

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Pohled pracovníků kontaktních center na praktikování a význam

Harm Reduction

Diplomová práce

Autor:

Bc. Veronika Bacúšanová

Vedoucí práce:

MUDr. Lidmila Hamplová, Ph.D.

2010

Abstract

The thesis deals with the issue of care of drug addicts in the in the Czech Republic, particularly the Harm Reduction services. Contact centres provide a wide range of services to drug addicts and the most frequently used one is the provision of sterile needles which helps to prevent blood-transmitted diseases, such as hepatitis or HIV. Other services include provision of information, consulting, food and hygienic services and health care. The Harm Reduction services are provided in contact centres visited by the clients or in the form of street work, where field workers take care of the clients in their natural environment.

The theoretical part of the thesis describes the above-mentioned working procedures with clients, the legislative framework of the services and the current situation on the drug scene in the Czech Republic.

The practical part uses a qualitative form of research. The information was collected by means of structured interviews with open questions. The respondents were eleven workers of contact centres in the Central Bohemian region which has five such facilities. I cooperated with four of them for the purposes of the thesis.

The objective of the thesis was to demonstrate that the Harm Reduction services are important and beneficial from the viewpoint of workers of contact centres and to find out whether the contact workers have any suggestions about how to improve the Harm Reduction services in the Czech Republic. The groups of questions focused on the importance of the Harm Reduction services for clients from the viewpoint of the interviewed respondents, the attitudes of workers of contact centres to potential introduction of new Harm Reduction services in the Czech Republic and how the workers of contact centres perceive attitudes of the lay public to the Harm Reduction services. The established objectives of the thesis have been met.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Pohled pracovníků kontaktních center na praktikování a význam Harm Reduction“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 24.5.2010

.....

Podpis studenta

Ráda bych zde poděkovala MUDr. Lidmile Hamplové, Ph.D. za cenné rady a připomínky při psaní mé diplomové práce. Můj dík patří také pracovníkům kontaktních center v Kolíně, Benešově, Mladé Boleslavi a Příbrami, kteří mi byli nápomocni při provádění rozhovorů.

Obsah:

Obsah:	5
ÚVOD	7
1. SOUČASNÝ STAV	8
1.1 Základní pojmy	8
1.1.1 Droga	8
1.1.2 Drogová závislost a její důsledky	8
1.1.3 Prevence	9
1.1.4 Problémové užívání drog	10
1.1.5 Harm reduction	10
1.2 Legislativní rámec současné české protidrogové politiky a Harm Reduction .	11
1.2.1 Institucionální zajištění protidrogové politiky	13
1.2.2 Legislativní rámec služeb pro uživatele drog	14
1.2.3 Pracovníci ve službách pro uživatele drog	16
1.3 Harm Reduction	17
1.3.1 Vývoj Harm Reduction	17
1.3.2 Nízkoprahová kontaktní centra	19
1.3.2.1 Vymezení kontaktních center	20
1.3.2.2 Služby poskytované nízkoprahovými kontaktními centry pro drogově závislé	21
1.3.3 Terénní sociální práce – streetwork	22
1.3.3.1 Terénní práce s uživateli drog	23
1.3.4 Výměnný program	26
1.3.4.1 Distribuce želatinových tobolek	27
1.3.4.2 Výdejní automaty	28
1.3.4.3 Lékárny a jejich úloha ve výměnném programu	29
1.3.5 Aplikační místnosti – „šlehárny“	30
1.3.6 Substituční léčba	32

1.3.6.1 Buprenorfin	33
1.3 Stav na drogové scéně v České republice	34
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	36
2.1 Hlavní cíle práce	36
2.2 Dílčí cíle práce	36
3. METODIKA	37
3.1 Metoda sběru dat.....	37
3.1.1 Průběh rozhovorů	37
4. VÝSLEDKY	41
5. DISKUSE.....	67
6. ZÁVĚR	79
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	81
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	89
9. POUŽITÉ PŘÍLOHY	90

ÚVOD

Harm Reduction je téma, které je diskutabilní a ne vždy vzbuzuje pozitivní ohlasy, zejména mezi laickou veřejností. Jako český ekvivalent se používá výraz minimalizace rizik, a jak tento název napovídá, nesnaží se tyto služby o zabránění drogově závislým v užívání drog, nýbrž usilují o zmírnění škod vyplývajících z jejich užívání, a to především nitrožilního. Nitrožilní užívání drog totiž s sebou nese mnoho hrozeb, a to pro uživatele samotné a potažmo i celou drogou nezasáženou veřejnost. Pod těmito hrozbami je možné představit si přenos infekčních onemocnění a další zdravotní komplikace, které souvisí s používáním nesterilního injekčního náčiní nebo dokonce jeho sdílením mezi jednotlivými uživateli. Pokud toto nesterilní injekční náčiní nemají nitrožilní uživatelé možnost bezpečně zlikvidovat, mohou jej lidé nacházet pohozené na veřejných prostranstvích. Touto prevencí přenosu infekčních onemocnění se zároveň snižují náklady státu na jejich léčbu.

Kontaktní centra a jejich pracovníci hrají v této oblasti nezastupitelnou roli. V těchto zařízeních mají klienti možnost získat sterilní injekční materiál výměnou za ten použitý, který se zde shromažďuje a posléze je bezpečně zlikvidován. Dále hrají kontaktní centra důležitou roli v poskytování informačního servisu a poradenství nejen drogou užívajícím klientům, ale i jejich blízkým. Tyto služby tedy neznamenají „podporu feťáků“, jak to je možné často slyšet z řad neinformované veřejnosti, ale snaží se o ochranu zdraví jednotlivce, komunity a celé veřejnosti. Z toho důvodu reagují na aktuální potřeby a vyvíjejí se v závislosti na situaci v oblasti drog. Proto jsem se také rozhodla zjistit, jak tyto služby vnímají samotní pracovníci, a jaký mají názor na nové praktiky v této oblasti.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Základní pojmy

1.1.1 Droga

Pojem droga procházel v průběhu historie určitým vývojem. Podle definice WHO, zveřejněné v roce 1969, je drogou jakákoliv látka, která po vpravení do živého organismu může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí.

Podle definice Jiřího Presla se drogou rozumí každá látka (přírodní nebo syntetická), která splňuje dvě základní kritéria:

- a) Má tzv. psychotropní účinek. To znamená, že určitým způsobem ovlivňuje prožívání okolní reality člověka a mění jeho „vnitřní naladění“.
- b) Má tzv. „závislostní“ potenciál. To znamená, že může vyvolat závislost. Tento závislostní potenciál může mít rozdílnou intenzitu, přítomen je ale vždy (**58**).

1.1.2 Drogová závislost a její důsledky

Závislost na psychoaktivních látkách je považována za chronické recidivující onemocnění. Jeho hlavními třemi znaky jsou: nutkavé užívání a vyhledávání látky, ztráta kontroly nad jejím užíváním a záporný emoční stav (např. úzkost, podrážděnost), který se objeví v případě, kdy jedinec nemá možnost tuto látku získat a užít (**28**). Můžeme ji dělit na fyzickou závislost, způsobující fyzické obtíže po vysazení látky, což vede k dalšímu užití drogy za účelem překonání abstinčního syndromu, a psychickou závislost, způsobující neodbytné a nutkavé myšlenky na drogu tzv. „craving“ (**45**).

Drogová závislost s sebou nese spoustu rizik pro jedince, který sám drogy užívá, i pro jeho okolí a potažmo celou společnost. Ke zdravotním rizikům patří fyzické a psychické oslabení a snížení imunity, psychické komplikace, poškození životně důležitých orgánů či nervového systému, krevního oběhu, dýchání a trávení a v některých případech i smrt. Injekční aplikace drogy s sebou nese rizika spojená především s možností přenosu infekcí (hepatitidy, AIDS, otravy krve, záněty žil). U nastávajících matek může docházet k poškození plodu či dokonce ke vzniku závislosti u

dítěte. V oblasti sociální u jedince také dochází k mnoha problémům. Způsob života drogově závislých je nerealistický a rezignující před životními obtížemi a nejdůležitějším cílem je obstarat si drogu. Dochází k narušení rodinných, partnerských i přátelských vztahů. Potíže nastávají též v oblasti školy, zaměstnání a bydlení. Pro společnost může riziko znamenat kriminalita spojená s drogami (majetkové, násilné, mravnostní trestné činy), organizovaný zločin (obchod s drogami) a ekonomické důsledky - náklady na léčbu závislosti a dalších zdravotních následků, výdaje na přímý boj proti drogám (policie, soudy, věznice) a prevenci. Ke ztrátám také vedou krádeže, loupeže, daňové úniky, praní špinavých peněz, existence šedé ekonomiky apod. Další ztráty vyplývají z toho, že mnoho těchto lidí není ekonomicky aktivních či v důsledku užívání drog nedokončí vzdělání. Narušení sociálních jistot, sociálních a dalších vztahů může vést až k narůstajícím obavám veřejnosti (7).

1.1.3 Prevence

Prevenci je současně možno dělit na všeobecnou, selektivní a indikovanou nebo tradičně na primární, sekundární a terciární. Všeobecná prevence se zaměřuje na veškerou populaci (např. veškeré obyvatelstvo země, místní komunitu apod.) a jejím cílem je prospěch pro každého člena populace. Sem je možno zařadit školní protidrogovou prevenci, která je součástí učebních osnov (35). Selektivní prevence je zaměřena na skupiny populace, u nichž lze předpokládat zvýšené riziko sociálně patologických jevů (např. děti alkoholiků, děti se zhoršeným prospěchem apod.), a je zaměřena na celou skupinu stejně, bez ohledu na míru vystavení rizikovým faktorům (31). Indikovaná prevence se zaměřuje již přímo na konkrétní jedince, u nichž jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory, tj. faktory pro vznik závislosti a jiných sociálně patologických jevů (6).

Pokud použijeme druhé rozlišení, tak primární prevence se soustředí na drogu dosud nezasazenou populaci a jejím cílem je předcházet užití drogy nebo kontakt s drogou odložit do co nejvyššího věku. Sekundární prevence se zabývá již lidmi, kteří jsou zasaženi drogou, a snaží se u nich o zabránění vzniku, rozvoje a přetrvávání závislosti. Lze sem zařadit včasnou intervenci, poradenství a léčení. Do terciární

prevence se řadí takové aktivity, které usilují o předcházení vážnému nebo trvalému poškození zdraví nebo sociálních vztahů vyplývajícím z užívání drog. Sem je možno zařadit předcházení zdravotním rizikům u neabstinujících klientů, sociální rehabilitaci či doléčování (25).

