

Analýza dostupnosti adiktologických služeb a potřeb klientů těchto služeb v Hlavním městě Praze

Autoři: Benjamin Petruželka, Kryštof Hanzlík, Miroslav Barták

Zpracováno: 30.04.2022

Projekt byl realizován s finanční podporou hlavního města Prahy.



Obsah

Exekutivní souhrn	4
Úvod	5
Metodologie a sběr dat	7
Delfi studie: odhad mezery v poskytování služeb	13
Kvalitativní rozhovory	21
Výsledky DELFI studie: odhad mezery v poskytování služeb.....	22
Výsledky kvalitativního výzkumu	35
Srovnání poznatků Mravčík a kol. (únor 2022) a provedených rozhovorů (Petruželka a kol. duben 2022)	46
Shrnutí výsledků pro sledované kategorie služeb a doporučení pro další rozvoj sítě služeb	50
Manažerské shrnutí	59

Exekutivní souhrn

Prostřednictvím dvou kol metody Delphi, provedení 15 polostrukturovaných rozhovorů s aktéry (koordinátorů MČ a pracovníků adiktologických služeb) a sekundární analýzy dat o adiktologických službách v hlavním městě Praze byly získány zásadní informace o dostupnosti a potřebě adiktologických služeb v hlavním městě Praze.

Provedený výzkum identifikoval mezeru mezi potřebou služeb a jejich dostupností co se týče kapacity, místa poskytování a typu služeb. Prakticky všechny typy služeb by bylo z hlediska jejich potřeby vhodné zásadním způsobem navýšit.

Co se týče geografické dostupnosti, služby se koncentrují do středu města, naopak dále od centra nejsou často k dispozici.

V samostatné kapitole jsou formulována zásadní doporučení pro zlepšení dostupnosti služeb v hlavním městě Praze. Tato doporučení zahrnují jak posílení současných služeb, tak i podporu vzniku služeb nových. Doporučení zahrnují také navýšení úvazků pracovníků v adiktologických službách.

Úvod

Odhad potřeby a mezery ve využití jednotlivých typů adiktologických a souvisejících služeb je důležitý nástroj pro politické rozhodování jednotlivých územních celků a institucí, které se zabývají tvorbou sítě těchto služeb. Podstatné je, aby se součástí tohoto politického rozhodování stala dostupná evidence, která umožní učinit informovaná rozhodnutí v rámci tzv. evidence-based policies (politikách založených na důkazech). V tomto ohledu oceňujeme aktivitu pražského protidrogového koordinátora a magistrátu Hlavního města Prahy takový podklad získat a ochotu investovat do ně prostředky. Ač mezi některými respondenty panovala skepse, co se týče zohlednění důkazů při plánování sítě služeb a obecně plánování sítě adiktologických služeb na území Hlavního města Prahy, tak doufáme, že tento materiál bude sloužit jako podklad k diskuzím o síti adiktologických služeb, které povedou k rozvoji sítě adiktologických služeb. Tato skepse se také možná projevovala v relativně menší ochotě účastnit se výzkumu ve srovnání s respondenty v Libereckém a Karlovarském kraji, ve kterých byly zpracovány obdobné zprávy.

V případě naší zprávy vycházíme z předchozích zjištění, kterou doplňujeme o kvalitativní rozhovory se zástupci služeb a klíčovými aktéry v této oblasti a o v českém kontextu inovativní využití Delfi metody. Co se týče předchozích zjištění, navazujeme zejména na dokument *Analýza situace v oblasti užívání návykových látek s důrazem na výskyt tzv. rizikového (problémového) užívání drog a jeho dopadů v Praze* (Mravčík a kol., nedatováno). Tento dokument extenzivně shrnuje a využívá dostupná data a výzkumy o užívání návykových látek na území Hlavního města Prahy. Jak demonstruje tato zpráva, tak pro území Hlavního města Prahy platí, že je dostupná celá řada informací. Z toho důvodu jsme se rozhodli zaměřit zejména na využití empirických výzkumných metod (metody Delfi a kvalitativních rozhovorů), abychom doplnili tyto zdroje dat zejména o expertní odhady a názory.

Odhadování mezery v pokrytí potřeb pomocí metody Delfi je v oblasti plánování a tvorby sítí adiktologických služeb první aplikací této metody v České republice. Tuto metodu jsme zvolili jako určitou střední cestu mezi normativním, zpravidla expertním přístupem k definováním

potřebných kapacit služeb „od stolu“ a empiricky orientovanými přístupy.¹ Provedení delfi studie vychází z mezinárodně uznávaného odhadu potřebnosti služeb, který vytvořil v Kanadě Dr. Brian Rush a jeho tým (Rush et al., 1990, Rush et al. 2014., Rush et al. 2019). Zvolený postup umožňuje získat číselný odhad potřebnosti služeb, který lze následně využít jako podklad pro další plánování sítě adiktologických služeb. Nutno zdůraznit, že i čísla získaná tímto způsobem představují stále pouze odhady, jejichž validita má své nepopiratelné limity. V současné době jej nicméně můžeme pro daný účel považovat za nejlepší dostupnou evidence-based metodu (metodu založenou na důkazech). Do budoucna může být navíc tento odhad dále zlepšován na základě zpřesňování jeho jednotlivých komponent.

Důležité je zdůraznit, že ač se výsledky pravděpodobně stanou součástí politické debaty, byly vytvořeny na půdě akademické instituce a z pozice relativně nezájatých aktérů, jejichž cílem bylo zůstat nezainteresovanými pozorovateli a analytiky situace. Jak jsme zjistili v průběhu tohoto, a i předchozích výzkumů, tak výsledky takových zpráv jsou interpretovány z hlediska politických zájmů jednotlivých aktérů a mohou být podle toho, jak jim vyhovují, přijímány buďto pozitivně anebo negativně. Zde je třeba dodat, že naším cílem není vyjít vstříc jednotlivým aktérům, ale poskytnout podklady pro jejich rozhodování. Jako autorský tým doufám, že přispějeme k živé a náročné debatě o tvorbě sítě adiktologických služeb na území našeho Hlavního města.

V první části textu popíšeme náš metodologický přístup. V další části textu se zaměříme na výsledky nejprve delfi studie a poté kvalitativních výzkumných rozhovorů. Další části textu věnujeme shrnutí dosažených výsledků a doporučením z nich vyplývajících.

¹ Empiricky orientované přístupy usilují o opření potřebnosti plánovaných služeb a intervencí o vědecké důkazy, zprostředkované různými epidemiologickými indikátory, dotazníkovými škálami či kvalitativními údaji o „pociťovaných potřebách“ zástupců cílových skupin sledovaných služeb

Metodologie a sběr dat

Úvod: rozdělení kategorií a typů služeb

V rámci jednotlivých studií jsme využili níže uvedeného rozlišení adiktologických a souvisejících služeb, kterého se také budeme držet v rámci struktury této zprávy. Toto rozlišení přehledně ukazuje Diagram 1 (viz Příloha), který znázorňuje kategorie a typy služeb, u nichž předpokládáme nějakou potřebu jejich využití ze strany cílové populace. Takové rozdělení je samozřejmě do jisté míry zjednodušující a schematizující, nicméně to je nutnou součástí jakékoliv obdobné klasifikace. Rozlišujeme obecné kategorie služeb a dále uvnitř těchto kategorií různé typy služeb, intervencí a forem péče (dále jen „typy služeb“). Tyto kategorie a typy služeb přehledně zobrazuje Diagram 1 (viz příloha).

Definice většiny kategorií a typů služeb vycházejí z aktuálních definic uváděných v dokumentech Konceptce rozvoje adiktologických služeb (sRVKPP, 2021a) a Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb (sRVKPP, 2021b). Vedle toho jsou zařazeny některé typy služeb, které nejsou v současnosti dostupné na území Hlavního města Prahy, lze o nich však do budoucna uvažovat jako o efektivních nástrojích pokrytí potřeb cílových populací.

Kategorie služeb jsme stanovili následujícím způsobem:

- Nízkoprahové služby – služby zaměřené na minimalizaci rizik souvisejících s užíváním návykových látek nebo závislostním chováním u aktivních uživatelů či hazardních hráčů. Hlavními cíli jsou navázání kontaktu s klientem, minimalizace zdravotních, sociálních a ekonomických rizik a dopadů závislostního chování a tím současně ochrana veřejného zdraví, motivace klientů ke změně životního stylu a ke kontaktu s dalšími adiktologickými službami a monitoring uživatelské scény za účelem vytváření účinných strategií pomoci dané cílové skupině (sRVKPP, 2021a, 35).
- Ambulantní služby – služby poskytující ambulantní léčbu a poradenství s cílem zlepšení somatického a psychického stavu, sociální situace a změny životního stylu klienta. (sRVKPP, 2021a, 36).

- Substituční léčba – farmakoterapeutická intervence poskytovaná problémovým uživatelům drog formou podávání substituční látky, která nahrazuje užívanou návykovou látku a pomáhá vytvořit snadněji kontrolovatelnou formu závislosti (Verster a Bunnig, 2004). V českém prostředí je poskytována uživatelům opioidům, jako substituční látka se používá metadon nebo buprenorfin. V jednom zařízení je v rámci pilotního provozu poskytována také uživatelům pervitinu, který je substituován methylfenidátem.
- Služby krizové stabilizace – služby zajišťující krátkodobou lůžkovou péči sociálního charakteru osobám, které se ocitly v ohrožení v důsledku náročné životní situace, délka trvání je max. 7 dnů (sRVKPP, 2021a, 37)
- Detoxifikace – komplexní intervence s cílem stabilizace celkového stavu klienta a zejména předcházení abstinenci syndromu a jeho tlumení (sRVKPP, 2021a, 39). Absolvování detoxifikace vystupuje v rámci českého systému služeb jako podmínka nástupu do rezidenční léčby.
- Služby rezidenční léčby – pobytové služby zaměřené na celkovou stabilizaci a uzdravu klientů, včetně dosažení abstinence od návykových látek, délka léčby mezi 3 a 18 měsíci. (sRVKPP, 2021a, 39) Podmínkou nástupu do těchto služeb je absolvování nějaké (zpravidla ústavní) formy detoxifikace.
- Služby následné péče – služby zaměřené na podporu a udržení abstinence po léčbě, udržení změn v chování klienta, jeho sociální rehabilitaci a integraci do podmínek normálního života (sRVKPP, 2021a, 40).
- Služby dlouhodobé péče – pobytové služby sociálně-zdravotního charakteru zaměřené na udržovací až paliativní péči o osoby se sníženou soběstačností z důvodu dlouhodobého užívání návykových látek, zejména stárnoucí uživatele návykových látek.
- Související služby, intervence a formy péče – tato kategorie zahrnuje služby, které nejsou specificky adiktologické, také jsou ale využívány osobami s rizikovými formami závislostního chování. U služeb z této kategorie nebude v dalších krocích

zjišťována mezera mezi počtem klientů a potenciálních klientů, jelikož nejsou dostupné dostatečně přesné údaje o počtu klientů. Naším cílem je ukázat, jak potřebné jsou tyto služby na území Prahy.

V rámci těchto kategorií služeb jsme identifikovali následující typy služeb:

i. N: Nízkoprahové služby

- N1: Terénní programy pěší – terénní forma poskytování nízkoprahových služeb
- N2: Terénní programy mobilní – vůz („sanitka“) s kapacitou na poskytování zdravotního ošetření a testování na infekční onemocnění
- N3: Kontaktní centra – ambulantní forma poskytování nízkoprahových služeb
- N4: Aplikační místnosti – typ ambulantní služby zajišťující uživatelům návykových látek prostředí pro kontrolovanou aplikaci návykových látek, mimo jiné sterilní injekční náčiní, poradenské služby před, během i po aplikaci návykové látky, neodkladnou péči v případě předávkování, primární lékařskou péči a zprostředkování dalších vhodných sociálních, zdravotních a adiktologických služeb (NMS, 2015). Specifickou formu aplikačních místností, určenou rizikovým uživatelům alkoholu, představují tzv. mokrá centra, ve kterých mohou klienti konzumovat alkohol v režimu kontrolovaného pití (Bírová (eds.), 2018)

ii. A: Ambulantní služby

1. A1: Multidisciplinární adiktologické týmy s case managementem – typ služby poskytující sociální, psychoterapeutické či adiktologické poradenství alespoň částečně v přirozeném prostředí klientů. Spolupráce s klienty probíhá formou intenzivního case managementu. Služba je vhodná pro jedince, kteří mají problém fungovat ve standardním režimu například služeb ambulantní léčby a poradenství ambulantních služeb, typicky mají za sebou neúspěšné pokusy o léčbu, často také duální diagnózu

- A2: Ambulantní léčba a poradenství – registrace sociální služby nebo zdravotnického zařízení, zpravidla je zajištěn úvazek adiktologa, případně také psychiatra

iii. S: Substituční léčba

- S1: Nízkoprahová substituční léčba – substituční léčba poskytovaná v rámci nízkoprahových služeb minimalizace rizik
- S2: Ambulantní substituční léčba – substituční léčba poskytovaná v rámci ambulantních služeb, služeb krátkodobé stabilizace a služeb následné péče (sRVKPP, 2021b).

iv. K: Služby krizové stabilizace (k)

- Nejsou specifikovány podkategorie

v. D: Detoxifikace

- D1: Ambulantní detoxifikace – detoxifikace poskytovaná ambulantní formou/v přirozeném prostředí klienta
- D2: Ústavní detoxifikace – ústavní forma detoxifikace, krátkodobá lůžková péče s délkou trvání do 4 týdnů (sRVKPP, 2021a, 39). Může probíhat na samostatné detoxifikační jednotce nebo v rámci služby následné rezidenční léčby.

