

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra pedagogiky

Bakalářská práce

Veronika Drnková

Úloha neziskových organizací v oblasti sekundární prevence nealkoholových  
závislostí

The role of non-profit organizations in the area of secondary prevention of drug  
addictions

Praha 2009

vedoucí práce: PhDr. Jitka Lorenzová, PhD.

## Poděkování

Děkuji zejména PhDr. Jitce Lorenzové, PhD., za velmi trpělivé vedení práce a podporu.

Dále děkuji všem pracovníkům v oboru z praxe, kteří pro mě byli inspirací a kteří mi dodali impulz k zájmu o danou problematiku.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci zpracovala samostatně za použití uvedených zdrojů.

V Praze, dne:

Podpis:

## Anotace

Tato bakalářská práce s názvem „Úloha neziskových organizací v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí“ má povahu přehledové studie, která je opřena o příklady dobré praxe.

Práce má dva hlavní cíle, prvním z nich je popsání stávajících služeb v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí. Druhým hlavním cílem je popsat spolupráci neziskových organizací v této oblasti s orgány veřejné správy a to v kontextu protidrogové politiky.

## Annotation

This thesis entitled „The role of non-profit organizations in the area of secondary prevention of drug addictions“ conceived like a overview study, which is based on examples of best practices.

The thesis has two main objectives, the first is to describe existing services in secondary prevention of drug addictions. The second main objective is description of cooperation of non-profit organizations with state administrative in that field and in the context of drug policy.

## Klíčová slova

Nezisková organizace, sekundární prevence, principy nízkoprahovosti, závislost, nealkoholová závislost, protidrogová politika, orgány veřejné správy

## Obsah

1. Úvod do problematiky nealkoholových závislostí v ČR .....	11
1.1. Vymezení pojmů .....	11
1.2. Cesta do závislosti .....	14
1.3. Modely závislosti jako teoretické výklady drogové závislosti .....	16
1.4. Protidrogová politika České republiky v kontextu mezinárodní protidrogové politiky .....	18
1.4.1. Mezinárodní protidrogová politika OSN .....	20
1.4.2. Mezinárodní protidrogová politika EU .....	21
1.4.3. Protidrogová politika České republiky .....	21
2. Služby poskytované neziskovými organizacemi v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí .....	25
2.1. Existující služby poskytované v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí v ČR .....	25
2.1.1. Terénní programy .....	26
2.1.2. Kontaktní centra .....	27
2.1.3. Lékařská ambulantní péče o uživatele drog .....	27
2.1.4. Ústavní a rezidenční léčba .....	29
2.1.5. Substituční programy .....	30
2.2. Chybějící služby v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí .....	31
2.2.1. Aplikační místnost .....	32
2.2.2. Výdejní automat harm reduction materiálu .....	32
2.3. Příklad dobré praxe: Semiramis o.s., nezisková organizace poskytující služby v oblasti sekundární prevence závislostí se zaměřením na terénní programy .....	34
3. Specifika neziskových organizací v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí .....	37
3.1. Financování neziskových organizací v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí .....	37
3.2. Spolupráce neziskových organizací s orgány veřejné správy .....	39
3.3. Vzájemná spolupráce mezi neziskovými organizacemi .....	40
3.4. Příklad dobré praxe: spolupráce Centra terénních programů Semiramis o.s. s orgány veřejné správy včetně financování a spolupráce s neziskovými organizacemi .....	41
4. Legislativa závazná pro neziskové organizace poskytující služby v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí .....	43

4.1. Obecné právní předpisy pro neziskové organizace poskytující služby uživatelům nealkoholových návykových látek.....	43
4.2. Právní předpisy závazné pro neziskové organizace poskytující sociální služby v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí.....	43
4.3. Právní předpisy závazné pro neziskové organizace poskytující služby zdravotnické péče v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí.....	44
5. Závěr .....	46
6. Literatura.....	49
7. Přílohy.....	55

## Seznam zkratek

AT	(poradna, ambulance) pro alkoholismus a jiné toxikomanie
CDSV	Centrum drogových služeb ve vězení
CEKAS	Centrum pro kvalitu a standardy v sociálních službách
CND	The Commission on Narcotic Drugs (Komise pro narkotika)
CPP	Centrum primární prevence
CTP (MB)	Centrum terénních programů (Mladá Boleslav)
ČAS o.s.	Česká asociace streetwork, o.s.
ČR	Česká republika
DSM	Diagnostický a statistický manuál (Americké psychiatrické asociace)
ECOSOC	United Nations Economic and Social Council (Ekonomická a sociální rada OSN)
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti)
EU	Evropská unie
ICD	International Classification of Diseases (Mezinárodní klasifikace nemocí)
INCB	International Narcotic Control Board (Mezinárodní výbor pro kontrolu drog)
KC (MB)	Kontaktní centrum (Mladá Boleslav)
KÚ	Krajský úřad
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MÚ	Městský úřad
MV ČR	Ministerstvo vnitra České republiky
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
o.p.s.	Obecně prospěšná společnost
o.s.	Občanské sdružení
OSN	Organizace spojených národů
PROADIS o.s.	Propojené profesionální adiktologické služby
RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
RVNNO	Rada vlády pro neziskové organizace
RVP	Rámcový vzdělávací program

ŠMP	Školní metodik prevence
TP	Terénní programy
UNODC	United Nations Office of Drug and Crime
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

## Úvod

Volba tématu práce vyplývá z mého zájmu o fenomén závislosti ve společnosti a ze zkušenosti práce v neziskových organizacích.

Mám zkušenost s prací v neziskové organizace poskytující služby v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí, sama jsem však působila v centru primární prevence, jako lektorka. Zjištění, že žáci základních škol mají často mezi 11. a 15. rokem zkušenost alespoň s požitím konopných látek, je šokující.

Moje snaha zaměřit pozornost na sekundární prevenci nealkoholových závislostí pramení právě ze zjištění, že ilegální drogy jsou součástí naší společnosti a nejen uzavřené drogové scény. Nabídka ilegálních drog je všudypřítomná a represe nefunkční. Ovšem efektivitu primární prevence skoro nelze evaluovat, působí na ní řada faktorů a nelze je komplexně ovlivnit. Nepochybně ovšem skepsi, i kdyby jeden žák, na kterého preventivně působíme, změnil před drogami směr, byl by to úspěch. Jsou tu ovšem i jedinci, kteří žijí v sociálně vyloučeném prostředí, v rodině, která je celkově závislá nebo si během svých let dospívání zkusí něco, co netuší, že vede do závislosti. Tam zasahuje sekundární prevence se svým cílem motivovat ke změně i k vyléčení a současně i represe, která by se měla snažit snižovat nabídku ilegálních drog.

Teoreticky by se snaha o snižování nabídky i poptávky zároveň měla projevit snížením počtu uživatelů návykových látek, ale statistiky hovoří jasně o tom, že prevalence konzumace většiny nealkoholových návykových látek u mladých lidí od 15 do 24 let mezi roky 1996 a 2006 vzrostl o 25,3 %<sup>1</sup>. Naproti tomu statistická data shromažďovaná od uživatelů, kteří nastupují do léčby, vypovídají o stagnaci počtu uživatelů nealkoholových návykových látek, počet léčených se mezi roky 2002 a 2007 pohybuje konstantně okolo 8500 léčených.

Statistiky nízkoprahových drogových služeb zaznamenaly za poslední roky velký nárůst klientů, ovšem to neznamená nárůst uživatelů návykových látek obecně, ale vypovídá to o fungujícím systému služeb, které jsou poptávány drogovou scénou. Tyto služby pracují s lidmi, kteří si často prožili sociální debakl, jsou fyzicky i psychicky nezdraví a hledají nebo již mají motivaci se udržet v únosném bio-psycho-sociálním stavu nebo se vyléčit a začlenit do společnosti.

---

<sup>1</sup> srov. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007, 2008, s. 26

Není třeba uživatele návykových látek obhajovat před pohledem většinové společnosti, ale je třeba zamyslet se nad možnými příčinami závislosti, možným nebezpečím pramenícím z užívání návykových látek pro většinovou společnost a možnými důsledky rozvoje nealkoholových závislostí ve společnosti. Resocializace je pro uživatele návykových látek často složitá, a to i právě z toho důvodu, že je společnost o problematice závislostí informována nedostatečně. Společnost často zapomíná, že by ještě měla na jedince v této situaci působit nějaká preventivní složka a na to, že služby sekundární prevence chrání a podporují nejen klienty, ale zejména většinovou společnost. Proto má toto vesměs sociálně politické téma své místo i v pedagogice, vychovatel i vyučující by měl znát fenomén závislosti a možnosti její nápravy v případě, že závislosti samotné u jedinců nedokáže zabránit.

Pedagog by tedy neměl být v oblasti závislostí jen odborník- teoretik, ale také by měl umět intervenovat včasné, odkázat na vyhovující službu a částečně by měl okolí informovat o tom, co je třeba dělat a co je třeba nedělat v případě, že se v jejich okolí objeví jedinec závislý na nealkoholových návykových látkách.

Tato práce je psána se záměrem zvýšení informovanosti o závislostech mezi studenty vysokých škol a mezi zájemci z řad pedagogů i veřejnosti.

Práce má dva hlavní cíle, prvním z nich je popsat stávající služby v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí a identifikovat možné chybějící služby v dané oblasti.

Druhým hlavním cílem je popsat spolupráci neziskových organizací v této oblasti s orgány veřejné správy a to v kontextu protidrogové politiky státu a mezinárodních organizací, ve kterých je Česká republika členským státem.

Tato práce má povahu teoretické přehledové studie, která je opřena o příklady dobré praxe a o zkušenosti práce v organizaci poskytující služby v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí.

# 1. Úvod do problematiky nealkoholových závislostí v ČR

## 1.1. Vymezení pojmů

Pro účely této práce je vhodné definovat klíčové pojmy související s danou problematikou.

Tato práce se zaměřuje na nealkoholové závislosti, tedy na všechny látkové závislosti s výjimkou alkoholu. Nezabývá se závislostmi nelátkovými, jako je např. gambling, závislost na vztazích aj. Též vynechává tzv. závislosti, např. na kofeinu, theinu, čokoládě či jiných látkách, které nelze označit za návykové z toho důvodu, že nijak nepůsobí na vnímání reality jedincem.

Návyková látka je definována v Úmluvách Organizace spojených národů (dále OSN) a v Deklaraci snižování poptávky po drogách jako látka podřízená mezinárodní kontrole, jde tedy o látky legální (alkohol, tabák) i ilegální, užívané primárně pro jejich efekt na somatický a psychický stav jedince, které jsou mezinárodně monitorovány jako návykové a jejich distribuce, držení a užívání je omezeno.

Pojem návyková látka je v textu občas zaměněn za pojem droga, význam těchto dvou pojmů je v podstatě stejný. Označení návykové látky jako drogy bylo do češtiny přejato z cizích jazyků.

Terminologie rozlišuje abúzus a závislost. Závislost je zpravidla vyústěním abúzu, tedy škodlivého užívání. Z definice syndromu závislosti a dělení závislostních nemocí dle Světové zdravotnické organizace (dále ICD WHO) vyplývá, že závislost v pravém slova smyslu je možná jen na návykových látkách, definice jsou jasně dané „pro závislost na alkoholu, na opioidech, na kanabinoidech, na sedativech a hypnoticích, na kokainu, na jiných stimulantech, na halucinogenech, na tabáku, na organických rozpouštědlech a na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách“<sup>2</sup>.

Syndrom závislosti je definován WHO, podle 10. revize ICD jako „skupina 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 dříve cenil více. Popisnou charakteristikou závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku, třídu látek nebo širší řadu různých látek“<sup>3</sup>. Syndrom závislosti je diagnostikován až tehdy, jestliže během jednoho roku

---

<sup>2</sup> Nešpor, 2007, s. 9

<sup>3</sup> Nešpor, 2007, s. 9-10

došlo ke třem nebo více z určitých jevů, kterými je silná touha nebo pocit puzení užívat látku (tzv. craving), potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky, tělesný odvykací stav, průkaz tolerance k účinku látky, postupné zanedbávání jiných zájmů, pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace (dále DSM- IV) upřesňuje charakteristiky závislého chování o symptomy jako je nárůst tolerance, dále nespecifikuje odvykací příznaky po vysazení látky jen na tělesné, ale pracuje i s odvykacími příznaky psychickými, zmiňuje se o trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejich účinků, zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejich omezení. Můžeme říci, že Americká psychiatrická organizace popisuje podmínky diagnózy závislosti podobně jako 10. revize ICD WHO, ale popisuje závislé chování specifičtěji a s konkrétními příklady. Existuje jen jeden zásadní rozdíl mezi diagnostikou ICD a DSM, je jím diagnostika závislého chování dle četnosti přítomnosti symptomů a jejich projevů v čase, DSM diagnostikuje závislé chování již při přítomnosti symptomů 3 krát během 12 měsíců, tím je tedy diagnostika závislého chování mnohem přísnější než diagnostika ICD<sup>4</sup>.

V textu se vyskytuje pojem primární prevence. Primární prevence je často znějícím pojmem nejen v drogové problematice, je klíčovým pojmem i ve školním prostředí a mimoškolním prostředí v práci s dětmi a mládeží. Cílem primární prevence je obvykle zdravý rozvoj jedince, tak aby u něj bylo eliminováno sociálně-patologické chování a tedy i závislé chování. Definice říká, že „primární prevence si klade za cíl odradit od prvního užití drogy nebo alespoň co nejdéle odložit první kontakt s drogou. Specifickým cílem je předcházet užívání mezi rizikovou populací“<sup>5</sup>.

