

Metodický manuál práce OSPOD s drogově závislými klienty (se zaměřením na ženy a matky)

Manuál pro pracovníky Krajského úřadu Olomouckého kraje

Tato publikace vznikla prostřednictvím projektu Podpora standardizace orgánu sociálně – právní ochrany na Krajském úřadě Olomouckého kraje, reg. č. CZ.1.04/3.1.03/C2.00024, který je hrazen v rámci Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost z Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky.

Obsah

1. Úvod.....	2
2. Cílová skupina	3
2.1. Primární cílová skupina	4
2.2. Sekundární cílová skupina	4
3. Kde najít pomoc	5
4. Přehled základních typů programů.....	5
4.1 Nízkoprahové služby	5
4.2 Ambulantní služby	6
4.2.1 Stacionáře.....	7
4.2.2 Substituční centra	7
4.3 Pobytové služby	8
4.4 Doléčovací centra s chráněným bydlením (dále DC)	10
5. Jak pracovat s uživateli drog.....	11
6. Nezletilé klientky	13
7. Kazuistiky	14
7.1. Kazuistika těhotné klientky	14
7.2. Kazuistika klientky kolem porodu	15
7.3. Kazuistika dlouholeté uživatelky.....	16
8. Specifika sociální práce s uživateli.....	17
8.1 Je dobré vědět.....	18
8.2 Testování.....	18
8.3 Závislost a péče o dítě.....	19
9. Oprávnění a povinnosti OSPOD	20
10. Zařízení v Olomouckém kraji	22
Přehled kontaktů	23

1. Úvod

V poslední době se stále častěji setkáváme s jedním z důsledků zneužívání návykových látek, a to s faktem, že závislé ženy v určité fázi jejich drogové kariéry rodí děti. Toto přináší mnohé, často zásadní a těžko řešitelné otázky dalšího osudu jejich dětí. Tuto situaci řeší, právě s ohledem na bezpečí a práva dětí, řada státních i nestátních organizací a zařízení, a to na různých úrovních. Dobrá spolupráce všech zúčastněných je zde naprosto nezbytná.

Pozn. V následujícím textu užíváme výraz „droga“ v užším, a běžně hovorově používaném, smyslu pro psychoaktivní, většinou nelegální, látku. Adiktologie je chápán jako obor či odborná disciplína zabývající se zneužíváním drog, drogovými závislostmi a odbornou pomocí osobám a skupinám, které jsou drogami ohroženy. Termínem adiktologická zařízení pak rozumíme zařízení nabízející pomoc a léčbu osobám zneužívajícím návykové látky.

Většinou jde o původně neplánovaná, často nechtěná těhotenství, nezřídka pozdě zjištěná, během nichž některé matky dále drogy užívají, a současně žijí ve špatných sociálněekonomických podmínkách. Novorozenci mohou trpět po porodu abstinenčními potížemi, které řeší odborná zdravotnická zařízení. Matky obvykle nemají kvalitní sociální zázemí, kam by se mohly s dítětem po porodu vrátit, a zároveň nemají vyřešený postoj k dalšímu užívání drog, což komplikuje možnost jejich kvalitní péče o dítě. To v řadě případů vede k intervenci ze strany orgánů sociálně – právní ochrany dětí (riziko ohrožení nebo narušení příznivého vývoje dítěte). Část těchto dětí musí být v důsledku výše uvedených faktorů umístěna do náhradní péče.

Pomoc a léčbu spojenou s užíváním návykových látek rodičů těchto dětí poskytují specializovaná odborná státní i nestátní adiktologická zařízení (adiktologie = věda, zabývající se závislostmi, jejich prevencí, původem, léčbou, výzkumem, poradenstvím a jinými souvislostmi). Pokud mluvíme o návykových látkách, je nutné zdůraznit, že nejde jen o drogy v běžném slova smyslu, ale že se v praxi jedná také velice často o důsledky nadměrného užívání a závislosti na alkoholu. Problematika alkoholu či alkoholismu bývá v praxi v porovnání s nealkoholovými drogami

podceňována, opomíjena či řešena pozdě. V našem manuálu se však věnujeme především nealkoholovým a nelegálním návykovým látkám.

Důsledky užívání drog v těhotenství závisí především na tom, zda se jedná o experiment, nepravidelné užívání, nebo naopak o dlouhodobé devastující zneužívání či závislost. Ženy, které jsou občasné uživatelky, a které si uvědomují škodlivé důsledky užívání drog, obvykle v těhotenství přestávají a jsou schopny abstinovat. Problémové uživatelky drog a drogově závislé nejsou schopny svůj abúzus ukončit, i když by si to někdy velmi přály, v těhotenství často odkládají či zanedbávají perinatální péči.

Potvrzuje se, že odolnost, respektive tolerance k droze je u těhotné ženy i plodu velmi individuální. Klinické projevy u novorozenců a malých kojenců, včetně následného psychomotorického vývoje, nemusí odpovídat délce doby, po kterou matka drogy užívala. Zatím se jeví, že děti drogově závislých rodičů vykazují lepší dlouhodobou prognózu než děti rodičů alkoholiků, přestože nelze zpochybnit, že drogy představují zdravotní a sociální riziko. Špatná prognóza je zvláště u dětí žijících po narození v negativním či nestabilním rodinném prostředí se všemi následky zdravotními, sociálními a psychosomatickými. Další faktor, který ovlivňuje vývoj dítěte, je také genetická výbava rodičů, včetně jejich mentálního potenciálu.

2. Cílová skupina

Dosavadní studie i praktické zkušenosti potvrzují, že užívání drog rodiči ovlivňuje další vývoj dítěte, avšak významným a často rozhodujícím faktorem je prostředí, ve kterém dítě v prvních letech života vyrůstá.

Specifikou práce s touto cílovou skupinou vůbec je fakt, že odbornou pomoc a péči potřebují nejen děti, ale i jejich rodiče – hledáme tedy pomoc pro obě strany, a dále to, že relaps či recidiva rodičů mohou celý proces sanace rodiny zkomplikovat. V přímé práci s klienty se osvědčuje postup, kdy jedna strana (nejčastěji pracovníci sociálně – právní ochrany dětí) zabezpečuje primárně dítě, a naopak adiktologické služby naopak pomáhají rodičům, i když toto rozdělení nelze brát zcela striktně a není ani prakticky jednoznačně proveditelné. Je zřejmé, že tato komplexní pomoc vyžaduje intenzivní, otevřenou a aktivní spolupráci řady odborníků z různých oblastí, a bez této vzájemné komunikaci nelze dojít k úspěšnému cíli.

2.1. Primární cílová skupina

Cílovou skupinou jsou jednak děti rodičů – uživatelů nealkoholových drog, a jednak matky, případně otcové, a to v různých fázích jejich drogové závislosti, případně léčby. Pokud je dítě v péči (často neformální) další osoby (prarodič, jiný rodinný příslušník), je nutno ho zahrnout do komplexní péče jako rodiče. I když je zřejmé, že dítě potřebuje oba rodiče, v praxi jde především o matky dětí.