Typy služeb v této kategorii se liší především formou poskytování služby. Potřeba obou typů vychází z toho, pro jakou část cílové populace je vhodná ambulantní forma a pro jakou část ústavní forma detoxifikace, s tím, že část populace, pro kterou jsou vhodné obě formy, by měla být přednostně párována s méně nákladnou a potenciálně dostupnější ambulantní formou. S ohledem na to (opět v rámci nezbytného zjednodušení) prosím uvažujte, že součet procent by neměl být větší než 100 %.

vi. R: Služby rezidenční léčby

- R1: Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba – léčba v pobytovém zdravotnickém zařízení
- R2: Léčba v terapeutické komunitě – léčba v sociální službě typu terapeutické komunity

Typy služeb v kategorii r jsou často využívány týmiž klienty v rámci návaznosti obou typů léčby, nástup do jednoho či druhého typu může zároveň záviset na mnoha různých faktorech. Z těchto důvodů může součet procentuálních údajů přidělovaných jednotlivým typům služeb přesahovat 100 %.

vii.NP: Služby následné péče

- NP1: Ambulantní doléčovací programy (np1) – ambulantní forma služeb následné péče
- NP2: Doléčovací programy s chráněným bydlením (np2) – pobytová forma služeb následné péče, kombinující zajištění následné péče s poskytováním dočasného bydlení.

viii. DP: Služby dlouhodobé péče

- DP1: Domovy pro seniory se závislostním chováním – pobytové služby sociální péče typu domovů pro seniory (viz Zákon o sociálních službách č. 108/2006, § 49), určené specificky osobám s rizikovými formami závislostního chování
- DP2: Domovy se zvláštním režimem s adiktologickou složkou – pobytové služby sociální péče po vzoru domovů se zvláštním režimem (viz Zákon o sociálních službách č. 108/2006, § 50), s rozšířenou sociálně-zdravotní až paliativní péčí a zajištěným úvazkem adiktologa, případně dostupností psychiatra.

ix. X: Související služby, intervence a formy péče

- X1: Psychiatrická péče – psychiatrická péče poskytovaná jakoukoli formou osobám s rizikovými formami závislostního chování
- X2: Léčba infekčních onemocnění – léčba infekčních onemocnění osobám s rizikovými formami závislostního chování, zpravidla v rámci infekčních oddělení nemocnic
- X3: Další specializovaná zdravotní péče – zdravotní péče poskytovaná v dalších specializovaných zdravotnických oborech (např. gynekologie, ortopedie, stomatologie aj.).
- X4: Primární zdravotní péče – zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři
- X5: Chráněné a jinak podporované bydlení – všechny formy chráněného a jinak podporovaného bydlení poskytované osobám s rizikovými formami závislostního chování
- X6: Chráněné a jinak podporované zaměstnávání – všechny formy chráněného a jinak podporovaného zaměstnávání poskytované osobám s rizikovými formami závislostního chování
- X7: Odborné sociální poradenství – různé formy odborného poradenství poskytované osobám s rizikovými formami závislostního chování, např. právní či dluhové poradenství

Delfi studie: odhad mezery v poskytování služeb

Úvod

Základem metodologie odhadu je porovnání údajů o počtu klientů jednotlivých typů služeb (sekundární zdroje dat) a údajů o počtech zástupců cílové populace s potřebou využití jednotlivých typů služeb (kombinace sekundárních zdrojů dat a výsledků delfi studie). Výsledný údaj popisuje, jak by mělo vypadat ideální pokrytí službami tak, aby byly ideálně naplněny potřeby potenciálních klientů.

Mezera v poskytování služeb = počet klientů služeb - počet zástupců cílové populace s potřebou využití jednotlivých typů služeb.

Tímto postupem získáme hodnotu mezery ve využití služeb, resp. pokrytí potřeb cílové populace. Údaje o počtu klientů jsme získali zejména na základě agregovaných dat poskytnutých RVKPP, které vychází ze závěrečných zpráv projektů. Údaje o počtech zástupců cílové populace s potřebou využití jednotlivých typů služeb byly získány na základě kombinace sekundárních zdrojů dat (odhad velikosti celkové cílové populace) a výsledků delfi studie (odhad podílu populace vyhledávající adiktologické služby a potřebující jednotlivé kategorie a případně typy adiktologických služeb).

V naší analýze se zaměřujeme zejména na rok 2021 a využíváme data zejména ve vztahu k tomuto roku. Pokud tomu tak není, tak to specificky zmíníme.

Počet klientů adiktologických služeb: odhad velikosti populace využívající adiktologické služby

Údaje o počtu klientů jsme získali na základě agregovaných dat poskytnutých RVKPP, které vychází ze závěrečných zpráv projektů. Ty jsme zároveň doplnili o informace o projektech, jejichž závěrečné zprávy jsou předkládány magistrátu Hlavního města Prahy. Limitem tohoto postupu je, že nemusí obsahovat informace o všech projektech, protože obsahuje informace pouze o podpořených projektech. V našich datech chybí informace zejména o projektech, které své zdroje získávají jiným způsobem než od RVKPP a magistrátu Hlavního města Prahy. Jedná se zejména o zdravotnické organizace, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Psychiatrická ambulance Smíchov - substituční léčba (MUDr. Jan Sikora), a různá soukromá zařízení (Branické sanatorium Moniky Plocové, Centrum Alkos, NEO Centrum). Údaje o zahrnutých projektech uvádí tabulka 1.

Tabulka 1: Projekty zahrnuté do výpočtu počtu klientů adiktologických služeb

Kód projektu	Název projektu	Typ služby
A-40-05	NO BIOHAZARD – terénní program pro uživatele nealkoholových drog	TP
A-17-04	Terénní programy SANANIM	TP
A-18-04	Terénní program SANANIM 2 pro práci se specifickými skupinami	TP
A-04-04	Terénní program Drop In, o.p.s.	TP
S-17-06	Centrum terénních programů Středočeského kraje	TP
A-44-06	STAGE 5 – kontaktní a poradenské centrum závislostí	KPS
A-19-04	Kontaktní centrum SANANIM	KPS
A-05-04	Nízkoprahové středisko Drop In o.p.s.	KPS

A-01-04	Právní poradna A.N.O.	POR
A-55-08	Pracovní a sociální agentura	POR
A-10-04	Terapie závislých osob a jejich rodin	AL
A-61-16	Poradna Alma	AL
A-07-04	Centrum pro rodinu – Integrace rodiny, AL	AL
AA-05-20	Adiktologická ambulance pro děti a dorost	AL
A-75-17	Adiktologická ambulance Praha - Podolí	AL
A-96-20	Adiktologická ambulance (VFN)	AL
A-60-15	Adiktologická ambulance pro děti a dorost (VFN)	AL
A-93-20	Středisko pro psychoterapii a rodinnou terapii VFN	AL
A-95-20	Ambulance pro alkoholové závislosti VFN	AL
A-21-04	Denní stacionář – psychoterapeutické centrum SANANIM	SP
A-16-04	Prev-centrum – ambulantní léčba	AL
A-74-17	Adiktologická ambulance pro děti a dospívající	AL
A-85-19	Adiktologická a AT ambulance Drop In	AL
A-28-04	CADAS – Centrum ambulantní detoxifikace a substituce (ambulantní léčba)	AL

A-83-18	CEPSYMED	AL
A-68-16	Adiktologická ambulance SANANIM	AL
A-35-05	Poradna pro rodiče SANANIM	AL
GA-18-16	Ambulance pro gambling SANANIM	AL
GA-06-16	Program ambulantní adiktologické léčby pro dětské a dospělé patologické hráče	AL
GA-11-06	Posílení ambulantní léčby a prevence relapse u osob s dg. Patologické hráčství a závislost na alkoholu	AL
A-28-04	CADAS – Centrum ambulantní detoxifikace a substituce (substituční léčba)	SL
A-94-20	Centrum substituční léčby Kliniky Adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze	SL
A-62-16	Komplexní léčba syndromu závislosti - KOLO-S III	SL
A-82-18	Centrum metadonové substituce I-III Drop In o.p.s.	SL
A-24-04	SANANIM – doléčovací centrum pro matky s dětmi	ADP/CH B
A-25-04	SANANIM - doléčovací centrum	ADP/CH B
A-06-04	DROP IN – centrum následné péče	ADP
A-76-18	Doléčovací centrum Magdaléna	ADP/CH B

A-91-20	Následná péče Alma	ADP
A-98-20	VFN Lůžkové oddělení muži	KSLP
A-99-20	VFN Lůžkové oddělení ženy	KSLP
A-97-20	VFN Detoxifikační oddělení	DTX
A-39-05	VFN Dětské a dorostové detoxifikační centrum	DTX

Odhad velikosti populace s potřebou využití jednotlivých typů služeb

Velikost populace s potřebou využití jednotlivých typů nebo kategorií služeb byla stanovena jako **odhad velikosti celkové populace vykazující znaky vybraných rizikových forem závislostního chování** na základě sekundárních dat² v kombinaci s odhadem podílu populace vyhledávající adiktologické služby a potřebující určité typy/kategorie služeb na základě koeficientů získaných pomocí Delfi metod. Tento postup vychází z odhadu velikosti celkové cílové populace, u níž byla pozorována nějaká riziková forma závislostního chování ve věku 15 až 64 let. Tento odhad je poté upraven na základě odhadu velikosti populace, která se dostane do kontaktu s adiktologickými službami, a podílu populace, která potřebuje jednotlivý typ služeb. Výpočet populace s potřebou využití daného typu/kategorie služeb můžeme vyjádřit následující rovnicí:

*Populace s potřebou využití daného typu/kategorie služeb = odhad velikosti populace vykazující znaky rizikových forem závislostního chování * odhad podílu populace vyhledávající služby * odhad podílu populace potřebující daný typ/kategorie služeb.*

Odhad velikosti populace vykazující znaky rizikových forem závislostního chování

Celková cílová populace zahrnuje všechny skupiny osob, u nichž byla pozorována nějaká riziková forma závislostního chování ve věku 15 - 64 let. Tyto rizikové formy jsou definovány pomocí standardně používaných indikátorů, aktuální hodnoty pocházejí ze Zprávy o nelegálních drogách v České republice 2021 (Mravčík et al., 2021) a Národního výzkumu užívání návykových látek 2020 (Chomynová, Mravčík, 2021). Jedná se konkrétně o:

- Problémové užívání pervitinu a opioidů odhadované multiplikační metodou (Mravčík et al., 2021),

² Velikost populace je každoročně odhadována ve zprávách NMS pomocí multiplikační metody, přičemž využíváme právě tento odhad (Mravčík et al. 2021). Velikost další dvou populací je odhadnuta na základě dat poskytnutých z Národního výzkumu užívání návykových látek 2020, které nám poskytlo NMS.

- Rizikové a škodlivé užívání alkoholu odhadované pomocí škály CAGE (Chomynová, Mravčík, 2021),
- Rizikové a škodlivé užívání konopných látek odhadované pomocí škály CAST (Chomynová, Mravčík, 2021),
- Problematické užívání psychoaktivních léků (Chomynová, Mravčík, 2021),
- Problémové hraní odhadované pomocí škály Lie/Bet (Chomynová, Mravčík, 2021).

Tuto populaci jsme rozdělili na tři dílčí populace. První z nich jsou **problémoví uživatelé pervitinu a opioidů** (nebo také „Lidé užívající drogy rizikově“). Velikost populace je každoročně odhadována ve zprávách NMS pomocí multiplikační metody, přičemž využíváme právě tento odhad (Mravčík et al. 2021). Velikost další dvou populací je odhadnuta na základě dat poskytnutých z Národního výzkumu užívání návykových látek 2020, které nám poskytlo NMS. Jedná se o rizikovou populaci v oblasti vyššího a nižšího rizika. V tomto případě byl spočítán podíl jedinců s daným rizikem na národní úrovni v populaci 15 až 64 let a výsledky byly extrapolovány na území Hlavního města Prahy za využití informací o počtu obyvatel Prahy. Zástupci populace v oblasti **vyššího rizika jsou ohroženi různými dalšími rizikovými formami závislostního chování**. Naplňují při tom alespoň jedno z následujících kritérií: škodlivé užívání alkoholu (CAGE 2+), škodlivé užívání konopných látek (CAST 2+), problematické užívání psychoaktivních léků (pravidelně užívají léky po dobu déle než 6 týdnů a zároveň uvedli, že měli pocit, že v posledních 12 měsících užívali léky ve větším množství, než by měli, nebo léky získali jinak než na lékařský předpis), problémové hraní, oblast vyššího rizika (Lie/Bet 2+). Zástupci **populace v oblasti nižšího rizika** jsou v menší míře rovněž ohroženi dalšími rizikovými formami závislostního chování. Naplňují alespoň jedno z následujících kritérií: rizikové užívání alkoholu (CAGE 1), rizikové užívání konopných látek (CAST 1), problémové hraní, oblast nižšího rizika (Lie/Bet 1).

Odhad podílu populací vyhledávajících služby a potřebující určité typy/kategorie služeb

Odhad podílu populací vyhledávajících služby a určité typy/kategorie služeb byl získán na základě odpovědí v rámci Delfi studie, protože jiné zdroje dat v národním kontextu nejsou

dostupné. Delfi studie umožňuje sofistikovaný způsob získání expertních odhadů. Principem této metody je hledání shody mezi jednotlivými experty.

V případě našeho výzkumu jsme využili pro sběr dat dotazníku. Provedena byla dvě kola sběru dat tak, aby bylo podpořeno dosažení konsensu mezi experty. V obou kolech byl využit obdobný dotazník, doplněny byly zejména odpovědi získané v prvním kole, konkrétně se jednalo o střední hodnoty odhadů. Expertů jsme se ptali na podíl populace vyhledávající adiktologické služby v roce 2021 a dále na podíl populace vyhledávající adiktologické služby, který potřeboval využít určité typy a kategorie služeb. Do výše uvedeného výpočtu byly dosazeny výsledky (mediány) druhého kola delfi studie s vyšší mírou konsensu mezi experty.

