

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie kombinovaná



**Vít Jelínek**

Vývoj zdravotnických služeb poskytovaných vybranými kontaktními centry v období  
2006 -2010 Development of health services provided by choice contacts centres in  
phase 2006 – 2010

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Barbara Janíková  
Konzultant: Doc. PhDr. Michal Miovský Ph.D.  
Praha 2011

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 10. 8. 2011

Vít Jelínek

**Identifikační záznam:**

JELÍNEK, Vít. *Vývoj zdravotnických služeb poskytovaných vybranými kontaktními centry v období 2006 - 2010. [Development of health services provided by choice contacts centres in phase 2006 – 2010].* Praha, 2011. 56 s., 3 příl., 7 tab., 7 obr., Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Barbara Janíková, Konzultant práce Doc., PhDr. Michal Miovský PhD.

**Poděkování:**

Děkuji vedoucí práce Mgr. Barbaře Janíkové a konzultantovi práce Doc. PhDr. Michalu Miovskému PhD, za pozornost, čas a cenné rady, které poskytovali při vypracování této bakalářské práce.

**Anotace:**

Tato bakalářská práce je složena z teoretické a praktické části. V teoretické části jsou vysvětleny pojmy jako je kontaktní centrum, Public Health atp., stručně popsána historie kontaktních center v ČR, standardy odborné způsobilosti a standardy kvality a souhrn služeb zdravotnické péče a sociální prevence poskytovaných v podmínkách těchto převážně nezdravotnických zařízení.

Praktická část je zaměřena na vývoj poskytování zdravotnických služeb v kontextu možných změn v jejich financování v období let 2006 – 2010. Práce mapuje poskytování zdravotnické péče v podmínkách kontaktních center, zjišťuje, zda se mění spektrum, obsah a rozsah zdravotnických výkonů a zda jsou v realitě skutečně poskytovány a rozvíjeny všechny relevantní výkony či nikoli.

Z těchto důvodů byly stanoveny tři hypotézy. 1. Kontaktními centry jsou poskytovány pouze základní zdravotnické služby, 2. Vývoj služeb zdravotnické péče v kontaktních centrech za posledních pět let stagnuje, 3. Nedostatečné financování v posledních 5- ti letech má na vývoj služeb negativní vliv“. Aby bylo hypotézy možné potvrdit či vyvrátit, byl zvolen kvantitativní výzkum, konkrétně metoda dotazníkové šetření.

Výběrový soubor tvoří kontaktní centra z osmi krajů ČR, aby se dalo poukázat i na možné rozdíly ve financování z jednotlivých regionů a jaký to má vliv na vývoj služeb. Jsou zahrnuta i „malá“ centra, kde nedostatek finančních prostředků je větším předpokladem pro neudržitelnost služeb. Výběrovým souborem jsou tedy čtyři kontaktní centra z měst do 20 000 obyvatel, čtyři z měst 20 000 – 40 000 obyvatel a čtyři z 40 000 - 100 000 obyvatel.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že se 11 z 12 ti oslovených zařízení potýká s finančními problémy, které se negativně projevují jak na personální obsazení, tak i na samotné

poskytování služeb. První hypotézu nelze ze zjištěných výsledků jednoznačně potvrdit ani vyvrátit, ostatní dvě hypotézy se statisticky potvrdily.

Domnívám se, že by bylo vhodné v započatém výzkumu pokračovat, nejlépe na úrovni NMS a získat tak informace ze všech zařízení v ČR. Výsledky mého, dosti zúženého (12 zařízení) šetření, totiž ukazují na klesající trend vývoje služeb kontaktních center a na potřebu zamyslet se nad způsobem jejich financování v budoucnu.

**Klíčová slova:** Kontaktní centrum, harm reduction, služby zdravotnické péče, výměnný program, testování na infekční choroby, poradenství.

**Abstract:**

This thesis comprises a theoretical and a practical part. The theoretical section explains concepts such as contact centre, public health, etc. and describes briefly the history of contact centres in the Czech Republic. It also explains the standards of professional competence and quality standards, and provides a summary of health care services and social prevention in these mostly non-medical facilities.

The practical part focuses on the development of health services in the context of changes in their funding during 2006–2010. The thesis outlines the provision of healthcare in the contact centres, and tries to determine whether the spectrum, content and scope of health care services are changing, and whether all services are actually provided and developed in reality.

Three hypotheses have been developed: 1. Contact centres provide only basic health services; 2. The development of health care services in contact centres over the past five years has stagnated; 3. Insufficient funding in the last five years has had a negative impact on the development of services. In order to confirm or

disprove the hypotheses, quantitative research methodology (survey) has been used.

The sample consists of contact centres in eight regions of the Czech Republic, so that possible differences in funding between regions could be detected, and also how this may affect the development of services. These include "small" centres where lack of financial resources has a greater influence on the sustainability of the services. The sample consists of four contact centres in towns with less than 20,000 inhabitants, four in towns with 20,000–40,000 inhabitants, and four in cities with 40,000–100,000 inhabitants.

The results of the survey showed that 11 out of 12 centres are facing financial problems, which have a negative impact on both staff and the actual delivery of services. The first hypothesis cannot be definitely confirmed or disproved from the current results; the other two hypotheses have been confirmed.

It would be very useful to develop this research further, especially at the level of the National Monitoring Centre, and collect information from all facilities in the Czech Republic. The results of my investigation with a somewhat limited sample (12 facilities) show a negative trend in the development of contact centre services. This suggests that we need to think seriously about the way contact centres are funded if they are to survive in the future.

**Keywords:** contact centre, harm reduction, health care services, exchange programs, infectious diseases testing, counselling.

# Obsah bakalářské práce

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1. KONTAKTNÍ CENTRA PRO UŽIVATELE DROG.....	11
1.1. PUBLIC HEALTH A HARM REDUCTION .....	11
1.2. DEFINICE K-CENTRA PODLE RVKPP A ZÁKONA Č. 108/2006 SB., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH .....	13
1.3. CÍLE K-CENTER DLE RVKPP A ZÁKON Č. 108/ 2006 SB. O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	13
1.4. CÍLOVÉ SKUPINY KLIENTŮ K-CENTER .....	14
1.5. HISTORIE KONTAKTNÍCH CENTER V ČR .....	15
2. SLUŽBY PRO UŽIVATELE DROG POSKYTOVANÉ K-CENTRY.....	17
2.1. SLUŽBY ZDRAVOTNICKÉ PÉČE .....	18
2.1.1. VÝMĚNNÝ PROGRAM INJEKČNÍCH STRÍKAČEK A VÝDEJ DOPLŇKOVÉHO MATERIÁLU .....	18
2.1.2. TESTOVÁNÍ NA PŘÍTOMNOST INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ, VČETNĚ PŘED A POTESTOVÉHO PORADENSTVÍ A SDĚLOVÁNÍ VÝSLEDKŮ TESTŮ .....	19
2.1.3. ZÁKLADNÍ ZDRAVOTNICKÉ OŠETŘENÍ .....	20
2.1.4. SOMATICKÉ, PSYCHIATRICKÉ A PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ.....	20
2.1.5. TESTOVÁNÍ NA PŘÍTOMNOST OMAMNÝCH A PSYCHOTROPNÍCH LÁTEK.....	20
2.1.6. TĚHOTENSKÉ TESTY .....	21
2.1.7. KRIZOVÁ INTERVENCE, KRIZOVÁ INERVENCE PO TELEFONU, INTERNETU .....	21
2.2. SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE.....	21



2. 2. 1. INDIVIDUÁLNÍ PORADENSTVÍ PRO UŽIVATELE, RODIČE A OSOBY BLÍZKÉ UŽIVATELŮM.....	22
2. 2. 2. KONTAKTNÍ PRÁCE .....	22
2. 2. 3. SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ .....	23
2. 2. 4. POTRAVINOVÝ A VITAMÍNOVÝ SERVIS .....	23
2. 2. 5. HYGIENICKÝ SERVIS A PRANÍ PRÁDLA .....	24
2. 2. 6. ASISTENČNÍ SLUŽBA A ZPROSTŘEDKOVÁNÍ LÉČBY .....	24
3. STANDARDY, CERTIFIKACE, INSPEKCE A PERSONÁLNÍ ZABEZPEČENÍ SLUŽBY .....	25
3. 1. STANDARDY RVKPP O ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI A CERTIFIKACE .....	26
3. 2. STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB DLE MPSV A ISPEKCE .....	27
3. 3. PERSONÁLNÍ ZABEZPEČENÍ SLUŽBY .....	28
4. POSTAVENÍ KONTAKTNÍCH CENTER V SYSTÉMU PÉČE O UŽIVATELE DROG A JEJICH FINANCOVÁNÍ .....	29
4. 1. POSTAVENÍ V SYSTÉMU PÉČE .....	29
4. 2. SYSTÉM FINANCOVÁNÍ K-CENTER V ČR .....	30
4. 3. PODÍL ZDROJŮ A VÝŠE FINANČNÍCH PROSTŘEDKŮ VE FINANCOVÁNÍ KONTAKTNÍCH CENTER V ČR.....	31
PRAKTICKÁ ČÁST .....	32
ÚVOD DO PROBLEMATIKY .....	32
5. CÍLE VÝZKUMU A HYPOTÉZY .....	32
5. 1. CÍLE VÝZKUMU .....	32
5. 2. HYPOTÉZY .....	33
6. METODIKA VÝZKUMU.....	33

6. 1.	METODA ZÍSKÁVÁNÍ DAT .....	33
6. 2.	ANALÝZA DAT .....	34
7.	ETICKÉ NORMY A PRAVIDLA VÝZKUMU .....	35
8.	POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....	35
8. 1.	CÍLOVÁ POPULACE A VÝBĚROVÝ SOUBOR .....	35
8. 2.	KRITÉRIA VÝBĚRU .....	36
9.	VÝSLEDKY .....	36
10.	DISKUZE .....	49
	ZÁVĚR .....	51
	POUŽITÁ LITERATURA .....	53
	PŘÍLOHY	

## ÚVOD

Téma mé bakalářské práce „Vývoj zdravotnických služeb poskytovaných vybranými kontaktními centry v období 2006 – 2010“ jsem si vybral proto, že sám působím v kontaktním a poradenském centru pro drogově závislé na „malém městě“ a rok co rok se potýkáme s nedostatkem finančních prostředků. Paradoxně v rozporu s tímto faktem narůstá nejen počet klientů, ale i jednotlivých výkonů a objem výměn injekčního materiálu.

Záměrem bakalářské práce je proto zmapovat vývoj zdravotnických služeb kontaktními centry v kontextu změn v jejich financování z veřejných zdrojů.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou část a praktickou část. Teoretická část objasňuje základní pojmy, přibližuje služby poskytované kontaktními centry, postavení kontaktních center v systému péče o uživatele drog a v sociálních službách a systém jejich financování. Praktická část se po úvodu do problematiky zabývá vlastní analýzou ve 12-ti kontaktních centrech vybraných z osmi krajů České republiky. Analýza je zaměřena na vývoj zdravotnických služeb v těchto zařízeních, zajištění následné lékařské péče pro klienty, spolupráce zařízení s lékárnami, odbornost členů týmů, zda došlo z důvodu přidělovaných finančních k omezování či naopak rozšiřování služeb a kolik kontaktních center uvažuje do budoucna získat status zdravotnického zařízení.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. KONTAKTNÍ CENTRA PRO UŽIVATELE DROG

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na služby kontaktních center pro drogově závislé (dále jen kontaktní centra – KC). Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení, což znamená, že jsou snadno přístupná komukoli bez dalších nároků či omezení. To umožňuje vejít do kontaktu s co největším počtem osob, nejsou totiž stavěny žádné bariéry zabraňující uživatelům či osobám jim blízkých využívat služby, nemusí se předem objednávat či sjednávat schůzku a co je důležité, mohou zůstat po celou dobu využívání služeb v anonymitě (Kalina et al., 2008).

Kontaktní centra společně s terénními programy poskytují v rámci systému péče pro uživatele drog specifické služby aktivním uživatelům a vycházejí při tom ze dvou základních přístupů:

### 1.1. PUBLIC HEALTH A HARM REDUCTION

#### PUBLIC HEALTH = VEŘEJNÉ ZDRAVÍ

Jedná se o přístup, který se zaměřuje na ochranu a podporu zdraví v celé společnosti. V oblasti zneužívání omamných a psychotropních látek je jeho cílem prevence šíření infekčních onemocnění jako jsou například hepatitidy typu B a C, virus HIV a syfilis, které se mohou šířit používáním nesterilního injekčního náčiní či pohlavním stykem (Kalina et al., 2001).

#### HARM REDUCTION

Vychází z přístupu Public Health, zaměřuje se již na samotné uživatele drog a klade důraz na jejich individuální potřeby. Výraz Harm Reduction znamená snižování poškození či škod, v našem

případě zdravotní i sociální, způsobených v důsledku užívání omamných a psychotropních látek, Do češtiny se tento výraz však obvykle nepřekládá.

Důležitým přístupem, který zařízení, zaměřující se na služby Harm Reduction uplatňují, je nízkoprahovost. V praxi to znamená, že tyto služby jsou snadno dostupné, bez dalších nároků či omezení. Může přijít v podstatě kdokoli, není nutné se dopředu objednat a příchozí mají možnost zůstat v anonymitě. Cílem je oslovit co nejvíce klientů (uživatelů drog), ostatních lidí v komunitě i osoby blízké uživatelům. Služby musí být rovněž dostupné v čase i prostoru, aby se se svou potenciální klientelou nemíjely.

