

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Současné programy Drop In, o.p.s.

Current programs of Drop In, o. p. s.

Markéta POPLŠTEINOVÁ

Vedoucí práce: Doc. PaedDr. Eva ŠOTOLOVÁ, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Rok odevzdání 2018

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Současné programy Drop In, o.p.s. potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha 9. 7. 2018

Ráda bych touto cestou poděkovala paní Doc. PaedDr. Evě ŠOTOLOVÉ, Ph.D. za odborné vedení, podnětné rady a zapůjčenou literaturu.

ABSTRAKT

Tématem práce je drogová a závislostní problematika, která má interdisciplinární povahu. Tato problematika je v práci řešena jak v rovině teoretické, tak i rovině praktické. Zpracování vychází z toho, že v ČR je situace v oblasti užívání drog dlouhodobě relativně stabilní, a mezi uživateli se více vyskytují muži než ženy, což potvrzuje i Nízkoprahové středisko Drop In, o.p.s. Cílem práce je analyzovat současné programy neziskové organizace Drop In, o.p.s. a navrhnout doporučení pro jejich zlepšení. K naplnění tohoto cíle je použita případová studie. Organizace Drop In je Střediskem pro prevenci a léčbu drogových závislostí. Jejím posláním je poskytovat zdravotní a sociální služby cílovým skupinám, kterým nabízí okolo 9 různých programů včetně nízkoprahových služeb. Těmi se zabývá Nízkoprahové středisko Drop In. Na základě případové studie tohoto střediska bylo zjištěno, že jeho služby mají přínos nejen pro uživatele drog, ale i pro společnost, neboť jeho klienti jsou schopni bezproblémové socializace. Problémovou oblastí Nízkoprahového střediska je péče o klienty, kteří se podle Drop In vymykají normálu a netransparentní péče o klienty propuštěné z léčby. Proto jsou výsledkem práce dva návrhy na zlepšení programu Nízkoprahového střediska: zavést transparentní program následné péče neboli nový doléčovací program včetně terapeutické komunity pro klienty střediska propuštěné z léčby závislosti na drogách a to v rámci Nízkoprahového střediska, a jednat o systémovém řešení práce s psychiatrickými drogově závislými nebo nezávislými klienty.

KLÍČOVÁ SLOVA

Drogy, nízkoprahové služby, uživatelé drog, nízkoprahové středisko, závislost.

ABSTRACT

The topic of the thesis is drug and addiction problems, which are of interdisciplinary nature. This issue is dealt with both in the theoretical and practical level. The processing is based on the fact that in the Czech Republic the situation in the area of drug use is relatively stable in the long term and among the users there are more men than women, as confirmed by the Low Drop Center Drop In, o.p. The aim of the thesis is to analyze current programs of nonprofit organization Drop In, o.p.s, and to propose recommendations for their improvement. A case study is used to achieve this goal. Drop In is the Center for the Prevention and Treatment of Drug Addictions. Its mission is to provide health and social services to target groups that offer about 9 different programs, including low-threshold services. These are the Low Drop Center Drop In. Based on a case study of this center, it was found that its services are beneficial not only to drug users but also to society as its clients are able to seamlessly socialize. The problem area of the Low-threshold Center is non-transparent care for clients who are discharged from treatment and working with clients who, according to Drop In, are out of the ordinary. Therefore, two ways to improve the Low-threshold Center program are presented: to introduce a transparent follow-up program, or in other words a new follow-up program, including therapeutic community for clients discharged from drug addiction treatment within the Low-threshold Center, and to discuss a systemic solution to working with psychiatric drug addict or non-addict clients.

KEYWORDS

Drugs, low-threshold services, drug users, low-threshold center, addiction.

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod | 7 |
| 1 Teoretická část..... | 9 |
| 1.1 Drogová a závislostní problematika v ČR..... | 9 |
| 1.2 Formy pomoci a léčby | 17 |
| 1.3 Možnosti prevence..... | 21 |
| 1.4 Nízkoprahová kontaktní centra..... | 25 |
| 1.5 Dílčí závěr..... | 30 |
| 2 Praktická část..... | 31 |
| 2.1 Cíle a výzkumné otázky..... | 31 |
| 2.2 Metodologický úvod (metodika výzkumné části) | 31 |
| 2.3 Obecně prospěšná společnost Drop In..... | 35 |
| 2.3.1 Historie | 35 |
| 2.3.2 Současné služby..... | 37 |
| 2.4 Charakteristiky jednotlivých programů Drop In..... | 38 |
| 2.4.1 Terénní program sociálních asistentů Drop In | 38 |
| 2.4.2 Centrum metadonové substituce I, II, III Drop In | 39 |
| 2.4.3 Adiktologická ambulance Praha 12..... | 39 |
| 2.4.4 Centrum pro rodinu | 40 |
| 2.4.5 Centrum následné péče Drop In | 41 |
| 2.4.6 Centrum primární prevence Drop In | 41 |
| 2.4.7 AT ambulance | 42 |
| 2.4.8 Tvoje šance | 42 |
| 2.5 Případová studie Nízkoprahového střediska..... | 43 |
| 2.5.1 Služby Nízkoprahového střediska Drop In..... | 43 |

| | | |
|--|--|----|
| 2.5.2 | Tým Nízkoprahového střediska Drop In | 44 |
| 2.5.3 | Klienti Nízkoprahového střediska Drop In..... | 45 |
| 2.5.4 | Kazuistiky klientů..... | 47 |
| 2.5.5 | Přínosy a problémové oblasti nízkoprahových služeb Drop In.. | 53 |
| 2.6 | Návrhy a doporučení..... | 56 |
| Závěr..... | | 58 |
| Seznam použitých informačních zdrojů | | 60 |

Úvod

Předkládaný text se věnuje drogové a závislostní problematice, která má interdisciplinární povahu. Drogová závislost je v této práci chápána jako neschopnost jedince obejít se bez drogy. Závislost na drogách začíná nejčastěji opakujícím se užíváním drog s následnou potřebou drogy cíleně vyhledávat. Pak bohužel vede ke snížené schopnosti přirozeně reagovat na běžné stimuly. Ve vážnějších stádiích vede drogová závislost k narušení základních společenských a životních činností člověka, a nakonec k poškození či selhání tělesných orgánů. Podle Světové zdravotnické organizace je v této problematice zcela zásadní prevence. (Průcha, Veteška, 2014, s. 89). Drogovou a závislostní problematiku přitom není možné chápat jako problém jednotlivců, ale třeba ji vnímat jako staronový problém celé společnosti. (Hubinková, 2008, s. 226).

Právě drogové a závislostní problematice se věnuje už od roku 1991 obecně prospěšná společnost (zkratka o.p.s.) Drop In, jejíž současné programy jsou předmětem této práce.

Cílem práce je analyzovat současné programy neziskové organizace Drop In, o.p.s., a navrhnout doporučení pro jejich zlepšení. Návrhy na zlepšení současných programů organizace Drop In budou hlavním výstupem práce.

Práce je strukturována do dvou hlavních kapitol. První teoretická kapitola se věnuje uvedení do drogové a závislostní problematiky v České republice, její právní úpravy, nastínění možných forem pomoci a léčby v našich podmínkách, a také možnostem prevence. Zvláštní pozornost je věnována nízkoprahovým kontaktním centrům, které jsou součástí systému péče a služeb určenému uživatelům drog, a které provozuje i nezisková organizace Drop In. Ke zpracování teoretické části jsou použity zdroje v podobě odborné literatury, opírající se zejména o autora Kaliny, K. (publikace: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*), nebo autora Rhodese, T. (publikace: *Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe.*). Inspirací je také diplomová práce Miroslavy Rodové (UJAK), konzultace s pracovníky Drop In, s.r.o.

Druhá praktická kapitola se věnuje obecně prospěšné společnosti Drop In. Tato nezisková organizace je představena z hlediska poslání, základní orientace, historie a

vzniku. Jsou uvedeny důležité milníky spojené s touto organizací a zejména jednotlivé programy Drop In, o. p. s. Mezi tyto programy patří služby zaměřené na poskytnutí první pomoci (tzn. Terénní program, Nízkoprahové středisko), stabilizační služby (tzn. Centrum metadonové substituce, Centrum pro rodinu, Adiktologické centrum), a doléčovací služby (tzn. Centrum následné péče). Podrobněji je poté rozebrán program Nízkoprahové středisko Drop In. V rámci případové studie zaměřené na toto Nízkoprahové středisko a jeho fungování, jsou zpracovány i kazuistiky vybraných současných, či bývalých klientů - uživatelů drog. Účelem případové studie je zhodnotit přínos Nízkoprahového střediska Drop In v rámci závislostního chování, celkový přínos pro společnost a identifikovat možné problémové oblasti, které by bylo vhodné zlepšit. Ke zpracování praktické části jsou použity sekundární zdroje, především interní materiály a výroční zprávy obecně prospěšné společnosti Drop In, ale i jiné veřejné zdroje.

1 Teoretická část

1.1 Drogová a závislostní problematika v ČR

Na úvod je třeba definovat základní pojmy, kterým se teoretická část věnuje. Ústředním pojmem je **droga**, což je taková látka, u které vzniká nebezpečí chorobného návyku nebo psychických změn nebezpečných pro společnost nebo pro toho, kdo ji opakovaně bez odborného dohledu používá. (Kalina, 2003, 1, s. 59). Dle zákona o návykových látkách č. 167/1998 Sb., patří droga do skupiny návykových omamných a psychotropních látek. (Zákon č. 167/1998 Sb., §2, odst. a). Dle slovníku spisovné češtiny je droga omamující prostředek, dráždivý přípravek. Je užívána za účelem změny nálady, vědomí, povzbuzení nebo naopak k utlumení tělesných a duševních funkcí, ale i k vyvolání netradičních prožitků, mezi které patří iluze či halucinace. (Hubinková, 2008, s. 226). Autor Kalina (2015) definuje drogu jako látku, jež má dvě vlastnosti: psychotropní efekt (tj. modifikuje prožívání člověka, mění to, jak vidí a prožívá svět), a potenciál závislosti (tj. dlouhodobé a pravidelné užívání může vyvolat závislost a vést ke ztrátě kontroly nad jejím užíváním (Kalina, 2015 s., 49). Standardně se drogy člení na halucinogenní a konopné, což jsou drogy považované za tvrdé. Halucinogenní drogy patří mezi nejvíce prozkoumanou skupinu drog, neboť mají neobvyklé vlastnosti a účinky na psychiku člověka. Mezi nejčastější typy halucinogenních drog patří LSD, Psilocybin, a ostatní halucinogeny: např. bufotenin (ropuší jed), muskarin (jed obsažený v mochromůrce červené). LSD a Psilocybin přitom nevyvolávají takovou závislost jako jiné tvrdé drogy, mezi které patří kokain, heroin, pervitin a jiné. Kromě halucinogenních drog existují i konopné drogy, jež se řadí mezi nejčastěji užívané. Konopné drogy se na českém trhu člení na marihuanu a hašiš. Jsou užívány především kouřením a mají menší následky než drogy tvrdé. Jejich častým, nadměrným a dlouhodobým užíváním se mohou dostavit poruchy některých kognitivních funkcí, jako zhoršení paměti nebo schopnosti soustředění. (Kalina, 2003, 1, s. 169 – 178). V sociální praxi Nízkoprahových kontaktních center se nejčastěji vyskytuje marihuana, heroin, kokain a extáze. (Tuček, Cikrt, Pelclová, 2005, s. 263 - 264).

Drogy tedy mají určitý návykový potenciál. Tento návykový potenciál je závislý na činnosti mozku, který sehrává klíčovou roli. (Miovský, 2008, s. 273). Jak uvádí autor Kalina (2003), tak drogy patří mezi návykové látky spolu s alkoholem, tabákem, opiody a

opiáty, analgetiky nebo jinými léky a stimulanty vyvolávající závislost. „*Návyková látka je definována jako každá chemická látka, která mění psychický stav a na kterou se může vytvořit závislost.*“ (Janderková, 2011, s. 124). Drogy jsou globálním problémem, jež ovlivňuje takřka všechny země, včetně České republiky. Každá ze zemí hraje v drogové problematice svoji úlohu, přičemž Česká republika je v tomto globálním smyslu zemí více spotřebitelskou nežli transitní, neboť transit přes území ČR logicky probíhá. Skoro každá rodina v České republice přichází do styku s tímto potenciálním rizikem, a to ať na úrovni pracovní, osobní, nebo sociálně společenské. Jelikož se jedná o globální problém, tak tento problém nelze řešit na jednom místě, nýbrž vyžaduje mezioborový přístup, přístup napříč sektory a mezinárodní spolupráci. (Kalina, 2003, 1, s. 15).

Dalším výchozím pojmem teoretické části je **drogová závislost** neboli neschopnost jedince obejít se bez drogy. (Průcha, Veteška, 2014, s. 89). Vychází z definice obecné závislosti, u které je nejdůležitějším kritériem neschopnost kontrolovat chování. (Muhlpachr, 2008, s. 57). Závislost lze charakterizovat jako touhu (často silnou a někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky. Závislost se projevuje tím, že člověk užívá větší množství drog, než zamýšlí. Tato neschopnost obejít se bez drogy narušuje sociální aktivity jedince, neboť upřednostňuje drogy na úkor ostatních zájmů. Uživatel není schopen snížit dávku a zvyšuje se jeho tolerance vůči užívání. Vysazení drogy je poté spojeno s abstinenčními příznaky projevujícími se nervozitou, neklidem, poruchami spánku, snížením nebo zvýšením chuti k jídlu, třesem, záškuby, pocením, zvýšenou teplotou, průjmem, žaludečními potížemi, nevolností nebo zvracením. (Mioviský, 2008, s. 278). V odborné literatuře lze v této souvislosti najít pojem syndrom závislosti: „*Soubor psychických (kognitivních, emočních, behaviorálních) a somatických změn, které se rozvinuly v důsledku opakovaného užívání psychoaktivní látky. Typická je touha získat látku, objevují se následné problémy s užíváním, zvýšená tolerance vůči látce, rozvíjí se abstinenční příznaky. Jedinec látku užívá, přestože ví, že mu škodí, látka se stává středem jeho zájmů – zaujímá přední místo v žebříčku hodnot.*“ (Janderková, 2011, s. 125).

Závislost se člení do dvou typů na biologickou (fyzickou, somaticky podmíněnou), která je definována jako stav adaptace organismu na drogu doprovázený zvyšující se tolerancí a projevující se při vysazení drogy abstinenčním syndromem, nebo závislost

psychickou, která se projevuje potřebou opakovaného nebo dokonce trvalého užívání drogy k vyvolání příjemných prožitků. (Procházková, 2012, s. 144).

Závislost na drogách patří k frekventovaně diskutovaným tématům již po dlouhá staletí. Bohužel toto téma je i dnes obtížně hodnotitelné a neexistuje jednotný a kvalitní pohled na závislostní problematiku. Výzkumy ovšem poukazují na to, že význam drogové závislosti není podstatný z klinického hlediska, ovšem z hlediska sociálního a ekonomického. Samotná závislost totiž není dominantním problémem spojeným s užíváním drog, ale mnohem větším problémem jsou zdravotní a především sociální a společenské důsledky. (Miovský, 2008, s. 273 - 284). Velkým problémem je epidemický charakter užívání drog, neboť užívání drog může mít důsledky v podobě závažných infekčních nemocí (AIDS, hepatitis B a C). Užívání drog sebou nese i jiné zdravotní následky, paradoxně přitom bývají tyto důsledky méně katastrofální u nelegálních než u legálních drog (např. alkohol, tabák). Užívání drog může ovlivňovat i kriminalizaci uživatelské populace. (Kalina, 2003, 1, s. 15). Kromě toho může způsobit duševní nebo behaviorální poruchy. (Janderková, 2011, s. 125). Užívání drog může vést i k nezaměstnanosti, problémům ve vztazích a rodině, nekvalitnímu a nestálému bydlení až k bezdomovectví, zadluženosti, ale i k sociálnímu vyloučení, které je v České republice převážně vázané na určité lokality. S užíváním drog je spojena i kriminalita, kdy například v roce 2013 (rok za který jsou dostupná data Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti) bylo zadrženo a stíháno v souvislosti s drogami okolo 3 700 osob, z čehož bylo pravomocně odsouzeno 2 500 osob. Kriminalita spojená s drogami tvoří v ČR okolo 1,6% zjištěné trestné činnosti. Větším problémem jsou trestné činy přechovávání drog pro vlastní potřebu nebo pěstování, a naopak menším problémem jsou trestné činy páchané pod vlivem těchto návykových látek. (Výroční zpráva, 2014, s. 5, 8).

Častým důvodem vedoucím uživatele drog k jejich užívání je potřeba vyřešit si nějaké problémy, potřeba dosáhnouti uspokojení nebo slasti, potřeba úniku od stereotypu nebo nudy, či tlak sociální konformity (tzn. obava ze ztráty sociálních vazeb, či potřeba být akceptován skupinou nebo subkulturou, ve které užívání drog patří k standardu chování). Autorka Procházková (2012) v této souvislosti podotýká, že závislost na drogách tkví v genetických predispozicích, osobnosti člověka, jeho somatických problémech, rodině,

vrstevnících, ale i ve školním a socioekonomickém působení. (Procházková, 2012, s. 145 - 147).