Za experty jsme považovali pracovníky adiktologických služeb a pražské protidrogové koordinátory, které jsme oslovili k účasti ve studii. Osloveno bylo celkem 52 respondentů (zástupců MČ a poskytovatelů služeb). První kolo vyplnilo celkem 14 respondentů a druhé kolo 9 respondentů, což lze ve srovnání s postupem Rushe et al. (ibid.), kteří měli na srovnatelném území obdobný počet respondentů, hodnotit jako dostatečný počet. Ve druhém kole jsme k vyplnění vyzvaly respondenty, kteří na sebe zanechaly kontakt v rámci dotazníku. Ze 14 respondentů v prvním kole byly 4 z řad koordinátorů a 8 z adiktologických služeb. Dva respondenti o sobě neuvědli bližší informace. Druhého kola se zúčastnili, přes několikrát opakovanou žádost a dříve uvedený souhlas s účastí ve druhém kole dva koordinátoři a 7 respondentů z adiktologických služeb.

Kvalitativní rozhovory

Dále jsme se rozhodli provést kvalitativní rozhovory s místními aktéry a to zejména lokálními protidrogovými koordinátory a pracovníky služeb. Původním záměrem bylo provedení fokusních skupin, nicméně vzhledem k časové nekompatibilitě potenciálních účastníků skupin jsme se rozhodli provést individuální polostrukturované rozhovory. Pro tyto rozhovory byly připraveny osnovy, které obsahovaly témata jako: informace o respondentech, závislostní chování rizikových uživatelů návykových látek, diskuzi odhadů z delfi studie, geografickou a kapacitní dostupnost služeb, spolupráci mezi jednotlivými aktéry a hodnocení sítě adiktologických služeb v Praze. Dále jsme využili jako výzkumnou pomůcku mapy s vyznačením umístění jednotlivých adiktologických služeb v Praze, které byly uvedeny v podpořených projektech RVKPP nebo ve výročních zprávách pro magistrát Hlavního města Prahy. Tyto mapy byly předkládány jednotlivým respondentům s tím, aby vyznačily nebo sdělily, kde by se podle jejich názoru měli nacházet adiktologické služby v jednotlivých kategoriích. Celkem bylo provedeno 15 rozhovorů, z toho bylo 6 rozhovoru provedeno s koordinátory a 8 s pracovníky služeb, jeden rozhovor byl proveden s dalším aktérem s výraznými zkušenostmi z hlediska řešené tematiky. Od všech účastníků byl získán ústní souhlas s nahráním, přepisem a využitím rozhovoru s podmínkou zaručení anonymity. Pokryta byla většina kategorií adiktologických služeb a oblastí Prahy alespoň jedním rozhovorem. Rozhovory byly doplněny také telefonickými dotazy a konzultacemi s dalšími relevantními aktéry. Je třeba připomenout, že individuální výpovědi aktérů nelze zobecňovat a jejich úkolem je poskytnout hlubší vhled do zkoumané problematiky, najít zásadní témata a zjistit konkrétní zkušenosti a přístupy k řešení problému užívání návykových látek a behaviorálních závislostí. Rozhovory byly provedeny podle předem připraveného scénáře s tím, že část otázek byla společná jak pro pracovníky v oblasti služeb, tak i koordinátorky a koordinátory, další část pak byla specificky určena vzhledem k pozici informantky nebo informanta.

Výsledky DELFI studie: odhad mezery v poskytování služeb

Výsledky odhadu mezery v poskytování služeb uvádíme v rámci jednotlivých kroků a následně výsledný odhad mezery.

Odhad velikosti populace využívající adiktologické služby: počet klientů služeb

Odhad velikosti populace využívající adiktologické služby uvádí tabulka 2. Datové zdroje mají určité limity, kdy v případě některých typů služeb patrně dochází k podcenění počtu pacientů využívajících tyto služby. Jedná se zejména o služby v oblasti substituce, detoxifikace a rezidenčních služeb. To vychází z toho, že nejsou zahrnuti lékaři předepisující substituci, kteří nevykazují RVKPP nebo magistrátu Hlavního města Prahy. K určitému podcenění také patrně došlo u detoxifikace a rezidenční léčby, kde jsou služby poskytovány v rámci Psychiatrické nemocnice Bohnice, která nevykazuje ani RVKPP ani magistrátu Hlavního města Prahy, přičemž se může jednat až o stovky pacientů za rok u obou typů služeb. Dále také nejsou v odhadu započteny soukromé adiktologické služby, které mohou ročně obsloužit několik stovek pacientů. Ze zprávy Mravčíka et al. (2021) popisující situaci na území hlavního města Prahy vyplývá, že pokryto bude zhruba 1 500 uživatelů opioidů. Podle dat RVKPP je v substituční léčbě zhruba 700 uživatelů. Dochází tedy k zhruba 50 % podcenění těchto údajů v této oblasti.

Tabulka 2: Údaje o počtu klientů v kategorii uživatelů návykových látek na území Hlavního města Prahy využívající jednotlivé typy služeb (zdroj dat: RVKPP a HmP)

Typ služby	2020	2021
Nízkoprahové služby: terénní programy	4 670	4 081
Nízkoprahové služby: kontaktní centra	6 000	6 935
Ambulantní služby	3 259	3 552
Substituční léčba	768	696
Následná péče	270	281
Rezidenční léčba	195	206
Detoxifikace	466	434
Celkem	15 608	16 185

Odhad velikosti celkové rizikové populace

Celková riziková populace byla v pro účely odhadu její velikosti rozdělena na tři dílčí populace. První z nich jsou problémoví uživatelé pervitinu a opioidů (nebo také „Lidé užívající drogy rizikově“). Velikost populace je každoročně odhadována ve zprávách NMS pomocí multiplikační metody, přičemž využíváme právě tento odhad (Mravčík et al. 2021). Velikost další dvou populací je odhadnuta na základě dat poskytnutých z Národního výzkumu užívání návykových látek 2020, které nám poskytlo NMS. Jedná se o rizikovou populaci v oblasti vyššího a nižšího rizika (bližší popis postupu viz výše). Celorepublikové údaje poté byli přepočtu za pomoci údajů o počtu obyvatel na území Hlavního města Prahy.

Velikost jednotlivých populací uvádí Tabulka 3. Nutno dodat, že mezi populacemi lidí užívajících drogy rizikově a zejména mezi populací v oblasti vyššího rizika mohou existovat překryvy. Ty jsme také zohlednily do odhadu podílu populace vyhledávající adiktologické služby (viz dále). Odhad celkové velikosti rizikové populace ve věku 15 -až 64 let na území Hlavního města Prahy je 281 566 obyvatel (zhruba 32 % velikosti této populace). To představuje relativně vysoké číslo, které zakládá i počet potenciálního počtu klientů adiktologických služeb, nicméně odpovídá vysoké míře rizikových jevů v české populaci (viz Mravčík et al. 2021).

Tabulka 3: Odhad velikosti dílčích rizikových populací

Populace	Velikost
Lidé užívající drogy rizikově	13 000
Populace v oblasti vyššího rizika	152 101
Populace v oblasti nižšího rizika	108 643
Celkem	281 566

Odhad velikosti populace vyhledávající služby a odhad mezery v poskytování služeb

Odhad velikosti populace vyhledávající adiktologické služby v roce 2021 byl získán tak, že údaje o velikosti dílčích rizikových populací (viz podkapitola 4.2) byly přepočítány na základě údajů uvádějících kolik jedinců z jednotlivých populací vyhledávalo adiktologické služby v roce 2021.

Expertní odhady mohou být často považovány za nadhodnocené a nebo nepřesné. Nicméně v našem případě se střední hodnota podílu lidí užívajících rizikově blíží hodnotě multiplikátoru publikovaném NMS, tj. 63,43 % (Mravčík et al. 2021). Rozdíl, ač je pouze 7 %, napovídá, že odhady mohou být nadhodnocené. Nutno také dodat, že se odhady vztahovaly ke specifické situaci roku 2021, kdy mohl být zájem o adiktologické služby větší v důsledku protipandemických opatření. V případě populace v oblasti vyššího a nižšího rizika podle střední hodnoty odhadu expertů vyhledalo nějakou adiktologickou službu 30 % a 15 %. Na základě zjištění, že experti mírně nadhodnocovali odhad populace vyhledávající služby, což

potvrdily i kvalitativní rozhovory, a na základě toho, že skupina lidí užívajících drogy rizikově a populace v oblasti vyššího rizika se mohou překrývat, jsme se rozhodli snížit odhady podílu populace vyhledávající služby na 15 % a 7,5 % u populace ve vyšším a nižším riziku. Tímto způsobem tak získáváme konzervativnější odhad.

Konečný odhad velikosti populace, která vyhledala v roce 2021 jakoukoliv adiktologickou službu, je 39 413 lidí. Nutno dodat, že to neznamená, že se stali klienty služeb, pouze že nějakou službu vyhledali. tzn. dostali se s ní do kontaktu s cílem využít její služby. Počet zaznamenaných klientů byl v roce 2021 16 185 a definuje mezeru v pokrytí potřeb. Velikost tohoto rozdílu může být mimo mezery samé vysvětlena tím, že počet klientů je částečně podhodnocený. Svou roli také může hrát to, že z potenciálních klientů, kteří kontaktovali služby jich velká část služeb využít nemusela a nemuseli být zaznamenáni jako klienti z důvodu nedostatečné kapacity služeb. Z tohoto pohledu se jedná o číslo, které ukazuje na to, jaký by byl počet klientů adiktologických služeb v daném roce v případě ideální dostupnosti a kapacity služeb. Toto číslo tedy můžeme interpretovat tak, že se objevuje značná část populace, která by v případě navýšení kapacity adiktologických služeb těchto služeb využila.

Tabulka 4: Odhad velikosti populace vyhledávající adiktologické služby v roce 2021

Populace	Střední hodnota odhadu podílu populace vyhledávající služby (%)	Odhad velikosti populace	Ponížené hodnoty podílu populace vyhledávající služby (%)	Odhad velikosti populace
Lidé užívající drogy rizikově	70	9 100	65	8 450
Populace v oblasti vyššího rizika	30	45 630	15	22 815
Populace v oblasti nižšího rizika	15	16 290	7,5	8 148
Celkem	x	71 020	x	39 413

4.4 Odhad velikosti populace, která potřebuje jednotlivé kategorie služeb a odhad mezery v poskytování služeb

Tabulka 5 ukazuje odhad podílu a počtu klientů potřebujících vybrané kategorie služeb v rámci jednotlivých populací, které v roce 2021 vyhledaly adiktologické služby. Například u ambulantních služeb experti odhadovali, že v případě populace problémových uživatelů drog vyhledávajících adiktologické služby by 40 % z nich potřebovalo ambulantní služby, což je 40 % z velikosti populace problémových uživatelů uvedených v tabulce 4.

Jedná se tedy o odhad toho, jaké služby by měly být dostupné, aby naplnily potřeby klientů. Koeficienty uvedené v tabulce ukazují odhady podílů, které byly použity k závěrečnému přepočtu, viz výsledný odhad mezery v poskytování služeb. V této podkapitole komentujeme zejména vybrané odhady podílu klientů potřebujících jednotlivé kategorie služeb.

Tabulka 5 Odhad podílu a počet klientů potřebujících vybrané kategorie služeb v rámci jednotlivých populací

Kategorie služeb	Populace PUD		Vyšší riziko		Nižší riziko	
	Podíl klientů (%)	Počet klientů	Podíl klientů (%)	Počet klientů	Podíl klientů (%)	Počet klientů
Ambulantní služby	40	3380	30	6845	20	1630
Detoxifikace	30	2535	20	4563	1	81
Dlouhodobá péče	20	1690	1	228	0	0
Krizová stabilizace	20	1690	10	2282	1	81
Nízkoprahové služby	70	5915	30	6845	10	815
Následná péče	10	845	10	2282	1	81

Rezidenční služby	20	1690	20	4563	1	81
Substituční léčba	50	4225	0	0	0	0

Podíváme-li se na výsledky v rámci populace problémových uživatelů, tak nás může zaujmout, že počet klientů (5 915) v populaci problémových uživatelů potřebujících služby je nižší, než je celkový počet klientů nízkoprahových služeb za všechny populace dohromady (11 016). Zde může mít vliv více faktorů. Nízkoprahové služby mohou využívat i jedinci z dalších populací. Dále někteří klienti využívají více nízkoprahových služeb, a tak celkový údaj počtu klientů může být nadhodnocený. Dále platí, že klienti mohou navštěvovat více služeb a že v případě dostupnosti dalších služeb, která by naplňovaly potřeby uživatelů, by již nemuseli tolik využívat nízkoprahových služeb. S tezí, že posílení dalších služeb může snížit vytíženost nízkoprahových služeb, jsme se setkali i v rámci kvalitativních rozhovorů. Například nabídnutí nějaké formy ambulantních služeb (včetně multidisciplinárních týmů), jejichž potřebnost experti odhadli až na 40 % populace PUD, by mohlo snížit vytíženost nízkoprahových služeb.

V případě substituční léčby vyplývá z odhadu expertů, že vysoká část populace problémových uživatelů není pokryta službami substituční léčby. Obdobně ukazuje analýza Mravčíka et al. (nedatováno), že dostupnost opiátové substituční léčby v Praze je nízká, kapacita substitučních programů je naplněná a pokrytí uživatelů opioidů substituční léčbou v Praze je nízké (cca 20 %). Toto potvrzuje validitu odhadu expertů.

