮKENÍK, L. In NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha a Orlík n. Vltavou: KLP - Koniasch Latin Press & Livingstone, 1997, s. 50.

⁷ BRAU, J.L., GRUMLÍ, R. In NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha a Orlík n. Vltavou: KLP - Koniasch Latin Press & Livingstone, 1997, s. 50.

⁸ KUDRLE, S., In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 85.

prostředků na nákup stále dražších drog a obchodování s narkotiky se přestalo vyplácet.⁹

Nedá se ovšem jednoznačně říci, že by válka v budoucím drogovém boomeru ve světě ničím nepřispěla. Válka vyžadovala obrovské nasazení lidské a technické síly, ale i intelektu. Vědecké týmy se během válečných let pokoušely vyvinout nové zbraně a prostředky k účinnějšímu vedení války a jejich bádání se nevyhnuly ani drogy. Japonci našli v drogách a především opiu účinný prostředek ideologické diverze a široce jej využívali za války v Číně a Koreji, kam dodávali tuny této drogy. V koncentračních táborech prováděli lékaři na vězních pokusy s mezkalinem ve snaze vyvinout „sérum pravdy“ a mezkalin také využívali při výsleších maďarští komunisté.¹⁰

Druhá světová válka přinesla i prudký nárůst spotřeby amfetaminu, který dostávali Britští, Američtí, ale také Němečtí a Japonští letci a parašutisté. Po konci války nastalo období velkého zneužívání amfetaminu. Nespotřebované drogy, které zůstaly ve vojenských skladech poražených armád, se dostaly do rukou civilního obyvatelstva, které v omamných látkách nacházelo útěchu z porážky a východisko z těžké hospodářské i politické situace.¹¹

Poválečná a zejména šedesátá a sedmdesátá léta byla příznačná velkým rozmachem drog, což bylo zapříčiněno vznikem a nárůstem některých jevů, které jsou pro drogový svět příznačné i dnes¹²:

- V nezákonném obchodu s drogami se v nebyvalé míře začal angažovat organizovaný zločin.
- Laboratorně zpracované deriváty drog jsou stále silnější.
- Narkomani užívají nové, nejčastěji syntetické farmaceutické produkty, které sloužily původně jako léky.

⁹ NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha a Orlík n. Vltavou: KLP - Koniasch Latin Press & Livingstone, 1997, s. 76.

¹⁰ BRAU, J.L. In NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha a Orlík n. Vltavou: KLP - Koniasch Latin Press & Livingstone, 1997, s. 76.

¹¹ SŮKENÍK, L. In NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha a Orlík n. Vltavou: KLP - Koniasch Latin Press & Livingstone, 1997, s. 76-77.

¹² NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha a Orlík n. Vltavou: KLP - Koniasch Latin Press & Livingstone, 1997, s. 77-82.

- Drogy a léky jsou zneužívány nitrožilně: tabletky se rozdrtí, rozpustí a pak jsou aplikovány injekcí do žíly.
- Objevuje se jev zvaný „designer drugs“ – drog „šitých na míru“.
- V nezákonných laboratořích se intenzivně rozvíjí výroba syntetických a polysyntetických preparátů, které jsou produkovány pouze pro ilegální drogový trh.
- Drogy se dostávají do širokých sociálních vrstev a postihují také nové věkové skupiny.
- Ekonomizace a politizace drogového problému.

Po druhé světové válce s nástupem komunismu a díky izolaci vůči ostatním státům u nás téměř nezasahují drogovou scénu tradiční drogy, jako je např. heroin, kokain, hašiš, LSD. Zejména tyto typy drog se stávají předmětem ilegálního obchodu s drogami, který se v podobě organizovaného zločinu rozrostl prakticky na všech kontinentech.

U nás dochází k rozmachu užívání drog v sedmdesátých letech, tedy zhruba s desetiletým zpožděním oproti západním zemím. Československá drogová scéna je zastoupena odlišnou kategorizací drog. Uživatelé drog jsou téměř výlučně odkázáni na domácí produkty nebo ilegální úniky z farmaceutického průmyslu a zdravotnické sítě. Mezi často zneužívané formy užívání drog patří čichání těkavých látek, jako je éter, benzol, chloroform, toluen, aceton, benzín a čpavek. Zneužívají se také léky jako je fenmetrazín, dexfenmetrazín, bromadryl, algena, leprisal – též známý pod pojmem esička, valoron, triphenidyl, alnagon a kodein. V relativně uzavřených skupinách bez dopadu na společnost je zneužíváno také konopí, které toxikomani sami pěstují.¹³

Drogou číslo jedna je však v českých poměrech pervitin. Ten toxikomani dokázali vyrobit v podmínkách domácích laboratoří z efedrinu, jehož zdrojem se stala různá léčiva, běžně předepisovaná při všedních respiračních onemocněních (např. Solutan, Kodynal, Ipecarin) nebo při alergiích. Efedrin

¹³ NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha a Orlík n. Vltavou: KLP - Koniasch Latin Press & Livingstone, 1997, s. 98-107.

potřebný k výrobě pervitinu byl také získáván nezákonně přímo z průmyslové výroby.¹⁴

Některé prameny tvrdí, že na počátku 80. let 20. století bylo na československém trhu 80 až 90 léků, které poměrně snadno vyvolávaly návyk.¹⁵

Po roce 1989, kdy u nás proběhla změna společenského řádu, který s sebou přinesl liberalizaci společnosti s důrazem na osobní svobodu a lidská práva, došlo také k podstatnému snížení sociální kontroly. Společnost v této době neměla objektivní informace o drogách a možných rizicích jejich užívání. Nebyla také připravena na přechod od nabídky a distribuce drog v uzavřených skupinách ke komerčně fungujícímu černému trhu navíc obohacenému o spektrum dosud téměř nedostupných látek (např. heroin, LSD, hašiš, kokain). Koncem 20. století dosáhlo zneužívání omamných a psychotropních látek v globálním měřítku nevídaných rozměrů a proniklo do všech koutů planety. Ne světě neexistuje stát, který by nebyl problémem drog ve větší či menší míře zasažen. Drogy dokáží zdevastovat jednotlivce, rodiny, společnost. Se zneužíváním drog narůstá zločinnost, nehodovost dopravní i pracovní, zhoršuje se fyzické i duševní zdraví obyvatelstva a jeho schopnost rozvoje a reprodukce.¹⁶

1.3 Pojem závislost

Světová zdravotnická organizace roku 1969 publikovala tuto definici závislosti: „Psychický a někdy také fyzický stav, vyplývající z vzájemného působení mezi živým organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují nutkání brát drogu stále nebo pravidelně pro její psychické účinky a někdy také proto, aby se zabránilo

¹⁴ NDIS. In NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha a Orlík n. Vltavou: KLP - Koniasch Latin Press & Livingstone, 1997, s. 107.

¹⁵ DRTIL, J. In NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha a Orlík n. Vltavou: KLP - Koniasch Latin Press & Livingstone, 1997, s. 107.

¹⁶ NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha a Orlík n. Vltavou: KLP - Koniasch Latin Press & Livingstone, 1997, s. 127.

nepříjemnostem plynoucím z její nepřítomnosti. Tolerance může být přítomna nebo nepřítomna. Osoba může být závislá na více než jedné droze.“¹⁷

V odborné literatuře existuje řada pojetí a definic drogové závislosti. Jak uvádí Presl J., můžeme hovořit nepochybně o onemocnění. Jako důkaz pro toto tvrzení udává přijetí tohoto medicínského modelu pojetí závislosti na alkoholu a na jiných návykových látkách do Mezinárodního seznamu onemocnění. Definice se postupem času proměňovaly, ale lze říci, že jejich základem bylo vždy několik bodů¹⁸:

- nezvladatelná, neodolatelná tužba po opakovaném užívání drogy,
- sklon ke zvyšování dávek,
- psychická či fyzická závislost na konkrétní droze vyjádřená přítomností tzv. abstinčního syndromu psychického nebo fyzického typu,
- nepříznivý následek pro jedince a společnost.

Presl J. také zdůrazňuje, že uvedené charakteristiky mohou být v rozličné formě zastoupeny u konkrétního jedince a některé mohou i chybět.

Světová zdravotnická organizace o závislosti na psychoaktivních látkách hovoří, jsou-li současně splněny minimálně tři z následujících charakteristik¹⁹:

- Nutkavá touha nebo puzení opatřit si psychoaktivní látku.
- Neschopnost sebeovládání a sebekontroly v souvislosti s užíváním psychoaktivní látky (začátek užívání, množství látky, délka užívání).
- Výskyt abstinčního syndromu, při omezení nebo zastavení přísunu psychoaktivní látky.
- Vzestup tolerance, tj. k navození stejných účinků je třeba používat stále se zvyšující množství psychoaktivní látky.
- Postupné zanedbávání takových zájmů a činností, které nesouvisejí se zneužíváním psychoaktivních látek. Naopak vzrůstající množství

¹⁷ URBAN, E. *Toxikománie*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1973, s. 14.

¹⁸ PRESL, J. *Drogová závislost. Může být ohroženo i vaše dítě?* 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 1995, s. 11.

¹⁹ WHO. In FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie. Analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, s. 93-94.

času potřebné k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku.

- Pokračování v užívání psychoaktivní látky přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků v oblasti zdravotní (poškození jater atd.), psychické (depresivní stavy atd.) a sociální (rodina, práce, sociální okolí), kterých si je jedinec vědom.

1.4 Druhy závislosti²⁰

Drogová závislost znamená, že závislý člověk přestal být vůči droze svobodný. Droga se stala součástí jeho života a on ji potřebuje, aby se cítil dobře. V medicínském pojetí závislosti se vžilo rozlišování fyzické (somatické, biologické, tělesné) závislosti a závislosti psychické (duševní).

Psychická závislost je duševní stav, který vzniká konzumací drogy a projevuje se nutkavou touhou po opětovném užití drogy. Potřeba opětovného užití drogy se může projevit jako pouhé přání, kterému lze odolat či jako silná touha pro droze, nebo neodolatelný pocit puzení, který se dá nazvat bažením a je mnohdy nahrazován termínem craving. Vznik psychické závislosti nebývá spojován jen s pouhým pasivním aktem užití drogy, ale vstupují zde okolnosti, které psychickou závislost spoluutvářejí. Jde např. o prostředí, jistou společnost, dobu, formu drogy, nebo rituál, který je s užíváním drog spojený. Odvykací stavy psychické závislosti však mohou být provázeny fyzickými projevy jako je pocení, třes apod., tedy klamnými abstinenciími příznaky. Je důležité zmínit se o tom, že psychická závislost je nejsilnějším faktorem, který vede k opakovanému užívání drogy.

Fyzická závislost vzniká v případě, že organismus, který je často dlouhodobě zatěžován užíváním drog, přijme drogu do své látkové výměny, adaptuje se na ni a na její vysazení reaguje formou abstinenciími příznaků. Abstinenciími příznaky se objevují po odejmutí jakýchkoli návykových látek fyzickými projevy, které mohou být málo patrné, zanedbatelné nebo intenzivní a

²⁰ NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha a Orlický n. Vltavou: KLP - Koniasch Latin Press & Livingstone, 1997, s. 12.

v mnoha případech i životu nebezpečné. Abstinenčních příznaků může být celá řada: zívání, slzení, pocení, zvýšená teplota, třes, nechutenství, úzkosti, zácpa, pokles krevního tlaku, bolesti kloubů, křečemi, halucinacemi apod. Souhrn abstinenčních příznaků, které se vyskytnou pohromadě, se nazývá abstinenčním syndromem.

1.5 Příčiny vzniku závislosti

Příčiny vzniku závislosti jsou velmi komplexní a k jejímu vzniku a rozvoji mohou vést různé faktory.²¹ „Zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti.“²²

Při zkoumání rizikových činitelů se hovoří o třífaktorové struktuře podmínek, které se vždy podílí na vzniku závislosti. Jedná se o tyto faktory: jedinec, droga a prostředí.²³

Presl J. vidí příčinu vzniku drogové závislosti ve vzájemné kombinaci následujících okruhů: osobnostní charakteristiky – dědičnost, vlivy prostředí, přítomnost drogy a její charakteristiky.²⁴

Ke vzniku závislosti mohou vést²⁵:

- Genetické predispozice – výzkumy prokázaly, že v rodinách, kde je otec alkoholik, je pravděpodobnost vzniku alkoholismu u jeho potomků 10x vyšší.
- Biologické predispozice – někteří jedinci po užití látky mohou oproti druhým pociťovat velice libé pocity, s metabolickým zpracováním nemusí mít obtíže (nepociťují kocovinu), proto je u těchto jedinců větší pravděpodobnost častějšího užívání látky.

²¹ FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie. Analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, s. 95.

²² KUDRLE, S. In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti I, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 91.

²³ GÖHLERT, CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. 1. vydání. Praha: Ikar, 2001, s. 25.

²⁴ PRESL, J. *Drogová závislost. Může být ohroženo i vaše dítě?* 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 1995, s. 48.

²⁵ FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie. Analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, s. 95-98.

- Psychické faktory – pravděpodobnost užívání je zvýšená u jedinců, kteří mají charakteristické emocionální ladění, způsoby uvažování a hodnocení různých situací, mají sklony k sebepodceňování nebo naopak mají sklon k přeceňování, sebe a okolí hodnotí nepřiměřeně, nebo mají nízkou míru sebekontroly a kontroly volných vlastností atd.
- Sociální faktory – všechny předchozí faktory a predispozice působí v určitém sociálním a kulturním prostředí a to ovlivňuje projevy těchto faktorů individuálně u různých jedinců. Mezi podstatné sociální faktory řadíme: vliv rodiny, sociální skupiny, životního prostředí a sociální konformitu a schopnost tvorby a udržení sociálních kontaktů.