1.1.4 Problémové užívání drog

Podle Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti je problémovým užíváním drog injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu. V České republice se problémové užívání drog spojuje především s pervitinem a heroinem či Subutexem. Užívání kokainu je na velmi nízké úrovni a prevalence jeho problémového užívání se tudíž neodhaduje (40).

1.1.5 Harm reduction

Do Harm Reduction patří aktivity spadající do terciární prevence, které v sobě obsahují intervence u klientů, kteří drogy aktuálně užívají a nejsou rozhodnutí toto své chování změnit. Tyto intervence jsou cíleny především na snižování zdravotních rizik, omezování přenosu infekčních onemocnění při nitrožilní aplikaci drog prostřednictvím výměnných programů a podáváním informací o možných komplikacích (29). Základní charakteristikou tohoto přístupu je pragmatičnost. Neusiluje o úplnou eliminaci užívání drog, ale snaží se minimalizovat škody, které z něj vyplývají. Zaměřuje se na stabilizaci klientova životního stylu, vychází přitom z jeho potřeb a ponechává na klientově svobodném rozhodnutí, kdy a zda se začne ze závislosti léčit. Je zde upřednostňováno zdraví a osobní zodpovědnost před perzekucí a kriminalizací. Zároveň bere na zřetel ochranu celé společnosti a vychází přitom z principů ochrany veřejného zdraví (21).

1.2 Legislativní rámec současné české protidrogové politiky a Harm Reduction

Protidrogovou politikou se rozumí komplexní koordinovaný soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření, včetně vymáhání práva, která se uskutečňují na mezinárodní, národní, krajské a místní úrovni. Konečným cílem těchto opatření je snížit užívání drog a/nebo potencionální škody a rizika, jež mohou jednotlivci a společnosti jako důsledek užívání drog nastat (26).

Na mezinárodním poli formulovala OSN v roce 1991 zásadu vyváženého přístupu v drogové politice. Vyváženým přístupem se zde rozumí to, že vedle uplatňování strategie postihování nabídky drog, se mají uplatňovat také strategie zaměřené na poptávku po drogách, tj. oblast primární, sekundární a terciární prevence. Harm Reduction, coby třetí strategie snižování poškození drogami, se začala prosazovat v průběhu 90. let minulého století. Drogová politika je na celosvětové úrovni reprezentována deklaracemi Valného shromáždění OSN (24).

Současná česká protidrogová politika je ve svých základních parametrech srovnatelná a kompatibilní s protidrogovou politikou realizovanou v rámci Evropské unie (30). Zastupuje tzv. střední proud drogových politik. Je totiž postavena na pragmatickém a racionálním přístupu, který si dává realistické a dosažitelné cíle, nezahrnující "společnost bez drog", ale opírající se o čtyři základní pilíře (primární prevence, Harm Reduction, léčba a resocializace a represe). Upřednostňuje komplexní a dlouhodobá opatření a vyváženost co do uplatňování prevence a represe. Zároveň vychází ze současných a ověřených poznatků o drogách a jejich užívání a je postavena na koordinovaném a interdisciplinárním přístupu k užívání drog (26).

Ke komplexnějšímu rozvoji protidrogové politiky došlo až po roce 1989, kdy byl ustanoven poradenský orgán - Komise vlády ČSFR pro narkotika. Tato komise ovšem v roce 1992 zanikla. Na prvním zasedání v roce 1993 rozhodla vláda o zřízení Mezirezortní protidrogové komise jakožto iniciačního, poradního a koordinačního orgánu vlády. Z ní později vznikla Rada vlády České republiky – Mezirezortní protidrogová komise a v roce 2002 Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Komise v srpnu 1993 schválila historicky první koncepci a program protidrogové

politiky na období 1993–1996, čímž byly položeny pilíře národní protidrogové politiky. Tato koncepce se již hlásila k vyváženému přístupu a konstatovala nedostatek realismu u represivně-prohibičního přístupu. Odmítla legalizaci drog, kriminalizaci uživatelů, zdůrazňovala svobodnou volbu pro život bez drog a jako priority stanovila boj s organizovaným zločinem, rozvoj služeb pro uživatele drog, (včetně služeb typu Harm Reduction). Také zdůraznila úlohu nestátních neziskových organizací jako poskytovatelů těchto služeb i jako partnerů vlády ve vytváření a realizaci protidrogové politiky. Uvedla i příklady nových typů zařízení jako nízkoprahová kontaktní centra, denní stacionáře či terapeutické komunity (26). Rok 1997 nebyl do vládních dokumentů zahrnut a dá se na národním poli označit jako rok setrvačnosti. Na mezinárodním poli došlo v tomto roce k pozastavení spolupráce. Od následujícího roku již protidrogovou politiku reprezentoval druhý vládní dokument *Koncepce a program protidrogové politiky na období 1998-2000*, jehož snahou bylo postupně doplňovat chybějící programy prevence, léčby a resocializace, stanovení tzv. minimální sítě služeb a zařízení. Dále vyjádřil snahu vytvořit systémové nástroje hodnocení kvality a efektivity realizovaných opatření (např. standardy, akreditační proces u služeb) a pracovat na rozvoji vzdělávání a financování (26).

Dalším klíčovým dokumentem protidrogové politiky byl strategický plán pod názvem *Národní strategie protidrogové politiky na období 2001–2004*. Strategie Harm Reduction se podobně jako v jiných zemích EU stala v tomto období jedním ze čtyř základních pilířů vládní politiky. Cílem v tomto období bylo zvyšování kvality a efektivity programů prevence, léčby a resocializace, jejich větší diferencovanost, rozšiřování spektra služeb a důsledná evaluace výstupů a praktických dopadů realizovaných opatření. Tím se toto období stalo významným z hlediska hodnocení a analýzy situace v oblasti drog. V roce 2002 bylo na Úřadě vlády České republiky zřízeno Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, které je orgánem odpovědným za sběr, analýzu, distribuci a koordinaci sběru dat na národní úrovni (26).

Následujícím dokumentem je *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*, k jejímž hlavním cílům patří potírat organizovaný zločin zapojený do nezákonného nakládání s drogami, vymáhat dodržování zákonů ve vztahu k distribuci

nelegálních drog a snížit užívání všech typů drog a potencionální rizika a škody, které mohou v důsledku jejich užívání jednotlivci i celé společnosti nastat. Důležitost je zde přisouzena potřebě reformy financování protidrogové politiky a s tím zlepšení koordinace mezi jednotlivými poskytovateli dotací, jež jsou také hlavními představiteli protidrogové politiky: stát, ministerstva, kraje a obce. K rozvoji, udržení kvality, dostupnosti služeb a ochraně uživatelů přispěl systém certifikace odborné způsobilosti drogových služeb sekundární a terciární prevence, který byl uveden do praxe v červnu 2005. V tomto období byl do praxe uveden nový nástroj ke zlepšení implementace strategie - akční plány (na období 2005-2006 a 2007-2009), které se již uplatňují v řadě zemí Evropské unie (26). Koordinace protidrogových politik EU je realizována prostřednictvím horizontální pracovní skupiny pro drogy (47).

1.2.1 Institucionální zajištění protidrogové politiky

Poradním, koordinačním a iniciativním orgánem vlády ČR pro protidrogovou politiku je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále RVKPP) (26). Statut a složení tohoto orgánu potkalo od svého založení několik změn (24). RVKPP předsedá premiér vlády ČR a místopředsdou je ministr či ministryně vlády pro oblast lidských práv a národnostních menšin (49). Za přípravu strategických dokumentů, jejich implementaci, financování programů protidrogové politiky a mezinárodní spolupráci dopovídá sekretariát RVKPP. S potřebou, aby protidrogová politika reagovala na aktuální situaci, bylo v roce 2002 na sekretariátě RVKPP zřízeno Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. To každoročně vypracovává zhodnocení situace a realizovaných opatření a výsledky publikuje ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR. Dále jsou při RVKPP ustavovány výbory za účelem zajištění realizace klíčových aktivit drogové politiky a pro analýzu vývoje drogové situace v ČR a pracovní skupiny za účelem řešení konkrétních problémů a plnění úkolů vycházejících z akčního plánu realizace Národní strategie jako stálé nebo jako ad hoc pracovní skupiny. Výše uvedené orgány zajišťují protidrogovou politiku na horizontální (centrální) úrovni (26).

Na vertikální (krajské, obecní) funguje síť protidrogových koordinátorů a protidrogových komisí zajišťující spolupráci mezi centrální a místní úrovní. Na vertikální úrovni působí *Výbor zástupců regionů*, který je složen ze zástupce sekretariátu RVKPP a příslušných krajských protidrogových koordinátorů. Jeho úkolem je koordinace a harmonizace protidrogové politiky státu a protidrogových politik krajů (26).

Krajský protidrogový koordinátor je klíčovým pojítkem pro přenos informací a opatření z národní úrovně na regionální a místní úroveň a zpět. Tito koordinátoři jsou zaměstnanci jednotlivých krajských úřadů a každý rok zpracovávají tzv. Výroční zprávu o realizaci protidrogové politiky kraje. Tato zpráva má ve všech krajích jednotnou strukturu. *Protidrogové komise* jsou zřízeny téměř ve všech krajích často jako poradní orgány primátora/hejtmana či jeho náměstka nebo rady kraje. Jejich význam je především v celistvém přístupu k problematice, jelikož jsou složeny z odborníků různých profesí. Podílí na analýze situace, zavádění opatření protidrogové politiky v závislosti na místních potřebách či na tvorbě návrhů dílčích a koncepčních změn na místní úrovni. *Pracovní skupiny* v krajích se podílejí na řešení aktuálních a specifických problémů krajů na odborné úrovni a zastoupeni by v nich měli být nejdůležitější poskytovatelé služeb. *Místní protidrogový koordinátor* – protidrogoví koordinátoři v obcích, podobně jako krajské protidrogové koordinátoři, zajišťují koordinaci protidrogové politiky, realizaci opatření na místní úrovni a přenos informací mezi krajskou a obecní úrovní (26).