Odhady expertů, a to zejména v případě populace ve vyšším a nižším riziku, se mohou zdát vysoké, nicméně platí, že v populaci České republiky a potažmo Hlavního města Prahy se objevuje vysoké množství uživatelů v riziku, což potvrzuje celá řada studií viz např. Mravčík et al. (2021), a pokud budeme předpokládat, že část z nich vyhledala jakoukoliv adiktologickou službu, tak získáme relativně vysoká čísla uvedená v tabulce 5. Odhad počtu potenciálních klientů narůstá zejména v případě populace ve vyšším riziku, která je celkově relativně početná. U populace uživatelů ve vyšším riziku, kteří sice neužívají pervitin ani opiody, experti odhadli, že i tito uživatelé by mají potřebu využití nízkoprahových služeb. Nízkoprahové služby mohou v tomto ohledu fungovat jako první místo kontaktu před vyhledáním dalších typů služeb.

Odhad velikosti populace, která potřebuje vybrané typy služeb a odhad mezery v poskytování služeb

Tabulka 6a – 6c ukazuje odhad podílu a počtu klientů potřebujících vybrané typy služeb, které v roce 2021 vyhledali adiktologické služby. Jedná se opět o odhad toho, jaké by služby měly být dostupné, aby naplnily potřeby klientů. Počty klientů za jednotlivé typy není možné sčítat, je třeba využívat každý údaj zvlášť, protože může docházet k překryvu mezi klienty jednotlivých typů. Pro dotazníková šetření platí, že pokud se ptáme nejdříve na obecné kategorie a poté na specifické kategorie, tak budou u specifických kategorií získány vyšší hodnoty. To je způsobeno kognitivními efekty a rozpomínáním respondentů. To je třeba brát v potaz při interpretaci dat. Tyto odhady mají sloužit zejména k ilustraci toho, jak mohou být jednotlivé typy služeb využívány. Není možné zde ani uvádět velikost mezery ve využití služeb, protože data nejsou zpravidla dostupná za jednotlivé typy služeb zvlášť.

Tabulka 6a Rozdíl mezi počtem klientů ve službách a počtem potřebných klientů podle vybraných typů služeb a jednotlivých populací

Kategorie	Typy	Populace PUD		Vyšší riziko		Nižší riziko		Celkový počet
		Podíl klientů	Počet klientů	Podíl klientů	Počet klientů	Podíl klientů	Počet klientů	
Ambulantní služby	Multidisciplinární adiktologické týmy s case managementem	30	2535	20	4563	10	815	7913
	Ambulantní léčba a poradenství	40	3380	30	6845	10	815	11039

Dlouhodobá péče	Domovy pro seniory	20	1690	10	2282	0	0	3972
	Domovy se zvláštním režimem	30	2535	20	4563	0	0	7098

Tabulka 6b Rozdíl mezi počtem klientů ve službách a počtem potřebných klientů podle vybraných typů služeb a jednotlivých populací

Kategorie	Typy	Populace PUD		Vyšší riziko		Nižší riziko		Celkový počet
		Podíl klientů	Počet klientů	Podíl klientů	Počet klientů	Podíl klientů	Počet klientů	
Nízkoprahové služby	Terénní programy pěší	60	5070	40	9595	10	815	15480
	Terénní programy mobilní	50	4225	30	7197	10	815	12236
	Kontaktní centra	50	4225	30	7197	10	815	12236
	Aplikační místnosti	40	3380	10	2399	0	0	5779
Rezidenční služby	Rezidenční služby	30	2535	30	6845	10	815	10194
	Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba							
	Léčba v terapeutické komunitě	30	2535	30	6845	10	815	10194

Tabulka 6c Rozdíl mezi počtem klientů ve službách a počtem potřebných klientů podle vybraných typů služeb a jednotlivých populací

Kategorie	Typy	Populace PUD		Vyšší riziko		Nižší riziko		Celkový počet
		Podíl klientů	Počet klientů	Podíl klientů	Počet klientů	Podíl klientů	Počet klientů	
Substituční léčba	Nízkoprahová substituční léčba	60	5070	0	0	0	0	5070
	Ambulantní substituční léčba	40	3380	0	0	0	0	3380
Další	Psychiatrická péče	60	5070	50	11408	20	1630	18107
	Léčba infekčních onemocnění	50	4225	40	9126	10	815	14166
	Další specializovaná zdravotní péče	60	5070	40	9126	10	815	15011
	Primární zdravotní péče	50	4225	40	9126	10	815	14166
	Chráněné bydlení	30	2535	40	9126	10	815	12476

	Chráněné zaměstnávání	40	3380	30	6845	20	1630	11854
	Odborné sociální poradenství	50	4225	40	9126	20	1630	14981

Výsledný odhad mezery v poskytování služeb

Tabulka 7 ukazuje rozdíl mezi počtem klientů adiktologických služeb a počtem potenciálních klientů v jednotlivých kategoriích. Limitem tohoto odhadu je nedostupnost informací o počtech klientů některých služeb (viz výše). Jedná se zejména o substituční léčbu a detoxifikaci. Nicméně celkovou hodnotu odhadů to zásadním způsobem neovlivní. Vhodným číslem pro srovnání pokrytí v rámci jednotlivých typů služeb je poměr odhadu počtu klientů ve službách vzhledem k odhadu počtu potřebných klientů. Nutno dodat, že odhady se vztahují k období celého roku 2021.

Vzhledem k tomu, že velká část služeb rezidenční léčby, která využívají klienti s pražskou příslušností, je mimo území Hlavního města Prahy, tak do této analýzy nebyly zařazeny. Pro úplnost uvedme, že potenciální počet klientů byl odhadnut na 6 335 klientů.

V oblasti krizové stabilizace a v oblasti dlouhodobé péče nejsou vykazovány žádné služby RVKPP ani magistrátu Hlavního města Prahy a proto je počet klientů, kteří by potřebovali tuto službu rovný počtu potenciálních klientů a poměr počtu klientů ve službách vzhledem k počtu potřebných klientů je roven 0. Počet klientů potřebujících dlouhodobou péči je 1 918 a v případě krizové stabilizace 4 053.

Nepříznivý poměr počtu klientů ve službách vzhledem k počtu potřebných klientů identifikujeme zejména u detoxifikace, substituční léčby a následné léčby. Podíl pokrytých klientů je menší než 20 %. Nejhorší poměr pokrytých potřebných klientů je v případě substituce. Toto nízké pokrytí detoxifikací a substituční léčbou odpovídá zjištěním z kvalitativního výzkumu a v případě substituce i analýza Mravčíka et al. (nedatováno). V případě následné péče se objevuje poměrně velká mezera, která není zcela v souladu se zjištěními pomocí dalších výzkumných metod, kdy její dostupnost byla hodnocena lépe než u

substituce a detoxifikace. Patrně se jedná o efekt relativně vysokého odhadu experty, a to zejména u populace ve vyšším riziku, což patrně vedlo k nadhodnocení tohoto odhadu. Potřeby jednotlivých populací v této oblasti také mohou být pokryty nespecifickými adiktologickými službami (např. azylové domy).

Ambulantní služby také pokrývají cílovou populaci pouze částečně (odhad je 30 %), ale lépe než substituční služby a služby detoxikace, což také odpovídá zjištěním z kvalitativního výzkumu. Velikost výsledné mezery v poskytování služeb je 8 302 klientů.

Nízkoprahové služby pokrývají cílovou populaci relativně nejlépe. Podíl počtu klientů ve službách vzhledem na počtu potřebných klientů je 80 %. Nicméně otázkou je, zda jsou nabízeny vhodné typy služeb a zda nejsou přetížené nebo nerozvinuté některé typy služeb (zejména K-centra) a jejich nedostatek nahrazován dalšími službami (terénní programy).

Tabulka 7 Rozdíl mezi odhadem počtem klientů ve službách a odhadem počtu potřebných klientů podle kategorií služeb

Kategorie služeb	Počet klientů ve službách	Počet potřebných klientů	Poměr počtu klientů ve službách vzhledem k počtu potřebných klientů	Mezera
Dlouhodobá péče	0	1 918	0	-1 918
Krizová stabilizace	0	4 053	0	-4 053
Detoxifikace	434	7 180	0,06	-6 746
Následná péče	281	3 208	0,09	-2 927
Substituční léčba	696	4225	0,16	-3 529
Ambulantní služby	3 552	11 854	0,3	-8 302
Nízkoprahové služby	11 016	13 574	0,81	-2 558

Výsledky kvalitativního výzkumu

Nízkoprahové služby

Z výpovědí respondentů vyplývá, že v současné době se daří pokrýt terénními programy velkou část území Hlavního města Prahy. Ne všechny městské části mají tyto programy přímo nasmlouvané (smlouvy mají Praha 1-14, Praha 22, Běchovice), respondenti z řad poskytovatelů terénních programů nicméně uváděli, že monitorují i městské části, se kterými nemají smlouvu, a v případě potřeby jsou schopni do nich dojíždět. Podle jednoho z respondentů může však monitoring těchto dalších městských částí vytěžovat kapacity programů potřebné pro komplexnější, soustavnější práci s klienty. Více respondentů se pak shodlo, že by bylo vhodné do budoucna navyšovat kapacity existujících terénních programů. Relativně hůře pokryté jsou zejména některé okrajové části Prahy, například Praha 14. Jeden ze zástupců nízkoprahových služeb považoval kapacitu za dostatečnou a uvítal by spíše možnost navýšit platy pracovníkům terénního programu.

Hodnocení potřebnosti mobilních terénních programů (sanitek) ze strany respondentů bylo poznamenáno určitou ambivalencí. Na jedné straně byla jejich činnost hodnocena veskrze pozitivně. Oproti pěším terénním programům umožňují poskytnout klientům větší soukromí a disponují lepším zázemím pro poskytování zdravotního ošetření či testování na infekční onemocnění. Oproti kontaktním centrům pak mají tu výhodu, že umožňují změnit stanoviště v případě, že začnou být příliš exponované, a jednak pro veřejnost, jednak pro příslušníky policie. Na druhé straně vnímali někteří respondenti tyto programy jako typ služby, který není schopen plnohodnotně suplovat kontaktní centra, přesto je někdy jejich činnost vnímána jako doklad zaplnění příslušné mezery v síti služeb. Jak zdůraznil jeden z dotazovaných expertů, jde o programy, které mají své místo, nejsou však samospásné a neměly by odvádět pozornost od akutní potřeby vzniku nových kontaktních center na území Hlavního města Prahy. Podle několika respondentů by dále bylo vhodné umístit na území Hlavního města Prahy non-stop fungující automaty na výměnu jehel a stříkaček.

Celková kapacita kontaktních center na území Hlavního města Praha je podle naprosté většiny dotazovaných respondentů výrazně poddimenzovaná vzhledem k potřebám cílové populace. Jak uvádí vedoucí jednoho z kontaktních center: “Za poslední čtvrtrok máme 90 lidí denně,

máme otevřeno 8 hodin denně, a jsou dny, kdy je těch lidí 140. To není únosný, ani z pohledu personálního...” Možnosti navyšování personální kapacity kontaktních center jsou nicméně limitovány jednak jejich prostorovou kapacitou, kdy služby převážně již nejsou schopny zajišťovat novým pracovníkům adekvátní prostory pro práci, jednak celkovým nedostatkem zájemců z řad adiktologů a sociálních pracovníků o práci v kontaktních centrech.

Z geografického hlediska jsou kontaktní centra na území Hlavního města Prahy koncentrována do dvou městských částí (Praha 5 a Praha 1), což má za následek omezenou místní dostupnost tohoto typu služby pro klienty pohybující se v dalších městských částech s vysokým výskytem problémových uživatelů drog (Praha 8, Praha 9 či Praha 10), ale také negativní reakce ze strany veřejnosti a politických představitelů na zvýšený výskyt uživatelů drog. To se týká zejména Prahy 5, kde na poměrně malé ploše působí dvě kontaktní centra a kromě nich také psychiatrická ambulance, v níž je klientům v rámci substituční léčby předepisován buprenorfin, který však převážně zneužívají k injekční aplikaci. Jak zmínila jedna z respondentek, vzniká tak situace, kdy si klienti mohou na jednom místě opatřovat čisté jehly i samotnou drogu, což vede ke zvýšené viditelnosti užívání ve veřejném prostoru. Potřebu většího prostorového rozptýlení kontaktních center na území Hlavního města Prahy zmiňovali všichni dotazovaní zástupci organizací poskytujících nízkoprahové služby na území Hlavního města Prahy i někteří další respondenti z řad poskytovatelů služeb a protidrogových koordinátorů.

Z hlediska kapacitní i geografické dostupnosti tak vcelku jednoznačně vyplývá, že je třeba rozšířit síť kontaktních center o nová zařízení. Více respondentů uvedlo, že v ideálním případě by mělo být jedno kontaktní centrum v každé městské části nebo alespoň ve všech větších městských částech, uvědomují si ale, že v blízké době není toto řešení reálné. V rámci snah o rovnoměrnější rozložení populace uživatelů na území města by nicméně považovali za vhodné zřídit více menších kontaktních center. Toto rozptylování služeb a populace jejich klientů může nicméně podle jednoho z respondentů vést k obtížnějšímu kontaktování klientů, jeden respondent uvedl, že jej nepovažuje za nutné, koncentrace klientů na jednom místě podle něj představuje větší problém pro politické představitele než pro samotnou veřejnost a dá se mu předejít zejména výběrem vhodného objektu. Mezi vhodnými kandidáty na umístění nových kontaktních center byly uváděny Praha 8, Praha 9, Praha 10, Praha 4 či Praha 11, část

respondentů nepovažovala konkrétní umístění za zvláště důležité a zdůrazňovali pouze potřebu celkového navýšení kapacity a počtu zařízení.