Primární prevence může být vykonávána cíleně a na specifické téma, zpravidla ve školním či mimoškolním prostředí, takto prováděná primární prevence se nazývá specifická primární prevence, často je rozplánována do tematických bloků. Naproti tomu nespecifická primární prevence probíhá formou volnočasových aktivit, např. skautských oddílů, které často skrze pravidla a vštěpování hodnot též plní obecné cíle primární prevence. Primární prevence probíhá i necíleně, primárně-preventivní efekt má samozřejmě prostředí primární sociální skupiny jedince nebo obraz dospělosti, který je dítěti předáván.

---

<sup>4</sup> srov. Kalina, 2008, s. 54-56

<sup>5</sup> Kalina et al., 2001 in Kalina a kol., 2008, s. 18

Na základních školách je zákonem daná povinnost vytvořit minimální preventivní program školy a ustanovit funkci Školního metodika prevence (dále ŠMP), ŠMP volí strategii primární prevence na škole a většinou spolupracuje s neziskovými organizacemi, které na škole provádějí preventivní programy. Školní metodik prevence, jako funkce, byl ustanoven záhy, se začátkem fungování Rámcového vzdělávacího programu na školách, proto je funkce do dneška na školách podceňována a zastávána neúplně. Primární prevence není mezi odbornou veřejností nijak problematickým pojmem, končí tam, kde začíná klient návykovou látku užívat pravidelně a stává se na ní závislým.

Překryv sekundární prevence s primární prevencí je minimální a to v poradenských službách v zařízeních, které poskytují nízkoprahové služby v oblasti sekundární prevence, jsou to zpravidla kontaktní centra, která poskytují poradenství v oblasti návykových látek a závislostí i jedincům, kteří s drogou nemají žádnou osobní zkušenost.

Sekundární prevence závislostí je v převážné části zdrojů definována jako „předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které jsou již užíváním drogy zasaženi a postiženi, případně se na ní stali závislými. Obvykle používána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení“<sup>6</sup>. Můžeme říci, že služby sekundární prevence zahrnují služby o klienty v kontaktu nebo se závislostí na návykových látkách a o klienty, kteří se z drogové závislosti léčí.

Po fázi léčby se klienta ujímají služby terciární prevence závislostí. Tyto služby nabízejí klientům formou psychologické, sociální a zdravotní péče podporu, tak aby byli schopni začlenit se do sociálního života bez návykových látek.

Jedním z hlavních cílů je tedy resocializace klienta bez relapsu formou bio-psycho-sociální podpory klienta. Pojem laps označuje jednorázové znovuužití návykové látky, na které je klient závislý ve fázi abstinence, toto uklouznutí je obvykle doprovázeno tzv. syndromem porušení abstinence, jinak též syndromem relapsu. Syndrom porušení abstinence u klienta často odstartuje depresivní stavy, pocity bezmoci a viny. Skrze syndrom porušení abstinence se tedy naopak posílí potřeba dalšího užití látky a zakončení období abstinence, tedy dochází k relapsu a klient se vrací zpět, na začátek léčby.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Kalina et al., 2001 in Kalina et al., 2007, s. 20

<sup>7</sup> srov. Kalina et al., 2003, s. 117-125

Prevence relapsu se obvykle provádí nejen kontrolou klienta, ale i metodami kognitivně- behaviorálního přístupu, skrze ně klient trénuje schopnost seberegulace při zvládání rizikových situací.

Význam pojmu problémový uživatel návykových látek je v této práci v zásadě shodný s definicí EMCDDA. Je zde používán pro uživatele nealkoholových návykových látek, který dlouhodobě užívá ilegální návykové látky ze skupiny opiátů nebo stimulantů a užívá je rizikovým způsobem, tzn. alespoň intravenózně, často též rizikově (bez dezinfekce, znovupoužitým injekčním materiálem, nesterilním injekčním materiálem nebo sdíleným injekčním materiálem).<sup>8</sup>

## 1.2. Cesta do závislosti

Pro sociálně pedagogické zarámování práce je třeba se alespoň okrajově zmínit o procesu rozvoje závislosti u jedince. Tato podkapitola lehce zasahuje i do oblasti primární prevence, jejíž metody strategie lze využít v první fázi rozvoje závislosti, tedy ve fázi experimentování.

První kontakt s návykovou látkou má jedinec pravděpodobně v malé sociální skupině, buď je to parta (gang) nebo rodina. V dětství se dítě dostává do kontaktu nejdříve s tabákovými výrobky a alkoholem u rodičů a rodinných příslušníků. Poté se s těmito legálními návykovými látkami setkává u své referenční sociální skupiny a v rámci referenční skupiny je pravděpodobně vyzkouší. Účinek těchto legálních drog na fyzický stav jedince je obvykle při první zkušenosti negativní, ale dítě se naučí s nimi zacházet.

Po čase se může stát, že jeho referenční skupina zkouší i nealkoholové návykové látky a tak se jedinec dostane k experimentování s ilegálními drogami.

Ovšem realita není taková, že od první cigarety se experimentátor dostane za krátký čas k těžké závislosti na heroinu. Toto experimentování s legálními a posléze i s ilegálními návykovými látkami v současné době k dospívání patří a záleží na mnoha faktorech, jestli dospívajícího droga něčím zaujme nebo se v pravou chvíli od drogy odvrátí zpět k reálnému životu.

---

<sup>8</sup> srov. *Výroční zpráva za rok 2008 : stav drogové problematiky v Evropě* [online]. Luxemburk : Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2008 , 06 November 2008 [cit. 2009-05-21]. Dostupný z WWW: <[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_64227\\_CS EMCDDA\\_AR08\\_cs.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_64227_CS EMCDDA_AR08_cs.pdf)>.

Většina uživatelů nealkoholových návykových látek by se zřejmě shodla, že důvodů k prvoužití bylo několik. Za prvé je to silná touha vyzkoušet něco nedovoleného, příjemného a nového. Za druhé je častým důvodem začlenění jedince do referenční skupiny, jinými slovy jedinec přejímá normy skupiny a díky všeobecné neinformovanosti dětí v oblasti návykových látek nevidí problém. Za třetí se experimentování často děje z důvodu snahy experimentátora o únik z reality, tento důvod je velmi častý u jedinců v období puberty, kdy se mohou potýkat s vnitřním zmatkem až s depresemi.

Experimentátoři časem buď své experimenty ukončí, nebo v nich pokračují. Zde rozhoduje celková míra psycho- sociální stability jedince a míra informovanosti o problematice užívání návykových látek. Jedinci mohou pokračovat, protože je užívání návykových látek nějakým způsobem vynáší ven z jinak neuspokojivé reality, tam začíná rekreační užívání.

Rekreační užívání je z hlediska včasné intervence nejproblematičtější, protože uživatel necítí potřebu jakékoli intervence. Návyková látka mu dává vše a zatím mu na bio- psycho- sociální úrovni nic nechybí.

Stává se závislejším a závislejším, z fáze rekreačního užívání se uživatel přehoupne do fáze problémového užívání. Na počátku této fáze je typický uživatel rozpolcený, má tzv. dvojitou identitu. Jednou z nich je identita poslušného syna, žáka, brigádníka a druhou identitou je uživatel ilegálních návykových látek. Tyto dvě identity se snaží nějakým způsobem vyvážit, pokouší se abstinovat, ale tyto pokusy opakovaně zklamou. Jeho okolí už tuší, že není něco v pořádku, potřebuje hodně peněz, je unavený, podrážděný, ve stresu a je fyzicky slabý.

Z této fáze přechází do fáze stálého užívání, kdy je návyková látka a její požití nezbytností k fungování organismu. Po této fázi už je vymezena jen poslední fáze, ve které se jedinec uzavře na drogové scéně, celý jeho život je o drogách a o nic jiného se nezajímá. Pokud mu jeho zájem mimo drogovou scénu zůstává a chybí k psycho-sociální stabilitě, ale nemůže ho uspokojovat, často trpí tím, že ze závislosti neumí vystoupit.

Možnosti intervence jsou širokospektrální, od primární prevence k terciární. Bohužel experimentátor a rekreační uživatel zřejmě nebudou brát v potaz školní programy primární prevence, protože návyková látka je pro ně příjemná, neohrožující a pomoc nepotřebují. Proto nastupují služby sekundární prevence, které ve třetí, čtvrté a páté fázi cesty do závislosti nabízejí uživatelům návykových látek to, co potřebují.

Nejvhodnější načasování k pokusu o intervenci v rámci sekundární prevence je okamžik, kdy je uživatel překvapen náhlým převážením negativ užívání nad pozitivy. Je to ve fázi, kde začíná mít zdravotní problémy, sociální problémy a často i psychické potíže.<sup>9</sup>

### **1.3. Modely závislosti jako teoretické výklady drogové závislosti**

Cílem této podkapitoly je teoretické shrnutí modelů a přístupů k závislostem. Tyto modely a přístupy jsou teoretickou základnou pro realizaci konkrétních služeb. Jednotlivé modely a přístupy nejsou v praxi většinou přítomny ve své ryzí podobě, jsou kombinovány mezi sebou k vyšší efektivitě v dané lokalitě, v práci s danou sociální skupinou a podle cíle konkrétní práce s klienty. Modelem, který můžeme označit za současný trend v přístupu k závislostem a ze kterého vychází většina intervenčních metod je bio-psycho- sociální model závislosti.

#### Modely závislosti

„Modely závislosti nabízejí různé přístupy k teoretickým výkladům drogové závislosti. V praxi je lze využít jako realizační možnosti a nástroje ve všech úrovních prevence (primární, sekundární i terciární)“<sup>10</sup>.

Existují dva základní modely, přičemž biomedicínský pohled jako celek již není v praxi zcela aktuální, byl již překonán bio-psycho-sociálním modelem závislosti, který biomedicínský pohled rozšiřuje o psycho-sociální aspekty závislosti, jejich dynamický vývoj a vzájemné podmiňování.

„Biomedicínský model považuje drogy za odborný problém, kterým se zabývají jen psychiatři a neurologové /oddělení psychiatrie a neurologie v polovině minulého století/. Drogová závislost je tedy chronickou nemocí v lékařském slova smyslu, je tedy nevléčitelná, ale léčitelná“<sup>11</sup>.

Podle bio-psycho-sociálního modelu nemoc, tedy i závislost, vzniká interakcí biologických, psychologických a sociálních faktorů, proto prevence i léčení nemůže být úspěšné bez postihnutí všech těchto tří faktorů. Bio-psycho-sociální model závislosti je v současnosti odbornou veřejností považován za trend a je základem pro preventivní,

---

<sup>9</sup> srov. Vališová, Kasíková a kol., 2007, s. 377-384

<sup>10</sup> Kalina a kol., 2003, s. 91

<sup>11</sup> Kalina a kol., 2003, s. 91-92

intervenční, poradenské a léčebné koncepce. Jako příklad služby, která teoreticky s tímto modelem koreluje, jsou terapeutické komunity pro léčbu závislostí, které se zaměřují na fyzickou stabilitu pacienta, sociální soužití ve skupině a individuální i skupinovou psychoterapii.

### Další přístupy k závislostem

Přístup, jehož primárním cílem je ochrana veřejného prostoru a většinové populace, se nazývá přístup public health. Ochranu většinové populace, zejména před přenosem infekčních chorob, staví nad zájmy klienta. Tento přístup vznikl jako reakce na šíření viru HIV mezi uživateli návykových látek. Konkrétně se realizuje podobě programů na výměnu materiálu určenému k intravenóznímu užívání, distribuci kondomů a informačních materiálů uživatelům návykových látek.

Cíle přístupu public health se částečně překrývají s cíli přístupu harm reduction, který se též zabývá ochranou většinové populace s tím, že se při tom zaměřuje na potřeby klienta a jeho perspektivy. Cílem harm reduction není léčení či abstinence klienta, primárním cílem přístupu harm reduction je udržet klienta při životě a maximálně možném biologickém, psychickém a sociálním zdraví tím, že mu poskytuje služby a informace, které vedou k bezpečnějšímu užívání návykových látek a k prevenci přenosu nemocí. Snaží se omezit poškození, jako jsou infekce, které se šíří sdílením injekčního materiálu nebo nechráněným pohlavním stykem. Dále se snaží předcházet zdravotním komplikacím, jako jsou abscesy, které jsou většinou důsledkem nešetrné intravenózní aplikace látek, poškození vnitřních orgánů nebo jejich nefunkčnost, dlouhodobé působení vysokých dávek či předávkování. Snaží se předejít i úplnému sociálnímu debaklu a ztrátě důstojnosti, tedy motivovat klienta ke změně.

Harm reduction celkově vede klienta k bezpečnějšímu užívání, i když abstinence klienta není primárním cílem přístupu harm reduction, je vítána. Klient je k abstinenci podporován předáváním informací, kontaktů a pomocí v kontaktu s úřady. Přístup harm reduction zahrnuje též substituční léčbu pod lékařským dozorem.

Přístup, který zdůrazňuje vnější faktory vzniku a nápravy závislého chování je sociální a sociálně pedagogický přístup, který je dán rozvojem aplikovaných sociálních a pedagogických věd a je výrazem emancipace nezdravotních profesí. Využívá metod sociálního a výchovného poradenství, vedení, intervence a asistence, resocializace, reedukace

a rekvalifikace, nácviku soběstačnosti, sebeobsluhy, sociální komunikace a pracovních dovedností a chráněného prostředí.