1.2.2 Legislativní rámec služeb pro uživatele drog

Léčby závislostí se legislativně dotýká mnoho zákonů a podzákoných předpisů, z nichž nejdůležitější je zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, jehož platnost přetrvává již z období socialismu, a který byl mnohokrát novelizován. Další předpisy z oblasti zdravotnického práva definují oblasti zdravotního pojištění, zdravotnických profesí, nestátních zdravotnických zařízení, kontrolu infekčních onemocnění a ochranu veřejného zdraví atd. V oblasti léčby uživatelů drog je nejvýznamnější zákon č.379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky,

alkoholem a jinými návykovými látkami, který poprvé za existence ČR definoval typy služeb určených uživatelům drog: akutní lůžková péče, detoxifikace, terénní programy, kontaktní a poradenské služby, ambulantní léčba závislostí, stacionární programy, krátkodobá a střednědobá ústavní, rezidenční péče v terapeutických komunitách, programy následné péče, substituční léčba (40).

V roce 2006 byl přijat zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který stanovuje především typy sociálních služeb, jejich financování a zajištění jejich dostupnosti a kvality. Uživatelé drog jsou v zákoně uvedeni jako cílová skupina některých služeb sociální prevence a k oblasti léčby a péče o uživatele drog se vztahují následující typy sociálních služeb: terénní programy, kontaktní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, sociální poradenství a telefonická krizová pomoc, sociální rehabilitace, terapeutické komunity, služby následné péče, chráněné bydlení a domovy se speciálním režimem (40).

Z těchto výše uvedených výčtů služeb, definovaných v zákonech, je možné pozorovat překryv mezi zdravotnickým a sociálním zakotvením služeb pro uživatele drog, z něž vyplývá konflikt, který se projevuje v praxi při poskytování těchto služeb. V roce 2008 byla předložena koncepce adiktologických ambulantních služeb navrhující systémové změny za účelem optimalizace a posílení současné sítě zařízení poskytujících ambulantní služby uživatelům návykových látek a také změnu v jejich financování (40).

Kontaktní centra se řídí akreditačními standardy ministerstva zdravotnictví (dále jen MZ) i standardy ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen MPSV). Dle standardů MPSV patří do souboru služeb, které poskytují specifická kontaktní centra, sociální služby související s aktivizací, výchovou, vzděláváním, pomocí s prosazováním práv, poradenstvím, odborným poradenstvím, terapeutickými službami a instrumentální pomocí (ubytování, hygiena, strava). Akreditační standardy MZ (2001) zahrnují do služeb prováděných v nízkoprahových kontaktních centrech kontaktní služby, poradenství a motivační trénink, programy Harm Reduction, diferenciatně diagnostický filtr a zprostředkování léčby (32).

1.2.3 Pracovníci ve službách pro uživatele drog

Od roku 1980 je možná specializace v „lčení alkoholismu a jiných toxikomanií“, která je podle vyhlášky č. 185/2009 Sb. nástavbovým oborem specializačního vzdělávání lékařů „návykové nemoci“. Odborná způsobilost pracovníků v sociálních službách je definována zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Předpokladem k výkonu profese sociálního pracovníka je vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání dosažené v programech zaměřených na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku. V jiných případech je podmínkou absolvování akreditovaného vzdělávacího kurzu v rozsahu minimálně 200 hodin a dosažení praxe v délce 5-10 let **(40)**.

V roce 2008 byl novelizován zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Novelou č. 189/2008 Sb. bylo do zákona vloženo mimo jiné i ustanovení, které vymezuje odbornou způsobilost k výkonu povolání adiktologa **(40)**.

Výkon povolání adiktologa obsahuje činnost v rámci preventivní, léčebné a rehabilitační péče v oboru adiktologie, tzn. prevence a léčba závislosti na návykových látkách a dalších závislostí **(60)**. Tuto způsobilost je možné získat absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského studia v oboru pro přípravu adiktologů, které je vyučováno Centrem adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice UK v Praze od akademického roku 2005/2006 **(40, 60)**, nebo absolvováním nejméně tříletého studia v oborech sociálního, psychologického nebo speciálně pedagogického směru na vyšších odborných nebo vysokých školách a akreditovaného kvalifikačního kurzu adiktolog, pokud byl zahájen do konce roku 2011. Další možností je získání způsobilosti všeobecné sestry a akreditovaného kvalifikačního kurzu adiktolog, pokud byl zahájen do konce roku 2011 **(60)**.

Většina pracovníků, kteří pracují ve službách pro uživatele drog mimo zdravotnická zařízení, má statut sociálního pracovníka. Mimo tyto uvedené zákonné podmínky jsou kvalifikační předpoklady pro práci s uživateli drog stanoveny také ve Standardech odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog **(40)**. Podle nich by program kontaktního centra měl být veden kvalifikovaným odborným pracovníkem

(manažerem) s odpovídajícím, minimálně středoškolským vzděláním a s minimálně jednoletou praxí v oblasti sekundární a terciární prevence drogových závislostí a s ukončeným psychoterapeutickým výcvikem. Tým pracovníků kontaktního centra by měl být multidisciplinární zejména s ohledem na holistický model závislosti a na poskytované služby (48). Další, kdo se podílí na chodu kontaktního centra, jsou specialisté, tzn. externí pracovníci, vybíraní v závislosti na potřebách cílové skupiny (psychiatri, infektionisté, gynekologové, praktičtí lékaři, psychoterapeuti, speciální pedagogové či zdravotní sestry). Pro některé aktivity jsou využíváni také dobrovolní spolupracovníci, kterými mohou být angažovaní zájemci, studenti relevantních oborů nebo duchovní. Mohou se jimi stát také bývalí uživatelé návykových látek, zejména v oblasti navazování kontaktu s obtížně kontaktovatelnou klientelou (32).

Všichni tito pracovníci jsou očkovaní nebo závazně poučeni o potřebě očkování proti hepatitidám A a B a jsou proškoleni o zacházení s potenciálně infekčním materiálem (použití jehly a stříkačky) s co největším ohledem na ochranu vlastního zdraví a podle předpisů o nakládání s nebezpečným odpadem (48).

1.3 Harm Reduction

1.3.1 Vývoj Harm Reduction

Poté, co se na počátku 80. let minulého století rozšířila problematika HIV/AIDS, rozvinula se diskuse poukazující na vážná rizika sexuality a na účinnou možnost ochrany (zejména používání prezervativů a monogamie). Zdůrazněna byla především individuální osobní zodpovědnost za své zdraví. V červnu roku 2001 se konalo mimořádné zasedání Valného shromáždění OSN, které se zabývalo jednotlivými aspekty HIV/AIDS, a jehož výsledkem byla společná deklarace členských zemí. Tato deklarace definovala nejzávažnější problémy a určila zároveň časové limity na jejich řešení. V oblasti drogové problematiky zde byla zdůrazněna prevence přenosu viru HIV, a to s ohledem na nitrožilní užívání. Vycházelo se zde ze zkušenosti, že u této skupiny populace je možné za určitých okolností zabránit vzniku nových infekcí, a to prostřednictvím tří vzájemně doplňujících se strategií:

- Snížení rizikovosti chování, jehož se má docílit "bezpečnějším" užíváním drog.
- Léčba drogové závislosti (methadonové programy apod.)
- Dostupnost sterilního injekčního náčiní (výměnné programy)

Podle dosavadních hodnocení těchto aktivit se prokázalo, že tyto programy napomáhají ke snížení výskytu v této populaci až o 5-6% (33). K prvním evropským zemím, které toto začaly praktikovat, patřila Velká Británie (preskripce návykových látek) a Nizozemí (výměnné programy). Další programy vycházející z této strategie jako consumption rooms (aplikační místnosti) či testování tanečních drog se objevovaly i v mnoha dalších evropských zemích, například v Německu a ve Švýcarsku. Koncem devadesátých let se pak Harm Reduction uvádí jako jeden ze čtyř pilířů evropské protidrogové politiky (20).

Velká Británie

Již ve dvacátých letech se ve Velké Británii objevil přístup Harm Reduction. V roce 1920 doporučila Rollestonova komise v určitých případech podávání kokainu a heroínu závislým na lékařský předpis a tím jim pomoci vést smysluplný život. Podobný přístup se znovu objevil v Liverpoolu v Merseyside v devadesátých letech, kde model Harm Reduction zahrnoval mnoho služeb jako výměnu injekčního materiálu, poradenství, preskripci heroínu a kokainu či nepříliš úspěšné nabízení zprostředkování detoxifikace a léčby. Důležitou roli zde hraje také policie. Pokud je některý pachatel poprvé zatčen za nedovolené držení drog, není mu ihned udělen záznam do trestního rejstříku a není dále stíhán. Naopak jsou mu poskytnuty informace o léčebných a výměnných programech. Uživatelé, kteří jsou registrovanými klienty zařízení, mohou legálně držet drogy pro vlastní potřebu. V opačném případě je držení drog pro vlastní potřebu ve Velké Británii trestné (20).

Nizozemí

V souvislosti s rostoucím drogovým problémem koncem šedesátých let minulého století byl v Nizozemí v roce 1972 vydán dokument, který měnil pohled na dosavadní protidrogovou politiku. Ta by v sobě měla obsahovat i hledisko rizik pojících se s užíváním drog. V roce 1976 byly zákonem drogy podle účinku na uživatele rozděleny na drogy s akceptovatelným rizikem (např. konopí) a drogy s neakceptovatelným rizikem (např. kokain, heroin, amfetaminy, LSD). Z pohledu veřejného zdraví nevidí nizozemská drogová politika zneužívání drog primárně jako problém policie a soudů. Zároveň je základním hlediskem tělesná a duševní pohoda klienta a důraz na to, že užívání drog neovlivňuje jen jeho samotného, ale i jeho okolí. Jako důkaz pragmatičnosti nizozemské drogové politiky může sloužit akvizice uživatelů drog. V roce 1980 vznikla v Rotterdamu tzv. Liga uživatelů ("Junkiebond") a čtyři roky na to byl založen v Amsterdamu první výměnný program (20).

1.3.2 Nízkoprahová kontaktní centra

Kontaktní centra dle § 59 zákona č. 108/2006 Sb, o sociálních službách:

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

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

- a) sociálně terapeutické činnosti,
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- c) poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (59).

