



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Úřad vlády České republiky



Návrh nástroje zajištění dostupnosti adiktologických služeb a metodika k jeho praktické realizaci

Mgr. Kryštof Hanzlík

Konzultanti: Mgr. Marek Nerud, Ing. Lucia Kiššová, Daniel Dárek

Praha 2020



Sekretariát Rady vlády
pro koordinaci
protidrogové politiky

Návrh nástroje zajištění dostupnosti adiktologických služeb a metodika k jeho praktické realizaci

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY

Zpracováno v rámci projektu Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky" registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_030/0003035, prioritní osa OPZ: 2 – Sociální začleňování a boj s chudobou.

Úvod

Tento text je jedním z výstupů projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“, financovaného z Evropských strukturálních fondů v rámci Operačního programu zaměstnanost. Realizátorem projektu je Úřad vlády, Odbor protidrogové politiky. Cílem textu je přiblížit některé klíčové postupy v oblasti tvorby sítě adiktologických služeb a představit variantu jejího základního nástroje, tj. analýzy potřeb, který bude možné do budoucna využívat pro účely plánování adiktologických služeb.

V první kapitole vysvětlujeme, co si lze představit pod pojmy tvorba sítě služeb a analýza potřeb a jak v tomto textu chápeme jejich vzájemný vztah, a definujeme některé další základní pojmy. Druhá kapitola je věnována různým způsobům definování potřeb, včetně definování potřeb prostřednictvím cílových skupin a typů služeb. V třetí kapitole se zabýváme empirickým zjišťováním potřeb na základě analýzy sekundárních i primárních dat – uvádíme klíčové relevantní zdroje dat, popisujeme klíčové kvantitativní indikátory, včetně jejich limitů a možností praktického využití a přibližujeme některé základní metody sběru kvalitativních i kvantitativních dat.

Ve čtvrté kapitole uvádíme základní schematické postupy využití různých údajů při hodnocení pokrytí potřeb na různých úrovních. V páté kapitole přibližujeme, jak na základě hodnocení pokrytí potřeb identifikovat klíčové potřeby a formulovat návrhy změn ve stávající síti služeb. Šestá kapitola je věnována formální stránce procesu zařazování služeb do sítě.

Text dále doplňuje „Metodika analýzy potřeb“, která zapracovává představené koncepty a nástroje do podoby praktického průvodce modelovým procesem analýzy potřeb, určeného koordinátorům protidrogové politiky, případně dalším aktérům, kteří budou stát před úkolem realizovat analýzu potřeb v kontextu tvorby sítě adiktologických služeb.

Obsah

Úvod	5
Obsah	6
1 Tvorba sítě služeb a analýza potřeb.....	8
2 Definování potřeb	12
2.1 Potřeby na makro-, meso- a mikroúrovni	13
2.2 Negativní a pozitivní vymezení potřeb	15
2.3 Jaké jsou různé potřeby?	17
2.4 Kdo definuje potřeby?	21
2.5 Kdo disponuje potřebami?	23
2.1.1 Cílové skupiny podle vztahu ke službám.....	23
2.1.2 Cílové skupiny podle závažnosti či fáze rozvoje závislostního chování.....	23
2.1.3 Cílové skupiny podle dalších, specifických kritérií	26
2.6 Kdo a jak pokrývá potřeby?.....	28
2.7 Jak přesně a čím měřit potřeby?	31
2.8 Shrnutí	32
3 Zjišťování potřeb	34
3.1 Sekundární analýza kvalitativních dat	36
3.2 Sekundární analýza kvantitativních indikátorů potřeb	38
3.2.1.1 Prevalence užívání drog a hazardního hraní v populaci.....	39
3.2.1.2 Problémové užívání návykových látek a problémové hráčství.....	43
3.2.1.2.1 Odhady prevalence problémového užívání opioidů a stimulantů.....	43
3.2.1.2.2 Odhady prevalence problémového užívání alkoholu a konopných látek a problémového hráčství	43
3.2.1.3 Úmrtí spojená s užíváním drog a mortalita problémových uživatelů	46
3.2.1.4 Infekční onemocnění spojené s užíváním drog	47
3.2.1.5 Údaje o využití služeb	48
3.2.1.5.1 Údaje získané přímo od poskytovatelů služeb.....	48
3.2.1.5.2 Žádosti o léčbu spojenou s užíváním drog a hazardním hraním	50
3.2.1.5.3 Údaje získané prostřednictvím dotazníkových šetření mezi poskytovateli služeb.....	53
3.2.1.6 Údaje o dostupnosti služeb	53
3.2.1.7 Socioepidemiologické a kriminoepidemiologické údaje	54
3.2.1.8 Shrnutí.....	58
3.3 Sběr a analýza primárních dat.....	60
3.3.1.1 Dotazníkové šetření	62
3.3.1.2 Kvalitativní metody sběru dat	62
3.3.1.2.1 Individuální rozhovor.....	62
3.3.1.2.2 Metoda klíčových informantů	63

3.3.1.2.3	Skupinový rozhovor.....	64
3.3.1.2.4	Veřejná setkání.....	64
3.3.1.2.5	Shrnutí.....	65
4	Hodnocení pokrytí potřeb.....	67
4.1	Hodnocení dostupnosti a využití služeb – obecný postup.....	68
4.1.1	Definování cílové populace služeb.....	68
4.1.2	Odhad velikosti mezery ve využití služeb.....	69
4.1.3	Interpretace zjištěné mezery ve využití služeb.....	70
4.1.4	Odhad relativní kapacitní dostupnosti služeb.....	71
4.1.5	Odhad místní dostupnosti služeb.....	73
4.2	Hodnocení dostupnosti a využití jednotlivých typů služeb.....	74
4.2.1	Adiktologické preventivní služby.....	74
4.2.2	Adiktologické nízkoprahové služby.....	76
4.2.3	Adiktologické ambulantní služby.....	80
4.2.4	Adiktologické rezidenční služby.....	81
4.2.5	Adiktologické služby následné péče.....	82
4.3	Hodnocení potřebnosti specifických intervencí a forem péče.....	83
4.3.1	Potřeby spojené s infekčními onemocněními.....	84
4.3.2	Potřeba prevence úmrtí spojených s užíváním drog.....	86
4.3.3	Potřeba substituční léčby.....	86
4.3.4	Potřeba detoxifikace.....	86
4.3.5	Potřeba psychiatrické péče.....	87
4.3.6	Potřeby chráněného bydlení a chráněného zaměstnávání.....	87
4.3.7	Potřeba adiktologických služeb ve vězení.....	88
4.3.8	Potřeba ochranného léčení.....	88
4.4	Hodnocení pokrytí potřeb specifických cílových skupin.....	89
4.5	Hodnocení pokrytí pocíťovaných potřeb klientů služeb.....	90
5	Identifikace klíčových potřeb.....	91
6	Zařazování služeb do sítě.....	94
7	Závěr.....	96
	Literatura.....	97

1 Tvorba sítě služeb a analýza potřeb

Každá sociální, zdravotní či jiná veřejná služba poskytující pomoc osobám v nepříznivé situaci vstupuje v rámci svého fungování do různých vztahů nejen s těmito osobami (klienty), ale také různými dalšími aktéry – orgány státní správy a samospráv, školskými a výzkumnými zařízeními, policií či dalšími službami.

Pro popis všech těchto vztahů je v kontextu plánování veřejných služeb v České republice nejčastěji používán pojem „**sít**“. S tímto pojmem se zde setkáváme ve dvou základních podobách. Zejména v kontextu sociální práce odpovídá jeho používání standardním definicím sítě známým ze společenských věd či informatiky – sít' je systémem vztahů mezi prvky, který je charakteristický průběžnou výměnou informací a zdrojů mezi jednotlivými prvky (které jsou tak navzájem „sesítovány“) a relativně volnou, primárně nehierarchickou strukturou. V kontextu zajišťování potřebné péče a pomoci osobám v nepříznivé situaci je tato sít' tvořena všemi aktéry, kteří jsou do něj přímo či nepřímo zapojeni a rovněž samotnými klienty služeb. V souvislosti s propojováním těchto aktérů, vytvářením podmínek pro jejich spolupráci či vyhodnocováním a kultivací výsledné sítě někdy hovoříme o „sítování“ (Gojová, 2007, 148).

Zároveň se běžně setkáváme s pojmem „**sít' služeb**“, který zaujímá mimořádně důležité postavení zejména v klíčových strategických i legislativních dokumentech týkajících se plánování služeb v České republice. Tento pojem rovněž označuje určitý systém vztahů, tyto vztahy ale nejsou nutně založeny na reálných interakcích mezi zahrnutými službami, spíše vycházejí z jejich společných vlastností, funkční komplementarity či příslušnosti ke stejným nebo podobným konceptuálním a institucionálním rámcům (tj. odborným rámcům jednotlivých vědních oborů, strategickým plánům, profesním kritériím kvality služeb aj.). Na základě těchto vztahů vznikají sítě služeb jakožto soubory či souhrny služeb, které by měly pokrývat potřeby vybraných cílových skupin na určitém území (zpravidla území ČR nebo kraje, popř. obce s rozšířenou působností) na určité období (jehož délka je vymezena klíčovými strategickými dokumenty pro plánování daného segmentu služeb na daném území). Zařazení do sítě služeb zpravidla pro službu znamená také nárok na přidělení finančních prostředků na provoz služby z veřejného rozpočtu.

Např. zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách definuje **sít' sociálních služeb** jako

„soubor sociálních služeb, které v dostatečné kapacitě, náležitě kvalitě a s odpovídající místní dostupností napomáhají řešit nepříznivou sociální situaci osob na území kraje a které jsou v souladu se zjištěnými potřebami osob na území kraje a dostupnými finančními a jinými zdroji“

V tomto druhém případě je užití pojmu „sít'“ mírně zavádějící a ne zcela kompatibilní s jeho standardním významem. Součinnost služeb v rámci sítě služeb nevychází z kontinuálně probíhajících interakcí, jde spíše o *funkční* součinnost, která je předem očekávána na základě určitých předpokladů o vlastnostech zařazovaných služeb. Větší smysl tak nakonec dává chápat pojem „sít' služeb“ spíše v souladu s metaforou „záchranné sítě“, s jejíž pomocí jsou „zachytávány“ osoby v nějaké nepříznivé situaci.

Poněkud méně rigidní definici sítě služeb můžeme nalézt např. v dokumentu *Sít' protidrogových služeb na území Jihočeského kraje na období 2015-2017*, kde je sít' služeb definována jako:

„dostupný, ucelený a koordinovaný systém odborných služeb pro specifickou cílovou skupinu, který má potenciál řešit potřeby cílové skupiny komplexně, efektivně a koordinovaně“ (JIHOČESKÝ KRAJ, 2015, s. 6).

Proces **tvorby sítě služeb**¹ je svou povahou v mnoha ohledech odlišný od sítování. Zatímco sítování se opírá především o práci v terénu a spočívá v kontinuálním přetváření a kultivování sítě vztahů mezi subjekty, tvorba sítě služeb je výrazně analytičtější zaměřený, dlouhodobější a výrazněji *nespojité* proces.

¹ Pojem „tvorba sítě služeb“ není v kontextu ČR nikde pevně zakotven a není ani zvláště rozšířený, někdy je používán ve stejném či podobném smyslu jako pojmy „plánování sítě služeb“ či „plánování služeb“.

Klíčové vztahy mezi prvky sítě se nerýsují průběžně na základě práce v terénu, naopak musí být do značné míry vyjasněny dříve, než se přistoupí k zásadnějším zásahům do sítě s reálnými důsledky. Služby jsou zařazovány do sítě na dlouhou dobu dopředu (řádově jednotky let), přičemž podmínky tohoto zařazování a délka této doby zpravidla představují určitý kompromis mezi snahou poskytovat službám veřejnou podporu v takovém rozsahu, aby byly schopny dlouhodobě zajistit vlastní stabilní fungování, a snahou průběžně vyhodnocovat služby z hlediska jejich potřeby, efektivity či kvality.

To znamená, že všechny podstatné atributy sítě služeb, kterou vytváříme na určité plánovací období, by měly být obsaženy v jejím výchozím nastavení. Teprve po uplynutí daného období je vyhodnocována vhodnost tohoto nastavení s ohledem na dosavadní fungování zařazených služeb i na měnící se potřeby jejich cílových skupin. Podle toho pak upravujeme podobu sítě služeb na další období. Na druhé straně by měl vždy existovat nějaký prostor pro průběžné spravování sítě nad rámec základního strategického plánování – v některých případech může být nezbytné během relativně krátké doby výrazněji zasáhnout do nastavené podoby sítě, typicky buď v případě významného propadu disponibilních finančních prostředků pro financování sítě, nebo naopak v případech, kdy nějaký z poskytovatelů služeb ukončí svou činnost nebo ztratí kvalifikační předpoklady pro její výkon².

Tvorba sítě služeb by měla vycházet z určitých obecných principů a zásad, ze kterých vychází česká i světová protidrogová politika a které realizuje prostřednictvím poskytování specializovaných služeb osobám se závislostním chováním a prostřednictvím výzkumu v oblasti závislosti. Měla by mimo jiné být:

- **Založená na důkazech**, tj. vycházet v první řadě z empiricky pozorovatelných důsledků užívání návykových látek či závislostního chování a s nimi spojených jevů.
- **Reflexivní**, tj. z principu podrobovat kritickému zkoumání normativní předpoklady o povaze zkoumaných potřeb
- **Participativní**, resp. založení na **komunitním přístupu**, tzn. zapojování zástupců cílových skupin služeb i širší veřejnosti do procesu plánování služeb a zohledňovat jejich potřeby a zájmy
- V souladu s **integrovanou protidrogovou politikou**, tzn., že by měla cílit jak na užívání legálních a nelegálních návykových látek, tak na hazardní hraní, popř. další nelátkové závislosti
- V souladu s **komplexním, multidisciplinárním přístupem k prevenci a snižování škod** způsobených užíváním návykových látek či závislostním chováním

V tomto textu rozlišujeme tři základní složky tvorby sítě služeb. Tyto složky tvoří:

- Analýza potřeb (tvorba „kostry“ sítě služeb)
- Zařazování služeb do sítě
- Koordinace tvorby sítě služeb

Tyto tři složky lze v tom nejjobecnějším smyslu chápat také jako tři základní nástroje zajištění dostupnosti služeb neboli **nástroje tvorby sítě služeb**. V rámci nich lze dále rozlišit různé dílčí nástroje, na druhé straně mohou také dohromady tvořit jediný, komplexní nástroj tvorby sítě služeb ve smyslu určité standardní podoby této tvorby.

Z těchto tří složek představuje **analýza potřeb** zdaleka nejrozsáhlejší a nejkomplexnější proces, který předurčuje všechny rozhodující parametry výsledné sítě služeb a ukotvuje její tvorbu v empirických důkazech a odborných poznatcích. Světová zdravotnická organizace (WHO) ve spolupráci s Programem OSN pro mezinárodní kontrolu drog (UNDCP) a Evropským monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) publikovala v roce 2000 sérii dokumentů věnovaných evaluaci služeb pro osoby se závislostním chováním. Jeden z těchto dokumentů je věnován i analýze

² Tyto zásahy do existující sítě musí být ovšem dobře odůvodněné, měly by být jasně formulované v pravidlech pro správu sítě a poskytovatelé služeb by o této možnosti měli být informováni nejpozději v okamžiku zařazení do sítě.

potřeb a dodnes představuje na úrovni oficiálních mezinárodních doporučení v oblasti drog a závislosti nejpodrobnější dostupný materiál tohoto zaměření. Analýza potřeb by podle něj měla odpovídat na čtyři základní otázky:

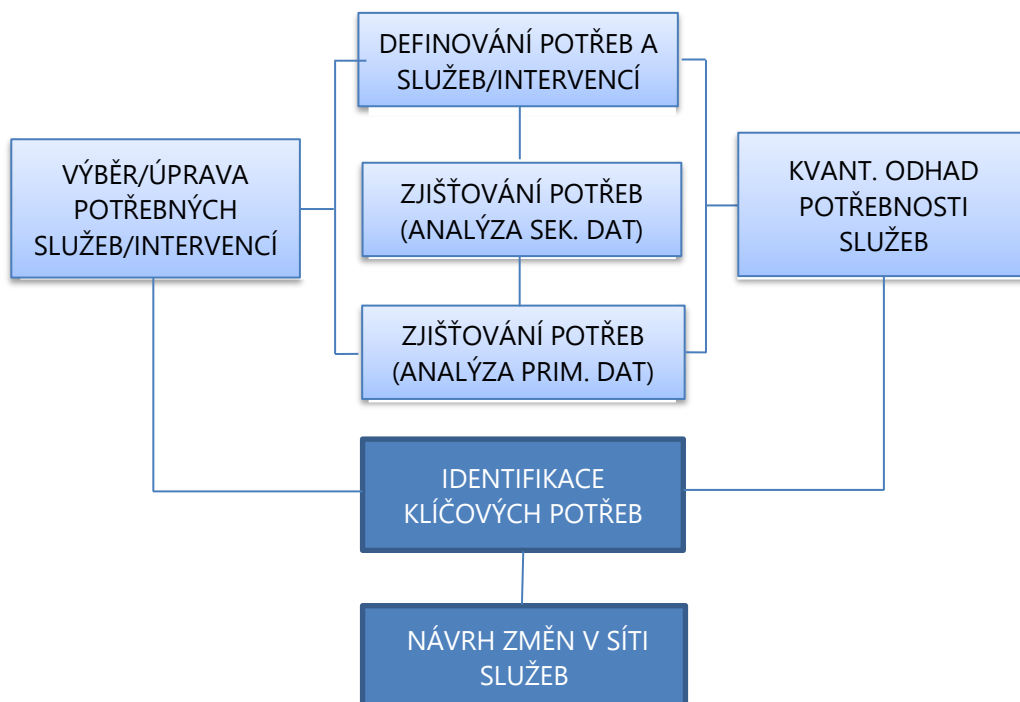
- 1) U kolika lidí v regionu nebo komunitě existuje potřeba léčby poruch spojených s užíváním psychoaktivních látek?
- 2) Jaká je relativní potřeba léčebných služeb v rámci různých regionů nebo komunit?
- 3) Jaké typy služeb jsou potřeba a jaká je jejich nezbytná kapacita?
- 4) Jsou stávající služby koordinovány a co je třeba ke zdokonalení celkové úrovně fungování daného systému? (WHO, UNDCP, EMCDDA, 2000)

Tato čtveřice otázek nám dává dobrou přibližnou představu o podobě celého procesu analýzy potřeb – na základě zjištěného rozsahu výskytu potřeb je odhadována relativní potřeba služeb v místě, vybírány adekvátní typy služeb a nastavovány jejich odpovídající kapacity, to vše uvnitř určitého koordinačního rámce. Otázka, kterou se oproti tomu prakticky nezabývá, je otázka definování potřeb, tj. otázka po tom, jaké potřeby jsou pro nás relevantní, jak je definovat, kdo a jak do jejich definování zasahuje apod. Potřeby jsou zde v principu definovány již předem, a to jako potřeby léčby, resp. léčebných služeb. Tento vztah ale není zdaleka vždy tak jednoznačný a neproblematický. V tomto textu proto věnujeme zvláštní pozornost i různým způsobům definování (konceptualizace) potřeb.

V rámci modelového schématu analýzy potřeb, se kterým pracujeme v tomto textu, odpovídají výše uvedeným klíčovým otázkám (s výjimkou otázky po koordinaci služeb) tři základní okruhy aktivit:

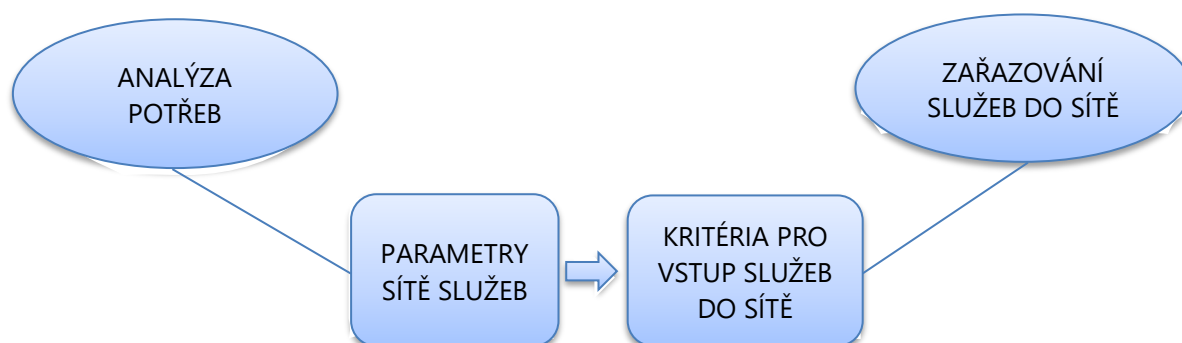
- > Definování a zjišťování potřeb (*Jaké jsou potřeby a jaký je rozsah jejich výskytu?*)
- > Výběr/úprava potřebných služeb a intervencí (*Jaké služby a intervence jsou potřeba?*)
- > Kvantitativní odhad potřebnosti a definování žádoucí dostupnosti služeb (*V jakém rozsahu jsou služby, popř. intervence potřeba?*)

Obr. 2-1: Základní schéma analýzy potřeb



Výsledkem analýzy potřeb by měla být **identifikace klíčových potřeb** ve smyslu identifikace klíčových mezer mezi výchozím stavem a žádoucím stavem, kterého chceme dosáhnout (viz dále kapitola 2.1). Na základě toho můžeme pak formulovat **návrh změn ve stávající síti služeb** a definovat žádoucí parametry této sítě. Ta je však stále jakousi „kostrou“ sítě služeb či „slepou sítí“, která je teprve zaplňována konkrétními službami v rámci **zařazování služeb do sítě**. Některé klíčové parametry sítě služeb zde nabývají podoby **kritérií zařazování služeb do sítě**, popř. dalšího setrvání služeb v síti. Služby, které splňují tato kritéria, jsou zařazeny do sítě služeb a ve svém souhrnu reálně tvoří tuto síť.

Obr. 1-2: Analýza potřeb a zařazování služeb do sítě



V čistě teoretické rovině již do tvorby sítě služeb není třeba zahrnovat nic dalšího, měli bychom nicméně myslet i na to, že na tvorbě sítě služeb se podílejí konkrétní lidé a další aktéři, jejichž spolupráci je zpravidla třeba nějak usměrňovat a koordinovat. **Koordinaci** můžeme definovat jako „úsilí iniciovat, podporovat, motivovat odpovědné/vlivné subjekty k zapojení do řešení problémů/úkolů v konkrétních oblastech protidrogové politiky a sladovat jejich postupy“ (NERUD ET AL., 2016, 31), **koordinaci tvorby sítě služeb** pak jako soubor těchto aktivit vztahujících se k tvorbě sítě služeb. Jako jednu formu této koordinace můžeme označit také již zmíněné síťování. Aktéry, které se podílejí na této koordinaci, můžeme nazývat **koordinátory tvorby sítě služeb**, aktéry, které zodpovídají za financování sítě pak **správce sítě služeb**.

Z uvedených základních složek, z nichž sestává tvorba sítě služeb, věnujeme v tomto textu pozornost především první z nich, tj. analýze potřeb. Snažíme se postihnout její základní obecné principy, popsat dostupné nástroje k její realizaci a nabídnout odpovídající metodická doporučení pro jejich uvádění do praxe. Praktickým otázkám spojeným s realizací analýzy potřeb se podrobně věnujeme v doprovodné „Metodice analýzy potřeb“, v níž se více zabýváme také otázkou koordinace tvorby sítě služeb. Jinak zde tomuto tématu nevěnujeme zvláštní pozornost, především s ohledem na to, že doporučení týkající se koordinace protidrogové politiky (do které spadá i tvorba sítě adiktologických služeb) jsou již uceleně popsána v dokumentu „Realizace protidrogové politiky v krajích a obcích a její koordinace. Metodické doporučení“ (NERUD ET AL., 2016).

KLÍČOVÉ POJMY

Sít
Sít služeb
Tvorba sítě služeb
Síťování
Koordinace
Koordinátor tvorby sítě služeb
Správce sítě služeb

2 Definování potřeb

Ve strategických a metodických dokumentech zaměřených na plánování sítí služeb v ČR zpravidla figuruje jako jeden z klíčových požadavků, aby služby zařazované do sítě „odpovídaly zjištěným potřebám“. Jako empirické **zjišťování potřeb** se pak označuje proces sběru a analýzy primárních a sekundárních dat vypovídajících o potřebách cílové populace příslušných služeb³, který by měl vést k naplnění tohoto požadavku.

Samotný pojem potřeb lze ovšem definovat mnoha různými způsoby. Definice se liší i napříč jednotlivými obory a oblastmi zájmu – můžeme rozlišit definice společenskovední, filozofické, ekonomické, pragmatické, zdravotnické a další (ASADI-LARI ET AL., 2003). Všechny tyto typy definic mohou informovat způsob, kterými jsou nakonec definovány potřeby v rámci konkrétní analýzy potřeb a tvorby sítě služeb. Proto je užitečné chápat i **definování potřeb** jako svébytný proces, který by měl na jedné straně vždy předcházet empirickému zjišťování potřeb, na druhé straně se na jeho základě dále rozvíjet a zpřesňovat.

Definování potřeb coby úvodní krok analýzy potřeb lze připodobnit procesu, kterému se v metodologii empirického výzkumu někdy říká **konceptualizace** (viz např. REICHEL, 2009, 63). Jeho smyslem je na základě rešerše literatury i vlastního vhledu do problému vymezit základní analytické kategorie a konceptuální rámec, se kterými je možné následně pracovat v rámci sběru a analýzy dat. V případě analýzy potřeb pro účely tvorby sítí služeb přitom záběr rešerše nelze omezit pouze na oblast empirických studií a odborné literatury. Pole, ve kterém dochází k definování potřeb, dalece přesahuje tento relativně jasně ohraničený kontext – významná část klíčových předpokladů, z nichž standardně vychází definování potřeb, se utváří v rámci odborných diskusí a jednání, praxe poskytování služeb, strategického plánování či tvorby a výkladu legislativy.

Výsledná podoba konceptuálního rámce analýzy potřeb bude nevyhnutelně v nějaké míře specifická a závislá na provedené rešerši a analýze současné situace. V tomto směru se proces definování potřeb nevyhnutelně prolíná s procesem empirického zjišťování potřeb, zejména pak s analýzou sekundárních dat (dále viz kapitoly 3.1 a 3.2). Lze nicméně identifikovat určité obecné problémy, se kterými je zpravidla třeba se v rámci definování potřeb vypořádat. V této kapitole proto přibližujeme základní rozměry pojmu potřeb, jak se s ním setkáváme v kontextu tvorby sítě služeb a analýzy potřeb.

Na té nejobecnější rovině rozlišujeme dva rozměry potřeb:

- > Potřeby na makro-, meso- a mikroúrovni
- > Negativní a pozitivní vymezení potřeb

Dále rozlišujeme dva základní způsoby definování potřeb – kvalitativní a kvantitativní. **Kvalitativní definování potřeb** spočívá ve verbálním definování potřeb coby základních analytických kategorií a jejich vzájemném uspořádání na základě různých sémantických a diskursivních vztahů mezi nimi. V konečném důsledku slouží toto definování potřeb především definování různých typů služeb a intervencí, které jsou schopny pokrýt dané potřeby. Základní rozměry kvalitativního definování potřeb zde postihujeme pomocí čtyř obecných otázek:

- > *Jaké jsou různé potřeby?*
- > *Kdo definuje potřeby?*
- > *Kdo disponuje potřebami?*

³ Historicky reprezentuje důraz na zjišťování potřeb určitý posun od paternalisticky orientovaného plánování veřejných služeb „shora“ k větší ochotě zapojovat do plánování zástupce veřejnosti, a to jednak přímo, jednak právě prostřednictvím empirických výzkumných šetření mapujících potřeby aktuálních i potenciálních klientů služeb.

> Kdo a jak pokrývá potřeby?

Smyslem **kvantitativního definování potřeb** je převedení verbálních definic potřeb na měřitelné indikátory potřeb, umožňující odhadnout, kolik je potřeba jednotlivých typů služeb a intervencí schopných pokrýt dané potřeby a jaká má být jejich dostupnost. V rámci kvantitativního definování potřeb pokládáme za rozhodující zodpovědět následující otázky:

> Jak přesně měřit potřeby?

> Jakými nástroji měřit potřeby?

V této kapitole se zaměříme především na kvalitativní definování potřeb, různé nástroje kvantifikace potřeb detailně přibližujeme v následující kapitole, věnované empirickému zjišťování potřeb.

2.1 Potřeby na makro-, meso- a mikroúrovni

V tomto textu přejímáme základní obecnou definici potřeb z oblasti *needs assessment*, kde jsou potřeby chápány jako vztah či mezer (gap) mezi **současným**, resp. **výchozím⁴ stavem** a **žádoucím stavem** (WATKINS, 2012, 19). Tyto dvě základní analytické složky jsou v analýze potřeb zpravidla rozlišovány na **makroúrovni**, tj. na úrovni celé populace, resp. celého systému péče. Na této úrovni je srovnáván zmapovaný současný stav a vytyčený žádoucí stav pokrytí potřeb, resp. dostupnosti potřebných služeb (viz např. NHS, 2009).

$$: \text{potřeba} = \frac{\text{současný stav}}{\text{žádoucí stav}} = \frac{\text{současná míra pokrytí potřeb}}{\text{žádoucí míra pokrytí potřeb}} = \frac{\text{současná dostupnost služeb}}{\text{žádoucí dostupnost služeb}}$$

Někteří autoři definují v této souvislosti potřebu jako „nedeklarovanou poptávku“, tj. poptávku po službě „z různých důvodů neuskutečňovanou, nevyslovenou, neuplatněnou, často neuvědomovanou ze strany potenciálního uživatele“ (KALINA, 2000, 9). Můžeme se ale setkat i s rozlišováním „pokrytých potřeb“ (*met need*), jejichž pokrytí je odvozováno od využití služeb, a „nepokrytých potřeb“ (*unmet need*) ve výše uvedeném smyslu nerealizované poptávky (NHS, 2009, 14). Ani jedna z těchto definic nicméně explicitně nerozlišuje, zda nepokryté potřeby skutečně nebyly žádnou formou vyjádřeny ve vztahu ke službám či zda nedochází k jejich pokrytí z důvodu nedostatečné dostupnosti služeb.

V prvním případě můžeme mluvit o potřebách **skryté populace**, tj. populace, u které předpokládáme dané potřeby, neznáme však její vlastnosti ani velikost (můžeme je nicméně různými způsoby odhadovat.) Nedostatečné pokrytí vyjádřených potřeb můžeme označit jako **převis poptávky**.

Na úrovni jednotlivých potřeb či okruhů potřeb a jedinců či skupin obyvatel, které je vyjadřují, tedy na **mikroúrovni** a **mesoúrovni**, není rozlišování kategorií současného a žádoucího stavu příliš obvyklé. Potřeby odpovídají buď získaným výpovědím, nebo pozorovaným jevům, například výpovědi klienta o využívání služby či pozorovanému vyhledání služby klientem. Ačkoli však tyto výpovědi či jevy většinou explicitně odkazují buď pouze na výchozí stav nebo pouze na žádoucí stav, vždy je v nich nějak analyticky obsažen vztah mezi těmito dvěma základními skutečnostmi.

Vyjadřuje-li například někdo přání najít si bydlení, ať už verbálně či vyhledáním nějaké formy pomoci v této oblasti, je nasnadě, že v současnosti žádným bydlením nedisponuje. Popisuje-li na druhé straně někdo své problémy spojené s životem na ulici, vyplývá z této výpovědi o současném stavu existence žádoucího stavu v podobě nalezení nějaké formy bydlení. Ale i tehdy, kdy daný jedinec tento stav sám za žádoucí nepovažuje, může být jako takový vnímán z pohledu většinové společnosti či záměru sociální politiky (viz kap. 2.1.4 a normativní potřeby). Pokud neplatí ani to, pak je daná výpověď pouze výpovědí o současném stavu, nikoli o potřebě.

⁴ V předchozí analýze jsme používali pouze pojem „současný stav“, zde preferovaně používáme pojem „výchozí stav“, který považujeme za obecnější, a pojem „současný stav“ uvádíme u potřeb uvažovaných na makroúrovni

Mikroúroveň, mesoúroveň a mikroúroveň chápeme v tomto textu jako tři základní úrovně definování potřeb:

- 1) Mikroúroveň
 - Potřeby = pocíťované potřeby, tj. potřeby formulované přímo zástupci cílových skupin služeb, nejčastěji klienty služeb
- 2) Mesoúroveň
 - Potřeby = mezery mezi různými projevy potřeb osob se závislostním chováním a aktuálními možnostmi pokrytí těchto potřeb nabídkou služeb, intervencí a forem péče⁵
 - Výchozí stav = projevy potřeb cílových skupin služeb, odvozené od kvalitativních a kvantitativních údajů o rizicích a škodách spojených se závislostním chováním a dalších projevech potřeb
 - Žádoucí stav = zmírnění až eliminace projevů potřeb zajištěním dostupnosti adekvátních služeb, intervencí a forem péče
- 3) Makroúroveň
 - Potřeby = potřebnost služeb = mezera mezi současným stavem pokrytí potřeb osob se závislostním chováním nabídkou adiktologických služeb a žádoucím stavem, kterého chceme v této oblasti dosáhnout
 - Současný stav = zjištěné pokrytí potřeb osob se závislostním chováním jednotlivými typy služeb, intervencí a dalších forem péče = (v souhrnu) stávající síť adiktologických služeb
 - Žádoucí stav = doporučená opatření ke zvýšení pokrytí zjištěných potřeb = (v souhrnu) návrh změn ve stávající síti adiktologických služeb

⁵ Typy služeb se míní typologické jednotky vymezené ve Standardech odborné způsobilosti RVKPP, jako intervence označujeme menší celky péče odpovídající jednomu výkonu či souboru výkonů, jako další formy péče specifické rámce poskytování adiktologických služeb. (Konkrétně se v textu návrhu zabýváme adiktologickými službami ve vězení a ochranném léčení.)

2.2 Negativní a pozitivní vymezení potřeb

Chceme-li dále podrobněji definovat jednotlivé základní složky pojmu potřeb, tj. výchozí a žádoucí stav, můžeme tak z obecného hlediska učinit dvěma způsoby. Zprvů můžeme výchozí stav definovat **negativně**, tj. jako určitou sub-optimální, nepříznivou situaci, zkrátka jako nežádoucí stav. Žádoucímu stavu pak odpovídá nějaká forma narovnání či zmírnění nežádoucího stavu. Zde v souladu s přístupem, koncepty a pojmy uplatňujícími se v adiktologii, drogové epidemiologii i v české protidrogové politice vyjadřujeme nežádoucí stav převážně v pojmech **rizik** nebo **škod**.

$$: \text{potřeba} = \frac{\text{výchozí stav}}{\text{žádoucí stav}} = \frac{\text{riziko}}{\text{odstranění/snížení rizika}}$$

Účelem české protidrogové politiky, jak je formulován v *Národní strategii pro prevenci a snižování škod v oblasti závislostního chování 2019-2027*, je „zabezpečit ochranu jednotlivců a společnosti před negativními celospolečenskými dopady (závislostí)“ (SRVKPP, 2019, s. 6), účelem adiktologických služeb podle téhož dokumentu pak „snižování nepříznivých zdravotních a sociálních důsledků závislosti“ (ibid.). Podíváme-li se dále na epidemiologické indikátory, které jsou sledovány v oblasti závislosti, mj. i v rámci analýzy potřeb, můžeme dobře vidět, že nevypovídají v první řadě o potřebách, nýbrž o jevech, které jsou na základě adiktologické expertízy vyhodnocovány jako negativní z hlediska svých dopadů na zdraví či sociální situaci určitého segmentu populace, tj. o rizicích či škodách. Potřeby jsou ve vztahu k těmto pozorovaným jevům až druhotným, komplexnějším konstruktem, který lze přesněji popsat právě až na základě uvedení konkrétních rizik či škod do vztahu k možnostem jejich odstranění či snižování.

Mnohá konkrétní vyjádření rizik/škod lze dále analyticky rozkládat na různá dílčí rizika/škody. Vezměme si např. riziko v podobě injekčního užívání opioidů. To s sebou nese různá dílčí rizika, jako jsou riziko předávkování a úmrtí v jeho důsledku, riziko nákazy infekčními onemocněními, riziko vzniku abscesů a dalších somatických poškození v místě vpichů, rizika spojené s nutností shánět drogu a peníze na ni (prostituce, majetková kriminalita aj.) či zvýšeně rizikové chování v důsledku intoxikace drogou. Např. nákaza infekčními onemocněními pak v sobě dále zahrnuje vedle somatických poškození jater a dalších orgánů také negativní dopad v podobě stigmatizace nakažených či riziko dalšího šíření onemocnění v populaci.

Negativní definování potřeb je v některých ohledech limitující a v nějaké míře rovněž poplatné určitému „klinickému“ pohledu na závislost jako nemoc či patologický stav a na péči o závislé jako léčbu této patologie, popřípadě i pohledu na závislost jako na společensky deviantní či morálně zavrženíhodný jev. Rovněž platí, že mnohá rizika či škody nelze dost dobře posoudit bez zohlednění jejich subjektivního vnímání a prožívání, tím pádem je lze také jen obtížně převést do řeči epidemiologických dat a klinických symptomů – nezbývá pak, než je hledat ve výpovědích těch, kteří je sami pociťují.

Tyto předpokládané námitky zde stručně adresujeme ve třech bodech. Zprvů, negativní vymezení potřeb má v určitých kontextech velmi pragmatické opodstatnění, např. chápání závislosti jako nemoci či patologie může poskytovat osobám se závislostním chováním nezanedbatelnou ochranu před kriminalizací, ostrakizací či stigmatizací jejich chování ze strany společnosti. Za druhé, významnou část zátěže v podobě tradičního vnímání závislosti jako patologického jevu můžeme setřást, vycházíme-li z filozofie přístupu snižování škod. Za třetí, negativní vymezení potřeb lze vyvážit a doplnit zohledněním relativně „pozitivněji“ orientovaného konceptu kvality života.

Ústřední předpoklad přístupu **snižování škod** (*harm reduction*, dále „HR“) spočívá v pragmatickém uznání skutečnosti, že významná část jedinců vykazujících určité rizikové chování (včetně závislostního chování) bude i navzdory vlastním snahám o jeho zanechání či vnějším nátlaku na něj v tomto chování nadále pokračovat. S ohledem na to nabízí HR určitou střední cestu mezi bezvýhradnou eliminací rizikového chování a jeho pokračováním se všemi negativními dopady. Tento přístup je na jedné straně výsledkem pragmatické orientace na systematické sledování dílčích rizik a škodspojených s daným

rizikovým chováním⁶ a utváření podoby příslušných služeb s ohledem na schopnost snižovat tyto škody, na druhé straně většinou vychází také z „humanistických“ předpokladů, že lidé se budou spíše rozhodovat ve prospěch svého zdraví, pokud k tomu budou mít adekvátní podporu, motivaci a vzdělání, a akcentuje hodnoty soucitu, solidarity, rovnosti (COLLINS ET AL., 2012, 5) či základních lidských práv (KEANE, 2002, 229). V adiktologických službách se tento přístup v nějaké míře uplatňuje napříč všemi typy služeb, nejvíce z něj ale vycházejí nízkoprahové služby, které nabízejí mj. výměnu injekčního materiálu, testování na infekční onemocnění či základní zdravotní ošetření, aplikační místnosti, umožňující bezpečnou aplikaci drog a zdravotní asistenci v případě komplikací, či substituční programy.

Jedním z významných humanisticky orientovaných konceptů v oblasti sociální a zdravotní péče, který otevírá prostor pro **pozitivnější** vymezení potřeb, je koncept kvality života. **Kvalitu života** můžeme podle Světové zdravotnické organizace (WHO) definovat jako to, jak „jedinec vnímá vlastní místo v životě v kontextu kulturních a hodnotových systémů, v nichž se pohybuje, a ve vztahu k jeho životním cílům“ (WHOQOL GROUP, 1993). Příbuzným konceptem je **kvalita života vztahovaná ke zdraví** (*health related quality of life*), který nezohledňuje subjektivní vnímání kvality života a vypovídá spíše jen o absenci patologie (DE MAEYER ET AL., 2009, 1). V oblasti závislosti se důraz na kvalitu života objevuje současně s uznáním chronické povahy závislosti a posunem od snahy o léčbu patologie v užším, klinickém smyslu slova k podchycení různých negativních dopadů závislostního chování v různých oblastech života (ZUBARAN ET AL., 2012, 2, DE MAEYER ET AL., 2009, 2), ale také subjektivních přání a aspirací, které potenciálně přesahují negativní vymezení cílů zdravotní či sociální péče.

Měření kvality života a kvality života vztahované ke zdraví má vedle klinického a výzkumného využití své místo také v evaluaci programů a služeb (NIEUWNUHUIZEN ET AL., 2000, 36-7). V současnosti existuje množství nástrojů vyvinutých pro účely měření kvality života, z nichž některé jsou zaměřeny speciálně na osoby závislé a ohrožené závislostmi. Jedním z nich je Škála kvality života uživatelů drog (DUQOL), která vznikla přepracováním a rozšířením původní Škály kvality života injekčních uživatelů drog (IDUQOL) Tento nástroj má formu dotazníku o 22 položkách, které měří individuální spokojenost s různými aspekty života (ZUBARAN ET AL., 2012, 2-3). Kvalitu života uživatelů drog vztahovanou ke zdraví měří *Health-related Quality of Life for Drug Abusers* (HRQOLDA)(ROJAS ET AL., 2015).