Otcové bývají v posledních letech často uživateli drog, někdy nejsou uvedeni v rodném listě. O dítě spíše zájem neprojevují, někdy jde o náhodné či jednorázové známosti, ale často bývají pro matku velice významnou, často někdy jedinou blízkou osobou. Z tohoto důvodu mívají značný vliv na motivaci ke změně, na postoj k léčbě i na vztah a péči matky k dítěti. Z mnoha důvodů však při intervenci do celého rodinného systému z dlouhodobé spolupráce vypadávají.

Nejčastěji zneužívanou drogou je pervitin, což je v souladu s údaji o preferované látce u všech uživatelů drog v ČR celkem, případně v kombinaci s jinou látkou (někdy i alkoholem). Dále se setkáváme se zneužíváním opiátů (nejčastěji s heroinem) či zneužívanou substituční látkou Subutexem, často v kombinaci s řadou léků.

V této cílové skupině nacházíme klienty různého věkového rozmezí, v některých případech se jedná již o druhé, případně další dítě takto řešené. Fakt, že děti z předchozích těhotenství byly odebrány nebo dány do náhradní péče, neznamená, že se zákonitě musí tato situace opakovat podle stejného modelu. Setkáváme se s tím, že žena může až po letech dospět k náhledu na své chování a chtít pečovat o své dítě.

2.2. Sekundární cílová skupina

Počet nepřímých klientů, tj. rodičů, sourozenců, širší rodiny a jejího okolí, bývá dvakrát až třikrát větší, avšak u drogových klientů se předem odhaduje obtížně. Nejčastěji se do spolupráce zapojuje babička ze strany matky či otce, případně sourozenci, a to bez ohledu na to, zda otec projevoval zájem a spolupracoval.

3. Kde najít pomoc

Se závislými rodiči se v praxi a jejich dětmi nejčastěji setkávají pracovníci kontaktních center a dále pak pracovníci ambulantních, substitučních a doléčovacích center, s těhotnými uživatelkami se navíc ještě dostávají do kontaktu terénní pracovníci.

Nízkoprahové služby, které tyto rizikové klienty potkávají, případně vyhledávají, často jako první, vytvářejí nezbytnou složku v systému práce s rodinou.

4. Přehled základních typů programů

4.1 Nízkoprahové služby

a) terénní programy (dále TP)

Charakteristika a cíle:

- Aktivně vyhledávají a pracují s cílovou skupinou uživatelů návykových látek, především injekčními a problémovými uživateli pohybujícími se na otevřené drogové scéně
- Motivují je ke změně životního stylu směrem k větší odpovědnosti za své chování – k minimalizaci zdravotních a sociálních poškození spojených s užíváním drog
- Klienti v TP jsou evidováni pod kódy, pracovníci tedy neznají jejich plná jména
- Nabízené služby: výměna injekčního materiálu, distribuce kondomů a zdravotnického materiálu, první pomoc a minimální zdravotní ošetření, krizová intervence, poradenské sociální služby a zprostředkování služeb jiných zařízení aj.

Terénní pracovníci musejí řešit nelehkou situaci, a to, jak účinně intervenovat, respektovat zákonná omezení a zároveň si zachovat důvěru klientů – viz dále příklady dobré praxe.

b) kontaktní centra (dále KC)

Charakteristika a cíle:

- Navázání kontaktu se skrytou populací uživatelů drog, vytvoření vzájemné důvěry

- Prohloubení navázaného kontaktu zaměřujícího se především na změnu rizikových vzorců chování klientů a pokud možno posílit motivaci k dalšímu postupu
- Zajištění podmínek potřebných k „přežití“ (zabezpečení základního zdravotního, hygienického a vitaminového servisu, pracovní programy apod.)
- Sociální stabilizace klientů, pomoc v krizi, poradenství rodinám či jiným blízkým osobám
- Nabízené služby: programy snižování zdravotních a sociálních rizik (výměnný program injekčních stříkaček, informace o bezpečném brání a bezpečném sexu), motivace, výběr, příprava a zprostředkování léčby poradenství

Pracovníci nízkoprahových služeb se setkávají nejčastěji s těhotnými ženami a rodiči dětí v situaci, kdy klientka KC otěhotní (někdy je na tuto možnost upozorněna právě pracovníky KC nebo TP). Následně dostává veškerý podpůrný psychosociální a zdravotní servis včetně navázání kontaktu s lékařem, speciálního poradenství ohledně všech dalších možností péče o dítě, ale také zákonných důsledků a rizik užívání návykových látek se souběžnou péčí o dítě.

4.2 Ambulantní služby

Léčba je prováděná bez vyčlenění klienta z původního prostředí. Při ambulantní léčbě pacient/klient dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje, přičemž délka kontaktu, frekvence kontaktů a doba docházení je přizpůsobená jeho potřebám a dohodnutá v ústní nebo písemné dohodě. Ambulantní léčba navazuje na nízkoprahové služby.

Charakteristika a cíle:

- Nejčastěji jde o sociální nebo zdravotní služby, typu ordinace AT, adiktologické poradny, denní centra, stacionáře, poradny pro specifické skupiny - zařízení, kam klient pouze dochází
- V indikovaných (méně závažných) případech může nahrazovat léčbu ústavní
- Nabízené služby: ambulantní léčba vedoucí k trvalé změně životního stylu klienta, zprostředkování jiné léčby, individuální poradenství, psychoterapie, rodinná a párová sezení, psychiatrická péče, sociální a právní servis, řešení

drogové problematiky - poradenství, motivační práce, psychoterapie, prevence relapsu aj.

- Nejčastější formou ambulantní léčby jsou individuální rozhovory (poradenské nebo terapeutické) v délce obvykle 30-60 minut a s frekvencí 1-2x týdně.
- Služby jsou odlišné podle zaměření, typu služby a personálního obsazení

4.2.1 Stacionáře

Specifické postavení má stacionární léčba, nejčastěji jde o denní stacionáře, poskytující intenzivní ambulantní léčbu, ať už nahrazující či navazující na léčbu pobytovou.

Tato forma umožňuje pomáhat a léčit osoby bez vytržení z jejich domácího prostředí, což může být vhodným řešením právě v případě závislých matek - kontakt s dalšími dětmi, či postupné předávání z pěstounské péče a zácvik v mateřských dovednostech.

Požadavkem je bezdrogové a bezpečné bydliště, resp. zázemí klientky a její ochota ke spolupráci a pozitivní změně.

4.2.2 Substituční centra

Specifickou službou jsou substituční centra nabízející pro jasně indikované klienty (dlouhodobé užívání, opakované neúspěšné léčby, závažný fyzický nebo psychický stav) možnost substituční léčby.

Charakteristika a cíle:

- Substituce je způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno (téměř vždy předepsaným lékařem) užíváním legální látky s podobnými účinky a vlastnostmi, ale s výrazně menšími riziky, a také bezpečnějším způsobem užití (např. injekční aplikování heroinu je nahrazeno orálně podávaným metadonem).
- Cílem substituce je celková stabilizace klienta, vytržení z rizikového užívání a drogové komunity a sociální a zdravotní adaptace.
- Může trvat od několika týdnů k mnoha letům, někdy neohraničeně.

