

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Mgr. Ondřej Čalovka

Název diplomové práce:

Uživatelé alkoholu v Kontaktním centru

Alcohol users in low-threshold contact center

Diplomová práce

Vedoucí práce: PaedDr. Martina Richterová-Těmínová

Praha, 2022

Prohlášení:

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

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

V Praze, 2. 12. 2022

Ondřej Čalovka

Podpis:.....

Poděkování

Velmi děkuji PaedDr. Martině Richterové – Těmínové za spolupráci, cenné rady i čas, který mi byl z její strany věnován. Dále děkuji za její vstřícnost a podporu při zpracovávání mé diplomové práce.

Mé poděkování patří i rodině, které jsem se nemohl v době psaní věnovat, za trpělivost a také kolegům a klientům Kontaktního centra RIAPS Trutnov v roli respondentů výzkumu za spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část diplomové práce.

Identifikační záznam

ČALOVKA, Ondřej. Uživatelé alkoholu v Kontaktním centru. [Alcohol users in low-threshold contact center]. Praha, 2022. 75 s., 1 příloha. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2022. Vedoucí závěrečné práce PaedDr. Martina Richterová-Těmínová.

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá uživateli alkoholu v kontaktním centru. Zaměřuje se na jejich charakteristiku a analýzu jejich potřeb. Teoretická část poskytuje ucelený obraz o zkoumané problematice, podložený domácími i zahraničními zdroji. Empirická část vychází z popisné statistiky a kvalitativního sběru dat.

Hlavním cílem diplomové práce je charakterizovat uživatele alkoholu v kontaktním centru a prozkoumat jejich potřeby.

Výzkumný soubor tvořilo 16 respondentů, z toho 12 klientů kontaktního centra a 4 pracovníci.

Pro účely výzkumu bylo zvoleno metody popisné statistiky a polostrukturovaného rozhovoru s využitím zakotvené teorie.

Výsledky interpretují odpovědi na výzkumné otázky. Výzkumné šetření přineslo charakteristiku 4 kategorií klientů kontaktního centra – uživatelů alkoholu. Služba napomáhá naplňovat potřeby v rovině osobní hygieny, potravy, ale také třeba i bezpečí a důvěry. Pro část klientů je důležitá rychlá dostupnost služby a práce s udržení motivace k léčbě. Klientům je užitečná i pomoc v sociální oblasti – pomoc s vyřízením sociálních dávek, dokladů, doprovody na úřady, pomoc s hledáním bydlení, práce apod. Především pro klienty bez domova jsou služby velmi atraktivní. Bylo ověřeno, že pro uživatele alkoholu centrum plní funkci jako vstupní brány do systému péče ve chvíli, kdy jsou ostatní služby nedostupné. Vedle toho slouží jako sociální síť, která udržuje sociálně vyloučené klienty před ještě větším sociálním propadem. Nedílnou součástí práce s uživateli alkoholu v centru je minimalizace rizik, a to jak z hlediska samotné konzumace alkoholu, tak v široké perspektivě dalších rizik, která s pitím souvisí – zdravotní, sociální, psychická. Svou činností tak napomáhají k ochraně veřejného zdraví v širokém slova smyslu.

Klíčová slova: alkohol – kontaktní centrum – harm reduction – analýza potřeb

Abstract

The diploma thesis deals with alcohol users in a low-threshold contact center. It focuses on their characteristics and analysis of their needs. The theoretical part provides a comprehensive picture of the investigated issue, supported by domestic and foreign sources. The empirical part is based on descriptive statistics and qualitative data collection. The main goal of the thesis is to characterize alcohol users in a contact center and to explore their needs. The research group consisted of 16 respondents, of which 12 were clients of the contact center and 4 were employees. For the purposes of the research, the methods of descriptive statistics and semi-structured interview using grounded theory were chosen. The results interpret the answers to the research questions. The research investigation yielded characteristics of 4 categories of contact center clients - alcohol users. The service helps to fulfill needs in terms of personal hygiene, food, but also safety and trust. For some clients, quick availability of services and work while maintaining motivation for treatment is important. Help in the social field is also useful for clients - help with processing social benefits, documents, escorts to offices, help with finding housing, work, etc. The services are very attractive, especially for homeless clients. It has been verified that for alcohol users the center acts as a gateway to the care system at a time when other services are unavailable. In addition, it serves as a social network that keeps socially excluded clients from further social decline. An integral part of the work with alcohol users in the center is the minimization of risks, both from the point of view of alcohol consumption itself, and in the broad perspective of other risks associated with drinking - health, social, psychological. Through their activities, they thus help to protect public health in the broadest sense of the word.

Keywords: alcohol – low threshold contact center – harm reduction – needs analysis

Obsah:

I. Úvod.....	8
II. Teoretická část.....	11
1. ALKOHOL.....	11
1.1 Účinky alkoholu a poruchy jím způsobené.....	12
1.2 Veřejnozdravotní význam užívání alkoholu.....	14
1.3 Užívání alkoholu v dospělé populaci	15
1.4 Zdravotní a sociální důsledky užívání alkoholu.....	16
2. ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO UŽIVATELE ALKOHOLU.....	19
2.1 Kontaktní centrum.....	22
2.1.1 Kontaktní centrum RIAPS Trutnov.....	25
3. MNIMALIZACE RIZIK A ALKOHOL.....	29
4. POTŘEBY.....	33
4.1 Metody zjišťování potřeb a potřebnosti.....	35
4.1.1 Analýza potřeb.....	36
III. Praktická část.....	38
5. CÍLE VÝZKUMU.....	38
5.1 Výzkumná otázka.....	38
6. METODY VÝZKUMU.....	39
6.1 Výzkumný soubor.....	39
6.2 Metody získávání dat.....	40
6.3 Zpracování a analýza dat.....	41
6.4 Etika výzkumu.....	42
6.5 Metodologická omezení a kvalita dat.....	43
7. VÝSLEDKY.....	44
7.1 Statistická data Kontaktního centra RIAPS Trutnov.....	44
7.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	49
7.3 Výzkumné otázky – výsledky.....	51
8. DISKUZE.....	62
9. ZÁVĚR.....	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	75
PŘÍLOHY.....	76

ÚVOD

Více než 5 % celkové celosvětové úmrtnosti jde na vrub užívání alkoholu (WHO, 2019). Česká republika se dlouhodobě řadí k zemím s nejvyšší spotřebou alkoholu v Evropě, patří k zemím s nejvyšší mírou užívání nadměrných dávek alkoholu v Evropě. Je jednou z hlavních příčin nemocnosti a úmrtnosti v České republice. Pouze nízké procento osob s problémy se závislostí vyhledá odbornou pomoc. Proto je na místě průběžná reflexe dostupných postupů v oblasti prevence i léčby potíží, které jsou s nadužíváním alkoholu spojeny. Je třeba průběžně sledovat a hodnotit měnící se nabídku i poptávku, a to co do obsahu i charakteru potřeb potenciálních uživatelů psychosociálních služeb. Rozšíření a doplnění tradiční nabídky metod a postupů a jejich zpřístupnění širšímu okruhu profesionálů, stejně jako citlivá a přiměřená informační strategie cílená na osoby ohrožené závislostí, je proto aktuálním tématem. (Funke et al., 2021).

Alkohol má v našem regionu historickou a kulturní tradici, vedle toho zde existuje výrazná společenská tolerance vůči němu. To s sebou samozřejmě přináší mnohé problémy ať už na úrovni jedince, jeho nejbližšího okolí, komunity či celé společnosti. Za účelem řešení problémů alkoholem a jinými psychoaktivními látkami způsobených postupně vznikla síť služeb, která se také průběžně historicky vyvíjí a snaží se reagovat na společenské změny a měnící se potřeby klientů. Někdy se jedná o evoluční, jindy o dynamický proces změn.

Co se týče péče o uživatele alkoholu, síť AT ambulancí, které v dřívějších dobách zajišťovaly léčbu uživatelů alkoholu a jiných návykových látek, se po roce 1989 vzhledem k privatizaci zdravotních ambulantních služeb rozpadla. (Libra, In Kalina, 2003). Jedním z hlavních důvodů, proč se tak stalo bylo, že v oblasti léčby závislostí byly dlouhou dobu definovány pouze dva výkony navázané na specializaci v oboru „návykové nemoci“, a to vyšetření alкотestem a disulfiramová (antabusová) reakce prováděná u pacienta při zahájení desenzibilizační léčby při závislosti na alkoholu. Ostatní výkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění byly vázány buď na odbornost psychiatra, nebo se jednalo o univerzální průřezové výkony pro různé odbornosti. A pro privátní ambulance bylo nerentabilní s těmito náročnými pacienty pracovat. (Miovský et al., 2014). Péče o závislé a závislostí ohrožené je komplikovaná, a ne každý psychiatr je ochoten se jí systematicky věnovat. Pro uživatele nelegálních návykových látek, kteří je užívají rizikovým způsobem, v průběhu porevolučních let vznikla síť terénních, kontaktních a poradenských služeb. Většina z nich je registrována jako sociální služba, ale čím dál více si registraci postupně rozšiřuje i o registraci zdravotní. V té době vznikl určitý paradox, kdy se objevila zjevná disproporce mezi počtem problémových uživatelů alkoholu a pro ně

dostupnými službami vs. počet problémových uživatelů drog a pro ně dostupnými službami. Jinými slovy, problémoví uživatelé nelegálních drog měli a nadále mají k dispozici dostupnější ambulantní či terénní adiktologickou péči, ačkoliv jich je proporcčně mnohem méně. Tento nepoměr se částečně snaží vykompenzovat postupně vznikající síť adiktologických ambulancí. Tato zařízení, pokud uzavřou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, mohou vykazovat 6 výkonů adiktologické péče. V roce 2017 bylo takových ambulancí v celé ČR 24. (Čalovka & Sklenář, 2017). I přesto, že postupný rozvoj těchto poskytovatelů je pozitivním trendem, i nadále mají služby pro uživatele alkoholu pro některé typy případných klientů příliš vysoký práh v podobě povinnosti sdělování osobních údajů, dlouhých objednacích lhůt, místní nedostupnosti apod. Podstatnou bariérou adiktologických ambulancí je i nutnost indikace péče adiktologa psychiatrem, kteří jsou v rámci ambulantní péče velmi těžce dostupní. A velkým limitem v přístupu k uživatelům alkoholu je, že stále přetrvává abstinencně orientovaný přístup v léčbě, přístup zaměřený na snižování škod je výjimečný.

Diplomová práce se věnuje tématu uživatelů alkoholu v kontaktním centru. Kontaktní centra se od jejich vzniku v devadesátých letech minulého století a nultých letech století 21. profilovala jako služby pro uživatele nelegálních psychoaktivních látek. Takto vyprofilované nízkoprahové služby prokázaly svou nezbytnost, potřebnost a užitečnost v síti adiktologických služeb. V posledních letech některá centra zaměřila svou pozornost i na uživatele alkoholu jako další cílovou skupinu, které by využívání služeb mohlo být užitečné. Jedním z průkopníků takových center se před deseti lety stalo i Kontaktní centrum RIAPS Trutnov a u této inovace byl v roli vedoucího služby autor práce. Za touto aktivitou stála především samotná poptávka uživatelů alkoholu po nízkoprahových službách, souběžně i nedostatek jiných alternativ služeb v Trutnově pro osoby ohrožené závislostí na alkoholu, ale třeba i bezdomovectvím. Vedle toho hrála svou roli o vnitřní potřeba pracovníků centra této skupině začít nějakým způsobem pomáhat. Ukázalo se, že legislativně v tomto rozvoji nic nestojí. Naopak se ukázalo, že takový postup měl v té době oporu v Akčním plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013-2015, kde se v aktivitě 6.6 hovořilo o rozšíření cílové skupiny nízkoprahových služeb pro uživatele návykových látek i o uživatele alkoholu a zavádění služeb minimalizaci rizik pro tuto cílovou skupinu (Čalovka et al., 2013). Uživatelé alkoholu se tak v průběhu let stali podstatnou součástí klientely centra. Za dobu práce s uživateli alkoholu se nasbíraly určité zkušenosti, ale současně je nutné provádět jejich vyhodnocení. I za tímto účelem vznikla tato práce. Ta si klade za cíl charakterizovat tyto klienty a provést analýzu jejich potřeb. Volnou inspirací se stala analýza potřeb

klientů využívajících nízkoprahové služby ve Středočeském kraji (Gabrhelík et al., 2005). Zvolena byla kvalitativní metodologie a popisná statistika.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. ALKOHOL

„Alkohol (chemicky etylalkohol, etanol C₂H₅-OH) vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů – buďto z jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci (nejčastěji plody vinné révy) nebo z polysacharidů z obilných zrn nebo brambor. Vyšší koncentrace se dosahuje destilací. Alkoholy tvoří celou skupinu látek, z nichž etylalkohol, druhý nejjednodušší, převzal jako nejznámější jméno celé skupiny.“ (Popov, 2003, s. 151).

Alkohol je nejstarší a také nejvíce užívanou psychoaktivní látkou na světě. V téměř všech zemích světa je legální a jeho konzumace je běžně akceptována. V průběhu historie lidstva i v rámci jednotlivých kultur různých mělo jeho užívání různé funkce a podoby. Alkohol byl, a i nadále je součástí mnoha náboženských rituálů, v dřívějších dobách také sloužil jako podstatný zdroj živin, byl také využíván v lékařství především pro antiseptické a analgetické účinky. Velký přínos měl a stále má pro společenský život, jelikož je v mnoha kulturách využíván jako prostředek k uvolnění napětí a ke zvýšení společenskosti jeho uživatelů. V historii lze najít různá období, kdy byl alkohol masivně konzumován, která se střídala s obdobími omezené konzumace často v důsledku legislativních opatření, které byly reakcí právě na jeho přílišnou konzumaci. (Holcnerová, 2018). *„Tradičním přístupem k alkoholu v kulturách, které alkohol tolerují, je přísně rozlišovat mezi střídavým užíváním alkoholu jakožto kulturní hodnotou a zdrojem potěšení a zneužíváním alkoholu a závislostí jakožto problémovými oblastmi.“ (Uhl, 2008, s. 9).*

Archeologické nálezy svědčí o tom, že alkohol byl historicky vyráběn a používán již v době starověkých civilizací, ať již jako nápoj nebo jako součást rituálních obřadů. Současně byl a nadále je používán v oficiální i lidové medicíně. (Popov, 2003). Jenč (1998) uvádí, že důkazy o přípravě vína lze najít již v roce 3 500 př. n. l. na území Mezopotámie. Starověcí Sumerové, Babylóňané a Asyřané vyráběli nápoj podobný pivu již v roce 2 800 př. n. l.

Společně s nikotinem se jedná o legální návykovou látku. Psychotropní účinek působí ovlivnění dopaminergního, noradrenergního, GABAergního a opioidního neurotransmitterového systému. Alkohol je látka s velkou orgánovou toxicitou a zahrnuje i neurotoxicitu. (Minařík & Kmoch in Kalina, 2015).

Alkohol se nejčastěji aplikuje ústy. Jiné možnosti aplikace jsou sice možné, ale velmi málo obvyklé.

Alkohol dobře prochází biologickými membránami, rychle se vstřebává z trávicího traktu a prochází hematoencefalickou membránou do mozku. Maximální přítomnost v krvi se vyskytuje po 30–90 minutách po požití. (Minařík & Kmoch in Kalina, 2015).

1.1 Účinky alkoholu a poruchy jím způsobené

„Neurobiologický substrát vlivu alkoholu na psychické funkce je dán změnami, ke kterým dochází v metabolismu neurotransmiterů (zejména dopaminu a noradrenalinu) v CNS. Při alkoholismu dochází útlumu dopaminergní, serotonergní a taurinergní aktivity. Dochází rovněž k potlačení inhibičního účinku kyseliny gama aminomáselné (GABA). Naopak zvýrazněna je aktivita glutamátu, zvyšuje se aktivita kalciových kanálů v neuronech a počet NMDA receptorů, dochází k hyperstimulaci cholinergního, noradrenergního a opioidového systému. Podkladem somatického poškození organismu při alkoholismu je zejména tkáňová aktivita acetaldehydu, vznikajícího při biodegradaci etylalkoholu.“ (Popov, 2003 s. 152).

Samotný účinek je odvislý od dávkování, svou roli hraje i prostředí, zdravotní stav, anticipace účinku a dispozice intoxikovaného jedince. Nejčastějším projevem je prostá ebrieta. V malých dávkách alkohol působí jako stimulant, ve vyšších dávkách tlumí.

„Intoxikace má 4 stadia v závislosti na hladině alkoholu v krvi:

- 1. Lehká opilost – excitační stadium (alkoholemie do 1,5‰ čili 1,5 g/kg).*
- 2. Opilost středního stupně – hypnotické stadium (alkoholemie do 1,6‰).*
- 3. Těžká opilost – narkotické stadium (alkoholemie více než 2‰).*
- 4. Těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu – asfyktické stadium (alkoholemie nad 3‰).“ (Minařík & Kmoch in Kalina, 2015, s. 52).*

Mezi krátkodobé účinky, na jejichž výskyt má vliv výše dávky, patří poruchy rovnováhy, změny svalového napětí, prodloužení reakčního času, nauzea, zvracení. Na úrovni chování se může zvyšovat agresivita, snižuje se sebekontrola a sebekritičnost, která může vést ke zvýšeně riskantnímu chování. To může mít svoje důsledky jak na úrovni psychické – stud, výčitky atd. po vystřízlivění, tak na úrovni fyzické – úrazy. Výrazná intoxikace může způsobit kvantitativní poruchu vědomí

a končit smrtí. Dlouhodobé účinky a důsledky jsou popsány níže v podkapitole nazvané Zdravotní a sociální důsledky užívání alkoholu.

Holcnerová (2019) jako vzorce užívání uvádí:

- abstinenci – zdržení se nebo zřeknutí se užívání alkoholu bez ohledu na důvod,
- mírné užívání, které nezpůsobuje potíže ani jedinci, ani společnosti,
- epizodické užívání – nárazové užívání vysokých dávek alkoholu v době volna
- nadměrné užívání, které vede nebo zvyšuje riziko vzniku zdravotních problémů v důsledku užívání alkoholu nebo komplikuje prevenci a léčbu jiných zdravotních problémů.

Především poslední dva vzorce mohou být důvodem pro vyhledání odborné pomoci. Z hlediska psychiatrie lze poruchy v souvislosti s konzumací alkoholu rozčlenit do dvou základních skupin:

1) poruchy, způsobené samotným účinkem alkoholu na centrální nervový systém, a to buď bezprostředně (intoxikace alkoholem), nebo jako následek chronického zneužívání alkoholu (odvykací stav, psychotická porucha, amnestický syndrom),

2) poruchy, které se projevují návykovým chováním, souvisejícím se zneužíváním abusem alkoholu (narušená kontrola užívání) a které mohou vyústit v závislost (ztráta kontroly užívání alkoholu, syndrom závislosti na alkoholu). (Popov, 2003).

Mezinárodní klasifikace nemocí (WHO, 2000) označuje poruchy vyvolané požíváním alkoholu znaky F10.XX. V souvislosti s alkoholem a jinými psychoaktivními látkami uvádí tyto poruchy:

- Akutní intoxikace označená jako F1X.0
Ta se dále dělí na: nekomplikovanou (F1X.00); s traumatem nebo s jiným tělesným poškozením (F1X.01); s jinými zdravotními komplikacemi (F1X.02); s delíriem (F1X.03); s poruchami vnímání (F1X.04); s kómatem (F1X.05); s křečemi (F1X.06); patologická intoxikace (F1X.07).
- Škodlivé užívání (F1X.1)
- Syndrom závislosti (F1X.2)
Ten může být dále specifikován: v současnosti abstinuje (F1X.20); v současnosti abstinuje, ale v chráněném prostředí (F1X.21); v současnosti abstinuje při klinicky sledovaném udržovacím nebo substitučním režimu (F1X.22); v současnosti abstinuje, avšak při léčbě averzivními nebo

- blokujícími drogami (F1X.23); v současnosti užívá látku – aktivní závislost (F1X.24); souvislé užívání (F1X.25); epizodické užívání – dipsomanie (F1X.26).
- Odvykací stav (F1X.3)
Odlíší se odvykací stav nekomplikovaný (F1X.30) a odvykací stav s křečemi (F1X.31).
 - Odvykací stav s deliriem (F1X.4)
I ten se dělí na stav bez křečí (F1X.40) a stav s křečemi (F1X.41).
 - Psychotická porucha (F1X.5)
Psychotický stav se dále specifikuje na: schizoformní (F1X.50); převážně bludná (F1X.51); převážně halucinatorní – zahrnuje alkoholickou halucinózu (F1X.52); převážně polymorfní (F1X.53); s převahou depresivních příznaků (F1X.54); s převahou manických příznaků (F1X.55); smíšená (F1X.56).
 - Amnestický syndrom (F1X.6)
 - Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem (F1X.7)
Tato diagnostická skupina se dále dělí na: psychotické reminiscence (F1X.70); porucha osobnosti nebo chování (F1X.71); reziduální afektivní porucha (F1X.72); demence (F1X.73); jiné přetrvávající narušení kognitivních funkcí (F1X.74); psychotická porucha s pozdním začátkem (F1X.75);
 - Jiné duševní poruchy a poruchy chování (F1X.8)
 - Nespecifikovaná duševní porucha a porucha chování (F1X.9)

1.2 Veřejnozdravotní význam užívání alkoholu

Vliv alkoholu na celkovou zdravotní zátěž je velmi významný. „*Svémi zdravotními a sociálními důsledky je pro společnost mnohem nebezpečnější než užívání tzv. nelegálních drog.*“ (Vavřínková & Binder, 2006, s. 55). Ve vyspělých zemích včetně ČR je jednou z hlavních příčin nemocnosti a předčasné úmrtnosti. V roce 2016 byl alkohol celosvětově zodpovědný za 7,2 % všech předčasných úmrtí u jedinců ve věku 69 let a mladších. (WHO, 2018). Alkohol přispívá ke vzniku více než 200 onemocnění. Největší podíl zdravotní zátěže alkoholu představují kardiovaskulární nemoci, novotvary, gastrointestinální nemoci (především nemoci jater) a vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti jako nehody, úrazy nebo otravy. Alkohol také často poškozuje okolí uživatele (fetální alkoholový syndrom, násilí, nehodovost, ztráta produktivity apod.). Vztah mezi množstvím etanolu obsaženého ve vypitém alkoholu a škodlivými zdravotními důsledky je nepopiratelný, přičemž jakékoliv množství etanolu je zdraví škodlivé. Z hlediska zdraví je podstatné množství vypitého etanolu, nikoliv druh alkoholického nápoje. Již jakékoliv množství alkoholu představuje riziko negativních důsledků a žádnou dávku alkoholu nelze doporučit jako prospěšnou či

považovat za bezpečnou. Rizikovým pitím alkoholu se má na mysli průměrná denní konzumace více než 20 g etanolu u žen a více než 40 g etanolu u mužů. Za škodlivé pití alkoholu (s již vysokým rizikem zdravotních obtíží) je považována průměrná denní konzumace více než 40 g etanolu u žen a více než 60 g etanolu u mužů. Jednorázová konzumace velkého množství alkoholu (nárazové pití) představuje další významné riziko. Standardní dávka alkoholu (standardní nápojová jednotka), tedy 0,5 l piva, 2 dcl vína nebo 5 cl 40% destilátu obsahuje 10–20 g čistého lihu. Pití v průměru více než 2–3 sklenic denně u mužů a 1–2 sklenice u žen lze tedy považovat za rizikové (4 a více sklenic u mužů a 2 a více sklenic u žen v průměru denně pak lze považovat za škodlivou konzumaci). Nárazové pití (binge drinking) je definováno jako vypití 5 a více sklenic při jedné příležitosti. ČR patří mezi země s nejvyšší průměrnou spotřebou alkoholu na obyvatele. Průměrně je v ČR spotřebováno 10 litrů etanolu na 1 obyvatele za rok, což odpovídá množství přibližně 22 g na 1 obyvatele/den včetně dětí a seniorů. Rovněž výskyt nárazového pití alkoholu patří k nejvyšším na světě. (Mravčík et al., 2021).

