

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Martina Belasová

Sociální práce s uživateli návykových látek v Karlovarském kraji

z pohledu sociálních pracovníků

Social work with users of addictive substances in the Karlovy Vary region

from the perspective of social workers

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.

Praha 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokéhoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

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

V Praze dne

Martina Belasová

Identifikační záznam:

BELASOVÁ, Martina. *Sociální práce s uživateli návykových látek v Karlovarském kraji z pohledu sociálních pracovníků. [Social work with users of addictive substances in the Karlovy Vary region from the perspective of social workers]*. Praha, 2022. 78 s., 1 příloha. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. Lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN1 LF UK 2022. Vedoucí práce Barták, Miroslav.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Miroslavu Bartákovi, Ph.D. za jeho čas, cenné rady při odborném vedení mé diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Janě Kofránkové za její čas a obětavost při korekturách diplomové práce a také všem svým blízkým za jejich podporu. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem sociálním pracovníkům z neziskových organizací Kotec o.p.s. a Světlo Kadaň z.s., kteří působí v Karlovarském kraji v roli respondentů, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout.

Abstrakt

Východiska: Diplomová práce pojednává o kvalitě sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách v Karlovarském kraji z pohledu sociálních pracovníků, kteří s těmito osobami v Karlovarském kraji pracují v kontaktních centrech a v terénních programech. Pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách v Karlovarském kraji dobře fungují především sociální služby pro osoby starší 15 let a také dvě ambulance následné péče, které provozuje nezisková organizace Kotec o.p.s. a adiktologická ambulance provozovaná organizací Světlo Kadaň z.s. Respondenti, se kterými byl prováděn výzkum pro potřeby této diplomové práce, vypověděli, že by bylo pro zmiňovanou skupinu potřeba v Karlovarském kraji zřídit minimálně osm dalších služeb.

Cíl: Cílem diplomové práce bylo analyzovat, jak kvalitu sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách v Karlovarském kraji vnímají sociální pracovníci, kteří s touto cílovou skupinou pracují v kontaktních centrech a v terénních programech na území Karlovarského kraje.

Metody: Data byla získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru - osobního nebo telefonického. Záznamový arch obsahoval pět okruhů, na jejichž základě byl zanalyzován cíl diplomové práce. Výzkum probíhal v červnu 2022. Respondenti byli sociální pracovníci a byli vybráni prostým účelovým výběrem. Výzkumu se zúčastnilo šest respondentů z osmi ze tří středisek, které poskytují služby osobám ohroženým závislostí nebo závislým na návykových látkách a které se nacházejí na území Karlovarského kraje. Tato střediska jsou provozována organizacemi Světlo Kadaň z.s. (středisko v Karlových Varech) a Kotec o.p.s. (středisko v Sokolově a v Chebu).

Výsledky: Z výsledků výzkumu je patrné, že na území Karlovarského kraje jsou z pohledu sociálních pracovníků, kteří pracují v organizacích poskytujících sociální služby pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách, poskytovány sociální služby v co největší možné kvalitě. Tyto organizace spolupracují s velkým množstvím dalších institucí. Z výsledků výzkumu vyplývá, že by bylo potřeba v kraji vybudovat další služby jako např. fungující detox, léčebnu, terapeutickou komunitu, následnou péči s ubytováním, chráněné bydlení, startovací byty, domovy pro seniory a pro stárnoucí populaci osob užívajících návykové látky. V kraji chybí odborníci, především z řad lékařů různých odborností, zejména psychiatrů, kteří by se v dostatečné míře věnovali osobám s drogovou minulostí, a podpůrné skupiny.

Závěr: Diplomová práce nepřináší vyčerpávající odpovědi sociálních pracovníků z území Karlovarského kraje na otázky týkající se kvality sociální práce pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách v kraji. Ukazuje jen jednu stranu mince, kdy se ke své práci s osobami drogově závislými vyjadřovali ti, kteří ji přímo vykonávají. Pro získání větší reliability výsledků výzkumu by bylo potřebné provést výzkumné šetření i mezi sociálními pracovníky z jiných organizací, kteří s touto cílovou skupinou pracují, např. se sociálními pracovníky z odboru sociálních věcí a zdravotnictví na městských úřadech, se sociálními pracovníky, kteří se věnují osobám bez domova, pracují ve věznicích popř. spolupracují s organizacemi, které se zúčastnily výzkumu, a získané výsledky porovnat.

Klíčová slova: sociální práce, sociální pracovník, uživatel návykových látek, návyková látka, Karlovarský kraj

Abstract

Introductions: The diploma thesis deals with the quality of social services for people at risk addicted or dependent on addictive substances in the Karlovy Vary Region from the perspective of social workers who work with these persons in the Karlovy Vary Region in contact centers and in outreach programs. For people at risk of addiction or dependent on addictive substances in the Karlovy Vary Region, social services for people over 15 years of age work well, as well as two aftercare clinics run by the non-profit organization Kotec o.p.s. and an addiction clinic run by the organization Světlo Kadaň z.s. The respondents with whom the research was carried out for the needs of this diploma thesis stated that it would be necessary to establish at least eight additional services for the mentioned group in the Karlovy Vary Region.

Aim: The aim of the thesis was to map how the quality of social services for people at risk of addiction or addicted to addictive substances in the Karlovy Vary region is perceived by social workers who work with this target group in contact centers and in field programs in the territory of the Karlovy Vary region.

Methods: Data were obtained using a semistructured personal or telephone interview. The record sheet contained five areas, on the basis of which the goal of the diploma thesis was mapped. The research took place in June 2022. The respondents were social workers and were selected by simple purposive sampling. Six respondents from three centers that provide services to people at risk of addiction or addicted to addictive substances and which are located in the Karlovy Vary Region took part in the research. These centers are operated by the organization Světlo Kadaň z.s. (center in Karlovy Vary) and Kotec o.p.s. (center in Sokolov and Cheb).

Results: From the results of the research, it is evident that in the territory of the Karlovy Vary region, from the point of view of social workers who work in organizations providing social services for people at risk of addiction or addicted to addictive substances, social services are provided in the highest possible quality. These organizations cooperate with a large number of other institutions. The results of the research show that there would be a need to build other services in the region, such as a functioning detox, treatment center, therapeutic community, aftercare with accommodation, sheltered housing, starter apartments, homes for the elderly and for the aging the population of people using addictive substances. There is a lack of experts in the region, especially among doctors of various specialties, especially psychiatrists, who would adequately deal with people with a drug history, and support groups.

Conclusions: The diploma thesis does not provide comprehensive answers of social workers from the territory of the Karlovy Vary Region to the areas related to the quality of social work for persons at risk of addiction or addicted to addictive substances in the region. It shows only one side of the coin, when those who directly carry out their work with drug addicts commented on it. In order to obtain greater reliability of the research results, it would be necessary to carry out a research survey also among social workers from other organizations who work with this target group, e.g. with social workers from the department of social affairs and healthcare at city authorities, with social workers, who are dedicated to the homeless or work in prisons and cooperate with the organizations that participated in the research, and compare the results obtained.

Key words: social work, social worker, addictive user, addictive substance, Karlovy Vary Region

Obsah

| | |
|---|----|
| 1. ÚVOD..... | 1 |
| 2. CHARAKTERISTIKA POUŽITÝCH POJMŮ..... | 3 |
| 2.1. Sociální práce | 3 |
| 2.2. Sociální služby | 4 |
| 2.3. Sociální pracovník..... | 4 |
| 2.4. Služby pro uživatele drog..... | 6 |
| 2.5. Uživatel služby..... | 7 |
| 2.6. Způsoby měření kvality sociálních služeb | 8 |
| 2.7. Standardy kvality sociálních a adiktologických služeb..... | 9 |
| 2.8. Návyková látka (droga)..... | 11 |
| 2.9. Závislost na návykové látce | 11 |
| 2.10. Abstinenční syndrom..... | 13 |
| 2.11. Craving (bažení) | 14 |
| 2.12. Marihuana..... | 14 |
| 2.13. Pervitin..... | 16 |
| 2.14. Heroin | 17 |
| 2.15. Harm reduction | 19 |
| 3. DROGOVÁ SITUACE V KARLOVARSKÉM KRAJI..... | 21 |
| 3.1. Výroba a distribuce drog v Karlovarském kraji | 22 |
| 3.2. Uživatelé návykových látek v Karlovarském kraji | 24 |
| 3.3. Situace v blízkosti hranic | 25 |
| 3.4. Marihuana v Karlovarském kraji | 25 |

| | |
|---|----|
| 3.5. Pervitin v Karlovarském kraji | 25 |
| 3.6. Opioidy v Karlovarském kraji | 26 |
| 3.7. Další drogy v Karlovarském kraji | 27 |
| 4. ABSENCE SLUŽEB PRO UŽIVATELE DROG V KARLOVARSKÉM KRAJI | 29 |
| 4.1. Psychiatrická a psychologická péče pro osoby ohrožené závislostí | 31 |
| 4.2. Pobytové služby | 31 |
| 5. SOCIÁLNÍ PRÁCE S OSOBAMI S PROBLÉMEM ZÁVISLOSTÍ V KARLOVARSKÉM KRAJI | 32 |
| 5.1. Nízkoprahové služby pro adiktologické klienty | 32 |
| 6. FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE PRO OSOBY DROGOVĚ ZÁVISLÉ | 37 |
| 6.1. Financování sociálních služeb v ČR | 37 |
| 6.2. Financování sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí nebo osoby závislé | 38 |
| 7. FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V KARLOVARSKÉM KRAJI PRO OSOBY DROGOVĚ ZÁVISLÉ | 40 |
| 7.1. Dotace | 40 |
| 7.2. Mezery ve financování sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí v Karlovarském kraji | 42 |
| 8. VÝZKUM | 43 |
| 8.1. Cíl výzkumu | 43 |
| 8.2. Výzkumné otázky | 43 |
| 8.3. Výzkumný soubor | 43 |
| 8.4. Metody tvorby dat | 44 |
| 8.4.1. Průběh výzkumu | 46 |
| 8.4.2. Průběh rozhovoru | 47 |
| 8.5. Metody analýzy dat | 48 |

| | |
|---|----|
| 8.6. Etika | 49 |
| 8.7. Výsledky výzkumu | 51 |
| 8.7.1. Základní informace k výzkumu | 51 |
| 8.7.2. Okruh: Informovanost o službách organizace | 52 |
| 8.7.3. okruh: Personální a finanční zázemí organizace | 53 |
| 8.7.4. Okruh: Způsob práce sociálního pracovníka s klientem | 57 |
| 8.7.5. okruh: Následná péče o klienty | 61 |
| 8.7.6. okruh: Spolupráce organizace s ostatními institucemi | 64 |
| 9. DISKUSE A ZÁVĚRY..... | 68 |
| 9.1. Diskuse k okruhům výzkumu | 69 |
| 9.1.1. Okruh 1 – Informovanost o sociálních službách organizace | 69 |
| 9.1.2. Okruh 2 - Personální a finanční zázemí organizace..... | 69 |
| 9.1.3. Okruh 3 – Způsob práce sociálního pracovníka s klientem..... | 70 |
| a okruh 4 Následná péče o klienty..... | 70 |
| 9.1.4. Okruh 5 – Spolupráce organizace s ostatními organizacemi | 71 |
| 9.1.5. Zhodnocení kvality sociálních služeb v Karlovarském kraji..... | 72 |
| 11. POUŽITÁ LITERATURA | 73 |
| SEZNAM TABULEK | 7 |
| PŘÍLOHA 1- OSNOVA PRO INTERVIEW..... | 8 |

1. Úvod

Důvodem tématu mojí diplomové práce je, že jako sociálního pracovníka studujícího obor adiktologie a žijícího na území Karlovarského kraje, mě zajímá, jak vypadá sociální práce s lidmi ohroženými závislostí nebo závislími na návykových látkách v Karlovarském kraji a jak její kvalitu vnímají sociální pracovníci, kteří s touto cílovou skupinou primárně pracují. V Karlovarském kraji jsou dvě neziskové organizace, které se primárně věnují zmíněné cílové skupině – Kotec o.p.s. (středisko v Chebu a v Sokolově) a Světlo Kadaň z.s. (středisko v Karlových Varech).

S osobami ohroženými závislostí nebo závislími na návykových látkách také pracují v Karlovarském kraji i jiné organizace např. azylové domy, nízkoprahové zařízení pro děti a mládež, nízkoprahová denní centra, chráněné bydlení, noclehárny atd. S osobami s problémem závislosti se ve svém zaměstnání setkávají i sociální pracovníci z oboru sociálních věcí a zdravotnictví na městských úřadech, sociální pracovníci pracující na úřadech práce nebo organizace pomáhající ženám – prostitutkám.

Problematika sociální práce s osobami ohroženými závislostí nebo závislími na návykových látkách je tak široká, že ji tato diplomová práce nemůže obsáhnout celou. Proto jsem se rozhodla pro zúžení tohoto tématu, zvláště výzkumu v organizacích, které se věnují této cílové skupině jako klientům „v první linii“, poněvadž dle mého názoru, jsou to právě tito sociální pracovníci, kteří skupinu znají nejlépe, neboť jsou s ní v každodenním kontaktu.

V diplomové práci se budu zabývat jenom závislostí na nelegálních návykových látkách, protože klienti neziskových organizací, ve kterých byl prováděn výzkum, jsou lidé, kteří mají převážně problém právě s tímto typem závislosti. Nebudu se věnovat osobám mladším 15 let s problémem závislosti z toho důvodu, že v Karlovarském kraji služby pro tuto cílovou skupinu neexistují.

V teoretické části charakterizuji pojmy, kterými jsou sociální práce, sociální služby, sociální pracovník, služby pro uživatele drog, uživatel služby, způsob měření kvality sociálních služeb, standardy kvality sociálních a adiktologických služeb, návyková látka, závislost na návykové látce, abstinenci syndrom, craving, marihuana, pervitin, heroin, Harm Reduction. Popisuji drogovou situaci na území Karlovarského kraje. Zabývám se absencí služeb pro uživatele drog v Karlovarském kraji a pohledem odborníků na adiktologickou klientelu. Věnuji se sociální práci obou neziskových organizací, které pro lidi s problémem závislosti na území kraje působí. V poslední kapitole diplomové práce se zabývám financováním sociálních služeb v České republice i v Karlovarském kraji, protože dle názoru mého i odborníků z řad adiktologického oboru bez finančních prostředků v této oblasti pomáhat nelze.

Praktická část diplomové práce obsahuje popis výzkumu. Definuji v ní cíl výzkumu, výzkumné otázky, výzkumný soubor, metody tvorby dat, ale také průběh výzkumu a výzkumných rozhovorů. Dále popisují data, management, metody analýzy dat, etiku výzkumu a v neposlední řadě v ní prezentuji výsledky výzkumu, které jsou znázorněny graficky, v podobě tabulek a grafů.

Na základě provedeného výzkumu, lze konstatovat, že navzdory všem překážkám, které sociální pracovníci z neziskových organizací pracující primárně s lidmi se závislostí v Karlovarském kraji ve své praxi vnímají, je kvalita sociální práce v co největší možné míře. A to nejen ze strany jejich organizace, ale i ze strany s ní spolupracujících organizací.

2. Charakteristika použitých pojmů

2.1. Sociální práce

Sociální práci s lidmi s problémem závislosti se věnují kromě sociálních pracovníků i další profese, jako např. psychologové, speciální pedagogové, psychiatři atd. (Mülerová, Matoušek, Vondrášková, in Matoušek 2005, s. 211).

Sociální práce vyžaduje interakci poznání lidského vývoje a chování sociálních, ekonomických a kulturních institucí (Barker, 2003, *The Social Work Dictionary*, s. 408-410).

Podle Úlehly (1999, s. 24) je posláním sociální práce vést dialog mezi tím, co chce společnost ve svých normách, a tím, co si přeje klient.

Dle Kaliny (2001, s. 100) je sociální práce profesionální aktivita, která se zaměřuje na pomoc jednotlivcům, skupinám nebo komunitám, zlepšení nebo obnovení jejich schopnosti sociálního fungování a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl. Kalina dále pokládá sociální práci v širším pojetí za sociálně technická opatření a jejich organizaci – např. sociální dávky, sociální služby atd. Sociální práce by měla mimo jiné usnadňovat klientům přístup k sociální síti.

Tomeš (in Matoušek a kol 2007, s. 179) chápe sociální práci jako aktivitu, která se realizuje v sociálních službách a jejím prostřednictvím. Sociální práce jako obor je dle Matouška aplikovaná věda, která zkoumá komplexní souvislosti mezi intrapsychickými, interpersonálními, skupinovými a společenskými procesy a způsoby jejich ovlivnění prostředky legislativními, organizačními, komunikačními a vztahovými s cílem zlepšit život všem lidem. Sociální práce jako činnost je profesní aktivita, která vytváří podmínky pro rozvoj jedince, skupiny, komunity, společnosti (Havrdová In Baštecká a Goldmann, s. 39). Matoušek (2003, s. 213) chápe sociální práci jako společenskovední disciplínu i jako sféru praktické činnosti, která má za cíl odhalování, vysvětlování, zmírňování i řešení sociálních problémů, jakými jsou např. chudoba, diskriminace či nezaměstnanost. S cílem sociální práce se s Matouškem shodne i Hartl (2004, s. 253), který tvrdí, že sociální práce se zabývá odhalováním, výkladem a nápravou sociálních problémů při uplatňování sociální solidarity. Matoušek (2003, s. 213) dále tvrdí, že se sociální práce opírá o společenskou solidaritu, o ideál naplňování jedinečného lidského potenciálu a že je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci.

Řezníček (2000, s. 21) popisuje sociální práci jako činnost, která usiluje v rámci určité organizační sítě institucí o změnu jednání svých klientů a jejich širšího okolí a snaží se o získání příznivějších životních podmínek v nepříznivých sociálních situacích svých klientů. Sociální práce klade důraz na sociální interakci a její změnu. Charakter a způsoby výkonu sociální práce jsou determinovány na jedné straně koncepcí státní sociální politiky a na straně druhé posláním organizace, která sociální práci vykonává.

2.2. Sociální služby

Prvotním úkolem sociálních služeb a intervencí je předejít, aby se osoby v riziku ocitly v nepříznivé sociální situaci, a podporovat sociální začlenění těch, kteří se v této situaci už nacházejí (Hanzlík, 2018 s. 3).

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách dělí sociální služby na sociální poradenství, služby sociální péče (centra denních služeb, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení atd.) a služby sociální prevence (telefonická krizová pomoc, kontaktní centra, nízkoprahová denní centra, služby následné péče, terapeutické komunity, terénní programy atd.). Dle stejného zákona může být forma služeb pobytová, terénní i ambulantní.

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách dělí sociální služby pro osoby ohrožené závislostmi nebo závislé na návykových látkách na tyto typy služeb: odborné sociální poradenství (§ 37), kontaktní centra (§ 59), služby následné péče (§ 64), terapeutické komunity (§ 68) a terénní programy (§ 69). V Karlovarském kraji se nacházejí tři typy služeb – kontaktní centra (Karlovy Vary, Sokolov a Cheb), terénní programy (pracovníci sociálních organizací jezdí po celém Karlovarském kraji) a odborné sociální poradenství (Karlovy Vary, Sokolov, Cheb; MPSV).

Sociální služby pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách jsou v Karlovarském kraji poskytovány několika neziskovými organizacemi, např. Kotec o.p.s., Světlo Kadaň z.s., Člověk v tísní o.p.s., Pomoc v nouzi o.p.s., Diecézní charita Plzeň, farní charity působící v kraji, Armáda spásy v České republice, z.s., FOKUS Karlovarský kraj z.ú, Útočiště o.p.s., Nádech – pomoc a podpora rodičům samoživitelům, z.s., KARO e.V. ČR.

Matoušek (2003, s. 214) definuje sociální služby jako všechny služby, které jsou poskytovány oprávněným uživatelům, aby jim pomohly zvýšit kvalitu života, nebo ochránily zájmy společnosti. Základními sociálními službami jsou např. ubytování, stravování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, kontakt se společenským prostředím, poradenství, pomoc při prosazování oprávněných práv a zájmů atd.

Matoušek (2007, s. 9) dále informuje, že sociální služby jsou poskytovány v zájmu veřejnosti a podrobně definované legislativou více než jiné služby.

2.3. Sociální pracovník

Sociální pracovník je ten, kdo vykonává sociální práci a má na tuto práci odpovídající vzdělání dle § 110 odst. 4 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách.

V § 110 odst. 4 jsou zmíněny i ty obory vysokoškolského studia, u kterých by běžně člověk nepředpokládal, že mohou být plně kvalifikované pro výkon profese sociálního pracovníka jako např. sociální politika nebo právo.

V sociálních službách chybí sociální pracovník – adiktolog, který by byl v praxi pro práci s osobami ohroženými závislostí nebo závislými na návykových látkách využitelný více než např. výše zmíněné obory.

V zákoně 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) v § 21 a), který se věnuje odborné způsobilosti výkonu adiktologa můžeme v odst. 1b) nalézt, že povolání adiktologa může vykonávat i člověk kromě jiného i se sociálním vzděláním.

Nejsem kompetentní jakkoli kritizovat naše zákonodárce, jenom se sama mohu zamyslet nad tím, jak je to možné, že člověk se vzděláním v sociální práci může pracovat na adiktologické pozici, ale není tomu naopak. Během studia jsem zjistila, že obor adiktologie má k oboru sociální práce velmi blízko a přijde mi nesprávné, že když chce adiktolog pracovat na pozici sociálního pracovníka, musí vystudovat další obor.

V Karlovarském kraji je v neziskových organizacích, které se věnují také problematice drogové závislosti svých klientů je jen jedna adiktoložka, která má vystudovaný obor adiktologie v magisterském programu a také vyšší odbornou školu v oboru sociální práce v Karlových Varech. Momentálně pracuje na pozici adiktologa, a je pro mne náročné pochopit, že proto, aby mohla pracovat na pozici sociálního pracovníka, musela vystudovat i další obor (tel. s adi).

Ve vyhlášce 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků najdeme v § 22, jaké činnosti může vykonávat adiktolog. Činnosti, které jsou popsány v odst. 1, by byly využitelné i v sociálních službách, a zároveň jsou to činnosti, které nemůže vykonávat sociální pracovník. Myslím si, že pokud by mohl být adiktolog zároveň sociálním pracovníkem, pomohlo by to ke zkvalitnění sociálních služeb organizací, které poskytují služby osobám se závislostí, a zároveň by organizace minimálně šetřila mzdové náklady.

Pro výkon sociálního pracovníka je nutné splnění i dalších podmínek. Těmito podmínkami jsou způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost, která je dále v paragrafu definována konkrétně. Zákon v § 111 od sociálních pracovníků vyžaduje, aby se dále vzdělávali např. účastí na akreditovaných kurzech nebo odborných stážích. V § 109 se můžeme dočíst, jakou agendu sociální pracovník vykonává - sociální šetření, poskytování sociálně právního poradenství, provádění odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, poskytování krizové pomoci a sociální rehabilitace.

Barker (2003, s. 410) definuje sociální pracovníky jako absolventy škol se zaměřením na sociální práci, kteří aplikují své poznatky a dovednosti na poskytování sociálních služeb klientům, kterými mohou být jednotlivci, rodiny, skupiny, komunity, organizace anebo společnost obecně. Sociální pracovníci pomáhají klientům zvyšovat jejich dovednosti k řešení a zvládnutí problémů, pomáhají jim dosáhnout na vhodné zdroje, usnadňují interakce mezi jejich klienty a jejich prostředím. Barker (2003, s. 341) pojímá sociálního pracovníka nejen jako jedince, který získal oprávnění k výkonu své profese, ale jako někoho, kdo používá znalosti, tréninky a dovednosti při poskytování sociálních služeb klientům a vždy dodržuje hodnoty lidské důstojnosti a etický kodex.

Základní podstata znalostí sociálních pracovníků má souvislost s mezioborovostí této profese. Podstatná část znalostí pochází z psychologie, sociologie, práva, filozofie, medicíny, politických a ekonomických věd. Tyto znalosti jsou používány v nových souvislostech sociální práce (Parker a Bradley, 2011, s. 87).

Dle Kaliny (2001, s. 100) je předmětem intervence sociálního pracovníka interakce mezi způsobilostí klienta zvládat a tím, co od něj jeho sociální prostředí očekává. Cílem pracovní aktivity sociálního pracovníka je podporovat sociální fungování klienta tím, že mu pomáhá obnovit nebo udržovat rovnováhu mezi více či méně dostatečnou kapacitou zvládnání přiměřenými požadavky prostředí.

Cílovou skupinou pro sociální pracovníky, kteří pomáhají v oblasti drogových závislostí, mohou být klienti, kteří užívají drogy jakýmkoli způsobem. Sekundárními uživateli sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí jsou rodinní příslušníci a přátelé uživatelů drog.

Dle Matouška (2003, s. 213) pomáhají sociální pracovníci vytvářet jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám příznivé společenské podmínky. Koldinská píše (in Matoušek, 2007, s. 47), že sociální pracovník zprostředkovává sociální služby a pomáhá osobě, která je potřebuje, vybrat si nejvýhodnější škálu služeb, které jí budou poskytovány.

2.4. Služby pro uživatele drog

Hlavním přístupem v kontextu služeb pro uživatele drog je snižování rizik spojených s užíváním návykových látek, léčba závislého chování eventuálně předcházení vzniku a rozvoji závislého chování u osob, které již návykové látky užívají (Kalina a kol., 2003).

Služby odborné péče pro uživatele návykových látek jsou vymezeny v § 20 zákona č. 379/2005 Sb. o ochraně před škodami působenými užíváním tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek. Podle odst. 1 tohoto zákona je hlavním cílem poskytování odborných služeb mírnění škod na zdraví působených užíváním legálních a ilegálních návykových látek. Služby odborné péče mohou poskytovat jak zdravotnická zařízení zřizovaná podle zák. č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, tak i zařízení sociální péče, popřípadě jiná zařízení.

Zákon č. 379/2005 Sb. definuje jednotlivé typy služeb odborné péče pro uživatele návykových látek, včetně programů léčby a následné péče. Podle § 20, odst. 2, písm. b) – j) jsou služby definovány následovně:

- detoxifikace (léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinenčnímu syndromu);
- kontaktní a poradenské služby;
- ambulantní léčba závislostí na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách;
- stacionární programy (poskytují nelůžkovou denní léčbu problémovým uživatelům a závislým na alkoholu a jiných návykových látkách, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti vyčlenit je z jejich prostředí);
- krátkodobá a střednědobá ústavní péče (léčba problémových uživatelů a závislých na alkoholu a jiných návykových látkách ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v rozsahu 5 až 14 týdnů);
- rezidenční péče v terapeutických komunitách (program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v rozsahu 6 až 15 měsíců);

- programy následné péče (zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení, obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence);
- substituční léčba (krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, spočívá v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku, je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantní péče pod vedením lékaře).

Elliott a Place (2002) rozdělují odbornou pomoc pro osoby s problémem závislosti na dvě hlavní kategorie. Do první kategorie řadí léčbu, která dle nich může mít různé podoby, např. poradenství, nácvik behaviorálních technik, setkávání svépomocných skupin. Do druhé kategorie zařazují práci, která je zaměřená na rodinu a přirozené prostředí drogově závislého.

Jiný úhel pohledu na některé typy služeb pro uživatele návykových látek poskytuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který v dílu 3 definuje kontaktní centra (§ 59), služby následné péče (§ 64), terapeutické komunity (§ 68) a terénní programy (§ 69). *Kontaktní centra* jsou podle zákona 108/2006 Sb. definována jako „nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.“ *Služby následné péče* jsou dle zmíněného zákona definovány jako ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují. *Terapeutické komunity* poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo pro osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života. *Terénní programy* jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně.“

2.5. Uživatel služby

Uživatel služby nebo také klient je ten, komu jsou služby určeny, kdo má zvláštní potřeby a služby na tyto potřeby reagují. Uživatelem služby může být fyzická i právnická osoba (Matoušek, 2003, s. 94). Dle Matouška (2003, s. 90) je klient subjekt, který využívá sociální služby. Subjektem může být kdokoli – jednotlivec, rodina, skupina nebo komunita.

Kalina (2001, s. 52) klienta definuje jako uživatele speciálních profesionálních služeb, které mají aspoň částečně soukromý charakter, např. psychoterapie, poradenství, služby sociální, právní a finanční. Role klienta je spojena s očekáváním větší informovanosti, aktivity, spolupráce a partnerského postavení vůči odborníkům než role pacienta. Z tohoto důvodu se rozšiřuje tento pojem i do léčby závislostí, což je patrné i v ČR.

