

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kvalitativní výzkum poradenských strategií u závislých osobností (drogy, alkohol)

Vypracovala: Mgr. Lenka Lerchová

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Procházka, Ph.D.

České Budějovice 2015

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

**Kvalitativní výzkum poradenských strategií u závislých
osobností (drogy, alkohol)**

Bakalářská práce

Autor: Mgr. Lenka Lerchová

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Procházka, Ph.D.

České Budějovice, červen 2015

University of South Bohemia in České Budějovice
Fakulty of Education
Department of Pedagogy and Psychology

**Qualitative research in counseling strategies dependent
personality (drugs, alcohol)**

Bachelor's Thesis

Author: Mgr. Lenka Lerchová

Study programme: Specialization in Education

Study of Programmer: Social Pedagogy

Supervisor: Mgr. Miroslav Procházka, Ph.D.

České Budějovice, červen 2015

Jméno a příjmení autora: Mgr. Lenka Lerchová

Název bakalářské práce: Kvalitativní výzkum poradenských strategií u závislých osobností (drogy, alkohol)

Pracoviště: Katedra pedagogiky a psychologie, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Procházka, Ph.D.

Rok obhajoby práce: 2015

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá výzkumem poradenských strategií při práci s osobami závislými na drogách a alkoholu.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zmapovat poradenské strategie a zkušenosti pracovníků, které uplatňují poradenské instituce v Českých Budějovicích při své práci s osobami závislými na drogách a alkoholu. V kontextu výzkumu jsem poradenské strategie pojala jako uplatňování promyšlených principů v poskytování adiktologických služeb. Zajímají mne informace, které charakterizují principy poskytování sociálních služeb, cíle poradenství, specifikace cílové skupiny klientů, typy poskytovaných služeb a zásady, které definují jejich poskytování. Dále mne zajímá, jak probíhá jednání s klienty, a to, jakým způsobem motivují pracovníci klienty ke změně. Jsem přesvědčena, že adiktologické zařízení, které dokáže promyšleně prezentovat svou strategii ve výše uvedených aspektech, se pro stávající i možné klienty stává čitelné a srozumitelné.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě základní části. Teoretická část bakalářské práce je složena ze čtyř kapitol a vychází z odborné literatury. V první kapitole jsou vymezeny některé pojmy z oblasti drogové problematiky. Ve druhé kapitole jsou rozděleny návykové látky a popsány jejich účinky na organismus. Třetí kapitola se zabývá poradenstvím v oblasti závislostí a tímto poradenstvím v terénu, poradenském centru a doléčovacím centru. Ve čtvrté kapitole je popsána metoda motivačního rozhovoru, jako jednoho z nástrojů poradenství v oblasti závislostí. Druhá část bakalářské práce je tvořena praktickou částí, v níž jsou popsány úkoly a výzkumný postup práce, popis zvoleného metodologického rámce a metod, a způsob zvolených subjektů. Dále jsou v praktické části bakalářské práce popsány vybrané instituce, které poskytují poradenství osobám závislým na drogách (alkoholu). V závěru bakalářské práce jsou získané informace shrnuty.

Klíčová slova: droga, alkohol, závislost, poradenství, motivace

Name and surname: Mgr. Lenka Lerchová

Title of the bachelor's thesis: Qualitative research in counseling strategies dependent personality (drugs, alcohol)

Department: Department of Pedagogy and Psychology, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice

Supervisor: Mgr. Miroslav Procházka, Ph.D.

The year of defence of the bachelor's thesis: 2015

Abstract:

This thesis deals with advisory strategies of people working with drug and alcohol addicts. The main objective of the thesis is to map advisory strategies and experience used by workers of advisory institutions in České Budějovice in their work with people addicted to drugs and alcohol. In the context of my research, I perceive advisory strategies as the application of sophisticated principles in providing addiction services. I am interested in information characterizing the principles of providing social services, counselling goals, specification of the target group of clients, types of provided services, and principles defining their provision. Furthermore, I focus on the treatment of clients, and how social workers encourage them to change. I believe that institutions presenting their strategies clearly become understandable for existing and potential clients.

The thesis is divided into two parts. The theoretical part consists of four chapters, and is based on scientific literature. The first chapter defines terms concerning drug issues. The second chapter is focused on the division of drugs and their effects on the organism. The third chapter deals with the issues of addiction counselling in institutions and in field, in counselling centers and after-care centers. The fourth chapter describes the method of motivational interviewing as one of the instruments used in the field of addiction counselling. The second part of the thesis is a practical part. It describes the tasks and research procedure. It contains a description of used methods. The practical part of the thesis also describes selected institutions providing counselling for individuals addicted to drugs (alcohol). In conclusion, the thesis summarizes the gathered information.

Key words: drug, alcohol, addiction, counselling, motivation

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátu.

V Českých Budějovicích dne 25.06.2015

Mgr. Lenka Lerchová

Poděkování

Děkuji touto cestou vedoucímu bakalářské práce Mg. Miroslavu Procházkovi, Ph.D. za odborné vedení práce, za praktické rady a nezištnou pomoc při zpracování této práce. Dále děkuji pracovníkům Občanského sdružení Prevent, za jejich ochotu a spolupráci při poskytování informací potřebných ke zpracování práce.

OBSAH

ÚVOD.....	12
-----------	----

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení pojmů z oblasti drogové problematiky.....14

1.1 Drogy.....	14
----------------	----

1.2 Návykové užívání.....	14
---------------------------	----

1.3 Závislost, faktory vzniku a rozvoje závislosti.....	14
---	----

1.4 Abusus.....	17
-----------------	----

1.5 Craving.....	17
------------------	----

1.6 Relaps.....	18
-----------------	----

2 Rozdělení a účinky návykových látek19

2.1 Alkohol a jeho účinky na organismus.....	19
--	----

2.2 Opioidy, opiáty a jejich účinky na organismus.....	21
--	----

2.3 Stimulancia a jejich účinky na organismus.....	22
--	----

2.4 Halucinogenní drogy a jejich účinky na organismus.....	25
--	----

2.5 Konopné drogy a jejich účinky na organismus.....	26
--	----

2.6 Analgetika, sedativa, trankvilizéry a jejich účinky na organismus.....	26
--	----

2.7 Těkavé látky a jejich účinky na organismus.....	28
---	----

3 Poradenství.....30

3.1 Poradenství ve službách pro uživatele návykových látek.....	31
---	----

3.2 Principy poradenství u uživatelů návykových látek.....	31
--	----

3.3 Poradenství pro uživatele návykových látek v terénu.....	32
--	----

3.4 Poradenství pro uživatele návykových látek v kontaktním či poradenském centru...35	
--	--

3.5 Poradenství pro uživatele návykových látek v doléčovacím centru.....	36
--	----

4 Motivační rozhovor, jako jeden z nástrojů poradenství v oblasti závislostí.....39

4.1 Proces změny motivace.....	39
--------------------------------	----

4.2 Principy motivačních rozhovorů.....	41
4.3 Základní techniky vedení motivačních rozhovorů.....	42
PRAKTICKÁ ČÁST	
5 Výzkumné šetření.....	44
5.1 Cíle výzkumného šetření a úkoly práce.....	44
5.2 Kvalitativní výzkum.....	44
5.2.1 Metody získávání dat.....	45
6 Adiktologická poradna Prevent (dále APP).....	47
6.1 Historie a současný stav APP.....	47
6.2 Principy fungování APP.....	48
6.3 Cíle odborného sociálního poradenství APP.....	49
6.4 Cílová skupina klientů APP.....	50
6.5 Kapacita programu APP.....	51
6.6 Spektrum služeb APP a zásady jejich poskytování.....	51
6.7 Jednání se zájemcem o službu APP.....	54
6.8 Individuální plánování APP.....	61
6.9 Výhody a nevýhody sociální práce z pohledu pracovníků APP.....	62
6.10 Statistické údaje APP.....	62
7 Doléčovací centrum Prevent (dále DCP).....	63
7.1 Historie a současný stav DCP.....	63
7.2 Spektrum služeb DCP a zásady jejich poskytování.....	65
7.3 Principy fungování DCP.....	71
7.4 Cíle následné péče DCP.....	72
7.5 Cílová skupina klientů DCP.....	73
7.6 Vstupní pohovor, přijetí žadatele, představení garanta v DCP.....	74
7.7 Individuální plán klienta DCP.....	76

7.8	Formy a fáze programu DCP.....	77
7.9	Výhody a nevýhody poskytování služeb z pohledu pracovníků DCP.....	81
7.10	Statistické údaje DCP.....	82
8	Jihočeský streetwork Prevent (dále JSP).....	83
8.1	Historie a současný stav JSP.....	83
8.2	Služby v rámci poradenství JSP.....	84
8.3	Principy poskytování služeb JSP.....	84
8.4	Cíle terénního programu JSP.....	85
8.5	Cílová skupina klientů JSP.....	85
8.6	Jednání s uživateli návykových látek v terénu.....	86
8.7	Výhody a nevýhody terénní sociální práce z pohledu pracovníků JSP.....	86
8.8	Statistické údaje JSP.....	87
9	Shrnutí.....	88
10	Závěr.....	97
11	Seznam literatury.....	98
12	Přílohy.....	101

SEZNAM ZKRATEK

APP	Adiktologická poradna Prevent
AT poradna	Alkoholicko-toxická poradna
BZD	benzodiazepiny
DCP	Doléčovací centrum Prevent
i.v.	intaravonózně (nitrožilně)
IPK	Individuální plán klienta
JSP	Jihočeský streetwork Prevent
OPP	obecně prospěšné práce
OPL	omamné a psychotropní látky
PL	Psychiatrická léčebna
PMS	Probační a mediační služba
RPP	Resocializační program Prevent
SSP	Státní sociální podpora
TK	Terapeutická komunita
ÚP	Úřad práce
VTOS	výkon trestu odnětí svobody

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ

Tab. 1: Dělení analgetik a některé používané preparáty

Tab. 2: Dělení hypnotik a některé používané preparáty

Tab. 3: Dělení anxiolytik (trankvilizérů) a některé používané preparáty

Obr. 1: Změny motivace

Obr. 2: Schéma organizační struktury APP

Obr. 3: Schéma poskytování služeb APP

Obr. 4: Schéma organizační struktury DCP

Obr. 5: Schéma organizační struktury JSP

ÚVOD

Drogy provázejí lidskou společnost od nepaměti a jsou aktuální realitou i v naší současné společnosti. V poslední době se na drogové scéně setkáváme s širokou nabídkou drog, což je důsledkem ochoty mladých lidí vyhledávat a zažívat stále nové zážitky. Řešení závažných problémů, které sebou přináší drogové závislosti se stává velkým problémem pro společnost, i každého závislého jedince a jeho nejbližší. Proto vyvstává nelehký úkol pro pracovníky v adiktologických službách minimalizovat rizika a škody na osobách, které jsou spojené s jejich závislostí na návykových látkách.

Téma bakalářské práce jsem zvolila z důvodu svého zájmu o danou problematiku, protože se ve své praxi čím dál častěji setkávám s osobami závislými na alkoholu nebo drogách, a to především se závislými matkami a nezletilými dětmi. Proto mne zajímalo, jaké jsou strategie poradenství institucí, které poskytují poradenství závislým osobám na drogách (alkoholu) v Českých Budějovicích.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě základní části. Teoretická část bakalářské práce je složena ze čtyř kapitol, kdy v první kapitole jsou vymezeny některé pojmy z oblasti drogové problematiky, jako droga, návykové užívání, závislost, abusus, craving a relaps.

Ve druhé kapitole jsou rozděleny návykové látky a popsány jejich účinky na organismus.

Třetí kapitola se zabývá poradenstvím v oblasti závislostí, a to poradenstvím v terénu, poradenském centru a doléčovacím centru.

Ve čtvrté kapitole je popsána metoda motivačního rozhovoru, jako jednoho z nástrojů poradenství v oblasti závislostí.

Druhá část bakalářské práce je tvořena praktickou částí, v níž jsou popsány cíle práce a stanoven výzkumný postup, popis zvoleného metodologického rámce a metod, a způsob zvolených subjektů. Dále jsou v praktické části bakalářské práce popsány instituce, které poskytují poradenství osobám závislým na drogách (alkoholu), a to především principy jejich poskytování sociálních služeb, cíle sociálního poradenství, cílové skupiny klientů, poskytované služby a zásady jejich poskytování. Dále je zde popsáno jednání s klienty, a to, jakým způsobem pracovníci motivují klienty ke změně. V závěru bakalářské práce jsou získané informace shrnuty.

„Pokud člověk pokračuje stále stejným směrem a vytrvá v něm, onen směr mu napoví, jaký bude jeho konec... Ale pokud se směr cesty změní, bude i konec života jiný“.

Charles Dickens, Vánoční koleda

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení pojmů z oblasti drogové problematiky

1.1 Drogy

Presl (1995) uvádí, že drogu můžeme chápat, jako každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje následující dva základní požadavky:

- má tzv. psychotropní účinek, což znamená, že ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše vnitřní naladění, jednoduše řečeno – působí na psychiku,
- může vyvolat závislost, obsahuje tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako potenciál závislosti.

1.2 Návykové užívání

Návykem na drogu nebo alkohol Kalina a kol. (2001, cit. s. 58) definuje jako „*opakované užívání psychoaktivní látky nebo látek v takovém množství, že uživatel se periodicky nebo chronicky intoxikuje, pociťuje nutkání k opakovanému užívání, má velké obtíže při snaze o přerušování užívání nebo o jeho ovlivnění (např. snížení dávek, prodloužení časových intervalů) a projevuje snahu získat psychoaktivní látku téměř jakýmkoliv způsobem*“.

Termín “návyk” může označovat dlouhodobé pravidelné i nepravidelné užívání. Poukazuje též na škodlivý vliv užívání dané látky pro jedince i společnost. Je široce používán veřejností i odborníky, i když nejde o diagnostický termín v pravém slova smyslu a již se neobjevuje v diagnostických manuálech. WHO v roce 1960 doporučila výraz závislost, která může dosahovat různého stupně závažnosti (Kalina a kol. 2001).

1.3 Závislost, faktory vzniku a rozvoje závislosti

„Jasně jsem si uvědomil, že jsem závislý, když jsem slíbil synovi, že přijdu domů za dvě hodiny, a místo toho jsem přišel za 14 dní“ (Nešpor 2011, cit. s. 9).

Pod pojmem závislost si různí lidé mohou představovat různé věci. Možná první, co nás napadne je alkohol, cigarety, heroin a hrací automaty. Ovšem věcí, na kterých se můžeme stát závislými je mnohem více, a když to potom s nadužíváním něčeho takového „přestřelíme“, můžeme dopadnout jako člověk dlouhodobě závislý třeba na heroinu. Člověk má od přírody obecně sklon k závislosti na vyvolávání si příjemných pocitů, např.

radosti, štěstí a na zbavování se nepříjemných pocitů, např. strachu, smutku (Pešek a kol. 2008).

Kalina a kol. (2003) definuje závislost jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání. Marhounová, Nešpor (1995) definují závislost na drogách jako stav fyzické a psychické vazby jedince na jednu nebo více drog, užívaných průběžně, se škodlivými následky jak pro jedince, tak pro společnost. Nešpor a kol. (1996) uvádí závislost podle Mezinárodní klasifikace nemocí následovně: Jedná se o skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky. Kalina a kol. (2003) dále uvádí, že za určitých okolností tato přirozená touha může přejít v nutkavost a zavdat tak příčinu k rozvoji chorobných znaků. Ty se projevují, vedle nutkavého dychtění po změně prožívání, také narušením až ztrátou kontroly nad nutkavým chováním, pokračováním v dosavadním vzorci chování, i přes narůstající důsledky a prohloubení stavu nelibosti při přerušení tohoto vzorce. Drogy vyvolávající závislost jsou nebezpečné tím, že ovlivňují prožívání razantně, většinou extrémně silně, s pocitem nebývalé intenzity a hloubky. Jsou tím nebezpečnější, čím rychleji působí, čím předvídatelnější je tento účinek, tím silnější se vytváří pozitivní zpětná vazba a touha tento zážitek opakovat.

„Existuje spousta způsobů, jak žít a prožít svůj život. Člověk si může vybrat. Volí každý z nás“ (Pešek a kol. 2008, cit. s. 7).

„Začal jsem brát ze zvědavosti“, říká drogově závislý klient, jeho rodiče zase říkají: „Určitě ho zkazila ta parta od vedle ze sídliště...“. Přijít přesně na ty činitele, které dohnaly člověka, aby sáhl po droze je někdy tak trochu detektivka (Pešek a kol. 2008).

Příčiny alkoholismu a drogové závislosti jsou velmi komplexní. Zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti. Při vytvoření závislosti jde nejčastěji o kombinaci řady faktorů, například určité fyziologické faktory se kombinují s psychologickými nebo sociokulturními faktory (Kalina a kol. 2003).

Nešpor (2011) uvádí následující jevy, které vedou ke stanovení definitivní diagnózy závislosti, došlo-li během jednoho roku ke třem nebo více z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky,

- tělesný odvykací stav – látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro danou látku,
- průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami,
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku,
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (např. poškození jater nadměrným pitím alkoholu).

Stadia užívání vedoucí k závislosti:

- *Experiment* – experimentátor užije drogu s jinými lidmi, a to pouze v případě, že je mu někým nabídnuta. Není narušeno jeho zdraví ani pracovní výkonnost a způsobilost. Zkouší to pouze ze zvědavosti.
- *Stadium aktivního vyhledávání* – uživatel drog vyhledává a sdružuje se s jinými uživateli, odpoutává se od původního okruhu jeho přátel. Vytváří si vlastní zásobu drog, které pak užívá spolu s ostatními uživateli. Zdraví již bývá většinou narušeno, finanční prostředky vynakládá na drogy. Na pocitové úrovni vyhledává slast, prožívat může i dysforii.
- *Stadium zaujetí drogou* – narůstá spotřeba drog, a v důsledku toho ubývá finančních prostředků. Od původního prostředí se zcela izoluje, mění své postoje. Trpí poruchami spánku, výživy, v zaměstnání podává snížené výkony a mění svůj vzhled (zanedbaný). Za drogu utrácí mnohem víc finančních prostředků a zadlužuje se. Uživatel je náladový a zažívá nepříjemné stavy.
- *Stadium závislosti* – všichni jeho přátelé užívají drogy. Uživatel je zadlužený, začíná krást, lhát a často sám drogy prodává. Sám již užívá vysoké dávky drogy, což má vliv na jeho zdraví, které je již značně narušené. Objevují se fyzické i psychické problémy. Drogu užívá, aby se cítil „normálně“ (Zábranský 2003).

1.4 Abusus

Jedná se o termín, který je široce používán v různém významu. V Úmluvách OSN se „abusus“ týká jakékoliv spotřeby kontrolované látky bez ohledu na řídkost jejího užití (Kalina a kol. 2001).

V Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (DSM-IV) je abusus psychoaktivních látek definován, jak uvádí Kalina a kol. (2001, cit. s. 8) jako „maladaptivní vzorec užívání látky vedoucí ke klinicky významnému poškození nebo psychické úzkosti, projevených jednou (či vícekrát) v následujících dvanácti měsících:

1. *Opakující se užití látky vedoucí k neplnění zásadních povinností v práci, škole nebo doma.*
2. *Opakující se užití látky v situacích, kdy je to fyzicky nebezpečné.*
3. *Opakující se právní problémy spojené s užíváním látky.*
4. *Pokračující užívání i přes trvalé nebo opakující se sociální či mezilidské problémy způsobené nebo obnovené efektem dané látky“.*

Termín „abusus“ občas označuje jakékoliv užití vůbec, zejména nezákonných drog.

Kvůli dvojznačnosti je tento termín používán v ICD-10 pouze pro látky, které nevyvolávají závislost. U látek vyvolávajících závislost doporučuje WHO ekvivalentní termín „škodlivé užívání.“ Přesto se termín „látkové zneužívání“ (substance abuse) široce používá a obvykle se vztahuje na problémy spojené s užíváním psychoaktivních látek. Definice v ekonomických studiích nákladů definují "abusus" (zneužívání) jako „každé užívání, které kromě nákladů na obstarání drogy, zahrnuje též sociální náklady pro komunitu“ (Kalina a kol. 200, cit. s. 8).

1.5 Craving

Craving (bažení) znamená silnou touhu po psychoaktivní látce (droze) nebo pocit puzení tuto drogu užít. Craving je jedním ze základních kritérií pro diagnózu závislosti. „Silná touha po droze“ je také příznakem některých odvykacích stavů.

K subjektivním příznakům cravingu dle Kaliny (2001, cit. s. 19) patří:

1. *„vzpomínky na pocity pod vlivem návykové látky nebo fantazie na toto téma, často nutkavého charakteru,*
2. *svírání na hrudi, bušení srdce, svírání žaludku, sucho v ústech, třesy, bolesti hlavy a v různých částech těla, pocení,*

3. *silná touha po návykové látce úzkost, stísněnost, únava, slabost, zhoršené vnímání okolí, neklid, vzrušení, podrážděnost“.*

Craving rozlišujeme na tělesný (vznikající při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm) a psychický (objevuje se i po delší abstinenci). Bažení, nebo fenomén mu blízký, je také součástí definice patologického hráčství a lze se s ním setkat i při léčbě jiných návykových poruch (Kalina a kol. 2001).

1.6 Relaps

Relaps je dle Kaliny a kol. (2001, cit. s. 91) definován jako *„návrát k pití nebo k užívání jiných drog po období abstinence, často doprovázený návratem příznaků závislosti“*. Prevence relapsu se podle Kaliny a kol. (2001, cit. s. 85) rozumí *„přístup zaměřený na sebekontrolu, používaný při léčbě různých druhů závislého chování. Jedná se o psychoedukační program kombinující techniky kognitivních intervencí a trénink dovedností s cílem pomoci osobě změnit jeho závislé chování a udržet tyto změny“*.

2 Rozdělení a účinky návykových látek

Základní a nejdůležitější dělení drog v České republice z hlediska zákona je na drogy legální (alkohol, tabák, kofein, těkavé látky, psychotropně působící léky) a nelegální (všechny ostatní) (Zábranský 2003).

Existuje řada systémů dělení drog. Celkově je můžeme rozdělit do tří nejpoužívanějších typů klasifikace:

- podle vzniku
 - přírodní (např. konopné produkty, opium, psychoaktivní houby a rostliny)
 - semisyntetické (např. morfin, heroin, LSD, kokain)
 - syntetické (např. amfetaminy, extáze, těkavé látky, analgetika a sedativa)
- podle typu působení a chemického složení
 - tlumivé látky (např. opiátová skupina, anxiolitika a hypnotika)
 - stimulancia (např. amfetaminy, kokain)
 - halucinogeny (např. konopné produkty, LSD, těkavé látky, extáze) (Štablová, Brejcha 2005, Zábranský 2003).

2.1 Alkohol a jeho účinky na organismus

Problémy související s alkoholem jsou v rámci léčby drogové závislosti mnohdy podceňovány a zanedbávány. Přitom alkohol patří mezi drogově závislémi k nejčastěji uváděné „sekundární“ problémové droze. Některé formy užívání drog, například kokainu, jsou často úzce spjaty s těžkým alkoholizmem (Gossop 2009).

Pokud mluvíme o alkoholu, znamená to nápoje, které jsou z největší části směsí ochucené vody a lihu (Kolektiv autorů SANANIM 2007).

Účinky alkoholu na organismus

Alkohol působí na centrální nervový systém, který všeobecně tlumí, přestože díky uvolnění po užití, je alkohol považován za životabudič. Již v malém množství jsou patrné jeho účinky na rychlost reakcí, koordinaci pohybů, úsudek, rozhodování. Oslabuje vnímání bolesti, vysoké koncentrace alkoholu tlumí centra pro dýchání a krevní oběh, což může vést až ke smrti. Obzvlášť nebezpečné jsou proto kombinace s jinými tlumivými látkami.

Akutní stav má následující scénář: Zpočátku se nevyskytují typické projevy opilosti, je patrná euforie a snižuje se schopnost výkonů vyžadujících pozornost a soustředění. Uvolňují se zábrany, člověk je více „společenský“, někdy je také více „sebevědomý“ a agresivní. Po vypití dalšího alkoholu vzniká vážnější porucha pozornosti, porucha řeči

a rovnováhy, ztráta sebekontroly, které se stupňují, posléze se přidává spavost, nevolnost a zvracení. V horším případě přechází hluboký spánek do bezvědomí a při smrtelné otravě alkoholem může dojít až k udušení vzhledem k útlumu mozkových center, která řídí dýchání a krevní oběh.

Dle dávky, resp. hladiny alkoholu v krvi, je možné opilost rozdělit následovně:

- lehkou, která je charakterizována spíše excitací (dávka do 1,5 g/l),
- středně těžkou, která je charakterizována útlumem a ospalostí (dávka 1,6 – 2,0 g/l),
- těžkou, kdy stav hraničí s narkózou, postižení může být obtížně probuditelný (dávka 2,0 – 3,0 g/l),
- velmi těžkou, kdy dochází k bezvědomí, hrozí zástava dechu a oběhu (dávky nad 3,0 g/l).

Závislostní potenciál alkoholu je celkem vysoký. Platí, že v čím nižším věku se začne s užíváním, tím je vznik závislosti snazší. Po dlouhodobém užívání alkoholu může závislost být až život ohrožující. Abstinenční příznaky nastávají několik hodin po skončení pití, vrcholí 2. až 3. den a odeznívají asi do týdne. Začínají třesem, v těžších případech dochází k vážné poruše vědomí (delirium tremens) a halucinacemi. Těžké stavy mohou doprovázet křeče. Může také docházet k epizodám výrazného neklidu a agresivity. Pokud nedojde k léčbě, uvádí se pravděpodobnost úmrtí dvacet procent. K úmrtí může dojít i v případě adekvátní terapie, zvláště v kombinaci s nějakým onemocněním nebo úrazem.

Rizika spojená s užíváním alkoholu

Somatické postižení je většinou vázáno na dlouhodobější užívání alkoholu. Lokálně dráždivý účinek vede k poškození trávicího traktu (záněty žaludku a střev doprovázené trávicími obtížemi a průjmy). V játrech dochází nejdříve k odumření buněk v centru jaterních lalůček, postupně dochází k poškození vazivových trámčů, což znamená, že játra již nejsou schopna regenerace. Probíhají hormonální změny, u mužů se snižuje produkce testosteronu a tím v konečném důsledku dochází k impotenci. Poškozen je i srdeční oběh. Psychické komplikace vznikají po dlouhodobém, roky trvajícím pití alkoholu. V lehčím stadiu se objevují halucinace a paranoidně psychotická porucha, konečným stadiem je alkoholová demence s malou nadějí na zlepšení (Kolektiv autorů SANANIM 2007).

2.2 Opioidy, opiáty a jejich účinky na organismus

Jedná se o látky, které jsou původně získané z opia a v medicíně se používají především k tlumení silné bolesti a kašle (Borník 2001). Tyto drogy jsou často užívané vzhledem k jejich euforickým účinkům a vysoké návykovosti (Illes 2002).

Do této skupiny patří např.:

- *Heroin (hero, háčko, herák)*

Heroin je hrudkovitá, práškovitá hmota od barvy bílé až po hnědou. Bílý prášek se od hnědého liší tím, že hnědý prášek je v podstatě heroinová báze se špatnou rozpustností, proto se ředí kyselinou citrónovou a poté se na lžičce zahřívá. Bílý heroin je hydrochlorid, který je koncentrovanější a podíl účinných látek je mírně přes 90%. Nejčastější a zároveň nejrizikovější způsob aplikace je nitrožilní, další méně rizikové způsoby užívání jsou šňupání, kouření a inhalace z aluminiové fólie. Mezi pozorovatelné projevy při aplikaci heroinu patří útlum, spavost, zpomalené reakce a zhoršená koordinace, zúžené zornice („špendlíkové hlavičky“), dech je pomalý a povrchní, řeč je nesrozumitelná a euforie je střídána apatií (Pešek a kol. 2008, Borník 2001). Rizika spojená s nitrožilní aplikací heroinu jsou kožní problémy, žloutenka typu C, B, HIV/AIDS, poruchy potence u mužů, u žen poruchy menstruačního cyklu, ztráta zájmů, kriminální jednání a celková osobní degradace (Pešek a kol. 2008).

Tolerance se vyvíjí poměrně rychle na analgetické a euforické účinky, tudíž jsou uživatelé pro zachování efektu nuceni stále svou dávku zvyšovat (Petr a kol. 2005). Heroin je typickou drogou s tzv. neakceptovatelným rizikem. Na tuto drogu je vysoká psychická a fyzická návykovost s těžkými abstinenčními příznaky (Pešek a kol. 2008). Odvykací syndrom vzniká asi 10 hodin po poslední aplikaci s maximem 2. až 3. den a trvá asi 10 dní. Intenzita odvykacího syndromu závisí na podávané dávce. V lehčích případech se projevuje především příznaky ze strany trávicího traktu, a to bolestí břicha, průjmů, mydriasi, úzkostí a špatnou náladou, pravidelnou, obvykle delší dobu přetrvávající obtíž je nespavost. V těžších případech dochází k vzestupu tělesné teploty, úplné nespavosti, poruchám řeči, třesům, nechutenství a dehydrataci. Vzácně dochází ke kolapsu a úmrtí. Pro odvykací stav není podstatné, jaká byla forma aplikace heroinu, důležitá je dávka a pravidelnost užívání. Po odvyknutí rychle klesá tolerance, což vede k riziku smrtelného předávkování dávkou, kterou uživatel před tím běžně užívala, ale i dávkou menší (Kalina a kol. 2003).

- „*Braun*“

Braun je specificky česká droga, která se vyrábí v domácích laboratořích z léčiv obsahujících kodein. Výsledným produktem je tinktura hnědé barvy, která se aplikuje nitrožilně a má nižší potenciál pro vznik závislosti než heroin. Účinky a důsledky užívání této drogy jsou obdobné jako u heroinu a opioidů obecně. Ve druhé polovině 90. let byl braun z české drogové scény zcela vytěsňen heroinem, nyní se však dostává ke slovu jako náhradní droga při výkyvech heroinového trhu (Kalina a kol. 2003).

- *Metadon*

Metadon patří mezi syntetické opioidy, díky mimořádně pomalému nástupu účinku doprovázenému jen minimálním pocitem euforie má nižší potenciál závislosti než heroin. Poločas eliminace je cca 25 hodin, což je výrazně delší než u heroinu, což umožňuje při substituční léčbě dávkování 1× denně (Kalina a kol. 2003). Nešpor, Müllerová (1999) uvádějí jako výhodu metadonu pomalejší vylučování a dále možnost podávání ústy, nevýhodou pak je delší odvykací syndrom než je tomu např. u heroinu. Detoxifikace z metadonu trvá déle než detoxifikace z heroinu, což znamená, že metadon není k detoxifikaci nejvhodnější. Hlavním důvodem, proč se tedy metadon podává, je právě dlouhodobá substituce. O zařazení do metadonové léčby musí rozhodnout lékař.

2.3 Stimulancia a jejich účinky na organismus

Psychostimulancia (psycholeptika, psychomimetika) s nefyziologickým budivým efektem na centrální nervový systém. Typickými zástupci jsou pervitin, amfetamin, kokain a extáze.

Akutními účinky psychostimulancií je zvýšení psychomotorického tempa, bdělost (vigilita) především urychlením myšlení, zvýšení nabídky asociací a výbavnosti paměti, zkrácení spánku, zahnání únavy, vyvolání euforie a velmi příjemného pocitu síly, a to duševní i tělesné. Dále snížení pocitu hladu a chutě k jídlu.