1.3 Užívání alkoholu v dospělé populaci

Celkové množství vypitého alkoholu v přepočtu na osobu v celosvětové populaci ve věku 15 let a vyšším narostlo z 5,5 litrů čistého alkoholu zkonsumovaného v roce 2005 na 6,4 litrů v roce 2010 a toto množství stále platilo i v roce 2016. Největší množství vypitého alkoholu na osobu je pozorováno v Evropě. (WHO, 2018). Míra užívání alkoholu v dospělé populaci ČR je vysoká. Výsledky se jeví konzistentně napříč různými studiemi. Alkohol pije denně cca 10 % dospělých osob. Od roku 2014 lze sledovat nárůst prevalence denní konzumace alkoholu, a to zejména u mužů. Časté pití nadměrných dávek alkoholu (5 a více sklenic) při jedné příležitosti (alespoň jednou týdně) uvádí 12–13 % dospělých. Rizikově v ČR konzumuje alkohol odhadem 17–19 % dospělé populace (tedy 1,5–1,7 mil. lidí), z toho do kategorie škodlivé konzumace spadá 9–10 % dospělé populace (800–900 tis. lidí). Současně přibližně 11 % populace splňuje diagnostická kritéria závislosti na alkoholu. Prevalence škodlivého užívání alkoholu je dlouhodobě 2–3krát vyšší u mužů než u žen. (Mravčík et al., 2021).

Průzkum mezi lékaři nabídl odhad rizikových konzumentů alkoholu, o kterých si jsou lékaři vědomi, že mají problém s konzumací alkoholu, na 150–170 tis. osob. (Mravčík, 2021).

Uživatelé alkoholu, které vstupují do léčby závislosti na alkoholu je jedna třetina, zbytek tvoří muži. Lidé závislí na alkoholu ve většině konzumují různé druhy nápojů. Muži preferují z 44 % lihoviny a z 37 % pivo, ženy dávají přednost vínu (47 %) a lihovinám (32 %). Až 60–70 % žen v ČR konzumuje alkohol během těhotenství (jedná se o velké riziko z hlediska teratogenního působení na plod), až 8–19 % těhotných konzumuje alkohol pravidelně nebo rizikově. (Mravčík et al., 2021). Vavřínková a Binder (2006) k tomu naopak uvádějí, že alkoholismus není u těhotných v ČR velmi častý, ojediněle se s ním lze setkat u starších vícerodíček z nižších sociálních vrstev nebo u žen bez partnera. Mravčík et al. (2021) dále píše, že i v ČR existují vulnerabilní nebo rizikové skupiny populace, ve kterých je míra užívání alkoholu vyšší než v obecné populaci. Jedná se např. o Romy, osoby sociálně vyloučené, jedince bez domova nebo lidi se zkušeností s výkonem trestu odnětí svobody. U těchto osob alkohol může přispívat k významnějšímu prohlubování jejich socioekonomického znevýhodnění. Klidem bez domova Hnilicová & Dobiášová (2018) zmiňují průzkum Ministerstva práce a sociálních věcí ČR z roku 2015 prostřednictvím obcí s rozšířenou působností bylo zjištěno, že u 80 % bezdomovců byl alkoholismus hlavní příčinou, proč skončili na ulici. Vágnerová et al. (2018) provedli narativní výzkum mezi osobami bez domova, který ukázal, že polovina z nich pije nadměrně alkohol a je na něm, případně byla, závislá, dalších 13 % mužů pije alkohol často, i když závislí na něm nejsou. Jedním z dalších důvodů vysoké míry konzumace alkoholu v ČR je i vysoká tolerance české společnosti k alkoholu, i když postupně dochází k mírnému poklesu přijatelnosti užívání alkoholu.

1.4 Zdravotní a sociální důsledky užívání alkoholu

Z celkového počtu 6–7 tis. alkoholových úmrtí ročně připadá přibližně třetina případů na ty, u nichž je alkohol hlavní nebo jedinou příčinou úmrtí. Úmrtnost pro příčiny související s alkoholem a podíl příčin úmrtí souvisejících s alkoholem na celkové úmrtnosti v ČR v posledních letech narůstá, zejména vlivem nárůstu počtu případů onemocnění jater. Roste i počet nehod a dokonaných suicidálních pokusů pod vlivem alkoholu. Závislí na alkoholu umírají v průměru o 24 let dříve než je v průměru obvyklé, téměř 83 % z nich v ekonomicky aktivním věku do 64 let. Příčinou úmrtí jsou nejčastěji vnější příčiny (24 %), z nich především náhodná poranění (13 %) a sebevraždy (6 %), dále onemocnění jater (18 %), nemoci oběhové soustavy (15 %) a zhoubné novotvary (7 %). Jde-li o nemoc spojenou s alkoholem, je v ČR ročně hlášeno 13–14 tis. hospitalizací na nemoci zcela přiřaditelné alkoholu, z toho kolem 8 tis. případů pro závislost na alkoholu (cca

60 %), 4 tis. pro onemocnění jater způsobené alkoholem (30 %) a 1 tis. pro alkoholickou pankreatitidu (8 %). Poměr žena a mužů je cca 1 : 2. U ostatních nemocí a poruch, u kterých je alkohol jednou z příčin, se daří monitorovat jen některé – např. 11–16 % případů tuberkulózy se vyskytuje u lidí závislých na alkoholu, alkohol je příčinou 98 % úrazů pod vlivem návykových látek. (Mravčík et al., 2021).

Celkové společenské náklady dosáhly v roce 2016, kdy v ČR proběhl jejich poslední odhad, 56,6 mld. Kč, z toho největší podíl nákladů (51,2 %) tvořily nepřímé náklady v důsledku ztráty produktivity kvůli nemocnosti a předčasné úmrtnosti a dále náklady na léčbu nemocí s užíváním alkoholu souvisejících (24,4 %). V relativním vyjádření dosáhly náklady spojené s konzumací alkoholu v ČR 1,2 % HDP. Alkohol hraje i velkou roli ve výskytu domácího násilí. Odhaduje se, že je v ČR spojen až se dvěma třetinami všech případů domácího násilí. Násilím vyvolaným alkoholem jsou ohroženy především ženy. Riziko agresivního chování zvyšuje nárazové pití. Vedle fyzického násilí zvyšuje alkohol pravděpodobnost násilí sexuálního a také intenzivního násilí psychického. Alkohol je příčinou přibližně 5 % dopravních nehod a při nehodách zaviněných pod vlivem alkoholu zemře přibližně 10 % všech osob usmrčených při dopravních nehodách. Pravděpodobnost dopravní nehody roste s hladinou alkoholu v krvi – u 79 % všech nehod zaviněných alkoholem měl viník hladinu alkoholu v krvi nad 1 ‰, tj. šlo o trestný čin. (Mravčík et al., 2021).

Z výše uvedeného je patrné, že je důležité zabývat se službami pro uživatele alkoholu a současně zvyšovat dostupnost takových služeb na všech možných úrovních, včetně těch s nízkým prahem. A jak tvrdí Popov (2013, s. 10): *„Zvýšení počtu léčených pro závislost na alkoholu je tedy zásadním předpokladem pro snížení nemocnosti a úmrtnosti na důsledky konzumace alkoholu.“*

I z toho důvodu se v rámci 1. revize Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018 v tomto dokumentu objevila i problematika řešení konzumace alkoholu a v té souvislosti vznikl Akční plán k omezení škod působených alkoholem v ČR pro období 2015 až 2018. V něm bylo explicitně uvedeno, že zcela chybí harm reduction programy zaměřené na uživatele alkoholu. Jednou z dílčích aktivit akčního plánu bylo i zvýšení dostupnosti sociálních služeb pro osoby závislé na alkoholu – Vytvoření a finanční podpora chybějících článků systému péče a zajištění jejich dostupnosti (zejména komunitní, pobytové a nízkoprahové služby) pro osoby, které jsou ohrožené závislostí na alkoholu. Gestorem bylo Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo zdravotnictví. Spolugestorem Úřad vlády ČR – RVKPP. Realizace měla proběhnout do roku 2018 s přesahem do r. 2020 (Ministerstvo zdravotnictví, 2015). Zodpovědnost za koordinaci implementace

a hodnocení Akčního plánu 2015–2018 pro oblast alkoholu neslo Ministerstvo zdravotnictví ČR. Závěrečné hodnocení Akčního plánu 2015–2018 pro oblast alkoholu však nebylo v průběhu hodnocení Národní strategie 2010–2018 ukončeno. (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2019a). V Národní strategii prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním na léta 2019–2027 se již pouze obecně hovoří o koncepčním uchopení oblasti harm reduction opatření pro uživatele alkoholu a tabáku. (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2019b).

2. ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO UŽIVATELE ALKOHOLU

Aktuálně je v ČR odhadováno téměř 300 adiktologických služeb, které mají svůj rámec v oblasti sociálních a zdravotních služeb, ale také ve školství. V roce 2019 bylo v ČR celkem 278 specializovaných adiktologických služeb (nejsou zde započítány preventivní a terénní programy). V průzkumu Sčítání adiktologických služeb 2017 bylo identifikováno celkem 275 adiktologických služeb. (Úřad vlády, 2021). Podle Čalovky (2018) je síť péče o uživatele návykových látek v České republice rozmanitá, což vychází z potřeb dané cílové skupiny. Úřad vlády (2021) uvádí, že vedle sebe koexistuje síť zdravotnických a sociálních služeb, některé s dvojí registrací. Mezi zdravotnická zařízení patří odbornosti v oboru psychiatrie, resp. se specializací v oboru návykových nemocí, která poskytují ambulantní a pobytové zdravotní služby uživatelům alkoholu, v menší míře uživatelům nealkoholových drog a patologickým hráčům. V posledních letech vedle lékařských AT ambulancí vznikají nelékařské adiktologické ambulance vázané na odbornost adiktologa. Druhou větví je síť preventivních programů, nízkoprahových programů, programů ambulantní léčby a poradenství, terapeutických komunit, které mají převážně registraci sociální služby a jsou většinou provozovány nestátními neziskovými organizacemi. Ty se zaměřují zejména na uživatele nelegálních drog, v menší, i když vzrůstající míře na uživatele alkoholu a patologické hráče a osoby blízké, přičemž není výjimkou, že jedna organizace provozuje více zařízení poskytujících adiktologické služby různých typů.

To, že je síť péče rozmanitá, neznamená, že je dostatečná. Jsou regiony, kde jsou potřebné a nejsou dostupné nízkoprahové služby, jinde zase chybí nabídka vhodné ambulantní či pobytové léčby a následné péče. To potvrzuje i Úřad vlády (2021), který konstatuje, že jiná je dostupnost adiktologických služeb ve větších městech a jiná v periferii republiky, čímž se míní široké příhraničí oblasti, hranice krajů, periferie vytvářené lokálními komplikacemi v dopravní dostupnosti apod. Také existuje rozdíl v dostupnosti adiktologických služeb pro různou klientelu. Některé regiony jsou zcela bez některých typů služeb. Již dříve Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2019c), ve vztahu k uživatelům alkoholu oznamoval, že dostupnost adiktologické péče pro uživatele alkoholu je problematická v oblasti ambulantní léčby a následné péče.

Dle Vavrinčíkové (2012) lze říci, že existuje početná skupina uživatelů alkoholu, jejichž potřeby zavedený systém ambulantní či rezidenční léčby neuspokojuje, je pro ně vysokoprahový, kladoucí mnohé bariéry. Miovský et al. (2014) píše, že nezdravotnické programy se většinou zaměřují jen na práci s uživateli nelegálních

drog a neposkytují služby klientele uživatelů alkoholu a patologickým hráčům. Funke et al. (2021) popisují, že odbornou pomoc vyhledá jen 20 % konzumentů, kteří se se závislostí na alkoholu potýkají. Dle těchto autorů je zjevné, že by stávající nabídka psychosociální pomoci zasloužila určitou reformu a zpřístupnění širší populaci. Torre & Zoricic (2009) tvrdí, že menší podíl jedinců, vlastně jen závislí uživatelé alkoholu s dysfunkčními vzorci chování, jsou privilegovanou menšinou, které je určena většina programů terapeutické pomoci. To se jeví jako nespravedlnost vůči běžným pijákům a jedincům s mírnou mírou závislosti na alkoholu, tedy těm, kteří mají menší problémy alkoholem způsobené, mají menší možnosti přijímat adekvátní pomoc. Čalovka (2018) míní, že by péče o uživatele alkoholu a dalších psychoaktivních látek by měla být kombinací péče zdravotní a sociální. To vyplývá z potíží a rizik, které jsou s užíváním návykových látek spojené – komplikace se objevují jak v rovině tělesného a duševního zdraví, tak v sociálním fungování jedince.

V zákoně č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek se v § 27 uvádí:

„Odborná péče

(1) Osobám s adiktologickou poruchou je poskytována odborná péče, která zahrnuje prevenci poruch zdravotního stavu spojených s touto poruchou, včetně snižování zdravotních a sociálních rizik, jejich včasnou diagnostiku a léčbu, poradenství, sociální rehabilitaci a reintegraci osob postižených těmito poruchami.

(2) Odbornou péči poskytují poskytovatelé zdravotních služeb, jde-li o zdravotní služby, a poskytovatelé sociálních služeb, jde-li o sociální služby, podle jiných právních předpisů. Odbornou péči osobám ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence poskytuje nebo zajišťuje Vězeňská služba.“

Ambulantní terapeutické intervence probíhají jak v režimu sociálních služeb – odborné sociální poradenství, tak v režimu služeb zdravotních. Zdravotnická část se dělí na lékařskou (tu zajišťují psychiatrické ambulance, případně AT ambulance) a nelékařskou část, kterou relativně nedávno začaly zajišťovat adiktologické ambulance. Intenzivnější léčba pak probíhá v denních či týdenních stacionářích. Specificky zdravotní službou je detoxifikace, která je často nezbytnou podmínkou pro nástup do pobytové léčby, někdy se ale využívá při léčbě ambulantní. Jedná se o bezpečné zvládnutí odvykacího stavu pod lékařským dohledem a stabilizace pacienta před nástupem do léčby. Rezidenční léčba se dělí na krátkodobou a střednědobou, která probíhá v psychiatrických nemocnicích. Trochu jiným typem pobytové léčby je léčba v terapeutické komunitě. Terapeutické komunity fungují v režimu sociálních služeb. V kontextu ČR se obvykle věnují především uživatelům

nelegálních návykových látek. Oproti léčbě v psychiatrické nemocnici je léčba v komunitě delší, obvykle až 6–18 měsíců. Neméně důležitým prvkem v kontinuu péče o uživatele psychoaktivních látek, je doléčování. Doléčování může probíhat ambulantně, obdobně jako samotná ambulantní léčba v psychiatrických, AT či adiktologických ambulancích nebo stacionárně v odpoledních stacionářích. Součástí doléčovacího programu může být i chráněné bydlení, jako prostředek sociální stabilizace klienta formou přechodně poskytovaného ubytování. Dále pak součástí doléčovacího programu mohou být chráněné pracovní programy. Ty slouží ke zvýšení pracovních dovedností až do úrovně rekvalifikace, zpevnění pracovních návyků a získání práce u externího zaměstnavatele. (Čalovka, 2018).

Adameček et al. (2021) v inovovaných Standardech odborné způsobilosti adiktologických služeb definují tyto adiktologické služby:

Adiktologické preventivní služby

Adiktologické služby minimalizace rizik

Adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství

Adiktologické služby krátkodobé stabilizace

Adiktologické služby rezidenční léčby

Adiktologické služby následné péče

Služby minimalizace rizik by měly sloužit jako vstupní brána do systému služeb pro uživatele návykových látek. Poskytují služby osobám, které v danou chvíli nechtějí nebo nemohou abstinovat. Často to jsou terénní programy, které člověka aktivně oslovují a poskytují služby v jeho přirozeném prostředí. Nízkým prahem disponují i kontaktní centra, které poskytují služby ambulantně. Obecně se tyto služby nazývají jako nízkoprahové. Nízkoprahovostí se rozumí co největší dostupnost cílové skupině, případně minimalizace překážek, které by jedinci bránily ve využití služby. Konkrétně to znamená, že je přizpůsobena provozní doba, tak aby vyhovovala dennímu režimu cílové skupiny, služby jsou poskytovány většinou zdarma případně jsou některé symbolicky zpoplatněny. K nízkému prahu přispívá i anonymita a poskytování služeb v místě, kde se cílová skupina vyskytuje. Jedná se o kombinaci zdravotních (výměna a distribuce zdravotnického materiálu, testování na infekční choroby, základní zdravotní ošetření...) a sociálních (sociální práce, poradenství, potravinový a hygienický servis...) intervencí. (Čalovka, 2018).

2.1 Kontaktní centrum

Pro naše účely se zde budeme detailněji věnovat pouze Kontaktním centrům, resp. dle posledních standardů adiktologickým službám minimalizace rizik. Matoušek (2003) ještě před přijetím Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, definoval Kontaktní a poradenské centrum jako zařízení, které je určeno lidem užívajícím návykové látky a nevyužívají jiné služby.

Dle Úřadu vlády (2021) jsou jejich hlavními cíli navázání kontaktu s klientem, minimalizace zdravotních, sociálních a ekonomických rizik a dopadů závislostního chování a tím současně ochrana veřejného zdraví, motivace klientů ke změně životního stylu. Dalším cílem je zvyšování motivace ke kontaktu s dalšími adiktologickými službami a monitoring uživatelské scény za účelem vytváření účinných strategií pomoci dané cílové skupině.

Z hlediska legislativy je Kontaktní centrum definováno Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 59 najdeme:

„Kontaktní centra

(1) Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

a) sociálně terapeutické činnosti,

b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,

c) poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.“

Jejich činnosti dále rozvádí prováděcí vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb., pro kontaktní centra je relevantní §24

„Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v kontaktních centrech se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

a) sociálně terapeutické činnosti:

1. socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,

2. poskytování informací o rizicích spojených se současným způsobem života a jejich snižování prostřednictvím metod založených na přístupu minimalizace škod,

b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

1. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,

2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,

c) poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

1. zajištění podmínek pro běžné úkony osobní hygieny,

2. zajištění podmínek pro celkovou hygienu těla.“

Standardy odborné způsobilosti (Adameček et al., 2021, s. 104) ke službám minimalizace rizik uvádí: „Adiktologická služba minimalizace rizik jednoznačně definuje svou pozici v léčebném kontinuu a systému adiktologických služeb. Služba je založená na principu snižování rizik spojených se závislostním chováním. Služba jednoznačně stanovuje rozsah specializovaných činností.“

Ve stejném dokumentu se dále uvádí „Standardy definují základní požadavky na organizaci zdravotní nebo sociální služby poskytující služby minimalizace rizik osobám ohroženým závislostním chováním. Nejčastěji jde o minimalizaci rizik spojených s užíváním psychoaktivních látek, nelátkovým nebo dalším závislostním chováním zejména u klientů užívajících psychoaktivní látky nebo s nelátkovým nebo jiným závislostním chováním, kteří potřebují cílenou podporu při snižování zdravotních, sociálních a dalších rizik spojených s tímto rizikovým chováním. Typicky jsou tyto služby poskytovány v podobě nízkoprahových služeb, v nízkoprahovém zařízení (kontaktní centrum), nebo přímo v přirozeném prostředí klienta, např. na drogové scéně nebo v hernách (terénní program) bez zásadních omezení v délce poskytování služby. Zvláštním znakem služeb minimalizace rizik je schopnost:

- Identifikovat rizika spojená se závislostním chováním klientů a tato rizika klientům zvědomovat,
- vytvářet postupy a intervence vedoucí ke snižování identifikovaných rizik, které současně podporují spoluodpovědnost klienta,
- pružně přizpůsobovat program podle aktuálních možností a potřeb klienta, kdy klíčovou vlastností je nízký práh vstupu klienta do služby a možnost zachovat anonymitu,
- respektovat rozsah a frekvenci, ve kterých chce klient služby využívat,
- společně s klientem plánovat další péči,
- asistovat klientovi při kontaktu s dalšími institucemi a podporovat ho při uplatňování práv a oprávněných zájmů.“ (Adameček et al., 2021, s. 103).