⁶ To značí určitý posun od definování potřeb na základě diagnostických kritérií, které je obvykle využíváno v rámci lékařské péče (RITTER ET AL., 2019, 23)

2.3 Jaké jsou různé potřeby?

V rámci zde představeného pojetí označuje pojem potřeb vztah mezi výchozím a žádoucím stavem, často je však výslovně pojmenován pouze jeden z těchto stavů, přičemž druhý je implikován. Tato implikace může být vcelku jednoznačná, je tomu tak zejména v případech potřeb, jejichž uspokojení vychází z nějakých fyziologických konstant (hlad/nasycení, zima/zahřátí etc.). Neméně determinující mohou být některé sociální normy, např. očekávání ekonomické produktivity jako společensky preferovaného nástroje zajištění obživy či dlouhodobého přebývání ve vlastním či pronajatém příbytku jako standardního způsobu života. Již zde se ale otevírá podstatně větší prostor pro různé alternativní formy uspokojení příslušných potřeb (žebřání, samozásobitelství, kočovný způsob života aj.).

Když pak dále postupujeme pomyslnou hierarchií potřeb, jak ji definuje např. klasická Maslowova pyramida potřeb (MASLOW, 2014), prostor pro alternativní řešení se stále rozšiřuje a vztah mezi nedostatkem a jeho odstraněním se stává méně jednoznačným. A s tím i pojem potřeb se v rostoucí míře zdá být rozštěpený a obtížně uchopitelný. Např. potřeba seberealizace a dosahování společenského uznání je v současných rozvinutých společnostech saturována mnoha různými prostředky v mnoha různých oblastech života (zaměstnání, rodina, společenský život, umělecká tvorba aj.). Zároveň mohou tytéž prostředky odpovídat na odlišné potřeby – někteří pracují 12 hodin denně, aby dosáhli společenského uznání, jiní, aby uživilí početnou rodinu, dosáhli mimořádných výsledků ve své oblasti zájmu, mohli dále investovat vydělané peníze či proto, že nejsou schopni nic odepřít svým nadřízeným. U všech těchto jevů se můžeme pokoušet vysvětlovat individuální rozdíly odkazováním na různé socio-kulturní determinanty, jako jsou výchova, vzdělání, finanční zajištění, sociální kapitál aj. S rostoucím počtem lidí žijících v relativním blahobytu však tyto potřeby zároveň v rostoucí míře nabývají podoby vysoce subjektivních a individualizovaných tužeb a přání a jako takové nacházejí uspokojení v neméně diferencované nabídce produktů či služeb (CAMPBELL, 2004, 30-32, viz také např. BAUMAN, 1996, 18).

Současně se s postupujícím vědeckým, technickým a společenským vývojem objevuje stále více vysoce *specifických* potřeb a jim odpovídajících specifických řešení, mimo jiné i v oblasti péče o fyzické a duševní zdraví. Tyto potřeby skutečně dříve v jistém smyslu neexistovaly, resp. byly nanejvýš vágně rozpoznávány a pocíťovány, a to jednoduše proto, že dosud nebyly rozpoznány lékařskými vědami a formulovány lékařským jazykem. Tento proces sociálního konstruování potřeb můžeme považovat za jeden z projevů obecnějšího jevu *medikalizace* společnosti neboli postupného zahrnování dosud nesouvisajících oblastí života do sféry medicíny (JORDANOVA, 1995). Např. systém diagnóz v oblasti duševního zdraví doznal během 20. století nespočtu radikálních proměn a mnohé v současnosti uplatňované diagnózy jsou jen pár let staré, mezi jinými např. patologické shromažďování (LAMBERTOVÁ ET AL., 2016) či psychogenní přejídání (KVIATKOVSKÁ ET AL., 2016). V současnosti se diskutuje také o tom, zda by v příští verzi Mezinárodní klasifikace onemocnění (MKN-11) měly být vyhrazeny samostatné diagnózy některým nelátkovým závislostem, zejména patologickému hráčství (GRANT, CHAMBERLAIN 2020). Rovněž uplatňování myšlenek a postupů snižování škod (*harm reduction*) v oblasti užívání návykových látek a závislostního chování je historicky relativně mladé a oficiální součástí národních drogových politik se stává až od 70. let 20. století (ROE, 2005, 2).

Pro většinu z nás platí, že disponujeme určitými základními potřebami, určitými individuálními touhami a přáními i určitými vysoce specifickými potřebami, řada dalších potřeb se pak nachází někde mezi těmito krajními póly. Totéž lze s určitými výhradami říci také o jedincích disponujících potřebami, které jsou předmětem zájmu tohoto textu, tj. potřebami spojenými s negativními dopady závislostního chování.

Pokud jde o základní potřeby, u mnoha těchto jedinců je zjevné, že jsou ve srovnání s většinou společnosti dlouhodobě nedostatečně uspokojovány a často tak nabývají zvláště akutní podoby. Zároveň tito jedinci disponují řadou vysoce specifických potřeb spojených s jejich závislostním chováním. V případě individuálních tužeb a přání lze předpokládat, že se v principu neliší od tužeb a

přání zbytku populace, zároveň můžeme v nějaké míře důvodně očekávat, že budou charakteristicky ovlivněny inklinací k závislostnímu chování.

Syndrom závislosti představuje bod, ve kterém individuální touhy a přání v jistém smyslu uzavírají kruh a konvergují zpět k základním potřebám. Ať už uvažujeme spíše neurobiologický, behaviorální či kognitivně-behaviorální výklad fenoménu závislosti, konstantou zůstává výrazně akcentovaný význam, kterého nabývá závislostní chování v životě jedince. Jak uvádí West, tuto skutečnost lze konstatovat, aniž bychom museli nutně v souladu s některými tradičními teoriemi závislosti mluvit o „narušení kontroly, konfliktu, potřebě, příznacích z odnětí, cravingu nebo jiných předpokládaných mechanismech“ (WEST, 2016, 22). Namísto toho ji můžeme odvozovat od rizik, škod či problémů způsobených závislostním chováním, např. od opakovaného užívání drog či vyhledávání závislostního chování navzdory vědomí jeho škodlivých následků a předchozí snaze přestat či od množství času, které daný jedinec věnuje těmto činnostem, popř. obstarávání prostředků potřebných pro pokračování v nich (ibid.). Více k definicím problémového, rizikového či škodlivého užívání drog či problémovému hráčství viz kapitoly 2.1.1 a 3.2.1.2.

V tomto textu rozlišujeme celkem čtyři okruhy potřeb, a to z hlediska dvou výše nastíněných rozměrů potřeb – **specifičnosti** a **individualizace**. Specifičnost potřeb chápeme ve vztahu k aktuálně dostupné nabídce služeb a intervencí, popř. realistickým možnostem jejího rozšíření – jako specifické tedy označujeme ty potřeby, k nimž existují adekvátní specializované formy uspokojení. Individualizace potřeb pak značí variabilitu individuálních vyjádření potřeb a individualizovaných forem jejich uspokojování.

Mezi nespecifické, **základní potřeby** řadíme potřeby, které mají výrazný fyziologický základ a jsou pokrývány spíše jednorázovými (ač mnohdy pravidelně poskytovanými) intervencemi, jako jsou potravinový a hygienický seris, poskytnutí přístřeší či poskytnutí bezpečného prostředí pro aplikaci drog. Nespecifické **potřeby základní sociální stabilizace** se týkají různých aspektů nepříznivé sociální situace klientů a často vyžadují systémovější řešení této situace i důkladnější zapojení klienta do něj. Zejména u základních potřeb lze očekávat relativně nízkou míru individualizace.

Potřeby posílení sociálních vazeb a zlepšení psychického stavu jsou v různé míře specifické a v různé míře individualizované, s ohledem na to jde také o potřeby relativně nejobtížněji předvídatelné a nejobtížněji spárovatelné s potřebnými intervencemi. Mezi **specifické potřeby v oblasti fyzického zdraví** řadíme potřeby specifických intervencí v oblasti snižování rizik, popř. léčby somatických onemocnění spojených s užíváním drog. Více viz souhrnná tabulka 2-1.

Tabulka 2-1: Základní okruhy potřeb

	Potřeby
Základní potřeby	Nasycení
	Teplo
	Odpočinek
	Pocit bezpečí
	Zajištění hygieny
Potřeby sociální stabilizace	Vyřízení osobních záležitostí a zorientování se v běžném životě
	Prevence konfliktu se zákonem
	Prevence zadlužení a pomoc s oddlužením
	Zajištění bydlení
	Zajištění legálního výdělků
	Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
Potřeby posílení sociálních vazeb a zlepšení psychického stavu	Osobní vztahy (zlepšení stávajících, navazování a udržování nových)
	Životní náplň a orientace na realistické životní cíle
	Péče o duševní zdraví
	Zvládání závislosti či problémového užívání/hráčství

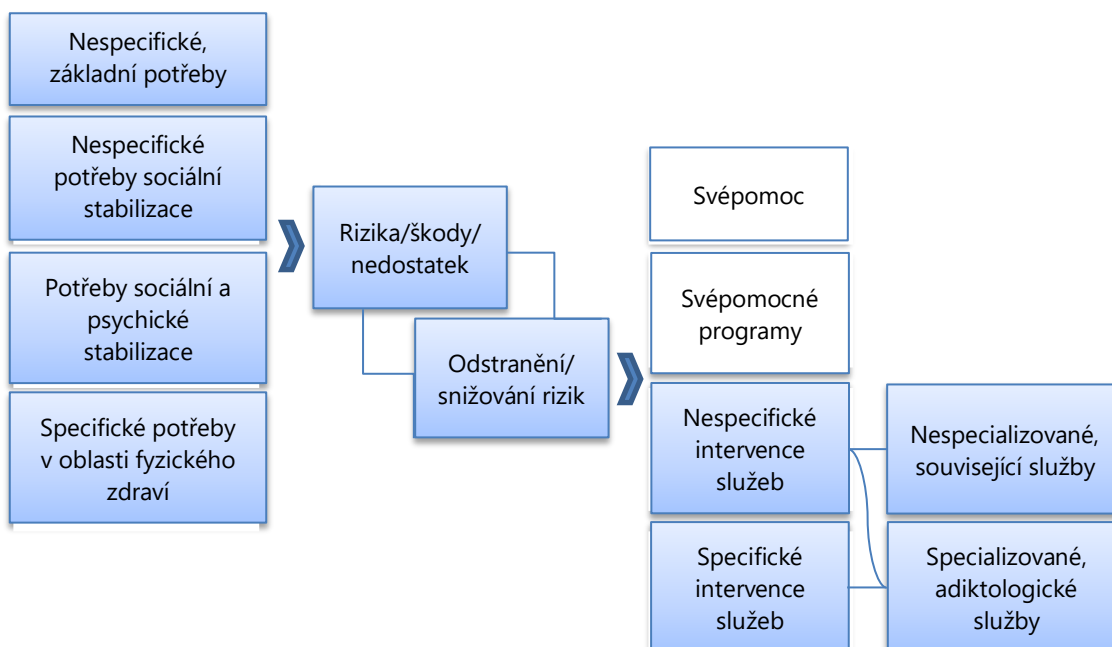
	Dosažení abstinence od závislostního chování
Specifické potřeby v oblasti fyzického zdraví	Zmírnění somatických poškození spojených s užíváním drog
	Prevence umrtí a vážných somatických poškození v důsledku užívání drog
	Prevence nákazy infekčními chorobami
	Testování na infekční choroby
	Zprostředkování specializované léčby somatických onemocnění

Tento text se zabývá tvorbou sítě adiktologických služeb a její zakotvením v širší síti nespécializovaných služeb, podstatné jsou tedy pro nás především potřeby, které jsou nebo mohou být pokryty nabídkou těchto služeb. Koordinátoři a správci těchto sítí by měli nicméně zohledňovat také další, neformální (neinstitucionalizované) nebo i čistě individuální způsoby uspokojování těchto potřeb, a vytvářet prostor pro jejich podporu z odborných pozic prostřednictvím různých preventivních a vzdělávacích aktivit. Jak se uvádí v *Koncepci rozvoje adiktologických služeb*:

„Vedle formálních adiktologických služeb a programů existují neformální procesy s využitím vnitřních zdrojů a zdrojů v blízkém okolí a v rodině, v komunitě a celé společnosti, které předcházejí vzniku problémů nebo pomáhají jeho řešení v různých fázích jeho rozvoje. Je rovněž zřejmé, že v poradenském a terapeutickém procesu a v procesu úzdravy spolupůsobí formální a neformální procesy paralelně a že systém adiktologických služeb by měl tyto neformální procesy podporovat a využívat.“ (sRVKPP, 2020, s. 21)

Na úrovni forem odstraňování a snižování rizik tak rozlišujeme **neformální** a **formální mechanismy**. Neformální mechanismy zahrnují **svěpomoc**, resp. neformální seberegulační a sebeúzdavné mechanismy na úrovni jedince, rodiny či komunity, a **svěpomocné programy** coby vyšší, nicméně stále neformální úroveň organizace svěpomoci. Mezi formální mechanismy patří různé **intervence služeb**, které jsou ve vztahu k užívání návykových látek a hazardnímu hraní buď **nespecifické**, nebo **specifické**. Nеспецифické intervence poskytují jak **nespecializované služby**, tak **specializované, adiktologické služby**, specifické intervence pouze druhé z těchto služeb (více viz kapitola 3.3).

Obr. 2-2: Základní okruhy potřeb a mechanismů snižování rizik



V závislosti na formě odstranění/snížení rizika tak můžeme definovat např. potřebu vlastního bydlení jako potřebu zajištění chráněného či sociálního bydlení, ale také jako potřebu pomoci s nalezením vlastního bydlení:

: potřeba (chráněného) bydlení = $\frac{\text{absence vlastního bydlení}}{\text{zajištění chráněného bydlení}}$

: potřeba (pomoci s nalezením vlastního) bydlení = $\frac{\text{absence vlastního bydlení}}{\text{pomoc s nalezením vlastního bydlení}}$

V závislosti na aktuální nabídce a dostupnosti služeb pak mohou tyto intervence poskytovat jak nespécifické, zejména sociální služby, tak specializované, adiktologické služby. Více k aktuální podobě adiktologických služeb uvádíme v kapitole 2.6.

2.4 Kdo definuje potřeby?

Otázka „Kdo definuje potřeby?“ je exemplárně vyjádřena v klasické Bradshawově typologii potřeb, která zavádí distinkci mezi pocítovanými a normativními potřebami. **Pocítované potřeby** představují potřeby zjišťované přímo od osob, které jimi disponují, zatímco **normativní potřeby** jsou těmto osobám přiřazovány druhými, tedy zvnějšku, resp. shora, a to na základě určitého normativního, zpravidla odborného či profesionálního konsensu (BRADSHAW, 1972). Pocítované potřeby jsou zpravidla spojovány s kvalitativním zjišťováním potřeb, schopným zachytit jejich variabilitu a specifickou, normativní potřeby na druhé straně umožňují konstruovat standardizovaná měřítka potřeb nezbytná pro jejich kvantitativní analýzu.

S pocítovanými potřebami se můžeme běžně setkat v teorii, méně už však v praxi. Autoři strategických a metodických materiálů v oblasti plánování sociálních, zdravotních či adiktologických služeb s oblibou deklarují nutnost vycházet z individuálních potřeb zjišťovaných přímo od těch, kteří jimi disponují, buď kvalitativními výzkumnými metodami, nebo přímým zapojováním zástupců cílových skupin služeb a veřejnosti, např. v rámci komunitního plánování⁷.

Navzdory těmto deklarovaným cílům zůstávají i mnohé kvalitativní analýzy potřeb poplatné ustáleným analytickým kategoriím zakotveným v odborně-praktických normativních rámcích odborné institucionalizované péče. Takto definované potřeby pak nacházejí uplatnění především v kvantitativním hodnocení potřebnosti a v drtivé většině odkazují pouze k předem daným formám uspokojování potřeb, resp. snižování škod. V krajním případě jsou definovány jednoduše jako potřeby využití konkrétních existujících typů poskytovaných služeb, popř. intervencí (tzv. „vyjádřené potřeby“, popř. „komparativní potřeby“, viz BRADSHAW, 1972). Samotný pojem potřeb se stává nejasným a vyprázdněným, často odkazuje v různých kontextech na velmi odlišné věci, popř. není dost dobře jasné, co se jím vůbec myslí.

Celá otázka je však ještě o něco složitější. Je poněkud metodologicky krátkozraké předpokládat, že pouze my z pozice výzkumníků či koordinátorů sítě služeb disponujeme systematickým analytickým aparátem pro interpretaci pozorované reality, zatímco pojmy, které nacházíme v terénu a ze kterých tento aparát sestavujeme, se nám převážně nabízejí v jakési jednodušší, „surové“ podobě. Zkoumaní aktéři často sami disponují relativně rozvinutými teoriemi o aspektech svého života, které chceme zkoumat, teoriemi do jisté míry svébytnými, často ale také výrazně prolnutými s naším vlastním analytickým aparátem (viz např. LATOUR, 2005). Zejména u klientů dlouhodobě využívajících adiktologické služby můžeme realisticky očekávat, že budou s odborným jazykem a odbornými koncepty v oblasti závislostí poměrně důvěrně obeznámeni.

V tomto ohledu se může rozdělení na pocítované a normativní potřeby jevit jako trochu zavádějící, když v konečném důsledku těm, kteří disponují potřebami, upírá schopnost odvozovat tyto potřeby od komplexnějších analytických aparátů a normativních rámců, jejichž uplatnění zároveň automaticky předpokládá u odborníků či profesionálů. Na jedné straně tak omezuje prostor pro zkoumání svébytných aktérských kategorií a konceptů, na druhé straně ignoruje průnik mezi diskurzem i praktickou zkušeností jedinců disponujících potřebami a těch, co jim potřeby přisuzují zvenčí. Za užitečnější proto považujeme představu určitého společného rezervoáru vědění, ze kterého čerpají zástupci obou skupin, pouze za odlišnými účely, odlišnými způsoby a s odlišnou způsobilostí zacházet s daným věděním a zdroji⁸.

⁷ Komunitní plánování je mj. také ustanoveno v Usnesení vlády ČR č. 824/2004 ze dne 1. září 2004 jako „metoda a způsob vhodný ke standardizaci v oblasti řešení otázky dostupnosti a kvality veřejných služeb“

⁸ S ohledem na to by bylo přísně vzato přesnější vycházet z rozdělení na pocítované a *přisuzované* potřeby, které by vyjadřovalo právě jen to, kdo definuje potřeby, a nečinilo žádné apriorní předpoklady o jejich (ne)normativní povaze. S ohledem na konvenční užívání jsme nicméně zůstali u klasického Bradshawova rozdělení.

Současně je užitečné mít na paměti již zmíněný rozdíl mezi specifickými a individuálními potřebami. Např. potřeby, které jsme výše označili jako potřeby posílení sociálních vazeb a zlepšení psychického stavu, skýtají relativně největší prostor pro vyjádření individuálních tužeb a přání, ve vztahu k potenciálně uplatnitelným intervencím a službám však mohou být značně nespécifické a rovněž jen obtížně standardizovatelné či kvantifikovatelné. Specifické potřeby jsou oproti tomu pokrývány a často do značné míry i definovány zcela konkrétními formami snižování rizik a škod, které mohou být přizpůsobeny potřebám úzkých cílových skupin i individuálním rozdílům uvnitř nich, zároveň jsou však vysoce standardizovány v souladu s odbornými předpoklady a postupy v oblasti adiktologie, sociálních služeb aj.

Obecně platí, že potřeby, které jsou vysoce individuální, nikoli však specifické, mají v procesu tvorby sítě služeb jen omezené využití. S ohledem na to se do značné míry přikláníme k závěrům, ke kterým ve své práci o komunitním plánování dochází Kavalír, když konstatuje, že smysl analýzy potřeb uživatelů služeb spočívá především „ve zjišťování názorů na (ne)poskytované služby a (...) nikoli ve zjišťování potřeb souvisejících s jejich nepříznivou sociální situací“ (KAVALÍR, 2006, 34). Dodejme jen, že nemusí jít pouze o služby, ale i jednotlivé intervence, a rovněž nikoli pouze o služby a intervence aktuálně realizované a dostupné v ČR, ale i ty, které v současnosti osvědčují svou užitečnost v zahraničí a které by bylo možné za určitých podmínek etablovat i u nás, popř. i ty, které se dosud nacházejí pouze v oblasti teorie.

Pokud jde o různé podoby normativních potřeb, můžeme rozlišit dva základní póly normativního definování potřeb – definování z **odborného** či **profesionálního** hlediska a **legislativního** hlediska. Způsoby definování potřeb obsažené v metodických a strategických materiálech se pohybují někde mezi těmito póly, resp. představují určitý průnik obou těchto hledisek.

Vedle odbornosti ve vědecko-výzkumném smyslu se při definování normativních potřeb uplatňuje také odlišná, spíše „klinická“ odbornost – odborná znalost, kterou nelze redukovat na pouhá čísla a která je často opřena především o dlouholetou zkušenost s poskytováním specializované péče osobám se závislostním chováním, případně s tvorbou sítí služeb poskytujících tuto péči. A jelikož je adiktologie ze své podstaty multidisciplinárním oborem, uplatňuje se v ní také více takovýchto různých odborností, které vycházející z různých principů a zásad, ale také jsou spojeny s různými profesemi (psychiatrii, psychoterapeuti, adiktologové, sociální pracovníci, zdravotní sestry a bratři aj.) a různými institucionálními rámci poskytování služeb (systémem sociálních služeb, zdravotnictvím, školstvím aj.)

Po odborně-profesionální stránce má normativní definování potřeb zvláštní význam z hlediska **personálního zajištění služeb**. Empirické zjišťování potřeb nám může pomoci určit, jaká kapacita služeb má být k dispozici na daném území, již nám ale neřekne, jakou odbornou způsobilost by měli mít příslušní pracovníci a jak by z hlediska celkového personálního zajištění měly být nastaveny jednotlivé služby. Schopnost jednotlivých odborností pokrývat různé potřeby je při tom limitována nejen jejich odbornou způsobilostí, ale také legislativním vymezením jejich kompetencí. V rámci ČR např. dlouhodobě komplikuje praxi testování na infekční onemocnění v adiktologických službách skutečnost, že sociální pracovníci nemohou ze zákona porušovat integritu kůže, tzn., že mohou provést pouze tzv. orientační test, jehož výsledek může potvrdit až další test, který musí již administrovat zdravotnický profesionál.

Normativně definované potřeby z definice nemohou reagovat na všechny oprávněné potřeby cílových skupin. Pokud jsou však podrobovány průběžné odborné diskusi a zpřesňovány či aktualizovány na základě posledních výsledků vědeckého poznání, mají nepochybně zásadní význam pro nastavení institucionálního rámce sítě služeb a dávají mu uchopitelný řád, strukturu a přehlednost. Jako praktické a efektivní východisko jeví kombinace základního, rámcového nastavení sítě služeb podle normativních, expertně definovaných potřeb, ovšem s dostatečně nastavenou flexibilitou a samostatností jednotlivých programů v uspokojování vyjádřených potřeb klientů.

2.5 Kdo disponuje potřebami?

Ať už uvažujeme spíše pocítované nebo normativní potřeby, můžeme potřeby obecně klasifikovat podle toho, *kdo* jimi disponuje, tj. kdo je vyjadřuje, komu jsou přisuzovány či u koho jsou předpokládány. Ve vztahu k nabídce služeb tak můžeme vymezit **cílové skupiny** těchto služeb, tj. skupiny či kategorie jedinců se společnými vlastnostmi, na základě kterých u nich předpokládáme specifické okruhy potřeb a v návaznosti také definujeme specifické okruhy služeb či intervencí odpovídajících na tyto potřeby. Podle toho, jaké vlastnosti se rozhodneme brát v úvahu, můžeme rozlišovat různé způsoby kategorizace cílových skupin a příslušných potřeb.

Zde popisujeme celkem tři kategorie kritérií, podle nichž můžeme rozlišovat cílové skupiny:

- 1) Vztah ke službám
- 2) Závažnosti či fáze rozvoje závislostního chování
- 3) Další kritéria

Takto definované cílové skupiny nám dále slouží mj. jako jedno z klíčových východisek pro definování typologie adiktologických služeb, která je popsána v kapitole 3.

2.1.1 Cílové skupiny podle vztahu ke službám

Podle jejich vztahu ke službám, které jsou na ně zacíleny, rozlišujeme následující cílové skupiny:

- 1) Primární cílové skupiny služeb, tj. osoby závislé a ohrožené závislostí (**přímý vztah**)
- 2) Sekundární cílové skupiny služeb, tj. rodina a další blízké osoby zástupců primárních cílových skupin (**nepřímý vztah**)
- 3) Zástupci obecné populace, kteří nespádají mezi primární ani sekundární cílové skupiny adiktologických služeb (**nepřímý vztah na úrovni populace**)

Primární cílové skupiny tvoří převážnou většinu klientů adiktologických služeb a právě na jejich potřeby odpovídá naprostá většina intervencí poskytovaných těmito službami. Sekundární cílové skupiny využívají především poradenských služeb, někdy jsou také zapojovány do procesu léčby závislosti v rámci rodinné terapie. Potřeby obecné populace nabývají ve vztahu k adiktologickým službám podoby potřeb v oblasti ochrany veřejného zdraví (především v souvislosti s šířením infekčních onemocnění a jeho prevencí), potřeb spojených s pocitem bezpečí ve veřejném prostoru (viz otevřená drogová scény, volný výskyt použitého injekčního materiálu či drogová kriminalita) či potřeb snižování společenských nákladů užívání návykových látek a hazardního hraní.

V odborné literatuře jsou podle tohoto kritéria častěji než potřeby rozlišovány *škody* působené užíváním návykových látek či závislostním chováním. Např. standardně prováděné studie, které vyhodnocují a srovnávají škodlivost jednotlivých návykových látek, tak činí jednak s ohledem na „harm to users“, jednak s ohledem na „harm to others“ (BONOMO ET AL., 2019, 5). Právě v kontextu potřeb může však toto rozlišení sehrávat důležitou úlohu, např. je-li třeba v rámci ospravedlnění společenské prospěšnosti daných služeb prokázat nejen pozitivní dopady poskytování adiktologických služeb na jejich primární cílové skupiny, ale také jejich prospěšnost široké veřejnosti, resp. obecné populaci. V tomto ohledu se např. dlouhodobě osvědčuje empiricky důkladně doložená schopnost nízkoprahových služeb snižovat výskyt infekčních onemocnění v populaci (ABDUL-QUADER ET AL., 2013) při velmi dobré nákladovosti příslušných služeb (WILSON ET AL., 2015).

2.1.2 Cílové skupiny podle závažnosti či fáze rozvoje závislostního chování

V návaznosti na deklarovaný cíl vlády provádět tzv. integrovanou protidrogovou politiku, jež se zaměřuje na legální i nelegální návykové látky a rovněž různé nelátkové závislosti (zatím především hazardní hraní), je primární cílová skupina adiktologických služeb v ČR v aktuální národní strategii pro

oblast závislostí souborně označována jako „**osoby se závislostním chováním**“. V zákoně o sociálních službách je pro obdobnou cílovou skupinu používán pojem „**osoby závislé nebo ohrožené závislostí**“.

Tyto obecné definice pochopitelně představují pouze nezbytnou zkratku pro praktické účely vzájemné domluvy, za níž se skrývá více různých způsobů, jak chápat, popisovat, měřit i reálně snižovat rozličná rizika spojená s užíváním drog, hazardním hraním či dalšími nelátkovými závislostmi. Mezi nimi zauímají výsadní místo **diagnostická kritéria** používaná v psychiatrii pro klasifikaci **duševních poruch a poruch chování způsobených užíváním drog**. V ČR i celé Evropě se vychází z diagnostických kritérií kodifikovaných Mezinárodní klasifikací onemocnění (MKN-10), kterou zaštiťuje Světová zdravotnická organizace (WHO). V USA a v Kanadě se používá Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-V).

MKN-10 rozlišuje diagnózy „Poruch duševních a poruch chování způsobených užíváním psychoaktivních látek“ jednak podle zneužívané látky (diagnózy F10-F19), jednak podle projevů užívání (diagnózy F1x.0-9). Mezi tyto projevy patří:

- > Akutní intoxikace
- > Škodlivé užívání (vzorec užívání, který poškozuje tělesné nebo duševní zdraví)
- > Syndrom závislosti
 - o Silné bažení (*craving*) po užití
 - o Potíže s kontrolou užívání
 - o Tělesný odvykací stav
 - o Zvýšená tolerance vůči účinkům látky
 - o Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů
 - o Pokračování v užívání přes zjevné škodlivé následky
- > Odvykací stav
- > Odvykací stav s deliriem
- > Psychotická porucha (tzv. toxické psychózy)
- > Amnestický syndrom (výrazné chronické zhoršení paměti)
- > Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem
- > Jiné duševní poruchy a poruchy chování
- > Neurčené duševní poruchy a poruchy chování

MKN-10 dále řadí patologické hráčství mezi „Nutkavé a impulzivní poruchy“ (F63.0), za závislost v pravém slova smyslu jej ale nepovažuje.

Verze DSM, která platila do roku 2013 (DSM-IV), rozlišovala zneužívání, resp. **škodlivé užívání** drog (*abuse*) a **závislost** (*dependence*). Škodlivé užívání je zde odvozováno od svých sociálních a interpersonálních dopadů, má tedy poněkud jiný obsah než škodlivé užívání uváděné v MKN-10, které uvažuje především dopady na tělesné a duševní zdraví. Jako škodlivé užívání je podle DSM-IV klasifikováno užívání, které bylo během posledních 12 měsíců spojeno alespoň s jedním z těchto čtyř projevů:

- > Zanedbávání důležitých povinností v práci, ve škole či v osobním životě v důsledku užívání
- > Opakované užívání v rizikových situacích (řízení vozu či obsluhování těžké techniky)
- > Pokračování v užívání přes přetrvávající či pravidelné negativní dopady na osobní vztahy
- > Opakované problémy se zákonem v souvislosti s užíváním

Závislost lze pak podle DSM-IV diagnostikovat u pacientů, u kterých se během posledních 12 měsíců vyskytly alespoň 3 z následujících příznaků:

- Přítomnost odvykacího stavu
- Zvýšená tolerance vůči účinkům látky
- Časté užívání ve větších dávkách nebo po delší dobu, než bylo zamýšleno
- Přetrvávající neúspěšná snaha přestat s užíváním nebo jej omezit
- Velké množství času věnované užívání, shánění látky či zotavování se z jejích účinků
- Omezování důležitých společenských, pracovních či rekreačních aktivit ve prospěch užívání
- Pokračování v užívání přes zjevné škodlivé dopady na tělesné nebo duševní zdraví

Jak můžeme vidět, DSM-IV z větší části definuje závislost pomocí obdobných kritérií jako MKN-10. Oproti ní rozlišuje ještě dvě další kritéria (užívání ve větších dávkách a delší dobu a velké množství času věnované užívání, shánění látky nebo zotavování se), zato pomíjí kritérium bažení, které bylo nicméně doplněno v aktuální verzi DSM-V. Zároveň bylo v této verzi vyraženo kritérium problémů se zákonem a rovněž zrušeno rozdělení na škodlivé užívání a závislost – nyní všechna kritéria označují „poruchy spojené s užíváním látek“.

Obecně lze říci, že MKN-10 klade větší důraz na klinicky pozorovatelné příznaky a věnuje větší pozornost přidruženým psychiatrickým diagnózám neboli komorbiditám (z pohledu jednotlivce mluvíme o tzv. duálních diagnózách), DSM-IV a DSM-V na druhé straně zohledňují relativně širší okruh behaviorálních a sociálních projevů užívání.

Dalším důležitým pojmem je **problémové užívání** drog. Široké rozšíření tohoto pojmu spojuje David Seddon se zprávou britského poradního orgánu Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD) z roku 1982 (SEDDON, 2011, 13). Autoři této zprávy argumentují, že jedinci vyhledávající drogové služby mohou v souvislosti s užíváním návykových látek narážet na širokou paletu problémů, a to nejen problémů související s tělesným a duševním zdravím, ale také různých sociálních problémů, např. problémů se zákonem či zajištěním bydlení. Tyto problémy jsou v nějaké míře zohledněny i v diagnostických kritériích vymezených MKN či DSM, zůstávají nicméně relativně upozaděny. Jak píše Seddon, etablování pojmu problémového užívání odráží (přinejmenším v deklaratorní rovině) určitý paradigmatický posun od hledání podstaty závislostního chování v různých podobách kompulze a ztráty kontroly k převažující orientaci na hodnocení jeho *důsledků* (SEDDON, 2011, 14-5).

Běžně se ovšem setkáváme i s definicemi problémového užívání, které v rozporu s výše naznačenými záměry spojují tento pojem s několika málo vybranými návykovými látkami či vzorci užívání, konkrétně těmi, které ve srovnání s ostatními prokazatelně působí nejvíce problémů, resp. škod. Nejde přitom pouze o problémy, které užívání způsobuje samotným uživatelům, ale také ty, které se projevují na úrovni celé společnosti, např. rizika šíření infekčních onemocnění v populaci či společenské náklady užívání. Jak si všímá Seddon, např. anglická Národní strategie pro oblast užívání drog z roku 2008 vysvětluje zvolenou definici problémových uživatelů jako uživatelů heroinu a/nebo cracku v první řadě odkazem na skutečnost, že užívání těchto látek generuje 99 % společenských nákladů zneužívání drog z třídy A (tj. nelegálních drog kontrolovaných v nejpřísnějším režimu). Samotné definování problémového užívání se tak může stávat nejen odbornou, ale také výrazně politickou otázkou, související se společenskou poptávkou, přidělováním peněz ze státního rozpočtu aj. (SEDDON, 2011).

V souladu s popsáním trendem bylo problémové užívání v souladu s protokoly EMCDDA pro monitorování drogové situace v rámci Evropy dlouhou dobu definováno výhradně jako „injekční a/nebo dlouhodobé užívání drog a pravidelné užívání drog opiátového a/nebo amfetaminového a/nebo kokainového typu“ (EMCDDA, 2009). Až v r. 2013 bylo do této definice zahrnuto také užívání dalších drog s vysokou frekvencí a užívání drog přinášející uživatelům zdravotní či sociální problémy (THANKI & VICENTE, 2013). Původní definice se nicméně stále používá jako označení rizikového, zejména

injekčního užívání opioidů a/nebo stimulantů. Definice na úrovni jednotlivých zemí jsou zpravidla specifikovány podle toho, jaké konkrétní látky z těchto dvou skupin představují v těchto zemích největší rizika. V ČR bylo donedávna jako problémové užívání drog označováno injekční užívání jakékoliv drogy a/nebo dlouhodobé nebo pravidelné užívání pervitinu.

Pojem problémové užívání se dále spolu s pojmy **rizikové užívání** a **škodlivé užívání** používá v souvislosti s různými nástroji měření užívání tabáku, alkoholu a konopí. Nověji je vymezeno také **problémové hráčství**, které můžeme definovat jako "poruchu kontroly hráčského chování charakterizovanou především vysokou intenzitou hraní, epizodickým charakterem hraní a vysokými finančními částkami vloženými do hraní (jejichž výše je relativní vzhledem k ekonomickému statutu hráče) s následnými negativními dopady pro hráče a jejich okolí. Pro závažné a zejména klinicky diagnostikované formy se používá rovněž výraz patologické hráčství" (Mravčík et al., 2016).

Dále se setkáváme s různými vzorci užívání návykových látek a nelátkových závislostí, které nelze dost dobře považovat za projevy duševní poruchy, poruchy chování či problémového užívání a které tím pádem vždy nutně nevyžadují poskytnutí adiktologické či jiné služby, popřípadě zakládají potřebu využití netypických kombinací služeb, netypické frekvence jejich využití apod. **Experimentální užívání** označuje krátkodobé experimentování s užíváním, popř. opakované užívání v dlouhých intervalech. **Rekreačním užíváním** se myslí užívání za účelem zábavy či odreagování, často s ustáleným settingem i typem užívané látky. V obou případech jde o uživatele, kteří zpravidla nesplňují kritéria závislosti podle MKN-10, výjimkou ale nejsou ani uživatelé, kteří tato kritéria splňují, nicméně mají ustálené vzorce užívání a stabilizované sociální zázemí, resp. jim závislost nezpůsobuje další zdravotní ani sociální problémy, a současně se nedostávají do konfliktu se zákonem (Miovský, 2001, 34). Dále můžeme rozlišovat např. situačně podmíněné užívání či jednorázové intenzivní užívání (*binge*)(COURTNEY & POLICH, 2009).

Z hlediska vývoje individuálního vztahu k užívání návykových látek či hazardnímu hraní představuje další významné vodítko tzv. **model cyklu změny** závislostního chování (PROCHASKA, DICLEMENTE 1986) Ve své revidované podobě rozlišuje tento model celkem šest stádií cyklu změny:

- 1) Pre-kontemplace – stádium před zahájením uvažování o změně závislostního chování
- 2) Kontemplace – stádium uvažování o změně
- 3) Rozhodnutí – stádium přesvědčení o nutnosti změny a přípravy na ni
- 4) Akce – konkrétní krok podniknutý k dosažení změny (např. snaha abstinovat nebo nástup do léčby)
- 5) Udržování – stádium fixování dosažené změny
- 6) Relaps – regrese k závislostnímu chování

Tento model je pochopitelně třeba brát s jistými výhradami – jednotlivé fáze vývoje nemusí být od sebe vždy zřetelně odlišitelné a cesta od závislosti k abstinenci či kontrolovanému užívání nemusí nutně sledovat kompletní trajektorii, kterou vyznačují.

2.1.3 Cílové skupiny podle dalších, specifických kritérií

Další kritéria můžeme rozdělit na adiktologicky specifická kritéria, institucionálně specifická kritéria a kritéria odpovídající různým sociodemografickým charakteristikám. V prvním případě jde zejména o:

- **Typ užívané látky** či **nelátkové závislosti** (např. užívání opioidů jako indikace substituční léčby)
- **Převažující vzorce** či **způsoby užívání** (např. výměna injekčního materiálu pro injekční uživatele)
- **Zda se uživatel podrobuje substituční léčbě** (doporučení do ambulance s/bez substituční léčby)
- **Zda se uživatel nachází ve stavu akutní intoxikace** (služba krátkodobé stabilizace/detoxifikace)
- **Psychiatrické komorbidity** neboli **duální diagnózy** (psychiatrická péče)
- **Somatické komorbidity** (další oblasti specializované lékařské péče)

Mezi institucionální kritéria zde řadíme dvě důležitá kritéria, na základě kterých dále definujeme dvě specifické formy adiktologické péče, které nelze definovat ani jako typy služeb, ani jako konkrétní intervence:

- Zda se uživatel léčí **dobrovolně** nebo mu léčba byla **soudně nařízena** (ochranné léčení)
- Zda se uživatel nachází na svobodě či ve **výkonu trestu odnětí svobody** (adiktologické služby ve vězení)

Ze sociodemografických charakteristik ovlivňují podobu poskytovaných služeb zejména následující:

- **Věk** – podle věku můžeme rozlišovat
 - Služby pro osoby do 18 let⁹
 - Služby pro osoby v dospělém věku
 - Služby určené zejm. stárnoucím uživatelům, vyžadujícím specializovanou paliativní péči
- **Charakter bydlení** (služby chráněného bydlení)
- **Zaměstnání** (služby chráněného zaměstnávání)
- **Rodinná situace** (zařízení institucionální výchovy)
- **Národnost** (zajištění pracovníků služeb schopných domluvit se cizím jazykem)

(více viz kapitola 3.2.1.7 Socioepidemiologické a kriminoepidemiologické indikátory)

⁹ V současnosti nebývá hranice mezi dětmi a dospělými jednoznačně dána dosažením osmnáctého roku věku. Z důvodu nutně specifického přístupu (daného především legislativou, chránící zájmy dětí) bývá jednoznačnou hranicí 15 rok života. Aktuálně již řada služeb, koncipované jako pro dospělé, pracuje s věkovou hranicí od 16 let. Měřítkem nebývá tedy rok narození, ale spíše schopnost klienta pochopit smysl služby, jeho vospělost sociální nebo psychická.

2.6 Kdo a jak pokrývá potřeby?

V této podkapitole přibližujeme základní kritéria, s jejichž pomocí lze dospět k **definování potřebných typů služeb a intervencí**, tj. definování typů služeb a intervencí schopných pokrýt definované, resp. zjištěné potřeby. Vycházíme při tom především z dokumentu *Návrh nové typologie adiktologických služeb*, který byl ve spolupráci s externími odborníky vypracován v rámci projektu IP RAS a podle kterého jsou souběžně také revidovány *Standardy odborné způsobilosti RVKPP*.

Vedle specializovaných, adiktologických služeb zohledňujeme i roli různých dalších, primárně neadiktologických veřejných služeb využívaných osobami se závislostním chováním, popř. i jiných neformálních (neinstitutionalizovaných) nebo i čistě individuálních způsobů pokrývání potřeb spojených se závislostním chováním, prostřednictvím kterých jedinci sami regulují či eliminují své závislostní chování, v tomto dokumentu je ale blíže nepopisujeme. (Neadiktologické služby využívané osobami se závislostním chováním jsou popsány v samostatné analýze.)

Aktuální typologie **adiktologických služeb** definuje specializovanou, adiktologickou službu jako zdravotní, sociální či jinou službu poskytovanou s cílem zlepšení zdravotního nebo sociálního stavu klienta, jejíž hlavní cílovou skupinou jsou osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách nebo s nelátkovou závislostí¹⁰, tj. službu specializovanou na poskytování prevence, poradenství, léčby a/nebo následné péče této cílové skupině. Klíčovou charakteristikou je mezioborový (zdravotně-sociální, případně zdravotně-sociálně-výchovně-pedagogický) charakter poskytovaných služeb a přístup ke klientovi a jeho potřebám.