Kudrle S. doplňuje spirituální úroveň jako jednu z příčin vzniku závislosti. Jedná se o potřebu člověka hledat něco, co jej přesahuje, co se vztahuje k nejvyšší autoritě, co dává životu smysl naproti pocitům existenciální prázdnoty, depresím, ztrátám smyslu bytí. Určité procento závislých mladých lidí hledalo původně v drogách tyto přesahující potřeby.²⁶

1.6 Vznik a rozvoj závislosti

Závislost na nealkoholových drogách nevzniká najednou, většina závislých prošla několika navazujícími fázemi, které bychom mohli popsat jako proces komplexních změn v somatické psychice a sociální oblasti.²⁷

Základní rozdělení používá tyto termíny²⁸:

- Úzus je užití, tedy v podstatě užívání drogy jako léku. Takové užívání je ve shodě s oprávněnými zájmy společnosti, pokud je v omezeném, kontrolovaném množství. Jeho důsledkem nevznikají problémy s poškozením zdraví, nepůsobí negativně na chování člověka, neohrožuje mezilidské vztahy a ekonomické poměry jednotlivce a jeho rodiny.

²⁶ KUDRLE, S. In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 93-94.

²⁷ FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie. Analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, s. 104.

²⁸ NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha a Orlická n. Vltavou: KLP - Koniasch Latin Press & Livingstone, 1997, s. 14.

- Abúzus je zneužívání, přesněji nadužívání. Jde už tedy o takovou formu užívání drog, která nepříznivě ovlivňuje fyzický a duševní vývoj člověka. Důsledkem nadužívání může být trvale poškozené zdraví, sociální a ekonomický propad.
- „Misúzus je termín, kterým je označována nevhodná aplikace léků. Není rozhodující, zda lék předepsal lékař, byl získán ilegální cestou, nebo zcela jiným způsobem.“²⁹

Nožina, M. uvádí další dělení abúzu³⁰:

- Příležitostně – experimentální zneužívání, jde o sporadické užívání, experiment.
- Rekreační zneužívání, uživatel drogy nekupuje, ale pokud jsou mu nabídnuty, neodmítá je (např. na večírku).
- Příležitostné zneužívání, uživatel si drogy nakupuje a používá při určitých příležitostech.
- Intenzivní zneužívání, velice časté užívání drogy vedoucí téměř k dennímu zneužívání.
- Nucené – závislé zneužívání, nedobrovolné a nutné užívání drog, každodenní užívání nebo i užívání vícekrát za den

1.7 Kategorizace drog

„V roce 1969 komise expertů Světové zdravotnické organizace (WHO) označila za drogu „jakoukoliv látku (substanci), která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí“. Definice zahrnuje všechny substance či hmotné látky, ať už mají či nemají přiznáno postavení léků, působí či nepůsobí na nervovou soustavu, jsou přírodní nebo umělé.“³¹

„Nejstručněji lze asi drogu chápat jako každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

²⁹ URBAN, E. In NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha a Orlík n. Vltavou: KLP - Koniasch Latin Press & Livingstone, 1997, s. 14.

³⁰ NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha a Orlík n. Vltavou: KLP - Koniasch Latin Press & Livingstone, 1997, s. 15.

³¹ URBAN, E. In NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha a Orlík n. Vltavou: KLP - Koniasch Latin Press & Livingstone, 1997, s. 9.

- má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění – prostě působí na psychiku,
- může vyvolat závislost, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „potenciál závislosti“. Ten je u různých drog různě vyjádřen, může být větší nebo menší, ale přítomen je vždy.“³²

Látek, které splňují uvedené charakteristiky pro drogy (tedy mají psychotropní účinek a mohou vyvolat závislost), je kolem nás celá řada. Významný rozdíl je v tom, nakolik jsou společností akceptovány, tedy zda se jedná o drogy **legální** či **nelegální**. Pokud jde o drogy legální, tolerance společnosti je vysoká a tyto látky jsou nejen povoleny zákonem, ale přímo nabízeny ke konzumaci. Jako drogy jsou ve společnosti označovány téměř výlučně látky, které splňují základní definici, ale jsou zákonem zapovězeny, resp. jejich výroba a distribuce je zapovězena. Nejznámější dělení, je dělení na drogy **měkké** a **tvrdé**, či **lehké** a **těžké**, přičemž rozhodující je míra rizika, zejména možná ztráta kontroly nad původně občasnou konzumací a postupný vznik závislosti. Skupina lehkých drog je charakterizována tím, že drogy náležející do této skupiny lze užívat v přijatelných intervalech a přijatelných množstvích. Do této skupiny tzv. lehkých drog patří: káva, tabákové výrobky všeho druhu, produkty konopí a alkohol. V případě alkoholu je hranice sporná a podle možných negativních účinků na tělesné i duševní zdraví je alkohol spíše droga stojící na rozhraní mezi lehkými a tvrdými drogami. Skupina těžkých drog je charakterizovaná jednoznačně vysokým nepřijatelným rizikem.³³

Pro tuto práci bude důležité následující dělení tzv. nelegálních drog, se kterými se v současnosti setkáváme v zařízeních poskytujících služby

³² PRESL, J. *Drogová závislost. Může být ohroženo i vaše dítě? 2. rozšířené vydání*. Praha: Maxdorf, 1995, s. 9.

³³ PRESL, J. *Drogová závislost. Může být ohroženo i vaše dítě? 2. rozšířené vydání*. Praha: Maxdorf, 1995, s. 9-11.

uživatelům drog. Dělení nebere ohled na to, zda se jedná o přírodní nebo syntetické drogy, ani na uvedenou míru rizika vzniku závislosti³⁴:

- Opiáty, opioidy (heroin, opium, metadon, morfin, kodein).
- Stimulancia (kokain, amfetamin, pervitin, efedrin).
- Halucinogenní drogy (LSD, psilocybin, mezkalin, durmán, lysohlávky).
- Konopné drogy (marihuana, hašiš).
- Léky vyvolávající závislost (analgetika, anxiolytika, hypnotika, sedativa).
- Těkavé látky (organická rozpouštědla, ředidla - toluen, lepidla, plynné látky – éter, rajský plyn).
- MDMA a jiné drogy „technoscény“ (MDMA - extáze, ketamin, phenylcyklidin – PCP).

1.8 Způsoby aplikace drog

Dalším aspektem, o kterém je potřeba se zmínit, je i rizikovost z pohledu způsobu aplikace drog³⁵:

- **Injekční aplikace** je nejrizikovějším způsobem užívání drog, protože dochází k vpravení drogy včetně všech nežádoucích příměsí a mikroorganismů přímo do krevního řečiště. Choroboplodné zárodky mohou být krví rozneseny i do vzdálených míst od místa aplikace.
- **Šňupání – sniffing** je způsob méně rizikový, droga je vstřebávána nosní sliznicí, která bývá často poškozena (při dlouhodobé aplikaci tímto způsobem dochází k její atrofii, později i destrukci nosní přepážky a ztrátě čichu).
- **Inhalace** – dochází ke vstřebávání látky plicními sklípkami, nejčastěji jsou takto užívány konopné drogy, heroin nebo organická rozpouštědla (dochází k poleptání plicních sklípků). Rychlost nástupu

³⁴ BAYER, D., HAMPL, K., MINAŘÍK, J., MIOVSKÝ, M., PÁLENÍČEK, T. In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 159-203.

³⁵ HOBSTOVÁ, J., MINAŘÍK, J. In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 224.

účinku je vyšší než u šňupání, nedosahuje však rychlosti jak při intravenózní aplikaci.

- **Perorální aplikace (ústí)** – dochází ke vstřebávání skrze žaludeční stěnu nebo ústní sliznici, pro pozdní nástup účinku drogy s sebou přináší riziko předávkování.

1.9 Důsledky užívání drog

Následky pro jedince

Zdravotní – somatické následky Kromě důsledků způsobených přímým působením drogy na organismus (např. poškození CNS, zažívacího traktu, jater, ledvin, pankreatu, cévního systému), existují i důsledky způsobené injekční aplikací drog.³⁶

Injekční aplikace s sebou přináší obrovské riziko šíření infekcí a to až do stupně epidemie, s čímž má nepříjemnou zkušenost celá západní Evropa a také USA poté, co se objevilo HIV/AIDS. V českých poměrech se jedná spíše o menší epidemie šíření hepatitid mezi narkomany. Dalším rizikem souvisejícím s intravenózní aplikací drog a nehygienickými jehlami a stříkačkami, je vznik abscesů (zánětlivých opouzďených ložisek), trombů (přisedlých krevních sraženin) a embolií (ucpání cév – včetně plicních, srdečních a mozkových – tromby, které se odtrhnou od podkladu), často se smrtelnými důsledky. Především u drog užívaných injekční cestou je zvýšené riziko úmrtí z předávkování nebo ze znečištění drogy cizorodou látkou.³⁷

U infekčních chorob se zastavím blíže u jednotlivých typů infekčních hepatitid, které jsou, jak bylo zmíněno výše, v našich podmínkách rozšířené více než HIV/AIDS³⁸:

- **Virová hepatitida typu B** je krví přenosná nákaza, v případě uživatelů drog se virus přenáší sdílením injekčního náčiní, je možný i

³⁶ MICHAELSON, J.B., ROBIN, S.H.; HOMAN, N., SIETZ, H.K. In VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál, 2008, s. 563.

³⁷ ZÁBRANSKÝ, T. a kolektiv. *Racionální drogová politika. Uživatelé drog do rukou policie nebo lékařů?* 1. vydání. Olomouc: Votobia, 1997, s. 9-15.

³⁸ HOBSTOVÁ, J., MINAŘÍK, J. In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti I, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 229-230.

přenos sexuálním kontaktem. Inkubační doba je 2 – 6 měsíců a k nejčastějším příznakům patří únava, bolesti kloubů, tlak v pravém podžebří, žluté zbarvení očního bělma nebo kůže celého těla (k zežloutnutí kůže nedochází u všech nemocných) a další příznaky jako u Hepatitidy typu A. Nemoc může probíhat velmi těžce a dlouho, u nemocného může dojít k jaternímu selhání, v 10 % přechází do chronické formy (ta může během 6 – 20 let vyústit v jaterní cirhózu, ve které se u malého počtu nemocných může vytvořit rakovina jater). U hepatitidy typu A i B je možná ochrana formou vakcinace.

- **Virová hepatitida typu C** má podobný způsob přenosu jako hepatitida B, pouze je vyšší podíl přenosu krví, než sexuálním kontaktem (z infikované matky na novorozence asi ve 2 – 5 %). Inkubační doba je 2 – 12 týdnů, akutní průběh s klinickými příznaky je vzácný (20 %), častěji bývá infekce diagnostikována již jako chronická. Přejít do chronicity asi v 70 – 80 %, u 7 – 20 % nemocných s chronickou hepatitidou C vzniká během 6 – 20 let cirhóza. U tohoto typu hepatitidy není prevence očkováním možná.

Psychické následky „Závislost na psychoaktivních látkách a jejich abúzus mění psychické projevy a v souhrnu celou osobnost jedince. Dlouhodobé užívání psychoaktivních látek může vést ke vzniku tzv. organického psychosyndromu, tj. psychických změn vyvolaných poškozením mozku.“³⁹

Změny psychiky lze shrnout do několika bodů:

- **Emoční prožívání** se mění, uživatelé drog bývají afektivně labilnější, dráždivější, se sklonem k extrémním citovým reakcím i poruchám citového ladění. Objevuje se vztahovačné až paranoidní ladění, neschopnost prožívat kladné emoce a city, úzkostná či depresivní nálada.
- **Změny v oblasti kognitivních procesů** – zhoršuje se schopnost koncentrace pozornosti, paměťové funkce a mění se způsob myšlení.

³⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál, 2008, s. 563.

Následkem užívání některých psychoaktivních látek může dojít až k celkovému poklesu kognitivních schopností, k demenci.

- **Změna motivace a hodnot** – závislému se mění hierarchie hodnot, což ovlivňuje i jeho jednání, nebývá schopen potřebného sebeovládání (zvláště ve vztahu k užívání drogy). Po určité době závislosti jedinec upouští od negativního hodnocení svého jednání a přestává pociťovat vinu. Neplánuje budoucnost, je soustředěn pouze na přítomnost.
- **Změna chování** – souvisí s účinky jednotlivých drog, mění se aktivační úroveň, člověk tedy může být extrémně aktivizován nebo naopak v utlumení, neschopen jakékoli aktivity.
- **Životní styl** je užíváním drog ochuzený, nakonec se stává značně redukováným stereotypem. Je naplněn pouze opakující se aktivitou zaměřenou na získání drogy a její užití.
- **Změny osobnosti drogově závislého** - mění se osobnostní vlastnosti jedince a ubývá různých kompetencí. Někdy si je jedinec tohoto úpadku vědom a zhoršuje se jeho sebehodnocení, avšak ani v těchto případech nebývá schopen aktivní obrany.

Následky v sociální oblasti Sociální důsledky často vyplývají z psychických změn a odlišného chování. Závislý jedinec nedodrží normy, neplní své povinnosti, přestává chodit do zaměstnání nebo do školy. Závislý postupně přichází o většinu svých sociálních rolí, neboť není schopen plnit požadavky s nimi spojené a nakonec zbývá jen stigmatizující role drogově závislého. Závislost na psychoaktivní látce ničí schopnost navázat a udržet jakýkoli citový vztah, protože droga má větší subjektivní hodnotu než vše ostatní. Důsledkem je, že u závislých přetrvávají jen náhodné vazby se stejně postiženými lidmi. Častým následkem závislosti je také páchaní trestné činnosti, která má původ ve finanční náročnosti drogové závislosti, stejně jako ve změnách osobnosti (ztráta zábran, bezohlednost, egocentričnost) a hodnotového systému závislého. Kriminální chování bývá spojené s drogou – výroba a distribuce drog, trestná činnost zaměřená na získání finančních

prostředků na drogy, trestné činy pod vlivem intoxikace. Mnozí drogově závislí postupně zcela ztrácejí své sociální zázemí.⁴⁰

Následky pro společnost

Zdravotní – populační následky Jedná se o důsledky, jimiž drogoví uživatelé ovlivňují zdraví drogami nezasazených zdravých jedinců. Jedná se o šíření krví přenosných nákaz, které jsou přenášeny i při nechráněném pohlavním styku a mohou se tedy šířit i v obecné populaci. Dalším faktorem jsou problémy plynoucí z psychických a sociálních potíží uživatelů drog, které zatěžují jejich rodinné příslušníky a okolí vůbec.⁴¹

Následky kriminální povahy lze rozdělit do několika kategorií⁴²:

- **Páchání trestných činů pod vlivem nezákonných drog**, které je občany vnímáno nejcitlivěji. Ve skutečnosti však zatím neexistuje žádný důkaz, že by intoxikace nelegální drogou prolamovala bariéry ve smyslu vyšší ochoty páchat trestné činy, tedy že by ke spáchaným trestným činům nedošlo i bez této intoxikace, resp. že intoxikace nebyla nesouvisejícím jevem a rozhodnutí k zločinu nebylo způsobeno jiným faktorem (finanční nouzí způsobenou závislostí na droze).
- **Páchání trestných činů za účelem obstarávání prostředků na drogy** – vysoká finanční náročnost užívání nelegálních drog nutí závislé k trestné činnosti majetkové (krádeže, loupeže) či do dealerství (prodávají drogu dalším uživatelům, přičemž při každém prodeji dál je droga naředěna příměsí, čímž klesá čistota drogy a zvyšuje se riziko koncového uživatele).

