

Poděkování za konzultace při předkládané práci následujícím odborníkům:

Doc. PaedDr. Evě Šotolové Ph.D.

PhDr. Ivanovi Doudovi

Doc. PhDr. Richardu Jedličkovi Ph.D.

MUDr. Jiřímu Preslovi

1 ÚVOD	1
2 ZAJIŠTĚNÍ LÉČBY VE STÁTNÍM SEKTORU	2
2.1 LÉČBA UŽIVATELŮ ALKOHOLOVÝCH A NEALKOHOLOVÝCH DROG	2
3 LÉČBA ZAJIŠTĚNA V NESTÁTNÍM SEKTORU NEZISKOVOU ORGANIZACÍ.....	6
3.1 NADACE DROP IN.....	6
3.1.1. STŘEDISKO DROP IN	6
3.2. TERÉNNÍ PROGRAMY	7
3.1.3 CENTRUM NÁSLEDNÉ PÉČE V OBLASTI DROG	8
3.1.4 CENTRA SUBSTITUČNÍCH PROGRAMŮ.....	9
3.1.5 VÝVOJ SUBSTITUČNÍCH PROGRAMŮ PO ROCE 2000.....	11
4 SYSTÉM PÉČE O TĚHOTNÉ UŽIVATELKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK V CENTRU PRO RODINU DROP IN,O.P.S.....	13
4.1 RESOCIALIZACE MATEK UŽÍVAJÍCÍ PSYCHOTROPNÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY	16
4.2 CÍLOVÁ POPULACE	16
4.3 SYSTÉM PÉČE O TĚHOTNÉ UŽIVATELKY V PRAXI.....	21
5 PRÁCE SE ZÁVISLOU MATKOU.....	22
5.1 POPIS LÉČEBNÉHO DOPROVODNÉHO PROGRAMU.....	22
5.1.1 DIAGNOSTICKO DIFERENCIONÁLNÍ FÁZE.....	22
5.1.2 NÍZKOPRAHOVÁ FÁZE	23
5.1.3 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA KARLOV, O.S. SANANIM.....	28
5.1.4 TĚMATICKÁ FÁZE.....	29
5.1.5 RŮSTOVÁ FÁZE – DOLÉČOVACÍ.....	31
6. MOŽNÁ PODPORA U ŽEN, KTERÝM BYLO DÍTĚ ODEBRÁNO.....	31
6.1 PRÁCE S NEMOTIVOVANOU MATKOU:.....	32
6.2 SPOLUPRÁCE S OSPOD	32
6.3 LÉČBA INTERFERONEM.....	32
6.4 UKONČENÍ PROGRAMU.....	33
6.5 DOLÉČOVÁNÍ.....	33
6.6 DOPORUČENÉ SLOŽENÍ TÝMU	34
6.6.1 ODBORNÁ PRACOVNÍŠTĚ, KTERÁ SLUŽBY NABÍZÍ.....	34
6.6.2 PÉČE O DĚTI.....	35
6.6.3 NAVRHOVANÉ METODY	36
7 ÚLOHA CENTRA PRO RODINU	36
8 VÝVOJ P PRACOVNÍŠTĚ NNO7	37
8.1 VÝVOJ AKTIVIT V NESTÁTNÍ NEZISKOVÉ ORGANIZACI	37
8.1.2 VÝVOJ A ZMĚNY CÍLOVÉ POPULACE	39
8.1.3 TÝM – PERSONÁLNÍ OBSAZENÍ, VZDĚLÁVÁNÍ, SUPERVIZE	43
9 EVALUACE PROJEKTU	44
9.1 DOSAŽENÍ CÍLŮ.....	45
9.1.1 POPIS SPOLUPRÁCE SE ZAŘÍZENÍMI.....	46
9.1.2 VÝKAZNICTVÍ PROJEKTU	46
10 ODBORNÁ ZPŮSOBILOST.....	46
10.1 ODBORNÁ ZPŮSOBILOST	46
11 ZÁVĚR	48
Seznam použité literatury.....	49
Seznam příloh.....	50

1. Úvod

Předkládaná práce si klade za cíl specifikovat význam a podíl svépomocných organizací při léčbě závislostí na návykových látkách. I přes důslednou protidrogovou politiku státu, koordinovanou Radou vlády protidrogové politiky ČR, bych zde ráda uvedla nezastupitelnost neziskových organizací při práci s touto cílovou skupinou.

Současná situace

Nezastupitelnost svépomocných organizací vyplývá i z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v r. 2001(*Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2001, Národního monitorovací středisko RV KPP*) Jedná se o Výroční zprávy o stavu ve věcech drog pro Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

„V ČR je poměrně stabilizovaná síť nízkoprahových zařízení: na konci roku 2001 ji tvořilo 65 zařízení, z nichž 72 % zřizují nestátní neziskové organizace. Do standardní nabídky služeb patří výměna injekčního materiálu a dalších pomůcek, distribuce kondomů, motivační trénink zaměřený na bezpečnou likvidaci použitého injekčního materiálu, zprostředkování kontaktu se zařízeními zabývajících se abstinenčně orientovanou léčbou, případně s programy substituční léčby, poradenství v oblasti infekčních nemocí a prevence předávkování, zdravotní a sociální služby pro uživatele drog (zkráceně UD), příp. jejich zprostředkování; většina kontaktních center nabízí hygienický a potravinový servis. 59 zařízení (91%) provozuje v rámci svých služeb streetwork, tj. kontaktování uživatelů drog mimo instituci, na ulici, příp. v bytech“ (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2001, Národní monitorovací středisko RV KPP)

Současně se v této práci chci zabývat i tou skutečností, proč komplexní péči nezajišťuje jen státní sektor a jaká by snaha přenést odpovědnost pouze na státní sektor, mohla mít úskalí.

Je nezbytné uvést proč je nutné uvolnit a rozšířit objem finančních prostředků, které jsou určeny na realizaci projektů prevence v oblasti užívání návykových látek.

Vývoj problematiky

Užívání drog se ve vyspělých zemích rozšířilo v období poválečného rozvoje, v zemích západní Evropy akcelerovalo od 60. let 20. století. Nový, společensky významný fenomén s sebou přinesl zdravotní a sociální důsledky. Pokusy o snížení poptávky po drogách v populaci byly logickou součástí reakce společnosti na tento jev po celém světě (*Zábranský, Zaostřeno na drogy, Úřad vlády ČR, 2005*).

V poválečném období v tehdejší Československu a zejména v období 60. let byl fenomén užívání drog i na naší drogové scéně. Tedy ještě před rokem 1989, jednalo se zejména o užívání návykových látek stimulačního a opiátového typu. Užívání probíhalo ve skryté populaci sami uživatelé byli zároveň výrobci, nebo byli jinak zapojeni do distribuční sítě. Často to byli dostudovaní, nebo nedostudovaní chemici, ale také zdravotníci i lékaři. Systém a organizace zdravotnictví v Československu spočíval v poměrně silné síti zdravotnických zařízení a to zejména v síti AT poraden (poradny pro alkoholové závislosti a toxikománie). Tyto AT poradny byly nadstavbové pracoviště psychiatrických ambulancí. Tato zařízení se starala v rámci osvětové činnosti jak o informovanost obyvatelstva a snížení poptávky po drogách, tak o léčbu závislých pacientů. Nutno uvést, že systém prevence nebyl specifikován na prevenci primární, sekundární a terciální jako je tomu dnes (*Douda, Presl, Archiv SDZ, archiv Střediska Dropin, 1991*).

2. Zajištění léčby ve státním sektoru

2.1 Léčba uživatelů alkoholových a nealkoholových drog

Probíhala formou ústavní a ambulantní léčby, přičemž tato se dělila na „Ochranná ústavní léčba“, to bylo nařízeno z rozhodnutí soudu a ústavní léčbu dobrovolnou, která jak sám název napovídá byla na základě dobrovolného rozhodnutí pacienta. Ambulantní léčba se rovněž dělila na „Ochrannou ambulantní léčbu“, z rozhodnutí soudu, nebo na dobrovolnou ambulantní léčbu.

Dále se specifikovalo, zda se jedná o léčbu protialkoholní, nebo antitoxikomanickou.

Ústavní léčbu zajišťovaly zejména psychiatrické léčebny v Praze – Bohnicích, Červeném Dvoře, PL Horní Beřkovice, PL Havlíčkův Brod, PL Dobřany a další.

Ze zařízení které poskytovali ambulantní léčbu byla AT poradna při Všeobecné fakultní nemocnici II., v Praze 2 u Apolináře.

Středisko drogových závislostí Apolinář

Primářem střediska drogových závislostí pro alkoholové drogy byl

Prof. Doc. MUDr. Jaroslav Skála CSc. zakladatel strukturovaného procesu protialkoholní léčby (dnes nazývanou Skálovská škola)a také zakladatel první záchytné stanice na světě.

Vedoucím lékařem a primářem střediska pro drogové závislosti byl MUDr. Jaromír Rubeš CSc. Jako klinický psycholog zde pracoval PhDr. Ivan Douša a v roce 1981 nastoupil na toto pracoviště po odchodu Prof. Skály do důchodu i MUDr. Jiří Presl. Evidence uživatelů drog byla již ve SDZ od r. 1971, avšak léčba zde byla spíše povinná soudem nařízená. Do tehdejšího Střediska drogových závislostí se pacienti dostávali pacienti zejména z důvodů nařízeného Ambulantního protitoxikomanického léčení. Často se jednalo o pacienty zejména u uživatelů drog jejichž činnost byla spojena s trestnou činností vázanou na držení, výrobu a distribuci psychotropních a omamných látek (*Skála, Rubeš, archiv SDZ Apolinář, dokumentace o průběhu léčby,1973*).

Průběh léčby

Léčba probíhala na úrovni kognitivně behaviorální metody, důraz se kladl na pravidelný kontakt,dodržování stanovených termínů, na abstinenci (prováděly se kontrolní testy moči na přítomnost návykových látek). Ve spolupráci se sociální pracovníci se monitorovalo domácí prostředí pacientů.

U pacientů, kde nebylo možné dosáhnout efektivního výsledků ambulantní formou léčení, byla doporučena léčba ústavní. Zde probíhala léčba na bázi skupinové terapie komunitního typu. Důraz byl kladen na dodržování pravidel, abstinence a uplatňovala se terapie formou zátěžových situací (*Skála, Lékařův maratón, 1997, Český spisovatel*).

Do léčebných programů byly zařazovány sportovní aktivity, které potencovaly fyzickou zátěž a byl kladen nekompromisní důraz na dodržování pravidel budiček, úklid, bodování a zátěžový faktor, který působil na psychickou zátěžovou toleranci pacientů. Učili se tak vyrovnávat se situacemi, které pro ně byly vždy problematické.

Substituční léčba v Československu nebyla státem povolena. První pilotní ověření mělo proběhnout v České republice roce 1995 pod vedením MUDr. Jiřího Presla, v registrovaném nestátním zdravotnickém zařízení Drop In, o.p.s.. Uvedené pilotní ověřování však neproběhlo vzhledem ke skutečnosti, že se jednalo o nestátní zdravotnické zařízení. Pilotní výzkum substituční léčby se uskutečnil až v roce 1997 ve Všeobecné fakultní nemocnici II., Praha 2 na oddělení drogových závislostí pod vedením primáře MUDr. Petra Popova (*Presl, archiv Střediska Drop In, 1998*).

Cílová skupina

Cílovou skupinou byly uživatelé alkoholu, uživatelé stimulačních a opiátových drog.

U uživatelů stimulačních drog se jedná zejména o uživatele pervitinu, což byla nejrozšířenější droga v ČR. Byla i v české republice vyráběna za poměrně jednoduchých domácích podmínek. Před rokem 1989 byla poměrně vysoká spotřeba opiátů a to farmaceuticky vyráběný Morfin, nebo byla daleko více rozšířenější droga se slangovým názvem „brawn“ (jednalo se o deriváty Codeinu), která byla rovněž vyráběna v domácích podmínkách (*Douda, Presl a kol., SDZ, 1998*).

Vliv politické situace na sociologický faktor

Ze sociologického hlediska zde byl i patrný vliv emigrace po r. 1968, do rizikového vzorku se dala zařadit skupina pacientů se silným sociálněekonomickým statutem, ovlivněným emigrací rodičů do zahraničí

(ročníky 1960 – 1964). Což mělo za následek zvýšení depresivního, či frustračního ekvivalentu u těchto osobností. Jejich nejbližší byly prarodiče, nebo často scházela i širší rodina. Věkový průměr u těchto osob byl 20,5 roku (*archiv Střediska drogových závislostí 1981 - 2000*).

Další skupinou byly děti z rodin hyperprotektivních rodičů s přehnanými ambicemi na úspěšnost svých dětí (*archiv Střediska drogových závislost, Douda a kol.*).

Třetí skupinou byly osoby, u kterých byl již v dětském věku zaznamenán etopedický problém a to jak způsobem výchovy, tak rodinným prostředím (*archiv Střediska drogových závislostí, 1981 - 2000*).

Samotné užívání návykových látek a jakýkoliv drogový problém byl politicky popíraný fakt. Vzhledem k této skutečnosti nefungovala primární protidrogová prevence v dostatečné míře (*Sedláčková, Systém péče o těhotné uživatelky drog, ZSF JU, 2007*).

Preventivní aktivity probíhaly na úrovni promítání dokumentu o negativních účincích návykových látek. Tato aktivita probíhala plošně a nebylo tedy možné jejím prostřednictvím ovlivnit rizikové skupiny.

Nebyla vytvořena koncepce primární prevence rizikového chování. Scházelo zde členění na věkové, či ohrožené skupiny (*Miovský, Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek, 2005, MŠMT*). Ve zdravotnických ordinacích obvodních lékařů se prevence vztahovala k běžným onemocněním (tento typ prevence, však byl kvalitně propracován), nikoliv k prevenci užívání návykových látek a rizikového chování. V AT ordinacích sice informace o rizicích a účincích návykových látek byly poskytovány, ale do těchto ordinací se již dostávaly pacienti s indikací sekundární a terciární prevence.

3. Léčba zajištěna v nestátním sektoru neziskovou organizací

3.1 Nadace Drop in

Nadace Drop in byla založena v r. 1991 PhDr. Ivanem Doudou a MUDr. Jiřím Preslem, oba zakladatelé před tím pracovali s cílovou skupinou uživatelů návykových látek právě ve Středisku drogových závislostí u Apolináře. Toto zařízení mělo dlouholetou tradici, spolupracovali zde s Prof. Doc. Jaroslavem Skálou CSc. a zakladatelem Střediska drogových závislostí MUDr. Jaromírem Rubešem. Po roce 1989 vedení Všeobecné fakultní nemocnice usoudilo, že další fungování Střediska drogových závislostí bude vzhledem k vzniku zdravotních pojišťoven obtížně udržitelné a to z finančních důvodů. PhDr. Douda a MUDr. Presl založili tedy nadaci Drop In a prostřednictvím této nadace bylo zřízeno Středisko prevence drogových závislostí a AIDS (*Douda, AT konference Měřín, 2005*).