Tato typologie zahrnuje 6 typů služeb:

- 1) Adiktologické preventivní služby
- 2) Adiktologické nízkoprahové služby
- 3) Adiktologické služby krátkodobé stabilizace
- 4) Adiktologické ambulantní služby
- 5) Adiktologické rezidenční služby
- 6) Adiktologické služby následné péče

Tyto typy byly definovány na základě následujících kritérií:

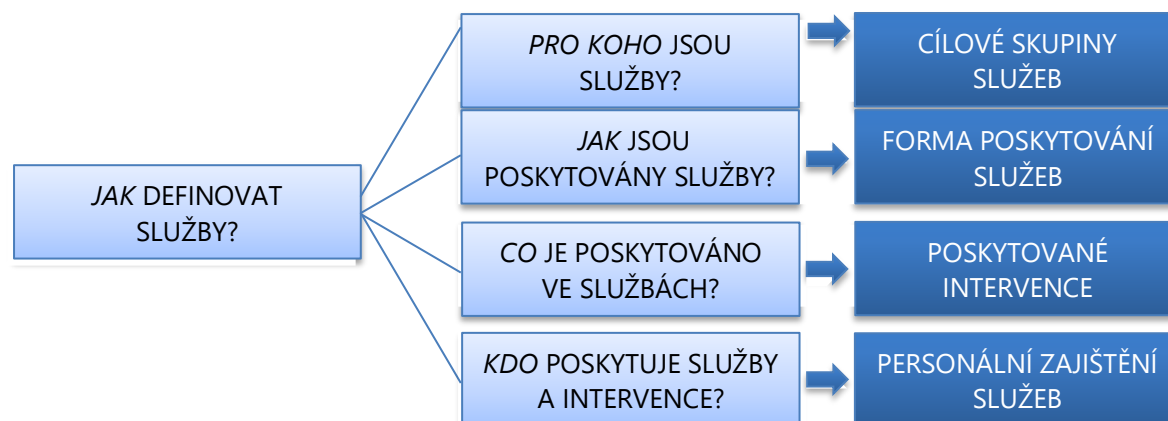
- Jaké jsou **cílové skupiny služeb**
- Jaká je **forma poskytování služeb**
- Jaké jsou ve službách **poskytované intervence**

Zejména proto, aby nebyly zbytečně limitovány možnosti nastavení provozu služeb, nebylo nakonec v typologii explicitně zohledněno kritérium **personálního zajištění služeb**. Toto kritérium nicméně představuje jeden z rozhodujících ukazatelů schopnosti služby zajistit nabízené intervence v souladu s potřebami cílových skupin.

Jednotlivá výše uvedená kritéria odpovídají základním otázkám, které si můžeme položit v rámci definování potřebných typů služeb a intervencí (viz Obr. 2-3).

¹⁰ Podle současné terminologie vycházející z *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027* „osoby se závislostním chováním“

Obr. 2-3: Základní okruhy otázek spojené s definováním služeb



Cílové skupiny adiktologických služeb jsme již podrobně popsali v kapitole 2.1.2. Prvním kritériem pro vymezení jednotlivých typů služeb **fáze rozvoje závislostního chování**, resp. **cyklu změny**. Toto kritérium představuje konstitutivní dimenzi celé typologie a poskytuje nejsystematičtější vodítka pro její popis – postupujeme-li od prvního typu k poslednímu, sledujeme s tím i celý cyklus změny, od počátečního rozvoje závislostního chování (včetně možností jeho prevence) až po udržování změny a případný relaps. Nemělo by ovšem jít o kritérium, které by závazně předepisovalo, komu v jaké fázi cyklu změny mají či nemají být poskytovány jednotlivé typy služeb – na to je závislostní chování příliš komplexním jevem, který si žádá neméně komplexní a flexibilní formy pomoci. S fází procesu změny či rozvoje závislosti se nicméně v praxi nějakým způsobem pracuje v rámci procesů *matchingu* klientů a služeb, některé služby (např. služby následné péče) rovněž podmiňují využívání služby udržováním abstinence.

Forma poskytování služeb označuje základní časoprostorové a režimové rámování služeb. V rámci vypracované typologie služeb (do té míry, do které je to v jednotlivých případech realizovatelné) se předpokládá, že všechny typy služeb mohou mít více forem poskytování. Mezi uvažované formy poskytování služeb patří:

- **Pobytová** – klient je přítomen v zařízení alespoň jednu noc, zpravidla na nějakém typu lůžka
- **Ambulantní** – klient využívá služby zařízení po určitou dobu v rámci jednoho dne
- **Nízkoprahová** – specifická forma ambulantní péče, flexibilní ve vztahu k potřebám klientů a umožňující anonymní využívání
- **Terénní** – klient je kontaktován ve svém přirozeném prostředí či v prostředí drogové scény, popř. heren (v terénu); specifickou podobou terénu dále představuje vězeňské prostředí
- **Telefonická/internetová** – specifická forma terénních služeb, v rámci níž jsou klienti kontaktováni pomocí telefonu či internetu

Personálním zajištěním služeb se míní vybavenost služby pracovníky zajišťujícími intervence, které služba nabízí, a to s náležitou odbornou způsobilostí a v dostatečném počtu. Dále můžeme zohlednit různé konkrétní náležitosti jednotlivých služeb, např. u terénních služeb platí, že z bezpečnostních důvodů musí být v terénu přítomny vždy alespoň dvě osoby.

Typy služeb jsou nakonec definovány také **intervencemi**, které jsou ve službách typicky či nejčastěji prováděny a které tak rámcově popisují okruh činností charakterizující danou kategorii služeb. Některé uváděné intervence odpovídají konkrétním *výkonům* vykazovaným službami, jak jsou uváděny v sazebnících výkonů, v některých případech jsou jako *intervence* označovány obecnější celky, které jednak zahrnují určitý výkon či kombinaci výkonů, jednak popisují určitý „režim péče“, v rámci něhož

jsou prováděny, zasazený do podmínek poskytování služby dané kategorie, jak jsou popsány ostatními kritérii.

2.7 Jak přesně a čím měřit potřeby?

Různá míra přesnosti kvantitativních odhadů potřebnosti není dána pouze rozsahem možností provedení kvantitativní analýzy, které máme k dispozici, ale v mnoha případech také zásadně omezenou využitelností kvantitativních údajů pro exaktní definování žádoucí dostupnosti služeb či intervencí. (O těchto omezeních dále zevrubně pojednáváme v kapitole věnované zjišťování potřeb.) Z podobného důvodu není samozřejmostí vycházet v rámci kvantitativních odhadů potřebnosti pouze z empiricky zjištěných kvantitativních indikátorů potřeb, nýbrž je zpravidla nutné přihlížet i k různým normativům, jejichž vztah k empirii se může různit a zpravidla není ani příliš transparentní.

Nejhrubější formou kvantitativního vyjádření potřeb je **dichotomické** vyjádření – určitá potřeba se na daném území v daném období buď vyskytuje nebo nevyskytuje, potřebná služba či intervence buď je nebo není dostupná. Takovéto vyjádření může být samo o sobě užitečné, víme-li např. o relativně významném výskytu určitých potřeb na určitém území a zároveň o naprosté absenci služeb či intervencí schopných naplňovat tyto potřeby na témže území.

Přesnějšího kvantitativního vyjádření potřeb by mělo v souladu s protidrogovou politikou založenou na důkazech být dosahováno zejména empirickou analýzou primárních i sekundárních dat. V rámci ní je třeba kvalitativně vyjádřené potřeby v první řadě **operacionalizovat**, tj. definovat pomocí zkoumatelných a měřitelných **kvantitativních indikátorů potřeb**, resp. indikátorů jevů popisujících tyto potřeby (Reichel, 2009, 51).

Kvantitativní indikátory potřeb mohou nabývat podoby **ordinálních** nebo **kardinálních** proměnných. Ordinální proměnné mohou nabývat pouze několika konkrétních hodnot, tvořících škálu, jež popisuje míru vyjádření daného jevu. Zpravidla se jedná o dotazníkové položky zjišťující míru vyjádření daného jevu, jak ji vnímají respondenti. Kardinální (neboli také poměrové) proměnné mají spojitě spektrum hodnot, tzn., že mohou teoreticky nabývat nekonečně mnoho hodnot.

O klíčových kvantitativních indikátorech potřeb zevrubně pojednáváme v kapitole 2.2.2. V kapitole 2.3.4 pak popisujeme, jak jsou s využitím těchto indikátorů, ale i nezávisle na nich konstruovány a formulovány **normativy** pro žádoucí dostupnost služeb či intervencí.

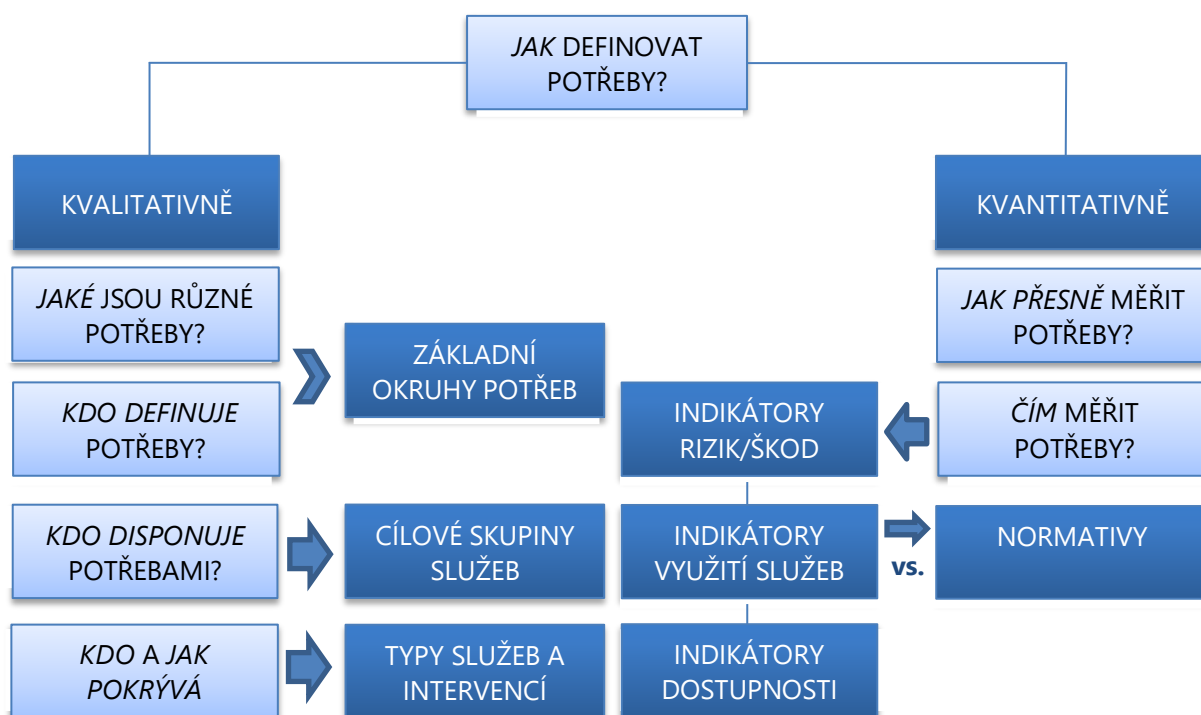
2.8 Shrnutí

V této kapitole jsme se zabývali některými základními obecnými okruhy otázek, které bychom měli být schopni zodpovědět, než sami přistoupíme k definování potřeb v rámci analýzy potřeb a tvorby sítě služeb. Vnímali jsme je při tom prizmatem konkrétního konceptuálního rámce definování potřeb, který jsme zde stručně formulovali.

Základním východiskem popsaného konceptuálního rámce je analytické rozdělení pojmu „potřeba“ na kategorie výchozího a žádoucího stavu, které je možné uplatnit na dvou různých úrovních – na úrovni celého systému péče pokrývajících příslušné potřeby a na úrovni jednotlivých potřeb, popř. okruhů potřeb. Výchozí a žádoucí stav jsou v návaznosti na přístup snižování škod popsány primárně v pojmech škod či rizik.

Toto základní vymezení potřeb lze pak uplatňovat ve dvou základních modalitách, tj. v rámci kvalitativního a kvantitativního definování potřeb. Klíčovými výstupy z kvalitativního definování potřeb jsou vymezení **základních okruhů potřeb**, relevantních **cílových skupin služeb** a **potřebných typů služeb a intervencí**.

Obr. 2-4: Základní okruhy otázek spojené s definováním potřeb



Zde představené **základní okruhy potřeb** vycházejí z rozlišení dvou rozměrů potřeb – míry specifičnosti potřeb ve vztahu k dostupné nabídce specializovaných, adiktologických služeb a míry individualizace vyjádření potřeb a prostředků jejich uspokojování. Podrobnější úvahy o rozměru individualizace nás mohou dovést k otázce, jakou váhu bychom měli přisuzovat individuálně vyjádřeným, pocitovaným potřebám a externě přisuzovaným normativním potřebám.

Kompromisním řešením, ke kterému jsme zde v této otázce dospěli, je zohledňovat převážně pouze ty pocitované potřeby, které jsou zároveň i specifické. Prostor pro definování potřeb je tím pádem omezen na potřeby definovatelné ve vztahu k aktuálně či potenciálně dostupným službám a intervencím a potřeby jsou v souladu s tím definovány jako potřeby využití těchto služeb a intervencí. Teoreticky může být tento prostor relativně široký, budeme-li např. brát v úvahu i typy intervencí a služeb, které ve stávajícím institucionálním a politickém kontextu nejsou aktuálně etablovány, v jiných

zemích ale např. již prokázaly schopnost pokrývat příslušné potřeby, či různé inovativní transformace aktuálně fungujících typů služeb. Stále jde nicméně o charakteristicky pragmatický přístup, v rámci něž má aktuální proveditelnost určité formy pokrytí potřeby vždy přednost před otázkami po tom, zda tato forma „skutečně“ odpovídá zjištěným pocíťovaným potřebám.

Definování **cílových skupin** je jedním z klíčových předpokladů definování vhodných **typů služeb a intervencí**, které mají pokrývat zjištěné a definované potřeby. Měli bychom se vždy snažit zohledňovat co nejširší okruh cílových skupin a příslušných okruhů potřeb, včetně specifických cílových skupin, jako jsou děti a dorost, stárnoucí uživatelé či osoby ve výkonu trestu odnětí svobody. Ucelená typologie služeb, např. adiktologických služeb by měla na druhé straně být co nejjednodušší a nejprůhlednější a vycházet pouze z několika málo klíčových rozlišovacích kritérií. V případě aktuální typologie adiktologických služeb, se kterou dále pracujeme v tomto textu, jde zejména o kritérium fáze rozvoje závislosti, resp. cyklu změny.

Výsledkem kvantitativního definování potřeb jsou operacionalizované kvantitativní indikátory potřeb. Tyto indikátory můžeme dávat do různých vzájemných vztahů, které přesněji popisují určité potřeby, ale také s jejich pomocí definovat normativy pro žádoucí pokrytí potřeb, resp. dostupnost služeb a intervencí, se kterými pak porovnáváme zjištěné hodnoty pokrytí potřeb. Různými formami a nástroji kvantitativního definování potřeb se podrobně zabýváme v následující kapitole. Modelový postup uvádění kvantitativních indikátorů potřeb do vzájemných vztahů a jejich srovnávání s normativy přibližujeme v kapitole 4.

KLÍČOVÉ POJMY

Potřeby
Definování potřeb
Zjišťování potřeb
Konceptualizace
Snižování škod
Kvalita života
Kvalitativní definování potřeb
Kvantitativní definování potřeb
Pocíťované potřeby
Normativní potřeby
Primární cílové skupiny
Sekundární cílové skupiny
Problémové užívání návykových látek
Problémové hráčství
Cyklus změny
Operacionalizace
Kvantitativní indikátory potřeb
Ordinální proměnná
Kardinální proměnná

3 Zjišťování potřeb

Proces zjišťování potřeb zahrnuje sběr a analýzu široké palety dat. **Primární data** představují data, která získáváme v rámci vlastních výzkumných šetření. Jako **sekundární data** pak označujeme všechna již dříve sebraná a uspořádaná data z různých zdrojů, které máme aktuálně k dispozici. Mezi tyto zdroje dat patří v našem případě veškeré dokumenty, které se nějakým způsobem vztahují k aktuální situaci v oblasti výskytu závislostního chování a dostupnosti či adekvátnosti různých forem péče o osoby se závislostním chováním – odborné studie a články, strategické a metodické dokumenty, zákony a vyhlášky, novinové články aj.

Provedení důkladné **analýza sekundárních dat** (nebo také sekundární analýza) je důležitou podmínkou kvalitního provedení **analýza primárních dat** (primární analýzy) a jako taková by jí mělo z velké části předcházet, už proto, že nezbytně doplňuje a specifikuje to, jak jsme si předtím obecně definovali (konceptualizovali) potřeby a další analytické kategorie. Naše výzkumné snahy nemohou začínat na zelené louce, nýbrž by měly být informovány co největším množstvím poznatků o daném předmětu zájmu. I sama o sobě ale představuje analýza sekundárních dat cenný zdroj informací, o které můžeme opírat naše závěry o potřebnosti služeb a intervencí, a neřídka jde také o zdroj jediný.

Analýzy potřeb zahrnující sběr primárních dat zadávají na úrovni krajů či ORP zpravidla krajské, resp. místní koordinátoři profesionálním výzkumným agenturám, v současnosti nejde ovšem o zvláště rozšířenou praxi. Je-li záměr provést analýzu potřeb ve smyslu výzkumného šetření přece jen vyjádřen, stále pak nemusí být na jeho realizaci uvolněny požadované prostředky ze strany krajského či místního úřadu. Za takových podmínek si pak musíme vystačit s analýzou sekundárních dat.

Podle povahy dat a jejich sběru a analýzy můžeme dále rozlišit dvě základní formy zjišťování potřeb – **kvalitativní** a **kvantitativní**. Každá z nich vychází z odlišných předpokladů, disponuje vlastními specifickými nástroji a metodami a z velké části také plní odlišné funkce ve vztahu k tvorbě sítí služeb.

Výrazně se liší už základní postup definování potřeb, popř. dalších analytických kategorií. V kvantitativním výzkumu jsou tyto kategorie pevně stanoveny na počátku výzkumu a vycházejí z určitého standardního normativního rámce a rovněž z výsledků dosavadních výzkumů v dané oblasti. V kvalitativním výzkumu se naproti tomu analytické kategorie často utvářejí v průběhu zkoumání na základě konfrontace s výpověďmi osob, které se obvykle podílejí na definování potřeb nebo potřebami přímo disponují.

Liší se také pojetí validity a reliability v obou typech výzkumu. Kvantitativní výzkum usiluje o zobecňování zjišťovaných skutečností a jejich kvantitativní vyjádření prostřednictvím testování statistické významnosti vztahů mezi těmito skutečnostmi. Proto mimo jiné velmi záleží na tom, jak velké jsou výzkumné soubory, v rámci nichž jsou zjišťovány potřeby a další jevy, a jak velké jsou populace, na které chceme zobecňovat výsledky výzkumů. Kvalitativní výzkum se na druhé straně více soustředí na obsahovou bohatost získávaných výpovědí a zpravidla není prováděn mezi výzkumnými soubory, jejichž rozsah by nám umožňoval formulovat nějaké zobecňující závěry.

Pokud jde o cíle, funkce či možnosti využití v tvorbě sítě služeb, kvantitativní údaje nám pomáhají především stanovit potřebnost, resp. požadovanou dostupnost služeb ve smyslu potřebných kapacit, místní či časové dostupnosti, zatímco kvalitativní údaje nám veskrze poskytují informace o tom, v jakých konkrétních ohledech stávající nabídka služeb odpovídá či neodpovídá potřebám cílových skupin, resp. které jejich potřeby jsou touto nabídkou saturovány a které v nějakém směru nejsou (viz Obrázek 2.1). Může jít např. o spokojenost s využívanými službami, vnímané přínosy a nedostatky těchto služeb, bariéry přístupu k těmto službám, typy služeb či intervencí, které jsou vnímány jako

potřebné, ačkoli nejsou aktuálně dostupné, ale i další, subjektivnější vyjádření nepokrytých či omezeně pokrytých potřeb.

Toto rozlišení základních cílů kvalitativního a kvantitativního zjišťování potřeb pochopitelně neplatí absolutně. Kvalitativní údaje nám mohou pomoci identifikovat specifické potřeby nejen co do jejich povahy, ale i s ohledem na potřebu navýšení kapacit určitých typů služeb. Např. omezená časová a kapacitní dostupnost rezidenčních služeb nutí klienty čekat na nástup do léčby až několik měsíců, během kterých se u nich zvyšuje riziko relapsu, představujícího kontraindikaci nástupu léčby (zdroj). Definování tohoto problému nemá původ pouze v identifikaci nepoměru mezi potřebností a aktuální dostupností služeb, ale také ve znalosti kvalitativních nuancí fáze rozvoje závislosti či stádia cyklu změny závislostního chování klienta (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1986), v rámci nichž může vynucené čekání na postup v rámci kontinua péče znamenat drastický zásah do úrovně jeho motivace či dosažené stabilizace jeho stavu a mj. významně zvyšuje riziko relapsu. Kvantitativní údaje o potřebách mohou na druhé straně ukazovat na potřebu vytvoření nového typu služby či úpravy existujících typů služeb. Např. vysoký počet úmrtí v důsledku předávkování či vysoká prevalence infekčních onemocnění mezi uživateli drog mohou představovat významný podnět pro posílení služeb snižování rizik.

Obr. 3-1: Základní schéma zjišťování potřeb



V následujících čtyřech kapitolách se věnujeme zvláště **sekundární analýze kvalitativních a semi-kvantitativních dat, sekundární analýze kvantitativních indikátorů potřeb a sběru a analýze primárních dat.**

3.1 Sekundární analýza kvalitativních dat

Na úvod zjišťování potřeb je nezbytné obeznámit se s co největším množstvím různých materiálů popisujících klíčové problémy v oblasti závislostního chování na daném území, resp. v dané populaci a rovněž aktuální podobu sítě služeb určených osobám se závislostním chováním. Mezi základní typy relevantních dokumentů patří:

- Zákony, podzákoné normy a další dokumenty vymezující institucionální a normativní rámec protidrogové politiky a systému služeb pro osoby se závislostním chováním (např. standardy kvality nebo odborné způsobilosti či podmínky dotačních řízení)
- Strategické dokumenty vydávané na centrální, krajské a místní úrovni
 - *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027* a strategie protidrogové politiky jednotlivých krajů, popř. obcí;
 - Střednědobé plány rozvoje sociálních služeb krajů a obcí
 - Koncepce rozvoje zdravotních služeb (obvykle jen na úrovni kraje);
 - místní Strategie prevence sociálního vyloučení (vztahující se především ke konkrétním lokalitám);
 - krajské a místní strategie prevence kriminality;
 - koncepce/ strategie prevence rizikového chování (obvykle na krajské úrovni).
- Výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky v krajích, případně výroční zprávy služeb
- Analýzy drogové scény, analýzy institucionálního kontextu poskytování služeb či analýzy potřeb provedené na krajské či místní úrovni
- Odborné kvalitativní týkající se závislostního chování a odborná doporučení týkající se poskytování služeb
- Metodické materiály týkající se poskytování služeb a zejména tvorby sítě služeb

Toto nezanedbatelné množství materiálů bychom se měli snažit adekvátně odfiltrovat s ohledem na jejich celkovou informační hodnotu ve vztahu k problematice závislostního chování a služeb určených osobám se závislostním chováním na daném území a zároveň smysluplně navázat jejich obsah na to, jak jsme si předběžně, obecně definovali potřeby a s nimi související analytické kategorie.

Výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky v krajích představují exemplární souhrnný zdroj informací o současné situaci na území kraje, pokud jde o výskyt a charakteristiky závislostního chování, dostupnost jednotlivých typů adiktologických služeb, koordinační a strategický rámec krajské protidrogové politiky a mechanismy a zdroje financování služeb. Velmi podobnou strukturu i obsah mají také úvodní, **analytické části strategií** (někdy také „konceptí“ nebo „plánů“) **protidrogové politiky krajů**. Chceme-li získat podrobnější informace o určitých službách na území kraje, můžeme se dále obrátit na **výroční zprávy služeb**. Chceme-li důkladněji prostudovat legislativní vymezení protidrogové politiky, můžeme nahlédnout přímo do příslušných **zákonů a podzákoných norem**. (U zpracovatele analýzy se nicméně předpokládá, že bude s relevantní legislativou již dobře seznámen.)

Obsah výročních zpráv o realizaci protidrogové politiky v krajích či analytických částí strategií protidrogové politiky bude nevyhnutelně v nějaké míře podobný obsahu analýzy, kterou máme v plánu sami provádět. Na jedné straně bychom se neměli studiem výročních zpráv nechávat příliš ovlivnit ve svém vlastním úsudku a „předporozumění“ výzkumnému terénu, na druhé straně pro nás představují nepostradatelný referenční bod, oproti kterému můžeme poměřovat, jak se změnila v čase situace na daném území.

V **návrhových částech strategií protidrogové politiky krajů** jsou v návaznosti na popis a zhodnocení současné situace formulovány strategické priority, cíle a plánovaná opatření pro další rozvoj sítě služeb. I s obsahem těchto návrhových částí bychom měli vždy nějakým způsobem pracovat, má-li naše analýza mít pro daný kraj smysl z hlediska dlouhodobého plánování krajské protidrogové politiky. Měla by být promítnuta jak do našich vlastních konečných doporučení, tak např. i do základního rámce definování potřeb, cílových skupin a potřebných služeb či intervencí či do obsahu výzkumných nástrojů (dotazníků,

rozhovorů aj.), které zamýšlíme využít v rámci sběru primárních dat. V případě, že zpracováváme analýzu jakožto externí dodavatel, je v každém případě na místě nejdříve konzultovat se zástupci kraje, jaké jsou jejich představy o tom, co by analýza měla obsahovat a jakým způsobem by měla odrážet obsah aktuálních strategických dokumentů.

V některých větších městech se setkáváme také se **strategiemi protidrogové politiky obcí**, v rámci nichž jsou obdobným způsobem formulovány cíle protidrogové politiky a konkrétní opatření, pomocí nichž má být těchto cílů dosaženo. Strategie obcí i krajů by měly zároveň v hlavních bodech odpovídat obsahu *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027*. Strategie protidrogové politiky jsou dále upřesňovány a průběžně aktualizovány v tzv. **akčních plánech**.

Ve strategických dokumentech bychom vedle strategických priorit a cílů měli dále věnovat zvláštní pozornost tomu, jak jsou definovány krajské sítě služeb. Definovaná krajská síť adiktologických nebo „protidrogových“ služeb je součástí akčního plánu nebo přímo příslušné strategie, někdy je publikována i jako samostatný dokument. Přístupy k definování této sítě se napříč jednotlivými kraji ČR výrazně liší. Se zřejmě nejucelenějšími počiny v této oblasti se dlouhodobě setkáváme v Jihočeském kraji, např. v dokumentu *Síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje na období 2015-2017*. V tomto dokumentu jsou mj. vysvětleny základní vlastnosti vytvářené sítě či logika uváděných požadavků na minimální dostupnost jednotlivých typů služeb. Na druhé straně nejsou v některých krajích sítě specificky adiktologických/protidrogových služeb vůbec explicitně definovány, nanejvýš jako součást základní krajské sítě sociálních služeb, jak je definována ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb.

Střednědobým plánům rozvoje sociálních služeb a jeho **akčním plánům** bychom nicméně měli věnovat pozornost ve všech krajích. Nadpoloviční většina adiktologických služeb je registrována jako sociální služby, tvorba a spravování sítí sociálních služeb je navíc, na rozdíl od sítí adiktologických služeb, zákonnou povinností, kterou v případě krajských sítí plní jednotlivé kraje, v případě celonárodní sítě pak MPSV.

Nepravidelně jsou na úrovni krajů a obcí realizována samostatná analyticko-výzkumná šetření zaměřená na zmapování situace v kraji, zpravidla ze strany externích dodavatelů nasmlouvaných krajem či obcí (více viz kap. 2.3). Dalším zdrojem informací mohou být různé kvalitativní studie týkající se závislostního chování. Pokud jde o normativní vymezení služeb, které chceme potenciálně zařazovat do sítě služeb, měli bychom vycházet zejména ze **Standardů odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog**, popř. z různých mezinárodních doporučení pro jednotlivé typy poskytované péče. V rámci konstruování metodologie analýzy potřeb a tvorby sítě služeb se pak můžeme inspirovat různými metodikami, které byly publikovány v této oblasti.

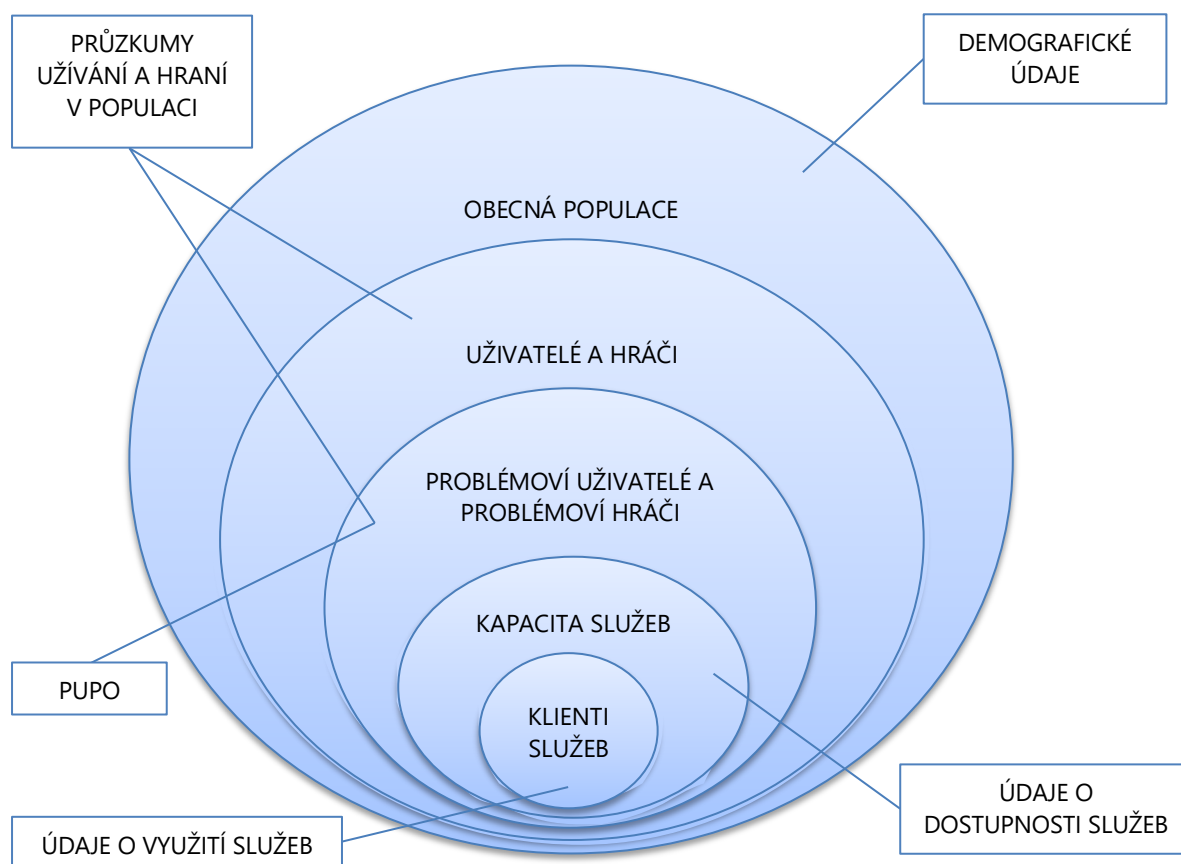
3.2 Sekundární analýza kvantitativních indikátorů potřeb

V této kapitole popisujeme základní typy kvantitativních údajů, se kterými lze pracovat v rámci analýzy potřeb. Jako výchozí rozlišovací kritérium jsme si zvolili populace, resp. cílové skupiny, které jsou typicky popisovány jednotlivými typy údajů (viz Obrázek 2-6). U každého z těchto typů údajů se snažíme zodpovědět tři základní otázky:

- > Jak jsou tyto údaje získávány?
- > Kde lze tyto údaje nalézt?
- > Co znamenají tyto údaje?

Odpověď na první z těchto otázek nabízíme v podobě popisu způsobu získávání daných údajů neboli popisu metod sběru dat. Dále vždy uvádíme klíčové zdroje sekundárních dat daného typu v rámci ČR. Mít představu o tom, co znamenají zjištěné potřeby, pak podle nás odpovídá přinejmenším znalosti základních limitů a možností využití jednotlivých typů dat a metod, které používáme.

Obr. 3-2: Typy kvantitativních údajů a populace, které popisují



(Označení jednotlivých množin odpovídají vždy kumulativnímu sjednocení dané množiny a všech množin menších než daná množina.)

> OBECNÁ POPULACE

Údaje o **velikosti obecné populace** získáváme z demografických publikací, které v ČR na národní úrovni zpracovává Český statistický úřad. Ve vztahu k užívání návykových látek a hazardnímu hraní je jsou často zohledňovány také **velikost produktivní populace**, tedy populace ve věku od 15 do 64 let, a **velikost školní populace**.

> UŽIVATELÉ A HRÁČI

Údaje o užívání návykových látek a hazardním hraní v obecné populaci získáváme zpravidla na základě různých výzkumných šetření. Tzv. **průzkumy užívání drog v populaci**, které jsou v souladu s doporučeními EMCDDA každoročně sledovány a vyhodnocovány na národní úrovni v zemích Evropské Unie (EMCDDA, 2001), sledují mj. **celoživotní, roční a měsíční prevalenci užívání drog**, tj. kolik ze zástupců obecné populace užilo v životě, posledním roce a posledním měsíci nějakou z návykových látek. U nás provádí tato šetření zejména Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (NMS).

> PROBLÉMOVÍ UŽIVATELÉ A HRÁČI

Problémové uživatele a problémové hráče zpravidla rozlišujeme podle typu zneužívané látky a podle rozsahu rizikovosti (škodlivosti) užívání. **Problémové užívání pervitinu a opioidů (PUPO)** je sledováno jako samostatný epidemiologický indikátor, **problémové užívání alkoholu, problémové užívání konopí a problémové hráčství** jsou zjišťovány v dotazníkových šetřeních pomocí speciálních škál. Problémoví uživatelé návykových látek také představují populaci nejvíce ohroženou riziky, která popisují epidemiologické indikátory **úmrť spojená s užíváním drog, mortalita problémových uživatelů drog a infekční onemocnění spojené s užíváním drog**.

> KLIENTI SLUŽEB

Údaje o počtu **klientů služeb** nazýváme zpravidla údaji o **využití služeb**. Tyto údaje můžeme získávat přímo od služeb, v rámci výzkumných šetření či na základě jejich evidence v různých databázích či registrech. V ČR funguje několik systémů vykazování – pro RVKPP, pro MPSV a sociální odbory krajských úřadů, pro zdravotní pojišťovny, pro MZ, v případě programů primární prevence úřadů také pro MŠMT. Velké výzkumné šetření zaměřené na služby realizuje každé dva roky NMS pod názvem *Sčítání adiktologických služeb*. Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD) pak eviduje epidemiologický indikátor **žádostí o léčbu**.

> KAPACITA SLUŽEB

Kapacitu služeb můžeme měřit různými jednotkami, jako jsou počet míst, počet lůžek či počet pracovních úvazků ve službách. Kapacita služeb logicky nemůže být menší než počet klientů služeb, může být však menší než počet **žadatelů o využití služby**. Rozdíl mezi počtem žadatelů a kapacitou pak odpovídá počtu žadatelů odmítnutých z kapacitních důvodů, z nichž část je zařazována na čekací listiny neboli pořadníky. Údaje o kapacitě služeb získáváme veskrze z podobných zdrojů jako údaje o počtu klientů služeb. Kapacita služeb představuje pouze jeden z rozměrů dostupnosti služeb, v rámci tvorby sítě dále uvažujeme dostupnost geografickou, místní či časovou.

Zdrojem doplňujících údajů mohou být dále různé **socioepidemiologické a kriminopidemiologické indikátory**.

Většina kvantitativních údajů, se kterými pracujeme v rámci analýzy potřeb a tvorby sítě, představuje již existující sekundární data, která jsou zpravidla sbíraná na národní úrovni. Na krajské úrovni jsou někdy prováděny nezávislé odhady počtu problémových uživatelů či dotazníková šetření, jde však spíše o výjimky. Na krajské, popř. místní úrovni jsou sbírána převážně kvalitativní primární data, která pomáhají postihnout lokální specifika.

3.2.1.1 Prevalence užívání drog a hazardního hraní v populaci

Údaje o prevalenci užívání drog a hazardního hraní se získávají pomocí průzkumů užívání drog v obecné populaci. Standardizovaná podoba těchto průzkumů představuje jeden z klíčových

epidemiologických indikátorů sledovaných na základě doporučení EMCDDA. Provádějí se běžnými sociologickými metodami, jako jsou osobní rozhovory, telefonické průzkumy či standardizované dotazníky na reprezentativním vzorku populace. Jejich smyslem je zjistit rozsah a způsob užívání drog v populaci, charakteristiky a chování uživatelů a postoje, které různé společenské skupiny zauímají k užívání drog. Provádějí se buď mezi obecnou populací, nebo v případě školních studií v tzv. rizikových věkových kohortách, nejčastěji ve věkovém rozmezí 15-19 let (ZÁBRANSKÝ, 2003, 36). Otázky by měly standardně pokrývat přinejmenším:

- Pohlaví, věk, rodinný a zaměstnanecký status
- **Celoživotní prevalenci užívání návykových látek dle jednotlivých typů**
- **Prevalenci užívání v posledním roce**
- **Prevalenci a frekvenci užívání v posledním měsíci**
- **Prevalenci užívání tabáku a alkoholu**
- Věk prvního užití konopných drog
- Názory a postoje k užívání omamných psychotropních látek

V ČR se pravidelně již od roku 1994 realizují národní i mezinárodní studie mezi obecnou a školskou populací. Realizace studií stejnou metodou opakovaně v čase umožňuje sledovat vývoj trendů a v případě mezinárodních studií také srovnání mezi jednotlivými zeměmi. Některé z těchto průzkumů sledují vedle prevalence užívání psychotropních látek také **prevalenci hazardního hraní**. V Národních výzkumech užívání látek jsou dále sledovány údaje o problémovém užívání a problémovém hráčství (více viz kap. 2.2.2.2). Přehled realizovaných studií v ČR a jejich základních charakteristik uvádíme v tabulce 3-1.

Limity

Údaje o prevalenci užívání návykových látek a hazardním hraním v populaci mají relativně omezenou hodnotu pro stanovování potřebnosti adiktologických služeb. Vztah respondentů rekrutovaných z obecné populace k nabídce těchto služeb může nabývat mnoha různých podob, které lze prostřednictvím dotazníkového šetření jen obtížně odhadnout. Např. respondenti, kteří uvádějí pravidelné užívání návykových látek či hazardního hraní v relativně malém rozsahu, mohou a nemusí být potenciálně v riziku a nelze dost dobře soudit, zda skutečně vykazují potřebu využít nabídky adiktologických služeb či zda by ji za určitých okolností využili.

Vedle toho jsou data získávaná z populačních průzkumů zatížena možným zkreslením ve smyslu podcenění i přecenění reálného stavu ze strany individuálních respondentů. V prvním případě jsou údaje podhodnocovány např. obavami respondentů z jejich zneužití (specificky zesílenými protiprávní či protispolečenskou povahou dotazovaného chování respondentů) či poplatnosti odpovědi snaze respondentů vidět se v co nejlepším světle (tzv. *self-serving bias*). Podle WHO např. často dochází k podhodnocování skutečné spotřeby alkoholu o 50-60 % (WHO, UNDCP, EMCDDA 2000, 11). V druhém případě jsou údaje nadhodnocovány tendencí některých respondentů, zejm. respondentů v mladších věkových kohortách, prezentovat se prostřednictvím svých odpovědí nonkonformně. Význam těchto zkreslení je dále závislý na kulturně-sociálním prostředí, ve kterém je průzkum prováděn, zejm. míře společenské tolerance, resp. stigmatizace užívání návykových látek (Zábranský 2003, 36).

Také jde většinou o data málo lokálně specifická. Průzkumy v obecné populaci jsou v České republice převážně prováděny na celonárodní úrovni, chceme-li z nich tedy usuzovat na potřebnost služeb v jednotlivých krajích a dalších menších územních celcích, nezbyvá nám, než tato data průměrovat a tedy předpokládat stejnou prevalenci zjištěných jevů napříč celým územím ČR. Z čistě výzkumného hlediska je takový postup nemyslitelný, přesto byl již mnohokrát v minulosti v rámci plánování služeb uplatněn.

Možnosti využití pro tvorbu sítě služeb

Průzkumy v obecné populaci umožňují sledovat obecné trendy, pokud jde o prevalenci užívání návykových látek a hazardního hraní, vzorce užívání či zasažené cílové skupiny (EMCDDA, 2009). Mohou nám tak např. posloužit jako doklad toho, že nějaký jev je relativně široce rozšířen, není tedy důvod se domnívat, že právě v „našem“ městě nepředstavuje významný problém a týká se jen marginálních skupin obyvatel. Nedávají odpověď na otázku *kolik a jakých služeb kde* postavit, ale dávají poměrně jednoznačnou odpověď na otázku, zda ano, či ne. Např. na národní úrovni by rostoucí tendence k užívání léčiv na bázi opioidů v běžné populaci měla vést k debatě nad úpravou jak kapacit, tak například provozních standardů substituční léčby či jejího legislativního rámce, popř. úpravy legislativního rámce distribuce léčiv tohoto typu.