V České republice je situace v oblasti užívání drog dlouhodobě relativně stabilní. Nejvíce se vyskytuje v Praze, Brně a severních Čechách. I když roste podíl osob, které nesouhlasí s postihem za užívání konopných látek pro léčebné účely, tak konopné látky stabilně využívá okolo 9% populace. *„Rozsah užívání ostatních nelegálních drog se pohybuje na výrazně nižší úrovni – zkušenost s extází uvádí 5 % a s halucinogenními houbami 2 % populace, užití dalších nelegálních drog se pohybuje pod 1 %. Užívání nelegálních drog je vyšší mezi muži a mladšími věkovými skupinami (15–34 let). Nové psychoaktivní látky užila v životě 2 % dospělé populace, v mladších věkových skupinách 4 %. Při pohledu na dlouhodobé trendy je patrný pokles aktuálního užívání konopných látek v obecné populaci, zejména v mladších věkových skupinách. Průřezové studie ve školní populaci stabilně uvádějí prevalenci zkušeností s konopnými látkami na úrovni 26–33 % mezi 14–15letými žáky ZŠ a 42–47 % mezi 16letými studenty SŠ. Ve skupině středoškoláků existují podle studie ESPAD významné rozdíly z hlediska typu studované školy – pravidelné kouření, časté pití nadměrných dávek alkoholu i zkušenost s nelegálními drogami uvádí výrazně více studentů odborných učilišť ve srovnání s vrstevníky z gymnázií a středních odborných škol.“* (Výroční zpráva, 2014, s. 4). Lze tedy shrnout, že riziku v důsledku užívání drog je vystaveno okolo 2,7% české populace ve věku 15 až 64 let. Z toho problémových uživatelů drog je okolo ¼. (Výroční zpráva, 2014, s. 4). Celkovou situaci v oblasti stavu drog v České republice monitoruje Národní monitorovací středisko pro drogy a závilost, které každoročně vyhodnocuje počet žadatelů o léčbu. (Viz Tabulka 1).

Tabulka 1 Počet žadatelů o léčbu v roce 2016 podle drog

| Droga/problém | Prvožadatelé | Všichni léčení |
|---|--------------|----------------|
| Alkohol | 676 | 1917 |
| Tabák | 94 | 188 |
| Stimulancia, z toho | 635 | 1478 |
| > pervitin | 599 | 1404 |
| > amfetamin | 10 | 40 |
| > kokain | 13 | 19 |
| > extáze (MDMA, MDA, MDEA) | 10 | 11 |
| > crack, kokain | 2 | 3 |
| > mefedron | 1 | 1 |
| Opioidy, z toho | 207 | 2534 |
| > heroin | 106 | 1733 |
| > buprenorfin | 45 | 507 |
| > buprenorfin s kombinací s naloxonem (Suboxone) | 9 | 69 |
| > jiné opiáty | 0 | 48 |
| > metadon | 4 | 47 |
| > jiná opiátová analgetika | 20 | 46 |
| > opium | 10 | 31 |
| > morfin | 6 | 29 |
| > kodein a jeho deriváty | 3 | 14 |
| > fentanyl | 2 | 2 |
| > jiné syntetické opiáty (kromě opiátových analgetik) | 2 | 4 |
| Konopí, z toho | 360 | 723 |
| > marihuana | 360 | 723 |
| Sedativa a hypnotika, z toho | 34 | 128 |
| > benzodiazepiny | 19 | 84 |
| > hypnotika III. generace (tzv. Z-drugs) | 13 | 33 |
| > jiná sedativa, hypnotika | 1 | 9 |
| > barbituráty | 1 | 2 |
| Halucinogeny a delirogeny, z toho | 5 | 7 |
| > LSD | 3 | 4 |
| > psilocybin | 1 | 2 |
| > ketamin | 1 | 1 |
| Těkavé látky, z toho | 6 | 14 |
| > toluen | 4 | 10 |
| > jiná ředidla | 2 | 4 |
| Ostatní drogy | 7 | 11 |
| Patologické hráčství | 104 | 198 |
| Celkem | 2 128 | 7 198 |

Zdroj: (Výroční zpráva, 2017, s. 140).

Mnohé studie poukazují na to, že mezi uživateli drog se objevují skupiny problémových a neproblemových uživatelů, což je dáno jejich psychosociálními i behaviorálními rozdíly, četností a pravidelností užívání drog. Proto je v této souvislosti třeba vymezit typologii uživatelů drog. S ohledem na začátek a množství užívání se uživatelé člení na těžké uživatele s časným začátkem užívání, lehké uživatele s časným začátkem užívání, těžké uživatele s pozdějším začátkem užívání, a lehké uživatele s pozdějším začátkem užívání. (Miovský, 2008, s. 163). Nejčastěji je ovšem v odborné literatuře pracováno s následující typologií 5 skupin:

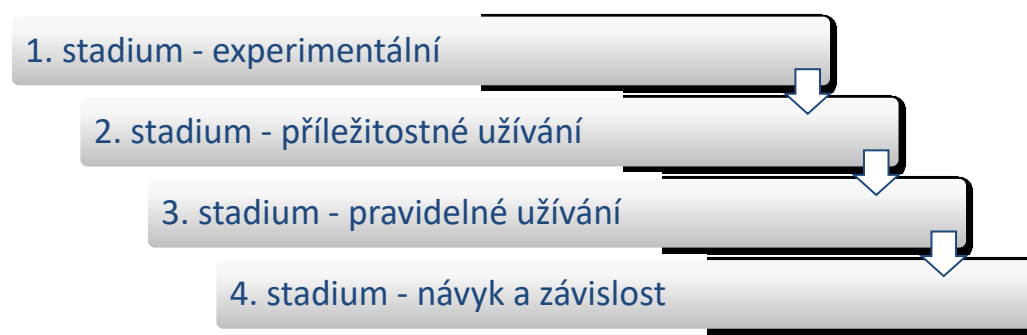
- „část populace se zkušeností s nelegální drogou – ti, kteří minimálně jedenkrát v životě učinili zkušenost s nelegální drogou,
- aktuální uživatelé – všichni, kteří v současnosti užívají (bez další specifikace frekvence) nějakou nelegální drogu; podmínkou je aktuální opakované užívání,
- problémoví uživatelé – intravenózní uživatelé jakýchkoliv drog a/nebo uživatelé drog opiátového typu a/nebo stimulantů, tato kategorie zahrnuje také všechny konzumenty, kteří byli nuceni v souvislosti s drogou vyhledat pomoc,
- závislí uživatelé – pouze určitá část předcházející skupiny problémových uživatelů, která splňuje diagnostická kritéria pro závislost,
- těžcí dlouhodobí uživatelé – nejčastěji aplikují drogy intravenózně a s obvykle těžkým stupněm závislosti se zde pojí výrazný sociální případ, celkově špatný somatický stav, vysoce rizikové užívání a celkově rizikové chování.“ (Miovský, 2008, s. 163).

Tato typologie pěti skupin uživatelů drog je doplněna o bližší typologii těch osob, které nikdy v souvislosti s užíváním drog nevyhledali žádnou pomoc, a proto nejsou vedeni jako uživatelé drog (jedná se o tzv. skrytou populaci uživatelů drog). Typologie skrytých uživatelů drog obsahuje 3 skupiny, které odpovídají stádiím vzniku závislosti, jak uvádí autorka Jandourková (Viz Obrázek 1):

- „experimentátoři, kteří mají více než jednu aktuální zkušenost s nelegální drogou a tuto zkušenost opakují ve velmi dlouhých časových intervalech, obvykle pro tuto skupinu je zkoušení různých typů drog a způsobu jejich užití, přičemž v užívání nenachází pravidelnost ani sklon zkušenost opakovat,

- rekreační uživatelé, jejich cílem je pobavit se, odreagovat, uvolnit, získat dobrou náladu atd.; charakteristické je určité ustálení settingu a typu drogy, ačkoli to nemusí být pravidlem,
- závislí uživatelé se stabilizovaným sociálním zázemím a vzorci užívání, kteří zůstávají ve skryté populaci, protože se nedostávají do konfliktu se zákonem, nevykazují další zdravotní a sociální problémy a nežadají tudíž o žádnou formu institucionalizované pomoci či péče – a to i přes to, že naplňují kritéria závislosti.“ (Miovský, 2008, s. 163).

Obrázek 1 Fáze vzniku závislosti



Zdroj: (Jandourková, 2011, s. 132). Vlastní zpracování.

Drogová a závislostní problematika je v České republice řešena v rámci nového zákona č. 272/2013 Sb., o prekurzech drog a v rámci klíčového zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, v rámci jeho novely z roku 2014. Tento zákon lze považovat za stěžejní mimo trestní normu, jež upravuje omezení v zacházení s drogami. Vymezuje okruh produktů, jež patří mezi omamné a psychotropní látky, tedy i drogy. (Kalina, 2003, 1, s. 59). Konkrétní seznam návykových látek je také upraven nařízením vlády č. 463/2013 Sb., a č. 458/2013 Sb. (Výroční zpráva, 2014, s. 11). Klíčový zákon o návykových látkách upravuje především omezení v zacházení s drogami, podmínky vývozu a dovozu návykových látek, a pěstování máku, konopí, a koky. (Zákon č. 167/1998 Sb., §1). Trestně právní rámec postihu zneužívání drog poté řeší v České republice zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. Trestní zákoník řeší nedovolenou výrobu, držení drog, šíření drog, a jiné přestupky související s omamnými a psychotropními

látkami. (Kalina, 2003, 1, s. 56 – 63). Komplexní seznam zákonů České republiky, jež řeší drogovou a závislostní problematiku, je poté patrný z následující Tabulky 2.

Tabulka 2 Zákony České republiky

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách

Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, s účinností od 31. 5. 2017; do 30. května 2017 je účinný zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami („tabákový zákon“)

Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích (zejm. § 30) - s nabytím účinnosti z. č. 250/2016 Sb., o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich, ke dni 1. 7. 2017, bude z. č. 200/1990 Sb., o přestupcích, zrušen. Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi dle ust. § 30 z. č. 200/1990 Sb. budou převedeny do zákona o návykových látkách, zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek a zákona o lihu. Dne 1. 7. 2017 zároveň nabývá účinnosti z. č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (zejm. § 130, § 274, § 283 - § 287)

Zákon č. 272/2013 Sb., o prekursorech drog

Zákon č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky (zejm. § 67)

Zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích („zákon o silničním provozu“) (zejm. § 5)

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce (zejm. § 106)

Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech (zejm. § 78)

Zdroj: Drogy-info [online]. Legislativa. [cit. 2018-02-20]. Dostupné z WWW: <https://www.drogy-info.cz/legislativa/legislativa-uvod/>

Na závěr drogové a závislostní problematiky je třeba říci, že užívání drog a následky s tím spojené mají i značné ekonomické důsledky. Ekonomické škody se vztahují nejenom k práci policie, ale i zdravotnictví a sociálních služeb. Tyto ekonomické škody jsou přitom financovány z veřejných prostředků, a proto jsou ekonomické aspekty užívání drog řešeny v České republice na úrovni národní protidrogové politiky. (Kalina, 2003, 1, s. 68). Národní protidrogová politika České republiky je systémem platným již od roku 1993 obsahujícím čtyři pilíře. (Viz Tabulka 3).

Tabulka 3 Pilíře protidrogové politiky ČR

| | | |
|-------------------|--|-------------------------------|
| Primární prevence | Aktivita zaměřené na prevenci užívání drog, popř. oddělení prvního setkání dětí a mladých lidí s drogami | Snižování poptávky (prevence) |
|-------------------|--|-------------------------------|

| | | |
|-----------------------|---|-------------------------------|
| Harm reduction | Aktivity zaměřené na snižování zdravotních a sociálních poškození na straně společnosti a na straně uživatelů drog, kteří nejsou v danou chvíli rozhodnutí pro život bez drog | |
| Léčba a resocializace | Spektrum programů léčby k absenci, dostupných pro uživatele drog, kteří se svobodně rozhodli pro život bez drog | |
| Represe | soubor zákonných opatření a aktivit k potlačování nabídky drog | Potlačování nabídky (represe) |

Zdroj: (Kalina, 2003, 1, s. 39).

V posledních letech činí roční výdaje na protidrogovou politiku okolo 500 milionu korun českých, což je oproti předcházejícímu vývoji jistým nárůstem o 1,9% meziročně. Bohužel výdaje na financování prevence, koordinace a výzkumu v oblasti protidrogové problematiky naopak klesají. Výdaje na řešení zdravotních dopadů užívání drog také činí okolo 500 milionu korun ročně (tzn. výdaje ze zdravotního pojištění). Odpovědnost za protidrogovou politiku přitom nese vláda České republiky a poradním a koordinačním orgánem národní protidrogové politiky je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). V současném období let 2010-2018 přitom platí Národní strategie protidrogové politiky a to na úrovni ČR, přičemž na úrovni krajů jsou zpracovány vlastní strategické dokumenty pro oblast protidrogové politiky. (Výroční zpráva, 2014, s. 11).

1.2 Formy pomoci a léčby

Pomoc osobám trpícím závislostí představuje poměrně široké spektrum různých metod a přístupů. Některé lze vzájemně kombinovat, jak uvádí autor Kalina (2003), jiné nikoliv. Každopádně přístup k léčbě závislosti by měl být mezioborový. (Kalina, 2003, 2, s. 6, 15). Jak píše autor Rhodes (1999), tak léčba závislosti podporuje změnu chování. (Rhodes, 1999, s. 8). Cílem léčby závislosti je změna, jež by měla přinést zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší míru. Z toho vyplývá, že se léčba závislosti zaměřuje na ty osoby, které trpí syndromem závislosti, a zahrnuje farmakologickou léčbu, psychoterapii, rodinnou terapii a práci s rodinou, komunitní terapii, nebo sociální rehabilitaci či sociální práci, či různé svépomocné programy. V odborné literatuře jsou definovány tři cílové oblasti v léčbě závislosti: snížení závislosti (1), snížení nemocnosti a úmrtnosti způsobené

nebo spojené s užíváním drog (2), a podporu rozvoje tělesného, duševního a sociálního potenciálu člověka (3). (Kalina, 2003, 2, s. 6, 97). Těm uživatelům drog, jež jsou infikováni HIV a nemocí AIDS je v České republice poté nabízena léčba přímo v regionálních HIV centrech, zaměřené na zdravotní léčbu i psychickou podporu vedoucí ke zkvalitnění života. (Výroční zpráva 2017, s. 9).

Pomoc drogově závislým klientům je nejenom mezioborovou záležitostí, ale i záležitostí individuální. Klienti se totiž v průběhu léčby mohou potýkat s odlišnými problémy, přičemž mezi ty nejčastější patří problémy, jež souvisí s drogami, problémy sebepojetí, problémy související se vztahy a sociálními schopnostmi. (Viz Tabulka 4).

Tabulka 4 Nejčastější problémy klientů v léčbě

| |
|--|
| <p>1. Problémy související s drogami a s léčbou</p> <p>- Craving - Pochybnosti o smyslu a schopnosti dosáhnout života bez drog - Malá schopnost vyhnout se drogám a rizikovým situacím - Pesimismus ve vztahu k léčbě - Dlouhodobá váhavost a nerozhodnost</p> |
| <p>2. Problémy sebepojetí</p> <p>- Nedostatek sebeúcty - Nízká sebedůvěra - Nízké vědomí totožnosti s vlastním tělem - Necitlivost k vlastním emocím - Potlačování negativních pocitů</p> |
| <p>3. Problémy související se vztahy</p> <p>- Nízká asertivita - Zranitelnost, urážlivost – Uzavřenost - Účelové jednání, manipulace – Povrchnost – Překotnost – Osamělost - Psychosexuální problémy</p> |
| <p>4. Problémy v sociálních schopnostech</p> <p>- Nedostatek komunikačních schopností a dovedností - Chybné porozumění situaci - Nezodpovědnost za roli - Nedostatek pracovních a kulturních návyků - Neschopnost plánovat</p> |

Zdroj: (Kalina, 2003, 2, s. 101).