- Substituční léčba má být doprovázena dalšími metodami, jako např. poradenství, soc. práce aj.
- Substituční léčba těhotných žen obvykle trvá až do porodu, pak se volí mezi vysazením a odvykací léčbou nebo pokračuje v substituční léčbě. Vysazení substituce v průběhu těhotenství není běžným krokem – je vhodné tam, kde se těhotná současně rozhodne pro odvykací léčbu. V ostatních případech se doporučuje vysadit až po porodu. Relaps může být pro plod i matku rizikovější než stabilní dávka substitučního preparátu.

4.3 Pobytové služby

Charakteristika a cíle

a) ústavní léčba

- Léčba v lůžkovém zdravotnickém zařízení obecně (jako protiklad léčby ambulantní) nejčastěji na specializovaném oddělení (pro závislosti) nemocnice nebo psychiatrické léčebny.
- Může jít, podle délky, o léčbu krátkodobou nebo střednědobou.
- Indikací pro ústavní léčbu jsou nestabilní klienti s rizikovým sociálním okolím a psychickými či somatickými komplikacemi.

b) terapeutické komunity

Hlavním prostředkem léčby je každodenní život v terapeutické komunitě s postupným nácvikem zodpovědnosti, změny škodlivých vzorců chování na základě otevřené komunikace mezi klienty a personálem a spoluúčasti klientů na rozhodovacích procesech v komunitě. Nabízené programy a základní prostředky léčby:

- skupinová terapie
- režim a pravidla – celý program je pevně strukturován, jsou vytvořena podrobná pravidla, která je nutno dodržovat
- pracovní terapie – je zaměřena především na zabezpečení vlastního provozu a jejich cílem je získání pracovních návyků a dovedností
- výchova a vzdělávání, volnočasové aktivity, sociální služby, individuální psychoterapie

Terapeutická komunita Karlov (dále TKK) je určená pro společnou léčbu závislých těhotných žen a matek, případně otců – uživatelů drog s jejich dítětem. Matka může mít v léčbě jedno či dvě děti, věk dětí není omezen, ale je vždy individuálně posuzován. V případě, že dítě bylo na základě jakéhokoliv opatření či soudního rozhodnutí dáno do péče jiné osoby či instituce, je nutný souhlas všech zúčastněných.

V TKK jsou zajištěny služby psychiatra, mimo komunitu pak služby praktického lékaře, pediatra, gynekologa, hepatologa a stomatologa, kteří poskytují kontinuální péči během pobytu klientů a dětí.

Cíle specifické pro skupinu matek:

- integrace a plnohodnotné zapojení klientky-matky do běžného života
- vytvoření pevného svazku mezi matkou a jejím dítětem
- přijetí role matky; výchova k rodičovství a partnerství
- osvojení si základních dovedností v péči o dítě
- nalezení a upevnění místa matky v primární rodině či ve zdravém partnerském vztahu
- získání dovedností potřebných k vytvoření bezpečného a zdravého prostředí pro sebe a své dítě po návratu z léčby

Specifické cíle u skupiny dětí:

- zajištění láskyplné péče matky v období jejího léčení
- diagnostika zdravotního stavu dítěte a v případě potřeby zajištění jeho adekvátního léčení
- zajištění odpovídající výchovy, a tím vývoje dítěte

Zprostředkování nástupu do léčby v TK Karlov

Vzhledem k tomu, že se jedná o pobytovou odvykací léčbu drogové závislosti společně s dětmi, často doprovázenou řadou formálních i neformálních komplikací, je přednástupní péče složitější, a tak je třeba klientce s nástupem do komunity aktivně pomáhat. Zároveň je nezbytná vzájemná spolupráce orgánů sociálně – právní ochrany dětí a adiktologických programů. Pořadník do této komunity vede Denní stacionář Sananim z. ú. v Praze (dále DST), který koordinuje nástup a poskytuje přednástupní poradenství.

U mimopražských klientek je třeba, aby nástup zprostředkovalo příslušné odborné zařízení (např. kontaktní centrum, ambulance) v místě pobytu klientky, které je poté s DST v kontaktu a společně volí adekvátní postup. Není tedy možné, aby přípravu na nástup do komunity vyřizoval pouze pracovník OSPOD či jiného příslušného odboru.

V případě, kdy je dítě svěřeno do náhradní rodinné či ústavní péče, nebo jsou stanovena výchovná opatření nad výchovou nezletilého, je souhlas OSPOD a také pečující osoby/instituce s pobytem klientky s dítětem v TKK nutný. Ideálně se podaří vytvořit prostor pro komunikaci s klientčinou rodinou. Ve spolupráci všech zainteresovaných je třeba dojednat společný plán práce s klientkou včetně souhlasu a případných omezení spojených s jejím nástupem do léčby společně s dětmi.

K pobytu matky s dítětem v TK Karlov není nutné, aby je měla svěřené do vlastní péče, naopak – většina matek má stanoveno výchovné opatření (dohled) či je dítě svěřeno do péče jiné osoby /instituce.

Návrh na svěření dítěte zpět do své péče (návrh na zrušení ústavní výchovy, pěstounské péče apod.) podávají klientky většinou až po ukončení rezidenční léčby a po úspěšném absolvování prvních měsíců v doléčovacím programu.

V případě přechodné pěstounské je postupné předávání dítěte zpět k biologické matce do terapeutické komunity řešeno nejčastěji formou tzv. návštěv. Překážkou k nástupu do léčby není ani umístění dítěte do pěstounské péče na přechodnou dobu. V začátku klientčiny léčby se pobyt dítěte v komunitě řeší formou krátkodobějších návštěv. Pokud se matka v léčbě dobře adaptuje, může následně dojít k plnému předání dítěte do péče klientky. Tento proces probíhá ve spolupráci a se souhlasem OSPOD a pěstounů na přechodnou dobu.