⁴⁰ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál, 2008, s. 573-575.

⁴¹ ZÁBRANSKÝ, T. a kolektiv. *Racionální drogová politika. Uživatelé drog do rukou policie nebo lékařů?* 1. vydání. Olomouc: Votobia, 1997, s. 15-17.

⁴² ZÁBRANSKÝ, T. a kolektiv. *Racionální drogová politika. Uživatelé drog do rukou policie nebo lékařů?* 1. vydání. Olomouc: Votobia, 1997, s. 17-22.

- **Násilné, zastrašující a korumpující chování obchodníků s drogami** – nelegální trh podněcuje násilné trestné chování, mj. proto, že neexistují legální instituce, které by řešily spory.
- **Doprovodná finanční kriminalita** souvisí s nutností peníze získané z nelegálního obchodu s drogami „vyprat“. Vzhledem k obrovským objemům těchto peněz se do legální ekonomiky přelévá velké množství nezdaněných peněz.

Ekonomické následky, přímo i nepřímo zatěžují státní rozpočet⁴³:

- **Plynoucí z kriminální činnosti uživatelů drog přímo** – uživatelé závislí na „tvrdých“ drogách získávají finanční prostředky na nákup drog nezákonnými způsoby, především krádežemi.
- **Plynoucí z kriminální činnosti uživatelů drog nepřímo** – náklady vynakládané na činnost policie související s drogami, činnost soudů a státních zastupitelství, vězeňský aparát a náklady na navrhované nucené léčby.
- **Plynoucí ze zdravotních důsledků rizikového užívání drog** – náklady na léčení narkomanů; nikoliv na léčení závislosti, ale léčení nemocí, které si svým návykem přivodili (předávkování, zanesení infekce při intravenózní aplikaci, psychické potíže atd.).

⁴³ ZÁBRANSKÝ, T. a kolektiv. *Racionální drogová politika. Uživatelé drog do rukou policie nebo lékařů?* 1. vydání. Olomouc: Votobia, 1997, s. 23-28.

2 Protidrogová politika

„Protidrogová politika je komplexní a koordinovaný soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření včetně vymáhání práva uskutečňovaných na mezinárodní, národní, krajské a na místní úrovni. Jejich konečným cílem je snížit užívání všech typů drog a/nebo potencionální rizika a škody, které jednotlivcům a společnosti mohou v důsledku jejich užívání nastat.“⁴⁴

2.1 Historie vývoje protidrogové politiky

V 19. a ve 20. století se v šíření a zneužívání drog rozlišují tři období⁴⁵:

- **do roku 1960** se drogy pokládaly za odborný problém, kterým se zabývalo pouze pár erudovaných specialistů. Lékařů – psychiatrů na straně léčby a kriminalistů na straně potírání trestné činnosti,
- **v období 1960 až 1990** se drogy zejména v západních zemích stávají problémem hlavně společenským, který zasahuje do mnoha společenských vrstev, skupin a také profesí,
- **od roku 1990** je již problém drog označován jako problém globální a je charakteristický tím, že ovlivňuje prakticky všechny země světa, přičemž každá země v něm má svou úlohu (rozlišují se země producentské, transitní a spotřebitelské), takže nikdo nezůstává stranou (každý ve své roli osobní, pracovní či sociální přichází s tímto problémem a vyplývajícími riziky do styku).

Jako každý trh, také nezákonný trh s drogami funguje na principu nabídky a poptávky. Hlavní strategické přístupy protidrogové politiky, se proto zaměřují na⁴⁶:

⁴⁴ *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 – 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005, s. 13.

⁴⁵ KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 15.

⁴⁶ KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 16-17.

Snižování nabídky, tato strategie pojímá rozsáhlou řadu činností směřujících k zastavení či omezení výroby a distribuce nelegálních drog. Základní opatření můžeme zahrnout do tří skupin:

- administrativní kontrola – zamezuje úniku legálních drog používaných v medicíně či výzkumu a pomocných látek na nezákonný trh,
- zákonná represe – snaží se odstraňovat trestnou činnost ve výrobě, převozu a obchodu,
- eradikace zemědělské produkce – vymýcení pěstování opiového máku, koky a cannabisu, ale i rekonstrukci venkovských oblastí, kde se drogy pěstují, např. zavádění alternativních plodin a alternativních zdrojů obživy.

Ve snižování nabídky jsou hlavními aktéry především orgány státní správy: kontrolní a správní úřady, policie, celní služba, justice a vězeňství.

Snižování poptávky – záměrem je snížit vyhledávání a konzumaci drog na straně zákazníka nezákonného trhu (především potenciálního, ale též již existujícího zákazníka). Poptávka může být snižována prostřednictvím preventivních a edukačních programů, poradenskými a léčebnými programy a v neposlední řadě jsou prostředkem snižování poptávky sociální opatření ke zmírnění faktorů přispívajících k užívání drog jako je nezaměstnanost, bezdomovectví a záškoláctví. Klíčovým pojmem je prevence, kterou dle WHO dělíme na

- primární – předcházení užití drogy u populace, která s ní dosud není v kontaktu,
- sekundární – předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které jsou již užíváním drog zasažené a postižené (včasná intervence, poradenství a léčení),
- terciární – předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození (sociální rehabilitace, doléčování, prevence zdravotních rizik u neabstinujících klientů).

Ve snižování poptávky jsou hlavními aktéry především výchovné, poradenské, zdravotní a sociální služby, které bývají často poskytovány nestátními neziskovými organizacemi.

2.2 Modely protidrogové politiky

Česká republika se přihlásila k tzv. „vyváženému přístupu“, který má znamenat vyváženost mezi represí a prevencí. Každá země si však v rámci tohoto přístupu hledá vlastní profil a rovnováhu mezi prevencí a represí. Z tohoto pohledu můžeme rozlišit základní modely protidrogové politiky⁴⁷:

- **Model prohibice a represe**, cílem tohoto přístupu je snaha soustředěna na potlačení užívání všech nelegálních drog s heslem „společnosti bez drog“. Ukazatelem úspěšnosti tohoto modelu jsou kriminoepidemiologické údaje (množství zabavených nelegálních drog, počet usvědčených a odsouzených pachatelů) a počet osob, které ve svém životě přišly do kontaktu s ilegální drogou (celoživotní prevalence). Zjišťování těchto dat je velmi složité, protože v tomto modelu je výrazná tendence respondentů kontakt s drogou skrývat. V důsledku toho vzniká „skrytá populace“, nejen prvokonzumenti, ale i problémoví uživatelé a závislí unikají evidenci.
- **Model minimalizace škod**, zde je kladen důraz na předcházení škodám a omezení obchodu s drogami. Ukazatelem úspěšnosti je snižování zdravotních, sociálních a psychických škod u uživatelů drog. Tento model vychází z pragmatické filozofie a uznává, že zneužívání drog existuje od nepaměti a bude existovat i v budoucnu.
- **Model ochrany veřejného zdraví** („Public Health“ model) cílem tohoto přístupu je redukce zdravotně škodlivých jevů v populaci. Soustřeďuje se na prevenci šíření uživatelského chování (primární prevence), jeho součástí je i prevence šíření nákazy HIV/AIDS a hepatitid B a C. Jedná se o specifickou podobu „minimalizace škod“.

⁴⁷ KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 18-19.

- **Model kulturní integrace**, jenž si klade za cíl omezit užívání ilegálních i legálních drog a podřídit užívání drog ilegálních běžným regulačním mechanismům, které byly společností vytvořeny ke kontrole „přijatelného“ chování (např. u konzumace alkoholu a tabáku). Problémy, ke kterým dochází ve spojení se zneužíváním protizákonných drog, nejsou považovány za podstatněji odlišné od problémů s legálními návykovými látkami a jinými zdravotně a sociálně patologickými fenomény.

2.3 Protidrogová politika v ČR

V novodobých dějinách naší země nemá protidrogová politika zaměřená na řešení problémů spojených s šířením a užíváním ilegálních omamných a psychotropních látek dlouhou tradici. V roce 1993, tedy krátce po vzniku samostatného českého státu, se vláda ČR přihlásila k závazkům vyplývajícím z **Úmluv OSN**. Začala se problémem užívání drog systematicky zabývat a jako svůj poradní, koordinační a iniciativní orgán ustanovila **Meziresortní protidrogovou komisi**. Během krátké doby byl zpracován první vládní dokument **Koncepce a program protidrogové politiky na období 1993 – 1996**. V něm se vláda přihlásila k vyváženému přístupu ve smyslu Globálního akčního plánu OSN z roku 1991 a odmítla rovněž liberalizaci a legalizaci drog, byť pouze částečnou. V oblasti prevence dokument kladl důraz na primární prevenci a věnoval pozornost také poradenství, léčbě a resocializaci, uváděl příklady nových typů zařízení – např. nízkoprahová kontaktní centra, denní stacionáře a terapeutické komunity. Další důležitou součástí dokumentu bylo zdůraznění úlohy nestátních neziskových organizací jako poskytovatelů služeb i partnerů vlády ve vytváření a realizaci protidrogové politiky.

Druhý vládní dokument **Koncepce a program protidrogové politiky na období 1998 – 2000** navrhoval soubor opatření k omezení nabídky i poptávky a stanovil v tomto směru konkrétní úkoly. Důraz byl kladen mj. na oblast sekundární a terciární prevence: na dostupnost včasné intervence a léčebné péče, programy Harm Reduction, detoxifikační jednotky a doléčovací

zařízení. Rovněž byla zdůrazněna úloha nestátních organizací a tehdy již fungující střešové A.N.O. (Asociace nestátních organizací).⁴⁸

Národní strategie na období 2001 – 2004 měla za cíl především doplnit chybějící typy programů a služeb prevence a léčby závislostí. Zaměřovala se především na zvyšování kvality a efektivity realizovaných opatření v oblasti prevence, léčby, resocializace a oblasti represe (což bylo zároveň ústředním tématem Akčního plánu EU – boje proti drogám na období 2000 – 2004).⁴⁹

Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 – 2009. V ní jsou jako hlavní cíle stanoveny: „stabilizovat případně snížit počet problémových uživatelů drog, zastavit nárůst experimentálního a příležitostného užívání legálních a nelegálních drog, stabilizovat či snížit spotřebu legálních a nelegálních drog ve společnosti, zejména mezi nezletilými a snížit jejich dostupnost prostřednictvím efektivnějšího využívání existujících legislativních a institucionálních nástrojů, snížit potenciální rizika užívání všech typů drog a ekonomické, zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost, zvyšovat kvalitu života uživatelů všech typů drog, jejich rodičů a blízkých prostřednictvím zajištění dostupnosti kvalitních služeb léčby a resocializace.“⁵⁰ Pro zavádění Národní strategie do praxe slouží **Akční plány** na období 2005 – 2006 a 2007 – 2009.⁵¹

Odpovědnost za tvorbu a naplňování národní protidrogové politiky v České republice nese vláda ČR. Jejím hlavním iniciačním, poradním a koordinačním orgánem je v současné době **Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky**.⁵²

⁴⁸ BÉM, P., KALINA, K., RADIMECKÝ, J. In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 34-36.

⁴⁹ BÉM, P., KALINA, K., RADIMECKÝ, J. In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 36-37.

⁵⁰ *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 – 2009*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005, s. 18.

⁵¹ *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 – 2009*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005, s. 20-21.

⁵² *„Zaostřeno na drogy 2/2009: Česká protidrogová politika a její koordinace. Historie a současnost*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009, s. 8.

2.4 Základní pilíře protidrogové politiky ČR

„Základní pilíře hrají v protidrogové politice státu svoji nezastupitelnou a navzájem se ovlivňující a doplňující roli. Přístup k jejich uplatňování by měl být proto vyvážený.

- **Primární prevence** – aktivity zaměřené na předcházení užívání drog, popř. oddálení první zkušenosti s drogou do vyššího věku.
- **Léčba a resocializace** – spektrum služeb léčby k abstinenci dostupných pro uživatele drog, kteří se svobodně rozhodli pro život bez jejich užívání.
- **Harm-reduction** – aktivity snižování možných zdravotních a sociálních rizik a dopadu užívání drog na uživatele v daný čas nerozhodnuté pro život bez drog a na společnost.
- **Snižování dostupnosti drog** – soubor zákonných opatření a aktivit vymáhání práva k potlačování nabídky drog.⁵³

2.5 Legislativní úprava drogové problematiky v ČR

Legislativní úprava týkající se užívání a zacházení s drogami je obsažena zejména v **trestním zákoně č. 40/2009 Sb.**, který vymezuje trestné činy nedovolené výroby a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy, přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu, nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku, výrobu a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu, šíření toxikomanie, výroba a jiné nakládání s látkami s hormonálním účinkem. Další předpis týkající se této problematiky je **zákon č. 167/1998 Sb. o návykových látkách**, ve znění pozdějších předpisů.

2.6 Systém péče o uživatele drog v ČR

V péči o uživatele drog se uplatňuje **bio-psycho-sociální model závislosti**, který rozšiřuje biomedicínský model o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování.

⁵³ *Zaostřeno na drogy 2/2009: Česká protidrogová politika a její koordinace. Historie a současnost.* Praha: Úřad vlády České republiky, 2009, s. 5.