Služby Harm Reduction jsou zaměřeny především na aktuální uživatele drog, a proto od klientů není vyžadována abstinence (Kalina et al., 2008).

Vznik a provoz zařízení je upraven, tak jako všechny nestátní neziskové organizace, zákonem č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů, v případě občanských sdružení, zákonem č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, v případě obecně prospěšných společností, či zákonem č. 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, v případě církevních právnických osob. Dále pak zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zákonem č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů a naplněním Standardů odborné způsobilosti a certifikacemi odborné způsobilosti, viz kapitola 3.

V následujících dvou podkapitolách poukazuji na odlišný náhled na kontaktní centra dle Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) a zákona č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách.

## 1.2. DEFINICE KONTAKTNÍHO CENTRA PODLE RVKPP A ZÁKONA Č. 108/ 2006 SB., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Zatímco podle RVKPP je „Kontaktní centrum zařízení pro uživatele drog, které se vyznačuje snadným přístupem ke službě, nízkoprahovostí, zachováním anonymity klienta a tím, že pro využití služby nevyžaduje abstinenci klienta“ (Kalina et al., 2008, s. 107), podle Zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách jsou „Kontaktní centra nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách a jejich cílem je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek“ (Zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, § 59).

Jak z výše uvedeného vyplývá, Zákon č 108/ 2006 Sb., o sociálních službách nikde nehovoří o uživatelích drog jako takových, ale obecně o osobách ohrožených závislostí na návykových látkách, pod kterými si můžeme představit prakticky kohokoli.

**Poznámka:** Služby kontaktních center pro uživatele drog jsou podrobně popsány v kapitole 2.

## 1.3. CÍLE K-CENTER DLE RVKPP A ZÁKONA Č. 108/ 2006 SB. O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

I cíle kontaktních center jsou podle RVKPP a Zákona č. 108/ 2006 Sb. rozdílné. Dle RVKPP se kontaktní centra nezaměřují pouze na samotné uživatele drog, ale i osoby jim blízké a za hlavní cíle kontaktních center můžeme považovat:

- Navazování a udržování kontaktů s uživateli drog
- Snižování rizik spojených s užíváním drog jak pro uživatele, tak pro společnost

- Motivovat klienty ke změnám jejich chování a tím se pokusit ovlivňovat jejich celkové zdraví a kvalitu života.
- Osobám blízkým uživatelům poskytovat kvalitní a odborné poradenské a informační služby.
- Prevencí výskytu infekčních nemocí a bezpečnou likvidací potenciálně infekčního materiálu přispívat k ochraně veřejného zdraví (Jelínek et al., 2009), dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách jsou kontaktní centra zařazeny do služeb sociální prevence a „jejich cílem je osobám ohroženým sociálním vyloučením napomáhat k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů“ (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 53).

#### 1.4. CÍLOVÉ SKUPINY KLIENTŮ KONTAKTNÍCH CENTER

Cílovou skupinou kontaktních center jsou zejména závislí, problémoví a pravidelní uživatelé, dále pak příležitostní a rekreační uživatelé a experimentátoři. Programy těchto center jsou rovněž určeny i pro rodiče a osoby blízké uživatelů drog.

- a. Závislí - jsou to uživatelé drog, kteří splňují diagnostická kritéria závislosti (často se jedná zároveň i o problémové uživatele). Užívání drog určuje jejich životní styl a působí jim vážné poškození tělesného, psychického i sociálního zdraví.
- b. Problémoví - podle EMCDDA (Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost) je definice problémového užívání buď intravenózní užívání drog, nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu.

- c. Pravidelní - pravidelností se zde rozumí užívání drog častěji než 1x týdně. Užívání již obvykle zasahuje do jejich životního stylu a může jim působit zdravotní a sociální problémy.
- d. Příležitostní a rekreační - neužívají častěji než jednou týdně, užívání drog je již součástí jejich životního stylu, ale dosud jim nepřináší žádné zdravotní či sociální problémy.
- e. Experimentátoři - osoby, co drogy tzv. „zkouší“. Jedná se o nepřesné označení, kdy osoby občasné a nepravidelně užívají různé drogy a jejich typy, přičemž nemusí mít problémy v jiných oblastech.

(Kalina et al., 2003, a)

## 1.5. HISTORIE KONTAKTNÍCH CENTER V ČR

Historie kontaktních center je poměrně mladá.

Do roku 1989 se na území bývalého Československa žádná kontaktní centra pro uživatele drog nevyskytovala. Existovala zde síť tzv. AT ordinací, specializovaných na problém alkoholismu a jiné toxikománií. Ty doplňovaly záchytné stanice, specializované protialkoholní léčebny a psychiatrická lůžková zařízení. Po roce 1989 v důsledku restrukturalizace sítě zdravotnických zařízení AT ordinace postupně zanikaly. Systém léčebné péče o uživatele alkoholu a jiných omamných a psychotropních látek se začal postupně rozšiřovat. Vznikala nestátní a nezdravotnická zařízení, která reagovala na nové trendy v oblasti užívání návykových látek. Tyto trendy byly způsobeny například větší otevřeností společnosti, změnami životního stylu a organizování nezákonného obchodu s návykovými látkami.

Větší důraz se začal klást na psychosociální a Public Health problematiku počátku závislosti a tak se v systému léčebné péče začali plnohodnotně uplatňovat psychologové, pedagogové a sociální pracovníci. Díky tomu se začal důraz od medicínského



modelu přesouvat i do oblasti primárně preventivních programů, psychosociálních souvislostí a scénářů tohoto typu chování. Začala se hledat cesta do dveří s nízkým prahem, které by byly otevřené do systému pomoci, tedy nejen k léčbě, ale i k časnému varování a snížení rizika důsledků návykového scénáře. Byly zde nejen podněty ze zemí dlouhodobější zkušeností v této oblasti, ale i u nás již před politickými změnami existovala otevřeněji a komplexněji koncipovaná zařízení, např. Středisko drogových závislostí – první ambulantní centrum pro nealkoholové závislosti v ČR. To bylo založeno MUDr. Rubešem při Apolináři v Praze již v roce 1971 a v roce 1986 zahájilo jako první výměnu injekčního materiálu nitrožilním uživatelům. Po politických změnách se v roce 1991 středisko osamostatnilo, přešlo do nestátní formy a vznikl DROP –IN (Kalina et al., 2001).

V devadesátých letech začal nárůst obdobných zařízení a v roce 2001 Národní strategie protidrogové politiky vyjmenovává mezi základní pilíře přístupu k dané problematice aktivitu harm reduction. V této strategii se požaduje zabezpečit odpovídající primární zdravotní péči problémovým uživatelům a závislým, je definována potřeba včasné intervence, krizové intervence, poradenství, terénní práce propojenosti s programy resocializace a léčebnými programy. Do té doby přístupy prevence, harm reduction a léčby v národní strategii uvedeny nikdy nebyly. Byla zde také poprvé zdůrazněna potřeba propojenosti péče a multidisciplinarity v těchto přístupech. Dále byl definován princip nízkoprahovosti a programy terénní práce, výměnný program, kontaktní centra, poradenství. Tyto programy byly označeny jako potřebné a účinné a tudíž hodné podporovat z veřejných zdrojů (Kalina et al., 2003, b).

V polovině 90. let přišly první podněty pro zavedení hodnocení kvality protidrogových služeb od poradního a koordinačního orgánu vlády - MPK (Meziresortní protidrogová komise) a některých nestátních neziskových organizací (poskytovatelů služeb), na jejímž základě by byly jasně definovány kritéria kvality služeb,

byly by vytvořeny mechanismy pro její hodnocení a naplňování těchto kritérií by bylo zohledňováno při poskytování dotací. Na základě těchto podnětů zveřejnil sekretariát MPK v roce 1995 tzv. Minimální standardy kvality drogových služeb. Ty procházely řadou připomínkových řízení a tvoří dnes základ Certifikačních standardů (Beránková et al., 2004).

V současnosti poskytuje nízkoprahové služby aktivním uživatelům drog v ČR 63 Kontaktních center (www.drogy-info.cz, srpen 2011).

## **2. SLUŽBY PRO UŽIVATELE DROG POSKYTOVANÉ KONTAKTNÍMI CENTRY**

Podle zákona č. 108/ 2006 Sb. je službou sociální prevence myšleno samotné kontaktní centrum a mezi jeho základní činnosti patří:

- „Sociálně terapeutické činnosti
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- Poskytnutí podmínek pro osobní hygienu“

(Zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, § 59).

Naopak dle RVKPP je kontaktní centrum program pro aktivní uživatele drog a služby jim poskytované můžeme rozdělit do dvou kategorií. První kategorii tvoří služby zdravotnické péče, jejichž vývoji v posledních pěti letech je věnována praktická část bakalářské práce, druhou pak služby sociální prevence, které mají pro snižování rizik spojených s užíváním drog neméně podstatný význam.

Služby poskytované kontaktními centry jsou pro klienty poskytovány zdarma. (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003)

## 2.1. SLUŽBY ZDRAVOTNICKÉ PÉČE

Tyto služby se zaměřují především na zdravotní stav uživatelů drog, kdy jsou klienti kontaktních center motivováni k méně rizikovým způsobům aplikace drogy a k používání sterilního „náčiní“ pro intravenózní aplikaci a v neposlední řadě k bezpečné likvidaci použitého injekčního materiálu, čímž se kontaktní centra snaží přispívat k ochraně zdraví veřejnosti. Mezi služby zdravotnické péče můžeme zařadit:

### 2.1.1. VÝMĚNNÝ PROGRAM INJEKČNÍCH STRÍKAČEK A VÝDEJ DOPLŇKOVÉHO MATERIÁLU

Výměnný program injekčních stříkaček má především zamezit v co největší možné míře šíření infekčních onemocnění a motivovat klienty k bezpečné likvidaci použitého materiálu prostřednictvím kontaktních center.

Program představuje výměnu použitého injekčního materiálu za sterilní. Může se jednat i jen o samotný příjem materiálu, bez výměny či naopak samotný výdej sterilního materiálu, aniž by klient přinesl použitý. Ke sterilním stříkačkám se poskytuje standardní harm reduction materiál, jako jsou desinfekční alkoholové polštářky, voda pro injekční aplikaci, bavlněné filtry, kyselina ascorbová, náplasti atd. Mohou být poskytovány i kondomy, alobal, či jiný zdravotnický materiál.

Existuje i tzv. sekundární výměnný program, kdy je výměna materiálu mezi injekční uživatele drog, kteří nejsou a třeba ani nechtějí být v kontaktu s žádným zařízením zprostředkována stávajícími klienty, tzv. indigenními pracovníky kontaktního centra. Tito indigenní pracovníci jsou systematicky vzděláváni.

Nedílnou součástí každého výměnného programu je i předávání informací o „bezpečném braní“, o žilním systému a péči o něj, rizikovém chování, bezpečném sexu atp.

Existují poměrně přísné normy pro přechovávání nebezpečného odpadu, pracovníci provádějící výměnu injekčního materiálu jsou v souladu s bezpečností práce vybaveni ochrannými pomůckami, musí dbát zvýšené opatrnosti a jsou povinně očkováni proti virové hepatitidě A, B. Každé kontaktní centrum má smluvně zajištěnu bezpečnou likvidaci nebezpečného odpadu odbornou firmou (Kolektiv autorů, 2006).

### 2.1.2. TESTOVÁNÍ NA PŘÍTOMNOST INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ, VČETNĚ PŘED A POTESTOVÉHO PORADENSTVÍ A SDĚLOVÁNÍ VÝSLEDKŮ TESTŮ

Smyslem testování je zjištění možného výskytu infekčních onemocnění u klientů kontaktních center. Testování se provádí orientačním rychlým testem z plné krve, séra či odběrem žilní krve a odesláním do laboratoře. Nedílnou součástí testování je předtestové poradenství, předání informací o infekčních nemocech a cest jejich přenosu, o samotném provedení testu včetně odběru biologického materiálu a zmapování rizikového chování testovaného klienta. Po interpretaci výsledku následuje potestové poradenství, jehož součástí je zajištění konfirmačního testu a potřebné následné lékařské péče v případě positivity (možno využít i asistenční službu) a v případě negativního výsledku rovněž připomenutí inkubační doby, způsobu přenosu jednotlivých onemocnění atp.

Každé testování se smí provádět pouze se souhlasem klienta a to za dodržení etických norem, veškerých hygienických norem pro práci s biologickým materiálem a zásad bezpečnosti práce. Samotný výkon odběru krve pak musí být proveden v prostorách odpovídajících hygienickým normám o odběru a nakládání s biologickým materiálem a zařízení musí mít zajištěnu podle těchto norem i likvidaci odpadů (Kolektiv autorů, 2006).

### 2.1.3. ZÁKLADNÍ ZDRAVOTNICKÉ OŠETŘENÍ

Základní zdravotní ošetření zahrnuje neodkladnou první pomoc, úkony nahrazující laickou domácí péči v případech klientů bez domova, např. aplikace mastí, přikládání obkladů, zjišťování tělesné teploty či výdej předepsaných léků a zákroky při poranění či onemocnění bez ohledu na to, zda byly způsobeny důsledkem injekční aplikace drog (abscesy, flegmóny, bércové vředy atp). O každém zdravotním ošetření se provádí zápis do knihy zdravotních ošetření a pracovník provádějící ošetření se snaží klienta přimět, aby využil odbornou lékařskou pomoc. Zde je rovněž možno využít asistenční služby (Kolektiv autorů, 2006).