3.1.1. Středisko Drop In

Statut tohoto pracoviště je registrované nestátní zdravotnické zařízení s odborností psychiatrická ambulance. Celá kartotéka pacientů z apolinářského Střediska drogových závislostí přešla do střediska Drop In. PhDr. Ivan Douda je vedoucím psychologem zařízení a MUDr. Jiří Presl vedoucí lékař střediska. V tomto středisku probíhá vstupní anamnéza a zhodnocení stavu pacienta. Dále jsou zde nabízeny další služby jako doporučení do ústavní léčby, doporučení a vstupní filtr do substitučních programů. Dále zde probíhá ochranné ambulantní léčení. Středisko Drop In jako první v republice začalo nabízet výměnné programy. Jedná se o harm – reduction služby jejichž stěžejní činností je snížení škod způsobených drogami.

Mezi základní nabízené služby patří výměnný program stříkaček a jehel včetně desinfekčních tamponů. Vitamínový a potravinový program, asistence při

zajišťování dokladů, sociální práce, poradenství a konzultace pro rodiče a laickou i odbornou veřejnost.

Společně s PhDr. Doudou a MUDr. Preslem ve středisku Drop In pracoval i vedoucí terapeut p. Evžen Klouček, který v roce 1995 pomohl v rozvoji terénních programů Drop In (*Klouček, archiv střediska Drop In a terénních programů, 1997*).

3.1.2 Terénní programy

Princip fungování terénních programů spočívá ve vyhledávání rizikové skupiny klientů s následnou nabídkou poskytovaných služeb jako jsou výměnné programy. Jedná se jak o snížení škod způsobených drogami v cílové populaci, tak i o možnost motivovat tyto klienty k léčbě, v možných případech i k abstinenci. Díky těmto programům má Česko jednu z nejnižších prevalencí HIV/AIDS u uživatelů návykových látek injekční formou. Účinnost těchto programů je dlouhodobě sledována Národním monitorovacím střediskem koordinovaným Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky. „*V r. 2004 bylo nahlášeno 7 nových HIV+ injekčních uživatelů drog, což je za posledních několik let nejvyšší incidence (v předchozích letech šlo o 1-5 případů ročně). Přesto je výskyt HIV/AIDS mezi českými uživateli drog stále relativně velmi nízký, stejně, jako je nízký jeho výskyt v populaci neuživatelů drog. Podíl injekčních uživatelů drog na všech nově hlášených případech virové hepatitidy typu B a C (VHB, VHC) je dlouhodobě přibližně 30, resp. 60 %. V r. 2004 došlo poprvé za celou dobu sledování k poklesu počtu i podílu injekčních uživatelů drog na všech případech VHC včetně chronických. Promořenost populace injekčních uživatelů drog VHC roste s délkou, frekvencí a rizikovostí injekční aplikace. Zatímco mezi klienty nízkoprahových center dosahuje přibližně 30 %, mezi klienty substitučních programů nebo vězněnými je to přibližně dvojnásobek. Z dalších trendů přetrvává vysoká (celoživotní) prevalence užívání (čichání) těkavých látek (ředidel, lepidel, plynu do zapalovače)*“ (*Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, Mravčík, 2004, Národní monitorovací středisko, RV KPP*).

„Podle posledního šetření v dospělé populaci je celoživotní prevalence zkušeností s opiáty a amfetaminy (včetně pervitinu) stabilně nízká (0,5 %, resp. 2,5 %); rozsah užívání těchto látek v posledních 12 měsících se dokonce snížil. Rozsah užívání konopných látek v dospělé populaci je ve srovnání s posledním průzkumem z r. 2002 stabilní (v r. 2004 20,6 %), k nárůstu zkušeností s užíváním konopných látek nedochází ani ve skupině mladých dospělých (18-34 let: 43,9 %). Podobně jako ve školských průzkumech byl u extáze oproti r. 2002 zaznamenán v r. 2004 nárůst prevalence jak celoživotní (4,0 %, resp. 7,1 %), tak v posledním roce (2,5 %, resp. 3,5 %), a to především v nejmladších věkových skupinách 18-24 a 25-34 let. K nárůstu došlo také v případech lysohlávek a jiných přírodních halucinogenů. Užívání konopných látek, extáze i přírodních halucinogenů má rostoucí trend také v prostředí tanečních akcí. V r. 2004 nebylo zaznamenáno úmrtí na extázi - MDMA (v r. 2003 1 úmrtí), došlo k jednomu úmrtí na syntetický halucinogen DOB. Za celou dobu sledování nebylo v ČR zjištěno žádné úmrtí na konopné drogy, LSD ani lysohlávky.“ (Mravčík, Prevalence užívání návykových látek mezi uživateli drog dle šetření Národního monitorovacího střediska, Zaostřeno na drogy, 2004)

3.1.3 Centrum následné péče v oblasti drog

V roce 1999 vznikl další projekt a to Centrum následné péče v oblasti drog. V té době zřídila Nadace Drop In obecně prospěšnou společnost Středisko prevence a léčby drogových závislosti Drop In, o.p.s. Centrum následné péče pod vedením Evžena Kloučka nabízí služby rodinným příslušníkům uživatelů návykových látek. Probíhají zde rodičovské skupiny individuální a rodinné poradenství pro rodiče. Individuální a skupinová psychoterapie pro klienty, kteří se vrací z ústavní léčby a projekt má koncipovaný projekt ambulantního doléčování. Z terapeutických skupin zde probíhá skupina tématická, kde se řeší jednotlivá témata dle volby skupiny, jedná se o témata, která tito klienti nejčastěji řeší, nebo se týkají oblastí kde mají klienti největší problémy. Navazující na Tématickou skupinu je skupina Růstová.

Růstová skupina je uzavřena a probíhá dynamickou formou, to znamená, že klient, který hovoří o svém problému dostává zpětné vazby od klientů, současně je průběh skupiny veden dvěma psychoterapeuty s pětiletým akreditovaným výcvikem ve skupinové psychoterapii. Projekty Střediska Drop In,o.p.s. se ještě rozrostly o další projekty a to Centra substitučních programů

3.1.4 Centra substitučních programů

Do roku 2000 probíhalo pilotní ověřování substitučního programu Metadonem v Centru metadonové substituce u Apolináře, na základě evaluačních výstupů za období 1997 – 2000, kde se prokázalo, že klienti závislí na opiátech, kteří mají možnost dostávat pravidelně substituční látku, jsou méně ohroženi onemocněním šířícím se krevní cestou, dále pak onemocněním cévního systému a současně tak dochází ke snížení přenosu infekčních chorob na ostatní populaci. Z hlediska trestné činnosti dochází ke snížení kriminální činnosti ze strany uživatelů návykových látek (*Tyler, Drogy v ulicích, 1998*), kteří dochází do substitučního centra. Odůvodněním proč je tomu tak, je užívání substituční látky per os a další výhodou je cena Metadonu jehož výrobní náklady činily v roce 2000 5,50 Kč/l. Pacienti dostávají Metadon zdarma. Pro přijetí do programu byla vytvořena i určitá pravidla a jsou dána kritéria pro pacienty, kteří do programu dochází.

Kritéria, která jsou stanovena pro přijetí do substitučního programu jsou následující:

užívání návykových látek s preferencí na opiátech déle než 4 – 5 let
věk nad 18 let

2 pokusy o ústavní léčbu, možná i nedokončená

závažné zdravotní obtíže – carcinom, HIV/AIDS (vlivem svého postižení, klient

nezvládne režim komunity),

gravidita

v případě, že pacient neabsolvoval ústavní léčbu, ale byl alespoň dvakrát ve výkonu trestu, nebo vazbě, v souvislosti s problémem užívání návykových látek. Tato skutečnost je též indikací do substitučního programu – výhodou

tohoto pravidla je i ochrana společnosti, vzhledem k předpokládané hypotéze, že takový klient bude mít méně důvodů k páčání trestné činnosti (*Presto, Drogy na předpis, 2002*). Klient je objednan ke vstupnímu vyšetření, které provádí adiktologický pracovník specialista

psycholog, speciální pedagog, psychiatr, nebo lékař, nutností je absolvované vzdělání pro pracovníky substitučních programů. Na základě vstupního anamnestického zhodnocení klientova stavu je doporučen do substitučního programu. U klientů se provádí anamnesa zdravotní (zejména doba a preference užívání návykových látek), rodinná, sociální a krimina.

V případě, že zájemce o zařazení do substitučního programu splňuje kriteria pro přijetí, je odeslán do substitučního centra. Substituční centra jsou odborná pracoviště se statutem výhradně psychiatrické ambulance, která je odborně vedena lékařem psychiatrem s atestací v oblasti léčby užívání návykových látek.

Po přijetí je s klientem sepsán kontrakt, kde je současně informován o účincích a rizicích v případě, že klient bude současně užívat i nelegální návykové látky. Klient je informován o tom, že si může svou neodpovědností přivodit smrt. Žadateli je následně vypočítána dávka, která odpovídá polovičnímu množství užívané nelegální látky. Stanovené dávkování je zhruba 40 mg. Metadonu a je zvyšováno množství optimální dávky odpovídající té, která byla užívaná pacientem dříve. Množství je však nutné zvyšovat po malých dávkách, jelikož je zde riziko, že uživatelé návykových látek ještě nějaký čas mohou užívat i nelegální látky.

Pro pacienty substitučních programů jsou vytvořena pravidla, která musí klienti dodržovat.

Klienti musí docházet pravidelně v ordinačních hodinách, pokud se z nějakého důvodu zpozdí, Metadon jim nebude vydán

Klienti na vyzvání souhlasí, že jim bude proveden test na přítomnost nelegálních návykových látek v moči (*Presl, Popov, Pravidla pro substituční léčbu, CMS, 2000*).

V případě opakovaného pozitivního testu, bude klient z programu vyloučen.

3.1.5 Vývoj substitučních programů po roce 2000

V roce 2000 vláda schválila vznik dalších Metadonových programů – center. Zahájení těchto programů bylo koordinováno Ministerstvem zdravotnictví a financování bylo umožněno díky dotační politice. Do roku 2000 existovalo pouze jediné substituční centrum a to v Praze, Apolinářské 4 a kapacita programu byla pouze 20 klientů. Rozšíření těchto center bylo tedy nezbytné, ale vzhledem ke kapacitě zajišťované státem bylo nutné, aby další programy zajistily i odborné ordinace neziskových organizací. Následně se pak jednalo o tato centra.

- Praha - 3 programy Apolinář 1 program, Dropin 2 programy
- Nemocnice v Mělnce - MUDr. K. Hampl
- Ústí nad Labem – Masarykova nemocnice
- Brno – Podané ruce
- Olomouc - MUDr. J. Šmoldasová
- Ostrava – MUDr. J. Potrybná
- Hradec Králové MUDr. J. Čížek

V síti poskytovatelů to bylo pouze 9 center s kapacitou do 60 až 100 pacientů.

Buprenorfin – Subutex

Další substituční látkou je preparát s výrobním názvem Subutex. Původně se předpokládalo, že bude využíván k substituci po ukončení metadonové substituce, nebo k detoxifikaci osob na detoxifikačních jednotkách. Lze jej využít k ambulantní detoxifikaci u osob ohrožených na životě před nástupem k ústavní léčbě.

V případě substituce je vhodný pro pacienty, kteří užívaly 0,75 – 1,5 g pouliční dávky Heroinu.

Pravidla pro přijetí do programu jsou totožná

- Alespoň 2 pokusy o ústavní léčbu
- Závažné zdravotní obtíže – carcinom, HIV/AIDS (vlivem svého postižení klient nezvládne režim komunity)
- Gravidita
- Stabilní zázemí, práce

Preskripce – Subutexu v ordinaci praktického lékaře

V roce 2001 umožnilo Ministerstvo zdravotnictví plošně proskripci i praktickým lékařům. Jednalo se o pokusy zvýšit dostupnost substituční látky a snížit tak stigmatizaci uživatelů návykových látek. V tomto případě byla indikací např. krátkodobá substituce při porušení abstinence. Problémem však může být, ne vždy přesně odebraná dlouhodobá AT anamnesa, což má často za následek, že nastavené množství Subutexu klientům nestačí. Často dochází i nadále ke zneužívání dalších návykových látek. Subutex je předepisován i tam, kde by měl být již indikován Metadon, z důvodu vysoké dávky nelegální drogy. Substituce není tedy vždy dostatečná, klienti pak prodávají Subutex na černém trhu a kupují si heroin

Nevýhody preskripce

Často chybí doprovodné psychosociální služby, lékaři nepožadují aby klienti docházeli do center kde jim budou uvedené služby poskytovány . Schází často kontrola na přítomnost dalších NNL a alkoholu. Nejasný přehled o dávkování a znemožnění terapeutické intervence u uživatelů.

Výhody

Celková stabilizace zdravotního a sociálního stavu, lze pracovat s osobností, matky mohou pečovat o děti. Snadno dostupná detoxifikace.

Co se osvědčilo

Osvědčila se spolupráce se substitučními centry, dále pak pokud fungovala spolupráce s lékaři. Spolupráce lékařů s neziskovými organizacemi oddělení závislostí Apolinářská 4 se Střediskem Drop In,o.p.s. Ve Středisku prevence a léčby drogových závislostí byly otevřeny dva substituční programy. Tyto programy spolupracují i s Centrem pro rodinu Drop In,o.p.s., kam dochází těhotné uživatelky návykových látek. Program Centra pro rodinu vznikl v roce 2000, které vede S. Sedláčková, která je současně autorem projektu.

4. Systém péče o těhotné uživatelky návykových látek v Centru pro rodinu Drop In,o.p.s.

Těhotné uživatelky drog do r. 1989

Fenomén užívání drog se příliš nezveřejňoval, jednalo se o společensky nežádoucí faktor, pokud užívala těhotná žena návykové látky, tak často docházelo k utajení i ze strany blízké rodiny a v blízkém okolí. V podstatě se problém řešil spíše zvenčí, nežli jeho podstata.

Rodina i lékaři doporučili umělé přerušování těhotenství, případně bylo dítě po porodu svěřováno rodičům těchto matek, nebo k ústavní výchově. Při umělém přerušování těhotenství uvádí klientky, že dostávaly při operačním výkonu nižší dávky anestetik (zvýšená tolerance), klientky měly bolesti.

Dále si stěžovaly na špatné zacházení ze strany zdravotnického personálu. Jednalo se nejčastěji o porušení etiky (*Sedláčková, Sekáčová, archiv Drop in, 2001*).

Terénní práce v bytech s gravidními uživatelkami drog

Počáteční depistáž začíná již terénní prací, tuto fázi je možné nazvat též jako nultou fázi. Jedná se o navazování důvěryhodného kontaktu s danou cílovou skupinou. Vzhledem ke skutečnosti, že systém péče o uživatelky návykových látek v ČR má svá specifika, nelze postupovat totožným způsobem jako v případě ostatních uživatelů návykových látek. Z tohoto důvodu je vhodné jak v kontaktním centru, tak v terénu, určit konkrétního pracovníka – vhodnější pro prvkontakty, je lépe určit ženu s příslušným vzděláním v oboru adiktologie.

Jedná se tedy o vytvoření speciální části projektu zaměřeného na danou problematiku. Terénní pracovníce se může dostat i do tzv. „bytů“ (nepříliš hygienicky vhodné byty, často bývají bez elektřiny, kde společně bydlí uživatelé drog), díky svým kontaktům s klienty. Zde poskytne běžnou nabídku harm - reduction služeb jedná se o : gravitesty, vitamíny, výměnný program, ale současně se již zaměřuje na výchovné působení na gravidní ženu. Působení musí být nevtíravé a aby bylo efektivní, musí vycházet z potřeb klientky v dané situaci. Při prvokontaktech poskytuje klientkám kontakt na porodnické odd., v případě vážného zdravotního poškození kontakt na lůžková zdravotnická zařízení, dále do psychiatrických a léčebných zařízení zejména na gynekologicko porodnické kliniky. Dále poskytuje základní informace o účincích drog na plod.