Skutečnost, že tyto informace získáváme mezi obecnou populaci, má své výhody i nevýhody. Za výhodu lze považovat, že tímto způsobem můžeme zasáhnout i tzv. skrytou populaci, tj. část populace, která nevyužívá adiktologické služby, přesto však u nich může existovat potřeba využití těchto služeb či nějaké formy řešení závislostního či rizikového chování. Nevýhodou je, jak už jsme naznačili výše, že tyto potřeby lze vždy pouze předpokládat – nejsou tím, na co se ptáme (tedy nejsou „pocítovanými“ potřebami) a nejsou ani empiricky vyjádřeny využíváním adiktologických služeb. Zůstávají tedy převážně „normativními“ potřebami, konstruovanými na základě odborných předpokladů v intencích existujícího právního a institucionálního rámce, uplatněných v rámci dotazníkového šetření.

I v této podobě mohou nicméně poskytovat užitečné informace – např. v ČR jsou součástí průzkumů mezi obecnou populací i škály měřící problémové užívání tabáku, alkoholu či konopí, popř. problémové hráčství, které představují již relativně komplexní informace o povaze potenciálních potřeb respondentů (více viz kapitola 2.1.2). Někteří autoři dále uvádějí, že populační průzkumy mají zvláštní význam ve vztahu k preventivně zaměřeným službám – mohou např. poskytovat údaje o efektivitě programů primární prevence či poskytovat podněty pro změny v obsahu a zacílení primární prevence (ZÁBRANSKÝ, 2003, 37).

PŘÍKLAD

Ve výzkumné zprávě Prevalence užívání drog v populaci ČR 2017 jsme dohledali údaj o užití heroínu nebo jiných opioidů v posledních 12 měsících u 0,2 % obecné populace ČR. Tento údaj vypovídá o tom, že užívání opioidů představuje celorepublikově problém, který by měl být podchycen odpovídající, maximálně dostupnou péčí, v současnosti zejména službami poskytujícími substituční léčbu. Na druhé straně z něj nemůžeme automaticky vyvozovat závěr, že bychom měli např. na spádovém území o 30 000 obyvatelích zajistit službu substituční léčby pro 0,2 % těchto obyvatel, tedy cca. 60 osob. Jednak nemusí být právě v dané spádové oblasti užívání opioidů zvláště rozšířené, jednak nelze u těchto uživatelů automaticky předpokládat potřebu či ochotu využívat příslušnou intervenci v podobě standardního substitučního programu.

Není jednoduché odhadnout, kolik z citovaných 60 osob bude ochotno využít služby standardně koncipovaného substitučního centra, ale patrně by se v tomto případě jednalo spíše o jednotky osob. To ovšem neznamená, že bychom měli na potřeby těchto osob rezignovat s poukazem, že by zřízení standardizované služby substitučního programu nebylo efektivní. Spíše bychom měli hledat ekonomičtější variantu, například zajistit dostupnost substituce poskytované kvalifikovaným lékařem, s tím, že sociální složka programu by byla zajištěna jinou adiktologickou službou.

Tabulka 3-1. Průzkumy užívání drog v obecné populaci prováděné v ČR

	Národní výzkum užívání látek	Prevalence užívání drog v populaci ČR	Výzkum názorů a postojů občanů ČR k otázkám zdravotnictví a problematice zdraví	The Health Behavior in School-aged Children (HBSC)	Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)
Realizace	2008, 2012, 2016	Každoročně od r. 2011	2016	Ve 4letých intervalech od r. 1994	Ve 4letých int. od r. 1995
Výběrový soubor	Populace starší 15 let	Populace starší 15 let	Populace starší 15 let	11, 13 a 15 let (žáci 5., 7. a 9. tříd základních škol)	16 let (žáci 9. tříd základních škol/1. ročníků středních škol)
Způsob výběru	Třístupňový stratifikovaný náhodný výběr	Kvótní výběr z hlediska věku, pohlaví, vzdělání, kraje a velikosti místa bydliště	Kvótní výběr z hlediska věku, pohlaví, vzdělání, kraje a velikosti místa bydliště	n/a	n/a
Rozsah výběru	3 601 respondentů (2016)	1 040 respondentů (2016)	1 841 respondentů (2016)	14 136 respondentů (2014)	6 151 respondentů (2015)
Způsob sběru dat	Osobní rozhovory s využitím papírového dotazníku	Osobní rozhovory s využitím počítače	Osobní rozhovory s využitím počítače	Písemné dotazování	Písemné dotazování
Okruhy otázek	Prevalence užívání legálních i nelegálních návykových látek (celoživotní/roční/měsíční) Škály problémového užívání tabáku, alkoholu a konopných látek (HSI, CAGE, CAST) Hazardní hraní a problémové hráčství Subjektivní vnímání dostupnosti drog a rizik spojených s jejich užíváním	Prevalence užívání nelegálních návykových látek (celoživotní/roční/měsíční)	Prevalence užívání nelegálních návykových látek (celoživotní/roční/měsíční) Hazardní hraní a problémové hráčství Postoje obyvatel k drogám	Stravovací zvyklosti, pohybová aktivita a trávení volného času Kouření tabáku Pití alkoholu Užívání konopných látek (u patnáctiletých) Sexuální chování (u patnáctiletých)	Prevalence užívání legálních i nelegálních návykových látek Prevalence hraní hazardních her Otázky týkající se duševního zdraví

3.2.1.2 Problémové užívání návykových látek a problémové hráčství

Problémové užívání drog (dále „PUD“) a problémové hráčství jsou sledovány pomocí dvou základních metod – matematického modelování a dotazníkových škál. První z těchto metod je používána pro odhady prevalence problémového užívání opioidů a stimulantů, dotazníkové škály měří mj. problémové užívání alkoholu a konopí či problémové hráčství.

3.2.1.2.1 Odhady prevalence problémového užívání opioidů a stimulantů

Rozsah problémového užívání opiátů a stimulantů nelze spolehlivě zjistit žádnými přímými metodami – problémoví uživatelé jsou charakteristicky obtížně dosažitelní a mají tendenci své užívání skrývat. Nadto je prevalence problémového užívání v obecné populaci obvykle natolik nízká, že stěžejně přesahuje oblast statistické chyby přímých metod (např. v Evropě je to 0,5-1 %). Pro odhady prevalence problémového užívání se proto používá matematické modelování (ZÁBRANSKÝ, 2003, 38).

Mezi nejpoužívanější metody odhadů PUD patří multiplikační metody, metoda zpětného záchytu či metoda multivariantních indikátorů. **Multiplikační metody** spočívají ve zjištění velikosti definované podskupiny populace PUD, zjištění poměru mezi velikostí základní populace PUD, z níž byla podskupina vybrána, a velikostí podskupiny, a vztahení tohoto poměru na populaci PUD v širším (např. krajském či národním) měřítku. Tento poměr vyjadřuje korekci počtu PUD vzhledem k předpokládané existenci tzv. skryté populace uživatelů, která není v kontaktu se službami a nelze ji tak spolehlivě evidovat. Velikost definované podskupiny populace PUD je zjišťována na základě dat o skupině PUD využívající adiktologické služby, policejních dat o kontaktovaných uživateli či dat o mortalitě PUD. **Metoda zpětného záchytu** využívá kombinaci dat z různých zdrojů (jako jsou ty uvedené výše), identifikuje překryvy počtu uživatelů podle jednotlivých zdrojů a vypočítává velikost skryté populace pomocí loglineárního modelu. **Metoda multivariantních indikátorů** pracuje s kombinací různých indikátorů, za kterými hledá latentní proměnnou, odvozenou na základě vícerozměrné statistické metody, tzv. analýzy hlavní komponenty (ZÁBRANSKÝ, 2003, 38-9).

V ČR je od r. 2012 každoročně prováděn národní odhad problémových uživatelů pervitinu a opioidů (PUPO)¹¹ multiplikační metodou. Tento odhad vzniká jako výpočet podílu velikosti známé populace uživatelů pervitinu a opioidů v kontaktu s nízkoprahovými programy v daném kalendářním roce a hodnoty multiplikátoru¹². Hodnota multiplikátoru vyjadřuje podíl skryté populace PUPO na celkové populaci a umožňuje korigovat zjištěné údaje o počtu PUPO v kontaktu s nízkoprahovými programy.

„Respondent (klient programu) je požádán, aby odpověděl na následující otázky: ‚Kolik uživatelů drog, které znáte blíže a máte s nimi osobní kontakt, pravidelně a dlouhodobě užívá pervitin a/nebo opioidy (...)? A ‚Kolik z nich bylo během posledních 12 měsíců alespoň jednou v kontaktu s jakýmkoliv kontaktním centrem nebo terénním programem?‘. Multiplikátor je pak vyjádřen jako vážený průměr podílu obou hodnot, kdy odpověď na druhou otázku je v čitateli a odpověď na první otázku ve jmenovateli (upravený tak, aby zohledňoval respondenta jako uživatele v kontaktu). Váhou je relativní velikost sociální sítě respondenta (faktor vypočtený jako počet respondentových známých dělený průměrným počtem známých).“ (MRAVČÍK ET AL., 2016, 93).

3.2.1.2.2 Odhady prevalence problémového užívání alkoholu a konopných látek a problémového hráčství

Problémové užívání alkoholu a konopných látek jsou monitorovány prostřednictvím dotazníkových šetření. Pro jejich měření jsou užívány různé škály, v rámci ČR jde zejm. o škály CAGE, ASC a CAST.

Škála CAGE sestává ze čtyř otázek:

1. Cítí/a jste někdy potřebu svoje pití omezit?
2. Podráždilo Vás někdy, když druzí kritizovali Vaše pití alkoholu?

¹¹ Ve výroční zprávě o stavu ve věcech drog v r. 2019 je tato cílová populace nově označována jako „lidé užívající drogy rizikově“ (LDR) (MRAVČÍK ET AL., 2020)

¹² V r. 2015 byla hodnota multiplikátoru vypočítána na základě výsledků dotazníkové studie mezi klienty nízkoprahových kontaktních center (MRAVČÍK ET AL., 2016)

3. Měl/a jste někdy kvůli Vašemu pití alkoholu pocit viny?
4. Měl/a jste někdy potřebu pít alkohol hned po ránu, abyste se uklidnil/a nebo zbavil/a kocoviny

„Možné odpovědi na otázky jsou „ano“ (1 bod) a „ne“ (0 bodů), výsledné skóre vzniklé jejich součtem tak může nabývat hodnoty 0–4 body, přičemž alespoň 1 pozitivní odpověď indikuje rizikovou konzumaci alkoholu (tzv. risky drinking) a 2 nebo více bodů naznačují vysoké riziko škodlivého pití škodlivého pití alkoholu (tzv. harmful drinking).“ (MRAVČÍK ET AL., 2017, 81).

Nežádoucí *sociální* dopady konzumace alkoholu zjišťuje škála ASC (Adverse Social Consequences scale), která sleduje dopady na rodinný život/manželství, přátelské vztahy/sociální život, práci nebo stadium, zdraví, finance a případné konflikty se zákonem.

Tyto škály je možné zkombinovat, což provedli také autoři Národního výzkumu návykových látek 2016. Procento populace v riziku problémového užívání alkoholu v ní nakonec souhrnně definovali jako **procento respondentů, kteří uvedli konzumaci alkoholu v posledních 12 měsících a vykázali známky rizika jak na škále CAGE, tak na škále ASC**, což bylo v r. 2016 12,3 % populace (MRAVČÍK ET AL., 2017, 105).

Rizikové užívání alkoholu lze dále měřit sledováním denní prevalence konzumace alkoholu či prevalence častého pití nadměrných dávek alkoholu (tj. konzumaci 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti s frekvencí alespoň jednou týdně nebo častěji)(ibid., 106).

Pro hodnocení výskytu intenzivního užívání konopných látek v populaci se používá škála ČÁST. Ta se skládá z 6 otázek, hodnotících na kontinuu od 0 (nikdy) do 4 (velmi často), zda v posledních 12 měsících respondent

- užil marihuana nebo hašiš před polednem
- užil marihuana nebo hašiš, když byl sám/sama
- zaznamenal v souvislosti s užíváním problémy s pamětí
- vyslechl od přátel či rodinných příslušníků, že by měl užívání omezit
- neúspěšně se pokusil užívání omezit nebo s ním přestat
- měl kvůli užívání problémy (hádky, rvačka, nehoda, špatné výsledky ve škole aj.)

Výsledek 3–6 bodů z celkových 24 bodů značí mírné riziko, 7 a více pak vysoké riziko v souvislosti s užíváním konopí (MRAVČÍK ET AL., 2017, 107).

Odhady výskytu problémového hráčství v ČR jsou podle *Výroční zprávy o hazardním hraní v ČR v roce 2015* k dispozici od r. 2012 a jsou prováděny standardními nástroji a srovnatelnými metodami. Problémové hráčství je zjišťováno především pomocí 2 screeningových nástrojů: škály Lie/bet a škály PGSI (Problem Gambling Severity Index)(Mravčík et al., 2017, 104).

Škála Lie/bet zahrnuje dvě otázky:

1. Musel/a jste někdy lhát lidem, kteří jsou pro Vás důležití, o tom, jak moc hrajete?
2. Cítil/a jste někdy potřebu hrát za více a více peněz?

Kladná odpověď na alespoň jednu z těchto otázek indikuje riziko problémového hráčství, dvě kladné odpovědi vysoké riziko (MRAVČÍK ET AL., 2017, 105).

Škála PGSI sestává z 9 otázek na hraní hazardních her v posledních 12 měsících:

1. Vsadil/a jste někdy více peněz, než jste si mohl/a dovolit prohrát?
2. Potřeboval/a jste hrát se stále větším obnosem peněz, abyste dosáhl/a požadovaného vzrušení?
3. Vrátil/a jste se hned druhý den, abyste vyhrál/a zpět prohrané peníze?
4. Měl/a jste pocit, že by vám hraní mohlo způsobovat problémy?
5. Způsobilo vám hraní nějaké zdravotní problémy, včetně stresu nebo úzkosti?

6. Kritizovali někdy jiní lidé vaše hraní, nebo vám říkali, že máte s hraním problém, ať už to byla podle vás pravda, nebo ne?
7. Způsobilo vám nebo vaší rodině hraní nějaké finanční problémy?
8. Cítil/a jste někdy vinu nad tím, že hraje, nebo nad tím, jaké má vaše hraní následky?
9. Půjčil/a jste si peníze na hru nebo jste prodal/a nějaký majetek, abyste získal/a peníze na hru?

Respondenti odpovídají na tyto otázky na škále 0 (nikdy) až 3 (téměř vždy). 1-2 body z celkových 27 značí nízké riziko v souvislosti s hazardním hraním, 3-7 bodů střední riziko, 8 a více bodů vysoké riziko, tedy riziko patologického hráčství s negativními dopady a ztrátu kontroly.

Výše uvádíme škály, které se v rámci ČR nejčastěji používají v dotazníkových šetřeních zaměřených na užívání drog a hazardní hraní. Existuje nicméně množství dalších nástrojů měření problémového nebo rizikového užívání drog či problémového hráčství. Významná část z nich vychází z diagnostických kritérií, jak je vymezuje MKN-10 či DSM-IV a DSM-V (SAMET ET AL., 2007, 19).

Limity

Indikátory problémového užívání pervitinu a opioidů představují epidemiologické odhady a jejich interpretace do značné míry závisí jednak na volbě konkrétní metody (volba multiplikační metody např. zvyšuje riziko nezachycení překryvů mezi údaji z různých zdrojů, se kterými se lépe vypořádává např. metoda zpětného záchytu), jednak na variabilitě výskytu PUD napříč různými lokalitami, nepostížitelné zobecňujícím matematickým modelem.

Indikátory rizikového a škodlivého užívání alkoholu, problémového užívání konopí a problémového hráčství jsou zjišťovány pomocí dotazníkových šetření, tedy na základě *self-reportingu*, platí pro ně tedy obdobná rizika zkreslení, která jsme uvedli u průzkumů užívání návykových látek a hraní hazardních her v obecné populaci. Tato zkreslení jsou nicméně do nějaké míry korigována uspořádáním otázek do škál, zohledňujících současně více rozměrů téhož jevu a „rozptylujících“ mezi ně riziko zkreslení.

Možnost využití pro tvorbu sítě služeb

Prevalenční údaje o problémovém, rizikovém či škodlivém užívání návykových látek, popř. problémovém hráčství mají pro nastavení sítě služeb nezastupitelný význam. Dávají nám informaci o aktuálním rozsahu jevů, které s nezanedbatelnou pravděpodobností indikují aktuálně nepokrytou potřebu využití adiktologických služeb ve skryté populaci (v případě problémového užívání pervitinu a opioidů) či obecné populaci (v případě indikátorů zjišťovány prostřednictvím dotazníkových šetření), tedy nepokrytou potřebu, kterou nelze zachytit pomocí údajů o části populace, která se již rozhodla tyto služby vyhledat, tedy údajů o využití služeb.

Jak ukazuje praxe poskytování adiktologických služeb, údaje o PUPO většinou do značné míry odpovídají realitě. Jsou využitelné především pro nastavení kapacit nízkoprahových služeb, ale také pro vytvoření náhledu na jejich efektivitu nebo kvalitu¹³. Je však třeba současně zohlednit další faktory, zejména místní dostupnost služeb (více viz kap. 2.1.2.6).

Jak údaje o PUPO, tak prevalenční údaje o problémovém užívání či problémovém hráčství získané prostřednictvím dotazníkových šetření nám dále v kombinaci s údaji o využití služeb mohou poskytnout informaci o aktuálním rozsahu ne/pokrytí potřeb službami, např. v podobě indexu mezery ve využití služeb (více viz kap. 2.3.3).

PŘÍKLAD

¹³ Kvalitou je v tomto kontextu míněno, že služby umějí (potenciální) klienty motivovat k jejich využívání, jsou pro ně „přitažlivé“, odpovídají jejich potřebám, pochopitelně při souběžném udržení odpovídající odborné úrovně.

Ve městě s 50 000 obyvateli je plánováno otevření adiktologické ambulantní služby určené výhradně klientům, kteří mají problém s hazardním hraním. V rámci úvah nad vhodnou kapacitou této služby chce krajská koordinátorka protidrogové politiky nejprve odhadnout rozsah výskytu problémového hráčství na území města. Jelikož neexistují žádné takové údaje, které by byly reprezentativní z hlediska města nebo alespoň kraje, rozhodne se nakonec vyjít z celonárodních čísel, získaných v rámci Národního výzkumu užívání látek 2016. Podle něj dosáhlo na škále Lie/Bet 2,4 % obecné populace skóre +1, které již značí signifikantní riziko. Z tohoto údaje pak koordinátorka odvodila, že na území města se může vyskytovat přibližně 1200 problémových hráčů.

3.2.1.3 Úmrtí spojená s užíváním drog a mortalita problémových uživatelů

Tento indikátor se skládá ze dvou komponent. První z nich představuje údaje o úmrtích přímo způsobených návykovými látkami, vycházející z celonárodních statistik, druhý pak míru mortality mezi PUD.

Ve srovnání s dosud uvedenými indikátory poskytuje tento indikátor relativně jednoznačnější informaci o škodách působených užíváním návykových látek, a to jak mezi uživateli evidovanými v rámci sítě služeb, tak mezi skrytou populací. Indikátor umožňuje identifikovat zvláště rizikové vzorce užívání a míru jejich závažnosti, a to nejen v souvislosti s dlouhodobě podchycovanými riziky např. injekčního užívání návykových látek, ale také některými aktuálními riziky, plynoucími např. ze zvýšeného výskytu atypických forem návykových látek v populaci. To se týká např. standardní praxe dealerů návykových látek „ředit“ vlastní zboží dalšími rizikovými látkami (extáze či kokain obsahující metamfetamin, anti-parazitika a další příměsi) a distribuce drog s nestandardně vysokou koncentrací účinné látky („příliš kvalitní“ heroin či kokain, zvyšující riziko předávkování) či obsahem látek o málo známých účincích a často mimořádné nebezpečnosti (fentanyl či některé z tzv. nových psychoaktivních látek).

V ČR je zdrojem údajů o mortalitě spojené s užíváním drog Národní registr pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství (NRPATV), který spravuje Ústav zdravotnické informatiky a statistiky České republiky (ÚZIS ČR)(MRAVČÍK ET AL., 2016, 163). Od roku 2001, kdy byla realizována studie Projekt analýzy dopadů (ZÁBRANSKÝ ET AL., 2001), disponuje ČR sjednocenou metodikou v oblasti dat o drogové mortalitě (MIOVSKÝ, 2001, 7).

Limity

Pro systémové plánování služeb má tento indikátor relativně omezenou hodnotu, danou obvykle relativně malým podílem úmrtí na celkové populaci rizikových uživatelů. Jinak jej lze považovat za zřejmě nejspolehlivější ze všech pěti klíčových indikátorů – vychází z empirické evidence jevu, který je relativně velmi dobře zachytitelný a který vypovídá jak o populaci klientů služeb, tak o skryté populaci uživatelů.

Možnosti využití pro tvorbu sítě služeb

Zvýšený výskyt úmrtí spojených s užíváním drog může představovat důležitý podnět pro změny v systému služeb zaměřených na snižování rizik. Schematicky můžeme rozlišit tři úrovně těchto změn – úpravu existujících služeb, etablování nových typů služeb a změnu celého systémového rámce protidrogové politiky.

Úprava existujících služeb může mít podobu rozšíření okruhu intervencí, které služby nabízejí, distribuce specifického materiálu (pro uživatele opioidů typicky naloxonu), změny ve strategii poskytování služeb (např. zvýšení důrazu na informování klientů o bezpečnějších vzorcích užívání) aj. Důležité může být také zvýšení důrazu na vyhledávání nové klientely, s menší zkušeností s užíváním¹⁴.

¹⁴ Podle informací z města Frankfurt n. Mohanem (představitel městské policie) byli typickými oběťmi právě v době boomu smrtelných předávkování „nezkušené venkované“, nově přichozí obyvatelé menších měst z celého regionu, kteří si přišli „užít“ a chyběly jim zkušenost a přehled dlouhodobých místních uživatelů

Nelze-li akutní potřeby spojené s nárůstem úmrtí adekvátně uspokojit nabídkou existujících služeb, můžeme se pokusit prosadit **nové typy služeb**, specificky zacílené na tyto potřeby. Významným typem služby jsou v tomto kontextu zejména aplikační místnosti, které nabízejí bezpečné, hygienické prostředí pro aplikaci drog pod dohledem lékařských odborníků. Aplikační místnosti opakovaně prokázaly svou schopnost dostat uživatele z ulice, dostat je do kontaktu s pomáhajícími profesemi a snižovat rizika spojená s užíváním drog, včetně úmrtí v důsledku předávkování. Dalšími relativně novými typy služeb a programů, které např. zdaleka nenajdeme ve všech evropských zemích, jsou služby snižování rizik v prostředí noční zábavy či distribuce naloxonu mezi uživatele opiátů či profesní skupiny, které s nimi přichází do styku (městská nebo státní policie apod.). V ČR také funguje systém včasných výstrah před nebezpečnými látkami¹⁵.

Zvláště závažná situace si nakonec může žádat i radikální **změnu systémového rámce** a/nebo převažujícího paradigmatu určujícího způsob řešení problematiky užívání návykových látek (více viz PŘÍKLAD).

PŘÍKLAD

Ve městě Frankfurt nad Mohanem dosahovaly koncem 90. let počty úmrtí v důsledku předávkování návykovými látkami úroveň až stovek případů ročně. V kontextu tohoto katastrofálního vývoje bylo město nakonec z podnětu občanů a místní policie donuceno vymyslet jiný způsob řešení problematiky užívání návykových látek než prostřednictvím vymáhání práva. Tento princip jako vůdčí a v podstatě jediný uplatňovaný zjevně selhal – nedokázal zabránit škodám na lidských životech a zdraví (vedle přibývajících úmrtí došlo i k vysokému nárůstu případů HIV/AIDS či masivní přidružené kriminality včetně násilné kriminality atd.). Přímým důsledkem této situace byl nejen vznik řady nových služeb orientujících se spíše na přístup snižování škod, ale také transformace celého systému a jeho ústředních principů. Heslem protidrogové politiky města Frankfurt nad Mohanem bylo vcelku symptomaticky „Pomoc k přežití“. Nový přístup byl úspěšný, v období po zavedení nového přístupu (nové služby) se úmrtí snížila průměrně cca o 4/5, na úroveň cca 30 případů ročně. To je oproti „vrcholu“ předchozích let (147 osob v roce 1991) skutečně významný posun.

3.2.1.4 Infekční onemocnění spojené s užíváním drog

Tento indikátor zjišťuje prevalenci infekčních onemocnění spojených s užíváním drog u injekčních uživatelů drog (IUD), tj. osob s celoživotní prevalencí injekčního užívání drog pro neléčebné účely. V ČR sleduje výskyt infekčních onemocnění Státní zdravotní ústav Praha (SZÚ). NMS pak každoročně provádí průzkum mezi nízkoprahovými programy mapující „dostupnost testování, počty a výsledky provedených testů a základní charakteristiky klientů“ (MRAVČÍK ET AL., 2016, 151).

V praxi pochází téměř všechna data o IUD od aktivních uživatelů, kteří jsou v kontaktu s drogovými službami, uvažuje se nicméně o rozšíření standardních datových souborů o „nedávné IUD“, tj. o ty, kteří injekční užívali drogu alespoň jednou v posledním roce. Mezi hlavní sledovaná infekční onemocnění patří infekce HIV, hepatitidy B (HBV) a hepatitidy C (HBC). Tato data poskytují informace o prevalenci jednotlivých infekčních onemocnění v populacích IUD a jejich klíčových podskupinách a o jejím vývoji v čase. Slouží zejm. jako podklad pro stanovování priorit preventivních opatření proti dalšímu šíření infekčních chorob v populacích IUD, popř. mezi obecnou populací.

Limity

Základní omezení tohoto indikátoru vyplývá z jednoduché skutečnosti – jako nakažený může být identifikován pouze ten, kdo se podrobí příslušnému testování. Testování na infekční onemocnění je při tom vždy dobrovolné, nanejvýš podmiňuje poskytnutí určitých intervencí jakožto součást komplexního lékařského vyšetření. Z dostupných údajů tak vypadávají jednak klienti služeb, kteří nemají zájem nechat se testovat, popř. pro ně nejsou dostupné služby nabízející testování, jednak zástupci skryté populace uživatelů, kteří vůbec nepřijdou do styku se službami. Navíc lze předpokládat,

¹⁵ Např. v minulosti varování před heroinem kontaminovaným sněhí slezinnou

že služeb testování nebudou využívat ti, kteří mají dlouhodobě pozitivní nález, ale naopak spíše ti, kteří byli dosud negativní (MRAVČÍK ET AL., 2016, 152).

Dalším limitem může být okolnost, že vlastní léčba bývá dostupná jen pro některé uživatele, liší se podle regionu a charakteristik cílové skupiny apod. Proč by se vlastně měl uživatel NL nechat testovat, když z okolí ví, že se do léčby stejně nedostane. Situace v oblasti dostupnosti léčby HCV se ovšem v poslední době dramaticky mění, a zdá se, že k lepšímu. Ale z tohoto příkladu lze vzít v potaz aspoň pravidlo, že i uživatelé NL se umí chovat pragmaticky a mnohdy se jim nechce dělat věci, které pro ně mají minimální přínos.

Možnosti využití pro tvorbu sítě služeb

Evidence výskytu infekčních onemocnění mezi populací uživatelů návykových látek má rozhodující význam pro plánování nízkoprahových služeb zaměřených na snižování rizik. V rámci ČR jde zejm. o služby nabízející výměnu injekčního materiálu, riziko nákazy však představují i jiné formy užívání (např. šňupání), popř. rizikové sexuální chování pod vlivem návykových látek (tzv. *chem-sex*), které v některých zemích představuje hlavní zdroj šíření infekčních onemocnění mezi populací uživatelů. Vypukne-li v dané lokalitě epidemie, identifikování ohniskové populace je jasným podnětem pro cílené směřování služeb snižování rizik na tuto populaci.

I zde platí podobná hierarchie možných reakcí, kterou jsme popsali u předcházejícího indikátoru. Zvýšený výskyt infekčních onemocnění může být podnětem k **úpravě existujících služeb**, tj. ke změnám v režimu poskytování služby, navýšení jejich kapacit, zavedení nových postupů a strategií, rozšíření testování na infekční onemocnění či distribuci léčivých přípravků, jsou-li efektivní (desinfekce). Jak jsme uvedli již výše, **nové typy služeb**, jako jsou například aplikační místnosti, mohou sloužit mimo jiné jako prevence nákazy infekčními onemocněními. Řešením mohou být také specifické, jednorázové intervence, například realizace plošné vakcinace. I v souvislosti s infekčními onemocněními pak byla v minulosti uplatněna **změna systémového rámce** protidrogové politiky, resp. jeho posun směrem k přístupu snižování škod. Jední z klíčových podnětů pro jeho rozvinutí byla „epidemie“ HIV/AIDS v 80 letech minulého století, kdy dosavadní konvenční, standardní systémy ochrany veřejného zdraví nedokázaly tuto situaci řešit dosud uplatňovanými konvenčními přístupy.

PŘÍKLAD

V období od srpna 2014 do dubna 2016 byl Karlovarský kraj zasažen epidemií akutní virové hepatitidy A (VHA). Z celkových 227 nemocných odob bylo 94 uživatelů drog, převážně injekčních uživatelů pervitinu (41 %) a 33 bez přístřeší (15 %). Krajská hygienická stanice zajistila z MZ ČR očkovací látku rodinným příslušníkům a osobám v riziku nákazy v dětských kolektivech, nikoli však právě uživatelům drog a osobám bez přístřeší poskytována, a to se zdůvodněním, že jsou obtížně dohledatelní. Při hledání nemocných mezi drogově závislými a osobami bez přístřeší byla nakonec navázána spolupráce s neziskovou organizací KOTEC, v rámci níž se podařilo dohledat řadu nemocných a izolovat je na infekčním oddělení. Pro tyto skupiny populace byl dále vytvořen leták informující o problematice VHA, který byl distribuován pracovníky organizace KOTEC (KRAJSKÁ HYGIENICKÁ STANICE KARLOVARSKÉHO KRAJE, 2016).

3.2.1.5 Údaje o využití služeb

Můžeme rozlišit tři okruhy údajů o využití služeb podle toho, odkud tyto údaje pocházejí – údaje získávané přímo od poskytovatelů služeb, údaje o žádostech o léčbu, jejichž zdrojem jsou celonárodní registry, a údaje získávané prostřednictvím výzkumných šetření.

3.2.1.5.1 Údaje získávané přímo od poskytovatelů služeb

Poskytovatelé služeb jsou zpravidla vůči zadavatelům a finančním donorům služeb v různé míře vázáni požadavkem pravidelně vykazovat svou činnost. Tyto údaje představují základní zdroj informací o tom, jak je potřeba konkrétních služeb saturována jejich aktuálními kapacitami. V ČR existuje

v současnosti několik systémů vykazování: pro RVKPP, pro zdravotní pojišťovny, pro MPSV či pro kraje a obce. Samostatný systém se uplatňuje také u projektů financovaných z Operačního programu Zaměstnanost Evropského sociálního fondu. Tato nesjednocenost představuje významnou překážku ustavení jednotné informační základny údajů o využití a služeb a má za následek mnohá dílčí, ale mnohdy i zásadní nedorozumění, záměny výkonů, posuny v chápání definic apod., Pro samotné služby pak tato situace představuje zbytečnou administrativní zátěž navíc. Pro účely tvorby sítě lze doporučit využívat přednostně monitorovací systém RVKPP, který byl nastaven za intenzivní spolupráce s odbornou veřejností a pracuje se souborem údajů, který se v současnosti jeví jako nejkompaktnější a nejadektivnější vzhledem k odborné specializaci adiktologických služeb.

Speciální standardy odborné způsobilosti RVKPP ukládají jednotlivým typům specializovaných adiktologických služeb sledovat soubor údajů o využití kapacity služby, úspěšnosti léčby či návaznosti na další typy služeb. Pro služby jsou nicméně závazné především údaje, které poskytují v rámci podávání žádosti o dotace od RVKPP, v podobě závěrečných zpráv o činnosti služeb. Závěrečné zprávy dále obsahují údaje o kapacitní dostupnosti služeb, konkrétně o počtu míst či lůžek v zařízení, počtu pracovníků ve službě a počtu přepočtených pracovních úvazků (v přímé i nepřímé péči), kterými disponují. Přehled všech nejdůležitějších údajů uvádí **Tabulka 2.8**.

Služby dále zpracovávají závěrečné zprávy i pro další subjekty na krajské či místní úrovni. Ze závěrečných zpráv, které služby dodávají krajům, zpracovávají pro RVKPP souborné závěrečné zprávy krajské protidrogové koordinátory, kteří v nich uvádějí mj. základní údaje o počtu služeb a jejich kapacitách na území kraje.

Tabulka 3-2: Údaje vykazované službami certifikovanými podle Standardů odborné způsobilosti RVKPP

Indikátory	Využití kapacity služeb	Kapacitní dostupnost	Návaznost na další služby
<i>kvantitativní</i>	Počet klientů/pacientů	Počet pracovníků	Počet doporučení do dalších zařízení (TP, A, KSUL, TPRK)
	Počet kontaktů	Počet prac. úvazků	
	Počet prvokontaktů		Procento pacientů pokračujících v další léčbě (D)
	Počet výkonů		
	Naplnění kapacity programu	Kapacita (počet míst)	Počet doporučení do dalších zařízení/četnost úspěšně dokončených léčebných plánů
	Vytíženost programu		
	Využití lůžkové kapacity	Počet lůžek	
	Počet vyměněných stříkaček		Počet pacientů pokračujících v další léčbě/počet pacientů, kteří program dokončili
	Využívání jednotlivých typů služeb (TP)		
	Návštěvnost otevř. skup. forem práce (ASP, RPTK)		
	Čekací doba		
<i>kvalitativní</i>	Struktura klientů/pacientů		Struktura doporučení do dalších zařízení (KSUL, RPTK)
	Struktura kontaktů		
	Struktura výkonů		
	Kvalita kontaktů (ASV)		

Limity

Údaje o využití služeb nejsou výsledkem nezávisle zpracovávaných odborných studií, nýbrž souborem dat, za jejichž validitu a reliabilitu ručí samotní poskytovatelé služeb, tj. ti, kteří jsou přímo zapojeni do činnosti, o kterých tato data vypovídají. Zkreslení, které tak nevyhnutelně vzniká, se dále prohlubuje s ohledem na to, jakým účelům může vykazování těchto dat sloužit – mnohé údaje nejsou sledovány pouze za účelem monitoringu, ale také jako podklad pro vyhodnocování efektivity služeb či adekvátnosti jejich nakládání s přidělenými finančními prostředky. Poskytovatelé služeb mají v takovém případě zcela oprávněný zájem zajistit si optimální postavení v síti služeb či optimální množství finančních prostředků. Vykazované údaje mohou být tedy přizpůsobovány požadavkům zadavatele a finančního donora služby a v souladu s tím podhodnocovat či zamlčovat případné nedostatky. Sřet zájmu existenčně zajistit službu a zájmu poskytovat co nejkvalitnější údaje pro účely vyhodnocení její

potřebnosti tak zakládá riziko určitého **morálního hazardu** na straně poskytovatelů služeb, popř. i na straně zadavatelů a správců sítě, kteří toto riziko nereflktují a neprovádějí opatření k jeho minimalizaci.

Toto riziko morálního hazardu bychom však neměli chápat v intencích čistě oportunistických snah poskytovatelů služeb „vyzrát“ na systém plánování a finanční podpory, kterému podléhají. Klade-li správce sítě služeb přílišný důraz na specifické metriky coby ukazatel efektivity služeb, sám pomáhá vytvářet situaci, v níž sledování a vykazování těchto metrik přestává být pouhým prostředkem k dosažení cíle (tj. dostupnosti, popř. kvality služeb), nýbrž se samo o sobě stává se žádoucím cílem. Jak praví tzv. Campbellův zákon, „čím více je určitý kvantitativní sociální indikátor využíván v rozhodovacích procesech, tím více je vystaven tlakům a tím spíše bude zkrusovat povahu sociálních procesů, které má monitorovat“.

Nastíněné limity údajů o využití služeb nevyhnutelně staví správce sítě služeb do pozice, ve které musí učinit určitý kompromis (*trade-off*) mezi přesností a komplexností údajů, z nichž chce čerpat, a mírou, v jaké je může považovat za odpovídající reálnému stavu.

Dalším významný nedostatkem je skutečnost, že zadavatelé služeb mnohdy nerozumí nepřehlednému systému výkaznictví či definicím výkonů. Řada krajů si v souvislosti se zákonným požadavkem plánovat a řídit síť sociálních služeb na svém území nastavila mnohdy zcela nekompatibilní systémy sledování kvality i kvantity práce s klienty služeb. To vyplývá jednak z někdejší dlouhodobé nefunkčnosti, ale i aktuální zastaralosti systému výkaznictví OKSystém, jednak z potřeby „nivelizovat“ systém pro všechny typy služeb a cílové skupiny. To vede k nadměrné administrativní zátěži poskytovatelů, ale také k dalšímu „matení jazyků“.

Možnosti využití pro tvorbu sítě služeb

Navzdory výše uvedeným výhradám představují údaje o využití služeb často jeden z klíčových podkladů pro plánování služeb, nenahraditelný z hlediska komplexnosti získávaných informací či jejich místní specifčnosti. Vhodnou kombinací těchto údajů bychom měli být schopni získat určitý index pokrytí populace službami (analogický výše zmíněnému indexu pokrytí populace léčbou), který nám dává informaci o míře, v jaké jsou uspokojovány potřeby cílových skupin služeb v dané lokalitě. Abychom toho dosáhli, musíme zvolit jednak vhodnou jednotku využití služeb, jednak vhodnou jednotku samotné kapacity služeb. Více k odhadování kapacitní dostupnosti služeb viz kapitola 4.1.4.

PŘÍKLAD

Služba vykázala v jednom roce oproti standardním, dlouhodobým počtům klientů cca 125-160 osob o 500 osob více. Všichni byli dle výkazu zařazeni do cílové podskupiny „uživatelé konopí“. I vzhledem k velikosti regionu šlo o značně neobvyklý nárůst. Dotazováním na místě bylo zjištěno, že se nejedná o klienty služby, ale o vytipované osoby, kterým byla služba pouze nabídnuta oslovením v terénu. Jednalo by se tedy maximálně o výkon „informační servis“ nebo „krátký rozhovor“. Důvodem nesrovnalosti ve výkaznictví bylo, že se zcela obměnil tým pracovníků služby a vedení organizace si dle svého vyjádření poměrně dramatické změny ve výkaznictví nevšimlo. I zde platí, že pro správu, a plánování sítě je nutné sledovat výkaznictví služeb a statistiky dlouhodobě, zaznamenávat změny a trendy a v každém případě se snažit o jejich vysvětlení, pochopení a interpretaci. Přijímat samotná čísla nestačí.

3.2.1.5.2 Žádosti o léčbu spojenou s užíváním drog a hazardním hraním

Treatment demand indicator (TDI) poskytuje informace o počtu a charakteristikách klientů zařízení zaměřených na léčbu závislosti a snižování rizik na základě údajů evidovaných samotnými zařízeními. Podle standardního protokolu *TDI Protocol 3.0* doporučeného EMCDDA je shromažďován soubor dat čítající 18 proměnných, anonymně získaný od každého klienta v rámci pohovoru provedeného při kontaktu se službou. Tento soubor zahrnuje údaje o kontaktu se zařízením (typ zařízení, časové vymezení léčby, zda byl klient již v minulosti léčen a kým byl doporučen k léčbě), socio-demografické

údaje (gender, věk, rok narození, stav, bydliště, pracovní zařazení a nejvyšší dosažené vzdělání) a údaje týkající se užívání návykových látek (primární droga, tj. droga působící klientovi největší problémy, obvyklý způsob užívání, frekvence užívání, věk prvního užití, další v současnosti užívané drogy a injekční užívání celoživotně/v posledních 30 dnech).

Žádosti o léčbu mohou být monitorovány jako **počet jedinců**, kteří v daném období zažádali o léčbu, nebo jako celkový **počet případů** zažádání o léčbu (EMCDDA, 2012, 23). V prvním případě představuje TDI indikátor **incidenci** žádostí o léčbu, tj. počet jedinců v populaci, u nichž se tento jev vyskytl poprvé v daném období. To znamená, že každý, kdo zažádal v daném období o léčbu opakovaně, bude do údaje o incidenci zahrnut právě jen jednou, bez ohledu na počet jednotlivých žádostí. Jedinci, kteří žádají o léčbu poprvé v životě, jsou někdy označováni jako **prvožadatelé**. Míra jejich výskytu odráží celoživotní incidenci žádostí o léčbu a někdy se uvádí jako samostatný indikátor *First treatment demand* (FTD)). V druhém případě představuje TDI indikátor **prevalence** žádostí o léčbu a zohledňuje i opakovaný výskyt žádostí o léčbu u týchž jedinců. V rámci stávajícího *TDI Protocol 3.0*, je TDI sledován jako indikátor incidence žádostí o léčbu (EMCDDA, 2012, 23).

Žádosti o léčbu jsou v ČR od roku 2015 evidovány v Národním registru léčby uživatelů drog (NRLUD), který spravuje ÚZIS ČR. Tento registr integruje dříve využívaný Registr žádostí o léčbu hygienické služby a Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL). Registr vychází z doporučeného protokolu EMCDDA *TDI Protocol 3.0* a nově eviduje kromě uživatelů nelegálních drog také uživatele alkoholu, tabáku a patologické hráče.