Lehce kontroverzní bývají přístupy morální a spirituální, kdy extrémně morální přístup představuje přístup spirituální, který má často až sektářský charakter. Společnost, hlavně část společnosti zastávající metody represivní, často vidí drogovou závislost jako morální debakl jedince. Z toho vycházejí morální a spirituální přístupy, které často používají metody sociálních a sociálně pedagogických přístupů společně s křesťanskou věroukou a morálkou. Práce s uživateli návykových látek je tradicí např. v Salesiánském řádu. Podle některých těchto přístupů se závislí mohou ze závislosti dostat pouze obrácením k víře a životem a prací v úzkém společenství věřících.

Nejobsáhlejším a nejméně specifikovaným modelem je model holistický. Můžeme jím nazvat přístup bio-psycho-socio-spirituální, který se obrací k morálce člověka nebo lze též nazvat holistickým přístup, který k bio-psycho-sociálnímu modelu přidává prvky alternativních terapií jako je akupunktura, akupresura nebo aromaterapie.

#### **1.4. Protidrogová politika České republiky v kontextu mezinárodní protidrogové politiky**

V označení protidrogové politiky nacházíme terminologickou nejasnost ve výrazech drogová a protidrogová politika. V českém jazyce se používá pojem protidrogová politika, z cizích jazyků se přejímá pojem drogová politika, z angl. drug policy, význam je v podstatě stejný.

„Drogová politika je forma sociální kontroly, jejíž podoba je determinována tím, jak daná společnost definuje problém užívání drog (MacGregor 1999), tzn. jak vnímá užívání drog a jejich uživatele, kdo je uznávaným odborníkem pro jeho řešení a jaká řešení tohoto problému navrhuje“<sup>12</sup>.

Konkrétně může být protidrogová politika „komplexním a koordinovaným souborem preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření včetně vymáhání práva uskutečňovaných na mezinárodní, národní, krajské a místní

---

<sup>12</sup> RADIMECKÝ, Josef. Drogová politika : teoretický úvod. *Adiktologie* [online]. 2006 [cit. 2009-05-21]. Dostupný z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/articles.php?l=cz&cid=90&iid=200&acc=enb>>.

úrovni. Jejich konečným cílem je snížit užívání drog a/nebo potencionální rizika a škody, které mohou jednotlivcům a společnosti v důsledku užívání drog nastat<sup>13</sup>.

Odborná veřejnost se ve věci protidrogové politiky neshoduje, existují dva protichůdné názorové proudy.

První z nich preferuje politiku represe a s ní spojené snižování nabídky drog, tento názor je rozšířený v souvislosti s vysokým výskytem kriminality, hlavně v podobě organizovaného zločinu ve státech, které každoročně vykazují velmi vysokou produkci ilegálních návykových látek. Pokud jde o organizovaný zločin je represe, zdá se, jedinou možností jak eliminovat následky zločinů spojených s produkcí a šířením ilegálních návykových látek.

Naopak druhý názorový proud preferuje politiku prevence a snižování poptávky po návykových látkách. Zastánci preventivního přístupu argumentují hlavně neefektivností represivních modelů. Argumenty podporují úspěšností, spíše neúspěšností represivních přístupů v protidrogové politice v minulosti. Drogové kartely, které v minulosti produkovaly většinu opia pro uživatele z celého světa, pocházely hlavně z Laosu, Barmy a Thajska (tzv. Zlatého trojúhelníku), v jižní Americe potom v oblasti produkce opia kralovala Kolumbie. Po represivním tlaku místních vlád i mezinárodních orgánů se ovšem situace v globálu nevyřešila. Díky silné poptávce Evropy a severní Ameriky byla produkce pružně zajištěna v jiných státech (v Asii jde o Afghánistán, v jižní Americe hlavně o Bolívii a Peru).

Poslední summit Komise pro prevenci kriminality a trestní spravedlnost (komise OSN) konaný v dubnu 2009 ve Vídni ukázal, že pro oba tyto názorové proudy existují silné argumenty, hlavně pokud domyslíme dopady, které tyto strategie mají na pěstitele rostlin, vaříče ilegálních návykových látek, na kriminální scénu a na samotné uživatele návykových látek.

Mezinárodní protidrogové politiky OSN, Evropské unie (dále EU) a protidrogová politika ČR ukazují, že tyto dva přístupy je nutné propojovat, tvrdě potírat organizovaný zločin spojený s obchodováním s návykovými látkami a zároveň podporovat primární, sekundární a terciární prevenci látkových závislostí, tím snižovat poptávku po návykových

---

<sup>13</sup> *Vláda České republiky : Česká protidrogová politika* [online]. 2009 , 15.4.2009 [cit. 2009-05-21]. Dostupný z WWW: <<http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/publikace/ceska-protidrogova-politika-a-jeji-koordinace---historie-a-soucasnost-55983/>>.

látkách, ale i omezovat dopady užívání ilegálních návykových látek na většinovou „bezdrogovou“ společnost.

#### **1.4.1. Mezinárodní protidrogová politika OSN**

Mezinárodní protidrogovou politiku OSN utváří řada základních mezinárodních úmluv a několik významných institucí, které se snaží globálně řešit základní problémy s návykovými látkami.

Mezinárodní smlouvy a úmluvy jsou základem mezinárodní protidrogové politiky na území členských států OSN a to v čele s Jednotnou úmluvou o omamných látkách z roku 1961 ve znění Protokolu z roku 1972 o změnách Jednotné úmluvy o omamných látkách. Dále Úmluvou o psychotropních látkách z roku 1971 (vyhláška č.62/1989 Sb.), dále Úmluvou OSN o ilegálním obchodu s omamnými a psychotropními látkami z roku 1988 (sdělení č. 462/1991 Sb.).

Jednotná úmluva o omamných látkách (ve znění Protokolu z roku 1972) se zabývá omezením produkce, distribuce, užívání a obchodu s omamnými látkami pouze na vědecké a lékařské úrovni, dále zdůrazňuje nutnost léčení a rehabilitace uživatelů nealkoholových návykových látek.

Úmluva o psychotropních látkách z roku 1971 položila základ pro mezinárodní kontrolní systém pro psychotropní látky, zakládá kontrolu nad jejich výrobou a distribucí.

Úmluva OSN o ilegálním obchodu s omamnými a psychotropními látkami z roku 1988 je hlavním nástrojem pro potírání organizovaného zločinu souvisejícímu s ilegálními návykovými látkami.

Instituce pro boj s drogami zastřešuje v OSN ECOSOC, tedy Ekonomická a sociální rada OSN. Jednotlivými institucemi ECOSOC pro boj s drogami jsou UNODC, CND a INCB. Úřad pro drogy a kriminalitu, tedy UNODC, United Nations Office of Drug and Crime, koordinuje boj proti zneužívání návykových látek v globálním slova smyslu, tedy od prevence, lokální represe, až k mezinárodnímu obchodu s drogami a s ním spojeným organizovaným zločinem.

Další výkonnou komisí ECOSOC je CND, The Commission on Narcotic Drugs, tedy Komise pro narkotika. Úkolem CND je koordinovat mezinárodní kontrolu drog, tedy analyzuje drogovou situaci ve světě, dále stanovuje právní normy, monitoruje zavádění mezinárodních dohod o kontrole drog.

Dalším orgánem OSN je INCB, International Narcotic Control Board, tedy Mezinárodní výbor pro kontrolu drog, který monitoruje dodržování mezinárodních smluv ze strany států a

poskytuje jim v této oblasti podporu. Stanovuje např.: limity množství drog, které jsou státům povoleny na lékařské a vědecké účely.<sup>14</sup>

### **1.4.2. Mezinárodní protidrogová politika EU**

V širším slova smyslu se protidrogovou politikou zabývá Rada EU, vydává Protidrogovou strategii EU a Akční plán protidrogové strategie pro dané období (většinou jde o období 8 let rozdělené na dvě části, které podrobně popisují dění v daných čtyřech letech). V současné době platí vydaná Protidrogová strategie EU a Akční plán protidrogové strategie pro období 2005-2012, Akční plán je rozdělen na dvě části, pro období 2005-2008 a 2009-2012. Tyto dokumenty ukazují hlavní cíle s podcíli.

Mezi hlavní cíle EU v oblasti protidrogové politiky patří snižování poptávky, snižování nabídky a mezinárodní spolupráce, jde o spolupráci mezi členskými státy, ale i spolupráci se státy vně EU, např. s členskými státy OSN.

Snižování poptávky chce Rada EU docílit efektivní primární prevencí, včasnou intervencí, léčením, prací v souladu s principy harm reduction, rehabilitací a resocializací léčených.

Snižování nabídky chce docílit potíráním organizovaného zločinu v souvislosti s drogami a jejich produkcí, praním peněz z obchodu s drogami, potíráním gangů a mezinárodního obchodu s drogami, to vše ve spolupráci s Europolem a Eurojustem.<sup>15</sup>

Dalším orgánem zabývajícím se protidrogovou politikou v EU je Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (dále EMCDDA), které soustřeďuje 30 monitorovacích středisek ve 30 zemích v síti Reitox, jehož součástí je i Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti v ČR. EMCDDA koordinuje těchto 30 monitorovacích středisek a shromažďuje statistiky z 30 zemí již 10 let, s cílem vytvořit jasný přehled o drogové situaci v EU podle jednotných kritérií.

### **1.4.3. Protidrogová politika České republiky**

Česká republika se jako členský stát musí řídit principy mezinárodní protidrogové politiky EU a OSN. Podobně jako EU a OSN volí ČR vyvážený přístup k eliminaci drogové

---

<sup>14</sup> srov. Fakta a čísla OSN, 2005, s. 34, 166-169

<sup>15</sup> srov. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction : EU Drugs Action Plan 2009-2012*

[online]. 2008 , 05 August 2008 [cit. 2009-05-21]. Dostupný z WWW: <

[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_66226\\_EN\\_EU%20drugs%20action%20plan%20for%2009-2012-EN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_66226_EN_EU%20drugs%20action%20plan%20for%2009-2012-EN.pdf)>

scény na svém území. Vyvážený přístup v tomto případě znamená rovnováhu mezi represí a prevencí v rámci protidrogové politiky.

Zásadním orgánem pro protidrogovou politiku ČR je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále RVKPP), která pravidelně vytváří Strategii protidrogové politiky vždy na čtyři až osm let a s ní související Akční plán realizace této strategie, jak to nařizuje EU Drugs Action Plan for 2009-2012, tedy Akční plán protidrogové strategie EU pro období 2009-2012.

Strategie protidrogové politiky České republiky má dva hlavní cíle, prvním z nich je boj proti organizovanému zločinu doprovázený neoprávněným držením drog a vymáhání dodržování zákonů v souvislosti s distribucí legálních drog, druhým hlavním cílem je redukce užívání všech typů drog a též redukce s nimi spojených potenciálních rizik a poškození, které mohou působit na jednotlivce a společnost jako následek užívání drog.

Akční plán protidrogové politiky na období 2007-2009 zahrnuje sedm oblastí (primární prevence, léčba a následná péče, harm reduction, snižování nabídky drog a vymáhání zákonů, informace, výzkum a evaluace, koordinace a financování, mezinárodní spolupráce), těchto sedm oblastí je převzato z Akčního plánu drogové politiky EU pro období let 2005- 2009 a 2009-2012, který vydala Rada EU.<sup>16</sup>

Realizaci a koordinaci protidrogové politiky zajišťuje tedy vláda ČR prostřednictvím ministerstev a jiných orgánů státní správy, v neposlední řadě prostřednictvím Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

RVKPP je stálým poradním, iniciačním a koordinačním orgánem v oblasti protidrogové politiky. RVKPP soustřeďuje, projednává a předkládá vládě informace, podklady a návrhy pro tvorbu a uplatňování jednotné protidrogové politiky vlády a koordinuje plnění úkolů Národní strategie protidrogové politiky České Republiky na mezinárodní, centrální, krajské a místní úrovni. RVKPP zastává koordinaci plnění úkolů vyplývajících z mezinárodních smluv, jimiž je ČR vázána a z členství ČR v mezinárodních organizacích (tedy OSN (WHO), EU). Sleduje a každoročně vyhodnocuje plnění úkolů, které z Národní strategie protidrogové politiky vyplývají, informaci o jejich plnění předkládá každoročně vládě ČR. Metodicky řídí činnost krajských protidrogových koordinátorů. Koordinuje systém financování ze státního rozpočtu. Posuzuje žádosti o dotace a přiděluje je z rozpočtu

---

<sup>16</sup> srov. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction : Country Overview: Czech republic* [online]. 2008 , 05 August 2008 [cit. 2009-05-21]. Dostupný z WWW: <<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/cz#gps>>.

poskytované prostřednictvím Úřadu vlády ČR. Koordinuje postup při ochraně před problémy způsobenými omamnými a psychotropními látkami, spolupracuje s orgány státní správy, jinými správními úřady, orgány kraje v samostatné působnosti, orgány obce v samostatné působnosti, odbornými společnostmi a NNO působící v prevenci, snižování rizik, léčbě a resocializaci uživatelů drog.<sup>17</sup>

Konkrétní opatření protidrogové politiky vyplývající z Akčního plánu protidrogové politiky ČR v určitém období koordinují ministerstva, zejména Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT), Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále MPSV), Ministerstvo zdravotnictví (dále MZ ČR) nebo Ministerstvo vnitra (dále MV ČR), každé ministerstvo podle svého resortu. Ministerstva se obvykle podílejí velkou mírou na financování konkrétních institucí, které fakticky provádějí činnosti v souladu s protidrogovou politikou ČR.