Aplikační místnosti považovala většina respondentů za potenciálně užitečný nástroj snižování škod spojených s užíváním návykových látek, převážně ale nevníkali zvláště akutní potřebu zřizovat tyto služby na území Hlavního města Prahy (případně se s ohledem na legislativní a další překážky případného zřizování touto potřebou významněji nezaobírali). Tento postoj vyplývá i ze skutečnosti, že mezi problémovými uživateli drog není v současnosti významně rozšířeno užívání mimořádně rizikových látek typu fentanylu a počet smrtelných předávkování spojených s užíváním nelegálních drog se pohybuje v pouhých desítkách ročně (Mravčík et al., 2022, 16). Podle jedné respondentky by nicméně právě aplikační místnosti mohly významně přispět ke snížení viditelnosti aktivních uživatelů drog ve veřejném prostoru, mohly by být zřízeny například v prostorách metra.

Ambulantní služby

Dostupnost ambulantních adiktologických služeb na území Hlavního města Prahy respondenti převážně hodnotili jako nedostatečnou vzhledem k potřebám cílové populace. Je podle nich třeba celkově rozšířit kapacitu těchto zařízení a rovněž posílit konkrétní typy ambulantních služeb. Více respondentů zmínilo potřebu zřízení více stacionárních programů, a to zejména pro klienty z řad dětí a dorostu, kteří zpravidla vyžadují intenzivnější péči, stacionář pro tuto cílovou skupinu přitom v současné době na území Hlavního města Prahy schází. Chybí také adiktologické ambulance schopné zajišťovat psychiatrickou péči klientům s duálními diagnózami.

Z geografického hlediska byla kritizována koncentrace ambulantních služeb v centru města, zatímco schází v okrajovějších částech Hlavního města Praha, například na Černém mostě nebo Chodově.

Multidisciplinární týmy s intenzivním case managementu a podobné služby nabízející práci s klienty v jejich přirozeném prostředí umožňují podle respondentů poskytovat ambulantní léčbu "náročnějším" klientům, kteří vyžadují rozsáhlejší asistenci v sociální oblasti, zejména pak klientům s duálními diagnózami. Podle jednoho z respondentů by ideálně všechny

ambulantní adiktologické služby měly být schopny poskytovat ambulantní léčby touto formou.

Jeden zajímavý postřeh se týkal nejednotnosti označování ambulantních služeb (ambulance, poradny, centra apod.) - pro klienty je například ve srovnání s kontaktními centry obtížnější zorientovat se v tom, kterých všech služeb mohou využít a co tyto služby poskytují.

Substituční léčba

Dostupnost substituční léčby byla respondenty hodnocena jako relativně nedostatečná až výrazně poddimenzovaná. Zařízení poskytující substituční léčbu jsou podobně jako kontaktní centra spojována se shlukováním aktivních uživatelů drog v jejich blízkém okolí, i s ohledem na to by podle respondentů měla být v ideálním případě síť služeb rozšířena o více menších zařízení poskytujících substituční léčbu. Podle jednoho z respondentů by aktuální potřeby uživatelů opioidů na území Hlavního města Prahy mohlo pokrýt cca 20 menších zařízení, ideálně rozmístěných v širším centru města (Praha 1 až Praha 15).

Více respondentů by uvítalo dvouúrovňový systém, ve kterém by vedle standardně poskytované ambulantní substituční léčby figurovala i její nízkoprahová forma, ať už v podobě kamenné služby či mobilního zařízení. Tato nízkoprahová zařízení by nebyla schopna zajistit terapeutické intervence, které standardně doplňují farmakoterapeutickou složku substituční léčby, mohla by však být schopna zasáhnout větší část cílové populace a zajišťovat alespoň v omezené míře nějakou sociální práci. Více respondentů navrhovalo, aby substituční léčba byla poskytována v rámci větších zdravotnických zařízení, což by zajistilo dostupnost lékařských specialistů a menší viditelnost klientů ve veřejném prostoru, případně i v lékárnách.

Bez ohledu na formu substituční léčby považovala část respondentů za důležité zohledňovat problém v podobě zneužívání substitučních přípravků k injekční aplikaci a jejich přeprodávání na černém trhu. K těmto jevům podle několika respondentů přispívá činnost některých zdravotnických zařízení, v rámci nichž je poskytována ambulantní substituční léčba, ovšem bez poskytování dalších, doprovodných intervencí, de facto pouze v podobě předepisování substitučních přípravků lékařskými specialisty. V rámci této praxe je podle nich podávání substitučních přípravků vnímáno především jako příležitost vykazovat příslušné zdravotnické výkony a nechávat si je proplácet od zdravotních pojišťoven. Mělo by proto být nějakým

způsobem regulováno ze strany zařízení a v ideálním případě by nemělo být vázáno na vykazování výkonů zdravotním pojišťovnam.

Zneužívání substitučních přípravků by dále pomohlo omezit nahrazování Subutexu Suboxonem. Subutex obsahuje pouze účinnou látkou buprenorfin, která v současnosti představuje mezi užiteli na území Hlavního města Prahy nejrozšířenější užívaný opioid. Suboxone obsahuje kromě něj také látku Naloxon, která se při injekční aplikaci velmi rychle vstřebává a u osob závislých na opioidech způsobuje nepříjemné abstinenční příznaky.

Část respondentů na druhé straně argumentovala, že v situaci celkově nízké dostupnosti substituční léčby je třeba hodnotit pozitivně možnost získávat buprenorfin i výše uvedenou cestou, jakož i v podobě Subutexu. Lékaři předepisovaný buprenorfin je látkou, jejíž injekční užívání s sebou nese poměrně nízká rizika ve srovnání s užíváním jiných látek (například fentanylem) a přínosy, které přináší jakékoli zvýšení jeho dostupnosti, nad těmito riziky jednoznačně převažují.

Služby krizové stabilizace

Podle většiny respondentů je potřebná nějaká forma krizové stabilizace pro osoby se závislostním chováním v krizových situacích. Spíše, než jako sociální službu by si ji představovali jako součást zdravotnického zařízení, kde by bylo možné poskytnout dostatečnou odbornou pomoc zejména s překonáváním abstinčního syndromu. Podle jednoho respondenta by to mělo být “něco jako záchytka, detox a interna dohromady”. Další respondent uváděl, že by krizová stabilizace měla fungovat v rámci větší nemocnice, alespoň jedna na území Hlavního města Prahy. Část osob v krizové situaci, která v takové míře nevyžaduje odborné lékařské zásahy (například nemají abstinční syndrom), může podle více respondentů využívat krizové centrum RIAPS. Podle jednoho respondenta by krizovou stabilizaci mohly v nějaké míře zajišťovat týdenní stacionáře.

Detoxifikace

Detoxifikace je tematizována všemi informanty. Jako problém je vnímaná malá časová dostupnost tohoto druhu služeb, tj. dlouhé čekací doby v řádu týdnů až měsíců, což je z hlediska léčby nevyhovující. Informanty je preferován detox spíše v jednom zařízení s navazující další léčbou tak, aby “do toho klienti ještě více nespadli”. Informanti uvádí také existenci ambulantního detoxu, ale nemají s ním příliš zkušenosti. Někteří informanti navrhnou zřízení detoxů například ve Stodůlkách nebo na Zličíně. Podle jednoho z informantů existuje v oblasti detoxifikace řada překážek, včetně omezené kapacity, dlouhé čekací doby, problémů v komunikaci se zdravotnickými zařízeními. Problém je tam, kde má klient psa. Informant doporučuje svým klientům zejména Červený dvůr. Další informant uvádí vyjádření k: “ambulantnímu detoxu” (CADAS) ve smyslu “když tam zkusili umístit klienty, bylo jim řečeno, že to vlastně nedělají.” Informanti rovněž zmiňují dětský detox, který existuje, ale neexistují dle jejich vyjádření “návazné služby”. Jeden z informantů navrhl zvýšení kapacity detoxu o 50 % a rovněž uvedl, že je jedno, kde by byl (případný další) detox umístěn.

Rezidenční léčba

Rezidenční služby zajišťují v Praze zejména Klinika adiktologie (Apolinář) a také Psychiatrická nemocnice Bohnice. Potřeby rezidenční léčby jsou také doplňovány řadou komunit a léčeben mimo území Hlavního města Prahy. Rezidenční léčba tak je také vnímána zejména jako otázka

celorepublikové sítě služeb. Klienti totiž do rezidenčních služeb mohou snadněji dojet než například v případě nízkoprahových služeb. Pro dospělé existuje také nabídka nestátních, soukromých center. Zde je jako problém popisována jejich cena, kterou si značná část pacientů nemůže dovolit.

Jako zásadní problém není vnímán ani počet lůžek, ale neexistence stacionářů, které spadají v našem dělení pod ambulantní služby, které by byli dispozici cílové skupině. Na tento fakt upozorňuje jeden z respondentů následovně: “Nejde o to, aby byli další lůžka, vy tu nemáte stacionáře, To je problém, že je poskytovaná péče stejně dlouhá s velmi podobnými programy.”

Problém je také malá dostupnost služeb pro děti. Jeden z respondentů uvádí: “Dokáží si představit jedno zařízení 20 – 30 míst ve stylu komunity/ústavní léčby, ideálně v rámci kliniky adiktologie”.

Zmiňován je také problém dlouhých čekacích dob na tento typ služeb, což dokládá následující citace: “Čeká se dlouho”. Na druhou stranu někteří informanti považují dostupnost služeb za dostatečnou, zajištěnou pro uživatele z hlavního města Prahy. Jeden informant navrhl: “nenavyšovat kapacitu stávajících zařízení, ale zřídit zařízení nové”. Někteří informanti se k tématu rezidenční služeb nevyjádřili.

Služby následné péče

Služby následné péče jsou všeobecně považovány za velmi důležité, nicméně ne vždy dostupné. Z hlediska hodnocení jednotlivými respondenty není tato kategorie služeb vždy dostupná, nicméně ve srovnání s jinými typy služeb jako detoxifikace nebo substituce je situace patrně lepší. Zdůrazňována je zejména důležitost bydlení.

Dostupnost služby, respektive možnost službu vůbec nabídnout zvyšuje fakt, že poskytovatel jiných typů služby nabízí i služby následné péče. V některých případech dává podle dotázaných smysl, aby následná péče byla realizována mimo území hlavního města. To dokumentuje například následující úryvek: “Následná péče, tam je to daný našim barákem a dvěma službami, které tu máme, já si myslím, že jestli následnou péči, tak vlastně lidé závislí na alkoholu nechodí, tak možná Červený dvůr, možná o pár bytů nebo lůžek, máme na Praze 3 a

Praze 9, ale asi to nebude nějak široký, může to suplovat tu “paliativní péči”, ty domovy se zvláštním režimem, máme tam duálky, více doléčovacích služeb”.

Z rozhovoru vyplývá, že pro některé skupiny péče není dostupná, například pro závislé na alkoholu, jiný rozhovor však uvádí, že je třeba vzít do úvahy také péči některých svépomocných skupin, jakými jsou například Anonymní alkoholici. Hodnocení jednoho z informantů bylo následující: “Každopádně poddimenzovaná síť, u ambulantní i pobytové formy”. Další informant dodává: “Následná péče – k udržení v léčbě výrazně přispívá zajištění bydlení (pobytová forma), pokud dochází klienti do ambulance, záleží na sociálním zázemí klienta, tam pak hraje důležitou roli zajištění case managementu”. Respondenti zdůrazňují zejména důležitost následné péče s bydlením.

Z hlediska kapacity a geografické dostupnosti jednoznačně vyplývá potřeba navýšit kapacitu služeb, respektive tyto služby podpořit tak, aby byl možný jejich provoz, případně jejich vznik. Podle informantů také chybí tento typ služeb pro závislé na alkoholu.

Služby dlouhodobé péče

Důležitost služeb dlouhodobé péče je vnímána většinou respondentů, kteří se k situaci nějak vyjádřili. Připomínali v tomto ohledu stárnutí rizikové populace. Nicméně většina respondentů se necítila být kvalifikována k tomu blíže popsat, jak by tyto služby měly vypadat, ač s potřebou zřízení minimálně jednoho zařízení souhlasili. Jeden informant uvedl, že existuje Přístav Armády Spásy, informant ze služeb však uvádí, že: “nemá zkušenost s umístováním jejich klientů, ale teoreticky by neměl mít problém, každopádně by mělo takových zařízení být víc a měla by být individuální práce se stárnoucími uživateli (case management)”. Respondent dále také uvádí, jak by měla služba vypadat – nízký práh, bezbariérovost, zdravotní péče včetně psychiatrické, zajištění základních potřeb a zázemí (prostě “mírně specializovanější pro seniory”). Další úryvek rozvádí toto téma: “Dlouhodobá péče, má být tam kde je to příjemné, já si myslím, že by to musela být jako terapeutická komunita, musí to být živý program, malý počet lidí s možností práce, přirozeného programu, lepší klienti se starají o horší ii starost o zvířata, někde kde to bude přívětí. Více malých zařízení , populace opravdu stárne, je potřeba je stahovat z ulic”. Jeden z informantů poskytl krátký komentář k této problematice: “Dlouho se to řeší problém, ale nezdá se, že by se tím někdo intenzivněji zabýval.” Z výše uvedeného

vyplývá, že je toto je jednou z důležitých otázek plánování sítě adiktologických služeb na území Hlavního města Prahy.

Související služby, intervence a formy péče

Panuje shoda, že návaznost adiktologických služeb a služeb sociálních, respektive služeb v oblasti trhu práce je nutná, ne vždy jsou však tyto služby dostupné. Nejčastěji zmiňovanou cílovou skupinou jsou osoby bez přístřeší. Další informant sděluje: “Chybí větší možnosti pro startovací bydlení, spolupráce s potravinovou bankou a zajišťování pracovních míst.” Otázka bydlení byla zmiňována více informanty, stejně jako otázka pracovního uplatnění s tím, že důležitou skupinou jsou zde klienti aktuálně užívající návykové látky.

Celou problematiku vystihuje také jeden z informantů, který uvádí: “Mokré domy to je další, bydlení a práce, first housing, služby na pomezí, zintenzivnit doprovázení, hostely, spolupráce s bezdomoveckými službami, podpora v těch adiktologických věcech, jak jsou v zajetí bezmoci co se týče závislosti klientů, pak je to práce pro klienty, těch pracovních programů je minimum, práce pro aktuální uživatele”.