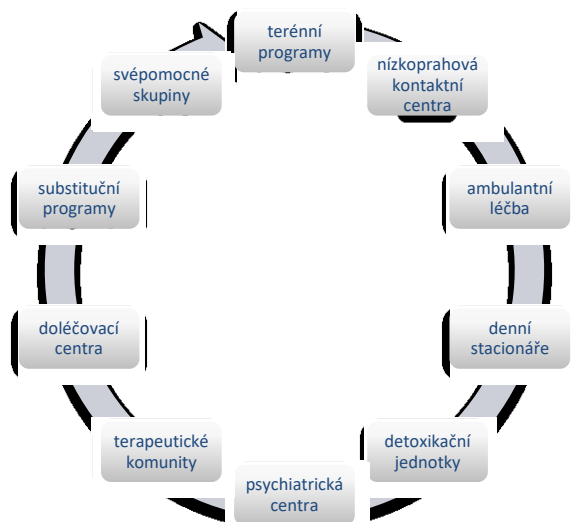
Právě proto je léčba drogové závislosti individuální záležitostí a individuálně může probíhat i proces léčení. Autor Rotgers (1999) přitom poukazuje na model léčby závislosti individuálně aplikovatelný, který vychází z počáteční bezmocnosti závislého klienta, na což navazuje poznání svého problému, jeho identifikace a přijetí, které následně vede k ústřední roli abstinence. Abstinence je fází zcela zásadní k dosažení a udržení uzdravení ze závislosti na drogách. Ve fázi abstinence se totiž znovu může objevit počáteční pocit bezmoci spojený se sebepoznáním a sebekritikou, který pokud klient překoná, dochází

k jeho převzetí osobní odpovědnosti za svůj život. Pocit bezmoci a bezradnosti se ovšem může kdykoliv vrátit. (Rotgers, 1999, s. 23 - 29). Odolnost vůči pocitu bezmoci se přitom odvíjí od typu uživatele drog. Proto je při léčbě důležité určit typ klienta, a to podle toho, jak drogy užívá. Podle autora Matouška (2010) se uživatelé drog rozdělují do pěti skupin podle míry závislosti na droze, která se dá vyjádřit frekvencí, intenzitou a následky užívání. První skupinou jsou experimentální uživatelé drog. Tito lidé přistupují k užívání drog občasně, nepravidelně a takovéto užívání nemusí mít žádné následky. Stejně tak větší následky nemusí potkat ani příležitostné uživatele drog, kteří je berou maximálně jednou týdně a to ve svém volném čase. I když se těsně po aplikaci drogy objevují jisté následky užívání, tak ve výsledku nemají příležitostní uživatelé drog problémy v psychické rovnováze nebo sociálním fungování. Třetí skupinou jsou poté podle klasifikace Matouška (2010) pravidelní uživatelé drog. Tito lidé přistupují k užívání drog častěji než jednou týdně, a drogy jsou součástí jejich životního stylu. Bohužel u pravidelných uživatelů se už objevují škodlivé účinky drog. V pořadí čtvrtou skupinou jsou problémoví uživatelé drog. Tito lidé užívají drogy spíše nitrožilně, s čím jsou spojeny i různé zdravotní problémy a komplikace. Užívání se pak u nich stává velmi pravidelným a ovlivňuje jejich osobní, ale i profesní život. Poslední a tou nejhorší skupinou jsou závislostní uživatelé drog. U této cílové skupiny se projevuje vyšší tolerance k drogám, a tak snadněji dochází k přehlížení zdravotních, psychických a sociálních problémů, které drogy jejich uživatelům způsobují. (Matoušek, 2010, s. 212). Cílovou skupinou léčby drogové závislosti může být i specifická klientela, jež zahrnuje děti a mladistvé, ženy, závislé matky s dětmi, klienty v konfliktu se zákonem, klienty ve vazbě a výkonu trestu, etnické menšiny nebo gamblery. (Kalina, 2003, 2, s. 7). Častější výskyt užívání drog je bohužel od roku 2000 zaznamenávám i u gravidních závislých matek. Na tuto cílovou populaci uživatelů drog se proto od roku 2000 úzce zaměřuje právě předmětná organizace Drop In a její Centrum pro rodinu. Centrum nabízí gravidním ženám a matkám psychologickou, terapeutickou, pedagogickou pomoc i zdravotní služby v podobě péče zdravotních sester a porodních asistentek. (Kastnerová, 2006, s. 5 - 11).

Obecně je uživatelům drog v českých podmínkách nabízeno několik druhů služeb a zařízení, která mohou využít. Jedná se o terénní programy, nízkoprahová kontaktní centra, ambulantní léčbu, denní stacionáře, detoxikační jednotky, psychiatrická centra,

terapeutické komunity, doléčovací centra, nebo substituční programy. (Matoušek, 2010, s. 215 – 216). (Viz Obrázek 2). Tento systém péče má přitom v České republice relativně dlouhou tradici, jak podotýká autor Kalina (2003, 2, s. 155).

Obrázek 2 Systém péče, služeb a zařízení určeným uživatelům drog v ČR



Zdroj dat: (Matoušek, 2010, s. 215 – 216). Vlastní zpracování.

V pomoci uživatelům drog jsou důležitá nízkoprahová kontaktní centra a terénní programy. V České republice je okolo 100 nízkoprahových kontaktních center a 50 terénních programů. Dlouhodobě se tato forma pomoci věnuje především problémovým uživatelům pervitinu, ale také opiodů. (Výroční zpráva, 2017, s. 9). Nízkoprahová centra jsou v posledních letech novinkou v práci s uživateli drog, a proto se jim věnuje samostatná kapitola teoretické části - kapitola 2.4. (Kotová, 2015, s. 55). Jejich cílem je snižovat rizika užívání drog, a proto nabízí podobné služby jako terénní programy, tedy kromě potravin i hygienický servis. Oproti terénním programům umožňují nízkoprahová kontaktní centra cílenější a dlouhodobější práci s klienty. (Matoušek, 2010, s. 215). Terénní sociální práce v oblasti drogových závislostí je poté prací přímo v terénu, ve zmapovaných lokalitách, kde se vyskytují potenciální uživatelé drog, ale i rizikový materiál (špinavé injekční jehly). (Wedlichová, 2008, s. 100). K terénní práci vede současný systém zejména to, že se nedaří účinně oslovovat celou cílovou skupinu uživatelů drog (většinou nitrožilní uživatele drog), a že nabízí takové metody intervence, jež cílová skupina potřebuje. Výhodou terénní práce je, že umožňuje oslovit co nejvíce „skrytých“

uživatelů drog. V praxi se využívají celkem 3 typy terénní práce – nezávislá, v domácnostech a komunální. V případě uživatelů drog se zpravidla uplatňuje komunitní model terénní práce, a to formou projektů. V terénu pak poskytuje služby jako distribuci injekčního materiálu, dezinfekčních roztoků, nebo testuje na HIV. (Rhodes, 1999, s. 11 - 38).

Na závěr systému pomoci a léčby drogové závislosti lze zmínit, že záměrem českého systému pomoci je nejenom individuální změna, ale i změna interpersonální, uvnitř komunity a především sociálně politická změna. (Rhodes, 1999, s. 9).

1.3 Možnosti prevence

Prevence „je jedním z hlavních komponent zdravotně orientovaného systému řešení drogové problematiky, jež se opírá o stávající mezinárodní úmluvy.“ (Bareš, 2014, s. 11). Světová zdravotnická organizace považuje prevenci v oblasti drogové závislostní problematiky za velmi významnou. Lze ji členit na **primární** (předcházení užití drogy u populace, jež s ní dosud nepřišla do kontaktu), **sekundární** (předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které jsou již užíváním drogy zasaženy; používá se pro včasnou intervenci, poradenství a léčení) a **terciární** (předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog; patří sem sociální rehabilitace, doléčování, podpora v abstinenci, atd.). (Průcha, Veteška, 2012, s. 81 - 82). Tato prevence se přitom týká strany poptávky po drogách, protože, jak uvádí autor Kalina (2003), tak trh s drogami má dvě strany: stranu nabídky a poptávky. Podle toho dochází k rozdělování strategických přístupů k prevenci drogové závislosti (tzn. strana poptávky) a snižování nabídky (tzn. strana nabídky). Mezi aktéry, jež snižují poptávku po drogách, patří především poradenské, výchovné, zdravotní a sociální služby, nebo nestátní neziskové organizace, jako je obecně prospěšná společnost (zkratka o.p.s.) Drop In. (Kalina, 2003, 1, s. 16 – 17). Jejich úkolem je snižovat poptávku po drogách, šířit drogové uvědomění, měnit normy a hodnoty tak, aby užívání drog nebylo žádoucí (tzn. demoralizace), oslovovat morální aspekty, jež představují vlastní život – sebeúctu – či odvalu řešit problémy, a také představit negaci i pozitivní alternativy užívání drog nejlépe na příkladech osobností. Snahou aktérů primární prevence by mělo být i porozumět motivaci, jež vede k užívání drog. K prevenci mohou aktéři používat prostředky jako metody psychologie, pedagogiky,

sociologie, veřejné politiky, reklamy, marketingu apod. (Kalina, 2003, 2, s. 276). Primární prevence se přitom zaměřuje na několik cílových skupin:

- „Obecná populace: představuje cílovou skupinu zejména v primární prevenci.
- Rizikové skupiny: označení určité skupiny (podle věku, profesí, zájmů atd.), která je negativním sociálním nebo zdravotním jevem ohrožena více než zbytek populace. V souvislosti s užíváním drog lze celou věkovou kategorii od 13. do 18. let považovat za rizikovou. Dále existují skupinová rizika profesí, sociální či etnická. Rizikové skupiny jsou cílovými skupinami ve specifické primární prevenci.
- Rizikovní jednotlivci: individuální riziko zvyšují zejména psychické problémy a poruchy, poruchy učení a chování, genetické predispozice, dysfunkční primární rodina. Rovněž děti, sourozence a partnery uživatelů lze pokládat za osoby se zvýšeným rizikem.
- Experimentátoři: nepřesné, ale i v odborné mluvě používané označení pro osobu, která drogy takzvaně „zkouší“: občasně a nepravidelně užívá různé drogy a typy drog a může, ale nemusí mít přitom problémy v jiných oblastech.
- Příležitostní a rekreační uživatelé: u této cílové skupiny se užívání drog již stalo součástí životního stylu, ale není častější než jednou za týden a jeho důsledkem není (nebo dosud není) vznik závislosti a dalších problémů. Typické je zejména u marihuany, LSD či extáze na tzv. parties.
- Pravidelní uživatelé: pravidelnost (tj. užívání častější než 1x týdně) obvykle implikuje již životní styl, ale jistý škodlivý účinek ve stupni závislém na užívané látce. Lze hovořit o „škodlivém užívání“ podle MKN – 10.
- Problémoví uživatelé: podle EMCDDA je problémové užívání definováno jako intravenózní užívání drog (IUD) a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu. Do pojmu „problémové užívání“ se nezahrnuje užívání extáze a konopí.
- Závislí: uživatelé splňující diagnostická kritéria syndromu závislosti – často, ale ne vždy jde zároveň o „problémové uživatele“. Pojem „toxikoman“ dnes již z odborné terminologie mizí.

- Rodina a partneři uživatelů: dnes již nezanedbatelná cílová skupina ve většině intervencí zejména v sekundární a terciální prevenci.“ (Kalina, 2003, 1, s. 17 – 18).

V současné době se primární prevence kromě uživatelů drog a rodin zaměřuje i na školní prostředí a výzkum, intermediátory (tzn., osoby ovlivňující druhé lidi), místní společenství a etnické menšiny. Efektivní primární prevence je v oblasti drogové problematiky zcela zásadní a je postavena na kombinaci mnohočetných strategií, jež působí na cílovou skupinu, na kontinuitě působení, propojenosti prevence lehkých a těžkých drog, podpoře zdravého životního stylu, včasném začátku preventivních aktivit především v předškolním věku, ale i adekvátnosti informací v preventivních programech. (Kalina, 2003, 2, s. 280). Autoři Průcha a Veteška (2012) doplňují, že *„poptávka po drogách může být snižována prostřednictvím preventivních a edukačních programů, které mají za cíl odvracet uživatele nebo potenciální uživatele od experimentování s ilegálními drogami a/nebo od jejich následného užívání.“* (Průcha, Veteška, 2012, s. 82). Tyto preventivní programy by měly vycházet z vhodných zásad preventivního působení, na které poukazuje Tabulka 5.

Tabulka 5 Vhodné a nevhodné přístupy v primární prevenci

| Vhodný přístup | Nevhodný přístup |
|---|--|
| Podpora sebedůvěry, aktivity a hodnotných zájmů | Odstrašování, triviální „prostě řekni ne“ |
| Kontinuální proces | Jednorázová akce |
| Zaměření na změnu postoje a chování | Zaměření pouze na poznatky |
| Živé (interakční) učení | Přednášková forma |
| Využívání směrodatných vzorů, pokud možno z blízkého okolí | Neosobnost, formalismus, využívání ex-userů nebo aktuálních uživatelů, stavění na „hvězdách“ |
| Otevřená, hodnotně moderovaná diskuse | Potlačování nebo „bezbřehost“ diskuse |
| Zapojení do života místní komunity | Vedení „shora“ a mimo místní kontext |
| Realizace navrhuje a řídí kvalifikovaní interdisciplinární odborníci v PP | Amaterismus realizátorů, náhodný výběr úzkých specialistů (lékaři, policisté) neškolených v PP |

Zdroj: (Kalina, 2003, 2, s. 282).

Důraz na preventivní programy je v České republice kladen především v oblasti školství, kdy jsou na školách uplatňovány různé preventivní programy zaměřené na rizikové chování zahrnující i užívání drog. Ministerstvo školství ČR pak v této souvislosti vydává řadu metodických pokynů určených zejména metodikům prevence škol. (Výroční zpráva, 2017, s. 8 - 9).

Na straně nabídky poté dochází k zastavení nebo omezení výroby a distribuce těch drog, jež jsou kontrolovány. V oblasti snižování nabídky drog působí činnost především policie a celních úřadů. Kromě nich působí i další orgány státní správy: kontrolní a správní úřady, justice i vězeňství. Cílovými skupinami jsou osoby, jež neoprávněně zachází s drogami a dopouštějí se tak trestních činů. Nejčastěji se jedná o samotné uživatele nebo dealery. Mezi základní opatření vedoucí ke snižování nabídky pak patří administrativní kontrola (zabraňuje úniku legálních drog používaných v medicíně jako léčiva či ve výzkumu, prekursorů a pomocných látek na nezákonný trh), a zákonná represe (snaží se eliminovat trestnou činnost v produkci, transitu a obchodu). (Kalina, 2003, 1, s. 16). Souhrn možností prevence na straně nabídky a poptávky ukazuje Tabulka 6.

Tabulka 6 Preventivní opatření na straně nabídky a straně poptávky

| Strana nabídky | Strana poptávky |
|---|---|
| Administrativní a kontrolní opatření | Primární prevence |
| Zákonná represe (policie, celníci, justice, vězeňství) | Sekundární prevence (poradenství a léčení) |
| Vymýcení produkce a rekonstrukce pěstitelských oblastí | Sociální rehabilitace Harm Reduction |

Zdroj dat: (Kalina, 2003, 1, s. 23). Vlastní zpracování.

Autor Kalina (2008) v této souvislosti doplňuje, že východiskem primární, sekundární i terciární prevence je bio-psycho-sociálně-spirituální model. Tento model slouží k pochopení člověka závislého na návykové látce jako komplexní/celistvé bytosti. Model totiž vychází z toho, že všechno souvisí se vším. Jeho průkopníkem byl americký psychiatr George Libman Engel. (Orel, 2012, s. 39 - 40). Bio-psycho-sociálně-spirituální model vychází z konceptu člověka, který je tvořen biologickými faktory, jež jsou

specifickým vkladem do jeho psychosociálního rozměru a jeho závislosti. (Kalina, 2008, s. 81). Pracuje nejenom s biologickými předpoklady (tj. tělo), ale i se sociálními předpoklady (tj. vztahy), psychologickými předpoklady (tj. duše), a spirituálními předpoklady (tj. duch). K tomu je ještě třeba přidat rozměr časový a prostorový, neboť se lidské události odehrávají v určitém čase, místě a kontextu. Pak lze teprve hovořit o komplexitě tohoto modelu. (Orel, Facová, 2009, s. 118). V případě primární prevence je třeba rozvíjet všechny tyto bio-psycho-sociálně-spirituální předpoklady tak, aby se docílilo odrazení potenciálního uživatele drogy ji užít. V případě sekundární prevence se léčba také komplexně zaměřuje na všechny předpoklady (tj. biologické, psychologické, sociální a spirituální). Snahou je zabránit rozvoji závislosti na droze. Převažujícím stylem práce je zde skupinová psychoterapie. V případě terciární prevence má pak nejzásadnější význam úroveň sociální a následně biologická. Je třeba pomoci se zabezpečením bydlení a základních sociálních aspektů života, ale i s péčí o zdraví. Svoji roli ovšem hraje i psychologická pomoc, která je součástí komplexu doléčovacích aktivit a dimenze spirituální mající význam zejména u nemocných chorobou AIDS a u umírajících. (Kalina II, 2008, s. 17 - 23). V rámci uplatňování bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu má péče interdisciplinární rozměr. Na tomto komplexním preventivním přístupu se totiž podílejí lékaři různých specializací, zdravotní a dietní sestry, sociální a rehabilitační pracovníci, psychiatři, psychologové, nebo duchovní. Svoji roli sehrávají i rodiny závislých osob, přátelé a dobrovolníci, nebo pracovníci Nízkoprahových kontaktních center. (Kupka, 2014, s. 26).