Dle něj vzniká nemoc (a tedy i drogová závislost) v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů. Model pracuje s pojmy **dispozice** (např. genetické či biologické, případně psychologické získané v raném dětství), **zranitelnost** (která se vyvíjí na podkladě dispozic v dalším průběhu života) a **spouštěč** (např. životní události či nároky vývojového období, které vedou k manifestaci poruchy). Díky vývojovému hledisku dokáže tento model prolomit zakořeněnou tezi o trvalé a nevléčitelné závislosti.⁵⁴

Systém péče je tvořen vzájemně provázanými programy a službami, které by měly korespondovat s různými potřebami klienta v různých fázích jeho drogové kariéry.⁵⁵

Systém péče o uživatele návykových látek by měl splňovat řadu kritérií v oblasti kvalitativní (komplexnost, provázanost a efektivita systému) i kvantitativní (rozsah a dostupnost systému).⁵⁶

Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů služeb pro uživatele omamných a psychotropních látek dané sekretariátem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky státu definují celkem devět typů služeb:

Detoxifikační jednotky jsou určeny k zvládnutí intoxikací návykovou látkou a odvykacích stavů, které nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení (např. na anesteziologicko-resuscitačním oddělení nebo na jednotce intenzivní péče). Při detoxifikaci jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození. K častým důvodům detoxifikace patří např. nebezpečnost pacienta sobě nebo okolí, snaha připravit klienta na nějakou další formu odvykací léčby apod. Při detoxifikaci bývá zpravidla používána medikace,

⁵⁴ KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 78-79.

⁵⁵ KALINA, K. a kolektiv. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: o.s. Filia nova, 2001, s. 105.

⁵⁶ BÉM, P. In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 154-155.

důležitým doprovodem je psychoterapie, zejména individuální, zaměřená na podporu a motivaci k další péči.⁵⁷

Terénní programy jsou na začátku systému péče o uživatele drog. Terénní pracovníci bývají první službou, se kterou se uživatel drog setká. Cílem terénních programů je vyhledat obtížně dosažitelnou klientelu s minimální motivací vyhledávat a řešit problémy spojené s užíváním drog v jejím vlastním prostředí, navázat vztah důvěry a zprostředkovat další navozující péči. Terénní práce existuje v současné době ve formách samostatných programů nebo jako součást služeb kontaktních center.⁵⁸

Nízkoprahová kontaktní centra jsou zařízení, která jsou zaměřena především na minimalizaci zdravotních a sociálních rizik. Hlavním principem je, podobně jako u terénních programů, snižování zdravotních rizik spojených s užíváním nealkoholových drog. Cílovou skupinou jsou stejně jako u terénních programů většinou nemotivovaní problémoví a rizikovní uživatelé, aplikující drogy intravenózní formou. Abstinence není podmínkou spolupráce, klade se důraz na respektování volby klienta. Bez ohledu na to, zda se rozhodne pro abstinenci či život s drogou, vždy je možné mu nabídnout terapeutickou intervenci, nějakou formu odborné péče a pomoci.⁵⁹

Kontaktní centra nabízejí služby uživatelům, kteří nejsou v kontaktu s jinými zdravotními a sociálními institucemi. „Kontaktní centra překonávají psychologické a administrativní bariéry dostupnosti a umožňují této klientele přístup ke službám bez jakéhokoliv doporučení, přímo z ulice, anonymně a v neformálním prostředí, proto se též nazývají nízkoprahová.“⁶⁰

⁵⁷ KALINA, K. a kolektiv. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: o.s. Filia nova, 2001 s. 29-29; NEŠPOR, K. In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 190.

⁵⁸ HRDINA, P., KORČÍŠKOVÁ, B. In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 159-160.

⁵⁹ LIBRA, J. In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 165-166.

⁶⁰ KALINA, K. a kolektiv. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: o.s. Filia nova, 2001, s. 55.

Ambulantní léčba se poskytuje většinou v AT ordinacích, což jsou ambulantní psychiatrická zařízení, která se zaměřují na alkoholové a drogové závislosti, a ve střediscích strukturované denní péče, která odpovídají našim denním stacionářům.⁶¹

Hlavní charakteristikou ambulantní léčby je to, že se provádí bez vyčlenění klienta z původního prostředí. Klient dochází do zařízení, přičemž délka kontaktu, frekvence kontaktů a doba docházení je individualizovaná, přizpůsobená jeho potřebám.⁶²

Stacionární programy patří do systému intenzivní ambulantní léčby, která je charakteristická tím, že je strukturovaná do rozsahu 20 a více hodin týdně po dobu 3 – 6 měsíců. Těžištěm tohoto programu jsou různé formy skupinových terapií, doplněných o terapii individuální. Tyto terapie jsou v rovnováze s aktivitami rehabilitačními, edukačními a volnočasovými. Ve své podstatě tento druh léčby připomíná program terapeutické komunity s rozdílem, že klient po skončení programu jde spát domů. Cílovou skupinou jsou klienti vykazující těžší a komplikovanější stupně závislosti. Nezbytnou součástí je souběžná sociální práce a práce s rodinou. Jako systém kontroly je důležitý proces monitorování abstinence formou testů na přítomnost drog, stejně jako u klasického ambulantního programu.⁶³

Krátkodobá léčba trvá zpravidla méně než 3 měsíce. Léčebné aktivity v ní převažují nad aktivitami rehabilitačními či resocializačními. Nepředpokládá se výrazné ovlivnění životního stylu u uživatelů s delší drogovou kariérou, může však u těchto klientů tvořit určitý předstupeň pro střednědobý či dlouhodobý program péče.⁶⁴

⁶¹ HAMPL, K. In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 172.

⁶² KALINA, K. a kolektiv. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: o.s. Filia nova, 2001, s. 14.

⁶³ KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 179-184.

⁶⁴ KALINA, K. a kolektiv. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: o.s. Filia nova, 2001, s. 58.

Střednědobá léčba trvá většinou 3 – 6 měsíců. U nás ji nejčastěji poskytují specializovaná oddělení psychiatrických léčeben nebo klinik. Dolní hranice trvání střednědobé léčby, tedy 3 měsíce, je pokládána za minimum pro dosažení trvalejšího účinku.⁶⁵

Rezidentní péče v terapeutických komunitách, jedná se o specializované pobytové zařízení, které se zaměřuje na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. Poskytovaná odborná péče je střednědobá až dlouhodobá, trvá 6 – 18 měsíců. Cílovou populací jsou osoby ve středním až těžkém stupni závislosti, často s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním, případně i somatickým poškozením. Léčba je vysoce strukturovaný program, v němž jsou zastoupeny různé formy skupinové terapie, edukační a volnočasové aktivity. Významnou část však naplňuje práce na každodenním provozu zařízení. V terapeutické komunitě se více zdůrazňuje aspekt sociálně-výchovný a sociálně rehabilitační (resocializační) než aspekt zdravotnický, respektive psychiatrický.⁶⁶

Následná péče je určena pro osoby, které absolvovaly ambulantní či residenční léčbu, setkáváme se však i s osobami bez předchozí léčby. Společnou charakteristikou klientely je minimálně základní náhled na potřebu dlouhodobé abstinence. Klient navracející se do „normálního světa“ potřebuje podporu a pomoc při vytváření podmínek pro abstinenci. Hlavní cíle ambulantních doléčovacích programů jsou úspěšné dokončení léčebného procesu; sociální začlenění klienta, plnohodnotné zapojení do podmínek běžného života; stabilizace klientova psychického, somatického i sociálního stavu; získání či obnovení sociálních dovedností a přijetí společností sdílených sociálních norem; získání či obnovení praktických dovedností samostatného života; optimalizace a stabilizace životního stylu klienta; snížení rizika recidivy drogové závislosti a zapojení klienta do oficiálního pracovního poměru (příp. do procesu zvyšování vlastního vzdělání). Mezi

⁶⁵ KALINA, K. a kolektiv. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: o.s. Filia nova, 2001, s. 104.

⁶⁶ ADAMEČEK, D., RICHTEROVÁ-TĚMINOVÁ, M. In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 201-205.

prostředky k dosahování těchto cílů patří především individuální poradenství, krizová intervence, socioterapie, sociálně právní poradenství, informační servis, zprostředkování lékařské, psychologické či psychiatrické péče atd. Doporučená doba zařazení do ambulantního programu je 6 – 12 měsíců. Součástí nabídky doléčovacího programu může být i chráněné bydlení, které pomáhá klientům překlenout nepříznivou sociální situaci.⁶⁷

Substituční léčba. „Substituce návykových látek je terapeutický postup, při kterém je původně užívaná návyková látka (ilegálního původu, účinkující krátkodobě, obsahující někdy toxické příměsi, často s neznámou koncentrací, a aplikovaná velmi často rizikovým způsobem, tj. intravenózně, nesterilně) nahrazena látkou – lékem – s výhodnějším bezpečnostním profilem (tj. se známou koncentrací, bez toxických příměsí, s delším účinkem v organismu, užívanou většinou perorálně a podávanou resp. předepisovanou lékařem podle příslušných předpisů o léčbě a v souladu se zákonem o zacházení s omamnými a psychotropními látkami).“⁶⁸

Substituční léčba je udržovací terapie, která odkládá, splnění konečného cíle (trvalé abstinence) na dobu, kdy bude klient objektivně i subjektivně schopen abstinčně orientovanou léčbu podstoupit. Pro některé klienty může být substituční udržovací terapie samotným cílem, který podstatně zlepšuje kvalitu jejich života. Podávání substituční (návykové) látky potlačuje klientovy abstinční příznaky a umožňuje mu vést po všech stránkách co možná nejplnohodnotnější stabilní život.⁶⁹

⁶⁷ KUDA, A., In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 208-212.

⁶⁸ POPOV, P. In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 221.

⁶⁹ POPOV, P. In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 221-222.

3 Kontaktní centra „kapitola vychází z Libra, J. In Kalina, K. a kolektiv“⁷⁰

3.1 Historie vývoje kontaktních center po roce 1989

Postupná specializace oboru návykových nemocí v rámci oborů péče o duševní zdraví se začala rozvíjet v průběhu druhé poloviny 20. století. Před rokem 1989 existovala v bývalém Československu síť tzv. AT ordinací, které se specializovaly na problematiku alkoholu a jiných toxikománií. Dále byla provozována psychiatrická lůžková zařízení, speciální protialkoholní léčebny a záchytné stanice. V tomto období převažoval více medicínský model závislostí. Po roce 1989 v rámci restrukturalizace sítě zdravotních zařízení řada AT poraden zanikla. Systém léčebné péče se naopak začal rozšiřovat o nestátní a nezdravotnická zařízení, která začala reagovat na nové trendy v oblasti užívání návykových látek. Tyto nové trendy souvisely s větší otevřeností společnosti, se změnami životního stylu a s organizací nezákonného obchodu s návykovými látkami.

Postupně se měnila struktura organizací, poptávka po službách a podoba profesionálních zdrojů. Od medicínského modelu závislostí, který obsahoval kombinaci výchovných prostředků, farmakoterapie a tréninku, se začalo postupně přecházet k biopsycho-sociálnímu přístupu k problematice závislostí. Zde byl dán základ pro mezioborovou práci. Kromě tohoto trendu bylo potřeba najít systém včasného kontaktu s nově se konstitující generací problémových uživatelů. Vlastně taková brána do systému služeb s nízkým prahem, kterou je možno vejít do programů léčby, ale také k včasnému varování a snížení rizik důsledků užívání drog. Dalšímu rozvoji vzniku kontaktních center pomohly zejména podněty ze zemí s dlouhodobější a sofistikovanou zkušeností. Významnou roli sehrály i obě počáteční národní strategie protidrogové politiky od doby rozdělení státu, které k provozu těchto typů zařízení přímo vyzývaly a poskytly metodické a ekonomické podmínky k jejich rozvoji.

⁷⁰ LIBRA, J. In KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 165-170.

3.2 Kontaktní centra ve velkých městech

První kontaktní centra vznikla u nás ve velkých městech (většinou krajských) na základě jasně pozorovatelné potřeby. Pro běžnou denní praxi v kontaktním centru ve velkém městě je charakteristický velký počet příchozích, kteří si zastávku v zařízení zakotvili do svých denních tras. Mnozí přicházejí pro instrumentální podporu nebo spíše jenom pro zdravotní, sociální nebo potravinový servis. Pracovníci zde reagují na daleko rušnější atmosféru, nepřehlednost, agresivitu nebo tendenci k vytváření stálé klientely „obsazující teritorium“

Klientela se pohybuje většinou na hranici sociálního přežití. Práce je náročná zejména v hledání možností prostoru pro individuální kontakty, je zde kladen důraz k hledání morální síly k tomu, aby pracovníci neslevovali z individuálního přístupu ke klientovi. I když vrcholným cílem práce na kontaktním centru je zprostředkování další navozující péče nebo motivace k abstinenci, jenom doporučování do dalších služeb není vždy dostačující. Proto je zde kladen i velký a dlouhodobý nárok na vzdělávání pracovníků tak, aby pracovník uměl poskytnout danou službu na místě v případech, že v tu chvíli neexistuje jiná odpovídající možnost. Pro kontaktní centra na velkých městech je charakteristické, že seznam služeb vychází převážně z terciární prevence zaměřené na minimalizaci zdravotních rizik. Dále je důležité, že zde kontaktní centrum nemusí nahrazovat další složky sítě drogových služeb, protože ta je ve velkých městech dostatečně pokrytá.