Koordinace a spolupráce

Jeden informant shrnuje koordinaci služeb následovně “Z hlediska porovnání s ostatními kraji jde o velice dobrou koordinaci. Z hlediska potřeb o nedostatečnou.” Další informanti uvádí, že situace se mění podle osoby, která aktuálně pozici koordinátora na úrovni Hlavního města Prahy vykonává. Současnou situaci hodnotí respondentu jak kladně: “koordinátor je akční” nebo “má znalosti, které koordinátor mít má”, tak se objevují i hodnocení typu: “něco se otevírá, my (koordinátoři MČ) si to musíme říct sami a nikdo nás neinformuje”, “pozice je náročná, nyní je politicky složitá doba”. Další informant uvádí: “Koordinátora stojí vždy mnoho sil prosazení jakéhokoli záměru nebo změny.”

Informanti z řad zástupů MČ také v některých výpovědích uvádí “spádovost” jednotlivých typů služeb. V tomto zmiňují někteří koordinátoři, že v některých městských částech nejsou zásadní problémy a témata se jich spíše netýkají. Jedná se zejména o okrajovější části Prahy. Nicméně z rozhovorů s pracovníky adiktologických vyplývá, že klienti budou dojíždět do centra

města. Významné je také konstatování, že podle evidence několika městských částí služby nevyžívají klienti, kteří jsou občané těchto městských částí.

Z tohoto pohledu je významné také další téma, a to, že někteří koordinátoři negují vyjadřování, respektive se nevyjadřují k situaci jiných městských částí, kdy vidí konkrétní situaci jako práci kolegů z těchto městských částí, do které nechtějí zasahovat.

Dalším tématem je spolupráce s policií (PČR, MP), kdy někteří informanti uvádí, že se jim spolupracuje velmi dobře, jiní naopak uvádí, že se jim dobře nespolupracuje, vzhledem k žádostem o informace o jejich klientech. Jeden informant uvádí “teď je takové příměří”, kteří informanti tematizují rozdíly mezi republikovou a městskou policií. Na druhou stranu se objevují také velmi pozitivní hodnocení typu “současný zástupce policie v komisi je osvětlený policista”.

Samostatným tématem je spolupráce se zdravotnickými zařízeními. Tato spolupráce je zejména ze strany poskytovatelů hodnocena spíše negativně, což dokládá například výrok: “bez doprovodu nám klienty vůbec nevezmou”. Jeden z respondentů také zmiňuje, že toto téma vnímá jako v gesci koordinace a to zejména na úrovni magistrátní či státní. Výrazně je zmiňována nedostatečná dostupnost psychiatrické péče s tím, že situace je ještě výrazně horší u dětské psychiatrické péče.

Další témata

Jedním ze zásadních témat jsou také adiktologické a další služby pro cílovou skupinu dětí a dospívajících. Toto téma bylo přítomné v rámci odpovědí jak u některých poskytovatelů služeb, tak se zmíněno ze strany koordinátorů. V rámci rozhovorů byl zmíněn jak nárůst této cílové skupiny v důsledku pandemie COVID-19, ale také zvýšené problémy na úrovni některých škol.

Znepokojivý je také podle jednoho informanta nárůst v oblasti sebevražedného chování, což je téma, které ostatní informanti nezmiňují. Téma dětské a dorostové adiktologie bylo tematizováno také zástupcem služeb, kdy problémy spatřuje v nárůstu užívání psychoaktivních léků na předpis, úniky mladých a dospívajících do virtuálního světa. Stejně jako další informant zmiňuje suicidální tendence. Tematizovaným problémem je rovněž dle

výpovědi informanta dlouhá čekací doba na služby a nedostupnost služeb v některých částech Prahy, například na Černém mostě, Chodově, ale také Butovice nebo Stodůlky, naopak nutnost služeb v jižní části hlavního města neguje. Celkově nejsou služby pro děti, což potvrzuje také další informantka, která uvádí, že: “sehnat dětského psychiatra je velmi obtížné” a potvrzuje také další informantka, která dodává, že: “v Praze je asi 290 psychiatrů, z toho jen 10 se věnuje klientele se závislostmi...”

Z hlediska dostupnosti všech typů a forem služeb je péče o děti a dospívající považována za nedostatečnou. Panuje celková shoda na trendech (pokud je daná oblast tematizovaná), stejně jako na nedostupnosti, respektive nízké typové, ale také časové dostupnosti služeb pro tuto cílovou skupinu. Pozornost je nutné věnovat také dostupnosti dorostové adiktologické péče.

Objem finančních prostředků, které je na jednotlivých MČ k dispozici pro preventivní aktivity, je relativně nízký v porovnání dalšími aktivitami MČ. Další významným tématem je stárnoucí populace uživatelů nelegálních návykových látek, ale také například závislost u seniorů v oblasti alkoholu, což bylo zmíněno jedním z informantů. Špatný je také podle výpovědí zdravotní stav uživatelů. Nedostatečná je síť zdravotnických služeb.

Zvyšuje se počet klientů s duální diagnózou, kteří nejsou v péči specialisty a ani z kapacitních důvodů být nemohou. Z hlediska financování je podle některých informantů systém na MČ roztržitý a není proto možné udržovat kontinuity služeb a zavádění služeb nových. Prostředky pro realizaci jsou na úrovni městské části často nízké, jiné agendy mají výrazně více prostředků.

Zmíněna byla také nižší dostupnost zejména nízkoprahových služeb pro ženy a zvláště uživatele drog z LGBTQ komunity, kteří mají v rámci drogových scén poměrně marginalizované postavení a mají zábrany navštěvovat standardní adiktologické služby.

Srovnání poznatků Mravčík a kol. (únor 2022) a provedených rozhovorů (Petruželka a kol. duben 2022)

Mravčík a kol. (únor 2022)	Provedené šetření Petruželka a kol. (duben 2022) – část rozhovory
<p>Praha je specifická vysokým výskytem tzv. problémového užívání drog (PUD), tj. dlouhodobého pravidelného užívání opioidů a pervitinu vč. injekčního užívání drog. Aktuálně je v Praze odhadováno 13 tis. osob, z toho se jedná o 5,5 tis. uživatelů pervitinu a tis. uživatelů opioidů (z toho 2 300 uživatelů heroinu, 4 800 buprenorfinu a 500 jiných opioidů). Na území Prahy se tedy odhaduje cca 30 % z celkového počtu PUD v ČR, výskyt PUD (relativně na počet obyvatel) je v Praze 2-3násobný ve srovnání s průměrem ČR. V Praze je koncentrováno zejména užívání opioidů, aktuálně je v Praze odhadováno 68 % celkového počtu uživatelů opioidů v ČR.</p> <p>Průměrný věk PUD v Praze je cca 37 let (muži 38, ženy 36 let), dochází ke stárnutí populace PUD, což se projevuje i v oblasti (somatické) komorbidity a ve zvýšené potřebě zdravotní péče u klientů adiktologických služeb.</p>	<p>Téma rozsahu populace bylo součástí expertního odhadu. Názory na početnost uživatelů se mezi informanty liší. Někteří informanti uvádí pouze údaje za svou městskou část, případně službu.</p> <p>Stárnutí populace uživatelů je často zmiňováno. Jsou zmiňovány odlišné potřeby této cílové skupiny. To klade nároky na dostupnost zdravotních a sociálních služeb. Zmiňováno je rovněž téma komorbidit a malá dostupnost některých sociálních služeb, ať již inovativních například mokrých domů, aplikační místnost, ale také standardních, jakými jsou například domovy se zvláštním režimem.</p>
<p>Praha je specifická vysokým výskytem tzv. problémového užívání drog (PUD), tj. dlouhodobého pravidelného užívání opioidů a pervitinu vč. injekčního užívání drog. Aktuálně je v Praze odhadováno 13 tis. osob, z toho se jedná o 5,5 tis. uživatelů pervitinu a bariéru údravy a sociální reintegrace a bez externí pomoci představuje pro většinu zadlužených obtížně řešitelnou situaci.</p>	<p>Téma zadlužení nebylo respondenty uváděno, nedostupnost sociálních služeb byla zmiňována. Byla zmiňována otázka kriminality i geografické aspekty užívání. Bylo rovněž zmiňováno, že někteří klienti se musí za službu vydat mimo území hlavního města Prahy pro zajištění větší časové dostupnosti.</p>
<p>Nestabilní ubytování nebo bezdomovectví uvádí polovina až dvě třetiny uživatelů, cca polovina má nestabilní nebo nelegální příjem. Dluhy uvádí cca 80 % klientů nízkoprahových programů, nejčastější výše zadlužení je kolem 200 tis. Kč. Zadluženost představuje pro významnou část uživatelů zásadní</p>	<p>Bezdomovectví bylo široce diskutováno jak zástupci MČ, tak i poskytovateli služeb. Byla zmiňována nutnost spolupráce adiktologických a služeb a sociálních služeb pro osoby bez přístřeší.</p>
<p>Dostupnost zdravotní péče pro uživatele drog v Praze je nedostatečná. Zejména se jedná o péči chirurgickou, stomatologickou, gynekologickou a dermatovenerologickou. Dostupnost psychiatrické péče o klienty s duální diagnózou je rovněž nedostatečná. V poslední době roste spolupráce</p>	<p>Problém nedostupnosti zdravotní péče, včetně psychiatrické péče byl široce diskutován. Problém je také u dětské psychiatrie, která je velmi málo dostupná.</p>

<p>adiktologických programů a dalších klinických pracovišť, např. v oblasti léčby VHC.</p>	
<p>Dlouhodobě je sledován trend zhoršování zdravotního stavu uživatelů drog, což je mj. důsledkem jejich stárnutí. To zvyšuje potřebu služeb a zvyšuje nároky na adiktologické služby, které na to reagují mj. rozvojem programů case managementu, rozšiřují péči o duální diagnózy, možnosti farmakoterapie, návštěvní služby u klientů v jejich bydlišti apod. Jejich podpora a kapacita je omezená, k rozvoji těchto služeb došlo v průběhu epidemie COVID-19 a nelze je dosud považovat za standardní zavedené služby.</p>	<p>Problém nedostupnosti zdravotní péče, včetně psychiatrické péče byl široce diskutovaný. Problém je také u dětské psychiatrie, která je velmi málo dostupná. Často je třeba klienty do zdravotnických služeb doprovázet.</p>
<p>Průměrný věk PUD v Praze je cca 37 let (muži 38, ženy 36 let), dochází ke stárnutí populace PUD, což se projevuje i v oblasti (somatické) komorbidity a ve zvýšené potřebě zdravotní péče u klientů adiktologických služeb.</p>	<p>Rostoucí věk i počet starších uživatelů je široce diskutován informanty, a to jak zástupci MČ, tak i poskytovatelů služeb.</p>
<p>V Praze se nachází významný podíl PUD s trvalým bydlištěm mimo Prahu. Odhadem až přes 40 % lidí užívajících drogy v Praze je z jiných krajů ČR nebo ze zahraničí. Nejpočetnější etnickou skupinou v kontaktu s adiktologickými službami v Praze jsou Romové. SANANIM nabízí terénní program orientovaný na specifické skupiny klientů, jako jsou cizinci (zejména rusky hovořící).</p>	<p>Téma je často zmiňováno zástupci MČ, kteří potvrzují že pouze malé procento uživatelů pochází z jejich městské části.</p>
<p>Klienti musí v přístupu ke zdravotní péči překonávat řadu bariér, setkávají se stigmatizací a diskriminací. Hlavními faktory bránícími přístupu ke zdravotní péči jsou potíže s nástupem do léčby kvůli dalším povinnostem (děti, rodina, práce a další), předchozí špatné zkušenosti s léčbou, strach a obavy z léčby, z přístupu zdravotnického personálu, finanční potíže a formální bariéry (dluhy na zdravotním pojištění, problémy se zákonem), obavy z toho, že vstup do léčby bude příliš složitý a obtížný a nedůvěra v to, že léčba zlepší jejich situaci.</p>	<p>Téma obtížné dostupnosti zdravotní péče je široce diskutováno. Klienty je nutné do zdravotnických zařízení doprovázet, aby jim byla zajištěna péče. Je velký nedostatek psychiatrů, velmi málo psychiatrů se zabývá cílovou skupinou uživatelů návykových látek.</p>
<p>Míra kriminality spojené s drogami v Praze v posledních letech klesá, výrazně ubylo krádeží jízdních kol, mobilních telefonů, navigací, mírně se snížilo vloupání do vozidel. Ubývá také kapesních krádeží v MHD, postupem času mírně ubývá krádeží zboží v obchodech a následné přepravování zboží, klesá také výskyt loupežných přepadení a násilného vyřizování dluhů a sporů mezi závislými navzájem. K uklidnění situace přispěla pravděpodobně také epidemie COVID-19.</p>	<p>Kriminalita zmiňována zejména zástupci MČ. Změna nastala v návaznosti na pandemii COVID-19.</p>
<p>V Praze existují již od 90. let otevřené drogové scénou se souvisejícími problémy. Problémy se týkají především bezprostředního centra Prahy, ale také jiných městských částí, především Prahy 2 a 5. Dlouhodobě je exponovaná zejména oblast v centru Prahy v jeho okolí Hlavního nádraží, na Václavském a Karlově náměstí, ve Vrchlického sadech, ale také na Smíchově kolem křižovatky</p>	<p>Informanti uvádí přesun drogové scény z Prahy 1 na Prahu 5, stále jsou ale problémové některé lokality například na Praze 8, ačkoliv například Palmovka se vzhledem k probíhající výstavbě "zlepšuje". Scéna se vyskytuje rovněž na I.P.</p>