### 2.1.4. SOMATICKÉ, PSYCHIATRICKÉ A PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Tato vyšetření mohou provádět pouze odborní specialisté (lékaři a psychologové). Mají za cíl zhodnotit tělesný, duševní a psychický stav klienta, vyloučit případná tělesná či duševní onemocnění, stanovit klinickou diagnózu, či další diagnostický nebo léčebný postup a jejich součástí je vyšetření zaměřené na mezidobí klienta (Kolektiv autorů, 2006).

### 2.1.5. TESTOVÁNÍ NA PŘÍTOMNOST OMAMNÝCH A PSYCHOTROPNÍCH LÁTEK

Toto vyšetření se provádí za účelem ověřování abstinence klientů, u nichž je abstinence požadována, či sám o toto vyšetření požádá. Orientační testování se provádí z moči za pomoci screeningových testů a výsledek je znám do několika minut. Test vyhodnocuje pracovník centra odečtením hodnot testu a interpretuje výsledek klientovi. Poté o provedení testu provede zápis do složky klienta. Nedílnou součástí testování je předtestové poradenství, při němž se klientům předávají informace o způsobu odběru moče, průběhu,

limitech a provedení testu. Po ukončení testování následuje potestové poradenství.

Odběr moči a testování musí vždy provádět pracovník stejného pohlaví jako klient (Kolektiv autorů, 2006).

#### 2.1.6. TĚHOTENSKÉ TESTY

Obdobný průběh a forma testů jako při testování na přítomnost omamných a psychotropních látek. V případě positivity je klientka odkázána na další, relevantní služby (může využít i asistenční služby kontaktního centra), v negativním případě následuje poučení o plánovaném rodičovství, rizicích pohlavně přenosných chorob atp. (Kolektiv autorů, 2006).

#### 2.1.7. KRIZOVÁ INTERVENCE, KRIZOVÁ INTERVENCE PO TELEFONU, INTERNETU

Cílem krizové intervence je za pomoci diagnosticko-terapeutického přístupu napomoci zvládnout psychickou krizi. Jedná se o jednorázová či opakovaná setkání, při nichž pracovník centra zaměřuje pozornost na chování klienta, posuzuje jeho aktuální psychický stav a zjišťuje možné příčiny krizového stavu. Intervencí směřujeme ke zvládnutí potíží, diagnosticko-terapeutickou rozvahu a také návrh opatření jak krizi v budoucnu předcházet. Krizovou intervencí mohou provádět pracovníci po absolvování kurzů krizové intervence a krizové intervence po telefonu a internetu (Kolektiv autorů, 2006).

### 2.2. SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE

Pro zabránění vyloučení uživatelů drog ze společnosti přispívají služby sociální prevence, jejichž prostřednictvím kontaktní centra

napomáhají klientům překonat jejich nepříznivou sociální a životní situaci. Mezi takové služby patří:

### 2.2.1. INDIVIDUÁLNÍ PORADENSTVÍ PRO UŽIVATELE, RODIČE A OSOBY BLÍZKÉ UŽIVATELŮM

U individuálního poradenství pro uživatele drog rozlišujeme tři základní typy. Obecné a strukturované poradenství a garantský rozhovor.

Obecné poradenství zahrnuje řešení aktuálních problémů a zvyšování kompetencí klienta nastalé problémy řešit. Strukturované poradenství probíhá na základě plánu, který je modifikován, jsou již přítomny prvky psychoterapie a klientovi pomáháme efektivněji jednat a dosahovat svých cílů. Garantský rozhovor znamená individuální, vysoce strukturované konzultace s klientem o průběhu jeho léčebného plánu. Jeho záměrem je praktický rozvoj konkrétních schopností a dovedností klienta a obsahuje méně prvků terapie.

Při práci s rodiči a osobami blízkými uživatelům drog využíváme obecné a strukturované poradenství. Obecné je zaměřeno na zvyšování kompetencí blízkých osob při řešení problémů vztahujících se k užívání drog, zatímco strukturované probíhá podle plánu s prvky psychoterapie a má za cíl pomoci lépe chápat uživatele a pomáhat mu efektivněji se vyrovnávat s konkrétními problémy a lépe dosahovat cílů (Kolektiv autorů, 2006).

### 2.2.2. KONTAKTNÍ PRÁCE

Kontaktní práce probíhá v kontaktní místnosti, která má být neformálním prostředím podporující nízkoprahovost programu a tvořit jakousi ochrannou zónu klientům. Pobyt v kontaktní místnosti má přitom jasně definovaná a transparentní pravidla.

Cílem kontaktní práce je vytvoření vzájemné důvěry a podmínek pro poskytování dalších služeb, které vyplývají z aktuální situace a potřeb klienta. Jsou rozvíjeny jeho schopnosti vyjádřit své potřeby a naučit se využívat existující nabídku služeb. Nedílnou součástí této práce je i získávání informací o rizikovém chování klienta a situací na místní drogové scéně (Kolektiv autorů, 2006).

### 2.2.3. SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ

Zahrnuje poradenství v sociálně- právní oblasti, jehož účelem je zlepšit sociální situaci klienta. Jedná se zejména o pomoc při vyřizování sociálních dávek, dokladů, zprostředkování kontaktů s oddělením péče o dítě, pomoc při řešení problémů s bydlením, vyřizování splátkových kalendářů atp. (Kolektiv autorů, 2006)

### 2.2.4. POTRAVINOVÝ A VITAMÍNOVÝ SERVIS

Účelem potravinové servisu je zajistit klientům alespoň základní denní přísun potravin a vitamínů a tím jim zdravotně a částečně i sociálně pomoci v jejich situaci. Výhodou této služby je, že motivuje klienty k návštěvě zařízení a pracovníkům tak usnadňuje navázat a udržet kontakt s klienty.

Jedná se o poskytnutí potravin, nápojů a vitamínů určených ke konzumaci v zařízení. Musí přitom být zajištěno dodržování hygienických norem a v dokumentaci zařízení (operačním manuálu) uvedeno, jaké druhy potravin, v jaké úpravě a množství mohou být podávány. Některá zařízení, v případě potravinového servisu využívají sponzorských darů ve formě pečiva. Při podávání vitamínů musí být klient poučen o jejich využití (Kolektiv autorů, 2006).



### 2.2.5. HYGIENICKÝ SERVIS A PRANÍ PRÁDLA

Do služby hygienického servisu patří možnost využití sprchy, praní prádla a případně poskytnutí obnošeného šatstva za účelem pomoci obnovovat základní hygienické návyky klientů. Zařízení proto musí mít zázemí odpovídající hygienickým požadavkům a požadavkům na tento typ služby (sprchový kout, WC, pračku) a zajistit klientům hygienické pomůcky, ručníky, čisticí prostředky a šatstvo.

Každé kontaktní centrum má vnitřními předpisy (Operačním manuálem) stanovena pravidla tohoto servisu (Kolektiv autorů, 2006).

### 2.2.6. ASISTENČNÍ SLUŽBA A ZPROSTŘEDKOVÁNÍ LÉČBY

Asistenční službou (sociální asistencí) je klientům nabízena pomoc a podpora, která vede ke zvyšování jejich zodpovědnosti a samostatnosti. Jedná se o doprovázení na různé instituce (např. Úřad práce, Probační a mediační služba, zdravotnická zařízení atp.) v případech, kdy to vyžaduje jejich aktuální stav.

Zprostředkováním léčby se rozumí, že pracovník spolu s klientem, který se rozhodl pro léčbu, hledá nejefektivnější možný způsob léčby s ohledem na individuální situaci klienta. Klient má možnost ke zprostředkování léčby využít služebního telefonu kontaktního centra.

Před nástupem léčby se pravidelnými schůzkami s klientem, pomocí motivačních rozhovorů snaží pracovník udržet klientovu motivaci k léčbě (Jelínek et al., 2009).

Kontaktní centra musí stejně jako poskytovatelé dalších služeb pro uživatele drog naplňovat standardy RVKPP o odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách a projít certifikací. Zároveň musí splňovat podmínky registrace sociálních služeb na MPSV a naplňovat standardy kvality sociálních služeb. S tím vším

souvisí financování kontaktních center, a proto je tomuto tématu věnována následující kapitola.

### **3. STANDARDY, CERTIFIKACE, INSPEKCE A PERSONÁLNÍ ZABEZPEČENÍ SLUŽBY**

V roce 2003 schválila Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky na svém zasedání zavedení systému certifikací odborné způsobilosti poskytovatelů služeb pro uživatele omamných a psychotropních látek, odsouhlasila Certifikační standardy (obecné a speciální), Certifikační řád a Metodiku Místního šetření. (www.drogy-info.cz, srpen 2011)

Standardy kvality sociálních služeb vydalo MPSV již v roce 2002, avšak jejich zavedení bylo možno až se vznikem Zákona 108/ 2006 Sb., jehož příprava trvala dlouhých 13 let, a aby mohl vstoupit v účinnost, bylo třeba ještě vydat prováděcí vyhlášku, jež byla na sklonku roku 2006 přijata pod č. 505. V tomto zákoně se poprvé hovoří o standardech kvality sociálních služeb a inspekci poskytování sociálních služeb (Krutilová et al.).

Z výše uvedeného vyplývá, že proces certifikace protidrogových služeb byl zaveden ještě před procesem inspekci sociálních služeb a v současné době musí poskytovatelé sociálních služeb v protidrogové oblasti dokazovat kvalitu poskytování služeb jak dle standardů odborné způsobilosti, tak dle standardů kvality sociálních služeb. Každé zařízení poskytující sociální služby v protidrogové oblasti tedy prochází jak systémem certifikací RVKPP, tak inspekci MPSV.

### 3. 1. STANDARDY RVKPP O ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI A CERTIFIKACE

Standardy stanovují kritéria péče o problémové uživatele a osoby drogově závislé, která jsou závazná pro všechny poskytovatele odborných služeb. Jsou základním nástrojem pro zabezpečení kvality a účinnosti péče a umožňují poskytovatelům systematické zaměření na kvalitu vlastní práce a její rozvoj. Poskytují orgánům veřejné a státní správy, které se podílejí na financování péče nástroj pro dohled na úroveň služeb poskytovaných veřejnosti a efektivitu vynakládání poskytnutých finančních prostředků.

Standardy odborné způsobilosti vychází z Minimálních standardů dle WHO z roku 1995, z metodického opatření č.9 Ministerstva zdravotnictví ČR z roku 1998, standardů SCODA z Velké Británie a základního manuálu kvality doporučeného Evropskou unií. První verze byla navržena v červnu roku 1999, byla několikrát připomínkována a prošla několika verzemi. Verze 7. (2. revize) ze srpna roku 2003 přináší další strukturální a obsahové úpravy, zejména v obecné části, aby byla dodržována shoda se standardy kvality sociálních služeb (tzv. registrační standardy) z roku 2001 (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003).

Certifikací se rozumí proces posouzení a formálního uznání, že služba odpovídá stanoveným kritériím a komplexnosti (standardům). Provádí ji externí hodnotitelé podle kritérií uvedených ve standardech a na základě výsledků šetření je zařízení udělen či neudělen certifikát. Certifikát se uděluje nejdéle na dobu 4 let, poté je nutné proces certifikací opakovat. Tím je zabezpečeno udržování a rozvíjení kvality služby (Beránková et al., 2004).

### 3.2. STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB DLE MPSV A ISPEKCE

„Standardy jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovateli a osobami – uživateli“ (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 99).

Právně závazným předpisem se staly od 1.1.2007 a znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz), srpen 2011).

Naplňování standardů kvality a plnění podmínek pro registraci poskytovatelů sociálních služeb zjišťuje „inspekce“. Tu provádí tříčlenný inspekční tým v místě poskytování sociálních služeb a o výsledku se pořizuje inspekční zpráva, na kterou se vztahuje ustanovení o protokolu o státní kontrole (Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách, § 98). Inspekce se provádí u všech poskytovatelů sociálních služeb, kterým bylo vydáno rozhodnutí o registraci. U poskytovatelů, jejichž zřizovatelem nebo zakladatelem je krajský úřad, provádí inspekci Ministerstvo práce a sociálních věcí, u ostatních poskytovatelů krajský úřad.

#### **Typy inspekce:**

Inspekce typu A: Znamená kontrolu celkové úrovně poskytované sociální služby se zaměřením na plnění registračních podmínek, kontrolu kvality dle standardů a plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb vycházejících z § 88 a 89 zákona 108/ 2006 Sb.

Inspekce typu B: Následuje po inspekci typu A, pokud při ní byly zjištěny nedostatky. Je zaměřena na kontrolu naplnění navrhovaných opatření pro odstranění těchto nedostatků. Nemusí se při ní provádět kontrola plnění registračních podmínek a to za předpokladu, že při inspekci typu A v nich nebyly zjištěny nedostatky a od první inspekce v nich nedošlo k žádným změnám.

Inspekce typu C: Provádí se v případech, kdy byla na poskytovatele sociální služby podána stížnost na kvalitu poskytovaných služeb, nebo byl dán podnět k inspekci. Prověřuje se při ní naplňování vybraných kritérií standardů a slouží zároveň jako nástroj prevence zajištění kvality v období mezi inspekcemi typu A (Krutilová et al.).