I přesto, že zákon hovoří o službě pro osoby ohrožené závislostí na návykových látkách, a standardy o službách poskytovaných osobám ohroženým závislostním chováním, kontaktní centra jsou doposud vnímána především jako služba pro uživatele ilegálních návykových látek. „Nízkoprahové služby zaměřené na snižování rizik (terénní programy a kontaktní a poradenské služby) jsou primárně

využívány injekčními uživateli nelegálních návykových látek, zejm. pervitinu a opiátů (ale také rizikovými uživateli dalších návykových látek).“ (Hanzlík, 2018, s. 22). Počet nízkoprahových programů v ČR v roce 2020 činil 56 kontaktních center a 55 terénních programů. (Mravčík et al., 2021). Že jsou nízkoprahové programy určené především uživatelům ilegálních drog dokazuje report Souhrnné zprávy o závislostech (Chomynová et al., 2021), která uvádí, že v kontaktu s nimi bylo v roce 2020 celkem 39 tis. uživatelů drog, z toho bylo 25 tis. uživatelů pervitinu (65 %), 10 tis. uživatelů opioidů (26 %) a necelé 2 tis. uživatelů konopných látek (4 %). Mravčík et al. (2021) doplňují, že užívání alkoholu se vyskytuje u klientů nízkoprahových programů jako součást polyvalentního užívání, ale alkohol jako primární návyková látka se u jejich klientely objevuje pouze v omezené míře. V roce 2020 bylo v kontaktu s nízkoprahovými programy 3 337 uživatelů alkoholu (3 135 v roce 2019). Mravčík et al. (2021) dále cituje studii Multiplikátor 2019, která proběhla v červenci 2019 a zúčastnilo se jí 38 kontaktních center ze všech krajů ČR. V rámci tohoto výzkumu alkohol jako svou primární drogu označilo 15,3 % respondentů, 50,8 % z nich uvedlo, že užívá alkohol denně. Dle Úřadu vlády (2021) je zúžené spektrum cílových skupin vybraných adiktologických služeb slabou stránkou oboru adiktologie. Nízkoprahové služby se dlouhodobě zaměřovaly většinou jen na práci s uživateli nelegálních drog a neposkytovaly služby jiné specifické klientele (uživatelům alkoholu, patologickým hráčům). To se však v posledních letech postupně mění a služby se pomalu otevírají dalším cílovým skupinám. Úřad vlády v Koncepti rozvoje adiktologických služeb (2021) konstatuje, že kontaktní centra pro cílovou skupinu uživatelů alkoholu a nelegálních drog by měla být dostupná na úrovni každého okresu, resp. pražského správního obvodu.

Brno se v tomto ohledu jeví jako jedno z progresivních měst. Již v roce 2018 zde fungovalo Kontaktní centrum pro uživatele alkoholu pod hlavičkou organizace RENADI, o.p.s., které pracuje s konceptem harm reduction a kontrolovaného pití. (Výroční zpráva RENADI, 2018). V souvislosti s epidemií COVID-19 a se zhoršením sociální a zdravotní situace sociálně vyloučených osob a osob bez domova, které často intenzivně užívají alkohol, byla opět v Brně v r. 2020 otevřena 3 nová denní centra pro tyto jedince, která začala nabízet klientům účast v programu kontrolované konzumace alkoholu v prostorách centra (tzv. mokrá centra), jedno z nich fungovalo pouze dočasně. (Mravčík et al., 2021). Po dvou letech provozu Kontaktního centra na Vlhké v Brně provozovatel, společnost Podané ruce na svých webových stránkách konstatuje: *„U významné části klientů došlo k výraznému posunu v uvědomování si rizik a negativních dopadů, které nekontrolovaná konzumace alkoholu přináší. To často přispělo nejen ke snížení konzumace, ale i ke*

zvýšené motivaci abstinovat. Program a služby umožnily navázat dlouhodobý vztah s těmito klienty, což u mnoha z nich podpořilo zlepšení jejich fyzického i psychického zdraví, stabilizaci životní situace a posunu k bydlení.“

2.1.1 Kontaktní centrum RIAPS Trutnov

Královéhradecký kraj zřizuje zdravotnické zařízení s názvem Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov. Toto sdružení řídí svoje další začleněná zařízení jako samostatné organizační jednotky – Dětské ozdravovny Krkonoše (v Peci pod Sněžkou, Špindlerově Mlýně, Les Království...), Rehabilitační ústav v Hostinném, Léčebnu zrakových vad ve Dvoře Králové nad Labem, Dětské centrum ve Dvoře Králové nad Labem a také Regionální institut ambulantních psychosociálních služeb (zkratka RIAPS) v Trutnově.

Regionální institut ambulantních psychosociálních služeb (RIAPS) je zdravotnické zařízení, které poskytuje široké spektrum zdravotních a sociálních služeb na území okresu Trutnov. *„RIAPS vznikl v roce 1993. Předcházela tomu usilovná práce osazenstva dětské psychiatrie, zejména pak PaedDr. Ivana Knotka a MUDr. Zuzany Kozákové. Původní myšlenkou bylo založit centrum péče o rodinu, kde by byly všechny potřebné služby poskytovány pod jednou střešou. Tu zařízení našlo na Náchodské ulici, kde po rekonstrukci objektu bývalých jeslí vzniklo zázemí pro první služby. Ty by z dnešního pohledu byly už kombinací zdravotních a sociálních služeb, tj. především ambulancí, sociálního odborného poradenství a práce s dětmi se specifickými potřebami či vlastně case managementem. Tehdy jsme to tak formálně ale nedělili ani nenazývali. Služby poskytoval tým, v němž se jednotlivé intervence doplňovaly tak, aby byl výsledek co nejlepší. Hodně se stavělo na psychoterapii všech typů, skupinové práci s dětmi, samozřejmě byly pobytové akce. Jak šel čas a na okrese, pro jehož obyvatele bylo centrum zřízeno, přibývaly nové problémy, dostával RIAPS od Okresního úřadu další úkoly. Zde tak začíná historie služeb pro drogově závislé, které se později profilují do Kontaktního centra a Terénních programů (1997, 1998).“* (Výroční zpráva RIAPS, 2013).

Primárně zdravotní službou je Ambulance RIAPS provozovaná v Trutnově a Dvoře Králové nad Labem. Ta provozuje péči v odbornostech psychiatrie a pedopsychiatrie, klinická psychologie a adiktologie. Novou zdravotní službou je zdravotnický stacionář pro pacienty s duševním onemocněním. Na pomezí zdravotních a sociálních služeb se osobám s vážným duševním onemocněním věnuje Centrum duševního zdraví RIAPS. To v sobě integruje několik dalších sociálních služeb –

telefonická krizová linka, služba pobytové sociální rehabilitace... Ryze sociálními službami jsou Manželská a rodinná poradna RIAPS, Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež Shelter RIAPS a Kontaktní centrum RIAPS.

Kontaktní centrum RIAPS je registrovaná sociální služba, která poskytuje nízkoprahové sociální a zdravotní služby osobám závislým a závislostí ohroženým, s výjimkou uživatelů tabáku. Počátky vzniku služby sahají do roku 1997. Kontaktní centrum poskytuje svoje služby ambulantně v Trutnově a současně působí ve městech okresu Trutnov v rámci služeb terénních. Konkrétně vyjíždí do Vrchlabí, Hostinného, Dvora Králové nad Labem, Úpice a Trutnova. Jedná se o region s počtem 120 tisíc obyvatel. Největším regionálním centrem je město Trutnov s počtem 30 tisíc obyvatel. Dalšími centry jsou Dvůr Králové nad Labem s 15 tisíci obyvatel a Vrchlabí s 12 tisíci obyvatel. V dalších sídlech nežije více než 6 tisíc obyvatel.

Tak jak bylo, a i nadále je běžné, kontaktní centrum dlouhá léta poskytovalo služby uživatelům nelegálních drog. Čalovka et al. (2013) popisují důvody, které vedly k rozšíření cílové skupiny služby i o uživatele alkoholu. Problémoví uživatelé alkoholu se ve městě běžně vyskytovali (popíjeli alkohol na ulici, veřejností nebyli kladně přijímáni, často to byli jedinci bez domova, bez hygienického zázemí, s problematickými sociálními vazbami...). V danou chvíli se začal objevovat zájem těchto osob o služby kontaktního centra. Docházelo k situacím, kdy si uživatel alkoholu zjevně vymýšlel abusus či závislost na heroinu či pervitinu, aby dosáhl na služby kontaktního centra. Problémoví uživatelé alkoholu se stali majoritní skupinou osob definovaných jako odmítnutí zájemci o službu. Velkou roli hrála i absence sociální či zdravotní služby na Trutnovsku těmto osobám určené či dostupné. Klasické služby (AT a psychiatrické ambulance) disponovaly velmi vysokým prahem, ať již ve formě dlouhých objednacích lhůt, nutností sdělování osobních údajů apod. Tito problémoví uživatelé alkoholu navíc ani neměli zájem o léčbu, tudíž se v danou chvíli jeví jako bezprizorní osoby. Současně se objevila vlastní potřeba pracovníků služby těmto osobám pomáhat. V březnu 2012 změnila služba definici cílové skupiny na „osoby závislé a závislostí ohrožené“. Do takto široce definované cílové skupiny se v tu chvíli vešli i uživatelé alkoholu. V tu dobu se jednalo o jedno z prvních (ne-li první) kontaktních center, které se zaměřilo i na tuto cílovou skupinu. Pouze 4 z 58 kontaktních center v roce 2013 uvádělo uživatele alkoholu jako svou cílovou skupinu (Čalovka et al., 2013). „*Užívání alkoholu se vyskytuje u jejich klientů v rámci polyvalentního užívání, ale uživatelé alkoholu jako primární drogy jsou jejich klienty pouze v omezené míře.*“ (Mravčík et al., 2021). Služba pro uživatele alkoholu byla otevřena dvakrát v týdnu. Po podrobné úvaze byla jako vhodná otevírací doba určeny dopolední hodiny, a to z toho důvodu, aby

do služby chodili klienti co nejméně alkoholem intoxikovaní, aby s nimi bylo možné co nejefektivněji pracovat. Personálně byla služba zabezpečena sociálním pracovníkem a zdravotní sestrou. (Čalovka et al., 2013). Služba v tuto chvíli pracuje s uživateli alkoholu již desátým rokem. Během těchto let došlo k rozšíření otevírací doby kontaktní místnosti již na 4 dopoledne, v celkové časové dotaci 10 hodin týdně. Vedle toho uživatelé alkoholu mohou využívat čas vyčleněný na poradenství, případně služby poskytované v rámci terénní práce v jednotlivých lokalitách, kam pracovníci služby vyjíždějí.

Otevírací doba kontaktní místnosti pro uživatele alkoholu:

pondělí	8,30 - 11,00 hod.
úterý	8,30 - 11,00 hod.
čtvrtek	8,30 - 11,00 hod.; 12,00 – 16,00 (poradenství)
pátek	8,30 - 11,00 hod.

Služby kontaktního centra je možné poskytovat anonymně. Klienti služby jsou většinou vedeni pod kódem. Služby jsou interně rozdělené na:

Kontaktní a harm reduction služby, kam patří:

- Informační servis
- Testování infekčních nemocí
- Kontaktní práce
- Potravinový servis
- Hygienický servis a praní prádla
- Distribuce harm-reduction materiálu
- Orientační test z moči
- Základní zdravotní ošetření

Poradenské služby:

- Individuální poradenství
- Individuální poradenství pro rodiče a další blízké osoby
- Krizová intervence
- Krizová intervence po telefonu a internetu – nepřímá (anonymní)
- Práce s rodinou
- Sociální práce
- Telefonické, písemné a internetové poradenství - přímá
- Telefonické, písemné a internetové poradenství – anonymní
- Úkony potřebné pro zajištění práce s klientem
- Vstupní zhodnocení stavu klienta – prvokontakt
- Závěrečné zhodnocení stavu klienta – závěrečná zpráva

a nedrogové aktivity:

- Zhodnocení stavu a potřeby drogové služby
- Vzdělávání
- Stáže a praxe

(Operační manuál Kontaktní centrum RIAPS Trutnov, 2022).

3 . MINIMALIZACE RIZIK A ALKOHOL

Od raných třicátých let 20. stolení byly dominantní postoje ke konzumaci alkoholu spojené s morálním selháním jednotlivce či jeho nemoci. Podle těchto modelů je jedinou alternativou k excesivní konzumaci alkoholu pouze abstinence. Prevence byla zaměřená pouze na úplnou abstinenci, případně přístupy „Řekni ne alkoholu!“. (Marlatt & Witkiewitz 2002).

Janíková (2015) nabízí definici Mezinárodní asociace harm reduction, která tímto termínem označuje koncepce, programy a činnosti, směřující primárně k minimalizaci zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních i nelegálních návykových látek, aniž se očekává snižování jejich spotřeby. Zaměření je tedy směřováno na všechna možná rizika a nabízí se tím tedy paralela s bio-psycho-socio-spirituálním modelem rozvoje závislosti.

Samotné slovní spojení harm reduction – minimalizace rizik nebo minimalizace poškození vzniklo ve spojitosti se zneužíváním nelegálních drog, používá se nyní i v kontextu užívání alkoholu a tabáku. (Janíková, 2015). Díky kombinaci vysokého stupně potenciálu poškození alkoholem a vysoké míry rozšíření jeho konzumace je uplatňování pragmatického harm reduction a risk reduction (programy a intervence minimalizující rizika a škody) přístupu u alkoholu velmi žádoucí. (Vacek & Vondráčková, 2012). Stejní autoři (Vacek a Vondráčková, 2012) dále zmiňují že harm reduction se zaměřuje na poškození zdravotní, sociální a ekonomická. Minimalizaci rizik jako neopomenutelnou součást služby označuje jak prováděcí vyhláška k zákonu o sociálních službách (505/2006, Sb.), tak poslední Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb, které hovoří o rizicích zdravotních, sociálních a dalších (Adameček, 2021). *„Ačkoliv je harm reduction, přístup minimalizace rizik a redukce škod spojených s užíváním drog, jedním z pilířů evropské protidrogové politiky, tradičně je spojován zejména s užíváním nelegálních návykových látek s vyšší mírou rizika (tzv. tvrdých drog). Legální alkohol byl dlouho opomíjen, i když je při srovnání rizikovosti jednotlivých návykových látek zařazován spíše mezi vysoce rizikové látky.“* (Vavrinčíková, 2012, s. 21).

Podle Marlatta a Witkiewitze (2002) harm reduction nabízí pragmatický přístup k užívání alkoholu a problémům souvisejícím s alkoholem založený na třech hlavních cílech:

- (1) snížit škodlivé důsledky spojené s užíváním alkoholu;

(2) poskytnout alternativu k přístupům s nulovou tolerancí přijetím cílů konzumace (abstinence nebo umírněné pití), které jsou kompatibilní s potřebami jednotlivce;

(3) podporovat přístup ke službám nabízením nízkoprahových alternativ k tradiční prevenci a léčbě alkoholu.

Vavrinčíková (2012) popisuje intervence minimalizace rizik ve vztahu k užívání alkoholu jako opatření, která lze realizovat na úrovni společnosti nebo na úrovni individua. McCambridge et al. (2014) k přístupům snižování škod na společenské úrovni řadí celopopulační opatření založená na důkazech ke snižování škod alkoholem způsobených, včetně zvyšování cen a snižování dostupnosti. Vavrinčíková (2012) dále hovoří o omezení marketingu a reklamy na alkohol, o omezení prodeje alkoholu (věková, časová, místní a situační dostupnost), o podpoře zajištění bezpečnějšího prostředí pro konzumaci alkoholu, o bezpečných návratech domů a kampaních „zodpovědných“. Co se týče individuální úrovně, jedná se dle stejné autorky o bezpečnou a zodpovědnou konzumaci alkoholu, krátkou intervenci (minimalizaci rizik v primární péči) a kontrolované pití alkoholu. Miovský et al. (2014) k tomu uvádí, že aktuální koncepty redukce užívání nebo snižování rizik, aplikovatelné stále častěji i mimo oblast injekčního užívání drog, nejsou dosud v adiktologii plně akceptovány.

Individuální intervence se dle Vavrinčíkové (2012) v rámci harm reduction zaměřují na celé spektrum uživatelů alkoholu. Běžné konzumenty se snaží naučit pít střídavě, bez případných negativních následků. Jedině škodlivě užívající, mají snahu podchytit a dostat do léčby, např. s poukazováním na somatické zdravotní obtíže. K léčbě závislosti na alkoholu přistupují způsobem, u kterého není podmínkou úplná abstinence.

Primární doporučení vedoucí ke konzumaci alkoholu na hranici mírného rizika jsou směřována k jeho vypitému množství. Ženy by neměly pít více než jednu standardní nápojovou jednotku denně, muži dvě jednotky denně. Standardní jednotkou se má na mysli jedno pivo o objemu 500 ml, nebo jedno víno 200 ml, případně 50 ml destilátu. Dva dny v týdnu by se alkohol neměl pít vůbec. (Babor et al., 2010).

Další doporučení se vztahují:

- ke koncentraci alkoholu v nápojích: doporučována je co nejnižší, tedy spíše než lihoviny pít pivo či víno;

- ke konzumaci dostatečného množství tekutin: střídání alkoholických a nealkoholických nápojů, prevence dehydratace;
- k rychlosti konzumace: čím pomalejší a plynulejší, tím je méně riziková;
- ke kombinaci různých typů alkoholických nápojů: není doporučována, odbourávání alkoholu následně trvá déle;
- ke konzumaci na lačno: není doporučována, rychlejší vstřebávání a výraznější ovlivnění alkoholem je rizikovější;
- k riziku míchaných nápojů: kde hrozí potenciálně neznámý obsah;
- ke kombinaci alkoholu a dalších návykových látek: může vést k nepředvídatelným reakcím, hrozí vyšší riziko předávkování;
- ke kvalitě alkoholu: nepít levné, nekvalitní nápoje, nápoje z neznámých zdrojů a od neznámých lidí;
- k vnitřním a vnějším okolnostem (setu a settingu): nepít s cílem zbavit se negativních emocí, nepít o samotě;
- k plánování: naplánovat si výdaje za alkohol ještě před začátkem konzumace umožňuje dodržet míru; zajistit si předem dopravu domů střízlivým řidičem či jinou formou;
- k informovanosti o následcích konzumace: vědět, jaké má konzumace alkoholu okamžité i dlouhodobé negativní účinky a jak jim předcházet, např. zvládnání kocoviny nebo rozpoznání škodlivého užívání. (Vavrinčíková, 2012)

Na individuální úrovni se jako funkční ukázaly i krátké intervence. Jedná se o praktické postupy na úrovni primární zdravotní péče s cílem rozpoznat reálné či potenciální potíže s alkoholem a motivovat jedince k pozitivní změně. (Babor et al., 2010). Většinou intervence začíná odhadem rozsahu pacientových potíží s užíváním alkoholu na základě rozhovoru s pacientem a somatického vyšetření. Poté následuje diskuze nad potenciálními zdravotními následky v případě, že pacient bude dále pokračovat v pití alkoholu. V rámci intervence je i nabídnuta možnost, jakým způsobem pití omezit (především v případě uživatelů s nadměrnou konzumací alkoholu), nebo jak přestat pít alkohol zcela, v případě uživatelů s příznaky syndromu závislosti na alkoholu. U osob s rozvinutou závislostí na alkoholu je krátká intervence spíše doporučována jako úvod do dlouhodobější léčby. Takto popsaná intervence většinou probíhá v rámci jednoho až šesti kontaktů. (Vavrinčíková, 2012).

Kontrolované pití je další možností, jak přistupovat ke konzumaci alkoholu. Pro osoby s abúzem nebo mírným stupněm závislosti může být jedním z regulérních cílů léčby. Výhodou tohoto přístupu je, že může do léčby přivést ty jedince, kteří nechtějí přestat pít úplně a takový požadavek by pro ně byl bariérou pro vyhledání odborné

pomoci. (Vacek & Vondráčková, 2012). V rámci kontrolovaného pití je někdy vhodné využít i farmakologickou léčbu, která je směřována k potlačení chuti na alkohol, případně k léčbě primární diagnózy, kterou si pacienti sami léčí konzumací alkoholu – teorie pití alkoholu jako sebemedikace. (Vavrinčíková, 2012). Nešpor (2006) doporučuje před nácvikem kontrolovaného pití alespoň 30 dní plné abstinence. Vedle toho doporučuje nácvik s alkotesterem či nabízí orientační tabulky s jednotlivými hladinami alkoholu v krvi ke kontrole konzumace alkoholu.

4. POTŘEBY

Potřeba je subjektivním stavem nedostatku anebo nadbytku něčeho; je uvědoměním si nerovnováhy. Potřeby se tradičně rozlišují na primární, biologické, společné většině živočišných druhů (potřeba potravy, spánku, zachování rodu, sexu), a sekundární, specificky lidské (potřeba náklonnosti, lásky, uznání). (Heretik, 2004, s. 111). V kontextu individua definuje Americký psycholog Henry Murray potřebu jako konstrukt označující sílu v oblasti mozku, která organizuje vnímání, myšlení, snažení, a jednání určitým směrem, s cílem změnit existující situaci, která je neuspokojivá. Potřeby dělí na primární (viscerogenní) a sekundární (psychogenní). Primárními má na mysli ty, které jsou vytvářeny a uspokojovány periodickými fyziologickými procesy (potřeba kyslíku, vody, potravy, vyhýbání se horku a chladu atd.). Sekundární potřeby jsou na základě mozkové činnosti zakotveny v psychickém či povahovém uzpůsobení, jejich vzorce tvoří podstatu osobnosti. Výjimkou je sexuální potřeba, která spadá do obou kategorií. Každý člověk tak má všechny potřeby, ale existují významné individuální rozdíly v jejich intenzitě a úrovni. (Plháková, 2004).

Plháková (2004) zmiňuje potřeby jako fenomény mentální povahy, kdy samotný termín potřeba často vystupuje jako synonymum pro motiv. Potřeby lze na tomto základě definovat jako více či méně vědomé mentální pohnutky, z nichž některé mají fyziologický základ.