3.3 Kontaktní centra v malých městech

Kontaktní centra v okresních městech byla často založena na podnět bývalých okresních protidrogových koordinátorů. Tyto podněty vždy nebyly vedeny analýzou potřeb cílové skupiny, ale snahou začít pracovat v dané oblasti. V počátku vzniku vývoje byl přebírán design kontaktních center z velkých měst a následkem toho si realizující týmy prošly tzv. obdobím „čekání na klienty“, protože takový model nebyl přizpůsoben potřebám místní drogové scény. Důsledkem této zkušenosti se postupně začal měnit i profil těchto zařízení. Zařízení začala upravovat koncepci programu podle specifik

daných pro malý region. Těmito skutečnostmi jsou zejména malá anonymita pro uživatele drog a jejich blízké, menší rozsah lokalit je výhodou pro důkladnější práci represe, neexistují zde prvky systému péče v oblasti léčby, jako jsou doléčovací programy, denní stacionáře, psychoterapeutická centra apod. Postupně se začal opouštět „katechismus“ přístupu Harm reduction a služby začaly být rozšiřovány také o preventivní programy primární prevence, o edukační programy pro uživatele drog, dále o alternativní programy výkonu trestu ve spolupráci s Probační a mediační službou, o doléčovací programy, o pracovní programy chráněných dílen, o cílenější systematickou terénní práci apod. Současná podoba některých kontaktních center na malých městech připomíná agentury, kde profesionálně zdatní pracovníci zajišťují služby pro náročné klienty, kteří je potřebují nejvíce a svoje „portfolio“ rozšiřují i na jiné aktivity, ve kterých mohou zúročit svoje zkušenosti, znalost problematiky a nákladné tréninky.

4 Situace v oblasti zneužívání návykových látek v okrese Frýdek Místek

4.1 Charakteristika okresu

Okres Frýdek-Místek se nalézá v nejvýchodnější části České republiky. Severovýchodní a východní hranice okresu jsou tvořeny státní hranicí s Polskou republikou. Na jihovýchodě sousedí se Slovenskou republikou, na jihozápadě s okresem Vsetín, na západě s okresem Nový Jičín a na severu s okresy Ostrava a Karviná. Svou rozlohou 1 273 km² se řadí na 2. místo v Moravskoslezském kraji a počtem 226 818 obyvatel na 3. místo. V rámci ČR se řadí svou rozlohou na 20. místo a počtem obyvatel na 5. místo. K 1.1.2010 byl celkový počet obyvatel města Frýdek – Místek 59 800.

Okres měl vždy zemědělsko - průmyslový charakter s převládajícím podílem průmyslu. Hospodářské jádro okresu tvořil hutní průmysl doplněný o důlní podniky. V šedesátých a sedmdesátých letech přitáhl okres za nadprůměrně honorovanou práci v dolech a hutích nové zaměstnance z jiných koutů republiky. Počátkem devadesátých let se v krátkém čase uskutečnil rychlý útlum těžkého průmyslu. V uvedeném období se snižovaly počty pracovních míst a postupně narůstala nezaměstnanost. V roce 2001 se okres dostal mírou nezaměstnanosti v rámci České republiky na 10. místo s nejvyšší nezaměstnaností, v roce 1991 to bylo v rámci republiky 16. místo.

4.2 Charakteristika drogové scény

Monitoring drogové scény ve Frýdku – Místku zajišťuje převážně Kontaktní centrum, jehož pracovníci se o vývoji drogové scény dozvídají od uživatelů, kteří do centra docházejí.

Pokud pomineme alkohol a tabákové výrobky, převládá na drogové scéně města Frýdek – Místek užívání marihuany, které je následováno užíváním tablet extáze. K nejrozšířenějším užívaným látkám patří také stimulující pervitin, který je vyráběn převážně v domácích varnách. Domácí výroba pervitinu slouží jak pro vlastní potřebu, tak pro účely další distribuce do

nedaleké Ostravy. Na drogové scéně se také objevují sezónní drogy, zejména halucinogenní houby lysohlávky a surové opium z naříznutých makovic. V roce 2009 byl v Kontaktním centru zaznamenán opětovný nárůst uživatelů těkavých látek i přesto, že v předchozích letech v důsledku legislativních změn jejich počet klesal.

Drogová scéna v šedesátitisícovém městě je uzavřená, většina uživatelů se zná mezi sebou navzájem a informace se mezi uživateli rychle šíří.

4.3 Regionální protidrogová politika

Realizace protidrogové politiky státu vyžaduje multidisciplinární spolupráci na všech úrovních. Odpovědnost za tvorbu nese vláda ČR, krajské úřady a samosprávy obcí. Na každém kraji dnes působí krajský protidrogový koordinátor a ve většině krajů byl iniciován vznik krajské protidrogové komise a pracovní skupiny zaměřené na jednotlivé oblasti protidrogové politiky. V návaznosti na státní koncepci a akční plán Evropské unie boje proti drogám vznikají krajské strategie protidrogové politiky.

2. akční plán realizace strategie protidrogové politiky Moravskoslezského kraje na období 2007 – 2010 si stanovil následující cíle⁷¹:

- Zvýšení efektivity systému protidrogové politiky v Moravskoslezském kraji.
- Efektivní primární prevence užívání návykových látek v Moravskoslezském kraji.
- Snížení potenciálních rizik užívání všech typů drog a ekonomických, zdravotních a sociálních dopadů jejich užívání na jedince a společnost (služby Harm reduction).
- Zvyšování kvality života uživatelů všech typů drog, jejich rodičů a blízkých prostřednictvím dostupnosti kvalitních služeb léčby a resocializace.

⁷¹ 2. Akční plán realizace Strategie protidrogové politiky Moravskoslezského kraje na období 2007 – 2009. Moravskoslezský kraj, Krajský úřad Moravskoslezského kraje, odbor sociálních věcí, s. 4–12.

- Snížení dostupnosti legálních a nelegálních drog pro obecnou populaci a zejména pro nezletilé mladé lidi prostřednictvím využívání legislativních a institucionálních nástrojů.
- Zvyšování odborné úrovně regionálních protidrogových koordinátorů, poskytovatelů služeb a preventivních pracovníků.
- Efektivní koordinace aktivit a subjektů zapojených do protidrogové prevence na všech úrovních a součinnost všech složek vstupujících do oblasti protidrogové prevence a politiky.
- Poskytování dotací kvalitním a efektivním programům protidrogové politiky v kraji.
- Informování veřejnosti v kraji, zavedení modelu všestranné komunikace, tak aby byly veřejnosti poskytovány objektivní, spolehlivé a vyvážené informace o užívání drog (včetně alkoholu) o jeho dopadech a o realizovaných opatřeních, podpora výzkumu a aktuálního monitoringu drogové scény a následná aplikace získaných poznatků v praxi.

Na obecní úrovni působí ve Frýdku Místku pod odborem sociálních služeb na oddělení sociální prevence protidrogový koordinátor, jehož cíle jsou v souladu s krajskou strategií.

4.4 Zařízení realizující protidrogovou politiku

Síť zařízení, která realizují protidrogovou politiku a s nimiž Kontaktní centrum ve Frýdku Místku spolupracuje:

- Detoxifikační oddělení: Fakultní nemocnice s Poliklinikou v Ostravě, Vojenské nemocnice v Olomouci a NsP v Havířově – zde jsou referováni uživatelé se žádostí o samotnou detoxikaci nebo se žádostí o léčbu, kde je podmínkou detoxikace.
- Psychiatrická léčebna Opava – zde jsou referováni uživatelé s žádostí o samotnou detoxikaci na kterou navazuje krátkodobá nebo střednědobá léčba.
- Terapeutická komunita Čeladná – Podolánky – zde jsou referováni uživatelé s žádostí o léčbu, kteří mají zájem se léčit v tomto typu

zařízení (Kontaktní centrum referuje i do ostatních komunit v ČR – dle požadavků klienta).

- Doléčovací centrum se všemi svými programy – zde jsou referováni uživatelé, kteří se rozhodli využít poskytované služby Doléčovacího centra, ať se jedná o chráněné bydlení, ambulantní program, podpůrnou skupinu, nebo rodičovskou skupinu.
- Soukromé psychiatrické či psychologické ambulance – zde jsou referováni uživatelé, kteří projeví zájem o tento typ ambulantní léčby.
- Imunologické oddělení polikliniky ve Frýdku – Místku – zde jsou referováni především rodiče se zájmem o vyšetření moči na výskyt drog.
- Nemocnice Frýdek – Místek, praktičtí lékaři a odborní lékaři – zde referujeme klienty se zdravotními problémy.
- Soukromé krevní centrum – zde referujeme klienty se zájmem o testy na hepatitidy a HIV.

5 Kontaktní centrum pro drogově závislé ve Frýdku Místku

5.1 Základní popis

Kontaktní centrum ve Frýdku – Místku (dále jen KC FM) je jedním ze sedmi zařízení obecně prospěšné společnosti Renarkon. Renarkon, o.p.s. byla založena v roce 1997 Statutárním městem Ostrava a zabývá se prevencí a léčbou drogových závislostí. Renarkon, o.p.s. poskytuje služby v oblasti primární, sekundární a terciární prevence.

1. dubna 2000 bylo KC FM zřízeno a 14. dubna 2000 slavnostně otevřeno a to za účasti místních zástupců radnice, okresního úřadu, správní a dozorčí rady Renarkon, o.p.s. a dalších přizvaných hostů.

KC FM mělo od počátku své působnosti malý pracovní tým, což s sebou neslo řadu omezení. Provozní doba se od vzniku centra rozšířila ze tří na pět dnů a od ledna 2009 má kontaktní centrum provozní hodiny od pondělí do pátku takto:

po, st, pá od 9:00 hod. do 16:00 hod. – kontaktní práce, potravinový, hygienický servis

út, čt od 9:00 hod. do 18:00 hod. – individuální, rodinné poradenství, motivační programy, sociální práce, prevence relapsu

Výměnný servis mohou uživatelé využít v uvedených hodinách od pondělí do pátku.

KC FM zůstalo ve stejných prostorech do října 2007, kdy se přestěhovalo do Hotelového domu Paskov. V průběhu vývoje centra dochází k rozvoji služeb a k větší strukturalizaci programů a poskytovaných služeb. Činnost centra je rozdělena do tří oblastí:

- Práce v samotném kontaktním centru ve Frýdku – Místku.

- Terénní práce v sociálně vyloučených lokalitách ve městě Frýdek – Místek se v současné době realizuje v sociálně vyloučené lokalitě ul. Míru, na sídlišti Slezská a Berlín-Nová Osada.
- Probační program pro mladistvé v konfliktu se zákonem, který má souvislost s užíváním návykových látek.

5.2 Poslání služby

Posláním KC FM je snižování rizik spojených s užíváním nealkoholových drog a následně celkové zlepšení kvality života klienta spadajícího do cílové skupiny a to po zdravotní, sociální a psychické stránce.

Pracovníci se snaží, aby klienti nebyli izolováni, aby udržovali a navazovali sociální vztahy, dále pomáhají řešit konkrétní individuální problémy uživatelů, podporují a motivují je ke zlepšení jejich životního stylu a kvality jejich života.

5.3 Cíle služby

- zlepšení zdravotního a psychosociálního stavu klienta pomocí minimalizace škod způsobených užíváním nealkoholových drog (Harm reduction)
- navázání kontaktu a vytvoření vztahu vzájemné důvěry s klientem
- motivace klienta k abstinenci a návštěvě dalších specializovaných zařízení
- snižování dopadů užívání nealkoholových drog na širokou veřejnost sběrem použitých injekčních setů a jejich bezpečnou likvidací (tzn. prevence infekčních chorob, hepatitid, HIV/AIDS).

5.4 Cílová skupina

KC FM je určeno osobám, které experimentují s návykovými látkami nealkoholového typu, problémovým uživatelům a závislým na těchto látkách od 15 let věku, dále pak jejich rodinným příslušníkům, partnerům a jiným důležitým osobám.

5.5 Poskytované činnosti

Sociálně terapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností, dovedností a podporují sociální začleňování klientů služby.

Sociální práce - charakter vlastní sociální práce je dán zakázkou, se kterou klient do Kontaktního centra přichází, či se telefonicky obrací na některého z jeho pracovníků. Jedná se buď o jednorázovou pomoc (zprostředkování informací o nabídce zaměstnání, o možnostech léčby, předání kontaktů na příslušné úřady) či pomoc dlouhodobějšího charakteru, jako je zprostředkování léčby, pomoc při vyřizování dokladů, registrace na Úřadu práce a podobně.

Motivační trénink - je plánovaný a strukturovaný proces terapeutické intervence zaměřený na postupné zvyšování motivace klienta pro žádoucí změnu chování.

Prevence relapsu - Relaps je opětovné užití drogy po období abstinence. Prevence relapsu je souhrn technik a strategií zaměřených na podporu udržování abstinence, je to program sebekontroly.

Poradenství pro klienty - zaměřuje se na pomoc při řešení aktuálních problémů klienta ze strany rodinných příslušníků či jiných blízkých osob. Cílem je pomoci zvýšit klientovu kompetenci řešit různé typy problémů. Práce zahrnuje např. informování a pomoc při hledání vhodného léčebného zařízení pro klienta, poskytování podpory rodičům a blízkým osobám, poskytnutí informací ohledně drog, pomoc při hledání řešení rodinné situace, atd.

Poradenství pro rodiče a osoby blízké - má za cíl pomoci rodině či jiným blízkým osobám lépe chápat a pomáhat klientovi, aby se dokázal efektivněji vyrovnávat s určitým typem konkrétního problému a lépe dokázal dosahovat svých cílů. Probíhá strukturovaně na základě plánu, jenž je průběžně modifikován.

Poradenství pro matky a ženy - jedná se o poradenství zaměřené na problémy spojené s těhotenstvím a mateřstvím.

Poskytování informací o rizicích spojených se současným způsobem života a možnostech jejich snižování prostřednictvím metod založených na přístupu minimalizace škod.

Informační servis – poskytnutí určité informace klientovi a to buď na základě jeho žádosti, nebo pokud pracovník uzná za nezbytné tuto informaci klientovi předat. Jedná se především o tato témata: bezpečnější užívání drog, bezpečný sex, HIV/Hepatitidy, informace o literatuře, o léčbě drogových závislostí, sociální, právní a zdravotní informace.

Výměnný servis – výměna použitého injekčního materiálu nebo jeho součástí za nový injekční materiál, nebo jen odevzdání použitého injekčního materiálu, nedílnou součástí výměnného programu je i nabídka standardního vybavení potřebného k bezpečné aplikaci.

Dále jsou poskytovány tyto činnosti:

Kontaktní místnost – využití možnosti pobytu v kontaktní místnosti za předpokladů dodržování pravidel pro její využívání. V kontaktní místnosti si klient může odpočinout, setkat se s ostatními klienty, ale také využívat ostatní služby kontaktního centra.

Potravinový servis – každý klient služby má nárok na 1 polévku denně zdarma a neomezené množství čaje nebo vody se šňávou.