Dalšími prováděcími orgány veřejné správy jsou orgány místní samosprávy, tedy kraje a obce. Kraje na svém území spolupracují s poskytovateli služeb v oblasti protidrogové politiky, spolupracují s vládními orgány a obcemi. Kraje vypracovávají roční údaje o škodách působených návykovými látkami na svém území. Kraje se podílejí velkou mírou na financování poskytovatelů služeb v oblasti protidrogové politiky. Pro své území vypracovávají od roku 2006 Krajskou strategii protidrogové politiky a pro její koordinaci vytvářejí pozici Krajského protidrogového koordinátora. Krajský protidrogový koordinátor koordinuje, kontroluje a evaluuje dění v oblasti protidrogové politiky kraje, spolupracuje s poskytovateli služeb v oblasti protidrogové politiky, státními i nestátními.<sup>18</sup>

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti monitorují situaci v ČR, každoročně vypracovává statistiky z oblasti drogové problematiky a ty publikuje ve výročních zprávách a v časopise *Zaostřeno na drogy*. Kromě toho je součástí sítě Reitox, tedy poskytuje sebrané informace EMCDDA k další analýze.

---

<sup>17</sup> podle Úřad vlády České republiky. *Statut Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky* [online]. 2007 [cit. 2009-05-21]. Dostupný z WWW: <[http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/rada/RVKPP\\_Statut\\_ve\\_zneni\\_usn\\_616\\_20070604.pdf](http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/rada/RVKPP_Statut_ve_zneni_usn_616_20070604.pdf)>.

<sup>18</sup> dle *Portál veřejné správy české republiky : Vyhledávání v předpisech ze sbírky zákonů, zákon č. 379/2005 sb.* [online]. 2003-2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/\\_s.155/701?PC\\_8411\\_number1=379/2005&PC\\_8411\\_l=379/2005&PC\\_8411\\_ps=10#10821](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_number1=379/2005&PC_8411_l=379/2005&PC_8411_ps=10#10821)>

V oblasti nestátních neziskových organizací funguje další poradní orgán vlády ČR, Rada vlády pro nestátní neziskové organizace (dále RVNNO), která Rada soustřeďuje, projednává a prostřednictvím svého předsedy předkládá vládě materiály, týkající se nestátních neziskových organizací (dále NNO) a vztahující se k vytváření vhodného prostředí pro jejich existenci a činnost. Problematiku a koncepci NNO řeší v mezinárodních, národních a lokálních souvislostech. Řeší legislativu, koordinuje orgány veřejné správy v oblasti podpory NNO a též se zabývá dotační politikou nejen české veřejné správy, ale i institucí EU, např.: částečně provozuje informační systém o NNO, zřízený v souladu s usnesením vlády ze dne 17. května 2006 č. 564, o změně provozovatele veřejně přístupného informačního systému o NNO při Centrální evidenci dotací ze státního rozpočtu. Mimoto koordinuje ministerstva a podílí se na akreditaci a standardizaci služeb.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> srov. Úřad vlády České republiky. *Vláda České republiky : Rada vlády pro nestátní neziskové organizace* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/rnno/zakladni-informace-767/>>.

## **2. Služby poskytované neziskovými organizacemi v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí**

Služby poskytované uživatelům nealkoholových návykových látek musí být akreditovány příslušným orgánem veřejné správy (nejčastěji MPSV nebo MZ ČR, podle typu služby, sociální nebo zdravotní péče), podmínky akreditace jsou dopředu zveřejněny na webových stránkách příslušného orgánu.

Dalším ověřením kvality služeb je certifikace odborné způsobilosti služby, kterou uděluje RVKPP. Certifikace je dočasná a pro RVKPP ji realizuje Centrum pro kvalitu a standardy v sociálních službách (dále CEKAS).

Certifikace není ze zákona povinná, od roku 2007 je nutná pro služby, které chtějí čerpat finanční prostředky státního rozpočtu. CEKAS na svých webových stránkách zveřejňuje obecné standardy sociálních služeb a specifické standardy, které konkrétně popisují podmínky v odbornosti a organizaci, které služba pro získání certifikace musí splňovat, pro každý typ služby zvlášť. Certifikační agentura svoje služby zpoplatňuje, z celkové ceny hradí 70 % RVKPP, 30% ceny hradí poskytovatel certifikované služby. V ceně je příprava a průběh jednoho místního šetření v organizaci.

### **2.1. Existující služby poskytované v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí v ČR**

Poskytované služby v oblasti sekundární prevence mají svou návaznost v systému péče o uživatele drog. Většina drogových služeb má vypracovanou aktuální síť sociálních služeb a síť odborníků, kteří jsou schopni řešit specifické problémy uživatelů návykových látek, např. hepatální poradny.

Typy služeb mají vždy svou cílovou skupinu, pokud kontaktující klient nespadá do této cílové skupiny, zpravidla bývá odkázán na jiný typ služby, pokud v regionu funguje. Např. pokud jsou cílovou skupinou uživatelé nealkoholových návykových látek ve věku od 15 výše a službu vyhledá 35letý muž se závislostí na alkoholu, bude odkázán na nejbližší službu v okolí, která se zabývá danou cílovou skupinou, zřejmě to bude AT ambulance.

Jelikož jsou klienti často nepříliš motivovaní a ve svých rozhodnutích nestálí, je třeba, aby síť sociálních služeb a síť odborných pracovišť byla stále aktuální a aby pracovníci v dané službě měli o specifických službách a kontaktech v okolí přehled.

### 2.1.1. Terénní programy

„Terénní práce je specifická forma sociální služby, poskytovaná přímo na ulici“<sup>20</sup>.

Terénní sociální práce probíhá nejen se skupinami uživatelů návykových látek, ale i s mládeží, se sociálně vyloučenými jedinci a s dalšími specifickými klienty. Tato kapitola terénním programem myslí takový typ terénní sociální služby, jejíž primární cílovou skupinou jsou problémoví uživatelé návykových látek.

Terénní programy jsou nízkoprahové služby, které přicházejí přímo za klientem, probíhají na otevřené drogové scéně, tedy na ulicích, v klubech, v podstatě na veřejnosti. Terénní programy v menší míře probíhají i na uzavřené drogové scéně, tzn. v bytech uživatelů a na uzavřených akcích. Za terénní programy jsou považovány i služby poskytované ve věznicích, v prostředí charit a azylových domů. Pokud jde o drogové služby ve vězení, často mají jiné cíle než terénní programy na otevřené drogové scéně, ve vězení pracovníci s klienty pracují v tzv. bezdrogové zóně a jejich hlavním cílem je klienty stabilizovat v bezdrogové zóně, aktuálně řešit jejich problémy formou poradenství a zachovat spolupráci až do propuštění klientů, popřípadě se snažit klienta podporovat směrem k nenavrácení se ke kriminální činnosti spojenou se závislostí. Odlišují se od terénní práce s uživateli návykových látek na otevřené drogové scéně tím, že nejsou nízkoprahové a velmi podstatnou část jejich klientů se na pracovníky obrací s problémy v oblasti sociálně-právního poradenství.<sup>21</sup>

Přes nízkoprahovost standardní terénní práce ovšem poskytovatelé služeb většinou požadují dodržování určitých pravidel pro možnost klienta službu využívat. Tyto pravidla jsou často uvedena ve smlouvě o poskytování sociální služby a také jsou připomínána slovně.

Cílovou skupinou terénních programů jsou problémoví uživatelé drog, kteří nejsou motivováni ke změně životního stylu nebo nevědí, jak ke změně dospět nebo klienti, kteří vypadli z vysokoprahových služeb.

Pracovníci terénního programu nejdříve kontaktují osoby, které mají k drogové subkultuře viditelně blízko, nabízejí své služby, budují vztah s klienty a v nejlepším případě se snaží o změnu rizikového chování klientů.

Terénní programy zajišťují sběr použitého injekčního materiálu v terénu, výměnný program, informační servis o způsobech bezpečnějšího užívání, přenosných nemocech atd.,

<sup>20</sup> Kalina et al., 2003 (2), s. 159

<sup>21</sup> srov. *Semiramis o.s. : Centrum drogových služeb ve vězení* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.os-semiramis.cz/cdsv.html>>.

poradenství a asistenční službu. Těmito činnostmi jsou naplňovány cíle přístupu harm reduction, tedy minimalizace rizik spojených s užíváním u klientů i u většinové populace, maximalizace včasné intervence (snaha motivovat klienty ke změně životního stylu), zacházení s klienty s úctou a jako s lidskými bytostmi tedy s přihlédnutím k jejich potřebám.<sup>22</sup>

### **2.1.2. Kontaktní centra**

„Kontaktní a poradenské služby zahrnují kontaktní služby, poradenství a motivační trénink, programy „harm reduction“ a zprostředkování služby v nízkoprahových kontaktních centrech, poradenských a preventivních centrech“<sup>23</sup>.

Kontaktní centra fungují na principu nízkoprahovosti, podobně jako terénní programy. Řídí se principem harm reduction a jsou určeny primárně problémovým uživatelům drog, sekundárně jako nízkoprahová poradenská služba pro rodiny a blízké uživatelů drog. Kromě kontaktní práce, poradenství a výměnného programu mohou nabízet základní zdravotní péči, testování na HIV, HVB a HVC, první pomoc a substituční léčbu.

Poskytování ambulantních služeb v kontaktních centrech je podmíněno dodržováním zákona č.160/1992 o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Další služby jako sociální práce, potravinový, hygienický a vitaminový servis jsou též v kompetenci kontaktních center.

### **2.1.3. Lékařská ambulantní péče o uživatele drog**

Dle „EMCDDA se ambulantní péče o závislé poskytuje především v ambulantních léčebných střediscích, odpovídajících našim ordinacím AT pro prevenci a léčbu závislostí a ve střediscích strukturované denní péče, která odpovídají našim denním stacionářům“<sup>24</sup>.

Ambulantní služby mohou poskytovat také nízkoprahová kontaktní centra, pokud se řídí zákonem.

---

<sup>22</sup> srov. *Semiramis o.s. : Centrum terénních programů* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.os-semiramis.cz/ctp.html>>.

<sup>23</sup> Kalina et al., 2003 (2), s. 166

<sup>24</sup> Kalina et al., 2003 (2), s. 172

## AT ordinace

AT ordinace mají velmi širokou působnost, nabízí služby související s abúzem alkoholu, závislostí na tabákových výrobcích, abusem léků, inhalačních legálních drog, ilegálních drog a v neposlední řadě gamblingem.

Činnost AT ordinací je též velmi široká a zahrnuje primární, sekundární i terciární prevenci závislostí, k sekundární prevenci se váže především diagnostika pacienta, terapie, rehabilitace, konziliární a konzultativní spolupráci s danými institucemi. Existují i AT ordinace pro děti a mládež. Služby ordinace AT nevyhledávají jen závislí, ale také experimentátoři, blízcí uživatelů návykových látek a také jedinci, kterým byla ambulantní léčba nebo abstinence uložena soudem.

Pokud se pacienti obávají stigmatizace spojené s návštěvou AT ordinace, mohou služby využít i anonymně, pod heslem, které si sami určí. Noví pacienti jsou komplexně vyšetřeni lékařem, provádí se subjektivní i objektivní anamnéza, somatické a psychologické vyšetření. Léčebně preventivní péče v AT ordinacích má tři základní pilíře, farmakoterapii, psychoterapii a socioterapii, které tak postihují bio-psycho- sociální model závislostí. Na AT ordinaci navazují různé formy ústavního léčení, terapeutické komunity, chráněné dílny apod.<sup>25</sup>

## Denní stacionáře

V denních stacionářích probíhá psychoterapeutická práce v podobě strukturovaného programu, klient má přesný časový rozvrh, při němž dodržuje jasně daná pravidla a normy a účastní se programu, tedy většinou skupinových terapeutických aktivit, pracovních, kulturních, klubových a sportovních aktivit. Klient se programu účastní nejméně 25 hodin v pěti pracovních dnech po dobu 3 nebo 6 měsíců. V rámci terapeutické práce se pracuje i s rodinou klienta, tak, aby byly klientovy sociální vztahy během léčby pokud možno zachovány. Mezi cíli denních stacionářů může být celkový osobnostně- sociální rozvoj jedince, dosažení abstinence, apod. Program je podobný programu v terapeutických komunitách.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Dle Kalina et al., 2003 (2), s.175

<sup>26</sup> srov. Kalina et al., 2003, s. 179-184

### Detoxifikační jednotky

„Detoxifikační jednotky jsou určeny k zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou, které nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení (např. na JIP nebo ARO)“<sup>27</sup>.

Detoxifikační jednotky by měly poskytovat komplexní péči v souladu s bio- psycho- sociálním modelem závislostí, tedy farmakoterapii, psychoterapii a sociální terapii.

Detoxifikační jednotky své klienty často předávají kontaktním centrům, programům intenzivní ambulantní péče, do krátkodobé nebo střednědobé ústavní péče nebo do terapeutických komunit s dlouhodobým pobytem, obvykle ročním.

### **2.1.4. Ústavní a rezidenční léčba**

Střednědobá ústavní léčba je stanovena na 3-6 měsíců, poskytují jí většinou psychiatrické léčebny nebo terapeutické komunity se zkráceným léčením z roku na šest měsíců.