### 3.3. PERSONÁLNÍ ZABEZPEČENÍ SLUŽBY

S měnící se strukturou organizací protidrogových služeb od medicínského modelu léčby závislých na psychosociální a Public Health problematiku se začaly otevírat dveře pro uplatnění v systému péče psychologům, pedagogům a sociálním pracovníkům. Tím byly zároveň kladeny nové požadavky i na personální zabezpečení jednotlivých služeb (Kalina et al., 2003, b)

Služby kontaktního centra jsou zajištěny multidisciplinárním týmem s ohledem na poskytované služby a bio-psycho-sociální model závislosti. Na tým jsou kladeny požadavky jak ze strany standardů, tak i ze strany samotných organizací. Personálnímu zabezpečení služby a odbornému vedení a rozvoji pracovníků se věnují standardy č. A5 a A6 odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách.

Např. standard č. A 6. 2. říká, že: „Multidisciplinární týmy jsou sestaveny a vedeny s ohledem na kompetentní poskytování dané služby, je jasně definováno jejich fungování, odpovědnost jednotlivých členů a mechanismy komunikace.“ Dále se pak hovoří o tom, že pracovníci a týmy musí mít možnost zapojení se do rozvoje a zkvalitňování služeb, jsou povinni se vzdělávat v oblastech nezbytných pro správnou praxi a efektivní pracovní výkon, musí mít možnost pravidelného supervidování odborným vedoucím, přístup k vnější supervizi atp. V části B standardů (speciální část) se mimo jiné hovoří o tom, že vedoucí musí mít

ukončen psychoterapeutický výcvik a měl by mít vyšší odborné, bakalářské nebo úplné vysokoškolské vzdělání humanitního či společenského směru. V týmu kontaktních center (nezdravotnických zařízeních), by měli převažovat sociální a poradenští pracovníci (Rada vlády pro koordinaci drogové politiky, 2003).

Personálnímu a organizačnímu zajištění sociální služby a profesnímu rozvoji pracovníků se rovněž věnuje standard č. 9 a 10 Standardů kvality sociálních služeb.

#### **4. POSTAVENÍ KONTAKTNÍCH CENTER V SYSTÉMU PÉČE O UŽIVATELE DROG A JEJICH FINANCOVÁNÍ**

Služby Harm Reduction poskytované kontaktními centry patří vedle prevence, léčby a represe mezi základní pilíře protidrogové politiky ČR. Poskytovatelé služeb kontaktních center jsou stejně jako poskytovatelé většiny sociálních služeb nestátní neziskové organizace. Proto je pro ně otázka financování služeb klíčová. V této kapitole se stručně věnuji postavení kontaktních center v systému péče, systému a zdrojům jejich financování a v praktické části pak tomu, jaký má dle poskytovatelů financování dopad na udržitelnost a vývoj služeb.

##### **4.1. POSTAVENÍ V SYSTÉMU PÉČE**

Kontaktní centra poskytují zejména služby sekundární a terciální prevence. To znamená, že se snaží o předcházení vzniku, rozvoje a přetrvávání závislosti u již užívajících nebo závislých osob a o předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození, které vzniká jako důsledek užívání drog (Kalina et al., 2008).

Nízkoprahové programy (terénní program a kontaktní centrum) tvoří tzv. vstupní bránu do systému péče o uživatele drog. Jsou

službou prvního kontaktu, kdy se klient dozví základní informace o programu a nabídne se mu důvod proč a za jakých podmínek může program využívat i v budoucnu. Tím je možné udržet klienta v kontaktu s odborným zařízením, které má díky své nízkoprahovosti možnost nabízet mu včasné řešení zdravotních a sociálních problémů a odborné intervence směřující k bezpečnějšímu životnímu stylu (Kalina et al., 2008).

#### 4.2. SYSTÉM FINANCOVÁNÍ K-CENTER V ČR

V protidrogové politice ČR se uplatňuje vícezdrojové financování. Poskytovatelé služeb pro uživatele drog (např. kontaktní centra) jsou financovány ze státních, krajských a obecních rozpočtů formou dotací na financování protidrogové politiky. Dotační řízení je vždy vyhlášeno na období jednoho roku a poskytovatelé se k němu musí přihlásit, tzn. podají projekt včetně rozpočtu na příslušný rok k jednotlivým donorům. Spolu s projektem se přikládá mimo jiné Průběžná či Závěrečná zpráva z předešlého roku o činnosti služby.

Stát, respektive jednotlivá ministerstva a resorty, které se podílejí na financování protidrogové politiky, si stanovují maximální možnou procentuální výši dotace z rozpočtovaných výdajů na projekt. Dofinancování projektu je pak nutné zajistit z jiných zdrojů, např. vlastními příjmy poskytovatele a případnými sponzorskými dary.

Na zajištění financování kontaktních center pro uživatele drog se podílejí tyto resorty Státní správy:

- **Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále jen RVKPP)**
- **Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR**
- **Ministerstvo zdravotnictví ČR**

#### 4. 3.      PODÍL ZDROJŮ A VÝŠE FINANČNÍCH PROSTŘEDKŮ VE FINANCOVÁNÍ KONTAKTNÍCH CENTER V ČR

Tabulka 1: Přehled zdrojů a výše finančních prostředků poskytnutých kontaktním centrům ze státního a územních rozpočtů v letech 2007 -2009 (v tisících Kč).

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
RVKPP	25 305	27 520	26 542
MŠMT	0	0	0
MO	0	0	0
MPSV	24 310	28 948	31 093
MZ	1 956	2 644	2 764
MS	0	0	0
<b>Státní rozpočet celkem</b>	<b>51 571</b>	<b>59 112</b>	<b>60 399</b>
Kraje	15 814	21 415	25 698
Obce	12 464	14 077	17 410
<b>Územní rozpočty celkem</b>	<b>28 278</b>	<b>35 492</b>	<b>43 108</b>
<b>CELKEM</b>	<b>79 849</b>	<b>94 604</b>	<b>103 507</b>

Poznámka: Údaje za rok 2006 a 2010 nebyly k dispozici.

( Mravčík et al., 2007, 2008, 2009)



# PRAKTICKÁ ČÁST

## ÚVOD DO PROBLEMATIKY

Kontaktní centra poskytují uživatelům drog služby sociální prevence a služby zdravotnické péče. Cílovou skupinu tvoří zejména uživatelé s problémovým užíváním, kteří v současnosti nechtějí nebo z nějakých důvodů nemohou změnit svůj životní styl (viz teoretická část). Otázkou je, zda kontaktní centra poskytují všechny relevantní výkony zdravotní péče, zda se služby vyvíjejí, stagnují nebo se dokonce omezují a co je toho příčinou. Dále pak také, jaké je personální obsazení těchto programů a zda je zajištěna další odborná péče pro klienty. Na tyto otázky jsem se ve své bakalářské práci proto zaměřil a snažil se je zodpovědět. V minulosti proběhlo několik studií, které se spíše zaměřovaly na analýzu potřeb klientů programů pro uživatele návykových látek, jako např.: Minařík, J., 2005, Vacek, J., Miovský, M. & Gabrhelík, R., 2009, či se věnovaly optimalizaci sítě kontaktních a poradenských služeb v ČR, jako např. v: Libra, J. & Novák, P., 2005, 2006 atp., nikde jsem však nenašel studii zaměřenou přímo na vývoj zdravotnických služeb poskytovaných kontaktními centry.

## 5. CÍLE VÝZKUMU A HYPOTÉZY

### 5.1. CÍLE VÝZKUMU

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat poskytování a vývoj zdravotnické péče a zjistit které výkony jsou poskytovány a rozvíjeny, které naopak nejsou a co je toho příčinou.

Proto si práce klade tyto tři základní cíle:

- zmapovat poskytování zdravotní péče v podmínkách kontaktních center v ČR

- zmapovat vývoj poskytování zdravotnických výkonů v těchto centrech s cílem zjistit, zda se mění spektrum, obsah a rozsah poskytování těchto výkonů
- zjistit, zda jsou v realitě skutečně poskytovány a rozvíjeny všechny relevantní výkony či nikoli, které případně nejsou a proč a které naopak jsou a jaké to má příčiny.

## 5. 2. HYPOTÉZY

Pro ověření výsledků výzkumu byly stanoveny tři hypotézy, jejichž potvrzení či vyvrácení nám pomůže dojít k naplnění cílů výzkumu.

- Kontaktními centry jsou poskytovány pouze základní zdravotnické služby.
- Vývoj služeb zdravotnické péče v kontaktních centrech za posledních pět let stagnuje.
- Nedostatečné financování v posledních 5- ti letech má na vývoj služeb negativní vliv.

## 6. METODIKA VÝZKUMU

### 6. 1. METODA ZÍSKÁVÁNÍ DAT

V praktické části bakalářské práce byl použit kvantitativní výzkum, při kterém byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Dotazník je ve své podstatě standardizovaný rozhovor, předložený respondentům výzkumu v písemné podobě. Jeho výhoda spočívá v úspoře času a finančních prostředků a v tom, že takto získaná data lze lépe kvantifikovat. Nevýhodou dotazníku je větší pečlivost při jeho přípravě než při přípravě standardizovaného rozhovoru, nižší věrohodnost získaných dat a nižší návratnost dotazníků, což se však v našem případě nepotvrdilo, i když je pravda, že ne

všichni respondenti zodpověděli všechny otázky. Toto však bylo při samotné analýze dat zohledněno (Ferjenčík, 2000).

Cílem šetření bylo zjistit údaje, které nevyplývají ze závěrečných zpráv, ani z výstupů systému Freebase a Unidata. Například počet distribuovaných kondomů, doplňkového zdravotnického materiálu, zda a v kolika případech mají zařízení pro klienty zajištěnu péči dalších odborných institucí, zda se přidělené finanční prostředky dotkly personálního obsazení atp.

Protože jedním z cílů studie bylo zjistit vývoj služeb zdravotnické péče v kontextu s financováním, zaměřili jsme se především na kontaktní centra v malých a středně\_velkých městech (do 100 000 obyvatel), kde je předpoklad, že se nedostatečné financování snáze projeví. Se žádostí o vyplnění dotazníku bylo osloveno 12 kontaktních center v ČR. Tato centra se nacházejí na území osmi krajů, aby bylo možné poukázat i na případné rozdíly ve financování z územních rozpočtů.

Časová řada byla stanovena za období posledních 5-ti let (2006 – 2010), neboť kratší období by bylo pod hranicí elementárního hodnocení, zatímco řada delší by již znamenala značnou zátěž pro respondenty (dohledávání starých dat, neúnosná délka dotazníků, nárůst rozsahu studie atd.).

## 6. 2. ANALÝZA DAT

Dotazník vyplnilo všech 12 oslovených zařízení. Návratnost tedy činila 100%, což dává dostatečně reprezentativní vzorek. V některých z nich však chyběly odpovědi na některé otázky, či byly zodpovězeny jen částečně. Z hlediska validity toto bylo při analýze zohledněno a ve vysvětlujících komentářích pod grafy a tabulkami i vysvětleno.

I v zájmu srozumitelného a přehledného zpracování problematiky nebyly zvoleny složité statistické metody. Data byla zpracována statistickou analýzou a prezentována v podobě tabulek resp. sloupcových grafů. Grafy a tabulky byly doplněny vysvětlujícím

komentářem prohlubujícím interpretaci zjištěných dat (někdy, u relevantních otázek) s přihlédnutím k formulaci respondentů.

## **7. ETICKÉ NORMY A PRAVIDLA VÝZKUMU**

Dotazníkové šetření mělo být původně použito pouze pro účely mé bakalářské práce. Po konzultaci s konzultantem bakalářské práce doc. Miovským bylo rozhodnuto, že budou výsledky dotazníkového šetření použity v pilotní studii „Revize a rekonceptualizace programů Harm Reduction a Risk Reduction pro uživatele návykových látek a návrh implementačního plánu změn v těchto službách v ČR.“ Tato pilotní studie se zabývá implementací Harm Reduction služeb do zdravotnictví a směřování k možnosti hradit část výkonů z veřejného zdravotního pojištění.

Všichni respondenti (vedoucí oslovených zařízení), byli předem telefonicky osloveni a požádáni o vyplnění dotazníku, dále byli jak telefonicky tak průvodním dopisem doc. Miovského informováni o tom, co je cílem studie, proč se jí zúčastnili a že mají právo z výzkumu odstoupit a jejich záznamy nebudou použity.

Respondenti byli rovněž seznámeni s tím, kde se mohou seznámit s výstupy studie.

## **8. POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU**

### **8.1. CÍLOVÁ POPULACE A VÝBĚROVÝ SOUBOR**

Cílovou populaci tvoří vybraná kontaktní centra v Čechách a na Moravě. Výběrový soubor pak 12 oslovených kontaktních center, která vyjádřila ochotu spolupracovat a poskytnout potřebná data. V rámci co možná největšího pokrytí ČR se jedná o kontaktní centra z osmi krajů, konkrétně o centra ze Středočeského, Jihočeského, Ústeckého, Královéhradeckého, Moravskoslezského, Olomouckého a Jihomoravského kraje a kraje Vysočina.

## 8.2. KRITÉRIA VÝBĚRU

Při výběru byla zvolena kontaktní centra z osmi krajů ČR, aby se dalo poukázat i na možné rozdíly ve financování z jednotlivých regionů a jaký to má vliv na vývoj služeb. Byla také oslovena „malá“ centra, kde by případný nedostatek finančních prostředků mohl být větším předpokladem pro neudržitelnost služeb.