Dlouhodobým účinkem užívání stimulancií je kromě vzniku psychické závislosti (somatickou závislost tyto látky nevyvolávají), která se vyznačuje tzv. cravingem (dychtěním po látce respektive po jejím účinku). Psychická závislost je na rozdíl od somatické závislosti důvodem k relativně dlouhé léčbě a uživatele handicapuje při jakémkoli dalším užití látky. Užívání stimulancií představuje zátěž především pro kardiovaskulární systém, stoupá riziko srdečních a mozkových příhod. Vzhledem k nechutenství dochází k rychlému úbytku váhy, někdy i o více než 10 kg za měsíc.

Dlouhodobé užívání může také vést k toxické psychóze, tu může vyvolat i jednorázová vysoká dávka látky. Tento stav se většinou objevuje pod obrazem paranoidního či paranoidně-halucinatorního syndromu („stíha“). Psychóza se rozvíjí zvolna, začíná senzitivní vztahovачností, zpočátku je přítomný náhled, který později mizí. Mezi hlavní rysy rozvinuté toxické psychózy u uživatelů stimulancií patří:

- zřetelné paranoidní domněnky, že uživateli chce nikdo ublížit,
- zřetelné postižení nálady,
- zrakové, sluchové a taktilní halucinace (obrazu mohou dominovat zrakové halucinace, u kokainu většinou dominují taktilní halucinace) (Kalina a kol. 2003).
- *Kokain*

Kokain je bílý prášek, který znecitlivuje sliznice. Jeho typické užívání je šňupání, injekční aplikace je méně častá.

Rychlost nástupu účinku závisí na formě podání a účinky kokainu trvají poměrně krátce a již po 30 minutách ustupují a poločas vylučování je 0,7 – 1,5 hodiny podle množství užití látky. Somaticky se účinek drogy projeví zvýšením krevního tlaku, zrychlením pulzu, rozšířením zornic, pocením a nevolností. Při prvním užití jsou pocity většinou spíše nepříjemné (srdeční slabost, rozšíření zornic, třes rukou, mrazení, bledost), teprve opakované užívání vede k euforii. Uživatel kokainu je veselý, družný, má halucinace příjemného obsahu, dostavuje se touha po pohybu a zvýšeném výkonu. U některých uživatelů se objevuje lenivá snivost spojená s halucinacemi. Tento stav připomíná hypomani, tzn., že intoxikovaný je často na první pohled nápadný přebytkem energie, hovorností, hyperaktivitou až agitovaným neklidem. Dostavuje se euforie, nápadné jsou poruchy chování, vymizení zábran, vystupňovaný sexuální pud vede k nymfomanickému chování u žen. Kokain snižuje chuť k jídlu, je silné anorektikum, což vede často k viditelné hubenosti a podvýživě.

Dlouhodobé účinky kokainu souvisejí především s psychickou závislostí. Podle některých autorů je právě na kokainu jedna z nejsilnějších závislostí. Objevují se stavy úzkosti, panické ataky a paranoidní psychotické epizody. Užívání kokainu dále představuje obrovskou zátěž pro kardiovaskulární systém, stoupá riziko srdečních a mozkových příhod. Dlouhodobé šňupání vede k poškození nosní sliznice, kde často dochází k nevratným změnám v oblasti nosu (nekrózy) a může dojít až ke ztrátě čichu. Běžné jsou také psychotické epizody paranoidního charakteru – toxické psychózy. Typické bývají tělové halucinace, při nichž má postižený pocit, že je napaden hmyzem. Postižený dále trpí pocity

sledování, které mohou vést až k agresivitě (Kalina a kol. 2003, Kolektiv autorů SANANIM 2007).

- *Pervitin (perník, piko, peří, péčko)*

Pervitin je krystalický bílý, ale i nažloutlý prášek, který má hořkou chuť. Pervitin se aplikuje ústy, šňupáním nebo nitrožilní aplikací, Kalina a kol. (2003) uvádí, že právě nitrožilní aplikace patří u uživatelů pervitinu v ČR k nejčastější. Hlavní příznaky intoxikace po užití pervitinu zmizí za 8 až 24 hodin. Z těla se vylučuje močí, biologický poločas je 12 až 34 hodin. Jeho průkaz laboratorními metodami v moči je možný po 2 až 14 dnech.

Pervitin je psychomotorický stimulans, který zřetelně ovlivňuje motoriku, ale i psychické funkce, jeho užití vede k euforii, snižuje únavu, navozuje stereotypní chování, působí nechutenství. V těle uvolňuje energii a tím zvyšuje výkonnost celého organismu. Dále urychluje psychomotorické tempo, způsobuje motorický neklid, zvyšuje krevní tlak a tep, stoupá dechová frekvence.

Při prvním požití se často objevují bolesti v oblasti čela a úzkost. Následuje neklid, hyperaktivita, hovornost, zrychlená mluva, neklid. Možný je pocit pronásledování, nechutenství, hubnutí. Kůže je bledá s vyrážkou a škrábanci především na ruce a v obličeji. Po dojezdu účinku přichází podrážděnost, nesoustředěnost, deprese a spánek, který může trvat i několik dní, jako projev spánkového dluhu a vyčerpání.

Jako následek chronického užívání mohou vznikat organické změny na mozku doprovázené demencí. Závislý je neklidný, cítí napětí, úzkost, podrážděnost, poruchy spánku, panikaření, nevolnost, zvracení a sucho v ústech. Při dlouhodobém užívání se dostavuje celková sešlost z podvýživy, třes, bolest u srdce, bolesti kloubů, široké nereagující zornice, krvácení v plicích, játrech a slezině.

Riziko vzniku závislosti je značné, ale poněkud nižší než u kokainu. Uživatel pervitinu mívá delší dobu dojem, a to i tvrdit, že má „drogu pod kontrolou“ (Kalina a kol. 2003, Pešek a kol. 2008).

- *Extáze (éčko, extoška, extasy, tableta)*

Extáze se užívá ve formě tablety nebo kapsle a aplikuje se ústy. Její největší nebezpečí spočívá v poškození psychických funkcí, může vyvolat psychickou toxickou psychózu, tzv. „stíhu“, která má za následek nepředvídatelné jednání. Je oblíbenou diskotékovou drogou (Borník 2001, Pešek a kol. 2008).

- *Amfetamin*

Způsob užití amfetaminu je ve formě tablety nebo kapsle. Po požití přichází nadměrná vnímavost, euforie, ztráta chuti, zrychlená dechová frekvence, tepová frekvence a zvýšená teplota (Borník 2001, Illes 2002).

2.4 Halucinogenní drogy a jejich účinky na organismus

Kalina a kol. (2003) uvádí, že halucinogenní drogy patří mezi skupinu drog, která je nejvíce vědecky zkoumána, a to nejen díky jejich neobvyklým vlastnostem a účinkům na psychiku člověka, ale i díky tajemnosti, nevyzpytatelnosti až mystičnosti účinků, využívaných lidskou kulturou již od nepaměti.

Mezi nejčastější halucinogeny patří LSD a psilocybin (lysohlávky).

- *LSD (trip, kyselina, papírek, acid)*

LSD se na našem současném trhu objevuje téměř výhradně ve formě tzv. tripů či krystalů. Účinnou látkou je diethylamid kyseliny lysergové (LSD-25). Trip jsou malé papírové čtverečky s potiskem, který zobrazuje různé symboly. Krystalky jsou většinou tmavomodré nebo zelené barvy, které jsou podobné škrtačímu kamínku do zapalovače. Oba tyto přípravky se podávají ústy, kde se nechají postupně rozpustit pod jazykem.

- *Psilocybin (lysohlávky)*

Psilocybin je psychicky velmi aktivní látka obsažená v houbách rodu lysohlávek. Ty se běžně vyskytují na velké části území ČR.

Účinky obou látek (LSD, psilocybin) jsou si vzájemně velmi podobné. Nástup a účinky jsou závislé na množství užití látky, její čistoty a individuální citlivosti vůči jejímu účinku. Nástup bývá doprovázen pocitem mírného chvění, neschopností ovládat pohyby, někdy bývají pocity závratě či nevolnosti. Po odeznění účinku mohou přetrvávat duševní potíže, např. deprese. U lysohlávek bývají tělesné příznaky výraznější, často spojené s mírným třeselem a neklidem, které doprovází zvýšený krevní tlak a tep. Výjimečně může tento stav přejít do výrazně neklidného až agresivního jednání. Celková délka intoxikace se v závislosti na požití dávce pohybuje mezi 4 až 8 hodinami.

Při dlouhodobém užívání vzniká psychická závislost, úzkostné stavy, deprese a panické ataky, zvýšená vztahovačnost, narušený vztah k realitě, zmatenost a riziko sebevražedného chování. Většina výše popsaných stavů postupně ustupuje s odeznívající intoxikací (Kalina a kol. 2003, Pešek a kol. 2008).

2.5 Konopné drogy a jejich účinky na organismus

Kalina a kol. (2003) uvádí, že na černém trhu se vyskytují a jsou zneužívány dvě základní formy drogy, a to marihuana a hašiš.

- *Marihuana (tráva, džoint, mařka, brko, špek, zeli...)*

Marihuana představuje název pro sušené květenství a horní lístky ze samičí rostliny konopí setého, které obsahují účinnou látku delta 9 – tetrahydrocannabinol (THC). Síla marihuany je dána množstvím THC, které obsahuje. Mezi nejčastější formu užití patří kouření, přidává se např. do těsta na sušenky, koláčky atd.

- *Hašiš (haš, čokoláda)*

Hašiš je konopná pryskyřice, obvykle obsahující malý obsah květenství a drobných nečistot. Barva je tmavě zelená až hnědá, v některých případech se barva mění podle původu – v českých zemích je nejčastěji světle hnědý z Maroka. Hašiš se podává ve formě placiček nebo kostek, dá se i kouřit v dýmce a je šestkrát účinnější než marihuana. Hašišový olej je hustá viskózní kapalina, a je také nejnebezpečnější formou užívání (Borník 2001, Kalina a kol. 2003, Petr a kol. 2005).

Účinek při vykouření drogy nastupuje obvykle během několika desítek sekund až minut v závislosti na obsahu aktivních látek obsažených v droze. Při podání ústy nastupuje účinek pomaleji a později, ale déle trvá. Celková doba účinku po vykouření drogy se pohybuje od 3 do 6 hodin. Mezi nejčastější účinky konopných látek patří sucho v ústech, pocit chladu a hlad. Typická pro konopnou intoxikaci je deformace ve vnímání času, deformace ve vnímání prostoru, sluchové, hmatové a zrakové iluze. Mezi pozorovatelné projevy patří zarudnutí očí, hlasitá mluva, nepřiměřený a bezdůvodný smích, zvýšená chuť k jídlu, později se mohou projevit poruchy krátkodobé paměti. Při dlouhodobém užívání se snižuje imunita organismu, dochází k opakovaným zánětům dýchacích cest, zhoršuje se paměť a pozornost, záchvaty silných úzkostí, žaludeční potíže a vzniká riziko odstartování schizofrenie. Uživatel ztrácí zájem o vše, co se netýká marihuany (demotivace pro běžný životní styl, zvyšuje se sociální izolovanost) (Kalina a kol. 2003, Pešek a kol. 2008).

2.6 Analgetika, sedativa, trankvilizéry a jejich účinky na organismus

Analgetika jsou látky, které s dostatečnou selektivitou snižují vnímání bolesti. Analgetika můžeme rozdělit do dvou základních skupin, a to opioidní analgetika a nesteroidní antiflogistika (NSA).

Opioidní analgetika působí přímo v centrální nervové soustavě, kde blokují bolest. Naopak nesteroidní antiflogistika působí v místě bolesti, kde se vytváří zánětlivá reakce.

Sedativa jsou látky se všeobecným zklidňujícím účinkem, v přeneseném slova smyslu můžeme za sedativa pokládat též hypnotika, tzn. léky na spaní.

Skupinou léků, které pozitivním způsobem ovlivňují náladu, jsou anxiolytika – trankvilizéry. Anxiolytika svým působením snižují či odstraňují úzkost, psychické napětí a strach.

Tab. 1: Dělení analgetik a některé používané preparáty (Kalina a kol. 2003)

Analgetika	Opioidy	Přírodní Polysyntetické a syntetické	MORPHIN, CODEIN* TRAMAL, FORTRAL, FENTANYL, TEMGESIC
	Nesteroidní antiflogistika		ASPIRIN, ACYLPYRIN, BRUFEN, DICLOFENAC, SURGAM, INDOMETACIN
	Kombinovaná		ALNAGON*, EFERALGAN Codeine, KORYLAN

*Tyto preparáty mohou vyvolat návyk.

Tab. 2: Dělení hypnotik a některé používané preparáty (Kalina a kol. 2003)

I. generace hypnotik	Barbiturátová PHENAEMAL*
	Nebarbiturátová
II. generace hypnotik	ROHYPNOL**, NITRAZEPAM, DORMICUM
III. generace hypnotik	HYPNOGEN, STILNOX, ZOPICLON**
Ostatní (hypnotický efekt je pouze adjuvantním projevem hlavního farmakologického působení)	Neuroleptika (TISERCIN, CHLORPROTHIXEN), Antihistaminika (DITHIADEN, PROTHAZIN), Antidepresiva (AMITRIPTYLIN, REMERON)

*Tyto preparáty mohou vyvolat návyk.

**U těchto preparátů jsou popsány kazuistiky vzniku závislosti

Tab. 3: Dělení anxiolytik (trankvilizérů) a některé používané preparáty (Kalina a kol. 2003)

Anxiolytika	Propandioly	MYDOCALM, QUAJACURAN, MEPROBAMAT*
	Benzodiazepiny*	DIAZEPAM, VALIUM, SEDUXEN, OXAZEPAM, NEUROL, XANAX, LEXAURIN, DEFOBIN, RADEPUR, RIVOTRIL, RUDOTEL, GRANDAXIN
	Jiná	Malé dávky tricyklických antidepresiv (AMITRIPTYLIN, PROTHIADEN) Malé dávky neuroleptik (PLEGOMAZIN, TISERCIN, CHLORPROTHIXEN) Blokátory (TRIMEPRANOL)

*Tyto preparáty mohou vyvolat návyk.

Mezi kritéria akutní intoxikace sedativy nebo hypnotiky podle Kaliny a kol. (2003) patří:

- A. Musí být splněna obecná kritéria pro akutní intoxikaci.
- B. Dysfunkční chování se projevuje nejméně jednou z následujících charakteristik:
 1. euforie nebo desinhibice,
 2. apatie nebo útlum,
 3. hrubost nebo agresivita,
 4. labilita nálady,
 5. zhoršení pozornosti
 6. anterográdní amnézie,
 7. zhoršení psychomotorického výkonu,
 8. rušivý vliv na běžné denní činnosti.
- C. Musí být přítomen nejméně jeden z následujících znaků:
 1. kolísavá chůze,
 2. obtíže při stoji,
 3. setřelá řeč,
 4. nystagmus,
 5. snížené vědomí
 6. kožní léze.

2.7 Těkavé látky a jejich účinky na organismus

Do této skupiny patří některá rozpouštědla, ředidla, lepidla, ale i plynné látky, jako je např. éter a rajský plyn. Jednotlivé těkavé látky se od sebe liší chemickým složením, způsobem účinku a klinickým obrazem. Jejich společným znakem je ovlivnění centrální nervové soustavy, které se projevuje euforií, většinou s útlumem, a také se mohou objevit zrakové a sluchové halucinace.

Mezi jednotlivé inhalační drogy patří:

- *Toulen*

Toulen je v současné době nejrozšířenějším zástupcem skupiny inhalačních drog v ČR. Chemicky se jedná o aromatický uhlovodík. Toulen je bezbarvá kapalina a používá se jako ředidlo a rozpouštědlo, zejména laků. Může se inhalovat přímo z lahve, ale častějším způsobem je inhalace výparů toulenu z napuštěné látky. Toulen vyvolává silnou psychickou závislost, někteří uživatelé ho inhalují prakticky denně a v důsledku toho nejsou schopni výkonu žádného zaměstnání a postupem času dochází k degradaci osobnosti.

- *Trichlorethylen*

Jedná se o jedovatou kapalinu, která slouží zejména jako všestranné rozpouštědlo používané v průmyslu. Při jeho inhalaci se dostaví euforie, mohou se dostavit zrakové a sluchové halucinace.

- *Aceton*

Aceton je mnohostranné rozpouštědlo.

- *Rajský plyn*

Rajský plyn je v podstatě oxid dusný, který po smíšení s kyslíkem vyvolává krátce po vdechnutí uživatelem opojný bezbolestný stav, a v medicíně se používá ke krátkodobým narkózám. Inhaluje se z tlakových lahvíček na výrobu šlehačky nebo z nafukovacích balónků, ze kterých je vdechován.

Při inhalaci těkavých látek se rychle dostavuje pocit euforie, poruchy vnímání, které doprovází živé a barevné halucinace, uživatel je utlumený, ospalý, dochází k poruchám vědomí. Mezi pozorovatelné projevy intoxikace patří typický zápach příslušné látky z úst uživatele, jeho dechu, rozšířené zornice, zarudlé oči, vyrážky v okolí nosu a úst, chování je zmatené, uživatel je agresivní, dostaví se úzkost a depresivní stavy. Při delším užívání dochází k celkovému otupění „hloupnutí“, poruchám emotivity a chování, agresivitě, ztrátě zájmů a výkonnosti. Jde o typický organický psychosyndrom, který je daný působením zneužívané látky na mozkovou tkáň. Často dochází k toxickému poškození jater a ledvin, poleptání dýchacích cest, rozvoj organické mozkové demence. K úmrtí může dojít již při prvním experimentálním užití, možnost předávkování s následnou těžkou otravou je u těchto látek poměrně častá (Kalina a kol. 2003, Pešek a kol. 2008).

3 Poradenství

Matoušek a kol. (2003) uvádí, že v současnosti se poradenstvím zabývají všechny pomáhající profese a je považováno za všestrannou činnost, podle Kaliny a kol. (2003) obecně znamená takovou činnost, při které na jedné straně vystupuje vyškolený odborník (poradce) nabízející a realizující specifické služby a na straně druhé uživatel (klient), který tyto služby dobrovolně využívá.

Novosad (2009) cit. str. 99, definuje pojem poradenství následovně: „*Poradenství můžeme vymezit jako proces, při kterém profesionál poskytuje druhému člověku (páru, rodině, skupině) ve vztahu partnerské spolupráce při řešení problému informace, rady, vedení a podporu přiměřeně k (nepříznivé) životní situaci člověka a jeho životním cílům a potřebám tak, aby se zlepšila schopnost jedince (páru, rodiny, skupiny) se ve své životní situaci orientovat a na základě využití vlastních sil a zdrojů okolí ji co nejlépe řešit nebo přijmout rozhodnutí, včetně přijetí zodpovědnosti za důsledky svého rozhodnutí*“.

Poradenství je jako druh sociální služby zakotveno v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který stanovuje jako samostatný druh služby tzv. sociální poradenství, které zahrnuje:

- a) základní sociální poradenství, které poskytuje jedincům základní informace přispívající k řešení, jejich nepříznivé životní situace,
- b) odborné sociální poradenství, které se zaměřuje na specifické potřeby jednotlivých sociálních skupin, tedy osob. např. v poradnách pro oběti domácího násilí, poradnách pro poruchy příjmu potravy, rodinných centrech apod. Odborné sociální poradenství dle tohoto zákona obsahuje základní činnosti jako je „zprostředkování kontaktu se společenským prostředím“, „sociálně terapeutické činnosti“ a „pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (<http://www.zakonyprolidi.cz/cs>).

Podle § 33 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se sociální služby dělí na služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Terénními službami se rozumí takové služby, které jsou osobám poskytovány v jejich přirozeném prostředí. Pobytovými službami se rozumí služby, které jsou osobám poskytovány v zařízeních sociálních služeb. Ambulantní služby jsou takové, do kterých osoby docházejí nebo jsou doprovázeny či dopravovány do zařízení sociálních služeb, ale součástí služby není ubytování (<http://www.zakonyprolidi.cz/cs>).

3.1 Poradenství ve službách pro uživatele návykových látek

Poradenství vedle poskytování základního servisu, provázení, výchovy a psychoterapie patří neodmyslitelně do rejstříku služeb poskytovaných uživatelům návykových látek. Jedná se o intervenci, která se v péči o uživatele drog objevuje velmi často, a to především u uživatelů, kteří nejsou motivováni k léčbě, nebo jejich léčba je sporná.

Sociální poradenství, § 37 b) zákona č. 108/2006 Sb. - odborné sociální poradenství - je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností (<http://www.zakonyprolidi.cz/cs>).

Základní cílovou skupinu (klientelu) tvoří uživatelé návykových látek v různém stupni experimentování s návykovými látkami či závislosti na nich, a také v různém stupni motivace, očekávání a požadavků na poradenské služby. Dále lze do cílové skupiny zahrnout rodinné příslušníky uživatelů nebo jejich blízké známé, kterých se užívání klienta osobně či společensky týká.

Ke kontaktu s klientem může docházet především v terénu, přičemž je kontaktní aktivita závislá převážně na terénním pracovníkovi (streetworkerovi), a v kontaktním nebo poradenském centru, kde očekáváme základní aktivitu od samotného klienta. Dalším druhem poradenské služby, kterou poradenská centra nabízejí, bývají telefonická poradenství.

Kontaktní centra, kromě výše zmíněných klientů vyhledávají klienti, kteří jsou se svým životním stylem nespokojeni a mají potřebu osobní nebo společenské změny. S těmito klienty lze postoupit od podání základních informací k rozhovorům motivujícím ke změně životního stylu a od jednorázové poradenské intervence k systematické, strukturované a dlouhodobější pracovní spolupráci s jasně vymezenými cíli (Kalina a kol. 2003).

Podle zákona o sociálních službách, zákon č.108/2006 Sb. je vymezení některých pojmů následovné:

3.2 Principy poradenství u uživatelů návykových látek

Poradenství, a to jakékoliv, je založeno na vztahu mezi poskytovatelem služby (poradcem) a tím, kdo službu přijímá (klient). Tento vztah je založený na vzájemné spolupráci, která může být uskutečněna buď ze strany poradce (práce v terénu), nebo ze strany klienta

(kontaktní/poradenské centrum). Výsledný efekt a kvalita kontaktu je závislá zejména na následujících faktorech:

- 1) schopnosti pracovníka znát dobře problematiku, ve které se pohybuje,
- 2) vytvoření vhodných podmínek pro kontakt, který je přijatelný pro obě strany,
- 3) být klientovi důvěryhodným partnerem,
- 4) být si vědom své role a dokázat udržet hranice vztahu,
- 5) odhadnout reálné možnosti klienta a respektovat je,
- 6) strukturovat rozhovor tak, aby pomohl klientovi vytvořit si představu svého očekávání,
- 7) umět použít svou osobnost ve prospěch klienta (Kalina a kol. 2003).

Němec (2013) vytyčuje základní principy poskytování služeb následovně:

- 1) *Dobrovolnost, informované rozhodnutí* – účast uživatele služby v programu je dobrovolná, o jeho využití a průběhu se uživatel rozhoduje se znalostí podmínek, práv a povinností.
- 2) *Rovnost* – odborné služby programů jsou veřejně přístupné bez ohledu na vzdělání, pohlaví, rasu, politické přesvědčení, náboženství, právní či společenské postavení.
- 3) *Odbornost a spolupráce* – služby jsou poskytovány personálem s odpovídajícím vzděláním a praxí. Pokud požadovanou či indikovanou službu daný program neposkytuje, nakontaktuje klienta na příslušné odborné pracoviště.
- 4) *Otevřenost* – uživatelé služby se mohou aktivně podílet na tvorbě a nastavení služeb, hodnotit užitečnost a efektivitu služby, vyjadřovat se k problémům.
- 5) *Respekt* – poskytovatel respektuje možnosti a schopnosti každého klienta, který se samostatně rozhodne, jakou službu využije.
- 6) *Důvěrnost, mlčenlivost* – veškeré jmenovité údaje o klientech, jejich zdravotním stavu, drogové „kariéře“ atd. jsou důvěrné a nejsou poskytovány bez souhlasu klienta třetím osobám.

Důležitým předpokladem efektivního poradenství je oboustranně přijatelné vytyčení společných cílů, které je závislé na potřebách a motivaci klienta. Cíle jsou odlišné při práci v terénu, kontaktním centru, v ambulantní péči apod. (Kalina a kol. 2003).

3.3 Poradenství pro uživatele návykových látek v terénu

Terénní programy, § 69, zákona č. 108/2006 Sb. - jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy.

Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně (<http://www.zakonyprolidi.cz/cs>).

Poradenství v terénu, zejména na ulici nebo v klubech, má formu různých nabídek přinášejících klientovi určité výhody a bezpečí. Jde především o formu „Harm Reduktion“, což je aktivita snižující rizika spojená s užíváním návykových látek, případně může poradce klientovi nabídnout docházení do kontaktního či poradenského centra. Cílem této činnosti je převážně vytvoření pro klienta přijatelné vazby mezi světem drog, ve kterém žije a světem bezdrogovým, který do té doby vnímá jako ohrožující. Pokud je klient ochoten diskutovat o svém životě, poradce by měl naslouchat a nabídnout klientovi přijatelnou formou možnosti dalších aktivit (Kalina a kol. 2003).

Podle Rhodese (1999) jsou důvody pro streetwork následující:

1. Cílové skupiny populace se nedaří účinně oslovit existujícími způsoby intervence.
2. Existující metody intervence neposkytují takové služby, které cílové skupiny potřebují.

Bednářová, Pelech (1999) k výše uvedenému uvádí další důvod pro streetwork, kterým je sociální prevence.

Kalina a kol. (2003) uvádí, že terénní programy stojí na pomyslném začátku v systému péče o uživatele drog, ale často jsou pro uživatele drog první službou, se kterou se uživatel setkává. Z toho vyplývá i cílová populace terénních programů, tzn., že se jedná o klientelu obtížně dosažitelnou (tzv. skrytá populace), s minimální motivací službu vyhledat a řešit často závažné problémy zdravotní, sociální, psychologické nebo právní povahy.

Na drogové scéně do „skryté populace“ patří dle Kaliny a kol. (2003):

- tzv. experimentátoři, tj. většinou mladí lidé, kteří jsou v začátcích v experimentování se drogou,
- „dětí ulice“, které nacházejí přechodný azyl na drogových bytech (mohou být ve fázi experimentování, pravidelného užívání nebo zcela závislí),
- pravidelní uživatelé drog, jejichž situace zdravotní ani sociální ještě není „debaklová“, a kteří proto ještě nejsou motivováni k vyhledání sociální služby,
- problémoví uživatelé drog v rozvinutém stupni závislosti, kteří většinou nejsou schopni služby vyhledat a využít.

Terénní práce se zaměřuje převážně na klienty, kteří se chovají rizikovým způsobem a nejsou motivováni ke změně tohoto chování. Hlavním cílem terénních pracovníků je navázání vztahu, který bude postavený na vzájemné důvěře a následně je pak motivovat ke změně rizikového chování, např. sdílení jehel a dalšího náčiní apod., a tuto změnu udržet. Terénní programy si kladou za cíl kontaktovat „skrytou populaci“ a působit na ni v ideálním případě směrem k úplné abstinenci, nebo alespoň směrem k chování, které povede k minimalizaci zdravotních a sociálních rizik. Cílem terénních programů tedy je minimalizace negativních důsledků užívání drog, a to nejen pro samotné uživatele, ale i pro společnost.

Složky terénní práce jsou následující: výměna injekčního materiálu nebo dalšího materiálu (kondomů, náplastí, filtrů, aluminiových fólií), poskytování informací z oblasti drogové problematiky (účinky drog, důsledky braní drog, abusu, závislosti apod.), informace o dostupných formách pomoci (možnost léčby, pravidla pro přijetí do zařízení, kontakty na zařízení), poskytnutí sociálního a zdravotního poradenství (vyřizování občanského průkazu, dluhy na zdravotním pojištění, hledání ubytování, volná pracovní místa, ošetření drobných poranění), a poradenství a krizová intervence (Kalina a kol. 2003).

Práce streetworkera má několik fází:

1. fáze – seznamovací - streetworker tráví čas ve „své“ lokalitě, všímá si kde, a proč se scházejí uživatelé drog, vyhledává vhodné osoby a navazuje kontakty, a „nechává se vidět“, tím umožňuje, aby si na něho obyvatelé lokality zvykli,
2. fáze – znamená navazování osobních kontaktů, která je považována za klíčovou a ze strany streetworkera je nezbytná otevřenost a upřímnost, měl by uživateli drog vysvětlit kdo je, proč přichází a co může tomuto uživateli nabídnout,
3. fáze – vytvoření vzájemné důvěry, navázání hlubšího kontaktu mezi klientem a streetworkerem, a na základě toho ovlivňovat chování klienta a motivovat ho ke změně,
4. fáze – seznámení se s klientovým problémem, zjišťování a hledání příčin, které ho k problému vedly, navržení řešení problémové situace na základě zvážení reálných schopností klienta a na možnostech institucí, které by se v případě řešení klientovy situace mohly účastnit (Kalina a kol. 2003).

Kalina a kol. (2003) uvádí, že ne vždy se streetworkerovi podaří s klientem projít všechny výše uvedené fáze, ale pokud se podaří streetworkerovi předat klientovi informaci, že se o

něho někdo zajímá, a že se má v případě nouze na koho obrátit, je to důvodem pro streetworkera k pocitu dobře odvedené práce.

3.4 Poradenství pro uživatele návykových látek v kontaktním či poradenském centru

Pokud se klient obrátí na poradenské (kontaktní) centrum, lze předpokládat, že má potřebu změny, nevyhýbá se kontaktu a je ochoten kontakty sám navazovat. Klientovi je nabídnuto posezení v kontaktní místnosti, rozhovor s kontaktním pracovníkem, docházení na programy, které jsou kontaktním centrem realizovány apod. Práce s klientem v kontaktním centru je odlišná od poradenství v terénu, a to především vzhledem k intenzivnější spolupráci s odborníkem, která skýtá pro klienta i nadějnější budoucnost.

V kontaktním centru se lze setkat se samotnými uživateli návykových látek, ale také s jejich příbuznými, blízkými, známými apod. (Kalina a kol. 2003).

Kontaktní centra, § 59, zákona č. 108/2006 Sb. - jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek (<http://www.zakonyprolidi.cz/cs>).

U klienta, který je ochoten docházet do kontaktního centra lze přemýšlet o možnostech, které klient má vzhledem ke zmírnění následků užívání drog, k omezení či dokonce ukončení užívání drog nebo ke změně životního stylu. Zpočátku se poradce snaží o navázání vztahu s klientem, což vede ke vzájemnému porozumění a důvěře. Cílem vzájemného kontaktu je postupně společně hledat možnosti, které by klientovi umožnily posun ke spokojenějšímu způsobu života, přičemž by měl poradce posuzovat problém klienta na dvou základních rovinách, na rovině osobnosti s jejími přirozenými schopnostmi a na rovině závislosti, která je pod vlivem návykové látky. Osobnostní vývoj jedince je mnohdy složitý a užíváním návykových látek, které vedou k uspokojení vnitřní, často nevědomé potřeby se ještě více komplikuje. Pokud naplní užívání návykových látek tyto potřeby, výrazně se tím omezí motivace vedoucí ke změně růstu osobnosti a jedinec regreduje do původní závislostní polohy (Kalina a kol.).