Hygienický servis – klienti mohou v centru bezplatně využít sprchy či služby praní prádla.

Základní zdravotní ošetření - základní zdravotní ošetření je zákrok provedený v případech nemoci či poranění bez ohledu na to, zda-li toto souvisí s aplikací drogy - např. abscesy apod., včetně neodkladné První pomoci.

Odkazování a zprostředkování – poskytnutí informací o konkrétním zařízení, službě spolu s předáním přesného kontaktu na zařízení, popřípadě i telefonicky dohodnutá možnost kontaktu.

Asistenční služba – je odborný a podpůrný doprovod klienta do léčby, zdravotnického zařízení, soudu či úřadu.

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

Práce s klienty ve vazbě a ve výkonu trestu (korespondenční práce) - Ke kontaktu s klientem, který je ve vazbě či ve výkonu trestu, dochází na základě korespondence (může se jednat o zprostředkování léčby či jiné pomoci v jeho aktuální situaci, nebo pouze o udržení kontaktu s vnějším světem).

Skupinové poradenství - Kolečko (otevřená skupina pro klienty) - Kolečko není až tak činnost jako spíš název pro pravidelné scházení se s klienty. Jde o skupinové setkání klientů a pracovníků centra.

5.6 Realizační tým

Tým KC FM je složen ze tří pracovníků na hlavní pracovní poměr, jednoho pracovníka na dohodu o provedení práce a jednoho pracovníka na dohodu o pracovní činnosti. Pracovníci na dohodu mají na starost terénní program. Tři pracovníci z celého týmu jsou vysokoškolsky vzdělaní a jeden pracovník vysokou školu studuje.

6 Strategie realizace a modifikace poskytovaných služeb Kontaktního centra ve Frýdku – Místku

6.1 Hodnocení efektivity v KC FM

Nabídka jednotlivých činností služby vychází z potřeb cílové skupiny a samozřejmě musí být v souladu se zákonem 108/2006 Sb. o sociálních službách a s cíly Národní strategie protidrogové politiky. Při poskytování služby je potřeba průběžně hodnotit, zda služba sleduje stanovené cíle a zda tyto jsou užitečné pro cílovou skupinu. Průběžné a pravidelné vyhodnocování je základním nástrojem KC FM, které napomáhá k zvyšování odborné úrovně poskytovaných služeb. Hodnocení služby je možno rozdělit do dvou základních skupin:

Kvantitativní hodnocení služby - kde se hodnotí počet nových klientů, počet vyměněného zdravotního materiálu, počet účastníků výměnného programu, počet klientů kteří službu využívají. Tato hodnocení se provádí 1x měsíčně, za každé uplynulé čtvrtletí a poté za celý rok.

Kvalitativní hodnocení služby - zde patří intervize (probíhá 1x týdně s časovou dotací 2 hodiny), supervize (probíhá 1x měsíčně s časovou dotací 2,5 hodin), pravidelné konzultace s metodikem organizace (1x měsíčně s časovou dotací 2 hodiny), dotazníková šetření a naplňování stanovených cílů.

6.2 Plány rozvoje služby

Profesionální a efektivní práce s uživateli omamných a psychotropních látek není možná bez spolupráce všech zaměstnanců KC FM. Komunikace na systematické rovině je realizována formou pravidelných porad a intervizí, kde je vyhrazen prostor pro sdílení informací, zkušeností, postřehů a rozdílných názorů na práci s konkrétními klienty či problémy nebo řešení provozních záležitostí.

Vždy začátkem roku tým Kontaktního centra na sestaví Plán činností, kde jsou popsány cíle a plány poskytované služby na daný rok. Tyto plány a cíle

jsou jednou za čtvrtletí společně se statistickými výstupy na poradě revidovány.

6.3 Porovnání výstupů činnosti KC FM za rok 2008/2009.

Tabulka č.1 - Počet uživatelů služby a jejich rozlišení

	2008	2009
Počet klientů – uživatelů drog (počet jednotlivých uživatelů drog, kteří využili v daném období alespoň jednou služeb programu)	205	214
– z toho mužů	165	169
– z toho injekčních uživatelů drog	135	132
– z toho se základní drogou heroin	3	1
– z toho se základní drogou pervitin	152	156
– z toho se základní drogou kokain/crack	0	0
– z toho se základní drogou kanabinoidy	32	36
– z toho se základní drogou extáze	0	0
– z toho se základní drogou těkavé látky	17	21
– z toho se základní látkou Subutex nelegálně	0	0
– z toho se základní látkou Subutex legálně	0	0
– z toho se základní látkou metadon nelegálně	0	0
– z toho se základní látkou metadon legálně	0	0
Průměrný věk klienta	nevidováno	nevidováno
Počet neuživatelů, kteří využili alespoň jednou služeb programu (Rodinní příslušníci, blízké osoby uživatelů)	196	204

Tabulka č. 2 - Počet výkonů jednotlivých činností a počet osob, které danou činnost využily

Služba	Počet osob, které danou službu využily		Počet výkonů ¹⁾ (v jednotkách uvedených v pravém sloupci)		
	2008	2009	2008	2009	
Kontakt s uživateli drog	205	214	5580	5070	Počet kontaktů ²⁾
– z toho prvních kontaktů	41	21	41	21	Počet kontaktů
Výměnný program	135	132	980	662	Počet výměn ³⁾
– vydané injekční jehly	x x x	x x x	34114	31943	Počet
Hygienický servis	135	138	1611/699	1499/738	Počet využití sprchy / pračky
Potravinový servis	143	150	3457	2572	Počet
Zdravotní ošetření	32	38	52	45	Počet ošetření
Individuální poradenství	215	388	502/40	842/45	Počet sezení/délka trvání jednoho
Skupinové poradenství	50	52	40/30	42/30	Počet skupin/délka a trvání jedné

Krizová intervence	15	9	22	13	Počet intervencí
Reference do K-center	0	0	0	0	Počet referencí
Reference do léčby	33	31	42	41	Počet referencí
Reference do programů substituce	0	0	0	0	Počet referencí
Asistenční služba	25	14	36	17	Počet intervencí
Testy HIV	9	31	9	33	Počet provedených testů
Testy HCV	24	36	26	38	Počet provedených testů
Testy HBV		36		38	Počet provedených testů
Těhotenské testy	8	8	9	10	Počet provedených testů
Testy na přítomnost drog	32	36	54	60	Počet provedených testů
Intervence po telefonu, internetu	x x x	x x x	140	182	Počet intervencí
První pomoc	0	0	0	0	Počet intervencí

1) Tj. kolikrát byla daná služba poskytnuta (např. počet ošetření, počet individuálních sezení, skupin)

2) Kontakt: každá návštěva, při které dochází k interakci mezi klientem a pracovníkem programu. Příjem telefonického hovoru není kontakt

3) Výměna: kontakt, při kterém dochází k výměně (příp. jen odevzdání či výdeji) jedné nebo více injekčních jehel

V důsledku změny provozní doby a rozdělení dnů na kontaktní práci a na poradenskou práci došlo ke snížení počtu kontaktů a navýšení počtu poradenských výkonů.

Z tohoto důvodu došlo ke snížení celkového počtu kontaktů z 5580 v roce 2008 na celkový počet kontaktů 5070 v roce 2009 a ke snížení výkonů hygienického a potravinového servisu.

V rámci poradenské práce došlo k výraznému nárůstu počtu výkonů – v roce 2007 246 poradenských výkonů, v roce 2008 502 poradenských výkonů a v roce 2009 842 poradenských výkonů (což činí nárůst o 67% oproti roku 2008). Do statistických údajů Individuální poradenství zahrnujeme individuální poradenství, rodinné poradenství a sociální práci.

V roce 2009 také došlo k nárůstu počtu testovaných klientů na hepatitidy a HIV. Oproti roku 2008 vzrostl počet testovaných klientů na hepatitidy o 46%.

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Průzkumné šetření specifických potřeb klientů KC FM

7.1 Zdůvodnění realizace průzkumného šetření

Průzkumné šetření by mělo odpovědět na otázku, zda nabídka poskytovaných činností v KC FM vychází ze zájmů cílové skupiny a zda naplňuje individuální a také specifické potřeby každého klienta. Důležité je vědět, zda je nabídka činností kompletní pro naplnění potřeb klientů, zda je nastavena cíleně na potřeby klientů, nebo se s nimi rozchází. Důležité je také vědět, jaká je přijatelnost činností, zda jsou tyto pro klienty realizovány vhodnou formou a v jaké míře odpovídají na zadání ze strany cílové skupiny. Odpovědi na tyto otázky mohou být pracovníkům KC FM užitečné pro další rozvoj činností zařízení a plánování. Praktická část, by měla přispět k efektivnějšímu rozvoji služby a také pomoci při zavádění Standardů sociálních služeb do praxe, konkrétně Standardu číslo 15, Zjištění kvality služeb. Inspirací pro průzkumné šetření byla již provedena studie „Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji“ vedená PhDr. Jiřím Brožou a PhDr. Michaelem Miovským PhD, pod záštitou akademie věd v roce 2004.

7.2 Základní etická pravidla a opatření

Hlavním předpokladem i závazkem při získávání informací prostřednictvím interview bude snaha neohrozit a nepoškodit účastníky průzkumného šetření. Současně se tento problém vztahuje i na tazatele. Proto budou přijata tato opatření:

- Účastníci šetření se účastní dobrovolně a bez nároku na honorář.
- Respondenti budou na začátku šetření vždy seznámeni s účelem šetření a se svými právy, včetně práva odmítnout nahrávání nebo práva kdykoli požádat o zničení nahrávky.
- Nahrávky budou po ukončení šetření a po jejich přepsání smazány. Všechny údaje, které by mohly být využity k identifikaci respondenta,

budou z přepisu nahrávky vymazány, aby byla zachována anonymita respondenta (ve smyslu zákona 101/2000 sb. o ochraně osobních údajů).

- Respondenti budou seznámeni s jejich právem kdykoli přerušit nebo ukončit účast na tomto šetření, neodpovídat na otázky, či kdykoli přerušit nebo ukončit rozhovor apod.

7.3 Cíl průzkumného šetření

Průzkumné šetření se zaměřuje na analýzu potřeb klientů Kontaktního centra ve Frýdku – Místku. Proto je potřebné zjistit a ověřit:

- jaká je přijatelnost a atraktivita poskytovaných činností,
- jaká je dostupnost služby a nabízených činností,
- zda služby odpovídají potřebám uživatelů, pokud neodpovídají, tak proč, a jak jinak by měly vypadat, či být zajišťovány, aby potřebám uživatelů odpovídaly.

Analýzou potřeb míním to, jak uživatelé služby sami vnímají kvalitu a působení nabízených činností a jaké zdokonalení by uvítali a proč. Přijatelností a atraktivností je míněno především to, v čem uživatelé spatřují zajímavost nabízených činností a za jakých podmínek činnosti chtějí či nechtějí využívat. Dostupností je myšlena dosažitelnost služby v rámci regionu v přijatelném čase a za přijatelných podmínek (tj. zda je služba poskytovaná zdarma, anonymně, bez doporučení atd.).

7.4 Zvolené metody průzkumného šetření

- polostrukturovaný rozhovor
- obsahová analýza textu

Jako metoda pro sběr dat byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru vzhledem k povaze zjišťovaného problému. Tato metoda umožňuje respondentům volnost v odpovědích a tazateli pokládat upřesňující dotazy.

7.5 Charakteristika výzkumného souboru

Průzkumné šetření bylo zaměřeno na názory, zkušenosti a potřeby klientů využívajících nízkoprahové služby KC FM, především tedy na uživatele nealkoholových drog. Jak již bylo dříve zmíněno v předcházejících kapitolách, zařízení klade důraz na terciární prevenci a zaměřuje se v práci především na problémové a rizikové uživatele drog. Při koncipování výzkumného souboru jsem se zaměřil zejména tuto skupinu. Rizikovým užíváním je myšleno především společné sdílení jehel a nechráněný sex s tendencí promiskuitního chování. Problémovým užíváním je myšleno intravenózní užívání drog nebo dlouhodobé užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu.

Většina klientů KC FM má primární závislost na pervitinu. Dále do charakteristiky výzkumného souboru byla začleněna i potřeba znalostí a zkušenosti poskytovaných činností služby, tj. určitý časový horizont návštěvnosti služeb. Spodní hranice tedy byla nastavena na minimálně dva roky využívání služeb od prvního kontaktu. Posledním kritériem bylo zohlednit procentuelní zastoupení mužů a žen, které by mělo kopírovat celkovou charakteristiku klientely za poslední rok a která se za poslední léta nijak výrazně nemění. Bylo proto zvoleno zastoupení šesti muži a jednou ženou. Výběr respondentů jsem provedl náhodným výběrem takto: navštívil jsem Kontaktní centrum tři středy po sobě v provozních hodinách a pracovníci z databáze registrovaných klientů zjistili, zda jsou v kontaktní místnosti klienti, kteří splňují charakteristiku výzkumného souboru. Klientů, kteří splňují charakteristiku výzkumného souboru, se pracovníci centra dotázali, zda jsou ochotni stát se respondenty.

Charakteristika výzkumného souboru:

- registrovaní uživatelé navštěvují Kontaktní centrum déle než dva roky
- klienti, kteří vykazují problémové a rizikové užívání drog
- klienti s primární závislostí na pervitinu
- klienti, kteří využívají více centrem nabízených činností
- procentuelní zastoupení mužů 80% a žen 20%.

7.6 Zpracování a analýza dat

Předpoklad pro práci s daty je jejich doslovný přepis. Poté jsem přepisy pečlivě pročítal a jednotlivé odpovědi jsem rozdělával do širších kategorií. V další etapě se původní širší kategorie dělily do menších celků.