V bývalém Československu existovala před rokem 1989 síť tzv. AT ordinací (pro léčbu alkoholismu a jiných toxikomanií), záchytné stanice, specializované protialkoholní léčebny a psychiatrická lůžková oddělení. Po roce 1989 řada AT ordinací zanikla z důvodu restrukturalizace sítě zdravotnických zařízení, avšak systém léčebné péče se začal rozšiřovat o nestátní a nezdravotnická zařízení reagující na nové trendy v oblasti užívání návykových látek. V souvislosti se změnami ve společnosti začal být

brán větší zřetel na psychosociální a veřejnozdravotnickou stránku vývoje závislosti, čímž se otevřela cesta pro uplatnění pedagogů, psychologů či sociálních pracovníků. Důraz se začal přesouvat od medicínského přístupu k závislým (farmakoterapie, výchovné prostředky) k prevenci a psychosociálním souvislostem vzniku tohoto typu chování. Vyskytla se potřeba včasného kontaktu s nově se rozvíjející generací problémových uživatelů drog a závislých. To se mohlo uskutečnit prostřednictvím otevřených "dveří" s nízkým prahem, které by umožňovaly vstup do systému vedoucího k léčbě, ale i včasnému varování a snížení rizika důsledků závislostního chování. Během devadesátých let narostl počet takovýchto zařízení. V Národní strategii protidrogové problematiky v roce 2001 byl přístup Harm Reduction zakotven jako jeden ze základních pilířů protidrogové politiky. Došlo k formulování principu nízkoprahovosti a byly definovány programy terénní práce a výměnné programy, poradenství a kontaktní centra (32). Síť nízkoprahových služeb v České republice je budována od roku 1992 a v současnosti je jejich nabídka stabilní a relativně dostatečná (37).

1.3.2.1 Vymezení kontaktních center

Kontaktní práce se dělí na dvě formy: *stacionární* (nízkoprahová kontaktní centra) a *mobilní* (streetwork, terénní práce). Samotná kontaktní centra jsou dle standardů sociálních služeb diferencována na *nespecifická*, jejichž cílem je pomoc při utváření a aktivizaci životního stylu či přispívat ke změnám v rizikovém vývoji, a *specifická*, která poskytují cílené služby jednotlivcům a sociálním skupinám, jež jsou postiženy rizikovými jevy jako drogy, AIDS, prostituce, oběti trestných činů, bezdomovectví, nezaměstnanost apod. Významným principem nízkoprahových služeb je veřejná přístupnost odborných služeb bez ohledu na pohlaví, věk, rasu, politické přesvědčení, náboženství, právní či společenské postavení, psychický či fyzický stav a socioekonomický status osob využívajících tyto služby. Dalším důležitým principem je nevyžadování abstinence jako podmínky spolupráce a respekt k volbě klienta. Vždy je mu nabídnuta pomoc. Anonymní kontakt slouží k odbourání stigmatizace z návštěvy odborné instituce a dopomáhá k budování důvěry mezi klientem a pracovníky (32).

Přestože klienti často nejsou motivováni k terapii, předpokládá se, že při dlouhodobém kontaktu může dojít ke zvýšení této motivace (34).

1.3.2.2 Služby poskytované nízkoprahovými kontaktními centry pro drogově závislé

Kontaktní práce patří mezi základní aktivity nízkoprahových zařízení a je provozována v kontaktní místnosti, která se odlišuje od charakteru tradiční zdravotnické instituce. Během kontaktní práce dochází k navázání kontaktu s klientem, vytvoření vzájemné důvěry a odhalení základních problémů a potřeb (32). Součástí kontaktní práce je i zjišťování údajů o místní drogové scéně (41). V kontaktní místnosti jsou klienti spolu s pracovníky a jejímu provozu napomáhá spoluspráva z řad klientů. Délka pobytu zde je omezena a to většinou na 2 hodiny, v zimním období na 3 hodiny. V kontaktní místnosti mohou být klienti pod vlivem drogy. Pokud pravidla provozu zařízení klient poruší, musí odejít, a dostává na určité časové období zákaz vstupu (24).

Výměnný program zahrnující výměnu injekčního náčiní, distribuci dezinfekčního materiálu a dalších pomůcek a zdravotnického materiálu (32).

Zdravotní péče: základní zdravotní ošetření a neodkladná péče, zajištění testování na HIV a hepatitidy (32). V současnosti v různé míře probíhá v kontaktních centrech testování na přítomnost infekčních onemocnění. Všechny tyto testy na HIV a virové hepatitidy, které jsou v ČR používány, by měly být náležitě registrovány MZ ČR a posouzeny Národní referenční laboratoří. Manuál testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních doporučuje jako minimální vzdělání pracovníka provádějícího tyto testy středoškolské vzdělání (zdravotnické, pedagogické, pomáhající profese), kurz krizové intervence, kurz první pomoci a alespoň šest měsíců praxe s uživateli návykových látek. Nejvhodnější pro potřeby nízkoprahových zařízení jsou jednoduché a rychlé testy z kapilární krve, pro něž není potřeba laboratorní průprava a výsledek je k dispozici okamžitě nebo slinné testy, které probíhají po zaškolení pracovníků (8).

Základní poradenství: Toto poradenství se týká zdravotního stavu klienta, rizik (zdravotních a sociálních) vyplývajících z užívání drog a jejich minimalizace, dále informací o možnostech léčby, sociální rehabilitace, léčebných a jiných odborných

zařízeních a zprostředkování léčby (32).

Další krátkodobá intervence: krátkodobá práce s rodinou či partnerem klienta a krizová intervence (32).

Strukturované poradenství a motivační trénink: Toto je často chápáno jako vyšší stupeň služeb kontaktního centra, jelikož klient zde již vystupuje z anonymity a ze společenství v kontaktní místnosti a účastní se na terapeutickém či poradenském vztahu.

Sociální práce, která může mít podobu jednorázové intervence i case management. Pracovník zde může působit při hledání zaměstnání, bydlení, vyřizování dokladů, asistence při kontaktu s rodinou, úřady, soudem, policií atd. (32).

Doplňkové služby, které spolu se základní zdravotní péčí zajišťují podmínky nezbytné k přežití. Patří sem hygienický servis (sprcha, praní prádla), potravinový servis (polévka, čaj...) a vitamínový servis (32). Za tímto účelem je v kontaktním centru zřízen kuchyňský kout, WC, umývárna, sprchový kout, prostor pro pračku a sušárna (41).

V jednotlivých zařízeních se spektrum poskytovaných služeb liší a to závislosti na kapacitě zařízení, jeho finančních možnostech a na poptávce ze strany uživatelů. Řada zařízení spolupracuje v oblasti prevence a testování infekcí s orgány veřejného zdraví (krajské hygienické stanice, zdravotní ústavy). Podoba a rozsah této spolupráce se liší a závisí především na ochotě a na nabídce zdravotních ústavů, resp. jejich HIV/AIDS poraden (38).

1.3.3 Terénní sociální práce – streetwork

Terénní programy podle § 69 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách:

(1) Terénní programy jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných a psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny.

Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně.

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

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (59).

1.3.3.1 Terénní práce s uživateli drog

Terénní práce (streetwork) s uživateli drog vychází z principu ochrany veřejného zdraví a pragmatického přístupu Harm Reduction, který umožňuje práci s klienty na všech stupních drogové závislosti. Oslovuje i uživatele drog, kteří nevyužijí z různých důvodů pomoc standardní zdravotní či sociální instituce, a to ani nízkoprahových zařízení. Terénní práce je specifická forma sociální služby, která je poskytována přímo na ulici, nečeká, až se na ni někdo obrátí s problémem, ale sama se aktivně nabízí v místech vznikajících sociálních konfliktů. Cílovou skupinou terénní práce jsou jedinci nebo skupiny, kteří nejsou zachycováni stávajícími institucemi buď proto, že těmto institucím nedůvěřují, a tudíž se jim vyhýbají, nebo proto, že v nich nenacházejí takové služby, které potřebují. K těmto skupinám lze zařadit bezdomovce, prostitutky a prostitutky, příslušníky etnických menšin, migranty a uživatele drog jako specifickou cílovou skupinu (21).

Terénní práce je často první službou, se kterou se uživatel drog setkává. Jedná se o obtížně získatelnou klientelu s minimální motivací vyhledat službu a řešit takto své problémy. Na drogové scéně sem lze zařadit mladé lidi v počátečních stádiích experimentů s drogou (tzv. experimentátoři); „děti ulice“ nacházející přechodný azyl v drogových bytech; pravidelné uživatele drog, jejichž sociální či zdravotní situace ještě není natolik debaklová, aby byli motivováni ke kontaktu s pomáhající institucí a problémové uživatele drog v rozvinutém stupni závislosti, kteří často nejsou schopni vyhledat a využít pomoc institucí. Terénní práce je zaměřená především na klienty, kteří se chovají rizikovým způsobem a nejsou motivováni ke změně takového chování. Hlavním posláním terénních programů je navázat s klienty vztah založený na vzájemné důvěře a následně je motivovat ke změně rizikového chování a udržení této změny. Navázání kontaktu usnadňují služby (např. výměnný program), které pracovníci klientům nabízí (21).

V terénních programech je kladen velký důraz na osobnostní předpoklady pracovníka. Důležitými kvalitami jsou komunikační dovednosti, schopnost tvořivě myslet a nekonvenčně jednat. Jako hlavní kritéria při výběru nových zaměstnanců by měla být komunikativnost, respekt a věrohodnost a pochopení pro problémy spojené s užíváním drog. Některé z terénních programů využívají současné nebo bývalé členy cílové komunity jako placených pracovníků či dobrovolníků. Specifickou skupinou jsou externí pracovníci, což jsou stabilizovaní aktivní uživatelé drog pracující především na uzavřené drogové scéně, tzn. utajené byty (byty vařičů drog) nebo byty, v nichž je pohyb profesionálů ohrožující. Externí pracovníci zde tedy zprostředkovávají distribuci informací a materiálu na místa, kam je jinak velmi problematické je doručit, a zároveň mohou díky proškolení a znalosti drogové scény podávat tyto informace srozumitelným a přijatelným způsobem pro ostatní uživatele drog (21). Další, pomalu se rozvíjející, formou terénní práce je komunální terénní práce probíhající v institucích zaměřujících se na práci s jinou cílovou skupinou. Tyto skupiny jsou definovány na základě jiných znaků, než je užívání drog, např. vězení, erotické kluby, ubytovny, školy apod. Cílem je maximalizovat počet lidí, kterým se dostalo osvěty. Problémem je, že žádná instituce nechce veřejně přiznat, že její klienti užívají drogy (armáda, pracovnice erotických služeb...), k čemuž by podle nich došlo, kdyby vpustily terénní program do svého prostoru (27).