Rovinou osobnostní máme na mysli všechny bio-psycho-sociální složky doplněné spirituální úrovní. Pracovat na této úrovni je nejvhodnější, pokud klient dokáže žít bez drogy, a je tudíž schopen přirozeně vnímat své obtíže a zpracovat je jinou než únikovou formou.

Rovina závislostní se postupně vyvíjí, popř. se do ní jedinec vrací, vlivem nevhodného chování nebo nevhodného vlivu okolí. V této úrovni je jedinec ovlivňován samotnou drogou a tomu se také musí přizpůsobit i kontakt s ním.

V případě, že klient nevidí v užívání návykových látek problém, je na poradci, aby přistoupil na jeho variantu komplikace, ale měl by mít stále na paměti, že droga hraje v klientově životě významnou roli. Dále by si měl poradce uvědomit, že klientova očekávání změny nejsou ve většině případů realistická, klient může přenášet odpovědnost za řešení své situace na poradce, proto je důležité, aby poradce jasně vymezil možnosti a limity setkání (Kalina a kol. 2003).

Cílem poradenství, které je realizováno v poradnách nebo kontaktních centrech nebývá dosažení abstinence. Aktuální cíle je potřeba stanovit individuálně, v závislosti na reálných možnostech klienta, vycházejících ze vzájemné spolupráce s aktivním přístupem klienta. Tyto cíle by měly být splnitelné pokud možno v krátkém časovém horizontu. Klienti mají tendenci vnímat svou situaci lépe, než se ve skutečnosti jeví a na poradci je, aby pomohl klientovi si reálnou situaci uvědomit (Kalina a kol. 2003).

Mezi hlavní pravidla poradenství s uživateli drog v kontaktním centru patří:

- vytvářet bezpečný a důvěryhodný prostor pro klientovu aktivitu a postupně na něj přenášet odpovědnost za svá rozhodnutí a jejich realizaci,
- vytvářet společně s klientem jasně strukturované krátkodobé a skutečně dosažitelné cíle,
- vyhodnocovat společně s klientem dosažení jeho pokroku,
- posilovat klientovy reálné osobní možnosti,
- nabízet další možnosti rozvoje a motivovat jej k případné intenzivní péči nebo dalším aktivitám a osobnímu růstu (Kalina a kol. 2003).

3.5 Poradenství pro uživatele návykových látek v doléčovacím centru

Služby následné péče, § 64, zákona č. 108/2006 Sb. - jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstínují (<http://www.zakonyprolidi.cz/cs>).

Kalina a kol. (2003, cit. s. 208) definuje cílovou populaci pro programy následné péče následovně: „*abstijní osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách*

s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce; preference osob, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou péči (ambulantní či rezidenční), s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci“.

Základním úkolem následné péče je pomoci závislému, který se navrácí do „normálního“ života, vytvořit podmínky pro jeho abstinenci, protože právě stabilizace životního stylu závislého je klíčový faktor ovlivňující efektivitu léčby závislosti (Kalina a kol. 2003).

Hlavní složky programu následné péče:

1. *Psychoterapie* se v následné péči zaměřuje na stabilizaci abstinence od primární drogy. V případě následné péče se jedná o podpůrnou psychoterapii zaměřenou na stabilizaci klientovy emotivity.
2. *Prevence relapsu.* Obava z možného relapsu je klíčovým motivačním faktorem závislého pro vstup do programu následné péče. Cílem prevence relapsu je vybavit klienta dovednostmi a vědomostmi tak, aby se zvýšila jeho sebekontrola a tím se snížila pravděpodobnost relapsu. Důležité je pomoci klientovi získat náhled, naučit jej zvládat rizikové situace a pomoci mu integrovat se do „normálního života“.
3. *Sociální práce* má nezastupitelnou roli při intervencích, které jsou zaměřené na stabilizaci životního stylu závislého. Mezi hlavní sociálně právní problémy, se kterými se potýkají klienti programů následné péče patří: dluhy u zdravotní pojišťovny a jiné dluhy, sociální dávky, trestní stíhání, trestní rejstřík apod.
4. *Práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace.* Mít zaměstnání je jedním ze základních ukazatelů integrace do „normálního života“ a je jedním z hlavních úkolů pro závislého, který nastupuje do programu následné péče, proto je v této oblasti velmi důležitá spolupráce programu následné péče s úřady práce, místními firmami, chráněnými dílnami apod.
5. *Lékařská péče.* Přestože následná péče spadá převážně do oblasti socioterapie, nesmí být lékařská péče u klientů následné péče opomíjena. Důsledkem zneužívání drog dochází k poškození organismu člověka, proto je důležitá kromě psychosociální stabilizace, i stabilizace fyzická. V rámci následné péče je nezbytné pomoci klientovi nalézt adekvátní lékařskou péči.
6. *Práce s rodinnými příslušníky.* Efektivita programu následné péče bude efektivnější, pokud se do programu podaří zainteresovat celou rodinu, což umožňuje rodinným příslušníkům získat informace a nové zkušenosti týkající se drogové problematiky.

7. *Nabídka volnočasových aktivit.* Nabídka vhodných volnočasových aktivit, a takto využitý volný čas klientů, povede k „užívání si bez drog“, což je jedním z hlavních cílů následné péče.

Klienti, kteří přicházejí do programu následné péče, mají za sebou několik let užívání drogy, a s tím související problémy. V programu následné péče pro ně začíná období samostatné abstinence, protože dosud abstinovali pod ochranou léčebného zařízení. Pro klienty se objevuje spousta praktických problémů, které doposud nemuseli řešit, ocitají se ve světě, kterému nerozumí, což může vést ke cravingu po droze, potažmo možnému relapsu. Proto je důležité, aby se klienti naučili za pomoci pracovníků vyhýbat se rizikovým situacím a tyto rizikové situace bezpečně zvládat, což je úkolem především prevence relapsu.

Délka programu následné péče se v praxi doporučuje minimálně 6 měsíců až 1 rok. Konkrétní délka programu by měla být určena na základě klientovy zakázky a doporučení terapeuta a celý program by měl být rozdělen do fází (nejlépe 3), které se od sebe budou lišit intenzitou docházky do programu. To umožňuje individuální přístup ke klientům a klient tak přebírá odpovědnost za svoje chování (Kalina a kol. 2003).

4 Motivační rozhovor, jako jeden z nástrojů poradenství v oblasti závislostí

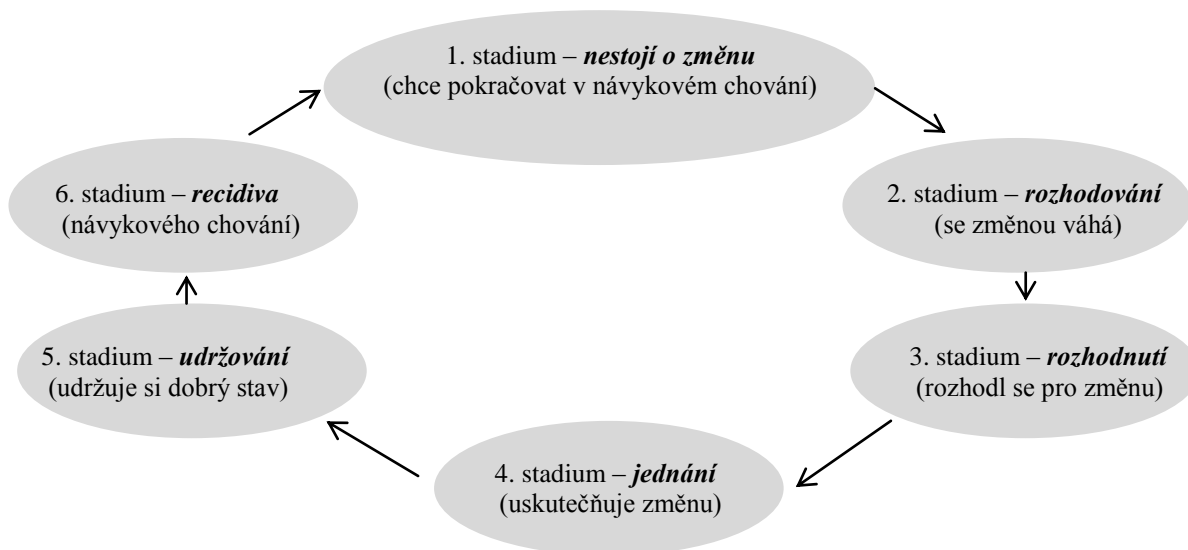
Poradenství zaměřené na klienty, kteří mají problémy s užíváním návykových látek, se jednoznačně vztahuje k práci s motivací. Motivaci uvádí Kalina a kol. (2003, cit. s. 283) jako „*proces usměrňování, udržování a energetizace chování, proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince. Vlivem drog se tato osobnostní dimenze zásadně mění, jednak výsledným poklesem zájmu o cokoli jiného než záležitosti týkající se drog a jednak ztrátou energie, kterou jedinec potřebuje k růstu a prosperitě*“. Podle Nakonečného (1998) je motivace vnitřním procesem, který může být ovlivňován vnějšími motivujícími podněty.

Miller (1983) uvádí, že motivační rozhovor se původně používal v léčbě problémových uživatelů alkoholu, ale dále se také aplikoval při léčbě zneužívání nelegálních návykových látek. Teoretický základ motivačních rozhovorů na jedné straně vychází z filozofie ambivalence - nerozhodnosti a zároveň z konfliktu mezi prožitkem a zdrženlivostí, který lze dobře sledovat v případě závislého chování. Motivační rozhovor předpokládá, že uživatel drog zaujme ke svému návykovému chování ambivalentní postoj, motivační rozhovor se vymezuje jako přístup, který má pomoci klientům přijmout závazek a dosáhnout rozhodnutí provést změnu. Charakteristickým rysem motivačního rozhovoru je nepřikazové směřování klienta k žádoucím změnám v jeho chování a následně k zachování těchto změn (Gossop 2009). Motivační rozhovor je jeden možný přístup, nikoli jediný správný a možný přístup, jak pracovat s klienty, vždy se vychází z individuálních potřeb klienta (Miller 1983).

4.1 Proces změny motivace

Schéma procesu změny sestavili Prochaska a DiClemente (Kalina 2003) v osmdesátých letech minulého století. Schéma popisuje změny v chování a prožívání člověka, který prochází procesem rozhodování o změně, práce na změně a udržení změny. Proces změny je cyklický proces, proto se někdy nazývá jako „kruhový model změny“, nebo „kolo změny“ a má šest fází, a to *prekontemplace, kontemplace, rozhodnutí, akce, udržování, relaps*. Autoři metody motivačních rozhovorů používají schéma s pěti fázemi, které jsou umístěny v kruhu, fáze prekontemplace je vyznačena mimo kruh.

Obr. 1 – Proces změny motivace (Kalina a kol. 2003, str. 252)



V první fázi *prekontemplace* je úkolem poradce vyvolat a posílit u klienta pochybnosti o jeho nevhodném chování ve vztahu k návykovým látkám, které by měl klient vnímat jako ohrožující a škodlivé, a dále udržení kontaktu s klientem. Pokud v této fázi oslovíme klienta s tím, že má potíže, bude spíše překvapen, než aby se bránil.

Ve druhé fázi *kontemplace (rozhodování)* je hlavním cílem posilovat klientovu sebedůvěru a schopnost samostatného rozhodování. Klient v této fázi uvažuje o změně a zároveň ji odmítá. Pokud má klient v této fázi např. problémy s alkoholem, bude nejspíše říkat: „myslím, že s pitím nemám problémy, asi piju víc, ale moji přátelé pijí stejně. Ráno mi bývá špatně a nejvíce mi vadí to, že si nic nepamatuji, co se dělo. Rozhodně ale nejsem alkoholik, s pitím mohu kdykoli přestat a nebude mi to chybět“. Poradce by měl v této chvíli pomoci udržovat rovnováhu nastavenou směrem ke změně, v této fázi je motivační rozhovor zvláště užitečný.

Ve třetí fázi *rozhodnutí* je nutné poskytnout klientovi podporu a motivovat ho k tomu, aby se rozhodl pro nejvhodnější možnost směřující ke změně. V této fázi úloha poradce nespočívá pouze v motivování, ale spíše ve vyhledávání konkrétního postupu pro klienta tak, aby byl přijatelný, dostupný, správný a efektivní.

Ve fázi *jednání (akce)* pomáhá poradce klientovi uskutečnit změny a udržení klientovi motivace ke změně.

V páté fázi *udržování* je nejdůležitější pomáhat klientovi nacházet postupy zabraňující relapsu a předvídat možná ohrožení a spolupracovat na jejich odstraňování.

V šesté fázi *relapsu (recidivě)*, kdy dochází k návratu k původnímu chování klienta je důležité, aby poradce klientovi pomohl zvládnout psychickou reakci na relaps a pomohl mu obnovit uvažování o změně. Poradce by se měl v této fázi pokusit zabránit ztrátě odvahy a demoralizaci, napomáhat uvažování o změně, obnovit záměr a rozhodnutí, podpořit akci a udržovat její výsledky. K recidivě může dojít v každé z fází procesu změny motivace (Miller, Rollnick 2003, Kalina 2008, <http://vzdelavani.sananim.cz>).

V každé fázi změny má člověk jiné potřeby, jiné charakteristiky prožívání a liší se ve schopnosti využít určitý typ intervence. Co člověka v určité fázi podpoří, jej může v jiné fázi zabrzdit, či dokonce zastavit. Déle trvající ambivalence klienta snadno vyvolá frustraci na straně poradce, a ten reaguje zesílením snahy o nápravu, popř. po několika neúspěšných pokusech rezignuje na jakoukoli pomoc. Úkolem poradce (terapeuta) je tedy poznat, z jaké intervence je klient schopen profitovat, a svůj postup neustále citlivě přizpůsobovat klientovým možnostem a potřebám (Soukup 2014).

Předpoklady změny

Subjektivně vnímaná důležitost změny a důvěra ve své schopnosti ji uskutečnit jsou dvě odlišné charakteristiky, přičemž pro úspěch změny je nezbytné, aby byly obě přítomny v dostatečné míře. Důvěra ve vlastní schopnosti a schopnost „vidět cestu“, po níž dokážu jít, jsou stejně důležité jako uvědomění si důvodů, které vedou k rozhodnutí změnit chování. Lidé mají motivaci - své potřeby, hodnoty, zájmy – v sobě a k uskutečnění změny dojde, podaří-li se tuto motivaci propojit s jejich chováním (Soukup 2014).

4.2 Principy motivačních rozhovorů

Výše uvedený procesy změny se odráží v principech, jimiž se řídí práce v rámci motivačních rozhovorů. Jedním z principů je *empatie* a její vyjádření klientovým jazykem a srozumitelnou formou. Další princip souvisí s tím, že vnitřní motivace ke změně v pohledu motivačního rozhovoru je spjata s uvědoměním si rozporu mezi základními hodnotami v životě klienta a jeho aktuálním chováním, tzn. mezi tím, co říká, že chce, a tím, co dělá. Snahou poradce je pomoci klientovi tyto rozpory vidět a podpořit jejich prozkoumávání, přičemž poradce vychází z toho, co klient říká a co o něm ví. Cílem je, aby to byl klient, kdo sám sebe se situací konfrontuje, tj. popisuje současnou situaci i žádoucí stav, tedy *rozvíjení rozporů*, nikoli jejich vytváření. Chtít změnu je důležité, ale samo o sobě to nestačí, proto úkolem poradce je také *podpora důvěry klienta ve vlastní schopnosti*, pomoc klientům vidět svoje předchozí úspěchy, hledat

poučení z neúspěchů, najít vhodné způsoby, kterými je možné změnu uskutečnit, najít a využít podporu od okolí, plánovat si dosažitelné cíle a odstraňovat překážky. Posledním ze základních principů je snaha *vyhnout se napravovacímu reflexu*, ovládneme-li svůj napravovací reflex, nebudou mít klienti potřebu se obhajovat (Soukup 2014).

4.3 Základní techniky vedení motivačního rozhovoru

Soukup (2014) uvádí základní techniky vedení motivačního rozhovoru následovně: *reflektivní naslouchání, používání otevřených otázek, oceňování, shrnování a poskytování informací*. V rámci motivačního rozhovoru jsou výše uvedené techniky používány vědomě a strategicky s ohledem na to, čeho chceme dosáhnout, nebo co si přejeme prozkoumat a čemu se naopak hodláme vyhnout.

Reflektivní naslouchání

Při vedení motivačního rozhovoru je hlavním úkolem poradce pomoci klientovi, aby porozuměl sám sobě, své ambivalenci a své motivaci. V mnoha případech to stačí, aby se změnilo prožívání klienta ve směru změny, tzn., aby si hlouběji uvědomil rozpor mezi svým chováním a tím, co by chtěl, a to, aby pocítil naději, že je schopen změnu uskutečnit a podniknout ve směru změny konkrétní krok. Do procesu porozumění vstupuje celá osobnost a zkušenosti klienta, ale také celá osobnost a zkušenosti poradce.

Nejúčinnější technikou, která umožňuje hlubší porozumění je reflektivní naslouchání. Pomocí reflektivního naslouchání se poradce pokouší odhadnout a sdělit, jak rozumí tomu, co mu klient sděluje, co poradce vidí, ověřuje si svou hypotézu o prožívání klienta. V rámci motivačního rozhovoru využíváme reflektivního naslouchání strategicky, s ohledem na směr a cíl rozhovoru. Funkcí reflektivního naslouchání je vyjádření zájmu poradce, empatie a porozumění, a tím pomáhá budovat vztah mezi klientem a poradcem. Reflektivním nasloucháním lze prohloubit klientovo emoční prožívání nebo toto prožívání klienta zmírnit. Reflexemi pomáhá poradce klientovi k utřídění myšlenek, strukturovat prožívání a prohloubit porozumění sobě samému (Soukup 2014).

Otevřené otázky

V rámci motivačních rozhovorů se upřednostňují otevřené otázky, protože ve srovnání s uzavřenými otázkami nechávají více prostoru k tomu, aby klient hovořil o tom, co je pro něho důležité. Příklady otevřených otázek: „Co vás sem přivádí?“, „Povězte mi více o tom, co vám marihuana přináší?“, „Jak trávíte svůj volný čas?“ apod. (Soukup 2014).

Oceňování

K realizaci změny je nutná určitá míra důvěry ve vlastní schopnosti, vidět sebe, jako dostatečně silného, odvážného, vytrvalého. Klienti jsou často po opakovaných neúspěších při uskutečnění změny často demoralizováni, rezignovaní a bojí se dalších pokusů o změnu. Ocenění či uznání je jednou z možností, jak jim vrátit naději a víru k uskutečnění změny. Ocenění, pokud má být přijato musí být autentické, citlivé a upřímné. Příkladem takového oceňování může být: „Podařilo se vám ušetřit peníze na první splátku dluhu“. „I když jste měl chuť dát si s kamarády pivo, rozhodl jste se a odešel jste pryč“ apod. (Soukup 2014).

Shrnování

Shrnutí je v podstatě rozšířená reflexe, do které poradce zahrnuje podstatné momenty toho, co bylo v průběhu předchozího jednání s klientem řečeno. Shrnutí na počátku rozhovoru usnadní uvedení do problému, poradce se v něm může dotknout podstatných věcí z předchozích setkání a nabídnout téma pokračování rozhovoru. Toto pomáhá klientovi i poradci, aby si ujasnili možné souvislosti, poukázat na podstatné jevy, nebo je to prostě jen známka toho, že poradce klientovi pozorně naslouchá. Na konci setkání poradce zrekapituluje vše podstatné, k čemu společně s klientem došli a případná rozhodnutí, která klient učinil.

Shrnováním pomáhá poradce klientovi zorganizovat si svoje zážitky, je tím klientovi nabízen určitý pohled na věc. Poradce shrnutím dává najevo svou pozornost a zájem, a zároveň má možnost utřídit si a ujasnit si to, co slyšel (Soukup 2014).

Poskytování informací

Důležitou složkou při vedení motivačního rozhovoru je pro poradce i poskytnutí informací a rad klientovi. Poradce ale musí mít na paměti, že nevyžádané rady a informace mohou u klienta vyvolat potřebu se obhajovat, vymezovat (tato potřeba není známkou neochoty spolupracovat nebo odporu, ale tato potřeba je všem lidem vlastní a přirozená) (Soukup 2014).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Výzkumné šetření

5.1 Cíle výzkumného šetření a úkoly práce

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zmapovat poradenské strategie a zkušenosti pracovníků, které uplatňují poradenské instituce v Českých Budějovicích ve své práci s osobami závislými na drogách a alkoholu. V kontextu výzkumu jsem poradenské strategie pojala jako uplatňování promyšlených principů v poskytování adiktologických služeb. Shromažďovala jsem proto informace, které charakterizují principy poskytování sociálních služeb, cíle poradenství, specifikovala jsem cílovou skupinu klientů, typ poskytované služby a zásady, které definují jejich poskytování. Dále jsem zjišťovala, jak probíhá jednání s klienty, a to, jakým způsobem motivují pracovníci klienty ke změně. Jsem přesvědčená, že adiktologické zařízení, které dokáže promyšleně prezentovat svou strategii ve výše uvedených aspektech, se pro stávající i možné klienty stává čitelné a srozumitelné.

Stanovila jsem si následující výzkumný postup:

1. Prostudovat literaturu týkající se dané problematiky.
2. Osobně navštívit zařízení v Českých Budějovicích, které se zabývají poradenstvím pro osoby závislé na drogách a alkoholu.
3. Pozorováním, dotazováním a analýzou dokumentů a dat shromáždit informace z oblasti poradenství pro osoby závislé na drogách a alkoholu. Při sběru dat budu zjišťovat informace o zařízení, principy poskytování sociálních služeb, cíle poradenství, cílovou skupinu klientů, poskytované služby a zásady jejich poskytování, jednání s klienty, a to, jakým způsobem pracovníci motivují klienty ke změně.
4. Zjištěné informace budou porovnány a bude formulováno shrnutí, kde budou interpretovány silné a slabé stránky poradenských strategií těchto zařízení.

5.2 Kvalitativní výzkum

K vypracování praktické části bakalářské práce byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda, kterou Hendl (2005) popisuje jako proces hledání porozumění, který je založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému, při kterém výzkumník vytváří kompletní holistický obraz, analyzuje různé typy

textů, informuje o názorech účastníků výzkumu, a toto zkoumání je prováděno v přirozených podmínkách.

5.2.1 Metody získávání dat

Ke sběru dat byly využity následující metody kvalitativního výzkumu: *rozhovor pomocí návodu, zúčastněné pozorování, studium dokumentů a fyzických dat.*

Rozhovor pomocí návodu

Návod k rozhovoru představuje seznam otázek nebo témat, které je nutné v rámci rozhovoru probrat. Tento návod má zajistit, že se skutečně dostane na všechna témata, které chce tazatel probrat a může přizpůsobovat formulace otázek podle situace. Rozhovor s návodem dává tazateli možnost co nejvýhodněji využít čas k rozhovoru, a zároveň mu umožňuje provedení rozhovoru s několika lidmi strukturovaněji a ulehčuje jejich srovnání. Pomáhá udržet zaměření rozhovoru, ale zároveň dovoluje dotazovanému uplatnit vlastní perspektivy a zkušenosti (Hendl 2005).

Při rozhovorech s pracovníky zařízení jsem použila metodu kvalitativního výzkumu, a to rozhovor pomocí návodu. Předem jsem si připravila seznam témat, který jsem v průběhu rozhovoru doplňovala otázkami, na které mi pracovníci odpovídali.

Zúčastněné pozorování

Zúčastněné pozorování patří mezi nejdůležitější metody kvalitativního výzkumu a je jím možné popsat, co se děje, kdo nebo co se účastní dění, kdy a kde se věci dějí, jak se objevují a proč. Pozorovatel je v osobním vztahu s pozorovanými, sbírá data, zatímco se účastní přirozeně se vyvíjejících životních situací. V průběhu zúčastněného pozorování se používají podle potřeby a možností všechny dostupné prostředky pro získání dat: různé typy rozhovorů, deníky členů skupiny, audionahrávky, dokumenty atd. (Hendl 2005).

Dokumenty a fyzická data

Dokumenty mohou tvořit jediný datový podklad studie nebo jako doplňující data k získaným datům z pozorování a rozhovoru. Za dokumenty se považují taková data, která vznikla v minulosti a pořídil je někdo jiný než výzkumník a pro jiný účel. Rozlišujeme osobní dokumenty, úřední dokumenty, archivní data, výstupy masových médií a virtuální data (Hendl 2005).

Jako doplňující data k získaným datům z rozhovoru a pozorování jsem použila ke sběru dat informační letáky zařízení, webové stránky zařízení a úřední dokumenty zařízení.

Pro získání informací byly kontaktovány následující subjekty, které poskytují poradenství osobám závislým na drogách a alkoholu. Subjekty byly vybrány z informační brožury Průvodce sociální oblastí 2015, kterého vydává Magistrát města České Budějovice, odbor sociálních věcí:

- Adiktologická poradna Prevent,
- Doléčovací centrum Prevent,
- Jihočeský Streetwork Prevent.

6 Adiktologická poradna Prevent

Adiktologická poradna Prevent (dále APP) nabízí poradenství a ambulantní léčbu osobám závislým na návykových látkách, alkoholu nebo automatech, jejich rodinám a blízkým. Posláním APP je pomáhat lidem, kteří hledají řešení obtíží spojených se závislostním chováním.

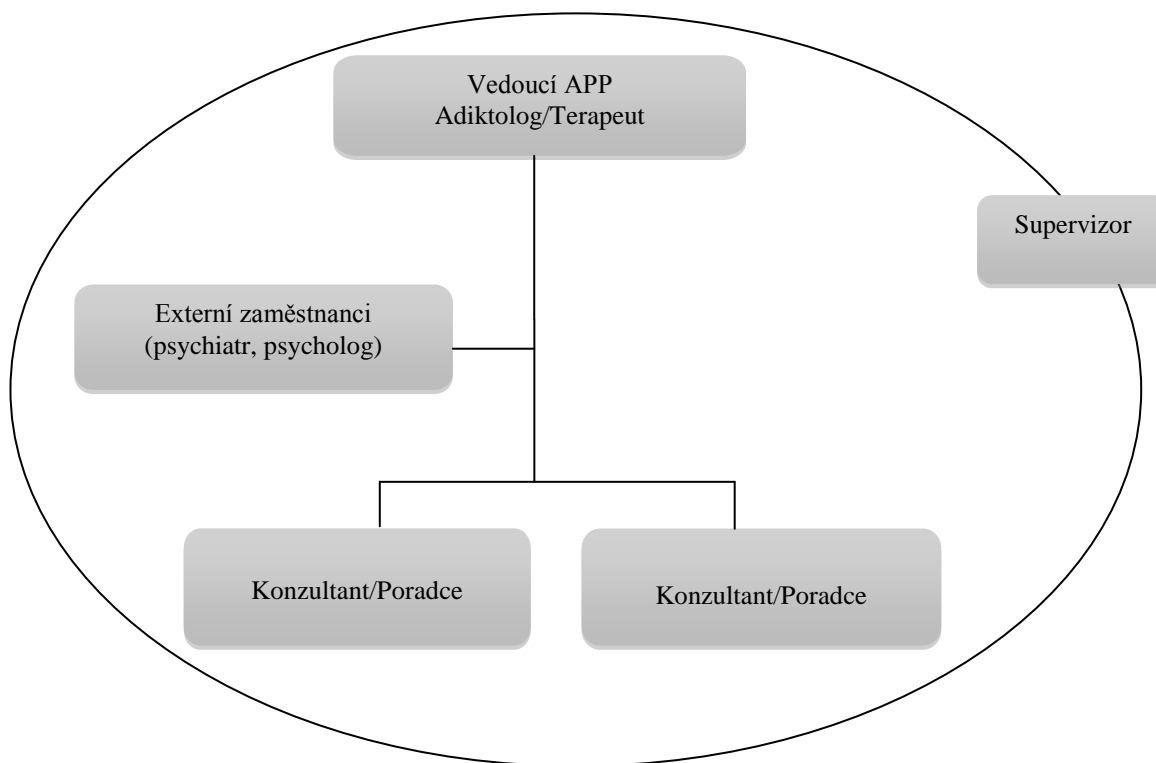
6.1 Historie zařízení a současný stav APP

Adiktologická poradna Prevent vznikla v roce 2008 a jejím zřizovatelem je Občanské sdružení Prevent, které je zastřešující organizací pro několik dalších projektů zaměřených na sekundární i terciální prevenci drogové problematiky. Hlavním impulsem pro vznik APP byl požadavek Oddělení sociálně právní ochrany dětí na Odboru sociálních věcí Magistrátu města České Budějovice na zřízení ambulantní péče pro klienty a klientky s drogovým problémem, potažmo i pro jejich rodiny, a to po zániku Poradny drogových závislostí zřizované Zdravotním ústavem v Českých Budějovicích. Dalším z impulsů byl požadavek v rámci Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb na území Jihočeského kraje, kdy jedním z výstupů byl vznik specializovaného ambulantního poradenského zařízení, zaměřeného na psychosociální práci s danými cílovými skupinami. Zpočátku byl projekt APP realizován v prostorách Doléčovacího centra Prevent v Tylově ulici, a v roce 2013 se poradna přestěhovala do prostor Polikliniky Vltava. APP je registrovanou sociální službou dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Jak je zmiňováno výše, APP se v současné době nachází v 1. patře Polikliniky Vltava v Českých Budějovicích, kde mají pracovníci APP vyhovující materiálně technické zázemí, které naplňuje standardy kvality poskytovaných sociálních služeb.

V současné době je tým APP tvořen třemi interními zaměstnanci a dvěma externími pracovníky (psychologem a supervizorem), organizační struktura APP viz. schéma níže.

Obr. 2: Schéma organizační struktury APP



Požadavky na vzdělání interních pracovníků APP se řídí zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, dále pak interními směrnici vydanými o. s. Prevent a standardy odborné způsobilosti. V případě požadavků na vzdělání pro poradce/konzultanta to znamená, že bude mít minimálně ukončené studium VOŠ humanitního směru (dle §110, Zákona o sociálních službách), absolvované kurzy krizové intervence a psychoterapeutického výcviku a minimálně 2 roky praxe v adiktologických službách.

6.2 Principy fungování APP

APP funguje na následujících principech:

Respektování hodnot klienta – brání drog není chápáno jako okolnost, snižující hodnotu člověka. Uživatel služby je zde svobodnou a samostatnou bytostí, která je plně odpovědná za své činy, s dostatečným prostorem pro seberealizaci a možností posílení svých předpokladů k opětovnému začlenění do společnosti.

Oboustranná důvěra – jmenovité údaje o uživatelově zdraví, drogové kariéře atd. jsou důvěrné a nejsou poskytovány bez jeho souhlasu, případně bez jeho vědomí, je-li zařízení povinno tyto údaje poskytnout. Zařízení naopak ve své práci vychází z důvěry v možnosti klienta založené na realistickém pohledu.

Individuální přístup – program je nastaven tak, aby mohl pružně reagovat na individuální možnosti uživatele služeb, jeho potřeby a zaměřuje se na osobité obtíže klienta v souvislosti s užíváním drog.

Dobrovolnost – účast v programu je dobrovolná.

Odbornost a spolupráce – služby jsou poskytovány personálem s odpovídajícím vzděláním a praxí. Klient má možnost plánovat, hodnotit užitečnost, nastavení a efektivitu služeb, a nepřímo se tak podílet na tvorbě programu.

Přístupnost – služba je pro cílovou skupinu přístupná bez ohledu na pohlaví, věk, rasu, politické přesvědčení, náboženství a právní či společenské postavení.