<p>U Anděla nebo v okolí autobusového nádraží Na Knížecí. Městské části mimo centrum jsou otevřenými drogovými scénami zatíženy méně, i když užívání drog a klienti kontaktních programů se tam vyskytují. V posledních letech eskalovala situace zejména v Praze 5.</p>	<p>Pavlova a na Florenci. Zásadní je vnímání přesunu z Prahy 1 na Prahu 5 ke křižovatce Anděl.</p>
<p>Síť adiktologických služeb v Praze je nerovnoměrná a u některých typů služeb značně nedostatečná. Vytížena je zejména kapacita kontaktních center (pouze 3 v celé Praze), kontaktní centrum je dostupné pouze ve 2 městských částech. Pražská kontaktní centra jsou v ČR výjimečně vysokým počtem a průtokem klientů, jejich kapacita je vzhledem k průměru ČR značně podhodnocená</p>	<p>Nerovnoměrnost sítě je široce potvrzována, a to jak zástupci MČ, tak i poskytovateli služeb. Chybí služby v okrajových rezidenčních částech Prahy, jakými jsou například Černý most nebo Chodov.</p>
<p>Celkem 3 terénní programy suplují nedostatek nízkoprahových služeb v jiných městských částech. V květnu 2021 byly do provozu uvedeny dva nové mobilní ošetřovací vozy organizací SANANIM a Drop In, které budou využívány v různých městských částech a centrální části města, kde budou nabízet služby terénních programů jako např. testování infekčních chorob a zdravotní ošetření. Aplikační místnosti nejsou dostupné v Praze ani jinde v ČR, i když situace v Praze je podle evropských měřítek pro zavedení aplikační(ch) místnosti(i) nanejvýš vhodná.</p>	<p>Některé služby v Praze výrazně chybí, chybí také návaznost adiktologických, sociálních a zdravotních služeb. Problémem jsou dlouhé čekací doby například na detox. Část klientů musí čerpat služby. Byla zmíněna nutnost určité koordinace služeb se Středočeským krajem.</p>
<p>Dostupnost opiatové substituční léčby v Praze je nízká, kapacita substitučních programů je naplněná, pokrytí uživatelů opioidů substituční léčbou v Praze je nízké (cca 20 %). V Praze chybí kapacity substituční léčby pro cca 3 tis. klientů. Stávající pražské substituční programy jsou kapacitně vyčerpané, čekací doba pro zařazení do programu dlouhá. Je nanejvýš vhodné rozšíření kapacit stávajících substitučních center či založení nového centra.</p> <p>Nízká dostupnost substituční léčby a nízká finanční dostupnost (buprenorfinové preparáty si většina klientů hradí sama) je jedním z hlavních faktorů, který udržuje černý trh s těmito preparáty v Praze.</p>	<p>Někteří zástupci služeb tematizovali nízké dávky substituce. Největším poskytovatelem substituční léčby je lékař na Praze 5.</p>
<p>Dostupnost ambulantních programů v Praze je z dostupných dat obtížné hodnotit vzhledem k různorodé nabídce programů různých typů zaměřených na různé cílové skupiny, jejich dostupnost je však problematická vzhledem k dlouhým čekacím lhůtám k objednání. Přetíženost služeb vygradovala zejména za epidemie COVID-19.</p>	<p>Dostupnost ambulantních služeb je problematická, existují dlouhé čekací doby.</p>
<p>V posledních letech (také vlivem epidemie COVID-19) dochází k rozvoji programů case managementu s intenzivní strukturovanou podporou klientů v oblasti duševního zdraví a tíživé sociální situace. Vzhledem ke stárnutí uživatelů, zhoršení jejich duševního zdraví a sociální situaci vlivem epidemie COVID-19 je však nabídka této intenzivní formy práce s klienty nedostatečná.</p>	<p>Case management je vítanou, nikoliv však široce dostupnou službou.</p>
<p>Dochází rovněž k rozvoji nízkoprahové ambulantní péče včetně farmakologické péče o klienty s obtížným přístupem ke standardním zdravotním a sociálním</p>	<p>Toto téma nebylo aktéry diskutováno.</p>

<p>službám. Tato forma léčby je však také ve stadiu počátečního rozvoje s nestabilní podporou</p>	
<p>Na druhou stranu epidemie COVID-19 vedla k rozvoji on-line intervencí, zvýšenou spoluprací s jinými zdravotními a sociálními službami, zintenzivněním case managementu, poskytováním konzultací psychiatra, substituční léčby a další farmakoterapií duálních poruch v „kovidáriích“, zavedením nadstandardního potravinového servisu apod.</p>	<p>On-line intervence diskutovány pouze ojediněle, zmiňovány například výhody WhatsApp skupiny pro bezpečnou komunikaci mezi zařízením a klientem.</p>

Shrnutí výsledků pro sledované kategorie služeb a doporučení pro další rozvoj sítě služeb

V této části integrujeme výsledky kvantitativní a kvalitativní části analýzy. Pro přehlednost znovu zařazujeme tabulku s údaji o mezerách v pokrytí potřeb jednotlivými kategoriemi služeb, které jsou dále interpretovány s využitím výsledků kvalitativního šetření.

Tabulka 7 Rozdíl mezi odhadem počtem klientů ve službách a odhadem počtu potřebných klientů podle kategorií služeb

Kategorie služeb	Počet klientů ve službách	Počet potřebných klientů	Poměr počtu klientů ve službách vzhledem k počtu potřebných klientů	Mezera
Dlouhodobá péče	0	1 918	0	-1 918
Krizová stabilizace	0	4 053	0	-4 053
Detoxifikace	434	7 180	0,06	-6 746
Následná péče	281	3 208	0,09	-2 927
Substituční léčba	696	4225	0,16	-3 529
Ambulantní služby	3 552	11 854	0,3	-8 302
Nízkoprahové služby	11 016	13 574	0,81	-2 558

Nízkoprahové služby

Na základě dotazníkového šetření byla odhadnuta mezera v poskytování nízkoprahových služeb **-2 558 osob**, což znamená cca **19 %** celkové populace vyhledávající služby s nenaplněnou potřebou využití služeb v této kategorii. Potřebu využití nízkoprahových služeb předpokládali respondenti v souladu s očekáváními zejména u cílové populace problémových uživatelů pervitinu a opioidů (70 %), v menší míře také u rizikových uživatelů alkoholu, konopí a psychoaktivních léků a problémových hráčů v oblasti vyššího rizika (30 %).

Vhodná forma rozšíření sítě nízkoprahových služeb vyplynula z kvalitativní části výzkumu – za prioritu bylo v drtivé většině považováno navýšení kapacit služeb typu kontaktních center, přičemž s ohledem na limitované prostorové kapacity stávajících zařízení by toto navýšení mělo mít podobu zřízení zcela nových kontaktních center. **Prostor pro navýšení kapacity byl v nějakém rozsahu konstatován také u terénních programů**, byl nicméně vnímán jako relativně méně potřebný než navýšení kapacity kontaktních center, někteří respondenti považovali dokonce aktuální kapacitu terénních programů za dostatečnou. Více respondentů se shodlo, že **je do budoucna potřeba lépe pokrývat okrajové části Hlavního města Prahy**. Terénním programům by dále podle několika respondentů mohlo ulehčit **zřízení alespoň jednoho non-stop fungujícího automatu na výměnu jehel a stříkaček na území Hlavního města Prahy**.

V rámci odhadování potřebné kapacity kontaktních center jsme nejdříve spočítali, kolik v r. 2020 připadalo na jeden průměrný přepočtený pracovní úvazek v přímé práci (dále jen “úvazek v přímé práci”). Vyšli jsme přitom z údajů o počtu klientů a personální kapacitě vykázaných službami za r. 2020.

$$\frac{6\,000 \text{ klientů}}{32,5 \text{ úvazků}} = 259 \text{ klientů na 1 úvazek}$$

Tento údaj jsme pak porovnávali s výše uvedeným odhadem počtu osob s nepokrytou potřebou využití kontaktních center (-2 558 osob).

$$\frac{2\,558 \text{ osob}}{259 \text{ klientů na 1 úvazek}} = 9,9 \text{ úvazků} = \text{cca } 10 \text{ úvazků}$$

Odhad potřebného navýšení personální kapacity o cca 10 úvazků se blíží aktuální průměrné hodnotě počtu úvazků v přímé práci v kontaktních centrech na území Hlavního města Prahy (10,9 úvazků na 1 zařízení), potřebné navýšení kapacity by tak mohlo odpovídat zřízení jednoho velkého kontaktního centra s personální kapacitou cca 10 úvazků v přímé práci.

Z výsledků kvalitativní části výzkumu nicméně vyplynula preference zřízení více menších kontaktních center, rovnoměrněji rozložených na území Hlavního města Prahy. Vyjdeme-li z představy jednoho z respondentů o kontaktních centrech disponujících 3 až 6 úvazky v přímé práci, schopných obsloužit 30 až 40 klientů, odpovídalo by potřebnému navýšení kapacity

zřízení dvou až tří takovýchto menších zařízení o kapacitě 3 až 6 úvazků v přímé práci. V zájmu zajištění lepší místní dostupnosti a minimalizaci rizik vznikajících v důsledku shlukování klientů v určitých lokalitách lze nicméně doporučit transformaci celé sítě kontaktních center v tomto duchu. V takovém případě by celkové potřebnosti odpovídalo **9 až 17 kontaktních center o kapacitě 3 až 6 úvazků v přímé práci.**

Přidržíme-li se spodní hodnoty 9 zařízení, s ohledem na monitorované potřeby by tato zařízení měla být přednostně dostupná v městských částech Praha 1, Praha 2, Praha 4, Praha 5, Praha 8, Praha 9, Praha 10 a Praha 11 (viz mapa 1 zobrazující tyto části a zároveň existující centra). Pro tyto městské části platí, že v nich buď již dlouhodobě působí kontaktní centra, byl v nich identifikován výskyt otevřené nebo částečně otevřené drogové scény³, nebo byly zmíněny více expertními informanty jako vhodné územní celky pro zřízení kontaktního centra. Na druhé straně považovala část respondentů konkrétní umístění kontaktních center za relativně méně důležité a zdůrazňovala potřebu celkového navýšení jejich kapacity na území Hlavního města Prahy.

³ Otevřenou drogovou scénu definujeme jako „veřejně přístupný prostor, ve kterém pravidelně dochází ke kumulaci aktivních uživatelů návykových látek a k negativním jevům způsobených touto kumulací; mezi takové patří užívání drog a jejich prodej, konflikty mezi uživateli, narušování (veřejného) pořádku a obecný pocit snížení bezpečí a kvality života. Částečně otevřená drogová scéna je taková, která má především lokální charakter a nepřitahuje uživatele ze vzdálených městských částí či jiných krajů.“

Mapa 1: Městské části, kde by měla být přednostně zřízena kontaktní centra a nebo kde kontaktní centra jsou

geportal
praha Mapa On-Line



www.geportalpraha.cz, © Institut plánování a rozvoje hl. m. Prahy, stránka vytvořena: 20.06.2022 21:55:54

0 3 600 7 200 m

Legenda: Šedě vyznačené městské části – ty, kde by měla být přednostně zřízena kontaktní centra, pokud je uvedeno písmeno, tak zde již kontaktní centrum je, A - Nízkoprahové středisko Drop In, B – Kontaktní centrum Stage 5, Progressive o.p.s., C - Kontaktní centrum (KC) - Sananim z.ú.

Ambulantní služby

Na základě dotazníkového šetření bylo odhadnuta mezera v poskytování ambulantních služeb **-8 302 osob**, což znamená cca **70 %** celkové populace vyhledávající služby s nenaplněnou potřebou využití služeb v této kategorii. V kvalitativním šetření respondenti potvrzovali, že kapacitní i místní dostupnost ambulantních služeb je vzhledem k reálným potřebám výrazně nedostatečná.

Ambulantní služby představují relativně širokou skupinu služeb, zahrnující sociální služby ambulantního poradenství, adiktologické ambulance či rozšířené ambulance s psychiatrickou péčí. Zároveň mají potenciálně velmi rozsáhlou a nejasně ohraničenou cílovou skupinu, do které spadají jedinci s různou mírou rizikovosti závislostního chování. Z těchto důvodů nemá příliš smysl vyčíslvat potřebnou kapacitu těchto služeb tak, jak jsme to dělali u nízkoprahových služeb.

V návaznosti na výsledky kvalitativního šetření je na místě zdůraznit potřebu **rozšíření intenzivnější, stacionární péče**, a zejména **zřízení stacionárního programu pro děti a dorost**. V kontextu celkové nedostupnosti psychiatrické péče pro osoby se závislostním chováním a zejména pro aktivní uživatele návykových látek se jeví jako potřebné také **zřízení ambulantních služeb schopných zajišťovat psychiatrickou péči klientům s duálními diagnózami**. V souladu s výsledky kvalitativního šetření lze rovněž doporučit **zřízení služeb ambulantní léčby v některých okrajovějších částech města**, jako je Praha 14 (Černý most) nebo Praha 11 (Chodov).

Doporučit lze **zachování a další podporu činnosti multidisciplinárních týmů s intenzivním case managementem a podobných služeb pracujících s klienty v přirozeném prostředí** a rozvíjet tuto formu poskytování ambulantní léčby u existujících i nových zařízení.

Substituční léčba

Na základě dotazníkového šetření bylo odhadnuta mezera v poskytování substituční léčby na území Hlavního města Prahy - **3 529 osob**, což znamená cca **84 %** celkové populace vyhledávající služby s nenaplněnou potřebou využití služeb v této kategorii. I pokud budeme předpokládat, že počet osob využívajících substituční léčbu na území Hlavního města Prahy je přibližně dvojnásobný (1500 osob), jak uvádějí Mravčík et al., 2022, mezera bude stále velmi vysoká (cca **64 %**).