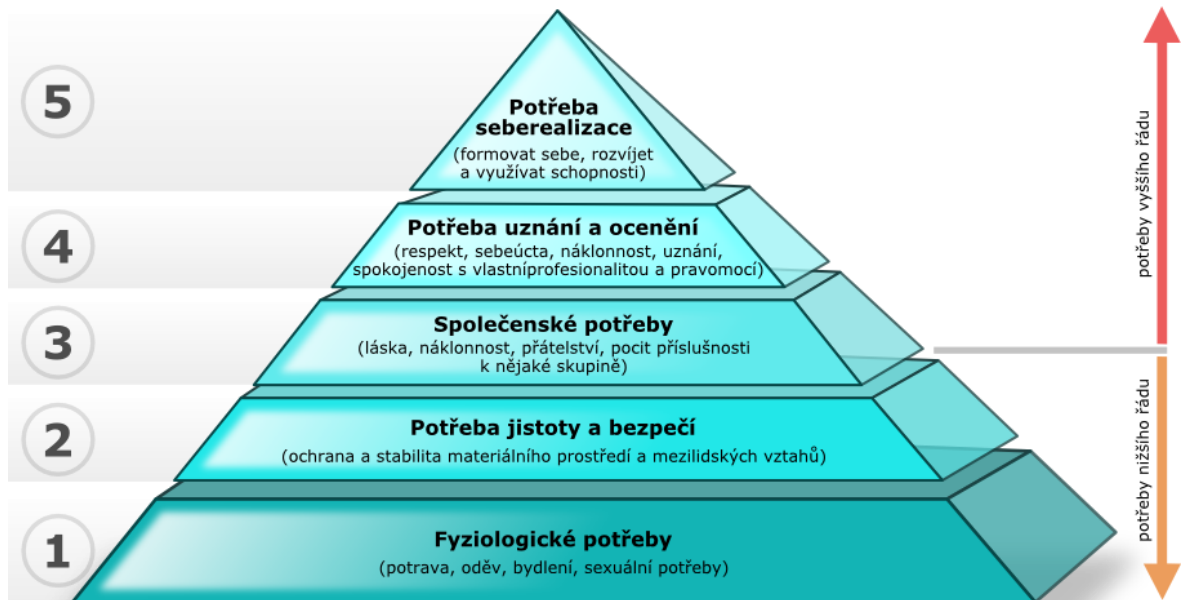
Asi nejznámější teorií hierarchie potřeb je od dalšího Amerického psychologa Abrahama Maslowa. Ten ve své teorii neřeší problémy vztahu mysli a těla. Podle tohoto autora je jádro lidských potřeb biologicky determinované, existují však vrozené potenciály dalšího rozvoje a formování vlivy z vnějšku. Maslow dělí potřeby na pět úrovní, od nejnižších, po nejvyšší:

1. Fyziologické potřeby – žízeň, hlad, spánek, sex atd.
2. Potřeby bezpečí – stabilita, jistota, spolehlivost, struktury, pořádku, osvobození od strachu, úzkosti apod.
3. Potřeba lásky a náklonnosti – potřeba někam patřit
4. Potřeby uznání – být úspěšný a mít prestiž
5. Potřeby seberealizace – touha po sebenaplnění a jeho tendence uskutečnit své možnosti.

První čtyři Maslow označuje jako nedostatkové, fungující na principu udržování vnitřní tělesné nebo psychické rovnováhy. Ty dále dělí na nižší (fyziologické a potřeby bezpečí) a vyšší (lásky, sounáležitost, uznání). Potřebu seberealizace vnímá jako růstovou, s jejímž uspokojováním intenzita spíše roste, než aby se snižovala. V konfliktu neuspokojených potřeb různých úrovní vítězí vždy

potřeby nižší. Teprve po uspokojení potřeby nižší přichází na řadu potřeby vyšší. (Plháková, 2004).

schéma č. 1: Maslowova hierarchie potřeb



(zdroj: https://prezentace.halek.info/prezentace/ZMNG-C08/obrazky/maslowova_hierarchie_potreb_a_hodnot.png)

Matoušek (2003) definuje potřebu jako motiv k jednání. Neuspokojená potřeba vede k deprivaci. V kontextu sociálních práce může být potřeba konstruktem popisujícím něco, co pociťuje klient nebo definuje expert, případně agentura nebo stát. Ve dle potřeby pociťované existuje ještě potřeba vyjadřovaná, která je reprezentovaná počtem klientů, kteří žádají o určitou sociální službu. Dále popisuje normativní potřebu jako tu, která byla reprezentanty společnosti uznána jako opravňující nárok na sociální službu. Skupina osob, kterým ve srovnání s jinou skupinou osob se stejnými charakteristikami není služba dostupná, vzniká komparativní potřeba. Sociální pojetí potřeb se od pojetí psychologických liší tím, že je vztahuje k zákonu nebo jinému druhu oprávnění. I psychologické pojetí má v sociální práci své místo – klientem pociťovaná potřeba by, je-li to možné, měla být východiskem práce s ní. Jednou z hlavních metod zjišťování potřeb klientů kontaktního centra, v rámci přímé odborné práce s nimi, je kontaktní práce. Libra (2003) kontaktní práci popisuje jako navázání kontaktu s klientem, vytvoření vzájemné důvěry, zjištění hlavních potíží a potřeb. Patří mezi hlavní aktivity nízkoprahového zařízení. Je realizována v kontaktní místnosti, která svým

netradičním interiérem nabourává běžné představy o charakteru zdravotnické instituce.

V kontextu sociálních služeb nabízí Hanzlík (2018) typologii potřeb dle Bradshawa. Ten rozlišil 4 typy potřeb:

- 1) Normativní – potřeby definované ve vztahu ke specifickým, měřitelným standardům vytvořeným experty, tvůrci politik, poskytovateli služeb aj.
- 2) Pociťované – potřeby formulované cílovou skupinou na základě dotazování ze strany expertů aj., mohou a nemusí být vyjádřené.
- 3) Vyjádřené – pociťované potřeby zhmotněné v jednání, poptávka po určitých formách pomoci, tj. určitých typech sociálních služeb.
- 4) Komparativní – potřeby extrapolované z vyjádřených potřeb určité populace na populaci s podobnými charakteristikami, kde odpovídající potřeby zůstávají nevyjádřené.

Hanzlík (2018) dále seznamuje s pojetím Browna, který explicitně rozlišuje potřeby a poptávku. V souvislosti s poskytováním zdravotních služeb vymezuje poptávku po léčbě jako všechny pacienty, kteří léčbu vyhledávají (bez ohledu, zda už do ní nastoupili, či o ni zatím pouze žádají, popř. do ní byli odkázáni odborníky), a potřebu léčby jako všechny poptávající plus všechny, kteří by také mohli z léčby těžit podle specifických odborných kritérií. Poptávce po léčbě by tedy zhruba odpovídaly Bradshawovy vyjádřené potřeby, potřebě léčby pak určitá „suma všech potřeb“, tj. sjednocení vyjádřených a komparativních potřeb.

4.1 Metody zjišťování potřeb a potřebnosti

Hodnocení potřeb se provádí v případech, kdy:

- služba neexistuje a objevují se signály o její potřebnosti
- služba existuje, ale signály svědčí o její nedostatečné kvalitě
- služba existuje, ale je nedostupná významné části cílové populace
- služba existuje, ale je využívána jinak, než jaké byly původní předpoklady
- služba existuje, ale je přetížena nároky uživatelů, omezuje se tedy jen na to nejnutnější a nejnaléhavější případy
- zdroje financování se změnily a je třeba rozhodnout, co podporovat a co již ne

- klientům jsou dostupné jiné srovnatelné služby a je třeba rozhodnout, co bude hrazeno z veřejných zdrojů. (Matoušek, 2007).

Systematické zjišťování a vyhodnocování potřeb cílových skupin je základním předpokladem pro správné nastavení služeb jim určených. Je to již běžná činnost v mnoha rozličných oblastech, jako je vzdělávání, řízení organizací či ochrana veřejného zdraví. Tento proces je v rámci různých přístupů a modelů označován jako needs assessment, needs analysis, performance analysis, discrepancy analysis či gap analysis. (Hanzlík, 2018). Práce, které se věnují posuzování potřeb, společně kladou velký důraz na význam slova potřeba. Tímto pojmem označujeme zjištěný nesoulad nebo mezeru mezi dvěma podmínkami — tím co by mělo být, resp. požadovaným stavem a tím, co je, neboli aktuálním stavem. (Altschuld, 2004). Pro zjišťování pocíťovaných potřeb uživatelů služeb doporučuje Hanzlík (2018) využívat kvalitativní metody, které umožňují jít více do hloubky v postihování jejich specifik. Jejich nevýhodu vidí v obtížné standardizovatelnosti a zobecnitelnosti na populaci.

4.1.1 Analýza potřeb

Analýza potřeb jako nástroj při plánování adiktologických služeb se jeví jako nutná vzhledem k tomu, že je třeba zjišťovat, zda v komunitě nějaké služby nechybí, případně, jak dosahovat u již stávajících služeb vyšší efektivity. Současně je nutné disponovat informacemi na jejichž základě se dá rozhodovat o míře a typu požadované léčby v dané obci nebo regionu. (WHO, 2000). Prostřednictvím analýzy potřeb lze zjišťovat, jaký je charakter a rozsah problémů souvisejících s užíváním návykových látek v dané komunitě, do jaké míry současné služby odpovídají potřebám rizikové populace, jak se liší potřeby různých skupin potenciálních zájemců o službu, jaké konkrétní potřeby vedou uživatele k vyhledání služby, je-li adekvátně nastavena nabídka dané služby vůči cílové skupině apod. (Miovský, 2015). Jedná se o nástroj, který umožňuje zvyšovat účinnost služeb, jejich optimalizaci vzhledem k plánování a tvorbu strategií. (Miovský, 2004 cit. dle Gabrhelíka et al., 2005).

Velká část odborníků zabývajících se poruchami spojenými s užíváním návykových látek se shoduje, že žádná jednotná a univerzální technika analýzy potřeb neexistuje. Důvodem je, že lidé, kteří plánují analýzy potřeb, jsou při provádění těchto analýz vedeni různými cíli, z čehož vyplývá, že jakákoli jednotná metoda by s největší pravděpodobností nestačila plnit všechny účely. (WHO, 2000). Výběr metod a zdrojů pro posouzení potřeb závisí na rozsahu zkoumaného jevu.

Kvalitativní analýza a její interpretace může nabídnout orientační přehled toho, které další kvantitativní zdroje a indikátory použít. (EMCDDA, 2010).

Analýza potřeb se snaží postihnout tyto úrovně léčebných služeb:

1) vyhodnocení vzájemného poměru kapacity léčebných služeb v regionu (komunitě) a prevalence a incidence poruch spojených s užíváním psychoaktivních látek;

2) vhodné kombinace požadovaných služeb, které by reagovaly na různorodé potřeby týkající se poruch spojených s užíváním psychoaktivních substancí;

3) koordinace služeb v rámci systému péče za účelem zajištění lepší dostupnosti tohoto systému, hladkého přechodu mezi jeho jednotlivými částmi a správného postupu v rámci následující fáze.

Na každou ze tří úrovní popsaných výše lze nahlížet ze dvou perspektiv. První je individuální perspektiva klienta jako jednotlivce, druhou je perspektiva systému (služby). ... Z pohledu analýzy jedince (případová úroveň) se jako nejdůležitější jeví posouzení a zařazení jedince, který vstupuje do systému péče, do vhodného programu. Neméně důležitá je také znalost účinnosti služby z pohledu jednotlivce – zda dostal to, co potřeboval. (Charvát & Gabrhelík, 2004). Hanzlík (2018, s. 8) ke zkoumání potřeb píše: *„V souladu s vědomím nevyhnutelné předpojatosti našeho pohledu na potřeby bychom měli chápat jejich zjišťování jako dynamický a vždy otevřený proces. Zjišťování potřeb nikdy nezačíná „na zelené louce“, nýbrž se opírá o již existující normativy, které nám pomáhají zaměřit pozornost a pragmaticky zúžit okruh toho, od koho a jak je budeme zjišťovat.“*

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5. CÍLE VÝZKUMU

Nízkoprahové služby pro uživatele alkoholu nejsou příliš rozšířené. V kontrastu s tím existuje však početná skupina uživatelů alkoholu, pro které jsou aktuálně poskytované služby (ambulantní léčba, rezidenční léčba, doléčování atd.) nedosažitelné či nedostupné, případně se nabídka těchto služeb míjí s potřebami uživatelů alkoholu. Kontaktní centrum RIAPS již desátým rokem poskytuje svoje služby nejen uživatelům ilegálních psychoaktivních látek, ale i uživatelům alkoholu. Cílem výzkumu je charakterizovat tyto uživatele alkoholu v kontaktu se službou kontaktního centra a zanalyzovat jejich potřeby.

Charakteristikou uživatelů alkoholu v kontaktu se službou se myslí popis jednotlivých typů klientů a rozdílů mezi nimi. Analýzou potřeb se rozumí zjišťování, jak samotní uživatelé alkoholu vnímají kvalitu a účinnost nabízených služeb, jaká možná zlepšení by uvítali a proč. Přijatelností a atraktivitou služeb se myslí především to, v čem klient spatřuje přitažlivost služby, proč, jak často a za jakých podmínek nabídky využívá či nevyužívá. Dostupnost nízkoprahových služeb je definována jako dosažitelnost vyhledávané služby v rámci regionu v přijatelném čase a za přijatelných podmínek.

5.1 Výzkumná otázka

Jaké jsou charakteristiky a potřeby klientů Kontaktního centra – uživatelů alkoholu?

Výzkumná podotázka:

- Jaké typy klientů – uživatelů alkoholu využívají služby kontaktního centra?
- Jaké specifické potřeby je možné naplňovat v rámci služeb Kontaktního centra?
- Jaká je přijatelnost a atraktivita poskytovaných služeb?
- Jaká je dostupnost těchto služeb?
- Odpovídají nabízené služby potřebám klientů?
- Jak a v čem jsou služby kontaktního centra klientům prospěšné a užitečné?
- Jsou klienti v kontaktu se službou spokojeni s poskytovanými intervencemi a co dalšího by v nabídce služby ocenili nebo jim chybí?

6. METODY VÝZKUMU

Metodou výzkumu je komunitní analýza potřeb se zaměřením na klienta. „Jedná se o prospektivní metodu sběru dat, pomocí které se zjišťuje, co si klienti nebo pacienti myslí o potřebnosti služeb. Používá se jak v oblasti duševního zdraví (Cox et al., 1979), tak i v léčebných službách zaměřených na užívání drog (DiVillaer, 1990 a 1996). Její provádění je snadné a má navíc tu výhodu, že sleduje hledisko potenciálních uživatelů služeb nabízených jednotlivými programy“ (WHO, 2000, s. 16). Jedná se o kvalitativní výzkum. Důvodem pro výběr kvalitativní metodologie byl záměr získat individuální zkušenosti a názory respondentů. Vedle toho je použita popisná statistika.

6.1 Výzkumný soubor

Základní výzkumný soubor jsou všichni klienti kontaktního centra RIAPS Trutnov s primární návykovou látkou alkohol a všichni odborní pracovníci kontaktního centra.

výběrový soubor:

- a) klienti Kontaktního centra RIAPS Trutnov, kteří v daném zařízení využili služeb pro uživatele alkoholu.
- b) klienti ambulance pro léčbu závislostí RIAPS Trutnov
- c) odborní pracovníci kontaktního centra

kritéria zařazení do studie:

- a) klient Kontaktního centra RIAPS – s primární návykovou látkou alkohol, který v období sběru dat využil služeb kontaktního centra a vyjádřil ochotu se studie zúčastnit
- b) pacient ambulance pro léčbu závislostí RIAPS – uživatel alkoholu, který v roce 2022 využil služeb kontaktního centra RIAPS a vyjádřil ochotu se studie zúčastnit
- c) pracovník kontaktního centra RIAPS, který pracuje s uživateli alkoholu

S ohledem na výzkumný záměr se jedná o prostý účelový výběr, vhodný pro malé výběrové soubory s dobrou dostupností jedinců souboru základního. Vychází z předem definovaných kritérií respondentů, avšak bez použití složitějších výběrových strategií (Miovský, 2006).

6.2 Metody získávání dat

Data byla získávána v období srpen–listopad 2022. Pro sběr sociodemografických údajů byla použito studium dokumentů – osobní anonymizované složky klientů služby v programu UNIDATA. Základní socio-demografické údaje, které byly zjišťovány – pohlaví, věk, dokončené vzdělání, práce (registrace na ÚP...) /příjem (mzda, plat, dávky SZ, nelegální činnosti...) a zkušenost s injekčním užíváním ilegálních drog.

Sběr kvalitativních dat probíhal v rámci semistrukturovaných interview s klienty a pacienty – uživateli alkoholu. Dále probíhal sběr dat prostřednictvím skupinového interview s odborníky pracujícími s uživateli alkoholu v kontaktním centru.

Semistrukturované interview vychází z jakési osnovy, předem definovaného souboru témat a otázek, jejichž pořadí a formulace mohou být dle potřeby pozměněny či některé otázky vyřazeny nebo přidány (Matoušek, 2003). V první fázi získávání dat byla vytvořena osnova rozhovoru, která seznam otázek pro respondenty. Otázky byly otevřené a byly vytvářeny tak, aby pomohly zodpovědět výzkumné otázky. Rozhovory s respondentkami a respondenty probíhaly v předem určených časech v konzultačních místnostech RIAPSu, kde byl zajištěn klid, anonymita a bezpečné prostředí pro obě strany. Nahrávány byly na diktafon po předchozím souhlasu respondentky/ta formou písemného souhlasu, který je přiložen v příloze. Maximální délka rozhovoru nepřekročila 45 minut, s každým respondentem byl standardně realizován jeden rozhovor a jeden skupinový rozhovor s pracovníky služby. V roli tazatele jsem využil záznamový arch s tabulkou pro evidenci socio-demografických údajů, osnovou a návrhy základních otázek a prostorem pro případné doplňující poznámky. Fixace dat dále probíhala prostřednictvím zvukového záznamu na diktafon mobilního telefonu.

Okruhy rozhovorů vyplývaly z výzkumné otázky a podotázek. Detailně bylo mapováno chování respondentů ve vztahu k užívání alkoholu a dalších psychoaktivních látek.

Následné otázky se týkají se toho, co respondenty přivedlo do K centra? Jaké potíže je trápily v době, kdy přišli poprvé? Co od služeb v K centru očekávali? Jaké služby využívali a využívají nejčastěji? Co na službách K centra vnímají jako užitečné? Které jako nadbytečné? Které služby jim chybí? Co jim v jejich situaci pomohlo? Co jim bylo užitečné?

Dále se otázky věnují přijatelnosti služby. Jak jste se o službách pro uživatele alkoholu v K centru dozvěděl(a)? Co (by) vás od využívání služeb odrazovalo, je (bylo)-li něco takového? Co vás přesvědčilo, abyste do K centra přišel/přišla?

Otázky směřované k dostupnosti služby. Jak je pro vás obtížné využívat služby K centra s ohledem na otevírací dobu? Jak by vypadala otevírací doba, která by vám vyhovovala? Co vám brání ve využívání služeb?

Polostrukturované skupinové interview proběhlo jedno s pracovníky kontaktního centra. Hendl (2005) jako výhodu skupinového rozhovoru uvádí možnost získat během krátké doby kvalitní informace od více jedinců než jen od jedné osoby. Miovský (2006) tuto metodu označuje jako kompromis mezi požadavky kladené na strukturovanou skupinu a její větší standardizaci a nestrukturovanou skupinu bohatou na individuální vyjádření a četné interakce. Pracovníkům byly kladeny otázky ohledně toho, jak by charakterizovali klienty kontaktního centra s primární návykovou látkou alkohol, s jakými požadavky a očekáváními přicházejí uživatelé alkoholu do kontaktního centra poprvé? Jaké služby nejčastěji využívají? Jaké potřeby klientům služba naplňuje? Jaké potřeby služba naplnit nedokáže? Jaké identifikují překážky, které uživatelům alkoholu brání ve využívání služeb?

Dalším zdrojem dat se staly statistiky služeb poskytnutých klientům kontaktního centra RIAPS s primární návykovou látkou alkohol za období leden–říjen 2022. Toto období bylo zvoleno vzhledem k tomu, že se jedná o první rok, po pandemii Covid-19, kdy se žádným způsobem neomezovaly služby kontaktního centra. Současně se jedná o dostatečný časový úsek (10 měsíců), za který lze situaci vyhodnocovat.

6.3 Zpracování a analýza dat

Nutnou podmínkou práce s daty je jejich doslovný přepis. Při pokusu o redukci získaného materiálu přímo při transkripci (přepisu) audionahrávky hrozí riziko ztráty důležitých údajů, jejichž významnost nemusí být v úvodní části analýzy zřejmá. Mimo doslovný přepis je v plánu během analýzy pracovat s vyplněným protokolem a poznámkami tazatele (pozorování a kvalifikovaný odhad). V první fázi práce s daty byly v přepsané verzi rozhovoru identifikovány významové jednotky (tj. nositelé relevantních informací) a byla provedena tzv. redukce I. řádu. Redukcí I. řádu se rozumí vyloučení nepodstatného obsahu věty (tzv. slovní vata), který snižuje orientaci v textu (Miovský, 2002 cit. Charvát & Gabrhelík, 2004).

Opakovaně se vyskytující významové jednotky napříč souborem nám umožnily vytvořit kategorie a podkategorie, ke kterým byly následně přiřazovány významy podobné povahy (kódování). Cirkulární povaha práce s daty – zakódování významu, opuštění a následný návrat ve světle nových skutečností – je pro časově náročnou práci s kvalitativními daty charakteristická. Dosud popisovaný postup je ve shodě s metodikou zakotvené teorie (Miovský, 2006). Po zakódování jsme byli schopni obsahy řadit a seskupovat do induktivně vytvořených kategorií. Tento proces je označován jako vytváření trsů (clustering). Další z použitých postupů lze označit jako výčet (counting), který umožňuje práci s četnostmi a frekvencí výskytu sledovaného jevu. Pomocí techniky výčtu si mnohdy můžeme odpovědět na otázku, co zde je či existuje. Poslední fází práce s daty představoval návrat k původním přepisům.