1.4 Nízkoprahová kontaktní centra

V České republice je okolo 100 nízkoprahových center. Dlouhodobě se tato forma pomoci věnuje především problémovým uživatelům pervitinu, ale také opiodů. (Výroční zpráva, 2017, s. 9). Autor Kalina (2015) uvádí, že nízkoprahová kontaktní centra jsou součástí nízkoprahových služeb, které doplňují i terénní programy. Jedná se o tzv. harm reduction služby. Tyto nízkoprahové služby jsou součástí systému péče o uživatele drog a jsou zakotveny v zákoně č. 379/2005 Sb. (tzv. protikuřácký zákon). V českých podmínkách se jedná o první zákon, který pojmenoval oblast nízkoprahových služeb. Kromě toho vymezuje nízkoprahové služby i zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,

který se zaměřuje na jejich sociální rozměr. V České republice jsou kromě základních nízkoprahových služeb, mezi které patří právě terénní programy a kontaktní centra, realizovány i specifické podprogramy. Jedná se například o výdejní/prodejní automaty na injekční a zdravotní materiál, nebo o výměnné programy. (Kalina, 2015, s. 280 - 282).

Nízkoprahová centra jsou v posledních letech novinkou v práci s uživateli drog. (Kotová, 2015, s. 55). Poskytují ambulantní případně i terénní péči osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. (Arnoldová, 2016, s. 44 - 45). Jejich cílem je snižovat rizika užívání drog, a proto nabízí podobné služby jako terénní programy, tedy kromě potravin i hygienický servis. Oproti terénním programům umožňují nízkoprahová kontaktní centra cílenější a dlouhodobější práci s klienty. (Matoušek, 2010, 215). Jsou dostupná místně i časově v daném regionu. Poskytují včasnou intervenci, poradenství, krizovou intervenci, zdravotní a sociální poradenství, a anonymní služby uživatelům návykových látek. Jejich filosofie vychází z humanistických přístupů orientovaných na člověka. (Kalina II, 2008, s. 372). Všechna nízkoprahová centra tedy poskytují podobné spektrum služeb, které není podmíněné abstinencí klienta, jak uvádí autor Kalina (II, 2008, s. 373). Zejména nabízí poradenskou technickou pomoc klientovi, výběr vhodné léčby, zprostředkování nástupu do léčby, ale i hygienický servis. (Matoušek, 2010, s. 215). Veškeré spektrum poskytovaných služeb lze shrnout do několika bodů: kontaktní práce, výměnný program, základní poradenství, základní zdravotní péče, poradenství pro rodinné příslušníky, poradenství motivační, krizová intervence, sociální práce, hygienický, potravinový a vitamínový servis. (Kalina II, 2008, s. 373 - 374). Toto spektrum služeb za posledních deset let zaznamenává znatelný nárůst. Nejvytíženější jsou přitom výměnné programy. (Viz Tabulka 7).

Tabulka 7 Vybrané výkony nízkoprahových programů v tis - za období let 2006 - 2016 v ČR

| Výkony | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Hygienický servis | 41,1 | 40,0 | 34,8 | 44,3 | 56,3 | 53,0 | 46,4 | 42,4 | 44,7 | 44,5 | 47,5 |
| Individuální poradenství | 21,9 | 24,1 | 21,0 | 27,8 | 37,6 | 30,8 | 34,0 | 27,4 | 30,9 | 29,0 | 30,6 |
| Krizová intervence | 1,8 | 1,6 | 1,1 | 1,3 | 1,3 | 0,7 | 0,5 | 0,5 | 0,6 | 0,7 | 0,5 |
| Potravinový servis | 97,6 | 94,1 | 87,8 | 108,8 | 107,7 | 100,7 | 94,3 | 100,2 | 97,7 | 86,3 | 93,0 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Skupinové poradenství | 1,5 | 1,0 | 1,1 | 1,3 | 1,3 | 0,7 | 0,5 | 0,5 | 0,6 | 0,7 | 0,5 |
| Výměnný program | 191,0 | 215,8 | 217,2 | 237,8 | 234,9 | 256,5 | 240,1 | 279,1 | 292,2 | 284,1 | 283,4 |
| Zdravotní ošetření | 10,5 | 9,4 | 7,7 | 10,2 | 9,7 | 9,5 | 9,2 | 10,8 | 11,7 | 11,9 | 12,0 |
| Celkem | 322,9 | 338,1 | 329,5 | 365,6 | 396,8 | 415,4 | 421,5 | 458,1 | 476,7 | 454,3 | 468,3 |

Zdroj: (Výroční zpráva, 2017, s. 179).

Výměnné programy jakožto nejvytíženější nízkoprahový program se snaží o aktivní zapojování uživatelů drog do výměny. „Programy bývají označovány jako *peerwork*, *indigentní terénní práce* či *externí terénní program*. Spolupráce je pro obě strany výhodná, *peerworker* má přirozený přístup do míst, kam běžně terénní pracovník nechodí (*squaty*, byty, návštěva míst v noci atd.), a může tak efektivně klasický terénní program doplňovat. *Peerworker* je cenným zdrojem informací a názorů k aktuálnímu dění na drogové scéně. Za odvedenou práci dostává odměnu a může s pomocí odborníků pracovat na stabilizaci svého stavu. Programy se řídí jasnou strukturou a pravidly a jsou považovány za nákladově efektivní, je tedy s podivem, že nejsou v ČR více využívány. Skutečnost pravděpodobně pramení z profesionální orientace služeb na rozdíl od zahraničí, kde uživatelé stáli u zrodu služeb a jsou v nich nadále aktivně účastni.“ (Kalina, 2015, s. 282).

Základním obecným cílem nízkoprahových center je minimalizovat zdravotní a sociální rizika u populace uživatelů drog, a tím chránit populaci, která není drogami zasažena, ale i motivovat závislé klienty ke změně životního stylu s výhledem abstinence. Kromě těchto základních a obecných cílů mají nízkoprahová kontaktní centra plnit podle autora Kaliny (II, 2008) i další specifické cíle:

- „Navázání kontaktu se skrytou populací uživatelů drog a vytvoření vzájemné důvěry mezi ní a pracovníky kontaktních center.
- Minimalizace rizikového chování.
- Prohloubení navázaného kontaktu zaměřujícího se především na změnu rizikových vzorců chování klientů (sdílení náčiní používaného k aplikaci drog, nechráněný sex atp.).

- Pomoc klientům získat, udržet a pokud možno posílit motivaci k dalšímu postupu v léčbě (směrem k abstinenci).
- Podpora klienta ke změně životního stylu.
- Příprava klientů na spolupráci s institucemi návazné léčebné péče, snaha o minimalizaci neúspěšných a nedokončených léčebných pobytů.
- Zajištění podmínek potřebných k „přežití“ (zabezpečení základního zdravotního, hygienického a potravinového servisu, pracovní programy atp.).
- Sociální stabilizace klientů.
- Pomoc v krizi.
- Pomoc rodinám či jiným blízkým osobám uživatelů.
- Zvýšení informovanosti a vzdělávání klientů.
- Zvýšení informovanosti odborné i laické veřejnosti.“ (Kalina II, 2008, s. 373).

Naplnování těchto cílů zabezpečují týmy nízkoprahových kontaktních center, které zpravidla tvoří sociální pracovníci, pedagogové, zdravotničtí pracovníci a psychologové. I když je u těchto pracovníků kladen důraz na jejich kompatibilní vzdělání, tak mnohem větší důraz je kladen na jejich osobnost, flexibilitu a schopnost výkonu této pomáhající profese. (Kalina II, 2008, s. 375).

Cílovou skupinu nízkoprahových center tvoří právě uživatelé návykových látek, kteří mají různou míru motivace ke změně a jsou v různém stadiu užívání. Cílovou skupinou těchto kontaktních center jsou ovšem i blízcí přátelé a rodina uživatelů drog, kteří potřebují podporu, nebo pomoc. (Kalina II, 2008, s. 373). Podle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016 bohužel objem cílové skupiny za posledních 10 let narostl o cca 1/3. Největší nárůst je přitom zaznamenán u uživatelů pervitinu. (Viz Tabulka 8).

Tabulka 8 Počet uživatelů návykových látek, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými programy v ČR (vývoj za roky 2016 - 2016).

| Primární droga | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Pervitin | 12 100 | 14 600 | 14 900 | 16 000 | 17 500 | 19 400 | 19 500 | 23 500 | 26 500 | 24 600 | 24 500 |
| Opioidy, z toho | 6 900 | 7 300 | 8 300 | 8 900 | 8 100 | 6 800 | 9 200 | 8 400 | 7 500 | 9 900 | 9 800 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| > heroin | 4 000 | 4 100 | 4 600 | 4 950 | 4 200 | 3 300 | 2 800 | 2 700 | 2 900 | 3 400 | 2 700 |
| > buprenorfin | 2 900 | 3 200 | 3 700 | 3 950 | 3 900 | 3 500 | 6 200 | 5 500 | 4 700 | 5 700 | 5 800 |
| > jiné opioidy | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 700 | 1200 |
| Konopné látky | 2 700 | 2 000 | 1 700 | 2 200 | 1 900 | 3 200 | 3 300 | 1 600 | 2 500 | 2 400 | 2 900 |
| Těkavé látky | 450 | 390 | 300 | 250 | 300 | 250 | 160 | 250 | 160 | 100 | 100 |
| Celkem uživatelů drog | 25 900 | 27 200 | 28 300 | 30 000 | 32 400 | 35 500 | 34 500 | 38 300 | 40 300 | 41 000 | 39 500 |
| Injekční uživatelé | 18 300 | 20 900 | 22 300 | 23 700 | 24 500 | 25 300 | 28 000 | 31 500 | 33 000 | 31 400 | 31 600 |
| Průměrný věk (roky) | 25,3 | 26,1 | 26,4 | 27,4 | 27 | 28,1 | 28,5 | 29,3 | 30,4 | 31,3 | 31,4 |

Zdroj: (Výroční zpráva, 2017, s. 178).

Jelikož jsou nízkoprahová centra dostupná napříč regiony, tak se samozřejmě jejich klientela liší v závislosti na daném regionu. (Kalina II, 2008, s. 373). Nejvíce kontaktních center je na území hlavního města Prahy a Ústeckého kraje, kde také poskytují největší objem výkonů. (Výroční zpráva, 2017, s. 144). (Viz Tabulka 9).

Tabulka 9 Objem výkonů nízkoprahových center v roce 2016 podle krajů ČR

| Kraj | Kontakty celkem | První kontakt | Výměnný program | Individuální poradenství | Krizová intervence | Zdravotní ošetření |
|-----------------|-----------------|---------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------------|
| Hl. m. Praha | 151 214 | 376 | 99 674 | 7 328 | 130 | 5 776 |
| Středočeský | 18 214 | 510 | 10 309 | 1 066 | 68 | 136 |
| Jihočeský | 30 418 | 1128 | 12 555 | 4 407 | 160 | 588 |
| Plzeňský | 18 494 | 546 | 9 739 | 1 164 | 194 | 216 |
| Karlovarský | 25 458 | 610 | 14 428 | 1166 | 33 | 195 |
| Ústecký | 87 785 | 1 775 | 63 153 | 2 443 | 177 | 1 176 |
| Liberecký | 17 259 | 505 | 11 721 | 445 | 22 | 65 |
| Královehradecký | 8 128 | 17 | 4 744 | 465 | 18 | 78 |
| Pardubický | 2 887 | 153 | 1 360 | 112 | 10 | 1 |
| Vysočina | 8 531 | 239 | 2 718 | 900 | 17 | 54 |
| Jihomoravský | 27 575 | 876 | 16 668 | 2 481 | 60 | 1 068 |
| Olomoucký | 21 492 | 733 | 10 976 | 4 929 | 153 | 2 376 |
| Zlínský | 13 404 | 369 | 5 688 | 1 326 | 82 | 149 |

| | | | | | | |
|-----------------|---------|-------|---------|--------|-------|--------|
| Moravskoslezský | 30 208 | 340 | 19 710 | 2 334 | 200 | 146 |
| Celkem ČR | 461 067 | 8 330 | 283 443 | 30 566 | 1 324 | 12 024 |

Zdroj: (Výroční zpráva, 2017, s. 179).

1.5 Dílčí závěr

V rámci teoretické části byla rozpracována drogová a závislostní problematika v České republice, včetně přehledu zákonných úprav v ČR a statistických dat dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016. Zvláštní pozornost byla věnována nízkoprahovým kontaktním centrům, která jsou součástí systému péče a služeb určenému uživatelům drog, neboť nízkoprahovým službám se věnuje nezisková organizace Drop In.

Základní nízkoprahové služby jsou v českých podmínkách nastaveny tak, aby mohly řešit aktuální situaci v daném místě, které je teritoriem konkrétního nízkoprahového centra. Jejich významnými tématy jsou problémoví uživatelé drog, mladí rekreační uživatelé především stimulačních drog a uživatelé drog na tanečních akcích, jak uvádí autor Kalina (2015, s. 283). Děti a mladiství jsou nejrizikovější skupinou uživatelů drog. (Sekot, 2010, s. 16). Drogy se bohužel stávají součástí experimentů adolescentů v různých sociálních skupinách, a je třeba tuto problematiku chápat jako kulturně-historicky podmíněný fenomén. (Stanoev, 2015, s. 15). Právě na uživatele drog, kteří se vyskytují na různých veřejných místech včetně tanečních klubů, domovů mládeže, učňovských zařízení, neobydlených domech apod., se zaměřují nízkoprahové služby (Matoušek, 2010, s. 217) a obecně prospěšná společnost Drop In.

2 Praktická část

2.1 Cíle a výzkumné otázky

Hlavním cílem práce je analyzovat současné programy neziskové organizace Drop In, o.p.s, a navrhnout doporučení pro jejich zlepšení.

Tento cíl je rozpracován do dvou dílčích cílů:

Dílčí cíl 1:

Popsat současné programy, poslání a cílové skupiny jednotlivých programů celého *Střediska pro prevenci a léčbu drogových závislostí Drop In, o.p.s.* a provést číselný rozbor jejich kapacitní vytiženosti v posledním roce 2017.

Dílčí cíl 2:

Zhodnotit přínos *Nízkoprahového střediska Drop In*, identifikovat možné problémové oblasti.

Výzkumným problémem je působení Nízkoprahového střediska, součásti Drop In.

V tomto poli vymezíme následující **3 výzkumné otázky**:

1. Jaká je vytiženost středisek Drop In v současnosti?
2. Jaký je přínos Nízkoprahového střediska Drop In v závislostním chování jeho klientů?
3. Jaké problematické oblasti se objevují ve fungování Nízkoprahového střediska?

2.2 Metodologický úvod (metodika výzkumné části)

Zde stanovíme postupy a prostředky použité k naplnění cílů a k zodpovězení výzkumných otázek.

První dílčí cíl bude plněn *deskriptivním postupem* - bude prezentováno poslání a cílové skupiny programů Drop In a vývoj počtu klientů na základě interních zdrojů o.p.s. Drop In.

Pro druhý dílčí cíl a relevantní výzkumné otázky použijeme *kvalitativní strategii, konkrétně design případové studie*. Vymezeným *případem* je pro náš výzkum fungování Nízkoprahového střediska - jedné ze součástí Drop In. Účelem případové studie bude zhodnotit fungování a přínos Nízkoprahového střediska Drop In v rámci závislostního

chování, celkový přínos pro společnost a identifikovat možné problémové oblasti, které by bylo vhodné zlepšit. Jelikož bude výzkumná pozornost zaměřena na detailní studium jednoho případu, kterým je fungování Nízkoprahového střediska Drop In, je vybrána právě případová studie jako způsob interpretace skutečnosti – vymezeného případu také z hlediska aktérů, tj. klientů a o čemž hovoří autor Hendl (2005, s. 104).

Jako *technika k získání dat* je použit *nestrukturovaný rozhovor* s vybranými klienty, uživateli návykových látek, dále interní materiály a výroční zprávy obecně prospěšné společnosti Drop In. Získané údaje budou zpracovány analýzou, komparací a syntézou.

Ke zpracování druhé a třetí výzkumné otázky je zvolen postup dle *případové studie*, která je kvalitativní metodou shromáždění, vyhodnocení a interpretace dat, jak uvádí autor Hendl (2008, s. 226). Případem v naší studii je Nízkoprahové středisko Drop In, jeho působení. Studie zahrnuje popis nízkoprahových služeb, které poskytuje Nízkoprahové středisko Drop In, představení pracovního týmu nízkoprahového kontaktního centra Drop In a analýzu počtu klientů a výkonů centra za posledních pět let (tj. roky 2013 - 2017). Dále případová studie bude zahrnovat dvě kazuistiky a vyvozené závěry. Je zvolen typ deskriptivní případové studie, o které pojednává autor Hendl (2005, s. 110). Deskriptivní typ případové studie umožňuje kompletní popis případu včetně získání závěrů. Případová studie zahrnuje 5 částí: popis nízkoprahových služeb Drop In, představení pracovního týmu, analýzu počtu klientů a výkonů, kazuistiky dvou klientů a vypracované závěry. (Viz Obrázek 3).

Obrázek 3 Obsah a struktura případové studie



Zdroj: Vlastní zpracování.

Kazuistiky, jakožto součást případové studie, budou zkoumat životní příběhy osob závislých na drogách. Cílem kazuistik je pomoci zodpovědět výzkumnou otázku: Jaký je

přínos Nízkoprahového střediska obecně prospěšné společnosti Drop In v závislostním chování jejích klientů? Kazuistiky jsou vybrány také z toho důvodu, že v praxi Nízkoprahového střediska Drop In mají svůj význam a místo, a středisko je zpracovává v každoročních výročních zprávách. Kromě toho mají využití pro další praxi, ale také slouží k tvorbě nových doporučení, nebo dokonce i nových hypotéz. Kazuistiky mají i využití ve výuce, jak zmiňuje autorka Kutnohorská (2009). Kromě toho umožňují zdůraznit komplexnost životních příběhů závislých osob a jejich rodin. (Kutnohorská, 2009, s. 77 - 78).