2.6. Způsoby měření kvality sociálních služeb

Zárukou kvality služeb dle Holasové (2014, s. 71) je jejich měřitelnost, protože pokud nejde něco měřit, tak to nelze účelově a efektivně zlepšovat. Dále dle Holasové (2014, s. 72) by kritéria pro kvalitu sociální služby měla být vymezena jako míra souladu mezi znaky kvality, které jsou dobře dosažitelné a mezi těmi, které je nutno zlepšit. Hodnocení kvality poskytování služeb není posuzováno jenom z pohledu příjemců sociálních služeb, ale i z pohledu sponzorů, zakladatelů i spolupracovníků. Kvalita zahrnuje prvky jako obsah, rozsah, proces poskytování služeb a jejich cenu. Holasová (2014, s. 69) dále tvrdí, že popis požadavků na kvalitu služeb je zásadní. Dle ní je potřeba nejdříve definovat požadavky na kvalitu a pak určit nejdůležitější procesy sociální práce. Za příklad dává české Standardy kvality sociálních služeb a jejich rozdělení na procedurální, personální a provozní.

Existuje řada dokumentů a způsobů, pomocí kterých může organizace měřit kvalitu svých služeb, a které jí také pomohou zvyšovat jejich kvalitu. Těmito dokumenty a způsoby se organizace může dobrovolně řídit. Mezi tyto dokumenty či metody patří např. tyto:

CEN/TC 449 je celoevropský standard pro sociální a zdravotní služby poskytované seniorům bez ohledu na to, který typ nebo formu služby právě využívají a ze kterých finančních toků je služba dotovaná – veřejných či finančních (*CEN/TC 449*).

E-Qalin® je evropský systém měření kvality v sociálních službách, specializovaný na prostředí péče o seniory a zdravotně postižené osoby zejména v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem, kterého jsou cílovými skupinami i jejich rodinní příslušníci, zaměstnanci atd. Jeho cílem je zkoumat spokojenost všech zúčastněných stran (*E-Qalin*).

Značka kvality sociálních služeb je systémem externí certifikace pro sociální služby s cílovou skupinou osob se zdravotním postižením – domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, pečovatelská služba, denní stacionáře, centra denních služeb, sociálně terapeutické dílny. Hodnotí kvalitu sociálních služeb z pohledu uživatele služby. Je udělována minimálně na tři roky (značka kvality v sociálních službách).

V evropském modelu *EFQM (European Foundation for Quality Management)* organizace provádí sebehodnocení uvnitř svých struktur, kdy se srovnává se svým okolím, díky kterému může určit, v jaké oblasti prospívá a v jaké má nedostatky. Pomáhá organizaci rozlišit mezery a najít jejich efektivní řešení. Tento model je jakousi cestou organizace k dosažení její exkluzivity (Horecký, Lusková, 2019, s. 25 - 26).

Benchmarking představuje nástroj strategického managementu. Je založen na porovnávání se s ostatními organizacemi, od kterých organizace převezme nejlepší činnosti, které pak pro svoji činnost přizpůsobí a inovuje. Úkolem je stanovit takové cíle, aby organizace mohla nastavit proces zlepšování se (Horecký, Lusková, 2019, s. 33).

Model EFQM je modelem sebehodnotícím. Podporuje organizaci při zavádění změn hlavně při procesech a umožňuje učení na základě zkušeností (Horecký, Lusková, 2019, s. 38).

Souborem *Norem ISO 9000* jsou čtyři mezinárodní standardy, které poskytují návod k vypracování a uplatnění systému řízení kvality (Horecký, Lusková, 2019, s. 18). Jedním z hlavních kritérií je spokojenost uživatele služby. Je nutné pravidelné vyhodnocování služeb a písemné stanovení postupů pro nápravu a preventivní opatření (Horecký, Lusková, 2019, s. 19).

Stěžejným bodem modelu *TQM (Total Quality Management)* je spokojenost klienta i zaměstnance. Za kvalitu služby organizace je zodpovědný každý ze zaměstnanců. Jde o propojení kvality všech principů v organizaci na všech jejích úrovních (Total Quality Management).

Controlling je informační systém, který se zabývá tím, že kvalita informací rozhoduje o výsledcích organizace. Nekvalitní informace mohou deformovat kulturu organizace. Informace jsou nástrojem pro efektivní řízení a rozhodování managementu pro budoucí chyby. V sociálních službách může sloužit jako indikátor naplnění cíle, který si stanovil sám klient (Horecký, Lusková, 2019, s. 32).

Balanced ScoreCard (BSC) je model, který měří výkonnost podniku. Vychází z předpokladu, že finanční úspěchy jsou vždy výsledkem dobrých služeb, vhodné strategie a účelně využitých zdrojů, jež má organizace k dispozici. BSC všechny tyto faktory měří a posuzuje v souvislostech, takže lze snadněji odhadnout rizika (Horecký, Lusková, 2019, s. 29).

Supervize je také jeden z nástrojů pro zvyšování kvality v organizaci. Je jakou si formou zpětné vazby, vzájemné podpory zaměstnanců a jejich růstů, učení se. Měla by zajistit kvalitnější službu klientovi. Zaměstnanci mohou prostřednictvím supervise zhodnotit efektivitu své práce (Šik, 2012).

Stížnost ze strany klienta je něčím, co ukazuje na nedostatky v organizaci. Pokud je oprávněná, pomáhá organizaci zkvalitnit její služby. Může představovat sebehodnocení uvnitř organizace. Je také zakotvená ve Standardech sociálních služeb jako jeden z oddílů.

Dotazník spokojenosti klientů, pro spolupracující organizace, pro stážisty, sebehodnotící dotazníky pro pracovníky – těmi všemi se dá také zhodnotit kvalita organizace a jejích služeb.

Lze zkonstatovat, že všechny modely a způsoby zaměřené na posouzení kvality v organizaci poskytující sociální služby shrnuje § 2 odst. 2 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách: „Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“

2.7. Standardy kvality sociálních a adiktologických služeb

Dle Matouška (2007, s. 125) je možné kvalitu služby zaručit tím, že bude zkontrolována podle předem vymezených a měřitelných pravidel. Standardy mohou definovat jak poskytovatele péče, tak zřizovatele služby i samotní klienti. Dle Matouška (2003, s. 225) jsou standardy kvality sociálních služeb soubor dohodnutých kritérií, který umožňuje posuzování kvality sociální služby. Splnění kritérií

od poskytovatele sociální služby je také posuzováno přímým pozorováním a rozhovorem s uživatelem služby a personálem.

Holasová (2014, s. 69) popisuje, že zásadní oblasti kvality sociální práce jsou definovány prostřednictvím standardů a jejich kritérií. Holasová (2014, s. 7) definuje kvalitu jako vztah mezi klientem a poskytovatelem. O tomto vztahu tvrdí, že by měl být dobře definován a podléhat přísným, i když nepsaným pravidlům. Definice kvality je významným aspektem, protože vede přímo k měření a zlepšování. Kvalitu sociálních služeb můžeme také definovat jako soubor vlastností a znaků činností, které se vztahují na naplnění požadavků.

V sociálních službách jsou směrnici k ověření kvality služeb Standardy kvality sociálních služeb, kterých text je uveden v příloze 2. vyhlášky č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Mají 15 oddílů. Dělí se na procedurální (např. vedení dokumentace, provozní řád, spolupráce s jinými organizacemi, následná péče atd.), personální (kvalifikace pracovníků, praxe, supervize) a provozní (vybavení budovy, pomůcky pro práci s klienty, hygienické možnosti atd.). Dodržovat standardy kvality je zákonnou povinností každého poskytovatele sociálních služeb. Tuto povinnost poskytovateli ukládá zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 88 písmena h). V zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 99 odst. 1 jsou standardy kvality definovány jako „soubor kritérií, na základě jejich prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami“. Celkový počet standardů v sociálních službách je 15.

Sociální služby, které se věnují osobám ohroženým závislostí nebo závislým na návykových látkách, se musí kromě zmíněných standardů řídit i Standardy kvality odborné způsobilosti adiktologických služeb. Ty mají dvě části. Obecné standardy a speciální standardy. Obecné standardy jsou závazné pro každou adiktologickou službu a mají sedm oddílů. Speciální standardy mají deset oddílů a jsou zpracovány pro jednotlivé typy adiktologických služeb (Adameček a kol., 2021, s. 12).

Obě standardy jsou jakousi kuchařkou, která pomáhá v procesu zkvalitňování služeb organizace a která by měla zaručovat určitou úroveň kvality poskytovaných služeb. Standardy by měla každá organizace pravidelně revidovat a přizpůsobovat své praxi s klienty.

Inspekce poskytování sociálních či adiktologických služeb při návštěvě organizace sleduje především dodržování těchto standardů a podle nich posuzuje, zda je služba poskytována kvalitně a stanovuje, tak procento naplnění standardů poskytovatelem.

Pokud inspekce shledá nedostatky v poskytování služeb, vydá opatření k odstranění těchto nedostatků, které je poskytovatel povinen ve stanovené lhůtě odstranit a podat písemnou zprávu ministerstvu o jejich odstranění (zák. 108/2006 Sb., § 98 odst. 5). V praxi je výsledek inspekce rozhodujícím pro výše poskytnuté dotace pro organizaci na další období.

2.8. Návyková látka (droga)

Dle Kaliny (2001, s. 32) má termín droga mnoho významů. Úmluvy OSN a Deklarace snižování poptávky po drogách nazývají drogy látkami, které jsou podřízené mezinárodní kontrole. V medicíně se tímto termínem označují některá léčiva užívaná pro předcházení nebo vyléčení nemoci nebo pro zvýšení fyzické či psychické kondice. Ve farmakologii se tento termín aplikuje na některé chemické činitele, které upravují biochemické nebo fyziologické procesy ve tkáních nebo organismu. Častokrát se pod pojmem droga rozumí psychoaktivní látka, a ještě častěji jde o synonymum pro drogy nezákonné. Kofein, tabák, alkohol a další látky, které jsou běžně užívány bez lékařského předpisu, jsou v jistém slova smyslu také drogy, protože jsou užívány primárně pro svůj psychoaktivní efekt.

Droga je látka přírodní nebo syntetická (Vokurka a Hugo, 2007, s. 198). Má psychotropní efekt a potenciál závislosti. Psychotropní efekt mění naše prožívání, to, jak vidíme svět (Minařík, Kmoch, in Kalina 2015, s. 49). Má dvě základní vlastnosti, a to, že ovlivňuje prožívání reality a může vyvolat závislost (Vokurka a Hugo, 2007, s. 198).

Drogy vytvářející závislost jsou nebezpečné tím, že extrémně intenzivně ovlivňují prožívání. Jsou tím nebezpečnější, čím rychleji působí. Tvrdost drogy stanovuje intenzita účinku, prediktabilita a rychlost nástupu, schopnost drogy vyvolávat syndrom z odnětí po odeznění jejího účinku. Závislost vyvolávají tedy zejména drogy se stimulačním nebo opojným, tlumivým účinkem (Kalina a kol, 2003, s. 107).

Návykové látky se dělí dle účinku na tlumivé látky (narkotika), psychomotorické stimulační a halucinogeny, nebo dle míry rizika na tzv. tvrdé a lehké drogy. Tlumivé látky zpomalují psychomotorické tempo. Stimulační zbaví člověka únavy, zrychlí myšlení a motoriku. Halucinogeny vyvolávají změny vnímání, která se mohou podobat schizoidním stavům. Mezi psychotické stimulační patří pervitin a kokain, mezi halucinogeny kanabinoidy, LSD, psylocibin, mezi tlumivé látky řadíme benzodiazepiny, barbituráty, alkohol, opiáty a těkavé látky (Minařík, Kmoch, in Kalina 2015, s. 50).

Důsledky užívání návykových látek mohou být: akutní intoxikace, zneužívání (abúzus) a závislost. Akutní intoxikace je dočasná změna somatických i psychických funkcí, která může mít charakter poruchy. Zneužívání je trvalé poškození, které vzniká v důsledku dlouhodobého užívání návykové látky. Zneužívání lze označit jako sebepoškození. Míru závislosti označuje pravděpodobnost užívání návykové látky. Co znamená, že drogu bude užívat člověk navzdory jejím negativním důsledkům, které pociťuje na svém psychickém i fyzickém stavu (Vágnerová, 2008, s. 548).

2.9. Závislost na návykové látce

Závislost se v adiktologii rozumí zejména závislost na psychotropních látkách nebo procesech. Psychotropní látky biochemicky působí na systém odměny v mozku. Návykový potenciál má význam v rychlosti rozvoje závislosti a dosažení jejího stupně – lehká, střední, těžká. Závislost na procesech také ovlivňuje systém odměny v mozku, i když zevním stimulantem tady není substance, ale silný vnější podnětový děj (Jeřábek, in Kalina 2015, s. 190).

Závislost na návykových látkách představuje patologický stav, který je spojený s neovladatelnou touhou po opakované aplikaci drogy. Častokrát se sklonem se stoupající tendencí (Vokurka a Hugo, 2007, s. 198).

Syndrom závislosti lze definovat jako soubor psychických a somatických změn, které se vytvořily jako důsledek opakovaného užívání psychoaktivní látky. Závislý člověk má návykovou látku na prvním místě a jí podřizuje vše – koníčky i povinnosti (Vágnerová, 2008, s. 548).

Kalina (2001, s. 72) definuje závislost na návykové látce nebo alkoholu jako opakované užívání psychoaktivní látky nebo látek v takovém množství, že uživatel se pravidelně nebo chronicky intoxikuje, cítí nutkání k opakovanému užívání, má velké obtíže při snaze o přerušování užívání nebo o jeho ovlivnění a projevuje snahu získat psychoaktivní látku téměř jakýmkoliv způsobem. Typicky se vyskytuje tolerance a často i odvykací stav. Kalina (2001, s. 40) dále popisuje, že vývoj závislosti je ovlivněn osobnostními dispozicemi, užším a širším sociálním kontextem, frekvencí užívání, genetickými predispozicemi a v neposlední řadě i samotnou užívanou látkou.

Národní institut zdraví definuje závislost jako chronickou, recidivující poruchu, kterou charakterizuje jako nutkavé vyhledávání drog. Toto vyhledávání pokračuje i navzdory škodlivým důsledkům a dlouhodobým změnám v mozku. Závislost považuje za celkovou mozkovou poruchu i za duševní nemoc.

V ICD 10 je závislost (dependence) a syndrom závislosti definován jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a který typicky zahrnuje následující projevy: silné přání užít drogu, nutkavá potřeba, porušené ovládnutí při užívání návykové látky, ztráta volní kontroly, přetrvávající užívání i přes škodlivé následky, neschopnost odpoutat se navzdory tělesným i duševním komplikacím, prioritizace drogy před všemi ostatními aktivitami a závazky, převažující orientace na životní styl s drogou, její shánění a zotavování se z jejího účinku, zvýšená nebo snížená tolerance, odvykací stav při nedostatku či vysazení drogy.

Pro diagnózu závislosti je zapotřebí, aby byly přítomné alespoň tři z uvedených kritérií. Syndrom závislosti může být pro specifickou látku, pro třídu látek nebo pro širší spektrum farmakologicky odlišných psychoaktivních substancí (Kalina K. a kol., 2001 s. 117).

Existují dva typy závislosti – závislost psychická a závislost somatická. Psychická závislost se projevuje neodolatelnou touhou užívat návykovou látku opakovaně. Podrážděnost vyvolá i to, že člověk svou dávku neměl. Závislý člověk si zafixoval sám v sobě, že mu droga něco přináší. Somatická závislost představuje stav adaptace biologických funkcí na příslušnou návykovou látku, která je ve většině případů doprovázená zvyšující se tolerancí. Při vysazení drogy se projevuje abstinčním syndromem (Vágnerová, 2008, s. 549).

Závislost se rozvíjí v průběhu několika na sebe navazujících fází. Dlouhodobé užívání psychoaktivních látek může podstatným způsobem změnit osobnost člověka a jeho chování, může vyvolat i závažnější duševní poruchy (Vágnerová, 2008, s. 587).

Z biologických faktorů na vzniku závislosti mají podíl genetické aspekty, nitroděložní vývoj, podmínky porodu, somatické nemoci včetně traumat apod. Na psychogenetické faktory mají roli harmonický vývoj v dětství, psychická podpora v průběhu dospívání nebo životních krizí, včetně krizí

identity, adekvátní podpora při řešení těžkých životních situací, léčba psychických nemocí jako deprese, psychóza apod. Mezi sociální faktory, patří kupříkladu rasová diskriminace, sociální status rodiny, ekonomické zajištění, kvalita interpersonálních vztahů nebo jejich absence, absence rituálů, role kolektivu (party) apod. Tyto faktory by se měly brát v úvahu i při léčbě závislosti. Pokud přístup k léčbě není komplexní, je pravděpodobné, že dojde k selhání pacienta, k relapsu a návratu k užívání návykové látky (Páleníček a kol. in Seifertová D., Praško J., Höschl C., 2008, s. 55).

2.10. Abstinenční syndrom

Abstinenční, odvykací nebo syndrom z odnětí drogy je souborem příznaků, které vzniknou při vysazení psychoaktivní látky (Hartl, 2004. s. 7, 164) nebo podstatném snížení dávky opakovaně užívané psychoaktivní látky s typickými symptomy pro danou látku včetně bažení po této látce. Tyto symptomy se nedají vysvětlit jinou tělesnou nebo psychickou poruchou. Symptomy odpovídají opačnému působení, než je tomu při akutní intoxikaci (Páleníček a kol. in Seifertová D., Praško J., Höschl C., 2008, s. 53).

Znaky odvykacího stavu se dělí na tělesné a duševní. U různých skupin návykových látek bývá odvykací stav vyjádřen dle míry závažnosti. U některých látek (například u kanabinoidů) se většinou nevyskytuje v zaznamatelné formě, ale je nutno připustit, že se jednotliví uživatelé mohou individuálně lišit a látka běžně odvykací stav nevyvolávající může u daného jedince tento stav vyvolat (Kalina a kol, 2003, s. 304).

Začátek a průběh abstinenčního syndromu jsou dány druhem návykové látky, délkou užívání a způsobem vynechání návykové látky. Jeho rozvoj je častokrát velmi rychlý. Po vysazení látky může někdy nastat do 24 hodin. Jen zřídka je rozvoj pozvolný (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 148).

Odvykací syndrom je projevem porušení nové rovnováhy v těle, které se přizpůsobilo adaptačními mechanismy přítomnosti drogy. Odvykací stav bývá provázen nepříjemnými, často i závažnými abstinenčními příznaky. Mezi abstinenčními příznaky lze mnohdy zpozorovat rysy, které se projevují doslova opačnými efekty, než byly původní akutní účinky drogy. To vyplývá ze směru vytvořených adaptačních mechanismů, které vedly proti účinku drogy. Při vysazení drogy nebo vynechání dávky je stávající dopaminergní systém velmi oslaben. To se také projevuje neschopností uspokojení, změnou v motivačních systémech závislého a postupného zúžení jeho zájmů pouze na drogu, protože postupně už jenom droga je schopna opět stimulovat a normalizovat dopaminergní transmissi (Fišerová in Kalina a kol, 2003, s. 114).

Přítomnost odvykacího syndromu je jedním z kritérií pro diagnózu závislosti. Odvykací syndrom se u různých látek liší. Řada příznaků má opačný charakter než účinek dané látky. Toto pravidlo ovšem neplatí absolutně a řadu příznaků není možné si odvodit (Kalina, 2001, s. 73). Zda, kdy a v jaké intenzitě lze očekávat rozvoj odvykacího stavu u jednotlivých látek záleží na potenciálu látky vyvolat závislost a na faktorech na straně uživatele, ke kterým lze např. zařadit délku a intenzitu užívání, motivaci k vysazení drogy, osobní dispozice atd. Tady mohou hrát roli i faktory prostředí, ve kterém dochází k manifestaci odvykacího syndromu (Nešpor in Kalina a kol, 2003, s. 119).

2.11. Craving (bažení)

V roce 1955 definovala WHO bažení jako touhu pociťovat účinky psychoaktivní látky, se kterou měla osoba dřívější zkušenost. Isbell už tenkrát doporučoval odlišovat tělesné a psychické bažení. Tělesné bažení vzniká při odeznívání účinku návykové látky nebo po něm. Psychické bažení se objevuje po delší abstinenci. Craving zhoršuje sebeovládání, oslabuje paměť, soustředění a schopnost se správně rozhodovat (Nešpor, 2007).

Craving je silná touha po psychoaktivní látce (droze) nebo pocit puzení tuto drogu užít. Je jedním ze základních kritérií pro diagnózu závislosti. Silná touha po droze je jedním z příznaků některých odvykacích stavů. K subjektivním příznakům cravingu patří vzpomínky na pocity pod vlivem návykové látky nebo fantazie na toto téma, které mají často nutkavý charakter, svírání na hrudi, bušení srdce, svírání žaludku, sucho v ústech, třesy, bolesti hlavy, pocení v různých částech těla, silná touha po návykové látce, úzkost, stísněnost, únava, slabost, zhoršené vnímání okolí, neklid, vzrušení a podrážděnost (Kalina, 2001, s. 24).

2.12. Marihuana

V Jednotné úmluvě OSN o omamných drogách z r. 1961 je marihuana definována jako květové nebo plodové vrcholky cannabisové rostliny, ze kterých nebyla extrahována pryskyřice, zatímco hašiš je oddělená pryskyřice nezpracovaná nebo čištěná, získaná z cannabisové rostliny (Kalina, 2001, s. 23).

Marihuana a hašiš patří mezi kanabinoidy. Marihuana vyvolává změny nálady, příjemné lhostejné uvolnění (Vágnerová, 2008, s. 567), změnu vědomí a paměti (Kamer, 1994), ale může navodit také pocit úzkosti a paranoidní představy (Vágnerová, 2008, s. 567), může snížit schopnost koncentrace, pozornosti a paměti. Efekt závisí na užitém množství a způsobu užití (Kamer, 1994). Při vyšší dávce se mění vnímání, vzniká pocit zpomalení času, ztráty kontroly s realitou, objevují se halucinace, zrakové, sluchové, taktilní iluze. Časté jsou depersonalizace a derealizace. Mění se psychomotorické tempo. Závislost je psychického rázu, biologická závislost se nevytváří. Někdy se po delší době mohou objevovat flaschbacky (Vágnerová, 2008, s. 567).

Marihuana je konzervovaná léčivá, ale i látka psychotropní, která se získává usušením květenství samičích rostlin konopí s obsahem tetrahydrokanabinolu (THC) nad 0,3 %. Obvykle se plní čistá nebo smíchaná s tabákem do cigaret, dýmek či vodních dýmek, které se pak kouří. Může se také jíst, přidává se např. do koláčků, bramboráčků nebo se přepustí s máslem či olejem. Další možností jejího využívání je konopné mléko, které se vaří s méně hodnotnými částmi rostliny, případně konopný čaj. Marihuanu je rovněž možné louhovat ve vysokoprocenním alkoholu. Je nejčastěji užívanou návykovou látkou, která není, kromě lékařských účelů, legální. Z počátku marihuana přináší příjemci příjemné pocity, lidé po ní bývají veselí, usměvaví, příjemně naladěni, zpomalení, zklidnění, mohou se ovšem dostat i do deprese. Umocňuje aktuální rozpoložení člověka. Čím déle se užívá, pocity štěstí se dostávají méně. Jedinec je nucen požit víc a víc marihuany, aby docílil původních pocitů. Dlouhodobé užívání způsobuje přehnanou zpomalenost jedince na fyzické i duševní úrovni. Může způsobovat psychotické příznaky, poškozují srdce, plíce a jiné tělesné orgány. Dnešní marihuana, která se pěstuje uměle, je nebezpečnější, než marihuana z 60. až 80. let 20. století, protože má větší obsah THC. Dnešní marihuana může

obsahovat i látky, které jsou upravovány pro svůj účinek, obecně se nazývají – Designer drugs. Dříve byl standardně obsah THC okolo 3 %, dnes okolo 20 % THC a již jsou známé případy, kdy se obsah THC blížil k 50 % (Koncepce města Chebu 2015, s. 13, Koncepce města Chebu, 2019, s. 15). Z 30 gramů konopí lze vyrobit 50 až 100 cigaret (jointů) (Kamer, 1994).

Účinek marihuany nastupuje během několika desítek sekund až minut. Při perorálním požití jsou její účinky pomalejší, avšak trvají déle. Celková doba účinku marihuany je 3-6 hodin (Miovský, in Kalina 2003, s. 176). Marihuana je obecně považována za lehkou drogu, ale i ona může mít neblahé následky na zdraví člověka (DROGY: Marihuana).

Ve Spojených státech amerických i v dalších zemích je předepisována lékaři pro svůj euforický efekt, účinek klidu a relaxace. Nemůže dojít k smrtelnému ani fyzickému předávkování či závislosti. Způsobuje psychickou závislost, která četností a rozsahem, v jakém k ní dochází, není srovnatelná s psychickou závislostí, kterou způsobuje např. užívání heroinu, kokainu, alkoholu nebo nikotinu. Užívání konopí vyvolává menší agresi než pití alkoholu. Jeho užívání není automatickým krokem na cestě k užívání tvrdých drog. Počet případů akutního předávkování není vyšší než několik desítek ročně (Kamer, 1994).

Celkově konopné drogy vyvolávají euforii, příjemnou náladu, která občas může přejít do bouřlivého a nezadržitelného dlouhého smíchu, sucho v ústech, jemný pocit chladu a hlad. Není nic neobvyklého, když člověk, před intoxikací sytý, při intoxikaci sní hodně jídla. Typická je také deformace ve vnímání času. Čas se zdá být delší, vše se jakoby vleče, i velmi krátký okamžik se může zdát, jako by uběhly celé hodiny. Objevují se také deformace vnímání prostoru a iluze. Konopné drogy způsobují též agresivní či depresivní rozladění (Miovský, in Kalina 2003, s. 175), rakovinu, zapomínání, neplodnost, ztrátu erektce apod. (DROGY: Marihuana). Panické a úzkostné stavy se objevují výjimečně (Miovský, in Kalina 2003, s. 176). U náchylnějších lidí mohou být konopné drogy spouštěčem různých druhů psychických onemocnění jako např. deprese, epilepsie, depersonalizace apod. (DROGY: Marihuana).

Intoxikace konopnými drogami se může rovněž projevit nevolností až zvracením. Patrné je výrazné překrvení spojivek (tzv. králičí oči). Obecně odborníci sdílejí názor, že konopné drogy nevyvolávají somatickou závislost. Psychická závislost se dostavuje asi u 8-10 % dlouhodobých uživatelů. Není popisován ani vzestup tolerance, který by vedl ke vzrůstajícím potřebným dávkám, ani odvykací příznaky. Někdy bývá popisován odvykací stav, který se projevuje psychomotorickým neklidem, podrážděností, nervozitou, úzkostí, depresivním rozladěním či bolestmi hlavy. Při velmi častém, nadměrném a dlouhodobém užívání konopných drog se dostávají jemné poruchy některých kognitivních funkcí. Jedná se zejména o zhoršení v oblasti krátkodobé paměti a schopnosti soustředění. Při pravidelném užívání se mohou dostavit flashbacky. U osob s vytvořenou či vrozenou dispozicí může dojít k rozvoji velmi intenzivních, hlubokých depresivních stavů či stavů úzkosti a napětí. Ty mohou při vystupňování přejít až do panického stavu, kdy hrozí nebezpečí sebepoškození či naopak agrese k okolí. Občas se to stane nepřipraveností k požití velmi vysoké dávky (Miovský, in Kalina 2003, s. 177).

Symptomy při odvykání se projevují úzkostí, podrážděností, třesem, pocením a bolestí svalů. Vzhledem k pomalému vylučování nejsou odvykací stavy rizikem a neexistuje specifická léčba (Páleníček a kol. in Seifertová D., Praško J., Höschl C., 2008, s. 54).

Stejně jako jinde v Evropě, i v České republice neustále vzrůstá oblíbenost rekreačního užívání marihuany, především mezi populací ve věku 15-25 let. Pravidelně marihuanu užívá cca 15 % populace ve středoškolském věku (15-19 let), alespoň jednu zkušenost s ní má v téže věkové skupině téměř polovina populace (46 %) (Raminecký in Kalina a kol, 2003, s. 27).

Cannabis se v současnosti terapeuticky využívá nebo zkouší v léčení glaukomu, jako prostředek proti zvracení při léčbě rakoviny chemoterapií, v pokročilých stádiích AIDS, u roztroušené sklerózy a Alzheimerovy choroby (Kalina, 2001, s. 23).

2.13. Pervitin

Metamfetamin, nebo také pervitin, je syntetická stimulační návyková látka bez zápachu, s nahořklou chutí v podobě prášku nebo krystalů. Má bílou, žlutofialovou až hnědou barvu, což je zapříčiněno čistotou příměsí jódu při výrobě. Užívá se nitrožilně, šňupáním, inhalací zahřátého pervitinu, nebo polykáním ve formě kapslí. V počátcích užívání odstraňuje únavu, zvyšuje pozornost a pocit síly (Koncepte města Chebu, 2015, s. 14, Koncepte města Chebu, 2019, s. 15). Je vysoce návykovou látkou a jeho odvykání i následná léčba jsou velice složité. Při dlouhodobějším užívání vzniká nadměrné hubnutí, halucinace až toxická psychóza. Člověk může pociťovat úzkost, nespavost, nechut' k jídlu, křeče, výpadky paměti, agresivitu, poruchy chování a sebekontroly, psychické problémy až degradaci celého organismu (Koncepte města Chebu, 2015, s. 14).