Osvědčila se nabídka substitučního programu u uživatelék opiátů (*Sedláčková, Systém péče o uživatelky drog v ČR, ZSF JU, 2007*) Terénní pracovníce předá kontakt na sebe a zůstává v kontaktu s klientkou (např. jí oznámí kdy opět přijde). Při třetím kontaktu zvažuje, zda již není vhodná chvíle doporučit klientce návštěvu Centra pro rodinu, kdy obdrží komplexní péči. Vhodná chvíle nastává tehdy, kdy klientka služby přijímá a zajímá se o další vývoj těhotenství a má zájem o další spolupráci. U nepohyblivých klientek je nutné doporučit k ústavní péči. V některých případech i ostatní obyvatelé „bytu“ klientce takový pobyt doporučí, jelikož jim to podstatně zjednoduší situaci, nemusí se o tuto ženu již starat.

Terénní programy – Streetwork

Nabídka terénních programů je obdobná jako u terénních programů ve bytech, je zde možné využít dlouhodobější vazby mezi klientkou a pracovnící a to v oblasti monitoringu její nové mateřské role. Terénní pracovníce, tak může získat informace, které často klientky v počátku těhotenství nereflektují ani samy sobě. Jedná se o zásadní informaci a to jaký má klientka postoj ke svému těhotenství, mateřství a zda je rozhodnuta změnit svůj životní styl. Důležité pro

terénní pracovníci je umět „svou“ klientku včas pustit, aby mohla postoupit v dalším stupni svého posunu, směrem ke změně životního stylu.

Centrum pro rodinu Drop In,o.p.s.

Centrum pro rodinu nabízí poradenské a ambulantní služby a dále dvouletý strukturovaný program do kterého jsou zařazovány těhotné ženy s anamnesou užívání návykových látek.

Program je zaměřen na integraci žen - matek, aby mohly pečovat o své děti a to jak po stránce sociálních a rodičovských dovedností, tak i po stránce citové, psychologické a samozřejmě bezpečné. Cílem programu je abstinence klientek od nelegálních návykových látek a alkoholu (*Sedláčková, Resocializace matek užívajících psychotropní návykové látky a monitoring jejich dětí v dětských domovech a kojeneckých ústavech, Drop in, 2001*).

Původní název projektu, který zahájil svou činnost 1.1.2000 byl „Resocializace matek užívajících psychotropní návykové látky a monitoring jejich dětí v dětských domovech a kojeneckých ústavech“.

V průběhu programu se začala rozšiřovat cílová skupina i o tatínky, kteří chtěli se svými dětmi a jejich matkou být ve společné domácnosti, nebo se dokonce chtějí o své dítě sami starat po té co matka selhala. V 99% případů se však jedná o uživatele návykových látek, tito zájemci o služby již přichází motivovaní ke spolupráci a jsou si vědomi nezbytnosti změny svého způsobu života. Od roku 2005 tedy projekt nese nové jméno „Integrace rodiny“. Centrum pro rodinu je odděleno od základního střediska Drop In, o.p.s. a je umístěno i na jiné adrese. Oddělení je velmi důležité, neboť vylučuje kontakt klientky s drogovou scénou. Jedná se tedy o samostatný projekt, který již nenabízí výměnný program s klientkou pracuje terapeut, nikoliv kontaktní pracovník/ce, který provádí výměny injekčního náčiní

4.1 Resocializace matek užívající psychotropní návykové látky

Tento program vznikl 1.1.2000 (dnešní název je „Integrace rodiny“), jako součást Nízkoprahového střediska Drop In.

Zpočátku byl počet aktivních klientek evidováno 50. Bylo velmi složité získat důvěru klientek.

Rozšířila se i počínající spolupráce s OPD, tedy mezi neziskovým sektorem a státním sektorem.

V roce 2002 dochází k oddělení programu od Nízkoprahového střediska.

4.2 Cílová populace

Gravidní ženy a matky s dětmi, v jejichž anamnéze jsou návykové látky

Matky, kterým byly děti odebrány a chtějí je zpět do péče

Partneři a širší rodinní příslušníci klientek

Tatínkové

Děti klientek v DD a KÚ

Nabídka služeb Centra pro rodinu Drop In,o.p.s.

- Poradenství v oblasti sekundární prevence užívání NL
- Psychoterapie individuální
- Skupinová psychoterapie
- Zprostředkování lékařské péče
- Sociální práce
- Prevence nechtěného těhotenství a chorob šířících se krevní cestou
- Vstupní filtr do substitučních programů
- Šetření v domácím prostředí klientek ve spolupráci se sociálními pracovníky
- nutné OSPOD
- Konzultace
- Krizová intervence

- Telefonická intervence
- Doporučení do ústavní léčby
- Příprava k porodu
- Fyzioterapie a pohybové aktivity
- Ergoterapie

Psychosociální a zdravotnické služby

- Vstupní anamnéza
- Záznamy o průběhu porodu
- Zdravotní stav
- Zprostředkování kontaktu do zdravotnických a léčebných zařízení

Psychosociální služby

- Zařazení do dvouletého strukturovaného programu
- Psychologické služby, poradenství, PT
- Sociální práce – bydlení, doklady, péče o dítě
- Podpora k samostatnosti
- Příprava k porodu

Péče o těhotné

- Vitamínový program, potravinový program
- Spolupráce s OSPOD
- Podpora při soudním jednání
- Cíle – stabilizace drogového problému, zdravotního stavu, bydlení –

Integrace

- Systém umožňuje komplexní přístup v jednom zařízení

Podpora u žen uživatelék, matek

- Motivace k abstinenci
- Nelze-li docílit, substituce
- Nabídka léčby, pobyt v TK
- Substituce, doprovodné psychosociální služby, motivace a podpora k abstinenci
- Podpora při soudním jednání, PMS
- Psychoterapie

Tyto služby jsou poskytovány klientkám, současně centrum nabízí i poradenství pro blízké a rodiče klientek.

Pro klientky strukturovaného programu jsou jasně stanovená pravidla, která musí klientky dodržovat.

Kontrakt

Kontraktem rozumíme Dohoda o poskytování služeb Centra pro rodinu klientce, klientovi v programu „Integrace rodiny“. Od pravidel se kontrakt liší tím, že pravidla může klient dodržovat, ale nemusí, riskuje však vyloučení z programu. V případě kontraktu se jedná o oboustrannou dohodu ke spolupráci. Dohoda obsahuje jak pravidla za kterých bude spolupráce probíhat, tak i účel k jakému bude spolupráce probíhat a co bude předmětem spolupráce.

Klient je tímto seznámen i s nutností vedení dokumentace.

Jako základní informaci, kterou by klientka programu měla znát, je fakt, že užívání návykových látek v těhotenství, včetně alkoholu a cigaret je ohrožující jak pro budoucí miminko, tak pro uživatelku přímo.

Patří sem i informace o rizicích v případě substituce, zde však klientky podepisují smlouvu přímo s pracovištěm substitučního programu.

Evidence

V souvislosti s průběhem programu je vedena dokumentace klientek, kam jsou zaznamenávány všechny anamnestické a terapeutické údaje. Evidence musí obsahovat tyto náležitosti:

- Založení dokumentace v PC
- Souhlas s vedením dokumentace
- Dohoda o dobrovolnosti léčby
- Omezení intervence ze strany rodiny
- (rodiče, partner)

Manuál programu

Pro fungování programu je nezbytné navázání spolupráce dalšími poskytovateli odborné péče v oblasti těhotných uživatelék návykových látek se jedná zejména o porodnické oddělení, se substitučními centry, nebo lékaři se specializací v oboru závislostí na návykových látkách. Následně pak s dalšími zdravotnickými zařízeními, pediatry a hepatology.

Public Relations

Public relations je nezbytná aktivita k rozvoji poskytovaných služeb a to zejména z důvodů, aby se informace o poskytovaných službách dostaly k dané cílové skupině.

Tým Centra pro rodinu úzce spolupracuje s orgány sociálně právní ochrany dítěte a pro rozvoj programu i úspěšnost oboustranné spolupráce je důležité projekt Integrace rodiny pravidelně prezentovat kolizním opatrovníkům. Pravidelné prezentace by měly probíhat i pro gynekologicko – porodnická oddělení, pediatry, odbornou veřejnost a laickou veřejnost.

Nezanedbatelná je i spolupráce v rámci Střediska Drop in,o.p.s., v současné době je

realizováno sedm projektů, které jsou zaměřeny na léčbu uživatelů návykových látek. Každý projekt má své specifické zaměření na danou cílovou skupinu a vzhledem k pestré nabídce

poskytovaných služeb je vzájemná spolupráce velmi přínosná.

Filosofie

Filosofií deklarovaného programu je samostatnost klientek, klientů – budoucích rodičů a tudíž intervence ze strany jejich blízkých jsou z hlediska úspěšnosti neefektivní. Je důležité na počátku spolupráce všem stranám vysvětlit, že nebudou dostávat informace o tom jak jejich rodinní příslušníci spolupracují. Pokud se jedná o porušování vzájemného soužití, lze poskytnout individuální poradenství rodičům, či blízkým klientů a nabídnout možnosti řešení dané situace. Důležité je upozornit na fakt, že dobrá spolupráce v programu nemůže vždy vyřešit nesrovnalosti mezi rodiči a jejich dospělými dětmi. Naopak bývá častým jevem, že klientka matka, která podléhá své autoritativní matce – babičce bývá ve spolupráci s centrem pasivní, spoléhá, že povinnosti spadající do péče o dítě za ní udělá matka a klientka často nerozumí tomu v čem je problém. Bohužel právě tím, že je klientka pasivní ve svých povinnostech a že řadu povinností saturuje její matka má za následek snížené sebevědomí a nesamostatnost klientek, což může vést k opětovnému rozvinutí drogového problému.

Často takové chování matky a dcery bývá samoúčelné a nese výhody pro obě strany. Babičky si často svým ochránářským postojem své dcery zavazují a zajišťují si tak dlouhodobou přítomnost svého vnoučete ve své blízkosti, nejčastěji ve společné domácnosti.

Dosažení efektivní spolupráce

Chceme-li dosáhnout efektivní spolupráce, je nezbytné klást důraz na samostatnost klientky, na její reflexe rodinného prostředí a stanovení priorit. Klienti musí dojít k výslednému faktu, že pokud nechají za sebe jednat rodiče, dovolí jim, aby je podporovali a saturovali jejich povinnosti, udržuje je to v jejich dětské roli a pokud jsou udržováni v dětské roli, nemohou úspěšně vychovávat své děti.

Klienti by měli dosáhnout toho stupně úrovně, že si budou umět říci o pomoc ze strany rodičů, ale pomoc kterou přijmou nebude jednostranná. V případě, že se

jedná o dočasnou podporu ze stany rodičů, měla by být skutečně dočasná a klientky by se měly snažit dosáhnout jisté nezávislosti. Nezávislost je právě ten cíl, kterého je třeba dosáhnout a to jak ve vztahu k návykovým látkám, tak i ve vztazích. V případě, že nezávislosti nebude dosaženo, nastává velké riziko relapsu.

4.3 Systém péče o těhotné uživatelky v praxi

Spočívá v navázání důvěryhodného kontaktu s těhotnou klientkou. Podle posledních zkušeností se vyplácí již v terénu, např. terénní asistenti tzv. Streetwork.

Dále je nezbytné navázat klientku co nejdříve na poradenské, či ambulantní zařízení, možné i kontaktní centrum, později bude však nutné program oddělit. Rovněž je nezbytné při práci s touto cílovou skupinou uplatnit i multidisciplinární přístup, tedy nabídka psychosociálních, zdravotnických a psychoterapeutických služeb, včetně doprovodných služeb. V první řadě je nutné klientku navázat na porodnické odd., dále pak stabilizace drogového problému, zde je nezbytná diagnostika. Klientky prochází diagnosticko-diferencionálním filtrem a to z hlediska psychiatrické diagnostiky, v případě duálních diagnos je doporučena spolupráce s psychiatrickými léčebnami a ambulancemi. Některá zařízení si zajišťují vlastní psychiatrické služby. Velmi důležitá je přesná diagnostika odborníka na drogové závislosti a to zejména z důvodu vyhodnocení a stanovení postupu další léčby. V současné době se často stává, že klientky přicházejí s objednávkou o účast v substitučním programu Buprenorfinem (Subutexem), s předchozí zprávou, že tuto látku užívají a to jak legálně, tak i nelegálně. V diagnostice této problematiky je nutné důkladně vyhodnotit anamnesu užívání návykových látek ještě před užitím Buprenorfinu a je nutné klást důraz zejména na množství užívání opiátů, ještě před prvním užitím Subutexu. Stále častěji se ukazuje, že dávka v době užívání např. heroinu byla mnohem vyšší než dokáže Subutex substituovat. Tudíž klientky, které užívaly vyšší dávky než cca 1 500 mg. Heroinu jsou

Subutexem spíše detoxifikovány. Tato dávka jim nestačí a často pak ze substitučních programů předčasně odchází, nebo nedodržují abstinenci od jiných návykových látek. S ohledem na plod těhotné ženy je samozřejmě nezbytné, aby dávky byly co nejnižší a plod byl poškozen co nejméně, avšak je nutné stanovit dávku tak, aby byla efektivní. Tedy v případě, že je klientka je závislá na vvyšších dávkách bude nutné zvážit, zda není pro ní vhodnější substituce Metadonem „*Methadon-Substituční terapie, která se používá při léčbě heroinové závislosti. Objev Methadonu se datuje k roku 1939 a první obchodní jméno znělo Dolophine. V ČR se Methadon užívá per os v tekuté formě 1krát denně, kdy klienti docházejí do metadonového centra. Klienti musí dodržovat řád a pravidla*“ (Presto, Drogy na předpis, 2002).

Tyto specifické postupy rozhodují pouze lékaři se specializací na závislosti na návykových látkách ve spolupráci s gynekology.

Dalším nezastupitelným faktorem je sociální práce, klientka je na začátku motivace ke změně a často s ohledem na svůj předešlý životní styl potřebuje upevnit, naučit se řadu sociálních dovedností.

Při práci s klientkami je dále uplatňováno psychologické a výchovné poradenství, neustále však je nutné monitorovat jak klientčin zdravotní stav ve spolupráci s odbornými lékaři, tak kvalitu její spolupráce.

U klientek kde je preskripce Buprenorfinu jsou z hlediska efektivity nezbytné doprovodné psychosociální služby. Zatím se neukázalo příliš efektivní, kdy klientka docházela jen na porodnické oddělení a k psychiatrovi pro recepty na Subutex „*Subutex- Buprenorfinum - 0,4mg, 2 mg, 8mg. Substituční léčba závislosti na opiodech. Lék se aplikuje pod jazyk ve formě tbl. Tableta musí být držena pod jazykem (sublingualně), dokud se nerozpustí, což je 5-10min. Zahajovací dávka se pohybuje v rozmezí 0,8-4mg/denně*“ (Presl).