Terénní práce s uživateli drog je tvořena následujícími složkami:

Výměna injekčního materiálu: nejen stříkačky, ale i kondomy, aluminiové folie, alkoholové tampony, náplasti filtry, kyselina askorbová, sterilní voda do injekcí. Součástí této činnosti je motivace klientů k bezpečné likvidaci použitého injekčního materiálu a zároveň slouží jako důležitý prostředek k navázání kontaktu s klientem (21). Kontaminované stříkačky a jehly jsou přímo na ulici shromažďovány do umělohmotných kontejnerů, které má terénní pracovník s sebou. Po naplnění se kontejner ireverzibilně uzavře a odnese se do kontaktního centra k odborné likvidaci (27).

Podávání informací: informace o působení drog, důsledcích, rizicích aplikace a bezpečnějších způsobech užívání drog, závislosti, hygienických návyků, bezpečném sexu atd. Informace lze podávat ústně nebo prostřednictvím pro klienta srozumitelných letáků.

Sociální a zdravotní poradenství: Klienti se často potýkají s problémy, jako jsou ztráta občanského průkazu, hledají ubytování či zaměstnání, potřebují kontakt na probační a mediační službu, řeší problémy v trestně právní oblasti. Časté jsou zdravotní komplikace, například abscesy, poškozené žíly, hepatitidy atd. Terénní pracovník je některé situace schopen vyřešit na místě. Pokud není schopen klienta na ulici ošetřit, odkáže jej na příslušná zařízení.

Poradenství a krizová intervence zaměřené na zvládnání aktuálních problémů klienta, motivaci k navázání kontaktu se zdravotnickými a sociálními zařízeními a zprostředkování kontaktu s těmito institucemi **(21)**.

K dalším typickým službám nabízeným terénní pracovníkem patří nácvik bezpečnějších praktik užívání drog, nácvik odmítnutí rizikového chování, nácvik bezpečné likvidace použitého injekčního materiálu, nácvik užití kondomu spolu s informacemi o bezpečném sexu či nácvik jednání s institucemi a kontaktu s úřady **(27)**.

Terénní pracovník může klienta odkázat například na kontaktní centra či jiné terénní služby, v nichž může být klientovi poskytnuto poradenství, základní zdravotní a sociální pomoc; léčebná zařízení pro uživatele drog (denní stacionáře, terapeutické komunity, substituční program, detoxifikační jednotky apod.); zdravotnická zařízení poskytující ošetření, testy na infekční onemocnění, psychiatrickou péči; krizová centra; sociální služby (sociální kurátor, úřad práce, probační a mediační služba, občanské poradny, azylové domy apod. **(43)**).

Taška terénního sociálního pracovníka obsahuje například stříkačky „insulinky“, desinfekční polštářky v uzavřených sáčkích, vodu pro injekční použití, suché tampony, filtry sloužící k přefiltrování látky do stříkačky, balenou kyselinu askorbovou k rozpouštění heroinu, alobal především za účelem kouření heroinu, speciální kontejner na špinavé stříkačky a jehly, prezervativy, vizitky a letáky institucí poskytujících služby

pro uživatele drog, informační materiály, např. o AIDS, hepatitidách, flegmónách, abscesech apod., gumové rukavice, balíček sloužící při poskytnutí první pomoci a další doplňky jako igelitové sáčky a náplasti (27).

1.3.4 Výměnný program

Za základní předpoklad komplexních programů prevence přenosu infekčních onemocnění je v současnosti považováno zpřístupnění injekčního náčiní injekčním uživatelům drog a osvěta v oblasti jejich používání. Toto zpřístupňování sterilních injekčních jehel a stříkaček vyžadovalo vypracování škály opatření, mezi něž patří například programy výměny injekčních jehel a stříkaček, jejich distribuce, prodej či výměna v lékárnách, distribuce ve výdejních automatech nebo jiná forma distribuce, strategie a programy podporující vhodné způsoby likvidace použitého injekčního náčiní. Úsilí je též vynakládáno na zvyšování informovanosti, změnu postojů a omezování rizikového chování (55), což přispívá k ochraně veřejného zdraví, jelikož injekční aplikace drogy s sebou nese vážná zdravotní rizika. V oblasti snižování zdravotních rizik se jako jedno z opatření osvědčil právě výměnný program (15). Podle WHO může poskytnutí cca 200 sterilních stříkaček na jednoho injekčního uživatele za rok znamenat významné omezení šíření infekčních chorob. Jedná se o jakýsi pomocný údaj a spotřeba injekčního náčiní se u různých uživatelů liší a efektivní výměnný program by měl zajistit, aby každý injekční uživatel v dané lokalitě měl možnost se dostat ke sterilnímu injekčnímu materiálu v takové míře, která pokryje jeho potřebu (18).

K nákaze infekčními onemocněními dochází v různých fázích přípravy drogy, přičemž kontaminovány nemusí být nutně jen stříkačky a jehly, ale třeba také lžice, která slouží k rozpuštění drogy před její aplikací (50). Výměnné programy proto zahrnují kromě výměny injekčních stříkaček a jehel také distribuci dalšího náčiní pro méně rizikovou aplikaci. Tímto náčiním je sterilní voda, dezinfekční tampóny či bavlněné filtry. Pro účely hodnocení efektivity je důležitý indikátor návratnosti (poměr vydaných a vrácených stříkaček). Tento indikátor by měl v optimálním případě přesáhnout 100%, jelikož do oběhu se dostává i injekční náčiní získané jinou cestou, například v lékárnách (24).

Výměnné programy mají v ČR formu stabilních míst (kontaktní centra) a terénních programů. V ČR jsou injekční jehly a stříkačky běžně v prodeji v lékárnách, ovšem ty do výměnného programu zapojeny nejsou a taktéž nejsou tyto programy realizovány ve věznicích (23).

V roce 2008 poskytovalo výměnný program v České republice 98 nízkoprahových zařízení za sta. Každý uživatel, který v tomto roce nízkoprahové zařízení navštívil, vyměnil průměrně 9,7krát a dohromady obdržel 208 sterilních stříkaček. Výměnné programy jsou kromě injekčních stříkaček doplňovány o distribuci aluminiové fólie, používané ke kouření heroinu a o distribuci želatinových tobolek, které jsou učeny především uživatelům pervitinu (40).

1.3.4.1 Distribuce želatinových tobolek

Prázdné želatinové tobolky určené k aplikaci drogy ústy se poprvé objevily v roce 2006 na jižní Moravě. Jako inspirace posloužila pozorování některých uživatelů drog, kteří si drogu balili do plastických nebo papírových sáčků, a následně je polykali. Důvodem byly problémy s injekční aplikací drogy v důsledku poškození žil (11).

Primární cílovou skupinou jsou injekční uživatelé pervitinu hledající alternativu k injekčnímu užívání drogy z důvodu poškození žil. Dále k cílovým skupinám patří rekreační uživatelé pervitinu, kteří nemají zkušenosti s injekční aplikací drogy a sociálně stabilizovaní uživatelé, pro něž je problematické si za určitých okolností aplikovat drogu injekčně, například v práci. Po požití kapslí nechybí tzv. nájezd účinku drogy a zároveň je eliminována typická hořká chuť po běžném orálním užití drogy. K dalším výhodám kapslí patří snadná příprava a bezpečnost aplikace. Na druhou stranu zde ale vystupuje riziko související s orálním užitím pervitinu, kterým je poškození sliznic a trávicího traktu. Uživatelé opiátů nepatří k cílovým skupinám pravděpodobně z důvodu nižší metabolické dostupnosti opiátů ze zažívacího traktu, a tudíž nižšímu zájmu užívat drogu perorálně (40).

1.3.4.2 Výdejní automaty

Výdejní automaty na Harm Reduction materiál se objevily poprvé v červnu roku 1987 v dánské Kodani a několik měsíců poté byly tyto automaty použity v Norsku a následně byly uvedeny do dalších evropských zemí, jako Švýcarsko, Německo, Francie, Itálie, Nizozemí či Rakousko (22). Mimo Evropu se pro výdejní automaty rozhodla například Austrálie či Nový Zéland. V ČR v roce 2008 spustilo o. s. Progressive program NON STOP 24, jehož náplní byl pilotní provoz dvou výdejních automatů v Praze 5. Program distribuce injekčního materiálu prostřednictvím výdejních automatů je v ČR zatím ojedinělý. Umožňuje přístup Harm Reduction materiálu specifickým skupinám injekčních uživatelů drog. K nim patří především obtížně kontaktovatelné (hard-to-reach) a vysoce rizikové (high-risk) skupiny uživatelů (23).

Za obtížně kontaktovatelné uživatele lze považovat jedince a skupiny žijící na okraji společnosti např. sociálně vyloučené etnické menšiny či lidé bez domova. Jde tedy o osoby, které se dostaly na okraj společnosti, a o osoby, které z různých důvodů o kontakt s institucemi nestojí. Za vysoce rizikové skupiny jsou považovány skupiny uživatelů, u nichž je zvýšené riziko nákazy infekčním onemocněním. Jde o uživatele pocházející z rizikových zemí (ty země, kde je mezi uživateli drog vysoká prevalence infekčních onemocnění), dále osoby se značně rizikovým způsobem života či osoby ve výkonu trestu odnětí svobody. Sekundární cílovou skupinou jsou osoby, které z nějakých zdravotních důvodů potřebují injekční náčiní (např. diabetici) nebo potřebují prezervativ a nemohou si je z důvodů zavřených obchodů či stydlivosti zakoupit jinde (23).

Hlavní výhody výdejních automatů tkví v jejich nepřetržité dostupnosti 24 hodin denně po celý rok, možnosti oslovení skrytých a rizikových skupin injekčních uživatelů drog, vysoká míra anonymity, nízké provozní náklady, místo pro bezpečné odhození infekčního materiálu (bezpečnostní kontejner nabízí možnost bezpečného odhození použitých jehel a stříkaček, které jsou posléze odborně likvidovány) či snadná obsluha. Automaty také své uživatele oslovují formou informací vylepených přímo na automatu (např. o infekčních onemocněních, kontaktech na různá zařízení apod.) (23).