Pervitin zvyšuje bdělost, tepovou frekvenci i metabolismus. Mívá anorektický účinek. Po užití pervitinu má člověk pocit zvýšené energie a skvělé výkonnosti, je euforický a přesvědčený, že všechno zvládne. Po delším užívání se zhoršuje emoční ladění, roste podrážděnost a pocit nedůvěry. Narušuje se orientace v realitě a mění se sebehodnocení. Může dojít až k navození paranoidní psychotické poruchy. Pervitin vyvolává biologickou závislost. Abstinenci projevují např. špatná nálada, těžké deprese se suidálními tendencemi, pocity únavy a poruchy spánku doprovázené děsivými sny (Vágnerová, 2008, s. 566).

Stimulanty, mezi které patří i pervitin, jsou látky, které mají povzbuzující účinek na centrální nervový systém. Mají vliv na zvýšené psychomotorické tempo, zkracují spánek, zahánějí únavu, vyvolávají euforii a pocit síly a energie, snižují chuť k jídlu, vyvolávají úzkost, někdy mohou vést k agresivitě, přecenení svých schopností, snižují krevní tlak a tepovou frekvenci (Minařík, In Kalina 2003, s. 164). Pervitin zvyšuje krevní tlak a tep, stoupá dechová frekvence. Zorničky jsou rozšířené (mydriáza), zvyšuje se náchylnost ke křečím. Ustupuje pocit únavy, organismus pracuje s vypětím sil až do vyčerpání. Urychluje se tok myšlenek, často na úkor kvality, zvyšuje se pozornost a soustředěnost, zlepšuje schopnost empatie a odstraňují se zábrany. Nastupuje euforie, pocit sebejistoty a rozhodnost (Minařík, in Kalina 2003, s. 167). Pervitin tlumí produkci slin, zuby se třou o sebe a kazí se (DROGY: Pervitin).

Po odeznění účinku se dostavuje tzv. dojezd, stav podobný kocovině. V obraze dominuje celkové vyčerpání, únava, bolest kloubů, není výjimečný několikadenní spánek přerušovaný krátkými epizodami bdění s 'vlčím' hladem a konzumací ohromného množství potravy. Psychická závislost je charakterizována cravingem. Užívání stimulantů zatěžuje kardiovaskulární systém, stoupá riziko

srdečních a mozkových příhod. Organismus je po celou dobu účinku připraven na vrcholový výkon, což se sníženou chutí k jídlu vede k velmi rychlému zhubnutí, někdy i o více než 10 kg za měsíc.

Hlavní linii rozvinuté toxické psychózy představují zřetelné paranoidní domněnky, člověk má pocit, že mu někdo chce ublížit, mívá časté změny nálad, zrakové, sluchové a taktilní halucinace. Předávkovaný pociťuje těžkou bolest na hrudi a může na 1-2 hod. upadnout do bezvědomí. Pervitin přináší psychické komplikace, které se projevují halucinacemi, strachem, neklidem, vztahovačností, depresí, sebevražednými tendencemi, podezíravostí, chorobnou žárlivostí a stavy zmatenosti. Objevují se poruchy paměti a neschopnost koncentrace (Minařík, In Kalina 2003, s. 167).

Účinek pervitinu nastupuje u intravenózní aplikace okamžitě, u intranasálního užití za 5-10 minut, při užití per os do jedné hodiny. Hlavní příznaky intoxikace zmizí za 8-24 hodin. Symptomy při odvykání jsou letargie, únava, psychomotorický útlum nebo agitovanost, zvýšená chuť k jídlu, nespavost nebo hypersomnie, bizarní, nepříjemné sny léčba (Páleníček a kol. in Seifertová D., Praško J., Höschl C., 2008, s. 54).

V běžné pouliční distribuci se řadí dalšími látkami, což zvyšuje jeho nebezpečnost pro uživatele. Česká republika patří mezi největší výrobce a distributory metamfetaminu v Evropě (Koncepce města Chebu, 2019, s. 15). Téměř vždy se u nás vyrábí na domácích vařičích z léků proti nachlazení, které jsou volně prodejné a obsahují pseudoefedrin, např. Nurofen, Stopgrip, Modafen, Disophrol, Rinopront nebo ve velkém z efedrinu (Kalina, 2001, s. 79).

Říká se, že chuť na pervitin je v člověku do konce života, a to i když se ze závislosti úplně dostane. Tuto domněnku potvrzuje i fakt, že se spouště lidí o něm zdá i po vysazení (DROGY: Pervitin).

2.14. Heroin

Heroin patří do skupiny opiátů. Dalšími zástupci jsou braun, opium, metadon, buprenorfin. Opiáty jsou tlumivé látky s euforickým efektem (Minařík in Kalina 2015, s. 55). Ovlivňují organismus prostřednictvím opiátových receptorů. (Minařík In Kalina, 2003, s. 159). V lékařství se používají jako nejsilnější léky proti bolesti nebo jako léky proti kašli. Mají strukturu podobnou morfinu. Opiáty jsou podskupinou opioidů (Minařík, In Kalina 2015, s. 57).

Heroin nebo také diacetylmorfin se řadí mezi polysyntetické deriváty morfinu. Základní látkou pro výrobu heroinu bývá morfin nebo přímo opium. Heroin, zvláště hnědý, má zásaditou reakci a je vhodný ke kouření nebo inhalaci z aluminiové fólie, bývá s příměsí strychninu. Bílý heroin (hydrochlorid) se aplikuje především nitrožilně – injekčně. Závislost na heroinu vzniká poměrně rychle – po několika měsících pravidelného užívání. Závislost je v případě heroinu psychická a fyzická. Psychickou závislost charakterizuje ztráta kontroly nad užíváním a neovladatelnou touhou po droze, fyzickou závislost zase zvyšování tolerance a potřeba zvyšování dávek (Krajská protidrogová koncepce 2020, s. 16). Trvalé užívání heroinu způsobuje poměrně velkou toleranci v porovnání s jinými látkami (Koncepce města Chebu 2015, s. 14, Koncepce města Chebu 2019, s. 15).

V důsledku delšího užívání heroinu se tlumí produkce vlastního morfinu, tzv. endorfinu a jeho nedostatek způsobuje potřebu získat jej jinak. Hlavním důvodem k užívání opioidů je potřeba zabránit

nepříjemným abstinenčním projevům. Předávkování heroinem může končit smrtí. Opiáty vyvolávají pocit pohody, stav blaženého uvolnění, pocitu klidu. Negativně vedou k omezení pozornosti, paměti úsudku, celkovému zpomalení a narušení výkonu. Postupně devalvují osobnost, ničí schopnost sebekontroly a respekt k běžným sociálním normám (Vágnerová, 2008, s. 565). Heroin zpomaluje všechny reakce, myšlení, zhoršuje výkonnost, paměť, dýchání, zpomaluje srdeční rytmus a jiné (Koncepte města Chebu 2019, s. 15).

Dle Minaříka (2003, In Kalina, s. 159) opioidy působí na Centrální nervový systém, na který mají tlumivý účinek, potlačují percepční a lokalizační i psychickou a emocionální složku bolesti, způsobuje euforii a zklidnění, až ospalost. Dochází k útlumu dýchacího centra, může dojít až k zástavě dechu. Vyvolávají miózu (stažení zornice) a centrálně také snižují tělesnou teplotu (hypotermie). Dále dle Minaříka (2003, In Kalina, s. 160) dochází v krevním oběhu k rozšíření cév (vazodilatace), zpomalení frekvence srdeční činnosti (bradykardie) či poklesu krevního tlaku (hypotenze). V toxických dávkách může dojít až k zástavě krevního oběhu. Zpomalují dechovou frekvenci a snižují dechový objem. Specifickým efektem je zúžení průdušek (bronchokonstrikce). Opioidy vyvolávají těžkou zácpu. Na kůži způsobují svědění, Vondráček (1971) udává typické poškrábávání se po celém těle, a to i v bezvědomí.

Hlavními účinky opioidů jsou zklidnění a příjemná euforie, která bývá doprovázená pocitem tepla a snížením vnímáním tělesných pocitů. Člověk pod vlivem opioidů vnímá většinu činností jako příjemnou (Minařík, In Kalina 2015, s. 57). Pravidelní dlouhodobí uživatelé potřebují dávky, které jsou mnohonásobkem smrtelné dávky pro prvouživatele. Při abstinenci opiátů tolerance rychle klesá a dávka, která před odvyknutím byla běžná, se stává smrtelnou (Minařík 2003, In Kalina, s. 161).

Intoxikaci doprovází zklidnění a příjemná euforie. Prvními příznaky akutní intoxikace jsou nevolnost, hučení v uších, pocit tepla v obličeji, svědění, dýchání je povrchní, zúžení zornic (mióza) přechází v konečném stadiu v rozšíření zornic (mydriáza). Při chronickém abusu je intoxikovaný člověk líný, bez vůle, ztrácí libido a potenci, může být depresivní. Výjimkou nejsou ani projevy nespavosti, únavy a podrážděnosti, které se střídají s apatií. Symptomy při odvykání jsou výrazný craving (bažení), sekrece z nosu a kýchání, slzení, bolesti svalů a křeče, křeče v břiše, nevolnost, zvracení, průjem, rozšíření zornic, husí kůže, zimomřivost, tachykardie, hypertenze, zívání, neklidný spánek (Páleníček a kol. in Seifertová D., Praško J., Höschl C., 2008, s. 54), dochází k vzestupu tělesné teploty, úporné nespavosti, poruchám řeči, třesům, nechutenství a dehydrataci. Pro odvykací stav není podstatné, jaká byla forma aplikace heroinu, důležitá je dávka a pravidelnost užívání. Odvykací syndrom vzniká asi deset hodin od poslední aplikace. Jeho intenzita závisí na podané dávce. Pro odvykací stav není podstatné, jaká byla forma aplikace heroinu, důležitá je dávka a pravidelnost užívání (Minařík 2003, In Kalina, s. 162).

Hlavními příznaky odvykacího stavu jsou zrcadlové efekty k účinku opiátů. Po dlouhá léta byl heroin považován za účinný lék pro závislost na morfinu. Z počátku byl považován za lék s nulovým rizikem vzniku závislosti. Heroin je řadu desetiletí celosvětově nejrozšířenější drogou této skupiny (Minařík 2003, In Kalina, s. 161). Do roku 1994 se v ČR vyskytoval jen sporadicky. Od té doby jeho užívání mnohonásobně vzrostlo (Minařík 2003, In Kalina, s. 161; Minařík In Kalina 2015, s. 56).

2.15. Harm reduction

Jako Harm reduction se označují přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u osob, které v současnosti drogy užívají a nejsou motivovány k tomu, aby užívání zanechaly. Harm reduction se snaží minimalizovat, omezit či zmírnit riziko, život a zdraví ohrožující infekce, které se mohou šířit sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, jako je AIDS a hepatitida B a C a riziko dalších tělesných komplikací (Kalina, 2001, s. 43), např. abscesy, záněty, postižení vnitřních orgánů nebo zhroucení jejich funkcí, což je častým důsledkem dlouhodobého nitrožilního užívání látky znečištěné různými příměsemi, ztráty vody z organismu a přehřátí při tanečním užívání stimulačních drog (Kalina a kol, 2003, s. 80), dlouhodobého působení vysokých dávek, předávkování, sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti (Kalina a kol, 2003, s. 80, Kalina, 2001, s. 43).

Rhodes (1999, s. 5) píše, že služby HR vycházejí z poznatku, že chování jednotlivce je ovlivněno jeho povědomím a názory o zdravotních rizicích užívání drog, jeho motivacemi a schopnostmi ve vztahu k budování budoucnosti. Proto se intervence zaměřují na jednotlivé typy drog nebo na jejich uživatele, s cílem ovlivnit nebo změnit jejich chování ve vztahu k užívání návykových látek.

Základní charakteristikou pohledu HR na drogovou závislost je pragmatičnost. Místo toho, aby usiloval o absolutní eliminaci drog a jejich užívání, které je podle historické zkušenosti neodstranitelné, snaží se s ním pracovat tak, aby negativní důsledky takového chování byly co nejmenší. Svým působením se zaměřuje především na stabilizaci životního stylu klienta. Vychází přitom z klientových potřeb, dává klientům a dalším konzumentům služeb možnost podílet se na jejich tvorbě a rozhodnout jak, kdy a kde mají být léčeni. Přitom má na zřeteli zlepšení kvality života, zdravotního stavu a tělesné i duševní pohody (Hrdina in Kalina a kol, 2003, s. 263).

Hunt (2003, in Raminecky, 2008, s. 42) taky považuje Harm reduction za pragmatický přístup, který vychází z toho, že část uživatelů drog není v danou chvíli rozhodnuta nebo ochotna své chování vůči užívání návykových látek zásadním způsobem změnit. Intervence v rámci Harm reduction jsou proto zaměřeny na způsoby, jak jsou drogy užívány, nikoli na snižování počtu uživatelů nebo užívání drog. Důležitým prvkem Harm reduction je výchova k co nejméně rizikovému způsobu užívání návykových látek.

Maroušek (2003, s. 74, 272) vymezuje Harm Reduction v širším smyslu jako postupy, které brání k prohlubování klientova problému, ale problém neřeší. V užším smyslu jako jednu z mnoha reakcí na zneužívání návykových látek, která je zároveň prevencí k šíření viru HIV nebo hepatitid typu B a C. Pokud klienti nízkoprahových služeb nechtějí využít nabídku léčby, mohou využít alespoň zdarma výměnu injekčního náčiní, prezervativu, poradenství, vykonat hygienu.

Stimson (1995, in Raminecký, 2008, s. 42) mluví o tom, že pokud uživatel drog není ochoten upustit od intravenózní aplikace, je cílem naučit ho, aby pokud možno vždy používal sterilní injekční stříkačku a jehlu a nesdílel ji s jinými uživateli drog, aby tak minimalizoval riziko přenosu infekčních nemocí přenášených krví.

Mezi nejznámější postupy používané v HR patří výměna použitého injekčního náčiní za sterilní, poskytování informací o možnostech léčby či jiné odborné pomoci, kontaktní poradenství a edukace

o rizicích. Důležité je i informování uživatelů o bezpečném sexu, včetně distribuce kondomů. V širším pohledu můžeme také pod HR zahrnout substituční léčbu. Poradenství a edukace v rámci HR zahrnují i rady, návody a vysvětlení, jak drogu bezpečně aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a podobné, čistě technické informace. Tištěné materiály, které tyto informace obsahují, jsou zcela specifické a jejich distribuce musí být omezena na okruh klientů, kterým jsou určeny. Dostanou-li se mimo tento okruh, např. do škol, vyvolávají senzaci, pobouření a obviňování, že se touto cestou mládež svádí k braní drog. HR se provádí buď přímo v terénu (terénní programy, streetwork) nebo v nízkoprahových kontaktních centrech (Kalina a kol, 2003, s. 80).

Model Harm reduction upřednostňuje zdraví a osobní zodpovědnost před perzekucí. Jakákoliv pozitivní změna směrem ke snížení poškození je považována za krok správným směrem. Model má rovněž na zřeteli ochranu celé společnosti před nežádoucími dopady užívání drog, a souvisí tedy se strategií ochrany veřejného zdraví. Úsilí směřuje ke snížení poškození zdraví celé komunity a v tomto kontextu je problém jednotlivce chápán jako problém celku. Intervence jsou plánovány na základě potřeb klientů i celé komunity. Potřeby jsou zjišťovány přímo v kontaktu s klienty, a zároveň od lékařů, kteří znají jejich zdravotní problémy. Díky tomu je možné plánovat intervence na základě skutečných potřeb a to tak, aby byly co nejúčinnější, tj. aby oslovily co nejvíce klientů. Služby vycházejí z předpokladu, že informovaní klienti mohou na základě svých znalostí sami rozhodnout, co je pro ně nejlepší. Dalším důležitým principem uplatňujícím se v HR je nízkoprahový přístup (Marlatt, 1993). Nízkoprahový přístup znamená, že služba je pro všechny snadno dostupná, je přístupná komukoli bez dalších požadavků a restrikcí s cílem oslovit svou nabídkou co nejvíce lidí, nejen klientů, ale i jejich rodinných příslušníků a ostatních lidí v komunitě (Hrdina in Kalina a kol, 2003, s. 264).

Cílovými skupinami jsou problémoví uživatelé návykový látek, skrytá populace uživatelů návykových látek s minimální motivací vyhledat pomoc, blízké okolí uživatelů návykových látek jako jsou rodiče, příbuzní, partneři, vrstevníci, skupiny ohrožené drogovou scénou (mladí dospělí, účastníci taneční scény, sociálně vyloučené skupiny, národnostní menšiny a cizinci), (Krajská protidrogová koncepce 2020, s. 43).

I když se v rámci Harm reduction využívá některých metod, které zároveň slouží ochraně veřejného zdraví, jde o přístup především individuální, zaměřený na individuální potřeby a perspektivy klienta. Přístup akceptuje, že klient v daném období užívá drogy a nechce či nemůže přestat s jejich užíváním. Snaží se zachovat klienta při životě a v maximálně možném zdraví v biopsychosociálním smyslu (Kalina a kol, 2003, s. 79).

Prostřednictvím Harm Reduction dochází ke snížení nákladů na eventuální léčbu onemocnění, které mají souvislost s užíváním drog. Klienti využívající službu Harm Reduction získávají informace, jak bezpečně užívat návykové látky vzhledem ke své osobě i ke svému okolí, jsou v kontaktu s odborníky, kteří jim jsou schopni pomoci v sociálních otázkách i při zprostředkování léčby, pokud se k ní rozhodnou. Služba Harm Reduction je poskytována bezplatně a anonymně v přirozeném prostředí klienta, kdy pracovník přijde za klientem, nebo v kontaktních centrech, kdy klient přijde za pracovníkem do organizace (Orlíková).

3. Drogová situace v Karlovarském kraji

V Karlovarském kraji se drogové scény postupně uzavírají (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 51, 75). Drogová scéna v kraji zachovává svůj tradiční charakter a není novinkám příliš otevřena (Raminecký 2017, s. 54). Uživatelé drog v kraji se chovají spíše konzervativně a pokusy o inovativní drogové produkty (např. barevný technopervitin zkušební vietnamskými výrobci) se neujaly (Raminecký 2017, s. 4). Dle Petruželky a Hanzlíka (2021, s. 37) se užívání nelegálních návykových látek v Karlovarském kraji vyskytuje v menším rozsahu, jak tomu bylo v minulých letech (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 37). Míra užívání legálních návykových látek mezi mladistvými na Karlovarsku vzrůstá. Zkušenosti s užíváním nelegálních návykových látek mezi dětmi a mládeží jsou poměrně nízké. Významnou výjimku ovšem tvoří konopné látky (Vimr, 2019, s. 5). V roce 2020 nebyl zaznamenán nárůst v užívání OPL (omamně psychotropních látek) (Vimr, 2021, s. 3). V posledních dvou letech byl zaregistrován mírný nárůst uživatelů drog. K značnému nárůstu počtu problémových uživatelů drog (Krajská protidrogová koncepce 2020, s. 7) za posledních deset let v kraji nedošlo a nedochází k jejich nárůstu jako v jiných krajích (Koncepce města Chebu 2015, s. 34), a nic nenasvědčuje tomu, že by se to mělo změnit. Podle některých odhadů se počet problémových uživatelů drog na území kraje pohybuje v rozmezí 900-1 326 osob, z tohoto je poměr uživatelů pervitinu a heroínu odhadován v poměru 80:20 (Krajská protidrogová koncepce 2020, s. 7).

V celorepublikovém porovnání se Karlovarský kraj v přepočtu na 1 000 osob ve věku 15 až 64 let řadí na čtvrté místo s odhadovaným počtem lidí, kteří užívají návykové látky rizikovým způsobem. Před Karlovarským krajem jsou Hlavní město Praha, Ústecký a Liberecký kraj. Karlovarský kraj má podobné hodnoty jako kraj Plzeňský, Jihočeský a Liberecký (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 45). Převážná část uživatelů pervitinu a heroínu jej užívá nitrožilně. Injekční materiál používají opakovaně nebo jej sdílejí (Krajská protidrogová koncepce 2020, s. 7, Raminecký 2017, s. 4).

V celém Karlovarském kraji se dostupnost drog považuje za vysokou (Krajská protidrogová koncepce 2020, s. 5, 13, Vimr 2019, s. 5, Vimr, 2020, s. 2, Vimr, 2021, s. 3). Situace v jejich dostupnosti a v jejich užívání se od celorepublikových trendů výrazně neliší (Raminecký, 2008, s. 26, 45, Raminecký 2017, s. 4, 27, Krajská protidrogová koncepce 2020, s. 8). V kraji je značná dostupnost legálních návykových látek, a to i pro děti a mladé lidi (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 8). Skoro všechny drogy v Mariánských Lázních a jejich okolí jsou k dostání i pro děti, hlavně na diskotékách. Přístup k drogám od věku deset let není výjimkou (Krajská protidrogová koncepce 2020, s. 9). Prostředí noční zábavy se ovšem na Karlovarsku nepovažuje za rizikové (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 76).

Nejdostupnější a současně nejvíce užívanou ilegální drogou jsou produkty vyráběné z konopí – marihuana, případně hašiš, následuje pervitin a extáze (Raminecký, 2008, s. 4, 30, Raminecký 2017, s. 4), Krajská protidrogová koncepce 2020, s. 7). Dle jedné z neziskových organizací působících v kraji a pracující s osobami je nejvíce zneužívanou drogou pervitin, v kombinaci s marihuanou. Mírný nárůst organizace zaregistrovala v počtu uživatelů opiátů (konkrétně fentanylu). Buď jej mají uživatelé jako primární drogu nebo s ním experimentují (VZ 2016 Kotec, s. 4, VZ 2017 Kotec, s. 4, VZ 2018 Kotec, s. 4).

Heroin je dostupný zpravidla v omezené míře a jeho nabídka již několik let spíše stagnuje a omezuje se na specifické skupiny obyvatelstva a do vybraných lokalit. Drogy jsou distribuovány zejména v centrech měst, případně v uživatelských bytech anebo ve squatech (Raminecký, 2008, s. 4, 30, 26, 46).

Nejrizikovější oblastí v kraji z hlediska uživatelů návykových látek je pravděpodobně Sokolov, i z toho důvodu, že se v něm nacházejí mladí uživatelé pervitinu (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 7, 74). Dalšími rizikovými oblastmi jsou Cheb, Aš, Rotava, Habartov, Chodov, Kraslice, Rovná, Mariánskolázeňsko a Tepelsko, příhraniční oblasti a vietnamské tržnice na Ašsku (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 69, 74).

Dle PžČR jsou případy závislosti na návykových látkách v sociálně vyloučených lokalitách v Karlovarském kraji řídké. Dle terénních sociálních pracovníků, poskytujících ve vyloučených lokalitách sociální služby, jsou drogy v těchto lokalitách běžné. Vyskytují se zde lehké (marihuana, alkohol, tabák) i tvrdé drogy (pervitin, toluen, heroin). Dokonce se v některých místech pervitin vyrábí a dál distribuuje (Dvořáková, 2013, s. 51). Dle Dvořákové (2013, s. 80) jsou ve všech obcích, kde jsou sociálně vyloučené lokality, rozšířené lehké drogy a v obcích nad 3 000 obyvatel experimentují mladiství ve věku 14 až 26 let s pervitinem.

3.1. Výroba a distribuce drog v Karlovarském kraji

Ve výskytu omamných a psychotropních látek lze konstatovat, že je situace v kraji neměnná (Koncepte města Chebu, 2019, s. 13). Cena a dostupnost drog je v kraji stabilní, a to byla i v nouzovém období spojeném s COVID-19 (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 9). Cena drog se pohybuje mezi 200 až 300 Kč, cena gramu pervitinu je v rozmezí 1 000 až 1 500 Kč (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 66).

Trend velkých varen pervitinu a pěstíren konopí ustupuje (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 9, 67, Vimr, 2021, s. 11). Většinou jde o pěstírny menší, tzv. domácí. V roce 2020 se v ČR objevily pokusy o extrakci THC, příp. CBD, ale to se netýká Karlovarského kraje (Vimr, 2021, s. 11). Výroba pervitinu probíhá v bytech, a zejména v lesích. Jedině na Sokolovsku došlo v posledních letech k nárůstu zaznamenaných varen (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 75). Pěstírny konopí a výroby pervitinu se často nacházejí ve starších odlehlých objektech, nebo v běžné bytové zástavbě (Koncepte města Chebu, 2015, s. 13, Koncepte města Chebu, 2019, s. 13, Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 75). V rámci nákupu omamných a psychotropních látek podle zkušeností P ČR, není neobvyklý prodej přes internet, respektive přes Dark net (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 75, Koncepte města Chebu, 2019, s. 13).

Do výroby nebo distribuce ilegálních drog na území kraje se zapojují organizované skupiny příslušníků národnostních menšin, tj. vietnamské a ruskojazyčné komunity, žijící na území kraje (Raminecký, 2008, s. 33, Krajská protidrogová koncepce 2020, s. 7). Do nelegálního obchodu s pervitinem se zřejmě významně zapojují příslušníci romské, ruskojazyčné a vietnamské komunity žijící v městech na území kraje (Raminecký, 2008, s. 58). Nejaktivnější jsou vietnamské skupiny, které patří mezi hlavní dodavatele heroínu a marihuany na černém trhu. Ve větší míře se také zapojují i do výroby a distribuce metamfetaminu (pervitinu) (Krajská protidrogová koncepce 2020, s. 7, Raminecký, 2008, s. 33).

Konopné produkty si vyrábějí sami uživatelé jen ve velmi malé míře, spíše ti starší. Mladí uživatelé si marihuanu kupují ve formě tzv. in-door výpěstků skunkových odrůd. Dle Ramineckého (2008, s. 25, 2017, s. 24) byla výroba a obchod s konopím doménou vietnamských spoluobčanů (2008, s. 25 ; 2017, s. 24). Dle Petruželky a Hanzlíka (2021, s. 67) je nyní jejich doménou oblast pervitinu, který je snazší na výrobu a dá se s ním lépe manipulovat. Pěstování konopí je dle nich nejspíše doménou domácích pěstitelů.

Pravděpodobně hlavním zdrojem, prekurzorem pro výrobu pervitinu na území kraje, je pseudoefedrin, který je obsažen v zákonem povolené množství 30 mg v jednotce několika volně prodejných léků proti chřipce a nachlazení (Modafen®, Nurofen Stop Grip®, Paralen Plus®, Panadol Plus Grip®) (Raminecký, 2008, s. 27, Raminecký, 2017, s. 26)). Část léků pro výrobu pervitinu pochází z Německa, větší část z Polska (Krajská protidrogová koncepce 2020, s. 9). Pervitin je vyráběn jak v malých varnách, tak je do kraje dovážen ze zahraničí, nebo objednáván přes internet. To může směřovat ke kolísavé kvalitě pervitinu, která může zvyšovat riziko zdravotních dopadů (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 9). Malé varny vyrábějí pervitin pro malou uzavřenou skupinu uživatelů v Karlovarském kraji (Raminecký, 2017, s. 26). Výrobu pervitinu v menších varnách realizuje malá skupina uživatelů, dealerů a vaříčů. Většina uživatelů se shoduje na tom, že tento způsob výroby je lepší, neboť výsledná látka je kvalitnější a bez příměsí a nejsou u ní patrné výkyvy, na rozdíl od výsledné látky pocházející z vietnamské komunity (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 63). Z poznatků pracovníků Okresní Police ČR v Karlových Varech vyplývá, že malovýroba pervitinu probíhá diverzifikovaně na celém území kraje. Droga je vyráběna v jednoduchých až primitivních varnách, které lze jednoduše přenášet v batohu, a jejichž majitelé cirkulují v krátkých intervalech cca dnů z místa na místo, aby snížili riziko svého odhalení policií. Tento model je v případě malovýroby pervitinu typický prakticky na celém území ČR (Raminecký, 2008, s. 28).

Část vietnamského zboží z velkovýroben pervitinu menší kvality zůstává pro potřeby osob v Karlovarském kraji, větší část s vyšší kvalitou putuje na německý trh a z části vyrobeného pervitinu je placeno například za vstupní komodity k výrobě (Krajská protidrogová koncepce 2020, s. 7, Raminecký, 2017, s. 26). Podle zjištění Petruželky a Hanzlíka (2021, s. 65), již neplatí, že je pervitin importován z České republiky do Německa. Pervitin může být do České republiky přivážen ze Spolkové republiky Německo, Nizozemí, Polska nebo Mexika. Pervitin ze zahraničí může mít vysokou kvalitu. Vietnamské skupiny distribuují pervitin dvěma způsoby. Buď je to ve vietnamských tržnicích, večerkách a prodejnách, nebo je jimi ve větším množství prodáván dalším osobám, popřípadě dáván tzv. na dluh nebo na seka. Pervitin je více ředěn, protože v rámci každého stupně distribuce se tak může dít z důvodu dosažení vyššího výdělku. Na to jsou používány různé prostředky, např. přípravky pro zvířata (například efedrin pro koně), sůl, cukr, hnojivo na kytky, lepidlo, jedy na krysy, čínské soli (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 66).