5. Práce se závislou matkou

5.1. Popis léčebného doprovodného programu

5.1.1 Diagnosticko diferencionální fáze

Slouží k navázání kontaktu s klientkou a je kladen důraz na podání všech dostupných informací. Kontakt na porodnické oddělení, kontakt na speciální program, informace o škodlivosti užívaných drog, ale i informace o psychologickém vývoji dítěte po porodu, které vyrůstá bez biologické matky. Tyto informace musí být však podány srozumitelně a vhodnou formou, abychom klientku neodradily od spolupráce. Rovněž by klientka měla znát právní otázky dané situace. Například fakt, že nelegální užívání Buprenorfinu je též pokládáno za užívání nelegálních drog. Klientka by měla znát postup orgánů sociálně právní ochrany dítěte, tyto informace je však nutné podávat velmi opatrně, z toho důvodu, aby klientka z obav, že jí bude odebráno dítě nepřerušila spolupráci se zařízením.

5.1.2 Nízkoprahová fáze

Slouží k hlubšímu navázání kontaktu, stanovení pravidel doba trvání se pohybuje od (1 – 3 měsíců) a spočívá v nabídce služeb, které budou klientce poskytovány.

Když se matka rozhodne pro mateřství, má k dispozici tým lidí, kteří jí za určitých předem stanovených podmínek provedou touto složitou životní situací a pokusí se jí navrhnout, či společně hledat adekvátní řešení její situace. Při prvním, nebo druhém kontaktu s klientkou je nezbytné provést anamnesu:

- zdravotní
- rodinnou
- užíváním návykových látek
- sociální
- kriminální

Součástí této fáze je monitoring spolupráce s klientkou, patří sem zadávání dílčích úkolů, zajištění spolupráce s porodnicí. Je-li schopna dokončit zadané úkoly, můžeme hovořit o jisté perspektivě úspěšnosti klientky na úrovni ambulantních služeb. Není-li ještě schopna dosáhnout samostatnosti, nebo pokud má rezervy v důslednosti. Klientku nesankcionujeme, poskytujeme

asistenci. Dále se provádí diagnostika drogového problému s navržením vhodného řešení. U uživatelů stimulačních drog rozhoduje věk a zázemí. Je nutné provést dlouhodobý individuální plán, v případě, že klientka užívá stimulační drogy a její věková hranice je do 22 let a nemá sociální zázemí. Je indikací pobyt klientky v terapeutické komunitě, nejlépe v terapeutické komunitě Karlov.

Práce s uživatelkou stimulačních drog je nejvíce kladen důraz na důslednost její spolupráce se zařízením, dále se hodnotí pravidelnost návštěv u porodníka.

Klinický obraz uživatelsky stimulačních látek: „*Amfetamin - První syntetické stimulant bylo připraveno v roce 1887. Amfetamin a jeho deriváty (metamfetamin, fermetrazin) se dlouho používaly k léčení obezity, deprese, narkolepsie u dětí při poruchách pozornosti a hyperkinézách. Nejrozšířenější stimulační drogou v ČR je **pervitin**, základem pro výrobu je efedrin.*

Jako ostatní stimulant urychluje motoriku, usnadňuje vnímání většího počtu podmětů. Pocit zvýšené vigility, ztráta ostychu a zábran, zvýšení empatie, sebevědomí, příliv energie, časté je vyplavení úzkosti a agresivity. Po odeznění účinku se dostavuje deprese a při dlouhodobém užívání se rozvíjí paranoidní syndrom. Aplikuje se šňupáním a intravenózně. Amfetaminy jsou spojené s výskytem vývojových anomálií srdce“ (Presl, Drogová závislost, 1995).

klientka – porušuje pravidla, velké pauzy v docházce, neguje pobyt v TK, porušuje abstinenci. Důležitá je evidence při první návštěvě, může sloužit ve prospěch klientky.

Zcela jinou prognosu má spolupráce se zralejší klientkou orientačně nad 22 let.

Klinický obraz uživatelsky stimulačních látek nad 22 let : - plní zadané dílčí úkoly, plní pravidla, abstinence

Tato klientka je směřována k samostatnosti a je potřebné zvážit, zda sociální a bytové podmínky klientce umožní léčbu ambulantní formou v Centru pro rodinu. Dojde-li k přerušení spolupráce ze strany klientky, dochází k záchytu v porodnici po porodu. Po narození dítěte se provede laboratorní vyšetření a prokáže se pozitivní test na přítomnost návykových látek ve smolce novorozence, je o tomto výsledku proveden záznam v dokumentaci

novorozence. Tyto informace jsou předány sociální pracovníci v porodnici a ta provede šetření dle dokumentace a dále ve spolupráci se sociální pracovníci v místě bydliště matky. Jestliže výsledky šetření nejsou uspokojivé, podává sociální pracovnice návrh soudu na předběžné opatření ve věci svěřeni dítěte do péče. Klientky které nespolupracovaly v Nízkoprahové fázi již většinou souhlasí s pobytem v terapeutické komunitě. Pro klientku je důležitá evidence v Centru pro rodinu, lze prokázat, že se snažila o spolupráci. Faktem zůstává, že pokusy o spolupráci s centrem nebyly příliš efektivní, ale s problematikou užívání drog souvisí řada dalších problémů a dalších diagnos. Tudíž navázání pravidelné spolupráce a důvěryhodného vztahu ze strany klientky může trvat delší období, pokud se podaří. Z tohoto důvodu je velkým přínosem pro klientku roční pobyt v terapeutické komunitě společně s dítětem. Z hlediska kapacity lůžek v TK Karlov je vytvořen pořadník na přijetí k pobytu. Jestliže je klientka zatím v čekací lhůtě k pobytu může být přijata do Dětského centra (dříve kojenecký ústav v Sulické ul., Praha 4) společně s dítětem. K tomu řešení se přistupuje v případě, že klientka nespolupracovala v programu Integrace rodiny, nebo v případě, že je prioritou separace klientky od původní rodiny, prostředí.

Neguje li klientka jakékoliv snahy o pomoc při její integraci, dochází ke svěřeni dítěte do péče prarodičů, pěstounské péče, adopce.

Uživatelka opiátových drog, při vstupním anamnestickém vyšetření je důležitá diagnostika a dávkování pouliční drogy heroinu „Heroin-Opium upravené laboratorně, byl syntetizován v roce 1898 a původně sloužil jako lék proti kašli. Navozuje pocit blaha, uvolnění, lhostejnosti a úniku ze společnosti. Dochází i k negativním prožitkům jako je neklid, návaly horka a zimy, dechové obtíže. Při vysazení či snížení dávky se objevuje neklid, třes, viscerální bolesti, křeče, zvracení, průjem, bolesti kloubů a svalů. Nejrozšířenějším způsobem aplikace je kouření, inhalování z aluminové folie či nitrožilní aplikace, která je spojena s rizikem podkožních i orgánových abscesů, tromboflebitid, embolií a zejména riziko infekčních chorob-AIDS, hepatitis B, C“ (Tyler, Drogy v ulicích, 1998),

nebo brawnu „Braun - derivát kodeinu má silný euforizační efekt, ale ve srovnání s heroinem slabší tlumivý reflex“ (Presl, Drogová závislost, 1995,) délka užívání opiátů 1 500 mg a více je indikace k Metadonové substituci. Jeho výhodou pro tyto ženy je, že je zdarma, klientka se tak může lépe stabilizovat, jelikož si již nemusí obstarávat finanční prostředky pro získání drog.

U předchozích dávek 0,5 – 1,5 g opiátu pouliční drogy, nebo v případě užívání nelegálního Subutexu je toto indikací do substituční léčby Subutexem.

Po zařazení do substitučního programu se klientky stabilizují zhruba tři měsíce, proto je délka trvání Nízkoprahové fáze rozložena na dobu trvání tří měsíců. Opět nastupuje monitoring sociálního prostředí kde by dítě po narození vyrůstalo. V případě, že je prostředí vyhovující a klientka splňuje další kritéria pro fungování v ambulantním programu, pokračuje dále ve strukturovaném programu Centra pro rodinu. Pokud je prostředí nevyhovující, doporučí se klientce pobyt v TK Karlov. Je to jedna z cest jak v této rizikové situaci může být umístěna společně se svým dítětem, což je důležité vzhledem k vývoji dítěte. Za závislou matku je považována uživatelka, která užívá opiáty v průměru po dobu pěti let. Z hlediska neontologického se v období gravidity preferuje substituce, detoxifikace se ve druhém trimestru nedoporučuje (Binder, Vavřinková, *Návykové látky v těhotenství, 2006*), hrozí zde riziko úmrtí plodu ve fetálním stadiu. Dále předčasný porod při snižování dávek. Docházení do substitučních center má dále výhody denního kontaktu s matkou a terapeutickým zdravotnickým týmem

Rizika ústavní léčby gravidní uživatelky

Rizikem ústavní léčby je možný revers ze strany klientky, dokonce se může dařit klientce i nějaký čas abstinovat, ale tento časový úsek se dá hodnotit maximálně ve dnech, po několika dnech si jde klientka „sehnat“ nelegální drogy. Prostor pro plod v těle matky se průběhu těhotenství mění v závislosti na jejím momentálním naladění a stupni závislosti a může mít následující průběh detoxifikace, abstinence, užívání návykových látek, po té následně detoxifikace, abstinence a tak se po celou dobu těhotenství může tento obraz

opakovat. Pro vývoj plodu je to infaustní kombinace, v lepším případě s prognosou velmi nejistou. Další rizikem je přerušení léčby ze strany klientky, tím se vytratí ze sítě poskytovatelů služeb a nebude možné její rizikový způsob života v době těhotenství ovlivnit. Opět bude následovat sociální propad. Když dojde k úspěšnému ukončení léčby a klientka se vrátí do prostředí původní rodiny a to již v roli matky, dochází k častým kontrolám mladé matky ze strany její rodiny. Důvěra již není navázána a i přes snahu klientky o změnu. Je zpochybňována její kompetence. Biologická matka je často zpochybňována vlastní matkou a je tak podlomena její sebedůvěra (*Sedláčková, 2001*), jelikož její matka (babička jí nikdy neakceptuje).

Program Centra pro rodinu poskytuje klientkám komplexní péči a stabilizaci drogového problému. Nejedná se o podporu jejich nezdravého způsobu života, ale o podporu v průběhu těhotenství, včetně možnosti ovlivňovat klientčino chování. Tyto ženy jsou celkově stabilizované a jsou pod lékařským i terapeutickým dohledem. Tento postup umožňuje předejít, nebo alespoň připravit se na možné rozvinutí laktační psychosy. Je to jeden z důvodů, kdy se nedoporučuje vysadit substituční látku po porodu (*Presl, 2000*). Doba zařazení do substitučního programu trvá ještě nejméně rok po porodu, bere se zde v úvahu i nová situace klientky. Podstatná je i nadále stabilizace v oblasti užívání návykových látek. Jistým řešením může být pobyt v terapeutické komunitě, ale klientka není vždy rozhodnuta k tomuto kroku a dalším problémem je kapacita v terapeutické komunitě kde je k dispozici pouze dvanáct lůžek (www.sananim.cz). Ambulantní program má dobu trvání dva roky a má komplexně vypracovaný postup jak s těmito klientkami pracovat. Pokud by došlo k tlaku ze strany okolí k vysazení substituce je zde velké riziko, že u klientky dojde k relapsu a nezvládne tlak nové situace, kdy není sociálně stabilizována a nemá většinou vyřešené partnerské vztahy. Taková matka je pak rizikem pro dítě a dochází k sociálnímu propadu klientky a odebrání dítěte. Dítě je svěřeno do péče příslušníkům širší rodiny babička, dědeček, nebo do kojeneckého ústavu. Dochází tak k propadu klientky matky, nemá důvod abstinovat.

5.1.3 Terapeutická komunita Karlov, o.s. Sananim

Terapeutická komunita Karlov, o.s. Sananim je další organizace, která poskytuje služby v oblasti protidrogových služeb. Do komunity jsou odesílány matky s dětmi, které mají v anamnése užívání návykových látek a nejsou v substitučním programu. Kapacita lůžek v TK je 12, vstupní filtr provádí PhDr. I. Preslová vedoucí Denního stacionáře občanského sdružení Sananim (www.sananim.cz)

Zahájení činnosti teapeutické komunity pro matky s dětmi velmi pomohlo při řešení této významné problematiky. Vedoucím komunity je Mgr. Petr Vácha.

Do terapeutické komunity je nástup možný i před porodem, je zde možnost pobytu s dítětem po porodu. Nevýhodou je pauza v období šestinedělí, přerušování pobytu porodem a fakt, že TK Karlov je jedinou terapeutickou komunitou pro matku a dítě.

Ústavní léčba

Indikací k ústavní léčbě je nedostatečné spolupráce, porušování abstinence během těhotenství, opakovaný záchyt přítomnosti nelegální drogy při laboratorním vyšetření, není indikována u klientek na substituci.

Výhody zařazení závislé matky do substitučního programu s doprovodnou psychosociální intervencí Centra pro rodinu

Dochází k celkovému zklidnění klientky po stránce drogové, zdravotní, sociální a postupně i psychické. Nastává sebe přijetí, terapeut a matka mají společný zájem (klientčin komfort, pozitivní vývoj dítěte). S klientkou je sepsán kontrakt o vzájemném poskytování ambulantních služeb. Do programu je možné zapojit i otce. Rodiče, nebo matka dochází denně do substitučního programu. U matek v substitučním programu jsou vždy důležité doprovodné psychosociální a zdravotnické služby.

Další výhodou zařazení do substitučního programu je její postupné zařazení do společnosti, ztrácí kontakt s drogovou scénou a během 3 – 5 měsíců je klientka připravena k sociální stabilizaci. Dochází na úřady, bydlení, získává sebenáhled.

5.1.4 Tématická fáze

Doba trvání je 6 – 12 měsíců, v této fázi již bývá zpravidla jasné, zda je klientka schopna spolupracovat v ambulantním programu pokud jí to její zdravotní stav a sociální podmínky dovolí. U klientek méně přizpůsobivých se preferuje spíše pobyt v psychiatrické léčebně do porodu a po porodu pobyt dále v terapeutické komunitě. To je však možné se souhlasem klientky, ty pobyt v psychiatrické léčebně často negují a negují i pobyt v komunitě. Tento postup může být spíše návrhem ve spolupráci s orgánem sociálně právní ochrany dítěte. Sociální pracovníce a kolizní opatrovnice které se dotazují po narození dítěte jaké možnosti terapeutický tým navrhuje. Indikace do pobytových zařízení musí probíhat tedy velmi opatrně a s ohledem na riziko, že klientka přestane docházet kamkoliv, pokud na ní bude vyvíjen tlak s výsledkem, že dítě bude odebráno. U klientek, které výrazně nespolupracují však lze postup léčby v pobytovém zařízení navrhnout a to v případě, že klientka není schopna spolupracovat na jakékoliv dohodě, přestává být pro své dítě bezpečná. Ze zkušenosti však vyplývá, pokud se matka dostane až do fáze Tématické, tak úspěšnost její integrace je velká.

Podmínky vstupu je splnění podmínek Nízkoprahové fáze, doba trvání je 9 – 12 měsíců. Převažuje sociální práce, klientky též absolvují přípravu k porodu teoretickou a fyzioterapeutickou část. Dochází 1x -2 týdně, (intenzivnější spolupráce 3-4x týdně, forma stacionární).

Náplní je psychosociální poradenství. Z hlediska týmu se jedná i nadále o monitoring zdravotního stavu a plnění zadaných úkolů, provádí se dílčí individuální plány a pracuje se společně s klientkou na zajištění bydlení.