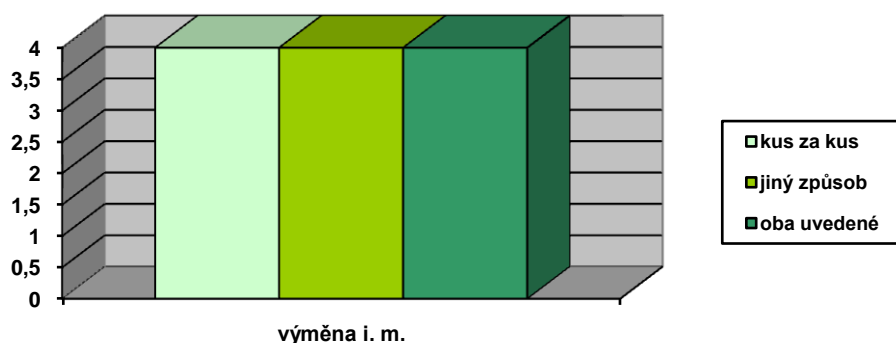
Do výběrového souboru byla tedy zařazena čtyři kontaktní centra z měst do 20 000 obyvatel, čtyři z měst 20 000 - 40 000 obyvatel a čtyři z 40 000 – 100 000 a naopak nebyla zařazena kontaktní centra nacházející se na území Kraje Hl.m. Prahy a měst nad 100 000 obyvatel.

## 9. VÝSLEDKY

Dotazník obsahoval 17 položek koncipovaných tak, aby po analýze výsledků bylo možné potvrdit či vyvrátit 3 stanovené hypotézy. Ve výsledcích uvádím pouze ty údaje, na které byla oslovená kontaktní centra schopna a ochotna odpovědět.

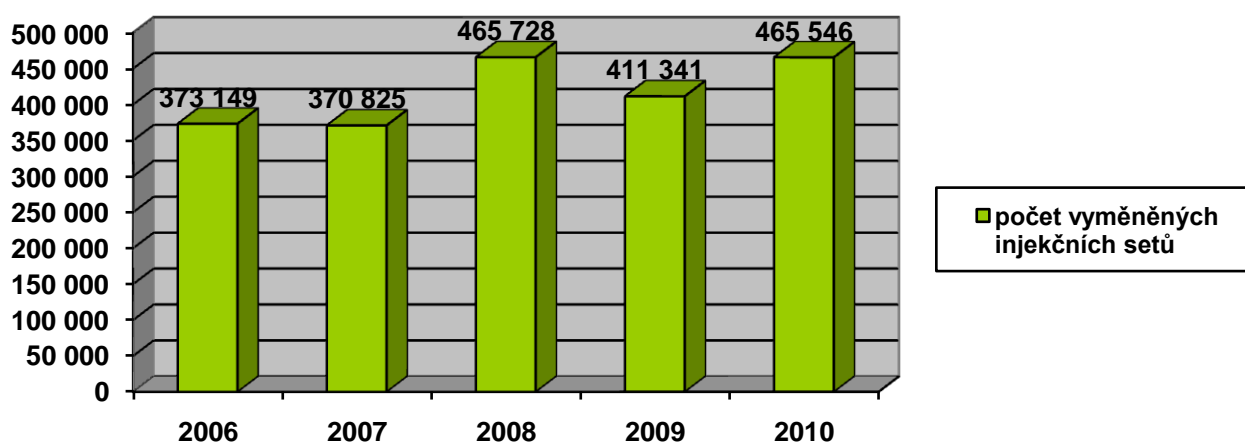
V následujících grafech a tabulkách jsou názorně porovnány výsledky jednotlivých otázek dotazníku. Každý graf i tabulka jsou opatřeny vysvětlujícím komentářem.

### 1. Způsob výměny injekčního materiálu:



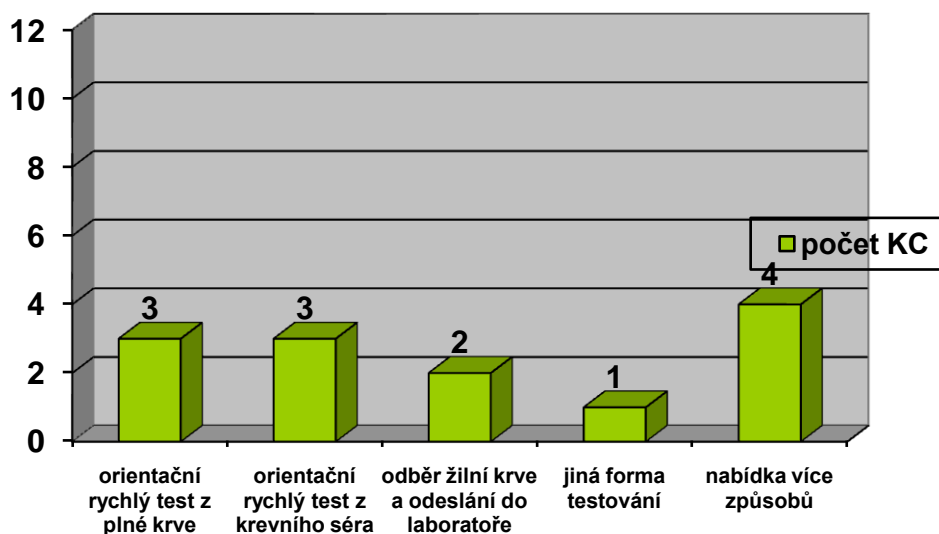
Z otázky, jakým způsobem mění kontaktní centra výměnu injekčního materiálu, jsme se dozvěděli, že 4 zařízení mění kus za kus, 4 jiným způsobem a 4 uvádějí oba dva způsoby. U těch, co uvádějí oba způsoby, se jedná o výměnu kus za kus současně s poskytováním balíčků prvního kontaktu, tzn. při první návštěvě klienta v kontaktní místnosti, či na požádání i stávajícím klientům. Ti, co uvádějí výměnu kus za kus, však dodávají, že toto pravidlo nedodržují striktně. Všichni se shodují, že klienty motivují k bezpečné likvidaci a návratnost injekčních setů je vysoká.

## 2. Počet vyměněného injekčního materiálu v období 2006 – 2010:



Z grafu vyplývá, že výměna injekčního materiálu meziročně mírně kolísá (pouze jedno KC uvedlo, že výměna rok co rok stoupá), obecně však lze říci, že se výměna zvyšuje. Nárůst objemu výměn v rámci sledovaného období činí téměř 25%.

## 2. Způsob testování na infekční nemoci

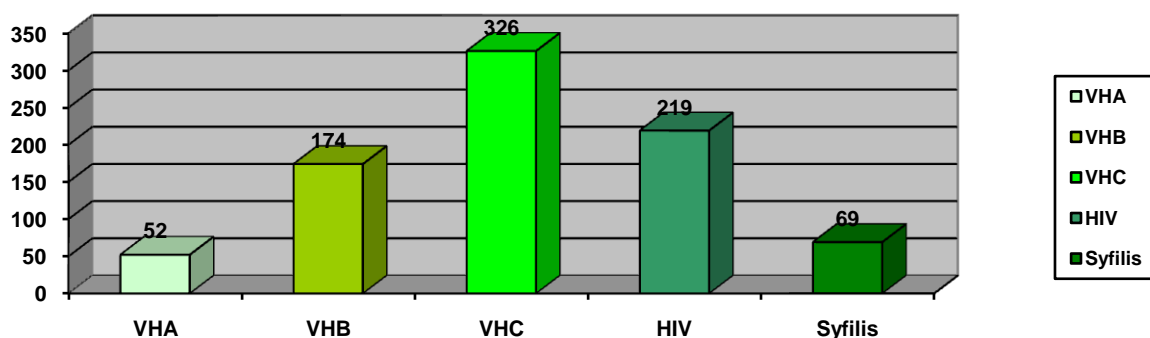


Čtyři kontaktní centra uvedla, že nabízejí orientační rychlý test jak z plné krve, tak i z krevního séra (v tabulce interpretováno jako nabídka více způsobů). Jedno uvedlo, že ačkoli nabízí orientační rychlý test z plné krve na HIV a z krevního séra na VHC, klienti ve 100 % případů využívají raději možnost doporučení s využitím služby asistence do odborného zařízení (infekční ambulance), kde se nechávají testovat. (důvod proč tomu tak je respondent neuvedl). Jak je z tabulky patrné, tak orientační testy nabízí polovina zařízení, zatímco odběr žilní krve a zjištění přesných výsledků laboratoří nabízí klientům pouze dvě zařízení.

## 4. Rok zahájení testování na infekční nemoci:

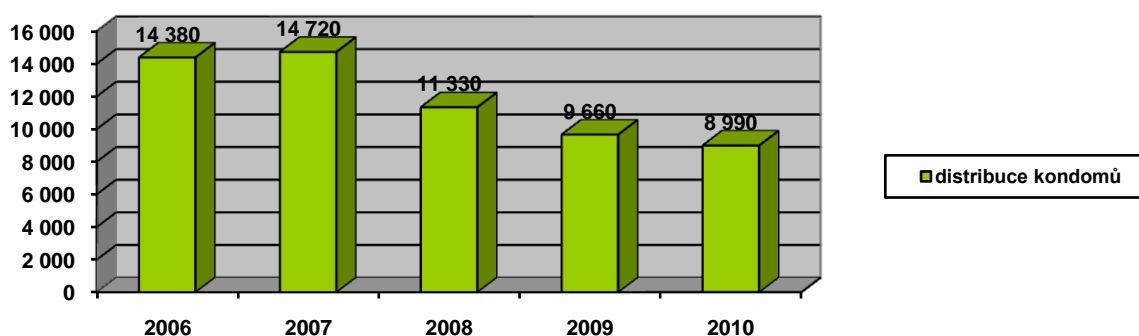
Jedno zařízení rok zahájení do dotazníku neuvedlo, u ostatních se zahájení pohybuje od roku 1995 až do roku 2010. Průměrná doba testování ve vybraných zařízeních činila k roku 2010 šest let. Jedno zařízení uvedlo, že je nedostatek finančních prostředků nutí k úplnému ukončení testování.

## 5. Počet testovaných v roce 2010



Ze sledovaného vyplynulo, že testování na VHA poskytuje pouze jedno kontaktní centrum a dvě nabízejí testování na syfilis. 11 center poskytlo stejný počet před i potestového poradenství jako testů, jedno uvedlo, že poskytlo 87 předtestových a pouze 4 potestová poradenství. Lze se jen domnívat, že potestové poradenství poskytují např. jen v případě pozitivního výsledku, ačkoli správně se má poskytovat po každém provedení testu. Dá se říci, že struktura realizovaných testů odpovídá výskytu jednotlivých chorob v cílové skupině a jejich nebezpečnosti (s tím, že HIV je se svou minimální incidencí v cílové skupině na jedné straně a extrémní rizikovostí na straně druhé specifické).

## 6. Distribuce kondomů



Všechna Kontaktní centra uvádějí, že mezi své klienty distribuují kondomy. Jejich počet se liší podle velikosti měst a na grafu můžeme vysledovat od roku 2008 klesající trend. V rámci sledovaného období došlo k poklesu objemu distribuovaného



materiálu na 62,5% stavu z roku 2006. Respondenti uvádějí, že je to zapříčiněno nedostatkem finančních prostředků na jejich nákup. Jedno zařízení počty ve sledovaném období neuvedlo.

### **7. Počet kontaktních center, poskytujících ostatní zdravotnický materiál v jednotlivých letech**

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Balíček prvního kontaktu (při kontaktu s novým IUD)</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>Desinfekční polštářky</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
<b>Aqua pro injectione</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
<b>Kyselina askorbová</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>10</b>
<b>Bavlněné filtry</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>
<b>Kapsle k perorální aplikaci</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Náplasti, obvazový materiál</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
<b>Masti (např. Heparoid)</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
<b>Jiný materiál</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

V poskytování zdravotnického materiálu jsou vidět rozdíly. Zatímco standardní materiál, jako jsou vody, desinfekce, náplasti a masti poskytují všechna zařízení, u ostatního se již počty center, které tento materiál poskytují, značně liší. Nejméně jsou poskytovány kapsle k perorální aplikaci. U balíčků prvního kontaktu 50% center uvedlo, že je poskytují, 25% neposkytují vůbec a 25% poskytují novým i stávajícím klientům na požádání. Jedno centrum poskytuje od roku 2010 varné pánvičky, dvě šňupátka a 2 ml stříkačky + jehly na filtraci Subutexu (jiný materiál).

Celkový trend: navzdory složité finanční situaci takřka všech zařízení se spektrum nabízeného zdravotního materiálu rozšiřuje.

## 8. Počet kontaktních center poskytujících klientům základní zdravotní ošetření

	2006	2007	2008	2009	2010
<b>První pomoc</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
<b>Ošetření drobných poranění (říznutí, oděrky atp.)</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
<b>Ošetření kožních onemocnění (např.: abscesy, flegmóny, bérc. vředy)</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
<b>Obklady</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>Výdej předepsaných léků</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Výdej předepsaných substitučních preparátů</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Aplikace mastí</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
<b>Podávání léků bez předpisu (např.: paralen)</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>Zákl. direnc. diagnostika a odeslání do spec. zařízení</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
<b>Jiné</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Z tabulky vyplývá, že základní ošetření jako je první pomoc či ošetření drobných poranění jsou schopna poskytnout všechna zařízení. Ne všechna však poskytují další zdravotnické výkony. Výdej předepsaných léků a substitučních preparátů nenabízí žádné kontaktní centrum, což může být pravděpodobně zapříčiněno absencí kvalifikovaného personálu k těmto úkonům. Podávání léků bez předpisu poskytuje polovina zařízení. Toto, poměrně nízké číslo, může znamenat obavy z možných rizik právního dopadu či problému při certifikacích zařízení tyto léky poskytujících, aniž by měly v týmu alespoň zdravotní sestru.