4.4 Doléčovací centra s chráněným bydlením (dále DC)

Doléčování se týká především podpory a udržení abstinence po léčbě a mělo by v ideálním případě navazovat na ukončení jakékoliv základní léčby. Intenzivní doléčovací program s komplexním obsahem trvá obvykle 6 - 12 měsíců a jeho absolvování výrazně zvyšuje efektivitu léčby. Některá doléčovací centra nabízejí možnost vedle ambulantního doléčovacího programu také možnost chráněného bydlení, případně programu podporovaného zaměstnání.

charakteristika a cíle:

- cílem je v tomto případě sociální integrace klienta do podmínek normálního života.
- hledání a řešení nového vlastního místa ve společnosti – např. bydlení, práce/studium, volný čas, přátelé, odpočinek, partnerské vztahy a sociální kontakty
- podpořit osobnostní růst a dokončení celého léčebného procesu
- pomoci při zapojení do pracovního procesu
- pomoci při řešení sociálních a právních problémů
- podpořit dosažení osobní spokojenosti a přijetí sebe samé, pomoc v krizových situacích

5. Jak pracovat s uživateli drog

Specifikem práce s uživateli je fakt, že se zároveň pokoušíme o pomoc několika lidem (rodičům a dětem) najednou, což může být někdy obtížné. Vystává otázka priorit, komu vlastně pomáháme a jaký cíl sledujeme. Klientem orgánů sociálně – právní ochrany je bezpochyby dítě (ochrana práv, řešení situace), jehož zdárný vývoj je však přímo odvislý od kvalitní péče matky/otce, a to po všech stránkách. Klientem v léčbě drogové závislosti bývá naopak prvotně matka – zjišťujeme, zda projevuje zájem o dítě, je motivována k pozitivní změně, k ukončení užívání návykových látek, k léčbě apod., ale také k ujasnění a zlepšení vztahu k dítěti. Bez ochoty všech těchto institucí a jejich konkrétních pracovníků spolupracovat a společně řešit tuto obtížnou situaci, nelze dojít k uspokojivému cíli. Je velmi nešťastné, když se jednotlivé instituce izolují, dohodnout se nechtějí nebo nacházejí řešení vhodné pouze pro jednu stranu. Tato spolupráce je důležitá i v situace, kdy rodič nemá dostatečný zájem či snahu změnit dosavadní způsob života, případně dochází k zanedbávání dítěte, kdy bude postup samozřejmě jednoznačný. Cílem práce s klientkami-matkami je **paralelní řešení drogové závislosti a sociálně – právní problematiky související s dítětem.**

Mimo jiné se u této skupiny žen setkáváme s tím, že se obtížně vypořádávají se stresem, nároky a neúspěchem, mají nestabilní zázemí a velmi často nemají podporu

původní rodiny a ani si nepřinášejí ze své původní rodiny potřebný model pozitivního vztahu dítě – rodič. Tuto realitu je nutno mít na zřeteli při stanovení nároků na péči o dítě a domácnost. Matka je navíc vedle své drogové závislosti v těžké životní situaci, a proto je třeba jí věnovat zvýšenou péči. Tuto krizi (např. těhotenství, zodpovědnost za dítě) někdy ani nedokáže vnímat, protože ji nikdy nezažila, neví, co se vlastně od ní očekává, a nedokáže ji zpracovat. Představuje pro ni zátěž, která by ji mohla stále k drogám vracet. Je zřejmé, že přes poměrně vysokou úspěšnost léčby, některé matky abstinenci nezvládnou a dojde k relapsu či recidivě.

V rámci řešení celkové situace dítěte/matky mapujeme i partnerský vztah, zejména zda je otec dítěte také uživatel, jakou roli hraje partner v klientčině motivaci ke změně, zda je jí v tomto směru oporou (např. podniká konkrétní kroky k zajištění sociálního zázemí), nebo překážkou (klientka se snaží abstinovat, partner si před ní aplikuje atd.). Partner, jako často dlouhodobě jediná blízká osoba, bývá pro uživatelku tak zásadní a důležitý, že je kvůli němu schopna odejít z léčby, případně opustit dítě.

Málokterý uživatel návykových látek se rozhoduje pro léčbu zcela dobrovolně v době, kdy na něj ještě nedopadají důsledky užívání. Motivací a podnětem k léčbě bývá u matek-uživatelek často obava z opatření orgánu sociálně – právní ochrany dětí či už jejich realizace. Mnohé klientky se na odborné zařízení obrátí právě na podnět pracovníků OSPOD, případně je těmito institucemi kontakt klientky s odborným zařízením stanoven jako požadavek.

Charakter práce vyplývá především z fáze užívání drogy, ve které se rodič nachází, a také koresponduje s typem služby. V nízkoprahových službách jde především o motivování uživatelů s dětmi nebo těhotných žen ke změně jejich současného způsobu života a poskytnutí základního poradenství a zprostředkování služeb jiných zařízení, včetně doprovázení do těchto institucí.

V ambulantních a rezidenčních (pobytových) službách jde kromě komplexní léčby uživatele také o získání dovedností potřebných k vytvoření bezpečného a zdravého prostředí pro sebe a o upevnění vzájemného vztahu s dítětem. V doléčovacích programech je cílem osamostatnění v praktickém životě a zdokonalení se v péči o dítě. Pracovníci adiktologických služeb po určité době práce a kontaktu s klientem jsou schopni zvážit jeho celkový stav (v oblasti zneužívání a závislostí) a případně doporučit jinou či následnou léčbu.

Pokud jde o práci s širším okolím, je jedním z nejdůležitějších principů pomáhajících institucí pokus o sanaci rodiny. Potvrzuje se, že úspěch sanace bývá pozitivně podmíněn zajištěním primárního kontaktu matky a dítěte po porodu, a jednak případnou podporou širšího rodinného zázemí.

6. Nezletilé klientky

Většina zařízení v oblasti pomoci a léčby uživatelům drog má přesně popsaná a definovaná pravidla, jak pracovat s klienty ve věku 15- 18 let. U nezletilých osob vstupuje do jejich práv zákonný zástupce, ale přihlíží se k jejich „rozumové vyspělosti“. Několik terapeutických komunit je zaměřeno právě na mladistvé klienty, většinou přijímají klienty od 16 let.

V případě Terapeutické komunity Karlov se přijetí nezletilé matky řeší také ve spolupráci s rodiči (či zákonným zástupcem, případně s poručníkem), kteří podepisují souhlas s pobytem obou nezletilých osob a s pravidly zařízení. Dále je nutné vyjasnit, kdo je zodpovědný za nezletilou matku a dítě a zda je nezletilá klientka indikovaná a schopná absolvovat tak náročnou léčbu a souběžně pečovat o dítě.

V praxi protidrogových center a Terapeutické komunity Karlov se setkáváme s mladistvými matkami méně často, pravděpodobně z důvodu, že se na řešení častěji podílí rodina nebo výchovné ústavní zařízení. Zdá se, že častěji se také tyto mladistvé matky rozhodují pro interrupci. Provázení klientky touto nelehkou situací je součástí práce převážně nízkoprahových center. Souhlas rodičů k provedení interrupce je nutný do 16 let, do 18 let zdravotnické zařízení posléze zákonného zástupce informuje, ale právní výklad správného postupu se někdy liší.

7. Kazuistiky

7.1. Kazuistika těhotné klientky

* ¹ **Klientka Nikola, 24 let, uživatelka Subutexu (nelegálně) a heroinu (intravenózně), užívá denně.**

Je oslovena terénními pracovníky, zda by nemohla být těhotná, což se následně potvrzuje. S rodinou není v kontaktu už několik let, přespává venku nebo po kamarádech. Poslední menstruaci měla před 5 měsíci, sama odhaduje, že by mohla být asi v druhém měsíci. Otec dítěte nemá o ni a dítě zájem. Nikola chce pomoci se zařízením umělého ukončení těhotenství. Má strach, že nebude dobrá matka, nebude moci dát dítěti vše, co potřebuje. V Kontaktním centru dostává informace i o jiných možnostech – léčba v TKK, utajený porod, adopce... Klientka není schopna se rozhodnout. Dostává informace ohledně rizik užívání návykových látek během těhotenství pro ni i dítě (osobně i formou letáku), jak tato rizika minimalizovat.