Specifické principy APP:

Bezplatnost – služby jsou poskytovány bezplatně.

Anonymita – uživatel služby má právo službu využívat bez sdělení osobních údajů, a to pod anonymním kódem nebo přezdívkou.

6.3 Cíle odborného sociálního poradenství APP

Cíle odborného sociálního poradenství v APP, jak jej uvádějí pracovníci APP:

- Podpora klienta při řešení aktuální situace v souvislosti se závislostním chováním.
- Podpora klienta v udržení žádoucí změny, které vede k plnohodnotnému prožívání života a jejich zapojení do společnosti.
- Rozvíjení kompetence klienta tak, aby dokázal svoji nepříznivou situaci řešit.
- Zprostředkování kontaktu a spolupráce s dalšími subjekty v případě zájmu klienta, jakou jsou např. PMS, OSPOD, sociální kurátoři, úřady práce, školská zařízení, psychiatrická pomoc aj.
- Využitím spolupráce institucí a organizací zajistit komplexní podporu klienta.

Cílem služeb APP je spolu s klientem (bez něho a jeho snahy nelze nabízet a realizovat pomoc) aktivně hledat možnosti řešení jeho nepříznivé sociální situace a přispět k přiměřené psychické a sociální pohodě, stabilizaci či abstinenci. Pracovníci APP zdůrazňují, že aktivně znamená, že klient sám chce se svojí situací něco dělat a chce se na procesu změny sám podílet. Výsledkem bude, že osoby, které přišli s žádostí řešit problémovou situaci, jsou nyní schopni takové situace zvládat samostatně ve svém přirozeném prostředí. Při tom všem mohou žít běžným životem. V APP si klient sám určuje, co potřebuje, zda se mu žije lépe (či zda se rozhoduje pro abstinenci), než když se rozhodl navštívit poradnu. V případě, že je klient do poradny poslán jinou osobou či

institucí (PMS, OSPOD apod.), zjišťují pracovníci APP, jaká jsou očekávání a potřeby této osoby či instituce a zda se tyto potřeby mohou potkat s potřebami klientovými. Takový přístup umožňuje efektivní spolupráci poradny a klienta. Pokud ambulantní péče APP selže, pracovníci APP mohou zprostředkovat klientovi rezidenční léčbu. Základní nabídkou APP je však ambulantní program, nabízející pomoc tak, aby uživatelé a jejich rodiny mohli problémovou situaci řešit ve svém přirozeném prostředí, tzn., že ze svého přirozeného prostředí nejsou vytrženi, což pracovníci APP považují za smysluplné.

6.4 Cílová skupina klientů APP

Cílovou skupinu klientů APP obecně tvoří osoby ohrožené závislostí na návykových látkách nebo jejich blízcí hledající možnosti řešení, na kterém se chtějí aktivně podílet.

Specifickou cílovou skupinou klientů APP jsou:

1. *Látkové závislosti*

- Klienti, kteří různé návykové látky zkouší, tzn. *experimentátoři*, občasně a nepravidelně užívají různé drogy a typy drog, a při tom nemusejí mít problém v jiných oblastech života. V APP tuto cílovou skupinu tvoří děti a mladiství ve věku 14 až 19 let, kteří do APP nejčastěji přicházejí s rodiči. Pracovníci APP uvádějí, že se jedná o obtížně zachytitelnou cílovou skupinu uživatelů drog, protože tito uživatelé obvykle nemají potřebu vyhledat odborné zařízení. Pracovníci APP uvádějí, že se jedná u těchto uživatelů převážně o kanabinoidy (marihuanu).
- Klienti, kteří jsou tzv. *rekreační (příležitostní)* uživatelé drog a užívání drog je pro ně životní styl a prozatím není důsledkem pro tyto uživatele drogová závislost. Pracovníci APP uvádějí, že nejčastěji se jedná o uživatele marihuany a LSD, a to na různých party, ve věku 15 až 21 let.
- Problémoví uživatelé drog, kteří drogu aplikují intravenózně nebo se jedná o dlouhodobé a pravidelné užívání drog. Pracovníci APP uvádějí, že se jedná v APP převážně o uživatele opiátů (heroin, metadon), kokainu a pervitinu.
- Další cílovou skupinou klientů APP jsou tzv. *exuseři*, což jsou bývalí uživatelé drog, kteří potřebují od pracovníků APP krátkodobé poradenství nebo se ocitnou v krizi a potřebují krizovou intervenci.

Do APP docházejí uživatelé alkoholu, v roce 2014 počet těchto uživatelů činil 11.

2. *Nelátkové závislosti*

Pracovníci APP poskytují sociální poradenství hráčům „výherních terminálů“, osobám závislým na PC hrách apod. Pracovníci APP uvádějí, že tito klienti tvoří nejmenší cílovou skupinu a většinou se jedná o jednorázové poradenství, popř. krizovou intervenci v případě prohry větší finanční částky.

Zvláštní cílovou skupinou APP jsou osoby, které jsou do poradny poslány jinou institucí provádějící sociální kontrolu. Jedná se především o klienty, kteří jsou posláni:

- Odborem sociálních věcí – oddělením sociálně právní ochrany dětí nebo kurátory pro mládež (jedná se např. o drogově závislé matky, nebo nezletilé děti, které s drogou experimentují apod.).
- Probační a mediační službou ČR – soudně nařízený dohled u uživatelů drog.

6.5 Kapacita programu APP

Kapacita programu APP závisí na počtu pracovníků APP a prostorových možnostech. Denní kapacita APP je 10 klientů. Pokud je více než 35 klientů, s nimiž má APP uzavřenou smlouvu s týdenní docházkou, kapacita APP je naplněna. V případě naplnění kapacity programu pracovníci APP odkáží zájemce o službu na jiné pracoviště, a zároveň ho pracovníci APP informují o možnosti zapsání do pořadníku. Zařízení APP vede pořadník odmítnutých zájemců, kde je uveden kontakt na zájemce a v případě uvolnění kapacity jej pracovníci APP osloví.

6.6 Spektrum služeb APP a zásady jejich poskytování

Individuální poradenství

Pracovníci APP poskytují svým klientům *obecné poradenství*, které je zaměřeno na řešení aktuálních problémů a zvyšování kompetence klientů tyto problémy řešit. Dále poskytují *strukturované poradenství*, které probíhá na základě plánu, který lze v průběhu měnit. Cílem strukturovaného poradenství je pomoci klientům efektivněji jednat a dosahovat svých cílů. Dalším individuálním poradenstvím, které se realizuje v APP je *garantský pohovor*, což je individuální konzultace klienta s jeho garantem, která se týká naplňování léčebného plánu klienta. Tento rozhovor je vysoce strukturován a je zaměřen na praktický rozvoj konkrétních schopností a dovedností klienta.

Individuální frekvence setkání s pracovníkem APP a klientem se uskutečňuje 1× týdně, nebo 1× za 14 dní (v zátěžových obdobích i častěji) a délka jedné konzultace je 50 až 60 minut. Obvyklá doba docházení klienta do APP dle sepsané smlouvy je 3 až 6 měsíců.

Práce s rodinou

Pracovníci APP uvádějí, že se jedná o aktivity, které jsou zaměřeny na podporu rodinného systému klienta a ozdravení vztahů v rodině, které jsou zatíženy přítomností příznaků užívání drog (alkoholu), a zvýšení kompetence rodiny řešit podobné situace v budoucnu. Cíl práce s rodinou pracovníci APP shledávají v umožnění, zahájení či usnadnění procesu pozitivní změny, potažmo podpory změny u klienta, která již byla dosažená. Při práci s rodinou považují pracovníci APP za klienta celou rodinu, ne pouze závislého klienta. V APP probíhá práce s rodinou buď formou jednorázových konzultací, nebo jako kontinuální strukturovaná práce s cca 7 až 10 na sebe navazujícími konzultacemi, kterých se mohou účastnit rodinní příslušníci nebo blízké osoby klienta samy či dohromady s klientem. Pracovníci APP upřednostňují práci s rodinným systémem u klientů, kteří jsou mladší 17 let. Frekvence konzultací se stanovuje individuálně, a to dle potřeb a možností na straně klienta a APP, standardně se jedná o frekvenci 1x za 3 až 4 týdny.

Motivační trénink

Cíle motivačního tréninku v ambulantním zařízení APP jsou následující:

- navázání a udržení kontaktu s klientem,
- stabilizace klienta v oblasti zdravotní, sociální,
- minimalizace rizikového chování,
- snížení konzumace drogy,
- drogová abstinence.

Pracovníci APP uvádějí, že je důležité při motivačním tréninku a rozhovoru respektovat osobnost klienta, a je nezbytné, aby pracovník porozuměl klientově situaci, aniž by klienta hodnotil nebo posuzoval. Pracovníci APP motivují klienty ke změně tím, že se snaží zviditelnit a zvýraznit rozpory mezi tím, co by klient chtěl a co mu umožňuje jeho současné chování. Cílem rozhovoru pracovníků s klienty není vzájemná konfrontace, ale to, aby klient konfrontoval své vlastní chování společně se svým rozhodnutím ke změně. Pracovníci APP dále uvádějí důležitost minimalizace odporu klienta vůči pracovníkovi APP, tzn. je to např. ve chvíli, kdy se klient začne obhajovat, má tendenci odmítat jakýkoli návrh ze strany pracovníka, nemluví apod., což je pro pracovníka vždy impulsem k tomu, aby změnil styl práce a rozhovoru. Pracovníci APP se shodují na tom, že k úspěšné změně chování a jejímu následnému udržení může dojít ve chvíli, kdy klient přijme možnost změny, která je pro něho žádoucí, a proto je úkolem pracovníků, aby podpořili vlastní schopnosti klienta a našli společně s klientem možnosti, jak tuto změnu navodit. Toho mohou pracovníci

a klient dosáhnout, pokud se společně zaměří na reálné problémy klienta, a na jejich možná řešení, a pokud je to možné, zahrnou do intervence klientovu rodinu. Pracovníci APP se shodují, že k úspěšné změně chování a jejímu následnému udržení může dojít ve chvíli, kdy klient přijme možnost změny a na nich je, aby klienta podpořili při rozhodování, posilovali klientovu odpovědnost a klient získal zpět sebedůvěru ve své vlastní schopnosti.

Krizová intervence

Pracovníci APP stejně jako pracovníci DCP uvádějí, že cíle krizové intervence APP jsou akutní, tzn. uklidnění klienta, stabilizování jeho stavu, snížení nebezpečí, že se krize bude nadále prohlubovat, a jednak perspektivní, tzn. propracování společně s klientem k jeho blízké budoucnosti a nalezení možného řešení. Pracovníci APP poskytují krizovou intervenci nepřetržitě 24 hodin a pracovníci APP ji klientům poskytují i telefonicky, klienti mají k dispozici služební telefonní číslo na pracovníka APP, který má pohotovostní službu.

Prevence relapsu

Pracovníci APP uvádějí, že v APP se prevenci relapsu věnuje každý pracovník poradny k tomu kompetentní, a to vždy u klienta, kterého má v péči. Pracovníci APP se snaží klientovi pomoci nalézt náhled na jeho životní situaci, naučit ho, jak má zvládat rizikové situace a pomoci mu vrátit se do „normálního“ života. Pracovníci APP pracují s klienty na tom, jak relapsu předejít, a také pracovníci APP hovoří s klienty o tom, jak má klient postupovat v situaci, že k relapsu dojde. Pokud k relapsu dojde, zjišťují pracovníci APP spolu s klientem, co této situaci předcházelo, a jak budou společně postupovat dále.

Témata, která pracovníci APP v rámci prevence relapsu otevírají, jsou následující (dle sešitu „tematické skupiny prevence relapsu“): vaše nebezpečné situace; příprava na stresové situace; volnočasové aktivity, a jak si užívat bez drog; co dělat v případě uklouznutí; co dělat, když máte velkou chuť vzít si drogu; jak říkat „ne“; jak mluvit o své minulosti v zaměstnání apod.

Pracovníci APP uvádějí, že v rámci ambulantní léčby se pracovníci APP zaměřují na zvládnání dovedností a stabilizaci životního stylu klientů, což v praxi znamená to, aby se klient naučil rozeznávat a nepodceňovat rizikovost svého chování ve vztahu k možnému relapsu, rizikovou situaci rozpoznal a zvládl ji, a v neposlední řadě, aby si klient udržel životní podmínky pro toto udržení a zvládnutí rizikové situace.

Pretestové poradenství

Poradenství před provedením testu v APP je zaměřeno na vysvětlení principu fungování testu a na možné důsledky klientova zjištění pozitivního či negativního výsledku. Při

pretestovém poradenství si pracovník APP ověří, zda uživatel porozuměl sděleným informacím, přistoupí pracovník APP k provedení testu. Vyšetření na přítomnost drog je součástí systematické péče u některých klientů a používají se jako součást ověření, že klient drogy neužívá. Dle slov pracovníků APP se jedná především o klienty s nařízenou ochranou léčbou, klienti v probačním programu nebo s nařízeným zákazem užívání OPL (nařízení soudu), klientky s dohledem OSPOD a klienti v systematické péči, pokud o to požádají a svou žádost zdůvodní, nebo na základě dohody mezi klientem a APP.

V tabulce níže uvádíme pro názornost dobu prokazatelnosti jednotlivých drog v destičkových testech, tak, jak bylo uvedeno pracovníky APP.

Tab. 4: Doba prokazatelnosti jednotlivých drog v destičkových testech

Druh	Maximální doba
Pervitin	1 až 2 dny
THC (marihuana, hašiš)	12 dní
Heroin	2 až 3 dny
Metadon	3 až 4 dny
Barbituráty	14 dní
Benzodiazepiny	3 dny
Extáze	2 dny
LSD	méně než 1 den
Kokain	4 dny

6.7 Jednání se zájemcem o službu v APP

Pracovníci APP uvádějí, že žadatelé se o službě APP nejčastěji dozvídají z webových stránek APP, z Průvodce sociální oblastí vydané Magistrátem města České Budějovice, OSV a z letáků vyvěšených v ordinacích psychiatrů a jiných specialistů.

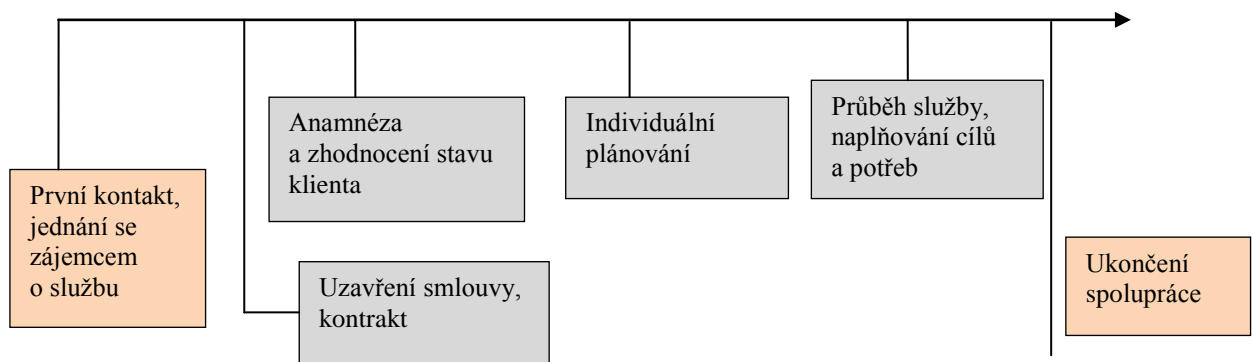
Kritéria pro přijetí zájemce do APP jsou následující: patří do cílové skupiny, do programu zájemce vstupuje dobrovolně s ochotou spolupracovat a zařízení poskytuje službu, o kterou zájemce žádá.

Pracovníci APP uvádějí, že při prvním jednání se zájemcem o službu je cílem tohoto jednání umožnění oběma stranám rozhodnout se pro společnou spolupráci či nikoliv zjištění, zda zájemce spadá do cílové skupiny a jaká jsou jeho přání a potřeby. Při prvním kontaktu předá pracovník APP zájemci informace, které mu mají pomoci rozhodnout se,

jestli bude či nebude službu APP využívat. Pracovníci dále uvádějí, že je důležité, aby zájemce dostal prostor k vyjádření svých přání a potřeb, které odpovídají jeho aktuálním možnostem a schopnostem, a pracovníci si také průběžně při rozhovoru ověřují, že je pro zájemce obsah jejich sdělení srozumitelný.

Pracovníci APP se zájemci domlouvají setkání telefonicky, písemně, osobně, popř. jinou cestou (e-mail nebo jiná instituce, např. OSPOD). Objednací lhůty v APP jsou obvykle do jednoho týdne od prvního telefonického kontaktu.

Obr. 3: Schéma poskytování služeb APP



Na obr. 3 jsou znázorněny jednotlivé kroky poskytování služeb APP od prvního kontaktu až do ukončení spolupráce. Jednotlivé kroky poskytování služeb APP jsou popsány podrobněji níže.

Prvním kontaktem se zájemcem o službu APP se rozumí první setkání „face to face“, které pokračuje do uzavření písemné či ústní dohody o spolupráci. Jednání se zájemcem o službu APP probíhá v prostorách APP, v odůvodněných případech může k jednání dojít i mimo prostory APP (OSPOD, vazební věznice, PMS apod.).

Klientovi APP je dána možnost (pokud je to kapacitně možné), že si může vybrat, zda by se mu lépe pracovalo se ženou (pracovnicí APP) nebo mužem (pracovníkem APP).

Cílem prvního kontaktu, jak uvádějí pracovníci APP je navození pocitu bezpečí a spolupráce, zaměření na aktuální potřeby a témata zájemce o službu, zjišťování nejakutnějších potíží, které potřebují neodkladné řešení, a dále pracovníci zjišťují základní anamnestická data zájemce.

Při prvním kontaktu pracovník APP přivítá zájemce podáním ruky, představí se a dovede zájemce do konzultační místnosti. Poté pracovník APP předá zájemci o službu informace na základě kterých se zájemce rozhodne, jestli službu využije. Informace jsou předány pracovníkem APP zájemci, jak ústně, tak na letáku APP. Tyto základní informace dostane zájemce vždy, ať se jedná o jednorázový kontakt nebo o možnou dlouhodobější spolupráci.

Pracovník APP předá zájemci o službu APP následující informace:

- základní informace o službě – poslání APP, nabízené služby, komu je služba určena, jak probíhá spolupráce, podmínky a způsoby spolupráce, rozhovor,
- délka konzultace – kolik času má na zájemce pracovník APP dnes, a jak bude konzultace probíhat příště,
- základní principy spolupráce: mlčenlivost, anonymita, dobrovolnost.

Při prvním kontaktu je zájemce o službu APP informován také o právech a povinnostech, které pro něho vyplývají při využívání služby APP. Na konci sezení (při prvním kontaktu) se pracovník APP se zájemcem domlouvají, jestli jde o jednorázové poradenství, nebo jestli má zájemce představu o dlouhodobější spolupráci. V případě, že se jednalo o jednorázovou konzultaci, pracovník APP se zájemcem nevyplňuje žádný z dokumentů. Pokud se zájemce s pracovníkem APP dohodnou na dlouhodobější spolupráci, domluví si společně termín následující konzultace. Dále se pracovník APP se zájemcem dohodnou na vzájemném oslovení, zpravidla se zájemcům vyká, pokud se domlouvá tykání, tak vzájemně.

Zájemce ve strukturované péči

Se zájemcem o službu je na 2. setkání (pokud je zřejmé, že se jedná o dlouhodobější spolupráci) pracovníkem APP vyplněn souhlas se zpracováním osobních údajů a s vedením spisové dokumentace (viz. příloha 1). Podrobnější anamnestické údaje klienta sbírá pracovník APP v průběhu rozhovoru (viz. příloha 2).

Pokud si zájemce o službu APP přeje zůstat v anonymitě, pracovník APP s ním dojedná způsob oslovení a spisová dokumentace klienta je vedena pod specifickým kódem nebo přezdívkou a do spisové dokumentace pracovník APP neuvádí údaje, které by vedly k identifikaci klienta, rozsah požadovaných informací je stejný jako u neanonymního klienta.

Zájemce o službu APP uzavře s APP smlouvu o poskytování sociální služby, a to písemnou nebo ústní. Pokud se jedná o trojstrannou smlouvu o poskytování sociální péče (např. OSPOD), podepíše ji kromě uživatele a vedoucího poradny APP i pracovník OSPOD, kterému je smlouva předána k založení do jeho spisové dokumentace.

V průběhu následujících konzultací dochází k vyjasňování cíle spolupráce a zhodnocení stavu klienta. Zhodnocení zahrnuje sběr anamnestických údajů o klientovi a jeho současný stav. Na základě úvodního zhodnocení pracovník APP navrhne klientovi plán péče. Dojednané cíle jsou potom formulovány v podobě individuálního plánu péče.

Pracovník APP může odmítnout zájemce o službu APP, a to z následujících důvodů:

- zájemce nepatří k cílové skupině programu APP,
- zařízení APP neposkytuje sociální službu, o kterou zájemce žádá,
- je naplněna kapacita APP,
- psychotické stavy zájemce, projevy agrese.

Anamnestický list klienta APP, příklad

Anamnestický list klienta APP obsahuje následující *osobní údaje*: jméno, příjmení (v případě anonymního klienta jeho kód), datum narození, telefonické spojení, e-mailovou adresu, kontakt na blízkou osobu, reference (kdo klienta doporučil), dohodnutý způsob oslovení, datum vyplnění anamnézy, datum ukončení spolupráce a závěrečné shrnutí.

Anamnestický list klienta APP dále obsahuje následující údaje, u kterých jsme uvedli pro ucelenější představu čtenářů příklady.

Vstupní údaje:

Z jakého důvodu a s jakým potíženími klient přichází, jak dlouho jeho potíže trvají:

Příklad: Klient přichází z léčby na alkoholu, po tříměsíční léčbě v Psychiatrické léčebně v Jemnici nebo přichází z výkonu trestu odnětí svobody po 12 leté zkušenosti s drogami.

Zakázka:

Příklad: Naučit se zvládat krizové situace, které ho obvykle vedou k drogám. Mít řád a srovnat si priority, mít normální život.

Zdravotní anamnéza:

Vývoj pre-, peri-, postnatální; prodělané somatické a psychické choroby, úrazy, léčby

Příklad: Klienti přicházejí s různými zdravotními anamnézami, např. po prodělané žloutence typu A v mládí, která byla vyléčena. Má zánět křečových žil, operovali ho v 15 letech. Svou roli zde hraje dědičnost. Klient má mikrobiální exém na levé noze, pomáhá mu jen konopná mast. Po užívání drog se jeho zdravotní stav zhoršil, minulý rok měl zánět ledvin, výsledky jaterních testů nezná.

Současný psychický i somatický zdravotní stav (choroby, léčby, potíže, medikace), gynekolog, stomatolog, obvodní lékař

Příklad: Klient dříve užíval Rivotril a Neurol, v době, kdy byl v Psychiatrické léčebně ve Lnářích. Jinou medikaci nemá. U stomatologa byl, ale už je to dlouho; v loňském roce byl ošetřen na stomatologické pohotovosti v Týně nad Vltavou. Obvodního lékaře má ve Volyni, zde žádného lékaře nemá, ani v Týně nad Vltavou. Psychiatra nemá. Byl u lékaře, ale ten ho poslal do AT poradny, kam kvůli špatným referencím nedošel.

Test na hepatitidy: kdy naposledy, +/-. Prodělaná hepatitida A, B, C, kdy, zda je chronická, zda je klient v péči hepatologické ambulance.

Příklad: Klient byl testován v Psychiatrické léčebně v Jemnici s výsledkem negativním.

HIV test: kdy naposledy, +/-.

Příklad: Klient byl testován v Psychiatrické léčebně v Jemnici s výsledkem negativním.

Rizikové chování (i.v. aplikace, sdílení jehel (náčiní), předávkování, riziková aplikace, nechráněný sex, střídání partnerů apod.)

Příklad: Klient uvádí, že i.v. aplikaci ano, aplikoval i na jiná místa, vlastně všude. Sdílení jehel nejuje, předávkován byl několikrát. Uvádí nechráněný sex bez kondomu, dříve i střídání partnerů. Nyní sex nemá.

Drogová anamnéza:

Vývoj drogové kariéry (počátky, druhy drog, doba a způsob užívání, aplikace, dávky, 1. nelegální droga, gamblink, alkohol, cigarety)

Příklad: Klient se poprvé setkal s pervitinem ve 12 letech, kdy ho drapoval mezi vrstevníky. Jeho matka byla za distribuci ve výkonu trestu odnětí svobody. Perník zkusil poprvé ve 13 letech nosem, od 14 let jej bral pravidelně. Dotovala ho dívka, která do něj byla zamilovaná, ale nic spolu neměli. Kromě pervitinu zkusil všechny drogy, zůstal ale u perníku. Ve výkonu trestu odnětí svobody pracoval v kuchyni, měl tedy přístup k zajímavým výhodám. Drogy bral i ve výkonu, ale kouřil přes alobal. THC kouří stále.

Aktuálně užívané drogy: (primární droga a další drogy, aplikace, dávky)

Příklad: Před zahájením léčby požíval klient 1 až 2 litry tvrdého alkoholu. Nyní kouří pouze cigarety, žádné jiné drogy neužívá.

Léčby a abstinční pokusy (kdy, kde, délka, průběh, důvod relapsu)

Příklad: Klient uvádí, že zkoušel přestat, třeba rok nepil. Pokusy zde byly.

Před rokem první léčba v Psychiatrické léčebně Bílá Voda, kde byl tři měsíce. Po roce absolvoval další tříměsíční léčbu v Psychiatrické léčebně v Jemnici. Uvádí, že už neměl sílu přestat sám. Důvodem relapsu byly neshody s expartnerkami a deprese. Pak si sám začal ubližovat. Když začne pít, má „okna“ a často končí na záchytce.

Nejvíce mu v léčbě pomáhalo vidět na detoxu ty opilce... psal si deníky a vypisoval se z problémů. Pomáhají mu pohovory s psychologem v léčbě. Jinak je dost sám.

Sociální anamnéza:

Vzdělání: nejvyšší dosažené, neukončené školy.

Příklad: Vzdělání má klient základní. Nedokončil Střední odbornou školu sociálně právní ve Volyni – má dodělané tři ročníky, třetí ročník opakoval, další studium ukončil v pololetí. Chtěl by dodělat vzdělání v oboru nebo individuální plál. Řeší v rámci RPP.

Zaměstnání: současné, předešlá, kdy byl naposledy zaměstnán, jak dlouho trvalo jeho nejdelší zaměstnání, nejdelší období nezaměstnanosti, registrace na ÚP.

Příklad: Klientovi byl přiznán částečný invalidní důchod z důvodu deprese.

Poslední dva roky pracoval jako zedník na stavbě, do práce chodil po celou dobu užívání. Na ÚP registrován není. Bude si hledat něco jiného... Byl mu doporučen Resocializační program Preventu. Dělá jen nějaké „melouchy“, spíše ho dotuje matka.

Finanční situace: současný zdroj příjmů, náklady na živobytí, dluhy – kolik, kde zda je řeší.

Příklad: Dluhy neřeší, exekuce má všude.. v současnosti není hlášen na ÚP, nepobírá žádné dávky. Uvádí jen jednorázové příležitostné brigády, např. vykládání kamionů.

Bydlení: charakteristika bydlení, s kolika dalšími osobami žije, jsou tyto osoby uživatelé drog, zda splňuje podmínky pro sociální bydlení.

Příklad: Klient momentálně bydlí na drogovém bytě s přítelkyní, se kterou má malé dítě. Když se pokoušel přestat, šel k bývalému trenérovi, který ho tam nechává přespat za 50,- Kč/noc. Není mu to příjemné, protože je gay a nemá tam moc pohodlí.

Právní problémy: absolvované tresty, podmínky nebo trestní stíhání, soudně nařízená léčba.

Příklad: Klient byl odsouzen k trestu obecně prospěšných prací, které nevykonal a trest mu byl proměněn – odseděl si vše, co mu proměnili z OPP, i dřívější podmínku.

V současné době je v podmíněném trestu – dostal 3 roky na 5 let. Nyní má za sebou tři roky podmínky a rok ochranné lhůty. Byl souzen na trestné činy vydírání, ublížení na zdraví. První podmínku dostal již jako mladistvý. Dostal obecně prospěšné práce, pak vez dvou měsíců 10 let – 7 let si odseděl. Jako mladistvý byl ve věznici Všehrady. Před tím byl ve výchovném středisku a v Psychiatrické léčebně v Opařanech.

Důležité osoby v životě klienta: rodiče, sourozenci, manželé, děti širší rodina, přátelé...

Příklad: Rodina celá – matka, otec, sestra. Nejbližší člověk je pro něj přítelkyně. Uvádí, že se hodně váže na vztahy, asi až nezdravě. Uvědomuje si, že samostatnost má malou, až je mu z toho někdy špatně... S xxx kamarády se moc nemusí, jsou to takoví „pařměni“.

Volný čas: zájmy, koníčky, trávení – kde s kým apod., jaké jsou jeho silné stránky, co umí:

Příklad: Dříve se věnoval sportu – házená, stolní tenis. Dříve hodně četl, měl rád Bukowského. Nyní čte, když má čas. Má problémy se soustředěním. Ve škole býval dobrý a aktivní žák, škola mu šla. Hrál házenou za Slávii.

Case management: kdo o klientově situaci z okolí ví, kdo a jak mu pomáhá, jaké další odborníky navštěvuje (navštěvoval).

Příklad: Navštěvoval psychiatrii, hlavně kvůli subutexu a BZD. Nikdo o jeho „problému“ moc neví. Po odstěhování z Prahy zde zatím nemá žádné kamarády. Dostal číslo na psychiatra, kam se hned objednal.

Rodinná anamnéza:

Základní údaje o původní rodině: rodiče, sourozenci – věk, vzdělání, zaměstnání.

Příklad: Matce je 56 let, měla ho v 18 letech, je vyučena, nyní je v předčasném důchodu.

Otci 62 let, vyučen elektrikář, nyní v důchodu, ale stále pracuje – jezdí autem.

Sestra, 32 let, nyní na mateřské dovolené.

Dědeček a babička z máminy strany umřeli někdy v 60 letech. Otcovo rodiče jsou také mrtví.

Základní údaje o současné rodině: partner, manžel – věk, vzdělání, zaměstnání, děti – věk.

Příklad: Klient žije společně s přítelkyní od května 2013, znají se 20 let. Když jí bylo 20 let, tak se hodně chtěli, ale život je vždy hodil někam jinam. Nyní se dali dohromady poté, co se oba „vyblbli“. Přítelkyně ho začala navštěvovat v terapeutické skupině Němčice, po dvou měsících se dohodli, že se k sobě nastěhují. Mají spolu miminko, bylo plánované, oba ho chtěli. Přítelkyně pracuje jako kadeřnice, je vyučená.

Důležité události v rodině: závažná onemocnění, úmrtí, závislost a duševní onemocnění v rodině, rozvod, změna bydliště apod.

Příklad: Klientův bratranec se v osmi letech oběsil na houpačce. Starší bratranec se o dva roky později otrávil jedem na krysy. Děda pil. Babička ze strany otce byla závislá na lécích. Nikdo se nikdy neléčil.

Rodiče se rozvedli, klient zůstal po rozvodu s matkou, to věděl od začátku. Z druhé strany mu bylo otce líto, nechtěl, aby otec zůstal sám. Často za otcem dojížděl a snažil se být s ním. Nejprve jezdil i s bratrem, ale ten to po dvou měsících vzdal, že otec nemá zájem.