Kontrola validity byla zaručena opakovaným poslechem během přepisu dat, srovnáváním textů po redukci prvního řádu s původními přepisy, triangulací, kdy jsem vycházel z vícero různorodých zdrojů. (Čermák & Štěpaníková, 1998).

Pro kvantitativní data byla použita prostá popisná statistika.

6.4 Etika výzkumu

Základním předpokladem a závazkem při získání informací prostřednictvím interview bylo neohrozit a nepoškodit účastníky výzkumu. Jak píše Kalina (2013, s. 63) „*Co není etické, není kvalitní*“. Všechna data byla zpracována anonymně. Účastníci výzkumu se účastnili výzkumu dobrovolně a byli na začátku interview seznámeni se všemi základními informacemi o svých právech (informovaný souhlas). Respondenti byli také seznámeni s právem kdykoliv přerušit účast na výzkumu – přerušit rozhovor a neodpovídat na otázky, popř. odmítnout nahrávání rozhovoru. Pro zvýšení motivace respondentů k zapojení do studie byla využita incentiva ve formě potravinové stravenky v hodnotě 110 Kč pro každého respondenta ze souboru klientů kontaktního centra, kterou obdržel po dokončení rozhovoru. Účast v psychologickém výzkumu může být dle Miovského (2006) odměňována.

Nahrávky byly doslovně přepsány a po přepisu smazány. Nebyly poskytnuty žádným třetím osobám. Zajištění informovaného souhlasu uživatelů alkoholu bylo učiněno formou ústního seznámení s výzkumem a následným podepsáním informovaného souhlasu.

Autor byl v částečném střetu zájmů. Působí jako vedoucí služby a sociální pracovník v Kontaktním centru RIAPS a jako adiktolog v Ambulanci RIAPS.

6.5 Metodologická omezení a kvalita dat

Metoda polostrukturovaného rozhovoru se ukázala jako vhodný nástroj získávání dat. Na výzkumníkovi ležela úloha vhodně pokládat otázky a průběžně ověřovat že jim respondent správně rozumí. Někdy bylo nutné otázky dovysvětlit. Několikrát se stalo, že respondent se v průběhu hovoru odchýlil od tématu a bylo nutné vrátit ho zpět k předmětu rozhovoru. Očekávaným omezením byla u některých klientů míra intoxikace alkoholem, která byla ale částečně eliminována tím, že rozhovory probíhaly v ranních a dopoledních hodinách.

Určitým limitem ve sběru dat mohla hrát role tazatele, který se vůči klientům vedle role výzkumníka objevuje i v roli pracovníka služby. Stejně tak v rámci skupinového rozhovoru s pracovníky se tazatel objevil v roli kolegy a nadřízeného. Obojí by mohlo hrát teoretickou roli v míře ochotě některé věci sdělit či nesdělit, případně sdělení upravit tak, aby naplnilo očekávání výzkumníka. Na druhou stranu, předem navázaný kontakt tazatele s respondenty ze skupiny klientů mohl snižovat psychologickou bariéru při provádění a případnou tenzi z rozhovoru. Miovský (2006) tuto skutečnost nazývá reaktivitou, což popisuje jako vliv badatele na zkoumanou skutečnost a vzájemné interakce mezi prostředím a osobami.

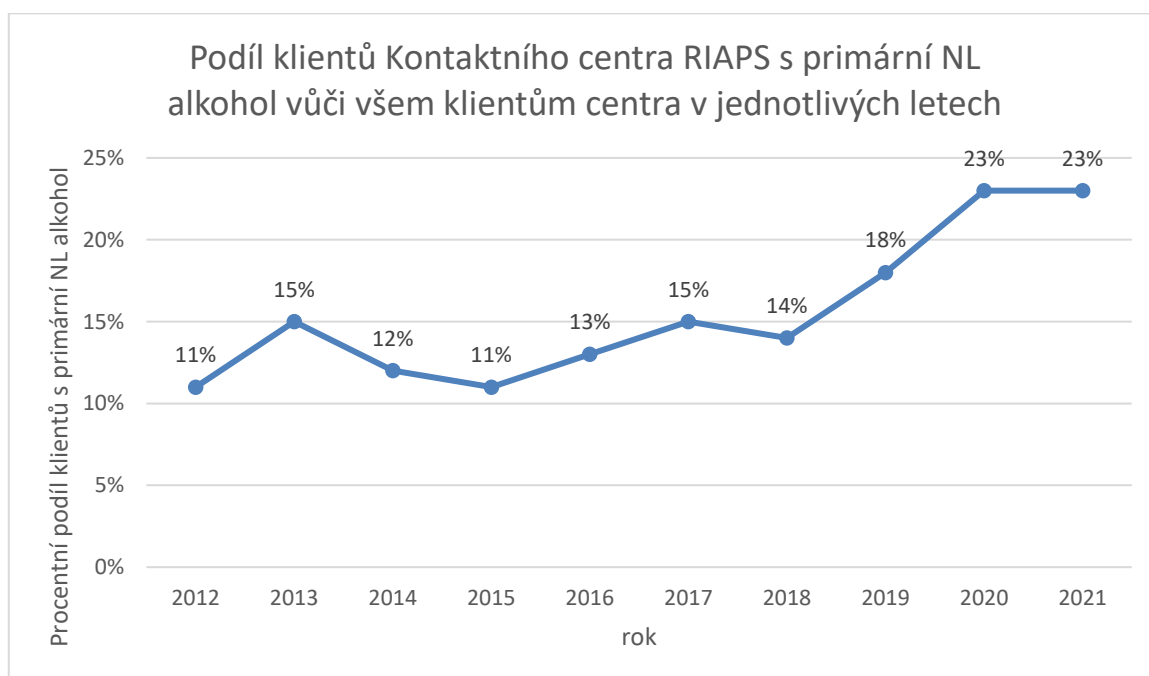
Ze všech výše uvedených důvodů byly kladeny podobné otázky různým způsobem, aby validita sdělení byla co největší.

7. VÝSLEDKY

Vyhodnocení výzkumu je rozděleno na dvě části. První z nich je část kvantitativně pojatá, kdy jde hlavně o přiblížení statistických dat služby kontaktního centra a konkrétní podoby vzorku respondentů. Druhá část je založena na vyhodnocení semistrukturovaných interview. V textu vyhodnocovány jednotlivé otázky z interview dle stanovených výzkumných otázek.

7.1 Statistická data Kontaktního centra RIAPS Trutnov

Graf č. 1: Podíl klientů Kontaktního centra RIAPS s primární NL alkohol vůči všem klientům centra v jednotlivých letech



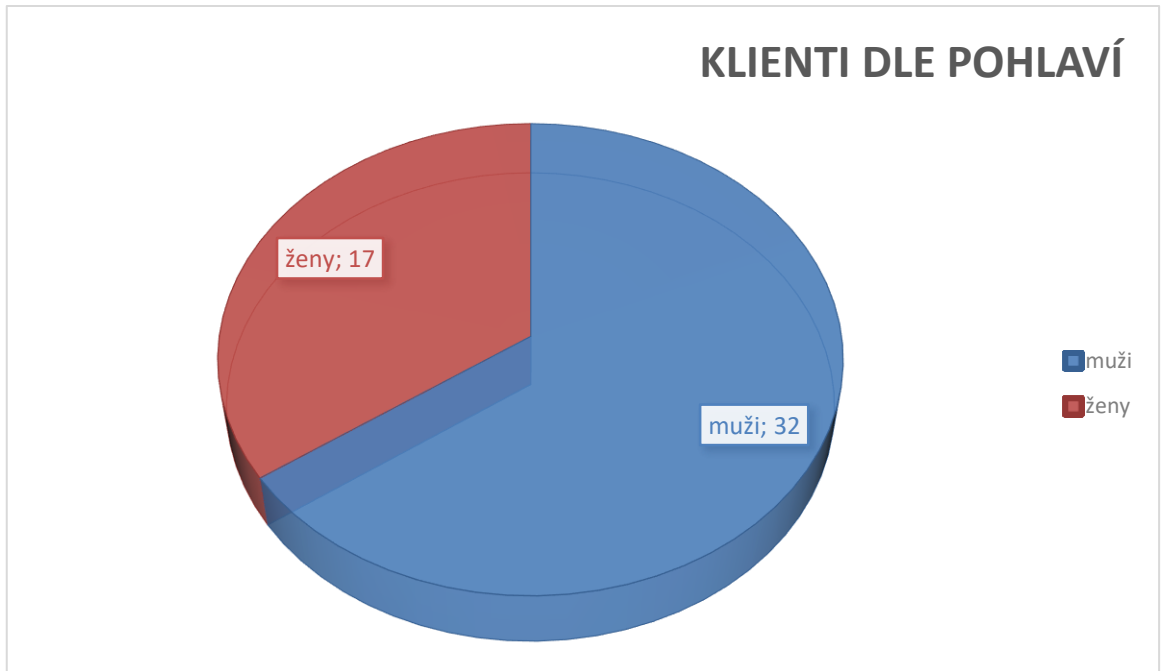
(zdroj: Výroční zprávy RIAPS Trutnov 2012 – 2021)

Z grafu je patrné, že hned první rok 2012, kdy mohli uživatelé alkoholu služby centra využívat, jich byla více než desetina všech klientů. Následující roky se množství pohybovalo mezi 11 % - 15 % a je zřejmé, že především v posledních třech letech se uživatelé alkoholu stávají nezanedbatelnou cílovou skupinou služby a jejich podíl na vůči ostatní klientele centra postupně narůstá až téměř na jednu čtvrtinu.

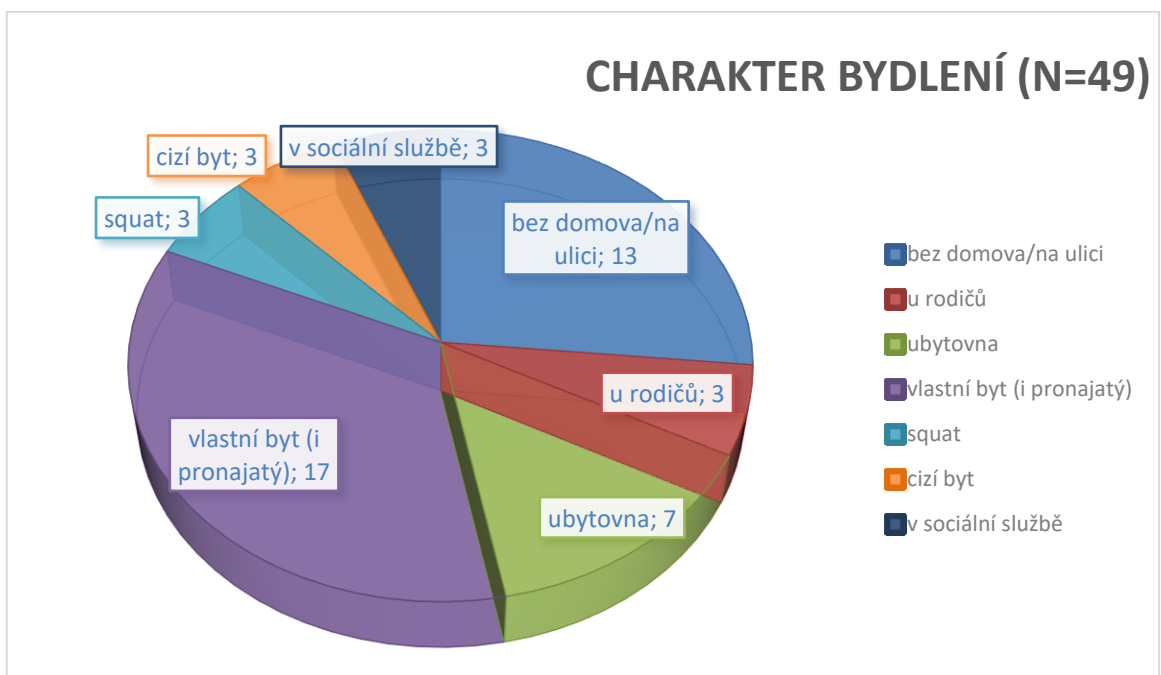
Statistika využívání jednotlivých služeb Kontaktního centra RIAPS klienty s primární návykovou látkou alkohol v období 1. ledna – 31. října 2022:

Celkem v tomto období využilo službu 49 klientů (32 mužů, 17 žen), z toho 21 prvokontaktů. S klienty se uskutečnilo 711 kontaktů, což při 185 otevíracích dnech vychází na 3,8 kontaktu na otevírací den. Věkový průměr klientů činil 49 let.

Graf č. 2: Klienti dle pohlaví

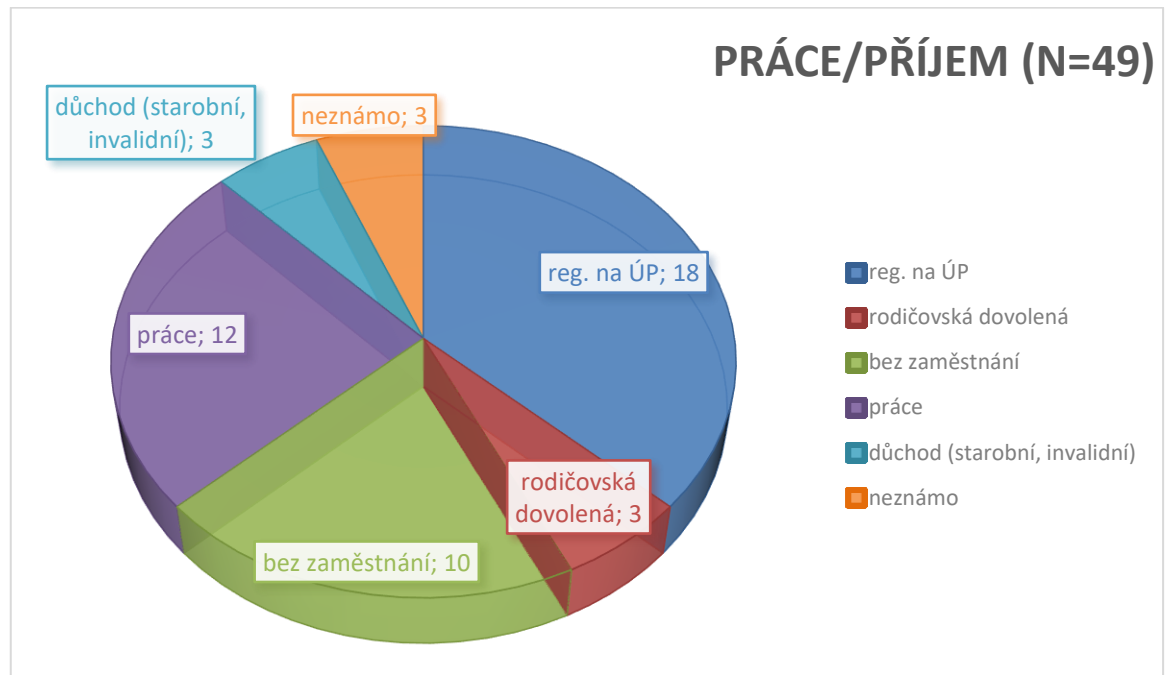


Graf č. 3: Charakter bydlení klientů



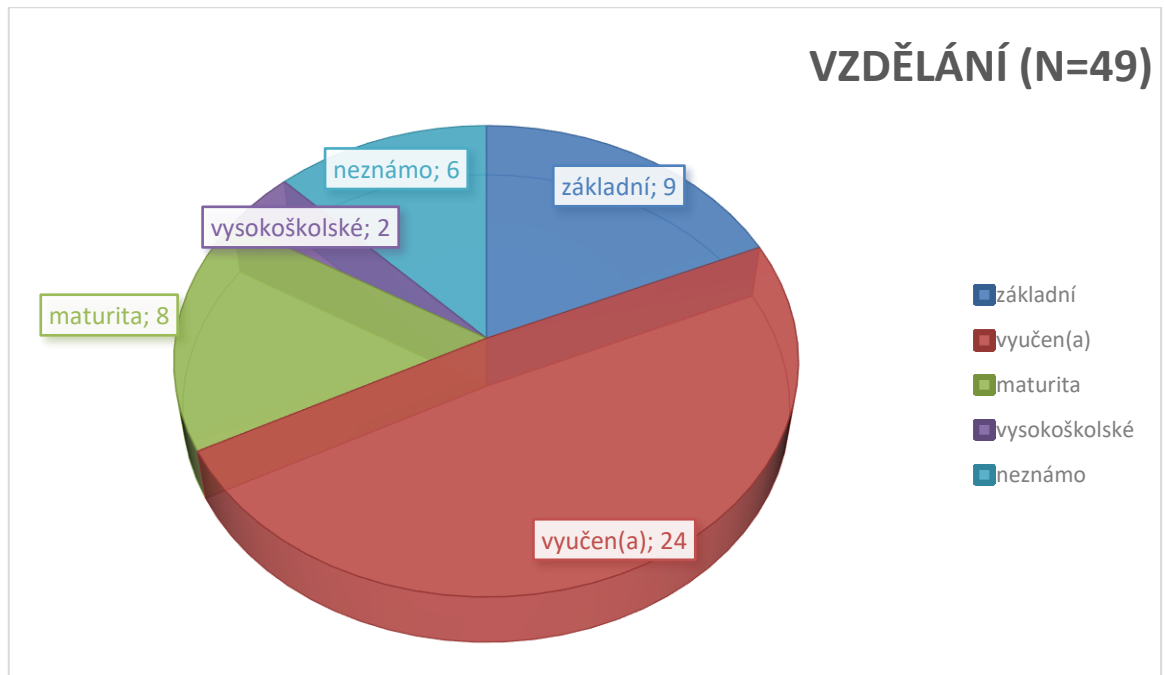
Graf ukazuje, že skoro 33 % klientů žije bez střechy nad hlavou (na ulici, ve squatech). Další jedna pětina klientů žije v nejistém či nevyhovujícím bydlení (cizí byt, ubytovna). Celkem tedy více než polovina klientů, konkrétně 53 % má velké potíže s uspokojením této základní životní potřeby.

Graf č. 4: Práce/příjem klientů



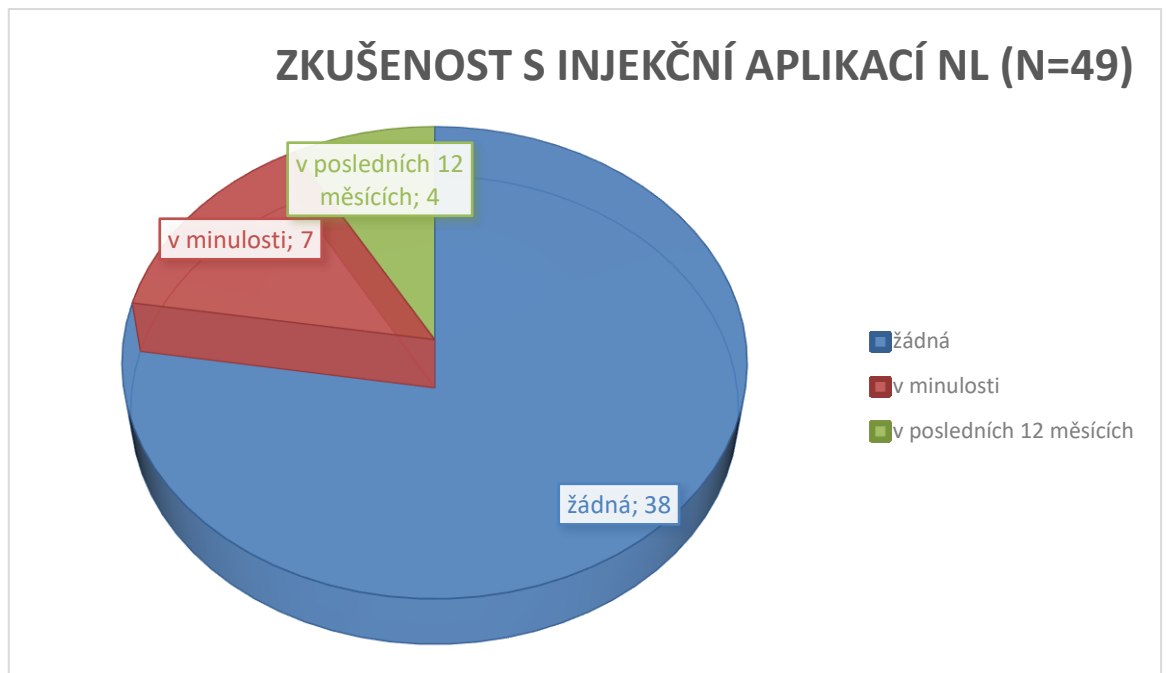
V tomto grafu vidíme, že více než polovina klientů (57 %) buď nepracuje nebo je registrována na Úřadu práce. Téměř jedna čtvrtina disponuje finančním zdrojem z výdělků z práce, a více než desetina z důchodů nebo dávek na rodičovské dovolené.

Graf č. 5: Vzdělání klientů



Z hlediska vzdělání, téměř jedna pětina klientů má vzdělání základní (18 %), téměř polovina klientů a klientek je vyučen(a), konkrétně (49 %). Dalších 16 % klientů odmaturovalo a objevila se i 4 % vysokoškolsky vzdělaných klientů.

Graf č. 6: Zkušenost s injekční aplikací návykové látky



Tento graf ukazuje, že necelá čtvrtina (22 %) klientů má zkušenost s injekční aplikací psychoaktivní látky. Z toho necelá jedna desetina (8 %) má takovou zkušenost v posledním roce.

Tabulka č. 1 Výkony kontaktního centra v období 1. ledna – 31. října 2022 poskytnutí klientům s primární návykovou látkou alkohol

název výkonu	počet osob	počet jednotkových výkonů
distribuce harm reduction materiálu	10	30
testování infekčních nemocí	3	6
základní zdravotní ošetření	2	10
hygienický servis (sprcha, praní prádla)	14	467
potravinový servis	16	348
informační servis	16	65
kontaktní práce	24	433
individuální poradenství	17	71 (30 min.)
sociální práce	11	52 (30 min.)