Negativa může představovat obava, že v důsledku nekontrolované a všeobecné dostupnosti zdravotnického materiálu dojde ke zvýšení prevalence užívání drog, dosavadní studie ovšem tuto obavu nepotvrdily. Další negativum představuje absence přímého kontaktu s odborným personálem, který může uživateli poskytnout informace, poradenský rozhovor či předání do dalšího typu služeb. Také veřejnost se k této praxi může stavět negativně. Jistá část veřejnosti totiž zastává názor, že vláda má proti drogám bojovat a automaty se jim tudíž mohou jevit jako ústupek nebo dokonce podpora užívání drog. Tento fakt se projevil i v postoji veřejnosti a úřadů k pilotnímu projektu NON STOP 24 v Praze (23). V říjnu 2008 byl ze strany Městské části Praha 5 projekt zastaven, přestože byla klienty tato služba hodnocena pozitivně (40).

O.s. Progressive také zahájilo v červnu 2009 projekt FIX POINT, který zahrnuje instalování speciálních bezpečnostních kontejnerů sloužících k odhazování použitého injekčního materiálu. Tyto kontejnery jsou umísťovány tak, aby byly co nejdostupnější pro injekční uživatele drog. Cílem tohoto projektu je umožnit bezpečnou likvidaci injekčního náčiní v lokalitách zatěžovaných injekčním užíváním drog (40).

1.3.4.3 Lékárny a jejich úloha ve výměnném programu

S výjimkou Švédska je injekční materiál prodáván nebo vydáván bez předpisu ve všech zemích Evropy. V průběhu let 2002-2007 z osmi států EU a Norska byly hlášeny odhadované počty vydaného injekčního materiálu a počty výměnných programů v lékárnách. Nejvíce výměnných programů bylo v roce 2003 hlášeno ve Francii, kde přibližně v 18ti tisících lékáren bylo vydáno zhruba 5 598 000 kusů injekčních stříkaček. V Portugalsku v současnosti stojí síť výměnných programů především na výměně v lékárnách. Lékárny jsou udávány jako nejběžnější zdroj injekčního materiálu pro intravenózní uživatele drog například v Belgii (30-45%), Lucembursku (32%) či Maďarsku (30-40%) (14).

V České republice představují lékárny potenciál, který není pro práci s uživateli drog a ani za účelem monitorování situace v této oblasti plně využíván. V lékárnách proběhly zatím dva systematické výzkumy zabývající se problematikou injekčního užívání drog. Vedle těchto studií Mravčíka a Zábranského (2001) a Gabrhelíka et al.

(2008), které byly realizovány na národní úrovni, zde nejsou k dispozici žádné podobné studie. Odhad počtu prodaných kusů injekčního materiálu v roce 1998 dosáhl 922 616 kusů nakoupených asi 13 659 uživateli drog. Na přelomu let 2007 a 2008 neprodávalo injekční stříkačky a jehly 31% lékáren a použitý injekční materiál od uživatelů drog nevybíralo k likvidaci 59,4% lékáren. Podle odhadů lékárníků navštíví do týdne každou lékárnou asi čtyři různí uživatelé drog (14). Odhadem se za rok v lékárnách v ČR vydá 1,5 milionu kusů injekčního materiálu (23). Pro mnoho uživatelů slouží lékárny jako hlavní zdroj injekčního materiálu, navíc i uživatelé, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými programy, je využívají jako sekundární zdroj injekčních stříkaček a jehel. K základním podmínkám, které by musely lékárny splňovat, aby byly akceptovány cílovou skupinou výměnného programu, patří: nízký práh, user friendly prostředí (neodsuzující, rychlý, profesionální přístup), diskretnost (např. možnost diskretní a bezpečné likvidace injekčního náčiní), možnost snadné identifikace lékáren, které poskytují adiktologické služby a stabilita těchto služeb (14).

1.3.5 Aplikační místnosti – „šlehárny“

Problematika spojená s vážnými zdravotními následky a narušováním veřejného pořádku v důsledku užívání drog, zejména injekční aplikace na veřejných prostranstvích, vedla v posledních letech v několika zemích k zakládání aplikačních místností neboli tzv. „šleháren“. Jsou to místa, kde si bezpečně a v hygienických podmínkách může uživatel aplikovat drogu, kterou si předtím opatřil jinde. Jedná se o prostředí, v němž působí vyškolený personál a uživatel zde nemusí mít strach ze střetu s policií. Aplikační místnosti jsou oficiální zařízení, která jsou financována z místních rozpočtů nebo církvemi. Zaměřují se především na vysoce rizikové skupiny uživatelů drog, zejména injekčních, kteří mají specifické zdravotní problémy, a na potřebu redukovat problémy spojené s užíváním drog, jako jsou přenos infekčních onemocnění, riziko předávkování apod. Dále usilují o to, aby co největší počet uživatelů měl přístup ke službám, které jim pomohou vyřešit jejich zdravotní situaci, případně povedou k léčbě závislosti. Zároveň slouží jako ochrana pro drogou nezasazenou veřejnost a je to možnost, jak veřejnost zbavit obav vyplývajících z otevřené drogové scény (16).

K základní cílové klientele aplikačních místností patří uživatelé aplikující si drogu na veřejných prostranstvích, kteří se vyznačují velikou zranitelností v důsledku sociální exkluze, špatného zdravotního stavu, bezdomovství a nedostatečným zajištěním základních potřeb či přístupu k drogovým službám. Některé aplikační místnosti jsou cíleny přímo na specifické skupiny, jako například na prostitutky nebo ilegální imigranty (16).

Klienti aplikačních místností jsou pravidelní uživatelé heroínu nebo kokainu starší 18 let. Toto jsou základní kritéria umožňující využívání těchto zařízení. Závislí klienti, kteří si zde chtějí poprvé aplikovat drogu injekčně, jsou často vyloučeni z využívání těchto služeb stejně jako osoby, které chtějí vstoupit s dítětem či těhotné užívatelky drog (např. Sydney). Na druhou stranu v některých zařízeních se těhotným klientkám dostává navíc speciálního poradenství (např. Zurich). Některé služby v závislosti na situaci umožňují vstup i šestnáctiletým nebo sedmnáctiletým klientům. Možnost vstupu klientů podstupujících substituční léčbu se v různých zařízeních liší (16).

Aby se zabránilo přílivu uživatelů drog do míst, kde se aplikační místnosti nacházejí, je často možnost využívání těchto služeb omezena jen na místní obyvatele. Takto je tomu ve Švýcarsku, Nizozemí či Německu. Jako kontrolní mechanismy slouží buď kartičky uživatele, které jsou poskytovány poté, co je u klienta rozhodnuto, že patří do cílové skupiny nebo kontrola průkazů totožnosti při každém vstupu do zařízení.

První „šlehárny“ se objevily ve Švýcarsku v r. 1986 (Fixerstübli, Gassenzimmer, injection room), v Německu počátkem 90. let 20. století (Gesundheitsraum, Konsumraum), v Nizozemí v r. 1990 (gebruikersruimten), ve Španělsku v r. 2000 či v Austrálii a Kanadě (medically supervised injecting centre–MSIC), od r. 2001 v Sydney supervised injection site - SIS a od r. 2003 ve Vancouveru (16).

V České republice se téma aplikačních místností objevilo v roce 1999, kdy vznikl na Obecním úřadě městské části Praha 1 záměr zřídit pilotní Centrum hygienické aplikace pro injekční uživatele drog. Vzhledem k velké kontroverzi tohoto tématu si městská část nechala vypracovat rešeršní materiál ohledně snižování rizik ve světě a právní expertizu proveditelnosti tohoto záměru. Dále si vyžádala vyjádření státních orgánů. Kladně se vyjádřila Meziresortní protidrogová komise, ministerstvo

zdravotnictví a Společnost pro léčení návykových nemocí. Záporné vyjádření poskytla Národní protidrogová centrála Policie ČR. Dále byli městskou radou vybráni členové rady, protidrogový koordinátor městské části a dva nezávislí odborníci vysláni na studijní cestu do Frankfurtu nad Mohanem, ve kterém se jako v prvním evropském městě staly aplikační místnosti součástí protidrogové politiky. Po této cestě ovšem bylo po hlasování těsnou většinou jednoho hlasu zřízení tohoto zařízení zamítnuto a městská část doporučila tuto záležitost k řešení Magistrátu hlavního města Prahy s upozorněním, že se jedná o problematiku, která přesahuje hranice jednoho městského obvodu. Na přelomu let 2000 a 2001 se tato diskuse tedy přenesla na magistrátní úroveň hl. m. Prahy, kde existuje otevřená drogová scéna, avšak v roce 2002 se aplikační místnosti nestaly součástí schváleného koncepčního dokumentu městské protidrogové politiky (36,58).

1.3.6 Substituční léčba

Problém závislosti na opioidech se dnes vyskytuje ve většině zemí. Jeho užívání se rozšířilo v 60. letech 20. století v Severní Americe a v 70. letech 20. století v Evropě. V Evropě došlo k první epidemii v 60. letech na západě, následně na jihu a dnes narůstá populace těchto osob i ve většině zemí střední a východní Evropy. Především užívání heroínu má v mnoha zemích za následek zdravotní a sociální problémy. V Evropě hrozí injekčním uživatelům heroínu, pravidelně užívajícím vysoké dávky různých drog, dvacetkrát až třicetkrát vyšší riziko úmrtí než osobám ve stejné věkové skupině, které drogy neužívají (46).

Substituční léčba je jednou z forem medicínské léčby závislosti na opioidech, při níž se předepisují látky mající podobné nebo stejné vlastnosti působení na mozek jako heroin a morfin. Zároveň zmírňují abstinenci příznaky a snižují bažení po nelegálních opiátech. Substituční léčba je zvažována u osob, které nedokážou přestat s užíváním drog a setrvat v abstinenci. Poskytuje uživatelům drog příležitost k omezování jejich rizikového chování a zdravotní a sociální stabilizaci předtím, než dojde na řešení problému samotné závislosti na opioidech. Při podávání substitučních léků je důležité, aby měly delší dobu působení neboli počas vylučování než droga, která je jimi

nahrazována. Tím se totiž oddaluje nástup abstinenčních symptomů a je snížena četnost podávání. Toto u dané osoby omezuje potřebu opatřovat si drogu, a tudíž má prostor pro běžné životní aktivity (46). Substituční léčbu je vhodné kombinovat s dalšími léčebnými postupy, jakými jsou psychoterapie, pracovní rehabilitace nebo nácvik sociálních dovedností (19).