Porod

Klientka při dobré spolupráci dostává zprávu o průběhu léčby v Centru pro rodinu, kde je uveden kontakt na vedoucí zařízení. Dostává zprávu o průběhu spolupráce v substituční léčbě s kontaktem na ošetřujícího lékaře. U nespolupracující klientky je navržena léčba ústavní formou.

V r. 1999 proběhlo první těhotenství v metadonovém programu:

Jakub 7 let, 2810 g, míra 47 cm, gest.týden 41

Neplánované, ale chtěné těhotenství

Kojení – ano

Syndrom z odnětí se dostaví u novorozenců do 5 dnů po porodu

Léčba – Opiová tinktura

V současné době se doporučuje Morfin Chloratum, Morfin Sulfatum 0,4 mg/ml – 2,4ml/kg/den.

Dříve podáván Phenobarbital 6mg – 20mg/kg/den, nedoporučuje se, není opiát, ale hypnotikum. Nedoporučuje se ani Chlorprotixen - neuroleptikum (Zach, Tomáš FTN, 2007, Praha), přes to byl novorozencům podáván (archiv Centra pro rodinu, 2000). V případě detoxifikace, nebo substituce vždy platí zásada o podávání stejného typu chemické látky (Presl), při závislosti na opiátech musí být podáván opiát a zda se jedná o novorozence, nebo dospělého závislí na propočtu dávkování.

Péče

Metadon je dovážen na porodnické a neonatologické odd., dle zákona o opiátech. Subutex podává sestra na oddělení matce dle medikace lékaře. Důležitá etika personálu.

Kojení

Při metadonové substituci ano u klientek jejichž dávka Megafonu je maximálně v rozpětí od 20 do 40 mg Maetadonu, další zdroje uvádí do 120 mg Metadonu (Mydlilová, FTN, 2006). U substituce Subutexem se kojení povoluje. Definitivně rozhoduje pediatr, nebo neonatolog. V případě kojení může dojít k syndromu z odnětí při končení kojení. Členka týmu může absolvovat kurz pro laktační poradce.

Tématická skupina

Tematická skupina je součástí Tematické fáze její doba trvání je 3.měsíce. Jedná se o skupinu otevřenou, jejíž náplní jsou témata důležitá pro účastníky skupiny související s jejich integrací. Počet členů tematické skupiny je dvanáct a tato skupina má svá pravidla, neotvírají se osobní témata, platí zákaz intoxikace, nebo agrese včetně slovní.

5.1.5 Růstová fáze – doléčovací

Její délka je 8 – 12 měsíců klientky fungují v programu zpravidla již jeden rok a tudíž bývá často kompenzován jejich psychický a zdravotní stav, včetně užívání návykových látek a postoje k návykovým látkám. Nastává tedy příležitost věnovat se terapeutické práci na růstu osobnosti klientky a v řadě případech lze použít nejen metody poradenství, ale i psychoterapie. Jedná se o kognitivně – behaviorální terapii (*Kalina, Drogy v ordinaci praktického lékaře, 1996*), ale i o systemickou terapii a rodinnou terapii. Je používán často eklektický přístup k psychoterapii. Respektujeme v této fázi zakázky klientek po dohodě na individuálním plánu (*Sedláčková, Bulvová*). Zde klientky řeší své postoje, partnerské a rodinné vztahy a vztah k sobě a dítěti. Z pohledu sociální práce se klientka postupně a začleňuje do společnosti, končí již většinou mateřská dovolená a hledá si zaměstnání.

6. Možná podpora u žen, kterým bylo dítě odebráno

Služby mohou být poskytovány i této cílové skupině, je nezbytné navázání kontaktu a zařazení do strukturovaného programu. V Nulté a Nízkoprahové fázi je třeba monitoring zájmu o dítě a dále zmapování sociálních podmínek a to zejména bytových, monitorujeme rovněž i s kým klientka žije a snažíme se pracovat s rodinou klientky. V případě stabilizace vhodných podmínek, či zajištění vhodných podmínek např. v azylovém domě.

Dále se v rámci individuálního plánu společně s klientkou zvažuje návrh na úpravu styku s dítětem.. Vhodným doplňkem může být mediace při kontaktu s rodinou, bývalým manželem, apod. Podmínka pro úpravu styku s dítětem je

absolvování programu, léčby v Psychiatrické léčebně, či Terapeutické komunitě, dle indikace.

Zařízení nabízí po celou dobu spolupráce asistenci při žádání o svěřeni dítěte do péče, k tomuto kroku přistupujeme po absolvování Tématické fáze, to znamená v období fáze Růstové. Nutná spolupráce s organizacemi pro lidská práva, Český helsinský výbor, Střep, Liga lidských práv apod.

6.1. Práce s nemotivovanou matkou:

Přichází –li gravidní klientka rozhodnuta k UPT (umělému přerušení těhotenství), je možná motivace ze strany týmu ke zvážení daného rozhodnutí. Je důležité klást důraz na svobodné rozhodnutí ze strany klientky, dále je třeba klientku podpořit v případě, že je ze strany rodiny, partnera nucena k umělému přerušení těhotenství, ač k tomuto kroku není pevně rozhodnuta. Klientce je možné navrhnout optimální řešení její obtížné životní situace . Pokud se klientka rozhodne pro umělé přerušení těhotenství, doporučíme jí zařízení v místě bydliště, nebo v místě centra.

6.2 Spolupráce s OSPOD

Nutná intenzivní spolupráce se sociálními pracovníci v porodnicích i v místě bydliště klientek.

Tým centra pořádá workshopy a vzdělávání ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí.

Klientkám které spolupracují s centrem déle než 7 měsíců a jsou v Tématické fázi, lze potvrdit spolupráci.

6.3 Léčba interferonem

Interferon patří do řady chemoterapeutik a používá se při léčbě hepatitidy typu C. Zhruba 70 % uživatelů návykových látek je pozitivní na virus hepatitidy typu C. Je to dáno jejich bývalým životním stylem, přes skutečnost, že služby výměnného programu jsou poskytovány. Tato léčba trvá 10 až 12 měsíců a je

provázená depresemi, bolestmi kloubů a dalšími nepříjemnými vedlejšími příznaky, včetně aplikace. Interferon se aplikuje intramuskulárně (Řehák, 2004). Důležité je provázení klientky obtížnou situací, nabídka podpory. Psychoterapeutické a psychologické konzultace v pravidelných intervalech v rozsahu 1x týdně o délce trvání 50 – 60 minut. V první polovině léčby nastupují vedlejší pozvolna, ve druhé polovině nastupuje zesílení vedlejších příznaků, které ustupují až v posledních měsících léčby. Osvědčilo se doprovodné RHB cvičení, masáže, práce s tělem je tak efektivnější, než mluvené slovo (Sedláčková, 2006).

6.4 Ukončení programu

Program je ukončen diplomem, který dostávají klientky na konci Růstové fáze při komunitním setkání, která probíhají jednou za rok. Na konci fáze Tématické dostávají maminky takzvanou kandidátku na diplom. Absolventky programu jsou přeřazeny do poradny a mohou využívat v případě potřeby poradenských služeb.

6.5 Doléčování

Doléčování v Centru pro rodinu je možné od roku 2005, musí se sestavit doléčovací skupina. Doléčovací skupina je uzavřená dynamická a maximální počet členů je dvanáct. Frekvence je 1 x týdně po dobu šesti měsíců. Podmínky přijetí do této skupiny jsou abstinence, absolvovaná a ukončená léčba v psychiatrické léčebně, nebo terapeutické komunitě, nebo absolvovaný dvouletý strukturovaný program. Centrum nabízí také doléčovací služby v Doléčovacím centru Sananim, o.s., výhodou tohoto programu je program chráněného bydlení. Klientky, které ukončí léčbu v komunitě tak nemusí vracet do původního prostředí a mohou nastoupit do programu Doléčovacího centra Sananim, o.s. a Chráněného bydlení. Rovněž jsou nabízeny doléčovací služby i jiných center, například z důvodů, že se maminky mezi sebou znají, bydlí v jednom domě, nebo na jednom sídlišti a jejich soukromí ve skupině by bylo ohroženo. Přeci jen se zde řeší závažné životní situace, nejedná se o

volnočasové aktivity mateřského centra. Individuální terapie v rámci doléčování je možná, při zaneprázdnění klientky (pracuje, pečuje o dítě, nebo osobu blízkou, aj.), nebo pokud nejuje skupinu. V programu Integrace rodiny, není vyvíjen tlak v podobě radikální účasti ve skupině bez možnosti individuálních konzultací po dobu trvání skupiny. Je to z důvodů zaměření projektu, který si klade za cíl podporu matek a rodičů při výchově dětí a integraci. Není tedy možné riskovat, že se klientka bude obávat využít služeb centra v případě, že odmítne účast ve skupině.

6.6 Doporučené složení týmu

- Psycholog – diagnostika, vstupní vyšetření
- Psychiatr - diagnostika
- Vedoucí programu – terapeut/ka (psycholog, Speciální pedagog, adiktologický pracovník – specialista) PT výcvik
- Speciální pedagog- terapeut PT výcvik

Zdravotní sestra – terapeutka, kontroluje FF, Odběry moči, terapie- KI, Trénink

- 100 hod.
- Porodní asistentka DPP
- Poradenský pracovník, lékař – terapeut, KI
- Supervizor
- Terapeutické vzdělání v týmu: Vzdělání v oblastí návykových nemocí a

substitučních programech, KBT, krizová intervence, Rodinná terapie, PT – výcvik systemické psychoterapii, Eicksonovské hypnoterapii a výcvik v psychoanalýze)

6.6.1 Odborná pracoviště, která služby nabízí

Praha – Centrum pro rodinu, Drop In, o.p.s.- propracovaný systém péče od r. 2000

Další pracoviště

- Denní stacionář Sananim, o.s.
- DC Sananim – Chráněné bydlení
- Ostrava K- Centrum, Renarcon, o.p.s.
- K – Centrum, o.s. Háječek, České Budějovice

- Odborná pracoviště

- o.s. Prevent, České Budějovice
- Terapeutická komunita – Karlov, o.s. Sananim
- FN Motol, porodnické odd.
- O.s. Střep – sociální práce

6.6.2 Péče o děti

Součástí poskytovaných služeb Centra pro rodinu je program „Sluníčko na cestě“, což je pracovní název pro projekt „Prevence specifických vývojových poruch u dětí ohrožených drogami“. Pilotní zahájení tohoto projektu bylo v roce 2007. Je zaměřen na sledování zdravotního stavu dítěte, neuromotorického vývoje. Tým centra dlouhodobě bojoval s etickým a zdravotním problémem užívání návykových látek v těhotenství, ale i v případě substitučních programů. Autorky a realizátoři projektu Resocilaizace matek užívající návykové látky si i přes maximální snahu zabránit poškození plodu ze strany matky, uvědomují závažnost zdravotního stavu dětí klientek, ale i závažnost závažného zdravotního a psychického stavu klientek s diagnosou škodlivého užívání návykových látek. Tento jev však není jen jevem sociálně patologickým z hlediska pedagogiky, onemocnění škodlivé užívání návykových látek a závislost na návykových látkách je zařazeno Světovou zdravotnickou organizací do mezinárodní klasifikace diagnos, které není možné odsoudit laciným řešením jako odebrání dítěte, nebo odsuzovat jeho matku. Jedná se o situaci, která je celkově velmi závažná a autorka tak hledala vědecky ověřený způsob jak situaci co nejbezpečněji pomoci řešit.

Jedná se tedy o prevenci, nebo snížení rozsahu vývojové poruchy, nebo alespoň její včasnou depistáž. Spočívá ve spolupráci s odborníky, pediatry, neurology, otorhinolaryngology, fyzioterapeuty aj. kteří budou pravidelně sledovat vývoj dítěte . Je důležité sledování neuromotorického vývoje dítěte, u dětí těsně po porodu byl sledován na neurologickém vyšetření svalový tonus. Toto vyšetření se však již později neprovádí a může při vývoji dítěte docházet k ochabnutí některého svalového systému a později se projeví v disharmonickém působení na neuromotorický vývoj. Další spolupráci je nutné zaměřit i na vyšetření sluchu, často dochází k poruchám sluchu a ke zjištění dojde až v období školní docházky.

Na základě provedených vyšetření je nutné aplikovat navržené metody, které mohou včas zabránit rozvoji případné vývojové poruchy.

6.6.3 Navrhované metody

Vojtova metoda

Bodová metoda

Baby masáže

7. Úloha Centra pro rodinu

Monitoring důslednosti plnění ze strany rodičů a koordinace projektu a navržených metod.

I přes úspěšnou integraci klientů Centra pro rodinu se nedá plně spolehnout na důslednost této cílové skupiny. Rodiče se setkávají s novou životní situací a tím, že vývojová porucha není vždy znatelná, mohou podcenit důležitost všech doporučených cvičení a docházky fyzioterapeutům, nebo mohou domácí cvičení šidit. Pokud se vývojové problémy v předškolním věku neodhalí, mohou mít později vliv na rozvinutí specifických poruch učení. Zde je možné uplatnit metodu EEG – Biofeedback a další doporučená cvičení.

Další oblasti ve které musí být děti podporovány je zdravý životní styl, prevence obezity.

Centrum pro rodinu v této oblasti spolupracuje s pedagogicko psychologickými poradnami, Prev – Centrem Praha, CPP – Plzeň, občanským sdružením Anima, SVP, Integrované školky, školy a systémem speciálního školství. Zařízení poskytuje nabídku prevence primární i sekundární. V současné době Centrum hradí a zajišťuje dětem očkování proti dětské obrně, klíšťové encefalitidě a meningitidě, finanční prostředky na úhradu vakcín poskytla společnost Baxter, prostřednictvím Nadace Terezy Maxové.

8. Vývoj pracoviště NNO

8.1. Vývoj aktivit v nestátní neziskové organizaci

Zařízení v současné době pracuje v rozsahu denních poradenských služeb a současně je realizován strukturovaný program, který umožňuje klientkám, které nejsou rozhodnuty pro pobyt v terapeutické komunitě (dále jen TK) doprovodný terapeutický program k substituční léčbě a dále u klientek které abstinují umožňuje upevnit a posílit jejich postoje. Klienti jsou do Centra pro rodinu odesíláni z kojeneckého ústavu, spolupracujících zařízení a již dostávají kontakt a doporučení od dalších klientek. Klientům jsou poskytovány služby v rozsahu poradenských služeb na úrovni ambulantní péče pro uživatele/ky návykových látek, včetně doprovodného informačního poradenství přípravy na porod, péče o dítě a dalšího poradenství souvisejícího s novou životní situací. Dále je součástí programu aktivace klientek/tů. Program spolupracuje s Dětským centrem v Sulické ulici a s o.s. Střep.