Ze statistik je patrné, že klienti kontaktního centra v menší míře využívají služby zdravotní, kam patří distribuce harm reduction materiálu, testování infekčních nemocí a zdravotní ošetření. V mnohem větší míře využívají služeb, které by se daly zařadit do kategorie sociálních – nejvíce využití vidíme u hygienického servisu, kontaktní práce a potravinového servisu. Neopomenutelnou část práce tvoří i individuální poradenství a sociální práce.

Tabulka č. 2 distribuce harm reduction materiálu kontaktního centra v období 1. ledna – 31. října 2022 klientům s primární návykovou látkou alkohol:

název výkonu	počet ks	celkem
počet vydaných stříkaček	891	7771
počet vydaných stříkaček sekundární výměna	6880	
počet přijatých stříkaček	924	7702
počet přijatých stříkaček sekundární výměna	6778	
počet vydaných kapslí	50	50
počet vydaných kondomů	103	103

Statistiky distribuce harm reduction materiálu ukazují, že část klientů s primární návykovou látkou alkohol, využívá i služeb výměny stříkaček. Téměř z 90 % se jedná o sekundární výměnný program, kdy klient využívá této služby pro osoby ve svém okolí, které samy služby centra využívat nechtějí nebo nemohou. Konkrétně tuto intervenci využilo 10 osob, jak ukazuje tabulka č. 1. Celkem to je více než jedna pětina všech klientů. Na jednu výměnu vychází v průměru 259 ks stříkaček, což je důkazem, že se z velké části jedná o sekundární výměnný program. (zdroj: evidenční program UNIDATA Kontaktního centra RIAPS Trutnov)

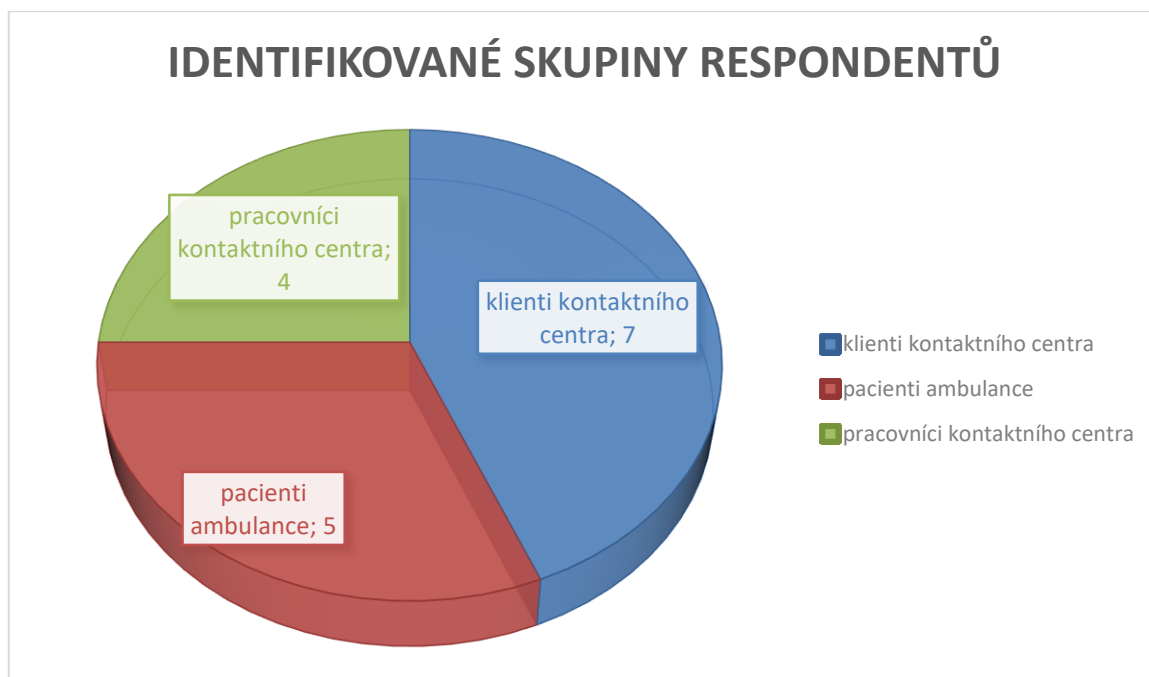
7.2 Charakteristika výzkumného souboru

Celkem bylo osloveno s žádostí o participaci na výzkumu 19 osob. Z toho dva pacienti ze skupiny pacientů ambulance a jeden ze skupiny klientů kontaktního centra účast odmítli. Na výzkumu tedy participovalo 16 respondentů. Věkové rozmezí respondentů – klientů a pacientů, bylo 24–64 let. Dalšími respondenty byli odborní zaměstnanci centra, kteří s uživateli alkoholu pracují. V tomto případě se jednalo o 4 pracovníky různých odborností – sociální pracovník, adiktolog, praktická sestra, pedagog, z nichž někteří disponují více odbornostmi. Všichni mají dlouhou zkušenost s tímto typem klientely. Pracovník s nejmenší zkušeností pracuje v centru 13 měsíců, nejdelší zkušenost má pracovník v trvání 10 let. Průměrně v kontaktním centru pracují s uživateli alkoholu 5 let a 9 měsíců.

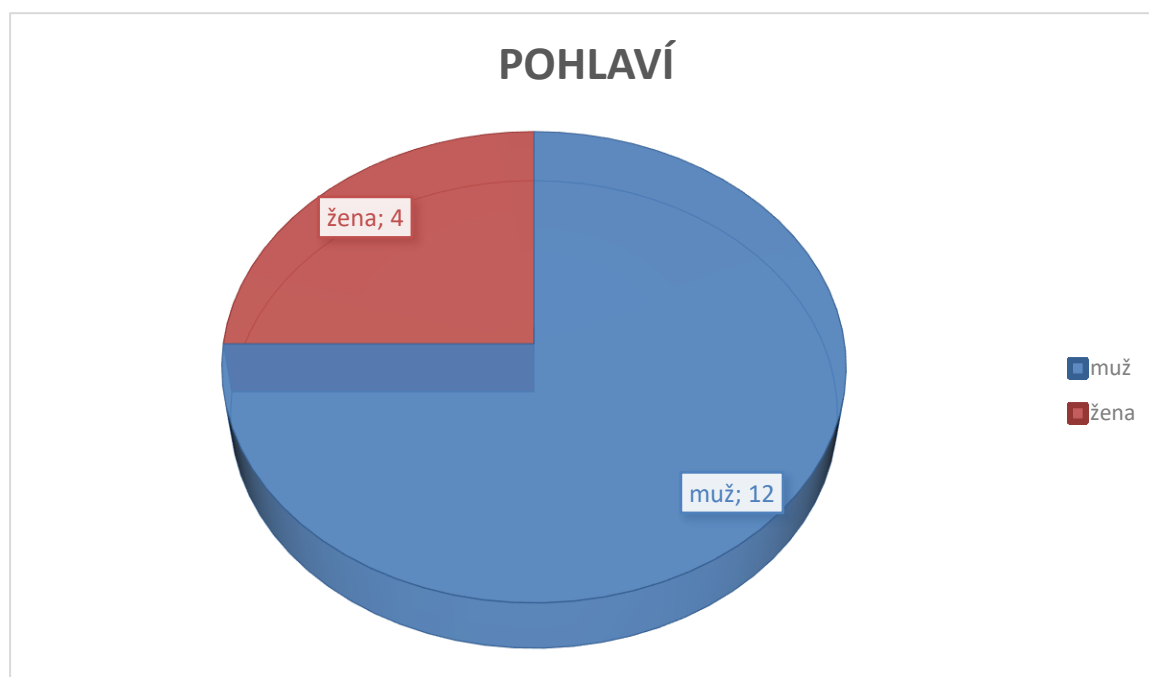
Tabulka č. 3 Zastoupení respondentů dle identifikovaných skupin

skupina	počet respondentů
klient kontaktního centra	7
pacient ambulance pro léčbu závislostí RIAPS	5
pracovník kontaktního centra	4
celkem	16

Graf č. 7: Zastoupení respondentů dle identifikovaných skupin



Graf č. 8: Zastoupení respondentů dle pohlaví



Tabulka č. 4 Zastoupení respondentů dle pohlaví

skupina	muž	žena	celkem
klient kontaktního centra	6	1	7
pacient ambulance pro léčbu závislostí	3	2	5
pracovník kontaktního centra	3	1	4
celkem	12	4	16

Tabulka č. 5 Věk respondentů

skupina	nejmladší	nejstarší	průměr
klient kontaktního centra	47	64	55
pacient ambulance pro léčbu závislostí	24	57	45
pracovník kontaktního centra	34	56	45

7.3 Výzkumné otázky – výsledky

Jaké typy klientů – uživatelů alkoholu využívají služby kontaktního centra?

Výzkum ukázal, že uživatelé alkoholu, kteří využívají nízkoprahových služeb kontaktního centra, se dají rozdělit do čtyř různých skupin, resp. kategorií.

První skupinou jsou uživatelé alkoholu bez střechy nad hlavou. Tito jedinci spí venku na ulici, případně na noclehárně. Pracovník KC (dále jen PKC): „V průběhu let jsme tu měli alkoholový klienty, který různě přespávali na ulici, pod mostem, ve squatech, na nádraží, ve veřejných budovách, autech, jeskyni, odstaveném vagonu, stanech, garážích, sklepech a půdách domů a podobně.“ Klient KC (dále jen KKC): „Já jsem ještě nedávno přespával venku, pod smrkama, kde se mě to hodilo, teď spím pár dní na noclehárně“. Případně jedinci s nejistým bydlením. KKC: „Spím v autě, někdy přespávám u kamaráda, ale tam to nejde tak často.“

Druhou skupinou jsou uživatelé s primární návykovou látkou alkohol, kteří ale současně rizikově užívají i nelegální návykové látky. Tito jedinci jsou v úzkém kontaktu s uživateli ilegálních drog (většinou pervitinu), často s těmi, které nazýváme skrytou drogovou scénou. To, že služby kontaktního centra tito klienti již využívají vede k tomu, že se stávají prostředníkem pro distribuci harm reduction materiálu právě směrem ke skryté drogové scéně. KKC: „Oni sem chodit nechtěj,

takže když už sem chodím já, tak jim vyměním. Ruce mi neupadnou. No a někdy si dám perník s nima“. Podstatná část z nich má minulé nebo současné zkušenosti s nějakou formou zjevného či skrytého bezdomovectví, částečně se tedy může překrývat se skupinou první.

Třetí skupinu tvoří nemotivovaní jedinci s problémovým pitím či závislostí, kteří zatím plně nenahlídli na svoje obtíže, případně je vnímají jenom omezeně. K využití služby byli dotlačeni tlakem zvnějšku – velmi často od partnerek a partnerů, rodičů či jiných blízkých osob. PKC: *„Hodně záleží na té motivaci, jestli se klient na poradenství objedná sám nebo ho objedná někdo jinej. Když ho objedná někdo jinej, manželka, rodiče, často je ta ochota spolupracovat, někam se posunout spíš jen formální. Někdy se to ale podaří, že ten člověk získá náhled a začne chtít sám.“*

Poslední, čtvrtou skupinou jsou klienti, kteří službu kontaktního centra vyhledali s jasným cílem zahájit abstinenci či proces nástupu do léčby. Tato poslední skupina se ještě dá rozdělit na ty, kteří nemají zájem o léčbu v režimu zdravotních služeb z důvodu obav o ztrátu anonymity. Proto ať už krátkodobě či dlouhodobě využívají poradenské služby s cílem redukce konzumace či udržení abstinence. PKC: *„Jo, objevujou se tady občas lidi, který nechtěj bejt nikde evidovaný, ale současně vnímaj, že sami ten alkohol nezvládnou. Tak ty se můžou taky chodit. Choděj na poradenský časy, takže se tady s aktivníma uživatelama nepotkávaj, je to tu pro ně bezpečný.“* Zbylá část těchto motivovaných klientů využívá kontaktního centra jako přestupní stanice před nástupem do pobytové a ambulantní léčby. Klientka ambulance (dále jen KA): *„Já jsem volala do ambulance s tím, že bych se chtěla léčit s pitím. Tam mi ale dali termín k psychiatrovi až za měsíc a půl. Řekli mi, ať si zatím zavolám k vám a domluvíme se s váma, že vy byste mě mohli vzít dřív...“.* Ať již ambulantní či pobytová léčba je z hlediska čekacích lhůt špatně dostupná. Kontaktní centrum může sloužit jako místo, kde se pracuje s motivací klienta tak, aby rozhodnutí se léčit, během čekání na nástup, vydrželo. KA: *„Nevím, jak by to dopadlo, kdybych musel čekat, až se dostanu k doktorce v ambulanci a nikam mezitím nechodil. Nejsem si jistej, že bych se začal léčit, kdybych nechodil sem a nepovídal si o tom tady.“*

Všichni respondenti z řad klientů kontaktního centra a pacientů ambulance uvedli, že jejich první zkušenost s alkoholem spadá do období pubescence či adolescence. KKC: *„Já se poprvé opil, když mi bylo 13 a šel na pomlázce koledovat se staršíma kamarádama. Kámošům místo koledy dávali kořalku a mně taky.“* KA: *„Začala sem pít někdy v šestnácti, sedmnácti na zábavách. Pila jsem tak běžně, jako*

každě jiné. Rozpila jsem se až když jsem zůstala doma se zlomenou nohou.“ KKC: „K pivu jsem se dostal na učňáku, ale nějak jsem to nepřeháněl. Zhoršilo se to během posledních šesti let, co jsem pryč od ženský.“

V rámci konzumace alkoholu, byly identifikovány pouze dílčí preference z hlediska druhů nápoje. Ve skupině respondentů kontaktního centra druh alkoholického nápoje nehraje roli. Klienti pijí to, co je v danou chvíli dispozici – pivo, levné víno, tvrdý alkohol. KKC: *„Když jsou prachy, koupím si kořalku, když nemám, tak si dám pivo nebo víno v plastu.“* KKC: *„Já piju pivo, ale když je víno nebo nějaké tvrdé, tak si ho dám taky.“* Pouze dva respondenti z Ambulance popisovali, že mají nápoj, který pijí bezvýhradně. Jedna pacientka preferovala víno, druhý pacient pivo.

Co se týče množství vypitého alkoholu, tato kategorie je velmi individuální. I přesto se ukazuje, že všichni respondenti z řad klientů a pacientů spadají minimálně do kategorie škodlivého pití, s vysokou pravděpodobností se u naprosté většiny z nich dá hovořit i o závislosti na alkoholu. Dle Mravčíka et al. (2021) vypítí 4 a více sklenic u mužů a 2 a více sklenic u žen v průměru denně pak lze považovat za škodlivou konzumaci. KKC: *„Já vypiju šest, osm, někdy deset piv, někdy si dám i kořalku. Akorát teď, jak to hlídaj na tý noclehárně, piju míň. Dám si tak čtyři piva, do těch dvou hodin, abych nenadejchal a pustili mě tam.“* KKC: *„My jsme schopný vypít 4 litry vína za den“.* KA: *„Pil jsem osm, ale třeba i dvanáct piv za směnu. Občas nám někdo poslal do kuchyně panáka.“* KA: *„Já jsem vypila minimálně sedmičku vína, spíš ale ten litr, protože jsem si to kupovala ve vinotéce v tý litrový flašce a většinou jsem ji dopila.“*

Jaké specifické potřeby je možné naplňovat v rámci služeb Kontaktního centra?

Klienti z výše vydefinovaných kategorií jsou ve vzájemném porovnání v odlišném postavení z hlediska sociálního propadu a vyloučení, z hlediska zdravotního stavu, sociální opory, ale třeba i motivace ke změně. Z tohoto důvodu je zřejmé, že potřeby klientů různých kategorií budou odlišné.

Jedincům bez přístřeší dokáže služba kontaktního centra zčásti saturovat ty nejzákladnější fyziologické potřeby jako je jíst, pít, teplo apod. Samozřejmě, že primárně si ale tyto potřeby klienti v průběhu dne uspokojují i jinde. Kontaktní centrum tak v některých případech nabízí kultivovanější prostředí, kde si lze tyto potřeby naplnit. KKC: *„Tak je tady teplo, je tady čistej záchod, můžu si tu v klidu dát tu Čínskou polívku s chlebem, čaj...“.* Kontaktní centrum naplňuje další potřeby – být

umytý a čistý. KKC: „*To, že jsem na ulici, neznamená, že jsem prase.*“. Vedle naplnění těchto potřeb centrum napomáhá saturovat i potřeby jistoty a bezpečí. Klientům dává pocit jistoty pravidelná otevírací doba, se kterou mohou počítat. Stejně tak vědí, že zde potkají pracovníky, které znají, s nimiž mají dobrou zkušenost. Služebně nejmladší pracovník v centru pracuje 13 měsíců, všichni ostatní se s klienty v centru setkávají více než pět let. K naplnění této potřeby pomáhá i jistota, že mohou využít ty služby, které v danou chvíli potřebují. KKC: „*Vim, kdy sem mám přijít, že ty čtyři dny v tejdnu se tady můžu najíst, dojít na záchod. Je tady klídek, dám si sprchu, kafe, pokecám s Jirkou nebo Petrem.*“. KKC: „*Je to tady takovej azyl, kde se můžu trochu uvolnit, chvíli nic neřešit, jen tak sedět u kafe a mít klid. Vždycky se sem ráno těším, bejvá to pro mě vrchol dne, protože to odpoledne je pak hrozně dlouhý.*“ Velmi podstatnou roli hraje důvěra v pracovníky, potažmo službu jako takovou. Díky navázání důvěrného vztahu mohou klienti zažívat pocit bezpečí, kterého se jim běžně při životě na ulici nedostává. KKC: „*Já jsem pořád v takovým divným napětí, který zmizí buď když přijdu sem nebo se napiju.*“ KKC: „*Tady, nikde jinde, můžu otevřeně mluvit, o tom, co mě fakt sere. Že jsem nasranej na exmanželku, ale i na sebe, na celej svět. Vim, že když to na vás tahle vybleju, že vám to nevádí, zvládnete to a mně se uleví.*“ KKC: „*Můžu se tady o všem bavit a nikdo se to nedozví. Ty jiný lidi na ulici moc neznám a nevěřim jim.*“ I naplnění těchto potřeb má svoje limity. Klienti např. referují o potřebě mít nějaké bezpečné místo, kde by si mohli uchovat svoje osobní věci.

Kontaktní centrum těmto klientům částečně dokáže i naplňovat potřeby vyšší tím, že je přijímá takové, jaké jsou, nesoudí je, přistupuje k nim s respektem. Pocit přijetí je něco, čeho se lidem bez přístřeší příliš nedostává. Mnohem častěji se setkávají s odmítáním, odsouzením, někdy ale i s lítostí. KKC: „*Mně je tady dobře. Vim, že se s váma tady můžu normálně bavit, že se se mnou bavíte jako s člověkem. Nejsem slepá, vidim, jak na mě koukaj lidi na ulici. To samozřejmě není nikomu příjemný. Tak jsem ráda, že se tady aspoň umeju, oblíknu do čistýho oblečení a aspoň chvíli mi je dobře.*“ KKC: *Chodím sem už strašně dlouho. Kluci (myšleno pracovníci služby – pozn. autora) mě už znaj, já znám je a vždycky si s nima dobře pokecám. Oni se snažej mi pořád říkat něco o léčebně, ale tam se mi nechce, i když to asi myslej dobře.*“ Centrum umí naplnit i potřebu, kterou bychom mohli nazvat jako potřebu pomoci. KKC: „*Já jsem samozřejmě marnej, když mám jít na úřad. Nerozumim tomu, co kde vyplnit. Takže jsem rád, že mi s tím tady pomůžou nebo mě tam doprovoděj.*“ Pomoc se netýká pouze kontaktu s úřady, ale i zprostředkování dalších služeb. „*Já jsem sem začal chodit nedávno, když mi skončila práce s ubytováním. Byl jsem rád,*

že se mám kde vysprchovat... no nakonec jsme se domluvili, že nastoupím do léčebny. Asi to bude lepší varianta, než být v zimě venku.“

Klienti, jejichž motivace vyhledat kontakt se službou je vnější, vyvolána tlakem blízkých osob, mají základní biologické potřeby saturovány. Pro ně v tomto ohledu kontaktní centrum určeno není. Naopak potřeba bezpečí, přijetí a respektu je pro ně významná. KA: *„No co vám budu povídat, věděl jsem, že mám problém, že bych s tím měl něco dělat, ale bál jsem se. Bál jsem se si to přiznat, bál jsem se vyhledat pomoc, protože jsem nevěděl, co tady se mnou budete dělat. Bál jsem se, že mě hned pošlete do léčebny...“* KA: *„Já jsem se hrozně styděla. Na ženskou, která chlastá není hezkej pohled a i možná proto jsem to pořád odkládala a myslela si, že to zvládnou sama.... To, že mě nikdo nijak neodsoudil, naopak nabídli jste mi možnosti řešení, bylo hrozně příjemné a tak úlevné.“* Podobně hodnotí pocit bezpečí klienti, kteří vyhledali centrum s tím, že chtějí se svým pitím něco dělat, ale nechťejí využívat zdravotní služby, aby nedošlo k prolomení jejich anonymity. KKC: *„Uvítal jsem možnost sem chodit anonymně. Kdyby se to nějak provalilo třeba v práci, že piju, mohl bych o ni přijít. Takže tohle pro mě byla důležitá podmínka, abych jsem vůbec přišel.“* Bezpečí a přijetí je významné i pro klienty, kteří centrum vyhledali kvůli zprostředkování léčby případně jako místo, kam budou docházet do doby nástupu do ambulantní či bytové léčby.

Z hlediska vyšších potřeb centrum dokáže částečně saturovat potřebu přijetí a respektu, bez ohledu na typ klienta. Výzkum ukázal, že pro klienty je velmi podstatný respektující přístup ze strany pracovníků, potažmo služby, vůči nim. KKC: *„Já se tady cejtím fakt dobře. Když někam přijdu, většinou vidím, že na mě koukají skrz prsty, tady ale ne.“* Centrum v tomto ohledu slouží jako prostředník mezi klienty a většinovou společností. K tomu napomáhá kontaktní práce s nimi a díky tomu lze navazovat a kultivovat pracovní vztahy s klienty.