Přechod na jednotný registr provázely technické problémy, zejm. s přístupem do sdílených informačních systémů, v důsledku toho nahlásilo v roce 2015 údaje o léčených klientech výrazně méně služeb než v předchozích letech – zatímco v roce 2014 šlo celkem o 194 programů, v roce 2015 jich bylo pouze 148 (MRAVČÍK ET AL., 2016, 128-9). Výrazně ubylo především nízkoprahových služeb kontaktních center a terénních programů. Údaje o žádostech o léčbu v ČR jsou z tohoto důvodu v r. 2015 poměrně výrazně podhodnocené – za r. 2015 se např. uvádí 2 592 žadatelů o léčbu s primární drogou pervitin, zatímco v r. 2014 to bylo 7 014 (MRAVČÍK ET AL., 2015, 108, MRAVČÍK ET AL., 2016, 130). Ještě v r. 2018 bylo v registru evidováno pouze 3 703 těchto žadatelů (ÚZIS ČR, 2019, 3), což je stále oproti r. 2014 velmi výrazný rozdíl, jen těžko vysvětlitelný reálným poklesem žadatelů v takovém rozsahu.

Limity

Výhodou sledování incidence je snazší či přehlednější práce s incidenčními údaji ve smyslu jejich vztahování k populaci a porovnávání s dalšími údaji. Zároveň však zamlčují část informace o rozsahu závažnosti daného jevu, kterou v sobě zahrnují prevalenční údaje, a v případech, kdy je opakovaný výskyt jevu u týchž jedinců vysoce pravděpodobný, mohou tuto informaci silně zkreslovat. Stane-li se např. normou, že klienti žádají o léčbu a vstupují do ní i několikrát za rok, může to pro výpovědní hodnotu TDI představovat významný problém, který lze jen částečně korigovat např. na základě znalosti údajů o počtu úspěšných a předčasných ukončení léčby v jednotlivých zařízeních.

Informace, kterou poskytuje TDI o rozsahu užívání návykových látek, resp. závislostního chování, je dále limitována existencí skryté populace uživatelů, tedy uživatelů, kteří nevyhledávají léčbu, ačkoli jeví známky její potřeby. O skryté populaci nemluvíme pouze v souvislosti s PUD (viz výše), nýbrž do ní můžeme zahrnout i další skupiny uživatelů, u nichž nelze vždy jednoznačně konstatovat potřebu léčby, jako jsou experimentátoři s psychoaktivními látkami, rekreační uživatelé, a další skupiny uživatelů (více viz kap. 3.1.2).

Další nevýhodou TDI je směšování žádostí o využití různých typů služeb, včetně služeb, které nejsou primárně zaměřené na léčbu (zejm. nízkoprahových programů zaměřených na snižování rizik) – samotný název indikátoru je v tomto ohledu zavádějící. Proto se většinou také pracuje se specifitějšími indikátory žádostí o léčbu v jednotlivých typech zařízení. Rovněž jsou obvykle rozlišovány žádosti o léčbu podle užívané návykové látky, resp. typu závislostního chování.

Dalším limitem je skutečnost, že z údajů Ústavu zdravotnické informatiky a statistiky ČR nelze vyčíst informace o povaze výkonů, jejich intenzitě apod. Lze konstatovat minimálně dvě zásadní omezení:

1/ Podmínkou pro zařazení pacienta s diagnózou závislosti je skutečnost, že je veden v tzv. „živé kartotéce“ – to znamená, že má minimálně jeden záznam v lékařské dokumentaci za příslušný rok. Pro posouzení intenzity (a s tím související kvality) intervencí tedy postrádáme minimálně informaci o délce a struktuře léčby. V registru se tak například v minulosti objevovali pacienti, kterým bylo vydáno doporučení v souvislosti s nástupem do ústavní léčby, jednorázové vyšetření pro potřeby soudu či pouhé stanovení diagnózy bez následné léčby¹⁶.

2/ Z praxe vyplývá, že se u psychiatrických ambulancí v mnoha případech nemusí jednat o klasickou ambulantní léčbu (v pojetí Standardů RVKPP), ale spíše o ambulantní doléčování. Z rozhovorů s lékaři psychiatry vyplývá, že pro část z nich je přímo podmínkou nejprve absolvování ústavní léčby (což jim potvrzuje motivaci pacienta k léčbě) a teprve pak ho přebírají do péče. To neznamená, že to tak nemá být, jen tento přístup může poněkud zkreslovat informace o dostupnosti skutečné ambulantní léčby, která je v mnohých případech efektivnější (a tedy mj. pro veřejné rozpočty levnější) variantou léčby ústavní a která v řadě případů také lépe vyhovuje potřebám pacientů.

K datům spravovaným **Ústavem zdravotnické informatiky a statistiky ČR** je obecně nutné přistupovat obezřetně. Pokud by bylo možné zjistit, jaké ambulance či minimálně v jakých městech/regionech vykazují údaje o léčbě pacientů se závislostí, bylo by možné alespoň posoudit, jakou kapacitu jsou lékaři v místě ochotni/ schopni pacientům s touto diagnózou nabídnout. Nepochybně bychom mj. zjistili, že jsou regiony, kde PSO nevykazují vůbec žádné pacienty s diagnózou závislosti. Cca. do roku 2008-2010 bylo možné od pracovníků místních poboček ÚZIS ČR tyto informace zjistit. Poté ale nastalo období „zeštíhlování“ struktury ÚZIS ČR, pobočky v každém kraji zmizely a tyto dodatkové informace již není možné získat, ve vydaných statistikách nejsou dostupné. Co je nicméně možné pro potřeby plánování sítě služeb zjistit, aniž bychom se museli dotazovat na jednotlivá PSO (což je sice možné, ale minimálně část lékařů má pocit, že se jedná o nadměrnou administrativní zátěž a v lepším případě nereagují) je porovnání situace na nejmenší územní jednotce (což je v příslušných statistikách ÚZIS ČR kraj) s průměrem ČR, případně jinými kraji.

Možnosti využití pro tvorbu sítě služeb

Jak vyplývá z výše uvedeného, vztah TDI, resp. FTD ke skutečné incidenci, popř. prevalenci závislostního chování je poměrně slabý. U některých, zejména zdravotních služeb jej lze nicméně využít jako indikátor využití těchto služeb pro výpočet mezery ve využití služeb či relativní dostupnosti služeb. Z hlediska tvorby sítě služeb tak umožňuje sledovat, v jaké míře zasahuje síť služeb cílovou populaci či nakolik je vytižena kapacita služeb.

PŘÍKLAD

Dlouhodobě platí stav, že počet léčených uživatelů alkoholu i nealkoholových drog je v Jihočeském kraji výrazně pod průměrem ČR. V přepočtu na 10 000 obyvatel je kraj v celorepublikovém srovnání za rok 2016 na předposledním místě u uživatelů alkoholu léčených v ambulantních zařízeních; u léčených uživatelů nealkoholových drog na místě dvanáctém (se zhruba šestinovým podílem počtu léčených osob oproti Praze, resp. třetinovým podílem oproti průměru ČR). Takto nízké hodnoty indikátoru žádostí o léčbu nelze pravděpodobně vysvětlovat pouze nižším výskytem osob se závislostním chováním, mnohem pravděpodobněji se naopak jedná o důkaz nízké dostupnosti ambulantní léčby na území kraje (ÚZIS ČR, 2016).

¹⁶ Zde může v rámci města/ regionu docházet k překrytí pacientů v ambulantní léčbě mezi psychiatrickými ambulancemi a adiktologickými službami ambulantní léčby (podle Standardů RVKPP). Pokud mají adiktologické služby smlouvy se zdravotními pojišťovnami, je podmínkou zhodnocení stavu a stanovení diagnózy lékařem. Pokud tedy adiktologické ambulance nemají k dispozici vlastního psychiatra, a na tato vyšetření delegují pacienty do PSO, pak se mohou tyto pacienti objevit ve statistikách minimálně dvou typů – ÚZIS a výkaznictví adiktologických ambulancí.

3.2.1.5.3 Údaje získané prostřednictvím dotazníkových šetření mezi poskytovateli služeb

Kvantitativní údaje o dostupnosti a využití služeb můžeme získávat také prostřednictvím konvenčních kvantitativních metod sběru dat, zejm. prostřednictvím dotazníkového šetření. V ČR slouží tomuto účelu *Sčítání adiktologických služeb*, které každé dva roky provádí mezi službami Národní monitorovací středisko. V rámci posledního sčítání, za rok 2016 byly zjišťovány následující údaje o potřebnosti a dostupnosti služeb:

- Celkový počet klientů služby 2016
- Odhad podílu jednotlivých skupin klientů na celkovém počtu podle
 - převažující užívané látky nebo chování
 - aktuální ne/abstinence
 - věku (do 14 let a od 15 do 17 let)
- Počet klientů, kterým byla poskytována substituční léčba
- Počet klientů, kterým byl hrazen pojišťovnou kombinovaný přípravek buprenorfinu s naloxonem (Suboxone®)
- Počet lůžek v pobytových léčebných zařízeních
- Čekací doba (od kontaktu po nástup) v pobytových léčebných zařízeních, které vedou pořadník
- Personální kapacita služby
 - podle pracovního poměru (zaměstnanecký, DPČ, DPP)
 - podle vykonávané profese

3.2.1.6 Údaje o dostupnosti služeb

Údaje o dostupnosti služeb lze v první řadě rozdělit podle toho, jaký rozměr dostupnosti měří. Pro tvorbu sítě mají význam především indikátory kapacitní, místní a částečně i časové dostupnosti.

Údaje o **kapacitní dostupnosti** neboli kapacitě služeb jsou spolu s údaji o využití služeb pravidelně vykazovány finančním donorům a správcům sítě, do kterých spadají. Nejpodrobnější informaci nám dávají údaje o **počtu pracovníků** a zejména pak **počtu pracovních úvazků** v přímé péči. U rezidenčních služeb je významným indikátorem **počet lůžek**. Lze jej také poměrně spolehlivě evidovat, na rozdíl od kapacity ve smyslu **počtu míst**, která bývá uváděna u ambulantních služeb (viz dále).

Místní dostupnost měříme jako dojezdovou vzdálenost, zpravidla ovšem v časových jednotkách, tedy vlastně jako dojezdovou dobu. Časové vyjádření vzdálenosti představuje pro klienty nepoměrně užitečnější informaci ve vztahu k jejich schopnosti a ochotě dojíždět do služby. Pro komplexní zhodnocení místní dostupnosti služby je třeba uvažovat nejen vzdálenost služby od místa bydliště či pracoviště klienta, ale také další faktory ovlivňující jeho schopnost za ní dojet, zejm. dopravní dostupnost, tj. „míru dosažitelnosti (...) při využití přepravního systému“ (ŠÍDLO ET AL., 2017, 4). Dopravní dostupnost můžeme dělit na časovou, vzdálenostní a frekvenční – časová a vzdálenostní se využívá spíše při analýze dopravní dostupnosti osobním automobilem, frekvenční při analýze využití veřejné dopravy (Ibid.). Vedle vzdálenosti, dojezdové doby a spojení veřejnou dopravu bychom měli dále uvažovat o charakteru daného území, zejm. zda ze sociálně-geografického hlediska představuje jádrovou či periferní oblast – rozlehlejší periferní oblasti mají často horší dopravní dostupnost než oblasti jádrové s vysokou hustotou osídlení (ŠÍDLO ET AL., 2017, 13). Místní dostupnost jako komplex těchto faktorů můžeme kvantifikovat pomocí tzv. Geografických informačních systémů (GIS).

Časová dostupnost služby popisuje, kdy a v jaké lhůtě může být poskytnuta. *Kdy* vyjadřuje zpravidla provozní dobu zařízení poskytujícího danou službu, která by měla být přizpůsobena potřebám a možnostem cílové skupiny. *V jaké lhůtě* může odpovídat době, do které by služba *nejpozději* měla být poskytnuta, což mohou v některých případech ošetřovat předepsané normativy¹⁷, často ale také době, kdy může být *nejdříve* reálně poskytnuta. Zejm. v případě služeb s dlouhodobě plnými kapacitami má

¹⁷ V rámci ČR je v zákoně zakotvena minimální místní a časová dostupnost zdravotních služeb, konkrétně zdravotní pojišťovny se musí řídit nařízením vlády č. 307/2013 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění (Česká republika, 2013).

často podobu čekací doby, tj. doby od kontaktování služby po nástup do služby, popř. poskytnutí intervence.

Limity

Některé údaje o kapacitě nejsou vykazovány jednotným způsobem a mají tak proměnlivou výpovědní hodnotu. Například údaje o počtu míst v ambulantních službách jsou v podobě, v jaké jsou vykazovány službami RVKPP či krajským koordinátorům protidrogové politiky, prakticky nepoužitelné pro jakékoli propočty požadované kapacity služeb. Formulář RVKPP předepisuje měřit kapacitu jako údaj o tom, "pro kolik klientů současně je program maximálně určen", některé služby však tento požadavek zjevně chápou jako určité penzum klientů, kteří jsou se službami dlouhodobě v kontaktu (a v souladu s tím uvádějí až stovky míst), zatímco jiné uvádějí např. okamžitou kapacitu ve smyslu počtu pracovníků, kteří jsou v jednu chvíli k dispozici klientům (uvádějí tedy pouhé jednotky míst). Nezřídka pak údaje o kapacitě zcela schází. Tento problém ovšem nelze chápat pouze jako problém nedůslednosti a nejednotnosti vykazování napříč službami, ale také jako problém nedostatečně přesné definice jednotky kapacity ambulantní služby. Pokud má v budoucnosti mít nějaké využití, bude ji třeba v rámci vyplňování formulářů RVKPP jednoznačněji vymezit.

Místní dostupnost je zpravidla chápána ve smyslu dojezdové doby z místa pobytu na místo služby a v souladu s tím měřena v časových jednotkách. Dojezdová doba je zpravidla odhadována na základě výpovědí klientů a pracovníků služeb.

Možnosti využití

Údaje o dostupnosti můžeme využít v rámci stanovení aktuální relativní dostupnosti jednotlivých typů služeb na sledovaném území (více viz kap. 2.1.3), zkonstruování normativu pro požadovou dostupnost těchto typů služeb a odpovídajícího nastavení parametrů sítě služeb.

3.2.1.7 Socioepidemiologické a kriminologické údaje

Závislostní či rizikové chování spojené s užíváním drog a patologickým hráčstvím souvisí se specifickými sociodemografickými charakteristikami a sociálními jevy, jichž je v mnoha případech příčinou i důsledkem. V nabídce adiktologických služeb mají proto nezastupitelné místo služby a intervence zaměřené na sociální rehabilitaci, rekvalifikaci či poskytování chráněného bydlení.

V ČR jsou základní sociodemografické charakteristiky uživatelů návykových látek získávány z Národního registru léčby uživatelů drog (NRLUD), průzkumů užívání v obecné populaci či údajů o využití služeb. Vedle toho zejm. NMS provádí další výzkumy, zaměřené na některé komplexnější sociální jevy. Mezi významné adiktologicky relevantní sociodemografické charakteristiky a sociální jevy patří např.:

- Věk
 - Významné zastoupení osob nízkého či naopak vysokého věku mezi cílovou skupinou může představovat podnět pro uzpůsobení služeb těmto jevům, např. rozšíření kapacit služeb pro děti a dorost či posun některých typů služeb směrem k paliativní péči o stárnoucí uživatele.
- Gender
 - Genderově podmíněná rizika závislostního chování mohou nabývat různých podob. Pokud jde o jeho prevalenci v obecné populaci, nelze podceňovat skutečnost, že muži jsou podle mnoha různých ukazatelů výrazně více ohroženi užíváním návykových látek a patologickým hráčstvím. Muži-gayové vedle toho představují nejrizikovější populaci z hlediska rizika nákazy virem HIV, zejm. v souvislosti s fenoménem chem-sexu. Pokud jde o ženy, na specifické problémy narážíme např. u těhotných žen či matek-samoživitelek.

- Národnost
 - Rozložení cílové skupiny z hlediska národnosti může ukazovat na specifické lokální trendy, např. významně vyšší prevalenci závislostního chování v určitých národnostně specifických komunitách či tendenci některých těchto komunit toto chování tabuizovat a navenek skrývat, což je činí obtížněji dosažitelnými pro služby. Odlišná národnost klientů služeb klade také specifické požadavky na poskytovatele služeb, pokud jde o jejich jazykovou vybavenost či obeznámenost s kulturními specifiky klientů některých národností.
- Zaměstnání
 - Schopnost nalézt a udržet si stálé zaměstnání může pro osoby závislé a ohrožené závislostí představovat významný problém, proto také některé služby následné péče nabízejí svým klientům mj. možnost rekvalifikace a chráněné práce. Míra nezaměstnanosti v populaci těchto osob, popř. na území, kde je evidován jejich vysoký počet, tedy může představovat významný socioepidemiologický indikátor potřeby adiktologických služeb.
 - Vyšší míra nezaměstnanosti může zároveň znamenat příklon k nebezpečnějším vzorcům užívání (náhražky alkoholu, vyvažování fentanylových náplastí a jiné cesty, jak získat návykovou látku a dosáhnout stavu intoxikace levně) z ekonomických důvodů.
- Charakter bydlení
 - Ztráta bydlení je dalším sociálním jevem, který může být na jedné straně známkou prohloubení problému závislostního chování, na druhé straně příčinou jeho dalšího zhoršování a oslabování individuální motivace k jeho řešení. Bezprostřední negativní dopady života na ulici může řešit nástup jedince do pobytové léčby, z dlouhodobějšího hlediska by měly tento problém adresovat např. programy chráněného bydlení či podpory samostatného bydlení.
- Zadluženost
 - Užívání návykových látek nebo hraní hazardních her je často uváděno jako hlavní příčina nebo jedna z příčin zadlužení. Zároveň lze předpokládat, že tento faktor zůstává v mnoha dalších případech nereflakován, jeho reálná závažnost je tedy pravděpodobně ještě větší, než ukazují např. data získaná od občanských poraden. Zadluženost nicméně představuje pro významnou část osob závislých nebo ohrožených závislostí obtížně řešitelný či zcela neřešitelný problém a ve svých důsledcích také zásadní bariéru návratu do společnosti (MRAVČÍK ET AL., 2017, 193).
- Rodinná situace
 - Nezanedbatelnou roli v rozvoji vzniku závislosti hraje rodinné zázemí jedince, popř. zázemí tvořené dalšími blízkými osobami. Zcela obecně platí, že udržování sociálních vazeb pomáhá vyrovnávat se stresovými situacemi, včetně závislosti (Tops et al., 2014), a schopnosti udržovat tyto vazby je také věnována náležitá pozornost v rámci psychoterapie, socioterapie či sociální rehabilitace. Rodinná situace nabývá zvláštního významu u dětí a dospívajících. Za varovné indikátory lze považovat např. úředně řešené případy týrání či zneužívání dětí nebo dospělých, opuštění či zanedbávání dětí, zanedbávání zdravotních záležitostí (očkování, preventivní prohlídky, prostituce apod.) v rodině či indikace výchovného poradenství pro školní neprospěch, zanedbanost či záškoláctví dítěte (Kalina, 2000).
- Sociální vyloučení
 - Společný výskyt nezaměstnanosti, špatné kvality bydlení, zadluženosti, nepříznivé rodinné situace a dalších negativních jevů zakládá fenomén tzv. sociálního vyloučení. Sociální vyloučení lze definovat jako "postupnou a stupňující se exkluzi z plné participace na sociálních, materiálních i symbolických zdrojích produkovaných, sdílených a konzumovaných širokou společností k zajištění dobrých životních podmínek, organizaci sociálního života a k účasti na rozhodování" (ČADA (ED.), 2015). O sociálním vyloučení můžeme mluvit v souvislosti s jedinci,

ale také např. celými lokalitami, v nichž se souběh uvedených negativních jevů vyskytuje ve zvláště velkém rozsahu.

- Kriminoepidemiologické indikátory
 - Mezi tyto indikátory patří např. množství zabavených drog či počet usvědčených a odsouzených v souvislosti s držením či distribucí drog

Limity

Všechny výše popsané typy údajů mají nepochybně nějaký vliv na závislostní chování nebo zobrazují nějaký podstatný aspekt situace v této oblasti. Je ale velmi složité správně vyhodnotit dopad jejich kombinace či interakce na daném území a umět je využít pro nastavení konkrétních služeb. Vedle nich se navíc uplatňují další, ještě méně uchopitelné vlivy, jakou jsou tradice a historické trendy. Tento typ údajů tedy nelze využít jako hlavní či zásadní zdroj informací, svůj význam ale může mít pro preciznější nastavení „designu“ služeb působících v regionu, např. doplnění jejich činnosti o specifické aktivity či způsoby práce.

Možnosti využití pro tvorbu sítě služeb

Vysokou míru zadluženosti či vysoký počet osob bez přístřeší mezi klienty či obecně na sledovaném území můžeme chápat jako signál pro posílení určitých typů intervencí či nastavení intenzivnější spolupráce s dalšími, zejména sociálními službami, které tyto intervence poskytují. V případě zadluženosti jde o služby dluhového poradenství, v případě bezdomovectví o azylové domy či nízkoprahová denní centra. Služby chráněného a jinak podporovaného bydlení jsou zpravidla poskytovány jako součást komplexního léčebného nebo doléčovacího programu a jako takové nepředstavují vhodný nástroj extenzivnějšího řešení problému bezdomovectví. Totéž platí pro chráněná pracovní místa ve vztahu k nezaměstnanosti

Údaje o zaměstnanosti klientů nejsou však nikdy zcela spolehlivé, jelikož zaměstnaní uživatelé nebo hráči často nechtějí být ve službách „vidění“ a s nimi spojování právě z důvodu obav o udržení zaměstnání. Užívání pak zůstává více skryto. Schopnost jedince udržet si stálé zaměstnání zároveň nemusí nutně značit nižší míru užívání či jeho rizikovosti, pro některé profese nebo zaměstnanecké statusy¹⁸ je užívání návykových látek (zejm. stimulantů) naopak zcela typické. Evidujeme-li nicméně vyšší počet zaměstnaných klientů, měli bychom se snažit přizpůsobit jim některé aspekty poskytování služeb, např. upravit otevírací dobu ambulantních služeb či distribuovat jehly a stříkačky mimo běžný režim nízkoprahových služeb z důvodu zachování anonymity klientů.

PŘÍKLAD

Ve výroční zprávě o realizaci protidrogové politiky v Libereckém kraji za rok 2019 byla reflektována výrazná proměna socio-demografickém složení klientů adiktologických, zejména nízkoprahových služeb:

„Roste socio-ekonomický standard uživatelů, často mají zaměstnání a trvalé ubytování. V důsledku toho docházelo v průběhu minulých let k uzavírání drogové scény. Uživatelé se již tolik nepohybují v centru města nebo na veřejných místech, naopak z důvodu utajení setrvávají v bytech a budovách. Vzhledem k situaci na pracovním trhu, kdy je nedostatek pracovních sil, jsou požadavky zaměstnavatelů na zaměstnance nižší a (zaměstnavatelé) tolerují některá porušení zákoníku práce (pozdní příchody, neomluvená absence...). Na trhu práce tak najdou uplatnění i osoby užívající návykové látky, kteří mají zhoršenou pracovní morálku. Z těchto důvodů se terénním pracovníkům obtížněji daří záchyt prvouživatelů.“ (Liberecký kraj, 2020, s. 12)

Z tohoto úryvku můžeme usoudit, že rostoucí schopnost osob se závislostním chováním zajistit si legální zdroj výdělků i trvalé ubytování znamená velkou výzvu pro další rozvoj sítě služeb v Libereckém kraji,

¹⁸ Např. pracovníci ve vícesměnných provozech, kdy navíc pracují významně v režimu přesčasových hodin, nebo v profesích, kde je nutný dlouhodobý mechanický výkon, pracovníci v režimu termínovaných zakázek, kdy je mnohdy nutné během několika dnů podat značně vyšší výkon než obvykle apod...

zejména pokud jde o možnosti služeb zachytávat nové uživatele a zajišťovat určité služby či intervence klientům se zvýšenou potřebou zachování anonymity.

3.2.1.8 Shrnutí

Na začátku kapitoly jsme rozdělili kvantitativní údaje o potřebách podle populace, kterou popisují, nyní se v rámci shrnutí zaměříme na obsah těchto indikátorů, tedy to, o čem vypovídají. Podle tohoto kritéria rozlišujeme **indikátory rizik** (I_R), **indikátory využití služeb** (I_{VS}), **údaje o velikosti územních celků** a **indikátory dostupnosti služeb** (I_D).

Tabulka 3-3. Indikátory potřebnosti

Indikátory rizik	Prevalenční údaje o velikosti cílových skupin služeb - roční/měsíční/denní prevalence užívání a hazardního hraní - problémové užívání opioidů a stimulantů - problémové a rizikové užívání alkoholu a konopných látek - problémové hráčství Úmrtí spojená s užíváním drog Mortalita mezi problémovými uživateli Infekční onemocnění spojené s užíváním drog Socioepidemiologické a kriminologické indikátory
Indikátory využití služeb	Žádosti o léčbu (prevalence) – počet případů Žádosti o léčbu (incidence) – počet žadatelů a prvožadatelů Počet klientů Počet kontaktů a prvokontaktů Počet vyměněných stříkaček Počet výměn Počet obsazených lůžek Naplnění kapacity program Počet poskytnutých výkonů

Tab 3-4. Indikátory kapacitní, místní a časové dostupnosti

Kapacitní dostupnost	Počet programů/služeb Počet míst (u ambulantních služeb) Počet lůžek (u rezidenčních služeb) Počet pracovníků ve službách Počet přepočtených pracovních úvazků (v přímé a nepřímé péči)
Místní dostupnost	Dojezdová doba/vzdálenost
Časová dostupnost	Provozní doba Čekací doba (od kontaktu do nástupu do služby)

Tabulka 3-5: Přehled některých klíčových indikátorů potřebnosti

Indikátory potřebnosti	Nevýhody/omezení	Možnosti využití
Indikátory rizik		
- Celoživotní prevalence užívání - Prevalence v posledním roce - Prevalence a frekvence v posledních 30 dnech	- Omezená validita dotazníkových šetření - Slabý vztah k potřebnosti konkrétních typů služeb	- Podnět pro úpravu programů primární prevence
- Problémové užívání pervitinu a opiátů	- Omezená validita daná nemožností zjišťování přímými metodami, relativně marginálním výskytem jevu a jeho lokálně podmíněnou variabilitou	- Klíčový indikátor potřebnosti nízkoprahových programů zaměřených na snižování rizik

<ul style="list-style-type: none"> - Rizikové užívání alkoholu (škála CAGE) - Rizikové užívání alkoholu (škála ASC) - Denní konzumace alkoholu - Časté pití nadměrných dávek alkoholu - Rizikové užívání konopných látek (škála CAST) - Problémové hráčství 	<ul style="list-style-type: none"> - Omezená validita dotazníkových šetření 	<ul style="list-style-type: none"> - Kombinace škály CAGE a ASC v rámci téhož výzkumého šetření poskytuje poměrně komplexní informaci o problémovém užívání alkoholu
<ul style="list-style-type: none"> - Úmrtí spojená s užíváním drog - Mortalita mezi problémovými uživateli 	<ul style="list-style-type: none"> - Týká se většinou jen velmi malé části cílové skupiny 	<ul style="list-style-type: none"> - Podnět pro úpravu či rozšíření intervencí snižování rizik
<ul style="list-style-type: none"> - Infekční onemocnění spojené s užíváním drog 	<ul style="list-style-type: none"> - Týká se z velké části jen injekčních uživatelů drog 	<ul style="list-style-type: none"> - Podnět pro úpravu či rozšíření intervencí snižování rizik a opatření k minimalizaci šíření onemocnění a vzniku epidemií
<i>Socioepidemiologické indikátory rizik</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - Míra nezaměstnanosti - Bezdomečtví - Zadlužení - Sociální vyloučení 		
<i>Indikátory využití služeb</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - Žádosti o léčbu - Prvožadatelé o léčbu - Žadatelé o léčbu 	<ul style="list-style-type: none"> - Nezahrnují skrytou populaci - Nezohledňují opakované nástupy do léčby v jednom roce 	<ul style="list-style-type: none"> - Kombinací který lze využít např. v indexu pokrytí populace léčbou
<ul style="list-style-type: none"> - Údaje o využití služeb (počet klientů, počet kontaktů, počet výkonů, využití lůžkové kapacity) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nezahrnují skrytou populaci - Riziko morálního hazardu 	<ul style="list-style-type: none"> - Bohatý zdroj údajů o využití aktuálních kapacit služeb a saturaci potřeb, které mají pokrývat
<i>Indikátory využití služeb</i>		
<i>Indikátory rizik</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - Pokrytí populace léčbou/službami 	<ul style="list-style-type: none"> - Metodologická problematičnost uvažovaného vztahu 	<ul style="list-style-type: none"> - Nabízí přehledné přemostění mezi prevalenčními údaji (indikátory rizik) a údaji o využití služeb
<i>Indikátory dostupnosti</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - Počet lůžek - Počet pracovních úvazků - Čekací doba u rezidenčních služeb 		

3.3 Sběr a analýza primárních dat

Jak jsme již uvedli, využití analýzy primárních dat pro účely tvorby krajských sítí služeb je v rámci ČR relativně vzácné. Krajszí a místní koordinátoři protidrogové politiky často nemají kapacitu ani potřebné prostředky na to, aby se sami věnovali sběru a analýze dat. Mají-li alespoň prostředky, zadávají většinou analýzy externím dodavatelům. Během uplynulých dvou dekad bylo takto zpracováno několik analýz na úrovni krajů a obcí, resp. měst (viz tab. 3-6). Tyto analýzy jsou označovány jako analýzy drogové situace, drogové scény, drogové problematiky apod. S analýzami potřeb dle jména se setkáváme např. v podobě dvou výzkumných studií mapujících potřeby klientů nízkoprahových zařízení v Praze (MIOVSKÁ ET AL., 2005, ŠŤASTNÁ ET AL., 2011).

Tabulka 3-6. Analýzy potřeb provedené na území ČR

Kraj	Analýzy na krajské úrovni	Analýzy na místní úrovni
Praha	Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003 (MIOVSKÁ ET AL., 2005) Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2010 (ŠŤASTNÁ ET AL., 2011)	-
Středočeský	Analýza institucionálního kontextu poskytování služeb v oblasti protidrogové politiky kraje (VACEK ET AL., 2004) Analýza sociálních a zdravotně-sociálních služeb určených uživatelům návykových látek na území Středočeského kraje (PROADIS, o.s., 2009)	-
Jihočeský	-	Analýza stavu drogové scény v Bechyni (PODZIMEK)
Plzeňský	-	-
Karlovarský	Analýza drogové scény Karlovarského kraje (RADIMECKÝ (ED.), 2017)	-
Ústecký	Analýza drogové scény a dostupnosti nízkoprahových služeb pro uživatele drog v Ústeckém kraji (MINAŘÍK, 2004)	-
Liberecký	Analýza drogové scény Libereckého kraje (RADIMECKÝ, 2006)	-
Královéhradecký	-	Analýza drogové problematiky – Broumov (ČALOVKA ET AL., 2015) Analýza drogové problematiky v ORP Jičín (MÜLLEROVÁ ET AL., 2016)
Pardubický	-	Analýza drogové scény v Hlinsku (LAXUS, Z.Ú., 2018)
Vysočina	-	-
Jihomoravský	-	Analýza drogové situace ve městě Brně a související doporučení pro městskou drogovou strategii (ŠKAŘUPOVÁ, NEPUSTIL, ČERNÝ, 2016)
Olomoucký	Analýza drogové scény Olomouckého kraje (PROADIS, o.s., 2010)	Analýza drogové scény v obci Moravský Beroun (FF UP V OLOMOUCI, 2014)
Zlínský	Analýza drogové scény Zlínského kraje (RADIMECKÝ ET AL., 2010)	-
Moravskoslezský	-	Analýza drogové scény v Ostravě (FSS OU v Ostravě, 2015)

Velká část těchto analýz replikuje metody a postupy použité v nejstarších pracích, které byly v této oblasti v ČR publikovány, zejm. v Minaříkové analýze drogové scény Ústeckého kraje (MINAŘÍK, 2004), sérii analýz drogových služeb ve Středočeském kraji od Vacka et al. (VACEK ET AL., 2004), analýze Miovské et al. z r. 2005, či analýzách zpracovávaných Radimeckým či Radimeckým a kolektivem autorů (RADIMECKÝ, 2006, RADIMECKÝ ET AL., 2010, RADIMECKÝ (ED.), 2017).

Tyto analýzy se svorně hlásí k metodice **Rapid assessment and response (RAR)**. RAR představuje soubor kvalitativních metod využívaný zpravidla v situacích, v nichž je obtížné či příliš nákladné aplikovat konvenčnější kvantitativní či semi-kvantitativní metody, a kdy je potřeba získat rychlý přehled o lokálních specifikách, typicky mezi obtížně dosažitelnými respondenty. Původně byla vyvinuta pro potřeby výzkumu ve skryté populaci injekčních uživatelů drog (MIOVSKÝ, 2001, 19), v souladu s tím se charakteristicky profiluje jako nástroj zjišťování potřebnosti služeb selektivní prevence určené specifickým rizikovým cílovým skupinám. Nevýhodou této metodiky je nezbytná míra povrchnosti a selektivnosti v zacházení s daty, daná omezeným časem a prostředky (MIOVSKÝ, 2001).

V této původní podobě se s metodikou RAR setkáváme v analýzách potřeb klientů nízkoprahových zařízení zaměřených na snižování rizik. Ta je exemplárně popsána v analýze Miovské et al. (2005). V první fázi výzkumu jsou identifikovány existující zdroje dat o dané cílové skupině a vytvořena výchozí „informační základna“. Dále je vybrán vzorek populace tzv. metodou sněhovou koule, spočívající v postupném nabalování respondentů napříč populací – výchozí skupina respondentů vybraná výzkumníkem je pověřena kontaktováním dalších potenciálních respondentů z řad jejich známých, tito potenciální respondenti jsou pověřeni kontaktováním dalších potenciálních respondentů atd. Alternativně lze použít cílený výběr, kdy jsou respondenti vybráni konkrétním jedincem (tzv. gatekeeperem), např. pracovníkem služby, který je doporučí a facilituje přístup tazatelů k nim (ŠTASTNÁ ET AL., 2011, 30). Nakonec jsou od takto získaného vzorku populace sesbírána data metodami polostrukturovaného rozhovoru, ohniskové skupiny, zúčastněného pozorování a kvalifikovaného odhadu. Metody analýzy dat nejsou v rámci této metodiky specifikovány, např. analýze Štastné et al. využívá přístup tzv. *zakotvené teorie* (ŠTASTNÁ ET AL., 2011). Tento typ kvalitativní analýzy byl v rámci ČR v minulosti využit také pro účely zkoumání dalších specifických cílových skupin, např. v analýze potřeb dětí a mladistvých na území hl. města Prahy a Středočeského kraje (MIOVSKÝ ET AL., 2014) či analýze potřeb příslušníků národnostních menšin a přistěhovalců (GABRHELÍK ET AL., 2005).

Analýzy zadávané kraji či obcemi jsou zpravidla zaměřeny na komplexní zmapování situace v oblasti užívání návykových látek a závislostního chování a v oblasti poskytování služeb určených příslušným cílovým skupinám na území kraje. Zahrnují tak např. také institucionální analýzu či mapování drogové scény. Tyto analýzy jsou v některých případech zaměřeny pouze na uživatele nízkoprahových služeb (např. VACEK ET AL., 2004), často ale usilují postihnout i širší populaci ohroženou závislostním chováním na daném území.

Pro potřeby tohoto typu analýz formulovali modifikovanou verzi metodiky RAR Radimecký et al. (2006, 2010, 2017). RAR definují jako metodu „rychlého zhodnocení situace, jež má potenciál generovat důležité informace z oblastí veřejného zdraví, které mohou být využity pro rozvoj odpovídajících opatření“ (RADIMECKÝ, 2017, 7). Jako taková představuje „kombinaci postupů kvantitativního (sběr a analýza dostupných statistických dat) a kvalitativního výzkumu (sběr a analýza informací pocházejících zejména z rozhovorů se zainteresovanými osobami na různé úrovni vlivu koordinace a poskytování sociálních a zdravotních služeb, s uživateli návykových látek, a z textové analýzy existujících dokumentů)“ (ibid.). S odkazem na Fitcha a Stimmonse (2003) je pak RAR rámována jako metoda typicky využívaná pro účely monitorování a evaluace sociálních či zdravotních služeb (RADIMECKÝ, 2017, 7).

Ačkoli metodika RAR je pro potřeby těchto analýz definována jako kombinace kvantitativních a kvalitativních metod, využití kvantitativních metod v nich zůstává omezeno na analýzu sekundárních dat (zejm. různých výzkumů, závěrečných zpráv či strategických dokumentů zpracovávaných na úrovni daného kraje), která doplňuje a informuje analýzu primárních kvalitativních dat získaných

prostřednictvím semistrukturovaných rozhovorů a telefonického či e-mailového dotazování. Samotná sekundární analýza zde navíc není nijak metodologicky specifikována, ba ani formálně ohraničena, částečně tak splývá s přehledem klíčových statistik a institucionálních charakteristik systému, jehož obdobu nalézáme i v explicitně kvalitativních analýzách potřeb. Metodologickou devizou těchto analýz je tak spíše jejich struktura, v rámci níž jsou kvalitativní výpovědi průběžně zasazovány do širších souvislostí abstrahovaných ze sekundárních dat, což přispívá k určité vyšší „plastičnosti“ celkového obrazu drogové problematiky na daném území, který pomáhají utvářet.

Ve zbytku kapitoly přibližujeme základní metody sběru dat, jednu kvantitativní a několik kvalitativních. U každé metody uvádíme její základní limity a možnosti využití v tvorbě sítě služeb.

3.3.1.1 Dotazníková šetření

Jak jsme detailně popsali v kapitole 2.2.1, na celonárodní úrovni jsou pravidelně prováděna dotazníková šetření, s jejichž pomocí jsou mimo jiné získávány údaje o prevalenci některých klíčových kvantitativních indikátorů potřeb v obecné, popř. školní populaci. Podobné šetření na krajské úrovni nebylo dosud v ČR realizováno a v případě, že by k tomu někdy v budoucnosti došlo, šlo by o poměrně rozsáhlou a nákladnou výzkumnou akci, která by bezpochyby byla realizována samostatně a nikoli např. v rámci analýzy potřeb pro účely tvorby krajské sítě služeb. Dotazníkové šetření menšího rozsahu mezi určitými aktéry zapojenými do realizace protidrogové politiky v kraji nám nicméně může posloužit jako nástroj dílčí kvantifikace určitých údajů, které bychom měli jinak k dispozici pouze ve formě obecných slovních vyjádření, takových, jaké nacházíme např. v krajských výročních zprávách či strategických dokumentech.

Limity

Mezi hlavní nevýhody dotazníkových šetření patří obvykle velmi nízká návratnost dotazníků, zvláště nejsou-li distribuovány a sbírány osobně, popř. i vyplňovány s pomocí tazatele. Osobní distribuce dotazníků je na druhé straně poměrně nákladná a časově náročná. Více viz kap. 2.2.1 a limity dotazníkových šetření mezi obecnou populací.

Možnosti využití v tvorbě sítě služeb

Pomocí dotazníkového šetření můžeme např. převést obecná slovní vyjádření do ordinální podoby, a to necháme-li aktéry hodnotit příslušné jevy na několikabodových ordinálních škálách z hlediska jejich různých atributů, např. rizikovitosti/závažnosti, frekvence výskytu, jejich dostatečnosti v určitém kontextu či jejich významnosti jako faktoru v určité oblasti. Dále mohou hodnotit také konkrétní instituce či skupiny aktérů např. z hlediska toho, jak se s nimi spolupracuje, jak dobře jsou informováni či naopak sami poskytují informace atd. Takto můžeme mimo jiné kvantifikovat:

- Vnímanou závažnost různých rizik a škod spojených se závislostním chováním
- Vnímanou závažnost různých problémů spojených se závislostním chováním a poskytováním služeb
- Vnímanou úroveň dostupnosti jednotlivých typů služeb

3.3.1.2 Kvalitativní metody sběru dat

Patrně nejčastěji používanou kvalitativní metodou sběru dat je **rozhovor**. Podle počtu dotazovaných osob v rámci jedné výzkumné interakce rozlišujeme **individuální** a **skupinové** rozhovory. Zvláštní kategorií individuálních rozhovorů představuje metoda **klíčových informantů**, která je ve většině případů rovněž realizována formou rozhovoru. Dalšími metodami, které zde uvádíme, jsou **zúčastněné pozorování** a **veřejná setkání**.

3.3.1.2.1 Individuální rozhovor

Individuální rozhovory většinou rozlišujeme **strukturované**, **polostrukturované** a **nestrukturované**. Strukturované rozhovory pracují se standardizovanými analytickými kategoriemi a pevně daným

souborem (zpravidla uzavřených) otázek, často za účelem potvrzení předem stanovených hypotéz. S ohledem na to jsou vhodné také pro generování kvantitativních dat. (Pro tyto účely nicméně bývá užitečnější použít dotazník.) Nestrukturované rozhovory jsou na druhé straně charakteristické pro výzkum zaměřený na lepší porozumění respondentům a jejich světa, hledání a interpretaci jimi vyjadřovaných významů apod. Otázky z větší části nejsou předem připravené a jsou pokládány spontánně, v reakci na odehrávající se konverzaci s respondentem (DICICCO-BLOOM & CRABTREE, 2006, 314). U polostrukturovaných rozhovorů zpravidla disponujeme předem připraveným souborem otevřených otázek, které nám slouží jako „vstupní body“ k tématům, které nás zajímají, a na jejichž položení volně navazujeme dalšími otázkami, které vyplynou z interakce s respondentem (DICICCO-BLOOM & CRABTREE, 2006, 315).