Občanské sdružení Střep,o.s. je nezisková organizace, která se zabývá sanací rodiny, nespécializuje se na uživatele návykových látek k této činnosti je nezbytná spolupráce Centra pro rodinu Drop In, o.p.s. V Centru pro rodinu Drop In,o.p.s. není tým zaměřen na práci kolizního opatrovníka v rámci orgánů sociálně právní ochrany dítěte. Sociální pracovnice sdružení Střep, o.s. se stávají i kolizními opatrovníky dětí a tím pádem je spolupráce obou neziskových organizací vyvážená a vzájemně prospěšná. Pracovníci o.s. Střep musí vnímat a respektovat zájmy dítěte a tudíž asistence rodičům, může přejít v některých situacích k fázi kontrolní a tento přístup obsahuje jistou

dvojvazebnost, v každém případě tvoří uvedené sdružení jednu z nezastupitelných organizací v síti neziskových organizací, které se podílí na pomoci rodině. Vzhledem ke skutečnosti a základnímu poslání projektu Integrace rodiny, čímž je integrace, léčba a poradenství uživatelům NL, je nezbytné v době léčby chránit klientčino soukromí, tím rozumíme informace, které klientky sdělí v souvislosti s jejich drogovou kariérou. Vzájemná spolupráce mezi poskytovateli služeb může být ohrožena tím, že se partnerské organizace domáhají informací, které potřebují získat v souvislosti s péčí o dítě. Na tyto informace má nárok samozřejmě stát a státní instituce, není však ve prospěch rodičů, ani dětí když jsou informace sdělovány v případě, že s klienty pracuje více organizací, jelikož tím, že se jedná o rozdílné subjekty, mohou být různě zpracovány. Po dobu jednoho roku, tj. Níkoprahové a Tématické fáze se klientky stabilizují a mají právo hledat nejvhodnější způsob cesty ke své integraci, pokud se klientky dostanou do programu Centra pro rodinu musí abstinovat a dodržovat další pravidla, program je koncipován tak, že rodiče jsou směřováni k péči o děti a jakýkoliv faktor, který by tuto skutečnost narušoval by byl důvodem k vyloučení z programu. Pro spolupracující organizace musí být informace o zařazení do programu natolik dostačující a nejsou jim tedy sdělovány žádné údaje neformální cestou. Informace jsou sdělovány pouze písemnou formou a to se souhlasem klientek/ů. Jedná se o jistou dobu hájení, po kterou by klienti programu neměli být neustále hodnoceni vnějšími faktory. Zatím se dá říci, že intenzivní spolupráce s nově vybudovaným Dětským centrem / dříve kojeneckým ústavem/ se příliš neosvědčila, příliš úzká spolupráce by mohla být zásah do integrity klientů. Je to jeden z důvodů, kde je vhodnější držet se spíše formálních kritérií pro spolupráci. Z těchto důvodů je preferován v období prvního roku léčby nárok na realistické očekávání vývoje situace, s tím, že nejsou nastavena příliš velká očekávání. Spolupráce s poskytovateli služeb je samozřejmě velmi důležitým faktorem, ale založení této spolupráce na příliš osobních kontaktech může vést i k omezení možností dané zařízením. Na základě osobních kontaktů si mohou kolegové pomoci vzájemným získáním informací, umístění klienta apod. , současně je to ale cesta

velmi zavazující, jelikož se často takový pracovník z jiné organizace domáhá informací o tom jak klient spolupracuje, dožaduje se přítomnosti na poradách o klientech s odůvodněním, že mají společné klienty. Pracovníci Centra pro rodinu se též setkávají s velkým očekáváním na rychlý úspěch u drogových klientů a pokud klient/ka jejich očekávání nesplní, tak už nedostává šanci. Při práci s cílovou skupinou Centra pro rodinu je důležité neočekávat a neočekávat rychlý úspěch. Vždy je důležité hodnotit pouze kriteria, která vedou k posunu klientů a vždy hledat možné řešení. Úspěchem je když dítě může vyrůstat ve své biologické rodině a být vychovávána biologickou matkou, nebo oběma rodiči, kteří jsou schopni mu vytvořit bezpečné a láskyplné zázemí. Při práci na integraci se mohou projevit i drobné úspěchy jako je abstinence, úprava styku s dítětem, střídavá péče, kontakt s dítětem v dětském domově, nebo pěstounské péči. V každém případě je důležitá situace kdy se může dítě konfrontovat se svým rodičem a není narušena identita, což se může stát u adopcí. Je potom otázka technická a zákonných možností jak se daná situace řeší. V každém případě má však dítě i rodič právo na společný kontakt do té míry, aby byl pro obě strany bezpečný. Pro dítě je důležité vědět, že má milující rodiče, ale že se v současné době neumí, nebo nemohou tak dobře postarat jako babička, tety v Dětském centru, pěstouni aj. Tato varianta je rozhodně optimálnější než pokud je dítě zajištěno materiálně i duchovně, ale domnívá se, že ho vlastní rodiče opustili, protože ho nechtěli. Často děti o těchto problémech se svými adoptivními rodiči nehovoří, nechtějí je zranit. Tento pocit, však vede k věčnému hledání uspokojení a ke sníženému sebehodnocení. Z proběhlého komunitního setkání, v roce 2006, vyplynulo, že za dobu fungování programu „Integrace rodiny - Resocializace matek“ se jedná celkem o 70 dětí, které jsou skutečně fyzicky přítomny v rodinách u svých biologických matek. Nejedná se tedy o děti, které by byly převážně v péči prarodičů.

8.1.2 Vývoj a změny cílové populace

Strategie při práci s klientkami se stále inovuje a je důležitá jak spolupráce s dalšími organizacemi, tak i přímá práce s klientky a vždy je důležité zaměřit

se na tu oblast, kde je důležité upevnit systém. Působení mimo organizaci i intenzivní práce s klienty jsou nezbytným procesem, který by měl probíhat kontinuálně a vyrovnaně. Díky systému financování neziskového sektoru je však obtížné vyčlenit jednu osobu pouze na public relations. Vedoucí programu si je vědoma, že úloha vnější komunikace spadá do jejich kompetencí, ale je zde práce s klienty, která naplňuje smysl a poslání zařízení a to jako takové musí plnit svou úlohu.

V cílové populaci je zaznamenán nárůst dalších klientek a rodičů, kteří jsou experimentátory, či uživatelé návykových látek, pracují, ale mají problémy s návykovými látkami. Tito uživatelé jsou schopni držet svůj statut, nechtějí však docházet do K – center, chtějí o svém problému hovořit a dále ho řešit. Centrum pro rodinu v současné době poskytuje poradenské služby a strukturovaný program na úrovni ambulantních služeb. V poslední době se poměrně jasně ukazuje, že schází dostatek ambulantních zařízení, které pracují s uživateli návykových látek. Centrum pro rodinu může částečně tyto služby pokrýt, avšak i nadále jsou jeho cílovou populací ženy – matky, které mají v anamnése návykové látky, nebo s nimi mají problémy. Program není zaměřen na výměnný program. Poskytuje však potravinový servis, vitamínový servis, testy na HIV, gravitesty a ošetření na úrovni středního zdravotnického personálu, jako masti, obvazy, apod.

Typ cílové skupiny je rozdělen z hlediska věku klientek, průměrný věk u klientek je ve věkové hranici 28 let, to označuje typ skupiny, která je zralá na efektivní spolupráci, druhou skupinou jsou mladé matky věkový průměr je 19 let u této skupiny je nutné použít efektivnější změny v systému práce. Jedná se např. o snížení Nízkoprahové fáze ještě na nultou fázi tzv. Adaptační, to znamená, že členka týmu zdravotní sestra – vyšší adiktologická pracovníce, nebo ve spolupráci s terénními pracovníky, bude docházet do terénu a bude nabízet základní informace pro matky na ulici a to zejména v harm reduction službách, tyto informace mohou poskytovat i terénní pracovníci. Cílem práce je samozřejmě navázání na základní služby Centra pro rodinu, je zde vnímána i počáteční nejistota klientek a jejich pocit viny a z tohoto důvodu je nutné

navazovat důvěryhodný vztah již s gravidní klientkou v terénu. Často se jedná o uživatele nelegálních látek s preferencí na opiátech s převahou buprenorfinového typu. U těchto klientek považujeme za nezbytné a to i s ohledem na strukturu osobnosti a na vzestupu jejich drogové kariéry spíše doporučení do ústavní léčby. Nejlépe do TK Karlov, kde je však obložnost pouze 12 lůžek, vzhledem k této skutečnosti, alespoň detoxifikaci. S následnou návazností ústavní, nebo ambulantní léčby. V případech, kdy klienti odmítají pobyt v TK a PL a užívají Buprenorfinovou substituci, např. celý pár, je důležité monitorovat jejich dovednosti a poskytnout této rodině i podpůrný kontakt, včetně nabízených služeb. S motivací k abstinenci a celkové integraci. Jedná se tedy o systém práce, který je zaměřen na integraci celé rodiny. Nejčastěji cílovou skupinou jsou v posledních letech (*ZZ Integrace rodiny, Sedláčková, 2005 – 2007*) osoby, které spíše experimentují, či experimentovali s návykovými látkami a Subutexem, který užívají nepravidelně, nebo v kombinaci s jinými drogami. Do kategorie škodlivého užívání patří i způsobem aplikace návykové látky např. intramuskulární, nebo intravenózní aplikace. Tento způsob aplikace je jak pro detoxifikační, tak pro substituční léčbu nepřijatelný. Poškozuje cévní systém a prodlužuje drogovou kariéru klientů.

Z hlediska věkového průměru se jedná o osoby ve věku 20,5 roku, kdy jsou ve fázi dozrání osobnosti. Nejsou zde ještě upevněny sociální dovednosti, ale mají schopnosti se řadě dovednostem naučit. Teprve po osvojení základních dovedností je možné zhodnotit další postupy týkající se například psychoterapie. Z počátku se může jednat o klienty částečně nemotivované a tudíž ve většině případů ústavní formu léčby negují.

Přítomnost Subutexu na nelegálním trhu sebou nese jisté problémy v přístup uživatelů k léčbě. Poluliční uživatelé drog se domnívají, když si koupí Subutex i na černém trhu, že se již „léčí“. Často negují další léčbu. U těchto osob je třeba klást mnohem více důraz na navázání důvěryhodného terapeutického kontaktu, který vhodnou motivací naváže klienta ke spolupráci alespoň

s ambulantním zařízením. Cílem a posláním této práce je i nadále snížit a omezit nárůst počtu dětí v ústavní péči.

„Zvyšuje se počet osob užívajících Subutex pocházející z černého trhu, a to samostatně či v kombinaci s jinými drogami. Dále se zvyšuje počet a podíl uživatelů opiátů v substituční léčbě na přibližně 2 000-3 000 osob, tj. 20-30 % těchto uživatelů v r. 2004. V r. 2004 došlo oproti r. 2003 k nárůstu předávkování opiáty (32 případů oproti 21 případu z roku 2003); z těchto 32 případů však byl pouze u 5 z nich prokázán heroin a u dalších 7 morfin“ (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR, Mravčík, 2004, RV KPP).

Jednou z dalších aktivit je práce s uživatelkami alkoholových drog, zařízení spolupracuje s psychiatrickou léčebnou v Bohnicích. Jmenovitě s primářem Oddělení léčby závislostí - ženy MUDr. V. Dvořákem. Ambulantní léčba klientkám nabízí možnost kognitivně behaviorální terapie a to formou kontrolovaného pití, které je směřováno k abstinenci. Pokud klientka do doby stanovené individuálním plánem neabstinuje od alkoholu, je doporučena k ústavní léčbě. Kontrolovat jejich abstinenci lze pomocí přístroje alkometr AL 6000 a na základě zjištěných skutečností navrhnout další léčebný postup a postup v případě péče od dítě.

V roce 2007 byl zaznamenán nárůst klientů užívající alkoholové drogy. Z počtu klientů v intenzivním programu 40 osob je 5 uživatelů alkoholových drog (ZZ *Integrace rodiny, Sedláčková, 2007*).

„Problémové užívání kokainu je v ČR neodhadnutelné a prozatím není v ČR ani součástí definice problémového užívání. Počet uživatelů kokainu v léčbě je v řádu jednotek, celoživotní prevalence v obecné populaci je přibližně 1 %. Přesto se vzhledem k výskytu prvních úmrtí v souvislosti s užitím kokainu v r. 2004 a vzhledem ke zvyšující se prevalenci kokainu v prostředí tanečních akcí a noční zábavy lze domnívat, že dochází a v budoucnu bude dále docházet k dalšímu šíření užívání kokainu v ČR.“ (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR, 2004, RV KPP).

Další skupinou jsou osoby udávající v anamnéze užívání kokainu inhalačním způsobem. Tento fenomén je problematický, jelikož přibývá i další typ cílové skupiny a jedná se o klientky, které nemají náhled na škodlivost drogy. Je to dáno pomalejším nástupem návyku. Současně tyto ženy zvládají běžné denní záležitosti, ve zvládnutí dovedností péče o dítě mají však značné rezervy. Je problematické navázat je na spolupráci, většinou se nejedná o pouliční uživatelky, ale poměrně dobře finančně saturovanou cílovou skupinu, nemají tak jasný náhled na svůj rizikový způsob života. Těmto ženám nelze nabízet služby harm reduction, ani je předčasně informovat o riziku odebrání dítěte. Lze jim pouze nabídnout spolupráci na úrovni poradenství v souvislosti s mateřstvím. Do programu je lze přijmout pouze na vlastní žádost, která je často na základě požadavků sociálních pracovníků orgánů péče o dítě, na základě laboratorního zjištění přítomnosti drogy v porodnici.

8.1.3 Tým – personální obsazení, vzdělávání, supervize

Vedoucím psychologem programů Střediska Drop In, o.p.s. je klinický psycholog PhDr. Ivan Douša, pravidelně poskytuje intervizní setkávání s týmem a poskytuje interní supervizi zařízení Drop In, o.p.s.

Zdravotnický ředitel Střediska prevence a léčby drogových závislostí je MUDr. Jiří Presl, je vedoucím lékařem Centra substitučních programů Drop In, o.p.s., provádí psychiatrická vyšetření a odborně vede týmy.

Vedoucí terapeutka Centra pro rodinu je Simona Sedláčková – Adiktologický pracovník specialista vzdělání Speciální pedagogika, Psychologie, výcvik v Systemické psychoterapii, Psychoanalýza, Neverbálních technikách, BodyTerapii a Ericksonovské hypnoterapii.

Vedoucí ambulantních služeb je od 1.1. 2008 Mgr. Hana Bulvová, vzdělání Speciální pedagogika, psychologie, výcvik v Systemické psychoterapii, rodinné terapii, krizové intervenci

Zástupce vedoucí Centra pro rodinu - Kateřina Hošková – Vyšší adiktologický pracovník vzdělání Speciální pedagogika, výcvik v Krizové intervenci.

Složení týmu je multidisciplinární, členové týmu mají vysokoškolské vzdělání, 3 terapeutky obor Speciální pedagogika a psychologie.

Další členkou týmu je terapeutka vyšší adiktologická pracovnice, absolventka I.LF obor adiktologie. V týmu pracuje i muž lékař, terapeut – vyšší adiktologický pracovník obor lékařství. Od r. 2007 je Centrum pro rodinu klinickým pracovištěm Zdravotně sociální fakulty, Jihočeské University a dále spolupracuje s Centrem Adiktologie I. LF a PedF UK (*Vzdělávání v Centru pro rodinu, 2007*). Je školícím zařízením dalších fakult a vyšších škol. Tým se pravidelně účastní dalších vzdělávacích akcí a to jak aktivní, tak pasivní formou účasti. Vnější supervize je prováděna 1x měsíčně o délce 2,5 hodiny PhDr. Jiřím Brožou. V období 2006 – 2007 realizátoři projektu vydali několik publikací a tématických přednášek. Program Práce se závislou matkou byl akreditován Českou asociací sester. Záštitu nad ním drží Ministerstvo práce a sociálních věcí.