**9. Počet center poskytujících další služby a činnosti, které by mohly mít pozitivní vliv na zdravotní stav klientů**

	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Potravinový a vitamínový servis</b>	11	12	12	12	12
<b>Těhotenské testy</b>	10	10	10	11	12
<b>Testování na OPL</b>	10	11	11	11	11
<b>Somatické vyšetření</b>	0	0	0	1	1
<b>Psychiatrické vyšetření</b>	0	0	0	0	0
<b>Psychologické vyšetření</b>	1	1	1	1	1
<b>Krizová intervence</b>	12	12	12	12	12
<b>Jiné</b>	12	12	12	12	12

**Poznámka:** OPL = omamné a psychotropní látky.

Naprostá většina zařízení poskytuje klientům i další služby či činnosti, které by mohly mít příznivý vliv na zdravotní stav klientů. Co však s výjimkou jednoho neposkytují, je psychologické, psychiatrické a somatické vyšetření. To může mít opět příčinu v absenci personálu s potřebnou kvalifikací.

**10. Počet center majících zajištěnu následnou lékařskou péči**

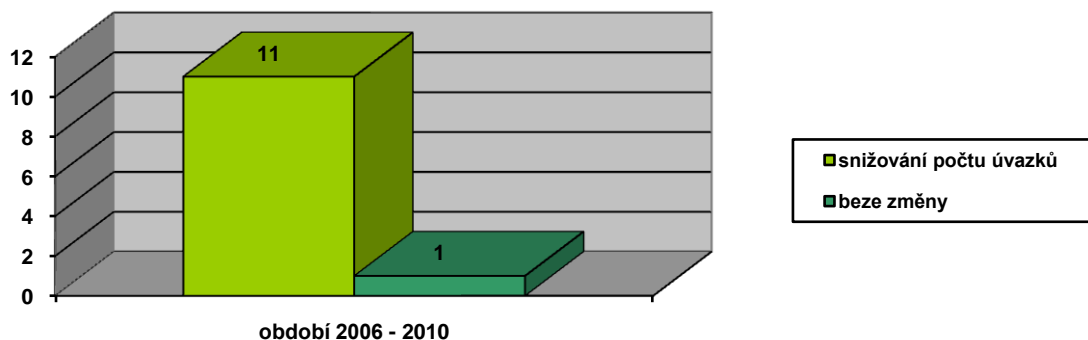
	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Praktický lékař</b>	1	1	2	3	4
<b>Hepatolog</b>	7	7	7	6	6
<b>Kardiolog</b>	1	1	1	1	1
<b>Gynekolog</b>	4	6	4	4	4
<b>Psycholog</b>	4	4	3	3	3
<b>Psychiatr</b>	6	6	6	6	7
<b>Stomatolog</b>	0	0	1	1	1
<b>jiný</b>	0	2	2	2	2

Z tabulky vyplývá, že ač všechna centra provádí testování na infekční nemoci, pouze 50% z nich má zajištěnu následnou péči u hepatologa. Péči psychiatra má zajištěnu rovněž 50% zařízení. Nejméně zajištěna je následná péče stomatologa, kterou nabízí pouze jedno zařízení. Dvě zařízení uvedla, že mají zajištěnu péči chirurga.

### 11. Spolupráce kontaktních center s lékárnami

Všetchna kontaktní centra až na jedno uvedla, že s lékárnami spolupracují. Nejčastěji spolupráce spočívá v průzkumu a monitoringu prodeje injekčního materiálu uživatelům drog (11 center), dále pak poskytování informačních materiálů a balíčků prvního kontaktu lékárnám (7 center), dvě kontaktní centra pořádají vzdělávání pro pracovníky lékáren, dvě jednájí o sponzoringu, případně o přímou finanční podporu od lékáren a jedno centrum odebírá od lékárny zdravotnický materiál.

### 12. Dopad přidělených finančních prostředků na personální obsazení kontaktních center a vliv na přímou práci s klienty



Jedno zařízení uvedlo, že „...faktický podstav pracovníků trvá dodnes...zcela konkrétním důsledkem bylo omezení otvíracích hodin kontaktní místnosti“. Další že: „...personální obsazení zařízení je dlouhodobě poddimenzované...v případě nemoci nebo čerpání dovolených dochází i k uzavření zařízení z důvodu přítomnosti pouze jednoho pracovníka...“, další že: „...finanční

situace má přímý vliv na nedostatečné personální zabezpečení služby, z tohoto důvodu jsou služby již několik let omezovány.“

Jedno ze zařízení uvádí pro rok 2009 fungování „v útlumovém režimu“ a o roku 2010 píše: „drastický pokles finančních zdrojů...přijata úsporná opatření pro zachování provozuschopného zařízení na hranici standardů RVKPP...snížena dostupnost služeb. Zařízení funguje v úsporném až krizovém režimu.“

Z výše uvedeného vyplývá, že většina zařízení je kvůli každoročnímu snižování finančních prostředků nucena krátiť úvazky v přímé péči s klienty a tím i omezovat provozní dobu či poskytování služeb. Nejvíce se to projevilo v roce 2010, kdy toto opatření muselo přijmout jedenáct zařízení. Jednoho zařízení se finanční problémy netýkají. Uvádějí, že je to proto, že je kontaktní centrum od ½ roku 2009 aktivita podporovaná ESF, prostřednictvím operační hoprogramu Lidské zdroje a zaměstnanost. Zde je nutné uvést, že tuto možnost podpory nabízely jen některé kraje ČR a jak samo zařízení dodává, projekt končí v roce 2012, a není jasné, co bude poté.

### **13. Dopad finančních prostředků na personální zabezpečení a složení týmů kontaktních center. Počty úvazků v přímé péči**

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Adiktolog</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5,8</b>	<b>7,8</b>
<b>Lékař</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Psychiatr</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Psycholog</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Zdravotní sestra</b>	<b>2,3</b>	<b>2,3</b>	<b>2,3</b>	<b>2,3</b>	<b>2,6</b>
<b>Jiný zdravotnický personál</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Jiný personál</b>	<b>25,4</b>	<b>24,7</b>	<b>24,1</b>	<b>19</b>	<b>17,2</b>

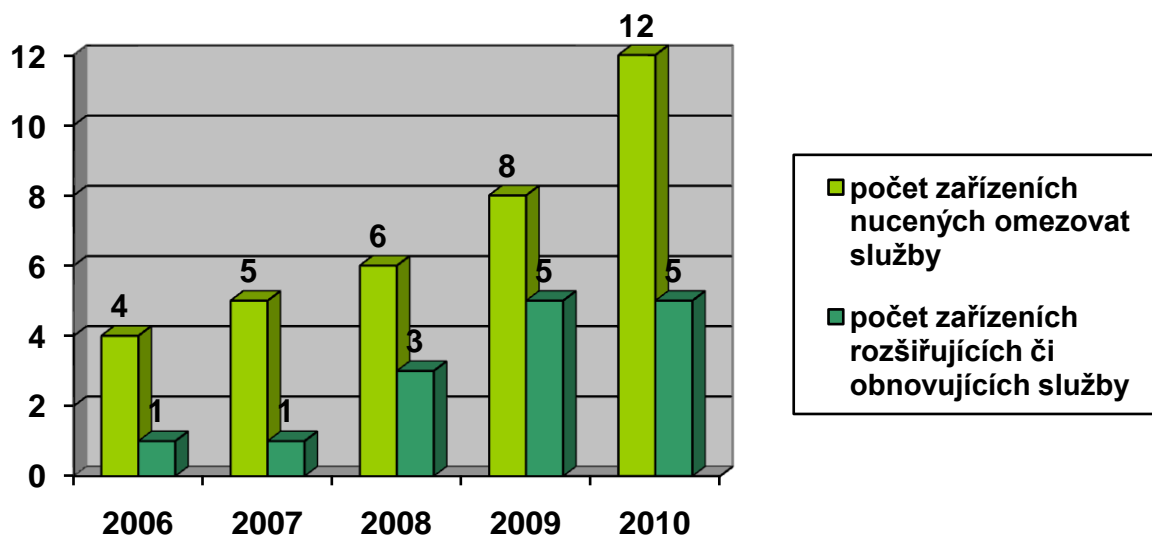
**Poznámka:** Adiktolog = pracovník s uznanou praxí adiktologa či absolvent studijního programu adiktologie.

Jiným personálem se zde myslí sociální pracovník a pracovník v sociálních službách dle zákona 108/ 2006 Sb., Zákon o sociálních službách.

Ani jedno zařízení ve sledovaném období nemělo ve svém týmu lékaře (resp. psychiatra). Psychologa uvedlo pouze jedno zařízení v letech 2007-2009, což evidentně nesouvisí s jakýmsi systémovým budováním týmu jako spíše se šťastnou příležitostí zaměstnat osobu s patřičným vzděláním. V letech 2009 a 2010 se výrazně projevují výsledky vzdělávání týmů a přiznání kvalifikace adiktologa.

Jedno zařízení má nasmlouvaného lékaře a zdravotní sestru na DPP, ti však pro ně zajišťují pouze testování na infekční nemoci. Jedno zařízení neuvedlo ve sledovaných letech žádný jiný personál než zdravotní sestru na 0,3 úvazku, ačkoli na otázku č. 13 uvedli, že se snížil počet úvazků. Proto nebyli pracovníci tohoto zařízení započítáni do celkového počtu.

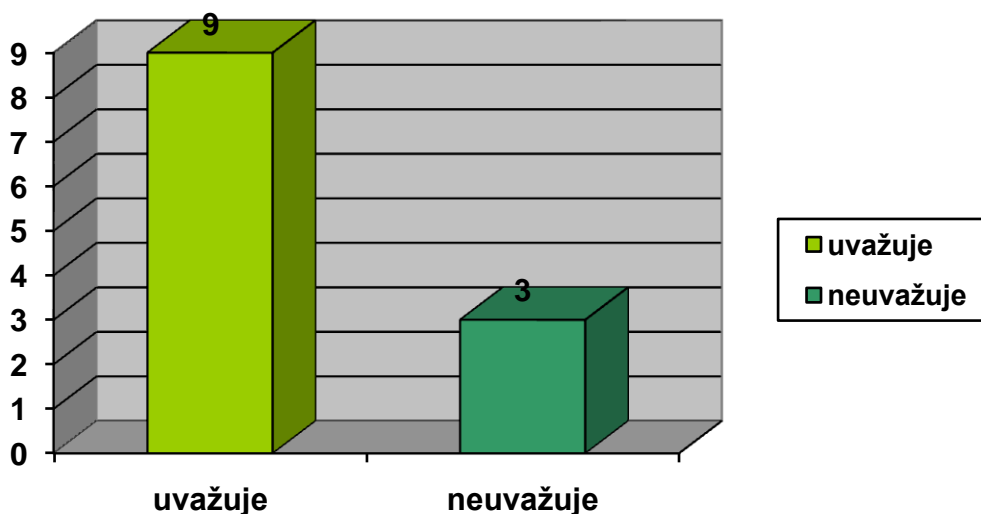
#### 14. Změny v poskytování služeb ve sledovaných obdobích:



	2006	2007	2008	2009	2010	Σ
<b>Omezení, rušení služeb</b>	4	5	6	8	12	35
<b>Obnovení, zavedení služeb</b>	1	1	3	5	5	15

Výše uvedená tabulka ukazuje postupné omezování služeb v letech 2006 až 2010, které výrazně akcelerovalo v posledních dvou letech. Jednotlivá zařízení se i ve zhoršené finanční situaci snaží o zavádění nových služeb (samozřejmě, je třeba brát v úvahu, že respondenti neopomenou tento aspekt – s méně prostředky stále kvalitní práce – zdůraznit). Je možné předpokládat, že se kontaktní centra snaží zavádět nové, i když méně potřebné a finančně nenáročné služby s vidinou vyššího nebo alespoň stávajícího přílivu finančních prostředků do služeb. Zároveň je třeba poznamenat, že je tento ukazatel obtížně statisticky vyhodnotitelný. Dochází na jedné straně k omezení provozní doby K-centra kontaktní místnosti (např. na 2 dny v týdnu), na straně druhé k „rozšíření“ nabídky služeb např. o screeningové testy na přítomnost OPL. Je jasné, že taková omezování a zavádění jednotlivých služeb jsou nesouměřitelná. Víceméně lze říci, že ve sledovaném období skutečně došlo u některých poskytovatelů služeb k zásadním omezováním služeb a že ojedinělé zavádění nových služeb bylo podružného rázu a nemohlo kompenzovat celkově nepříznivý vývoj.

#### 15. Počet kontaktních center, která mají zájem stát se v budoucnu zdravotnickým zařízením



Z grafu je patrné, že 9 z 12 ti oslovených zařízení má zájem o to, aby se v budoucnu stalo kontaktní centrum zdravotnickým zařízením.

3 kontaktní centra, která o změnu nemají zájem, se nacházejí ve Zlínském a Jihomoravském kraji a kraji Vysočina. Jedno centrum z těchto tří uvedlo, že ve sledovaném období nemělo větší finanční problémy, pouze v roce 2010 byli nuceni snížit počet úvazků v přímé péči. Zbylá dvě zařízení, ačkoli uvádějí, že byla z důvodu nedostatku finančních prostředků nucena snižovat úvazky v přímé péči či dokonce omezit provozní dobu, důvody, proč neuvažují nad změnou, neuvedla.