V roce 2019 bylo 95 % vaříčů pervitinu z menších varen české národnosti a zásobovaly především domácí trh. Velkovýroba pervitinu je určená pro zahraniční trh a pochází z vietnamského etnika (Mravčík a kol., 2020, s. 153).

Distribuce heroinu již několik let stagnuje a směřuje spíše k dlouhodobým uživatelům návykových látek. Heroin, který je v kraji distribuován, pochází převážně z Ústecka (Raminecký, 2008, s. 40, Raminecký 2017, s. 27, Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 7). Marihuana a pervitin pocházejí patrně z velké části z domácí produkce v kraji (Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 7).

Marihuanu, pervitin a pravděpodobně i heroin kontrolují organizované skupiny vietnamských výrobců a distributorů, které v kraji žijí (Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 28, Raminecký 2017, s. 27). Drogy v Karlovarském kraji prodávají Vietnamci ve vietnamských tržnicích, ve večerkách nebo hernách, které provozují a vlastní lidé romské i české národnosti (Raminecký 2017, s. 27, Krajská protidrogová koncepce 2020, s. 29). Podle PČR slouží k distribuci drog až 90 % vietnamských heren a večerek. Na Sokolovsku existují vietnamské varny, které zásobují celé sokolovské území (Krajská protidrogová koncepce 2020, s. 9, 29). Romové zde na zavolání vozí drogy kamkoli. Trh s heroinem je z větší části ovládnut vietnamskými skupinami. Kokain rozšiřují v Karlových Varech hlavně organizované skupiny cizinců, které se zaměřují na děti bohatších lidí (Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 29).

Aš je tzv. transportním uzlem, přes který putují drogy z celé České republiky do Německa. Zhruba 1/3 těchto drog se má vracet zpět do oběhu v Čechách a zbylá část je vyvezena. Hlavními distributory jsou vietnamské skupiny prodejců. Fenomémem Ašska je tzv. Crystal – amfetamin se silnějšími účinky než pervitin (Krajská protidrogová koncepce 2020, s. 8).

3.2. Uživatelé návykových látek v Karlovarském kraji

Průměrný věk uživatelů návykových látek se v kraji snižuje (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 74). Dle koncepcí v kraji (Koncepce města Chebu, 2019, s. 20, Krajská protidrogová koncepce 2020, s. 32) se pohybuje kolem 35 let, dle Petruželky a Hanzlíka (2021, s. 110) je průměrný věk uživatelů návykových látek v kraji kolem 40 let. Celkový počet klientů, kteří využívají sociální služby dvou neziskových organizací působících v Karlovarském kraji, je cca 1 200. Faktický počet uživatelů návykových látek je 2x větší (Krajská protidrogová koncepce 2020, s. 31). 80 % klientů nízkoprahových služeb pochází z romského etnika (Mravčík a kol., 2020, s. 131). Služeb organizací využívají také cizinci, zejména Slováci, Poláci a Ukrajinci (Černíková 2017, s. 16).

Ve věku mezi 15 až 26 lety uživatelé návykových látek spíše experimentují, nejčastěji s alkoholem a kanabinoidy. Pracovníci ve službách pro osoby ohrožené závislostí evidují postupné stárnutí uživatelů. Objevuje u nich stále více uživatelů nad 50 i nad 60 let (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 110). Na Chebsku dochází ke stárnutí populace uživatelů. Na bázi toho se dá soudit, že se scéna uživatelů drog v této oblasti příliš nerozšiřuje (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 71).

Z dotazníkového šetření, které provedli Petruželka a Hanzlík (2021, s. 36), vyplývá, že se na SŠ a ZŠ neuvžívají tvrdé drogy, pouze konopí. Městská policie i respondenti Petruželky a Hanzlíka z řad sociálních a adiktologických služeb zmiňují, že se s užíváním tvrdých drog setkávají i u mladistvých, a to i s jejich injekční aplikací.

Velké množství uživatelů drog z řad českých občanů pochází ze sociálně slabších vrstev, kdy tyto osoby jsou navázány na sekundární trestnou činnost (Koncepce města Chebu, s. 13). Nitrožilní užívání pervitinu se objevuje i u lidí s vyšším socioekonomickým statusem. Ti tvoří skrytou populaci uživatelů. Výměnu injekčního materiálu pro ně zařizují běžní uživatelé (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 50, 72, 111). Další část skryté populace tvoří mladí lidé, kteří si nepřipouštějí, že mají problém se závislostí (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 111).

Převážná většina uživatelů kombinuje tři návykové látky, a to pervitin, marihuanu a alkohol. Převládají nitrozilní uživatelé metamfetaminů. Klienti terénních programu kombinují pervitin s léky (Rivotril, Neurol aj.) a alkoholem (Vimr, 2021, s. 5).

3.3. Situace v blízkosti hranic

Blížkost hranic s Německem na Chebsku a Ašsku má vliv na to, že část zákazníků drog i pro sexbyznys pochází z Německa (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 71, 73). Poptávka německých občanů po pervitinu a po sexuálních službách českých prostitutek může posilovat ilegální trh s drogami v kraji a počet prostitutek, které ilegální drogy často užívají (Raminecký 2008, s. 33).

Zatímco v roce 2008 nebyl na drogovou scénu v kraji patrný vliv hranic s Německem až na občasně nákupy menších množství metamfetaminu německých občanů (Raminecký, 2008, s. 5), v současné době má toto sousedství značný vliv na drogovou scénu v kraji, a to hlavně díky silné poptávce po laciné droze z ČR (Krajská protidrogová koncepce 2020, s. 29).

3.4. Marihuana v Karlovarském kraji

Podle šetření, které provedl Raminecký (2017, s. 30), patří marihuana v Karlovarském kraji k nejnáze dostupným, a proto i nejrozšířenějším ilegálním drogám. Podle šetření Petruželky a Hanzlíka (2021, s. 66, 67) je marihuana druhou nejvíce dostupnou a užívanou nelegální návykovou látkou v kraji. Cena marihuany se v kraji liší. Pohybuje se od 50 do 200 Kč za 1 gram. (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 66, 67; Krajská protidrogová koncepce; 2020, s. 15, Raminecký; 2017, s. 23).

V Karlovarském kraji jsou drogy z konopí mezi dětmi a mládeží považovány čím dál tím více za normu. Velká část dětí a mládeže má sklon užívání marihuany zlehčovat či zpochybňovat (Raminecký, 2017, s. 23, 30; Krajská protidrogová koncepce 2020, s. 15; Vimr, 2019, s. 5). Navyšuje se počet mladistvých, kteří užívají marihuanu (Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 5). S počátky experimentálního užívání marihuany se lze setkat již u dětí ve věku 9-10 let. Ti užívají marihuanu smíchanou s tabákem, takže množství marihuany, které se běžně používá na jednu marihuanovou cigaretu, vystačí pro tři až čtyři děti. Pro užívání konopných produktů jsou typické všechny známé a monitorované vzorce užívání návykových látek od experimentálního a příležitostného po pravidelné až po problémové užívání, tj. užívání způsobem, který svému uživateli působí takové problémy, že v jejich důsledku vyhledává odbornou pomoc (Raminecký 2008, s. 40; Raminecký, 2017, s. 23). Marihuanu si školáci obstarávají tím, že se na ni složí více dětí, nebo ji vezmou doma staršímu sourozenci nebo rodiči, kteří marihuanu užívají (Raminecký, 2017, s. 23).

3.5. Pervitin v Karlovarském kraji

Navzdory zásahům Policie ČR je pervitin v kraji lehce dostupný (Vimr, 2021, s. 5). Jedna dávka pervitinu vychází na cca 200 Kč. Cena za gram kvalitního pervitinu se pohybuje kolem 1 000 Kč (Vimr,

2020, s. 4, Vimr, 2021, s. 5). Drtivá většina osob poskytujících sexuální služby užívá pervitin (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 71, 73).

Raminecký (2017, s. 26) zjistil, že pervitin je mezi problémovými uživateli drog v Karlovarském kraji druhou nejrozšířenější ilegální drogou. Podle různých odhadů jej užívá více než 95 % problémových uživatelů. Krajský protidrogový koordinátor pro Karlovarský kraj (Vimr, 2020, s. 4; Vimr 2021, s. 5) uvádí oproti Ramineckému menší procento problémových uživatelů. Dle něj je na Karlovarsku cca 78 % problémových uživatelů, kteří jej užívají intravenózně cca 1x denně nebo obden.

Pervitin je v kraji nejčastěji užíván nitrožilně (Raminecký, 2008, s. 40). Začínající uživatelé jej zpravidla šňupou, ale část z nich může po čase přejít na injekční způsob aplikace. Jako hlavní motiv nitrožilního užívání uživatele se uvádějí ekonomické důvody a snahu dosáhnout zvýšení účinku užívané látky (Raminecký, 2008, s. 40).

V kraji užívají závislé osoby pervitin za účelem zvýšení svého pracovního výkonu a zvládnutí všedních záležitostí (Černíková 2017, s. 5, 12). Pervitin se užívá pravidelně také o víkendech. Ve zprávě Karlovarského kraje se píše, že klienti nízkoprahových služeb, kteří mají stálé zaměstnání, bydlení a rodiny, dokážou své užívání korigovat (Černíková 2017, s. 12).

Uživatelé pervitinu na Karlovarsku si stěžují na výrazně naředěný pervitin (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 52). Kvalita pervitinu výrazně kolísá a čím dál, tím hůře lze kvalitní pervitin sehnat (Raminecký 2017, s. 28, 30). Jeho uživatelé ho tak musí užívat i 5x denně v kombinaci s alkoholem, benzodiazepiny, marihuanou nebo těkavými látkami (Raminecký 2017, s. 28, 30, Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 52). Je kombinován také s opioidy nebo hypnotiky (Vimr, 2021, s. 5).

Dle uživatelů pervitinu méně kvalitní pervitin pochází z varen z vietnamských komunit (Raminecký 2017, s. 28, 30). Vietnamský pervitin (crystal, methcathinon) má nižší kvalitu, než běžný pervitin. Je také levnější. Cena za gram se pohybuje v rozmezí 500-600 Kč. Účinek vietnamského pervitinu je krátkodobější a musí se aplikovat častěji. Je více toxický a u jeho uživatelů je vyšší výskyt bludů, halucinací, agrese a projevům poruch osobnosti (Koncepte města Chebu, 2015, s. 17). Když vietnamská komunita začínala obchodovat s pervitinem, jeho kvalita byla nejvyšší, teď pravděpodobně vietnamský kvalitní pervitin putuje do Německa, kde za něj dostanou Vietnamci více (Raminecký 2017, s. 28, 30).

Objevují se i případy, kdy děti vyzkoušely pervitin (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 76). 0,8 % žáků ze ZŠ uvedlo, že minimálně jednou užilo pervitin. Na SŠ tuto svou zkušenost uvedlo 4,2 % studentů, kdy 0,8 % uvedla, že pervitin užívá pravidelně a 3,40 % uvedlo, že dříve pervitin užívali, ale nyní už ne (Koncepte města Chebu, 2019, s. 24).

3.6. Opioidy v Karlovarském kraji

Ze skupiny opioidů se v Karlovarském kraji objevuje heroin, Subutex, fentanylové náplasti, NeuroL, který někteří uživatelé opioidů kombinují s pervitinem pro utlumení nepříznivých stavů při odeznívání účinků návykové látky (Raminecký 2017, s. 28). U uživatelů opioidů byl pozorován odklon od užívání heroínu k zneužívání Subutexu, který uživatelé získávají na černém trhu. Případně

uživatelé kombinují obě návykové látky (Raminecký 2017, s. 32, Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 7, Raminecký, 2008, s. 4, 58). Ilegální obchodování s lékem Subutex a jeho ilegálním zneužíváním místo heroinu v Karlovarském kraji nebylo zjištěno (Raminecký, 2017, s. 29).

Tak jako v jiných částech České republiky se distribuce a užívání heroinu snižuje. Heroin je do kraje dovážen pravděpodobně z Ústí nad Labem a z Teplic. Ilegální obchod s heroinem z větší části kontrolují vietnamské skupiny (Raminecký 2017, s. 29).

Heroin v kraji není dostupný. Dostupný je jenom fentanyl. Ten se vyskytuje obzvláště v Chebu a na Chebsku. Zdrojem jsou obvykle náplasti od chudých a nemocných lidí, nebo také jako pozůstatost po zesnulém, například onkologicky nemocném nebo jako nález v nemocničním odpadu (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 6, 46, 67, Koncepce města Chebu, 2015, s. 17). Tento trend je patrný od roku 2013 (Koncepce města Chebu, 2015, s. 17).

Z opiatů se v Karlovarském kraji častokrát zneužívají fentanylové náplasti, u kterých hrozí vysoké riziko předávkování (Vimr, 2019, s. 5, Vimr, 2020, s. 4, Vimr, 2021, s. 5, Mravčík a kol., 2020, s. 88, Raminecký 2017, s. 30).

V kraji prakticky vymizeli uživatelé opioidů. Na Chebsku a Sokolovsku bylo zaznamenáno v nepravidelných intervalech užívání fentanylu. Několik klientů nízkoprahových služeb mají jako primární drogu heroin nebo buprenorfin nebo výjimečně těkavé látky (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 109).

3.7. Další drogy v Karlovarském kraji

Na území kraje jsou patrně snadno dostupné i další typy ilegálních omamných a návykových látek, jež jsou typické především pro tzv. rekreační nebo příležitostné užívání při specifických akcích, jako jsou tzv. technoparty, taneční zábavy nebo diskotéky. Jde především o extázi (MDMA) a její deriváty, LSD či houby lysohlávky (obsahující účinnou psychotropní látku psylocybin), jež jsou dostupné převážně sezónně, tj. na podzim (Raminecký, 2008, s. 31, Raminecký 2017, s. 29).

Užívání návykových látek, jakými jsou kokain, katinon, mefedron (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 68, 76), LSD a MDMA je ve větších městech v kraji, Karlovy Vary a Cheb, zejména v prostředí noční zábavy hlavně mezi uživateli s lepším socioekonomickým zázemím, a není pokládáno za rizikové. Jejich dostupnost je v Karlovarském kraji nižší. Import na Karlovarsko je z jiných krajů. Aktuálním trendem v kraji je objednávání návykových látek přes internet. Dá se předpokládat, že se tento trend dotýká i dalších návykových látek (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 68). Dostupnost těchto látek je vyšší, jelikož vzrostla životní úroveň, ale jejich cena se nezměnila (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 76).

Novým trendem je nárůst užívání kokainu, který pravděpodobně souvisí se snížením jeho ceny na ilegálním trhu asi o 1 000,- Kč, což zvýšilo jeho dostupnost. Jeho aktuální cena se pohybuje kolem 1 500,- Kč (Raminecký 2017, s. 4, 29). Kokain užívají zejména mladí lidé s vyšším sociálním postavením (Černíková 2017, s. 14, Raminecký 2017, s. 4). V Karlových Varech kokain pravděpodobně prodávají organizované skupiny cizinců v klubech, a přitom se zaměřují na děti z bohatších vrstev (Raminecký 2017, s. 29).

V Karlovarském kraji bylo zjištěno zneužívání léčiv s vysokým obsahem pseudoefedrinu a hydrochloridu, které obsahují např. VIRLIX PLUS, StopCold, ParaSinus, ParaSinus Penta, Tedolfen (Vimr, 2021, s. 10).

4. Absence služeb pro uživatele drog v Karlovarském kraji

Sít služeb pro uživatele návykových látek je v Karlovarském kraji poměrně řídká. V kraji chybí standardní detoxifikace, pobytová a ambulantní léčba (Krajská protidrogová koncepce 2020, s. 29, 33, Raminecký 2017, s. 58), ať již v psychiatrických nemocnicích, odděleních nemocnic nebo v terapeutických komunitách (Raminecký 2017, s. 58), odborná péče i v rámci doléčování (po návratu z léčby), vůbec je problém umístit uživatele návykových látek do odborné psychiatrické léčby. Kraj z tohoto důvodu usiluje o zřízení tzv. krizových lůžek (Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 29, 33).

Karlovarský kraj je jediným krajem v ČR, kde není detoxifikace (Mravčík a kol., 2019, s. 210, Koncepce města Chebu, 2015, s. 17, Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 126,127, Raminecký 2017, s. 65). Standardní detoxifikaci tak uživatelé návykových látek musí hledat v jiných krajích (Raminecký 2017, s. 65). V kraji chybí i další služby pro osoby závislé na návykových látkách, nebo také pro ty, kteří se rozhodli pro abstinenci. Není zde pobytová a ambulantní léčba pro drogově závislé, centrum adiktologických služeb, psychoterapeutické komunity, denní stacionář pro drogově závislé, substituční léčba, následná péče a doléčování, odvykání kouření (Koncepce města Chebu, 2015, s. 19, 36, Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 44), léčebna pro alkoholiky a terapeutické komunity, krizová lůžka, (Koncepce města Chebu 2015, s. 17, Koncepce města Chebu 2019, s. 34, Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 44).

Kraj nemá dostatek odborníků – specialistů, adiktologů, kteří by se věnovali léčbě závislosti. Potýká s nezájmem lékařů – psychiatrů, kteří by se zabývali možnosti ambulantní léčby klientů drogově závislých (Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 44).

Odborníci na drogovou problematiku v kraji poukazují na důležitost zřízení následné péče ve formě stacionáře či ambulance pro stav před léčbou i po ní. Jako ideální řešení pro intoxikované pacienty vidí zřízení komplexního centra s týmem lékařů, psychiatrů, adiktologů a sociálních pracovníků, kde by se lidé drogově závislí přijímali, ošetřovali a léčili (Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 33). Adiktologičtí odborníci dále v kraji postrádají plnohodnotnou detoxifikaci pro zájemce o nástup do pobytové léčby, nějakou podobu krizového lůžka s dostupným psychiatrem nebo adiktologem pro osoby v krizovém stavu v důsledku akutní intoxikace (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 13).

V Karlovarském kraji je detoxikace a krátkodobá hospitalizace zabezpečována Psychiatrickým a psychoterapeutickým oddělením Nemocnice Ostrov (Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 32, Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 127). Nejedná se o detoxifikaci, zařízení pobytové léčby, ale čas strávený na lůžku lze uznat jako splnění podmínky pro nástup do léčby. Pobyt na lůžku v nemocnici v Ostrově představuje provizorní, ale eventuální funkční nástroj bezprostřední stabilizace klienta, který mu alespoň dovoluje získat síly, a nějakou dobu si odpočinout od náročného životního stylu rizikového uživatele drog. V nemocnici je možné absolvovat psychiatrické vyšetření (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 127). Detox na objednání zde nefunguje. Toto oddělení má nedostatek lůžek a zdravotnického personálu, a proto jsou mnohdy pacienti posíláni do Dobřan, Lnář či Beřkovic. V kraji funguje několik psychiatrických ambulancí a ordinací. Nachází se zde jediná protialkoholní záchytná stanice v Sokolově, kterou využívá celý Karlovarský kraj a která rovněž slouží jako odběrové místo vzorků krve a moči pro účely dalšího toxikologického vyšetření (Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 32).

V Karlovarském kraji je značně omezená primární a specializovaná zdravotní péče pro osoby se závislostním chováním (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 14). Uživatelé návykových látek vyhledávají a využívají léčbu ve specializovaných zařízeních v jiných krajích (Raminecký 2017, s. 59). Omezená je i dostupnost ambulantní léčby včetně substituční léčby Buprenorfinem. Služby doléčování nebo následné péče pro uživatele návykových látek po absolvování léčby zcela chybí (Raminecký 2017, s. 59).

V roce 2008 zaniklo Centrum substituční terapie Karlovy Vary, které poskytovalo služby ambulantní a substituční léčby a detoxifikace pro osoby se závislostmi. Služba spádově pokrývala především Karlovy Vary, Ostrov a částečně i Chodov. Důvodem zániku služby bylo ukončení jejího financování ze strany MZ ČR (Raminecký 2017, s. 57).

Chybí zde odborníci z oblasti psychiatrie, psychoterapie a adiktologie, služby zaměřené na práci s rodinou (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 11). Na většině škol schází školní psycholog, který by pomáhal s řešením rizikového chování (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 105).

Na Karlovarsku zcela chybí adiktologické služby pro děti a mládež do 15 let věku. Kapacita dětských psychologů a psychiatrů delší dobu nestačí pokrýt vzrůstající potřeby dětí a mládeže v oblasti závislostních problémů (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 105, 136). Průměrná čekací doba na přijetí je cca tři měsíce (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 136).

V kraji lze relativně dobře zajistit zaměstnání lidem z nízkoprahových a jiných sociálních služeb. Osobám z výkonu trestu pomáhá s hledáním zaměstnání organizace Rubikon Centrum z. ú, která sídlí v Chebu, v Chodově a v Karlových Varech a dlouhodobě spolupracuje s několika různými zaměstnavateli. Překážkou v práci na straně adiktologických klientů je nemožnost zřízení si občanského průkazu z důvodu dluhů za ztráty minulých průkazů, nebo nezájem o zaměstnání z důvodu exekucí, čímž se jejich výdělek výrazně krátí. Část klientů není v Evidenci uchazečů o zaměstnání, protože mají trvalý pobyt jinde a nemají dostatek finančních prostředků k tomu, aby mohli vycestovat do místa svého trvalého bydliště. Část klientů pracuje neoficiálně (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 139).

Na území kraje také chybí služby zaměřené na krátkodobou stabilizaci osob se závislostním chováním (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 126). Petruželka a Hanzlík (2021, s. 128) doporučují v Karlovarském kraji pro potřeby zajištění krátkodobé stabilizace intoxikovaných osob některé typy služeb, např. krizová lůžka pro uživatele nelegálních návykových látek i alkoholu pro několikadenní pobyt, kde by byl dostupný psychiatr nebo adiktolog s cílem snižování aktuálních rizik, a nízkoprahová adiktologická služba pro rizikové uživatele alkoholu typu mokrého nízkoprahového centra.

Ne všechny z uvedených chybějících služeb je třeba v Karlovarském kraji budovat. Zejména ne služby pobytové léčby v psychiatrických léčebnách nebo v terapeutických komunitách, které si uživatelé návykových látek z Karlovarského kraje umějí zařídit v jiných krajích (Raminecký 2017, s. 73).

Dle Ramineckého (2017, s. 5) není v Karlovarském kraji nutné budovat ani detoxifikační jednotku. Jako nejpotřebnější pro zvýšení dostupnosti služeb se dle něj jeví nízkoprahové služby kontaktních center, terénní programy (rozsah a frekvence), ambulantní služby poradenství, následná péče, popřípadě domov se zvláštním režimem pro klienty s chronickou závislostí, případně s dalšími duálními diagnózami.

4.1. Psychiatrická a psychologická péče pro osoby ohrožené závislostí

V kraji je absence psychiatrické, psychotherapeutické a psychologické péče (Koncepte města Chebu 2015, s. 19, Vimr, 2019, s. 5, Vimr, 2020, s. 2, Vimr, 2021, s. 2, Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 14). Nenachází se zde ani jakákoliv následná psychiatrická péče, která by se problémem závislosti zabývala (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 14, Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 5, Vimr, 2021, s. 3). Seznam psychiatrů, kteří poskytují své služby i z hlediska léčení klientů závislých na OPL, se neustále zmenšuje a odborní lékaři, kteří své služby poskytují, už mají své kapacity naprosto vyčerpané (Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 5, Vimr, 2021, s. 3).

VZP považuje psychiatrickou péči v kraji za dostačující a neplánuje nasmlouvat další úvazky (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 133). Ve skutečnosti je velmi omezené množství psychiatrů, kteří reálně poskytují adekvátní péči v oblasti návykových nemocí (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 134). V Karlových Varech a v Chebu působí celkem čtyři ambulantní psychiatři, kteří jsou ochotni pracovat s cílovou skupinou uživatelů návykových látek. Psychiatrická péče je na území Karlovarského kraje zajišťována také psychiatrem pracujícím v organizaci FOKUS Mladá Boleslav z.s. (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 135).

V roce 2016, dle zjištění Ramineckého (2017, s. 5), poskytovalo službu pro uživatele drog z dvanácti psychiatrů s celkovým nasmlouvaným AT úvazkem 10,96 ve skutečnosti asi jen pět. Zbýlý počet poskytoval této klientele jen základní služby.

4.2. Pobytové služby

V kraji chybí lůžková a pobytová zařízení, do kterých by poskytovatelé služeb mohli posílat své klienty na krátkodobý nebo střednědobý pobyt (Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 5, Vimr, 2019, s. 2, Vimr, 2020, s. 2, Vimr, 2021, s. 3). Pobytové služby detoxifikace a pobytové léčby osob se závislostmi se pro klienty z Karlovarského kraje ovšem daří bez zbytečných komplikací zajistit ve specializovaných zařízeních v jiných krajích (Raminecký 2017, s. 65, 72, Koncepte města Chebu 2019, s. 32, Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 129).

V kraji také citelně schází služba chráněného bydlení, kterou by mohly využívat osoby se závislostním chováním a která by mohla představovat významný podpůrný a stabilizační faktor pro osoby vracející se z výkonu trestu nebo z léčby, zejména pak pro osoby s duálními diagnózami (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 15, 138).

Domovy pro seniory odmítají přijímat osoby s anamnézou závislosti. Problém se stárnoucí populací uživatelů návykových látek by se dal vyřešit např. Domovem se zvláštním režimem, který by zajišťoval zdravotní a psychiatrickou péči (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 14, Raminecký 2017, s. 6).

Odborníci v kraji, kteří se věnují drogové oblasti, nevidí jako nutnost budovat pobytové léčebné zařízení pro uživatele vzhledem k tomu, že o ně mezi uživateli není zájem a také proto, že většina osob užívajících návykovou látku preferuje střednědobé léčení v psychiatrické léčebně. Kraj zvažuje zřízení adiktologických ambulancí u některé z neziskových organizací působících v kraji (Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 30).

5. Sociální práce s osobami s problémem závislostí v Karlovarském kraji

Osoby starší patnácti let, které mají problém se závislostí, mohou v Karlovarském kraji využívat nízkoprahové adiktologické služby typu kontaktních center a terénních programů a další sociální služby jako např. nízkoprahová denní centra, noclehárny a azylové domy, případně služby odborného sociálního poradenství (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 108). Poměrně dobře v Karlovarském kraji fungují nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 105).

Prioritou pro kraj by měla být podpora a udržení stávající sítě služeb pro uživatele drog (Raminecký, 2017, s. 6, Raminecký, 2008, s. 6), které jsou uživateli návykových látek vnímány jako přiměřené jejich potřebám a poskytující kvalitní služby (Raminecký, 2008, s. 6).

Bylo by potřeba posílit nízkoprahové služby, aby byla zvýšena jejich dostupnost ve všech obcích s rozšířenou působností (Raminecký, 2017, s. 6).

Kraj by měl také zvážit navýšení výše prostředků určených na financování opatření protidrogové politiky z rozpočtu kraje, případně vyjednávání se samosprávnými orgány měst a obcí s cílem posílit jejich spoluúčasť na financování služeb realizovaných v jimi spravovaných územích (Raminecký, 2008, s. 6).

5.1. Nízkoprahové služby pro adiktologické klienty

Nízkoprahové služby pro osoby s problémem závislostí jsou poskytovány na celém území Karlovarského kraje z velké části rizikovým uživatelům pervitinu (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 11). Kontaktní centra a terénní programy jsou v kraji ve třech lokalitách v Chebu, Sokolově a v Karlových Varech a jejich okolí (Raminecký 2017, s. 65, Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 114, Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 30, 51). Služby zajišťují dvě neziskové organizace, a to Světlo Kadaň z.s. a Kotec o.p.s. (Koncepce města Chebu, 2019, s. 6, Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 108, Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 30). V kraji tyto organizace fungují jako hlavní poskytovatelé služeb pro osoby s problémem závislosti (Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 30).

Existující nízkoprahové služby, které jsou primárně určené pro uživatele ilegálních drog v Karlovarském kraji, se svými aktivitami snaží v kraji obsáhnout co největší území, a tím zvyšovat dostupnost jimi poskytovaných služeb minimalizace rizik (Harm reduction) (Raminecký 2017, s. 65).

Světlo Kadaň, z. s. provozuje kontaktní centrum v Karlových Varech a terénními programy pokrývá Karlovy Vary, Ostrov, Jáchymov a Chodov (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 108, VZ 2018 Světlo, s. 17, VZ 2019 Světlo, s. 20, VZ 2017 Světlo, s. 20), Bochoř, Nejdek, Nové Sedlo a okolí, Žlutice, Valeč a přilehlé obce (VZ 2018 Světlo, s. 20, VZ 2017 Světlo, s. 20).