Klientka se s pomocí a doprovodem pracovníků KC dostavila na gynekologii, kde se dozvěděla, že na interrupci je už pozdě, rozhoduje se tedy pro adopci, následně, opět s pomocí pracovníků KC, si zařizuje a zahajuje substituční léčbu. Během těhotenství pravidelně navštěvuje gynekologa, dochází do substitučního programu a daří se jí postupně se zbavit i. v. aplikace. Přestože si dítě nechce nechat, chová se co nejzodpovědněji. Do KC dochází pravidelně alespoň jednou týdně pro podporu a popovídat si, co se jí daří a co méně. O svém plánu, dát dítě k adopci, je stále přesvědčená.

Poslední kontakt v KC byl pár dní před porodem. Kontaktovala svou praradnu, která jí nabídla možnost bydlení po porodu za podmínky, že nebude užívat žádné nelegální drogy. Nikola pár hodin poté porodila dceru, která má poporodní abstinenci potíže, a náhle mění svůj plán - dceru si chce nechat. Zůstává s ní v porodnici, po propuštění bydlí u tety a nadále dochází na substituci, kde chce časem snižovat dávky. Vzhledem k tomu, že nikdy nepracovala, je v obtížné sociální

* ¹ *Jména a veškeré další údaje umožňující identifikaci klientky jsou změněna a upravena*

situaci, z úřadů má strach, že by ji mohly dítě vzít. V substitučním centru se jí věnuje sociální pracovnice a pomáhá řešit případné sociální dávky

– tzv. pomoc v hmotné nouzi (příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, případně mimořádná okamžitá pomoc). Nezbyvá než doufat, že Nikola vydrží.

7.2. Kazuistika klientky kolem porodu

* ¹ Klientka Aneta, 28 let, uživatelka pervitinu, i. v., od 16 let

Má desetiletou dceru, která byla hned po narození svěřena do péče babičky (klientčiny matky); klientka je s dcerou a svou matkou v občasném kontaktu, dochází na příležitostné návštěvy, někdy však v takovém stavu, že ji matka k dceři nepustí. Před 3 dny se jí narodilo druhé dítě - syn, testy na přítomnost návykových látek byly pozitivní na pervitin a psychofarmaka, nemocnice nahlásila tento fakt OSPOD, který klientku dobře zná a o situaci věděl již předem od babičky. Syn byl z porodnice rovnou umístěn předběžným opatřením do dětského centra (kojeneckého ústavu). Otcové obou dětí jsou různí, první neuveden v rodném listě, druhý otec aktuálně ve výkonu trestu, oba dlouhodobí uživatelé drog, nezaměstnaní.

Klientka nemá stálé bydliště, přebývá v různých bytech u kamarádů; je trvale hlášena na úřední adrese obce. Nemá legální příjem, nikdy nepracovala. Před 6 měsíci jí byl uložen trest 200 hodin obecně prospěšných prací (za krádeže), má dluhy, neví kolik přesně, poštu si nevyzvedává.

Matka při rozhovoru pláče, toto dítě chce údajně již vychovávat sama, pracovnice OSPOD s ní probírá možnosti a vzhledem k minulosti jí sděluje, že podmínkou k svěřením dítěte do její péče je léčba. Je odeslána do odborného zařízení, kde má vše probrat a případně zvolit vhodný typ léčby. V adiktologické poradně je klientce doporučena dlouhodobá pobytová léčba a nabídnuta možnost společné léčby se synem v Terapeutické komunitě Karlov nebo samostatné (bez dítěte) léčby v jedné z řady terapeutických komunit. Klientka se rozhoduje pro léčbu v TK Karlov, ale po zjištění, že na přijetí je nutné čekat delší dobu, vše vzdává a odchází. Partner byl

* ¹ *Jména a veškeré další údaje umožňující identifikaci klientky jsou změněna a upravena*

mezitím propuštěn na svobodu. Dítě je svěřeno předběžně do péče babičky, ale jen do doby, než dcera na léčbu nastoupí. Na dlouhodobou péči se babička necítí. Klientka se po 3 měsících opět objevuje a přichází do poradny s tím, že zájem o léčbu přece jen má. Sama otevřeně přiznává, že si moc nevěří a neví, zda to zvládne. Postupně si s podporou zařizuje vše, co je nutné k nástupu do komunity (nové doklady, sociální dávky, souhlas OSPOD aj.) Syna navštěvuje u matky, učí se o něj pečovat a znát jeho potřeby. V dohodnutý den však nenastoupila na detoxifikační oddělení, což je nutný předpoklad před nástupem do komunity. Po dvou dnech se plačící objevuje na OSPOD s tím, že jí léčbu rozmluvil partner, ale ten pak hned zmizel. Je svolána případová konference, kde babička sděluje, že už déle pečovat o miminko nezvládá a domlouvá se další postup se závěrem, že klientce je dána ještě poslední šance nástupu do léčby. Klientka opravdu nastupuje na detoxifikační pobyt a následně do komunity, kam je dítě převezeno až po deseti dnech, aby bylo jisté, že klientka hned neodejde. Přechodná pěstounská péče se ukončuje a je stanoven dohled. Klientka léčbu se synem dokončila a pokračovala v chráněném bydlení doléčovacího centra. V současné době se řeší možnosti bydlení po ukončení ročního pobytu.

7.3. Kazuistika dlouholeté uživatelky

- * ¹Klientka Iveta, 37 let, od 16 let uživatelka pervitinu, v posledních letech heroinu, opakované pobyty na detoxu, jinak neléčena.

Má, resp. měla syna (18 let), kterého dala po narození do adopce, dále dceru (11 let), která je v pěstounské péči od jejích 4 let, nyní porodila dceru Terezku, otce nezná, vydělávala si na drogy prostitucí. Sama vyrůstala v rodině matky alkoholičky a jejího přítele, doma časté fyzické násilí, klientka se ve školním věku řadu let starala o své mladší sourozence, poté byli umístěni do dětského domova. Klientka studovala střední školu, v 18 letech odešla z DD k matce, která ji však odmítla podporovat a pak vyhodila z domova. Iveta se odstěhovala tehdy do Prahy, zkoušela při škole si

* ¹ *Jména a veškeré další údaje umožňující identifikaci klientky jsou změněna a upravena*

přivydělávat brigádami, pak školu opustila, poté žila na ulici, začala si vydělávat prostitucí a užívat drogy.

Je v celkově špatném fyzickém i psychickém stavu, má žloutenku typu C a svou situaci vnímá jako neřešitelnou a konečnou. Od porodu projevuje velký zájem a péči o dítě, včetně toho, aby se dostalo do „dobré rodiny“. Dítě je po propuštění z porodnice umístěno do přechodné pěstounské péče, klientka se zotavuje z porodu a rozhoduje se, že kvůli svému narozenému dítěti chce s užíváním přestat a pečovat o něj.