Hlavními cíli střednědobé léčby je trvalá abstinence od všech návykových látek a plné převzetí původních rolí v sociálním životě pacienta, podcíle jsou často individuální, samozřejmě lékař přizpůsobuje cíle adekvátně délce ústavní léčby a též potřebám pacienta. Léčba probíhá dle hlavních metod terapeutické komunity, avšak s tím, že je mnohem častější příjem a odchod pacientů ze skupiny.

Metody používané během střednědobé léčby jsou různé druhy psychoterapie, skupinová, komunitní i individuální, pracovní terapie i racionální terapie.<sup>28</sup>

### Terapeutické komunity

V roce 1978 bylo vybudováno první zdravotnické zařízení pro léčbu nealkoholových závislostí Středisko drogových závislostí u Apolináře, které se později přeměnilo v první nestátní zdravotnické zařízení DROP-IN zaměřené na léčbu nealkoholových závislostí.<sup>29</sup>

Terapeutická komunita se obvykle definuje jako „specializované rezidenční zařízení, zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci“<sup>30</sup>.

---

<sup>27</sup> Kalina et al., 2003, s.190-193

<sup>28</sup> srov. Kalina et. al. 2003, s. 195-206

<sup>29</sup> dle Kalina et al., 2007, s. 199-200

<sup>30</sup> Kalina et al., 2003, s. 201

Terapeutické komunity obvykle nemívají status zdravotnických zařízení a poskytují střednědobou a dlouhodobou léčebnou péči, tedy od 6 měsíců do 18 měsíců. Většina klientů v terapeutických komunitách jsou problémoví uživatelé nealkoholových drog se střední až těžkou závislostí, kteří jsou motivováni ke změně svého životního stylu.

Terapeutická komunita je společenství klientů a stojí na tom, že se co nejvíce podobá reálnému životu s jasně danou strukturou a pravidly. Klienti vstupují do komunity zpravidla ze svého popudu, musí být motivováni ke změně svého stavu a terapeutický tým jen provází klienty.

Cílem pobytu klienta v terapeutické komunitě změna životního stylu, již lze dosáhnout jen trvalou abstinencí.<sup>31</sup>

### **2.1.5 Substituční programy**

Substituční léčba je poskytována formou krátkodobou a střednědobou při jiných léčebných programech nebo formou dlouhodobou, tedy udržovací, která probíhá ambulantně a při níž jsou klienti schopni samostatného fungování (zaměstnání).

Cílem substituční léčby tedy není abstinence od návykových látek, látky využívané v substituci jsou návykové (Metadon, Subutex), ale spíše celkové omezení intravenózního užívání ilegálních návykových látek, snížení kriminality a socializace pacienta.

Pro účast v programu je pacient povinen dodržovat základní pravidla stanovená poskytovatelem služby (např. neužívat návykové látky intravenózně, nepáchat násilí v programu a dodržovat kontrakt), často se stává, že se pacienti cíleně chtějí udržet v programu déle, než potřebují, je na lékaři posoudit jejich celkový stav.

Substituční léčba se provádí u opiátových závislostí, nejčastěji při léčbě závislosti na heroinu, substitucí obvykle bývá Metadon nebo Subutex. Subutex je nově nahrazen lékem Suboxone a to z důvodu častého zneužívání a šíření na černém trhu, cena je pro pacienty velmi příznivá a zneužití lékařského předpisu nebo koupě na černém trhu relativně nenáročná.

Subutex je sublingvální tableta, která se při substituční léčbě užívá orálně, pacienti zneužívají lék tak, že tablety rozpouštějí a aplikují je nitrožilně. Statistiky ukázaly, že Subutex takovýmto způsobem zneužívají i pacienti, kteří nejsou závislí na opiátech, ale např.: na pervitinu. Nitrožilní aplikace Subutexu působí závažné zdravotní komplikace, nejčastěji v podobě abscesů, zánětů žil a v extrémních případech ucpání žil.

---

<sup>31</sup> srov. Kalina, 2007, 199-203

Nově používaná substituce Subuxone, která je na trhu krátce, neumožňuje zneužití v podobě nitrožilní aplikace, ve chvíli aplikace totiž vyvolává velmi nepříjemné vedlejší účinky, vhodné je užívání orální, stejně jako u Subutexu.

Díky Národnímu registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek je riziko zneužití substituční léčby stále nižší, o registru dále v podkapitole čísla 4.3., která podrobněji popisuje právní předpisy závazné pro organizace poskytující služby zdravotnické péče.

Jednotlivé služby a programy sekundární prevence jsou v systému péče o závislé, nejenže mají vztahy a návaznosti mezi sebou, ale též na ně navazují služby terciární prevence.

## **2.2. Chybějící služby v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí**

Tato podkapitola se zaměřuje na možné rezervy v systému péče v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí, zaměřuje se na specializované služby, které fungují v zahraničí nebo byly v ČR pilotovány a z finančních důvodů bylo jejich fungování pozastaveno.

Podle všeobecného názoru odborné veřejnosti jsou typy služeb v ČR dostačující, odborná veřejnost většinou spíše shledává problém v dostupnosti služeb pro klienty z menších měst a celkové podcenění hlavně nízkoprahových služeb na malých městech. Na malých městech se totiž rozrůstá drogová scéna, ale města nejsou ochotna financovat nízkoprahové služby.

Další problém menších měst je složitá dostupnost k službám substituční léčby. Substituční léčbu může provádět jen zařízení zdravotnické péče, centra substituční léčby mají tvrdá pravidla a zařízení, která substituční léčbu poskytují, je v ČR nedostatek. Většina z nich je umístěna na speciálních odděleních nemocnic a v psychiatrických léčebnách, Neziskové organizace substituční léčbu provádějí minimálně.

Odborná veřejnost tedy necítí nedostatek v typech služeb, ale spíše v jejich nelehké dostupnosti nebo v nedostatečné kapacitě vzhledem k počtu klientů. Ovšem pokusy organizací, které poskytují služby v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí, o realizaci nových služeb formou pilotních projektů dokazují, že potenciál na vylepšení systému služeb v dané oblasti nepochybně je. Jedinou překážkou v jejich realizování je obvykle postoj veřejnosti k daným službám a nedostatek financí.

V zahraničí funguje několik služeb, které v ČR zatím žádná organizace neprovozuje. Jde hlavně o aplikační místnosti a o výdejní automaty injekčního materiálu, zdravotnického materiálu vhodného k aplikaci a kondomů (dále harm reduction materiál).

### **2.2.1. Aplikační místnost**

Aplikační místnost je veřejností vnímaná jako lehce kontroverzní téma, o kterém diskuze v posledních letech utichla, umožňuje totiž přinesení ilegální návykové látky do bezpečného a hygienického prostředí, kde lze provést odborníkem supervidovanou autoaplikaci látky sterilním injekčním materiálem.

Poskytování služby aplikační místnosti je naprosto v souladu s principem harm reduction, preventivně působí na většinovou společnost už jen tím, že částečně stáhne členy otevřené drogové scény z veřejných prostranství, tzn. použitý harm reduction materiál je zlikvidován přímo v aplikační místnosti, tedy neohrožuje bezpečnost většinové společnosti a navíc intravenózní uživatelé neaplikují látku na veřejnosti.

Služba aplikační místnosti v sobě zahrnuje služby kontaktních center a doplňuje je o možnost supervidované aplikace, kdy klient snižuje pravděpodobnost zdravotních komplikací po užití látky. Zásady a cíle harm reduction se v aplikační místnosti tedy plní snahou o minimalizaci ohrožení většinové společnosti uživatelem drogy a jeho možným nakaženým aplikačním materiálem, poradenstvím a krizovou intervencí, možnost využití klientovy motivace k jeho podpoře k léčení.

V ČR pilotáž probíhala v experimentálním prostoru DropInu (o.p.s. zabývající se komplexní sekundární prevencí nealkoholových závislostí), jinde v ČR se jako služba zdravotní péče neposkytuje, není ani nastíněna zákonem, v zahraničí služba v řadě států funguje, převážně tedy v zemích, kde je tendence protidrogové politiky spíše preventivní než represivní, např. v Nizozemí, Německu, Austrálii, USA a dalších.<sup>32</sup>

### **2.2.2. Výdejní automat harm reduction materiálu**

Další možnou službou jsou výdejní automaty harm reduction materiálu, které obsahují několik balíčků, které je možno zakoupit, jde o balení v rozsahu od dvou injekčních stříkaček,

---

<sup>32</sup> srov. European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction. *Publications : European Report on Drug Consumption Rooms* [online]. 2004 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_54132\\_EN\\_Consumption%20rooms.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_54132_EN_Consumption%20rooms.pdf)>.

po komplexní balíček s kondomy, kyselinou na ředění látky atd., v různých cenových relacích.

Automaty poskytují tuto službu 24 hodin denně, tím nahrazují jednu z hlavních činností terénních pracovníků v době, kdy terénní program neprobíhá. Fungování této služby je ověřeno v Německu, Dánsku, Francii, Itálii, Lucembursku, Maďarsku, Nizozemí, Rakousku, Slovinsku a Norsku, v ČR byl realizován pilotní projekt na Praze 5, občanským sdružením Progressive. Projekt NONSTOP 24 byl pozastaven v roce 2008 Magistrátem hlavního města Prahy z finančních důvodů, po dobu pilotování projektu byla služba prosperující natolik, že pracovníci Progressive o.s. doporučili její realizaci nejen na území Prahy 5. Hlavně na území větších měst, kde je rozsáhlá otevřená drogová scéna je určitě nedostatečné časové pokrytí nízkoprahovými službami v oblasti sekundární prevence, speciálně potom terénními programy. Terénní pracovníci totiž často pracují na poměrně rozlehlém území Prahy a pouze několik dní v týdnu a v omezeném čase.<sup>33</sup>

Výdejní automat má několik výhod i nevýhod, výhodou je 24 hodinová dostupnost všem injekčním uživatelům návykových látek, tedy i těm, kteří nechtějí nebo nemohou využívat výměnné programy, které jsou součástí terénních programů nebo služeb kontaktních center. Výhodou je samofinancování automatů, uživatel služby platí za harm reduction materiál. Součástí výdejního automatu je i kontejner na sběr použitého injekčního materiálu.

Existují ale i negativa této služby. Je jím zvýšená prevalence užívání návykových látek a s tím související negativní ohlas veřejnosti. Veřejnost má často negativní postoj i ke klasickým výměnným programům, protože je vnímá jako ústupek nebo podporu uživatelů v užívání. Třetím a dost zásadním negativem je absence rozhovoru s terénním pracovníkem, tak nemá klient šanci být někým motivován a zacyklí se v automatizované výměně injekčního materiálu. Tento problém lze částečně řešit nabídkou terénních služeb pracovníky a přijetí těchto klientů do klasického terénního programu.

Jelikož byl projekt řešící umístění výdejních automatů na harm reduction materiál pozastaven, Progressive o.s. započalo nový zajímavý projekt. Jde o kontejnery na sběr použitého injekčního materiálu umístěné na místech, kde se vyskytuje komunita problémových uživatelů drog. Tyto kontejnery zajišťují non-stop možnost odhodit použitý injekční materiál tam, kde neškodí a kde bude bezpečným způsobem zlikvidován.

---

<sup>33</sup> srov. *Progressive o.s.: O projektu* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.progressive-os.cz/cs/projekty/nonstop-24/o-projektu-3.html>>.

### **2.3. Příklad dobré praxe: Semiramis o.s., nezisková organizace poskytující služby v oblasti sekundární prevence závislostí se zaměřením na terénní programy**

Semiramis o.s. je nestátní nezisková organizace, občanské sdružení, které sídlí v Mladé Boleslavi a poskytuje služby v oblasti primární a sekundární prevence závislostí ve Středočeském kraji. V Mladé Boleslavi sídlí Centrum primární prevence (CPP), Centrum terénních programů současně s projektem Terénní programy na Mladoboleslavsku (dále CTP, CTP na MB), Kontaktní centrum Mladá Boleslav (KC MB), Centrum drogových služeb ve vězení (dále CDSV), kromě těchto specializovaných center zde sídlí i vedení sdružení, tedy Ekonomický ředitel a Odborný ředitel.

V minulosti Semiramis o.s. sídlilo v Nymburce, kde v současné době stále provozuje KC Nymburk a CTP Nymburk, v nedávné době se začala v Nymburce realizovat nová služba, je jí Program ambulantní detoxifikace Suboxonem.

Pro tuto práci jsou zásadní služby v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí, takže pomineme CPP v Mladé Boleslavi a cíleně se zaměříme spíše na CTP MB.

Centrum terénních programů v Mladé Boleslavi poskytuje služby v přirozeném prostředí uživatelům návykových látek, kteří užívají intravenózně a nemohou nebo nechtějí využívat jiné nízkoprahové služby.

Své služby CTP poskytuje na území Mladé Boleslavi, Sadské, Milovic, Lysé nad Labem, Čelákovic. Dále v Mělníce, v Poděbradech, Městci Králové a v Brandýse nad Labem.

Vedoucí CTP vede ještě projekt CTP na Mladoboleslavsku, který byl spolufinancován EU, v současné době bylo čerpání finanční podpory EU ukončeno, projekt byl vyhodnocen a pokračuje dál, ovšem už bez podpory EU. Projekt se zaměřuje na lokality nedostatečně pokryté službami pro uživatele návykových látek, tento projekt působí v Benátkách nad Jizerou, v Mnichově Hradišti, v Bakově nad Jizerou a v Bělé pod Bezdězem.