KOTEC o. p. s. provozuje kontaktní centra v Chebu a Sokolově a terénní programy na Chebsku a Sokolovsku (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 108, Vimr, 2021, s. 5). Konkrétně na místech Cheb, Aš, Hranice u Aše, Studánka, Štítary, Luby, Plesná, Mariánské Lázně, Teplá (VZ 2015 Kotec, s. 2, VZ 2016 Kotec, s. 2), Františkovy Lázně (VZ 2016 Kotec, s. 2, VZ 2017 Kotec, s. 2, VZ 2018 Kotec, s. 7), Hazlov, Dolní Paseky, Chodovská Huť (VZ 2017 Kotec, s. 2), Sokol, Horní Slavkov, Rovná,

Habartov, Kraslice, Rotava, Oloví (VZ 2015 Kotec, s. 3, VZ 2016 Kotec, s. 3, VZ 2017 Kotec, s. 3, VZ 2018 Kotec, s. 6), Kynšperk (VZ 2016 Kotec, s. 3, VZ 2017 Kotec, s. 3, VZ 2018 Kotec, s. 6), Březová, Svatava (VZ 2017 Kotec, s. 3, VZ 2018 Kotec, s. 6).

Pracovníci Světla Kadaň, z.s. a Kotce, o.p.s. se snaží mapovat poptávku po jimi poskytovaných službách i v menších obcích kraje a na základě získaných poznatků do nich dojíždět. Tyto jimi poskytované služby a služby sociální práce a poradenství jsou tak na území kraje nejlépe dostupné, i když mají své slabiny (Raminecký 2017, s. 65).

Obě organizace mají certifikát odborné způsobilosti RVKPP a jsou určeny osobám starším patnácti let (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 108). Personál obou organizací pracuje s jednotlivými uživateli drog a jejich blízkými (Vimr, 2021, s. 18).

Kontaktní centra a terénní programy poskytují výměnu jehel a stříkaček, distribuují parafernálii pro alternativní formy aplikace drog (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 11, Koncepce města Chebu, 2019, s. 21, Vimr, 2021, s. 18), především za pomoci želatinových kapslí, šňupátek, trubiček na kouření a alobalu (Vimr, 2021, s. 5), zabezpečují orientační testování na infekční onemocnění jako je HIV, virová hepatitida B a C a syfilis (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 11, Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 21) či základní zdravotní ošetření, nejčastěji jde o ošetření abscesů, zajišťují léčbu infekčních onemocnění, hygienický a potravinový servis, individuální poradenství, různé formy sociální podpory, zejména při komunikaci s úřady a dalšími institucemi, pomoc při nalezení bydlení nebo zaměstnání, zprostředkovávají další zdravotní péči, spolupracují se sociálními službami, jako jsou např. nízkoprahová denní centra, noclehárny, azylové domy, služby odborného sociálního poradenství (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 11), nabízí motivační terapii, kontaktování skryté populace uživatelů drog apod. (Vimr, 2021, s. 18).

Drogová scéna v kraji má převážně uzavřený charakter, což klade velké nároky zejména na pracovníky nízkoprahových terénních programů při aktivním vyhledávání a kontaktování uživatelů ilegálních drog s cílem předcházet nebo minimalizovat možné nepříznivé zdravotní a sociální důsledky spojené s užíváním drog pro místní společenství a jednotlivce (Raminecký, 2008, s. 30).

K-centrum Karlovy Vary navštěvuje přibližně 300 klientů ročně. Většina z nich užívá návykové látky rizikovým způsobem – aplikují si je nitrožilně, sdílejí stříkačky apod. K-centra v Chebu a Sokolově navštěvuje ročně již několik let stabilní počet klientů, přibližně 140 (Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 32).

Tabulka 1 – Počet klientů nízkoprahových služeb v Karlovarském kraji v letech 2015-2020

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| KC Cheb | 142 | 284 | 154 | 153 | 184 | 120 |
| KC Sokolov | 123 | 149 | 133 | 128 | 135 | 172 |
| KC KV | 283 | 237 | 209 | 200 | 206 | 152 |
| KC Cheb TP | 356 | 218 | 253 | 271 | 135 | 213 |
| KC Sokolov TP | 286 | 254 | 173 | 204 | 207 | 210 |
| KC KV TP | 566 | 451 | 441 | 478 | 400 | 403 |

¹*Zdroj – Výroční zprávy organizací – Světlo Kadaň z.s. a Kotec o.p.s., Plnění plánu města Chebu v oblasti protidrogové politiky za roky 2019 a 2020, s. 4*

Během covidového období se snížil počet kontaktů v nízkoprahových centrech, a zároveň se zvýšil počet sekundárních výměn. V K-centru Karlovy Vary připadlo cca 35 stříkaček na jednu výměnu, v K-centru Sokolov 31 stříkaček na jednu výměnu a v K-centru Cheb 14 stříkaček na jednu výměnu (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 112).

Pracovníci K-centra v Karlových Varech si myslí, že vzrůstající počet sekundárních výměn je následek častých zásahů policie mezi drogově závislými občany a požadavkem úplné anonymity klientů z různých důvodů (Vimr, 2021, s. 22).

1 Vysvětlivky – KC – kontaktní centrum; KV – Karlovy Vary; TP – terénní program

Tabulka 2 – Počet distribuovaných injekčních stříkaček v nízkoprahových službách v Karlovarském kraji v letech 2015-2020

| | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--------------------|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| KC Cheb | přijaté | 39 526 | 38 126 | 32 075 | 29 588 | 27 824 | 32 905 |
| | vydané | 40 919 | 38 206 | 32 172 | 30 069 | 28 248 | 33 768 |
| KC Sokolov | přijaté | 19 625 | 20 862 | 20 671 | 21 119 | 26 061 | 25 887 |
| | vydané | 20 044 | 21 144 | 21 745 | 22 435 | 27 825 | 25 974 |
| KC KV | přijaté | 34 098 | 46 448 | 47 907 | 44 910 | 46 479 | 61 346 |
| | vydané | 34 270 | 46 672 | 48 862 | 45 409 | 46 797 | 61 375 |
| KC Cheb TP | přijaté | 40 384 | 40 551 | 31 886 | 41 216 | 40 298 | 34 088 |
| | vydané | 41 923 | 42 570 | 32 172 | 43 641 | 42 318 | 35 700 |
| KC Sokol TP | přijaté | 29 123 | 29 997 | 31 843 | 31 760 | 31 594 | 51 961 |
| | vydané | 29 505 | 31 271 | 31 869 | 32 020 | 31 543 | 53 878 |
| KC KV TP | přijaté | 25 833 | 20 128 | 24 843 | 32 512 | 41 138 | 38 504 |
| | vydané | 26 152 | 20 301 | 24 943 | 32 743 | 41 545 | 39 284 |

Zdroj – Výroční zprávy organizací – Světlo Kadaň z.s. a Kotec o.p.s., Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 6-7, Vimr 2019, s. 7-8, Vimr, 2020, s. 5-6

V rámci intervencí Harm Reduction se nízkoprahové služby snaží, aby injekční uživatelé přešli na užívání pervitinu méně rizikovým způsobem, např. v podobě želatinových kapslí. Přejít na tuhle podobu užívání je však u uživatelů dočasný, většinou proto, aby nechali své žíly odpočinout. Po nějaké době se uživatelé vracejí k intravenóznímu způsobu aplikace pervitinu (Raminecký 2017, s. 44).

Ze slabých stránek HR je v Karlovarském kraji nedostatečná informovanost veřejnosti o podstatě služeb HR a o metodách terénní práce a nedostatečném pokrytí služeb HR v odlehlých lokalitách kraje,

snižující se míra financování služeb HR, nepochopení smyslu služeb HR představiteli samospráv obcí kraje (Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 42).

Kotec o.p.s. měl v letech 2016 až 2018 jednou týdně skupinu s tématy Harm Reduction informovat o možnostech léčby závislostí pomocí motivačních rozhovorů (VZ 2016 Kotec, s. 4, VZ 2017 Kotec, s. 4, VZ Kotec 2018, s. 9). Z výročních zpráv organizace vyplývá, že jejich návštěvnost byla každý rok nižší, až se nakonec skupina přestala setkávat. Ve výroční zprávě v roce 2019 o skupině již nenajdeme zmínku.

V Karlových Varech se nachází od poloviny září 2019 adiktologická poradna Světlo, kterou provozuje organizace Světlo Kadaň z.s. (Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 33, Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 122, Koncepce města Chebu, 2019, s. 32, Vimr, 2021, s. 20) a která poskytuje ambulantní léčbu a poradenství a následnou péči. V roce 2020 organizace KOTEC o. p. s. zahájila provoz ambulancí následné péče v Sokolově a v lednu 2021 v Chebu (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 122).

Krajskou síť ambulantních adiktologických služeb, kterou tvoří jedna adiktologická poradna a dvě ambulance následné péče, lze považovat za krajně nedostatečnou (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 125). V poradně Světlo zájemce o službu čeká jeden až dva týdny. Obě ambulance následné péče mají momentálně plnou kapacitu a registrují stále nové zájemce (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 126).

6. Financování sociálních služeb v České republice pro osoby drogově závislé

Historicky se financování sociálních služeb datuje od doby industriální. Ve feudalismu bylo na uvážení feudála nebo panovníka, zda chce na svém území podpořit sociální aktivity. V období raného kapitalismu byly sociální aktivity závislé na zaměstnavatelích. V současné době je v rozvinutých státech světa sociální systém napojen přímo na politiku státu a jeho financování a na státní rozpočty nebo rozpočty obcí (Matoušek a kol. 2003, s. 335).

6.1. Financování sociálních služeb v ČR

Financování sociálních služeb je v České republice vícezdrojové. Uskutečňuje se především z veřejných rozpočtů. Další finanční prostředky mohou sociální služby těžit ze soukromého sektoru, různých nadací nebo fondů, v rámci individuálních projektů financovaných z Evropských strukturálních investičních fondů (ESIF) či z úhrad uživatelů služeb. Mezi veřejné rozpočty, ze kterých jsou financovány sociální služby, patří především rozpočty MPSV, krajů a obcí. Financování probíhá prostřednictvím dotací přidělovaných v režimu vyrovnávací platby. Na celostátní úrovni upravuje pravidla a podmínky pro poskytování dotací Metodika MPSV pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb po posouzení žádosti o dotaci ze státního rozpočtu v oblasti podpory poskytování sociálních služeb. MPSV uděluje ze svého rozpočtu finanční prostředky krajům k plnění jejich zákonné povinnosti, která vyplývá ze zákona 108/2006 Sb., zajistit dostupnost sociálních služeb na svém území. Kraje rozdělují finanční prostředky službám na základě Pověření poskytování služby obecného hospodářského zájmu. Vydání tohoto pověření je jednou z povinných náležitostí, které musí služba podle právních předpisů EU splnit, aby nedocházelo k nedovolené veřejné podpoře. Udělují jej orgány státní správy a územní samosprávy na všech úrovních (Hanzlík, 2018, s. 31).

Pravidla, od kterého orgánu státní správy a v jakém poměru mají neziskové organizace žádat o poskytnutí finančních prostředků, stanovena nejsou. Nejedná se tedy o systematické financování služeb, ale spíše o loterii bez jasných pravidel, kterou musí nestátní poskytovatelé služeb pro adiktologické klienty podstupovat, pokud chtějí své služby poskytovat. Odpovědnost za případné omezování poskytovaných služeb, např. v důsledku nedostatku finančních prostředků nesou poskytovatelé, nikoli orgány veřejné správy (Raminecký, 2017, s. 20).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách klade jako základní podmínku získání finančních prostředků z veřejných zdrojů tzv. registraci sociální služby. Stanovené podmínky pro získání finančních prostředků se ovšem významně liší od podmínek (standardů) stanovených v systému certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (Raminecký, 2008, s. 23). Dle zákona o sociálních službách § 101 a odst. 2 o poskytnutí finančních prostředků na jednotlivé sociální služby a jejich výši rozhoduje zastupitelstvo kraje v souladu s podmínkami stanovenými zastupitelstvem kraje.

Za posouzení a hodnocení žádostí o dotace ze státního rozpočtu na daný kalendářní rok a návrh jejich výše zodpovídají zaměstnanci krajských odborů sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení. Hodnocení uskutečňují na základě přístupných informací o dané službě, tj. z informací obsažených v podané žádosti, na webových stránkách poskytovatele, výstupů z provedených kontrol a

inspekce kvality poskytování služeb u poskytovatele nebo závěrů odborných analýz (Hanzlík, 2018, s. 32).

6.2. Financování sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí nebo osoby závislé

Politika v oblasti závislostí je v ČR financována ze dvou úrovní. Centrální úroveň představuje státní rozpočet a regionální úroveň tvoří rozpočet krajů a obcí (Mravčík a kol, 2020, s. 36; Mravčík a kol. 2019, s. 27). V roce 2005 přijala vláda ČR s cílem provést změny ve financování služeb pro uživatele drog dvě usnesení – Teze změn ve financování protidrogové politiky a Pravidla pro vynakládání finančních prostředků ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku (Usnesení vlády č. 300/2005 a 700/2005). Tyto dokumenty zpřesňují pravidla financování služeb pro uživatele návykových látek a s platností od 1. 1. 2007 zavádějí novou podmínku pro poskytnutí finančních dotací nestátním organizacím – certifikaci odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (Mravčík a kol. 2005, str. 5).

Nejčastějšími a největšími donory neziskových organizací, které poskytují své služby osobám s problémem závislosti, jsou Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky při Úřadu vlády ČR (RVKPP) a Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. V menší míře je podporuje Ministerstvo zdravotnictví ČR. Nejméně 30 % finančních prostředků potřebných pro pokrytí provozních nákladů jsou neziskové organizace povinné získat z tzv. vlastních zdrojů. V kontextu platné legislativy v ČR jsou za ně považovány dotace od orgánů krajských nebo městských samospráv, příjmy od klientů, sponzorské dary apod. Podíl samosprávných orgánů krajů, měst a obcí na financování služeb není legislativně zakotven. Záleží pouze na vůli krajských nebo komunálních politiků, nakolik jsou ochotni podílet se na financování služeb pro uživatele návykových látek (Ramínecký, 2008, s. 23).

Jednou z priorit dotačních řízení RVKPP je udržení stávající sítě služeb pro uživatele nelegálních drog, popřípadě vytvoření a rozvoj sítě služeb pro patologické hráče. Pro to, aby sociální služba mohla získat dotace z RVKPP, musí splňovat především dvě kritéria a to, že služba je dlouhodobě podporována z dotačního řízení RVKPP a je držitelem certifikátu Standardů odborné způsobilosti RVKPP. V situaci, kdy je nedostatek finančních prostředků, je dalším kritériem geografická dostupnost služby. Služby, které jsou zařazeny do dotačního řízení RVKPP, jsou hodnoceny v rámci své kvality, naplnění priorit dotačního řízení, míry potřeby a dostupnosti, nákladové efektivity, a také hodnocení rozpočtu projektu (Hanzlík, 2018, s. 26). Teprve po splnění podmínek stanovených ve Standardech odborné způsobilosti služeb RVKPP lze získat dotaci od ústředních státních orgánů. Certifikace služby je podmínkou pro získání dotace, ale poskytovatele neopravňuje k jejímu získání (Ramínecký, 2017, s. 18).

Tabulka 3 – Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu podle resortů v letech 2015-2020 (v tis. Kč)

| <i>Resort</i> | <i>2015</i> | <i>2016</i> | <i>2017</i> | <i>2018</i> | <i>2019</i> | <i>2020</i> |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| RVKPP | 94 987 | 125 940 | 142 925 | 189 106 | 231 090 | 295 451 |
| MŠMT ČR | 12 196 | 11 905 | 12 058 | 11 983 | 19 012 | 8 500 |
| MO ČR | 488 | 468 | 712 | 763 | 732 | 740 |
| MPSV ČR | 160 657 | 185 375 | 207 230 | 291 583 | 292 041 | 313 014 |
| MS ČR | 11 938 | 14 911 | 16 494 | 16 342 | 14 363 | 8 000 |
| MZ ČR | 23 118 | 21 009 | 36 013 | 42 653 | 30 071 | 25 000 |
| MV ČR | 862 383 | 903 490 | 1 036 036 | 1 210 650 | 1 159 571 | 1 160 601 |
| MZV ČR | 6 380 | 4 386 | 2 000 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Celkem</i> | 1 172 147 | 1 267 484 | 1 453 468 | 1 763 080 | 1 746 880 | 1 811 306 |

Zdroj – Mravčík a kol, 2020, s. 38, Státní závěreční účet za rok 2020

7. Financování sociálních služeb v Karlovarském kraji pro osoby drogově závislé

Dle Akčního plánu rozvoje sociálních služeb v Karlovarském kraji na rok 2023 mají služby pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách střední prioritu ve financování sociálních služeb v Karlovarském kraji (2022, s. 29).

Výše finančních prostředků vyčleňovaných orgány veřejné správy včetně Karlovarského kraje a měst a obcí nekorresponduje s odhadovaným počtem problémových uživatelů v kraji. Převážná část finančních prostředků určených na financování služeb pro osoby se závislostmi v Karlovarském kraji navíc, na rozdíl od většiny krajů ČR, pochází ze státního rozpočtu, tj. od centrálních institucí a nikoli z místních zdrojů (Ramínecký 2017, s. 78). Poskytovatelé sociálních služeb pro uživatele drog v Karlovarském kraji neustále bojují s nedostatkem peněz, proto je jejich existence ohrožena. Výdaje na protidrogovou politiku z rozpočtu samosprávných orgánů Karlovarského kraje a obcí patří k nejnižším mezi kraji ČR (Ramínecký 2017, s. 5).

Tabulka 4 - Rozpočet Karlovarského kraje na protidrogovou politiku v období 2015 -2020 (v tis.)

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---------------|------|------|------|-------|------|--------|
| Celkem | 4815 | 6597 | 6306 | 15575 | 1273 | 10 238 |

Zdroj – Mravčík a kol. 2021, s. 42

7.1. Dotace

Dotace se poskytují poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru poskytovatelů sociálních služeb podle ustanovení § 85 odst. 1 zákona o sociálních službách (Vimr 2021, s. 15). Jsou poskytnuty v souladu se zákonem č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení), ve znění pozdějších předpisů, zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a zákonem č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů (Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 33, Vimr 2020, s. 17, Vimr 2021, s. 15). Poskytují se ve formě vyrovnávací platby za účelem financování běžných výdajů, které souvisí s poskytováním základních druhů a forem sociálních služeb v rozsahu stanoveném základními činnostmi u jednotlivých druhů sociálních služeb (Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 33, Vimr 2021, s. 15). O poskytnutí dotace rozhoduje Zastupitelstvo Karlovarského kraje a je umožněná na základě veřejnoprávní smlouvy o poskytnutí dotace z rozpočtu Karlovarského kraje (Vimr 2021, s. 15, Krajská protidrogová koncepce, 2020, s. 34). Obce v kraji se na financování služeb protidrogové prevence podílejí na bázi dobrovolnosti (Krajská protidrogová Koncepce, 2020, s. 34).

Petruželka a Hanzlík (2021, s. 9-10) v Analýze stavu drogové scény a závislostního chování v Karlovarském kraji v roce 2021 píšou, že na krajské úrovni je protidrogová politika v kraji financovaná

zejména z Programu pro poskytování finančních prostředků na zajištění sociálních služeb, pak také z Programu pro poskytování dotací z rozpočtu Karlovarského kraje na podporu aktivit v oblasti prevence kriminality, dále z rozpočtů obcí. Na centrální úrovni jsou finanční prostředky poskytovány obzvláště z dotačního titulu Protidrogová politika z rozpočtové kapitoly Úřadu vlády ČR, který v současné době uděluje dotace všem adiktologickým službám na území kraje.

Na místní úrovni obce využívají k financování služeb v oblasti protidrogové politiky vlastní dotační tituly a grantová řízení, menší obce také jednorázové příspěvky na základě oboustranných smluv. Podíl na financování ze strany obcí je dobrovolný. V roce 2020 vydaly obce ze svých rozpočtů na politiku v oblasti závislostí celkem 1 335 000 Kč (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 88).

Tabulka 5 – Hospodaření organizace Kotec o.p.s. v období 2015-2020 (v tis. Kč.)

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Výnosy | 21 818 | 16 847 | 20 765 | 24 564 | 26 146 | 26 329 |
| Z toho dotace | 11 239 | 16 256 | 20 147 | 24 016 | 24 771 | 24 656 |
| Náklady | 20 825 | 17 491 | 20 786 | 24 777 | 26 617 | 26 106 |

Zdroj – zprávy auditora z obchodního rejstříku

Tabulka 6 – Hospodaření organizace Světlo z.s v období 2015-2020 (v tis. Kč.)

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Výnosy | 28 292 | 36 886 | 46 611 | 55 058 | 62 113 | 62 272 |
| Z toho dotace | 18 978 | 27 929 | 44 858 | 52 686 | 60 246 | 60 394 |
| Náklady | 26 755 | 30 116 | 46 806 | 55 030 | 62 075 | 62 101 |

Zdroj – Výroční zprávy organizace Světlo Kadaň z.s.

7.2. Mezery ve financování sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí v Karlovarském kraji

Karlovarský kraj na podporu protidrogové politiky nevyužívá dotace z Programu prevence kriminality na místní úrovni, které poskytuje Ministerstvo vnitra ČR. Kompetentními uchazeči o dotace jsou obce a kraje. Kraj v současné době nevypisuje žádný dotační program, který by specificky financoval protidrogovou politiku na svém území. Financování protidrogové politiky je z velké části v rámci několika různých dotačních programů multiresortové. Největší část krajské protidrogové politiky je pokryta z Programu pro poskytování finančních prostředků na zajištění sociálních služeb, který administruje Odbor sociálních věcí (Petruželka, Hanzlík, 2021, s. 84).

Karlovarský kraj v roce 2018 nerealizoval individuální projekty kraje ani nevyužil financování služeb, programů či projektů pro uživatele drog z prostředků evropských sociálních fondů (Vimr, 2019, s. 23). Financování v roce 2020 proběhlo obdobně jako v roce 2019, bez výrazných změn (Vimr, 2021, s. 17).

Sociální služby v sociálně vyloučených lokalitách nejsou financovány ze zdrojů, které by byly dlouhodobě udržitelné, kromě dotací MPSV a rozpočtu Karlovarského kraje pro terénní sociální služby (Dvořáková, 2013, s. 64).

Jedině navýšením finančních prostředků je možné přispět k rozšíření stávající řídké sítě služeb pro osoby se závislostním chováním. To ovšem za předpokladu, že budou zřízené alespoň některé chybějící služby. Sociální služby, které se dlouhodobě potýkají s finančními problémy v zajištění svého provozu včetně platů zaměstnanců, které jsou v Karlovarském kraji nejnižší z celé ČR, kvalifikované zájemce o tento typ práce příliš lákat nebudou (Raminecký 2017, s. 68). Jednoznačnou prioritou v této oblasti je dosažení navýšení finančních prostředků z rozpočtů Karlovarského kraje, měst a obcí na spolufinancování služeb pro osoby se závislostmi (Raminecký 2017, s. 82).

8. Výzkum

Výzkumná část navazuje na teoretickou část. Výzkum byl prováděn pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru v červnu 2022. Respondenti byli sociální pracovníci, kteří primárně pracují s osobami ohroženými závislostí nebo závislími na návykových látkách v kontaktních centrech a v terénních programech na území Karlovarského kraje. Byli vybráni metodou prostého účelového výběru. Analýza dat byla provedena metodou kódování otevřeného a axiálního a metodou prostého výčtu.

8.1. Cíl výzkumu

Pomocí pěti okruhů vytvořených v osnově pro interview pro potřeby této diplomové práce analyzovat kvalitu sociální práce pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách v Karlovarském kraji z pohledu sociálních pracovníků, kteří primárně s touto cílovou skupinou pracují v kontaktních centrech a terénních programech v organizacích působících na území Karlovarského kraje – Světlo Kadaň z.s. a Kotec o.p.s.

8.2. Výzkumné otázky

1. Jak se lze dozvědět o službách organizace?
2. Jaké je personální a pravděpodobné finanční zázemí organizace?
3. Jakou podobu má přímá práce sociálního pracovníka s klientem?
4. Jak vypadá následná péče o klienty ze strany respondentů jako sociálních pracovníků?
5. Jak vypadá spolupráce s ostatními organizacemi?

8.3. Výzkumný soubor

Výběrovým souborem jsou všichni sociální pracovníci z organizací Kotec o.p.s. a Světlo Kadaň z.s., kteří primárně pracují s osobami ohroženými závislostí nebo závislími na návykových látkách v kontaktních centrech a v terénních programech na území Karlovarského kraje.

Vzorek byl vybrán pomocí prostého účelového výběru. Dle Dismana (2002, s. 113) musí u tohoto výběru výzkumník srozumitelně, přesně a otevřeně definovat respondenty. Dle Miovského (2009, s. 135) jsou účastníci, kteří jsou vybráni prostým účelovým výběrem vyhledáni cíleně podle předem daných vlastností a kritérií. Podle Miovského (2009, s. 136) představuje prostý výběr nejjednodušší variantu metody záměrného výběru. Prostý výběr spočívá v tom, že bez dalších specifických metod si výzkumník vybírá mezi potencionálními účastníky výzkumu, kteří jsou pro výzkum vhodní a současně s účastí na výzkumu souhlasí. Prostý výběr má výhodu v situaci, kdy je výzkumný soubor malý a osoby splňující kritéria základního souboru jsou snadno dostupné.

Kritéria pro výběr respondentů pro potřeby této diplomové práce byla tato:

- osoba, která pracuje na pozici sociálního pracovníka
- práce v kontaktním centru nebo v terénním programu
- organizace působí na území Karlovarského kraje

Celkem v Karlovarském kraji všechny tři podmínky splňuje osm osob. Jeden muž a sedm žen. Výzkumu se zúčastnilo celkem šest respondentů. Jedna osoba účast na výzkumu odmítla. V druhém případě mi při domlouvání termínu výzkumu bylo koordinátorkou služby sděleno, že jsou pracovním vytížení natolik, že mi nedovolí mluvit se svou kolegyní. Sdělila mi, že výzkumu se za svou službu zúčastní pouze ona.

Délka praxe respondentů s osobami ohroženými závislostí nebo závislými na návykových látkách byla od tří do devatenácti let. Průměrná délka praxe respondentů s těmito osobami byla deset let a čtyři měsíce.

8.4. Metody tvorby dat

Provedený výzkum měl kvalitativní podobu. Byl vybrán z důvodu charakteru diplomové práce, přizpůsoben zkoumanému obsahu a nízkému počtu respondentů, kteří splňovali podmínky účasti na výzkumu.

Předmětem kvalitativní výzkumu je zkoumání běžného, každodenního života lidí v jejich přirozených podmínkách (Petrušek, 1993, s. 129). Strauss a Corbinová (1999, s. 10) definují kvalitativní výzkum jako jakýkoli výzkum, u kterého se nedosahuje výsledků prostřednictvím statistických procesů nebo jiných metod kvalifikace. Dle nich to může být výzkum, který bádá život lidí a jejich chování, jejich příběhy, ale také fungování organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů. Ferjenčík (2000, s. 245) tvrdí, že v kvalitativním výzkumu jsou data nenumernická. Disman (2002, s. 285) chápe kvalitativní výzkum jako nenumernické zkoumání a vysvětlování sociální reality. Dle Reichela (2009, s. 4) je pro kvalitativní zkoumání charakteristické, že základní otázky jsou doplňovány a přizpůsobovány v průběhu zkoumání, získávání dat a jejich analýz. S Reichelem souhlasí i Disman (2002, s. 301), když ve své knize píše, že metodologie kvalitativního výzkumu není vytvořena předem, ale vzniká postupně v průběhu sběru dat.

Dle Dismana (2002) je záměrem kvalitativního výzkumu vysvětlit sociální skutečnost a také získat názory dotazovaných na předem daný okruh otázek, které souvisejí s jejich praxí, a tak vytvořit vzhled do zkoumané oblasti. Dle Reichela (2009, s. 70) je v kvalitativním výzkumu získávání údajů založeno na intenzivním kontaktu s objektem. Dále Disman (2002) hovoří o tom, že negativem kvalitativního výzkumu je potenciál zkreslení dat jak ze strany dotazovaných, tak ze strany tazatele. Tazatel zkresluje výzkum tím, že se nepřímě spolupodílí na procesech, které zkoumá. Respondent tím, že se chce projevat v co nejlepším světle, a může mít tak obavy z otázek, které mají souvislost s jeho praxí. Rovněž Ferjenčík (2000, s. 171) tvrdí, že tím, že tazatel aktivně vstupuje do situace, chtě nechtě ovlivňuje i množství a charakter informací, které mu sdělí respondent. Disman (2002, s. 312) doplňuje Ferjenčíka v ovlivnění dat výzkumníkem, když tvrdí, že základním zdrojem interpretace dat je výzkumník sám a také dalším svým tvrzením, že výzkumník sám je nejenom zdrojem analýzy, ale

i zdrojem možného zkreslení (Disman, 2002, s. 315). Dle Dismana (2002, s. 298) se v kvalitativním výzkumu dá zkreslení minimalizovat víc než u výzkumu kvantitativního. Data v kvalitativním výzkumu nejsou předem svázána v připravených kategoriích a hypotézách. Redukce dat v kvalitativním výzkumu je daleko slabší než v kvantitativním výzkumu.