9. Evaluace

Hodnocení programu je kvalitativně hodnoceno jak na pravidelných poradách týmu, tak na poradách o klientech a při tvorbě individuálních plánů práce s klienty, tj. v rozsahu 1 x za tři týdny až 1x za měsíc. Kriteříem úspěšnosti je jednak zájem o účast v programu, dále efektivita spolupráce s klienty, což je měřitelné v rámci pravidelného kontaktu. Účastí v programu a počtem dětí ve vlastní péči rodičů. Podílením se klientů na programu. Např. účastí na přednáškách apod. Novým kvalitativním hodnocením je katamnestické sledování po ukončení programu a dále sledování vývoje dětí v prevenci specifických vývojových poruch. Hodnocení kvantitativní je počet výkonů a počet klientek v programu, dále počet klientek, které zdárně ukončily program a počet klientek, které ukončily program předčasně. Program je hodnocen z hlediska úspěšného absolvování v programu, který je v délce trvání 2 let a kriteéria jsou úspěšná integrace do společnosti s ponecháním dítěte ve vlastní péči. Patří sem klientky, kterým se daří abstinovat, ale i takové klientky, které z nějakého důvodu zůstávají v substitučním programu, avšak veškerá toxikologická vyšetření byla negativní. Důležitým kriteříem je abstinence, případně substituce, vhodná péče o dítě a funkční rodinná jednotka. V roce 2007

již prošly klientky třetím během fungování v programu. Podstatným kritériem je kvalita, nezbytné kritérium je však i kritérium počtu klientek, které zařízení navštěvují krátkodobě a to v souvislosti s poradenstvím v oblasti drogové problematiky a péče o dítě. Jedná se např. o poradenství v sociální a psychologické oblasti, problémy s partnerem, problémy s péčí o dítě aj. V minulosti nebyl uváděn počet dětí, které dochází na konzultace se svými matkami. Umožňuje to tak monitorovat zároveň jejich vývoj a péče matky. Do programu většinou docházejí klientky, které pečují o své děti a tím spolupracuje s klientkou i s jejím dítětem, důležitou součástí této práce je monitorování péče o dítě a vztahu matky s dítětem. Dále je hodnocena práce s klientkami/y na případových supervizích.

9.1 Dosažení cílů

Mezi další cíle patří rozšíření nabídky přednášek pro klientky, centrum nabízí přednášku s tématem příprava k porodu o průběhu porodu, včetně poradenství co si připravit pro dítě po návratu z porodnice a do porodnice. Jedná se o základní informace, které jsou pro matku nezbytné, aby mohla pečovat o své dítě a jednou z nutných podmínek ponechání dítěte v péči a celkové integrace. Osvědčily se však informace a přednášky s tématickým zaměřením na vývojovou psychologii, zdraví způsob života, prevence obezity a další témata dle volby klientek. Matky mají pocity viny a pokud jsou stabilizované, uvědomují si svůj dřívější způsob života a snaží se hledat možnosti jak se co nejlépe podílet na výchově svých dětí. Dále je možné uvažovat v do budoucna o možném rozšíření gender programu i pro další cílovou skupinu žen, jelikož podobný program tohoto typu je přeci jen realizován v menším množství než ostatní aktivity protidrogových služeb. Jedná se např. o práci s uživatelkami alkoholových drog a léků. Problémem v resocializaci je bývalá trestná činnost některých klientek, kde je nezbytné monitorovat i výkon uložení trestu např. výkon veřejně prospěšných prací, se změnou životního stylu, graviditou, narozením dítěte přibývá povinností, může tak dojít k opomenutí formální

komunikace s Probační a mediační službou a soudem, hrozí tak nebezpečí kdy klientce samoživitelce může být nařízen výkonu trestu odnětí svobody. Centrum pro rodinu tak v některých případech umožňuje výkon veřejně prospěšných prací přímo v zařízení, nebo se snaží tyto práce zprostředkovat.

9.1.1 Popis spolupráce se zařízeními

Spolupráce se zařízeními v síti péče o uživatele návykových látek je nejčastěji s těmito subjekty Detoxifikační jednotka v Praze 2, Apolinářská 4, Metadonové centrum Apolinářské 4, pod vedením primáře MUDr. P. Popova a MUDr. J. Bečky, Substituční program pod vedením MUDr. V. Zenáhlíkové , dále se substitučními centry DROP IN, o.p.s. Ve Smečkách 8 a Španělská 8. Spolupráce s TK Karlov a Denním stacionářem s PhDr. I. Preslovou, Doléčovacím centrem Sananim,o.s.. Z dalších zařízení je to především MUDr. V. Řehák hepatologická poradna, hepatologická poradna Všeobecné fakulní nemocnice MUDr. Krechler, gynekologicko – porodnické pracoviště FN Motol, prenatální poradna As. MUDr. T. Binder a MUDr. B. Vavřínková , psychiatrická léčebna Bohnice pimař MUDr. V. Dvořák.Dále Městské centrum sociálních služeb, zejména s Domem tréninkového bydlení, Dětské centrum (Kojenecký ústav Sulická ul).,- trvá dlouhodobě, Azylové domy Kolpingův dům, Horní Počernice, o.s. Krok, Acorus, MČ P10, Hygienická stanice, kurátoři, orgány sociálně právní ochrany dítěte.

9.1.2 Výkaznictví projektu

Výkaznictví je vedeno dle seznamu výkonů vydaných Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Vzhledem k tomu, že zařízení je ambulantním pracovištěm, jsou výkony hodnoceny dle seznamu ambulantních výkonů.

10. Odborná způsobilost

10.1 Odborná způsobilost

V roce 2005 z nařízení Vlády ČR byly zahájeny Certifikace odborné způsobilosti programů poskytující služby uživatelům návykových látek, jednalo

se nejčastěji o nestátní neziskové organizace. Proces certifikací se skládá z místního šetření, z kterého vyplývá, zda zařízení pracuje a poskytuje své služby v náležitě odborné kvalitě a profesionální úrovni. Jedná se o prověřování, zda jsou služby poskytovány v souladu se Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby závislým na návykových látkách. Certifikát se uděluje na dobu tří let a po uplynutí této doby musí organizace žádat o nové šetření. Současně má proces certifikací vliv na financování projektu, dle materiálu schváleného Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky ze dne 1.6. 2007 mohou být prostředky ze státního rozpočtu přidělovány pouze organizacím, které splnily kritéria požadovaná Standardy. Místní šetření organizuje nezávislá agentura a je koordinováno Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Centrum pro rodinu získalo certifikaci odborné způsobilosti na svůj program „Resocializace matek užívající psychotropní návykové látky“ v srpnu 2005. Z při místním šetření zařízení prokázalo, že plní požadavky, která vyžadují Standardy odborné způsobilosti. Další šetření bude probíhat v roce 2008. Pracoviště se připravuje na certifikaci v ambulantních službách. Centrum pracuje především na úrovni ambulantních služeb a to jak z hlediska cílové populace, tak z hlediska poptávky po ambulantní léčbě.

Centrum pro rodinu je jedním ze zařízení střediska Drop In, o.p.s., která je neziskovou organizací. V případě, že se projekty neziskového sektoru chtějí podílet na léčbě uživatelů návykových látek, musí splnit řadu požadavků. Podrobně jsou kritéria stanovena ve Standardech odborné způsobilosti. Další podmínky jsou stanoveny donátory, což je v převážné většině stát, obec magistrát, veřejná správa. Tyto podmínky se vážou jak k odborné způsobilosti, tak k administrativní složce, která musí obsahovat jasnou koncepci zařízení, manuály pro hlavní činnosti, organizační řád, soubor vnitřních předpisů, rozpočet na kalendářní rok. Rozpočet musí obsahovat navíc krom provozních a mzdových nákladů, částku na administrativu, supervizi, vzdělávání. Zákon též

ukládá neziskové organizaci vydat Výroční zprávu za uplynulý rok a každý dárce musí dostat Závěrečnou zprávu o realizaci projektu.

11. Závěr

Podíl nevládních organizací při léčbě uživatelů drog je nezastupitelný v síti poskytovatelů služeb. V současné době i díky procesu certifikací je dnes na vysoké odborné úrovni a to jak na úrovni poskytovaných služeb, tak na úrovni odborného vedení týmů a pracovníků jednotlivých center. Neziskový sektor se podílí ze 40 % na zajištění odborné péče o uživatele návykových látek. Jedná se především K- centra, terénní programy a terapeutické komunity. Díky reorganizaci českého zdravotnictví schází dostatek ambulantních pracovišť a to jak ve státním, tak nestátním sektoru. Příčinou je dnes poměrně málo oceněná role lékaře, nebo jiného odborného pracovníka pracujícího s uživateli drog. Tato situace se výrazně změnila oproti 90 tým létům minulého století, kdy pracovat v neziskové organizaci s uživateli drog bylo velkým hitem. Evropské monitorovací středisko pro drogy sídlící v Lisabonu řadí Českou republiku na jedno z nejpřednějších míst v žebříčku zemí s nejlépe propracovanou strategií protidrogové politiky

Seznam použité literatury

1. Binder, T., Vavřínková, B.: *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2006
 - Drobná, H., Velemínský, M.: *Problematika drogových závislostí matek a novorozenců*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské university, 2000
 2. Kalina, K. a spol.: *Drogy v ordinaci praktického lékaře*. Praha, Filia, 1996
 3. Kastnerová, M., Sedláčková, S., Žižková, B.: *Systém péče o těhotné uživatelsky drog, drogově závislé matky a jejich děti*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské university, 2006
 4. Miovisky, M.: *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek*. Praha: Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy, 2005
 5. Zábranský, T. a kol.: *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR*. Úřad vlády ČR, 2001
 6. Mravčík, V.: *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR*. Úřad vlády ČR, 2004
 7. Presl, J.: *Drogová závislost*. Praha: Karolinum, 1995
 8. Presto, A.: *Drogy na předpis. II., Vše o metadonu*. [z anglického originálu ... přeložili Tomáš Zábranský a Dana Syslová] Olomouc: Votobia, 1999
 9. Sedláčková, K.: *Úžívání psychoaktivních látek v těhotenství*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze, 2005
 10. Sedláčková, S.: *Resocializace matek užívajících psychotropní návykové látky a monitoring jejich dětí v DD a KÚ*, Praha, Drop In, o.p.s., 2001
 11. Sedláčková, S., Žižková, B.: *Jeden ze systémů péče o těhotné uživatelsky drog, drogově závislé ženy a jejich děti České republiky. Prevence úrazů, otrav a násilí*. České Budějovice, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské university, 2007
 12. Tyler, A.: *Drogy v ulicích*. Praha: Ivo Železný, 1998
- [Archiv SDZ , Apolinářská 4a, Praha 2, 1971]
- [Archiv Střediska Drop In, o.p.s., 1991 - 2007]
- [www.dropin.cz]
- [www.sananim.cz]

Seznam příloh

Kasuistika 1

Kasuistika 2

Pravidla programu

Kasuistika 1

Zdena H., nar. 1977,

OA: V dětství léčena na neurologii, dle sdělení klientky hyperaktivita od 13 brala léky na spaní a kombinovala s vínem, aby mohla spát, činila tak bez vědomí rodičů. Jinak vážněji nestonala, prodělala běžné dětské nemoci.

Užívání návykových látek od 16 let THC, od 17 let pervitin, od 18 let polymorfní užívání NL

s preferencí na opiátech (heroin 1 500 – 2 000 mg. pouliční dávky)

NA: Nyní gravida 8. měs.

RA: Žije s matkou a otcem ve spol. domácnosti, rodiče se nikdy nevzali

Rodiče nikdy vážněji nestonali, klientka další onemocnění v rodině neuvádí

Sebevraždy, alkoholismus v rodině 0

SA: Bydlení ve společné domácnosti s rodiči, bytová jednotka 2 + 1

s přísl., oba rodiče pracují jako pojišťovací agenti, finanční zázemí dobré

Vzdělání klientky SŠ s maturitou, pracovala na letišti, musela přestat kvůli drogám, odmaturovala v době kdy užívala již heroin,

partner dle sdělení klientky užívá nepravidelně stimulační látky, seznámili

se když už byla na drogách, on jí pomáhal i finančně, společně s otcem

podnikají v gastronomii, vlastní Indoneskou restauraci (otec je z Indonesie

a partner je napůl Indonezan a matka partnera žije v Německu

Crimina: podmínečný trest za opakované odcizení zboží v OD

Klientka nás kontaktuje na základě informací, které získala od našich kolegů,

její kontakt s našim zařízením je při zrodu programu v říjnu 2000. Při prvním

kontaktu byla odebrána anamnesa a zhodnoceno domácí prostředí. Vzhledem

k tomu, že nás klientka kontaktovala poprvé v 9- 10 gestačním týdnu, nebylo

možné ji převést do metadonového programu. Přijetí do programu vyžaduje

vstupní pohovor a zdravotní vyšetření, zařazení do programu trvá asi týden.

Klientka v intervalu mezi první a druhou návštěvou v našem zařízení porodila dceru Lenku.

Lenka se narodila s porodní váhou 3 400 g a míra 49 cm, při novorozeneckém vyšetření b.p.n., druhý den po narození se projeví první známky syndromu z odnětí, medikována Phenobarbitalem po dobu pěti dnů.

Pobyt na porodnickém odd. 8 dnů mezi tím informovala sociální pracovnice oddělení péče o děti v místě bydliště klientky a nyní i malé Lenky. Sociální pracovnice po pohovoru s rodiči Zdeny došla k rozhodnutí, že bude provedeno následující opatření, malá Lenka bude svěřena do domácího prostředí, péči o dítě bude vykonávat matka Lenky Zdena, avšak pod dohledem své matky. Bydlení bude i nadále ve společné domácnosti a pokud by chtěla klientka odejít, nebo porušit dohody bude dcera Lenka předběžným opatřením svěřena do péče babičky. Záznam o užívání návykových látek byl v porodnické dokumentaci Zdeny a sociální pracovnice z porodnice má k dokumentaci rodiček přístup. Jedná se o opatření, které zabraňuje, aby se matka, která užívá drogy, alkohol, nelegální léky apod., „ztratila“ po propuštění z porodnice a ohrozila tak své dítě.

Opatření, které sociální pracovnice odboru sociálně právní ochrany dítěte provedla, bylo na odpovědnost této úřednice, z hlediska právního však postrádalo oporu.

Na dotazy Zdeny jak vlastně proběhlo rozhodnutí soudu, nám Zdena nebyla schopna odpovědět, jelikož dané situaci sama nerozuměla. Zmíněná pracovnice nechtěla Zdeně uškodit a tak vložila celou odpovědnost do rukou prarodičů Lenky. Neuvědomovala si však právní stránku dítěte, že jednak rozhodla protiprávně a jednak se na základě tohoto rozhodnutí stala Zdena opět „dítětem“, které musí poslechnout všechny příkazy svých rodičů. Stěžovat si v tomto případě nemělo smysl, jelikož by docházelo k narušení vztahů v rodině a vztahů se sociální pracovnicí. Když nás Zdena opět po porodu navštívila dohodli jsme se na spolupráci a na tom, že je třeba hledat cesty a možnosti jak přesvědčit okolí, že Lenka má na to být dobrou matkou. Zdena byla tedy asi třetí klientkou programu v té době, řada klientek se bála přijít do programu

„Resocilaizace matek“, nevěděli ještě jak program přesně funguje a zda to nebude další kontrolní orgán, který jim bude znepříjemňovat život, dokonce zda pracovníci sami nenahlásí OPD / v r. 2000 OSPOD ještě pod názvem OPD/ informace o užívání drog.