Substituční léčba je nejčastěji spojována s podáváním metadonu, který byl poprvé použit v roce 1965, a buprenorfinu. Metadon má poměrně dlouhý poločas vylučování (10-18 hodin) a užívá se ústy (19). Má silné analgetické účinky a tlumí centrální nervovou soustavu, což způsobuje jeden z nejzávažnějších nežádoucích vedlejších účinků, a tím je útlum dýchání nebo oběhové selhání. Při přepočtených dávkách působí ve srovnání s morfinem dvakrát silněji a má dlouhodobější účinek. Metadon je návyková látka, na niž se v důsledku užívání rozvíjí závislost, ovšem vzhledem k výše uvedeným vlastnostem, především k velmi pozvolnému odeznívání účinku, působí v organismu odlišně než jiné opioidy, a je tedy vhodný pro substituční léčbu (46).

1.3.6.1 Buprenorfin

Původně byl v 70. letech 20. století vyroben a zaregistrován jako analgetikum Tamgestic[®] (nízkodávkový lék) a v 90. letech 20. století se objevil buprenorfin (dostupný i ve vyšší dávce) ve formě sublingvální tablety Subutex[®]. V roce 1995 byla ve Francii tato tableta poprvé zaregistrována pro léčbu závislosti na opioidech. Tablety jsou rozpustné ve slinách a vodě, a tudíž je možno je aplikovat i injekčně. V 80. letech se poprvé objevilo injekční užívání buprenorfinu a jeho zneužívání uživateli heroinu. V červnu 2005 (USA, Austrálie) byla na trh uvedena tableta s názvem Subuxone[®], která kombinuje buprenorfin a antagonistu nalaxon. Od přidávání nalaxonu k buprenorfinu se očekává omezení nitrožilního zneužívání, jelikož nalaxon při nitrožilní aplikaci vyvolá nepříjemné vedlejší účinky. Efektivitu Subuxone[®] v praxi ukáže čas (52).

Buprenorfin má podobné účinky jako opiáty, zabraňuje abstinenčním příznakům, omezuje bažení po droze a zároveň snižuje účinky jiných opiátů, aniž by vytvářel silnou euforii. Má dlouhou dobu působení a mírné abstinenční příznaky. Vedlejší účinky jsou podobné jako u ostatních opiátů, mají však menší sedativní působení a menší respirační

depresi. Obvykle se střídá denní podávání buprenorfinu s podáváním jednou za tři dny, což má výhody pro pacienta i pro poskytovatele léčby, například vzhledem k víkendům (52).

V souvislosti s buprenorfinem se často mluví o jeho injekčním zneužívání. Uživatelé tablety rozdrtí a rozpouští ve vodě, což může vzhledem k tomu, že není úplně rozpustný ve vodě, způsobovat různé zdravotní komplikace, jako kožní infekce, abscesy, otoky a cévní infekce. Navíc zde opět hrozí riziko přenosu infekčních onemocnění vyplývající z injekčního užívání (10).

1.3 Stav na drogové scéně v České republice

V době psaní práce byla nejaktuálnějším zdrojem dat „Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008“. Dle tohoto dokumentu byl v roce 2008 počet problémových uživatelů drog v roce 2008 odhadován na 32,5 tisíce, což byl nárůst oproti roku 2007. Z tohoto počtu byla cca 21,2 tisíce uživatelů pervitinu a cca 11,3 tisíce uživatelů opiátů. Injekčně drogu užívalo odhadem 31,2 tisíc osob. Nejvyšší odhad počtu problémových uživatelů drog byl v Praze (11,5 tisíc) a v Ústeckém kraji (4,2 tisíc). Tyto kraje jsou zároveň oblastmi s nejvyšším počtem odhadovaných problémových uživatelů opiátů (40). Pro porovnání v roce 2007 byl počet problémových uživatelů drog odhadován na 30,9 tisíc. Z toho 20,9 tisíc uživatelů pervitinu a cca 10 tisíc uživatelů heroinu. Injekčně drogu užívalo odhadem 29,5 tisíc osob. Nejvíce problémových uživatelů bylo v Praze (10 tisíc) a v Ústeckém kraji (4,1 tisíc) (39). V oblasti výskytu infekčních onemocnění přetrvává promořenost HIV mezi injekčními uživateli hluboko pod 1% a prevalence virové hepatitidy typu C mezi klienty vyšetřenými v nízkoprahových programech je 12% (40).

V období od září 2008 do ledna 2009 provedlo Centrum adiktologie na zakázku Národního monitorovacího střediska sběr dat v rámci studie *Nové trendy na drogové scéně*. Jako jeden z výstupů byl i popis klientely využívající nízkoprahových programů. Podle něj se věkový průměr klientů liší v jednotlivých regionech a typech zařízení, přičemž v terénních programech je průměrný věk klientely nižší a kontaktní centra volí spíše starší klienti. Poměr mužů a žen jako klientů těchto zařízení je dlouhodobě

odhadován na 2:1, avšak dochází k nárůstu počtu žen, těhotných uživatelů a celých rodin s dětmi. Počet uživatelů, kteří využili služby nízkoprahových zařízení v posledních třech letech, narůstá a v současnosti je s nimi podle odhadů v kontaktu 70% problémových uživatelů drog. V roce 2008 byl průměrný věk klientů nízkoprahových programů 25, 9 let a nejvyšší počet kontaktů vykázaly nízkoprahové programy v Praze a v Ústeckém, Jihomoravském a Olomouckém kraji. Nejvyšší počet výměn byl proveden rovněž v Praze (cca 120 tisíc), v Ústeckém kraji (cca 31 tisíc) a Jihomoravském kraji (cca 13 tisíc) (40).

Kromě Prahy a Ústeckého kraje dochází k úbytku uživatelů heroinu. Většina nízkoprahových programů pracuje s uživateli užívajícími pervitin. Ve většině případů se u klientů vyskytuje kombinace užívaných drog. Klienti užívající opiáty je ke zvýšení účinku drogy často kombinují s léky (nejčastěji benzodiazepiny). Většina klientů užívajících nízkoprahové služby užívá drogy injekčně. Riziková injekční aplikace se vyskytuje zejména u starších, dlouhodobých uživatelů drog z důvodu horší ovlivnitelnosti informacemi o bezpečnější aplikaci. Klienti projevují zájem o nové pomůcky určené pro aplikaci a přípravu drogy (např. kapsle). Jelikož u mladších klientů užívajících pervitin je častá aplikace drogy šňupáním, nebývali s terénními programy příliš v kontaktu, poněvadž neměli potřebu využívat výměnný program jakožto jejich hlavní službu. V roce 2008 začaly některé terénní programy s distribucí želatinových kapslí pro perorální užití drogy, což by mohlo být krokem ke kontaktu s neinjekčními uživateli drog. Kapsle volí také starší klienti kvůli problémům s injekční aplikací drogy v důsledku poškození žil (40).

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Hlavní cíle práce

Cíl č. 1: Prokázat, že Harm Reduction má z pohledu pracovníků kontaktních center význam a své opodstatnění.

Cíl č. 2: Zjistit, jak by bylo možno podle kontaktních pracovníků v České republice zlepšit fungování Harm Reduction.

2.2 Dílčí cíle práce

Prvním dílčím cílem kvalitativního výzkumu je zjistit, zda je Harm Reduction z pohledu pracovníků kontaktních center nezbytnou součástí péče o drogově závislé.

Druhým dílčím cílem kvalitativního výzkumu je zjistit, jaký mají pracovníci kontaktních center názor na nové trendy v Harm Reduction u nás i v zahraničí.

Třetím dílčím cílem kvalitativního výzkumu je zjistit, jak vnímají pracovníci kontaktních center vztah laické veřejnosti k Harm Reduction.

3. METODIKA

Pro výzkumnou část jsem zvolila kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum je založen na indukci, tedy na obecné metodě usuzování, jejíž závěr obsahuje informaci, která určitým způsobem přesahuje informace (empirického původu), které sloužily jako východisko. To umožňuje prostřednictvím indukce přijímat obecné zákony, které jsou přijímány na základě principu opakování, tedy že z jednotlivých výroků odvozujeme tvrzení obecnějšího univerzálního charakteru. Nutno ovšem podotknout, že tyto jednotlivé výroky neopisují všechny možnosti. Výstupem kvalitativního výzkumu je formulování nové hypotézy nebo teorie (51).

3.1 Metoda sběru dat

Za účelem sběru dat byl použit strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Ten se vyznačuje tím, že sestává z pečlivě formulovaných otázek, na něž pracovníci odpovídají. Výhodou tohoto typu rozhovoru je usnadnění analýzy získaných dat, jelikož jednotlivá témata se snáze lokalizují. Relativní nevýhodou může být restrikce na předem dané téma (17). Vzhledem k tomu, že rozhovory s respondenty probíhaly v jejich pracovní době, zvolila jsem tento typ interview z důvodu jeho menší časové náročnosti.

3.1.1 Průběh rozhovorů

Zařízení, v nichž, výzkum probíhal, byla kontaktována emailem a posléze telefonicky. Výzkum jsem zaměřila na kontaktní centra ve Středočeském kraji. S kompetentní osobou byl vzhledem k tomu, že jsem do všech zařízení jela osobně, a tudíž vzhledem k větší organizační náročnosti, dostatečně dopředu domluven termín schůzky a přibližné trvání rozhovoru. Rozhovory s pracovníky probíhaly přímo v zařízení, konkrétně v kontaktním centru v Kolíně, Mladé Boleslavi, Příbrami a s pracovníky kontaktního centra Benešov proběhl rozhovor v Mníšku pod Brdy (sídlo Magdaléna o.p.s. provozující kontaktní centrum v Benešově). Vzhledem k velkému

pracovnímu vyřízení dotazovaných jsem s jejich svolením použila k záznamu diktafon, abych usnadnila průběh interview, které se tak pohybovalo v rozmezí od 30 – 45 minut. Rozhovory byly přepsány a následně jsem s nimi dále pracovala. Po mém příchodu do zařízení a po vzájemném seznámení byl respondent obeznámen s účelem a tématem výzkumu. Po dokončení rozhovoru jsem v některých zařízeních po předchozí domluvě s kompetentní osobou pořídila fotodokumentaci, která je zařazena jako příloha práce.