Sběr dat v kvalitativním výzkumu probíhá pomocí pozorování, zápisu vlastních poznámek výzkumníka, rozhovorů, dokumentace atd. Tazatel výzkumu se snaží datům, která při výzkumu obdržel, porozumět, vysvětlit je a správně je interpretovat (Hendl, 2005). V kvalitativním zkoumání se nejčastěji setkáváme s těmito podobami rozhovorů: volný, narativní, polostrukturovaný a strukturovaný.

Dle Baštecké a Goldmanna (2001, s. 2009) jsou v rozhovoru jednotlivými kroky a cíli tyto prvky – informace a jejich případné objasnění, porozumění, souhlas, soucit a podpora, ocenění a uznání, utřídění a uzavření. Cílů tazající dosahuje otázkami, detekcí signálů, opakováním slov, parafrázemi, empatií, reflexí, vyjádřením souhlasu, podporou a uznáním, tónem hlasu apod. Otázky mohou být uzavřené, otevřené, navozující změnu. Uzavřené otázky slouží k zjišťování pevných údajů. Otevřené otázky slouží k tomu, aby se respondent více rozpovídal (Baštecká, Goldmann, 2021, s. 215-2016). U každého rozhovoru bychom si měli uvědomit způsob a účel kladení otázek (Baštecká, Goldmann, 2021, s. 217). Dle Reichela (2009, s. 102) se otevřené otázky využívají v kvalitativním typu výzkumu.

Dle Miovského (2009, s. 155) je rozhovor nejvhodnější metodou pro získání kvalitativních dat. Názor Ferjenčíka (2000, s. 171) je, že pokud je prvotním úmyslem tazatele získat typy dat jako jsou např. informace o názorech, postojích, záměrech, přáních, bude rozhovor nenahraditelnou metodou k získání dat. Rozhovor představuje zprostředkovaný a vysoce interaktivní proces získávání dat.

Pro svůj výzkum jsme zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru, protože se mi pro můj výzkum jevil nejvhodnějším. Rozhovory byly osobní i telefonické. Záleželo na výběru respondenta, jakou formu rozhovoru upřednostnil.

Dle Miovského (2009, s. 159, 161) a Reichela (2009, s. 112) polostrukturovaný rozhovor kombinuje výhody a minimalizuje nevýhody nestrukturovaného a strukturovaného rozhovoru a současně z nich dokáže vytěžit maximum výhod. Dle Miovského (2009, s. 161) možnost kombinace prvků strukturovaného i nestrukturovaného interview dělá z metody polostrukturovaného interview téměř ideální výzkumný nástroj pro kvalitativní výzkum. Polostrukturované interview je nejrozšířenější metoda interview. Hendl (2005) mluví o polostrukturovaném rozhovoru jako o rozhovoru pomocí návodu nebo jako o rozhovoru řízeném. Dle Hendla (2005), Ferjenčíka (2000, s. 175) a Reichela (2009, s. 111) se částečně vyznačuje tím, že má tazatel připraven soubor otázek nebo témat, jež budou předmětem jeho zkoumání, aniž by bylo předem striktně stanoveno jejich pořadí. Miovský (2009, s. 159) zdůrazňuje, že vytvořené schéma je pro tazatele závazné. Hendl (2005) a Riechel (2009, s. 111) se vyslovují, že tazatel může formulace otázek částečně modifikovat nebo pokládat doplňující dotazy. Ferjenčík (2000, s. 175) dále tvrdí, že si respondent může vybrat styl odpovědí. Hendl (2005) hovoří o tom, že formalizace v polostrukturovaném rozhovoru ulehčuje třídění údajů a jejich porovnání a zobecnění. Na základě předem stanovených otázek polostrukturovaný rozhovor umožňuje tazateli nevzdálit se od stanoveného tématu a neutopit se v množství získaných informací. Rozhovor pomocí návodu dává tazateli možnost využít čas co nejefektivněji. Návod má zajistit, že se skutečně dostane na všechna témata důležitá pro tazatele. Při polostrukturovaném rozhovoru je dovoleno používat různé

pomůcky, např. záznamový arch, různé formy osnov interview. Dle Reichela (2009, s. 112) polostrukturovaný rozhovor klade důraz na přirozený a autentický projev. Volnost, kterou polostrukturovaný rozhovor nabízí je vhodná k vytvoření přirozeného kontaktu. Jsou akceptována osobnostní specifika respondenta, společná komunikace je plynulá.

Dle Miovskeho (2006) je velmi užitečné klást doplňující otázky vzhledem k tomu, že mohou přinést mnoho kontextuálních informací, které tazateli umožňují lépe uchopit problém, který zkoumá.

8.4.1. Průběh výzkumu

Pro účely popisu průběhu výzkumu a analýzy dat budu psát o všech respondentech v mužském rodě.

Při vyhledávání vhodných respondentů jsem se nejprve podívala na kontakty, které jsou uvedeny na webových stránkách organizací Světlo Kadaň z.s. a Kotec o.p.s. Telefonicky jsem kontaktovala vedoucí středisek, která se nacházejí v Karlovarském kraji a poskytují služby terénních programů a kontaktního centra. Informovala jsem je, že bych chtěla provést výzkum se sociálními pracovníky kontaktního centra a terénního programu. Sdělila jsem jim téma diplomové práce, cíl a účel výzkumu. Zeptala jsem se jich, zda by bylo možné provést výzkum v jejich středisku a jaké jsou podmínky pro provedení výzkumu. Všichni vedoucí mají nad sebou ještě další nadřízené. Všichni mi odpověděli, že jim to takto stačí, nemusím dělat nic dalšího a udělili mi souhlas s provedením výzkumu na svém středisku.

Po udělení souhlasu od vedoucích středisek, jsem si na všechny sociální pracovníky vyhledala telefonický kontakt na webových stránkách organizací. Všem sociálním pracovníkům jsem zatelefonovala a zeptala jsem se jich, zda by se mohli zúčastnit výzkumu. Obezámila jsem je s cílem a účelem výzkumu. Sdělila jsem jim, že účast na výzkumu je anonymní, dobrovolná a bezúplatná, že z něj lze kdykoli odstoupit. Účast na výzkumu odmítla jedna osoba a o neúčasti na výzkumu druhé osoby rozhodla její nadřízená, která mi sdělila, že jsou ve službě pracovně vytíženi a nedovolí mi provést výzkum se svou kolegyní, sociální pracovnící, ale že se za svou službu zúčastní výzkumu jenom ona. Celkem se výzkumu zúčastnilo šest respondentů z osmi. Všem šesti respondentům jsme dala možnost výběru, jakou formou chtějí provést rozhovor – osobně, telefonicky, přes internetovou platformu, která jim vyhovuje nejvíce. Tři respondenti si vybrali telefonickou formu a tři osobní kontakt. S každým respondentem jsem si domluvila den a čas rozhovoru. S respondenty, kteří chtěli provést rozhovor osobně, jsem si domluvila místo a čas našeho setkání. Všechny respondenty jsem obeznámila s přibližnou délkou trvání rozhovoru.

Všechny výzkumné rozhovory probíhaly v pracovní době respondentů. Každý z respondentů, který chtěl osobní setkání, si svolil své pracoviště. Osobní rozhovory probíhaly v soukromí na středisku, kde respondenti pracovali. Délka telefonických rozhovorů byla cca 45 minut a osobních rozhovorů cca 90 minut. Výzkum probíhal v červnu 2022.

Soukromí rozhovoru pro účely výzkumu provedeného osobně si respondenti zabezpečili sami, tak aby se při něm cítili komfortně. Rušivé zvuky byly ze strany respondentů odstraněny. V místnosti

jsem byla s respondentem sama. Nedocházelo tak k ovlivnění respondentů jejich nadřízeným nebo kolegy a byla tak zachovaná validita výzkumu v největší možné míře.

Soukromí rozhovoru provedeného telefonickou formou, bylo z mojí strany zabezpečeno tak, že jsem při provádění výzkumu, byla v místnostech sama. Předpokládám, že respondenti si dokázali zabezpečit soukromí sami. Na pozadí žádného rozhovoru jsem neslyšela rušivé zvuky, takže se dá soudit, že i v této formě rozhovoru byla zachována validita v co největší možné míře.

Před zahájením každého rozhovoru jsem se všem účastníkům v krátkosti představila, všechny účastníky opět seznámila s účelem, přibližnou délkou rozhovoru, cílem výzkumu a s tím, že účast na výzkumu je anonymní, dobrovolná a bezúplatná a výsledky budou použity jenom pro výzkum v rámci mého studia, že lze výzkum kdykoli přerušit i bez udání důvodu nebo na nějakou z otázek neodpovědět. Všem respondentům jsem nabídla možnost zaslání výsledků výzkumu. Nikdo této možnosti nevyužil. Ještě jednou jsem se každého z účastníků zeptala, zda souhlasí s účastí na výzkumu a publikaci odpovědí v diplomové práci. Od všech zúčastněných jsem obdržela ústní souhlas. Respondenty jsem informovala, že jejich odpovědi budu zaznamenávat pomocí programu, který přepisuje mluvené slovo do textové podoby, a zeptala jsem se jich, zda je to pro ně přijatelné. Nikdo s respondentů neměl námitek a každý respondent mi udělil souhlas pro práci s programem. Nakonec jsem se respondentů zeptala, zda mají nějaké dotazy před tím, než začne rozhovor. Před samotným jádrem interview jsem se respondentů také zeptala na délku jejich praxe v organizaci. Nikdo v průběhu výzkumu výzkum předčasně neukončil. V závěru rozhovoru jsem se respondentů zeptala, zda se mne chtějí na něco zeptat nebo by chtěli něco doplnit, také jsem jim poděkovala za jejich čas a ochotu ke spolupráci a popřála jsem jim vše dobré.

Ze sociometrických dat mě zajímala délka praxe respondenta s osobami ohroženými závislostí a závislými na návykových látkách. Délka praxe mě zajímala z toho důvodu, že množství zkušenosti může pravděpodobně ovlivnit odpovědi. V provedeném výzkumném šetření odpovědí u respondentů s délkou praxe tří a devatenácti let však byl jen nepatrný rozdíl. Z toho usuzuji, že každý sociální pracovník bez ohledu na délku praxe se potýká od počátku své práce se stejnými problémy a omezeními.

Jádro osnovy pro interview tvořilo 5 okruhů s 23 primárními otázkami. Pomocí otázek jsem zjišťoval pohled sociálních pracovníků z terénních programů a kontaktních center působících na území Karlovarského kraje na kvalitu sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách v kraji. Na otázky z formuláře se respondenti neměli možnost připravit, aby se předešlo zkreslení dat a získaná data byla, co nejvíce validní.

8.4.2. Průběh rozhovoru

Těžiště rozhovoru tvořilo těchto pět okruhů:

- Informovanost o sociálních službách organizace
- Personální a finanční zajištění organizace
- Způsob práce sociálního pracovníka s klientem
- Následná péče o klienty
- Spolupráce organizace s jinými organizacemi

Okruhy, primární a doplňující otázky k nim vytvořené byly zapsané v osnově pro interview, kterou jsem si pro potřeby výzkumu vyhotovila.

V průběhu rozhovoru byly použity všechny primární otázky, někdy s využitím doplňujících, podle individuálních odpovědí každého z respondentů. S každým z nich jsem pobrala okruhy ve stejném pořadí tak, jak jsem je pro potřeby výzkumu navrhla, a stanovila ve vyhotoveném formuláři. Otázky z jednotlivých okruhů byly respondentovi položeny tak, jak byly stanoveny, aby byla zachována co největší validita výzkumu.

Rozhovory jsem nenahrávala. Pro zafixování odpovědí respondentů jsem použila program Transkriptor, který automaticky předepisuje mluvené slovo do textové podoby. Program jsem měla otevřený při provádění výzkumu ve svém PC při obou typech rozhovoru.

8.5. Metody analýzy dat

Fixace dat byla provedená pomocí programu Transkriptor. Program slouží k zaznamenávání mluveného slova do textové podoby. Při každém rozhovoru jsem měla program otevřený ve svém PC, k dispozici jsem měla i papírovou podobu osnovy pro interview pro případné poznámky z rozhovoru. Do tří hodin od provedení rozhovoru jsem text zapsaný programem editovala a vložila do osnovy pro interview, která byla vytvořena v programu MS Word. Editorovaný rozhovor jsem porovnávala s textem, který vytvořil program Transkriptor a se svými ručně psanými poznámkami. Každá editorovaná osnova byla uložena pod číslem respondenta, které jsem mu udělila pro potřeby výzkumu. V průběhu výzkumu jsem si vytvořila tzv. souhrnnou osnovu pro interview s odpověďmi respondentů, kde jsem odpovědi od všech respondentů systematizovala, tak, že pod každou z otázek byly zkopírovány odpovědi na jednotlivé otázky od všech respondentů. Tím jsem si odpovědi respondentů nejenom záložovala, ale vytvořila jsem si i soubor pro jednodušší analýzu výzkumu. Závěrečná podoba zpracovaných dat odpovídala tématu a cílům výzkumu.

Text vytvořený programem Transkriptor a všechny osnovy jsem archivovala do zaheslované složky, kterou jsem vedla jenom ve svém PC. Heslo složky bylo známo jenom mně. Po dopsání diplomové práce jsem složku vymazala a vysypala ji i z koše v PC. Dle Miovského (2009, s. 205) fixováním kvalitativních dat vzniká základní materiál, se kterým může výzkumník dále pracovat. Výzkumník opravuje data tak, aby na jejich základě mohl realizovat analýzu dat.

Pro samotnou analýzu dat jsem použila metodu otevřeného a axiálního kódování a metodu prostého výčtu, protože ne každá otázka ve výzkumu se dala vyhodnotit pomocí kódování nebo prostého výčtu. Jakou metodu vyhodnocení použiji, bylo zvoleno na základě charakteru otázky nebo odpovědi samotných respondentů. Dle Miovského (2009, s. 2019-220) je kódování procesem identifikace a systematického označování významových celků dle vytvořených kritérií. Disman (202, s. 319) tvrdí, že smyslem kódování je pomoci výzkumníkovi nalézt určité koncepty, předměty a atypické kategorie. Dle Reichela (209, s. 153) je materiálem pro kódování odpovědi respondent. Dle Miovského (2009) jsou tři postupy kódování. Otevřené kódování je první etapou procesu kódování. Významové jednotky jsou složeny z pojmů, které označují jednotlivé události. Axiální kódování je souhrnem procesů, pomocí

kterých jsou data otevřeného kódování znovu seskupena prostřednictvím vazeb mezi kategoriemi. Kategorie je třída pojmů, která vznikla na základě toho, že jednotky vzájemně porovnáváme. Selektivní kódování je postup, kdy po volbě ústřední kategorie tuto kategorii systematicky uvádíme do vztahu s ostatními kategoriemi. Metoda prostého výčtu nám znázorňuje vlastnosti určitého jevu, která se týká např. toho, jak často se daný jev vyskytl (Miovský, 2009, s. 222-223). Čermák a Štěpaníková (in Miovský 2009, s. 223) píšou, že frekvencí a intenzitou výskytu určitého jevu se dozvíme něco podstatného o kvalitě.

Výsledná data jsem vizualizovala pomocí programu pro kvalitativní i kvantitativní analýzu dat Maxqda 2022. Viz výsledky výzkumu.

8.6. Etika

Při domlouvání výzkumu a jeho uskutečnění jsem se snažila dbát na dodržování etických zásad výzkumu, které směřovaly na ochranu organizací, ve kterých byl výzkum prováděn, a jejich sociálních pracovníků, kteří se výzkumu dobrovolně zúčastnili. Dle Hendla (2005) by tazatel měl věnovat pozornost etickým otázkám při výzkumu. Podle Miovského (2009) mezi hlavní etické pravidla patří informovaný souhlas, ochrana soukromí respondentů a ochrana respondentů před jakoukoli újmu nebo poškozením.

Před začátkem zkoumání jsem se telefonicky domluvila s vedoucími středisek, ve kterých jsem plánovala provést výzkumné šetření na uskutečnění výzkumu v jejich středisku mezi sociálními pracovníky s úvazkem pro kontaktní centrum a terénní program. Vedoucí středisek jsem se také zeptala na podmínky, za jakých bych mohla výzkum na jejich středisku provést.

Po udělení souhlasu vedoucích středisek, jsem kontaktovala jednotlivé sociální pracovníky, abych se s nimi domluvila na účasti na výzkumu. S těmi sociálními pracovníky, kteří souhlasili s účastí, jsem se domluvila na způsobu provedení rozhovoru (osobně, telefonicky, přes internetovou platformu), termínu a času, popř. na místě jeho provedení.

Vedoucí středisek i sociální pracovníci, kteří souhlasili s účastí na výzkumu, byli obeznámeni s tím, že účast na výzkumu je dobrovolná, bezúplatná, anonymní, že mohou výzkum kdykoli přerušit nebo se rozhodnou na jednotlivé otázky neodpovědět. Byli informováni o účelu a cíli výzkumu, o tom že sesbíraná data budou prezentována v mé diplomové práci, jak se dál bude zacházet s jejich osobními údaji. Věděli taktéž, že svůj souhlas s výzkumem mohou kdykoli vzít zpět bez uvedení důvodu. Respondenti si byli vědomí, že i po provedení výzkumu mě můžou požádat o to, aby jejich odpovědi nebyly zařazeny do zpracovaných dat. Toto vše jsem ještě respondentům zopakovala před zahájením každého rozhovoru.

Anonymitu respondentů jsem chránila tak, že jsem jednotlivé respondenty vedla pod číslem. V diplomové práci neuvádím identifikační údaje respondentů včetně služby a organizace, kde jsou zaměstnaní. Text vytvořený programem Transkriptor a editorovaný rozhovor v programu MS Word jsem vložila do zaheslované složky, ke které jsem měla přístup jen já, nikdo jiný heslo neznal. Poznámky, které jsem si v průběhu rozhovoru zapsala na papír, jsem po vložení do osnovy pro interview v programu MS Word skartovala. Po odevzdání diplomové práce jsme složku z PC trvale odstranila.

Limitem výzkumu ze strany výzkumníka může být subjektivní zkreslení z jeho strany, jeho špatný momentální fyzický a psychický stav, špatná interpretace odpovědí obdržených od respondentů nebo nevědomé ovlivňování odpovědí respondentů neverbální komunikací.

Limitem výzkumu ze strany respondentů může být vědomé nebo nevědomé zamlčování některých skutečností při odpovědích, špatné pochopení položené otázky, obavy respondentů z možné pozdější identifikace, únava nebo osobní problémy respondenta, dále také preference nebo názory respondentů.

8.7. Výsledky výzkumu

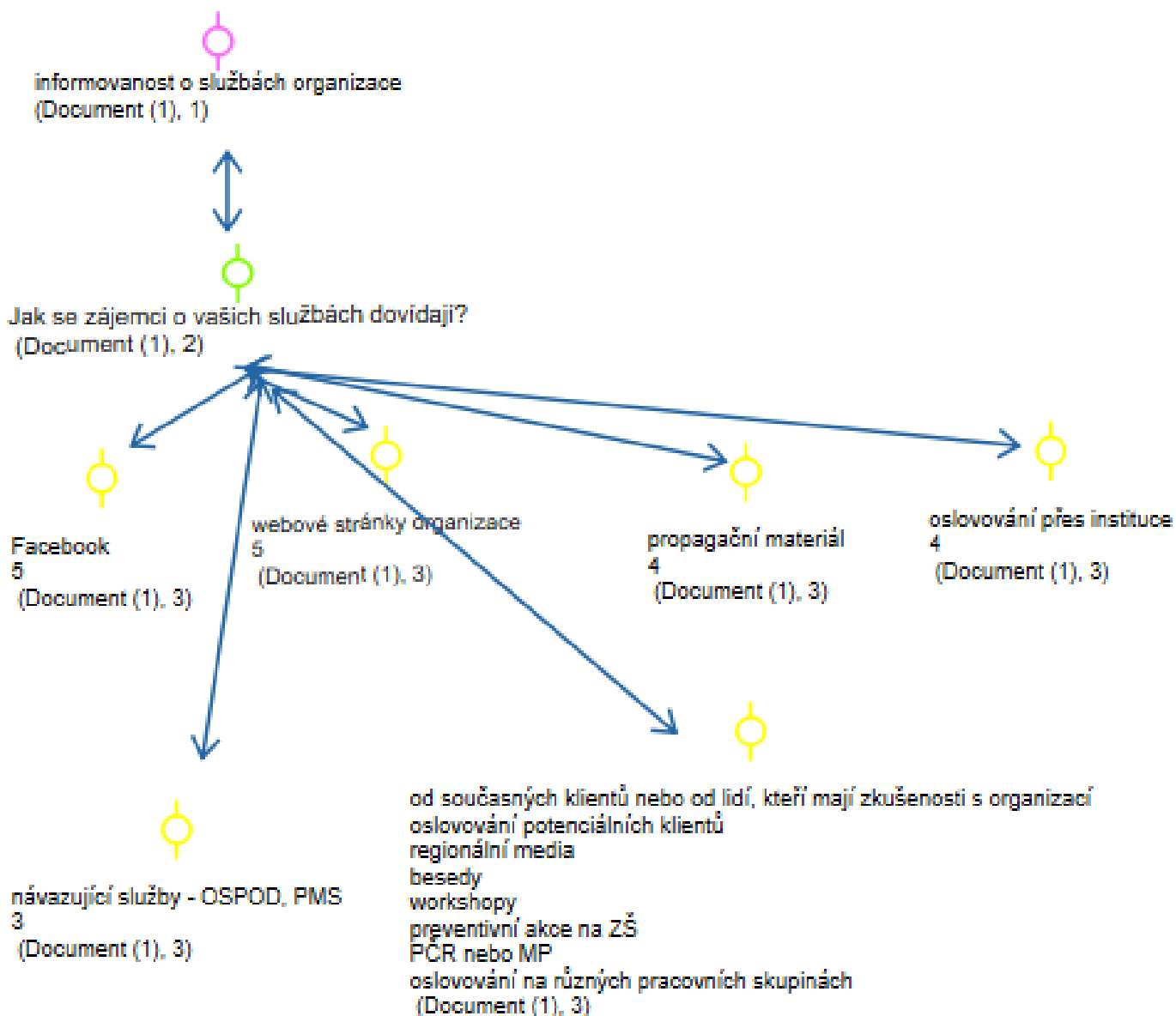
8.7.1. Základní informace k výzkumu

Tabulka 7 – Základní informace o výzkumu

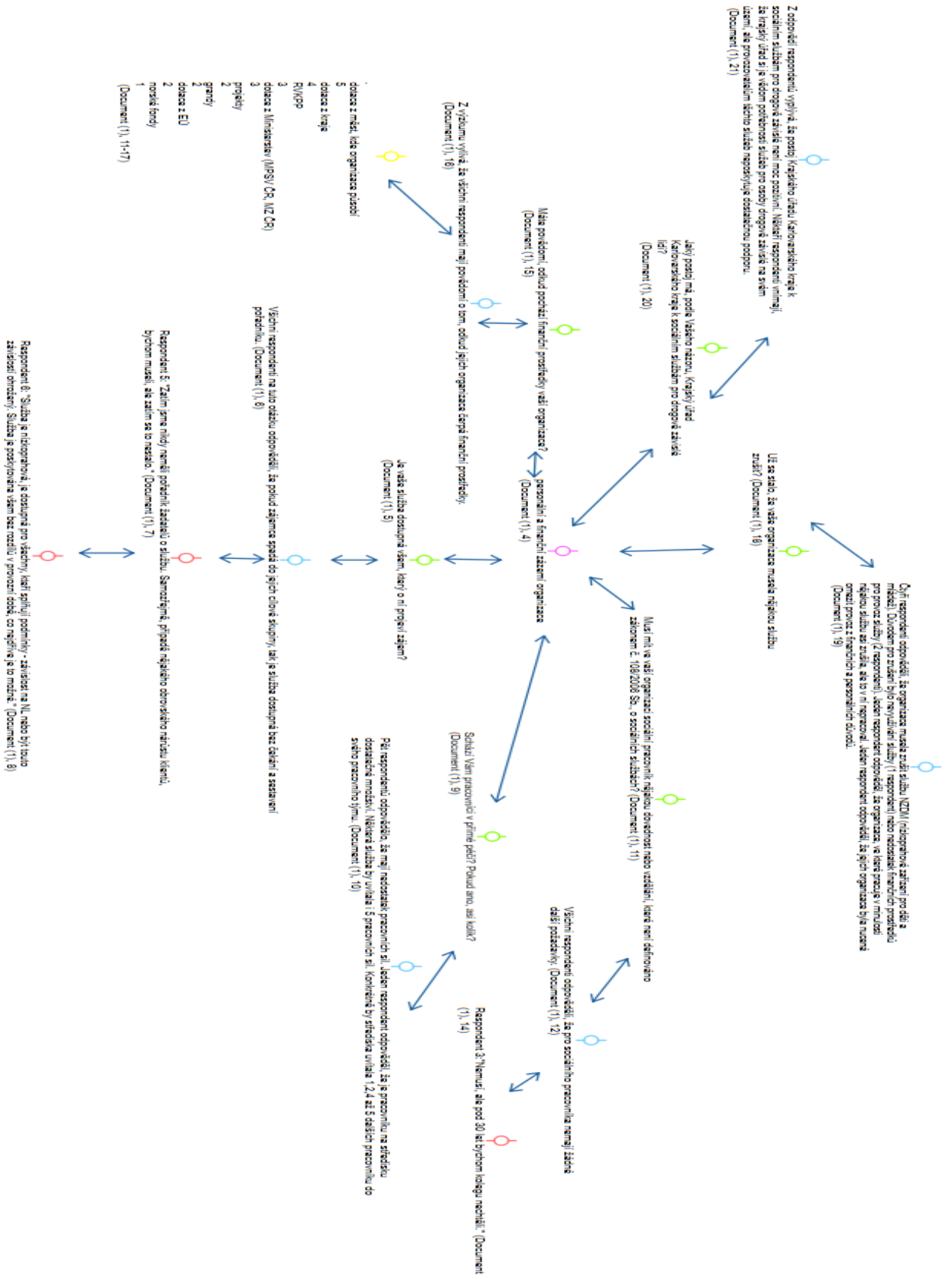
| | | |
|--|--|------------------|
| metoda provedení výzkumu | polostrukturovaný rozhovor | |
| forma rozhovoru a délka | telefonická | 45 minut |
| | osobní | 90 minut |
| Počet okruhů rozhovoru | | 5 |
| Celkový počet primárních otázek | | 23 |
| Výzkum vyhodnocen metodami | otevřené kódování | |
| | axiální kódování | |
| | prostý výčet | |
| místo provedení výzkumu | Karlovarský kraj | |
| | organizace | Světlo Kadaň z.s |
| | | Kotec o.p.s. |
| | střediska | Karlovy Vary |
| | | Sokolov |
| | | Cheb |
| | služby | kontaktní centra |
| | | terenní programy |
| metoda výběru respondentů | prostý účelový výběr | |
| počet respondentů | | 6 z 8 |
| místo výkonu práce respondentů | kontaktní centra | 2 |
| | kontaktní centra + ambulance následné péče | 2 |
| | terenní programy | 2 |
| délka praxe respondentů | roky | 3 |
| | | 4 |
| | | 6 |
| | | 15 |
| | | 15 |
| | | 19 |

Zdroj: vlastní výzkum

8.7.2. Okruh: Informovanost o službách organizace



8.7.3. okruh: Personální a finanční zázemí organizace



8.7.3.1. Otázka: Je vaše služba dostupná všem, kdo o ni projeví zájem?

Všichni respondenti na tuto otázku odpověděli, že pokud zájemce spadá do jejich cílové skupiny, je služba dostupná bez čekání a sestavení pořadníku.

Respondent 5: „Zatím jsme nikdy neměli pořadník žadatelů o službu. Samozřejmě, v případě nějakého obrovského nárůstu klientů, bychom museli, ale zatím se to nestalo.“

Respondent 6: „Služba je nízkoprahová, je dostupná pro všechny, kteří splňují podmínky – závislost na NL nebo být touto závislostí ohrožený. Služba je poskytována všem bez rozdílu v provozní době, co nejdříve je to možné.“

8.7.3.2. Otázka: Schází Vám pracovníci v přímé péči? Pokud ano, kolik asi?

Pět respondentů odpovědělo, že mají nedostatek pracovních sil. Jeden respondent odpověděl, že je pracovníků na středisku dostatečné množství. Některá služba by uvítala i pět nových pracovních sil. Konkrétně by střediska uvítala 1, 2, 4 až 5 dalších pracovníků do svého pracovního týmu.