7.7 Anamnestické údaje respondentů

Respondent č. 1 - **VLA10ALE03**

pohlaví: muž

věk: 32 let

primárně užívaná droga: pervitin, využívání služby KC FM: 2,5 roku

Respondent č. 2 - **PET06ŽAN07**

pohlaví: žena

věk: 26 let

primárně užívaná droga: pervitin, využívání služby KC FM: 4 roky

Respondent č. 3 - **KAT31DAV12**

pohlaví: muž

věk: 29 let

primárně užívaná droga: pervitin, využívání služby KC FM: 7 roků

Respondent č. 4 - **JAN24MIL02**

pohlaví: muž

věk: 32 let

primárně užívaná droga: pervitin, využívání služby KC FM: 7 roků

Respondent č. 5 - **MAR17JAN08**

pohlaví: muž

věk: 21 let

primárně užívaná droga: pervitin, využívání služby KC FM: 3 roky

Respondent č. 5 - **SYL03JAR04**

pohlaví: muž

věk: 31 let

primárně užívaná droga: pervitin, využívání služby KC FM: 2 roky

Respondent č. 7 - **TER01JOS10**

pohlaví: muž

věk: 45 let

primárně užívaná droga: pervitin, využívání služby KC FM: 9 roků

8 Výsledky průzkumného šetření

8.1 Dostupnost KC FM

Uživatelé drog se pohybují na hranici a za hranicí zákona a mnoho atributů jejich jednání a chování je v rozporu s normami dané společnosti. Zejména proto jsou problémoví uživatelé drog, kteří jsou cílovou skupinou kontaktního centra, značně uzavřenou a nedůvěřivou komunitou. Aby služby, které jsou této cílové skupině určeny, mohly efektivně fungovat, musí o nich cílová skupina vědět a musí také vědět, co služba nabízí. Bylo tedy potřeba zjistit, jak se klienti o službě dozvídají, jaká je jejich informovanost o nabízených činnostech a co je do centra přilákalo.

Na otázku, jakým způsobem ses o kontaktním centru dozvěděl, odpověděli čtyři ze sedmi dotazovaných, že se o službě dozvěděli od kamarádů nebo známých. Dva dotazovaní získali informace v jiné sociální službě a jeden dotazovaný vyhledal informace sám na internetu. Většina respondentů také ví o existenci terénního programu ve vybraných lokalitách města a registrují propagační letáčky, které jsou umístěny v pohostinstvích, klubech, jiných sociálních službách nebo na úřadech.

Pokud se měli klienti zamyslet nad způsobem jak informace o kontaktním centru a jeho činnostech propagovat lépe, pět ze sedmi dotazovaných dosavadní způsoby hodnotí jako dobré a nové způsoby sdělování informací je nenapadly. Jednoho dotazovaného napadlo službu a její činnosti prezentovat ve Frýdecko-Místeckém zpravodaji, kde by se o ní mohli dozvědět jak uživatelé, tak i široká veřejnost, a další z respondentů navrhol uspořádat pod záštitou kontaktního centra hudební akci nebo majáles, kde by se služba mohla více prezentovat mladým lidem.

Dále jsem se dotazoval, jak respondenti získávají informace o nabízených činnostech centra a zda jich mají dostatek. Klienti sdělují, že informace získávají především od pracovníků, z nástěnek, letáčků, od ostatních uživatelů nebo z internetu.

„Jo, dostatek informací určitě mám, už sem chodím dlouho, tak to znám, ale kdokoli přijde někdo nový, dostává informace od pracovníků, jsou tu letáky. Vyvěšený pravidla, služby a všechno na nástěnkách.“ (rozhovor s KAT31DAV12)

„Informace jsou napsané na nástěnce a od dalších klientů se teč něco dovím a od pracovníků.“ (SYL03JAR04)

„Pracovníci a ostatní klienti mi je řekli a za tu dobu co tu chodím, vím všechno.“ (MAR17JAN08)

Důvody, které uživatele vedly k návštěvě kontaktního centra, uvádí takoveto: „A co mě tady vedlo...ehh, asi ta výměna, že je tu ta polívka a že se tu můžu osprchovat, Ty služby co tu poskytují.“ (VLA10ALE03)

„Káčka jsem znal z Prahy a Brna, takže mě sem přilákala zvědavost, jaké to tu bude a věděl, jsem co káčko nabízí.“ (TER01JOS10)

„Tím že jsem byl na ulici, tak mě sem přilákala sprcha, pračka a další věci.“ (MAR17JAN08)

Zatímco očekávání a představy, jaké to na kontaktním centru bude, byly u respondentů rozdílné: „Byl jsem zvědavý.“ (TER01JOS10)

„Ty, žádné představy jsem neměl.“ (VLA10ALE03)

„No kámoši mi to popisovali, tak jsem si to nějak představil“ (MAR17JAN08), první návštěva v kontaktním centru byla pro čtyři dotazované příjemná.

„Tak jako cítil jsem se tu dobře“ (VLA10ALE03)

„...byl jsem překvapený, co všechno tady můžu využívat.“ (MAR17JAN08)

„...první návštěva byla hodně příjemná.“ (KAT31DAV12)

„Porovnával jsem s Prahou a Brnem, co je horší, co lepší, ale bylo to fajn.“ (TER01JOS10)

Uživatelé, kteří do centra přišli poprvé bez doprovodu, uvádějí, že byli nesví, protože nikoho neznali, styděli se. Naopak, ti, kteří byli při první návštěvě s někým, kdo do centra již dochází nebo jen s kamarádem, hodnotí první návštěvu kladně.

Odpovědi respondentů k otázkám, které se týkaly otevírací doby centra (viz. Kapitola 5.1 Základní popis Kontaktního centra) a pravidla jednoho vstupu denně (klient, který v daný den z centra odejde, se do centra může vrátit už

jen na výměnu a poradenství, ale nemůže využívat další činnosti), měly společný jmenovatel a to nespokojenost se současným stavem.

„...ten jeden vstup si myslím je moc přísný. Víš, člověk na tom perníku na jízdě je takový roztěkaný a odejde ven a neuvědomí si, že už nemůže zpět.“
(SYL03JAR04)

„No ten jeden vstup denně by tu nemusel být, mohlo by se tu vstupovat víckrát, ale dá se to přežít.“ (MAR17JAN08)

„Nevyhovuje mi to, lepší bylo, když to bylo od pondělí do pátku v kuse, když je to jen pondělí, středa, pátek, tak se tu všichni nahnou a nestíháme si třeba vyprat prádlo a tak.“ (PET06ŽAN07)

„...více mi vyhovovalo, když byl vstup pětkrát týdně.“ (TER01JOS10)

Klientům vyhovují hodiny, ve kterých je centrum otevřeno, ale sdělovali nespokojenost především pokud jde o možnost využívat kontaktní místnost a další činnosti jako hygienický a potravinový servis jen v pondělí, středu a pátek. Ostatní pracovní dny v týdnu jsou vyhrazeny pro poradenství a konzultace. V těchto dnech uživatelé mohou využít v centru jen výměnný servis.

S umístěním kontaktního centra a jeho dostupností byli spokojeni všichni dotázaní.

„Mám to kousek, já do káčka chcu chodit, takže klidně bych chodil i dál ale tady je to v centru a všude dobrý dosah.“ (TER01JOS10)

„Daleko to rozhodně nemám, je to skoro v centru, takže pohoda.“
(KAT31DAV12)

„Všude to mám stejně daleko a to místo je v pohodě.“ (PET06ŽAN07)

„Nemám to daleko, tady ve FM je všechno blízko, ... byl jsem sice překvapený, že je to v hoteláku, ale to místo je ok, tak u centra.“
(VLA10ALE03)

8.2 Spokojenost s činnostmi KC FM a jejich atraktivita

Hodnocení činností, které kontaktní centrum nabízí, samotnými klienty je nezbytnou zpětnou vazbou, zda služba naplňuje svůj cíl a také, zda je klienty považována za platnou pomoc a tedy naplňuje jejich potřeby.

Na první otázky zda respondenti dostávají v centru to, co potřebují a zda je nabídka činností dostačující odpověděli všichni dotázaní kladně.

„Jo, je to tady super, paráda, díky nim jsem toho hodně vyřídil, jsou dobří.“
(SYL03JAR04)

„Jsem s nima spokojený víc jak na sto procent, se vším.“ (VLA10ALE03)

„Jo, dostávám, co potřebuju, a všechno co nabízí, je pro nás klienty finančně výhodné.“ (KAT31DAV1)

„Vyhovuje mi to, co dostávám, a je toho dost.“ (MAR17JAN08)

V dalším bodě jsem zjišťoval, jakou důležitost mají pro respondenty jednotlivé služby. Jako nejdůležitější a nejvyužívanější uváděli respondenti hygienický servis (možnost osprchování, vyprání prádla, využití WC), výměnu injekčního materiálu, potravinový servis (čínská polévka 1x denně, pitný režim), využití kontaktní místnosti (možnost si odpočinout), informační servis, základní zdravotnické ošetření a poradenství při vyřizování běžných záležitostí. Jako méně důležité respondenti označili skupinové poradenství i- Kolečko, asistenční službu, poskytnutí krizové intervence, motivační trénink, prevenci relapsu, korespondenční práci ve vazbě a ve výkonu trestu, poradenství pro rodiče, osoby blízké, pro matky a ženy.

Poté co respondenti seřadili činnosti dle důležitosti a dle toho jak často činnosti využívají, byli dotazováni, zda jim něco v nabídce centra schází, co by ještě v centru uvítali.

„Ty já si jako myslím, že ty služby co tady jsou pro nás, neříkám, že jsou luxusní, ale jako je to hodně. Když to srovnám s Ostravou nebo Prahou, tam to třeba musím platit, ale mají třeba zas jinou výhodu. Maj tam třeba otevřeno o víkendech.“ (TER01JOS10)

„No kdysi měli v rozpočtu víc peněz a teďka nás nutí šetřit s cukrem a šťávou a s pracím práškem. A mohli by nás trošku více pošťouchnout třeba do

hledání práce. Třeba když sedíme v kontaktce (kontaktní místnost) tak by za náma přišli a řekli nám, co je za práce a jestli to někdo chce dělat. Trochu víc nás jako motivovali.“ (SYL03JAR04)

„Mohli by tu dávat nějaké prášky na bolest zubů nebo tak.“ (MAR17JAN08)
Ostatní respondenti nesdělili nic, co by jim v nabídce služeb chybělo.

Další zjišťovanou otázkou bylo, zda respondenti vnímají některou z nabízených činností jako zbytečnou nebo nedůležitou. Respondenti neoznačili žádnou z nabízených činností jako nedůležitou, v odpovědích sdělovali, že některé činnosti oni sami nyní nevyužívají, ale vědí, k čemu slouží, a většinou znali i někoho, kdo činnost využívá.

Na otázku, zda je nabídka činností kontaktního centra zajímavá a zda by jim vadilo, kdyby se centrum zrušilo, odpovídali respondenti následovně:

„Život by mi to neztížilo, bo já se umím postarat. Ale když jsem přišel z basy, tak mi moc pomohli vyřídit spoustu věcí, se kterými jsem si nevěděl rady. Soudy, veřejně prospěšné práce a tak. Mám tu taky doručovací adresu, takže si můžu přebírat všechnu poštu.“ (SYL03JAR04)

„No to je jasné, že je dobře, že káčko je. Chybělo by to hodně, kdyby nebylo, vyprat si věci a další věci. Pro mě a pro více lidí je to jako dost podstatné. Musel bych to všechno řešit někde u kámošů a udělat více peněz.“ (TER01JOS10)

„Musel bych chodit na azylák mezi lidi, které nemusím a celkově by to bylo na chuja, shánět čisté jehly. Asi bych na to neměl peníze a používal jednu častěji.“ (JAN24MIL02)

„Jo, káčko je pro mě pořád výhodné, a kdyby nebylo, válely by se po ulicích špíny (použitý injekční materiál) a nemohl bych si vyměnit jehly.“ (JAN24MIL02)

„Určitě, jsou atraktivní. Po městě by bylo hrozně stříkaček všude, kdyby káčko zrušili. Museli bychom udělat víc peněz po fuškách, brigádách na šrotu a čorkama (krádežemi), aby jsme se měli, tak jak s káčkem.“ (KAT31DAV12)

„No to by asi nevadilo jenom mně, ale to by asi chybělo každému. To je velká pomoc, co na káčku máme. Byli by z nás bezdomovci, kdyby nebylo. V jiných

službách nás berou jinak, když jsme feťáci, tady je to v pohodě ten přístup.“
(PET06ŽAN07)

„Jo, je zajímavá. Vadilo by mi, kdyby se zrušilo, i když jehly si můžu koupit, ale musel bych udělat víc peněz.“ (VLA10ALE03)

V případě otázek směřovaných k ideálnímu kontaktnímu centru a možnosti cokoli v nynějším centru změnit by tři respondenti upravili dobu poskytování všech služeb na všechny pracovní dny oproti dosavadním třem. Jeden respondent požadoval po pracovnících, aby klienty více motivovali do práce, léčby, řešení u soudu a vyřizování dalších záležitostí, další měl výhrady k pravidlům: *„Změnil bych některá pravidla, Hlavně pravidlo půl ročního zákazu vstupu za fyzickou agresi mezi náma. Dali jsem si tu s kámošem facku a měli jsme půl roku stop stav. Ale nakonec, jsme se odvolali, a trest se zkrátil. Půl rok je ale i tak moc.“* (KAT31DAV12)

V posledních otázkách tohoto okruhu jsem zjišťoval, zda respondenti znají někoho, kdo činnosti kontaktního centra nevyužívá a přitom by mohl a co by toto lidi co centra přilákalo.