#### **16. Probíhající přípravy ke změně statusu kontaktních center na zdravotnické zařízení**

V jednom centru zatím žádné přípravy neprobíhají z důvodu nedostatečných informací o možném přechodu do režimu zdravotnického zařízení. Dvě jsou ve fázi uvažování a dvě zjišťují podmínky a obávají se „zpřísnění“ požadavků na provoz zařízení v důsledku zařazení do zdravotnických kritérií. Další dvě si zajišťují kvalifikaci adiktologa a registraci zařízení jako zdravotnického.

Ve dvou kontaktních centrech si již zjistily podmínky registrace na zdravotnické zařízení, dalším krokem budou změny v administrativě a příprava dokumentace. Rovněž nezbytné budou stavební úpravy prostor center. Jako nedostatek vnímají nejasné vymezení možných hrazených výkonů, smlouvy s pojišťovnami a jakým podílem by se měly podílet MZ a jiné resorty na financování.



## **Shrnutí výsledků ze sebraných dat, potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz:**

Praktická část bakalářské práce byla koncipována tak, abych byl po jejím zpracování schopen odpovědět na 3 hypotézy stanovené na začátku výzkumu. První hypotéza měla potvrdit či vyvrátit tvrzení, že kontaktní centra poskytují pouze základní zdravotnické služby. Tuto hypotézu nelze na základě zjištěných výsledků jednoznačně potvrdit ani vyvrátit.

Všechna zařízení poskytují sice výměnný program, včetně výdeje alespoň některého doplňkového materiálu, provádí nebo mají zajištěné testování na infekční nemoci, testování na přítomnost OPL a těhotenské testy, podávají informace o bezpečném brání, krizovou intervenci atp., ale například zajištěnu návaznou lékařskou péči má maximálně 50% z oslovených zařízení. Psychiatrické vyšetření neprovádí žádné zařízení, somatologické a psychologické vyšetření provádí pouze jedno z oslovených zařízení. Rovněž v poskytování základního zdravotního ošetření jsou vidět značné rozdíly. Zatímco první pomoc a ošetření drobných poranění jsou schopny poskytnout všechna zařízení, v ostatních zdravotnických výkonech se počty poskytujících zařízení liší.

Ve druhé hypotéze jsem předpokládal, že vývoj služeb zdravotnické péče v kontaktních centrech stagnuje. Tato hypotéza se statisticky potvrdila. Vývoj služeb zdravotnické péče v oslovených centrech opravdu stagnuje či má dokonce klesající trend. 5 z 12ti oslovených zařízení v roce 2010 sice uvádí, že rozšiřuje či obnovuje služby kontaktního centra, ale zároveň všech 12 zařízení uvedlo, že jsou z důvodu zhoršené finanční situace nuceni omezovat provozní dobu či některé služby kontaktního centra. Meziročně se snižuje počet vydaných kondomů, což respondenti dávají do přímé souvislosti s nedostatkem finančních prostředků na jejich nákup. Jedno zařízení vede špatná finanční situace k ukončení testování na infekční nemoci. Jediné, co meziročně

narůstá je objem vyměněného injekčního materiálu, což pravděpodobně souvisí s vývojem situace na drogové scéně v ČR. Třetí hypotéza měla potvrdit či vyvrátit tvrzení, že nedostatečné financování služeb kontaktních center v posledních 5-ti letech má na vývoj služeb negativní vliv. Rovněž tato hypotéza se potvrdila. I když z přehledu zdrojů a výše finančních prostředků uvedených v tabulce č. 1. vyplývá, že se podíl finančních prostředků poskytnutých kontaktním centrům meziročně zvyšuje, respondenti (až na jednoho, který je podporován z Evropských strukturovaných fondů) uvádějí, že nedostatek finančních prostředků, zejména v posledních dvou letech, je nutí snižovat počet personálu v přímé péči, omezovat provozní dobu či omezovat nebo dokonce rušit některé služby.

## **10. DISKUZE**

Z analýzy dat získaných v rámci šetření je patrné hned několik zásadních skutečností, trendů. Zařízení zvoleného typu se zejména v posledních dvou letech potýkala s omezením finančních prostředků, což se negativně odrazilo jak na struktuře, množství, tak i kvalitě poskytovaných služeb a na personálním složení týmů. Prakticky veškerý obsah dotazníků se pohybuje v protikladu progresu problémového užívání drog a HR služeb jako takových (resp. potřeby jejich poskytování) na jedné straně a klesajícího objemu financí přitékajících do této oblasti služeb a z toho plynoucí někdy až neúnosné „improvizace“ jejich poskytovatelů na straně druhé. Poskytování zdravotnických služeb zařízeními je limitováno personálním složením týmů a to zase schopností zařízení příslušné odborné pracovníky do svých týmů získat a udržet je v nich.

Možná právě proto 9 z 12 ti oslovených zařízení se vážně zabývá otázkou budoucnosti svých zařízení a má zájem o změnu statusu na zdravotnická zařízení. Je to do budoucna jedna z možných cest, jak

získat alespoň část tolik potřebných financí na některé výkony a služby prováděné kontaktními centry.

Další a neméně důležitou věcí je sledování, resp. přesněji řečeno nesledování daného segmentu služeb poskytovaných daným typem zařízení. Jak již bylo řečeno, vývoj v této oblasti většinou není zjistitelný z výročních zpráv zařízení ani z jiných statistických výstupů. Výsledkem je nedostatečná znalost trendů, vývoje, možností a potřeb v této problematice. To také mohlo ovlivnit sebraná data, neboť až na pár odpovědí, které se uvádí do Závěrečných zpráv, jako jsou počty vyměněných injekčních stříkaček, či počet testovaných na infekční nemoci, provádění zdravotnického ošetření, poskytování potravinového servisu, těhotenských testů a toxikologických vyšetření a personální složení týmu, nelze odpovědi uvedené respondenty v dotazníku ničím ověřit. Bakalářská práce se rovněž omezuje především na kvantitativní data, což znamená, že víme čísla, ale zůstává otázka vysvětlení těchto dat.

Lze se domnívat, že systematické, metodicky jednotné a na úrovni např. NMS realizované statistické zpracování těchto dat by bylo více než žádoucí. S tím souvisí i omezená vypovídací schopnost předkládané analýzy (pouze 12 zařízení), které jsem si samozřejmě vědom. Studie pracující s větším množstvím zařízení by byla mnohem více vypovídající, analýza dat ze všech dotčených zařízení ideální.

## ZÁVĚR

Téma mé bakalářské práce se zabývá problematikou vývoje zdravotnických služeb poskytovaných kontaktními centry v období 2006 – 2010.

V teoretické části jsem definoval některé základní údaje, popsal, z jakých principů kontaktní centra vychází, přiblížil cílové skupiny a cíle kontaktních center a po krátké historii KC v ČR představil služby pro uživatele drog poskytované kontaktními centry tak, aby tato část co nejvíce korespondovala s částí praktickou. Dále jsem považoval za nutné zmínit standardy kvality a procesy certifikace a inspekce (které přímo souvisí s financováním služeb) a to, jak na kontaktní centra nahlíží zákon 108/ 2006 Sb. o sociálních službách. Na závěr teoretické části jsem se snažil přiblížit postavení kontaktních center v systému péče o uživatele drog a způsob financování těchto služeb, které již přímo souvisí s jejich vývojem. Z praktické části mé bakalářské práce vyplývá, že se oslovená kontaktní centra i přes finanční problémy snaží udržet alespoň základní služby Harm Reduction. Počet počet vyměněného injekčního materiálu stoupl od roku 2006 o 26%, stoupá i počet klientů. Kde se však již nedostatek finančních prostředků negativně projevuje, je například v distribuci kondomů a dalšího doplňkového materiálu, kdy sice tento materiál poskytují všechna zařízení, ale počet distribuovaného materiálu rok od roku klesá. Rovněž na personální zajištění služeb má nedostatek financí velmi negativní vliv a je riziko, že pokud se nezmění způsob financování těchto služeb, budou nucena některá kontaktní centra ukončit svou činnost.

Pro praktické využití je práce podnětná tím, že odhaluje nedostatky ve financování přímo související s udržením či rozvojem služeb a zároveň zjišťuje zájem kontaktních center o změnu statusu na zdravotnické zařízení, které by mohlo v budoucnu vést k pozitivním změnám ve financování některých služeb.

Jak již bylo řečeno v kapitole 7. dotazníkové šetření z mé bakalářské práce bude použito v pilotní studii docenta Miovského „Revize a rekonceptualizace programů Harm reduction a Risk Reductin pro uživatele návykových látek a návrh implementačního plánu změn v těchto službách v ČR“. Výsledky této studie pak budou použity při jednání s Ministerstvem zdravotnictví a pojišťovnami o implementaci služeb Harm Reduction do zdravotnictví a možném financování části výkonů kontaktních center z veřejného zdravotního pojištění.

Protože se můj výzkum zaměřil zejména na kontaktní centra v menších městech (do 100 000 obyvatel), v nichž se nedostatek finančních prostředků výrazně projevuje, navrhuji v započatém výzkumu pokračovat a zahrnout do studie kontaktní centra z Prahy a dalších velkých měst v ČR, aby se dalo porovnat, zda se potýkají s obdobnou situací.

## POUŽITÁ LITERATURA

### Monografické publikace:

BERÁNKOVÁ, A., MACEK, V., RADIMECKÝ, J., SKLENÁŘ, V. & ŠŤASTNÁ, L. Zaostřeno na drogy 1. Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. Praha: Úřad vlády ČR, 2004. ISSN 1214-1089. Dostupné z WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostřeno\\_na\\_drogy/2004\\_zaostreno\\_na\\_drogy](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostřeno_na_drogy/2004_zaostreno_na_drogy)>.

FERJENČÍK, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál, 2000. 256 s. ISBN 80-7178-367-6.

JELÍNEK, V., JANOŠKOVÁ, T. & DRDA V. Operační manuál kontaktního a poradenského centra WHITE LIGHT I. Rumburk. 2009. Nepublikováno.

KALINA, K. et al. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, K. et al. Drogy a drogové závislosti-mezioborový přístup 1. Praha: Úřad vlády ČR, 2003 a. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. et al. Drogy a drogové závislosti-mezioborový přístup 2. Praha: Úřad vlády ČR, 2003 b. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. et al. Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: Úřad vlády ČR, 2001. ISBN 80-238-8014-4. Dostupné z WWW:<[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu)>

KOLEKTIV AUTORŮ. Seznam a definice výkonů drogových služeb. Praha: Úřad vlády ČR, 2006. 88 s. ISBN 80-86734-81-1.

KRUTILOVÁ, D., ČÁMSKÝ, P. & SEMBDNER, J. Sociální služby, Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb. 223 s. ISBN 978-80-254-3427-7.

LIBRA, J. & NOVÁK, P. Návrh optimalizace sítě kontaktních a poradenských služeb v České republice v oblasti protidrogové politiky zaměřené především na snižování rizik, 2005,2006. pracovní text pro RVKPP. 23 s. Dostupné z WWW: <[www.asociace.org/sekce-harm-reduction-aktuality.php?id=11...2 - Archiv](http://www.asociace.org/sekce-harm-reduction-aktuality.php?id=11...2 - Archiv)>.

MINAŘÍK, J. Analýza drogové scény a dostupnosti nízkoprahových služeb pro uživatele drog v Ústeckém kraji. 2004. 50 s. Dostupné z WWW: <[www.kr-ustecky.cz/VismoOnline\\_ActionScripts/File.aspx?id\\_org...](http://www.kr-ustecky.cz/VismoOnline_ActionScripts/File.aspx?id_org...)>.

MRAVČÍK, V., PEŠEK, R., HORÁKOVÁ, M. et al. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009. Praha: Úřad vlády ČR, 2010. 148 s. ISBN 978-80-7440-034-6.

MRAVČÍK, V., PEŠEK, R., ŠKAŘUPOVÁ, K. et al. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008. Praha: Úřad vlády ČR, 2009. 123 s. ISBN 978-80-87041-99-4.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., ORLÍKOVÁ, B. et al. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007. Praha: Úřad vlády ČR, 2008. 135 s. ISBN 978-80-87041-46-8.

*Standardy odborné způsobilosti*. Praha : Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 30.10.2003. 79 s. Dostupné z WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/o\\_nas/evaluace/certifikace\\_odborne\\_zpusobilosti\\_poskytovatelu\\_sluzeb\\_pro\\_uzivatele\\_omamnych\\_a\\_psychotropnich\\_latek](http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/certifikace_odborne_zpusobilosti_poskytovatelu_sluzeb_pro_uzivatele_omamnych_a_psychotropnich_latek)>.

VACEK, J., MIOVSKÝ, M. & GABRHELÍK, R. Analýza sociálních a zdravotně- sociálních služeb určených uživatelům návykových látek na území Středočeského kraje z hlediska jejich potřebnosti a dostupnosti. 2009. Dostupné z WWW: <[www.kr-stredocesky.cz/NR/rdonlyres/2619DE15.../AnalýzaslužebSK.doc](http://www.kr-stredocesky.cz/NR/rdonlyres/2619DE15.../AnalýzaslužebSK.doc)>.

#### **Právní předpisy:**

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách. In Úplné znění č. 811. *Částka 37*. 288 s.

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. In Sbírka zákonů č. 305/2009. *Částka 91*. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra.