Limity

Individuální rozhovory zpravidla vyžadují osobní (případně alespoň telefonický) kontakt tazatele s každým jednotlivým respondentem. Jelikož jde o kvalitativní metodu, výsledný vzorek respondentů nemusí splňovat požadavky na reprezentativitu vzhledem k populaci, chceme-li však např. získaná data vztahovat k nějakému většímu územnímu celku, neměli bychom pokud možno respondenty rekrutovat z jediného úzkého okruhu osob, kde lze očekávat, že budeme získávat v mnoha ohledech velmi podobné výpovědi.

Získat dostatečné množství smysluplných dat pomocí individuálních rozhovorů může být velmi náročné z hlediska času i (zejména lidských) zdrojů. Již samotné navázání kontaktu s respondenty může představovat dlouhý a nesnadný proces, zvláště jde-li o respondenty z řad společensky marginalizovaných skupin, jakými jsou i osoby se závislostním chováním. Dále je třeba počítat s dojížděním za respondenty na více různých, někdy od sebe značně vzdálených míst. Máme-li pak relativně omezenou časovou dotaci na provedení výzkumu, může být nezbytné angažovat více tazatelů. Na tazatele jsou při tom ve srovnání s prováděním kvantitativního dotazníkového šetření kladeny relativní vyšší nároky – měli by mít alespoň základní znalosti a zkušenosti s vedením rozhovoru v rámci kvalitativního výzkumu, určitou úroveň empatie a sociální inteligence, obstojné komunikační dovednosti a rovněž určité povědomí o cílové skupině, z níž se rekrutují respondenti.

Možnosti využití v tvorbě sítě služeb

Prostřednictvím rozhovoru se můžeme ptát klientů na jejich pocíťované potřeby, pracovníků služeb na specifické problémy spojené s provozem služeb a jejich poskytováním klientů či zástupců veřejnosti na pocity, které v nich vzbuzuje zřízení nového kontaktního centra v blízkosti jejich bydliště. Data, která takto získáváme, nejsou generalizovatelná, mohou nám ale nabízet unikátní perspektivy, otevírat nová témata či umožnit pronikavý vhled do problematiky, který bychom jen těžko získávali pomocí standardizovaných kvantitativních metod sběru dat.

3.3.1.2.2 Metoda klíčových informantů

Jako klíčové informanty označujeme osoby, které jsou schopny nám poskytnout poznatky o potřebách a zájmech zástupců daných cílových skupin. Podle zaměření našeho zájmu vybíráme průměrné či naopak krajně atypické zástupce (HAVLÍK & KUBALČÍKOVÁ, 2006, 8). Často jde také o odborníky v dané oblasti či osoby s dlouhodobou přímou zkušeností s daným problémem, například pracovníky služeb či zaměstnance úřadů. Data získáváme nejčastěji prostřednictvím rozhovoru, případně prostřednictvím dotazníkového šetření (KAVALÍR, 2006, 65).

Limity

Klíčovní informátoři nám mohou v relativně krátkém čase poskytnout informace, které bychom jinak museli pracně získávat od jednotlivých respondentů. Jde ovšem o informace v nějaké míře „zhuštěné“ a zobecnělé, jednak ochuzené o různorodost individuálních perspektiv, jednak zabarvené subjektivitou osoby informátora, překrývající tuto různorodost. Zároveň se musíme spolehnout na to, že právě vybraný informant představuje věrohodného reprezentanta dané skupiny, o které vypovídá (KAVALÍR, 2006, 66).

Možnosti využití v tvorbě sítě služeb

Tuto metodu využijeme např. v situacích, kdy potřebujeme získat informace o nějaké specifické cílové skupině a máme na to relativně málo času, popř. se nám z nějakého důvodu nedaří navázat s jejími zástupci kontakt. Klíčoví informanti nám mohou rovněž v počátečních fázích výzkumu usnadnit zorientování se v problematice, navrhnout některé otázky a parametry průzkumu či pomoci s kontaktováním respondentů (KAVALÍR, 2006, 66).

3.3.1.2.3 Skupinový rozhovor

Skupinový rozhovor nám umožňuje získávat data od více respondentů najednou a do nějaké míry tak překonat problém časové náročnosti a nákladnosti individuálních rozhovorů. Skupinový rozhovor je na druhé straně relativně náročnější na vedení. (Zpravidla je řízen či moderován jednou vybranou osobou.) Jednou z nejpoužívanějších metod v této oblasti jsou tzv. **ohniskové skupiny**.

Ohniskové skupiny se účastní skupina respondentů v přibližném rozsahu 8-15 osob. Pod vedením moderátora jsou diskutována předem připravená témata, zároveň je respondentům poskytnut prostor pro, aby otevírali témata vlastní. Důležitou roli hraje také skupinová dynamika a konfrontace jednotlivých výpovědí, díky níž můžeme získat informace, které by nám zkoumáním izolovaných individuálních výpovědí unikly.

Limity

Metoda ohniskových skupin, popř. další metody řízených skupinových rozhovorů jsou relativně náročné na schopnost řídit diskusi, role moderátora by se proto měla zhostit osoba s dostatečnými zkušenostmi v této oblasti a citem pro práci s většími skupinami lidí.

Možnosti využití v tvorbě sítě služeb

Tematicky zaměřené ohniskové skupiny mohou být vhodným nástrojem jednorázového získání množství informací v určité oblasti od respondentů, kteří disponují dobrou znalostí této oblasti a zároveň v rámci ní reprezentují různé perspektivy. Chceme-li např. provést ohniskovou skupinu zaměřenou na téma snižování škod spojených s užíváním návykových látek, můžeme do ní zařadit jak poskytovatel adiktologických nízkoprahových služeb (kontaktních center a terénních programů), ale také poskytovatele dalších, souvisejících sociálních služeb (azylových domů, nízkoprahových denních center apod.) či zástupce krajské hygienické stanice.

3.3.1.2.4 Veřejná setkání

Jak uvádějí autoři metodiky zjišťování potřeb uživatelů sociálních služeb, smyslem veřejného setkání je „vytvořit takový prostor, aby osoby zainteresované na daném problému spontánně otevíraly témata a uváděly problémy a potíže, které považují v této souvislosti za podstatné“ (HAVLÍK, KUBALČIKOVÁ, 2006, 8). Stejně jako ohnisková skupina by veřejné setkání mělo být vedeno zkušeným moderátorem. Pořizuje se zvukový záznam, který je následně podrobován analýze, v rámci níž jsou mj. identifikována opakující se, akcentovaná, kritická a kontroverzní témata.

Ve zmíněné metodice je zdůrazňován rozdíl mezi veřejnými setkáními s příslušníky vybrané cílové skupiny za účelem zjišťování potřeb („community forum“) a veřejnými setkáními, fóry či semináři k plánování služeb. Žádná forma zjišťování potřeb nemůže podle autorů nahradit přímou účast zástupců cílových skupin na plánování služeb, jelikož vždy nakonec překlápí jejich vyjádření do odborného jazyka. Na druhé straně autoři zdůrazňují, že právě zjišťování potřeb je tím, co především pomáhá zapojovat zástupce cílových skupin a co ve výsledku dělá plánování služeb „komunitním“. Rovněž nechávají otevřenou otázku, zda je nutné v praxi do zjišťování potřeb zapojovat odborníky či zda si lze vystačit s vlastními, místními zdroji. Hranice mezi participativně orientovaným zjišťováním potřeb a „skutečnou“ participací se tak ve výsledku zdá být poněkud neostrá. K tomu pak často přispívá již jednou zmíněná samozřejmost, se kterou je obsah velké části prováděných kvalitativních šetření důsledně podřizován aktuální realitě poskytování služeb. Pravdou je, že analytický rámec výzkumných šetření se v praxi nemusí nijak dramaticky lišit od analytického rámce, se kterým operují

neodborní aktéři zapojení do plánování služeb – oba rámce jsou beztak nakonec obdobně redukovány s ohledem na aktuální nabídku služeb a intervencí. Tím nechceme říci, že bychom měli rezignovat na veškeré zásady systematického provádění kvalitativního výzkumu, pouze to, že jak odborné, tak neodborné formy participativního zjišťování potřeb mohou být poznamenány týmiž problémy.

3.3.1.2.5 Shrnutí

Pro uvedené typy kvalitativních údajů a metod zjišťování potřeb platí stejná obecná omezení jako pro jakýkoli typ kvalitativního výzkumu. Kvalitativní údaje jsou obtížně zobecnitelné a standardizovatelné a vždy v nějaké míře otevřené různým interpretacím (MIOVSKÝ, 2001, 219). Jejich zjišťování bývá rovněž poměrně nákladné z hlediska lidských i finančních zdrojů.

Za klíčovou považujeme v souvislosti s kvalitativním zjišťováním potřeb otázku, do jaké míry se chceme pokoušet zachytit pocíťované potřeby klientů bez nutného vztahu k nabídce odpovídajících služeb a do jaké míry se chceme spokojit s formulováním potřeb ve smyslu normativních, expertně definovaných potřeb či potřeb empiricky vyjádřených využíváním služeb. Příliš razantní příklon ke každému z těchto přístupů zakládá dvojí riziko zkresení:

1) Dominance normativních a vyjádřených potřeb

Potřeby jsou definovány a zjišťovány převážně v intencích existujícího normativního, institucionálního, popř. právního rámce poskytování služeb. Spektrum potenciálně zjistitelných potřeb je tak poměrně kategoricky omezeno tímto rámcem. Pocíťované potřeby zástupců cílové skupiny služeb přitom nejsou pouze „upozaďovány“ ve prospěch normativních potřeb, ale mnohem spíše aktivně přetvářeny k obrazu normativních potřeb – respondenti jsou naváděni vnímat a formulovat vlastní potřeby v tomto rámci, normativní potřeby se tak de facto stávají „poznány“ pocíťovanými potřebami. Vzniká tím riziko konzervace stávajícího systému péče, neschopného flexibilně reagovat na potřeby cílové skupiny služeb.

2) Absence normativní a zkušenostní opory pro formulování potřeb

Potřeby jsou zjišťovány v intencích „žitého světa“ respondentů, bez přímého vztahu ke konkrétním službám či intervencím. Spektrum potenciálně zjistitelných potřeb tak může být výrazně ochuzeno o potřeby, o kterých respondenti vlastně dost dobře „neví“, že je mohou mít. Mnohé potřeby o sobě vůbec nemusí dát vědět, dokud v rámci dané populace či územní jednotky nezačnou fungovat služby adresující tyto potřeby, zejm. pokud jde o nové typy služeb a různé pilotní programy, které dosud nebyly pro zástupce cílové skupiny služeb nijak (často ani *informačně*) dostupné.

S ohledem na tato rizika se nabízí volit vyvážený přístup, který bude realisticky ukotvovat dotazování v expertně definovaných normativních potřebách a existující nabídce služeb a zároveň bude v nějaké míře zohledňovat i další potenciální pocíťované potřeby respondentů. V praxi nicméně převládá pragmatický příklon ke zjišťování potřeb v intencích stávajícího systému péče. Inovace tohoto systému tak přicházejí převážně „seshora“ a odvozují svou potřebnost z potřeb, které nejsou v pravém slova smyslu zjišťovány, ale spíše předpokládány na základě expertízy. V případech, kdy jsou inovace iniciovány či podporovány i „zespoda“, jde většinou spíše o výsledek organizovaného vyjádření potřeb prostřednictvím přímých forem zapojení zástupců cílových skupin do plánování služeb či nezávislých veřejných iniciativ. Např. v kanadském Vancouveru dlouhodobě obhajují navzdory politickým tlakům svou existenci aplikační místnosti pro uživatele drog mj. i díky setrvalým aktivistickým snahám těchto uživatelů (KERR ET AL., 2017).

KLÍČOVÉ POJMY

Analýza primárních dat

Analýza sekundárních dat

Kvantitativní zjišťování potřeb

Kvalitativní zjišťování potřeb

Obecná populace
Produktivní populace
Školní populace
Prevalence
Incidence
Kapacitní dostupnost
Místní dostupnost
Časová dostupnost
Rapid Assessment and Response
Polostrukturovaný rozhovor
Ohniskové skupiny
Klíčovní informanti

4 Hodnocení pokrytí potřeb

Na základě integrace analýzy primárních a sekundárních dat, resp. analýzy kvalitativních a kvantitativních dat bychom měli být schopni zhodnotit, jaké je pokrytí zjištěných potřeb na daném území. V rámci toho rozlišujeme v tomto textu celkem čtyři úrovně hodnocení pokrytí potřeb. Na těchto úrovních pracujeme s potřebami definovanými na mesoúrovni a mikroúrovni (viz kap. 2.1). Hodnocení pokrytí potřeb na těchto čtyřech úrovních nelze určitě považovat za vyčerpávající, měli bychom proto vždy ještě zvlášť zaznamenávat různá další vyjádření potřeb, která nelze uspokojivě popsat ani na jedné z těchto úrovní.

Na první úrovni hodnotíme **potřebnost služeb** ve smyslu uzavřených celků péče, jak je vymezuje mimo jiné i typologie adiktologických služeb. Definujeme cílové populace jednotlivých typů služeb, odhadujeme jejich velikost pomocí různých indikátorů rizik, identifikujeme velikost **mezer ve využití služeb**, zjišťujeme **místní dostupnost** a **relativní kapacitní dostupnost služeb** a porovnáváme je s **normativy** pro dostupnost služeb, které si stanovíme. V kap. 4.1 popisujeme obecný postup odhadování potřebnosti služeb, v kap. 4.2 přibližujeme, jak jej můžeme uplatnit u jednotlivých typů adiktologických služeb.

Na druhé úrovni hodnotíme **potřebnost specifických intervencí a forem péče**, resp. pokrytí specifických okruhů potřeb definovaných těmito intervencemi nebo formami péče. Pokrytí těchto okruhů potřeb sledujeme zvlášť u jednotlivých typů služeb, v nichž zpravidla také příslušné intervence či typy péče nabývají specifických podob. Pokrývání každého z okruhů potřeb je sledováno pomocí různých kvantitativních a semi-kvantitativních indikátorů. Zjištěné aktuální pokrytí daného okruhu potřeb je porovnáno s normativem pro jeho žádoucí pokrytí, z toho je pak odvozena mezera ve využití daných intervencí či forem péče.

Na třetí úrovni se zabýváme potřebami **specifických cílových skupin**. To, které zahrneme do našeho hodnocení cílové skupiny záleží na výsledcích předběžné analýzy sekundárních dat, ale také např. na dlouhodobých strategických prioritách zadavatele. Poslední úroveň odpovídá mikroúrovni definování potřeb a spočívá v **kvalitativním hodnocení pocítovaných potřeb**, tj. potřeb formulovaných přímo klienty služeb nebo obecně osobami se závislostním chováním.

Tabulka 4-1: Čtyřúrovňový model hodnocení aktuálního pokrytí potřeb

1.	Hodnocení dostupnosti jednotlivých typů adiktologických služeb
2.	Hodnocení dostupnosti specifických intervencí a forem péče
3.	Hodnocení pokrytí potřeb specifických cílových skupin
4.	Hodnocení pokrytí pocítovaných potřeb klientů adiktologických služeb
-.	Hodnocení různých dalších potřeb vyjádřených různými dalšími způsoby

4.1 Hodnocení dostupnosti a využití služeb – obecný postup

V této kapitole přibližujeme obecný schematický postup odhadování potřebnosti adiktologických služeb. V následující kapitole jej pak uplatňujeme při odhadování potřebnosti jednotlivých typů adiktologických služeb. Obecný odhad potřebnosti služeb zahrnuje následující kroky:

- 1) Definování cílové populace služeb
- 2) Odhad velikosti mezery ve využití služeb
- 3) Interpretace zjištěné mezery ve využití služeb
- 4) Odhad relativní kapacitní dostupnosti služeb
- 5) Odhad místní dostupnosti služeb

4.1.1 Definování cílové populace služeb

První krok definování potřebnosti určitého typu služby spočívá ve výběru cílových skupin, které by měl zasáhnout, a odhadu jejich velikosti na sledovaném území pomocí vhodných kvantitativních indikátorů. Získáme tak definici **cílové populace** daného typu služby, tj. populace osob, u nichž existuje potřeba využití tohoto typu služby. V kapitole 2.1.3 jsme přiblížili nejčastější způsoby definování cílových skupin, v kapitole 3.2 nejvyužívanější kvantitativní indikátory potřeb – zbývá uvést tyto cílové skupiny a indikátory do patřičných vzájemných vztahů.

Nejširším možné vymezením cílové populace odpovídá jejímu ztotožnění s **obecnou populací** územní jednotky, pro kterou provádíme analýzu potřeb, popř. její **produktivní populaci** (tedy populaci ve věku 15-64 let). Tyto populace můžeme považovat za cílové populace, chápeme-li žádoucí pokrytí potřeb v souladu s principem **práva rovného přístupu ke službám**, tj. nároku každého jednotlivce na zajištění určité úrovně dostupnosti dané služby, objeví-li se u něj potřeba jejího využití. Adiktologické služby a intervence nejsou určeny pouze těm, kteří jsou aktuálně v ohrožení – v nějaké fázi života je může potřebovat každý a každý by také měl mít stejný nárok na jejich využití. Jak uvádějí Libra a Novák, „(d)ostupnost je i vyjádřením práva rovného přístupu široké veřejnosti (daňových poplatníků) ke garantované kvalitě služby“ (LIBRA & NOVÁK, 2006, 2).

Potřeba využití adiktologických služeb je dále odvozována od dosažení určité míry závažnosti či určité fáze rozvoje závislostního chování, se kterou lze již spojovat relativně významná rizika a škody plynoucí ze závislostního chování. Můžeme pak mluvit o problémovém, rizikovém či škodlivém užívání návykových látek (a dalších formách závislostního chování). U nejrozšířenějších a nejvíce rizikových forem závislostního chování jsou příslušné cílové populace kvantitativně vymezeny pomocí indikátorů problémového užívání a hráčství (viz kap. 3.2.1.2).

Chceme-li spárovat takto vymezené populace s jednotlivými typy služeb, záhy narazíme na poměrně zásadní komplikace. Některé typy služeb mají víceméně jasně definovanou cílovou populaci (školské programy primární prevence) nebo alespoň převažující cílovou populaci (nizkoprahové služby), na druhé straně lze např. jen obtížně spárovat početnou a různorodou populaci jedinců s problémovým či rizikovým závislostním chováním různého původu s jednotlivými typy adiktologických služeb zaměřených na léčbu závislostního chování.

Současný systém adiktologické péče v ČR počítá s potenciálním průchodem jedince všemi typy adiktologických služeb. Nizkoprahová služba může sloužit jako „vstupní služba“, po níž následuje docházení do ambulantní léčby nebo absolvování detoxifikace, které je podmínkou nastoupení léčby v pobytovém léčebném zařízení (alternativou je dosažení detoxifikace svépomocí). Standardně se předpokládá, že klient nejprve nastoupí léčbu ve zdravotnickém zařízení krátkodobé či střednědobé ústavní léčby, na kterou pak naváže dlouhodobější pobyt v terapeutické komunitě. Poslední fázi

institucionalizované péče představuje následná péče v doléčovacím programu, která může mít podobu ambulantní péče, ale může zahrnovat i poskytnutí chráněného bydlení či chráněného zaměstnávání.

Reálně se ale setkáváme s mnoha variacemi na toto základní schéma. Velká část klientů nízkoprahových služeb nikdy nevyužije žádnou z dalších adiktologických služeb. Vyléčení či stabilizace stavu lze dosáhnout pouze ambulantní léčbou či pouze pobytem v terapeutické komunitě, po absolvování ústavní detoxifikace, ambulantní detoxifikace či detoxifikace svépomocí, změnu dosaženou v léčbě lze pak udržet s pomocí doléčovacího programu i bez ní. Někteří jedinci se dokáží vyléčit ze závislosti výhradně vlastními silami, jiní dosahují kýžené změny jen s velkými obtížemi či vůbec navzdory tomu, že opakovaně nastupují léčbu v různých zařízeních.

Různé typy služeb mohou být tedy vyhledávány zástupci velmi podobných populací, jejichž velikost lze navíc často jen velmi hrubě odhadnout. Budeme-li tedy chtít pro tyto odhady využít standardně používaných kvantitativních indikátorů, nutně se dopustíme značných zjednodušení. Přehled cílových populací jednotlivých typů služeb ukazuje Tabulka 4-2, více k jejich odhadování uvádíme dále v kap. 4.2.

Tabulka 4-2: Typy adiktologických služeb a jejich hlavní cílové populace

Typ služby	Cílová populace
Adiktologické preventivní služby	Školní populace (ZŠ, SŠ) (Obecná populace)
Adiktologické nízkoprahové služby	Problémoví uživatelé pervitinu a opioidů (PUPO) (Problémoví uživatelé dalších návykových látek)
Adiktologické služby krátkodobé stabilizace	Problémoví uživatelé pervitinu a opioidů (PUPO) Rizikovní uživatelé alkoholu (škály CAGE a ASC) Problémoví uživatelé konopných látek (škála CAST) Problémoví hráči (škály Lie/Bet a PGSI)
Adiktologické ambulantní služby	Problémoví uživatelé pervitinu a opioidů (PUPO) Rizikovní uživatelé alkoholu (škály CAGE a ASC) Problémoví uživatelé konopných látek (škála CAST) Problémoví hráči (škály Lie/Bet a PGSI)
Adiktologické rezidenční služby	Problémoví uživatelé pervitinu a opioidů (PUPO) Rizikovní uživatelé alkoholu (škály CAGE a ASC) Problémoví uživatelé konopných látek (škála CAST) Problémoví hráči (škály Lie/Bet a PGSI)
Adiktologické služby následné péče	Abstinující uživatelé, kteří úspěšně absolvovali ambulantní nebo rezidenční léčbu

4.1.2 Odhad velikosti mezery ve využití služeb

Mezera ve využití služeb (*treatment gap*) je souborným údajem (indexem) vyjadřujícím velikost populace jedinců, kteří disponují potřebou využití určitých služeb, tyto služby ale reálně nevyužívají, resp. jim nejsou poskytovány. Tuto populaci nazýváme **skrytou populací**. Velikost skryté populace, resp. mezery ve využití služeb získáme porovnáním hodnot nějakého indikátoru rizika, který popisuje velikost rizikové/cílové populace, resp. potřebu využití služby, a indikátoru využití služeb, nejčastěji údaje o počtu klientů služeb. Mezi další indikátory využití služeb patří počet kontaktů, počet vyměněných jehel, počet obsazených lůžek, počet provedených výkonů atd. (celý výčet viz kap. 2.1.2.8).

V mezikroku výpočtu mezery získáváme údaj o míře **pokrytí populace** službami, který odpovídá poměru indikátoru rizika a indikátoru využití služeb:

$$|\text{pokrytí cílové populace službami}| = \frac{I_{VS}}{I_R} = \frac{n \text{ klientů služeb}}{|\text{cílová populace}|} \times 100 [\%]$$

Hodnota mezery ve využití služeb pak odpovídá rozdílu mezi stoprocentním a aktuálním pokrytím cílové populace danými službami.

$$| \text{mezera ve využití služeb} | = \frac{I_{VS}}{I_R} = 1 - \frac{n \text{ klientů služeb}}{|\text{cílová populace}|} \times 100 [\%]$$

4.1.3 Interpretace zjištěné mezery ve využití služeb

Mezera ve využití služeb představuje užitečný údaj o pokrytí určitých potřeb určitou nabídkou služeb, jeho reálná využitelnost však významně závisí na naší schopnosti jej interpretovat. Zde rozlišujeme šest základních typů interpretace mezery ve využití služeb. V prvních třech typech je tato mezera vysvětlována převážně jako důsledek aktuálních limitů sítě služeb. Zbývající tři typy vedle toho více zohledňují také faktor chování cílové populace. Ve všech případech lze nicméně identifikovat možné příčiny mezery na straně systému služeb a formulovat příslušná opatření ke zvýšení dostupnosti daných služeb (viz Tabulka 4-3).

Tabulka 4-3: Základní typy vysvětlení mezery ve využití služeb

VYSVĚTLENÍ MEZERY VE VYUŽITÍ SLUŽEB	MOŽNOSTI SLUŽEB SNÍŽIT MEZERU
Nedostatečná kapacita služeb	Rozšíření kapacity stávajících služeb Etablování nových služeb
Špatná místní dostupnost služeb	Etablování nových služeb Rozšíření místní působnosti terénních programů
Špatná časová dostupnost služeb	Úprava otevírací doby Zajištění intervencí mimo otevírací dobu
Špatná informační dostupnost služeb	Kontaktování skryté populace Zvýšení intenzity šíření informací Šíření informací novými kanály
Špatná psychosociální dostupnost služeb	Kontaktování a motivování skryté populace Snížení prahu služby Prevence a edukace obecné populace
Nezájem nebo nízká motivace cílové populace	Kontaktování a motivování skryté populace
Cílová populace je reálně menší, než tvrdí odhad	-

Nedostatečná kapacita služeb se projevuje nedostatečným personálním, popř. prostorovým zajištěním služeb. Můžeme na ni reagovat buď etablováním nových služeb (zvláště pokud je současně omezená místní dostupnost služeb) nebo rozšířením kapacity stávající sítě služeb.

Nedostatečná místní dostupnost odpovídá příliš velké dojezdové vzdálenosti služby od místa pobytu klientů, resp. době, kterou již klienti nejsou ochotni cestovat za službou, v případě terénních programů pak omezenému pokrytí daného území těmito programy. V případě kamenných služeb je klíčovým opatřením ke zvýšení místní dostupnosti etablování nových služeb v blízkosti oblastí, v nichž jsme identifikovali nepokryté potřeby využití daných služeb. Místní dostupnost terénních programů zvyšujeme rozšířením místní působnosti těchto programů na lokality, v nichž dosud nepůsobily.

Nedostatečnou časovou dostupností zde míníme především nevhodnou otevírací dobu služby, resp. otevírací dobu, které je pro určité klienty obtížné se přizpůsobit (např. proto, že přes den pracují). V tomto směru lze buď upravit standardní otevírací dobu služby nebo nějakým způsobem zajišťovat vybrané intervence určitým klientům mimo otevírací dobu.

Jako **nedostatečnou informační dostupnost** označujeme nedostatečné nebo nefektivní pokrytí cílové populace informacemi o možnostech využití služeb. V tomto případě předpokládáme populaci, která by potenciálně využívala služby, pokud by o nich byla lépe informována. Informační dostupnost můžeme zvyšovat kontaktováním skryté populace, zvýšením intenzity šíření informací (např. častějším umístováním letáků na klíčová místa, kde se vyskytují potenciální klienti) či šíření informací novými, dosud nevyužitými kanály (např. přes zástupce klientských organizací).

Podobnou populaci předpokládáme u **nedostatečné psychosociální dostupnosti**, s tím, že nevyužívání služeb není jen důsledkem nezájmu nebo nízké motivace, ale také mnoha různých mentálních a sociálních bariér na straně klienta. Významnou bariérou je např. přetrvávající stigmatizace závislostního chování, které se klient snaží tajit před většinovou společností nebo před svými blízkými – využití služby tedy pro něj představuje hrozbu, že toto jeho chování vyplave na povrch. Častou obavou je zejména u uživatelů nelegálních drog také konflikt se zákonem. Zvyšovat psychosociální dostupnost lze opět kontaktováním a motivováním skryté populace, s důrazem na budování důvěry mezi pracovníky služeb a kontaktovanými osobami. Jednorázovým opatřením, které může zvýšit psychosociální dostupnost, je snížení prahu pro vstup do služby, zejm. zaručení anonymity využívaných služeb. Dlouhodobě lze obavy z využívání adiktologických služeb snižovat prevencí a edukací obecné populace v oblasti závislostního chování.

Vysvětlení mezery ve využití služeb **nezájmem nebo nízkou motivací cílové populace** předpokládá populaci jedinců, kteří disponují informacemi o službách, případně byli i v minulosti službami kontaktováni, přesto dané služby nevyužívají. Možnosti snížit mezeru ve využití služeb jsou v tomto případě značně omezené – prakticky se omezují na snahy kontaktovat a motivovat skrytou populaci k využívání služeb.

Posledním možným vysvětlením zjištěné mezery ve využití služeb je, že velikost cílové populace na daném území je ve skutečnosti menší, než tvrdí odhad, který máme k dispozici (což je často velmi pravděpodobné vzhledem k tomu, že většina indikátorů rizik je zjišťována na celonárodní úrovni a následně extrapolována na menší územní celky).

V rámci souborného hodnocení potřebnosti služeb se v tomto textu primárně zaměřujeme na kapacitní a místní dostupnost služeb, v omezené míře také časovou, popř. informační dostupnost.

4.1.4 Odhad relativní kapacitní dostupnosti služeb

Relativní kapacitní dostupnost služeb odhadujeme na základě porovnání údajů o kapacitě služeb s údaji o velikosti populace klientů služeb, cílové populace, popř. obecné nebo produktivní populace daného území. V závislosti na uvažované populaci rozlišujeme tři základní typy těchto vztahů:

- a) poměr mezi indikátorem dostupnosti (I_D) a indikátorem využití služeb (I_{VS}), např. počtem klientů

$$: |\text{relativní dostupnost}| = \frac{I_D}{I_{VS}} = \frac{n \text{ pracovních úvazků}}{n \text{ klientů}}$$

- b) poměr mezi indikátorem kapacitní dostupnosti a indikátorem rizik (I_R), např. počtem problémových uživatelů pervitinu a opioidů (PUPO)

$$: |\text{relativní dostupnost}| = \frac{I_D}{I_R} = \frac{n \text{ pracovních úvazků}}{\text{PUPO}}$$

- c) poměr mezi indikátorem dostupnosti a velikostí produktivní či celkové populace obyvatel daného územního celku:

$$: |\text{relativní dostupnost}| = \frac{I_D}{n \text{ obyvatel}} = \frac{n \text{ pracovních úvazků}}{|\text{produktivní populace}|} \vee \frac{n \text{ pracovních úvazků}}{|\text{celková populace}|}$$

Pro interpretaci těchto vztahů je důležité pamatovat na to, že srovnávané údaje nemají stejný rozměr. Poměr počtu pracovních úvazků ve službách (či jiných jednotek kapacity) a velikosti uvažované populace nevyjadřuje procentuální podíl úvazků připadající na tuto populaci – takový údaj jednoduše nedává smysl. Toho může nabýt až ve vztahu k nějakému jinému údaji o stejném rozměru, označujícím **žádoucí stav**, oproti kterému chceme poměřovat zjištěný **výchozí stav**. To znamená, že si musíme stanovit určitý referenční údaj (normativ) odpovídající žádoucí dostupnosti daného typu služby.

Jako **normativ** zde označujeme jakékoli kvantitativní vyjádření dostupnosti služeb, o kterém je v určité chvíli rozhodnuto, že bude vymezovat žádoucí dostupnost služeb, tj. dostupnost služeb, které chceme docílit v rámci tvorby sítě služeb. K tomuto rozhodnutí může dojít uvnitř úzkého kruhu odborníků, může být odsouhlaseno uvnitř nějaké profesní organizace či v rámci pracovní skupiny, může být učiněno ad hoc pro potřeby definování parametrů sítě služeb nebo může být i zakotveno v legislativě¹⁹. Normativy zpravidla nějakým způsobem vycházejí z empirické analýzy, často ale není dost dobře možné dohledat, jak byla pro získání výsledných čísel použita.

Stanovení normativu pro žádoucí dostupnost určitého typu služby na určitém území závisí v první řadě na tom, jak si definujeme populaci, kterou chceme zasáhnout daným typem služby. Krajní možností je ztotožnit tuto populaci s celkovou cílovou populací. Žádoucí dostupnost služby pak teoreticky odpovídá plnému pokrytí potřeby využití služby ze strany dané populace. Tato definice je poněkud nepraktická, a to nejen proto, že nutně disponujeme omezenými finančními prostředky na zajištění služeb, ale i s ohledem na naše nedokonalé porozumění vztahu mezi riziky a škodami, o nichž na základě několika málo údajů předpokládáme, že indikují využití nějaké služby, a skutečnou potřebou využití této služby.

Další možností je zaměřit se pouze na ty jedince, kteří nějakým způsobem objektivně vyjadřují potřebu využití služeb, aktuálně však pro ně tyto služby nejsou dostupné. Má-li pak např. určitý segment služeb na určitém území volné kapacity, znamená to, že nabídka služeb převyšuje poptávku po nich a tudíž je na daném území dosaženo žádoucí dostupnosti daných služeb. To je pochopitelně velké zjednodušení, které nám neumožňuje vidět různé šedé zóny mezi vyjádřením a nevyjádřením potřeby. Zejména pokud na nějakém území určitý typ služby zcela chybí, lze jen obtížně definovat populaci, v níž se vyskytuje potřeba využití tohoto typu služby. Něco málo můžeme odvodit z údajů o využití služeb, které na daném území alespoň zčásti suplují sledovaný typ služby. Máme-li na to prostředky, můžeme také provést rychlou analýzu potřeb, např. podle metodiky *Rapid Assessment and Response (RAR)*. Nebo můžeme jednoduše předpokládat, že potřeba v dané populaci odpovídá potřebě zjištěné u jiné populace s podobnými vlastnostmi²⁰. Žádný z těchto údajů nicméně přímo nevyovídá o potřebách cílové populace, které bychom mohli odvodit z využití daných služeb.

Druhým, rozhodujícím krokem konstrukce normativu je stanovení žádoucího pokrytí žádoucí dostupnost služby pro naši cílovou populaci. V ideálním případě máme pro tento účel k dispozici alespoň hrubý odhad toho, jaký je standardní, zprůměrovaný „výkon“ služby, např. jak velká kapacita služby je potřebná pro zajištění potřeb kolika klientů za určitou dobu. U některých služeb lze přinejmenším normativně stanovit minimální personální kapacitu pro zajištění odborné způsobilosti služby, např. podle Standardů odborné způsobilosti RVKPP. (více viz kapitoly 3.3 a 3.4).

Získaný normativ pak můžeme porovnat s hodnotou zjištěné relativní dostupnosti služeb na daném území. Chceme-li výslednou **potřebnost služeb či intervencí** vyjádřit v absolutních číslech (např. jako počet potřebných chybějících úvazků připadajících na jednoho klienta), spočítáme rozdíl mezi oběma hodnotami:

$$: \text{potřebnost} = \frac{n \text{ pracovních úvazků}_{\text{norm.}}}{n \text{ klientů}_{\text{norm.}}} - \frac{n \text{ pracovních úvazků}}{n \text{ klientů}}$$

Chceme-li získat procentuální hodnotu potřebnosti služeb/intervencí, spočítáme podíl obou hodnot a odečteme jej od sta procent:

¹⁹ Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb např. normativně definuje nejzazší dojezdovou dobu pro jednotlivé medicínské obory nebo služby a časovou dostupnost vybraných služeb, které musí zajistit zdravotní pojišťovny svým pojištěncům.

²⁰ Tyto předpokládané potřeby jsou někdy označovány jako tzv. komparativní potřeby (Bradshaw, 1972)

$$: \text{potřeba} = 100 - \frac{\frac{n \text{ pracovních úvazků}_{2018}}{n \text{ klientů}_{2018}}}{\frac{n \text{ pracovních úvazků}_{\text{norm.}}}{n \text{ klientů}_{\text{norm.}}}} [\%]$$

V případě služeb, jejichž kapacita je dlouhodobě naplněná, můžeme měřit kapacitní dostupnost také počtem osob na čekacích listinách nebo průměrnou **čekací dobou** na službu. Tyto údaje zpravidla nejsou veřejně dostupné a je tedy třeba je zjistit sběrem primárních dat od poskytovatelů služeb.

4.1.5 Odhad místní dostupnosti služeb

Ve srovnání s odhadováním kapacitní dostupnosti, kdy máme zpravidla k dispozici exaktní empirické údaje o aktuální kapacitě služeb, k nimž posléze přiřazujeme určité referenční normativy, je postup odhadování místní dostupnosti služeb přesně opačný²¹. Nejdříve si musíme stanovit normativ pro minimální místní dostupnost, tj. nejdelší dobu, kterou jsou zástupci cílové populace ještě ochotní dojíždět za službou, a teprve ve vztahu k němu můžeme posuzovat, jaká je aktuální místní dostupnost určité služby.

Normativ pro místní dostupnost stanovujeme v ideálním případě na základě empirického zjišťování subjektivně přijatelné dojezdové vzdálenosti služeb pro jejich klienty, buď přímo od těchto klientů, nebo alespoň od pracovníků služeb. Tento postup uplatňuje např. Staníček v dokumentu *Návrh optimalizace sítě v oblasti protidrogové politiky – Kontaktní centra a Terénní programy* (STANÍČEK, 2005), ve kterém mj. na základě rozhovorů s klienty v Královéhradeckém kraji uvádí, že „služba je pro ně snadno dostupná, pokud ji lze dosáhnout hromadnou dopravou bez přestupování v čase do 1 hodiny“ (STANÍČEK, 2005, 3).

Následně zjišťujeme u konkrétních služeb, jaká část sledovaného území vyhovuje stanovenému normativnímu požadavku. Pro zjednodušení si můžeme předem vybrat konkrétní lokality, pro které budeme posuzovat místní dostupnost služby, např. všechny okolní obce či jiné lokality, které přesahují určitý počet obyvatel. Pro samotné stanovení místní dostupnosti můžeme pak buď využít standardizovaných údajů volně dostupných skrze volně dostupné aplikace typu Google Maps, nebo sami modelovat místní dostupnost prostřednictvím nástrojů geografických informačních systémů (GIS), např. softwaru ArcGIS.

S ohledem na historickou zkušenost s tvorbou a koordinací sítě služeb či závěry odborných diskusí v této službě můžeme vycházet také z poněkud hrubších normativů. V *Síti protidrogových služeb na území Jihočeského kraje na období 2015-2017* jsou např. uvedeny jako optimální hranice dostupnosti okres u kontaktních center a ORP u ambulantních služeb.

²¹ Zde popisovaný postup neplatí pro místní dostupnost terénních programů, více viz kapitola 4.2.2

4.2 Hodnocení dostupnosti a využití jednotlivých typů služeb

Podoba odhadování potřebnosti se liší u jednotlivých typů adiktologických služeb v závislosti na tom, jak jsou definovány jejich cílové populace, jak lze interpretovat zjištěnou mezeru ve využití těchto služeb či na tom, jaké má u nich smysl brát v úvahu rozměry dostupnosti a jednotky kapacity. V následujících podkapitolách pojednáváme všechny typy služeb podle aktuální typologie adiktologických služeb, s výjimkou služeb krátkodobé stabilizace, které se v současné době empiricky vyskytují pouze v podobě detoxifikačních jednotek, jejichž dostupnost popisujeme dále v kap. 4.3 jakožto dostupnost specifické intervence detoxifikace.

Tabulka 4-4: Typy adiktologických služeb a rozměry definování jejich dostupnosti

	Cílová populace	Mezera ve využití služeb	Kapacitní dostupnost	Místní dostupnost	Časová dostupnost
PS	Školní populace (Obecná populace)	n žáků s absolv. PP/školní populace n žáků s absolv. MPP/žáci ZŠ n hod. PP/normativ pro n hod. PP n hod. MPP/normativ pro n hod. MPP	n programů/školní populace n úvazků/školní populace	n programů, n hodin PP, n úvazků v různých lokalitách	-
NS	PUPO PUD	n klientů/PUPO	n služeb/PUPO n úvazků/PUPO	Dojezdová vzdálenost Pokrytí území TP	Otevírací doba/doba v terénu odp. potřebám klientů
AS	PUD (PUPO, PUA, PUC) PH	n klientů/PUD+PH	n služeb/PUD+PH n úvazků/PUD+PH	Dojezdová vzdálenost	Otevírací doba
RS	PUD (PUPO, PUA, PUC) PH	n klientů/PUD+PH	n lůžek/PUD+PH n úvazků/PUD+PH Čekací doba	-	Čekací doba
SNP	Abstinující uživatelé po úspěšně ukončené léčbě	n klientů/n osob s ukončenou léčbou	n úvazků/n osob s úspěšně ukončenou léčbou	Dojezdová vzdálenost	Otevírací doba

- PS = adiktologické preventivní služby, NS = adiktologické nízkoprahové služby, SKS = adiktologické služby krátkodobé stabilizace, AS = adiktologické ambulantní služby, RS = adiktologické rezidenční služby, SNP = adiktologické služby následné péče, TP = terénní program, PP = preventivní program, MPP = minimální preventivní program, PUD = problémoví uživatelé drog, PUPO = problémoví uživatelé pervitinu a opioidů, PH = problémoví hráči

4.2.1 Adiktologické preventivní služby

Cílovou populaci adiktologických preventivních služeb tvoří převážně jedinci, u nichž se dosud žádná rizika spojená se závislostním chováním empiricky neprojeví, jejich rizikovost lze tedy hodnotit nanejvýš ve smyslu pravděpodobnosti manifestace daných rizik v závislosti na určitých charakteristikách těchto jedinců. Minimálně v kontextu všeobecné prevence ale předpokládáme, že

každý jedinec disponuje určitou potřebou prevence rozvoje závislostního chování a s ním spojených škod a rizik.

Mezi adiktologické preventivní služby můžeme zahrnout v první řadě **školské programy primární prevence rizikového chování**, které jsou poskytovány **školní populaci** na úrovni ZŠ i SŠ, dále různé preventivní programy určené buď obecné populaci bez rozdílu nebo specifickým cílovým skupinám, např. seniorům. Zde se převážně zaměřujeme na školské preventivní programy.