Cíle CTP i projektu CTP na Mladoboleslavsku jsou v souladu s cíli přístupu harm reduction, mezi hlavní cíle tak patří ve vztahu ke klientovi celková zdravotní a sociální stabilizace klienta, která nemusí nutně vést k abstinenci od návykových látek. Dále zvyšování informovanosti klientů o infekčních chorobách a rizicích užívání návykových látek, snižování rizikového chování u jednotlivých klientů např. klient začíná používat kondom, dezinfekci, uplatňuje zásadu jednu aplikaci jednou stříkačkou, přechod na méně rizikové formy užívání, používání sterilní vody, speciálních filtrů a kyseliny askorbové, s tím související snižování výskytu hepatitid, tedy VHB, VHC a HIV prostřednictvím distribuce harm reduction

materiálu, navázání co největšího počtu intravenózních uživatelů v regionu, navázání co největšího počtu klientů, motivace vedoucí k léčbě, či abstinenci.

Ve vztahu k veřejnosti mají terénní programy (dále TP) dva hlavní cíle a to je ochrana veřejného zdraví a současně zvyšování informovanosti o prospěšnosti principů přístupu harm reduction k nitrožilním uživatelům návykových látek.<sup>34</sup>

Pokud tedy CTP začíná poskytovat služby v nové lokalitě, nejdříve mapuje terén, snaží se kontaktovat síť sociálních a zdravotnických služeb v daném místě, lékaře, lékárny apod. Po oslovení těchto institucí se většinou vyjasní, kde se pravděpodobně sdružují uživatelé návykových látek. Terénní pracovníci se tam objevují, kontaktují osoby, které by mohli mít blízko ke komunitě závislých nebo jsou její součástí a dávají na sebe kontakt, seznamují potenciální klienty s hlavními službami TP a jejich cíli. Určí si jedno místo v lokalitě, kam pravidelně docházejí a služby vykonávají. Toto místo je většinou na otevřeném prostranství, pracovníci CTP nepracují na uzavřené drogové scéně, tedy v bytech. Během práce se snaží kontaktovat nové klienty letáky i přes stávající klienty a rozšiřovat tak svou klientskou základnu v dané lokalitě, přičemž si budují profesionální vztah s klienty, v tom jim pomáhá i fakt, že dva pracovníci obvykle dlouhodobě intervenují v dané lokalitě a pracovníky tudíž klienti znají dlouhodobě

Klientům jsou poskytovány služby bezplatně a anonymně (základní principy nízkoprahovosti). V terénu probíhá výměnný program, poradenství, informační servis, distribuce kondomů a základního zdravotnického materiálu a v případě potřeby krizová intervence.

Výměnný program probíhá na základě principu jedna za jednu, tzn., že klient přinese použitý injekční materiál a je mu vyměněn za sterilní v poměru 1:1, tím se cíleně snaží CTP o stahování použitého injekčního materiálu z otevřené drogové scény. Na výměnný program se váže informační servis, který poskytují pracovníci CTP klientům i ohledně základních zdravotních komplikací intravenózních uživatelů, o šetrnější aplikaci látky a možnosti přenosu infekčních chorob z méně známých zdrojů, např.: sdílením vody na aplikaci.

Poradenství poskytují pracovníci CTP hlavně ohledně návazných služeb, též ohledně sociálně- právních problémů klientů.

---

<sup>34</sup> dle *Semiramis o.s. : Centrum terénních programů* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.os-semiramis.cz/ctp.html>>.

V CTP pracují 4 pracovníci, z nichž jedna pracovnice centrum vede, CTP má odbornou garanci a supervizi od odborníka-supervizora, který s CTP externě spolupracuje.<sup>35</sup>

Trochu jiná situace je v projektu CTP na Mladoboleslavsku, kde pracují dvě stálé zaměstnankyně a odborný a projektový manažer.<sup>36</sup>

---

<sup>35</sup> dle *Semiramis o.s. : Centrum terénních programů* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.os-semiramis.cz/ctp.html>>.

<sup>36</sup> dle *Semiramis o.s. : Centrum terénních programů na Mladoboleslavsku* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.os-semiramis.cz/ctpm.html>>.

### **3. Specifika neziskových organizací v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí**

Neziskové organizace jsou specifickými organizacemi, které fungují s primárním cílem, který má nějakou společenskou hodnotu, tedy primárním cílem není tvořit zisk. Zisk netvoří, pouze se snaží získat finance na chod organizace.

Stát tyto organizace finančně podporuje, protože jde většinou o profesionální organizace, které se v dané problematice orientují s přehledem a na úrovni. Navíc je jejich hlavním cílem podpora nebo pomoc s celospolečenskými problémy, ať je to práce s uživateli návykových látek nebo environmentální výchova na školách, vyplňují mezeru státu, který nemá na takovou činnost dostatek kvalifikovaných pracovníků, koordinační pracovníky nebo nechce takovou činnost provádět.

Obvykle mají status občanských sdružení nebo obecně prospěšných společností.<sup>37</sup>

#### **3.1. Financování neziskových organizací v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí**

Jelikož neziskové organizace nefungují s primárním cílem zisku, jsou financovány hlavně z veřejných zdrojů a z finančních darů, případně podnikají za účelem samofinancování.

Financování neziskových organizací v dané oblasti je v zásadě specifické pro každý typ služeb, většina z nich je financována z dotací ministerstev a od RVKPP. Nízkoprahové služby jsou často spolufinancovány městy a kraji, vysokoprahové služby spíše kraji, ministerstvy, RVKPP a často Evropskými strukturálními fondy nebo jinými finančními zdroji EU pro sociální politiku.

Pokud chtějí neziskové organizace poskytující služby v oblasti sekundární prevence čerpat státní dotace nebo granty, musí být certifikovány RVKPP, certifikaci pro RVKPP provádí Centrum pro kvalitu a standardy (dále CEKAS).

V současnosti jsou neziskové organizace v neutěšené finanční situaci, ministerstva často schválené dotace posílají opožděně a neziskové organizace mají nedostatek peněz na provoz služeb, mzdy a materiál.

Dalším zdrojem financí pro neziskové organizace mohou být grantové programy nadací, které poskytují granty často s velmi specifickým zaměřením na konkrétní projekt nebo na nákup části materiálu.

---

<sup>37</sup> srov. Bedrnová, Nový et al., 2007, s. 658-662

Města poskytují ze svého rozpočtu finance na provoz nízkoprahových služeb ve městě a v okolí, tedy často jde o spolufinancování terénních programů a kontaktních center. Toto obvykle zajišťuje odbor sociální péče a zdravotnictví.

Kraje vypisují grantová a dotační řízení pro čerpání krajských financí neziskovými organizacemi. V oblasti drogové závislosti jsou to sociální odbory nebo odbory zdravotnictví, pokud jde o primární prevenci, posuzují podané granty a žádosti o dotace odbory školství (mládeže a tělovýchovy). Grantová i dotační řízení mají svá pravidla, dané termíny podání žádostí a podmínky pro následná vyúčtování. Příjemce financí z grantu musí stále vyhodnocovat korelaci vytyčených cílů v projektu s realitou, vydává tedy průběžné zprávy a nakonec závěrečnou zprávu, kde hodnotí průběh projektu, splnění cílů, vyúčtování apod.

Ministerstva vypisují též dotační řízení s jasně danými formálními, obsahovými i účetními pravidly. Ministerstvo zdravotnictví poskytuje podporu službám zdravotnické péče, tedy AT poradnám, psychiatrickým léčebnám, příslušným oddělením nemocnic. Ministerstvo práce a sociálních věcí spolufinancuje služby sociální, tedy kontaktní centra, terénní programy, domovy na půl cesty apod.

RVKPP vypisuje dotační řízení a poskytuje dotace nejen službám v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí, ale také programům primární prevence a resocializačním programům. Podmínkou k získání finanční podpory je certifikace CEKAS.

Nadace jsou další možností neziskových organizací, jak získat finanční podporu. Nadace nebo její příslušný orgán rozdělují finanční prostředky dle svých preferencí, většinou na konkrétní projekty. Nadace získávají finance především od dárců, nejsou zpravidla nijak závratné, tudíž i finanční podpora, kterou mohou poskytnout dalším organizacím, je spíše menších částek a na konkrétní materiál, část projektu, např.: nákup nábytku do poradenské místnosti.

Často spolufinancuje neziskové organizace nějakým způsobem i EU, ještě před nedávnou dobou byly strukturální fondy EU velmi silnou injekcí do rozpočtů neziskových organizací. Sociální fond EU je jedním ze Strukturálních fondů EU a je zaměřen na podporu

zaměstnanosti, snižování nezaměstnanosti, podporu sociálního začleňování osob a rovných příležitostí se zaměřením na rozvoj trhu práce a lidských zdrojů.<sup>38</sup>

### **3.2. Spolupráce neziskových organizací s orgány veřejné správy**

Tato podkapitola je zacílená na vztah neziskových organizací poskytujících některé z typů služeb v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí a orgánů veřejné správy.

Částečně se tato podkapitola překrývá s podkapitolou 1.4.3. Protidrogová politika České republiky, která je upravena zákonem č. 379/2005 sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. Informace o těchto vztazích byly čerpány nejen z teoretických pramenů, ale také z praxe.

V praxi se pracovníci v oblasti sekundární prevence setkávají s orgány veřejné správy podle pole jejich působnosti. Většina z nich má zkušenosti s Policií ČR nebo s Městskou policií. Postoj těchto orgánů vůči drogovým službám celkově, je většinou rozporuplný. Dostávají se do kontaktu kvůli klientům i kvůli samotným službám, které jsou provozovány na volně přístupných místech. Občas se stane, že pracovník takovéto nízkoprahové služby musí vysvětlovat právní úpravu těchto služeb, cíl služeb a principy nízkoprahovosti příslušníkům policie, kteří nejsou dostatečně informováni.

Ovšem policie jako taková může být pracovníkům nápomocná s odhalováním zón, kde je vyšší výskyt odhozeného injekčního materiálu, popřípadě, kde se (otevřená) drogová scéna nachází a to hlavně ve chvíli, kdy terénní pracovníci mapují terén v nové lokalitě.

Dalšími orgány veřejné správy, se kterými neziskové organizace spolupracují, jsou městské úřady (dále MÚ) a jejich odbory sociálních věcí a zdravotnictví, krajské úřady (dále KÚ) a krajské protidrogové koordinátory, úřady práce, hygienické stanice, ministerstva (MPSV, MZ ČR, MV ČR) a RVKPP.

Neziskové organizace v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí spolupracují v rámci MÚ s odborem sociálních věcí a zdravotnictví, konkrétněji s kurátory, s

---

<sup>38</sup> srov. *Evropský sociální fond v ČR* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.esfcr.cz/evropsky-socialni-fond-v-cr>>.

orgánem sociálně-právní ochrany dětí a hlavně řeší komunitní plánování sociálních služeb města.

S KÚ spolupracují pracovníci daných služeb skrze specializované odbory sociálních věcí a zdravotnictví, také jsou neziskové organizace v této oblasti kraji částečně dotovány. V krajích hraje hlavní roli Krajský protidrogový koordinátor, který vypracovává Krajskou protidrogovou strategii v souladu s Národní protidrogovou strategií a koordinuje její plnění, hlavně spoluprací s místními protidrogovými koordinátory a s organizacemi působícími v této oblasti.

S ministerstvy komunikuje většinou jen management neziskových organizací, většinou jde o udělené nebo neudělené dotace, kontrolu jejich vyúčtování a kontrolu kvality služeb prostřednictvím jiných orgánů nebo organizací, popřípadě o akreditaci či certifikaci dané služby podle standardů příslušného orgánu veřejné správy.

Mimo orgány veřejné správy navazuje na služby neziskových organizací řada služeb státních organizací, nemocnice, dále jejich psychiatrická oddělení, psychiatrické léčebny a odborní lékaři, kteří řeší specifické problémy uživatelů drog.

### **3.3. Vzájemná spolupráce mezi neziskovými organizacemi**

Neziskové organizace jsou svým způsobem konkurenční organizace, ve kterých pracovníci musí dodržovat dohodu o mlčenlivosti, tzn., že se zavazují nejen k mlčenlivosti o osobních datech klientů, ale také k diskrétnosti v oblasti konkrétních metod, se kterými organizace pracuje.

Současně jde neziskovým organizacím v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí o společný cíl, tedy o vytvoření takového systému péče, který zajistí, co největší úspěšnost práce s uživateli nealkoholových návykových látek.

Existují neziskové organizace, které zastřešují určitou oblast služeb (např. Asociace neziskových organizací, Česká asociace streetwork). Tyto asociace vznikají často za účelem seskupení více subjektů, kteří mají společný cíl a v rámci jednoho sdružení mohou účinněji lobovat u orgánů veřejné správy. Obvykle též vznikají za účelem sdílení informací a zkušeností z oboru a za účelem profesionalizace daného odvětví.

Neziskové organizace mezi sebou tedy spolupracují hned v několika oblastech, v oblasti práce s klientem si předávají informace o území, které spravují, o dění v jejich regionu atd.

Další spolupráci v práci s klienty je odkazování na služby jiných organizací, což se děje poměrně často z různých důvodů, klient může potřebovat službu, která se v dané organizaci neposkytuje, protože není akreditovaná nebo to může být z důvodu nezapadnutí klienta do cílové skupiny dané služby. Klienti jsou odkázáni na vyhovující službu, která je často zřizovaná jinou neziskovou organizací.