Otec ho v dětství hodně byl, dnes si myslí, že ho asi i týral. Nemůže mu to dodnes zapomenout.

Charakteristika rodinného prostředí: charakteristika rodinným vztahů.

Příklad: Vztahy v rodině jsou standardní, tak to alespoň klient vidí. Se sestrou má vztahy dobré, sice narušené braním, ale nyní již dobré, zlepšují se. Rodičům „se nemohl svěřovat, protože je to nezajímalo“.

Životopisné informace:

Úvodní zhodnocení stavu klienta, Individuální plán péče:

Zhodnocení stavu klienta, chování klienta, jeho projev (verbální i neverbální), náhled, jeho motivace a indikace k léčbě.

Klient je projevu klidný, možná až zpomalený. Pravděpodobně zamedikován ve větší míře. Mírné chování neodpovídá jeho postavě. Verbální projev má oploštělý, bez emocí. Náhled na závislost zatím naučený z psychiatrické léčebny – ale než přišel k nám, stihl navštívit festival, kde prý nepil. Bere antabus. Motivace je nedostat se zpět, ale má strach, že ho tam dostanou okolnosti.

Cíl spolupráce, Individuální plán: Nástup do léčebny

Kroky (prostředky) k jeho naplnění: doporučení + nástup

Termín: ihned

Zhodnocení: klient nastoupil do léčby a po čtyřech měsících přišel na doléčování. To však brzo skončilo a po jedné návštěvě už bez udání důvodu nepřišel.

6.8 Individuální plánování APP

Pracovníci APP kladou důraz na individuální přístup a na aktivní zjišťování potřeb uživatele služby. Pracovník APP nestanovuje cíle pro uživatele služby, ale nabízí podmínky a prostředky k jejich dosažení. Pracovníci APP nabízejí svoje vědomosti, zkušenosti, ale cíle si stanovuje klient. Pracovníci APP uvádějí, že pokud je klient schopen definovat své cíle, je to zároveň zprávou pro pracovníka APP o tom, že klient udělal pokrok a na jeho straně nastaly změny, klient se odklonil od problémového myšlení a chce svou situaci řešit. Cíle klienta se mohou v průběhu spolupráce měnit.

Pracovníci APP uvádějí, že užitečně formulovaný cíl, který si klient stanovil by pro něho měl být významný, tzn., aby cíl měl smysl pro něho samotného, měl by být jednoduchý a skutečně dosažitelný (reálný) za pomoci spolupráce APP (klient potřebuje více úspěchů, aby dosáhl vnitřní změny) a tato „cesta“ za cílem bude rozpoznatelná i pro někoho v jeho sociálním okolí (tzn., že bude mít sociální rozměr).

Pracovníci APP společně s klientem volí, které prostředky použijí pro naplnění cíle klienta – individuální terapii, práci s rodinou, poradenství, motivační trénink, prevenci relapsu apod., nebo jiné dostupné služby v rámci sociální sítě. Pracovník APP společně s klientem vytvářejí představu o tom, jaké změny naplnění cíle přinese na základě kladených otázek pracovníkem např. „na čem a jak poznáme, že se cíle dosáhlo?“, „co se ve vašem životě změní, co bude nového?“, „pozná to ještě někdo jiný?“. Pracovník APP plánuje s klientem od počátku poskytování služby přibližnou dobu spolupráce, pracovníci APP uvádějí, že cíle se termínují pouze v případě, že to bude užitečné pro klienta. Pracovníci APP uvádějí,

že si v celém průběhu jednotlivých setkání ověřují, zda jdou společně s klientem „cestou“, která je pro klienta užitečná. Toto ověřování probíhá kladením otázek např. „jsme skutečně tam, kde jsme chtěli být?“, „je toto ta služba, pro kterou jste tady?“, „jedná se o téma, které chcete dnes probírat?“ apod., dále si výše popsané pracovníci APP ověřují na konci každého setkání např. „co si dnes odsud odnášíte?“, „byla pro vás dnešní konzultace užitečná?“, „dostali jsme se dnes tam, kam jsme směřovali?“ apod. Pracovníci APP se shodují na tom, že metody práce s klientem jsou závislé na charakteru služby APP, potřebách a na tom, s jakou zakázkou se klient do APP dostavil. Optimální podporu pracovníci APP shledávají ve vyváženém projevení zájmu o uživatele a na tom, že mu pracovníci ponechají svobodu rozhodování.

6.9 Výhody a nevýhody sociální práce z pohledu pracovníků APP

Pracovníci APP shledávají hlavní výhody poskytování sociální služby v poradně v tom, že v APP je vhodné zázemí pro systematickou práci s klientem a rozhovor s klientem může probíhat v soukromí. Na rozdíl od terénní sociální služby nejsou pracovníci APP ovlivněni počasím.

Nevýhody pracovníci APP spatřují v tom, že není možnost uživatele návykových látek oslovit v terénu, protože služba APP je vázána tím, kdo služby APP vyhledá, potažmo využije. Další nevýhodou je to, že zájemce se dostaví se zakázkou, ale na další sjednanou schůzku se již nedostaví, což v APP bývá poměrně častým jevem. Pracovníci APP uvádějí, že těchto klientů je cca 60%.

6.10 Statistické údaje APP

Pracovníci APP uvádějí, že v roce 2014 bylo evidováno v APP celkem 248 klientů. Počet uživatelů nealkoholových drog byl 116 klientů, z toho bylo 59 mužů a 57 žen. Nejvíce klientů z řad nealkoholových drog bylo zastoupeno uživateli pervitinu. Rodinní příslušníci a blízké osoby byli zastoupeni v počtu 119 a 11 klientů bylo uživateli alkoholu.

7 Doléčovací centrum Prevent

Doléčovací centrum Prevent (dále DCP) je určeno klientům, kteří již ukončili léčbu závislosti na drogách, alkoholu či výherních automatech, avšak návrat zpátky je pro ně obtížný nebo stále rizikový. Klienti mohou do zařízení ambulantně docházet, nebo požádat o ubytování v chráněném prostředí.

Posláním služby následné péče DCP je podpora osob, které přicházejí bezprostředně po ukončení léčby ze závislosti, v jejich opětovném začlenění do společnosti.

7.1 Historie a současný stav zařízení DCP

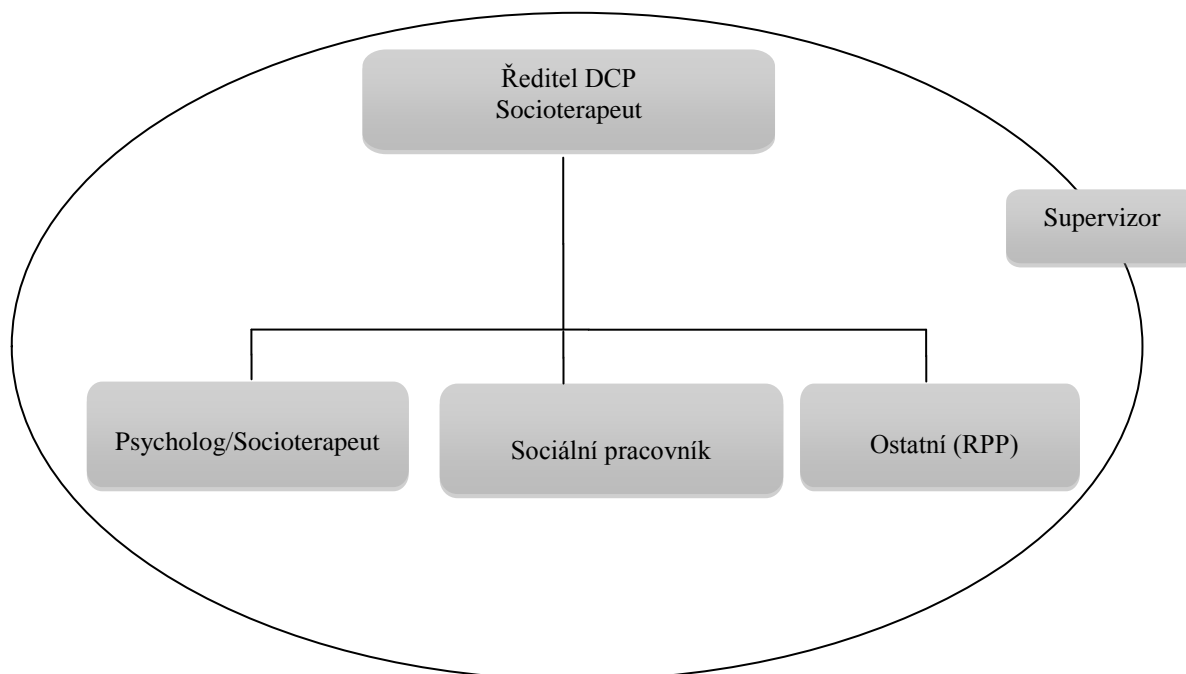
Doléčovací centrum Prevent v Českých Budějovicích vzniklo v roce 2006, zřizovatelem DCP je občanské sdružení Prevent, o.s. Potřeba vzniku zařízení DCP vyplynula ze SWOT analýz Jihočeského kraje, a to SWOT analýzy vytvořené protidrogovými koordinátory Jihočeského kraje a odborníky pracujícími v protidrogové oblasti. V roce 2005 až 2006 navázalo DCP kontakt s jihočeskými terapeutickými komunitami (Karlov, Němčice, Podcestný mlýn) a s PL Červený Dvůr a PL Lnáře s žádostí o spolupráci při průzkumu zájmu o tento typ služby. Výsledkem spolupráce byla dotazníková studie, ze které vyplynul velký zájem klientů pocházejících z Jihočeského kraje o možnost doléčování v tomto regionu. Také pracovníci výše zmíněných komunit se vyjadřovali kladně k případnému vzniku DCP, a to zejména u mladších klientů, u kterých je návrat do původního kraje a nepřerušování kontaktu s rodinou velmi žádoucí. Ve všech případech zájmu klientů terapeutických komunit o účast v DCP hrála a hraje velkou roli možnost chráněného ubytování a pracovní příležitost. Jako nejvhodnější město pro provoz DCP byly vybrány České Budějovice, a to vzhledem k poměrně nízké nezaměstnanosti, dobrou dopravní obslužností, lokalitou v centru Jihočeského kraje a možnostmi získání vhodných prostor pro chráněné ubytování. V letech 2006 až 2009 se zařízení DCP postupně integrovalo do sítě poskytovatelů sociálních služeb v regionu, navázalo úzkou spolupráci zejména s PL Červený Dvůr, odkud v současné době přichází do DCP největší počet zájemců o službu. DCP spolupracuje taktéž se všemi terapeutickými komunitami v regionu, kde pravidelně nabízí své služby. DCP je registrovanou sociální službou dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Služby DCP jsou provozovány v pronajaté třípatrové budově v Tylově ulici č. p. 23 v Českých Budějovicích. V přízemí se nacházejí dvě kanceláře a prostory terapie (1× velká terapeutická místnost, 1× malá terapeutická místnost), WC a sprchy pro personál,

a sociální zázemí pro muže. V prvním patře je ubytování pro muže (tři pokoje, 2× WC, umyvadlo, kulturní místnost, sociální zázemí mají muži v přízemí budovy). Ve druhém patře se nachází ubytování pro ženy a matku s jedním či více dětmi (tři pokoje, obývací místnost, komora, koupelna s prádelnou, WC). Ubytovací prostory pro chráněné ubytování se skládají ze tří, dvou a jednolůžkových pokojů. V současné době je v DCP 12 lůžek (7 lůžek na pánském patře a 5 lůžek na dámském patře). Ve sklepě budovy je zřízena prádelna pro muže, sklad materiálu, prostor pro volný čas klientů a malá dílna. V průběhu roku 2012 došlo k zaměření a nastavení programu pro rodiče s dětmi. Zásadní byla především úprava prostor na dámském patře, směrem k většímu bezpečí dětí. Do dveří byly pořízeny bezpečnostní dvířka, aby děti nemohly samostatně ke schodišti. Fakultativně jsou poskytovány konzultace týkající se mateřství a výchovy dětí pro ubytované matky, navíc zde byla zřízena knihovna s řadou titulů, které se této problematice týkají. Knihy jsou volně k dispozici a jsou k vypůjčení zdarma.

V současné době je tým DCP tvořen třemi kmenovými zaměstnanci, externími zaměstnanci RPP a supervizorem, organizační struktura DCP viz. schéma níže.

Obr. 4: Schéma organizační struktury DCP



Pracovní tým DCP je sestavován v souladu s požadavky kladenými na odbornou způsobilost zaměstnanců a zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, a dále pak interními směrnicemi vydanými o. s. Prevent. Pracovníci uvádějí, že kromě výše

zmiňovaných požadavků je kladen důraz na osobní kvality pracovníků a jejich ochota se dále vzdělávat.

7.2 Spektrum služeb DCP a zásady jejich poskytování

DCP nabízí dle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách podle §64 „služby následné péče“. Pracovníci DCP uvádějí, že v DCP jsou formy sociálně terapeutických aktivit rozvrženy do pracovního týdne a skupinové aktivity se konají v předem stanovený čas, termín individuálních aktivit je výsledkem domluvy mezi garantem a klientem, a to tak, aby byla aktivita realizována nejméně jednou týdně. Přesný rozvrh aktivit je obsahem dokumentu „Formy a fáze“, který obdrží každý klient při nástupu do služby DCP. Pracovníci DCP jsou při těchto aktivitách vzájemně zastupitelní.

Individuální poradenství DCP

Pracovníci DCP se shodují, že v případě DCP se jedná o stěžejní metodu práce s klientem, která zahrnuje především individuální poradenství, sociálně právní poradenství a využívá prvky psychoterapie. Jedná se o individuální konzultaci, která je obsažena v každé fázi doléčování. Klient má při individuální konzultaci vytvořen bezpečný prostor a individuální konzultace dává klientovi možnost řešit krátkodobé i dlouhodobé cíle, které si klient stanovil v rámci individuálního plánu. Pracovníci DCP dále uvádějí, že frekvence individuálních konzultací je dána fází, ve které se klient nachází, popřípadě podle individuálního plánu či potřebami klienta, doba trvání je 30 minut až 1,5 hodiny, i zde opět záleží, v jaké z fází se klient nachází.

Pracovníci DCP poskytují svým klientům, stejně jako pracovníci APP *obecné poradenství*, které je zaměřeno na řešení aktuálních problémů a zvyšování kompetence klientů tyto problémy řešit. Dále poskytují *strukturované poradenství*, které probíhá na základě plánu, který lze v průběhu měnit. Cílem strukturovaného poradenství je pomoci klientům efektivněji jednat a dosahovat svých cílů. Dalším individuálním poradenstvím, které se realizuje v DCP je *garantský pohovor*, což je individuální konzultace klienta s jeho garantem, která se týká naplňování léčebného plánu klienta. Tento rozhovor je vysoce strukturován a je zaměřen na praktický rozvoj konkrétních schopností a dovedností klienta.

V rámci *sociálně právního poradenství* v DCP se jedná o individuální práci garanta nebo jiného pracovníka DCP s klienty, jejímž cílem je pomoci klientovi s řešením jeho aktuálního problému v oblasti trestně právní, zdravotní, vzdělávání, samostatné výdělečné činnosti, bydlení, sociálního zabezpečení, administrativy, v oblasti rodinného práva atd.

Sociálně právní poradenství v DCP představuje činnost pracovníků DCP v pomoci a podpoře ve formě rady, pobídky, nastínění alternativ klientům, a také osobní asistence garanta při jednání klienta s úřady a institucemi.

Při individuálním a sociálně právním poradenství uvádějí pracovníci DCP následující strukturu konzultace:

- Pracovník DCP si zjistí aktuální situaci klienta ze spisové dokumentace, a pokud je pracovník DCP seznámen s tím, čeho se bude pohovor týkat, tak si zjistí o daném problému informace.
- Pracovník DCP zajistí bezkonfliktní atmosféru, pozdraví a použije otevřené otázky např.: „jak se máš“, „s čím ti mohu pomoci“. Pracovník DCP klientovi naslouchá, zdrží se komentářů, a to i v případě, že postoj klienta k problému může být ovlivněn emocemi, mylnými informacemi atd.
- Po získání dostatečného množství informací definuje pracovník DCP problém, poté stanoví postup a prognózu.
- Cílem konzultace je stanovení zakázky nebo cíle klienta. Pracovník DCP společně s klientem určí metody, kterými lze stanoveného cíle dosáhnout. Společně pracovník DCP a klient nacházejí možné způsoby řešení, definují jednotlivé kroky, které vedou k cíli a předem si společně s klientem domluví odpovědnost za jejich realizaci.
- Pracovník DCP, který s klientem provádí individuální poradenství, vypracuje písemné shrnutí pohovoru do formuláře „karta klienta“ a založí klientovi do jeho spisové dokumentace.

Pracovníci DCP uvádějí, že je důležité dodržování zásad individuálních konzultací, kterými se všichni pracovníci DCP řídí. Jedná se zejména o pozorné naslouchání klientovi a být s klientem v osobním kontaktu, nedívat se, nesmát se klientovi, nezesměšňovat klienta, říkat klientovi pravdu, a to vhodným způsobem, respektovat potřeby klienta, být empatický, sebejistý, nenechat sebou manipulovat a dodržování etického kodexu klienta.

Samořídící skupina DCP

Samořídící skupina je povinnou svépomocnou skupinovou aktivitou, která je zahrnuta do socioterapeutické práce. Uživatelé služby DCP si zde rozdělují tzv. služby, které každý uživatel služeb DCP během týdne zajišťuje. Jedná se např. o úklid společných prostor, jako je kuchyně, obývací místnost, chodby, sociální zařízení a prádelny. Ostatní uživatelé

služby DCP se mohou k službě vyjádřit, stejně tak se může vyjádřit i služba k tomu, jak ostatní udržují pořádek.

Služba v DCP se střídá po týdnu (od pondělí do pondělí) a pokud je to možné, tak rovnoměrně mezi všemi klienty. Zároveň jsou v DCP vždy dvě služby, jedna na pánském a druhá na dámském patře. Klienti se ve službě v DCP střídají rovnoměrně po týdnu, a jejich pořadí určuje nástup klientů do programu, tzn. od služebně nejstaršího klienta ke služebně nejmladšímu klientovi. Tento koloběh se opakuje a automaticky jsou do tohoto koloběhu zapojeni nově příchozí klienti.

Samořídící skupina DCP se schází v neděli a doba trvání je cca 2 hodiny. Tuto skupinu vede klient, který je ve funkci vedoucího domu a zápis provádí klient, kterého vedoucí domu pověřil, v případě potřeby se samořídící skupiny účastní i pracovníci DCP.

Pracovníci DCP uvádějí, že tyto samořídící skupiny mají rovněž za cíl pečovat o vzájemné soužití klientů v přijatelné a bezpečné atmosféře, proto zjišťuje vedoucí domu celkovou atmosféru v DCP kladením otázek uživatelům typu: „jak se ti zde aktuálně bydlí a proč tomu tak je“, „koho vnímáš jako spokojeného a proč“, „koho vnímáš jako nespokojeného a proč“, „z koho máš strach a proč“. Klienti mají v samořídících skupinách prostor vyjádřit se k programu, podávat stížnosti na pracovníky DCP nebo ostatní klienty apod.

Skupinová terapie

Podle slov pracovníků DCP je skupinová práce prováděná v rámci programu DCP dvakrát týdně. Zpravidla se jedná o pondělí, kdy je skupina zaměřená na prevenci relapsu a podle potřeby ve čtvrtek, kdy se schází dynamická skupina. Zaměření skupin je tedy tak, že v pondělí přináší do skupiny témata pracovníci DCP, a ve čtvrtek je skupina zaměřena na potřeby a témata klientů. Skupinová terapie je povinnou součástí všech programů, a její rozsah je uveden v kapitole 7.7 Fáze a formy programu DCP.

Pracovníci DCP se v tematické skupině, která se koná v DCP vždy v pondělí, zaměřují na témata, která se týkají nejčastěji cravingu, vztahů rodinných či partnerských, osamělosti, vykořeněnosti, volného času apod. Dané téma vychází především z aktuálních potřeb skupiny a přirozeně vyplyne během úvodu tematické skupiny. Skupinu řídí pracovník DCP a klienti se dobrovolně zapojují do hledání možných řešení, sdělují vlastní příběhy, emoce, zaměřují se na nácvik dovedností klientů a nacvičují situace, které by mohly vést k možnému relapsu apod. V DCP je cílem motivačních tréninků získání náhledu klientů, naučení se zvládat rizikové situace a podpora klientů v začlenění do „normálního života“.

Při prevenci relapsu je při práci s klienty potřeba pracovat s pozitivní i negativní motivací, kdy by si klient uvědomil nevýhody impulzivního chování a výhody, které mu přináší sebeovládání. Úkolem prevence relapsu je tedy naučit klienty, aby se vyhýbaly rizikovým situacím, popř. tyto rizikové situace bezpečně zvládali. V „kole změny“ to znamená fázi udržování, kdy se klient snaží udržet dosaženou změnu a předejít relapsu.

Dynamická skupina v DCP je stanovena čtvrtek a je zaměřena na uvědomění si sebe sama, svého chování, jednání v určitých situacích, odstraňování patologických stereotypů.

Pracovníci DCP mohou v mimořádných případech svolat mimořádnou skupinu, kde je nutné řešit aktuální krizovou situaci v rámci DCP, tato skupina je zaměřena na konkrétní problém.

Pracovníci DCP uvádějí, že jsou stanovena pravidla pro účast ve skupině, a to pro klienty DCP, ale i pro pracovníky DCP. Součástí těchto pravidel je mlčenlivost, tzn., že to co se ve skupině děje, a o čem se mluví je důvěrné a nikdo tyto informace ze skupiny nesmí „vynášet“. Dalším pravidlem je povinnost účastníků skupiny vyjadřovat své názory a pocity upřímně a pravdivě, což vede k možnosti lepšího sebepoznání, poznání účastníků skupiny, a tím i možnosti vzájemné pomoci. Dále mají účastníci skupiny možnost říci „stop“, a to pokud nechce nebo nemůže účastník něco sdělit, ale v tomto případě je nutné, aby účastník alespoň rámcově sdělil, proč o daném tématu nechce (nemůže) mluvit. Dalším z pravidel je respektování soukromí, intimity a autonomie členů skupiny i mimo skupinu. V neposlední řadě je povinností účastníků skupiny dodržovat pravidla, tzn. v rámci skupiny dodržovat dochvilnost, včasné omluvení, plnění dohodnutých doporučení apod.

Zátěžové, rehabilitační a socioterapeutické pobyty DCP

V DCP znamenají výše jmenované pobyty takové aktivity, které jsou zaměřené na cílené využívání alternativ trávení volného času, což pro klienty znamená dostatečnou zátěž a jsou tak terapeuticky využitelné. Pracovníci DCP uvádějí, že se zde realizují sportovní a turistické výlety, jako je vodáctví, jízda na koních, cyklovýlety apod., které jsou spojené s nestandardními podmínkami, kdy si klienti vaří na ohni, spí ve stanech nebo pod „širákem“. Tyto programy jsou součástí socioterapeutické práce, klienti jsou zapojeni do plánování a přípravy programu (např. společné plánování a nákup potravin, vedení skupiny podle mapy, příprava jídla apod.). Při těchto pobytech je vždy důrazně dbáno na

bezpečnost a zdraví klientů i pracovníků DCP. Výše zmíněné pobytové aktivity organizují pracovníci DCP několikrát do roka a tyto aktivity zpravidla trvají 1 až 3 dny.

Rodinné, párové poradenství DCP

V rámci individuálních konzultací jsou pracovníky DCP nabízeny klientům na základě rozhodnutí týmu možnosti nabídnout rodinám nebo blízkým osobám klientů účast na podpůrných strukturovaných konzultacích nebo jiných aktivit společně s klientem, k tomuto je však nutný souhlas klienta. Pracovníci DCP uvádějí, že tyto aktivity podporují, a pokud mají např. rodiče zájem, jsou schopni přijet, jsou naživu apod., ale konečné rozhodnutí je vždy na klientovi. Účastníky těchto aktivit mohou být rodiče, partneři, sourozenci klienta, jeho blízcí a klient sám. Cílem těchto konzultací je podle pracovníků DCP společné hledání možností pro další rozvoj vzájemných rodinných vztahů, seberealizace každého člena rodiny a dodržování společných pravidel v rámci prevence relapsu. Rodinné (párové) poradenství je pracovníky realizováno dle potřeby klientů, trvá cca 30 minut až 1,5 hodiny a vede ho garant klienta.

Pracovní terapie

V DCP je pracovní terapie povinnou součástí programu DCP v období, kdy klient nemá žádné zaměstnání, tudíž je povinen v DCP odpracovat 6 hodin týdně, které si klient rozloží dle svého uvážení. Jedná se především o péči o objekt DCP a prostory, které jsou určeny k užívání klienty (např. úklid, malování, vyklízení, stěhování, drobné montáže apod.). Pracovníci DCP uvádějí, že hlavním smyslem pracovní terapie pro klienty spatřují v možnosti získání pracovních návyků před vstupem do práce a v motivaci klientů k získání legálního zaměstnání a jeho udržení.

Sociální práce

V DCP v rámci sociální práce pomáhají pracovníci klientům při uplatňování jejich práv, oprávněných zájmů, při obstarávání osobních záležitostí (např. registrace na ÚP, vyřízení dávek hmotné nouze, SSP, kontakt s lékařem apod.) a pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím. Dále pracovníci DCP poskytují klientům poradenství z oblasti práva, psychologie, vzdělávání a pomáhají klientům orientovat se v sociálních systémech.

Služby zaměstnanosti

Pracovníci DCP poskytují klientům služby zaměstnanosti, což jsou aktivity, jejichž účelem je pomoci klientovi, aby se uplatnil na trhu práce a měl přehled o svých právech

a povinnostech. Pracovníci DCP konzultují s klienty vhodné zaměstnavatele a zprostředkovávají klientům informace o trhu práce formou přístupu na internet a učí klienty s internetem pracovat, a předávají klientům informace o mzdě (minimální mzda, výhody práce na hlavní pracovní poměr, možnosti smluvních vztahů se zaměstnavatelem apod.), o sestavování životopisu, pracovní neschopnosti atd.

Krizová intervence

Pracovníci DCP uvádějí, že cíle krizové intervence DCP jsou akutní, tzn. uklidnění klienta, stabilizování jeho stavu, snížení nebezpečí, že se krize bude nadále prohlubovat, a jednak perspektivní, tzn. propracování společně s klientem k jeho blízké budoucnosti a nalezení možného řešení. Pracovníci DCP poskytují krizovou intervenci nepřetržitě 24 hodin a pracovníci DCP ji klientům poskytují i telefonicky, klienti mají k dispozici služební telefonní číslo na pracovníka DCP, který má pohotovostní službu.

Pracovníci DCP uvádějí při jednání s klientem v krizi následující zásady k tomu, aby byla krizová intervence účinná:

- nedávat rychlé a neuvážené rady,
- nic neslibovat,
- více naslouchat, méně mluvit,
- naslouchat nejen faktům, ale i emocím,
- nevnucovat klientovi svoje řešení (i když je osvědčené),
- neměnit téma, nechat klienta domluvit a nemluvit za něho,
- neskákat do řeči,
- respektovat jeho čas,
- mluvit jazykem, který je pro něho srozumitelný,
- nevyslýchat,
- ujistit klienta o důvěrnosti jeho sdělení,
- opatrně užívat otázky „proč?“ – navozují obvinění,
- nedělat teatrální gesta typu: „Proboha, jen s ním o tom nemluvte.“,
- nekomentovat klienta slovy např.: „No prosím vás, to snad ne!“

Dle slov pracovníků DCP pokud má být krizová intervence účinná, je nutné využít intervalu zvýšené otevřenosti klienta pro vnější pomoc a možnost změn, protože jakmile akutní krize odezní, motivace a připravenost klienta ke změnám se zmenšuje.

Pracovníci DCP uvádějí, že žadatelé se o službě DCP nejčastěji dozvídají z webových stránek DCP, z informačních letáků, které DCP rozesílá do zařízení pro léčbu závislostí a dalším spolupracujícím organizacím (ÚP, PMS České republiky, sociální odbory na městských a obecních úřadech, věznice) nebo z pravidelných návštěv pracovníků DCP v PL a TK v Jihočeském kraji, které probíhají každý rok.

Žadatelé o službu mají možnost kontaktovat DCP telefonicky, písemně, e-mailem nebo osobně v místě realizace služby DCP. Během výše uvedených kontaktů jsou žadatelé o službu informováni o nutnosti doručení potřebných dokumentů, kterých bude zapotřebí při dalších jednáních s pracovníky v DCP.

7.3 Principy fungování DCP

DCP funguje na následujících principech:

Bezdrogové prostředí – cílem služby je zajistit prostředí, kde je možné udržet pozitivní změny, kterých klient dosáhl během předchozí léčby.

Mezioborové pojetí – sociální služba bere v úvahu osobité potřeby uživatele v jednotlivých oblastech života zároveň (biologické, psychologické, sociální) a vyžaduje tak ucelený odborný přístup.

Respektování hodnot klienta – braní drog není chápáno jako okolnost, snižující hodnotu člověka. Uživatel služby je zde svobodnou a samostatnou bytostí, která je plně odpovědná za své činy, s dostatečným prostorem pro seberealizaci a možností posílení svých předpokladů k opětovnému začlenění do společnosti.

Oboustranná důvěra – jmenovité údaje o uživatelově zdraví, drogové kariéře atd. jsou důvěrné a nejsou poskytovány bez jeho souhlasu, případně bez jeho vědomí, je-li zařízení povinno tyto údaje poskytnout. Zařízení naopak ve své práci vychází z důvěry v možnosti klienta založené na realistickém pohledu.

Individuální přístup – program je nastaven tak, aby mohl pružně reagovat na individuální možnosti uživatele služeb, jeho potřeby a zaměřuje se na osobité obtíže klienta v souvislosti s užíváním drog.

Dobrovolnost – účast v programu je dobrovolná

Odbornost a spolupráce – služby jsou poskytovány personálem s odpovídajícím vzděláním a praxí. Klient má možnost plánovat, hodnotit užitečnost, nastavení a efektivitu služeb, a nepřímo se tak podílet na tvorbě programu.

Přístupnost – služba je pro cílovou skupinu přístupná bez ohledu na pohlaví, věk, rasu, politické přesvědčení, náboženství a právní či společenské postavení.

7.4 Cíle následné péče DCP

Cílem následné péče, jak uvádí DCP, je opětovné, plnohodnotné začlenění klienta do společnosti po absolvování léčby ze závislosti, získání prostoru k překlenutí období hledání samostatného bydlení a následné dosažení vyšší a vyvážené kvality jeho životního stylu. Měřitelným kritériem výše zmíněného cíle je pak naplnění cílů dílčích, kterými jsou:

- *Získání a udržení legálního zaměstnání* – uživatel služby má jeden měsíc od nástupu do programu a při odchodu z programu, uzavřenou a podepsanou legální smlouvu se svým zaměstnavatelem. V průběhu absolvování služby je nepřetržitě zaměstnán. V případě OSVČ doručí klient do měsíce od nástupu do programu kopii živnostenského listu a fakturu za vykonanou práci.
- *Studium (ekvivalent zaměstnání)* – uživatel služby řádně dochází do denní formy studia.
- *Společensky uspokojivé bydlení*, které je klient schopen hradit z vlastního legálního příjmu – klient má před odchodem ze služby zajištěné ubytování na smlouvu, nebo na jeho získání pracuje (přechodně na ubytovně apod.), z programu neodchází, aniž by věděl kam (ulice, squat,..). Garant uživatele má přehled nad jeho příjmy a budoucí výší nájmu.
- *Aktivní trávení volného času* – uživatel má zpracovaný způsob trávení volného času, na kterém pracuje během první fáze se svým garantem a řídí se jím.
- *Samostatnost a zodpovědnost* – uživatel po ukončení spolupráce necítí potřebu využívat sociální služby drogové prevence a aktivně přistupuje k řešení svých problémů (dluhy, OPP, zvládnání chuti,...).
- *Abstinence po dobu kontaktu se zařízením* – uživatel po dobu kontaktu abstinguje od zakázaných návykových látek, alkoholu a gamblingu = nemá pozitivní test a spolupracuje v případě relapsu.
- *Udržení pozitivních změn* – kvalita života uživatele, dosažená při ukončení doléčování, je udržena i do budoucna, uživatel je kontaktován a jeho stav je monitorován po dobu dalších 6 měsíců.