Odovídají nabízené služby potřebám klientů?

Výzkum ukázal, že služby, které vzhledem k legislativě a standardům adiktologických služeb kontaktní centrum nabízí, odpovídají očekáváním klientů a naplňují jejich potřeby v adekvátním rozsahu. KKC: *„Měl jsem očekávání, že omezím pití, že mi pomůžou najít práci a bydlení hlavně.“*

Klienti pro naplňování svých potřeb využívají především služeb hygienického servisu, potravinového servisu, kontaktní práce, individuálního poradenství

a sociální práce. V menším rozsahu také využívají zdravotnických intervencí centra – výměny a distribuce harm reduction materiálu, zdravotního ošetření a testování na infekční choroby.

Část klientely by uvítala i služby spojené s ubytováním (bydlením), což však, vzhledem k charakteru služby, nelze naplnit.

Jaká je přijatelnost a atraktivita poskytovaných služeb?

Atraktivitu služeb zvyšují dobré reference stávajících klientů centra. Všichni respondenti z řad stávajících klientů kontaktního centra popisují, že se o službách dozvěděli od klientů, kteří do centra již docházeli a služeb využívali. KKC: *„Nevěděl jsem, že něco takového existuje, dozvěděl jsem se od těch, co sem choděj. Chtěl jsem zjistit, co byste mi mohli nabídnout. Byla tam určitě zvědavost, že bych se sebou potřeboval něco dělat, co se týče alkoholu.“*

Výzkum ukázal, že přijatelnost a atraktivita služeb je pro stávající klienty vysoká. Především klienti bez příštěší navštěvují centrum několikrát týdně. Klienti se pozitivně vyjadřují směrem k vybavení centra, k přístupu pracovníků k nim i k užitečnosti služeb jako takových. KKC: *„Chodím sem skoro pořád, když je otevřeno. Líbí se mi tady, je to tu čistý, pěkný.“* KKC: *„Ta komunikace, je vidět, že jim nejsem lhostejnej, ptaj se jak se mám, jak to vidim dál a tak.“*

Jaká je dostupnost těchto služeb?

Vydeme-li ze čtyř kritérií dostupnosti dle O'Donella (Miovský, 2014), to první služba splňuje už jen tím, že existuje. Geografická dostupnost je zajištěna tím, že kontaktní centrum sídlí v širším centru města Trutnova, v pohodlné docházkové vzdálenosti z náměstí, autobusového i vlakového nádraží. Z hlediska místní dostupnosti je tedy centrum dostupné i proto, že se nachází v místech, kde se běžně klienti pohybují a vyskytují. Blízkost obou druhů nádraží zvyšuje dostupnost i jedincům, kteří nejsou z Trutnova a využívají veřejnou hromadnou dopravu.

Třetí, finanční dosažitelnost služby zaručuje nízkoprahový přístup. Klienti mohou služby využívat anonymně, zdarma či za symbolické poplatky. Ceník platný k 31. říjnu 2022:

- káva 2,- Kč

- instantní polévka 2,- Kč
- holítko 2,- Kč/kus
- zapůjčení ručníku 2,- Kč/kus
- praní prádla 1,- Kč/kus

(zdroj: <https://www.riaps.cz/kc/onas.html>).

Běžné služby kontaktní místnosti lze využívat bez objednání kdykoliv v otevírací době. Na poradenské služby je nutné se většinou objednat, aby bylo zajištěno, že pracovník bude mít dostatečný čas a prostor se klientovi plně věnovat. PKC: *„Na poradenství klienty objednáváme, hlavně takový ty, který chtějí zajistit léčbu nebo do ambulance. Ty, který docházej dopoledne do káčka, pro ně je samozřejmě těžší přijít na přesnej čas. Takže když to jde, řešíme ty věci s nima hned, jak s nima přijdou. Ale někdy to nejde, není možnost se tomu v danou chvíli věnovat, tak si je taky objednáme a někdy přijdou a někdy nepřijdou.“*

Kontaktní a harm reduction služby jsou klientům dostupné 4x týdně (v pondělí, úterý, čtvrtek a pátek v čase 8,30 – 11,00 hod.). Pracovníci popisují, že během let postupně docházelo k rozšiřování dnů, kdy mohou klienti využívat kontaktní místnost. PKC: *„Začínalo se v podstatě na zkoušku dva dny v tejdnu. Časem se ale začalo ukazovat, že to je málo, že by klienti potřebovali využívat služby častěj. Takže pak se to rozšířilo na tři dny v tejdnu a asi před rokem na čtyři dny v tejdnu. Snažili jsme se to nastavit tak, aby bylo otevřeno dny před víkendem a dny po víkendu. Víme o tom, že klienti by chtěli všech pět pracovních dní, ale to bohužel nedáme provozně.“* K otevírací době se vyjadřovali i klienti centra. KKC: *„Otevírací doba vyhovuje, nevidím v tom žádný problém. Někdy to nestihnu, protože chodím po úřadech nebo doktorech. Tu středu bych ale samozřejmě uvítal, kdyby bylo otevřeno. Jinak čas vyhovuje.“* Klienti ale mají možnost využívat i služby poradenského dne, který je určen na čtvrtek v čase 12,00 – 16,00 hod. Tyto služby využívají všechny kategorie klientů, tak jak byly charakterizovány v první výzkumné otázce. Primárně jsou ale využívány klienty, kteří v rámci poradenství směřují k abstinenci či jejímu udržení případně mají zájem o léčbu a buď ji chtějí zprostředkovat nebo již disponují termínem léčby a do centra docházejí pro předléčebné poradenství a udržení motivace. KA: *„Původně jsem volal do Ambulance, tam se ale dlouho čeká, než vás vezmou. Dali mi číslo na vás, abych si zavola, že by to šlo rychlejc. Tak jsem zavola a dali mi termín asi za tejdnu, což bylo docela rychlý. Až mě to překvapilo.“* Časová dostupnost je z větší části vyhovující. Všichni respondenti z řad klientů kontaktního centra by však uvítali rozšíření otevírací doby i o ten poslední pracovní den, středu, kdy je centrum zavřené.

K dostupnosti v rovině psychosociální přispívá i to, že kontaktní centrum sídlí v budově, kde se poskytují další zdravotní a sociální služby RIAPSu. Hned v budově vedle funguje nově vzniklé Centrum duševního zdraví RIAPS. Pro někoho by vysoká fluktuace lidí v okolí organizace mohla být překážkou. Z rozhovorů ale vyplynulo, že klienti to vnímají spíše jako výhodu, jsou díky tomu méně nápadní. KA: *„Když řeknu, že jdu do RIAPSu, nikdo neví, kvůli čemu tam jdu. Chodí sem kupa dalších lidí, plno mých známých sem chodí třeba na psychiatrii s depresema. Takže se za to vlastně ani nemusím nějak stydět.“*

Jak a v čem jsou služby kontaktního centra klientům prospěšné a užitečné?

To, v čem a jak jsou služby klientům užitečné ukazují statistiky využití jednotlivých intervencí (služeb). Necelá třetina klientů velmi intenzivně využívá služby hygienického servisu – praní prádla, možnost využití sprchy. To ostatně potvrzují i rozhovory s klienty bez přístřeší, pro které to je služba, za kterou si cíleně chodí. Velmi podobně téměř totožnou klientelou je využíván potravinový servis služby. Tyto „servisní“ služby napomáhají klientům zmírňovat sociální propad a udržet si alespoň minimální standard ve vztahu k osobní hygieně, čistému oblečení a stravě. Pro jedince, kteří přežívající na ulici to je v podstatě, vedle noclehárny, jediná dostupná služba ve městě. KKC: *„Nevim, co bych dělal. Asi bych se v létě myl a prádlo pral v řece a přes zimu v tý noclehárně, pokud by mě tam pustili.“* Pro jedince bez zázemí slouží centrum i jako místo, kam si mohou nechávat zasílat poštu, využívat internet. Sociální práce je také důležitou složkou nabídky centra. Týká se z velké většiny klientů bez domova. KKC: *„Jirka mi zařídil bydlení na krizových lůžkách, v minulosti mi tady zajistili léčbu. Poštu si sem nechávám poslat. Člověk si tady může odpočinout, dá se do čista. Ptaj se mě, jak jsem se měl, ptaj se, jestli mám doklady, práci, ubytování. Můžu si tady zavolat.“*

Klienti zmiňují i intervence k minimalizaci rizik konzumace alkoholu. KKC: *„Užitečný je pro mě to, že mi to otevřelo oči. Kdybych nechodil sem, pil bych mnohem víc, než teď piju. Přibrzdil jsem hrozně moc. Tady si člověk uvědomí spoustu věcí.“* Výpověď dalšího respondenta KKC: *„Co mi pomohlo? Co se týče pracovníků, rozhovory s nima ohledně alkoholu, jak jsme na tom, jestli a jak pijem. Trošku jsem nad tím začal přemýšlet a piju díky tomu o něco míň.“* Respondentka z ambulance, která v centru před léčbou využila poradenských služeb vypověděla: *„Už to první setkání, když jsme se bavili o tom, jak piju, tak jsem si to díky tomu trochu víc sesumírovala a uvědomila. Pak jsme se domluvili, že si to co, vypiju, budu psát. No a když jsem to viděla na papíře, to nebyl hezkej pohled... Taky mi říkali, ať toho*

zkusim pít aspoň míň, pít jako pomalejc.“ O harm reduction přístupu se zmiňují i pracovníci centra. PKC: „Snažíme se tyhle témata pití otevírat. Někdy to může i působit až otravně. Ale myslím, si, že je to důležitý. A taky máme z minulosti zážitky s tím, že jsme jednomu klientovi opakovaně volali rychlou, protože tady dostával epileptický záchvaty, až jsme se tady mezi sebou po velkú diskuzi dohodli, že ho tady necháme, aby se trochu napil.“ PKC: „Harm reduction u alkoholu, to není tak jednoduchý, jak u nelegálních drog. Ty klienti vědí, že si jdou pro stříkačky a je to jasný. Kdežto tady je to harm reduction víc rozšířený i do tý sociální oblasti, jako minimalizace rizik obecně.“

Ti z klientů, kteří přišli s jasnou zakázkou zajištění léčby, oceňují pomoc právě s tímto. Celkem 17 klientů využilo dohromady 71 poradenských intervencí, což v průměru vychází na 4 poradenská setkání na klienta. Kontaktní centrum se stalo mezičlánkem mezi rozhodnutím se léčit a nástup do pobytové či ambulantní léčby. KA: *„No těžko říct, jestli bych se přišel léčit, kdybych nejdřív nechodil dolů do k centra. Já jsem samozřejmě chtěl s tím pitím něco dělat. Ale úplně rozhodnutej sem nebyl, jen sem věděl, že nechci do léčebny. Tam si ale se mnou promluvili, v podstatě to přispělo k tomu, že jsem sem do ambulance začal chodit. Byl jsem tam asi 3x, než jsem se dostal sem k doktorce a k vám.“*

Jsou klienti v kontaktu se službou spokojení s poskytovanými intervencemi a co dalšího by v nabídce služby ocenili nebo jim chybí?

Klienti vyjadřují spokojenost s poskytovanými službami. Oceňují kladný přístup a ochotu pracovníků být nápomocný v řešení jejich životních situací. KKC: *„To, co využívám, jsme spokojenej. Sprchu, prádlo, někdy tu polívku, kafe. Taky mi pomohlo, že se mnou šli na úřady, měli jsme to během dopoledne vyřízený, sám bych tam běhal kdovíjak dlouho.“*

O čem někteří respondenti hovoří, že jim schází je možnost uložení osobních věcí a majetku. Část z toho lze uložit v rámci depozit, dle pravidel centra se jedná především o osobní doklady, cennosti a dokumenty. Rozhovory ukázaly, že někteří z nich potřebují mít někde bezpečně uložené další osobní věci. KKC: *„Je škoda, že si tady nemůžeme nechat věci, oblečení, boty, spacák a tak. Já to musím furt tahat s sebou nebo někam schovávat a stejně jsem už takhle o plno věcí přišel.“* Většina klientů bez střechy nad hlavou a dalšího zázemí by ocenila možnost vaření v kontaktním centru. KKC: *„Hodilo by se, kdybych si tady moh ohřát párek nebo uvařit těstoviny a tak. Ty Čínský polívky se přejeděj a já nemám žádnou kuchyň, kde*

bych si moh uvařit nějaký normální jídlo.“ Většina z klientů bez střechy nad hlavou také vyjádřila lítost nad tím, že v centru již nadále není k dispozici pečivo, které dovážela Charita Trutnov. KKC: *„To bylo perfektní, když tady bylo to pečivo, sem si vzal chleba, dal koláče ke kafi. Škoda, že už to sem nevozí.“* Jiný respondent KKC: *„Prej s tím byly nějaký problémy. Ale já jsem díky tomu měl jídlo na celý den, takový, který bych si běžně nekoupil, sladký pečivo. Tak to kdyby šlo zase zavést, to by bylo skvělý.“* Klienti, kteří využívají služby kontaktní místnosti také zmiňují, že jim schází možnost odejít si zakouřit. Centrum nedovoluje se opakovaně vracet do kontaktní místnosti. Takže potřebuje-li klient kouřit, musí pro daný den kontaktní místnost opustit definitivně, nebo kouření odložit.

Shrneme-li výše uvedené, centrum navštěvují 4 kategorie uživatelů alkoholu:

- uživatelé alkoholu bez přístřeší,
- uživatelé alkoholu s přesahem k uživatelům nelegálních drog a rizikovému užívání ilegálních drog,
- nemotivovaní či málo motivovaní uživatelé alkoholu, kteří vyhledali službu po tlaku z vnějšku
- motivovaní uživatelé alkoholu, kteří čekají na nástup do pobytové či ambulantní léčby

Necelá jedna třetina klientů spadá do kategorie bez přístřeší. Více než polovina z uživatelů služby nepracuje nebo je registrována na Úřadu práce. Tento graf ukazuje, že necelá čtvrtina klientů má zkušenost s injekční aplikací psychoaktivní látky. Z toho necelá jedna desetina má takovou zkušenost v posledním roce.

Samotní klienti alkoholu vyjadřují spokojenost se službami. Díky službě mohou udržovat minimální hygienické standardy, mají možnost důstojné konzumace potravin, možnost nechat si zasílat poštu, používat internet. Nejen díky tomu centrum vnímají jako stálé místo, kde zažívají pocit jistoty a určité stability. Vedle toho oceňují kontakt s pracovníky, pocit bezpečí a důvěry. Pro část klientů je důležitá rychlá dostupnost služby a práce s udržením motivace k léčbě. Klientům je užitečná i pomoc v sociální oblasti – pomoc s vyřízením sociálních dávek, dokladů, doprovody na úřady, pomoc s hledáním bydlení, práce apod. Především pro klienty bez střechy nad hlavou jsou služby velmi atraktivní. Vedle toho centrum naplňuje

znaky nízkoprahovosti. Jako možná zlepšení by uvítali mít možnost uschovat osobní věci, možnost uvařit si jídlo, možnost kouřit a vracet se zpět do centra a mít možnost znovu v centru získávat pečivo z charity.

8. DISKUZE

Uživatelé alkoholu stále nejsou typickou cílovou skupinou, na kterou se kontaktní centra zaměřují. I z tohoto důvodu není tato klientela příliš početná. Z hlediska zkoumání se tedy jako vhodnější jeví kvalitativní výzkum.

Nízkoprahové služby pro uživatele alkoholu se teprve pomalu objevují a rozvíjí. Vzhledem k tomu, jak je užívání alkoholu v ČR časté, je zarážející, jaká zjevná disproporce mezi těmito službami pro uživatele ilegálních drog a uživatele alkoholu existuje. Je otázkou, zda by se na uživatele alkoholu měla zaměřovat již fungující kontaktní centra pro uživatele ilegálních drog ve velkých statutárních městech. Ta jsou zahlcena uživateli nelegálních drog a další kapacity na rozšiřování by pravděpodobně neměla. Na malou dostupnost a poddimenzovanost nízkoprahových center v Praze upozorňuje např. Chomynová et al. (2022). Zde by vedle těchto zavedených center mohla paralelně vznikat nová nízkoprahová kontaktní centra pro uživatele alkoholu tak, jako například v Brně. Pro kontaktní centra působící na okresní úrovni by rozšíření cílové skupiny o uživatele alkoholu mohlo být způsobem, jak se stát přijatelnější pro běžnou populaci. Velká část populace má totiž ve svém okolí zkušenost s problémovým užíváním alkoholu u svých známých, blízkých osob. Najednou by centra pracovala s uživateli psychoaktivních látek obecně, nikoliv výhradně s uživateli ilegálních drog. Současně by se mohly naplnit kapacity takového centra. Není úplnou výjimkou, že kontaktní centra na menších městech okresní úrovně se někdy potýkají s nedostatkem klientů z řad uživatelů nelegálních drog a kapacity tedy nebývají úplně efektivně využity. Tento nedostatek popisuje např. Jiříková (2014) nebo Rokosová (2017). V takovém případě by byly jistě velkou výzvou zvýšené nároky na personál. Uživatelé alkoholu se jako klienti kontaktního centra od klientů ilegálních drog odlišují. Už jen třeba tím, že míra intoxikace klientů alkoholem velmi ovlivňuje vzájemnou spolupráci v rámci služby. V Trutnově se osvědčilo s uživateli alkoholu pracovat dopoledne, kdy je míra intoxikace nižší. Identifikace dalších odlišností by mohla být předmětem následných výzkumů. U pracovníků by bylo potřeba rozšiřovat spektrum znalostí, dovedností a možných intervencí. Tam, kde je u služeb s cílovou skupinou uživatelů nelegálních drog možná hlubší specializace, při rozšíření služeb o další cílovou skupinu je nutná určitá míra univerzálnosti pracovníků. Vedle toho by bylo nutné upravit provoz takového zařízení ohledně otevírací doby kontaktní místnosti apod. Další otázkou může být, co by případné rozšíření cílové skupiny o uživatele alkoholu udělalo se stávající klientelou. Zkušenost z Trutnova ukazuje, že oddělené poskytování služeb těmto dvěma cílovým skupinám má na tu původní (uživatele ilegálních návykových

látek) minimální vliv. V posledních letech však můžeme v oblasti nízkoprahové pomoci uživatelům alkoholu sledovat určitý pozitivní vývoj. V již zmíněném Brně vzniklo několik kontaktních center speciálně pro uživatele alkoholu. Poskytování služeb uživatelům nejen uživatelům ilegálních drog, ale i alkoholu dle webových stránek nabízí i další organizace, například Kontaktní centrum Renarkon v Ostravě, Kontaktní centrum Most organizace Most k naději, Kontaktní centra organizace Prevent (v Jindřichově Hradci, Prachaticích, Strakonících...), Kontaktní centrum Vážka v Hodoníně, Kontaktní centrum Agarta ve Vsetíně, Kontaktní centrum Kotec v Sokolově. Tím se pomalu eliminuje zúžené spektrum cílových skupin vybraných adiktologických služeb, jako slabá stránka oboru adiktologie, jak ji popsal Úřad vlády (2021). V Koncepti rozvoje adiktologických služeb (Úřad vlády, 2021) se konstatuje, že kontaktní centra pro cílovou skupinu uživatelů alkoholu a nelegálních drog by měla být dostupná na úrovni každého okresu, resp. pražského správního obvodu.

Uživatelé alkoholu se během posledních třech let postupně stávají stále se rozšiřující cílovou skupinou služby Kontaktního centra RIAPS Trutnov, jejich podíl vůči ostatní klientele centra postupně narůstá až téměř na jednu čtvrtinu. Především roky 2020 a 2021, které byly poznamenány pandemií COVID-19, charakterizované omezováním služeb jsou v tomto ohledu příznačné. Mravčík et al. (2021) zmiňují že, studie zaměřené na změny v užívání alkoholu v populaci během epidemie COVID-19 sice přinesly nejednoznačné výsledky, nicméně jako pravděpodobné se jeví, že mohlo dojít ke zhoršení situace zejména u intenzivních uživatelů alkoholu, což je právě klientela kontaktního centra. Určitě bude zajímavé pozorovat a zkoumat, jak se to projeví v letech dalších.

Předmětem výzkumu byly osoby s primární návykovou látkou alkohol. Je otázkou, co to opravdu znamená. V tomto případě se jedná o jedince, kteří při jednání se zájemcem o službu deklarovali, že z nabízeného spektra návykových látek preferují alkohol. Část z nich ale má paralelní zkušenosti s užíváním dalších psychoaktivních látek – buď psychoaktivních léků či ilegálních drog. Protože tato otázka nebyla předmětem výzkumu, můžeme se pouze dohadovat, zda je alkohol primární návykovou látkou kvůli své snadné dostupnosti ať už finanční či nákupní, kvůli svým účinkům, případně jakou roli v tom hrají další faktory, jako je společenská tolerance vůči alkoholu, menší míra stigmatizace spojená s užíváním legální návykové látky apod.

Statisticky využití služeb kontaktního centra z jedné třetiny uživateli alkoholem odpovídá poznatkům Národního registru léčby uživatelů drog, který

eviduje 65 % mužů a 35 % žen jako intenzivní a závislé uživatele alkoholu. (Mravčík et al., 2021), stejně tak odpovídá poznatkům, že rozložení mužů a žen na drogové scéně je 2 : 1. Odlišuje se to od čísel, o která se uvádějí v souvislosti s nelegálními drogami, kde se eviduje, že služby využívají muži vůči ženám v poměru 3 : 1 (Preslová In Kalina, 2015). Do výzkumu v rámci diplomové práce bylo zapojeno žen o trochu méně. Z 12 respondentů z řad klientů to byly 3 ženy, z toho dvě pacientky ambulance.