Když Zdena navázala po porodu spolupráci s programem, byla doporučena do substitučního programu a zařazena do programu metadonové substituce. Počáteční dávka byla 40 mg Metadonu, která byla postupně zvyšována na 120 mg. Do programu Zdena musela docházet denně a pravidelně po čtrnácti dnech až třech týdnech jí byly prováděny namátkové testy na přítomnost návykových látek v moči. Dcera Lenka se vyvíjela bez vážnějších problémů. Dalším cílem byla spolupráce na stabilizaci vztahů v rodině. Z hlediska sociálních podmínek se dá říci, že Zdena byla zajištěna svou původní rodinou a celkem dobře dohodla s otcem své dcery na platbách výživného. Daniel partner Zdeny si jí zatím vzít nechtěl a to z důvodů údajné neodpovědnosti Zdeny. Stýkali se však i nadále. Problematické však bylo uznání mateřské role klientky v její rodině. Domácí podmínky byly složité z hlediska stanovení hranic. Zdena spala v ložnici se svou matkou a společně s nimi tam spala malá Lenka. Otec Zdeny spal v obýváku, matka Zdeny současně s novou situací řešila i své pravděpodobné neshody s otcem Zdeny. Určité problémy byly i v oblasti finanční, ale spíše nebylo zřetelné kolik by vlastně měla Zdena přispívat do společné domácnosti a co má od rodičů jako podporu, nebo dárek. Terapeutka Centra pro rodinu se Zdenou udělala se Zdenou rozpočet domácnosti, sečetly společné náklady a ty vydělily počtem členů domácnosti, tím vyšla částka kterou by Zdena měla přispívat rodičům. Tím Zdena postupně získávala na samostatnosti, ale musela i nadále pracovat na znovuzískání důvěry své rodiny. Partner Zdeny si našel jinou přítelkyni, opět s dítětem a též užívatelku návykových látek. Jinými slovy Zdena se začala potýkat s běžnými životními problémy a přes všechny nové situace pracovala na své úspěšné integraci. Do centra docházela Zdena ještě po dobu dvou let a pracovala na získání důvěry ze strany okolí, zvykala si na novou roli související s rodičovstvím, učila se efektivně nakládat s finančními prostředky a ještě v současné době tj. sedm let

dochází do metadonového programu. Nyní je přibližně na dávce 20 mg. Metadonu, ušla velký kus cesty, pracuje v rozhlase a má již tři roky stálého přítele, který má z předešlého vztahu jednu dceru. Po absolvování programu „Resocializace matek“ získala i důvěru sociálních pracovníků a dnes bydlí ve společné domácnosti se svým přítelem a svou dcerou. Důležité je však na závěr říci, že v tomto případě byla jasná ukáзка situace kdy by byl vyvíjen větší nátlak na Zdenu stran abstinence, tak by pravděpodobně mohla opět propadnout nelegálnímu užívání drog a dcera by byla v lepším případě v péči jejích rodičů. Pro tuto hypotézu nám svědčí i fakt, že i po sedmi letech není Zdena přesvědčena, zda opravdu dokáže abstinovat, v současné době se o abstinenci snaží a dávky Metadonu jsou snižovány dle potřeb a na žádost Zdeny. Dnes je ovšem Zdena zralejší o účincích návykových látek ví již své a dokáže ocenit životní hodnoty, které má nastaveny na úrovni standardního měřítka životních hodnot rozvinuté společnosti. Díky své změně má také méně problémů a její život je kvalitnější.

Kasuistika 2

Karolína Z. Nar. 1972

OA: Od 18 let polymorfní užívání návykových látek s preferencí na opiátech, kouřila THC, pervitin inhalačně, později i.v. a od 20 let v kombinaci s opiáty, brawn, Rohypnol, heroin 2 000 mg., alkohol
Současně léčena pro neurologické obtíže, deprese, medik. Rivotril, antidepressiva, od 18 let léčbu u neurologa přerušila, pochází z dvojčat (sestra Helena)

RA: Matka léčena a operována pro mozkový nádor, dále údajně léčena na RS, 2 x vdaná, instruktorka tenisu, výtvarnice o otci klientka neuvádí bližší údaje, prý byl zcela zdravý, rodiče jsou nyní rozvedeni

SA: Bydlí společně s matkou ve velkém bytě I. Kategorie s kompletním vybavením. Partner rovněž IUD (injekční uživatel drog)

Crimina: výkon trestu odnětí svobody 2 roky

NO: Klientka přichází s podezřením na těhotenství, dříve léčena na neplodnost,

údajné srůsty na ovariích. Karolína poprvé kontaktovala středisko Dropi In ve dvaceti letech, po celou tu dobu již od 18 let polymorfně užívá návykové látky. Vystudovala střední zdravotnickou školu, pracovala jako zdravotní sestra do doby, kdy vykradla lékárnu na interním oddělení. Po té střídání partnerů užívání návykových látek se stávalo masivním zneužíváním, dopouštěla se trestné činnosti, přespávala po bytech svých známých a vzhledem k trestné činnosti související s drogami, nastoupila do výkonu trestu odnětí svobody na dva roky. Posléze byla propuštěna, z hlediska přípravy na změnu životního stylu, byla spolupráce s Karolínou pouze na úrovni terciární prevence, tj. výměnný program, potravinový program a motivována ke změně příliš nebyla. Jako odůvodnění Karolína uváděla, že nemůže otěhotnět a později se prokázala pozitivita na hepatitis C a B a tím pádem se ještě zintenzívnilo užívání drog. Opakovaně byla léčena v psychiatrické léčebně Bohnice, Červený Dvůr a detoxifikace u Apolináře a v Praze na Míčánkách. V roce 1998 byla přijata do pilotní skupiny pacientů Metadonového programu v Praze 2, Apolinářské ul. 4. V programu se Karolína opět učila režimová nastavení, docházet v pravidelném čase do metadonového programu, začala bydlet opět ve společné domácnosti se svou matkou a znovu nastartovala hygienické návyky, nutno podotknout, že Karolína byla velmi krásná i když málo sebevědomá mladá žena. Problémem však zůstal fakt, že partner Karolína i nadále užíval návykové látky a to též s preferencí na opiátech. Pracoval jako technik v divadle a jelikož se mu dařilo si držet zatím práci, odmítal nástup do ústavní léčby. Vzhledem k tomu, že měl ta sebou minimální trestnou činnost a neabsolvoval ústavní léčbu, nesplnil podmínky přijetí do substitučního programu. V roce 1999 se Karolíně potvrdilo její těhotenství a to už byla přijata do substitučního programu. Karolína se začala zajímat, zda bude mít pro její dítě nějaké následky dřívější užívání drog a současné užívání Metadonu. Byla odeslána za odborníky v oboru porodnictví a ti dle studijních pramenů ze zahraničí konstatovali, že zkušenosti s metadonovou substitucí v zahraničí již jsou a tudíž Karolína i nadále docházela do substitučního programu. Byl to tedy první případ v české republice. Karolína pomalu začala měnit svůj život, připravovala se na příchod

svého dítěte, o interrupci nechtěla v žádném případě uvažovat, jelikož v jí bylo dříve řečeno, že vzhledem k obstrukci ovarii bude neplodná. Její partner Radek i nadále užíval nelegální návykové látky. Ke konci roku 1999 Karolína porodila, dle vyšetření zdravého syna Jakuba. Jakubovi již byla podávána opiová tinktura a po 21 dnech odezněly příznaky z odnětí. Karolína byla zhruba na 90 mg. Metadonu a kojení bylo v té době povoleno. Otec Jakuba stále pracoval a projevil snahu o stabilizaci i ke změně, ústavní léčbu i nadále negoval vzhledem k nové situaci narození dítěte. V té době byla přijata Karolína i Radek do programu „ Resocializace matek“ , který sídlil ještě v základním středisku Drop In. Po dlouhodobější snaze se podařilo Romana zařadit do substitučního programu a Karolína i Radek začali bydlet ve společné domácnosti společně s matkou Karolíny. Ta však měla přítele, tak že se v domácnosti zdržovala jen občasně. Karolína se poměrně rychle začala měnit, nastoupila velká snaha o integraci, což se poměrně dlouhou dobu a dobře dařilo. Základním problémem všech klientů, kteří mají zájem o změnu životního stylu, bývá však problém pracovníků oddělení sociálních dávek, které celou situaci klientům stěžují a dá se říci, že všeobecně rozšířený názor o zneužívání sociálních dávek, který zastává řada politiků, zde dostává jisté trhliny. Propočet příjmu matky samoživitelky je též vždy nedostačující základním potřebám pro zachování životní úrovně. Neuvědomují si totiž, že pokud bude rodina nucena snížit životní standard na minimum, tak to může v jisté fázi vést k odebrání dítěte. Karolína měla tedy problémy s udržením finančního standardu a když jí Radek finančně přispěl částkou do společné domácnosti (což u divadelního technika byly řádově spíše stokoruny), tak opět přišla Karolína o částku, která byla v rámci vyrovnávacího příspěvku poskytována. V prvním roce syna Jakuba docházelo ke stabilizaci Karolíny a též i její integraci. Její stav se zhoršil až po roce kdy Karolína vystupovala v TV v pořadu „ Áčko“ (pořad je již zrušený), zde hovořila o svém životě a v tomto pořadu se zároveň vyjadřovala k celé situaci matka Karolíny, ta však hovořila velmi otevřeně a znovu vyprávěla i ty nepěkné a neestetické věci, které Karolína prováděla když byla na drogách. Jednalo se o příliš důvěrné a intimní informace, které souvisely

s osobní hygienou Karolíny a bohužel celá tato kauza se znovu probírala před TV kamerami a byla vysílána do stovek domácností. Karolína se postupně zhoršovala ve smyslu porušení abstinence alkoholem. V té době byla v péči lékařky z Metadonového centra a ta se postupně snažila Karolínu stabilizovat za pomoci režimových opatření. S Centrem pro rodinu začala Karolína spolupracovat v roce 2002 a tato spolupráce trvala do roku 2004. Karolína se mezitím rozešla se svým přítelem a otcem svého dítěte. Její matka se odstěhovala k příteli a Karolína měla k dispozici čtyřpokojový byt. Ten pronajala své bývalé kolegyni (abstinující) a ta jí přispívala na nájemné. Když klientka přešla do programu „Resocializace matek“ spolupracovala celkem bez problémů, měla však velmi vážné problémy se sebevědomím a sebedůvěrou, téměř s využitím řady terapeutických technik nedošlo k výraznému zlepšení. Nutno uvést, že spolupráce s Karolínou byla poměrně obtížná, jelikož myšlení a komunikace byly výrazně zabíhavé a Karolína neudržela nit hovoru. Jednalo se o poruchy chování, poruchy soustředění doprovázené depresemi a to pravděpodobně již od dětství, později v kombinaci s alkoholem, nebylo možné dojít k efektivnějším výsledkům, které by vedly ke zlepšení duševní pohody klientky. Denní režim a dovednosti spojené s péčí o dítě klientka zvládala již velmi dobře a další zlepšení byla spíše očekávání týmu, než Karolíny. S alkoholem klientka měla menší problémy i nadále i když se jednalo spíše o konzumaci, než o stavy opilosti. Každopádně alkohol prohlubuje deprese a i v této souvislosti byla klientce podávána zpětná vazba. Syn Jakub se připravoval na školní docházku a Karolína se provdala, postupně vysadila Metadon a odstěhovala se do Pardubic. Narodila se jí dcerka, která je zdravá a klientka si žije svým životem, který je známkou toho, že je plně integrovaná i když občas pije pivo. Zde se však uplatňují ambice týmu, který má přeci jen na Karolínu větší očekávání, než je ona sama schopna splnit. Pravděpodobně je šťastná, ať si mají terapeuti přání jaká chtějí.

Pravidla programu

1. Zákaz intoxikace, v prostorách Centra pro rodinu, či konzumace psychotropních látek a alkoholu. V případě, že klient do Centra pro rodinu / dále jen CPR/ přijde intoxikován má terapeut CPR právo klienta/ku přeobjednat na jiný termín, nebo odeslat do Nízkoprahového střediska
2. Zákaz jakékoliv agrese a to i verbální ze strany klientů! Možné ukončení účasti v programu, nebo odeslání do NS
3. V případě 3 neúčastech po sobě v programu, ačkoliv se obě strany dohodly na spolupráci (klient a terapeut) je možné měsíční vyloučení ze strukturovaného programu, je možné nabídnou pouze poradenské služby, či jiné alternativní řešení.
4. V případě neúčasti delší než 3 měsíce, ačkoliv bylo dohodnuto jinak, přeruší se účast na 3 měsíce, či možné vyloučení z programu. Opět bude nabídnuto náhradní řešení
5. V případě, zařazení do strukturovaného programu, účast na konzultaci je třeba předem telefonicky domluvit na telefonu a dodržet její čas. V případě, že nelze smluvený termín dodržet, je možné se přeobjednat, terapeut nabídne termín náhradní.

Bez obav je možné navštívit Centrum pro rodinu i bez objednání, budeme se Vám samozřejmě rádi věnovat.

6. Konzultace a poradenství je poskytováno v pracovní době CPR je Po – Pá 9.00 – 17.00

Připomínky týmu klientkám

Horká linka

7. V akutních případech je možné telefonovat po dobu 24 hodin denně na telefon: 603 291 593
8. SMS pokud nám píšete SMS, dělejte tak jen v nejnútnejších případech. Naše finanční možnosti jsou omezené a tudíž nemůžeme na SMS odpovídat a rovněž

Vám nemůžeme volat zpět na váš mobil pokud nás prozváníte a také proto, že se právě terapeut věnuje někomu z našich klientů.

9. Relaps v případě že se Vám stalo, že jste porušili abstinenci, není to důvod k ukončení, ale téma ke konzultaci, v případě že nepřijdete intoxikováni.

10. Pokud se Vám daří abstinence po dobu 2 let, je možné program ukončit. Po této době lze samozřejmě dle potřeby v konzultacích pokračovat. Z programu můžete kdykoliv dobrovolně odejít a v případě potřeby požádat o znovu přijetí.

11. Vzhledem k tomu, že často jednáme se soudy v souvislosti s péčí o Vaše dítě, je naší povinností odpovědět soudu či odboru péče o dítě jak probíhá vzájemná spolupráce a to výhradně s Vaším souhlasem. To co je obsahem konzultací, však nesdělujeme.

12. Vaše data jsou chráněna zákonem o ochraně osobnosti a lékařským tajemstvím, tudíž s výjimkou soudu na ně nemá nikdo právo a z tohoto důvodu nesmí být nikde a nikomu sdělována, či uvedena.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá vlivem nestátních neziskových organizací na léčbu uživatelů drog. Je zde popsán vývoj neziskového zařízení a „Systém péče o těhotné uživatelky návykových látek „

Anotation

My backelary work is called „Systém care for pregnancy drug addict - mothers“ and is divided of history non-governmental organization

Klíčová slova

neziskové organizace, sytém péče, těhotné uživatelky návykových látek, psychiatrické léčebny, terapeutické komunity, Dropin, Apolinář