Další oblast můžeme označit za oblast profesionalizace skrze rozvoj zaměstnanců a s tím spojené zkvalitňování služeb, jde hlavně o vzdělávání pracovníků v jiné, odborné neziskové organizaci. Existují klasické kurzy zaměřené na rozvoj konkrétních znalostí, schopností a dovedností nebo také reciproční výměnné stáže pro pracovníky dvou neziskových organizací.

### **3.4. Příklad dobré praxe: spolupráce Centra terénních programů Semiramis o.s. s orgány veřejné správy včetně financování a spolupráce s neziskovými organizacemi**

Příklad dobré praxe zde uvádím jako ukázkou systému financování a spolupráce s orgány veřejné správy, často orgán veřejné správy spolufinancuje organizaci a současně s ní spolupracuje v odborné rovině.

Centrum terénních programů Semiramis o.s. spolupracuje se všemi výše uvedenými orgány veřejné správy, dostává se do kontaktu s Policií ČR, městskou policií. Policii ČR musí CTP Semiramis o.s. informovat o svém působení v daném městě, aby nedošlo k nedorozuměním, informují ji o svém poslání a cílech služby.

Městská policie musí být také o službách poskytovaných CTP Semiramis o.s. na daném území informována. Mimoto reaguje na volání občanů, kteří najdou pohozenou, použitou injekční stříkačku, provádějí tedy stejně jako CTP Semiramis o.s. sběr použitého injekčního materiálu. Vzájemně spolu komunikují ohledně počtu sebraného injekčního materiálu, počty se uvádějí do statistik.

S městskými úřady měst, ve kterých provádí TP, zejména MÚ Brandýs nad Labem - Stará Boleslav, Magistrát města Mladá Boleslav, MÚ Milovice, MÚ Čelákovice, MÚ Městec Králové, MÚ Sadská, MÚ Poděbrady, MÚ Lysá nad Labem a MÚ Mělník. Tato města a příslušné odbory jejich MÚ často CTP podporují nejen finančně formou dotací, ale často má

CTP na MÚ kontaktní osobu přes kterou komunikuje s kurátory apod. CTP hledá na MÚ informace o službách, na které mohou v daném městě odkazovat klienty. Těmito službami jsou hlavně služby zdravotnické péče, tedy psychiatrii, případně oddělení nemocnic, praktičtí lékaři apod., jednak z důvodu odkazování klientů CTP na tyto služby, ale také naopak, např. praktičtí lékaři odkazují své pacienty na služby CTP Semiramis o.s.

Stejně tak probíhá spolupráce i na úrovni kraje, KÚ Středočeského kraje podporuje TP dotacemi z humanitárního fondu. Mimo spolufinancování CTP zřizuje KÚ Středočeského kraje tzv. HR skupinu (harm reduction skupinu), která sdružuje služby působící v oblasti sekundární prevence dle přístupu harm reduction, tzn. hlavně kontaktní centra a terénní programy poskytující služby na území Středočeského kraje.

Součástí HR skupiny je i Krajská protidrogová koordinátorka, společně si předávají informace z dění ve Středočeském kraji v oblasti drog a drogových závislostí, popř. konzultují odborné problémy. Středočeský kraj je také velmi aktivní v pořádání konferencí o drogové problematice na svém území.

Dále CTP Semiramis o.s. spolupracuje s RVKPP, hlavně v oblasti financování, CTP je certifikováno CEKAS, tedy řídí se standardy RVKPP.

S certifikací CEKAS ovšem automaticky není možné čerpat finanční dotace od MPSV nebo MZ ČR, služba musí být certifikována znovu, příslušným ministerstvem podle standardů určených ministerstvem. Po certifikaci je stále možná namátková kontrola provádění dané služby. CTP Semiramis o.s. je též financováno z dotací MPSV, do dotačních řízení MZ ČR služby CTP příliš nezapadají, dotace čerpají pouze na specifický zdravotnický materiál.

Spolupráce s jinými neziskovými organizacemi spočívá hlavně ve výměně informací o situaci na území jejich působnosti, návazném odkazování klientů na jiný typ služby a ve vzájemném vzdělávání. CTP Semiramis o.s. úzce spolupracuje s odbornými asociacemi, jako je Česká asociace streetwork o.s. (dále ČAS) a Propojené profesionální adiktologické služby (PROADIS o.s.). Tato sdružení odborníků zaměřených na práci ve specifickém oboru vznikají za účelem sdílení zkušeností členských organizací. PROADIS o.s. vzniklo poměrně nedávno a snaží se společnými silami členských organizací řešit konkrétní problémy v dané oblasti, od výzkumů v terénu přes řešení nedostatků v legislativě.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> srov. *Semiramis o.s. : Centrum terénních programů- spolupráce* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.os-semiramis.cz/ctp-spoluprace.html>>.

## **4. Legislativa závazná pro neziskové organizace poskytující služby v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí**

Cílem této kapitoly je shrnout zákonné úpravy pro práci s uživateli návykových látek v zařízeních, která poskytují služby v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí.

Tyto služby se velmi liší svým statutem, některé z nich jsou akreditované u MZ ČR jako zdravotnické služby, některé jsou akreditovány u MPSV jako sociální služby, vztahují se k nim rozdílné právní úpravy.

Také nízkoprahové služby se řídí jinou legislativou než vysokoprahové služby, stejně tak záleží na organizační formě instituce.

### **4.1. Obecné právní předpisy pro neziskové organizace poskytující služby uživatelům nealkoholových návykových látek**

Zákon č. 379/2005 sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů upravuje služby, které lze poskytovat uživatelům návykových látek a jak lze postupovat při jejich výkonu.

Neziskové organizace se musí řídit zákonem č. 101/2000 sb., o ochraně osobních údajů. Ten upravuje, které osoby, které instituce a jak mohou nakládat s osobními údaji, citlivými údaji a kdy platí výjimka z pravidla.

Tento zákon se ovšem nevztahuje na výkon nízkoprahových služeb, které jsou zpravidla anonymní. Na anonymitu nízkoprahových služeb myslí i zákon číslo 108/2006 sb., o sociálních službách, který při poskytování sociálních služeb vyžaduje uzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby. Smlouva o poskytnutí sociální služby dle zákona vyžaduje několik náležitostí, anonymita klientů těchto služeb se řeší v této smlouvě tím, že je třeba uvést označení smluvních stran, nikoli uvádět osobní údaje klientů.

### **4.2. Právní předpisy závazné pro neziskové organizace poskytující sociální služby v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí**

Jedinec využívající sociální službu je odbornou veřejností označován zpravidla jako klient.

Hlavním právním předpisem, který upravuje výkon sociálních služeb i pro neziskové organizace je zákon č.108/2006 sb., o sociálních službách. Zákon upravuje podmínky a proces registrace poskytovatelů sociálních služeb, náležitosti vedení Registru poskytovatelů

sociálních služeb a povinnosti poskytovatelů. Zákon o sociálních službách apeluje na dodržování lidských práv a svobod klientů sociálních služeb. Též upravuje možnosti kontroly a inspekce sociálních služeb, financování sociálních služeb

Dle zákona o sociálních službách je poskytovatel sociálních služeb povinen zajistit zdravotnickou péči dle platných právních předpisů, prostřednictvím svých odborně způsobilých pracovníků nebo prostřednictvím zdravotnického zařízení externě.

Na zákon o sociálních službách navazuje vyhláška č. 505/2006 sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, vyhláška podrobněji popisuje úkony v jednotlivých typech sociálních služeb, zpřesňuje ostatní ustanovení zákona o sociálních službách a popisuje standardy kvality sociálních služeb a způsob jejich hodnocení.

Poskytovatel sociální služby může provozovat drobná zdravotnická ošetření a zdravotnické poradenství, pokud služba s tímto faktem prošla příslušnou akreditací.

Pokud jde o nezletilé závislé na nealkoholových návykových látkách, jejich využívání služeb v oblasti sekundární prevence je upraveno zákonem o sociálně-právní ochraně dětí č. 359/1999 sb. Podle zákona je pracovník nízkoprahové služby povinen upozornit na cílovou skupinu služby a právní problémy s tím spojené při sepisování smlouvy o poskytování sociálních služeb, ale protože jsou služby anonymní, není možnost nezletilého jakkoli stíhat, nezná-li pracovník jméno klienta.

### **4.3. Právní předpisy závazné pro neziskové organizace poskytující služby zdravotnické péče v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí**

V této podkapitole se službami zdravotnické péče myslí služby zdravotnické péče poskytované pacientům v rámci služeb sekundární prevence nealkoholových závislostí v nestátních zdravotnických zařízeních. Pokud mluvíme o jedinci využívající péči zdravotnického zařízení, mění se označení klient na označení pacient.

Na problematiku těchto zařízení se specializuje zákon č.160/1992 sb., o nestátních zdravotnických zařízeních, který upravuje podmínky a rozsah poskytování zdravotní péče v nestátních zdravotnických zařízeních a podmínky provozování nestátních zdravotnických zařízení. Ze zákona jsou tyto zařízení povinna se řídit vyhláškou č.385/2006 sb., o zdravotnické dokumentaci a její pozdější změny, vyhláška č. 479/2006 Sb., vyhláška č. 64/2007 Sb. a vyhláška č. 187/2008 Sb.

Služby zdravotní péče mají určitá specifika, většinou se nejedná o služby nízkoprahové, pokud ano, nejsou poskytovány pacientům anonymně, ze zákona musí být vedena zdravotnická dokumentace o pacientovi. Dalším specifikem je nutnost akreditace

zdravotnického zařízení, zdravotnické zařízení musí splnit podmínky akreditace MZ ČR, pokud je nesplňuje, může být sankcionováno a to v podobě pokuty, v extrémním případě v podobě odebrání akreditace, zákon upravuje podmínky odebrání akreditace. Akreditaci může udělit a odebrat příslušný Krajský úřad, Magistrát Hlavního města Prahy nebo Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Zákonem č. 379/2005 jsou typy odborné zdravotní péče vymezeny jako ambulantní léčba závislostí na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách, stacionární programy, které poskytují nelůžkovou denní léčbu problémovým uživatelům a závislým na alkoholu a jiných návykových látkách, krátkodobá a střednědobá ústavní péče, rezidenční péče v terapeutických komunitách, programy následné péče, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení jako je Akutní lůžková péče nebo detoxifikace. Podmínky poskytování těchto typů péče stanovuje a kontroluje jejich dodržování MZ ČR.

Zařízení, které poskytuje substituční léčbu je ze zákona povinno zaznamenávat údaje o svých pacientech do Národního registru uživatelů lékářsky indikovaných substitučních látek (dále Registr), Registr zajišťuje ochranu osobních údajů pacientů. Hlavním cílem Registru je zamezit vícenásobné substituční léčbě a vícenásobné preskripci léků, v Registru lze zjistit poslední datum preskripce léků, to vše je přístupné lékařům on-line.

Na závěr se zmíním o nedobrovolné léčbě závislých, obvykle se jedná o děti a mladistvé pod 18 let nebo o osoby, které mají nařízenou ochrannou léčbu, tedy dopustili se trestného činu v souvislosti se svou závislostí. Z právního hlediska jsou rodiče dítěte pod 18 let jeho zákonnými zástupci, mohou navrhnout umístění v zařízení ústavní výchovné péče nebo požádat o léčbu závislosti, tato žádost je z právního hlediska posuzována tak, že dítě či mladiství dobrovolně nastupuje do léčby.

Pokud se jedná o ochrannou léčbu uloženou soudem, podle trestního zákoníku je možno ji vykonávat v speciálních odděleních lékařských zařízení (obvykle jde o oddělení ochranné léčby psychiatrické léčebny) nebo ve vybraných věznicích.

## 5. Závěr

Práce je koncipována do čtyř hlavních částí, první část je psána s cílem uvedení čtenáře do problematiky nealkoholových závislostí, je velmi obšírná a postihuje základní pojmy používané v dané oblasti. Mimo to čtenáře uvádí do problematiky cesty do závislosti a předkládá základní přehled národní a mezinárodní protidrogové politiky. První část práce je základním kamenem pro další části, které z ní víceméně vycházejí, čerpáno je v ní převážně z bibliografických zdrojů.

Druhá část práce podrobněji popisuje existující a chybějící služby v systému péče v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí v České republice, je na závěr doplněna příkladem dobré praxe.

Třetí část práce definuje specifika neziskových organizací vzhledem k financování, ke spolupráci s orgány veřejné správy a s jinými neziskovými organizacemi. Též je doplněna příkladem dobré praxe. V této kapitole je čerpáno z bibliografických zdrojů, avšak převážně z praxe, kapitola je též doplněna příkladem dobré praxe.

Obsahově se poslední část práce zaměřuje na základní legislativní úpravy v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí. Zde jsou nejdůležitějším zdrojem dané právní předpisy.

Práce měla dva hlavní cíle, prvním z nich bylo popsat stávající služby v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí a identifikace možných chybějících služeb v dané oblasti.

Druhým hlavním cílem bylo popsat spolupráci neziskových organizací v této oblasti s orgány veřejné správy a to v kontextu protidrogové politiky státu a mezinárodních organizací, ve kterých je Česká republika členským státem.

Za jeden z nejdůležitějších závěrů první kapitoly považuji fakt, že celým systémem péče o závislé prochází bio-psycho-sociální přístup k závislostem. Tento přístup se tedy neuplatňuje jen v primární prevenci, kde je kladen důraz na výchovu ke zdravému životnímu stylu a na osobní a sociální rozvoj, celkově tedy na bio-psycho-sociální stabilitu jedince.