Minimální hranicí pro naplnění cílů je stav uživatele, který při ukončení spolupráce s doléčovacím centrem vykazuje většinu těchto dílčích cílů (minimálně 4). Toto opatření mimo jiné vychází ze skutečnosti, že cíle ambulantních a pobytových uživatelů služby se mohou lišit.

7.5 Cílová skupina klientů DCP

Cílovou skupinou DCP jsou abstinující osoby, které absolvovaly léčbu primárně z drogové závislosti, sekundárně pak ze závislosti na gamblingu či alkoholu. Přicházejí nejpozději 4 dny po jejím ukončení, jsou nuceni vrátit se do prostředí, které je pro ně z hlediska abstinence rizikové, ocitají se v nelehké sociální situaci, neboť obvykle nemají práci, bydlení, rodinné vztahy jsou problematické a potřebují podporu ve svém návratu do společnosti.

Kromě výše zmíněné charakteristiky cílové skupiny musí žadatelé o službu splňovat další předpoklady, kterými jsou minimální věk 18 let (15 let za souhlasu rodičů u ambulantní formy), potvrzená abstinence minimálně v rozsahu tří měsíců (z bezprostředně navazující předchozí léčby), motivace k životu bez drog, kterou zhodnotí tým na základě vstupního pohovoru, písemně žádosti, vyjádření týmu z předchozí léčby a životopisu (osnova životopisu viz. příloha 3). Dalším předpokladem je u ambulantní formy místo pobytu klienta, které musí klientovi umožňovat účast na všech povinných aktivitách.

I když osoba splňuje výše uvedená kritéria, není zařízení schopno poskytnout služby osobám hovořícím pouze jiným než českým jazykem (pokud si sami, a na vlastní náklady nezajistí podmínky k řádnému absolvování služby – překladatel, osobám, které na základě své současné zdravotní anamnézy nejsou schopni zvládnout program služby v plném rozsahu (určí odborný lékař v rámci přijímacího pohovoru, popřípadě si žadatel sám a na vlastní náklady zajistí podmínky k řádnému absolvování služby – osobní asistent), a pokud zařízení nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby, o kterou osoba žádá.

Aby mohla být osoba zařazena do programu DCP, musí splnit podmínky, které jsou předpokladem přijetí. Musí splnit předpoklad cílové skupiny, na adresu doléčovacího centra musí zaslat písemnou žádost, životopis a doporučení terapeutického týmu z léčby (nejlépe dva měsíce před plánovaným nástupem). Dále musí navštívit doléčovací centrum a absolvovat vstupní pohovor, na který bude pozvána na základě žádosti a životopisu. Pro přijetí není nutné absolvovat celou léčbu, nicméně to, jakým způsobem ji uživatel ukončil, je zohledněno při rozhodování o přijetí do programu. V případě nezaměstnanosti se před nástupem doporučuje zaevidovat se na úřadu práce v místě trvalého bydliště, přivést si zápočtový list z posledního zaměstnání a doklad o dosaženém vzdělání. Program není určen pro uživatele služby přicházející bezprostředně po ukončení substituční léčby, pokud prokazatelně neabstinují 3 měsíce od návykových látek.

7.6 Vstupní pohovor, přijetí žadatele, představení garanta v DCP

Vstupní pohovor v DCP je povinnou součástí přijímacího procesu do DCP. Jehož cílem je doplnění informací o žadateli o službu, které jsou podstatné pro jeho přijetí/nepřijetí do programu a k poskytnutí informací zájemci o nabízených sociálních službách DCP. V případě, že pracovníci DCP vedou přijímací pohovor s rodičem, který chce do zařízení nastoupit společně s nezletilým dítětem, pracovníci DCP během pohovoru zjišťují informace o poměrech dítěte (svěření do péče, zda je soudní úprava styku nezl. s druhým rodičem, podmínky péče – např. výchovná opatření, výživné, místně příslušný OSPOD...), a je kontaktováno příslušné OSPOD podle trvalého pobytu nezl. dítěte.

Pracovníci DCP uvádějí následující body, které jsou součástí vedení pohovoru:

- vzájemné seznámení žadatele o službu s pracovníkem DCP a vysvětlení účelu vstupního pohovoru (oboustranné doplnění informací),
- pracovník DCP doplní chybějící údaje o žadateli o službu DCP (zejména aktuální informace o jeho psychickém a fyzickém stavu, finanční a bytové situaci),
- pracovník DCP představí klientovi služby a program DCP a provede žadatele po zařízení DCP,
- žadatel předá pracovníkovi DCP životopis, žádost o poskytnutí služeb DCP a vyjádření PL nebo TK o proběhlé léčbě (pokud tak již žadatel o službu neučinil),
- součástí pohovoru může být i psychiatrické vyšetření, a to v případě, že tým DCP má pochybnosti o předpokladech žadatele absolvovat program služeb DCP na základě získaných údajů o žadateli,
- pracovník DCP dá žadateli o službu DCP dostatečný prostor pro jeho dotazy,
- pracovník DCP předá žadateli Smlouvu o poskytování sociální služby,
- pracovník DCP žadatele o službu upozorní na to, že při nástupu do programu DCP bude otestován na přítomnost drog, a v případě, že test bude pozitivní na drogu, bude žadatel odmítnut.

Žadatel o službu DCP je na začátku pohovoru pracovníkem DCP upozorněn na to, že celý rozhovor bude trvat 30 minut až 1 hodinu, a že může kdykoliv odejít, což mu ale na druhé straně znemožní využití služby DCP. Pracovníci DCP vedou pohovor v kanceláři týmu DCP nebo v terapeutické místnosti tak, aby bylo zaručeno bezpečné a nerušené prostředí. Pokud pracovník DCP jedná se zájemcem o službu, který je nezletilý, probíhá jednání vždy se zákonným zástupcem.

Žadatel o službu DCP je písemně informován DCP o přijetí/nepřijetí do programu sociální služby DCP (dle smlouvy tak lze učinit ústně či telefonicky), a to nejdéle do 14 dnů od konání pohovoru. O přijetí/nepřijetí do programu sociální služby DCP rozhoduje tým DCP, konečné slovo má vedoucí DCP.

Pokud je žadatel o službu DCP přijat do programu, je povinen do DCP nastoupit do programu nejpozději do 4 dnů od ukončení léčby v předchozím zařízení (př. PL, TK) a pokud tak neučiní, je to důvodem k nepřijetí do programu DCP.

Bezprostředně po nástupu zájemce o službu do programu je zájemci představen garant, který mu byl přidělen a provede s ním následující procedury (pokud je přidělený garant nepřítomen, provede se zájemcem následující procedury jiný člen terapeutického týmu DCP):

- pracovník (garant) DCP seznámí klienta s jeho právy a je mu ukázáno, kde jsou tato práva uveřejněna,
- pracovník DCP (garant) seznámí klienta s možností podat stížnost a postupem podávání stížností směrem k pracovníkům DCP nebo DCP,
- pracovník (garant) DCP otestuje klienta na přítomnost alkoholu v dechu a drog v moči, toto testování se provádí při nástupu klienta vždy, pokud je test pozitivní a klient nenahlásil pozitivní relaps, není do programu DCP přijat, pokud relaps klient nahlásil, je do programu přijat a tým DCP se dále řídí postupem při nahlášeném relapsu,
- dále pracovník (garant) DCP sepíše s klientem „Smlouvu o poskytování sociální služby“, včetně individuálního plánu a cíle, (který je v souladu s cíli a posláním DCP),
- dále pracovník (garant) DCP sepíše „Dodatek smlouvy o poskytnutí chráněného ubytování“ a zaplacení nájemného a záloh klientem DCP (pouze u pobytové formy programu),
- součástí „Dodatku smlouvy o poskytnutí chráněného ubytování“ je předávací protokol o převzetí zařízení pokoje a klíčů (pouze u pobytové formy programu),
- klient DCP je pracovníkem DCP (garantem) seznámen se způsobem vedení a ukládání spisové dokumentace o klientovi, dále je klient seznámen s právem na ochranu osobních údajů,
- pracovník DCP (garant) předá klientovi „Průvodce sociální službou DCP“,

- pracovník DCP (garant) vyplní anamnézu klienta, kde je podrobně popsán a zhodnocen stav klienta (anamnéza je v průběhu dvou týdnů pracovníkem DCP doplňována, anamnestický list klienta viz. příloha 2),
- klienta pracovník DCP (garant) seznámí s obsahem a frekvencí společných konzultací, povinnostmi klienta v rámci fází programu a pracovník DCP si s klientem domluví termín další konzultace.

Pracovníci DCP uvádějí, že je důležité, aby klient nebyl „zahlt“ informacemi, tzn., že by měl pracovník odhadnout množství a způsob sdělování podávaných informací a pracovník by se měl ujistit, že klient porozuměl informacím, který mu pracovník podal. Při prvním kontaktu s klientem pracovníci DCP klientovi vykaží, v průběhu programu se společně domlouvají, jaká forma oslovování je pro klienta přijatelná. Pracovníci DCP dále uvádějí, že v zařízení DCP je zvykem si společně tykat, a to vzhledem ke komunitní povaze zařízení, ale konečné rozhodnutí o vzájemném oslovování je ponecháno na klientovi.

7.7 Individuální plán klienta DCP

Individuální plán klienta (dále jen IPK) DCP je sepsán s klientem již během podpisu „Smlouvy o poskytování sociální služby“, kdy jsou zjišťovány potřeby a osobní cíle klienta a je dotvářen v průběhu 14 dní, tzn. v nulté fázi programu. Za sepsání IPK je odpovědný garant klienta. Cílem individuálního plánování je zajištění individuálního přístupu pracovníků DCP ke klientům DCP prostřednictvím průběžného mapování potřeb klienta a jeho cílů, a to při zohlednění jeho aktuální situace. Pracovník DCP podporuje klienta v rozvíjení jeho konkrétních potřeb, které definují jednotlivé cíle změny, pomáhá mu konkretizovat jeho představy tak, aby byly konkrétní a měřitelné, a také realizovatelné v konkrétním časovém období. Pracovník DCP tyto klientovy představy a potřeby respektuje, pokud jsou v souladu s cíli zařízení.

IPK je v DCP realizován písemně, k čemuž slouží standardizovaný formulář. Formulář IPK obsahuje následující údaje: jméno klienta, jméno garanta, datum vzniku plánu, data revizí a zhodnocení, termín, do kterého klient plánuje požadované změny uskutečnit. Dále formulář IPK obsahuje cíle, kterých chce klient dosáhnout a oblasti jeho potřeb, které vedou ke změně, potažmo ke splnění vytyčených cílů. Na konci formuláře IPK je prostor pro podpis klienta, garanta a vedoucího DCP.

Jednotlivé cíle, které jsou obsaženy v IPK garant s klientem hodnotí po ukončení termínu, který si klient k dosažení cíle určil. V případě, že není cíle dosaženo, společně garant s klientem hledají důvody, a dle následných zjištění definují další cíl.

Tým DCP je oprávněn ukončit klientovi účast v programu, pokud klient závažným způsobem poruší pravidla programu jednorázově (agrese a násilí v DCP, nenahlášený relaps, trestná činnost klienta v době jeho pobytu v DCP, držení nebo zanesení zakázaných OPL, odmítnutí prohlídky osobních věcí) a opakovaně (3x nenahlášená absence na povinné aktivitě programu, 3x nedodržení režimu DCP, 3x nahlášený relaps). Dalším důvodem ukončení klientova působení v programu je opakované porušení pravidel programu, které není závažné (neplnění úkolů zadaných v rámci terapeutického procesu, nesplnění povinností týdenní služby v DCP apod.), a to v pěti případech. Důvodem ukončení programu ze strany DCP může být změna poměrů na straně klienta (zejména zhoršení zdravotního stavu) a DCP není schopno klientovi poskytnout sociální služby, které jsou v důsledku takové změny zapotřebí.

7.8 Formy a fáze programu DCP

DCP v Českých Budějovicích je určeno klientům, kteří mají problém se závislostí na návykových látkách - jak s nealkoholovými drogami, tak s alkoholem či gamblerstvím. Stát se klientem DCP není limitováno trvalým bydlištěm v Jihočeském kraji, tato možnost je pro potřebné klienty z celé České republiky.

Do DCP přicházejí klienti, jak z psychiatrických léčeben či terapeutických komunit, tak z výkonu trestu, pro něž jsou nastaveny programy a fáze doléčování přímo odbornými pracovníky v doléčovacím centru dle konkrétní individuální potřeby. DCP má k dispozici 3 programy v rámci doléčování (doléčovací program, doléčovací program s chráněným bydlením a individuální doléčovací program), které jsou rozdělovány do konkrétních fází (nultá fáze, první fáze, druhá fáze a třetí fáze).

Pro všechny klienty 1. a 2. fáze v rámci doléčovacího programu je povinností se zúčastnit minimálně 50% všech povinných skupinových aktivit v měsíci. Pokud se nemohou klienti na skupinové aktivity dostavit, pak se musí řádně v DCP omluvit. Když tuto podmínku klient nedodrží, pak je na dobu jednoho měsíce podmíněčně vyloučen.

Další možností, jež je klientům doléčovacího centra nabídnuta, jsou dobrovolné zátěžové výjezdy. Termíny těchto výjezdů určuje tým DCP a zúčastnit se jich dobrovolně mohou nejen stávající klienti všech tří forem doléčování – viz níže, ale tuto možnost mohou využít i bývalí klienti DCP.

Formy programu doléčování DCP:

- *doléčovací program*

- *doléčovací program s chráněným bydlením*
- *individuální doléčovací program*

Doléčovací program DCP

Doléčovací program DCP je rozdělen do fází, které jsou následující:

Nultá fáze programu DCP (zkušební doba, sbírání informací)

Tato fáze je obdobím, které je určeno k seznámení klienta s programem DCP a adaptaci na nové prostředí, režim, pravidla a podmínky. Tato fáze by měla trvat minimálně 10 a maximálně 21 dní. V nulté fázi se pracuje individuálně s klientem 2× týdně po dobu 1,5 hodiny. Úkolem garanta v této fázi je s klientem doplnit anamnestický formulář, konkretizovat cíle v IPK, zhodnotit současný stav klienta a jeho potřeby a motivovat ho k setrvání v programu. V této fázi programu DCP klient navštěvuje skupinu Prevence relapsu v DCP, která se koná 1× týdně po dobu 2 hodin. Pokud klient plní řádně výše uvedené, může přejít z nulté fáze do fáze první.

První fáze programu DCP (formování součástí dalšího života)

Druhou fází doléčovacího programu DCP je tzv. první fáze, která trvá cca 1,5 až 2 měsíce. V první fázi se pracuje individuálně s klientem, klient se schází se svým garantem 1× týdně po dobu 1,5 hodiny. Dále klient navštěvuje skupinu Prevence relapsu, která se koná 1× týdně po dobu 2 hodin. Klient se dále zúčastňuje terapeutických skupin jedenkrát týdně na dvě hodiny.

I v této fázi pokud klient plní řádně výše uvedené, dodá potvrzení od zaměstnavatele o pracovním poměru (smlouvu) či o studiu, písemně zpracovaná a obhájená 3 témata (téma je zadávané garantem a týkají se práce, volného času a potřeb klienta) před týmem doléčovacího centra a podepsaný terapeutický kontrakt, může přejít do 2. fáze.

V průběhu této fáze si klient zvyká na pracovní režim a rutinu, seznamuje se s novými pracovníky a navazuje kontakty. Velká pozornost je v této fázi věnována oblasti zaměstnání.

V tomto období je podle pracovníků DCP kladen důraz na následující témata:

- prevence relapsu,
- kontakt s rodinou (pokud je to možné) či pokračování v kontaktu s rodinou,
- zmapování dluhů, zajištění splátkových kalendářů, splácení dluhů,
- klientům je doporučeno vedení peněžního deníku,
- spolupráce klientů a pracovníků DCP s PMS (např. neodpracované OPP),

- specifická vlastní témata klienta.

Pracovníci DCP uvádějí, že obecně lze říci, že klient v tomto období začíná žít „běžným životem“ a poznává jeho úskalí, klient odhaluje svá „slabá místa“ a problémy.

Druhá fáze programu DCP (volný čas)

Další z fází doléčovací programu DCP je tzv. druhá fáze, která trvá cca 3 až 4 měsíce (pro matky s dětmi 5 až 6 měsíců) a postupně směřuje k odpoutávání klienta od terapeutického prostředí. V druhé fázi se pracuje individuálně s klientem 1× týdně po dobu 1 hodiny. Dále klient navštěvuje skupinu Prevence relapsu, která se koná 1× týdně po dobu 2 hodin. Klient se dále zúčastňuje terapeutických skupin jedenkrát týdně na dvě hodiny.

I v této fázi pokud klient plní řádně výše uvedené, má zajištěnou a zároveň minimálně 3× absolvovanou volnočasovou aktivitu, dále písemně zpracované a obhájené téma (téma je zadávané garantem a týkají se práce, volného času a potřeb klienta) před týmem DCP (nejdéle však měsíc před odchodem), pak splnil všechny podmínky druhé fáze a může přejít do 3. fáze.

V této fázi je kladen velký důraz na samostatné smysluplné využívání volného času klienta. Pracovník DCP s klientem pracují na hledání vlastní zájmové aktivity, která se bude odehrávat mimo prostory DCP a pokud možno ve společnosti jiných osob, než jsou klienti DCP. Nejsou doporučovány klientovi volnočasové aktivity, které se odehrávají v prostorách restauračních zařízení (šipky, bowling, kulečník apod.). Klientům jsou pracovníky DCP doporučovány následující volnočasové aktivity:

- sportovní (fotbal, posilovna, házená, jóga, turistika, plavání, apod.),
- kulturní (ochotnické soubory, malířské kroužky, fotografické kroužky, grafika, divadlo, kino, apod.),
- pomoc druhým (charita, Salesiánské středisko, dobrovolné hasičské spolky, apod.).

V této fázi klient zpracuje zadané otázky, které mu zadá garant a klient o nich 30 minut hovoří na skupině. Ostatní klienti sepíší a předají v závěru písemnou reflexi v obálce, kterou si klient odnese až při odchodu z DCP. Základní koncept zadaných otázek klientovi je následující:

- Kdo jsem byl, když jsem do DCP přišel.
- Co jsem zde chtěl řešit, na čem pracovat.
- Co z toho se mi podařilo.
- Jak probíhalo hledání práce, nástup a její dosavadní průběh.
- Co mi práce dává, jaké v ní mám plány a cíle.

- Jak trávím volný čas a co mi přináší.
- Co mne žene dál.
- Na co se těším a čeho se bojím.

Třetí fáze programu DCP (hledání bydlení, odpoutání)

Poslední fází doléčovací programu DCP je tzv. třetí fáze, která trvá cca 1 až 1,5 měsíce (pro matky s dětmi trvá tato fáze 1 až 3 měsíce). Ve třetí fázi se pracuje individuálně s klientem 1× týdně po dobu 0,5 hodiny. Dále klient navštěvuje skupinu Prevence relapsu, která se koná 1× týdně po dobu 2 hodin. Klient se může zúčastnit dobrovolně terapeutických skupin jedenkrát týdně na dvě hodiny.

Jedná se o fázi, která ověřuje klientovu samostatnost, kontakt klienta s garantem je omezen, garant s klientem řeší převážně nalezení vhodného bydlení. Klient by se měl v poslední fázi programu odstěhovat, a to nejpozději do 6 měsíců (matky s dětmi do 12 měsíců) od nástupu do programu.

Doléčovací program s chráněným ubytováním DCP

V budově DCP je k dispozici 8 bytových jednotek. Mohou zde být ubytovány dle potřeby i matky s dětmi, a to po úspěšném ukončení terapeutické léčby. Doléčovací program s chráněným bydlením má přesně daná pravidla, která musí klienti dodržovat. Doléčovací program DCP s chráněným ubytováním je rozdělen opět do čtyř fází (nultá fáze, 1. fáze, 2. fáze a 3. fáze).

Základní a zásadní podmínkou pro klienty je sehnání zaměstnání a doložení tohoto zaměstnání smlouvou - dle sdělení pracovníků DCP tuto podmínku splní všichni klienti, kteří chtějí zůstat v DCP. Jinak je tomu u maminek s dětmi - klientkami, ty si samy musí vyřídit dávky, na něž mají nárok. Důležitým zůstává, aby se klienti snažili začít fungovat v „normálním“ životě, neboť do doby příchodu do doléčovacího centra s ubytováním zůstávali v uzavřených skupinách (terapeutické komunity, VTOS, psychiatrické léčebny s léčbou) a tito klienti mají limity pohybu v běžném životě.

Ti klienti, kteří si zatím práci nenašli či jsou nemocní (dle posouzení lékaře a týmu) se každé ráno v 9:00 hodin účastní hlášení denního plánu a absolvují 8 hodin týdně pracovní terapie.

Nultá fáze

Základní podmínkou úspěšného pobytu v DCP s chráněným ubytováním v nulté fázi je absolvovat 1× týdně 1,5 hodiny samořídící skupinu. Přesně stanoven je i návrat do

chráněného ubytování doléčovacího centra Prevent, a to nejpozději do 22:00 hodin. Klienti mohou jezdit i na víkendové výjezdy mimo bydlení, a to 2× měsíčně.

První fáze

Pokud klienti úspěšně zvládnou nultou fázi v doléčovacím programu DCP s chráněným ubytováním, přecházejí do první fáze. Podmínky první fáze jsou totožné jako v nulté fázi (viz. výše). Návrat do budovy s chráněným ubytováním je do 22:00 hodin, absolvování samořídící skupiny 1× týdně po dobu 1,5 hodiny. Stejně jako v nulté fázi, i zde zůstává možnost víkendových výjezdů pro klienty 2× měsíčně.

Druhá fáze

Podmínky doléčovacího programu DCP se mění ve druhé fázi pro klienty, kteří úspěšně dokázali projít nultou a první fází. Ve druhé fázi zůstává pro klienty podmínkou docházení na samořídící skupiny 1× týdně po dobu hodiny a půl. Mění se možnost doby návratu do chráněného ubytování v DCP z 22:00 hodin na prodloužení do 24:00 hodin. Možnost klientů DC Prevent absolvovat víkendové výjezdy je neomezená.

Třetí fáze

V poslední fázi doléčovacího programu DCP s chráněným ubytováním zůstává podmínka zúčastnit se samořídící skupiny 1× týdně 1,5 hodiny. Stejně jako ve druhé fázi je návrat do budovy DCP do 24:00 hodin. Výjezdy mimo bydlení i mimo víkendy po domluvě s týmem doléčovacího centra Prevent jsou neomezené.

Individuální doléčovací program

Tento typ doléčovacího programu není dále rozdělen a specifikován fázemi. Jeho délka může být maximálně 5 měsíců. Pokud by klient uvažoval o prodloužení individuálního programu je to možné, a to pouze na základě jeho písemné žádosti.

7.9 Výhody a nevýhody poskytování služeb z pohledu pracovníků DCP

Pracovníci DCP uvádějí, že výhodou doléčovacího programu DCP je strukturovaná dlouhodobá péče o klienty, a to, že disponují programem s chráněným ubytováním, které je plně využíváno, a je zde i pokoj pro matky s dětmi. Dále pracovníci uvádějí, že úspěšnost začlenění klientů po programu DCP do běžného života je 70%, což zjistí pracovníci DCP při setkáních, které pořádají jednou za dva roky, kde si mohou všichni sdělit nové skutečnosti, kterými si dosud prošli, jak se jim daří zvládat povinnosti běžného života. Pracovníci DCP uvádějí, že úspěšný doléčovací program je takový, po kterém

klient abstinuje, v životě je spokojený, naučí se zvládat problémové situace bez drog (alkoholu), udrží si zaměstnání a má uspokojivé rodinné a partnerské vztahy.

Jako nevýhodu DCP uvádějí pracovníci nízkou kapacitu programu, ročně jsou nuceni odmítnout asi 35 klientů.

7.10 Statistické údaje DCP

V roce 2014 bylo ve strukturovaném programu Doléčovacího centra Prevent 49 klientů, z toho 28 mužů a 21 žen. Pracovníci DCP uvádějí, že pokud jde o úspěšnost DCP týkající se začlenění klientů DCP do běžného života po ukončení programu, je tato úspěšnost 70%.

8 Jihočeský streetwork Prevent

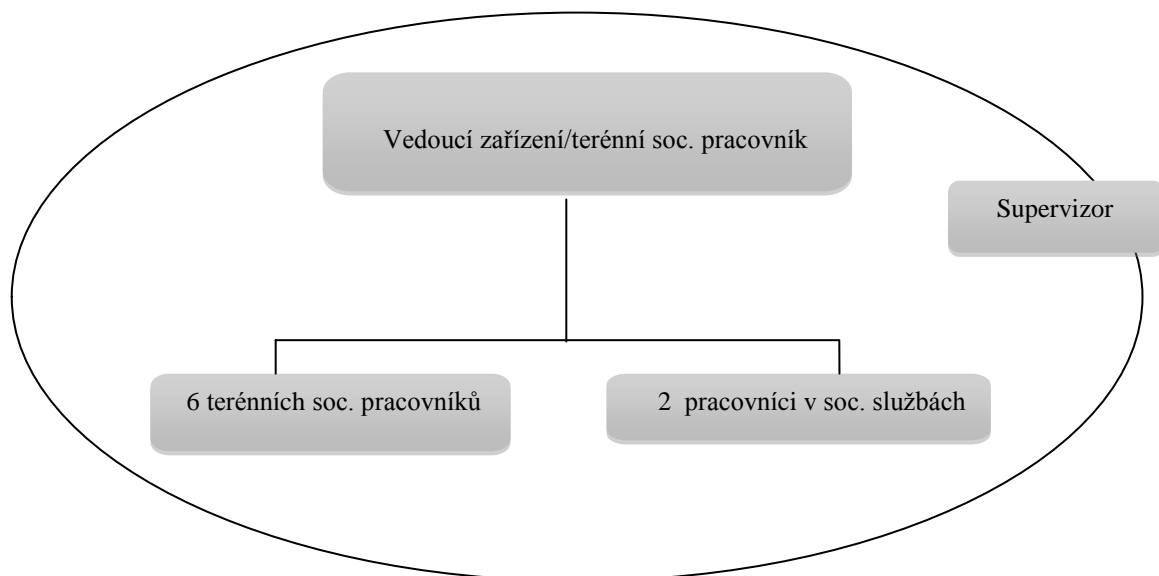
Jihočeský streetwork Prevent (dále JSP) realizuje terénní sociální práci, která je určena uživatelům jakýchkoliv návykových či psychotropních látek, ať už se jedná o injekční aplikaci, šňupání nebo kouření. Pracovníci se s klienty setkávají přímo na ulicích, jejich bytech nebo barech.

JSP prostřednictvím terénní sociální práce usiluje o snižování a omezování rizik spojených s užíváním nealkoholových drog mezi jejich uživateli a v populaci uživatelů drog a široké veřejnosti v Jihočeském kraji.

8.1 Historie a současný stav JSP

JSP vznikl v srpnu 2002 a své služby poskytuje ve 4 okresech Jihočeského kraje. V současné době pracovníci JSP realizují terénní sociální práci, která je určena uživatelům návykových a psychotropních látek, ať už tyto látky užívají injekčně, šňupají je nebo kouří. Pracovníci JSP poskytují klientům především základní sociální poradenství. JSP je stejně jako APP a DCP registrovanou sociální službou dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Tým JSP je tvořen devíti terénními pracovníky, kanceláře a zázemí mají pracovníci na Lannově třídě 63 v Českých Budějovicích. Požadavky na vzdělání sociálních terénních pracovníků JSP se řídí zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, dále pak interními směrnici vydanými o. s. Prevent a standardy odborné způsobilosti.

Obr. 5: Schéma organizační struktury JSP



8.2 Služby v rámci poradenství JSP

Pracovníci nabízejí uživatelům drog především základní poradenství, poskytují uživatelům krizovou intervenci, zprostředkovávají uživatelům další odbornou péči (např. Detox, APP apod.), podávají uživatelům poradenství „bezpečného braní“, informují uživatele o rizicích spojených s užíváním drog, provádějí distribuci desinfekčních prostředků, zdravotnického materiálu, sterilních injekčních stříkaček, poradenství při řešení sociálních a zdravotních problémů apod. Pracovníci JSP uvádějí, že pro ně je nejdůležitější a nejčastější formou poradenství „Harm Reduction“, což je aktivita snižující rizika s užíváním návykových látek, která spočívá v navázání kontaktu s klientem, v poskytování poradenství, popř. nakontaktováním klienta na další zařízení.

8.3 Principy poskytování služeb JSP

Specifické principy JSP uvádějí pracovníci JSP následovně:

- Pracovníci JSP evidují uživatele pomocí anonymních kódů, osobní údaje uživatele požadují pracovníci JSP pouze v případě nutnosti další spolupráce, a to s písemným souhlasem uživatele.
- Služby JSP jsou uživatelům poskytovány bezplatně.
- Služby JSP jsou uživatelům dostupné v rámci provozní doby, která je uživatelům přizpůsobená a při poskytnutí služby JSP není potřeba objednání ani doporučení jiných odborníků.

Základní principy se shodují s principy APP a DCP, jedná se o následovně:

Respektování hodnot klienta – braní drog není chápáno jako okolnost, snižující hodnotu člověka. Uživatel služby je zde svobodnou a samostatnou bytostí, která je plně odpovědná za své činy, s dostatečným prostorem pro seberealizaci a možností posílení svých předpokladů k opětovnému začlenění do společnosti.

Oboustranná důvěra – jmenovité údaje o uživatelově zdraví, drogové kariéře atd. jsou důvěrné a nejsou poskytovány bez jeho souhlasu, případně bez jeho vědomí, je-li zařízení povinno tyto údaje poskytnout. Zařízení naopak ve své práci vychází z důvěry v možnosti klienta založené na realistickém pohledu.

Individuální přístup – program je nastaven tak, aby mohl pružně reagovat na individuální možnosti uživatele služeb, jeho potřeby a zaměřuje se na osobité obtíže klienta v souvislosti s užíváním drog.

Dobrovolnost – účast v programu je dobrovolná.

Odbornost a spolupráce – služby jsou poskytovány personálem s odpovídajícím vzděláním a praxí. Klient má možnost plánovat, hodnotit užitečnost, nastavení a efektivitu služeb, a nepřímo se tak podílet na tvorbě programu.

Přístupnost – služba je pro cílovou skupinu přístupná bez ohledu na pohlaví, věk, rasu, politické přesvědčení, náboženství a právní či společenské postavení.