Volba vzorku: ke zpracování kazuistik jsou vybrány dva životní příběhy současného i minulého uživatele drog, který je nebo v minulosti byl zároveň klientem Nízkoprahového střediska Drop In. Tito uživatelé drog jsou pro potřeby kazuistik z důvodu zachování anonymity označeni fiktivním jménem

- Kazuistika č. 1 - pan František
- Kazuistika č. 2 - bratři pan Adam a Miloš

Tyto dva životní příběhy jsou vybrány z toho důvodu, že tyto klienti dobře reprezentují zkoumaný případ. Jsou také mými známými, a tak mohu lépe poskytnout vhled do jejich příběhů. Z důvodu osobní známosti přistoupili tito dva klienti na uskutečnění nestrukturovaného rozhovoru pro účely studie. Informace potřebné ke zpracování kazuistik byly tedy získány přímo od klientů a opatřeny informovaným souhlasem, a dále od Nízkoprahového střediska Drop In. Každý z obou uživatelů drog byl podroben nestrukturovanému rozhovoru trvajícím okolo 15 až 20 minut. Jeho cílem bylo získat potřebné informace ke zpracování anamnézy a názorů na Nízkoprahové středisko a jeho přístup k řešení závislostního chování klientů.

K tvorbě dvou vybraných *kazuistik* bude přistupováno v souladu s metodologickými doporučeními vybraných autorů - zejména autorky Kutnohorské (2009), ale i autorů Bártlové, Sadílka, a Tóthové (2005). Na podkladě metodologických východisek těchto vybraných autorů budou kazuistiky zpracovány strukturovanou formou, která umožní zdůraznit komplexnost životních příběhů, a historické i jiné souvislosti života vybraných osob užívajících návykové látky. (Kutnohorská, 2009, s. 77). Kazuistiku lze definovat jako „*souhrnný popis konkrétního případu/nemoci s údaji o začátku, vývoji a*

průběhu, případně informací, které by mohly tento vývoj či současný stav ovlivnit.“ (Jarošová, Zeleníková, 2014, s. 113). Umožňuje popis např. určitého onemocnění nebo stupně závislosti, který má často poučný a zajímavý charakter. Je důležitá pro poznání situace, okolností a nemoci, a pro vyvození závěrů, poučení nebo formulaci námětů na zlepšení řešení stejných potíží ostatních pacientů. Kazuistika je tedy často používána pro účely návrhu řešení problému nebo zlepšení léčby, což je případem této práce. (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005, s. 61 - 62). Tvorba dvou vybraných kazuistik zaměřujících se na uživatele návykových látek jakožto minulé i současné klienty neziskové organizace Drop In, je učiněna provedena dle struktury kazuistik autorky Kutnohorské (2009):

- Anamnéza - při anamnéze budou dodrženy náležitosti týkající se uvádění podrobných údajů popisujících „status quo“, a uvádění informací osobního charakteru. Kromě toho bude od uživatelů kazuistiky drog získán informovaný souhlas, ale zároveň bude při zpracování kazuistik dodržena jejich anonymita. V anamnéze budou uváděny jen relevantní údaje nejenom od pacienta, ale i z dalších relevantních zdrojů informací.
- Katamnéza - bude představovat popis dle několika zásad:
 - Zásada č. 1: Vymezen bude konkrétní příběh uživatele drog včetně jeho historie.
 - Zásada č. 2: Popis bude zpracován s ohledem na časovou a logickou posloupnost událostí nebo průběhu případu.
 - Zásada č. 3 - Popis bude doplněn o citace a výroky zkoumaného uživatele drog.
- Analýza - bude obsahovat rozbor případu a zdůvodnění pravdivosti jednotlivých skutečností.
- Interpretace - bude interpretovat kazuistiku uživatele drog a využívat přitom ošetrovateľské diagnózy a teoretických vědomostí k danému případu.
- Diskuse - bude obsahovat jak zhodnocení kazuistiky, tak i vyvození důsledků.
- Závěr - v závěrečné části každé kazuistiky budou formulovány návrhy na řešení zjištěných problémů, bude učiněno porovnání s již existujícími výsledky (pokud jsou dostupné), a zhodnocení role Nízkoprahového střediska obecně prospěšné společnosti Drop In. (Kutnohorská, 2009, s. 79).

Obrázek 4 Obsah a struktura kazuistik



Zdroj: Vlastní zpracování.

2.3 Obecně prospěšná společnost Drop In

Obecně prospěšná společnost Drop In je Střediskem pro prevenci a léčbu drogových závislostí. Posláním této organizace je poskytovat zdravotní a sociální služby cílovým skupinám. Mezi okruh cílových skupin přitom patří uživatelé nealkoholových drog, jejich rodiny a blízcí. Ke drogové problematice přistupuje tato organizace v souladu s její celkovou filozofií: Respekt k uživatelům a vnímavost k jejich potřebám. (Drop In, online).

Obecně prospěšná společnost Drop In je neziskovou organizací sídlící v Praze ve Starém Městě na ulici Karolíny Světlé 286/18. Tato nezisková organizace byla založena v roce 1991, a řídí se zákonem 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech („zákon o o.p.s.“), i když tato právní úprava byla novým občanským zákoníkem č. 89/2012 Sb., zrušena. Dle nového občanského zákoníku poté patří nezisková organizace Drop In mezi ústavy. (Drop In, online).

2.3.1 Historie

Ke vzniku neziskové organizace Drop In došlo v roce 1991 na základě iniciativy zakládajících členů k založení nadace Drop In, která jako první začala v České republice prosazovat pragmatický pohled na řešení drogové problematiky. O rok později došlo k otevření prvního nestátního zdravotnického zařízení pro potřeby uživatelů drog a jejich rodin. Středisko Drop In začalo být koncipováno jako nízkoprahové, tedy s co nejmenším vstupním prahem pro uživatele drog. Je třeba podotknout, že středisko vzniklo na základě transformace státního střediska po drogové závislosti, jež pracovalo od roku 1971. V roce 1993 došlo k zahájení prvního programu substituční léčby v České republice a program zaměřený na tuto léčbu probíhal i ve středisku Drop In a to formou podávání Diolanu.

Dalším milníkem v historii této neziskové organizace byl rok 1996, kdy po dlouhých přípravách byl otevřen program Streetwork. Tento program začal poskytovat služby přímo v přirozeném prostředí, kde se uživatelé drog vyskytovali. Tento projekt byl jakousi prodlouženou rukou střediska a tím zabezpečoval větší dostupnost služeb pro uživatele drog. O rok později - tj. v roce 1997, byl otevřen program mobilní street. Jednalo se o aktivitu, která se soustřeďovala na nabízení svých služeb nejen v centru Prahy, ale i v jiných částech hlavního města Prahy, i mimo ně, kde se vyskytovala koncentrace uživatelů drog. Poměrně produktivním rokem v historii neziskové organizace Drop In byl rok 1999. V tomto roce došlo k otevření programu Centra následné péče, které nabízelo služby bývalým uživatelům drog, kteří již absolvovali základní typ léčby. Program byl koncipován jako ambulantní. Kromě tohoto došlo v roce 1999 k transformaci nadace Drop In na Drop In o.p.s. Došlo k převodu všech existujících programů a začal být připravován projekt střediska metadonové substituce. V roce 1999 tedy nezisková organizace Drop In provozovala čtyři typy programů: Středisko Drop In, Mobil Street, Streetwork a Centrum následné péče. (Drop In, 1999, s. 4 - 5). V současné době se přitom jedná až o cca devět programů. V následující tabulce jsou seřazeny důležité milníky této neziskové organizace. (Viz Tabulka 10).

Tabulka 10 Historie Střediska pro prevenci a léčbu drogových závislostí Drop In

| Rok | Událost |
|-------------|---|
| 1991 | Založení Nadace Drop In |
| 1992 | Otevření Nízkoprahového střediska |
| 1993 | Zahájení prvního programu substituční léčby střediskem Drop In v ČR |
| 1996 | Otevření programu Streetwork |
| 1997 | Otevření programu Mobilní street |
| 1999 | Otevření programu Centra následné péče |
| 1999 | Zřízení Drop In o.p.s. |
| 2000 - 2017 | Postupné otevírání dalších programů (např. Centrum pro rodinu) |
| 2017 | Otevření Adiktologického centra Drop in o.p.s.+ programu metadonové substituce, AT ambulance a Centra primární prevence |

Zdroj: Vlastní zpracování.

2.3.2 Současné služby

Podle poslední dostupné Výroční zprávy Drop In poskytovala tato nezisková organizace v roce 2017 služby zaměřené na poskytnutí první pomoci, stabilizační služby a doléčovací služby (Viz Obrázek 5):

- Služby zaměřené na poskytnutí první pomoci:
 - Nízkoprahové středisko Drop In
 - Terénní program sociálních asistentů Drop In
- Stabilizační služby:
 - Centrum metadonové substituce I, II, III Drop In
 - Adiktologická ambulance Praha 12
 - Centrum pro rodinu - integrace rodiny, ambulantní léčba
- Doléčovací služby:
 - Centrum následné péče Drop In
- Další služby:
 - Centrum primární prevence Drop In
 - AT ambulance
 - Tvoje šance (Drop In, 2017, s. 1 - 32).

Obrázek 5 Portfolio služeb Střediska pro prevenci a léčbu drogových závislostí Drop In



Zdroj: Vlastní zpracování.

2.4 Charakteristiky jednotlivých programů Drop In

2.4.1 Terénní program sociálních asistentů Drop In

Posláním terénního programu je snižovat zdravotní a sociální rizika u uživatelů návykových látek starších 15 let a motivovat je ke řešení jejich problémů. Svou činností také zmenšuje důsledky způsobené společností podle principu Harm Reduction (tzn. snižování škod při přijetí svobodného rozhodnutí jednotlivce) a Public Health (tzn. veřejné zdraví). Jde o nízkoprahovou službu, která se zaměřuje na kontakt s uživateli nelegálních návykových látek na otevřené a uzavřené drogové scéně na území hlavního města Prahy, sedm dní v týdnu. Terénní program má v organizaci Drop In na starosti tým pracovníků, kteří zejména v odpoledních hodinách všedních dnů, během víkendů a občas i po nocích nabízí ve zmapovaných lokalitách, kde se vyskytují potenciální uživatelé drog, ale i rizikový materiál, terénní služby. Cílovou skupinou terénního programu sociálních asistentů jsou osoby ohrožené závislostí nebo lidé závislí na návykových látkách; problémoví (především injekční) uživatelé nelegálních drog na území hlavního města Prahy starší 15 let; osoby, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy; mladiství, rekreační uživatelé nelegálních drog, návštěvníci open air akcí a festivalů. (Drop In, 2017, s. 8 - 9). V posledním roce 2017 se přitom terénního programu zúčastnilo okolo 2 966 klientů. (Viz Tabulka 11).

Tabulka 11 Počet klientů a výkonů terénního programu Drop In v roce 2017

| | 2017 |
|--------------------------------------|---------|
| Celkový počet klientů | 2 966 |
| • Z toho problémových uživatelů drog | 1 640 |
| • Z toho osob na festivalech | 1 895 |
| Výkony | |
| • Počet výkonů | 50 021 |
| • Počet přijatých stříkaček | 232 675 |
| • Počet vydaných stříkaček | 240 632 |
| • Počet nalezených stříkaček | 4 150 |

Zdroj: (Vlastní zpracování dle Výroční zprávy Drop In za rok 2017).

2.4.2 Centrum metadonové substituce I, II, III Drop In

Centrum metadonové substituce je rozdělné na nízkoprahové centrum metadonové substituce Na Bulovce (CMS O), středněprahové centrum metadonové substituce Praha (CMS II), a vysokoprahové centrum metadonové substituce Nemocnice milosrdných sester (CMS III). Posláním Centra metadonové substituce je umožnit jeho klientům žít efektivně a naplňujícím způsobem svůj život a plně se integrovat do společnosti, a to i v případě, kdy nelze docílit abstinence. Právem každého klienta je svobodně se rozhodnout pro tento typ léčby, případně využít substitučního programu ke snížení rizik spojených s užíváním opiátů tam, kde již nelze docílit abstinence. V tomto nově otevřeném centru se pracovníci zaměřují na cílovou skupinu uživatelů nelegálních návykových látek opiátového charakteru, kteří dosáhli věkového limitu minimálně 16 let (nutný souhlas zákonného zástupce) nebo jsou ve věku od 18 let výše; a na klienty s dlouhodobou a hlubokou závislostí na opiátech, kterým se nedaří změna životního stylu, těhotné uživatelky a matky uživatelky závislé na opiátech. (Drop In, 2017, s. 16 - 17). Kapacita programů CMS I až CMS III byla v roce 2017 okolo 255 klientů. (Viz Tabulka 12).

Tabulka 12 Počet klientů a výkonů Centra metadonové substituce Drop In v roce 2017

| | 2017 | | |
|---|--------|--------|---------|
| | CMS I | CMS II | CMS III |
| Celkový počet klientů | 135 | 80 | 40 |
| • Délka programů (ve dnech) | 357 | 238 | 320 |
| Výkony | | | |
| • Počet kontaktů | 190 | 111 | 51 |
| • Počet výkonů | 31 223 | 8 907 | 2 679 |
| • Počet klientů substituovaných metadonem | 174 | 99 | 49 |
| • Počet klientů substituovaných BUP | 16 | 12 | 2 |

Zdroj: (Vlastní zpracování dle Výroční zprávy Drop In za rok 2017).

2.4.3 Adiktologická ambulance Praha 12

Posláním Adiktologické ambulance je pomoc a snižování dopadu rizikového chování u osob, které mají problémy s návykovým chováním (nelátkové závislosti, závislosti na lécích a legálních látkách, gambling, závislost na sociálních sítích). Služby ambulance jsou určeny třem cílovým skupinám: uživatelé nelegálních návykových látek, alkoholu a léku; hazardní hráči; klienti se závislostí na sociálních sítích a dalšími

nelátkovými závislostmi. (Drop In, 2017, s. 20 - 21). V posledním roce 2017 navštívilo Adiktologickou ambulanci okolo 158 klientů. (Viz Tabulka 13).

Tabulka 13 Počet klientů a výkonů Adiktologické ambulance Drop In v roce 2017

| | 2017 |
|--|-------|
| Celkový počet klientů (program Ambulantní léčby) | 158 |
| Data | |
| • Počet kontaktů | 1 893 |
| • Počet nových klientů | 22 |
| • Průměrná délka kontaktu klienta (ve dnech) | 82 |
| • Průměrný věk klientů | 35 |
| Výkony | |
| • Počet výkonů s klienty v přímé péči | 2 571 |

Zdroj: (Vlastní zpracování dle Výroční zprávy Drop In za rok 2017).

2.4.4 Centrum pro rodinu

Centrum pro rodinu se věnuje integraci rodiny a poskytuje ambulantní léčbu. Jejím posláním je pomoci matkám a všem zájemcům o péči, kteří jsou ohroženi návykovou látkou, najít vhodné řešení jejich situace. Umožnit jejich dětem, aby mohly vyrůstat ve své biologické rodině, pomoci při prosazování jejich oprávněných zájmů a umožnit všem osobám užívajícím návykové látky nebo jejich blízkým nalézt nejlepší možné řešení vedoucí ke změně jejich problémové situace, zejména k abstinenci. Z toho vyplývá, že cílovou skupinou centra jsou matky užívající návykové látky, jejich děti a další osoby ohrožené závislostním chováním. (Drop In, 2017, s. 24 - 25).

Tabulka 14 Počet klientů a výkonů Centra pro rodinu Drop In v roce 2017

| | 2017 |
|---|-------|
| Celkový počet klientů | 174 |
| • Z toho uživatelů návykových látek | 90 |
| • Dalších klientů | 84 |
| Výkony | |
| • Celkem | 6 603 |
| • Počet výkonů individuálního poradenství a psychoterapie | 1 196 |
| • Počet výkonů skupinového poradenství a psychoterapie | 157 |
| • Počet vstupních a kontrolních zhodnocení stavu klienta | 169 |

Zdroj: (Vlastní zpracování dle Výroční zprávy Drop In za rok 2017).

2.4.5 Centrum následné péče Drop In

Posláním Centra následné péče (CNP) je pomáhat bývalým uživatelům návykových látek, patologickým hráčům a jejich rodinným příslušníkům v hledání a udržení naplněného života bez návratu k minulému rizikovému chování. CNP usiluje o takovou práci s klienty, která umožní, aby se zkušenosti a rizikové návyky získané v předchozí etapě života staly minulostí pozitivně využitou pro další existenci. Své služby – ambulantní léčbu a doléčování s využitím individuální a skupinové psychoterapie – nabízí pracovníci klientům žijícím, pracujícím a studujícím na území Prahy a Středočeského kraje. Od založení projektu v roce 1999 nedošlo ke změně prioritní populace, které nabízí CNP své služby. Dominantní populací využívající tyto služby jsou bývalí uživatelé návykových látek a patologičtí hráči; rodiče, sourozenci, partneři uživatelů návykových látek. (Drop In, 2017, s. 12 - 13). V posledním roce 2017 pomohlo Centrum následné péče okolo 131 klientům, převážně uživatelům návykových látek. (Viz Tabulka 15).

Tabulka 15 Počet klientů a výkonů Centra následné péče Drop In v roce 2017

| | 2017 |
|--|-------|
| Celkový počet klientů | 131 |
| • Z toho uživatelů návykových látek | 88 |
| • Dalších klientů | 43 |
| Výkony | |
| • Počet osob v individuálním poradenství | 131 |
| • Počet individuálních sezení | 3 551 |
| • Počet osob ve skupinovém poradenství | 17 |
| • Počet skupinových setkání | 141 |

Zdroj: (Vlastní zpracování dle Výroční zprávy Drop In za rok 2017).

2.4.6 Centrum primární prevence Drop In

Centrum primární prevence je novým programem neziskové organizace Drop In. Jeho posláním je předcházení rizikovému chování, zamezení jeho šíření, případně minimalizace jeho důsledků. Centrum primární prevence se zaměřuje na primární a sekundární cílovou skupinu klientů. Mezi primární cílovou skupinu centra patří děti a mládež převážně ze škol na Praze 12 (lekce primární prevence), a odborná veřejnost (školení, přednášky). Naopak mezi sekundární cílovou skupinu patří doprovodné osoby

třídního kolektivu (třídní učitelé, popř. jiní pedagogové). (Drop In, 2017, s. 30). V roce 2017 se tímto programem podařilo oslovit celkem 9 tříd základních škol. (Viz Tabulka 16).

Tabulka 16 Počet oslovených klientů programem primární prevence Drop In v roce 2017

| | 2017 |
|--|------|
| Celkový počet tříd | 9 |
| Celkový počet dětských účastníků přednášek | 225 |
| Celkový počet přednášek pro veřejnost | 5 |

Zdroj: (Vlastní zpracování dle Výroční zprávy Drop In za rok 2017).

2.4.7 AT ambulance

Posláním AT ambulance je pomoc a snížení dopadu rizikového chování u osob, které mají problémy s užíváním alkoholu. Proto se tato ambulance zaměřuje na klienty se závislostí na alkoholu a na jejich blízké a rodinné příslušníky. (Drop In, 2017, s. 22). V posledním roce 2017 navštívilo AT ambulanci okolo 29 klientů. (Viz Tabulka 17).

Tabulka 17 Počet klientů a výkonů AT ambulance Drop In v roce 2017

| | 2017 |
|------------------------------------|------|
| Celkový počet klientů | 38 |
| • Doba kontaktů klientů (ve dnech) | 62 |
| • Průměrný věk klientů (v letech) | 41 |

Zdroj: (Vlastní zpracování dle Výroční zprávy Drop In za rok 2017).

2.4.8 Tvoje šance

Tvoje šance je projektem zaměřeným na poskytování individuálního poradenství. Posláním služby je umožnit plynulý přechod na otevřený trh práce klientům se závislostí na návykových látkách, kteří dlouhodobě podstupují substituční léčbu nebo docházejí do ambulantních programů. U klientů v substitučních programech se jedná většinou o diagnózu polymorfní závislosti na návykových látkách s dlouholetou preferencí opiátu. Klienti jsou těžko uplatnitelní na otevřeném trhu práce především z důvodu sociálního vyloučení, nedostatku pracovních zkušeností a zdravotních komplikací. Cílovou skupinu tvoří lidé s diagnózou závislosti na návykových látkách, případně s přidruženou psychiatrickou – duální diagnózou, kteří dlouhodobě podstupují substituční léčbu nebo dochází do ambulantních doléčovacích programů. (Drop In, 2017, s. 26 - 27). V roce 2017 se tohoto programu zúčastnilo celkem 39 klientů. (Viz Tabulka 18).

Tabulka 18 Počet klientů programu Tvoje šance Drop In v roce 2017

| | 2017 |
|-------------------------------------|------|
| Celkový počet klientů | 39 |
| • Z toho uživatelů návykových látek | 39 |
| • Z toho individuálních poradenství | 39 |
| • Z toho klientů Job Klubu | 39 |
| • Z toho klientů Zahrady | 39 |
| | 10 |

Zdroj: (Vlastní zpracování dle Výroční zprávy Drop In za rok 2017).

2.5 Případová studie Nízkoprahového střediska

Případem zkoumaným v této studii je fungování jedné ze součástí Drop In, Nízkoprahového střediska, přínosů jeho působení a identifikace případných problémů.

2.5.1 Služby Nízkoprahového střediska Drop In

Nízkoprahové středisko Drop In je dostupné na ulici Karolíny Světlé 18, v Praze 1. Nízkoprahové služby, které poskytuje, vycházejí z poslání Nízkoprahového střediska. Posláním nízkoprahových služeb je snižování škod na zdraví a sociálních vztazích osob užívajících návykové látky a vytváření podmínek pro jejich plnější a zdravější život. Nízkoprahové středisko se o naplnění svého poslání snaží výdejem materiálu pro bezpečnější aplikaci drog, ale i poradenstvím. Poradenství je poskytované v prostředí nízkoprahového kontaktního centra jak samotným uživatelům nelegálních návykových látek, tak i jejich blízkým. Cílovou skupinou Nízkoprahového střediska jsou tedy uživatelé nelegálních návykových látek a jejich blízcí. (Drop In, 2017, s. 4 - 5).

Nízkoprahové středisko Drop In je poskytovatelem nízkoprahových služeb, jež jsou doplněné například o terénní program, Centrum následné péče nebo program Tvoje šance. Nízkoprahové služby jsou v Drop In nabízeny bezplatně a s ohledem na zachování soukromí, v souladu s humanistickým přístupem ke člověku. (Drop In II, online). Jsou součástí celého systému péče o uživatele drog. Kromě provozu nízkoprahového kontaktního centra a terénního programu nabízí Drop In i výměnu injekčního materiálu. Tyto služby nejsou podmíněné abstinencí klienta, ale snahou je, aby se klienti dostali do abstinenci nebo substituční léčby. Lze zhodnotit, že nejvytíženější nízkoprahovou službou Drop In je výměna stříkaček, neboť středisko vyměňuje použité injekční stříkačky za sterilní v poměru 1:1, vydává pomůcky pro bezpečnější injekční aplikaci, vydává vitamíny,

kondomy, čaje a polévky (zpravidla do 12 hodin). V kontaktních místnostech nabízí Nízkoprahové středisko osobní konzultace pro experimentátory, uživatele drog, rodiče a blízké osoby, ale i konzultace pro zdravotníky, pedagogy, sociální pracovníky, pro ostatní odbornou a laickou veřejnost. Mimo osobní a odborné konzultace nabízí Nízkoprahové středisko Drop In i konzultace po telefonu. Mezi další služby patří:

- Možnost písemného doporučení (k lékaři, detoxifikaci a léčeben).
- Vstupní filtr do substitučního programu.
- Drobná zdravotní ošetření.
- Poskytování kontaktů na různé instituce (PMS, soudy, sociální kurátory...), včetně umožnění telefonátu.
- Odborné sociální poradenství (poskytování kontaktů a pomoc při hledání ubytování a práce). (Drop In II, online).

2.5.2 Tým Nízkoprahového střediska Drop In

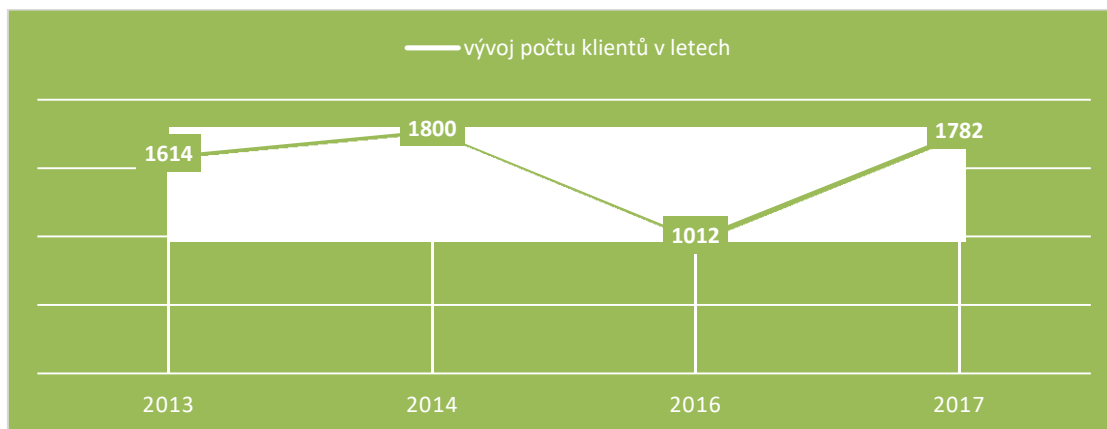
Pracovní tým Nízkoprahového střediska tvoří okolo 6 až 8 pracovníků, kteří zastávají pracovní pozice, mezi které patří například vedoucí střediska, zástupce vedoucího, terapeut, sociální a kontaktní pracovník, koordinátor sociálních služeb, dluhový poradce, koordinátor stáží, kontaktní pracovník, zdravotní sestra, adiktolog, psycholog, teolog, či spirituální poradce. Řada pracovníků ze současného týmu vykonává hned několik těchto funkcí najednou, což bývá u poskytování nízkoprahových služeb často běžnou záležitostí. Co se týká vzdělání, tak řada z pracovníků má vyšší odborné vzdělání, nebo vzdělání v bakalářském či magisterském stupni s orientací na sociální práci, terapeutickou a psychologickou práci, nebo s orientací na zdravotní služby. Snahou týmu Nízkoprahového střediska Drop In je trvale zvyšovat kvalitu a profesionalitu poskytovaných nízkoprahových služeb. Bohužel rozvoj nebo rozšiřování těchto služeb je složité vzhledem k finanční, ale i společenské situaci v oblasti drogových služeb. I když má Nízkoprahové středisko Drop In řadu sponzorů a podporovatelů (například Nadace České spořitelny), tak finanční investice do rozvoje a vzdělávacích programů pracovníků jsou omezené. (Drop In, 2013, s. 9 - 10). Na druhou stranu se snaží o adaptaci nových pracovních sil, a proto nabízí možnost krátkodobé a dlouhodobé stáže pro studenty. (Drop In II, online).

Tým Nízkoprahového střediska Drop In je svým klientům k dispozici od pondělí do čtvrtka v časovém rozmezí 9:00 hodin až 17:30 hodin. V pátky je pak Nízkoprahové středisko v provozu od 9:00 hodin do 16:00 hodin. Kromě toho funguje poradenská telefonní linka (222 221 431), přičemž mimo otevírací dobu bývá na záznamníku uváděn kontakt na jednoho pracovníka z týmu střediska. (Drop In II, online).

2.5.3 Klienti Nízkoprahového střediska Drop In

Mezi klienty Nízkoprahového střediska Drop In patří uživatelé nelegálních návykových látek a jejich blízcí. Jedná se o osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách, osoby ohrožené rizikovým životem souvisejícím s užíváním návykových látek a osoby jim blízké. Vývoj počtu klientů je za posledních pět let (2013 - 2017) relativně stálý, i když v roce 2016 byl zaznamenán menší pokles, bohužel bez prokazatelného vysvětlení. Nutné podotknout, že v meziročním srovnání chybí data za rok 2015, které nezisková organizace Drop In nemá dostupná. (Viz Graf 1).

Graf 1 Počet klientů v meziročním srovnání (2013 - 2017)



Zdroj: (Vlastní zpracování dle Výročních zpráv Drop In za roky 2013 - 2017).

Převážnou část klientů Nízkoprahového střediska Drop In tvoří uživatelé návykových látek. V roce 2017 se jednalo o 97% klientů jakožto uživatelů návykových látek a 3% klientů jakožto osob blízkých uživatelům návykových látek. (Viz Tabulka 19). Z Tabulky 19 je dále patrné, že oproti analyzovanému roku 2013, kdy bylo vyměněno až 230 000 stříkaček, došlo k výraznému snížení počtu této výměny jen na několik tisíc - 9 063 v roce 2017. Jedná se o největší a nejzřetelnější změnu za posledních pět let v poskytovaných službách a jejich vytíženosti. Jedním z důvodů této změny může být větší

zaměření organizace na prevenci a následnou léčbu drogové závislosti - např. provoz metadonové substituce, AT ambulance apod.

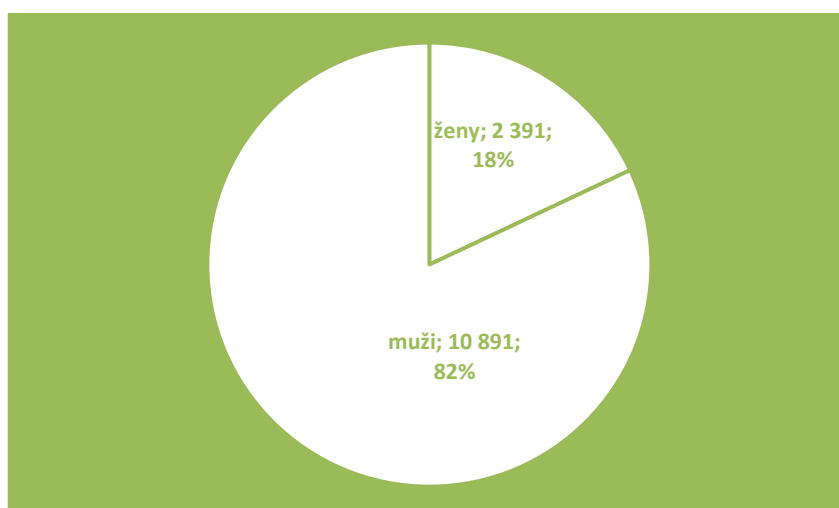
Tabulka 19 Počet klientů a výkonů Nízkoprahového střediska Drop In v letech 2013 - 2017

| | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| Celkový počet klientů | 1 782 | 1 012 | - | 1 800 | 1 614 |
| • Z toho uživatelů návykových látek | 1 725 | - | - | 1 700 | 1 500 |
| • Z toho dalších klientů | 57 | - | - | 100 | 114 |
| Výkony | | | | | |
| • Počet výměn | 9 063 | 8 313 | - | - | 230 000 |
| • Počet kontaktů | 14 322 | 13 282 | 12 823 | 15 636 | 21 376 |
| • Počet konzultací | - | 548 | 582 | 399 | 400 |
| • Počet zdravotních ošetření | - | 1 979 | 2 113 | 1 798 | 2 000 |
| • Počet přijatých stříkaček | 141 135 | 140 660 | 175 015 | 230 782 | - |
| • Počet vydaných stříkaček | 140 418 | 139 696 | 172 400 | 198 718 | - |
| • Počet odeslaných do abstinenční léčby | - | 9 | 8 | 7 | 15 |
| • Počet odeslaných do substituční léčby | - | 23 | 17 | 27 | 7 |

Zdroj: (Vlastní zpracování dle Výročních zpráv Drop In za roky 2013 - 2017).

Služby Nízkoprahového střediska Drop In více využívají muži než ženy, a to o 8 590 mužů více než žen - data za rok 2016. Muži tedy tvoří v průměru 82% klientely, kdežto ženy jen 18% klientely Nízkoprahového střediska Drop In. (Viz Graf 2).

Graf 2 Podíl žen a mužů jakožto klientů Nízkoprahového střediska Drop In v roce 2016



Zdroj: (Vlastní zpracování dle Výroční zprávy Drop In za rok 2016).

2.5.4 Kazuistiky klientů

Kazuistika č. 1

Anamnéza

Pak František - věk 35 let, introvert, střední výšky okolo 170 cm, váha okolo 85kg. František v současnosti užívá metadon v rámci substitučního programu. Žije s partnerkou v pronajatém bytě, a vychovává s ní holčičku, kterou má z prvního vztahu. Se svými rodiči neudrží vztahy, protože ho matka v jeho 17ti-letech vyhodila z domu. Otce již nemá. Pracuje jako údržbář parku. Nemá žádné zdravotní potíže nebo komplikace. Je léčen u klinického psychologa.

Katamnéza

Pan František od dětství vyrůstal se svojí matkou bez otce. Jeho matka měla během Františkova dětství několik partnerů. Proto bylo Františkovo dětství poněkud krušné, neboť se trvale musel adaptovat na nového a nového otčíma. Matka (kuřačka) se svými partnery často popíjela alkohol, a na výchovu Františka jí nezbývalo moc času. František se proto často sám potuloval po sídlišti a chybějící rodinu našel ve svých kamarádech. Jeho intelektuální i psychosociální vývoj byl opožděným, a proto navštěvoval pedagogicko-psychologickou poradnu od svých 10 do 16 let. V dětství byl zcela zdrav a kromě běžných dětských nemocí neprodělal žádné operace nebo vážnější choroby. Navštěvoval běžnou devítiletou školu a poté se vyučil truhlářem. Na učilišti začal kouřit tabák, i marihuanu. S rozvojem vlastní osobnosti začaly v domácím prostředí nastávat častější hádky mezi Františkem a jeho matkou - kvůli příteli jeho matky, se kterým František nevycházal. Když Františka matka v 17ti-letech vyhodila z domu, začal se toulat po ulicích, poté našel azyl na jednom z pražských squatů, kde začal pravidelně užívat drogy. První 4 roky byl František na heroinu, následně 5 let na subutexu, který užíval nitrožilně. Stal se tedy pravidelným uživatelem drog (tj. 3. stadium vzniku závislosti), a následně závislým uživatelem (tj. 4. stadium vzniku závislosti). Po několika letech začal František docházet do Nízkoprahového střediska obecně prospěšné společnosti Drop In a využívat jeho služeb v rámci programu harm reduction, kde se jim podařilo jej motivovat k léčbě. Léčba trvala zhruba rok v Červeném Hrádku. Bohužel po propuštění z léčby neměl pan František žádné ekonomické ani sociální zázemí, a tak se snadno ocitl zpátky na drogách. Následně mu byl

nabídnut Metadonový program, který absolvuje posledních 5 let. V počátku metadonové substituce, která zahrnovala i povinnost trvale pracovat, si pan František našel přítelkyni, se kterou počali holčičku. Bohužel nová přítelkyně se v těhotenství vrátila k užívání drog - před tím abstinovala, a po porodu utekla z porodnice. Následně se čerstvě narozená holčička - dcera pana Františka, dostala do kojeneckého ústavu, kde se o ni pan František spolu se sociálními pracovníci staral. Pan František se po dobu jednoho roku snažil o získání své dcery do vlastní péče, což mu nakonec soud povolil. V současné době má pan František novou přítelkyni, žijí v pronajatém bytě spolu s jeho dcerou, pracuje jako údržbář parku a žije normální rodinný život. Stále je ale na metadonu.

Citace a výroky zkoumaného uživatele drog převzaté z rozhovoru:

- Jak je nyní panu Františkovi?
 - Výrok pana Františka: *„Teď jsem spokojený. Jsem rád, že mám ženu a dítě, a práci. Jsme zdraví a jsem na metadonu. O jeho vysazení neuvažuji. Bojím se, co by bylo s dcerou, kdybych se k užívání drog vrátil. Prostě nechci. Takhle mi je fajn.“*
- Jak pan František hodnotí pomoc Nízkoprahového střediska?
 - *„Pracovníci jsou moc milí a snaží se nenásilně motivovat. Sám jsem nepocítil nějaký tlak z jejich strany. Ani jsem se nenadál a už jsem se léčil. Bylo to dobré. Pak jsem tedy zase sklouzl k drogám, ale pomohli mi i potom.“*

Analýza

Opodstatněnou skutečností případu pana Františka je fakt, že občasná a dobrovolná návštěva Nízkoprahového střediska Drop In jej přivedla k léčbě, která se bohužel nestala úspěšnou, neboť po propuštění z léčebny neměl pan František žádné zázemí. V léčebně měl nastaven jakýsi umělý sociální a pracovní systém, v němž se naučil fungovat a díky němuž a jistým daným pravidlům, se dokázal oprostít od potřeby užívání drog. Po odchodu z léčebny však tento řád a systém chyběl, staré sociální vazby byly dávno zprerhány, po neúspěšných pokusech najít si práci a začlenit se do společnosti nastala ztráta motivace a nechuť k resocializaci. Tlak této sociální konformity proto znovu přivedl pana Františka k užívání drog. Bohužel pan František nebyl po propuštění z léčby v kontaktu s Nízkoprahovým střediskem Drop In, které do jisté míry poskytuje těmto klientům

kontakty a pomoc při hledání ubytování nebo práce. Buď pan František nechtěl využít pomoci Nízkoprahového střediska, nebo o ní ani nevěděl.

Interpretace

Na příkladu této kazuistiky je patrné, že hlavním důvodem pana Františka vedoucím k užívání drog byla potřeba úniku z ulice, kde se ocitl v důsledku vyhození z vlastního domova, a od své rodiny. Pan František chtěl být evidentně akceptován nějakou skupinou, a chtěl dosáhnout nějakého uspokojení, které mu jeho vlastní rodina nepřinášela. Získaný azyl na jednom z pražských squatů jej přivedl k možnosti získat postavení ve skupině uživatelů drog, kde užívání heroinu bylo standardním chováním. Proto se pan František nijak nevymyká normálnímu uživateli drog, kterého k závislosti přivedly standardní důvody, o nichž hovoří autorka Procházková (2012, s. 145 - 147). Častým důvodem vedoucím uživatele drog k jejich užívání je potřeba vyřešit si nějaké problémy, potřeba dosáhnout uspokojení nebo slasti, potřeba úniku od stereotypu nebo nudy, či tlak sociální konformity (tzn. obava ze ztráty sociálních vazeb, či potřeba být akceptován skupinou nebo subkulturou, ve které užívání drog patří k standardu chování). (Procházková, 2012, s. 145 - 147). Životní příběh pana Františka se ani nijak nevymyká teoretickým východiskům, která se zabývají drogovou a závislostní problematikou. Pan František totiž díky závislosti neměl bydlení a měl problémové vztahy, neboť si našel závislou partnerku. Teprve motivace vlastního dítěte přivedla pana Františka k chuti postavit se na vlastní nohy a začít normálně žít, k čemuž mu pomáhá i metadon, jež užívá dlouhodobě. Metadon pomáhá panu Františkovi od abstinenčních příznaků. Je dokázáno, že léčba metadonem je účinná u 55% až 80% klientů, přičemž pan František tedy do této úspěšné skupiny patří. (Kalina, 2003, 1, s. 59).

Diskuze

Lze zhodnotit, že životní příběh pana Františka je závislostním případem s kladným výsledkem. Ovšem pokud by pan František po propuštění z léčby v Červeném Hrádku získal ekonomické a sociální zázemí za pomoci Nízkoprahového střediska Drop In, nebo jiného programu Drop In (např. Následná péče), tak by možná znovu nezačal užívat drogy a nepotřeboval by Metadonový program. Pak by se možná vyvaroval i problematickým

vztahům, a ušetřil by společnosti náklady vynaložené na péči o jeho prvorozenou dceru, soudní náklady na získání dcery do péče, a náklady Metadonového programu.

Závěr kazuistiky č. 1

Návrhem vedoucím ke zlepšení nízkoprahových služeb střediska Drop In je efektivnější propojení programu Následné péče o klienty propuštěné z léčby. Toto propojení programu nízkoprahového střediska a Následné péče by mělo zahrnovat minimální preventivní dohled a pomoc při ekonomické i společenské socializaci klientů. Mohlo by se jednat o obdobný přístup, který loni Nízkoprahové středisko Drop In učinilo v rámci případu pana B - *„Klient B, denní uživatel pervitinu, bydlel nelegálně v zahrádkářské kolonii, živil se žebráním a sběrem druhotných surovin. Po čtyřech měsících spolupráce se sociálními pracovníky bydlí na ubytovně a má práci v mezinárodní firmě. Díky stabilizaci přešel z pravidelného užívání na občasné a frekvence se stále snižuje.“* (Drop In, 2017, s. 6).

Kazuistika č. 2

Anamnéza

Bratři pan Adam a Miloš. Rodiče nemají. Neléčí se a jsou na drogách - heroinu. Pan Adam - věk 32, introvert, střední výšky okolo 175 cm, váha okolo 93kg. Adam 3 roky abstinovat, nyní je znovu na drogách. Žije střídavě na ulici a v azylových centrech. Po pracovním úraze má operovaný obličej. Starší bratr Miloš - věk 36 let, extrovert, vyšší výšky okolo 187 cm, váha okolo 110kg. Pan Miloš je na heroinu, žije v Německu se svojí přítelkyní. V České republice je odsouzen za několik krádeží. Do výkonu trestu nenastoupil. Nemá jiné zdravotní potíže.

Katamnéza

Oba bratři pan Adam i Miloš vyrůstali od dětství v dětském domově. Matka byla na drogách, a otec byl neznámý. Nejdříve byli oba bratři v odlišných dětských domovech. Adam v Jeseníkách a Miloš v Olomouci. V Milošových 6 letech byl do olomouckého dětského domova přerazen i jeho mladší bratr Adam a od té doby spolu vyrůstali. Miloš měl již od dětství na Adama velký vliv, a Adam jej ve všem kopíroval. Jejich intelektuální a psychosociální vývoj byl opožděný oproti jejich vrstevníkům a oba bratři byli

považování za hyperaktivní. Ve škole měli problémy jak po stránce učení, byli dysgrafiky a dyslektiky, tak i po stránce chování. Jednalo se o problémové žáky. Ze zdravotního hlediska byli v pořádku. Prodělali několik zlomenin, úrazů a běžných dětských nemocí. Pan Miloš se vyučil automechanikem, pan Adam kuchařem. Po odchodu staršího bratra Miloše do Prahy za práci začal mít Adam potíže s kamarády a po ukončení učiliště odešel za starším bratrem do Prahy. Společně si přivydělávali na stavbách, kde začali zkoušet marihuanu. Postupem času přecházeli na jiné a tvrdé drogy, až začali užívat heroin. Stali se tedy pravidelnými uživateli drog (tj. 3. stadium vzniku závislosti), a následně závislími uživateli (tj. 4. stadium vzniku závislosti). Jelikož jejich práce byla nestálá a měla formu brigád, začal pan Miloš provozovat drobné krádeže v obchodech a na benzínových pumpách. Později se pustil i do krádeží vozidel a vykrádání domácností. Jelikož byl několikrát přichycen Policií České republiky a později i odsouzen, tak utekl se svojí přítelkyní do Německa. Jeho bratra Adama nová situace zasáhla a tak vyhledal pomoc Nízkoprahového střediska Drop In v rámci spirituálního poradenství. Panu Adamovi se podařilo poměrně dlouhou dobu abstinovat (cca 3 roky), a poctivě pracovat. Bohužel při výkonu práce na stavbě došlo u pana Adama k pracovnímu úrazu, který způsobil velké poranění obličejové části těla a i přes četné operace zůstal jeho obličej doslova znetvořen. Pan Adam přišel o motivaci a chuť normálně žít a vrátil se zpět k heroinu. V současné době dochází do Nízkoprahového střediska Drop In na výměnu, a polévky. Jeho starší bratr pan Miloš je v současné době stále na heroinu, pokusy o abstinenci jsou neúspěšné. Žije se smečkou psů a je problémovým uživatelem drog. I v Německu páchá drobné krádeže.

Citace a výroky zkoumaného uživatele drog vzaté z rozhovoru:

- Jak je nyní panu Adamovi?
 - „*Jsem fajn, nechci přestat. Droga je pro mě vlastně pomocník, jak ustát svět a sebe sám. Jako když někdo bere prášky. Po tom co na mě spadla ta traverza, už nevěřím v nic dobrého. Tak mám aspoň tu drogu.*“
- Jak pan Adam hodnotí přínos Nízkoprahového střediska?
 - „*Pecka. Mají tady pro nás polévky, jsou hodní a pomůžou. Občas se snaží, abych přestal, ale já nechci. Ano tenkrát mi pomohli abstinovat, ale dnes už nechci. Je to ve mně.*“

Analýza

Opodstatněnou skutečností případu obou bratrů je fakt, že vyrůstali bez rodičů a jejich matka byla těžce a dlouhodobě závislým uživatelem drog. Bratři tak měli od dětství špatný somatický stav, byli problémoví, rizikovní a byl u nich velký a oprávněný předpoklad závislosti. Oba bratři měli mezi sebou vždy pevné sociální vazby, což také způsobilo, že k užívání heroinu dospěl po vzoru svého staršího bratra i mladší Adam. Na druhou stranu vzhledem k odchodu Miloše do zahraničí se podařilo Nízkoprahovému středisku Drop In namotivovat Adama k tříleté abstinenci, která se bohužel nezdařila. U obou bratrů tedy byly v minulosti opakované pokusy o abstinenci neúspěšné. I dnes, když se pracovníci Nízkoprahového střediska snaží pana Adama, který k nim dobrovolně dochází, motivovat k léčbě, což sám pan Adam potvrzuje, nemají úspěch. Možná pokud by se pan Miloš vrátil a cestou abstinence by se vydali spolu, měli by úspěch. Ovšem při návratu pana Miloše zpět do České republiky by si musel odsedět svůj trest za opakované krádeže.

Interpretace

Na příkladu této kazuistiky je patrné, že hlavním důvodem vedoucím oba bratry k těžké závislosti byly problémy v rodině, jelikož je jejich matka odložila. Důvodem byla zřejmě i genetická predispozice, neboť jejich matka byla těžce závislou na heroinu. Tyto důvody vedoucí uživatele drog k jejich užívání přitom zmiňuje i autorka Procházková. Autorka Procházková (2012) v této souvislosti podotýká, že závislost na drogách tkví v genetických predispozicích, osobnosti člověka, jeho somatických problémech, rodině, vrstevnících, ale i ve školním a socioekonomickém působení. (Procházková, 2012, s. 145 - 147). Bohužel životní příběh obou bratrů je jedním z těch, které jsou spojeny s kriminalitou. Na tuto skutečnost poukazuje i Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, které každoročně analyzuje vývoj drogově závislých osob, jež byli stíháni nebo dokonce pravomocně odsouzeni, což je případem staršího bratra Miloše. Životní příběh obou bratrů není nijak vymykající se případům problémových uživatelů. Oba bratry totiž lze identifikovat jako problémové uživatele, kteří někdy v minulosti vyhledali pomoc, ovšem ta byla neúspěšná. Jejich drogová závislost je navíc spojována s kriminalitou. Dle typologie drogových skupin uživatelů autora Miovského (2008, s. 163), lze oba bratry (pana Miloše i pana Adama) považovat za dlouhodobé a těžké uživatele, kteří si drogy aplikují intravenózně, mají špatný somatický stav, a celkově rizikové chování. U těchto

uživatelů drog bohužel nedochází často k úspěšné abstinenci, zpravidla jen u 40% případů. (adiktologie, online).

Diskuze

Lze zhodnotit, že životní příběh bratrů Miloše a Adama je závislostním případem s negativním výsledkem, neboť oba bratři jsou závislí na heroinu. Ovšem pokud by se mohli vzájemně motivovat, možná by se podařilo zařadit je do programu. Problémem je zde ale vzdálenost mezi bratry a pravomocné odsouzení staršího bratra Miloše. Otázkou je, nakolik by při řešení této situace mohli pomoci programy Střediska pro prevenci a léčbu drogových závislostí Drop In, když tento případ má mezinárodní přesah.

Závěr kazuistiky č. 2

U tohoto případu není třeba identifikovat návrh vedoucí ke zlepšení nízkoprahových služeb Nízkoprahového střediska Drop In, neboť pan Adam je hodnotí velmi dobře. Pracovníci v případě těžké závislosti na heroinu opravdu postupují správně, snaží se o motivaci k léčbě a to opakovaně, což dokazují i jiné případy klientů Nízkoprahového střediska: *„Klient J, socializovaný pracující otec dvou dětí, kontaktoval Nízkoprahové středisko kvůli ztrátě kontroly nad užíváním pervitinu a alkoholu a kvůli zadlužení. Během několika měsíců poradenské práce klient nahlédl zbytečnost užívání pervitinu ve svém životě a přestal s ním. Zneužívání alkoholu se mu pod kontrolu dostat nedařilo, byl proto nasměrován na psychiatrickou ordinaci, kde začal podstupovat léčbu antabusem. Do nízkoprahového zařízení dochází v rámci podpůrného kontaktu a dluhového poradenství, díky němuž se finanční situace jeho rodiny pomalu konsoliduje.“* (Drop In, 2017, s. 6). Problémem obou bratrů je ovšem mezinárodní přesah jejich případu, a kriminalistický rozsah jejich závislosti.

2.5.5 Přínosy a problémové oblasti nízkoprahových služeb Drop In

V této závěrečné části případové studie Nízkoprahového střediska Drop In je důraz kladen na identifikaci přínosů poskytovaných nízkoprahových služeb v rámci závislostního chování, a celkového přínosu pro společnost, ale i na identifikaci problémových oblastí v rámci programu Nízkoprahového střediska Drop In, které by mohly být zlepšeny (Viz Obrázek 6).

Přínos pro uživatele drog i společnost

- Motivace vytipovaných klientů k životní stabilizaci bez ohledu na jejich rozhodnutí abstinovat nebo nikoliv, vedoucí k eliminaci problémových klientů ve společnosti a jejich větší socializaci.

Problémová oblast

- Netransparentní program či pomoc osobám propuštěným z léčebny.
- Absence možností a pravomocí (např. diagnostika a medikace) při práci s problémovými klienty, kteří využívají nízkoprahové kontaktní centrum jako azyl.

Zdroj: Vlastní zpracování.

Nízkoprahové služby Drop In lze považovat za rozvojové, protože pracovníci se v posledním období snaží motivovat vytipované klienty, aby usilovali o životní stabilizaci z hlediska bydlení, práce a společenské pozice bez ohledu na aktuální rozhodnutí v oblasti užívání drog. Tento **přístup orientovaný na práci s klientovou motivací** se nízkoprahovému středisku podle jeho slov osvědčuje, protože snižuje problémovost některých klientů v běžné společnosti. Tím dochází k pozitivnímu účinku nejenom pro samotné uživatele drog, protože postupně vystupují ze své identity „fetáka“, získávají či obnovují běžné komunikační dovednosti a chápání hodnot, ale také dochází k pozitivnímu přínosu pro společnost. Klienti jsou pak schopni větší a bezproblémové socializace, jak potvrzuje nejenom pan František z vybrané kazuistiky č. 1, ale i samotné Nízkoprahové středisko v rámci své poslední Výroční zprávy. (Drop In, 2017, s. 5).

Za problémovou oblast lze považovat **netransparentní neboli jasně neprůhlednou péči o klienty propuštěné z léčby a práci s klienty**, kteří se podle Nízkoprahového střediska Drop In vymykají normálu.

V prvním případě chybí jasná koncepce propojení programu Následné péče a Nízkoprahového střediska. Toto propojení zaměřené na pomoc při hledání práce a bydlení u osob, které prošly léčbou závislosti, není dostatečně jasné.

Ve druhém případě se jedná především o osoby jevící příznaky psychiatrických obtíží, nebo osoby problémové (například bratry z vybrané kazuistiky č. 2), u kterých převažuje pro společnost problémové chování bez ohledu na to, zda jsou uživateli drog. Tito jednotlivci obvykle nereagují smysluplně na komunikaci pracovníků, kteří uplatňují

akceptující, respektující a dospělý přístup. Ten je podstatou nízkoprahovosti zařízení, díky níž jsou pracovníci bez konfliktu schopni poskytovat služby i osobám silně desocializovaným a osobnostně komplikovaným. Tito klienti obvykle nedodržují podmínky péče ve specializovaných zařízeních a mají proto tendenci využívat „azyl“ nízkoprahových zařízení. Pracovníkům zařízení obvykle chybí možnosti a pravomoci (např. diagnostika a medikace) a musí si vystačit se specifickými komunikačními kompetencemi. Přestože se týmu odborníků Nízkoprahového střediska Drop In daří rizikové situace zvládat bez závažných excesů, jedná se o zřetelný a dlouhodobý nápor na pracovníky a v některých případech i na okolí zařízení. Na tento problém poukazuje i samotné Nízkoprahové středisko Drop In ve své poslední Výroční zprávě. (Drop In, 2017, s. 5).

Závěrem případové studie lze také odpovědět na položené výzkumné otázky. *První výzkumnou otázkou byla: Jaká je vytiženost středisek Drop In v současnosti?* Lze říci, že v roce 2017 obsloužilo toto středisko okolo 5 543 klientů, přičemž nejvíce jich bylo v rámci Terénního programu a Nízkoprahového střediska. *Druhou výzkumnou otázkou byla: Jaký je přínos Nízkoprahového střediska obecně prospěšné společnosti Drop In v závislostním chování jejích klientů?* Přínos Nízkoprahového střediska tkví ve snižování škod, které mohou drogově závislí spoluobčané činit na svém zdraví nebo zdraví a sociálních vztazích společnosti. Toho dosahují pracovníci Nízkoprahového střediska terénní prací, a nízkoprahovými službami orientovanými na aktivní práci s klientovou motivací, ale i na pasivní poskytování potravinového a hygienického servisu. Z výsledků případové studie navíc vyplývá, že obě činnosti (tj. aktivní práce s klientovou motivací a pasivní poskytování potravinového a hygienického servisu) vykonává pracovní tým Nízkoprahového střediska Drop In velmi dobře, což potvrzují i samotní klienti, jak také uvedli v rozhovorech rámci dvou vybraných kazuistik. Přínosem Nízkoprahového střediska je tedy jednoznačně podpora abstinence závislých uživatelů drog, která zlepšuje kvalitu života samotných uživatelů, jejich rodin i společnosti. *Poslední třetí výzkumnou otázkou byla: Jaké problematické oblasti se objevují ve fungování Nízkoprahového střediska?* Jedná se o netransparentní program či pomoc osobám propuštěným z léčebny, a absenci možností a pravomocí při práci s problémovými klienty, kteří využívají nízkoprahové kontaktní centrum jako azyl.

2.6 Návrhy a doporučení

Návrhy a doporučení na zlepšení současných programů neziskové organizace Drop In jsou hlavním výstupem práce. Na základě výsledků realizované deskriptivní případové studie, která se zaměřovala na případ Nízkoprahového střediska neziskové organizace Drop In, lze navrhnout způsoby odstranění identifikovaných problémových oblastí, které byly zjištěny u poskytovaných nízkoprahových služeb. Proto se návrhy zaměřují na dvě zjištěné problémové oblasti Nízkoprahového střediska Drop In, mezi které patří absence transparentní pomoci osobám propuštěným z léčby a absence pravomocí možností pracovníků Nízkoprahového střediska při řešení případů psychiatricky nemocných klientů.

První problémová oblast vyžaduje propracování propojení Centra následné péče a Nízkoprahového střediska. Klienti propuštění z léčby by měli vědět, že při často se vyskytujících problémech s hledáním bydlení a práce, které velmi rychle vedou ke ztrátě motivace a nechuti k resocializaci, se mohou obrátit na jeden z těchto programů. Pokud to jasně nevědí, tak důsledkem této neinformovanosti může být opětovné obnovení závislosti na drogách. I když v praxi Drop In zřejmě fungují nějaké postupy pomoci těmto abstinujícím osobám, tak jejich systém je velmi netransparentní. Proto je navrženo a Nízkoprahovému středisku Drop In doporučeno, vytvořit transparentní propojení těchto dvou programů nebo zcela nový program péče o abstinující klienty. Jeho posláním by mělo být zajištění sociální stabilizace vyloučených klientů, a snaha o minimalizaci neúspěšných abstinencí. Osobám propuštěným z léčebny by mohla Drop In pomoci při získání mimořádné okamžité pomoci dle §2 odstavce 6 zákona o pomoci v hmotné nouzi, pomoc při hledání bydlení a práce, ale i poskytnutí stravy a celkového poradenství. Důležité je, aby klienti neztratili chuť a zájem o nový život. Proto by dalším řešením mohli být terapeutické komunity, jejichž cílem by bylo napomoci osobnímu růstu prostřednictvím změny životního stylu a to díky společenství lidí, kteří byli dříve závislími, díky vzájemné pomoci, o čemž hovoří jako o řešení i autor Kooyman (2004, s. 12). Navrhovaná péče poskytovaná po léčbě závislosti by byla další službou Nízkoprahového střediska Drop In kromě služby harm reduction, jež by zlepšila současné programy organizace Drop In a především by vedla k udržení stavu abstinence klientů. Mohlo by se jednat o typ

doléčovacího programu, o kterém hovoří autor Matoušek (2010). Jeho zájmem by byla eliminace relapsu, stabilizace sociálního fungování spojená s budováním vztahů mimo doléčovací program, vztahy v rodině a partnerské vztahy. (Matoušek, 2010, s. 223). Je třeba podotknout, že doléčovací program je navržen i z toho důvodu, že současným přínosem Nízkoprahového střediska Drop In je podpora abstinence, která v praxi často mívá recidivu, což potvrzují nejenom klienti, ale i mnohé výzkumy, které byly v rámci kazuistik zmíněny.

Druhá problémová oblast vyžaduje systémovou změnu v možnostech a pravomocech pracovníků Nízkoprahových středisek při řešení osob jevící příznaky psychiatrických obtíží. Jelikož je moderním principem péče o psychiatrické a drogově závislé pacienty týmová práce, jak uvádí autor Matoušek (2010, s. 143), tak týmovost práce při řešení těchto osob by mohla být řešením. Ta by ovšem vyžadovala přítomnost psychiatrů nebo jiných kompetentních osob, kteří mají diagnostické a edukační pravomoci. Tento návrh je ovšem jen čistě teoretickým, neboť vyžaduje systémovost řešení nejenom napříč Nízkoprahovým střediskem Drop In.

Závěr

Tématem práce byla drogová a závislostní problematika, jež byla zpracována v rámci teoretické i praktické části. Obsahem teoretické části byla literární rešerše dostupných odborných publikací i veřejných zdrojů jako například výročních zpráv Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti. Obsahem praktické části poté bylo představení Střediska pro prevenci a léčbu drogových závislostí sídlícího v Praze a jeho několika programů, které postupně vznikaly od roku 1991. Mezi nejnovější program patří například Adiktologické centrum nebo Centrum primární prevence. Výzkumný důraz byl poté v rámci praktické částí kladen na případovou studii zvoleného Nízkoprahového střediska Drop In, které se úzce a dlouhodobě zaměřuje na uživatele nelegálních návykových látek a jejich blízké. Na základě případové studie jsme dospěli k závěrům, že Nízkoprahové středisko minimalizuje zdravotní a sociální rizika u uživatelů drog, čímž chrání společnost, jež není touto závislostí zasažena. Zároveň tým Nízkoprahového střediska Drop In vhodně uplatňuje přístup orientovaný na práci s klientovou motivací a to na základě inspirace přístupem „housing first“. Byly zjištěny i některé problémové oblasti, pro které byly závěrem práce formulovány návrhy a doporučení na jejich odstranění.

Cílem práce bylo analyzovat současné programy neziskové organizace Drop In, o.p.s, a navrhnout doporučení pro jejich zlepšení. Lze zhodnotit, že cíle se podařilo naplnit, neboť jak již bylo v tomto závěru uvedeno, současné programy byly jednak popsány, a detailně byl analyzován program Nízkoprahového střediska, pro který byly formulovány návrhy na zlepšení, jež jsou hlavním výstupem práce. Bylo navrženo zavedení transparentního programu následné péče neboli nového doléčovacího programu včetně terapeutické komunity pro osoby propuštěné z léčby závislosti na drogách. Důvodem vedoucím k tomuto návrhu je problém relapsu, ke kterému dochází. Další návrh se zaměřoval na práci s psychiatrickými drogově závislými nebo nezávislými klienty. Bylo navrženo jednat o systémovém řešení této problematiky napříč Nízkoprahovými středisky, neboť se jedná o koncepční změnu vyžadující zřejmě týmovou práci. Tento návrh je proto čistě teoretickým nikoliv zatím prakticky uplatnitelným. V rámci tohoto návrhu je prostor pro realizaci dalšího výzkumného bádání.

Závěrem práce lze říci, že je patrná pracovní vytiženost pracovníků Nízkoprahového střediska Drop In, která vychází z interdisciplinární povahy této práce, a z klesajících výdajů na financování prevence v oblasti protidrogové problematiky.

Seznam použitých informačních zdrojů

1. ARNOLDOVÁ, A. *Sociální péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-47-5148-1.
2. BAREŠ, J. *Mezinárodní standardy prevence užívání drog*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost, 2014. ISBN 978-80-7440-097-1.
3. BÁRTLOVÁ, S. SADÍLEK, P. TÓTHOVÁ, V. *Výzkum v ošetrovatelství*. Brno: NZO, 2005. ISBN 80-7013-416-X.
4. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
5. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
6. HUBINKOVÁ, Z. *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1593-3.
7. JANDERKOVÁ, D. *Speciální pedagogika*. Brno: Mendelova univerzita, 2011. ISBN 978-80-7375-501-0.
8. JAROŠOVÁ, D. ZELENÍKOVÁ, R. *Ošetrovatelství založené na důkazech*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5345-4.
9. KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1 a 2*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
10. KALINA, K. *Terapeutická komunita*. Praha: Grad Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2449-2.
11. KALINA, K. II. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
12. KALINA, K. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
13. KASTNEROVÁ, M., a kol. *Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé matky a jejich děti*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2006. ISBN 80-7040-924-X.
14. KOTOVÁ, J., a kol. *Streetwork: dobrá praxe 2015*. Praha: ČAS, 2015. ISBN 978-80-905069-3-0.
15. KOOYMAN, M. *Terapeutická komunita pro závislé*. Praha: Středočeský kraj, 2004. ISBN 80-7106-876-4.

16. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.
17. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
18. MATOUŠEK, O., a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
19. MIOVSKÝ, M. *Konopí a konopné drogy*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-0865-2.
20. MUHLPACHR, P. *Sociopatologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4550-7.
21. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013*. Praha, 2014. Bez ISBN.
22. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016*. Praha, 2017. Bez ISBN.
23. OREL, M., a kol. *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.
24. OREL, M. FACOVÁ, V. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2617-5.
25. PROCHÁZKOVÁ, M. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3470-5.
26. PRŮCHA, J. VETEŠKA, J. *Andragogický slovník*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4748-4.
27. PRŮCHA, J. VETEŠKA, J. *Andragogický slovník*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3960-1.
28. RHODES, T. *Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-71-5.
29. ROTGERS, F. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9.

30. SEKOT, A. *Úvod do sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5261-1.
31. STANOEV, M. *Cesta k závislosti a zpět: sociálně-pedagogické aspekty drogových kariér*. Brno: Paido, 2015. ISBN 978-80-7315-257-4.
32. TUČEK, M. CIKRT, M. PELCLOVÁ, D. *Pracovní lékařství pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0927-9.
33. WEDLICHOVÁ, I. *Terénní sociální práce v praxi*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2008. ISBN 978-80-7044-975-2
34. Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů
35. DROP IN [online]. O nás. [cit. 2018-01-16]. Dostupné z WWW: <http://www.dropin.cz/>
36. DROP IN. II. [online]. Nízkoprahové střediska. [cit. 2018-05-30]. Dostupné z WWW: <http://www.dropin.cz/2015/06/nizkoprahove-stredisko/>
37. Drogy-info [online]. Legislativa. [cit. 2018-02-20]. Dostupné z WWW: <https://www.drogy-info.cz/legislativa/legislativa-uvod/>
38. adiktologie [online]. Léčba a následná péče. [cit. 2018-06-20]. Dostupné z WWW: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/168/Funguje-lecba-uzivatele-drog->
39. Diplomová práce Miroslavy Rodové (UJAK), konzultace s pracovníky Drop In, s.r.o.
40. Drop In. Výroční zpráva 2017.
41. Drop In. Výroční zpráva 2016.
42. Drop In. Výroční zpráva 2015.
43. Drop In. Výroční zpráva 2014.
44. Drop In. Výroční zpráva 2013.
45. Drop In. Výroční zpráva 1999.

Seznam obrázků

| | |
|---|----|
| Obrázek 1 Fáze vzniku závislosti | 15 |
| Obrázek 2 Systém péče, služeb a zařízení určeným uživatelů drog v ČR..... | 20 |
| Obrázek 3 Obsah a struktura případové studie..... | 32 |
| Obrázek 4 Obsah a struktura kazuistik..... | 35 |
| Obrázek 5 Portfolio služeb Střediska pro prevenci a léčbu drogových závislostí Drop In. | 37 |
| Obrázek 6 Přínosy a problémové oblasti..... | 54 |

Seznam tabulek

| | |
|--|----|
| Tabulka 1 Počet žadatelů o léčbu v roce 2016 podle drog | 13 |
| Tabulka 2 Zákony České republiky..... | 16 |
| Tabulka 3 Pilíře protidrogové politiky ČR..... | 16 |
| Tabulka 4 Nejčastější problémy klientů v léčbě..... | 18 |
| Tabulka 5 Vhodné a nevhodné přístupy v primární prevenci | 23 |
| Tabulka 6 Preventivní opatření na straně nabídky a straně poptávky | 24 |
| Tabulka 7 Vybrané výkony nízkoprahových programů v tis - za období let 2006 - 2016 v ČR..... | 26 |
| Tabulka 8 Počet uživatelů návykových látek, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými program v ČR (vývoj za roky 2016 - 2016). | 28 |
| Tabulka 9 Objem výkonů nízkoprahových center v roce 2016 podle krajů ČR | 29 |
| Tabulka 10 Historie Střediska pro prevenci a léčbu drogových závislostí Drop In..... | 36 |
| Tabulka 11 Počet klientů a výkonů terénního programu Drop In v roce 2017 | 38 |
| Tabulka 12 Počet klientů a výkonů Centra metadonové substituce Drop In v roce 2017... | 39 |
| Tabulka 13 Počet klientů a výkonů Adiktologické ambulance Drop In v roce 2017..... | 40 |
| Tabulka 14 Počet klientů a výkonů Centra pro rodinu Drop In v roce 2017 | 40 |
| Tabulka 15 Počet klientů a výkonů Centra následné péče Drop In v roce 2017..... | 41 |
| Tabulka 16 Počet oslovených klientů programem primární prevence Drop In v roce 2017 | 42 |
| Tabulka 17 Počet klientů a výkonů AT ambulance Drop In v roce 2017 | 42 |
| Tabulka 18 Počet klientů programu Tvoje šance Drop In v roce 2017..... | 43 |

| | |
|---|----|
| Tabulka 19 Počet klientů a výkonů Nízkoprahového střediska Drop In v letech 2013 - 2017 | |
| | 46 |

Seznam grafů

| | |
|---|----|
| Graf 1 Počet klientů v meziročním srovnání (2013 - 2017)..... | 45 |
| Graf 2 Podíl žen a mužů jakožto klientů Nízkoprahového střediska Drop In v roce 2016. | 46 |