Na společném setkání klientky, pracovníků OSPOD a denního stacionáře je dohodnuto, že vzhledem k celkovému stavu klientka prodělá nejdříve krátkodobou ústavní léčbu v psychiatrické nemocnici, a v případě dokončení pak přejde do terapeutické komunity pro matky s dětmi Karlov. Klientka s tímto postupem souhlasí. Ústavní léčba se opakovaně přerušuje z důvodu nutných hospitalizací na jiných specializovaných oddělení (zdravotní potíže), a tím se doba pobytu prodlužuje. Pěstounská rodina pravidelně přivádí malou Terezku na krátké návštěvy, aby nebyla přerušena vzájemná vazba matky s dítětem. Klientka konečně přechází do terapeutické komunity a dcera je s matkou. Přechodná pěstounská péče se ukončuje a je stanoven dohled.

Po ukončení léčby v komunitě, kdy má za sebou již přes rok léčení, přechází do chráněného bydlení doléčovacího centra a zahajuje léčbu žloutenky. Potýká se s řadou obtíží, jako nedostatek financí, přetrvávající zdravotní potíže, absence jakékoliv blízké osoby či rodinného příslušníky. Po ukončení ročního pobytu v doléčovacím centru přechází do azylového domu pro matky, po čase získává sociální byt. Žije sama s dcerou, pracuje jako uklízečka a dcera navštěvuje mateřskou školu, abstinguje.

8. Specifika sociální práce s uživateli

Při práci s uživateli drog se dřív nebo později dostaneme k zásadním otázkám typu:

„Jak jim mohu věřit? Od kdy opravdu důvěřovat?“

„Jak dokázat, že berou či neberou drogy? Mohu je testovat?“

„Kdy je závislý rodič ještě schopen o dítě pečovat?“

8.1 Je dobré vědět

V praxi se setkáváme nejčastěji s tím, že sociální pracovníce vyžadují testování v K-centru nebo podobném zařízení, kam klient dochází. Je důležité vědět, že tato spolupráce je velice citlivá a je nutno ji předem připravit a projednat, protože podobná centra pracují na základě důvěry a vztahu s klientem, potřebují, aby jim klient věřil, a tím mu pak mohou pomáhat, motivovat ke změně apod. Testování v adiktologických službách bývá převážně prováděno orientačními testy (pokud není uvedeno jinak) a patří většinou až do fáze dobrovolné léčby, kdy se testuje plně se souhlasem klienta a je součástí řady dalších kroků a opatření.

8.2 Testování

- Přítomnost návykových látek v organismu může být detekována analýzou krve, dechu, moči, vlasů nebo jiných tělních tkání. K orientačnímu zjištění přítomnosti nelegálních drog v organismu se většinou užívají jednorázové testy moči. Tato rychlá a relativně levná vyšetření jsou pouze orientační. Mohou dávat zkreslené a nepřesné výsledky. Jediné zcela spolehlivé výsledky se získají analýzou v toxikologické laboratoři.
- Každá látka je prokazatelná různě dlouho od poslední dávky, ale navíc zde hraje roli druh drogy, frekvence užívání a množství dávky. Toxikologická prokazatelnost pervitinu a heroinu při použití běžných metod je řádově spíše dny, v případě dlouhodobého užívání substitučních látek, psychofarmak, THC aj. to může být řadu týdnů.
- Nikdy nemůžeme zcela vyloučit, že uživatel při odběru moči nepodváděl.
- Při testování je nutné dodržovat hygienické zásady a příslušná nařízení.
- Výsledek nám sdělí jen to, že v nedávné době testovaný člověk užil nějakou látku, neříká nám, jak dlouho takto žije, zda šlo o jednorázové užití či opakované apod.
- Je zcela nezbytné si předem naplánovat, co konkrétní výsledek změny a jaký má smysl. Co bude následovat, když budou testy pozitivní (negativní)?
- Testování je přínosné, pokud jde o součást průběžné práce s klientem a ve fázi, kdy je ochoten k testům a motivován k řešení či zlepšení situace.

8.3 Závislost a péče o dítě

Zhodnocení závažnosti, rozsahu a stanovení diagnózy zneužívání jakékoliv návykové látky patří do rukou odborníkům.

Zhodnocení péče a možných důsledků na dítě a rizik ohrožujících jeho bezpečí a zdravý vývoj je plně v kompetenci pracovníků OSPOD.

- Projevy užívání a zneužívání drog jsou velice individuální a mohou být ovlivněny řadou faktorů, jako je např. jiné psychické a zdravotní onemocnění, druh a aplikace drogy, osobnostní dispozice, stres, nálada, únava.
- Pro zhodnocení kvality a zvládání péče o dítě jsou velmi vypovídající okolnosti a způsob života rodičů, jako např. pravidelné návštěvy pediatra, spokojenost dítěte a jeho vazba na matku, ochota spolupráce, dodržování termínů, hlídání dítěte jinou osobou, opakovaný kontakt s jinými uživateli aj.
- Přínosnější než interpretace situace a projevy klientky, do kterých může vstupovat subjektivní postoj, zkušenost a názor hodnotitele, je důkladný a přesný popis toho, co se kolem dítěte děje, jak se matka chová, jak spolupracuje apod.
- Řešení komplikované sociální situace klientky a jejího dítěte – otázky rodinného zázemí, finanční, bytové, trestněprávní aj. je stejně důležité jako léčba sama.
- Pokud jsou oba rodiče uživatelé drog a zároveň partneři, je nezbytné pracovat s oběma na jejich rodičovské zodpovědnosti a řešení drogové závislosti. Pokud matka abstinuje a žije v bytě s dalším uživatelem, je to vysoce rizikové a ohrožující.
- Respekt k odlišným pravidlům a metodám jiných zúčastněných organizací je základ dobré spolupráce.
- Dokončení léčebného programu a následné doléčování vysoce zvyšuje úspěšnost a efektivitu léčby.
- Řešení drogové závislosti a cesta k tomu, aby mohla být klientka dlouhodobě dobrou matkou, není jednoduché a vyžaduje často delší čas.
- Alkohol může být v péči o dítě stejně závažný a rizikový jako nealkoholové drogy.

Vždy se najdou uživatelé, kteří o své dítě nechtějí nebo nejsou schopni pečovat, ale také ti, kteří dokáží překvapit a být dobrými rodiči.

9. Oprávnění a povinnosti OSPOD

Nejčastější okolnost evidence děti uživatelů drog bývá v souvislosti s narozením dítěte drogově závislé matce. O porodu rodičky užívající návykové látky informuje personál nemocnice příslušné oddělení sociálně – právní ochrany dětí (dále OSPOD). To kontaktuje matku, případně členy širší rodiny, zjistí okolnosti a podmínky, do kterých by se matka s dítětem případně vracela. Po dobu hospitalizace matky a dítěte v porodnici probíhá spolupráce příslušného oddělení s lékaři a dalšími odborníky adiktologických služeb, což slouží k výměně a ověření informací a zjištění možných řešení. S matkou, případně s otcem (velmi často nejsou otcové uvedeni), jednají tito pracovníci jak v nemocnici, tak v terénu.

- V rámci preventivní a poradenské činnosti OSPOD pravidelně vyhodnocuje jednotlivé případy a situaci dítěte a činí opatření k ochraně dítěte,
- zpracovává individuální plán ochrany dítěte a pořádá případové konference,
- koordinuje a zprostředkovává spolupráci s poskytovateli sociálních služeb a zdravotnickými zařízeními v rámci multidisciplinárního týmu, jehož partnery jsou rodiče dítěte

Ve spolupráci všech zainteresovaných je třeba dojednat společný plán práce s klientkou, případně získat souhlas s jejím nástupem do léčby společně s dítětem.

Pokud matka upřednostňuje partnera před dítětem, jeví se sanace nejistá. Výsledek je nejistý také tehdy, jestliže matka nemá podporu rodiny, není schopna otevřené komunikace a sebereflexe, nerespektuje jakákoli pravidla a doporučení, odmítá spolupráci a nemá zajištěné materiální zázemí.

Není jednotný názor na to, zda rodiče jsou, či nejsou s ohledem na své užívání drog péči o dítě schopni vykonávat. Není jasně specifikovaná míra a rozsah užívání návykových látek ohrožující péči o dítě, což vede k nejednotnosti v rozhodování ohledně poskytnutí sociálně – právní ochrany dětem rodičů, u kterých bylo užívání drog potvrzeno. Zejména specializované odborné služby (např. dětská psychiatrie), ale i běžné terénní služby (např. poradenství, doprovázení) jsou však v některých regionech nedostupné.

- Navrhuje a ukládá výchovná opatření na ochranu dítěte a podává návrhy soudu v souvislosti s omezením nebo zbavením rodičovské odpovědnosti,
- činí opatření směřující k ochraně dítěte, které nemůže nadále zůstat v péči rodičů (náhradní rodinná péče),
- řeší situaci dítěte z hlediska jeho potřeb trvalé péče.

Rozhodne-li se matka, že o dítě nechce, respektive nemůže pečovat nebo po vyhodnocení všech okolností je pobyt s matkou pracovníky OSPDO vyhodnocen pro dítě jako velmi rizikový je nutné zajistit odpovídající následnou péči.

Ocitlo-li se nezletilé dítě ve stavu nedostatku řádné péče bez ohledu na to, zda tu je či není osoba, která má právo o dítě pečovat, nebo je-li život dítěte, jeho normální vývoj nebo jiný důležitý zájem vážně ohrožen nebo byl-li narušen, soud předběžným opatřením upraví poměry dítěte na nezbytně nutnou dobu tak, že nařídí, aby dítě bylo umístěno ve vhodném prostředí, které v usnesení označí. V případě, že matka nejví po porodu o své dítě zájem či není ochotna svou závislost či zneužívání návykových látek, které byly po porodu u dítěte prokázány, řešit, nespolupracuje, může být dítě po propuštění ze zdravotnického zařízení předběžným opatřením svěřeno do péče fyzické osoby, která o něj bude pečovat, do pěstounské péče na přechodnou dobu nebo do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

Drogově závislé rodiče ohrožuje mimo jiné řada infekčních chorob, které mohou představovat i riziko pro jejich nenarozené děti. Jsou to především virové hepatitidy, lues, HIV. Hrají také zásadní roli při rozhodování náhradních rodičů, zda dítě s těmito riziky přijmou. Vlastní rodina, až na výjimky, přijímá dítě s těmito riziky bez výhrad.

- OSPOD má právo na sdělování informací pro poskytnutí sociálně – právní ochrany dětí

Dle ustanovení § 53 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně – právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů mají státní orgány, další právnické a fyzické osoby a pověřené osoby včetně poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb povinnost poskytovat orgánu sociálně – právní ochrany dětí údaje pro poskytnutí sociálně – právní ochrany, jestliže mají být sděleny údaje o podezření z týrání, zneužívání dítěte či ze zanedbávání péče o něj.

Sdělované informace se však netýkají obsahu terapeutických sezení, porušování abstinence, prognózy vývoje léčby klientů apod.

- OSPOD má povinnost mlčenlivosti

Pracovníci OSPOD jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, se kterými se při provádění sociálně – právní ochrany seznámili OSPOD může na vyžádání poskytnout potřebné údaje poskytovateli zdravotnických služeb, ale vždy v rozsahu nezbytném pro naplnění účelu ochrany dítěte.

10. Zařízení v Olomouckém kraji

Intervence v oblasti léčby a sociálního začleňování jsou zaměřeny zejména na návrat k životu bez drog, zlepšení celkového zdraví uživatelů návykových látek a závislých, zlepšení sociálního statutu a míry sociálního začlenění uživatelů návykových látek a závislých a snížení negativních zdravotních a sociálních důsledků u uživatelů návykových látek a závislých (Národní strategie protidrogové politiky 2010 - 2018, Praha, 2010)

Přehled kontaktů

1) Seznam kontaktních center a terénních služeb pro uživatele návykových látek v Olomouckém kraji.

Název služby	Realizátor	Typ služby*	Cílová skupina	Adresa, tel.	Územní působnost, spádovost
K-centrum Darmoděj	Darmoděj, o.s.	KPS	Problémoví uživatelé drog	28. října 885 Jeseník 790 01 k-centrum@darmodej.cz Tel: 774/424 560	Jesenicko
K-centrum Krédo	PONTIS Šumperk o.p.s.	KPS	Problémoví uživatelé drog	Temenická 1, 787 01 Šumperk Tel: 583 550 235, 774 716 020 k-centrum@pontis.cz	Šumpersko
Kontaktní centrum v Olomouci	Sdružení Podané ruce, o.s.	KPS	Problémoví uživatelé drog	Sokolská 551/48 779 00 Olomouc Mob.: +420 778 411 689 kcentrum.ol@podaneruce.cz	Olomoucko
Kontaktní centrum Prostějov	Sdružení Podané ruce, o.s.	KPS, TP	Problémoví uživatelé drog	Kontaktní centrum Prostějov Vrahovická 83 798 11 Prostějov GSM: +420 777 454 789 GSM: +420 777 916 268 (TP) GSM: +420 776 654 685 (TP) kcentrum.pv@podaneruce.cz	Prostějovsko
KKC Kappa	o.s. Kappa-Help	KPS	Problémoví uživatelé drog	Kojetínská 382/11 750 01 Přerov tel.: +420 773 821 003 @: kontaktni.centrum@kappa-help.cz	Přerovsko
Terénní programy Šumpersko	Sdružení Podané ruce, o.s.	TP	Problémoví uživatelé drog	Michalská 2 779 00 Olomouc Tel.: +420 777 363 044 street.ol@podaneruce.cz	Šumperský region
Terénní program KAPPA-HELP	Sdružení Podané ruce, o.s.	TP	Problémoví uživatelé drog	Kojetínská 382/11 750 01 Přerov tel.: +420 773 821 003 teren@kappa-help.cz	Přerovský region
Terénní program Babylon	Darmoděj, o.s.	TP	Problémoví uživatelé drog	17. listopadu 460 790 70 Javorník teren.teren@darmodej.cz Tel: 775039589	Jesenický region
Terénní programy Olomouc	Sdružení Podané ruce, o.s.	TP		Michalská 2 779 00 Olomouc Tel.: +420 777 363 044 street.ol@podaneruce.cz	Olomoucko

*TP – terénní programy

*KPS – kontaktní centra

2) Služby psychiatrické a adiktologické

Služby aktivně pomáhají lidem s problémovým užíváním alkoholu, nelegálních návykových látek a nelátkovými závislostmi.

<http://www.kr-olomoucky.cz/prehled-psychiatrickych-a-adiktologickych-sluzeb-cl-2757.html>

3) Služby v oblasti ambulantní léčby, substituční léčby

Název projektu/programu	Realizátor	Typ služby*	Adresa, telefon	Územní působnost, spádovost
Poradna pro alkoholové, a jiné závislosti	P-centrum, spolek	AL	Lafayettova 47/9, 779 00 Olomouc 585 221 983 733 362 942 info@p-centrum.cz	Olomoucko a okolní regiony
Ambulance adiktologie	Sdružení Podané ruce, o.s.	AL	Michalská 2 779 00 Olomouc 773 996 916 , 608 229 528 ambulance.ol@podaneruce.cz	Olomoucko a okolní regiony
Ambulance pro alkoholismus a jiné toxikomanie	Fakultní nemocnice v Olomouci	AL, SL	Klinika psychiatrie, FN Olomouc, I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc 588 443 519 , psychiatrie@fnol.cz	Olomoucký kraj
Ambulance adiktologie	Darmoděj, o.s.	AL	Bc. Stanislava Kotasová Tel: 774 416 504, 774 424 502 Nábřeží 539 Jeseník 790 01	Jesenicko

AL – ambulantní léčba, SL – substituční léčba

4) Služby v oblasti následné péče

Intervence v oblasti léčby a sociálního začleňování jsou zaměřeny zejména na návrat k životu bez drog, zlepšení celkového zdraví uživatelů návykových látek a závislých, zlepšení sociálního statutu a míry sociálního začlenění uživatelů návykových látek a

závislých a snížení negativních zdravotních a sociálních důsledků u uživatelů návykových látek a závislých

Název projektu/programu	Realizátor	Typ služby*	Adresa, telefon	Územní působnost, spádovost
P-centrum – Doléčovací centrum	P-centrum, spolek	<i>následná péče ambulantní, pobytová</i>	Lafayettova 47/9, 779 00 Olomouc info@p-centrum.cz 585 221 983 733 362 942	ČR
Doléčovací centrum Darmoděj	Darmoděj, o.s.	<i>následná péče ambulantní, pobytová</i>	Nábřeží 539/4 774 742 449, 774 424 502 790 01 Jeseník restart.restart@darmodej.cz	ČR

*ambulantní – následná péče ambulantní, pobytová – následná péče pobytová

5) Residenční léčba

Název projektu/programu	Realizátor	Typ služby*	Adresa, telefon	Územní působnost, spádovost
Terapeutická komunita Harmonie Terapeutická komunita Fides Terapeutická komunita Fénix	Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské v Bílé Vodě	1	Ves Bílá Voda 1, 790 69 Bílá Voda Ústředna: 588 517 555, 584 413 208-9 kontakt@olu.cz Zástupkyně ředitele: MUDr. Pavlína Danielová, danielova@olu.cz TK Harmonie 588 517 508, 588 517 541 harmonie@olu.cz TK Fides Tel: 588 517 542, 588 517 547, 584 414 156, 724 727 469 fides@olu.cz TK Fénix 588 517 518, 588 517 523, 728 239 759 tkfenix@olu.cz	ČR

Primariát VII. - Léčba závislostí	Psychiatric ká léčebna Šternberk	1,2	PL Šternberk Olomoucká 1848/173 785 01 Šternberk 585 085 111 info@plstbk.cz Primariát VII. - Léčba závislostí MUDr. Andrea Miklovičová, primář 585 085 211, 727 919 473 miklovicova@plstbk.cz www.lecbazavislosti.cz	Primariát VII. - Léčba závislostí
Středisko sekundární prevence a léčby závislostí	Vojenská nemocnice Olomouc	1, 3	Sušilovo náměstí 5 771 11 Olomouc 973 407 150, 973 407 320 Středisko sekundární prevence a léčby závislostí primář MUDr. Zdeněk Faldyna, 973 407 325	ČR

***1** Krátkodobé a střednědobé poskytnutí lůžkové péče, kterým je léčba problémových uživatelů a závislých na alkoholu a jiných návykových látkách ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v obvyklém rozsahu 5 až 14 týdnů,

akutní lůžková péče, kterou je diagnostická a léčebná péče poskytovaná pacientům, kteří se požitím alkoholu nebo jiných návykových látek uvedli do stavu, v němž jsou bezprostředně ohroženi na zdraví, případně ohrožují sebe nebo své okolí,

detoxifikace, kterou je léčebná péče poskytovaná poskytovatelem ambulantní a lůžkové péče,

rezidenční péče v terapeutických komunitách, kterou je program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6 až 15 měsíců,

substituční léčba, kterou je krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, jež spočívá v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku, je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantních služeb pod vedením lékaře; poskytovatelé zdravotních služeb, kteří poskytují substituční léčbu, jsou povinni hlásit pacienty do Národního registru léčby uživatelů drog, zřízeného zákonem o zdravotních službách.

***2** Neprovádí detoxifikaci, neposkytuje rezidenční péči v terapeutických komunitách.

***3** Neposkytuje rezidenční péči v terapeutických komunitách.

PhDr. Ilona Preslová

Vystudovala psychologii na Filozofické fakultě UK v Praze, absolvovala psychoterapeutické výcviky SUR, Bálint aj. Od r. 1998 pracuje v Denním stacionáři SANANIM, od r. 2001 jako jeho vedoucí. Spolupracuje s Centrem adiktologie, 1. LF UK v Praze, Filozofickou fakultou UK v Praze. Dále je lektorkou přípravných kurzů pro osvojitele a pěstouny. Působí jako supervizor ČIS a podílí se také na vzdělávání pomáhajících profesí, které pracují se závislými rodiči a ohroženými dětmi.

Dále je členkou Českého institutu pro supervizi, autorka či spoluautorka článků, sborníků a materiálů v oblasti závislostí, publikace v odborných (např. Čs.psychologie, Adiktologie, Sexuologie, Psychologie heute) i populárních časopisech a publikacích. Aktivně se účastní řady odborných mezinárodních konferencí.

- Denní stacionář SANANIM
- Janovského 26
- 170 00 Praha 7
- tel.: 220 803 130, 605 212 175
- e-mail: stacionar@sananim.cz