8.4 Cíle terénního programu JSP

Cílem JSP, jak uvádějí pracovníci je navazování kontaktů s osobami, které spadají do cílové skupiny; snižování a eliminování dopadů spojených s rizikovým způsobem života osob spadajících do cílové skupiny a ochrana veřejného zdraví. Pracovníci JSP aktivně vyhledávají a oslovují cílové skupiny uživatelů v jejich přirozeném prostředí, poskytují individuální poradenství a informace při kontaktu s uživateli o rizikovém chování spojeným s užíváním drog a možným následným dopadům na jejich život. Pracovníci JSP uživatelům poskytují informace o možnostech adiktologické péče v regionu. Další z činností JSP je pravidelný sběr odhozených injekčních stříkaček, poskytování informací uživatelům o bezpečné likvidaci injekčního materiálu, motivování klientů k testování a k dodržování zásad bezpečné aplikace drog. Jak uvádějí pracovníci JSP, konkrétní cíle se špatně definují, spíše záleží na samotném klientovi a daném pracovníkovi, protože cíl je vždy společný a společně musí také zhodnotit, jestli se někam společně posunuli. Jako největší cíl shledávají pracovníci JSP v získání důvěry u klientů.

8.5 Cílová skupina klientů JSP

Cílovou skupinu klientů JSP tvoří uživatelé jakýchkoliv návykových či psychotropních látek, ať už se jedná o injekční aplikaci, šňupání nebo kouření.

- Klienti, kteří různé návykové látky zkouší, tzn. *experimentátoři*, občasně a nepravidelně užívají různé drogy a typy drog, a při tom nemusejí mít problém v jiných oblastech života.
- Klienti, kteří jsou tzv. *rekreační (příležitostní)* uživatelé drog a užívání drog je pro ně životní styl a prozatím není důsledkem pro tyto uživatele drogová závislost.
- Problémoví uživatelé drog, kteří drogu aplikují intravenózně nebo se jedná o dlouhodobé a pravidelné užívání drog.
- Osoby, které jsou závislostmi ohrožené, tzn. sociální okolí uživatelů, riziková mládež.

Pracovníci JSP uvádějí, že terénní služby JSP nejsou schopni poskytnout nezletilý dětem mladším 11 let, nezletilé děti mladší 15 let, které chtějí využívat výměnný program, je nutný souhlas zákonného zástupce, bez tohoto písemného odpisu nemohou pracovníci JSP službu poskytnout. Dále nemohou službu JSP poskytnout agresivním klientům, osobám hovořícím jiným než českým nebo slovenským jazykem a osobám, které jsou závislé na pomoci jiné osoby (např. osobám se sluhovým postižením, kterému je potřeba tlumočit do znakové řeči).

Pracovníci JSP uvádějí, že celková kapacita terénního programu je stanovena počtem 3 kontaktů na hodinu.

Pracovníci JSP mohou službu uživateli odeprít, pokud se uživatel bude chovat agresivně; pokud si bude uživatel domloutvat jakoukoliv trestnou činnost v přítomnosti pracovníka JSP; uživatel bude intoxikován tak, že uživatel nebude schopen komunikace a spolupráce s pracovníkem JSP; nebo pokud bude uživatel manipulovat s drogou v čase, kdy mu pracovník JSP bude poskytovat službu, popř. bude uživatel drogu přijímat či někomu jinému nabízet; a pokud bude uživatel mít u sebe zbraň.

8.6 Jednání s uživateli návykových látek v terénu

Pracovníci JSP se s klienty nejčastěji setkávají přímo na ulicích nebo barech. Pracovníci JSP uvádějí, že nejdůležitější je dobrá znalost lokality, navázání osobního kontaktu a vytvoření oboustranné důvěry.

8.7 Výhody a nevýhody terénní sociální práce podle pracovníků JSP

Pracovníci JSP uvádějí, že výhodou terénní sociální práce je především to že probíhá v klientově přirozeném prostředí. Pro uživatele dle slov pracovníků JSP je toto prostředí méně formální, je přirozené, pracovníci do tohoto prostředí mohou kdykoliv přijít a uživatelé mohou pracovníky JSP také kdykoliv požádat, aby odešli. Nevýhody naopak pracovníci JSP shledávají v tom, že je potřeba pracovat v dvoučlenném týmu, protože nikdy nevědí, kdy se setkají s agresivním klientem, který je může napadnout. Další nevýhody terénní práce shledávají pracovníci v tom, že pokud se s uživatelem domluví na schůzce, ve většině případů uživatel nedorazí a pracovníci se s ním nemusí delší dobu potkat. Pracovníci JSP shodně uvádějí, že klienti JSP nejčastěji využívají výměny injekčních stříkaček, distribuci „šňupátek“ a filtrů. Pracovníci JSP uvádějí, že jejich klienti o změně neuvažují, nevidí ve svém chování žádný problém. Chybí jim motivace ke změně, protože je to spíše jejich okolí, které chce, aby se změnili. Úkolem pracovníků JSP v této fázi je, aby

probrali s klientem jeho současnou situaci a vyvolali v něm pochybnosti, které by ukázali na možný problém. Pracovníci JSP uvádějí, že přejít do stadia zvažování u těchto klientů je ve většině případů nemožné, což způsobuje specifikum terénní sociální práce. Pokud pracovníci JSP nakontaktují klienta do zařízení (např. APP, Kontaktního centra), tento klient se ve většině případů na smlouvanou schůzku nedostaví. Pracovníci JSP spatřují za smysluplné v jejich terénní práci motivovat klienty k méně rizikovějšímu chování formou „Harm Reduction“.

8.8 Statistické údaje JSP

Nejčastější skupinu klientů JSP dle slov pracovníků, a to přibližně 70%, tvoří uživatelé pervitinu, pracovníci dodávají, že jejich počet každoročně narůstá. U těchto klientů se jedná nejčastěji o nitrožilní aplikaci, ale služby JSP využívají i rekreační uživatelé pervitinu, kteří pervitin šňupají. Dále asi 10% klientů JSP tvoří uživatelé opiátů, a to heroínu a buprenorfinu, tito uživatelé si drogu aplikují nitrožilně, a ve většině případů užívají k těmto drogám ještě pervitin.

V roce 2014 byl počet klientů JSP celkem 732 klientů, z toho bylo 643 uživatelů nealkoholových drog, počet vyměněných injekčních stříkaček činil 44 747 a počet distribuovaných šňupátek činil 2 068.

9 Shrnutí

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat poradenské strategie a zkušenosti pracovníků, které uplatňují poradenské instituce v Českých Budějovicích při své práci s osobami závislými na drogách a alkoholu. Zajímaly mne principy poskytování sociálních služeb, cíle poradenství, cílová skupina klientů, typy poskytovaných služeb a zásady, které definují jejich poskytování. Dále mne zajímalo, jak v těchto zařízeních probíhá jednání s klienty, a to, jakým způsobem motivují pracovníci klienty ke změně.

Prvním dotazovaným zařízením byla Adiktologická poradna Prevent (APP), jejímž posláním je pomáhat lidem, kteří hledají řešení obtíží spojených se závislostním chováním. Druhým dotazovaným zařízením bylo Doléčovací centrum Prevent (DCP), které je určeno klientům, kteří již ukončili léčbu závislosti na drogách, alkoholu či „výherních“ automatech. Posláním DCP je podpora osob, které přicházejí bezprostředně po ukončení léčby ze závislosti, v jejich opětovném začlenění do společnosti.

Třetím dotazovaným zařízením byl Jihočeský streetwork Prevent, který realizuje terénní sociální práci, která je určena uživatelům jakýchkoliv návykových a psychotropních látek, ať už se jedná o injekční aplikaci, šňupání nebo kouření. Posláním JSP je snižování rizik spojených s užíváním nealkoholových drog mezi jejich uživateli a širokou veřejností v Jihočeském kraji.

Principy fungování APP, DCP, JSP

Principy fungování APP jsou založeny na základních principech, jak je uvádí Němec (2003), a to na dobrovolnosti, rovnosti, odbornosti a spolupráci, otevřenosti, respektování a důvěrnosti (mlčenlivosti). V APP, DCP a JSP spatřují základní princip poskytování sociálních služeb také v individuálním přístupu. Mezi specifické principy poskytování sociálních služeb APP a JSP patří bezplatnost služby a anonymita klientů. Doléčovací centrum Prevent (DCP) má základní principy poskytování sociálních služeb totožné s výše uvedenými, liší se však ve specifických principech. Zatímco APP mají právo službu využívat klienti bez sdělení osobních údajů, kteří zde jsou vedeni pod anonymním kódem nebo přezdívkou, v DCP musí klient své osobní údaje uvést, ať už se jedná o osobní údaje uvedené v životopise, zprávě o předchozí léčbě apod. Dalším specifickým principem DCP, který není totožný s APP je bezdrogové prostředí k zajištění pozitivní změny, které klient dosáhl během předchozí léčby. Zatím co do APP docházejí klienti, kteří jsou aktuální uživatelé drog, kteří chtějí svou situaci řešit nebo je do APP poslala jiná instituce (OSPOD, PMS apod.), v DCP je striktní bezdrogové prostředí, jak uvedli pracovníci DCP, jedná se

o „čistý barák“. Dalším specifickým principem APP je bezplatnost, DCP nabízí klientům doléčovací program s chráněným ubytováním, toto ubytování si klienti hradí.

Cíle poradenství APP, DCP, JSP

Cílem poradenství APP je spolu s klientem aktivně hledat možnosti řešení jeho nepříznivé sociální situace a přispět k přiměřené psychické a sociální pohodě, stabilizaci či abstinenci, a to s každým klientem individuálně. Pracovníci APP, stejně jako Kalina a kol. (2003) uvedli, že cílem poradenství, které je realizováno v poradnách nebo kontaktních centrech nebývá dosažení abstinence. Výsledkem by mělo být, že klienti, kteří přišli řešit problémovou situaci, jsou nyní schopni takové situace zvládat samostatně ve svém přirozeném prostředí. Při tom všem mohou žít běžným životem. V APP si klient sám určuje, co potřebuje, zda se mu žije lépe (či zda se rozhoduje pro abstinenci), než když se rozhodl navštívit poradnu. Základní nabídkou APP je ambulantní program, nabízející pomoc tak, aby uživatelé a jejich rodiny mohli problémovou situaci řešit ve svém přirozeném prostředí, tzn., že ze svého přirozeného prostředí nejsou vytrženi, což pracovníci APP považují za smysluplné.

Cílem následné péče DCP je opětovné, plnohodnotné začlenění klienta do společnosti po absolvování léčby ze závislosti, získání prostoru k překlenutí období hledání samostatného bydlení a následné dosažení vyšší a vyvážené kvality jeho životního stylu. Kalina a kol. (2003) uvádí, že právě stabilizace životního stylu je klíčový faktor, který ovlivňuje efektivitu léčby závislostí. Aby byly cíle DCP klientem splněny, musí klient splnit alespoň 4 dílčí cíle z následujících cílů: získání a udržení legálního zaměstnání (nebo denní studium), společensky uspokojivé bydlení, aktivní trávení volného času, samostatnost a zodpovědnost, abstinence po dobu kontaktu se zařízením a udržení pozitivních změn i do budoucna.

Cílem JSP je navazování kontaktů s osobami, které spadají do cílové skupiny uživatelů, snižování a eliminování dopadů spojených s rizikovým způsobem života osob spadajících do cílové skupiny a ochrana veřejného zdraví. Úkolem pracovníků JSP je proto vyhledávat a oslovovat cílové skupiny uživatelů v jejich přirozeném prostředí, poskytnout jim individuální poradenství a informovat je o rizikovém chování spojeným s užíváním drog a možným následným dopadům na jejich život. Dále poskytovat informace o možnostech adiktologické péče v regionu. Jak uvedli pracovníci JSP, cíle se špatně definují, spíše záleží na samotném klientovi a daném pracovníkovi, cíl je vždy společný a společně musí

také zhodnotit, jestli se někam posunuli. Jako největší cíl shledávají pracovníci JSP v získání důvěry u klientů.

Jak bylo popsáno výše, cíle poskytování programů APP, DCP a JSP se podstatně liší. Zatímco cílem APP není dosažení abstinence klienta, ale zvládnutí problémové situace samostatně klientem v jeho v jeho přirozeném prostředí, cílem DCP je udržení abstinence, opětovné, plnohodnotné začlenění klienta do společnosti po absolvování léčby ze závislosti, získání prostoru k překlenutí období hledání samostatného bydlení a následné dosažení vyšší a vyvážené kvality jeho životního stylu. Naopak JSP má převážně za cíl snižovat a eliminovat dopady spojené s rizikovým chováním uživatelů návykových látek.

Cílová skupina klientů APP, DCP, JSP

Cílovou skupinu klientů APP obecně tvoří osoby ohrožené závislostí na návykových látkách nebo jejich blízcí hledající možnosti řešení, na kterém se chtějí aktivně podílet. Specifickou skupinu klientů APP pak tvoří tzv. experimentátoři věk (14 až 19 let), rekreační (příležitostní) uživatelé (věk 15 až 21 let), problémoví uživatelé, exuseři a gambleři. Zvláštní cílovou skupinou APP jsou osoby, které jsou do poradny poslány jinou institucí provádějící sociální kontrolu. Jedná se především o klienty, kteří jsou posláni např. OSPOD (drogově závislé matky, nezletilé děti), PMS se soudně nařízeným dohledem apod.

Naproti tomu cílovou skupinou DCP jsou abstinující osoby, které absolvovaly léčbu primárně z drogové závislosti, sekundárně pak ze závislosti na gamblingu či alkoholu. Přicházejí nejpozději 4 dny po ukončení léčby a potřebují podporu ve svém návratu do společnosti. Minimální věk klientů DCP je 18 let, pokud se jedná o ambulantní formu programu DCP, je zde minimální věk 15 let, ale je nutný souhlas zákonných zástupců.

Cílovou skupinu klientů JSP tvoří uživatelé jakýchkoliv návykových či psychotropních látek, ať už se jedná o injekční aplikaci, šňupání nebo kouření. Cílovou skupinu klientů JSP tvoří stejně jako APP tzv. experimentátoři, rekreační (příležitostní) a problémoví uživatelé drog. Kalina a kol. (2003) uvádí, že se jedná o tzv. skrytou populaci s minimální motivací službu vyhledat a řešit často závažné problémy spojené s rizikovým chováním. Dále pak osoby, které jsou závislostním chováním ohrožené, tzn. sociální okolí uživatelů, riziková mládež. Terénní služby JSP nejsou pracovníci schopni poskytnout nezletilým dětem mladším 11 let, nezletilé děti mladší 15 let, které chtějí využívat výměnný program, je

nutný souhlas zákonného zástupce, bez tohoto písemného podpisu nemohou pracovníci JSP službu poskytnout.

APP, DCP a JSP neposkytne sociální službu agresivním klientům, osobám hovořícím jiným než českým nebo slovenským jazykem a osobám, které jsou závislé na pomoci jiné osoby (např. osobám se sluhovým postižením, kterému je potřeba tlumočit do znakové řeči).

Spektrum poskytovaných služeb a zásady jejich poskytování APP, DCP, JSP

APP poskytuje drogově závislým klientům zejména následující typy sociálních služeb: individuální poradenství, práci s rodinou, motivační trénink, krizovou intervenci, prevenci relapsu a pretestové poradenství.

Individuální poradenství APP se uskutečňuje 1× týdně, popř. 1× za 14 dní, a délka jedné konzultace je 50 až 60 minut. Obvyklá doba docházení klienta do APP dle sepsané smlouvy je 3 až 6 měsíců.

Práce s rodinou probíhá v APP jednak formou jednorázových konzultací, nebo jako kontinuální strukturovaná práce se 7 až 10 na sebe navazujícími konzultacemi. Frekvence konzultací se stanovuje individuálně, standardně se jedná o frekvenci 1x za 3 až 4 týdny.

Cílem motivačních tréninků je navázání a udržení kontaktu s klientem, stabilizace klienta po stránce sociální a zdravotní, minimalizace rizikového chování klienta, snížení konzumace drogy, popř. drogová abstinence.

Další poskytovanou službou APP je krizová intervence, kterou pracovníci APP poskytují převážně telefonicky, a to nepřetržitě 24 hodin.

Další službou, kterou využívají převážně klienti s nařízenou ochrannou léčbou, klienti v probačním programu a klientky OSPOD je pretestové poradenství.

DCP poskytuje klientům následující spektrum sociálních služeb: individuální poradenství, samořídící skupinu DCP, skupinovou terapii, zátěžové, rehabilitační a socioterapeutické pobyty, rodinné poradenství, pracovní terapii, sociální práci, služby zaměstnanosti, krizovou intervenci. DCP má k dispozici 3 programy v rámci doléčování, které jsou rozděleny do jednotlivých fází (fáze 0 až 3).

Individuální poradenství DCP je, jak uvedli pracovníci DCP stěžejní metodou práce s klientem. Individuální konzultace a její frekvence v DCP je dána fází, ve které se klient nachází, popř. individuálním plánem či potřebou klienta, doba trvání je 30 minut až 1,5 hodiny. Pracovníci DCP v rámci individuálních konzultací poskytují klientům DCP strukturované poradenství, garantský pohovor a sociálně právní poradenství.

Samořídící skupina je součástí socioterapeutické práce, a je svépomocnou skupinovou aktivitou, kdy si klienti rozdělují tzv. služby, které během týdne zajišťují. Skupinová terapie DCP se koná 2× týdně, a jedná se především o prevenci relapsu, a dále se týká potřeb a témat, které si sebou do skupiny přinesou klienti. V rámci skupinové terapie je povinností klientů dodržovat pravidla, jako je dochvilnost, mlčenlivost, včasné omluvení apod.

Další službou DCP jsou zátěžové, rehabilitační a socioterapeutické pobyty, což jsou aktivity, které jsou cíleně zaměřené na vhodné využívání volného času, uskutečňují se několikrát do roka, a zpravidla trvají 1 až 3 dny.

Rodinné (párové) poradenství je pracovníky DCP realizováno dle potřeb klienta, trvá cca 30 minut až 1,5 hodiny. Pracovníci DCP uvedli, že pokud je to možné, toto poradenství podporují, ale vždy je nutný souhlas klienta.

Pracovní terapie je povinnou součástí programu DCP v období, kdy klient nemá žádné zaměstnání, tudíž je povinen odpracovat v prostorách zařízení 6 hodin týdně, což vede k možnosti získání pracovních návyků před vstupem do zaměstnání.

V rámci sociální práce pracovníci DCP pomáhají klientům např. při registraci na ÚP, vyřízení dávek hmotné nouze, dávek SSP, s dluhy apod. Služby zaměstnanosti DCP jsou aktivity, které pomáhají klientům uplatnit se na trhu práce.

Krizová intervence DCP se shoduje s APP, tzn., že pracovníci DCP poskytují krizovou intervenci nepřetržitě 24 hodin.

DCP má k dispozici 3 programy v rámci doléčování, a to doléčovací program, doléčovací program s chráněným bydlením a individuální doléčovací program. Tyto programy (kromě individuálního doléčovacího programu) jsou rozděleny do 4 fází. Fáze programu na sebe navazují, a pokud chce klient postoupit z jedné fáze do další, musí splnit podmínky fáze, ve které se nachází. Důraz je kladen na vhodný výběr volnočasových aktivit, což jak uvádí Kalina a kol. (2003) povede k „užívání si bez drog“. Délka programu následné péče je v DCP doporučována 6 měsíců až 1 rok, ale konkrétní délku programu určuje klientova zakázka a doporučení terapeuta. Formy a fáze programu jsou podrobně popsány v kapitole 7.7.

Pracovníci JSP uvedli, že pro ně je nejdůležitější a nejčastější formou poradenství „Harm Reduction“, což je aktivita snižující rizika s užíváním návykových látek, která spočívá v navázání kontaktu s klientem, v poskytování poradenství, popř. nakontaktováním klienta na další zařízení. Pracovníci dále uvedli, že klienti JSP nejčastěji využívají výměny injekčních stříkaček, distribuci „šňupátek“ a filtrů.

Jednání se zájemci (klienty) o službu APP, DCP, JSP

V APP se prvním kontaktem se zájemcem o službu rozumí první setkání „face to face“, které dále pokračuje do uzavření písemné či ústní dohody o poskytování sociální služby, které probíhá ve většině případů v prostorách APP, a to v konzultační místnosti, výjimečně např. na OSPOD, vazební věznici, PMS. Cílem prvního kontaktu je dle pracovníků APP navození pocitu bezpečí a spolupráce, zaměření se na aktuální potřeby a témata zájemce o službu, zjištění nejakutnějších potíží zájemce o službu, které potřebují neodkladné řešení, a dále pracovníci zjišťují základní anamnestická data zájemce. Pracovník APP předá zájemci o službu informace o zařízení jak ústně, tak na informačním letáku, informuje zájemce o právech a povinnostech a dále se společně domluví, zda se jedná o jednorázovou nebo dlouhodobou spolupráci. Pokud se jedná o dlouhodobější spolupráci, podepíše klient souhlas se zpracováním osobních údajů a souhlas s vedením spisové dokumentace. Společně pak uzavřou smlouvu o poskytování sociální služby. V průběhu dalších konzultací dojde k vyjasnění cíle spolupráce a zhodnocení stavu klienta, což představuje anamnestický dotazník. Na základě zhodnocení informací pracovník APP navrhne klientovi plán péče a dojednané cíle jsou formulovány v individuálním plánu péče. Pracovníci APP uvedli, že cíl by měl být pro klienta významný, tzn., aby měl smysl pro samotného klienta, měl by být jednoduchý a pro klienta reálný. Pracovníci společně s klientem volí, jaké prostředky budou pro dosažení daných cílů nejvhodnější (např. individuální terapie, práce s rodinou, motivační trénink, prevence relapsu apod.).

Aby mohl být zájemce zařazen do programu DCP, musí splnit podmínky, které jsou předpokladem přijetí. Musí splnit předpoklad cílové skupiny, na adresu doléčovacího centra musí zaslat písemnou žádost, životopis a doporučení terapeutického týmu z léčby (nejlépe dva měsíce před plánovaným nástupem). Dále musí navštívit doléčovací centrum a absolvovat vstupní pohovor, na který bude pozván na základě žádosti a životopisu. Pro přijetí není nutné absolvovat celou léčbu, nicméně to, jakým způsobem ji uživatel ukončil, je zohledněno při rozhodování o přijetí do programu. V případě nezaměstnanosti se před nástupem doporučuje zaevidovat se na úřadu práce v místě trvalého bydliště, přivést si zápočtový list z posledního zaměstnání a doklad o dosaženém vzdělání. Program není určen pro uživatele služby přicházející bezprostředně po ukončení substituční léčby, pokud prokazatelně neabstínují 3 měsíce od návykových látek. Žadatel o službu DCP je na začátku pohovoru pracovníkem DCP upozorněn na to, že celý rozhovor bude trvat 30 minut až 1 hodinu, a že může kdykoliv odejít, což mu ale na druhé straně znemožní využití služby DCP. Pracovníci DCP vedou pohovor v kanceláři týmu DCP nebo v terapeutické

místnosti tak, aby bylo zaručeno bezpečné a nerušené prostředí. Pokud pracovník DCP jedná se zájemcem o službu, který je nezletilý, probíhá jednání vždy se zákonným zástupcem. Žadatel o službu DCP je písemně informován DCP o přijetí/nepřijetí do programu sociální služby DCP (dle smlouvy tak lze učinit ústně či telefonicky), a to nejdéle do 14 dnů od konání pohovoru. O přijetí/nepřijetí do programu sociální služby DCP rozhoduje tým DCP, konečné slovo má vedoucí DCP.

Pokud je žadatel o službu DCP přijat do programu, je povinen do DCP nastoupit do nejpozději do 4 dnů od ukončení léčby v předchozím zařízení (př. PL, TK) a pokud tak neučiní, je to důvodem k nepřijetí do programu DCP. Bezprostředně po nástupu zájemce o službu do programu je zájemci představen garant. Pracovníci DCP uvedli, že je důležité, aby klient nebyl „zahlcen“ informacemi, tzn., že by měl pracovník odhadnout množství a způsob sdělování podávaných informací a pracovník by se měl ujistit, že klient porozuměl informacím, který mu pracovník podal. Při prvním kontaktu s klientem pracovníci DCP klientovi vykaží, v průběhu programu se společně domlouvají, jaká forma oslovování je pro klienta přijatelná. Pracovníci DCP dále uvádějí, že v zařízení DCP je zvykem si společně tykat, a to vzhledem ke komunitní povaze zařízení, ale konečné rozhodnutí o vzájemném oslovování je ponecháno na klientovi. Individuální plán klienta (dále jen IPK) DCP je sepsán s klientem již během podpisu „Smlouvy o poskytování sociální služby“ (viz. příloha 5), kdy jsou zjišťovány potřeby a osobní cíle klienta, a je dotvářen v průběhu 14 dní, tzn. v nulté fázi programu. Za sepsání IPK je odpovědný garant klienta. Cílem individuálního plánování je zajištění individuálního přístupu pracovníků DCP ke klientům DCP prostřednictvím průběžného mapování potřeb klienta a jeho cílů, a to při zohlednění jeho aktuální situace. IPK je v DCP realizován písemně, k čemuž slouží standardizovaný formulář. Formulář IPK obsahuje následující údaje: jméno klienta, jméno garanta, datum vzniku plánu, data revizí a zhodnocení, termín, do kterého klient plánuje požadované změny uskutečnit. Dále formulář IPK obsahuje cíle, kterých chce klient dosáhnout a oblasti jeho potřeb, které vedou ke změně, potažmo ke splnění vytyčených cílů. Na konci formuláře IPK je prostor pro podpis klienta, garanta a vedoucího DCP.

Jednotlivé cíle, které jsou obsaženy v IPK garant s klientem hodnotí po ukončení termínu, který si klient k dosažení cíle určil. V případě, že není cíle dosaženo, společně garant s klientem hledají důvody, a dle následných zjištění definují další cíl.

Tým DCP je oprávněn ukončit klientovi účast v programu, pokud klient závažným způsobem poruší pravidla programu jednorázově (agrese a násilí v DCP, nenahlášený

relaps, trestná činnost klienta v době jeho pobytu v DCP, držení nebo zanesení zakázaných OPL, odmítnutí prohlídky osobních věcí) a opakovaně (3x nenahlášená absence na povinné aktivitě programu, 3x nedodržení režimu DCP, 3x nahlášený relaps). Dalším důvodem ukončení klientova působení v programu je opakované porušení pravidel programu, které není závažné (neplnění úkolů zadaných v rámci terapeutického procesu, nesplnění povinností týdenní služby v DCP apod.), a to v pěti případech. Důvodem ukončení programu ze strany DCP může být změna poměrů na straně klienta (zejména zhoršení zdravotního stavu) a DCP není schopno klientovi poskytnout sociální služby, které jsou v důsledku takové změny zapotřebí.

Pracovníci JSP se s klienty nejčastěji setkávají přímo na ulicích nebo barech. Pracovníci JSP uvedli, že nejdůležitější je dobrá znalost lokality, navázání osobního kontaktu a vytvoření oboustranné důvěry. Pracovníci JSP uvádějí, že celková kapacita terénního programu je stanovena počtem 3 kontaktů na hodinu. Klienti jsou vedeni anonymně pod specifickým kódem.

Pracovníci JSP mohou službu uživateli odeprít, pokud se uživatel bude chovat agresivně; pokud si bude uživatel domlouvat jakoukoliv trestnou činnost v přítomnosti pracovníka JSP; uživatel bude intoxikován tak, že uživatel nebude schopen komunikace a spolupráce s pracovníkem JSP; nebo pokud bude uživatel manipulovat s drogou v čase, kdy mu pracovník JSP bude poskytovat službu, popř. bude uživatel drogu přijímat či někomu jinému nabízet; a pokud bude uživatel mít u sebe zbraň.

Motivace klientů v APP, DCP, JSP

Pracovníci APP uvedli, že je důležité při motivačním tréninku a rozhovoru respektovat osobnost klienta, a je nezbytné, aby pracovník porozuměl klientově situaci, aniž by klienta hodnotil nebo posuzoval. Pracovníci APP motivují klienty ke změně tím, že se snaží zviditelnit a zvýraznit rozpory (ambivalenci) mezi tím, co by klient chtěl a co mu umožňuje jeho současné chování. V „kole změny“ tato fáze představuje fázi kontemplanace (zvažování). Cílem motivačního rozhovoru pracovníků s klienty není vzájemná konfrontace, ale to, aby klient konfrontoval své vlastní chování společně se svým rozhodnutím ke změně. Pracovníci APP se shodli na tom, že k úspěšné změně chování a jejímu následnému udržení může dojít ve chvíli, kdy klient přijme možnost změny a na nich je, aby klienta podpořili při rozhodování, posilovali klientovu odpovědnost a klient získal zpět sebedůvěru ve své vlastní schopnosti.

V DCP je cílem motivačních tréninků získání náhledu klientů, naučení se zvládat rizikové situace a podpora klientů v začlenění do „normálního života“. Při prevenci relapsu je při práci s klienty potřeba pracovat s pozitivní i negativní motivací, kdy by si klient uvědomil nevýhody impulzivního chování a výhody, které mu přináší sebeovládání. Úkolem prevence relapsu je tedy naučit klienty, aby se vyhýbaly rizikovým situacím, popř. tyto rizikové situace bezpečně zvládali. V „kole změny“ to znamená fázi udržování, kdy se klient snaží udržet dosaženou změnu a předejít relapsu.

Pracovníci JSP uvedli, že jejich klienti o změně neuvažují, nevidí ve svém chování žádný problém. Chybí jim motivace ke změně, protože je to spíše jejich okolí, které chce, aby se změnili. Úkolem pracovníků JSP v této fázi je, aby probrali s klientem jeho současnou situaci a vyvolali v něm pochybnosti, které by ukázali na možný problém. Pracovníci JSP uvedli, že přejít do stadia zvažování u těchto klientů je ve většině případů nemožné, což způsobuje specifikum terénní sociální práce. Pokud pracovníci JSP nakontaktují klienta do zřízení (např. APP, Kontaktního centra), tento klient se ve většině případů na smlouvanou schůzku nedostaví. Pracovníci JSP spatřují za smysluplné v jejich terénní práci motivovat klienty k méně rizikovějšímu chování formou „Harm Reduction“.

10 Závěr

Bakalářská práce měla za cíl zmapovat poradenské strategie a zkušenosti pracovníků, které uplatňují poradenské instituce v Českých Budějovicích při své práci s osobami závislými na drogách a alkoholu. Drogy jsou v dnešní době stále častěji diskutovanou problematikou a řešení závažných problémů, které s sebou přináší drogové závislosti se stává velkým problémem pro společnost, i každého závislého jedince a jeho nejbližší. Proto jsem se ve své práci pokusila nastínit drogovou problematiku a následně podat ucelený přehled o institucích, které poskytují poradenství v oblasti drog v Českých Budějovicích. Zajímaly mne principy poskytování sociálních služeb, cíle poradenství, cílová skupina klientů, typy poskytovaných služeb a zásady, které definují jejich poskytování. Dále mne zajímalo, jak v těchto zařízeních probíhá jednání s klienty, a to, jakým způsobem motivují pracovníci klienty ke změně.

Výzkum byl prováděn kvalitativní metodou rozhovoru pomocí návodu, zúčastněného pozorování, studia dokumentů a dat ve třech zařízeních poskytujících adiktologické služby. Prvním dotazovaným zařízením byla Adiktologická poradna Prevent, jejímž posláním je pomáhat lidem, kteří hledají řešení obtíží spojených se závislostním chováním. Druhým dotazovaným zařízením bylo Doléčovací centrum Prevent, které je určeno klientům, kteří již ukončili léčbu závislosti na drogách, alkoholu či „výherních“ automatech. Třetím dotazovaným zařízením byl Jihočeský streetwork Prevent, který realizuje terénní sociální práci, která je určena uživatelům jakýchkoliv návykových a psychotropních látek, ať už se jedná o injekční aplikaci, šňupání nebo kouření.