S využitím dostupných údajů jsme vypočetli, že na na jeden úvazek v přímé práci v zařízeních substituční léčby na území Hlavního města Prahy připadalo v roce 2020 29,6 klientů:

$$\frac{768 \text{ klientů}}{26 \text{ úvazků}} = 29,6 \text{ klientů na 1 úvazek}$$

Stejně jako u kontaktních center jsme pak tento údaj porovnávali s údajem o počtu osob s potřebou využití substituční léčby, uvažovali jsme přitom interval vymezený oběma výše uvedenými hodnotami tohoto počtu osob:

$$\frac{2\,725 \text{ až } 3\,529 \text{ osob}}{29,6 \text{ klientů na 1 úvazek}} = 92 \text{ až } 119 \text{ úvazků}$$

Lze tak odhadovat potřebné navýšení kapacit substituční léčby v rozsahu 92 až 119 úvazků v přímé práci, tj. v průměru cca o čtyřnásobek stávající personální kapacity.

To by bezpochyby znamenalo mimořádný nárok na rozšíření sítě služeb, lze nicméně předpokládat, že s rostoucím počtem zařízení by narůstal počet klientů, který lze pokrýt jedním úvazkem v přímé práci, i potřebná personální kapacita by tak ve výsledku byla nižší.

Z kvalitativního šetření vyplynulo, že by substituční léčba mohla být poskytována v rámci dvouúrovňového systému, který by vedle standardní ambulantní léčby zahrnoval i její nízkoprahovou formu. Nízkoprahová substituční léčba by měla být primárně dostupná v oblastech, kde se vyskytuje otevřená nebo částečně otevřená drogová scéna, nebo by mohla mít podobu mobilního provozu. Dále by podle respondentů mohla být substituční léčba poskytována v rámci větších zdravotnických zařízení nebo v lékárnách. V každém případě **je třeba posílit stávající síť o několik zařízení, která budou buď poskytovat standardní substituční léčbu včetně doprovodných intervencí nebo budou alespoň zajišťovat dostupnost substitučních přípravků.**

V návrhu optimální sítě služeb jsme vycházeli z původně navržené potřeby dostupnosti jednoho zařízení substituční léčby v každé z městských částí Praha 1 až Praha 15, s tím, že 15 zařízení představuje odpovídající potřebnou kapacitu, zařízení nicméně nemusí nutně být v každé z těchto městských částí. 4 ambulantní zařízení byla ponechána v městských částech, kde již v současnosti působí. Dále jsme umístili nízkoprahová zařízení do 7 městských částí, v nichž byl konstatován výskyt otevřené drogové scény a s ohledem na to předpokládána větší potřeba nízkoprahové formy služby. Zbývající 4 zařízení byla umístěna do zbývajících městských částí tak, aby se nízkoprahová substituční léčba nenacházela v jedné městské části současně s kontaktním centrem. Výslednou kumulaci zařízení nízkoprahové i ambulantní substituční léčby v některých městských částech lze ospravedlnit s ohledem na předpokládanou potřebu spolupráce mezi nízkoprahovými a ambulantními zařízeními zejména v oblasti zajištění dostupnosti psychiatra.

Na základě výsledků Delfi analýzy jsme předpokládali potřebu využití nízkoprahové substituční léčby u 60 % klientů a potřebu využití ambulantní léčby u 40 % klientů a podle toho rozdělili celkový počet osob s potřebou využití substituční léčby (4 225 osob). Počet osob

s potřebou využití nízkoprahové substituční léčby (2 535 osob) jsme pak rozdělili mezi 7 nízkoprahových zařízení v 7 městských částech při zohlednění velikostí populace problémových uživatelů pervitinu a opioidů v těchto městských částech. Počet osob s potřebou využití ambulantní substituční léčby (1 809 osob) jsme obdobně rozdělili mezi 8 ambulantních zařízení v 8 městských částech.

U jednotlivých městských částí jsme pak spočítali potřebnou personální kapacitu s uplatněním výše uvedeného koeficientu 29,6 klientů na 1 úvazek. Vysoké počty úvazků v některých městských částech by zejména u nízkoprahových zařízení bylo zřejmě vhodné rozptýlit mezi více zařízení, případně mezi více městských částí na základě dohody s jejich představiteli. Rozdělení uvedené v optimální síti služeb je orientační a je třeba jej brát spíše jako příklad, jak lze uplatnit popsanou logiku odhadu.

Služby krizové stabilizace

Na základě dotazníkového šetření byla odhadnuta potřeba služeb krizové stabilizace v rozsahu 4 053 osob vyhledávajících služby. Podle většiny respondentů je potřebná nějaká forma krizové stabilizace pro osoby se závislostním chováním v krizových situacích. Spíše než jako sociální službu by si ji představovali jako součást zdravotnického zařízení, kde by bylo možné poskytnout dostatečnou odbornou pomoc zejména s překonáváním abstinčního syndromu.

Detoxifikace

Na základě dotazníkového šetření byla odhadnuta potřeba služeb krizové stabilizace v rozsahu 6 746 osob vyhledávajících služby. I v kvalitativním šetření vycházely služby detoxifikace jako jedny z nejméně dostupných. Jako problém byla vnímaná malá časová dostupnost tohoto druhu služeb, tj. dlouhé čekací doby v řádu týdnů až měsíců, což je z hlediska léčby nevyhovující. Vzhledem k nízké časové dostupnosti jsou zájemci o detoxifikaci odkazováni do zařízení mimo hlavní město Prahu, kde jsou čekací doby kratší.

V této oblasti je jednoznačně třeba posílení služeb, které patrně nemůže být suplováno pouze rozšířením stávajících zařízení. Z tohoto pohledu je třeba uvažovat o novém zařízení. Většina

informantů by preferovala zřízení detoxů při nemocnicích, což vychází z potřeby zajištění zdravotnického personálu.

Rezidenční léčba

Dostupnost rezidenční léčby je celorepublikovým tématem a do značné míry by měla být koordinována by národní úrovni. Z výsledků kvalitativního šetření vyplynula omezená kapacita zařízení rezidenční léčby a dlouhé čekací doby.

Služby následné péče

Na základě dotazníkového šetření byla odhadnuta potřeba služeb krizové stabilizace v rozsahu 2 927 osob vyhledávajících služby. Z hlediska hodnocení jednotlivými respondenty není tato kategorie služeb vždy dostupná, nicméně ve srovnání s jinými typy služeb jako detoxifikace nebo substituce je situace patrně lepší. Zdůrazňována je zejména důležitost bydlení. Z hlediska kapacity a geografické dostupnosti jednoznačně vyplývá potřeba navýšit kapacitu služeb, respektive tyto služby podpořit tak, aby byl možný jejich provoz, případně jejich vznik.

Služby dlouhodobé péče

Na základě dotazníkového šetření byla odhadnuta potřeba služeb dlouhodobé péče v rozsahu 1 918 osob vyhledávajících služby. V oblasti dlouhodobé péče chybí zařízení poskytující péči stárnoucím uživatelům návykových látek a dalším uživatelům se sníženou soběstačností. V tomto ohledu by bylo vhodné zřídit alespoň jedno zařízení, které se zaměří na tuto skupinu, a plánovat rozvoj dalších zařízení na základě zkušeností získaných při zřízení tohoto zařízení. Geograficky není podle respondentů důležité, kde služba bude, důraz kladli na příjemné, klidné prostředí, spíše na okraji města se zahradou a možností pěstovat hospodářská zvířata.

Související služby, intervence a formy péče

Pro tuto oblast platí nutnost zajistit větší dostupnost služeb, a to zejména v oblasti psychiatrické a další zdravotní péče.

Koordinace a spolupráce

Koordinace služeb není vnímána všemi zainteresovanými stejně. Existuje shoda, že současná koordinace je kompetentní, problémem jsou omezené časové možnosti, je možné dále zlepšovat komunikaci. Problémem jsou různé zájmy a potřeby jednotlivých aktérů, a to jak na straně koordinátorek a koordinátorů na úrovni MČ, ale také úrovni jednotlivých poskytovatelů služeb. S délkou spolupráce roste spokojenost s ní.

Z hlediska koordinátorek a koordinátorů je často problémem rozsah agendy na straně jedné a nízký pracovní úvazek na danou činnost. Na úrovni koordinátorek a koordinátorů MČ se také objevují určité obavy hovořit o tom, jak mají vypadat služby na úrovni celého hlavního města Prahy.

Lze doporučit celkové navýšení úvazků koordinátorů MČ – toto téma nebylo vzneseno samotnými informanty, aktuální nasmlouvané úvazky se nicméně jeví jako velmi nízké.

Další témata

Zvýšit kapacitu adiktologických služeb pro specifické cílové skupiny, zejména děti a dospívající, ženy, uživatele drog z LGBTQ komunity či stárnoucí uživatele drog.

Sledovat situaci v návaznosti na stále probíhající pandemii onemocnění COVID-19 a jejího vlivu na adiktologické služby.

Podporovat rozvoj e-health a m-health v oblasti adiktologických služeb.

Manažerské shrnutí

Byly identifikovány následující významné mezery v pokrytí potřeb osob se závislostním chováním nabídkou služeb na území Hlavního města Prahy

- **Nízkoprahové služby** se dlouhodobě pohybují na hraně potřebné personální i prostorové kapacity. Relativně dobře je území Hlavního města Prahy pokryto terénními programy, lépe by mohly být pokryty okrajové části města. Zásadní problém představuje nedostatečná kapacita kontaktních center a jejich koncentrace do pouhých dvou městských částí.
- Kapacita **ambulantních služeb** je nedostatečná, zejména pro cílové skupiny dětí a dorostu a osob s duálními diagnózami
- U významné části problémových uživatelů pervitinu a opioidů (odhadem u 2 700 až 3 500 osob) není pokryta potřeba **substituční léčby**
- Omezená kapacita a dlouhé čekací doby byly zjištěny také u služeb **detoxifikace, rezidenční léčby a následné péče**, tyto služby mají nicméně převážně celostátní spádovost, zvýšení jejich dostupnosti je tak třeba řešit především na celostátní úrovni
- Zcela schází služby **krizové stabilizace** pro osoby se závislostním chováním v krizové situaci
- Zcela schází služby **dlouhodobé péče** o stárnoucí uživatele návykových látek a další uživatele se sníženou soběstačností

Na základě těchto zjištění byla formulována následující doporučení pro další rozvoj sítě služeb na území Hlavního města Prahy:

- Mírné navýšení kapacity existujících terénních programů, zejména za účelem pokrytí okrajových městských částí, a zřízení alespoň jednoho non-stop fungujícího automatu na výměnu jehel a stříkaček
- Rozšíření sítě kontaktních center o nová zařízení v jedné z následujících variant
 - Zřízení 2 až 3 nových menších kontaktních center s personální kapacitou 3 až 6 úvazků v přímé práci
 - Transformace stávající sítě na síť 9 až 17 kontaktních center o kapacitě 3 až 6 úvazků v přímé práci.

- Dostupnost kontaktních center by měla být přednostně zajištěna v městských částech Praha 1, Praha 2, Praha 4, Praha 5, Praha 8, Praha 9, Praha 10a Praha 11.
- Rozšíření sítě služeb ambulantní léčby o zařízení stacionární péče, zřízení alespoň jednoho stacionárního programu pro děti a dorost
- Rozšíření sítě služeb ambulantní léčby o ambulantní zařízení schopná zajišťovat psychiatrickou péči klientům s duálními diagnózami.
- Zřízení služeb ambulantní léčby v některých okrajovějších částech města, jako je Praha 14 (Černý most) nebo Praha 11 (Chodov).
- Zachování a další podpora činnosti multidisciplinárních týmů s intenzivním case managementem a podobných služeb pracujících s klienty v přirozeném prostředí a rozvíjení této formy poskytování ambulantní léčby u existujících i nových zařízení.
- Rozšíření sítě služeb poskytujících substituční léčbu o několik zařízení, která budou poskytovat standardní substituční léčbu včetně doprovodných intervencí nebo alespoň zajišťovat dostupnost substitučních přípravků
- Zřízení alespoň jednoho zdravotnického zařízení zajišťujícího krizovou stabilizaci osobám se závislostním chováním v krizových situacích
- Zřízení alespoň jedné sociálně-zdravotní služby typu domova se zvláštním režimem s adiktologickou složkou, zajišťující dlouhodobou péči stárnoucím uživatelům návykových látek a dalším uživatelům se sníženou soběstačností, například v rámci pilotního provozu, na základě, kterého by se do budoucna ujasnila vhodná podoba tohoto typu služby

Další doporučení nevyplývají přímo z výpovědí informantů a informantek, nicméně jsou navržena k zamyšlení, vzhledem k potřebě rozvoje adiktologických služeb v hlavním městě Praze.

- Zvýšení úvazků koordinátorek a koordinátorů na úrovni MČ pro další zvýšení efektivity jejich nezastupitelné koordinační role.
- Mezi poskytovateli služeb existuje podpora zavádění nových inovativních typů služeb, například „mokrý dům“, „housing first“ metod a aplikací „e-health a m-health“ s respektováním specifických potřeb klientek a klientů služeb.

- Byla identifikována určitá omezení, zejména časová, případně v omezené kompetentnosti (vnímané) u jednotlivých aktérů ve vztahu k zapojení do aktuálního výzkumu.

Literatura

Rush, B. (1990). A systems approach to estimating the required capacity of alcohol treatment services. *Addiction*, 85, 49–59. doi:10.1111/j.1360-0443.1990.tb00623.x Crossref, Google Scholar

Rush, B., Tremblay, J., & Brown, D. (2019). Development of a needs-based planning model to estimate required capacity of a substance use treatment system. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement 18*, 51–63. doi:10.15288/jsads.2019.s18.51 Link, Google Scholar

https://aktualne.podaneruce.cz/wp-content/uploads/2019/05/SPR_Analyza_Lide_v_centru.pdf.