Cílovou populaci školských programů primární prevence můžeme zcela exaktně vymezit jako součet žáků a studentů všech typů škol a školských zařízení na sledovaném území. Počet klientů služeb, resp. počet **účastníků programů** odpovídá počtu žáků a studentů, kterým byly v rámci daného území *v nějakém rozsahu* poskytnuty programy primární prevence.

Další postup je u preventivních programů trochu odlišný než u ostatních adiktologických služeb. Preventivní programy nejsou aktivně vyhledávány individuálními zástupci cílové populace, nýbrž zajišťovány celým kolektivům (zpravidla školními třídám) třetími osobami, které mají v rámci jednotlivých škol na starost primární prevenci. Z toho vyplývají dvě významná zjednodušení celého postupu:

- a) O poskytnutí preventivního programu lze do značné míry přemýšlet jako o jediné intervenci, a míru využití daného programu tedy zjednodušeně převést na rozsah, ve kterém je poskytován. Tento rozsah pak můžeme měřit počtem poskytnutých individuálních akcí či poskytnutých hodin prevence.
- b) To, zda žáci či studenti absolvují program primární prevence, významněji záleží pouze na tom, zda jim škola či školské zařízení zajistí dostupnost těchto programů. Míra využití programů tak v jistém smyslu vyjadřuje i jejich kapacitní dostupnost, resp. to, jaký počet akcí nebo hodin jsou programy schopné poskytnout na daném území za určitý čas. Mezeru ve využití preventivních programů tedy z větší části vysvětluje jejich aktuální nedostatečná dostupnost.

Inspirativní model sledování dostupnosti preventivních programů, zahrnující mj. i normativy pro doporučený rozsah poskytování těchto programů, byl vytvořen v rámci projektu „Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence sociálně patologických jevů pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni“ (VYNSPI-1). Tento projekt byl zaměřen na definování modelové struktury a doporučeného rozsahu minimálního preventivního programu (MPP) pro žáky základních škol (6-15 let). Jako jedna z komponent MPP byly definovány preventivní aktivity specifické pro jednotlivé typy rizikového chování. Tyto aktivity by měly být zajištěny v celkovém rozsahu 56 hodin, přičemž každé oblasti rizikového chování náleží určitá hodinová dotace, která je dále ještě rozdělena podle toho, do jaké třídy chodí žáci. Jedním ze zde uvedených typů rizikového chování je také závislostní chování a doporučený rozsah prevence v této oblasti je odhadnut na 10 hodin na jednoho žáka v průběhu celého základního studia (MIOVSKÝ ET AL., 2015, 158). Pokud bychom disponovali obdobnými normativy pro žádoucí dostupnost adiktologické prevence na středoškolské úrovni, mohli bychom touto cestou odhadovat i celkovou potřebnost programů specificky adiktologické primární prevence.

Obrázek 4-1 (Miovský et al., 2015, 158)

Ročník	I.	III.	V.	VII.,	Počet hodin/
Prevence	II.	IV.	VI.	VIII., IX.	Celkem
Záškoláctví	1	0	1	0	2
Šikana/agrese	1	3	3	4	11
Rizikové sporty/doprava	1	2	3	2	8
Rasismus/ xenofobie	0	1	1	1	3
Sekty	0	1	1	1	3
Sex. rizikové chování	0	1	2	4	7
Adiktologie	2	2	4	2	10
Týraní, zneužívání	1	1	1	1	4
Poruchy příjmu potravy	0	2	4	2	8
Počet hodin celkem	6	13	20	17	56 hodin

Tabulka 7 | Proporční rozvržení témat jednotlivých devíti oblastí rizikového chování dle zvolených čtyř věkových kategorií napříč základní školou

Místní dostupnost preventivních programů není dána dojezdovou vzdáleností, ale pouze tím, které školy a která školská zařízení nabízejí svým žákům a studentům tyto programy a které nikoli a jak jsou v závislosti na tom pokryty jednotlivé lokality. Můžeme tak identifikovat lokality (např. ORP v rámci kraje) s různou mírou pokrytí a na základě toho navrhnout rozšíření dostupnosti preventivních programů z geografického hlediska.

4.2.2 Adiktologické nízkoprahové služby

Převažující cílovou populací adiktologických nízkoprahových služeb jsou problémoví uživatelé pervitinu a opioidů (PUPO), případně problémoví uživatelé jiných drog, jako hlavní cílovou populací nízkoprahových služeb můžeme nicméně označit populaci PUPO. Velikost mezery ve využití nízkoprahových služeb u této cílové populace odhadujeme na základě porovnání údaje o velikosti populace PUPO a údaje o počtu klientů nízkoprahových služeb z řad primární cílové skupiny, tj. uživatelů drog. Údaj o počtu klientů bychom měli ideálně ještě korigovat s ohledem na překryv klientů různých zařízení v téže spádové oblasti. Na základě dlouhodobých zkušeností s tvorbou sítě adiktologických služeb v Jihočeském kraji bylo formulováno několik hrubých odhadů míry očekávaných překryvů mezi klienty nízkoprahových služeb – u klientů kontaktního centra lze v závislosti na velikosti regionu a stavu veřejné hromadné dopravy předpokládat překryv 20-30 % s klienty terénního programu působícího v témže městě či v téže oblasti, mezi dvěma kontaktními centry v sousedních městech či regionech 5-10 %²².

²² Ke konci listopadu 2018 proběhlo srovnání kódů klientů kontaktního centra v Českých Budějovicích a terénního programu, který v místě působí (obě služby poskytuje organizace PREVENT 99). K tomuto datu mělo KCP ČB 391 klientů, z nich bylo identifikováno 104 jako společných s TP. Z pohledu kontaktního centra se jedná o 26,6% společných klientů, ze strany terénního programu 51%. I v předchozích letech proběhly podobné pokusy o zjištění

Mezeru ve využití služeb následně spočítáme jako:

$$: | \text{mezera ve využití služeb} | = 1 - \frac{n \text{ klientů služeb}}{|\text{PUPO}|} \times 100 \text{ [\%]}$$

PŘÍKLAD

Podle „Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v r. 2019“ je odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu a opioidů (PUPO) v Libereckém kraji 1 800 osob. Podle „Souhrnné zprávy o realizaci protidrogové politiky Libereckého kraje v roce 2019“ pak nízkoprahové adiktologické služby vykazaly celkem 1 325 klientů-uživatelů drog, z toho bylo 181 klientů K-centra Česká Lípa, 552 klientů K-centra Liberec a 592 klientů terénních programů. Zobecníme-li výše zmíněné poznatky z Jihočeského kraje, můžeme identifikovat několik překryvů mezi klienty jednotlivých nízkoprahových služeb. Terénní programy působí po velké části Libereckého kraje, včetně Liberce a České Lípy, předpokládáme tak překryv s cca 25 % klientů obou K-center (45 a 148). S určitým překryvem lze pak počítat i mezi oběma kontaktními centry – městy, v nichž sídlí, jsou od sebe relativně vzdálená, na druhé straně se jedná o jediné dvě služby tohoto druhu v celém kraji, budeme tedy předpokládat spíše vyšší překryv 10 % klientů libereckého k-centra (55). Po odečtení překryvů od počtu vykázaných klientů všech nízkoprahových služeb získáme nakonec odhad reálného počtu všech klientů (1 077).

Mezeru ve využití nízkoprahových služeb pak vypočítáme jako:

$$: | \text{mezera ve využití služeb} | = 1 - \frac{n \text{ klientů služeb}}{|\text{PUPO}|} \times 100 \text{ [\%]} = 1 - \frac{1\,077}{1\,800} \times 100 = 40 \text{ \%}$$

To znamená, že 40 % populace PUPO v Libereckém kraji (723 osob) nevyužívá aktuálně dostupných nízkoprahových služeb.

V rámci interpretace zjištěné mezery ve využití nízkoprahových služeb se nejdříve zabýváme jejich místní dostupností. Ta je dána místní dostupností kontaktních center a místní dostupností terénních programů. První z nich můžeme definovat jako dojezdovou vzdálenost služby, resp. možnost dostat se do určité doby do kontaktu se službou. Místní dostupnost terénních programů odpovídá schopnosti terénních pracovníků dostat se do určité doby na místo kontaktu. Do té míry, v jaké lze základní činnosti kontaktních center a terénních programů chápat jako ekvivalentní, můžeme místní dostupnost nízkoprahových služeb chápat jako *sjednocení* obou těchto složek – tam, kde jsou dostupná kontaktní centra, nejsou nutně potřeba terénní programy, a tam, kde jsou terénní programy, nejsou nutně potřeba kontaktní centra.

Pokrytí území terénními programy je jednoznačně dáno výčtem pokrytých lokalit, který standardně vykazují jednotlivé programy a deklarují tak schopnost dostat se v přiměřené době na místo kontaktu (např. v krajských Výročních zprávách o realizaci protidrogové politiky). Místní dostupnost kontaktních center je dána buď dojezdovou vzdáleností klíčových přílehlých lokalit ve vztahu ke zjištěné dojezdové vzdálenosti, která je ještě akceptovatelná pro klienty služeb, nebo normativním předpokladem o optimálním geografickém rozmístění kontaktních center v rámci daného území.

Kapacitní dostupnost nízkoprahových služeb je třeba posuzovat s ohledem na povahu poskytovaných intervencí – i při velmi omezené kapacitě těchto služeb můžeme očekávat, že většina osob, která v místě poptává služby, absolvuje alespoň jeden krátký kontakt v nějaké formě, přinejmenším za účelem výměny injekčního materiálu. Relativně nízká velikost mezery ve využití služeb tedy nutně neznačí dostatečnou kapacitu služeb.

S kapacitní dostupností nízkoprahových služeb pracuje např. dokument *Návrh optimalizace sítě kontaktních a poradenských služeb v ČR* (LIBRA & NOVÁK, 2006), v němž je minimální síť kontaktních a

„sdílení“ klientů mezi službami tohoto typu, vždy v regionech, kde působí souběžně KPS i TP (V Jihočeském kraji města a regiony České Budějovice, Strakonice, Prachovice, Písek). Výsledky byly obdobné.

poradenských služeb definována doporučeným počtem pracovních úvazků v těchto službách na počet obyvatel jednotlivých okresů a krajů. Počet úvazků lze dále uvažovat také v poměru k počtu klientů či velikosti cílové populace v riziku, ve všech třech případech jde nicméně o bezrozměrný údaj, který dává smysl až ve srovnání s nějakým dalším obdobným údajem, ideálně s údajem odpovídajícím normativu, který si chceme stanovit pro žádoucí dostupnost nízkoprahových služeb.

Jedním takovým normativem je minimální, nepodkročitelná personální kapacita pro zajištění odborné způsobilosti nízkoprahových služeb. U kontaktních center můžeme za tuto minimální personální kapacitu považovat 3,2 úvazku v přímé péči na zařízení²³, u terénních programů 2,0 úvazku²⁴. Konkrétní potřeba personálního zajištění se pak obvykle neodvíjí od počtu klientů, ale od počtu provedených výkonů. Kontaktní centrum s minimálním personálním zajištěním může obvykle fungovat ve městech do cca 35 000 – 50 000 obyvatel. Objem výkonů i počet klientů se ovšem bude napříč regiony lišit, a to v závislosti na počtu uživatelů, jejich sociální situaci, existenci vyloučených lokalit apod. Lze tedy např. očekávat, že kontaktní centrum v městě s 20 000 obyvateli v Jihočeském kraji bude při stejné kvalitě služeb využíváno méně než kontaktní centrum ve stejně velkém městě v Ústeckém kraji. Proto je také důležité tento typ služeb plánovat na místní úrovni, výpočetní hodnota jakýchkoli plošných normativů bude vždy omezená.

Časová dostupnost, resp. otevírací či provozní doba služeb může představovat omezení především pro klienty s denním zaměstnáním, poskytovatelé služeb se nicméně nezdědka snaží v nějaké míře přizpůsobit otevírací dobu časovým možnostem klientů. Dalšími faktory jsou např. vhodnost umístění služby či způsob komunikace a práce s klienty.

PŘÍKLAD

Nízkoprahové služby v Libereckém kraji disponovaly k r. 2018 celkem 17,9 pracovními úvazky. Kapacitní dostupnost těchto služeb ve vztahu k cílové populaci PUPO tak byla

$$\frac{\text{PUPO}}{n \text{ pracovních úvazků}} = \frac{1800}{17,9} = 101 \text{ zástupců PUPO na 1 úvazek}$$

a ve vztahu k produktivní populaci

$$\frac{\text{obecná populace}}{n \text{ pracovních úvazků}} = \frac{442\,356}{17,9} = 24\,713 \text{ obyvatel na 1 úvazek}$$

Tento údaj můžeme porovnat např. s normativem, ke kterému dospěli Libra a Novák v dokumentu „Návrh optimalizace sítě kontaktních a poradenských služeb v České republice“ (LIBRA & NOVÁK, 2006). Pro Liberecký okraj formulovali s ohledem na lidnatost jeho okresů požadavek 26 000 obyvatel na 1 úvazek přímé práce v nízkoprahových služeb.

Všechny tři nízkoprahové služby na území Libereckého kraje dále disponovaly dostatečnou personální kapacitou potřebnou pro zajištění svých základních činností, tj. kapacitou minimálně 3,2 úvazku u kontaktních center a minimálně 2,0 úvazku u terénních programů. Porovnáme-li u jednotlivých služeb počet úvazků připadající na počet klientů, můžeme vidět, že k-centrum Česká Lípa bylo výrazně méně

²³ V průběhu tvorby SPRSS Jihočeského kraje na období 2019–2021 byla v rámci pracovní skupiny pro osoby ohrožené závislostí identifikována jako minimální základní kapacita kontaktního centra 3,2 úvazku přímé péče, která zajistí dodržení poskytování služby dle Standardů RVKPP a pro klienty bude zajištěna maximální dostupnost všech činností/ programů. Pro provoz 5 dnů/ 8 hodin/ týdně činí potřeba zajistit dvěma pracovníky chod kontaktní místnosti (+ výměna JIS + hyg. servis – z důvodu zastupitelnosti, udržení dohledu, bezpečnosti). Dostupnost kontaktní místnosti v tomto případě je deklarována min. v rozsahu 4-5 hod/ denně, min. 4 dny v týdnu, další úvazek – nutnost zajištění odborného poradenství (vč. testování, konzultací s rod. příslušníky, strukturované poradenství apod.) v době, kdy je v provozu kontaktní místnost, a 0,2 úvazku = zajistí zástupy dovolené, nemoci apod...

²⁴ Stanoveno ve Standardech odborné způsobilosti RVKPP jako podmínka pro práci v nebezpečných prostorách.

vytížené než zbylé dvě služby. V případě k-centra v Liberci je vyšší vytíženost zřejmě dána vyšším zastoupením cílové populace přímo ve městě, u terénních programů nejspíše vyplývá z toho, že pokrývají celkem velkou část území Libereckého kraje.

4.2.3 Adiktologické ambulantní služby

Pro všechny služby zaměřené na léčbu závislostního chování, popř. poradenství v této oblasti, obecně platí, že je velmi obtížné odhadovat jejich potřebnost na základě dostupných kvantitativních údajů. Cílová populace ambulantních i rezidenčních léčebných služeb je potenciálně velmi široká a ne zcela jasně ohraničená. Její velikost můžeme velmi hrubě odhadnout sečtením hodnot všech základních indikátorů problémového či rizikového užívání návykových látek a problémového hráčství. Otázkou zůstává, kdy takto definovaná rizika indikují využití ambulantní služby či spíše nástup do rezidenční léčby, případně využití zcela jiného typu služby, např. nízkoprahové služby či služby krátkodobé stabilizace.

Po léčbě je také ve srovnání s adiktologickými nízkoprahovými službami významně nižší poptávka²⁵. Důvody jsou individuální, roli zřejmě hrají vyšší práh těchto služeb a s ním spojené obavy ze ztráty anonymity, ale i různé další psychosociální bariéry, spojené např. s nedostatečnou motivací či omezenou schopností nahlédnout vlastní problém. Především v menších regionech může mít vliv i sdílená zkušenost s konkrétními zařízeními či pracovníky.

Charakteristickým důsledkem obou popsaných skutečností je výrazný podíl skryté populace na celkové cílové populaci těchto služeb. Dojdeme-li např. extrapolací celorepublikových údajů o problémovém užívání a hraní na krajskou úroveň k závěru, že velikost cílové populace na území kraje je cca 10 000 osob, přičemž z výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky víme, že za uplynulý rok využilo ambulantních služeb na území kraje cca 2500 klientů, velikost mezery ve využití služeb nám vyjde závratných 75 %. A pokud nechceme třikrát navyšovat stávající kapacity, je na místě uznat, že cílová populace ambulantních služeb, jak jí popisují indikátory problémového užívání a hraní, je a ve většině případů bude výrazně větší než populace osob s aktuální potřebou využití těchto služeb.

Nabízí se tedy odvozovat potřebu využití ambulantních služeb spíše z naplnění jejich kapacity. Bohužel, jak uvádíme již v kapitole 3.2.1.6, kapacitní údaje o počtu míst, které jsou standardně vykazovány adiktologickými ambulantními službami RVKPP, si poskytovatelé služeb vykládají a následně vykazují více odlišnými způsoby a výsledkem jsou navzájem nesrovnatelné údaje, nepoužitelné pro další kvantitativní analýzu.

Místní dostupnost ambulantních služeb můžeme posuzovat podobně jako u kontaktních center, tedy jako jejich mezní dojezdovou vzdálenost z pohledu potenciálních klientů služeb.

Vzhledem k omezenosti a vágnosti údajů o velikosti cílové populace či kapacitě služeb je formulování žádoucí dostupnosti a nastavení odpovídajících kapacit ambulantních služeb nesnadným úkolem. Celý proces lze s trochou nadsázky označit jako „průzkum bojem“. Např. v regionu, kde ambulantní služba dosud není poskytována, nastavíme její kapacitu tak, aby odpovídala minimální garanci odborné způsobilosti služby a dostatečné časové dostupnosti²⁶ pro klienty služby. Za toto minimum lze považovat 1,5 – 2,0 úvazků v přímé práci pro oblast s optimální dostupností²⁷ o 100 000 obyvatelích. V druhém kroku průběžně vyhodnocujeme využití nastavené kapacity a upravujeme ji podle nárůstu klientů a výkonů. Pokud se do cca jednoho až jednoho a půl roku od vzniku nové služby nepodaří alespoň v nějaké minimální míře využít nastavených kapacit, lze z toho usuzovat buď na mimořádně malou velikost cílové populace v regionu nebo na nějaký problém s přístupem ke službě, např. na nedostatečnou informační dostupnost služeb či nevhodné umístění služby. Tyto rozměry dostupnosti bychom se ovšem měli pokusit kontrolovat již dříve a pokud se nám to v nějaké míře podaří, měli

²⁵ Stačí srovnat údaje z fungujících služeb. Podle příslušných prevalenčních odhadů pro různé skupiny uživatelů (PUD, problémové užívání alkoholu, konopí ba problémového hráčství) lze ze statistik různě zaměřených programů, poskytovaných ve stejném regionu snadno odvodit, že procentuálně největší podíl odhadovaných potenciálních uživatelů využívá služby harm reduction, naopak z kategorie problémových uživatelů konopí, a hazardních hráčů využívá služby podíl nejmenší, až minimální.

²⁶ Čili nikoli dvě dopoledne v týdnu, ale ideálně spíše v odpoledních hodinách, všechny dny v týdnu.

²⁷ Velmi zjednodušeně radius dostupnosti veřejnou dopravou do 30-45 minut.

bychom zvážit možnost, že nízká naplněnost kapacity služby skutečně značí nízkou potřebu jejího využití v regionu.

Na místní úrovni mohou k plánování kapacit ambulantních služeb posloužit různé další údaje. Na potřebu využití ambulantních služeb mohou ukazovat např. údaje o významném nárůstu klientů nízkoprahových služeb, jejichž potřeby se zdají přesahovat rámec snižování škod a blíží se již více potřebám spojeným s odhodláním dosáhnout změny závislostního chování. To může případně vést i k transformaci nízkoprahové služby v ambulanci. O (ne)dostupnosti ambulantních služeb dále vypovídá schopnost různých dalších institucí, např. OSPODu, sociálních kurátorů či Probační a mediační služby ČR delegovat do ambulancí své klienty. Svůj význam mají také údaje o výkonu sociální práce na obcích – místní protidrogoví koordinátoři či sociální kurátoři mají poměrně podrobný přehled o situaci v regionu a vědí, zda mají kam své klienty delegovat a jaká se na to vztahují omezení.

4.2.4 Adiktologické rezidenční služby

Adiktologické rezidenční služby jsou výlučně tím, že se jedná převážně o služby s celostátní spádovostí, do nichž klienti zpravidla nenastupují v závislosti na vzdálenosti zařízení od místa jejich bydliště. To je dáno jednak tím, že tyto služby poskytují dlouhodobé pobytové programy (délka cesty do zařízení se tedy jeví jako relativně málo důležitá), jednak tím, že mají velmi často (alespoň v rámci ČR) vysoce naplněné kapacity.

Potřebnost, resp. žádoucí dostupnost rezidenčních služeb např. na úrovni kraje tak můžeme hodnotit ze dvou výrazně odlišných hledisek:

- Z hlediska dostupnosti rezidenčních služeb na území kraje pro cílovou populaci na úrovni ČR
- Z hlediska pokrytí potřeb cílové populace na území kraje rezidenčními službami na území ČR

Cílovou populaci rezidenčních služeb, ať už na úrovni kraje či ČR, lze definovat týmiž indikátory jako cílovou populaci ambulantních služeb, bezprostředně jsou nicméně tyto služby určeny jedincům, kteří jsou motivováni ke změně svého závislostního chování, a především pak těm, kteří prodělali detoxifikaci. Do některých zařízení je možný nástup i po detoxifikaci dosažené vlastními silami, častěji je však vyžadováno absolvování ústavní, popř. ambulantní detoxifikace. Ústavní detoxifikace může proběhnout buď ve speciálně vyčleněném zařízení, nebo přímo ve službě, ve které klient nastupuje léčbu, kde představuje *de facto* úvodní fáze léčby. Dostupnost rezidenčních služeb je tedy úzce provázána s dostupností detoxifikace. Po absolvování detoxifikace lze nastoupit jak krátkodobou nebo střednědobou léčbu ve zdravotnickém zařízení, tak dlouhodobější léčbu v terapeutické komunitě, častěji ale následuje pobyt ve zdravotnickém zařízení.

Mezeru ve využití služeb můžeme spočítat jako podíl velikosti populace problémových uživatelů a hráčů a počtu klientů služeb, tento vztah lze nicméně uplatnit pouze na celorepublikové úrovni. Totéž platí pro odhadování relativní kapacitní dostupnosti rezidenčních služeb, kterou lze definovat počtem míst či lůžek na počet klientů či velikost cílové populace, popř. velikost obecné populace (počet obyvatel). Tento vztah nám však dává jen neúplnou informaci o relativní kapacitě rezidenčních služeb, a to vzhledem k již zmíněné vysoké naplněnosti převážné části kapacit těchto zařízení. Poptávka po rezidenční léčbě mnohdy výrazně převyšuje její nabídku, o naplněnosti jejích kapacit tak vypovídají především údaje o počtu osob zapsaných na čekací listiny a délce čekací doby na léčbu (tj. doby od zapsání na čekací listinu po nástup do léčby).

Žádoucí dostupnost rezidenční péče bývá tradičně vymezována pomocí normativů plošně vymezujících dostupnost na území celé ČR. Ministerstvo zdravotnictví vydává např. normativy pro doporučený počet lůžek v pobytových zařízeních (viz např. Věstník MZ č. 5/2012). Normativy přímo pro dostupnost adiktologických rezidenčních služeb pak uvádí např. text „Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb“ (MIOVSKÝ (ED.), 2013). Žádoucí dostupnost je zde vymezena minimálním počtem zařízení na kraj či okres a minimálním počtem lůžek na počet obyvatel. Zda mají tato čísla nějaký vztah ke zjištěným potřebám, se lze jen dohadovat – spíše už označují minimální dostupnost služeb ve

smyslu rovného přístupu k těmto službám. Takto jasně a konkrétně formulované požadavky na dostupnost adiktologické péče mohou v každém případě představovat cenný artikl při vyjednávání s potenciálními donátory, zejména pak zdravotními pojišťovnami.

Chceme-li nicméně vycházet z dostupných empirických údajů o potřebách rizikové populace, větší smysl dává zaměřit se na již zmíněné údaje o počtu osob zapsaných na čekací listiny a délce trvání čekací doby na léčbu.

4.2.5 Adiktologické služby následné péče

Cílovou populaci služeb následné péče můžeme specificky vymezit jako populaci jedinců, kteří úspěšně absolvovali ambulantní nebo rezidenční léčbu. Velikost této cílové populace můžeme oproti ambulantním či rezidenčním službám relativně smysluplněji porovnávat s aktuální kapacitou služeb následné péče. Situaci ovšem komplikuje skutečnost, že klienti nezřídka nastupují do služeb následné péče v jiném kraji, než ve kterém se pohybovali před nástupem do léčby. Tento jev má svou logiku z hlediska snahy o udržení změny dosažené léčbou, kterou může významně podkopávat návrat do sociálního prostředí, kde se klient může setkat s různými podněty, které má z dřívějšíka spojené se svým závislostním chováním. Na druhé straně je třeba vždy počítat i s jedinci, kteří tuto změnu prostředí nepovažují za nutnou, nechtějí ji provést, popř. z různých důvodů nemohou.

4.3 Hodnocení potřebnosti specifických intervencí a forem péče

Na této úrovni odhadování potřebnosti hodnotíme pokrývání **specifických okruhů potřeb** osob se závislostním chováním, a to konkrétně těch, které jsou primárně vyjádřeny jako potřeby **specifických intervencí** nebo **forem péče**. Zde se otevřeně přikláníme k normativnímu definování potřeb jako potřeb určité péče oproti definování potřeb nezávisle na dostupných formách péče. Tento postup opíráme o pragmatický předpoklad, že dané okruhy potřeb jsou definovány konkrétními intervencemi nebo formami péče právě proto, že historicky nabyly dostatečné důležitosti a specifičnosti na to, aby za účelem jejich pokrývání byly dané intervence nebo formy péče vyvinuty a uvedeny do praxe. Mimo to mají tyto okruhy potřeb zvláštní důležitost také proto, že jim lze zpravidla přiřadit nějaké kvantitativní indikátory, tedy proto, že je lze dobře sledovat a měřit.

Mezi popsané specifické okruhy potřeb zde řadíme:

- Potřeby spojené s infekčními onemocněními
 - Prevence nákazy infekčními onemocněními
 - Orientační testování na infekční onemocnění
 - Diagnostika a léčba infekčních onemocnění
- Potřeby prevence úmrtí spojených s užíváním drog
- Potřebu substituční léčby
- Potřebu detoxifikace
- Potřebu psychiatrické péče
- Potřebu chráněného nebo jinak podporovaného bydlení
- Potřebu chráněného nebo jinak podporovaného zaměstnávání
- Potřebu adiktologických služeb pro osoby ve výkonu trestu (VTOS)
- Potřebu ochranného léčení

Některé z těchto okruhů potřeb jsou definovány jedinou intervencí (substituční léčba nebo detoxifikace), některé mnoha různými intervencemi (např. intervence zaměřené na prevenci, snižování škod a léčbu v oblasti infekčních onemocnění), některé souborem intervencí poskytovaných v rámci daného typu služby, resp. specifické formy péče (např. adiktologické služby pro VTOS či ochranné léčení). V úvahu bereme jednak intervence poskytované v adiktologických službách, jednak intervence poskytované v různých dalších, navazujících službách, jejichž zajištění by adiktologické služby měly standardně být schopny zprostředkovat.

Jednotlivým okruhům potřeb odpovídají cílové populace o různé míře specifičnosti (viz tabulka 4-5). Např. problémoví uživatelé a hráči ve výkonu trestu jsou poměrně razantně vyděleni z celkové populace problémových uživatelů a hráčů, potřeba psychiatrické péče se na druhé straně potenciálně týká významné části celkové cílové populace adiktologických služeb.

Tabulka 4-5: Adiktologické intervence/specifické formy péče a jejich hlavní cílové populace

Specifické okruhy potřeb	Cílové populace
Infekční onemocnění	Problémoví, zejm. injekční uživatelé drog Obecná populace
Prevence úmrtí	Problémoví uživatelé drog
Substituční léčba	Problémoví uživatelé opioidů
Detoxifikace	Uživatelé a hráči, které chtějí nastoupit rezidenční léčbu
Psychiatrická péče	Uživatelé a hráči s duální diagnózou
Chráněné bydlení	Osoby v následné péči
Chráněné zaměstnávání	Osoby v následné péči
Adiktologické služby ve vězení	Uživatelé a hráči ve výkonu trestu odnětí svobody

Ochranné léčení	Osoby se soudně nařízeným ochranným léčením
-----------------	---

závisí na tom, jak je definován daný okruh potřeb a jaké indikátory můžeme použít pro zjišťování jeho pokrytí. (Jednotlivé okruhy potřeb a klíčové indikátory jejich pokrytí přibližujeme v následujících kapitolách 4.3.1-4.3.8). Také bychom měli brát v potaz, jak se příslušné intervence či formy péče uplatňují v jednotlivých typech adiktologických služeb, popř. v dalších, navazujících službách, které se podílejí na jejich zajištění.

Překryvy mezi specifickými okruhy potřeb a typy služeb a ukazuje tabulka 4-6. Černá pole tabulky značí, ve kterých typech služeb typicky vůbec nejsou dostupné dané intervence, resp. pro které služby nejsou relevantní dané formy péče. Bleděmodrá pole značí, ve kterých typech služeb by měla být zajištěna alespoň dostupnost daných intervencí, tj. zprostředkování těchto intervencí v nějakých navazujících službách, např. zprostředkování diagnostiky a léčby infekční onemocnění na infekčním oddělení nemocnice. Mezi navazující služby můžeme dále řadit různé neadiktologické služby, které poskytují tytéž nebo podobné intervence jako adiktologické služby, např. lékařské ordinace, v nichž jsou předepisovány substituční přípravky, nebo sociální služby poskytující bydlení na přechodnou dobu.

Tabulka 4-6: Odhadování potřebnosti specifických intervencí a forem péče

	Nízkoprahové služby	Ambulantní služby	Rezidenční služby	Služby následné péče	Navazující služby
Prevence nákazy IN					
Orientační testování na IN					
Diagnostika a léčba IN					Infekční a hepatologická oddělení nemocnic
Substituční léčba					Psychiatrii předepisující substituční přípravky
Detoxifikace					
Psychiatrická péče					Ambulantní a rezidenční psychiatrická péče
Chráněné bydlení					Sociální služby (Sociální bydlení)
Chráněné zaměstnávání					Sociální podnikání
Adiktologické služby ve vězení					
Ochranné léčení					

IN = infekční onemocnění

Dále blíže popisujeme jednotlivé specifické okruhy potřeb a uvádíme některé z indikátorů, pomocí kterých můžeme hodnotit jejich pokrytí, resp. využití a dostupnost příslušných intervencí a forem péče.

4.3.1 Potřeby spojené s infekčními onemocněními

Potřeby spojené s infekčními onemocněními zahrnují potřebu předejit nákaze některou z infekčních onemocnění, potřebu diagnostikovat tuto nákazu a nakonec potřebu léčby daného onemocnění. Příslušné intervence lze analogicky rozdělit na intervence v oblasti prevence, diagnostiky a léčby. Tyto potřeby nacházíme primárně u populace problémových, zejm. injekčních uživatelů pervitinu a opioidů,

sekundárně se týkají také obecné populace, mezi níž se v případě propuknutí epidemie mohou onemocnění šířit.

Na prevenci v této oblasti se zaměřují především adiktologické nízkoprahové služby, které distribuují mezi uživatele drog čisté stříkačky a jehly a různý další materiál určený ke snižování rizika nákazy (dále jen „HR²⁸ materiálu“), např. šňupátka, filtry, čípký či kondomy. Prevence dále spočívá v kontinuální edukaci uživatelů o infekčních nemocech a různých možnostech prevence nákazy – i to je primárně oblastí zájmu nízkoprahových služeb, uplatnění těchto aktivit lze nicméně předpokládat i v ambulantních službách, jejíž cílovou skupinu mohou také částečně tvořit osoby, které stále užívají drogy.

Klíčovým indikátorem potřebnosti prevence je dostupnost materiálu určeného ke snižování škod a zejména rozsah zajištění výměny použitých stříkaček a jehel za sterilní. Nikdy nelze se zvláště velkou přesností určit, kolik zástupců cílové populace výměny skutečně využívá, jednak kvůli existenci skryté populace, jednak proto, že klienti služeb běžně nevyměňují jehly pouze pro sebe, ale i pro další uživatele, neboli dochází jak k primární, tak k sekundární výměně. Část uživatelů také pořizuje čisté stříkačky a jehly z jiných zdrojů, např. v lékárnách. Dostupnost výměnných programů dále determinuje jejich místní dostupnost, která je v případě kontaktních center dána dojezdovou vzdáleností z místa bydliště potenciálních klientů, v případě terénních programů rozsahem pokrytí daného území těmito programy.

V mnoha nízkoprahových, popř. ambulantních službách je možné využít také orientačního testování na přítomnost infekčních onemocnění. Pozitivita orientačního testu sama o sobě nedává spolehlivou informaci o přítomnosti nákazy, představuje spíše jen podnět k podstoupení navazujícího testu, který již ovšem z důvodu porušení integrity kůže musí provést zdravotnický pracovník. V tomto směru je důležité zajištění spolupráce mezi adiktologickými službami a infekčními odděleními zdravotnických zařízení, popř. ještě krajskou hygienickou stanicí. Na infekčním oddělení jsou schopni potvrdit či vyvrátit výsledek orientačního testu a v případě pozitivního nálezu také zahájit léčbu. (Tyto záměry mohou nicméně snadno narazit na neochotu pracovníků infekčního oddělení přijmout do léčby aktivního uživatele drog). Spolupráce s krajskou hygienickou stanicí pak v ideálním případě umožňuje udržovat si přehled o rozsahu šíření infekce mezi cílovou populací a mít jej v mezích možností pod kontrolou.

Nepřímými ukazateli dostupnosti a účinnosti intervencí zaměřených na prevenci nákazy infekčními onemocněními a snižování škod s ní spojených, jsou prevalence onemocnění v populaci problémových uživatelů drog, popř. prevalence v obecné populaci, mezi kterou se mohou rozšířit. Mezi činností výměnných programů a prevalence infekčních onemocnění nemusí být nutně kauzální vztah, efektivita těchto programů při snižování výskytu a zpomalování šíření infekčních onemocnění byla nicméně v minulosti již mnohokrát empiricky dokázána (ABDUL-QUADER, 2013, CROSS ET AL., 1998 aj.)

Tabulka 4-7: Intervence v oblasti prevence, diagnostiky a léčby infekčních onemocnění

	Intervence	NS	AS	RS	Indikátory pokrytí potřeb
Prevence	Výměna stříkaček a jehel	✓	X	X	n vyměňujících klientů/PUPO dojezdová vzdálenost/pokrytí TP
	Zajištění dalšího HR materiálu	✓	X	X	n služeb nabízejících další HR materiál
	Edukace o možnostech prevence	✓	✓	X	n služeb edukujících v dostatečném rozsahu Prevalence infekční nemoci v PUPO Převalence infekční nemoci v ob. populace
Diagnostika	Orientační testování	✓	✓	X	n služeb s orientačními testy/n služeb
	Testování	D	D	D	n uživatelů umístěných na infekční oddělení/n uživatelů s potřebou diagnostiky
Léčba	Léčba antivirotiky	D	D	D	n uživatelů umístěných na infekční oddělení/n uživatelů s potřebou léčby

²⁸ Zkratka „harm reduction“ (snižování škod)

	Hepatologická péče	D	D	D	n uživatelů umístěných na hepatologii/n uživatelů s potřebou hepatologické péče
--	--------------------	---	---	---	---

- NS = nízkoprahové služby, AS = ambulantní služby, RS = rezidenční služby, D = dostupnost intervence ve smyslu schopnost zprostředkovat její zajištění externím aktérem

4.3.2 Potřeba prevence úmrtí spojených s užíváním drog

S potřebou prevence úmrtí spojených s užíváním drog jsou v současnosti spojeny především intervence zaměřené na distribuci a administraci látek schopných okamžitě zabránit smrtelnému předávkování (např. naloxonu), popř. služby poskytující bezpečné prostředí pro užívání, včetně dohledu zdravotnických pracovníků, které nabízejí např. aplikační místnosti. V ČR nicméně úmrtí spojená s užíváním drog představují poměrně okrajový jev, což je dáno mj. nízkým počtem problémových uživatelů opioidů a stále relativně vzácným výskytem mimořádně nebezpečných opioidů, jako je např. fentanyl. Počet úmrtí spojených s užíváním drog se dlouhodobě pohybuje v řádech desítek případů za rok, přičemž nadpoloviční většina těchto případů připadá na předávkování psychoaktivními léky na předpis (Mravčík et al., 2019, 116).

4.3.3 Potřeba substituční léčby

V současnosti je na území ČR poskytována substituční léčba pro závislé na opiátech a opioidech, podávanými substitučními přípravky jsou metadon nebo buprenorfin. Tato léčba je standardně poskytována ambulantně, v několika případech i ve vězeňských zařízeních. Ambulantní substituční léčba představuje ucelenou intervenci ve smyslu souboru činností, který zahrnuje nejen podávání substitučního přípravku, ale i různé podpůrné, zejména terapeutické činnosti. V adiktologických ambulantních službách, jak je definuje aktuální typologie adiktologických služeb, je substituční léčba navázána na standardní soubor činností poskytovaných v tomto typu služeb. Ambulantní substituční léčbu poskytují také někteří psychiatři působící mimo systém adiktologických služeb. V jejich případě je náplň substituční léčby nad rámec předepisování substitučního přípravku vždy individuální. V aktuální, revidované typologii služeb je dále zanesena také možnost poskytování substituční léčby v adiktologických nízkoprahových službách, v současnosti ale žádná z nízkoprahových služeb substituci neposkytuje.

Míru využití substituční léčby můžeme nejhruběji odhadnout jako podíl osob v substituční léčbě na odhadované velikosti populace problémových uživatelů opioidů. Nelze ovšem předpokládat potřebu substituční léčby u celé této populace – substituční léčba nepředstavuje jedinou, univerzální cestu ven ze závislosti na opioidech a nemusí být ve všech případech této závislosti nutně indikována.

Dostupnost substituční léčby je determinována především místní dostupností, tedy mezní dojezdovou vzdáleností (mezní dobou, kterou jsou klienti ochotni dojíždět za službou). Cílová populace substituční léčby je v rámci ČR poměrně málo početná a její poskytování spočívá nade vše ostatní především v předepisování substitučních přípravků – je-li tedy v místě dostupná služba poskytující v nějaké formě substituční léčbu, lze očekávat jen minimální problémy s její nedostatečnou kapacitou.

Tabulka 4-8: Indikátory pokrytí potřeb substituční léčby

	Intervence	NS	AS	Indikátory pokrytí potřeb
Substituční léčba	Substituce metadonem	(✓)	✓	n osob v substituční léčbě/PUO mezní dojezdová vzdálenost (individuální)
	Substituce buprenorfinem	(✓)	✓	
	Podpůrné intervence	x	✓	

4.3.4 Potřeba detoxifikace

Detoxifikace zahrnuje soubor opatření směřující k udržení abstinence od užívání návykových látek a zmírňování nepříjemných doprovodných projevů, zejména pak abstinenciho syndromu. Jak jsme již

uvedli v kap. 4.2.3, detoxifikace ve smyslu prvotního udržení abstinence a vůle ke změně je podmínkou nástupu do rezidenční léčby, s tím, že různá zařízení se liší v tom, zda vyžadují ústavní detoxifikaci nebo uznávají i ambulantní detoxifikaci, případně detoxifikaci dosaženou svépomocí.

Měřítkem dostupnosti detoxifikace je počet lůžek vyhrazených pro detoxifikaci, ať už v rámci samostatných detoxifikačních jednotek či zařízení rezidenční péče, která poskytují vedle detoxifikace i návaznou léčbu.

Tabulka 4-9: Indikátory pokrytí potřeb detoxifiace

	Intervence	AS	SKS	RS	Indikátory pokrytí potřeb
Detoxifikace	Ambulantní detoxifikace Ústavní detoxifikace	✓	(✓)	✓	n služeb poskytujících ambulantní detoxifikaci n detoxifikačních lůžek

4.3.5 Potřeba psychiatrické péče

Psychiatrická péče by v nějaké míře měla být integrální součástí standardní adiktologické péče, která je ostatně stále primárně vymezena definicí závislosti jako psychiatrické diagnózy. Zároveň se ovšem obor závislostí v současnosti rozhodně hlásí k ideálu komplexní péče v souladu s bio-psycho-sociálně-spirituálním modelem závislosti, která psychiatrickou péči vždy nutně nevyžaduje. V praxi psychiatrii standardně působí především v lékařských AT ordinacích a ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

Potřeba psychiatrické péče se ovšem objevuje napříč všemi typy adiktologických služeb a to nejen v souvislosti s diagnózou závislosti, ale také a především v souvislosti s dalšími přidruženými diagnózami, kterými často disponují klienti adiktologických služeb (mluvíme pak o tzv. **duálních diagnózách**). Nedostatek psychiatrů kvalifikovaných a ochotných pracovat s cílovou skupinou osob se závislostním chováním je bohužel konzistentně uváděn v různých materiálech jako jedno ze zásadních bílých míst v oblasti poskytování odborné péče osobám se závislostním chováním.

Tabulka 4-10: Indikátory pokrytí potřeb psychiatrické péče

	Intervence	NS	AS	SKS	RS	SNP	Indikátory pokrytí potřeb
Psychiatrická péče	Zprostředkování péče Zajištění péče	✓	✓ (✓)	✓ (✓)	✓ ✓	✓ (✓)	Schopnost služby zprostředkovat péči n úvazků psychiatrů ve službě

4.3.6 Potřeby chráněného bydlení a chráněného zaměstnávání

Bydlení a zaměstnání patří mezi klíčové potřeby v oblasti sociální stabilizace osob se závislostním chováním, zejména v kontextu jejich snahy udržet změnu, které dosáhly během léčby. Proto jsou také služby chráněného bydlení a zaměstnávání primárně poskytovány této cílové skupině jako součást adiktologických služeb následné péče.

Mezeru ve využití chráněného bydlení a zaměstnávání můžeme sledovat jako počet klientů služeb následné péče nabízejících chráněné bydlení, resp. zaměstnávání ve vztahu k cílové populaci osob, které úspěšně ukončily rezidenční, popř. ambulantní léčbu. Měřítkem dostupnosti může být u chráněného bydlení počet nabízených míst v chráněných bytech, u chráněného zaměstnávání počet nabízených chráněných pracovních míst.

Vedle nabídky chráněného bydlení mohou tyto nebo i další služby pomáhat klientům pokrýt potřebu bydlení poskytnutím pomoci se sháněním vlastního, nepodporovaného bydlení, popř. se zajištěním sociálního bydlení. (Osobám se závislostním chováním je nicméně sociální bydlení stále v rámci ČR poskytováno jen ve výjimečných případech.) Stejně tak mohou tyto služby vedle nabídky chráněného zaměstnávání asistovat klientům při shánění zaměstnání.

Tabulka 4-11: Indikátory pokrytí potřeb chráněného bydlení a zaměstnávání

Intervence	SNP	Indikátory pokrytí potřeb
Chráněné bydlení	✓	n klientů/n osob s úspěšně ukončenou léčbou n míst v chráněných bytech/n osob s úspěšně ukončenou léčbou
Chráněné zaměstnávání	✓	n klientů/n osob s úspěšně ukončenou léčbou n chráněných pracovních míst/n osob s úspěšně ukončenou léčbou

4.3.7 Potřeba adiktologických služeb ve vězení

Osoby ve výkonu trestu odnětí svobody by měly v principu mít přístup k témuž spektru adiktologických služeb jako osoby na svobodě, ve všech případech musí být ovšem poskytování těchto služeb uzpůsobeno podmínkám a pravidlům vězeňského prostředí. Hlavní typ adiktologické péče poskytované ve vězení představují služby poskytované nestátními organizacemi, které nabízejí osobám ve VTOS poradenské a terapeutické intervence. Donedávna disponovaly tyto služby samostatnou certifikací podle Standardů odborné způsobilosti RVKPP, podle revidované verze standardů jsou nyní považovány za adiktologické ambulantní služby poskytované ve specifickém prostředí a budou napříště certifikovány podle téhož standardu jako ostatní ambulantní služby.

Ve vězeňském prostředí dale nacházejí uplatnění intervence zaměřené na snižování škod, typicky poskytované adiktologickými nízkoprahovými službami. V žádném vězeňském zařízení není tolerováno užívání drog, přesto se do vězení drogy různými cestami dostávají a jsou v nich široce užívány. Z pragmatického hlediska je tedy na místě umožnit distribuci rozličného HR materiálu ve vězeňském prostředí. V této oblasti se v rámci ČR objevují zatím spíše ojedinělé počiny. V rámci projektu Joint Action on HIV and Co-Infection Prevention and Harm Reduction (HA-REACT) byla např. v r. 2017 zavedena bezplatná distribuce kondomů prostřednictvím automatů ve Vazební věznici Praha-Pankrác a o rok později také ve Vazební věznici Praha-Ruzyně (NMS, 2018, 232-5).

4.3.8 Potřeba ochranného léčení

Soudně nařízené ochranné léčení protitoxikomanické je ochranné opatření ukládané osobám, jež spáchaly trestný čin pod vlivem návykových látek. Toto opatření může soud uložit souběžně s trestem i samostatně. V prvním případě je léčení zpravidla zahájeno po nástupu výkonu trestu ve zdravotnickém zařízení vězeňské služby jako ochranné léčení ústavní vykonávané formou stacionární péče. V druhém případě je léčení zahájeno ve formě docházení do ambulance nebo hospitalizace v psychiatrické léčebně.

Dostupnost ochranné léčení významně závisí na počtu psychiatrů, kteří jej mohou zajišťovat. Ochranné léčení je často nařizováno v souvislosti s násilnými trestnými činy spáchanými pod vlivem návykových látek a mnozí psychiatři nejsou zvyklí a ochotní pracovat s tímto typem pacientů. Připočteme-li k tomu skutečnost, že je obecně výrazný nedostatek psychiatrů poskytujících péči osobám se závislostním chováním, získáváme situaci, ve které se nařizování ochranné léčení nezdědka stává zdlouhavým procesem s často neuspokojivými výsledky.

4.4 Hodnocení pokrytí potřeb specifických cílových skupin

V návaznosti na přehled specifických cílových skupin uvedený v kapitole 2.1.3 zde rozlišujeme adiktologicky specifické, institucionálně specifické a sociodemograficky specifické cílové skupiny. Pokrytí potřeb velké části těchto cílových skupin bychom měli mít již zmapované na základě předchozích kroků, např. pokrytí potřeb osob s duální diagnózou či osob ve výkonu trestu odnětí svobody. Neadresované zůstávají zejména sociodemograficky specifické cílové skupiny, tj. cílové skupiny definované svými sociodemografickými charakteristikami – věkem, genderem, národností, etnickou příslušností, rodinnou situací, sociálním vyloučením aj.

U specifických cílových skupin zaznamenáváme jejich konkrétní potřeby a sledujeme, zda na daném území existují nějaká **opatření** k pokrytí těchto potřeb – může jít o svébytný typ služby (např. mokry dům pro osoby bez přístřeší či služba zajišťující paliativní péči stárnoucím uživatelům drog), specifickou intervenci (např. zprostředkování tlumočnicka), běžnou intervenci (např. distribuce HR materiálu sexuálním pracovníkům) nebo i jen dílčí změny v poskytování služeb daným (např. posílení snah kontaktovat příslušníky etnických minorit, kteří dlouhodobě nevyužívají adiktologické služby). Základní schéma ukazuje Tabulka 5, některá z opatření můžeme případně doplnit ke specifickým intervencím a formám péče do Tabulky 4.

Tabulka 4-12. Pokrytí potřeb specifických cílových skupin

	Velikost odpovídající cílové populace	Vyjadřované potřeby	Opatření k pokrytí vyjadřovaných potřeb
Cílová skupina 1			
Cílová skupina 2			
Cílová skupina ...			

4.5 Hodnocení pokrytí pocíťovaných potřeb klientů služeb

Na poslední z úrovní hodnocení pokrytí potřeb, které zde pojednáváme, se zabýváme potřebami, které přímo vyjadřují konkrétní jedinci, kteří přicházejí do styku s adiktologickými, popř. různými dalšími službami. Tyto potřeby můžeme zjišťovat buď na základě provedení kvalitativního šetření mezi klienty služeb nebo přímým zapojením vybraných zástupců klientů služeb v rámci komunitního plánování. Velké množství informací můžeme získat také od pracovníků služeb, popř. dalších aktérů, kteří pracují s osobami se závislostním chováním. (Z našeho pohledu jde nicméně již o zprostředkované informace).

V kapitolách 2.4 a 3.3.1.2.5 jsme se již podrobně zabývali relativně omezenou mírou, v jaké jsou využitelné pocíťované potřeby vyjadřované nezávisle na existujících službách, intervencí či forem péče. Praktické využití má ve výsledku především dotazování na konkrétní aspekty poskytovaných služeb, které lze na jeho základě upravovat v souladu se zjištěnými potřebami.

KLÍČOVÉ POJMY

Cílová populace

Právo rovného přístupu ke službám

Mezera ve využití služeb

Čekací doba

Normativ

5 Identifikace klíčových potřeb

V návaznosti na proces hodnocení pokrytí potřeb bychom měli na každé z popsaných úrovní tohoto hodnocení, případně mezi dalšími zjištěnými potřebami **identifikovat klíčové potřeby**, resp. klíčové mezery v pokrytí potřeb (neboli potřeby na makroúrovni) a na základě toho formulovat **návrh změn ve stávající síti služeb**.

Rozhodování, které ze zaznamenaných mezer v pokrytí potřeb lze považovat klíčové a které nikoli, tj. hodnocení závažnosti těchto potřeb, je vždy do značné míry subjektivní, mělo by se nicméně vždy řídit nějakým pracovním souborem kritérií. Zde představujeme následující čtyři hodnotící kritéria:

- Věcnou významnost zjištěných mezer v pokrytí potřeb
- Formu získaných empirických údajů o pokrytí potřeb
- Validitu získaných empirických údajů o pokrytí potřeb
- Reálnou proveditelnost uzavření či redukce mezer v pokrytí potřeb

V první řadě tedy posuzujeme, jak významné jsou z věcného hlediska zjištěné mezery v pokrytí potřeb osob se závislostním chováním na daném území, zejména mezery ve využití a dostupnosti služeb, intervencí či forem péče. Hodnotíme při tom skutečně relativní **významnost potřeb**, nikoli pouze jejich velikost, resp. velikost příslušných indikátorů. V některých případech máme k tomu účelu již k dispozici i normativy pro žádoucí pokrytí potřeb, pokud jsme si je předtím stanovili.

Dále identifikujeme formu empirických dat, z nichž odvozujeme naše závěry o pokrytí potřeb. **Formou údajů** zde máme na mysli to, zda se jedná o data kvantitativní či kvalitativní. Na základě toho můžeme rozlišit:

- Kvantitativní hodnocení s využitím kardinálních proměnných
- Kvantitativní hodnocení s využitím ordinálních proměnných
- Semi-quantitativní hodnocení vycházející z arbitrárně vytvořené hodnotící škály
- Kvalitativní hodnocení implikující dvě kategorie (dostatečné/nedostatečné pokrytí potřeb)

V rámci hodnocení **validity empirických údajů**, se ptáme na to, *do jaké míry údaje odpovídají skutečnosti* a do jaké míry mohou být naopak zkresleny různými nedostatky použitých metod sběru dat či způsobů jejich odvození. Specifickou podotázkou představuje otázka po **reprezentativitě údajů**, tj. míře, v jaké zjištěné hodnoty daných údajů odpovídají skutečným hodnotám v populaci, pro kterou chceme tyto údaje zobecňovat, v rámci území, na kterém provádíme analýzu potřeb.

Reálná **proveditelnost** uzavření či redukce zjištěných mezer závisí v první řadě na tom, zda jsme schopni daným mezerám přiřadit vhodná opatření směřující k jejich uzavření, dále především na dostupných finančních a lidských zdrojích potřebných pro realizaci těchto opatření. Případně můžeme zohlednit také prioritu uzavření zjištěných mezer v pokrytí potřeb v kontextu aktuálního i dlouhodobého strategického rámce tvorby sítě služeb na daném území, popř. v rámci ČR.

Pro tento text jsme vypracovali hodnotící schéma (viz Tabulka 5-1), v rámci kterého je závažnost dané potřeby hodnocena pomocí každého z výše uvedených hodnotících kritérií na třibodové škále. Hodnota 0 značí nízkou závažnost, hodnota 1 střední závažnost a hodnota 2 vysokou závažnost. Kritériu významnosti potřeb je přiřazena váha s hodnotou 3 a kritériu validity údajů váha s hodnotou 2. Popisuje-li danou potřebu více údajů o různé formě a validitě, počítáme vždy ten s nejvyšší hodnotou.

Hodnoty pro jednotlivá kritéria můžeme následně sečíst a získat tak číselnou hodnotu celkové váhy mezery v pokrytí potřeb. Tuto hodnotu pak opět kvalifikujeme na třibodové škále – v našem vzorovém schématu odpovídají hodnoty 6-9 nízké váze, 10-14 střední váze a 15-18 vysoké váze. Jako klíčové potřeby pak primárně označujeme mezery v pokrytí potřeb s vysokou celkovou závažností, podle dalšího uvážení také ty se střední závažností.

Tabulka 5-1. Hodnotící schéma pro hodnocení závažnost potřeby se střední a vysokou významností

	1	2	3	Váha	
Významnost potřeby	-	Střední	Vysoká	x 3	
Forma údaje	Kvalitativní	Semikvantitativní	Ordinální	Kvantitativní	x 1
Validita údaje	Nízká	Průměrná	Vysoká	x 2	
Proveditelnost pokrytí	Velmi nereálná	Středně reálná	Velmi reálná	x 1	
Celková závažnost	7-13	14-17	18-21		

Váhy přiřazené jednotlivým kritériím a rozpětí výsledných kategorií hodnocení byly zvoleny tak, aby významnost zjištěné potřeby byla vždy klíčovým kritériem, zároveň aby však i potřeba s vysokou významností mohla být eventuálně vyhodnocena jako jen málo závažná (minimální počet bodů 13). Potřeba se středním hodnocením z hlediska všech kritérií bude vždy celkově hodnocena jako středně závažná (14 bodů). Jako vysoce závažnou ji může sama o sobě poposunout k nejvyššímu hodnocení vysoká validita údaje, nikoli však pouze jeho kvantitativní forma. Kvantitativní odhady jsou užitečné pouze, pokud jsou zároveň validní, resp. reprezentativní (a jak jsme již v tomto textu uvedli, mnohé z těch, které máme v oblasti závislosti chování k dispozici, tuto podmínku nesplňují) a pokud jsme schopni je adekvátním způsobem aplikovat v rámci hodnocení pokrytí potřeb. Kvalitativní vyjádření o určité úrovni pokrytí potřeb získaná od více různých skupin aktérů, včetně klíčových informátorů a klientů služeb, mohou na druhé straně představovat klíčový zdroj validních informací o pokrytí daných potřeb i při naprosté absenci kvantitativních údajů. Také proveditelnosti pokrytí potřeb přisuzujeme relativně omezenou váhu – identifikace klíčových potřeb by měla v první řadě vycházet z empirického zjišťování potřeb a příliš se neohlížetna aktuální reálné možnosti jejich pokrytí. Za legitimní postup považujeme v této fázi analýzy i vynechání tohoto kritéria – není třeba se obávat, že by se dříve či později v rámci tvorby sítě služeb neuplatnilo.

Mírně odlišnou logiku musíme uplatnit u potřeb s nízkou zjištěnou významností, tj. u potřeb, u kterých konstatujeme vysokou úroveň jejich pokrytí. Kvalifikovat tato zjištění na základě hodnocení formy a validity příslušných údajů znamená dokazovat jejich nízkou celkovou závažnost, kvantitativní formě údajů a jejich vysoké validitě musí tedy odpovídat nejnižší počet bodů. Kritériem reálné proveditelnosti zde nedává smysl, jelikož potřeby o nízké významnosti považujeme za uspokojivě pokryté. Rozpětí výsledných kategorií hodnocení byla zvolena tak, aby nízká validita stačila k tomu, aby se potřeba stala potenciálně středně závažnou (minimální počet bodů 10). Z toho nelze vyvodit žádný závěr týkající se doporučených opatření k pokrytí dané potřeby, pouze konstatování, že dobré hodnocení pokrytí dané potřeby se neopírá o dostatečně kvalitní údaje. Zjištěné potřeby, které naopak obstojí v tomto testu, můžeme považovat za relativně spolehlivé ukazatele dobré úrovně pokrytí potřeb.

Tabulka 5-2. Hodnotící schéma pro hodnocení závažnost potřeby s nízkou významností

	1	2	3	Váha	
Významnost potřeby	Nízká	-	-	x 3	
Forma údaje	Kvantitativní	Ordinální	Semikvantitativní	Kvalitativní	x 1
Validita údaje	Vysoká	Průměrná	Nízká	x 2	
Celková závažnost	6-9	10-14			

Popsané hodnotící schéma aplikujeme na jednotlivé úrovně hodnocení pokrytí potřeb a na těchto úrovních identifikujeme klíčové potřeby, tedy potřeby o vysoké a střední závažnosti (viz Tabulka 5-3). Potřeby s vysokou váhou jsou uvedeny jako první a jsou označeny červenou barvou, následující potřeby se střední váhou, vyznačené žlutě.

Tabulka 5-3. Obecný vzor výsledků identifikace klíčových potřeb na různých úrovních

Dostupnost jednotlivých typů služeb	Dostupnost specifických intervencí a forem péče	Pokrytí potřeb specifických cílových skupin	Pokrytí potřeb klientů služeb	Pokrytí dalších potřeb
Typ služby A	Intervence A	Cílová skupina A	Potřeba A	Potřeba D

Typ služby B	Forma péče A	Cílová skupina B	Potřeba B	Potřeba E

V posledním kroku bychom měli zanést výsledky identifikace klíčových potřeb do přehledného popisu stávající sítě služeb na daném území. Popis sítě služeb, který zde uvádíme, vychází primárně z rozdělení na typy adiktologických služeb podle aktuální typologie. Každému z typů služeb odpovídá jeden segment sítě služeb, který je popsán

- výčtem konkrétních služeb na daném území
- údaji o využití těchto služeb a celkové služeb v rámci tohoto segmentu sítě
- údaji o kapacitě těchto služeb a celkové kapacitě služeb v rámci tohoto segmentu
- souborným údajem o mezeře ve využití služeb tohoto segmentu sítě
- souborným údajem o relativní kapacitní dostupnosti služeb tohoto segmentu sítě
- souborným údajem o místní dostupnosti služeb tohoto segmentu sítě
- údaji o dostupnosti specifických intervencí a forem péče ve službách tohoto segmentu sítě

U souborných údajů o mezeře ve využití služeb, kapacitě a místní dostupnosti a údajů o dostupnosti specifických intervencí a forem péče můžeme současně vyznačit jejich celkovou závažnost (pomocí výše popsaného barevného značení). Na základě hodnocení této váhy můžeme zároveň formulovat a komentovat návrhy změn v jednotlivých segmentech sítě, které tvoří ve svém souhrnu **návrh změn ve stávající síti služeb**. V tabulce 5-3 uvádíme příklad identifikace klíčových potřeb v krajské síti služeb v Libereckém kraji, segmentu „Nízkoprahové služby“.

Tabulka 5-3. Popis krajské sítě služeb v Libereckém kraji, segmentu „Nízkoprahové služby“

NÍZKOPRAHOVÉ SLUŽBY	Počet klientů	Kapacita	M. dostupnost*	SL				
KC Most k naději Liberec	217 (181 UD)	7,4 úv.	3/8 ORP	x				
KC Most k naději Česká Lípa	597 (552 UD)	4,1 úv.	5/8 ORP	x				
TP Most k naději	644 (592 UD)	6,4 úv.	8/8 ORP					
Souhrnné údaje	1458 (1325 U)	17,9 úv.	8/8 ORP	x	PIN	OTIN	DLIN	Ψ
Souhrnné relativní údaje	40 % PUPO	24713 ob./úv.	✓	x	✓	✓	✓	X

- KC = kontaktní centrum, TP = terénní program, UD = uživatel drog, PUPO = problémoví uživatelé pervitinu a opioidů, úv. = úvazky v přímé práci, SL = substituční léčba, PIN = prevence infekčních onemocnění, OTIN = orientační testování na infekční onemocnění, DLIN = diagnostika a léčba infekčních onemocnění, Ψ = psychiatrická péče

* Místní dostupnost zde měříme jako dojezdovou vzdálenost služby od center jednotlivých ORP Libereckého kraje nepřesahující jednu hodinu

I při využití tohoto či podobného hodnotícího schématu nechává nicméně proces identifikace klíčových potřeb velký prostor pro subjektivitu a různost interpretací. Vliv těchto faktorů lze alespoň oslabit, zapojíme-li do hodnocení větší množství kompetentních osob. Pro tyto účely můžeme sestavit tzv. expertní skupiny pro jednotlivé segmenty sítě služeb, tvořené poskytovateli daných typů služeb a dalšími odborníky v této oblasti (více viz text Metodiky, kapitola 5).

6 Zařazování služeb do sítě

Jak jsme již uvedli v první kapitole, jako síť služeb můžeme označit soubor služeb, které spojují nějaké společné vlastnosti, příslušnost ke stejným nebo podobným konceptuálním a institucionálním rámcům (např. odborným rámcům jednotlivých vědních oborů, strategickým plánům či profesním kritériím kvality služeb) či jejich funkční komplementarita. Takovýto systém vztahů mezi službami lze obecně popsat pomocí toho, co zde nazýváme parametry sítě služeb.

V oblasti protidrogové politiky, resp. adiktologických služeb neexistuje v současnosti ucelená metodika tvorby sítě služeb. Nejbližší relevantní inspiraci tak představují metodiky v oblasti sociálních služeb, zejména pak *Metodiky pro vytváření optimální krajské sítě sociálních služeb a pro plánování finančních prostředků v rámci procesů vytváření krajských střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb* (G.I. Projekt o.p.s., 2011–2012) a nově také *Metodika síťování sociálních služeb*²⁹ (MPSV, 2020). V prvním z těchto dokumentů můžeme nalézt formulaci čtyř obecných parametrů sítě služeb, se kterou se běžně setkáváme ve strategických dokumentech týkajících se plánování sociálních služeb:

- > Potřebnost
- > Kvalita
- > Dostupnost
- > Nákladovost

Všechny tyto parametry lze převést jednak na **věcná kritéria** zařazování, tj. kritéria toho, co očekáváme od reálného fungování služeb v síti, jednak na **administrativní kritéria**, tedy formální požadavky odpovídající co nejvíce svým obsahem věcným kritériím (shrnutí viz Tabulka 5.1). Na druhé straně lze konstatovat, že všechny parametry představují různé atributy jednoho základního požadavku na síť služeb, tj. aby odpovídala na potřeby příslušných cílových skupin, resp. rizikových populací. Parametrem nákladovosti se zde podrobněji nezabýváme a faktem je, že jeho vztah k potřebám není tak zřetelně uchopitelný jako v případě ostatních parametrů, i on nicméně svým způsobem reprezentuje určité potřeby, jako je např. zájem veřejnosti na efektivním vynakládání veřejných prostředků.

Základním společným jmenovatelem všech služeb tvořících ve svém souhrnu síť služeb je **územní jednotka**, v rámci níž by měly tyto služby pokrývat potřeby příslušných cílových skupin, resp. rizikových populací vyskytujících se na daném území. S ohledem na současné nastavení systému koordinace adiktologických, ale např. i sociálních služeb v České republice je základní územní jednotkou tvorby sítě služeb **kraj**. V rámci krajských sítí služeb spojuje krajová příslušnost většinu služeb spadající do těchto sítí bez ohledu na konkrétní zaměření jednotlivých typů služeb. Určitou výjimku představují služby s celostátní spádovostí (tj. adiktologické rezidenční služby), které jsou sice často spravovány i financovány z krajské úrovně, definování jejich potřebnosti a žádoucí dostupnosti dává nicméně výrazně větší smysl ve vztahu k populaci České republiky.

Základním parametrem sítě služeb definujícím podobu služeb a intervencí, které chceme zařazovat do sítě služeb, je **kvalita** nebo přesněji **odborná způsobilost** služeb. Základní požadavky na odbornou způsobilost služeb určeným osobám se závislostním chováním jsou definovány ve *Standardech odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby* ("Standardy RVKPP"). Podle svého zaměření musí služby rovněž disponovat registrací sociální, resp. zdravotní služby. Konkrétní činnosti zajišťované adiktologickými službami jsou pak vymezeny dokumentem

²⁹ Zde je bohužel dále reprodukováno zmatení pojmů, které jsme popsali v kapitole 1, tzn., že tato metodika se nezabývá síťováním ve smyslu vytváření a kultivace vztahů mezi aktéry zapojenými do poskytování služeb a dalších souvisejících aktivit, nýbrž tvorbou sítě služeb a to převážně ve smyslu zařazování služeb do sítě z hlediska naplnění formálních, administrativních požadavků

Seznam a definice výkonů drogových služeb (sRVKPP, ÚV ČR, 2015). Dílčí úpravy poskytování služeb a intervencí lze provádět v intencích těchto existujících výkonů, dlouhodoběji lze také zavádět nové výkony, případně až zcela nové typy intervencí či služeb.

Základním parametrem sítě služeb definujícím žádoucí rozsah pokrývání potřeb rizikových populací je pak již mnohokrát zmíněná **žádoucí dostupnost** služeb. Tento parametr lze promítnout na úroveň jednotlivých služeb jako schopnost dané služby garantovat určitou minimální dostupnost odpovídající zjištěným potřebám.

Poskytovatel služby by měl dále být schopen doložit předkládanou **nákladovost** služby prostřednictvím nějaké formy přehledového rozpočtu, popř. svou **platební schopnost**, tj., že disponuje určitou právní a finanční stabilitu a nenachází se např. v situaci hrozícího úpadku.

Tab 5.1 Věcná a administrativní kritéria zařazování služeb do sítě

Věcná kritéria	Administrativní kritéria a požadavky
Odborná způsobilost	Certifikace RVKPP Registrace zdravotní/sociální služby
Potřeby	Soulad s potřebami stanovenými v krajské síti adiktologických služeb <ul style="list-style-type: none"> • Poskytovatel nabízí potřebné typy služeb o vhodné formě poskytování, určené odpovídajícím cílovým skupinám
Potřebnost/dostupnost	Soulad s požadovanou dostupností stanovenou v krajské síti služeb <ul style="list-style-type: none"> • Poskytovatel disponuje personálními kapacitami odpovídajícími zjištěné potřebnosti • Poskytovatel zajišťuje minimální místní dostupnost služby odpovídající zjištěné potřebnosti • Poskytovatel zajišťuje minimální časovou dostupnost služby
Nákladovost	Doložení přehledového rozpočtu
	Doložení platební schopnosti, např. čestným prohlášením

DEFINICE KLÍČOVÝCH POJMŮ

Věcná kritéria

Administrativní kritéria

Kvalita služeb

Nákladovost

Platební schopnost

7 Závěr

V tomto textu jsme představili jako ústřední nástroj tvorby sítě služeb (v tom nejobecnějším smyslu) analýzu potřeb, kterou jsme definovali jako tvorbu základní „kostry“ sítě služeb, jež definuje všechny její podstatné parametry a na jejichž základě může být posléze zaplňována konkrétními službami v rámci zařazování služeb do sítě.

Samotné potřeby jsme definovali jako mezery mezi výchozím a žádoucím stavem, které lze identifikovat

- na mikro- a mesoúrovni jako mezery mezi výskytem rizik a škod spojených se závislostním chováním a dalšími projevy potřeb osob se závislostním chováním a zajištěním pokrytí těchto potřeb aktuální nabídkou služeb, intervencí a forem péče
- na makroúrovni jako mezery mezi současným stavem pokrytí potřeb definovaných na mikro- a makroúrovni stávající sítě služeb, který ve svém souhrnu odpovídá stávající sítě služeb, a žádoucím stavem pokrytí těchto potřeb, který odpovídá návrhům změn v této síti služeb

V rámci představeného pojetí analýzy potřeb postupujeme od hodnocení pokrytí potřeb na mikro- a mesoúrovni k soubornému hodnocení pokrytí potřeb na makroúrovni. Pro realizaci prvního z těchto kroků je důležité ujasnit si, jak chceme definovat potřeby (kapitola 2), z jakých typů dat lze tyto potřeby odvozovat, jakými metodami lze tato data sbírat a jaká jsou omezení a možnosti jejich využití (kapitola 3). Následné hodnocení pokrytí potřeb (kapitola 4) provádíme na několika různých (pod)úrovních:

- hodnocení využití a dostupnosti jednotlivých typů služeb
- hodnocení využití a dostupnosti specifických intervencí a forem péče
- hodnocení pokrytí potřeb specifických cílových skupin
- hodnocení pocítovaných potřeb klientů
- hodnocení různých dalších vyjádření potřeb

Hodnocení pokrytí potřeb na těchto úrovních zahrnuje jednak využití všech dostupných údajů popisujících toto pokrytí potřeb, jednak definování určité žádoucí úrovně pokrytí potřeb na základě stanovení či převzetí určitého normativu pro danou oblast. Výsledkem jsou různé mezery v pokrytí potřeb, odpovídající potřebám na makroúrovni. Tyto potřeby dále hodnotíme jednak s ohledem na významnost potřeb, odvozenou od jejich předchozího hodnocení v rámci analýzy potřeb, jednak s ohledem na formu a validitu dat, která dané potřeby popisují, a reálnou proveditelnost opatření směřujících k pokrytí těchto potřeb, resp. uzavření či redukci mezer v pokrytí potřeb (kapitola 5). K tomuto hodnocení využíváme v ideálním případě expertních skupin pro jednotlivé segmenty sítě služeb, primárně definované typy služeb podle aktuální typologie adiktologických služeb. V rámci hodnocení pokrytí potřeb v jednotlivých segmentech sítě služeb identifikujeme tzv. klíčové potřeby a od těchto klíčových potřeb odvozujeme návrhy změn ve stávající síti služeb.

Praktičtější stránky celého procesu popisujeme v „Metodice analýzy potřeb k praktické realizaci návrhu nástroje zajištění dostupnosti služeb“, která by měla sloužit koordinátorům protidrogové politiky a dalším aktérům jako vodítko pro realizaci analýzy potřeb v rámci tvorby sítě adiktologických služeb.

Literatura

- ABDUL-QUADER, A.S. ET AL. (2013). Effectiveness of Structural-Level Needle/Syringe Programs to Reduce HCV and HIV Infection Among People Who Inject Drugs: A Systematic Review. *AIDS and Behavior*, 17, s. 2878-2892.
- ASADI-LARI, M.; PACKHAM, C.; GRAY, D. (2003). Need for redefining needs. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003, 1:34. Dostupné z: <http://www.hqlo.com/content/1/1/34>.
- BAUMAN, Z. (1996). From pilgrim to tourist – or a short history of identity. In: HALL, S., DU GAY, P. (EDS.). *Questions of Cultural Identity*. s. 18-36. London: Sage.
- BONOMO, Y. ET AL. (2019). The Australian drug harms ranking study. *Journal of Psychopharmacology* 1-10.
- BRADSHAW, J. (1972). A taxonomy of social need. In: MCLACHLAN, G. (ED.). *Problems and progress in medical care: essays on current research*. Oxford: Oxford University Press.
- CAMPBELL, C. (2004). I Shop therefore I Know that I Am: The Metaphysical Basis of Modern Consumerism. In: EKSTROM, K.; BREMBECK, H. (EDS.). *Elusive Consumption: Tracking New Research Perspectives*, s. 27-44. Oxford: Berg.
- COLLINS, S. ET AL. (2012). Current Status, Historical Highlights, and Basic Principles of Harm Reduction. Praha. In: MARLATT, A. G.; LARIMER, M. E.; WITKIEWICZ, K. (ED.). *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*. New York, London: The Guilford Press
- COURTNEY, K., POLICH, J. (2009). Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants. *Psychological bulletin*, 135(1), s. 142-156.
- CROSS, J. E., SAUNDERS, C. M., BARTELLI, D. (1998). The effectiveness of educational and needle exchange programs: a meta-analysis of HIV prevention strategies for injecting drug users. *Quality and Quantity*, 32(2), s. 165-180.
- ČADA, K. (2015). *Analýza sociálně vyloučených lokalit v ČR*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.
- ČALOVKA ET AL. (2015). *Analýza drogové problematiky – Broumov*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.
- ČESKÁ REPUBLIKA. (2013). *Nářízení vlády č. 307/2013 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb hrazených z veřejného pojištění*.
- DE MAEYER, J., VANDERPLASSCHEN, W., BROEKAERT, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy* (2010).
- DICICCO-BLOOM, B., CRABTREE, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40:4, s. 314-321.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (2001). *EMCDDA recommendations on the 5 harmonized key indicators*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (2009). *An overview of the general populations survey (GPS) key indicator*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (2009). *An overview of the problem drug use (PDU) key indicator*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- FF UP V OLOMOUCI (2014). *Analýza drogové scény v obci Moravský Beroun*. Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie FF UP v Olomouci.

- FSS OU v Ostravě (2015). *Analýza drogové scény v Ostravě*. Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta sociálních studií.
- GABRHELÍK ET AL. (2005). *Potřeby příslušníků národnostních menšin a přistěhovalců v oblasti drogových služeb na území hl. m. Prahy. Referát přednesený na 44. celostátní AT konferenci a XI. Konferenci SNN při ČLS JEP*. Měřín.
- GI PROJEKT, O.P.S. (2011–2012). *Metodiky pro vytváření optimální krajské sítě sociálních služeb a pro plánování finančních prostředků v rámci procesů vytváření krajských střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.
- GRANT, J. E., CHAMBERLAIN, S.R. (2020). Gambling and substance use: Comorbidity and treatment implications. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 99, 109852.
- JIHOČESKÝ KRAJ (2015). *Sít protidrogových služeb na území Jihočeského kraje na období 2015-2017*. Jihočeský kraj.
- JORDANOVA, L. (1995). The social construction of medical knowledge. *Social history of medicine*, 8(3), s. 361-381.
- HAVLÍK, V., KUBALČIKOVÁ, K. (2006). Zjišťování potřeb uživatelů sociálních služeb včetně uživatelských výzkumů. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.
- HERZOG, A. (2007). Nízkoprahovost v praxi aneb jak pracovat s prahy. In: KLÍMA, P. ED. ET AL. *Kontaktní práce: antologie textů České asociace streetwork*. [1. Vydání. Kapitola 4. Strategie, postupy a techniky.] S. 177-188.
- HIRT, T.; HŮLE, D.; TOUŠEK, L. (2007) *Analýza potřebnosti služeb sociální prevence v Plzeňském kraji*. Krajský úřad Plzeňského kraje.
- KALINA, K. (2000). *Kvalita a efektivita v prevenci a léčbě drogových závislostí*. Příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory. Praha: Inverze/Sananim.
- KAVALÍR, A. (2006). *Komunitní plánování sociálních služeb – příklad uplatnění antropologie v praxi*. Diploma Thesis. Plzeň: Západočeská univerzita, Fakulta filozofická.
- KEANE, H. (2003). Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights. *International Journal of Drug Policy*. 14, s. 227-232.
- KERR, T. ET AL. (2017). Supervised injection facilities in Canada: past, present and future. *Harm reduction journal*. 14(1), s. 1-9.
- KVIATKOVSKÁ, K., ALBRECHT, J., PAPEŽOVÁ, H. (2016). Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 112(6).
- LAMBERTOVÁ, A. ET AL. (2016). Patologické shromažďování – dvě kazuistiky a přehled literatury. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 112(3).
- LATOUR, B. (2005). *Reassembling the social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- LAXUS, Z.Ú. (2018). *Analýza drogové scény v Hlinsku: studie analyticko-výzkumného týmu Laxus, z.ú.* Laxus, z.ú.
- LIBRA, J. ET AL. (2015). Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby. Praha.
- LIBRA, J.; NOVÁK, P. (2006). *Návrh optimalizace sítě kontaktních a poradenských služeb v České republice (oblasti protidrogové politiky zaměřené především na snižování rizik)*. Nepublikováno.
- MASLOW, A. H. (2014). *O psychologii bytí*. Praha: Portál.

- MINAŘÍK, J. (2004). *Analýza drogové scény a dostupnosti nízkoprahových služeb pro uživatele drog v Ústeckém kraji*. MUDr. Jakub Minařík.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. (2016). *Věstník Ministerstva Zdravotnictví ČR 5/2016*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.
- MIOVSKÁ, L.; MIOVSKÝ, M.; GABRHELÍK, R.; CHARVÁT, M. (2005). *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v roce 2003 v Praze*. Praha. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- MIOVSKÝ, M. 2001. Teoretická východiska aplikace kvalitativních metod v moderním adiktologickém výzkumu. Nepublikováno.
- MIOVSKÝ, M. (ed.) (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.
- MIOVSKÝ, M. (2014). Analýza potřeb dětí a mladistvých na území hl. města Prahy a Středočeského kraje. *Adiktologie* 14(1). s. 18-29.
- MIOVSKÝ, M. ET AL. (2015). *Prevence rizikového chování ve školství, 2. edice*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.
- MIOVSKÝ, M.; ŠŤASTNÁ, L.; POPOV, P. (2016). Model struktury programu a činnosti ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie*, 16(4): 330–341.
- MRAVČÍK, V. (ED.) ET AL. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015* [Annual Report on Drug Situation 2015 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky.
- MRAVČÍK, V. (ED.) ET AL. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016* [Annual Report on Drug Situation 2016 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky.
- MRAVČÍK, V. (ED.) ET AL. (2017). *Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2016* [Annual Report on Drug Situation 2016 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky.
- MRAVČÍK, V. (ED.) ET AL. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019* [Annual Report on Drug Situation 2019 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky.
- MÜLLEROVÁ, T., PAVLÍČEK, P., VARTANYAN, A. (2016). *Analýza drogové problematiky v ORP Jičín: Studie analytického týmu Laxus, z.ú. Laxus, z.ú.*
- NATIONAL HEALTH SERVICE (2009). *Undertaking needs assessment – Drug treatment, recovery and Reintegration in the community and prisons*. National Health Service, National Treatment Agency for Substance Misuse.
- NERUD, M. ET AL. (2016). *Realizace protidrogové politiky v krajích a obcích a její koordinace. Metodické doporučení*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- NIEUWENHUIZEN ET AL. (2002). The Lancashire Quality of Life Profile: modification and psychometric evaluation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, s. 36-44.
- PODZIMEK, K. (neuveдено). *Analýza stavu drogové scény v Bechyni: Závěrečná zpráva*. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.
- PROADIS, o.s. (2009). *Analýza sociálních a zdravotně-sociálních služeb určených uživatelům návykových látek na území Středočeského kraje*. PROADIS, o.s.
- PROADIS, o.s. (2010). *Analýza drogové scény Olomouckého kraje*. PROADIS, o.s.
- PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In *Treating addictive behaviors*, s. 3-27. Boston, MA: Springer.
- RADIMECKÝ, J. (2006). *Analýza drogové scény a služeb pro uživatele drog v Libereckém kraji: Závěrečná zpráva*. Liberec: Liberecký kraj.

- RADIMECKÝ, J. (ED.) ET AL. (2010). *Analýza stavu drogové scény Zlínského kraje: Závěrečná zpráva*. Praha: Zlínský kraj.
- RADIMECKÝ, J. (ED.), SOLČÁNY, J., ZAHÁLKA, M. (2017). *Analýza drogové scény Karlovarského kraje: Závěrečná zpráva*. Karlovy Vary: Karlovarský kraj.
- REICHEL, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing a.s.
- RITTER, A. ET AL. (2019). Key considerations in planning for substance use treatment: Estimating treatment need and demand. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement*, (s18). s. 22-30.
- ROE, G. (2005). Harm reduction as paradigm: Is better than bad good enough? The origins of harm reduction. *Critical Public Health*, 15(3), s. 243-250.
- ROJAS, A. J. ET AL. (2015). Comparison and concordance of health-related quality of life tests among substance users. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13:186.
- SAMET, S. ET AL. (2007). Assessing addiction: concepts and instruments. *Addiction science & clinical practice*, 4(1), 19.
- SEDDON, T. (2011). What is a problem user? *Addiction Research & Theory*, 19(4), s. 334-343.
- STANÍČEK, J. (2005). *Návrh optimalizace sítě v oblasti protidrogové politiky zaměřené na snižování rizik – Kontaktní centra a Terénní programy*. Nepublikováno.
- ŠÍDLO, L.; NOVÁK, M.; ŠTYCH, P.; BURCIN, B. (2017). K otázce hodnocení dostupnosti zdravotní péče v Česku. *Časopis lékařů českých*, 156: 43–50.
- ŠKAŘUPOVÁ, K. NEPUŠTIL, P., ČERNÝ, J. (2016). *Analýza drogové situace ve městě Brně a související doporučení pro městskou drogovou strategii*. Statutární město Brno.
- THANKI, D.; VICENTE, J. (2013). *PDU (Problem drug use) revision summary*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY (2019). *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027*. Praha: Úřad vlády ČR.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY (2020). *Koncepce rozvoje adiktologických služeb. Pracovní verze 1-5*. Nepublikováno.
- ŠTASTNÁ ET AL. (2011). *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2010*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. (2016). *Zdravotnická ročenka České republiky 2015*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. (2019). *Léčba uživatelů drog v ČR v roce 2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- VACEK ET AL. (2004). *Analýza institucionálního kontextu poskytování služeb v oblasti protidrogové politiky kraje. Závěrečná zpráva č. 2 projektu Evaluace protidrogových opatření a program realizovaných ve Středočeském kraji*. Liberec: NTI – consulting, s.r.o.
- WATKINS, R. et al. (2012). *A Guide to Assessing Needs: Essential Tools for Collecting Information, Making Decisions, and Achieving Development Results*. World Bank. Dostupné z: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2231> License: CC BY 3.0 IGO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (2000). *Evaluace léčby poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek. Sešit 3: Analýza potřeb*. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/data/download/842/4266/file/evaluace03-potreby.pdf>.

WHOQoL GROUP. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQoL). *Quality of life Research*, 2. s. 153-159.

WILSON, D. P. ET AL. (2015). The cost-effectiveness of harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 26, S5-S11.

WEST, R. (2016). *Modely závislosti*. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.

ZÁBRANSKÝ, T. (2003). *Drogová epidemiologie*. Univerzita Palackého, Lékařská fakulta.

ZUBARAN, C. ET AL. (2012). The application of the drug user quality of life scale (DUQOL) in Australia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10:31.