8.7.3.3. Otázka: Musí mít ve vaší organizaci sociální pracovník nějakou dovednost nebo vzdělání, které nejsou definovány zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách?

Pět respondentů odpovědělo, že pro sociálního pracovníka nemají žádné další požadavky než ty, které stanovuje zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Respondent 3: „Nemusí, ale pod 30 let bychom kolegu nechtěli.“

8.7.3.4. Otázka: Víte, odkud pochází finanční prostředky vaší organizace?

Z výzkumu vyplývá, že všichni respondenti mají povědomí o tom, odkud jejich organizace čerpá finanční prostředky.

Tabulka 8 – Četnost odpovědí respondentů na položenou otázku

| | |
|--|---|
| Dotace z měst, kde organizace působí | 5 |
| Dotace z kraje | 4 |
| RVKPP | 3 |
| Dotace z ministerstev (MPSV ČR, MZ ČR) | 3 |
| Projekty | 2 |
| Grandy | 2 |
| Dotace z EÚ | 2 |
| Norské fondy | 1 |

Zdroj: vlastní výzkum

8.7.3.5 Otázka: Už se stalo, že vaše organizace musela nějakou službu zrušit?

Čtyři respondenti odpověděli, že organizace musela zrušit službu NZDM (nízkoprahové zařízení pro děti a mládež). Důvodem pro zrušení bylo nevyužívání služby (1 respondent) nebo nedostatek finančních prostředků pro provoz služby (2 respondenti). Jeden respondent odpověděl, že organizace, ve které pracuje, v minulosti nějakou službu asi zrušila, ale to v ní nepracoval. Jeden respondent odpověděl, že jejich organizace byla nucená omezit provoz z finančních a personálních důvodů.

8.7.3.6. Otázka: Jaký postoj má, podle Vašeho názoru, Krajský úřad Karlovarského kraje k sociálním službám pro drogově závislé lidi?

Z odpovědí respondentů vyplývá, že postoj Krajského úřadu Karlovarského kraje k sociálním službám pro drogově závislé není pozitivní. Někteří respondenti vnímají, že krajský úřad si je vědom potřeby služeb pro osoby drogově závislé na svém území, ale provozovatelům těchto služeb neposkytuje dostatečnou podporu.

Respondent 2: „Myslím si, že velmi strohý. Slušně řečeno. Je to o tom, že právě v Karlovarském kraji není nic pro lidi se závislostmi mimo našich služeb, léta se o to na kraji nezajímají, o nějaké rozšíření nebo založení nějaké další služby už vůbec.“

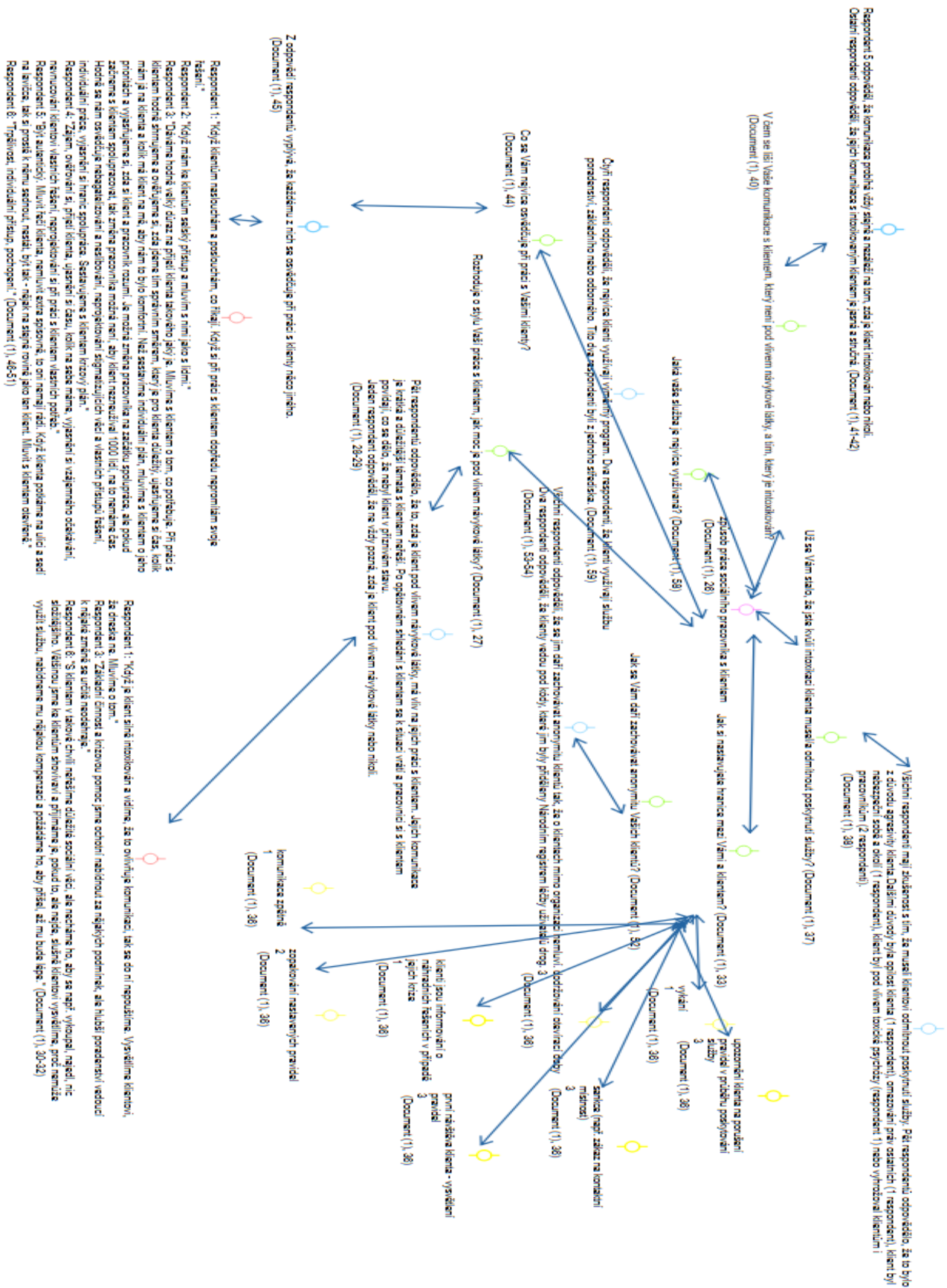
Respondent 3: „Tam je průser, že odbor krizového řízení a prevence v rámci protidrogové politiky vnímá smysluplnost a důležitost našich služeb. Problém kraje je, že nerovnoměrně vyhodnocuje sociální služby mezi sebou, že nemáme všichni rovný přístup ve smyslu, že se upřednostňují služby pro seniory, pro mentálně postižené a tyhle služby nejsou pro ně takovou prioritou. Problematické služby

nejsou pro kraj zajímavé. Mají nižší podporu. Myslím si, že kdyby tam byl někdo, kdo tomu rozumí, tak by to viděl jinak. Kraj se snaží, ale asi by měl trochu přehodnotit vývoj ve společnosti k pochopení potřebnosti konkrétních služeb. Nereaguje na současný vývoj společnosti, nereaguje na potřebnost podpory tihle služeb.“

Respondent 4: „Kraj nereaguje na to, co se děje.“

Respondent 5: „Já si myslím, že jsou asi rádi, že tuhle práci vůbec někdo dělá, ale na druhou stranu by asi toho mohli vážit víc, ať už po finanční nebo po personální stránce.“

8.7.4. Okruh: Způsob práce sociálního pracovníka s klientem



8.7.4.1. Otázka: Rozhoduje o stylu Vaší práce s klientem, jak moc je pod vlivem návykové látky?

Pět respondentů odpovědělo, že to, zda je klient pod vlivem návykové látky, má vliv na jejich práci s klientem. Jejich komunikace je krátká a důležitější témata s klientem neřeší. Po opětovném shledání s klientem se k situaci vrátí a pracovníci si s klientem povídají, co se dělo, že nebyl klient v příznivém stavu.

Jeden respondent odpověděl, že ne vždy pozná, zda je klient pod vlivem návykové látky nebo nikoli.

Respondent 1: „Když je klient silně intoxikován a vidíme, že to ovlivňuje komunikaci, tak se do ní nepouštíme. Vysvětlíme klientovi, že dneska ne. Mluvíme o tom.“

Respondent 3: „Základní činnost a krizovou pomoc jsme ochotni nabídnout za nějakých podmínek, ale hlubší poradenství vedoucí k nějaké změně se určitě neodehraje.“

Respondent 6: „S klientem v takové chvíli neřešíme důležité sociální věci, ale necháme ho, aby se např. vykoupal, najedl, nic složitějšího. Většinou jsme ke klientům shovívaví a přijímáme je, pokud to, ale nejde, slušně klientovi vysvětlíme, proč nemůže využít službu, nabídneme mu nějakou kompenzaci a požádáme ho, aby přišel, až mu bude lépe.“

8.7.4.2. Otázka: Jak si nastavujete hranice mezi Vámi a klientem?

Z odpovědí respondentů vyplývá, že si hranice s klientem nastavují různými způsoby. Ve výzkumu respondenti zmínili osm způsobů.

Respondent 3: „Jednak rozhovorem o vzájemných očekáváních a možnostech a pak otevírací dobou. Je to o pravidlech, o spolupráci. Řekneme si, co můžeme a co ne, ať se klient rozhodne.“

Tabulka 9 – Četnost odpovědí respondentů na položenou otázku

| | |
|---|---|
| První návštěva klienta – vysvětlení pravidel | 3 |
| Upozornění klienta na porušení pravidel v průběhu poskytování služby | 3 |
| Sankce (např. zákaz přístupu na kontaktní místnost) | 3 |
| Dodržování otevírací doby | 3 |
| Zopakování nastavených pravidel | 2 |
| Zpětná vazba | 1 |
| Klienti jsou informováni o náhradních řešeních v případě jejich krize | 1 |
| Vykání | 1 |

Zdroj: vlastní výzkum

8.7.4.3. Otázka: Už se Vám stalo, že jste kvůli intoxikaci klienta musel/a odmítnout poskytnutí služby?

Všichni respondenti mají zkušenost s tím, že museli klientovi odmítnout poskytnutí služby. Pět respondentů odpovědělo, že to bylo z důvodu agresivity klienta.

Dalšími důvody byla opilost klienta (1 respondent), omezování práv ostatních (1 respondent), klient byl nebezpečný sobě a okolí (1 respondent), klient byl pod vlivem toxické psychózy (respondent 1) nebo vyhrožoval klientům i pracovníkům (2 respondenti).

Respondent 3: „Ano, klient byl agresivní, omezoval práva ostatních, byl nebezpečný sobě a okolí, měl toxickou psychózu a museli jsme volat RZ. Ze všeho nejvíc je to ta agresivita a nemožnost rozhodnout sám o sobě. Klienti se napadají vzájemně. To tady máme prakticky každý týden.“

8.7.4.4. Otázka: V čem se liší Vaše komunikace s klientem, který není pod vlivem návykové látky, a tím, který je intoxikován?

Respondent 5 odpověděl, že komunikace probíhá vždy stejně a nezáleží na tom, zda je klient intoxikován nebo nikoli.

Ostatní respondenti odpověděli, že jejich komunikace s intoxikovaným klientem je jasná a stručná.

Respondent 3: „U klienta, který je pod vlivem NL je komunikace velmi osekaná, krátká, jasná, stručná, převážně s nabídkou hlubší práce po odeznění intoxikace. Vždycky je tam nějaká nabídka. Je to spíš zasanování teď a tady té potřeby než o nabídce nějakého hlubokého poradenství.“

8.7.4.5. Otázka: Co se Vám nejvíce osvědčuje při práci s Vašimi klienty?

Z odpovědí respondentů vyplývá, že každému z nich se osvědčuje při práci s klienty něco jiného.

Respondent 1: „Když klientům *naslouchám a poslouchám, co říkají*. Když si při práci s klientem dopředu *nepromítám svoje řešení*.“

Respondent 2: „Když mám ke klientům *selský přístup a mluvím s nimi jako s lidmi*.“

Respondent 3: „Dávám hodně velký důraz na *přijetí klienta takového, jaký je*. Mluvím s klientem o tom, co *potřebuje*. Při práci s klientem *hodně shrnujeme a ověřujeme si*, zda jdeme tím správním směrem, který je pro klienta důležitý, *ujasnujeme si čas*, kolik mám já na klienta a kolik má klient na mne, aby to bylo pro oba komfortní. Než sestavíme individuální plán, *mluvíme s klientem o jeho prioritách a vyjasňujeme si*, zda *si klient a pracovník rozumí*. Je možná změna pracovníka na začátku spolupráce, ale pokud začneme s klientem spolupracovat, tak změna pracovníka možná není, aby klient nezneužíval 1 000 lidí, na to nemáme čas. Hodně se nám osvědčuje *nebagatelizování a neslibování, neprojektování stigmatizujících věcí a vlastních přístupů řešení, individuální práce, vyjasnění si hranic spolupráce*. Sestavujeme s klientem *krizový plán*.“

Respondent 4: „Zájem, ověřování si, přijetí klienta, ujasnění si kolik na sebe máme času, vyjasnění si vzájemného očekávání, nevnučování klientovi vlastních řešení, neprojektování si, při práci s klientem, vlastních potřeb.“

Respondent 5: „Být autentický. Mluvit řeči klienta, nemluvit extra spisovně, to oni nemají rádi. Když klienta potkáme na ulici, nebo sedí na lavičce, prostě si k němu sednout, nestát, být tak – nějak na stejné rovině jako ten klient. Mluvit s klientem otevřeně.“

Respondent 6: „Trpělivost, individuální přístup, pochopení.“

8.7.4.6. Otázka: Jak se Vám daří zachovávat anonymitu Vašich klientů?

Všichni respondenti odpověděli, že se jim daří zachovávat anonymitu klientů tak, že o klientech mimo organizaci nemluví.

Dva respondenti odpověděli, že klienty vedou pod kódy, které jim byly službou přiděleny.

Respondent 1: „Pokud nám klient odmítne dát kód, zapíšeme si ho jako anonym, popíšeme si jej vnějšími znaky (např. pán se zelenými brýlemi a tak).“

Respondent 3: „Při běžných základních činnostech je anonymita dodržovaná důsledně. Když jsem s klientem v poradenství a řeším s ním nějaké věci, tak jej seznamuji s tím, za jakých okolností bude potřeba odhalit jeho identitu (nástup do léčebny, PMS v rámci dohledu, v rámci řešení dluhů). Ujasňuje se, kterým stranám informace ano, kterým ne. Vždy mluvíme o tom, že když vypustíme nějakou zprávu, tak má klient právo do ní nahlédnout a připomínkovat ji. Vždycky seznamujeme klienta s tím, že kdyby něčemu nerozuměl, můžeme tomu věnovat prostor, aby věděl, co se bude o něm vysílat směrem k dalším institucím.“

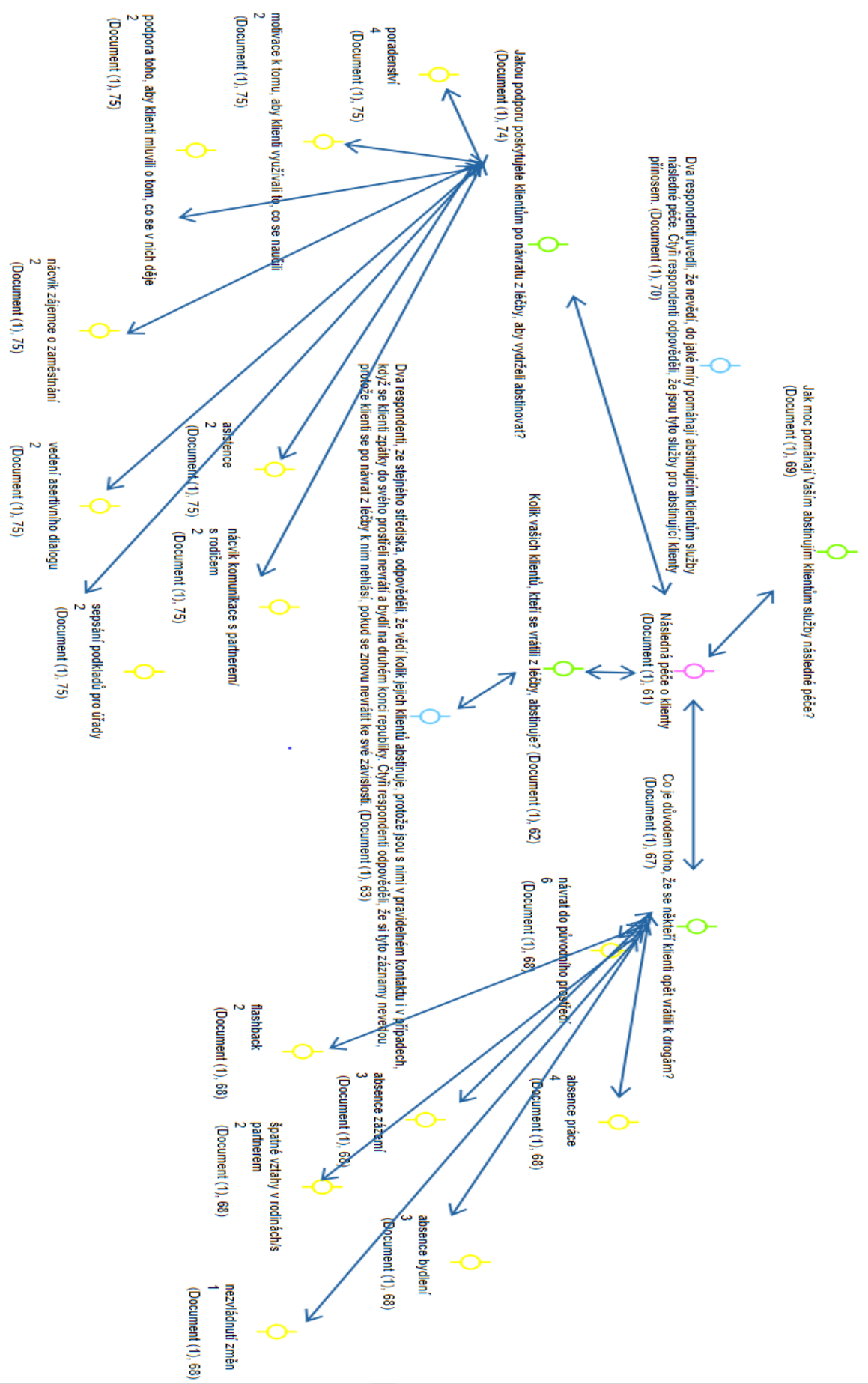
Respondent 6: „Na zachování anonymity máme různé manuály. Klienti často odmítají podepsat smlouvu kvůli tomu, že se bojí o svou anonymitu, ale většina z nich, poté, co jim to vysvětlíme, souhlasí. Klienti při podepsání smlouvy musí být informováni o tom, že je o nich vedena dokumentace, kdo do ní může nahlížet a dostávají info, že mají právo kdykoliv nahlédnout do dokumentace, která je o nich vedena, popř. jim může být vytištěna.“

8.7.4.7. Otázka: Jaká vaše služba je nejvíce využívána?

Čtyři respondenti odpověděli, že nejvíce klienti využívají výměnný program. Dva respondenti řekli, že klienti využívají službu poradenství, základního nebo odborného. Oba respondenti byli z jednoho střediska.

Respondent 3: Asi nejvíce teď poradenství, protože lidé jsou v háji. Jakákoli forma poradenství, od závislosti přes odkázání jinam. Kontaktují nás lidé, kteří s tímhle typem služby nemají vůbec nic společného (bez závislosti), skrze vztahy a rozvody, porušené vztahy rodič – dítě (hodně teďko).

8.7.5. okruh: Následná péče o klienty



8.7.5.1. Otázka: Kolik vašich klientů, kteří se vrátili z léčby, abstinuje?

Dva respondenti, ze stejného střediska, odpověděli, že vědí, kolik jejich klientů abstinuje, protože jsou s nimi v pravidelném kontaktu i v případech, když se klienti zpátky do svého prostředí nevrátí a bydlí na druhém konci republiky. Čtyři respondenti odpověděli, že si tyto záznamy nevedou, protože klienti se po návratu z léčby k nim nehlásí, pokud se znovu nevrátili ke své závislosti.

Respondent 1: „To nikdy nebudeme vědět, protože když se klienti vyléčí, tak se sem nevracejí. Nepřijdou nám to říci. Čísla si vůbec nevidujeme.“

Respondent 2: „To vám nepovím. To nevím, protože ne každý klient se nám hlásí, že abstinuje. Nemají potřebu navázat s námi po léčbě spolupráci. Ne každý přijde a pochlubí se, že je čistý. To je jejich minulost, kterou už nechtějí otvírat.“

Respondent 6: „Často nemáme zpětnou vazbu. Mnoha klientům např. nevyhovuje způsob léčby, nebo si to představovali jinak.“

8.7.5.2. Otázka: Co je důvodem toho, že se někteří klienti opět vrátili k drogám?

Tabulka 10 – Četnost odpovědí respondentů na položenou otázku

| | |
|--------------------------------------|---|
| Návrat do původního prostředí | 6 |
| Absence práce | 4 |
| Absence zázemí | 3 |
| Absence bydlení | 3 |
| Flashback | 2 |
| Špatné vztahy v rodinách/s partnerem | 2 |
| Nezvládnutí změn | 1 |

Zdroj: vlastní výzkum

8.7.5.3. Otázka: Jak moc pomáhají Vaším abstinujícím klientům služby následné péče?

Dva respondenti uvedli, že nevědí, do jaké míry pomáhají abstinujícím klientům služby následné péče. Čtyři respondenti odpověděli, že jsou tyto služby pro abstinující klienty přínosem.

Respondent 1: „Nemáme žádná data. Je to neuchopitelné. V Karlovarském kraji nejsou služby následné péče pro abstinující klienty.“

Respondent 3: „Klienti je vyhledávají, protože je vnímají jako berličku poslední záchrany.“

Respondent 4: „Myslím si, že to je potřeba, aby po výkonu léčby ještě někam docházeli. Klienti si to kvitují a jsou rádi, že tu následnou péči tady mají k dispozici.“

8.7.5.4 Otázka: Jakou podporu poskytujete klientům po návratu z léčby, aby vydrželi abstinovat?

Tabulka 11 – Četnost odpovědí respondentů na položenou otázku

| | |
|--|---|
| Poradenství | 4 |
| Motivace k tomu, aby klienti využívali to, co se naučili | 2 |
| Podpora toho, aby klienti mluvili o tom, co se v nich děje | 2 |
| Asistence | 2 |
| Sepsání podkladů pro úřady | 2 |
| Příprava zájemce na zaměstnání | 2 |
| Nácvik komunikace s partnerem/ s rodičem | 2 |
| Vedení asertivního dialogu | 2 |

Zdroj: vlastní výzkum

8.7.6.1 Otázka: S jakými organizacemi spolupracujete?

Tabulka 12 – Četnost odpovědí respondentů na položenou otázku

| | |
|--|---|
| Fokus Karlovarský kraj z.ú. | 6 |
| Diecézní charita Plzeň + Farní Charita Cheb nebo Sokolov | 4 |
| Nemocnice Ostrov | 4 |
| Léčebny | 3 |
| Městský úřad (OSPOD nebo kurátor pro dospělé) – obor soc. věcí a zdravotnictví | 3 |
| RUBIKON Centrum, z.ú. | 3 |
| Policie (městská i státní) | 2 |
| Probační a mediační služba | 2 |
| Člověk v tísni o.p.s. | 2 |
| Věznice (v Ostrově a v Kynpšperku nad Ohří) | 2 |
| Pomoc v nouzi, o.p.s., | 2 |
| Potravinová banka z.s. | 2 |
| Nádech – pomoc a podpora rodičů samoživitelů z.s. | 1 |
| Lékař s různou odborností | 1 |
| Armáda spásy v České republice, z.s. | 1 |
| Český červený kříž | 1 |

Zdroj: vlastní výzkum

8.7.6.2 Otázka: Jaká je vámi nejčastěji požadovaná služba od organizací, se kterými spolupracujete?

Tabulka 13 – Četnost odpovědí respondentů na položenou otázku

| | |
|---|---|
| Psychiatrické vyšetření | 3 |
| Azylové bydlení (jednotlivci i pro matky s dětmi) | 2 |
| Detox | 2 |
| Doklady | 1 |
| Dávky sociální pomoci | 1 |
| Oblečení | 1 |

Zdroj: vlastní výzkum

8.7.6.3 Otázka: Jaký máte názor na spolupráci s organizacemi, se kterými spolupracujete?

Čtyři respondenti odpověděli, že vnímají spolupráci jako dobrou, dva respondenti jako proměnlivou.

Respondent 1: „Všichni chtějí nějak spolupracovat. Nikdo to neudělá úplně sám. Každý spolupracující člověk je dobrý.“

Respondent 2: „Když spolupracujeme, většinou je to o tom, že ta spolupráce nějakým způsobem běží.“

Respondent 3: „Organizace se snaží vyjít vstříc v rámci možností, ale dost často jsou naplněny kapacity. Narážíš na nedostatečnost kapacit, navyšuje se počet klientů, ale neroste s nimi nabídka.“

8.7.6.4 Otázka: Mají vaši klienti pocit, že pracovníci organizací, se kterými spolupracujete, k nim mají neodsuzující postoj?

Všichni respondenti odpověděli, že se občas jejich klienti potýkají se stigmatizací v organizacích, se kterými spolupracují.

Respondent 5: „No tak víme, že klienti jsou neradi v kontaktu s policií, ať už s městskou nebo státní. Tam je to trošku takové jako nevyvážené, ale s jinými organizacemi to nevnímám. Samozřejmě, když se stane něco v jiné organizaci, přijdou k nám. Pak se zase doslýcháme, jak klienti o nás mluví

třeba v jiných organizacích. Je to takové no..., asi záleží na rozpoložení daného klienta, jestli je zrovna intoxikovaný nebo není.“

8.7.6.5. Otázka: Je v Karlovarském kraji potřeba nějaké nové služby pro osoby se závislostí? Jaké? Proč zrovna tahle služba?

Respondent 1: „Kdyby se zřídila léčebna tady, ulevilo by se jiným krajům a nemuselo by se čekat cca šest měsíců na příjem.“

Respondent 3: „...určitě nějaká forma přijetí do zaměstnání těchto lidí, kde předpokládáš, že můžou selhávat, nemusí dodržovat pravidla, ale ty je potřebuješ naučit pracovním návykům i pro klienty, kteří nemají čistý trestní rejstřík.“

Tabulka 14 – Četnost odpovědí respondentů na položenou otázku

| | |
|--|---|
| Fungující detoxifikace | 5 |
| Psychiatr | 4 |
| Léčebna | 3 |
| Následná péče s ubytováním | 3 |
| Lékařská péče | 3 |
| Terapeutická komunita | 2 |
| Psycholog | 2 |
| Chráněné bydlení | 2 |
| Startovací byty | 2 |
| Domov pro seniory pro osoby závislé | 2 |
| Podporované pracovní místo | 1 |
| Psychiatr s atestací závislostního chování | 1 |
| Podpůrná skupina | 1 |

Zdroj: vlastní výzkum

9. Diskuse a závěry

Cílem této diplomové práce bylo analyzovat pomocí pěti okruhů z osnovy interview, jak vnímají kvalitu sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách v Karlovarském kraji sociální pracovníci, kteří v Karlovarském kraji s touto cílovou skupinou pracují v kontaktních centrech a v terénních programech. Myslím, že se mi tento cíl povedlo naplnit.

Výzkum probíhal v červnu 2022 v organizacích Kotec o.p.s a Světlo Kadaň z.s. na území Karlovarského kraje mezi sociálními pracovníky, kteří v kraji působí. Byl veden metodou polostrukturovaného rozhovoru, protože vzhledem k velikosti vzorku respondentů a mým osobnostním předpokladům jako tazatele, kdy bych se pravděpodobně odklonila od tématu výzkumu, jestliže bych neměla předem danou strukturu, se mi tato metoda jevila jako nejvhodnější, i proto, že problematika drogové závislosti je tak široká a mnohotematická, že by nestrukturalizovaný rozhovor pravděpodobně přinesl mnoho nových témat a otázek, které by nemusely korespondovat s cílem výzkumu. Strukturovaný rozhovor zase neumožňuje rozvoj témat, která bych vzhledem k výzkumnému cíli, vnímala jako omezení ve výzkumu. Miovský (2009, s. 161) taky považuje polostrukturovaný rozhovor v kvalitativním výzkumu za takřka ideální výzkumný nástroj.