I v oblasti sekundární a terciární prevence se tento přístup promítá do jednotlivých služeb, které jsou poskytovány závislým. V sekundární prevenci se bio-psycho-sociální přístup uplatňuje v nízkoprahových i vysokoprahových službách, v nízkoprahových službách převážně skrze zdravotnické poradenství, sociální poradenství a krizovou intervencí v případě psychické krize. Ve vysokoprahových službách je tento přístup sledován např.

v terapeutických komunitách, kde závislý žije v souladu s přísnými pravidly a střídá fyzicky náročnější činnost se sociální terapií a psychoterapií v různých podobách. Terciární prevence podobně zachází s jedince při podporování klienta v návratu do společnosti a při prevenci relapsu.

Co se týče obsahu práce, skrze první kapitolu byl částečně splněn druhý z hlavních cílů tím, že byly popsány souvislosti mezi mezinárodní protidrogovou politikou a národní protidrogovou politikou České republiky, tím byly nastíněny orgány veřejné správy, se kterými neziskové organizace v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí musí spolupracovat.

Druhá kapitola obsahově plní první hlavní cíl práce a to skrze popis stávajících služeb v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí a skrze popis služeb, které v systému péče chybí nebo jsou poddimenzovány kapacitně. Jako chybějící typy služeb byly identifikovány pouze dva, aplikační místnost a výdejní automat harm reduction materiálu, kapitola uvádí zkušenosti s těmito službami v zahraničí, v České republice byly služby pouze pilotovány. V rámci kapitoly jsou uvedena pozitiva i negativa jednotlivých chybějících služeb, můžeme říci, že tyto služby v systému služeb zásadním způsobem nechybí, ale jejich realizace by měla smysl a v systému služeb by jistě byly poptávány ze strany uživatelů návykových látek.

Skrze třetí kapitolu splňuje práce poslední z hlavních cílů, zabývá se specifiky neziskových organizací v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí. Výstupem této kapitoly je přehled o spolupráci orgánů veřejné správy s neziskovými organizacemi v dané oblasti.

Tato spolupráce má dvě roviny, první z nich je rovina financování neziskových organizací ze státních finančních prostředků a druhou rovinou spolupráce je v zásadě reciproční odborná podpora v oblasti drogové prevence obecně.

Stěžejním v této kapitole shledávám zjištění, že tyto dvě roviny spolupráce mezi orgány veřejné správy a neziskovými organizacemi jsou silně propojeny. Protidrogová politika národní vychází z mezinárodní protidrogové politiky. Z národní protidrogové politiky vycházejí Krajské protidrogové strategie a k nim příslušné Akční plány, z nich dále vycházejí místní protidrogové strategie.

Z daných strategií vychází neziskové organizace v dané oblasti jednoduše proto, že je tím podmíněno čerpání finančních prostředků z dotací orgánů veřejné správy.

Funguje systém akreditací a certifikací, které vydávají orgány veřejné správy (RVKPP a ministerstva) a při jejich vydávání sledují, zda daná služba v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí, kterou poskytuje nezisková organizace, odpovídá standardům kvality vydaným příslušným orgánem veřejné správy.

Neziskové organizace v této oblasti vyplňují nedokonalost systému státní sociální péče, jelikož veřejná správa na zajištění podobných služeb nemá dostatek odborných pracovníků nebo nechce tuto rozsáhlou problematiku zastřešovat. Ovšem jednotlivé služby v oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí se musí řídit standardy kvality, které orgány veřejné správy schválí. Tedy neziskové organizace jsou na orgánech veřejné správy nejen finančně, ale i částečně metodicky závislé.

Odborníci z řad pracovníků neziskových organizací jsou ovšem často členy orgánů veřejné správy, které mají danou oblast v resortu, v tom spočívá ona reciproční odborná podpora.

V problematice legislativy jsou shrnuty právní předpisy, kterými se neziskové organizace musí řídit vzhledem k náplni své práce. Tato kapitola nemá překvapivé výstupy, slouží pouze k orientaci čtenáře v základních právních předpisech souvisejících s tématem práce.

Na závěr bych ráda zhodnotila výstupy práce vzhledem k cílům, Hlavní cíle byly splněny prostřednictvím teoretických přehledů a příkladů dobré praxe v jednotlivých kapitolách.

## 6. Literatura

### Základní použitá literatura:

BERDNOVÁ, Eva, NOVÝ, Ivan. *Psychologie a sociologie řízení*. 3. rozšířené a upravené vyd. Praha : Management Press, 2007. 798 s. Dostupný z WWW: <978-80-7261-169-8>.

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

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 2 : Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 336 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vyd. Praha : Filia Nova, 2001. 118 s. ISBN 80-238-8014-4.

KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3. upr. vyd. Praha : Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

United Nations. *Fakta a čísla OSN : Základní údaje o Organizaci spojených národů*. Praha : Informační centrum OSN v Praze, 2005. 297 s. ISBN 80-86348-02-4.

VALIŠOVÁ, Alena, KASÍKOVÁ, Hana. *Pedagogika pro učitele*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 402 s. ISBN 978-80-247-1734-0.

*Výroční zpráva 2007 : Semiramis o.s. Pomáháme najít ten správný směr*. 1. vyd. Vichová nad Jizerou : [s.n.], 2008. 29 s.

*Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2008. 135 s. ISBN 978-80-87041-46-8.

### **Použité elektronické zdroje:**

Centrum pro výzkum neziskového sektoru. *Legislativní prostředí* [online]. 2006-2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <[http://www.e-cvns.cz/?stranka=projekty&id\\_projektu=44](http://www.e-cvns.cz/?stranka=projekty&id_projektu=44)>.

Council of European Union. *EU Drug Strategy 2009-2012* [online]. Brusel : 2004 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/04/st15/st15074.en04.pdf>>.

*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction : Country Overview: Czech republic* [online]. 2008 , 05 August 2008 [cit. 2009-05-21]. Dostupný z WWW: <<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/cz#gps>>.

*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction : EU Drugs Action Plan 2009-2012* [online]. 2008 , 05 August 2008 [cit. 2009-05-21]. Dostupný z WWW: <[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_66226\\_EN\\_EU%20drugs%20action%20plan%20for%202009-2012-EN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_66226_EN_EU%20drugs%20action%20plan%20for%202009-2012-EN.pdf)>

European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction. *Drug Situation* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.emcdda.europa.eu/drug-situation>>.

European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction. *EMCDDA: Your reference point on drugs in Europe* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.emcdda.europa.eu/about>>.

European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction. *Policy and Law* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.emcdda.europa.eu/policy-and-law>>.

*Evropský sociální fond v ČR* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.esfcr.cz/evropsky-socialni-fond-v-cr>>.

International Drug Policy Consortium. *Policy Principles* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.idpc.net/policy.php>>.

Národní orgán pro koordinaci. *Měsíční monitorovací zpráva o průběhu čerpání strukturálních fondů, fondů soudržnosti a národních zdrojů : Nestátní neziskové organizace jako příjemci strukturální pomoci* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.strukturalni-fondy.cz/CMSPages/GetFile.aspx?guid=beb5da47-df68-4c79-bf01-feb5b271a615>>.

NEŠPOR, Karel. Rodiče dětí zneužívajících návykové látky v ordinaci praktického lékaře. *Zkola : Informační a vzdělávací portál školství zlínského kraje* [online]. 2001 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.zkola.cz/zkeu/rodiceaverejnost/socialnepatologickejevvyajejichprevence/zavislosti/zavislostobecne/15902.aspx>>.

RADIMECKÝ, Josef. Drogová politika : teoretický úvod. *Adiktologie* [online]. 2006 [cit. 2009-05-21]. Dostupný z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/articles.php?l=cz&cid=90&iid=200&acc=enb>>.

*Semiramis o.s. : Centrum drogových služeb ve vězení* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.os-semiramis.cz/cdsv.html>>.

Statutární město Mladá Boleslav. *Oficiální stránky Statutárního města Mladá Boleslav : Sociální služby* [online]. 2007-2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.mb-net.cz/?page=cz,socialni-sluzby>>.

*Portál veřejné správy české republiky : Vyhledávání v předpisech ze sbírky zákonů, zákon č. 379/2005 sb.* [online]. 2003-2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/\\_s.155/701?PC\\_8411\\_number1=379/2005&PC\\_8411\\_l=379/2005&PC\\_8411\\_ps=10#10821](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_number1=379/2005&PC_8411_l=379/2005&PC_8411_ps=10#10821)>

Středočeský kraj. *Poskytování sociálních služeb na území kraje* [online]. 2008 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/>>.

United Nations Office on Drugs and Crime. *52 session of Commission on Narcotic Drugs* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/52.html>>.

United Nations Office on Drugs and Crime. *The Commission on Narcotic Drugs* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/index.html>>.

United Nations Office on Drugs and Crime. *The Commission on Crime Prevention and Criminal Justice* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CCPCJ/index.html>>.

International Narcotics Control Board. *Single Convention on Narcotic Drugs* [online]. 1995-2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <[http://www.incb.org/incb/convention\\_1961.html](http://www.incb.org/incb/convention_1961.html)>.

Úřad vlády České republiky. *Statut Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky* [online]. 2007 [cit. 2009-05-21]. Dostupný z WWW: <[http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/rada/RVKPP\\_Statut\\_ve\\_zneni\\_usn\\_616\\_20070604.pdf](http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/rada/RVKPP_Statut_ve_zneni_usn_616_20070604.pdf)>.

Vláda České republiky : *Česká protidrogová politika* [online]. 2009 , 15.4.2009 [cit. 2009-05-21]. Dostupný z WWW: <<http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/publikace/ceska-protidrogova-politika-a-jeji-koordinace---historie-a-soucasnost-55983/>>.

*Výroční zpráva za rok 2008 : stav drogové problematiky v Evropě* [online]. Luxembourg : Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2008 , 06 November 2008 [cit. 2009-05-21]. Dostupný z WWW: <[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_64227\\_CS\\_EMCDDA\\_AR08\\_cs.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_64227_CS_EMCDDA_AR08_cs.pdf)>.

World Health Organization. *International Classification of Diseases and Related Health Problems : Tenth revision* [online]. 2 Geneva : 2004 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <[http://www.who.int/classifications/icd/ICD-10\\_2nd\\_ed\\_volume2.pdf](http://www.who.int/classifications/icd/ICD-10_2nd_ed_volume2.pdf)>.

Úřad vlády České republiky. *Vláda České republiky : Rada vlády pro nestátní neziskové organizace* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/rnno/zakladni-informace-767/>>.

*Semiramis o.s. : Centrum terénních programů- spolupráce* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.os-semiramis.cz/ctp-spoluprace.html>>.

*Evropský sociální fond v ČR* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.esfcr.cz/evropsky-socialni-fond-v-cr>>.

*Semiramis o.s. : Centrum terénních programů* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.os-semiramis.cz/ctp.html>>.

*Semiramis o.s. : Centrum terénních programů na Mladoboleslavsku* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.os-semiramis.cz/ctpmb.html>>.

*Semiramis o.s. : Centrum terénních programů* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.os-semiramis.cz/ctp.html>>.

*Progressive o.s.: O projektu* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.progressive-os.cz/cs/projekty/nonstop-24/o-projektu-3.html>>.

European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction. *Publications : European Report on Drug Consumption Rooms* [online]. 2004 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_54132\\_EN\\_Consumption%20rooms.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_54132_EN_Consumption%20rooms.pdf)>.

Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí. *Harm reduction : členské organizace* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.asociace.org/sekce-harm-reduction-clenske-organizace.html>>.

Centrum pro kvalitu a standardy. *Certifikační agentura Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.cekas.cz/php/certifikace.php>>.

Centrum pro kvalitu a standardy. *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách*

[online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <[http://www.cekas.cz/php/pdf/CA\\_standardy\\_obecne.pdf](http://www.cekas.cz/php/pdf/CA_standardy_obecne.pdf)>.

Centrum pro kvalitu a standardy. *Certifikační agentura Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.cekas.cz/php/certifikace.php>>.

Centrum pro kvalitu a standardy. *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <[http://www.cekas.cz/php/pdf/CA\\_standardy\\_obecne.pdf](http://www.cekas.cz/php/pdf/CA_standardy_obecne.pdf)>.

Centrum pro kvalitu a standardy. *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách, Specifická část* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <[http://www.cekas.cz/php/pdf/CA\\_standardy\\_specificke.pdf](http://www.cekas.cz/php/pdf/CA_standardy_specificke.pdf)>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Standardy kvality sociálních služeb* [online]. 2008 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/5963>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Zavádění standardů sociálních služeb do praxe : Průvodce poskytovatele* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Standardy kvality sociálních služeb : Příručka pro uživatele* [online]. 2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss\\_final\\_web.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf)>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Finanční prostředky pro rok 2009* [online]. 2008 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/5636>>.

## **7. Přílohy**

### **Příloha č.1**

#### **Soupis základních právních předpisů, které se vztahují k oblasti sekundární prevence nealkoholových závislostí**

Občanský zákoník, č. 40/1964 Sb., ve znění platných předpisů

Předpis č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky

Trestní zákon, č. 140/1961 Sb., ve znění platných předpisů

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Vyhláška č.385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci ve znění platných předpisů

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

Zákon č. 108/2006 sb., o sociálních službách

Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění platných předpisů

Zákon č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech ve znění platných předpisů

Zákon č. 379/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění platných předpisů

Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů