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 3/2002, o církvích a náboženských společnostech. In Sbírka zákonů č. 495/2005. *Částka 173*. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra.

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 248/1995, o obecně prospěšných společnostech a o změně a doplnění některých zákonů. In Sbírka zákonů č.231/2010. *Částka 79*. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra.



ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů. In Sbírka zákonů č. 33/2008. Částka 11. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra.

**Internetové zdroje:**

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *MPSV.cz* [online], [cit. 2011-08-04]. Dostupné z WWW: <[www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)>.

Úřad vlády České republiky. *Drogy-info.cz* [online]. 2003-2006 [cit. 2011-08-04]. Informační portál o ilegálních a legálních drogách. Dostupné z WWW: <[www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)>.

# PŘÍLOHY

## **Příloha č. 1: Seznam grafů a tabulek**

Tabulka č. 1: Přehled zdrojů a výše finančních prostředků poskytnutých kontaktním centrům ze státního a územních rozpočtů v letech 2007 - 2009 (v tisících Kč).

Graf č. 1: Způsob výměny injekčního materiálu

Graf č. 2: Počet vyměněného injekčního materiálu v období 2006 – 2010

Tabulka č. 2: Způsob testování na infekční nemoci

Graf č. 3: Počet testovaných v roce 2010

Graf č. 4: Distribuce kondomů

Tabulka č. 3: Počet kontaktních center, poskytujících ostatní zdravotnický materiál v jednotlivých letech

Tabulka č. 4: Počet kontaktních center poskytujících klientům základní zdravotní ošetření

Tabulka č. 5: Počet center poskytujících další služby a činnosti, které by mohly mít pozitivní vliv na zdravotní stav klientů

Tabulka č. 6: Počet center majících zajištěnu následnou lékařskou péči

Graf č. 5: Dopad přidělených finančních prostředků na personální obsazení kontaktních center a vliv na přímou práci s klienty

Tabulka č. 7: Dopad finančních prostředků na personální zabezpečení a složení týmů kontaktních center. Počty úvazků v přímé péči

Graf č. 6: Změny v poskytování služeb ve sledovaných obdobích

Graf č. 7: Počet kontaktních center, která mají zájem stát se v budoucnu zdravotnickým zařízením

## Příloha č. 2: Průvodní dopis k dotazníku



centrum adiktologie

Psychiatrická klinika I. lékařská fakulta a MÚV  
Univerzita Karlova v Praze  
Ke Karlovu 11 / 120 00 Praha 2 / Česká republika  
tel.: + 420 224 965 035 / fax: + 420 224 965 036  
www.adiktologie.cz / info@adiktologie.cz

TO:  
Pracovníci nízkoprahových služeb

V Praze 15.4.2011

Vážená kolegyně, vážený kolego,

obracím se na Vás s prosbou o zapojení do studie, kterou naše pracoviště realizuje se Sdružením SCAN. Na letošní AT konferenci v hotelu Jezerka, jsem prezentoval současný stav prací na implementaci Harm Reduction služeb do zdravotnictví a směřování k možnosti, hradit tuto práci z části z veřejného zdravotního pojištění. Snažíme se v tomto směru pokročit dále prostřednictvím této pilotní studie. Je to pro nás pro všechny dosti práce navíc a je to současně velmi detailní a pro jiné účely často nevyužitelné snažení, bez kterého ale nedáme dohromady potřebné údaje pro jednání s MZ a pojišťovnamí. Potřebujeme proto od Vás pomoc. Jsem si vědom, že některé z údajů v dotazníku této pilotní studie, by bylo možné získat jinou cestou. Není ale v našich silách realizovat to v tak rozsáhlé a pracné formě. Současně se ukazuje, že některé ze současných jednotek ve výkaznictví, potřebujeme pro potřeby MZ a pojišťovny uchopit a definovat jinak a jinak s nimi zacházet.

Přestože vyplnění dotazníku bude pro Vás znamenat časovou zátěž, chci Vás o tuto práci požádat. Děláme to pro sebe a pro náš obor. Nebudu nijak zastírat, že je obtížné hledat motivaci a opakovat studie, které již v různých podobách byly realizovány atd. a že vím, že máte dost starostí, aby bylo vůbec na výplaty zaměstnanců. Současně ale bych si vyčítal, že jsme se nepokusili udělat něco více proto, aby HR služby získaly stabilní zdroj financování a cesta k němu bude ještě dlouhá a náročná, ale že to za ten pokus stojí. Pokud Vás to nebude obtěžovat, ocením, pokud najdete motivaci a pokusíte se nám dotazník vyplnit a dát nám do rukou data, která potřebujeme pro další fázi zpracování podkladů pro zdravotní pojišťovny.

Děkuji a hezký den

Doc. PhDr. Michal Miovský, PhD.  
Vedoucí Centra adiktologie a garant studie



## Příloha č. 3: Vzor dotazníku

# DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Vážená paní, vážený pane,  
jmenuji se Vít Jelínek, pracuji jako vedoucí kontaktního a poradenského centra WL I. Rumburk a jsem studentem 3. ročníku adiktologie. Dovolte mi, abych Vás touto cestou požádal o vyplnění dotazníku. Informace z něho budou použity do projektu:

„Revize a rekonceptualizace programů Harm reduction a Risk Reduction pro uživatele návykových látek a návrh implementačního plánu změn v těchto službách v ČR.“

Tento projekt společně realizují Sdružení SCAN a Centrum adiktologie PK 1. LF UK V Praze. Jeho cílem je pomoci hledat řešení v oblasti financování nízkoprahových služeb v ČR a jejich institucionalizaci také do zdravotnictví, kde finanční zázemí vykazuje dlouhodobě velké problémy. Výstupy projektu budou k dispozici na stránkách Centra adiktologie a budou publikovány též v časopise Adiktologie.

Pokud při vyplňování následujících položek dotazníku narazíte na situaci, že danou oblast nesledujete a nemáte k dispozici přesný údaj, vyplňte prosím kvalifikovaný odhad a tuto skutečnost pouze vyznačte krátkou poznámkou. Pokud není možný ani kvalifikovaný odhad, položku proškrtněte.

Pro co možná největší usnadnění při vyplňování dotazníků použijte prosím při otázkách, kdy je dostačující jednoznačná odpověď ANO / NE, kladnou odpověď zaškrtnutí křížkem, pokud je odpověď záporná, nechte políčko prázdné. Políčko zaškrtnete tak, že na něj kliknete levým tlačítkem myši. Textové pole rovněž kliknutím myši a vepsáním textu.

### Příklad 1:

Pokud provádíte výměnu inj.materiálu kus za kus vyplňte takto:

	ANO	NE
Kus za kus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Příklad 2:

**Pokud je potřeba na otázku zodpovědět textem, vpisujte prosím do připraveného pole.**

Dotkly se nějakým způsobem přidělené finanční prostředky personálního zabezpečení Vašeho programu v jednotlivých letech? Měly vliv na počet úvazků na přímou práci s klienty?

ano, každoroční snižování fin.prostředků.....

**Poznámka: Pokud Vaše zařízení provozuje zároveň i službu terénní programy, vyplňujte prosím údaje pouze za kontaktní centrum.**

1) Uvedte prosím, jakým způsobem provádíte výměnu injekčního materiálu.

	ANO	NE
Kus za kus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiný způsob (uvedte používané strategie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Například:** Pokud poskytujete „balíčky prvního kontaktu“ nejen nově příchozím, ale i stávajícím klientům na požádání, uveďte:

	ANO	NE
Jiný způsob (uvedte používané strategie)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klientům na požádání poskytuje balíčky prvního kontaktu

**Poznámka 1:** Balíček prvního kontaktu obsahuje: Jednu či dvě inzulínové stříkačky, vodu, desinfekce, filtry, kyselinu askorbovou, náplast, informační materiál KC, kondom či další doplňkový materiál a poskytuje se novým, injekčně užívajícím klientům při první návštěvě zařízení. Neplatí tedy v tomto případě pravidlo výměny „kus za kus“.

2) Doplňte prosím počet vydaných inzulínových stříkaček za jednotlivé roky.

2006

2007

2008

2009

2010

3) Prováděli jste v roce 2010 ve Vašem zařízení testování na přítomnost infekčních chorob VHA, B, C, HIV a syfilis a jaké? (prosím označte X). Můžete prosím uvést rok od kterého testování na infekční choroby poskytujete?

	VHA	VHB	VHC	HIV	syfilis
Orientační rychlý test z plné krve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orient. Rychlý test z krev. Séra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odběr žil. krve a odeslání do labor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiná forma testování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Testování poskytujeme od roku:

4) Můžete prosím uvést počet jednotlivých testů v roce 2010?

VHA	VHB	VHC	HIV	Syfilis
-----	-----	-----	-----	---------

- 5) **Provádíte předtestové, potestové poradenství? Pokud ANO a tento údaj sledujete, uveďte prosím jejich počty v roce 2010.**

ANO  NE

Předtestové poradenství

Potestové poradenství

- 6) **Distribuuje mezi klienty kondomy? Pokud ano, uveďte prosím jejich počet v jednotlivých letech. Pokud přesné údaje nevidujete, odhadněte prosím jejich počty a zaokrouhlete na celé desítky).**

ANO  NE

Počet distribuovaných kondomů

	2006	2007	2008	2009	2010
--	------	------	------	------	------

- 7) **Doplňte prosím ostatní zdravotnický materiál, který poskytujete. Vyplňte prosím zda daný materiál poskytujete (ANO/ NE).**

	2006	2007	2008	2009	2010
Balíček prvního kontaktu (při kontaktu s novým klientem (IUD))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desinfekční polštářky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aqua pro injectione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kyselina askorbová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bavlněné filtry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kapsle k perorální aplikaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náplasti, obvazový materiál	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masti (např. Heparoid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

jiný materiál (uveďte jaký a ve kterých letech)

**8) Poskytujete ve Vašem zařízení základní zdravotnické ošetření a jaké? Vyplňte prosím zda danou službu poskytujete (ANO/ NE).**

	2006	2007	2008	2009	2010
První pomoc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ošetření drobných poranění (říznutí, oděrky atp..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ošetření kožních onemocnění (např. abscesy, flegmóny, bércový vřed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obklady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Výdej předepsaných léků	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Výdej předepsaných substitučních preparátů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplikace mastí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podávání léků bez předpisu (paralen atp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zákl. diferenciální diagnostika a odeslání do spec. Zařízení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jiné (uved'te prosím jaké a ve kterých letech)

**9) Poskytuje Vaše zařízení některé další služby či činnosti, které by mohly mít pozitivní vliv na zdravotní stav klientů a jaké? Vyplňte prosím zda danou službu poskytujete (ANO/ NE).**

	2006	2007	2008	2009	2010
Potravinový a vitamínový servis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Těhotenský test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testování na OPL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatické vyšetření	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrické vyšetření	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologické vyšetření	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krizová intervence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jiné uved'te jaké a ve kterých letech: (Např. informace o bezpečnějším užívání a jeho nácvik, informace o žilním systému, kontrola „nášlehu“, zastavení krvácení, péče o místo vpichu atp.)

- 10) Má Vaše zařízení zajištěnu následnou lékařskou péčí? Uved'te prosím zda danou odbornost máte zajištěnu a jak se toto zajištění měnilo v čase, tedy pokud v daném roce byla zajištěna (lékař dané odbornosti byl „nasmlouván“), vyplňte zaškrtnutím, pokud nikoli, pak ponechejte volné.

	2006	2007	2008	2009	2010
Praktický lékař	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kardiolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynekolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psycholog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stomatolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jiný (uved'te jaký a ve kterých letech)

- 11) Spolupracuje Vaše zařízení s lékárnami? ANO  NE

- 12) Pokud ano, jakým způsobem a jak často? Prosím popište:

- 13) Dotkly se nějakým způsobem přidělené finanční prostředky personálního zabezpečení Vašeho programu v jednotlivých letech? Měly vliv na počet úvazků na přímou práci s klienty?

- 14) Jsou ve Vašem týmu zaměstnanci níže uvedených profesí? Pokud ANO, můžete prosím uvést součet výše jejich úvazků v jednotlivých letech, případně váš kvalifikovaný odhad tohoto údaje?

	2006	2007	2008	2009	2010
Adiktolog (pracovník s uznanou kvalifikací)					

adiktologa nebo absolvent studijního programu adiktologie)

Lékař

Psychiatr

Psycholog



Zdravotní sestra

Jiný zdravotnický personál:

Jiný personál (uveďte prosím jaký a ve kterých letech)

- 15) Došlo v průběhu sledovaných let k některým omezením, rušením či naopak rozšíření Vašich služeb a jakým?

2006

2007

2008

2009

2010

- 16) Uvažujete o tom, že by se Vaše kontaktní centrum stalo v budoucnu zdravotnickým zařízením, díky čemuž by mohly být některé výkony hrazeny ze zdravotního pojištění?

ANO  NE

- 17) Pokud jste na předchozí otázku odpověděli kladně, jak probíhají Vaše přípravy na tuto změnu a co Vám v tom naopak brání (prosím uveďte konkrétní překážky/nedostatky z Vašeho pohledu)?

**Vyplněný dotazník zašlete prosím do 13. 5. 2011 na adresu:**

**jelinek@wl1.cz**

**V případě jakýchkoli dotazů mě kontaktujte na telefonních číslech 412 331 017, 602 195 104, či na výše uvedenou e-mailovou adresu.**

**Děkuji za Váš čas a ochotu.**