Výzkumný rozhovor měl pět kruhů a 23 primárních otázek zaměřených na kvalitu sociální práce s cílovou skupinou osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách. Prostřednictvím těchto okruhů jsem mapovala, jak kvalitu sociální práce v Karlovarském kraji vnímají sociální pracovníci, kteří primárně s touto cílovou skupinou pracují v kontaktních centrech a terénních programech na území kraje. Výzkumu se zúčastnilo šest respondentů, kteří splňovali kritéria pro výběr výzkumného souboru. Účast respondentů na výzkumu byla 75 % a nemyslím si, že by došlo ke zkreslení výsledků výzkumu z toho důvodu, že účast nebyla 100 %. Kritéria pro výběr výzkumného souboru byla tři – osoba, která pracuje na pozici sociálního pracovníka, pracoviště na území Karlovarského kraje a práce v terénním programu nebo kontaktním centru. Respondentům, kteří souhlasili se zapojením do výzkumu, jsem nabídla možnost výběru formy rozhovoru – osobně, telefonicky, přes jim vyhovující internetovou komunikační platformu. Tři respondenti si vybrali osobní kontakt a tři telefonický. Touto nabídkou jsem se snažila vyjít maximálně vstříc respondentům, protože si uvědomuji jejich pracovní vytíženost. Personální poddimenzování služeb pro osoby s problémem závislosti je patrné ze zpráv, které analyzovaly drogovou scénu v Karlovarském kraji, a které byly využity v teorii této diplomové práce – z provedeného výzkumu i od jedné z respondentek, která mi vzhledem k pracovní vytíženosti ve své službě nedovolila mluvit s kolegyní, která také splňovala podmínky výzkumného souboru.

Jeden z limitů diplomové práce může být i to, že výzkum byl prováděn jenom mezi sociálními pracovníky, kteří se sami vyjadřovali ke způsobu své práce s klientem v jednom z okruhů interview. Myslím si, že by bylo přínosem pro další výzkum týkající se tohoto tématu, kdyby do výzkumu byli zapojeni i další sociální pracovníci z kraje, kteří se ve své práci nějakým způsobem setkávají s osobami drogově závislými nebo přímo s osobami, kterým jsou služby pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách určeny.

Silnou stránkou výzkumu shledávám v tom, že výzkum probíhal mezi sociálními pracovníky, mými kolegy, se kterými jsme používali stejný odborný slovník, a v tomto ohledu nemohlo dojít

ke zkrácení dat, protože obě strany ve výzkumu, jak respondent, tak tazatel věděly, co pod kterým slovním spojením druhá strana myslí.

Výsledky výzkumu korespondují s tím, co již bylo napsáno v analýzách týkajících se drogové scény v Karlovarském kraji, které byly také použity při psaní teoretické části této diplomové práce.

9.1. Diskuse k okruhům výzkumu

Vzhledem k tomu, že cílem diplomové práce byla analýza kvality poskytovaných sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách z pohledu sociálních pracovníků, jsem v diskusi porovnávala výsledky výzkumu se zákonně závaznými dokumenty, kterými se tyto sociální služby musí ve své praxi řídit. Těmito dokumenty jsou Standardy kvality sociálních služeb a Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb.

9.1.1. Okruh 1 – Informovanost o sociálních službách organizace

Standard kvality sociálních služeb č. 12 (Informovanost o poskytované sociální službě) obsahuje kritérium, ve kterém poskytovatel má o svých službách informovat okruh osob, kterým je služba určena srozumitelným způsobem. Ve Standardech způsobilosti v části obecných standardů se nachází kritérium (1.1.3.3.) se stejným požadavkem na poskytovatele.

Na základě výsledků výzkumu mohu konstatovat, že obě organizace informují o svých službách srozumitelným způsobem. Nejčastěji se o nich zájemci dovídají přes internet, a to buď přes facebook nebo přes internetové stránky organizace, od jiných institucí, z propagačního materiálu organizace, od současných klientů nebo od lidí, kteří mají s organizací zkušenost, přes regionální media, workshopy a preventivní akce na základních školách.

Na základě těchto různých forem informovanosti o službách organizací, mohu zkonstatovat, že různorodost způsobu informování organizací je tak veliká, že je pravděpodobné, že informacím o službě může porozumět každý a dá se také předpokládat, že se dostanou k cílovým skupinám organizací.

9.1.2. Okruh 2 - Personální a finanční zázemí organizace

K tomuto okruhu lze přiřadit Standardy kvality sociálních služeb č. 9 (Personální a organizační zajištění sociální služby) a č. 13 (Prostředí a podmínky).

Jedním z kritérií ve standardu č. 9 je to, že počty zaměstnanců mají být odpovídající „druhu poskytované sociální služby, její kapacitě, počtu a potřebám“ klientů. Tomuto kritériu odpovídá kritérium ve standardech způsobilosti v části speciálních standardů (2.2.1.2.2.), které mluví o odpovídajícím počtu kvalifikovaných pracovníků v takové míře, aby mohla být poskytovaná služba

„v odpovídající kvalitě a rozsahu“. Jedním z kritérií ve standardu č. 13 je to, že poskytovatel má povinnost zajistit „materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby.“ O něčem podobném mluví i kritérium ve specializované části standardů odborné způsobilosti (2.2.5.1.1.).

Z výzkumu vyplývá, že se poskytovatelům v praxi nedaří mít přiměřený počet zaměstnanců ve službě. Pouze jeden respondent uvedl, že je ve službě dostatečné množství zaměstnanců. V jedné ze zkoumaných služeb schází až pět pracovních sil. Jeden respondent výzkumu uvedl, že počty zaměstnanců reguluje Krajský úřad Karlovarského kraje. Pokud by organizace chtěla personální počty navýšit, může s krajem jednat. Když se ovšem vedení organizace o to pokouší, z kraje dostanou vždy odpověď, že není potřeba, aby organizace navyšovala počet zaměstnanců, když zvládají poskytování služby v menším personálním počtu. Navzdory překážkám, které krajský úřad poskytovatelům služeb klade, se sociální pracovníci snaží o dostupnost služeb a zatím žádná z organizací nemusela vytvořit pořadník po zájemce o službu i své klienty.

Na základě odpovědí respondentů, z výzkumu také vyplynulo, že jedna organizace musela jednu ze svých služeb zrušit z finančních důvodů, protože služba z řad klientů nebyla využívána v dostatečné míře. Nejednalo se však o adiktologickou službu. Tuto službu poskytují jiné organizace v obcích. Druhá z organizací sice žádnou službu zrušit nemusela, ale byla nucena ji z personálních a finančních důvodů omezit. Z toho se dá usuzovat, že organizace pravděpodobně nečerpají finanční prostředky ze všech dostupných zdrojů. Organizace by mohly čerpat finanční prostředky např. od nadací nebo ze sponzorských darů. Jenže to je začarovaným kruhem, aby tak organizace mohla učinit, potřebuje minimálně jednoho pracovníka, který by měl v pracovní náplni jenom fundraising, ale k tomu, aby mohla zaměstnat takového člověka, potřebuje finanční prostředky, a pravděpodobně i schválení z Krajského úřadu Karlovarského kraje.

9.1.3. Okruh 3 – Způsob práce sociálního pracovníka s klientem

a okruh 4 Následná péče o klienty

K těmto okruhům lze přiřadit Standard kvality sociálních služeb č. 2 (Ochrana práv osob) a č. 6 (Dokumentace o poskytování sociální služby).

Jedním z kritérií ve standardu č. 2 je povinnost poskytovatele mít vytvořena vnitřní pravidla pro předcházení situacím, ve kterých by mohlo docházet při poskytování sociální služby k porušování základních lidských práv a svobod. Jedno z kritérií ve standardu č. 6 je to, že „poskytovatel vede anonymní evidenci osob“ v případech, kdy to povaha služby nebo klient vyžaduje. Ve speciální části standardů odborné způsobilosti můžeme najít kritéria, že se služba poskytuje osobám „z cílové skupiny důrazem na jejich aktuální vyslovené potřeby“ (2.2.2.1.2), poradenství se zaměřuje na aktuální problémy klienta a na zvyšování jeho kompetence problém řešit (2.2.4.8.2). Další kritériem (2.2.4.8.5) informuje o tom, že „služba realizuje činnosti sociální práce a základní poradenství zaměřené na minimalizaci rizik v sociálně-právní oblasti a na zlepšení sociální situace klienta, zejména pak v oblasti uplatnění na trhu práce, bydlení, finanční gramotnosti a dluhové problematiky, doprovod (asistence) při jednání s institucemi při hájení oprávněných zájmů a práv klienta, včetně rozvoje kompetencí a schopností

klienta sociální záležitosti řešit.“ Anonymitě poskytování služby se ve speciálních standardech věnuje víc kritérií. Jedno z kritérií (2.2.5.2.6) mluví o anonymitě v situaci, když „klient není ochoten poskytnout údaje o sobě“ a další kritérium (2.2.5.2.10) popisuje, že je poskytovatel povinný srozumitelně informovat, kdy nejde službu poskytovat anonymně.

Budu vycházet z toho, že pracovníci v praxi postupují na základě písemně zpracovaných pravidel. Z výzkumu vyplývá, že při poskytování služby nedochází k porušování lidských práv a svobod. Pokud je klient pod vlivem návykové látky a dá se s ním komunikovat, snaží se sociální pracovníci s klientem komunikovat v krátkých větách a důležitá témata s ním neřeší, mají nastavené hranice s klientem tak, aby nedocházelo k porušování lidské důstojnosti, např. si s klientem vykají, o pravidlech služby promluví při první schůzce a v průběhu poskytování služby se k nim s klientem vrací. Sankce z porušení pravidel je v případě jejich závažného porušení nebo po opakovaném porušování a nerespektování pravidel, a to taková, která nenarušuje lidskou důstojnost uživatele služby. Uživatel má např. zákaz přístupu na kontaktní místnost. Pokud je klient agresivní, ohrožuje sebe nebo své okolí, omezuje práva ostatních klientů, odmítnou mu sociální pracovníci poskytnout službu, popřípadě si s ním o tom v nejbližší době, kdy není intoxikován, promluví. Sociální pracovníci se snaží dodržovat anonymitu svých klientů, tím, že je vedou pod jimi přidělenými kódy, které jim klient při návštěvě služby poskytne. Pokud jim klient svůj kód odmítne dát, popíšu si jej na základě jeho vnějších znaků. Nikde o uživateli služby mimo organizaci nemluví, a pokud musí být z nějakého důvodu odhalena anonymita klienta např. při zařizování léčby nebo napsání zprávy o klientovi pro soud nebo pro PMS, klient o tom ví a ví také, co se bude o něm z organizace vynášet, protože má možnost nahlédnout do své dokumentace. Zprávu může klient připomínkovat.

Z výzkumu vyplývá, že pouze dva respondenti pocházející z jednoho střediska věděli, kolik jejich klientů po návratu z léčby abstinuje (75 % a 80 %). Vědí to, neboť jsou s klienty v pravidelném kontaktu, ať už bydlí kdekoli. Ostatní respondenti odpověděli, že to nebudou nikdy vědět, protože od klientů nemají zpětnou vazbu. Služby následné péče jsou pro klienty přínosem. Sociální pracovníci abstinujícím klientům pomáhají prostřednictvím poradenství, motivací k tomu, aby klient využíval to, co se v léčbě naučil, podporují klienta, aby mluvil o tom, co se v něm děje, asistencí, která má např., formu doprovodu na úřad, sepsání různých podkladů pro úřady, zájem o zaměstnání, při komunikaci s blízkými osobami nebo pomoc prostřednictvím vedení asertivního dialogu.

9.1.4. Okruh 5 – Spolupráce organizace s ostatními organizacemi

K tomuto okruhu by se dal přiřadit standard kvality č. 8 (Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje). Standard předepisuje kromě jiného poskytovateli zprostředkovávat osobě „služby jiných fyzických a právnických osob podle jejich individuálních potřeb.“ O něčem podobném mluví ve speciální části ve standardech způsobilosti taky minimálně dvě kritéria (2.2.1.1.3 a 2.2.4.4.2).

Z výzkumu vyplývá, že návaznost na ostatní služby vychází z aktuálních potřeb klientů. Organizace spolupracují s velkým množstvím institucí, které poskytují jejich klientům různé služby od azylového bydlení, přes psychiatrické vyšetření po vyřizování různých druhů dávek a dokladů, zařizování léčby či poskytnutí materiální pomoci. Spolupráce mezi organizacemi je dobrá. Sociálním pracovníkům v kraji pro jejich cílovou skupinu schází třináct služeb. Nejvíce by pro své klienty potřebovali fungující detoxifikaci, která, v současnosti funguje na tzv. dobré slovo.

9.1.5. Zhodnocení kvality sociálních služeb v Karlovarském kraji

Na základě odpovědí respondentů, mohu konstatovat, že kvalita sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách z pohledu sociálních pracovníků, kteří s touto cílovou skupinou v kraji pracují, je na dobré úrovni, i když má své limity. Limity sociální práce v Karlovarském kraji vidím v tom, že krajský úřad vnímá potřebnost sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách na svém území, ale poskytovatelům těchto služeb nedává dostatečnou podporu. V kraji chybí několik sociálních nebo zdravotních služeb pro lidi závislé na návykových látkách. Sociální pracovníci se snaží vykonávat svoji práci v nejvyšší možné kvalitě, i když nemají dostatečnou podporu z kraje, o čemž svědčí jejich způsob práce s klienty, množství organizací, se kterými spolupracují, vzájemná fungující spolupráce a různé způsoby informovanosti o svých službách.

11. Použitá literatura

1. Adameček, D; Černý, M.; Dolák, J.; Dvořáček, J.; Hrouzek, P.; Krutilová, D.; Mašková, L.; Karpíšková, K.; Radimecký, J.; Skácelová, L. (2021). *Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky, Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky
2. Baštěcká B., Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
3. Barker, R. L. (2003). *The Social Work Dictionary*. Washington, DC: NASW.
4. CEN/TC 449. *CEN/TC 449 - Quality of care for elderly people in ordinary or residential care facilities*. [online]. 2022 [cit. 2021-05-25]. Dostupné z: <https://standards.iteh.ai/catalog/tc/cen/48fe33d2-0cf0-41d1-a420-9a10aa2aa010/cen-tc-449>
5. Černíková T., Dárek D., Klíma T. (2017). *Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích v r. 2016*. Praha, Úřad vlády České republiky.
6. Disman M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.
7. DROGY: *Marihuana* [online]. 2020 [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <http://drogy.ful.cz/drogy/marihuana>
8. DROGY: *Pervitin* [online]. 2020 [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <http://drogy.ful.cz/drogy/pervitin>
9. Dušek K., Večeřová-Procházková A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch, 2. přepracované vydání*. Praha: Grada
10. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
11. Dvořáková T. a kol., TD kontext (2013). *Analýza sociálně vyloučených romských lokalit v Karlovarském kraji*. Karlovarský kraj.
12. E-Qalin. *Evropský interní model měření kvality v sociálních službách*. [online] Dostupné z: <https://eqalin.apsscr.cz/>
13. Fišerová M. *Odvykací syndrom a craving – Neurobiologické aspekty*. In Kalina a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti*: Praha. Úřad vlády ČR.
14. Hanzlík, K. (2018), *Analýza systémů zajištění dostupnosti adiktologických služeb v České republice*. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
15. Hartl P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál.
16. Havrdová Z. (1999). *Kompetence v praxi sociální práce*. In: Baštěcká B., Goldmann P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
17. Hendl J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

18. Holasová M. V. (2014), *Kvalita v sociální práci a v sociálních službách*. Praha: Grada
19. Horeský J. a Lusková D. (2019). *Měření kvality v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR
20. Hrdina P. Harm Reduction – Snižování poškození drogami. In. Kalina a kol. (2003) *Drogy a drogové závislosti*: Praha. Úřad vlády ČR.
21. Jeřábek P. (2015). Psychopatologie závislosti. In. Kalina K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
22. Kalina K. a kol. (2001). *Mezioborový glosář z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: FILIA NOVA.
23. Kalina, K., Radimecký, J. (Eds.) a kol. (2003) *Drogy a drogové závislosti – Mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády ČR.
24. Kamer T. (1994). *Drugs policy in the Netherlands Continuity and change*. Dostupné z https://www.taima.org/nl/nl_uk.htm
25. Koldinská K. Legislativní zakotvení sociálních služeb v ČR. In Matoušek O. A kol (2007). *Sociální služby*. Praha: Portál.
26. Koncepce města Chebu v oblasti protidrogové politiky a ostatních patologických závislostí 2016-2019. (2015). Cheb. Město Cheb, odbor sociálních věcí a zdravotnictví.
27. Koncepce města Chebu v oblasti protidrogové politiky a ostatních patologických závislostí 2020-2022. (2019). Cheb. Město Cheb, odbor sociálních věcí a zdravotnictví.
28. Krajská protidrogová koncepce Karlovarského kraje na léta 2020 – 2024.(2020). Karlovy Vary.
29. Larimer, M., Palmer R., Marlatt, A. An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model Mary. In. Larimer E. (1999). *Alcohol Research & Health*.
30. Matoušek O. (2003). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
31. Matoušek O. A kol. (2003). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.
32. Matoušek O., Kolářková J., Kodymová (2005). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.
33. Matoušek O. A kol. (2007). *Sociální služby*. Praha: Portál.
34. Matoušek O a kol. (2007). *Základy sociální práce*. Praha: Portál.
35. Minařík J. Opioidy a opiáty. In Kalina. K. (2003). *Drogy a drogové závislosti*; 2. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky.
36. Minařík J., Kmoch V. Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In. Kalina K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

37. Miovský M. Konopné drogy. In. Kalina k. (2003). *Drogy a drogové závislosti*; 2. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky.
38. Miovský, M. (2009). *Kvantitativní přístup a metody psychologického výzkumu*. Praha: Grada.
39. MPSV. Registr poskytovatelů sociálních služeb. [online]. 2021 [cit. 2021-05-25]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb/>
40. Mravčík V., Chomynová P., Grohmannová K., Janíková B., Černíková T., Rous Z., Leštinová Z., Blanka Nechanská B., Cibulka J., Fidesová H., Vopravil J. (2019). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018*. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.
41. Mravčík V., Chomynová P., Grohmannová K., Janíková B., Černíková T., Rous Z., Cibulka J., Fidesová H., Vopravil J. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.
42. Mravčík V., Chomynová P., Grohmannová K., Janíková B., Černíková T., Rous Z., Cibulka J., Fidesová H., Vopravil J. (2021). *Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.
43. Müllerová, P., Matoušek, O., Vondrášková, A. Sociální práce s uživateli drog. In. Matoušek, O. a kolektiv. *Sociální práce v praxi*. (2005). Praha: Portál.
44. National Institute on Drug Abuse. Drug and Addiction Science: The Basics. [online]. 2020 [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <https://www.drugabuse.gov/publications/media-guide/science-drug-use-addiction-basics>
45. Nešpor K. Odvykací syndrom a craving – Klinické a behaviorální aspekty. In Kalina a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti*: Praha. Úřad vlády ČR.
46. Nešpor K. (2007). Craving (bažení) u návykových nemocí – jeho význam a léčba jeho význam a léčba. *Psychiatrie pro praxi*. 1: 32–34
47. Obchodní rejstřík. Sběrka listin Kotec o.p.s. *Zpráva auditora* [online]. 2022 [cit. 2022-04-16]. Dostupné z: <https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-sl-firma?subjektId=723180>
48. Orliková B. Drogová poradna. Streetwork, K-centra. *Harm reduction (snižování rizik)*. [online]. 2022 [cit. 2022-04-16]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/streetwork,-k-centra.html>
49. Páleníček T., Janů L., Duška F., Návykové nemoci vyvolané alkoholem a jinými návykovými látkami. In. Seifertová D., Praško J., Höschl C. (2008). *Postupy v léčbě psychiatrických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis
50. Parker, J., Bradley, G. (2011) *Social work practice. Assessment, Planning, Intervention and review*. Exeter: Learning Matters.
51. Petrusek M. (1993). *Teorie a metoda v moderní sociologii*. Praha: Karolinum

52. Petruželka, B., Hanzlík, K. (2021). *Analýza stavu drogové scény a závislostního chování v Karlovarském kraji v roce 2021*, Karlovy Vary, Karlovarský kraj.
53. Plnění plánu města Chebu v oblasti protidrogové politiky za rok 2019. (2019). Cheb: Město Cheb, odbor sociálních věcí a zdravotnictví
54. Plnění plánu města Chebu v oblasti protidrogové politiky za rok 2020. (2020). Cheb: Město Cheb, odbor sociálních věcí a zdravotnictví
55. Raminecký J. Přehled drogové situace v České republice v roce 2001. In Kalina a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády.
56. Radimecký, J. (Ed.), Solčány, J. a Zahálka, M. (2008) *Analýza stavu drogové scény Karlovarského kraje: Závěrečná zpráva*, Karlovy Vary, Karlovarský kraj.
57. Radimecký, J., Solčány, J. a Zahálka, M. (2017) *Analýza drogové scény Karlovarského kraje: Závěrečná zpráva*, Karlovy Vary, Karlovarský kraj.
58. Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing.
59. Rhodes, T. (1999). *Terénní práce s uživateli drog: Zásady a praxe*. Brno: Albert.
60. Řezníček, I., (2000). *Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Dotisk 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství.
61. Stimson, G. (1995). AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993: the policy response and the prevention of the epidemic.
62. Strauss, A., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.
63. Šik V. (2012). Supervize jako nástroj řízení a podpory kvality v oblasti pomáhajících profesí. *Trendy v podnikání = Business trends : vědecký časopis Fakulty ekonomické ZČU v Plzni*, 2012, (2), str. 14-20
64. Tomeš I. Sociální politika, sociální služby a sociální práce. In Matoušek a kol. (2007) *Základy sociální práce*. Praha: Portál.
65. Total Quality Management. *Co je Total Quality Management (TQM)* [online]. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/total-quality-management>
66. Úřad vlády ČR.(2021). *Státní závěrečný účet za rok 2020. Kapitola 304*. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/urad-vlady/zaverecny-ucet-kapitoly/STATNI-ZAVERECNY-UCET-ZA-ROK-2020.pdf>
67. Vágnerová M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál.
68. Vimr J. (2019). *Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky Karlovarského kraje za rok 2018*. Karlovarský kraj.

69. Vimr J. (2020). *Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky Karlovarského kraje za rok 2019*. Karlovarský kraj.
70. Vimr J. (2021). *Výroční zpráva o realizaci politiky v oblasti závislosti v Karlovarském kraji za rok 2020*. Karlovarský kraj.
71. Vokurka, M., Hugo J. (2007). *Velký lékařský slovník*. 7. Praha: Maxdorf, xv.
72. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
73. Vyhláška 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
74. Výroční zpráva 2015 Kotec. Cheb: Kotec o.p.s.
75. Výroční zpráva 2016 Kotec. Cheb: Kotec o.p.s.
76. Výroční zpráva 2017 Kotec. Cheb: Kotec o.p.s.
77. Výroční zpráva 2018 Kotec. Cheb: Kotec o.p.s.
78. Výroční zpráva 2015 Světlo Kadaň z.s.
79. Výroční zpráva 2016 Světlo Kadaň z.s
80. Výroční zpráva 2017 Světlo Kadaň z.s
81. Výroční zpráva 2018 Světlo Kadaň z.s
82. Výroční zpráva 2019 Světlo Kadaň z.s
83. Výroční zpráva 2020 Světlo Kadaň z.s
84. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)
85. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
86. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu
87. Zákon č. 379/2005 Sb., Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů
88. Značka kvality v sociálních službách. *O značce kvality* [online]. 2022 [cit. 2022-10-25]. Dostupné z <https://www.znackakvality.info/>

Seznam Tabulek

| | |
|---|----|
| Tabulka 1 - Počet klientů nízkoprahových služeb v Karlovarském kraji v letech 2015-2020..... | 34 |
| Tabulka 2 - Počet distribuovaných injekčních stříkaček v nízkoprahových službách v Karlovarském kraji v letech 2015-2020..... | 35 |
| Tabulka 3 - Výdaje na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu podle resortů v letech 2015-2020...39 | |
| Tabulka 4 - Rozpočet Karlovarského kraje na protidrogovou politiku v období 2015-2020 (v tis.)..... | 40 |
| Tabulka 5 - Hospodaření organizace Kotec o.p.s. v období 2015-2020 (v tis. Kč.)..... | 41 |
| Tabulka 6 - Hospodaření organizace Světlo Kadaň z.s. v období 2015-2020 (v tis. Kč.)..... | 41 |
| Tabulka 7 – Základní informace o výzkumu..... | 51 |
| Tabulka 8 – Četnost odpovědí respondentů na položenou otázku..... | 55 |
| Tabulka 9 – Četnost odpovědí respondentů na položenou otázku | 58 |
| Tabulka 10 - Četnost odpovědí respondentů na položenou otázku..... | 62 |
| Tabulka 11 – Četnost odpovědí respondentů na položenou otázku..... | 63 |
| Tabulka 12 – Četnost odpovědí respondentů na položenou otázku..... | 65 |
| Tabulka 13 – Četnost odpovědí respondentů na položenou otázku..... | 66 |
| Tabulka 14 – Četnost odpovědí respondentů na položenou otázku..... | 67 |

Příloha 1 - Osnova pro interview

- **informace o respondentech:** délka praxe, organiz
- **Otázky pro respondenty:**

OKRUH 1 - Informovanost o sociálních službách organizace

- *Jak se zájemci o vaších službách dozvídají?*

OKRUH 2 - Personální a finanční zázemí organizace

- *Je vaše služba dostupná všem, kdo o ni projeví zájem? Jak dlouho musí zájemce čekat na poskytování sociální služby vaší organizací? Jsou klienti, kteří se vrací do vaší organizace, upřednostňováni? Máte poradník pro poskytování služeb?*
- *Schází vám pracovníci v přímé péči? Kolik asi?*
- *Musí mít ve vaší organizaci sociální pracovník nějakou dovednost nebo vzdělání, které není definováno v zákonem 108/2006 Sb. o sociálních službách? Co je to?*
- *Máte povědomí, odkud pochází finanční prostředky vaší organizace? Odkud asi?*
- *Už se stalo, že vaše organizace musela nějakou službu zrušit? Popřípadě jakou? Jaký byl důvod ukončení služby?*
- *Jaký postoj, má podle Vašeho názoru, Krajský úřad Karlovarského kraje k sociálním službám pro drogově závislé lidi?*

OKRUH 3 - Způsob práce sociálního pracovníka s klientem

- *Rozhoduje o stylu Vaší práce s klientem, jak moc je pod vlivem návykové látky? Jak vypadá vaše práce s intoxikovaným klientem?*
- *Jak si nastavujete hranice mezi Vámi a klientem?*
- *Už se Vám stalo, že jste kvůli intoxikaci klienta musel/a odmítnout poskytnutí služby? Pokud ano, jak se klient projevoval, že jste musela být služba odmítnutá?*
- *V čem se liší Vaše komunikace s klientem, který není pod vlivem návykové látky, a tím, který je intoxikován? Přemýšlíte více nad slovy, která volíte v komunikaci s klientem pod vlivem návykové látky? Volíte témata rozhovoru s klientem?*
- *Co se Vám nejvíce osvědčuje při práci s Vašimi klienty?*

- *Jak se Vám daří zachovávat anonymitu Vašich klientů? Už se Vám stalo, že klient odmítl poskytnutí služby, protože nevěřil, že vaše organizace bude schopna zachovat jeho anonymitu? Vědí Vaši klienti, že si o nich vedete záznamy? Jak se k tomu stavíte?*

- *Jaká vaše služba je nejvíce využívána? Proč si myslíte, že to tak je?*

OKRUH 4 - Následná péče o klienty

- *Kolik vašich klientů, kteří se vrátili z léčby, abstinuje?*

- *Co je důvodem toho, že se někteří klienti opět vrátili k drogám? Problémy v práci, doma atd. Jak dlouho, v průměru, dokážou vaši klienti po návratu z léčby abstinovat? Prodlužuje se s počtem absolvovaných léčení období abstinence?*

- *Jak moc pomáhají abstinujícím klientům služby následné péče? Jaké služby klienti konkrétně využívají?*

- *Jakou podporu poskytujete klientům po návratu z léčby, aby vydrželi abstinovat?*

OKRUH 5 - Spolupráce organizace s ostatními organizacemi

- *S jakými organizacemi spolupracujete?*

- *Jaká je vámi nejčastěji požadovaná služba od organizací, se kterými spolupracujete?*

- *Jaký máte názor na spolupráci s organizacemi, se kterými spolupracujete?*

- *Mají vaši klienti pocit, že pracovníci organizací, se kterými spolupracujete, k nim mají neodsuzující postoj?*

- *Je v Karlovarském kraji potřeba nějaké nové služby pro osoby se závislostí? Jaké? Proč zrovna tahle služba?*