Výzkumná otázka „Jaká je přijatelnost a atraktivita poskytovaných služeb?“ ukázala, že pro klienty, kteří služby již využívají, jsou služby atraktivní a přijatelné. Nevíme ale, jak služba působí i směrem ke klientům potenciálním, tedy těm, kteří by služby mohli potřebovat či o jejich využití uvažují. Kontaktní centrum je dostatečně vytíženo natolik, že nemá příliš velkou potřebu propagovat svoje služby více, než je běžné. Mravčík et al. (2021) nabízí odhady rizikové a škodlivé konzumace alkoholu v České republice na přibližně 1,7 mil. osob z nichž 890 tis. vykazuje znaky škodlivého užívání alkoholu. Při prostém přepočtu na 117tisícovou populaci okresu Trutnov, můžeme orientačně odhadovat, že alkohol škodlivě pije 9 700 jedinců. V tomto srovnání pak pouze velmi malá část rizikově pijících vyhledá služby kontaktního centra.

Kalina (2003) tvrdí, že měřítkem úspěšnosti harm reduction programů je snižování počtu uživatelů psychoaktivních látek, u kterých dochází k závažným zdravotním, psychickým či sociálně ekonomickým škodám. Vztáhneme-li harm reduction k uživatelům ilegálních drog, okamžitě je jasné, že se z velké části myslí především výměna stříkaček a distribuce zdravotnického materiálu. U uživatelů alkoholu žádný takový explicitní nástroj nemáme. Minimalizace rizik u alkoholu je na individuální úrovni v literatuře zmiňována především jako intervence ke konzumaci samotné, mnohem méně pozornosti je věnováno rizikům sociálním. Proto lze o harm reduction ve vztahu k alkoholu uvažovat a jeho škodlivosti nejen na úrovni fyzického zdraví, ale velmi široce jako minimalizaci rizik obecně. Služby centra v této optice prokazují svou relevanci i pro cílovou skupinu uživatelů alkoholu. Servisní služby jako je hygienický a potravinový servis pomáhají snižovat škody zdravotní i sociální, kontaktní práce a individuální poradenství vede u některých klientů k redukci užívání alkoholu, případně udržuje či lépe zvyšuje motivaci k pozitivní změně, myšleno k posunu do léčby. Sociální práce pomáhá zmírňovat sociální propad klientů, stabilizovat jejich sociální situaci, v lepším případě je posunout dále. Kontaktní centrum se také ukázalo být důležitým mezičlánkem mezi rozhodnutím se léčit a léčbou, ať již ambulantní či pobytovou, samotnou. V širokém slova smyslu

tedy kontaktní centrum poskytuje harm reduction služby, které mají dopad jak na jedince, tak i na místní komunitu případně společnost jako takovou. Tím pádem mohou přispívat k ochraně veřejného zdraví. Přidanou hodnotou může být i to, že umytý, upravený a čistý jedinec bez domova může nabourávat běžné stereotypy o těchto lidech. Další rovinou minimalizace rizik je kontakt se skrytou populací rizikových uživatelů ilegálních drog. Část klientů – uživatelů alkoholu je prostředníkem právě pro skrytou populaci injekčních uživatelů a zajišťuje distribuci injekčních stříkaček a dalšího zdravotnického materiálu k těmto osobám.

Výzkum i statistiky ukazují, že téměř třetina klientů kontaktního centra – uživatelů alkoholu se dá označit jako osoby bez přístřeší. Zneužívání alkoholu tak může být jednou z příčin bezdomovectví, stejně tak ale bezdomovství může nadměrné či rizikové pití alkoholu vyvolávat. (Barták, 2011). Vágnerová et al. (2018) uvádí nadměrné pití alkoholu jako jeden z faktorů, které přispívají k sociálnímu propadu až na ulici. Dvě třetiny mužů bez domova pijí nadměrně alkohol. Jeho zneužívání se ukazuje jako jedna z příčin bezdomovectví a přispívá i k jeho chronicitě. Propad na ulici obvykle závislost na alkoholu ještě posílí. Po několika letech bezdomoveckého života dochází v některých případech k redukci množství zkonsumovaného alkoholu, ale na zásadní změnu života je obvykle již pozdě. Autoři konstatují, že motivaci k léčbě bezdomovci nemají. Zde je pravděpodobně důležitým aspektem právě chronifikace bezdomovectví. Výzkum ukázal, že dojde-li ke kontaktu se službou krátce po ocitnutí se na ulici, je naopak motivace k léčbě, třeba i jako způsobu, jak získat střechu nad hlavou v rámci hospitalizace, vysoká. Důležitou roli v tom, že třetina zkoumaných klientů žije na ulici, může hrát i fakt, že v Trutnově doposud není příliš alternativních služeb pro osoby bez přístřeší. Od roku 2017, kdy Dobicová (2017) konstatovala, že služby pro osoby bez domova v Trutnově nejsou dostupné, se toho příliš nezměnilo. Lidé bez domova mohou, vedle kontaktního centra, využívat navíc jen služby noclehárny. Službu azylového domu mohou v Trutnově využívat stále pouze matky či otcové s dětmi. Výzkum potvrdil závěry Dobicové (2017), že centrum dokáže jedincům bez střechy nad hlavou uspokojovat potřeby jídla, ošacení a hygieny.

Jako důležitý nástroj ke zjišťování potřeb klientů se ukazuje kontaktní práce tak, jak o ní referuje Libra (2003). Díky navázání kvalitního kontaktu lze následně navázat vztah, který může být jedním z nositelů pozitivní změny.

Práce si neklade ambice na úplně širokou zobecnitelnost. Jedná se o dílčí zkušenosti platné pro konkrétní službu a region. Jedná se o aktuální příspěvek k doposud malému množství literatury k tomuto tématu vyprodukované. Přesto může být inspirací pro jiné poskytovatele v sídlech střední a menší velikosti, kteří by

zvažovali rozšířit cílovou skupinu o uživatele alkoholu. Může být také důkazem, že práce s uživateli alkoholu v kontaktním centru je možná a má smysl se těmto jedincům na této úrovni pomoci věnovat. Mohla by být také zajímavá pro výzkumníky, kteří by měli zájem např. o zkoumání rozdílů mezi těmi klienty, kteří využívají nízkoprahové služby a užívají ilegální psychoaktivní látky a nízkoprahovými klienty – uživateli alkoholu. Posloužit může také pracovníkům Kontaktního centra RIAPS jako důležitá zpětná vazba k jejich práci.

Nedá se pravděpodobně očekávat, že by se kontaktní centra v dohledně blízké době stala nosnými zařízeními, která by se této klientele věnovala. V tomto pojetí mohou být nízkoprahová kontaktní centra vhodným rozšířením a doplňkem stávající sítě služeb pro uživatele alkoholu.

9. ZÁVĚR

Práce se zabývá uživateli alkoholu jako klienty Kontaktního centra. Hlavním cílem bylo charakterizovat tyto uživatele a zanalyzovat jejich potřeby. K tomuto účelu posloužilo využití statistik centra a polostrukturované rozhovory s klienty a pracovníky centra. V teoretické části se práce věnuje alkoholu, poruchám, které způsobuje a jeho veřejnozdravotním důsledkům. Následně se v teorii zabývá potřebami a jejich zkoumáním. Praktická část je věnována metodologii. K výzkumu byla užitá popisná statistika a kvalitativní výzkum v podobě polostrukturovaných rozhovorů. Kontaktní centrum pro uživatele alkoholu se osvědčilo jako služba pro celkem široké a rozmanité spektrum uživatelů alkoholu. Služba, která byla původně zamýšlená především pro sociálně vyloučené problémové uživatele alkoholu se postupně stala i alternativou pro sociálně relativně stabilizované uživatele alkoholu, kteří začali službu využívat jako dostupné anonymní poradenské zařízení, či jako předstupeň ambulantní či pobytové léčby sloužící k orientaci v možnostech léčby a udržení motivace k léčbě. Nízkoprahová kontaktní centra se v souvislosti s alkoholem postupně etablovaly jako vhodná alternativa pro ty jedince, kteří v danou chvíli nechtějí nebo nemohou s užíváním přestat a současně potřebují institucionální pomoc. Bylo ověřeno, že naplňují svou funkci i jako vstupní brána do systému služeb ve chvíli, kdy jsou ostatní ambulantní či pobytové nedostupné. Vedle toho slouží jako sociální síť, která udržuje sociálně vyloučené klienty před ještě větším sociálním propadem. Centrum dokáže do určité míry naplňovat primární potřeby klientů, kde velkou roli hraje potřeba jistoty a bezpečí. Bez tohoto lze velmi těžko navazovat důvěrný pracovní vztah, který je následně základem další práce a pozitivních posunů. Nedílnou součástí práce s uživateli alkoholu v centru je minimalizace rizik, jak z hlediska samotné konzumace alkoholu, tak v široké perspektivě dalších rizik, která jsou v souvislosti s pitím zvýšená – zdravotní, sociální, psychická. Někteří klienti – uživatelé alkoholu také plní roli prostředníka se skrytou populací uživatelů nelegálních drog, kteří užívají rizikově. Svou činností tak služby centra napomáhají k ochraně veřejného zdraví v širokém slova smyslu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Adameček, D., Černý, M., Dolák, J., Dvořáček, J., Hrouzek, P., ...Skácelová, L. (2021). *Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Altschuld, J. W. (2004). Emerging dimensions of needs assessment. *Performance Improvement*, 43(1), 10-15.

Babor, T., Higgins-Biddle, J. C., Sovinová, H., Csémy, L., & Suchardová, I. (2010). *Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití: Manuál pro použití v primární péči*. Státní zdravotní ústav.

Barták, M. (2011). *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. Univerzita JE Purkyně v Ústí nad Labem.

Čalovka, O. (2018). *Systém péče o uživatele návykových látek*. Časopis Sociální služby, 2.

Čalovka, O., Kozáková, Z., Radoňová, Z. (2013). Problémoví uživatelé alkoholu v kontaktním centru – zkušenosti z Podkrkonoší. Příspěvek na AT konferenci. [cit. 2022-11-30]: <http://www.at-konference.cz/data/2014/12/01/12/calovka-kozakovaradonova-problemovi-uzivatele-alkoholuv-kontaktnimcentru-zkusenostiz-podkrkonosi.ppt?id=827>

Čalovka, O., Sklenář, O. (2017). Zajištění ambulantní adiktologické péče v rámci smluv se zdravotními pojišťovnami (poster). Presentováno na AT konferenci 2017. [cit. 2022-11-30]: <https://at-konference.cz/wp-content/uploads/2017/06/alovka-o.-sklenar-o.-zajisteni-ambulantni-adiktologicke-pece-v-ramci-smluv-se-zdravotnimi-pojistovnami.pdf>

Čermák, I., & Štěpaníková, I. (1998). Kontrola validity dat v kvalitativním psychologickém výzkumu. *Československá psychologie*, 1, 50-62.

Doubicová, T. (2017). *Potřebnost sociálních služeb pro lidi bez domova v Trutnově*.

EMCDDA, P. Evaluation Resources Kit (PERK). (2010). *Luxembourg: Publications Office of the European Union*.

Funke, M., Profeldová, M., & Miovský, M. (2021). Kontrolovaná konzumace alkoholu: možnosti a limity nového terapeutického přístupu. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 4(2), 86-94.

Gabrhelík, R., Charvát, M., & Miovský, M. (2005). Kvalitativní analýza potřeb klientů využívajících nízkoprahové služby ve Středočeském kraji. *Adiktologie*, 5, 23-33.

Hanzlík, K. (2018). Analýza systémů zajištění dostupnosti adiktologických služeb v České republice. [cit. 2022-11-30]: <https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/wp-content/uploads/2019/02/analyza-dostupnosti-adi-sluzeb.pdf>

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál, sro.

Heretik, A. (2004). *Forezná psychológia*. 2. Vydanie. Bratislava: SPN–Mladé letá, 2004. 376 s.

Hnilicová, H., & Dobiášová, K. (2018). Alkohol z pohledu veřejného zdraví v ČR: fakta a souvislosti. *Čas. Lék. čes*, 157, 248-253.

Holcnerová, P. Alkohol-historie. Výukový text. Praha: Centrum adiktologie PK 1. LF UK a VFN v Praze. [cit. 2022-11-30]: <https://www.adiktologie.cz/file/414/alkohol-uzivani.pdf>

Holcnerová, P. Alkohol – užívání. Výukový text. Praha: Centrum adiktologie PK 1. LF UK a VFN v Praze. [cit. 2022-11-30]: <https://www.adiktologie.cz/file/414/alkohol-uzivani.pdf>

Charvát, M., & Gabrhelík, R. (2004): Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení ve Středočeském kraji. Závěrečná zpráva č. 3 projektu Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji. NTI – consulting, s.r.o., Liberec.

Chomynová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Černíková, T., Orlická, ... Vopravil, J. (2022). Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2022. Praha: Úřad vlády České republiky.

Janíková, B. (2015). Harm reduction. *Kalina, Kamil a kol.*

Jenč, F. (1998). Alkohol jako lék. Praha: Volvo Globator

Jiříková, A. (2014). Nízkoprahové adiktologické služby na malých městech.

Kalina, K. (2003). Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. *KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti, 1(1).*

Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada Publishing as.

Kalina, K (2013) Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. *Praha: Grada Publishing, a.s.*

Libra, J. (2003). Nízkoprahová kontaktní centra. *KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti, 2(1), 165-171.*

Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive behaviors, 27(6), 867-886.*

Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.

Matoušek, O. (2007). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Portál.

McCambridge, J., Kypri, K., Drummond, C., & Strang, J. (2014). Alcohol harm reduction: corporate capture of a key concept. *PLoS Med, 11(12), e1001767.*

Minařík, J. a Kmoč, V. Alkohol. *KALINA, K. a kol.(eds.). Klinická adiktologie, 1, 51-55.*

Ministerstvo zdravotnictví. (2015). *Akční plán č. 4c K omezení škod působených alkoholem v České republice pro období 2015–2018. [cit. 2022-11-30]:*
<https://ppo.mzcr.cz/upload/files/dokumenty-souvisejici-s-mps-spa-akcni-plan-k->

[omezeni-skod-pusobenych-alkoholem-v-ceske-republice-pro-obdobi-2015-2018-ap-c-4c-608951e3dc405.pdf](#)

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing.

Miovský, M., Doležalová, P., Jeřábek, P., Kalina, K., Libra, J., ...Vavrinčíková, L. (2014). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.

Miovský, M. Kvalitativní přístup a jeho přínos pro klinickou adiktologii. KALINA, K. a kol.(eds.). *Klinická adiktologie, 1*, 666-685.

Mravčík, V. (2021). Dotazníková studie Lékaři ČR 2020 se zaměřením na problematiku závislostí, Praha: Úřad vlády ČR.

Mravčík, V., Chomynová, P., Gohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T.,... Fidesová, H. (2021). *Zpráva o alkoholu v České republice 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Nešpor, K. (2006). *Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. Host.

Operační manuál Kontaktní centrum RIAPS Trutnov, 2022.

Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Academia.

Popov, P. (2003). Alkohol. KALINA, K. et al.. *Drogy a drogové závislosti, 1*, 151-158.

Popov, P. (2013). Problematika alkoholu v ČR z pohledu adiktologie (a krátce o historii přístupů k alkoholismu). *Revue České lékařské akademie*, 6-7.

Preslová, I. (2015). Gender a drogy. KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Rokosová, M. (2017). Očekávání od služeb kontaktního centra závislími na alkoholu.

Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2019a). *Evaluace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018*. [cit. 2022-11-30]: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/Evaluace-Narodni-strategie-protidrogove-politiky-2010-2018.pdf>

Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2019b). *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027*. Praha: Úřad vlády České republiky. [cit. 2022-11-30]: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/Narodni-strategie-2019-2027-fin.pdf>

Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2019c). *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP. (2021). *Koncepce rozvoje adiktologických služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Torre, R., & Zoricic, Z. (2009). Harm Reduction Approach and Therapeutic Option of Moderate Drinking for Individuals with Drinking Problems. *Alcoholism*, 45(2), 115.

Úřad vlády České republiky. (2014). *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018, 1. Revize*. [cit. 2022-11-30]: Dostupné z http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1592/288/narodni_protidrogova_strategie_2010-2018_revize01.pdf

Uhl, A. (2008). *Jak maskovat etické otázky ve výzkumu závislostí: jestliže je myšlení příjemné, pak ještě nezačalo*. Úřad vlády České republiky.

Vacek, J., & Vondráčková, P. (2012). Přístup harm reduction k užívání alkoholu. *Adiktologie*, (12), 2, 138-151.

Vágnerová, M., Marek, J., & Csémy, L. (2018). Narativní analýza role alkoholu v životních příbězích mužů - bezdomovců. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 114(2).

Vavrinčíková, L. (2012). Harm reduction a alkohol. *Klinika adiktologie. Praha: TOGGA.*

Vavřínková, B., & Binder, T. (2006). *Návykové látky v těhotenství.* Triton.

WHO (2000). Analýza potřeb – sešit 3. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2000). Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. *Duševní poruchy a poruchy chování.*

World Health Organization. (2019). *Global status report on alcohol and health 2018.* World Health Organization.

Internetové zdroje:

Výroční zpráva RIAPS Trutnov 2012. [cit. 2022-11-30] Dostupné z:

<https://www.riaps.cz/files/Vyrocni%20zprava%20RIAPS%20Trutnov%202012.pdf>

Výroční zpráva RIAPS Trutnov 2013. [cit. 2022-11-30] Dostupné z:

<https://www.riaps.cz/files/vyrocni%20zprava%20RIAPS%202013.pdf>

Výroční zpráva RIAPS Trutnov 2014. [cit. 2022-11-30] Dostupné z:

<https://www.riaps.cz/files/VZ%202014.pdf>

Výroční zpráva RIAPS Trutnov 2015. [cit. 2022-11-30] Dostupné z:

https://www.riaps.cz/files/VZ_2015_WEB.pdf

Výroční zpráva RIAPS Trutnov 2016. [cit. 2022-11-30] Dostupné z:

<https://www.riaps.cz/files/VZRIAPS2016.pdf>

Výroční zpráva RIAPS Trutnov 2017. [cit. 2022-11-30] Dostupné z:

<https://www.riaps.cz/files/VZ%202017%20RIAPS%20WEB%201.pdf>

Výroční zpráva RIAPS Trutnov 2018. [cit. 2022-11-30] Dostupné z:

<https://www.riaps.cz/files/VZ%202018%20RIAPS%20web%204.pdf>

Výroční zpráva RIAPS Trutnov 2019. [cit. 2022-11-30] Dostupné z:

<https://www.riaps.cz/files/VZ%202019%20RIAPS%20web.pdf>

Výroční zpráva RIAPS Trutnov 2020. [cit. 2022-11-30] Dostupné z:
<https://www.riaps.cz/files/VZ%202020.pdf>

Výroční zpráva RIAPS Trutnov 2021. [cit. 2022-11-30] Dostupné z:
<https://www.riaps.cz/files/VZ%20%20RIAPS%202021.pdf>

Výroční zpráva RENADI 2018. [cit. 2022-11-30] Dostupné z:
<https://www.renadi.cz/files/2020/03/31fcdbcf8928dc113ecae76e62a5085.pdf>

Kontaktní centrum na Vlhké slaví dva roky existence. [cit. 2022-11-30] Dostupné z:
<https://aktualne.podaneruce.cz/kontaktni-centrum-dva-roky/>

zákony a vyhlášky:

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.

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

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1 Výkony kontaktního centra v období 1. ledna – 31. října 2022 poskytnutí klientům s primární návykovou látkou alkohol

Tabulka č. 2 distribuce harm reduction materiálu kontaktního centra v období 1. ledna – 31. října 2022 klientům s primární návykovou látkou alkohol:

Tabulka č. 3 Zastoupení respondentů dle identifikovaných skupin

Tabulka č. 4 Zastoupení respondentů dle pohlaví

Tabulka č. 5 Věk respondentů

Graf č. 1: Podíl klientů Kontaktního centra RIAPS s primární NL alkohol vůči všem klientům centra v jednotlivých letech

Graf č. 2: Klienti dle pohlaví

Graf č. 3: Charakter bydlení klientů

Graf č. 4: Práce/příjem klientů

Graf č. 5: Vzdělání klientů

Graf č. 6: Zkušenost s injekční aplikací návykové látky

Graf č. 7: Zastoupení respondentů dle identifikovaných skupin

Graf č. 8: Zastoupení respondentů dle pohlaví

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 INFORMACE O STUDII A INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informace o studii

Vážený pane, vážená paní,

Dovoluji si Vás požádat o spolupráci na své diplomové práci s názvem: **Uživatelé alkoholu v Kontaktním centru**

Autorem práce je Mgr. Ondřej Čalovka, student oboru adiktologie na 1. LF UK v Praze. Vedoucí práce je PaedDr. Martina Richterová-Těmínová.

Cílem práce je zjistit, analyzovat potřeby uživatelů alkoholu, kteří využívají služeb Kontaktního centra. Všechny informace budou zpracovány anonymně.

Účast ve výzkumu znamená pro Vás časové zatížení v délce max. 60 minut. Použitou výzkumnou metodou bude rozhovor.

Rozhovor může být s Vaším souhlasem nahrávaný. Jako autor výzkumu se zavazuji, že nahrávka neposlouží ke komerčním ani jiným než výzkumným účelům, bude zpracována objektivně a po zpracování diplomové práce bude nahrávka smazána.

Jako účastníkovi/účastníci výzkumu Vám nehrozí žádné zdravotní ani bezpečnostní či jiné riziko.

Informovaný souhlas

Účastník/účastnice potvrzuje svým podpisem, že se rozhodl/a zúčastnit výzkumu, který je součástí diplomové práce **Uživatelé alkoholu v Kontaktním centru**, a to svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení.

Jako účastník/účastnice prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že autor práce, který provedl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji dále, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a souhlasím s účastí ve studii.

Tento dokument se vyhotovuje ve dvou provedeních, z nich každá ze stran obdrží po jednom, a nabývá platnosti a účinnosti dnem jejího podpisu oběma stranami.

Datum:

Vyjádření souhlasu s účastí na výzkumu:

Jméno a příjmení (kód) účastníka/ce studie: _____

Podpis: _____

Jméno a příjmení studenta - autora studie: Mgr. Ondřej Čalovka

Podpis: _____