„Znám lidi co sem chodí jen jednou za čas a vymění hodně jehel a nic víc. Někoho, kdo sem vůbec nechodí, neznám.“ (TER01JOS10)

„Neřeším to, ale spíš o nikom nevím. Lidi co nechcou, aby se vědělo, že sem chodí, tak přijdou v úterý a ve čtvrtek, kdy je to tu jen pro zvané, a na výměnu a vymění si.“ (SYL03JAR04)

„Jo znám lidi, co sem nechodí. Většinou mají strach z té společnosti, co tu je, aby tu zapadli, nebo si myslí, že to tu nepotřebujou. Zaměstnanci to asi nemůžou ovlivnit, jestli tu budou chodit nebo ne, je to na tom člověku.“
(MAR17JAN08)

„Jo, znám takové, ale nevím proč sem nechcou dojít. Já jim říkám, že to tu je a jak to tu chodí.“ (JAN24MIL02)

„Určitě znám lidi, co berou a o káčku vijou, ale nepřijdou. Prostě buď se jim nechce nebo si říkaj: vždycky mi někdo ty čisté donese, tak na co bych tam chodil. Mají strach, anonymita je pro ně důležitější. My se tu všichni známe mezi sebou, ale oni chcou bejt mimo skupinu. Pracovníci nemůžou nic udělat, s tím jim nikdo nepomůže. Lidi když nechcou, tak nepřijdou.“ (KAT31DAV12)

„Mám takové známé, co bydlejí, ale jenom řeknou někomu, ať jim donese čisté na výměnu. A co by je přilákalo? Nic, protože když člověk potřebuje, tak sem přijde, a když nepotřebuje tak sem nepříjde. Třeba my jsme bydleli na bytě rok a nepotřebovali jsem nic jiného, než čisté jehly. Měli jsme pračku, koupelku, tak jsme sem nechodili, jenom jsme si přišli na výměnu nebo něco zařídit na pracák. Člověk přijde sem, jenom když to potřebuje. Více sem chodí lidi, co nemají kde bydlet a hlavně přes zimu a když prší, to je masakr.“ (PET06ŽAN07)

„Nikoho takového neznám, a kdyby jo, ta bych mu o tom řekl a přivedl ho s sebou.“ (VLA10ALE03)

8.3 Spokojenost s přístupem personálu

Pokud budeme žádat poskytování služby kvalitně a efektivně, je to do jisté míry závislé na osobnostních a profesních kvalitách personálu. Důvěra je důležitý činitel, který ovlivňuje vztah mezi pracovníkem a klientem a má také vliv na to, jak budou služby cílovou skupinou přijímány a využívány.

Na otázku jak se pracovníci k respondentům chovají a jak hodnotí respondenti jejich přístup, hodnotili všichni dotazovaní chování pracovníků kladně.

„Já si myslím, že se chovají dobře. Mě znají dlouho, takže ke mně super. I k jiným se chovají dobře.“ (TER01JOS10)

„Super, kamarádský přístup, ne jak někde na úřadě.“ (SYL03JAR04)

„Dobře, bavíme se na rovinu.“ (JAN24MIL02)

„Je to všechno v pořádku, akorát sem tam si vyměníme názory jako jo, ale je fajn, že jim můžem říct svůj názor.“ (KAT31DAV12)

„Dobře se k nám chovaj.“ (PET06ŽAN07)

Poté jsem se dotazoval, zda se respondenti domnívají, že se k nim pracovníci chovají správným způsobem. Respondenti se domnívají, že se k nim pracovníci správně chovají a sdělují, že pracovníci se na klienty umí naladit, že jsou kamarádští a vstřícní.

Na další otázku, zda respondenti pracovníkům důvěřují, odpověděli opět všichni respondenti, že pracovníkům mohou důvěřovat.

„Jo, můžu se vykecat a cokoliv vybalit.“ (SYL03JAR04)

„Jo, věřím jim všem, co tu dělají a můžu jim všem důvěřovat.“ (MAR17JAN08)

„Jo důvěřuju jim. Pomáhali mi hodně s porodem před rokem a vyřizovali všechno se mnou. Odevzdání dětí k adopci a tak.“ (VLA10ALE03)

Poslední dvě otázky se týkaly pravidel, které musí klientela Kontaktního centra dodržovat. Pravidla definují práva a povinnosti klientů ale také personálu. Sankce za porušení pravidel jsou různě odstupňovány, nejpřísnějším trestem je zákaz návštěvy zařízení na dobu až půl roku. Při uplatňování pravidel a sankcí je velká pravděpodobnost, že dojde ke střetu pracovníků s klienty, což může v důsledku ovlivňovat i vzájemné vztahy. Otázky směřovaly ke zjištění názoru respondentů na tato pravidla a k tomu, co by respondenti sami na pravidlech změnili.

„Je to dané tím, že když něco chcu, tak musím něco dodržovat, takže pravidla беру. A změnit, ted' to neřeším, ale kdyby mi hrozil stop stav, tak bych je chtěl změnit.“ (TER01JOS10)

„Pravidla musí být. Lidi, co je neumí dodržovat, tady nemají co dělat, bo ty pravidla jsou jednoduché a v pohodě. Nikdy jsem neuvažoval nad tím, že by mi nějak vadily, takže bych je neměnil.“ (SYL03JAR04)

„Když se tu někdo bude bít nebo krást, tak je třeba ho potrestat, takže tu musí být pravidla a nechal bych je tak, jak to je.“ (MAR17JAN08)

Všichni dotazovaní důvod pravidel chápou a souhlasí s nimi, jen jeden z respondentů vznesl potřebu zmírnit trest půlročního zákazu vstupu za fyzickou agresi, což bylo zapříčiněno tím, že mu byl v minulosti udělen a nemohl služby vyjma výměny a poradenství využívat.

8.4 Shrnutí výsledků průzkumného šetření

Cílem průzkumného šetření bylo analyzovat potřeby uživatelů Kontaktního centra ve Frýdku - Místku v těchto okruzích:

Jaká je přijatelnost a atraktivita poskytovaných činností

Respondenti poskytovanou službu hodnotí velmi kladně, nespornou výhodou služby spatřují především v bezpečném prostředí, kde se mohou svěřit se svými problémy, které by v jiné sociální službě nemusely být personálem a ostatními klienty přijímány. Také fakt, že uživatele vede k první návštěvě zajímavá nabídka poskytovaných činností, svědčí o atraktivitě služby. Z šetření také vyšlo najevo, že služba je přijatelná především pro rizikové uživatele drog, kteří službu vyhledají z důvodů výměny injekčního materiálu a v případě, že ztratí bydlení, také z důvodu hygieny a vyřízení běžných záležitostí.

V jisté míře služba nevyhovuje těm uživatelům drog, kteří chtějí zůstat v anonymitě a nechtějí být v centru spatření jinými uživateli drog.

Jaká je dostupnost služby a nabízených činností

Nejosvědčenějším způsobem, jak se potenciální klienti služby dozvědí o existenci služby a jejich činnostech, je předávání informací od samotných klientů. Efektivní jsou také doporučení spolupracujících organizací, letáčky na úřadech, v institucích a v neposlední řadě také terénní program. Respondenti navrhli službu a její činnosti prezentovat také v městském zpravodaji nebo pod záštitou kontaktního centra uspořádat veřejnou hudební akci. Těmito způsoby by se služba mohla prezentovat jak v očích široké veřejnosti, tak také upozornit na svou existenci potenciální klienty. V samotných prostorách KC FM se respondenti cítí být dostatečně a srozumitelně informováni o nabízených činnostech, možnostech jak činnosti využívat a o pravidlech kontaktního centra od pracovníků, formou letáčků a z informačních nástěnek.

Umístění KC FM v blízkosti centra města je z pohledu respondentů vyhovující. Toto zjištění je však zkresleno faktem, že všichni dotazovaní momentálně bydlí na území města a nemusejí za službou dojíždět.

Většina respondentů sděluje svou nespokojenost s možností navštívit kontaktní centrum jen jednou za den a také s možností využívat některé

nabízené činnosti pouze v pondělí, ve středu a v pátek. Otevírací doba centra je z pohledu respondentů zvolená optimálně.

Zda služby odpovídají potřebám uživatelů, pokud neodpovídají, tak proč a jak jinak by měly vypadat či být zajišťovány, aby potřebám uživatelů odpovídaly.

Nabídku činností centra klienti chválí, sdělují, že dostávají to, co potřebují a pro co si do centra přišli. Jeden z respondentů by ocenil, kdyby se v nabídce objevily léky proti bolesti. Další by uvítal, kdyby pracovníci klienty více aktivizovali, nabízeli jim různé druhy práce, možnosti bydlení a způsoby vyřízení běžných záležitostí. Žádnou z výčtu činností dotazovaní neoznačili jako zbytečnou nebo nedůležitou. Případný zánik této služby by měl dopad především na zdravotní a sociální stránku klientů. Pro město Frýdek – Místek by zánik služby mohl představovat riziko nárůstu povalujícího se injekčního materiálu a podle sdělení respondentů by se také mohla zvýšit kriminalita. Služba klientům nabízí určitý standard, pro jehož zachování je potřeba mít peníze, a ty by uživatelé drog získávali především trestnou činností.

ZÁVĚR

Práce v drogové problematice jde neustále dopředu, vznikají nové nadnárodní, národní, krajské a další protidrogové strategie, které začleňují vědecké poznatky do metodických materiálů se záměrem neustále zvyšovat efektivitu a kvalitu poskytovaných služeb. Cílem je nepochybně minimalizace dopadů sociálně patologických jevů.

Také tým Kontaktního centra ve Frýdku – Místku musí hledat kvalitní nástroje, které využije pro zdokonalování svých pracovních metod s cílem zvyšovat efektivitu své práce a naplňovat poslání služby. Pravidelný monitoring vlastních výstupů práce, jejich následné hodnocení a případná modifikace služby, to vše lze považovat za účinný nástroj, který je schopen reagovat na překotný vývoj drogové scény a potřeb uživatelů drog.

V praktické části této práce jsem se zaměřil na zjištění, zda je nabídka služeb pro klienty Kontaktního centra ve Frýdku – Místku kompletní a zda je nastavena cíleně pro potřeby klientů, nebo se s jejich potřebami rozchází. Zjišťoval jsem nejen to, jak klienti vnímají a využívají nabízené činnosti služby, ale také jak vnímají pravidla, která upravují chod centra a rovněž přístup personálu, který má na využívání a efektivní poskytování služby neodmyslitelný vliv. Z výsledků průzkumného šetření vyplývá, že služba převážně naplňuje specifické potřeby klientů, kteří neočekávají pouze materiální pomoc ale také jisté pochopení a neodsuzující přístup pro svůj životní styl. Dále z šetření vyplývá, že jistou modifikaci by si dle respondentů zasloužila délka pobytu v centru, která je nyní omezena jen na jeden vstup denně a také možnost využít kontaktní místnost, hygienický a potravinový servis častěji, než pouze v dosavadních třech dnech v týdnu. Výše uvedené činnosti jsou spolu s výměnným servisem také jedny z nejčastěji žádaných produktů, které Kontaktní centrum ve Frýdku – Místku nabízí.

S výstupy získanými v průzkumném šetření je možné dále pracovat a tým Kontaktního centra ve Frýdku – Místku je může využít pro své pracovní

strategie, další rozvoj a zefektivnění služby, pokud by respondenty definované požadavky byly vyhodnoceny jako oprávněné.

Je také potřeba sdělit, že průzkumné šetření v podobě, v jaké bylo provedeno, je pouhou sondou do kvality poskytovaných služeb, která má vypovídající hodnotu v době jejího provedení. Aby se služba a její kvalita stále zvyšovala, je potřeba pravidelně získávat zpětnou vazbu od klientů služby a neustále reflektovat zjištěné výstupy.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie. Analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. s. 224. ISBN 978-80-247-2781-3

GÖHLERT, CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. 1. vydání. Praha: Ikar, 2001. s. 144. ISBN 80-7202-950-9

KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 319. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 343. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, K. a kolektiv. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: o.s. Filia nova, 2001. s. 118. ISBN 80-23-8014-4

Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 – 2009. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. s. 31. ISBN 80-86734-39-0

NOŽINA, M, *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha a Orlický újezd: KLP - Koniasch Latin Press & Livingstone, 1997. s. 348. ISBN 80-85917-36-X

PRESL, J. *Drogová závislost. Může být ohroženo i vaše dítě?* 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 1995. s. 88. ISBN 80-85800-25-X

URBAN, E. *Toxikománie*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1973. s. 200.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál, 2008. s. 872. ISBN 978-80-7367-414-4

ZÁBRANSKÝ, T. a kolektiv. *Racionální drogová politika. Uživatelé drog do rukou policie nebo lékařů?* 1. vydání. Olomouc: Votobia, 1997. s. 119. ISBN 80-7198-250-4

Zaostřeno na drogy 2/2009: Česká protidrogová politika a její koordinace. Historie a současnost. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. s. 12. ISSN 1214 -1089

2. Akční plán realizace Strategie protidrogové politiky Moravskoslezského kraje na období 2007 – 2009. Moravskoslezský kraj, Krajský úřad Moravskoslezského kraje, odbor sociálních věcí. s. 13.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Tématické okruhy polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 1

Tématické okruhy polostrukturovaného rozhovoru:

1) Dostupnost kontaktního centra:

- Jak ses o kontaktním centru dověděl?
- Máš dostatek informací o činnostech kontaktního centra?
- Jak tyto informace získáváš?
- Jak jinak by šlo tyto informace získávat lépe?
- Co tě vedlo k návštěvě kontaktního centra?
- Jaké jsi měl očekávání a představy, jaké to tam bude?
- Jaká pak byla skutečnost?
- Vyhovuje ti otevírací doba a povolená délka pobytu v kontaktním centru?
- Vyhovuje ti umístění kontaktního centra? Je to pro tebe v dobrém dosahu?

2) Spokojenost s činnostmi kontaktního centra a jejich atraktivita

- Dostáváš v kontaktním centru to, co potřebuješ? Dostačují ti nabízené činnosti?
- Seřaď činnosti podle toho jako mají důležitost pro tebe: Viz výčet činností
- Co ti schází (a třeba i zcela chybí) v nabídce činností?
- Co je zbytečné, nadbytečné, nedůležité v nabídce činností?
- Je nabídka činností kontaktního centra zajímavá? Vadilo by ti, kdyby se kontaktní centrum zrušilo?
- Co bys v kontaktním centru změnil, kdybys měl tuto možnost? (Jak a proč?)
- Jak by mělo vypadat ideální kontaktní centrum?
- Máš ve svém okolí někoho, o kom si myslíš, že kontaktní centrum potřebuje a nevyužívá ji?
- Proč? (nechce, nepotřebuje, něco jiného?)
- Co by tyto lidi do kontaktního centra přilákalo?

3) Spokojenost s přístupem personálu?

- Jak se k tobě pracovníci chovají, jak hodnotíš chování pracovníků služeb k tobě?
- Myslíš, že je to ten správný způsob?
- Důvěřuješ jim?
- Co si myslíš o pravidlech a trestech v kontaktním centru?
- Co bys na pravidlech a trestech změnil? Bylo by to k něčemu?