Všechny zmiňované instituce staví na individualitě svých klientů, mají propracovanou koncepci poskytovaných služeb, ale jejich strategie poradenské činnosti se v mnoha aspektech rozcházejí.

Bakalářská práce mi přinesla mnoho nových informací z drogové problematiky, a zároveň jsem si ujasnila poradenské strategie, které uplatňují dotazované instituce v Českých Budějovicích při své práci s klienty. Tento přínos spatřuji převážně pro svou praxi, při které se setkávám s drogově závislými matkami a nezletilými dětmi.

11 Seznam literatury

- BEDNÁŘOVÁ, Z., PELECH, L. *Sociální práce na ulici streetwork*. 1. vyd. Brno: Doplněk, 1999. 106 s. ISBN 80-7239-048-1.
- BORNÍK, M. *Drogy, co bychom o nich měli vědět*. 1. vyd. Praha: MV, 2001. 31 s., cit. s. 2. ISBN 80-85821-98-2.
- GOSSOP, M. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. 104 s. ISBN 978-80-87041-81-9.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408s. ISBN 80-7367-040-2.
- ILLES, T. *Děti a drogy: Fakta, informace, prevence*. 2. vyd. Praha: ISV, 2002. 55 s. ISBN 80-85866-50-1.
- KALINA, K. *Kvalita a efektivita v prevenci a léčbě drogových závislostí. Příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory*. Praha: Inverze/SANANIM, 2000. 92 s.
- KALINA, K. a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Filia Nova, 2001. 118 s., cit. s. 8, 19, 58, 85, 91. ISBN: 80-238-8014-4.
- KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KOLEKTIV AUTORŮ O.S. SANANIM. *Drogy – otázky a odpovědi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 200s. ISBN 978-80-7367-223-2.
- MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. 1. vyd. Praha: Empatie, 1995. 112 s. ISBN 80-901618-9-8.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
- MILLER, W., R. *Motivation Interviewing with Problem Drinkers. Behavioural Psychotherapy, 11*. 1983. S. 147-172.
- MILLER, W. R., ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování*. 1. vyd. Tišnov: SCAN, 2003. 332 s. ISBN 80-86620-09-3.

- MILLER, W. R., BENEFIELD, R. G., TONIGAN, J. S. *J Consult Clin Psychol*. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. 1993 Jun; 61(3):455-61.
- NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1998. 590 s. ISBN 80-200-0689-3.
- NEŠPOR, K. a kol. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách*. 1. vyd. Praha: Sportpropag, a.s., 1996. 156 s.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. 176 s., cit. s. 9. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M. *Jak přestat brát (drogy). Svépomocná příručka*. 2. vyd. Praha: Sportpropag, a.s., 1999. 135 s.
- NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 272 s., cit. s. 99. ISBN 978-80-7367-509-7.
- PATES, R. *Pražské přednášky: Prague seminar*. 1. vyd. Hradec Králové: Laxus, 2000. 59 s. ISBN 80-2387-370-9.
- PEŠEK, R. a kol. *Drogová závislost aneb Rychlý běh po krátké trati*. 1. vyd. Písek: Arkáda, 2008. 84 s, cit. s. 7. ISBN 978-80-239-9405-6.
- PETR, P. a kol. *Prolegomena k farmakologii drogových závislostí*. 1. vyd. České Budějovice: VŠERS, 2005. 16 s. ISBN 80-86708-06-3.
- PRESL, J. *Drogová závislost – může být ohroženo i vaše dítě?* 2. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25-X.
- RHODES, T. *Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 1999. 72 s. ISBN 80-85-834-71-5.
- SOUKUP, J. *Motivační rozhovory v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. 152 s. ISBN 978-80-262-0607-1.
- ŠTABLOVÁ, R., BREJCHA B. *Drogy: Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Policejní akademie ČR, 2005. 115 s. ISBN 80-7251-186-6.
- ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.

Další zdroje:

Doléčovací centrum Prevent. Dostupné z: <http://dc.os-prevent.cz/>

Adiktologická poradna Prevent. Dostupné z: <http://dp.os-prevent.cz/>

Jihočeský streetwork Prevent. Dostupné z: <http://js.os-prevent.cz/>

<http://www.zakonyprolidi.cz/cs>

<http://vzdelavani.sananim.cz/files/Page/doc>

12 Přílohy

Příloha 1: Souhlas s vedením dokumentace, se zpracováním osobních údajů a záznam o ústním kontaktu APP

Příloha 2: Anamnestický list klienta APP

Příloha 3: Osnova životopisu DCP

Příloha 4: Žádost o poskytnutí služeb DCP

Příloha 5: Smlouva o poskytování sociální služby DCP



Souhlas s vedením dokumentace, se zpracováním osobních údajů (dle Zákona 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů) a záznam o ústním kontraktu

Příjmení: Jméno:

Datum narození: Telefon:

Souhlasím se shromažďováním a zpracováním svých osobních a citlivých údajů Adiktologickou poradnou Prevent (APP), které poskytnu v rámci konzultací v APP. Tyto údaje jsou určeny pouze pro potřeby APP (ambulantní léčba, vedení dokumentace, statistické zpracování, vyřízení ústavní léčby) a budou archivovány po dobu 5 let. Poskytnutí osobních údajů je dobrovolné a můžete je kdykoli písemně odvolat. Službu můžete využívat též anonymně pod anonymním kódem.

Kdo má přístup k osobním údajům uživatelů?

- poradci Adiktologické poradny Prevent – Michaela Kotyzová, Nikola Brandová a Tomáš Brejcha

Všichni výše uvedení jsou vázáni mlčenlivostí dle zákona 108/2006 Sb.

Způsob zpracování osobních údajů, vedení dokumentace:

- Každý uživatel programu má složku. Ve složce jsou tyto údaje: jméno a příjmení, datum narození, adresa, kontaktní telefon. Do složky se zapisuje průběh schůzek a průběh práce s uživatelem.
- V PC jsou údaje klienta chráněna heslem, které znají pouze stávající poradci. Tisknuté zápisy jsou uloženy v uzamčené kartotéce. Jmenovité informace o uživateli jsou důvěrné a nejsou poskytovány bez jeho souhlasu či bez jeho vědomí (jestliže je poradna povinna je poskytnout).
- Uživatel služby má po domluvě se svým poradcem/poradkyní možnost do složky kdykoli nahlédnout.
- Poskytnutí osobních údajů je dobrovolné a můžete je kdykoli písemně odvolat. Službu můžete využívat též anonymně pod anonymním kódem.

Jiným lidem bude Adiktologická poradna PREVENT poskytovat informace, jen když mu to uživatel dovolí.

Souhlasím, aby poradce/poradkyně sděloval(a) informace o mé osobě těmto lidem:

.....

a to v rozsahu:

Nesouhlasím

Tento souhlas uživatel může kdykoliv písemně odvolat.

Uživatel byl seznámen s podmínkami a pravidly poskytování odborné péče.

V Českých Budějovicích dne

Podpis:



**OBČANSKÉ
SDRUŽENÍ
PREVENT**

Heydukova 349
385 01 Strakonice
T-F: 383 323 820
E: prevent@os-prevent.cz
W: www.os-prevent.cz
IČO: 69100541
Č. ú.: 212818853/0300

**PRIMÁRNÍ
PREVENCE
PREVENT**
edmar@os-prevent.cz

**JIHOČESKÝ
STREETWORK
PREVENT**
street@os-prevent.cz

**KONTAKTNÍ
CENTRUM
PREVENT ČB**
kacko.cb@os-prevent.cz

**KONTAKTNÍ
CENTRUM
PREVENT PT**
kacko.prachatec@os-prevent.cz

**KONTAKTNÍ
CENTRUM
PREVENT ST**
kacko@os-prevent.cz

**SUBSTITUČNÍ
CENTRUM
PREVENT**
mltadon@os-prevent.cz

**DOLÉČOVACÍ
CENTRUM
PREVENT**
onp@os-prevent.cz

Příloha 1



**ADIKTOLOGICKÁ
PORADNA
PREVENT**

Záznam o ústním kontraktu:

Vstupní problém (za jakých okolností uživatel přichází):

Vstupní zakázka (co uživatel očekává, požaduje, cílový stav, kterého chce dosáhnout):

Plán kontaktu (plánovaný průběh spolupráce):

Zhodnocení (naplnění zakázky, průběhu spolupráce, za jakých okolností uživatel odchází):

Klíčový pracovník:



**OBČANSKÉ
SDRUŽENÍ
PREVENT**

Heydukova 340
385 01 Strakonice
T-F: 383 323 020
E: prevent@os-prevent.cz
W: www.os-prevent.cz
IČO: 591 00541
Č. ú.: 212818883/0300

**PRIMÁRNÍ
PREVENCE
PREVENT**

schwarc@os-prevent.cz

**JIHOČESKÝ
STREETWORK
PREVENT**

street@os-prevent.cz

**KONTAKTNÍ
CENTRUM
PREVENT ČB**

kacko.cb@os-prevent.cz

**KONTAKTNÍ
CENTRUM
PREVENT PT**

kacko.prnatice@os-prevent.cz

**KONTAKTNÍ
CENTRUM
PREVENT ST**

kacko@os-prevent.cz

**SUBSTITUČNÍ
CENTRUM
PREVENT**

metadon@os-prevent.cz

**DOLÉČOVACÍ
CENTRUM
PREVENT**

cng@os-prevent.cz



Anamnestický list klienta

Jméno a příjmení/ Kód klienta:	
Datum narození:	
Telefonické spojení:	
e-mail/kontaktní adresa	
Kontakt na blízkou osobu:	
Reference (kdo nás doporučil):	
Dohodnutý způsob oslovení:	
Datum vyplnění anamnézy:	
Datum ukončení spolupráce, závěrečné shrnutí:	
1. Vstupní údaje	
1.1. Z jakého důvodu a s jakými potížemi klient přichází, jak dlouho jeho potíže trvají:	
1.2. Zakázka:	
2. Zdravotní anamnéza	
2.1. Vývoj pre-, peri-, postnatální; prodělané somatické i psychické choroby, úrazy, léčby	
2.2. Současný psychický i somatický zdravotní stav (choroby, léčby, potíže, medikace), gynekolog, stomatolog, obvodní lékař	
2.3. Test na hepatitidy: kdy naposledy, +/- Prodělaná hepatitida A,B,C, kdy, zda je chronická, zda je klient v péči hepatologické ambulance.	2.4. HIV test: kdy naposledy, +/-.
2.5. Rizikové chování (i.v. aplikace, sdílení jehel (náčini), předávkování, riziková aplikace, nechráněný sex, střídání parterů apod.)	
3. Drogová anamnéza	
3.1. Vývoj drogové kariéry (počátky, druhy drog, doba a způsob užívání, aplikace, dávky, 1.nelegální droga, gambling, alkohol a cigarety)	
3.2. Aktuálně užívané drogy: (primární droga a další drogy, aplikace, dávky)	

PRŮBĚH LÉČBY
Klient –
Terapeut-Tomáš Brejcha

1

3.3. Léčby a abstinenční pokusy (kdy, kde, délka, průběh, důvod relapsu)
4. Sociální anamnéza
4.1. Vzdělání: nejvyšší dosažené, neukončené školy.
4.2. Zaměstnání: současné, předešlá, kdy byl naposledy zaměstnán, jak dlouho trvalo jeho nejdelší zaměstnání, nejdelší období nezaměstnanosti, registrace na ÚP
4.3. Finanční situace: současný zdroj příjmů, náklady na živobytí, dluhy – kolik, kde, zda je řeší.
4.4. Bydlení: charakteristika bydlení, s kolika dalšími osobami žije, jsou tyto osoby uživatelé drog nebo ex – useři, zda splňuje podmínky pro sociální bydlení.
4.5. Právní problémy: absolvované tresty, podmínky nebo trestní stíhání, soudně nařízená léčba.
4.6. Důležité osoby v životě klienta: rodiče, sourozenci, manželé, děti, širší rodina, přátelé...
4.7. Volný čas: zájmy, koníčky, trávení – kde s kým apod., jaké jsou jeho silné stránky, co umí:
4.8. Case management: kdo o klientovu situaci z okolí ví, kdo a jak mu pomáhá, jaké další odborníky navštěvuje (navštěvoval)
5. Rodinná anamnéza
5.1. Základní údaje o původní rodině: rodiče, sourozenci – věk, vzdělání, zaměstnání
5.2. Základní údaje o současné rodině: partner, manžel - věk, vzdělání, zaměstnání, děti – věk
5.3. Důležité události v rodině: závažná onemocnění, úmrtí, závislost a duševní onemocnění v rodině, rozvod, změna bydliště apod.

PRŮBĚH LÉČBY
Klient –
Terapeut-Tomáš Brejcha

2

5.4. Charakteristika rodinného prostředí: charakteristika rodinných vztahů
6. Životopisné informace
7. úvodní zhodnocení stavu klienta, Individuální plán péče:
7.1. Zhodnocení stavu klienta, chování klienta, projev (verb. i neverb.), náhled, jeho motivace a indikace k léčbě, ze ZA, RA, DA, SA,
7.2. Cíl spolupráce, Individuální plán: Kroky (prostředky) k jeho naplnění: Termín: Zhodnocení: Revize:

ŽIVOTOPIS:

(osnova k jeho sestavení)

Zamyslete se nad významnými událostmi Vašeho života. Zajímá nás nejen to, co se všeobecně považuje za podstatné (kde jste se narodil(a), kdo vás vychovával, drogová kariéra, tresty...) ale také to, co považujete za podstatné Vy.

Vše,co nám o sobě napíšete je přísně důvěrné a seznámí se s tím jen terapeutický tým CNP.

Jako vodítko Vám poslouží následující body:

- Narození, dětství....
- Rodina....
- Škola, spolužáci, přátelé, kamarádi....
- Zaměstnání, pracovní praxe...
- Partnerské vztahy...
- Drogová kariéra....
- Konflikty se zákonem, tresty...
- Zdravotní stav...
- Průběh léčby...
- Představy a plány do budoucnosti ...

Rozsah životopisu by měl být cca 4 strany.

Životopis zašlete společně s žádostí o zařazení do programu CNP a vyjádřením terapeutického týmu na adresu:

o.s. PREVENT – Centrum následné péče
Tylova 23
370 01 České Budějovice

VYJÁDŘENÍ TERAPEUTICKÉHO TÝMU:

Požádejte terapeutický tým zařízení, ve kterém se momentálně léčíte, nebo kde jste léčbu naposled absolvoval o stručné vyjádření a zhodnocení. Jde zejména o jejich pohled na vhodnost Vašeho zařazení do následné péče a shrnutí průběhu Vaší léčby. Po ukončení léčebného programu je požádáme o zaslání závěrečné zprávy.

Příloha 4



**DOLÉČOVACÍ
CENTRUM
PREVENT**

Tylova 156/23
370 01 České Budějovice
T: 386 350 380
E: cnp@os-prevent.cz

Žádost o poskytnutí služeb Doléčovacího centra PREVENT

Tylova 23, 370 01 České Budějovice
T: 386 350 380, (volejte od pondělí do čtvrtka od 9:00 do 17:00)
E: cnp@os-prevent.cz

Jméno:

Datum a místo narození:

Trvalé bydliště:

Současná kontaktní adresa a telefon:

**Žádám o zařazení do programu Doléčovacího Centra PREVENT v Českých Budějovicích.
(§64. Služby následné péče)**

Žádám o ubytování v chráněném bydlení: ano – ne

Gambling v anamnéze: ano - ne

(zakroužkujte vyhovující odpověď)

- Jsem si vědom, že přijímací pohovor je (pouze) povinnou součástí přijímacího řízení, má informační charakter a nevzniká z jeho uskutečnění nárok na přijetí do programu.
- Souhlasím s možným psychiatrickým vyšetřením jako součástí přijímacího pohovoru. (pro ověření způsobilosti k absolvování programu).
- Souhlasím se shromážděním nezbytných údajů (v rámci přijímacího pohovoru) o mé osobě ze strany DCP, i v případě nepřijetí do programu. Ty budou použity pouze ke statistickým účelům DCP a po 5 letech skartovány.
- V případě přijetí do programu DCP souhlasím s testováním na OPL z dechu a moči před podepsáním smlouvy.

Datum předpokládaného ukončení léčby:

Do programu bych rád(a) nastoupil(a):

Datum:

Podpis:

Povinné přílohy – k žádosti přiložte 4 stránkový životopis (osnova viz. Stránky O.S.Prevent) + vyjádření terapeutického týmu. Bez těchto náležitostí přihlášku neakceptujeme.



**OBČANSKÉ
SDRUŽENÍ
PREVENT**

Heydukova 349
386 01 Strakonice
T: +420 383 329 920
E: prevent@os-prevent.cz
W: www.os-prevent.cz
IČO: 09105641
Č. Ú.: 212818883/0300

**PRIMÁRNÍ
PREVENCE
PREVENT**

schwan@os-prevent.cz

**JIHOČESKÝ
STREETWORK
PREVENT**

street@os-prevent.cz

**DROGOVÁ
PORADNA
PREVENT**

poradna@os-prevent.cz

**KONTAKTNÍ
CENTRUM
PREVENT ČB**

kacko.cb@os-prevent.cz

**KONTAKTNÍ
CENTRUM
PREVENT PT**

kacko.prachatice@os-prevent.cz

**KONTAKTNÍ
CENTRUM
PREVENT ST**

kacko@os-prevent.cz

**SUBSTITUČNÍ
CENTRUM
PREVENT**

metadon@os-prevent.cz

**DOLÉČOVACÍ
CENTRUM
PREVENT**Tylova 156/23
370 01 České Budějovice
T: 386 350 380
E: cnp@os-prevent.cz**Smlouva o poskytování sociální služby**

číslo smlouvy.....

/dále v textu jen smlouva/

Klient/uživatel:

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého bydliště:

Narozen dne: v

A

Poskytovatel služby:

Doléčovací centrum PREVENT

Tylova 23, 370 01 České Budějovice

Tel: 386 350 380

Zastoupena :

/ v textu dále jen poskytovatel, DCP /

Uzavírají smlouvu v souladu se zákonem č. 108 / 2006 Sb. (dále jen Zákon) na druh sociální služby – **Služby následné péče****I. Předmět smlouvy:**

- Předmětem této smlouvy je poskytování sociální služby Následná péče poskytovatelem uživateli, ve smyslu ustanovení § 64 Zákona.
- Sociální služba bude uživateli poskytována v zařízení DCP

II. Rozsah poskytování sociální služby:

- Rozsah sociální služby je vymezen ustanovením § 64 Zákona – **poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím** (zprostředkování navazujících služeb, socioterapie), **sociálně terapeutické činnosti** (viz. součástí terapeutického procesu níže), **pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí** (pomoc při vyřizování běžných záležitostí, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím)
- Struktura povinných aktivit programu je vázána na **formu a fázi programu** (viz. příloha č.1. smlouvy).

Mám zájem o vstup do: **INDIVIDUÁLNÍ DOLÉČOVACÍ PROGRAM / DOLÉČOVACÍ PROGRAM** (nehodící se škrtněte) – formu programu lze v průběhu poskytování služby změnit bez udání důvodu, na základě individuálního plánu uživatele.

- Služba je poskytována po dobu **6 měsíců**.
- Služba je poskytována bezplatně.
- Součástí terapeutického procesu jsou následující aktivity - individuální a skupinová terapie, arteterapie, zátěžové pobyty, socioterapie, prevence relapsu, pracovní terapie a poradenství. Dle

**OBČANSKÉ
SDRUŽENÍ
PREVENT**Hrdákovna 348
389 01 Strakonice
T-F: 383 323 920
E: prevent@os-prevent.cz
W: www.os-prevent.cz
IČO: 69100641
Č. Ú.: 212818683/0300**PRIMÁRNÍ
PREVENCE
PREVENT**

schwarz@os-prevent.cz

**JIHOČESKÝ
STREETWORK
PREVENT**

street@os-prevent.cz

**DROGOVÁ
PORADNA
PREVENT**

poradna@os-prevent.cz

**KONTAKTNÍ
CENTRUM
PREVENT ČB**

kacko.cb@os-prevent.cz

**KONTAKTNÍ
CENTRUM
PREVENT PT**

kacko.prachetice@os-prevent.cz

**KONTAKTNÍ
CENTRUM
PREVENT ST**

kacko@os-prevent.cz

**SUBSTITUČNÍ
CENTRUM
PREVENT**

metadon@os-prevent.cz



**DOLÉČOVACÍ
CENTRUM
PREVENT**

Tylova 156/23
370 01 České Budějovice
T: 386 350 380
E: cnp@os-prevent.cz

zájmu a potřeby pak také krizová intervence, rodinná terapie, asistenční služba a telefonická intervence.

- Předmět povinných aktivit je vázán a stanoven v Individuálním plánu (terapeutický kontrakt), ten vychází z cílů klienta (viz. níže) a je průběžně revidován.

III. Místo a čas poskytování sociální služby:

- Služby uvedené v bodě II. jsou poskytovány v DC PREVENT, Tylova 23, 370 01 České Budějovice
- Služby pro přijaté uživatele probíhají od pondělí do pátku, od 9 do 20 hodin. Zátěžové pobyty probíhají během víkendu v předem oznámených termínech. (Pro klienty využívající chráněné ubytování v objektu jsou služby poskytovány nepřetržitě.)

IV. Uživatel se zavazuje dodržovat následující základní pravidla:

- **Zákaz jakékoliv manipulace s drogami a alkoholem v zařízení, zákaz jejich přinášení do objektu.**
- **Zákaz vstupu pod vlivem drog a alkoholu do prostor chráněného bydlení.**
- **Abstinence** - účast na programu je podmíněna abstinencí od drog a alkoholu. V případě relapsu je klient povinen oznámit tuto skutečnost při nejbližší možné příležitosti (telefonicky, či při prvním kontaktu s kterýmkoliv pracovníkem DCP). Nahlášený relaps není důvodem k vyloučení z programu, pokud se neopakuje více než 3x. Klient je povinen podrobit se na požádání orientační zkoušce dechu a moči. Pokud tak neučiní, bude to považováno za pozitivní výsledek zkoušky.
- **Zákaz násilného chování včetně slovní agrese a manipulace se zbraněmi v zařízení.**
- **Zákaz ničení nebo krádeže majetku ostatních klientů, pracovníků nebo zařízení.**

Porušení těchto pravidel může být důvodem k okamžitému ukončení všech poskytovaných služeb a vyloučení z programu.

V. Klient se dále zavazuje:

- **Účastnit se terapeutického programu v dohodnutém rozsahu** (viz forma a fáze programu). Klient je povinen předem omluvit svoji případnou neúčast na programu. Neúčast je možné omluvit pouze z pracovních nebo jiných závažných důvodů (neodkladná jednání s úřady, apod.). V případě 3 neomluvených neúčastí na programu (A), bude uživatel z programu vyloučen. (viz. Výpovědní důvody)
- **Aktivně spolupracovat na dosažení cílů stanovených v individuálním plánu** (terapeutický kontrakt). (aktivita při individuální a skupinové práci, plnění dohodnutých úkolů a pokroky při dosahování stanovených cílů, ...)
- **Uhradit případné škody na majetku DCP, ostatních klientů a pracovníků, pokud je klient svým jednáním způsobí.**

Při opakovaném neplnění nebo porušování těchto pravidel může být klient z programu vyloučen.

VI. Souhlas s vedením dokumentace a zpracováním osobních údajů:

(dle Zákona 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů)

Výše uvedený klient svým podpisem souhlasí se shromažďováním a zpracováním svých osobních a citlivých údajů pro DCP, které poskytne v rámci konzultací a terapeutické práce v DCP. Tyto údaje jsou určeny pouze pro



**OBČANSKÉ
SDRUŽENÍ
PREVENT**

Heydukova 349
386 01 Strakonice
T: F: 383 323 909
E: prevent@os-prevent.cz
W: www.os-prevent.cz
IČO: 09100641
Č. ú.: 212818883/0300

**PRIMÁRNÍ
PREVENT
PREVENT**

schwarz@os-prevent.cz

**JIHOČESKÝ
STREETWORK
PREVENT**

street@os-prevent.cz

**DROGOVÁ
PORADNA
PREVENT**

poradna@os-prevent.cz

**KONTAKTNÍ
CENTRUM
PREVENT ČB**

kacko.cb@os-prevent.cz

**KONTAKTNÍ
CENTRUM
PREVENT PT**

kacko.praha@os-prevent.cz

**KONTAKTNÍ
CENTRUM
PREVENT ST**

kacko@os-prevent.cz

**SUBSTITUČNÍ
CENTRUM
PREVENT**

metadon@os-prevent.cz



**DOLÉČOVACÍ
CENTRUM
PREVENT**

Tylova 156/23
370 01 České Budějovice
T: 386 350 380
E: cnp@os-prevent.cz

potřeby DCP (následná péče, vedení dokumentace, statistické zpracování) a budou archivovány po dobu 5 let. Služba je dobrovolná a shromažďuje jen nezbytně nutné údaje pro její poskytování.

Přístup k dokumentaci má pouze terapeutický tým DCP a třetí osoby dle vymezení zákona (státní kontroly...) Členové týmu DCP jsou vázáni mlčenlivostí dle zákona 108/2006 Sb.

Způsob zpracování osobních údajů, vedení dokumentace:

- Každý uživatel programu má složku. Ve složce jsou následující údaje: jméno a příjmení, datum narození, adresa, kontaktní telefony. Dále vyjádření z předchozí léčby, životopis, přijímací protokol a smlouva o využívání sociální služby se všemi přílohami. Do složky se dále zapisuje průběh schůzek a průběh práce s uživatelem.
- V PC jsou údaje klienta chráněna heslem, které znají pouze stávající pracovníci DCP (viz. výše). Tištěné zápisy jsou uloženy v uzamykatelném trezoru. Jmenovité informace o uživateli jsou důvěrné a nejsou poskytovány bez jeho souhlasu či bez jeho vědomí (jestliže je DCP povinno je poskytnout).
- Uživatel služby má po domluvě se svým garantem či zastupující osobou možnost do složky kdykoli nahlédnout a seznámit se s vedením a uložením své dokumentace z průběhu účasti v programu

Jiným osobám a subjektům bude DCP poskytovat informace, jen když mu to uživatel dovolí.

Souhlasím, aby odpovědný pracovník CNP sděloval(a) mé osobní a citlivé údaje těmto osobám:

.....

A to v rozsahu:

.....

.....

Nesouhlasím

Tento souhlas uživatel může kdykoliv písemně odvolat, či změnit.

VII. Základní práva klienta:

Základní práva uživatele služby vycházejí z listiny lidských práv a svobod, z uplatňování etického kodexu zařízení a organizace, z principů a posláních DCP. Podrobná pravidla programu jsou uvedena v průvodci DCP, který je přílohou smlouvy.

- Podpůrné prostředí bez drog (a jiných rušivých psychopatologických jevů, které by negativně ovlivňovali jejich účast v programu)
- Přístup k poskytovaným službám bez ohledu na původ, rasu, národnost, vyznání, politické přesvědčení, sexuální orientaci, předchozí kriminální kariéru či socioekonomický status.
- Důstojnost a respekt ze strany pracovníků a spoluklientů.
- Znalost filosofie a metod programu.



**OBČANSKÉ
SDRUŽENÍ
PREVENT**

Heydukova 349
386 01 Strakonice
T: 383 233 820
E: prevent@os-prevent.cz
W: www.os-prevent.cz
IČO: 69100641
Č. ú.: 212919883/0300

**PRIMÁRNÍ
PREVENČE
PREVENT**

schwarz@os-prevent.cz

**JIHOČESKÝ
STREETWORK
PREVENT**

street@os-prevent.cz

**DROGOVÁ
PORADNA
PREVENT**

poradna@os-prevent.cz

**KONTAKTNÍ
CENTRUM
PREVENT ČB**

kacko.cb@os-prevent.cz

**KONTAKTNÍ
CENTRUM
PREVENT PT**

kacko.praha@os-prevent.cz

**KONTAKTNÍ
CENTRUM
PREVENT ST**

kacko@os-prevent.cz

**SUBSTITUČNÍ
CENTRUM
PREVENT**

metador@os-prevent.cz



**DOLÉČOVACÍ
CENTRUM
PREVENT**

Tylova 156/23
370 01 České Budějovice
T: 386 350 380
E: cnp@os-prevent.cz

- Jasně a včasné informování o všech stávajících pravidlech a nařízeních (omezeních) daných programem, stejně jako o sankcích, disciplinárních opatřeních nebo modifikacích práv.
- Dostupnost orgánu registrujícího a projednávajícího stížnosti a rozhodujícího o všech pravidlech a nařízeních, sankcích, disciplinárních opatřeních nebo modifikacích práv.
- Zachování důvěrnosti informací týkajících se účastníka programu, stejně jako všech osobních záznamů v souladu se zákony státu.
- Vystoupení z programu kdykoli na základě vlastního rozhodnutí bez fyzického nebo psychického nátlaku.

VIII. Cíle a plán uživatele:

Cíle uživatele musí korespondovat s cíly a posláním organizace, v opačném případě nemůže DCP na smlouvu přistoupit. **Aktuální cíle uživatele:**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Další změny cíle upravuje individuální plán uživatele, mimo tento smluvní vztah.

IX. Výpovědní důvody, řádné ukončení:

- **Program je řádně ukončen**(smlouva je ukončena), pokud jej klient absolvuje v dohodnutém rozsahu a stanoveném termínu. Ze strany uživatele služby je možné považovat program za řádně ukončený i naplněním zakázky či cíle před stanoveným termínem, nejméně však po 4 měsících účasti v programu. (na základě potvrzení žádosti o řádné ukončení – příloha č.2).
- Klient může kdykoliv účast v programu ukončit nebo požádat o přeřazení nebo zprostředkování do jiné formy péče.
- Uživatel může být z programu **vyločen**(smlouva je ukončena) v případech kdy:
 - poruší jedno ze základních pravidel programu
 - na základě 3 neomluvených neúčastí na programu (A)
 - na základě opakované nespolupráce v programu a neplnění cílů (rozhoduje tým DCP s ohledem na terapeutickou práci s klientem, doporučená hranice pro vyloučení je 5 případů)
 - pokud došlo ke změně poměrů uživatele zejména zdravotního stavu a poskytovatel není oprávněn poskytovat sociální služby, které v důsledku této změny uživatel potřebuje a požaduje,



**OBČANSKÉ
SDRUŽENÍ
PREVENT**

Heydukova 349
380 01 Strakonice
T-F: 380 323 920
E: prevent@os-prevent.cz
W: www.os-prevent.cz
IČO: 69100541
Č. Ú.: 212818883/0300

**PRIMÁRNÍ
PREVENCE
PREVENT**

schwarz@os-prevent.cz

**JIHOČESKÝ
STREETWORK
PREVENT**

street@os-prevent.cz

**DROGOVÁ
PORADNA
PREVENT**

poradna@os-prevent.cz

**KONTAKTNÍ
CENTRUM
PREVENT ČB**

kacko.cb@os-prevent.cz

**KONTAKTNÍ
CENTRUM
PREVENT PT**

kacko.prechelov@os-prevent.cz

**KONTAKTNÍ
CENTRUM
PREVENT ST**

kacko@os-prevent.cz

**SUBSTITUČNÍ
CENTRUM
PREVENT**

metadon@os-prevent.cz