První okruh otázek rozhovoru se týkal osoby respondenta a jeho současného zaměstnání v kontaktním centru:

„Jaký je Váš věk?“

„Jaké je Vaše konkrétní nejvyšší dosažené vzdělání?“

„Jaké jsou Vaše profesní zkušenosti? Jak dlouho celkově pracujete v oblasti pomáhajících profesí?“

„Jak dlouho se pohybujete v oblasti Harm Reduction?“

„Jaká je Vaše pracovní pozice v tomto zařízení a náplň práce?“

„Jak dlouho zde již pracujete?“

Další okruh otázek se týkal významu Harm Reduction pro klienta:

„Může podle Vás Harm Reduction působit motivačně pro klienta k léčbě?“

„Je podle Vás Harm Reduction nezbytná při péči o drogově závislé?“

„Jaká složka Harm Reduction je podle Vás nejvýznamnější?“

„Myslíte si, že drogově závislí jsou v současnosti dobře informováni o postupech a možnostech Harm Reduction?“

Následující otázky se zaměřovaly na nové trendy a možnosti v oblasti Harm Reduction:

„Měla by se podle Vás Harm Reduction rozšířit o některé další služby? O jaké?“

„Co si myslíte o nových způsobech výměny injekčního materiálu v České republice např. výdejní automaty na Harm Reduction materiál?“

„Co si myslíte o myšlence speciálních objektů, kde by bylo možno si aplikovat drogy, tzv. „šlehárnách?“

„Myslíte, že by se měl v ČR výměnný program realizovat také v lékárnách?“

Poslední okruh otázek se týkal vztahu laické veřejnosti k postupům Harm Reduction:

„Jak podle Vás reaguje laická veřejnost na Harm Reduction?“

„S jakými argumenty proti Harm Reduction se nejčastěji setkáváte?“

„Co by se podle Vás dalo udělat, aby bylo Harm Reduction lépe vnímáno veřejností?“

„Snažíte se sám/sama aktivně obhajovat či prosazovat principy HR mezi laickou veřejností?“

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Rozhovory probíhaly s pracovníky kontaktních center ve Středočeském kraji. Konkrétně byla oslovena zařízení provozovaná o.p.s. Magdaléna (kontaktní centra v Příbrami a Benešově), o.s. Prostor (kontaktní centrum v Kolíně) a o.s. Semiramis (kontaktní centrum v Mladé Boleslavi a Nymburku). S kontaktním centrem v Nymburku se mi vzhledem k omezenému provozu v době provádění rozhovorů nepodařilo navázat spolupráci.

Magdaléna o.p.s je nestátní nezisková organizace působící ve Středočeském kraji, která se zabývá službami v oblasti prevence a léčby závislostí. Za tímto účelem realizuje programy primární prevence, terénní programy, kontaktní a poradenské služby, ambulantní léčbu, terapeutickou komunitu, ambulantní a doléčovací programy a programy chráněného bydlení a sociálně – pracovní rehabilitace. O.p.s. Magdaléna byla založena v roce 1997 v Mníšku pod Brdy a v roce 2007 zahájila provoz K-centra Benešov. O rok později byl zahájen provoz k-centra v Příbrami (44).

Občanské sdružení Semiramis zahájilo provoz v roce 2000. Od roku 2001 provozuje kontaktní centrum v Nymburku a od roku 2006 kontaktní centrum v Mladé Boleslavi. Organizace působí ve Středočeském kraji v oblasti drogové problematiky a za tímto účelem provozuje kontaktní centra, terénní programy, centrum primární prevence a centrum drogových služeb ve vězení (54).

Občanské sdružení Prostor působící ve Středočeském kraji existuje od roku 2002. Cílovou skupinou, na kterou se zaměřuje, jsou lidé ohrožení sociálně patologickými jevy, především drogovou závislostí a lidé, kteří jsou sociálně vyloučeni v důsledku těchto jevů. Od roku 2003 provozuje kontaktní centrum v Kolíně. K dalším realizovaným projektům patří terénní programy, programy primární prevence, nízkoprahový klub a sociální programy (53).

Výzkumný soubor se skládal celkem z 11 respondentů, z nichž bylo 5 mužů a 6 žen ve věku od 25 do 37 let, různorodého vzdělání a délky praxe. Počet dotazovaných pracovníků v daném zařízení se odvíjel od počtu pracovníků v zařízení v konkrétním termínu a od jejich časových možností. Jednalo se o pracovníky na různých pozicích – kontaktní pracovníci, terénní pracovníci, vedoucí zařízení, koordinátoři programů. V několika případech se u respondenta překrývalo více funkcí. Základním výzkumným kritériem při výběru respondentů byla podmínka, že do náplně pracovníka patří přímá práce s klienty založená na principu Harm Reduction (např.: výměnný program).

4. VÝSLEDKY

Z úvodní části rozhovoru byly získány základní informace o respondentech:

Pracovník č. 1

Muž, 30 let, kontaktní a poradenský pracovník. Náplní práce je veškerý základní servis klientům, komunikace, individuální poradenství, rodinné poradenství. V zařízení pracuje pátým rokem. Vzdělání – střední průmyslová škola strojní, poté se prostřednictvím kurzů stal kvalifikovaným pracovníkem v sociálních službách.

Pracovnice č. 2

Žena, 25 let, kontaktní a poradenská pracovnice a zástupce vedoucí. Náplní práce je kontaktní práce s klienty, poradenství a administrativa. V zařízení pracuje 3 roky, má vyšší odborné vzdělání: Evangelická akademie sociálně právní v Praze.

Pracovnice č. 3

Žena, 30 let, vedoucí kontaktního centra a terénního programu. Náplní práce je management těchto programů, přímá práce s klienty, streetwork, rodinné poradenství. V zařízení pracuje 3, 5 roku, má VŠ vzdělání – Pedagogika sociální práce (Univerzita Palackého), je kvalifikovaný adiktolog.

Pracovník č. 4

Muž, 30 let, kontaktní pracovník. Náplní práce je přímá práci s klienty, správa sociálního šatníku, rozepisování měsíčních statistik, péče o knihovnu a zavádění dat do databáze Unidat. V zařízení pracuje 4 měsíce, má střední odborné vzdělání zemědělského směru a poté doplňující pedagogické studium na České zemědělské univerzitě v Praze. V současnosti studuje bakalářský obor na pedagogické fakultě - Speciální pedagogika pro výchovné pracovníky se zaměřením na etopedii a psychopedii (Univerzita Palackého).

Pracovnice č. 5

Žena, 25 let, koordinátorka kontaktního centra. Náplní práce je přímá práce s klienty v nízkoprahovém programu, práce s klienty v poradenství, rodinné poradenství a individuální poradenství přípravy na léčbu. V zařízení pracuje 4 roky, má vyšší odborné vzdělání - VOŠ sociálně právní v Praze.

Pracovnice č. 6

Žena, 26 let, koordinátorka terénního programu. Náplní práce je koordinace terénních pracovníků, administrativa s tím související, vedení dokumentace, terénní práce. V zařízení pracuje 6 let, má vyšší odborné vzdělání - VOŠ sociálně právní v Praze.

Pracovník č. 7

Muž, 35 let, odborný garant nízkoprahových služeb. Náplní práce je odborné a metodické vedení týmu. V zařízení pracuje 7 let, má středoškolské vzdělání strojírenského směru, v současnosti studuje sociálně právní činnost na Evangelické akademii.

Pracovnice č. 8

Žena, 25 let, kontaktní pracovnice. Náplní práce je přímá práce s klienty, výměnný program, poradenství, vedení dokumentace. Terénní program, zdravotní služby, drobná zdravotní ošetření, která nevyžadují zásah lékaře, asistenční služba, krizová intervence. V zařízení pracuje 2 roky, má vysokoškolské vzdělání - filozofická fakulta, obor Poradenství v sociální práci (Ostravská univerzita).

Pracovník č. 9

Muž, 28 let, kontaktní pracovník. Náplní práce je přímá práce s klienty, poradenství (individuální, zdravotní, sociálně právní), výměnný program, odkazování na jiné služby (terénní program, zdravotní služby...). V zařízení pracuje 20 měsíců, má vysokoškolské vzdělání - Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, učitelství pro II. stupeň ZŠ, obor český jazyk – občanská výchova a Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, obor gender studies.

Pracovník č. 10

Žena 34 let, kontaktní pracovnice. Náplní práce je přímá práce s klienty při výměnném programu, individuální a rodinné poradenství, vedení dokumentace apod., práce v terénním programu. V zařízení pracuje 5 let, má vysokoškolské vzdělání - fakulta sociálních věd UK, obor: Sociologie (PhDr.).

Pracovník č. 11

Muž 37 let, vedoucí k-centra. Náplní práce je management programu, přímá práce s klienty. V zařízení pracuje 2 měsíce, má vyšší odborné vzdělání - VOŠ sociální práce v Praze, v současnosti studuje speciální pedagogiku.

Na další okruhy otázek odpovídali dotazovaní pracovníci následovně:

Jaké jsou Vaše profesní zkušenosti? Jak dlouho celkově pracujete v oblasti zdravotně sociálních služeb (pomáhajících profesí)?

Na tuto otázku odpovídali pracovníci velmi různorodě. Většina z nich již před nástupem do kontaktního centra měla zkušenosti z jiného typu zařízení poskytujícího sociální služby.

„Od začátku jsem byl v terénních programech, kontaktních centrech, komunitách a krátce v doléčovacím programu. Jinak jsem pracoval v krizových centrech, na linkách důvěry a krátce jsem měl privátní psychoterapeutickou praxi“. (Pracovník č. 7)

„Přes dva roky jsem pracoval jako pracovník domu na půli cesty a nyní pracuji 20 měsíců v kontaktním centru“. (Pracovník č. 9)

„Pracovala jsem v azylovém domě v psychiatrické léčebně, chráněném bydlení jako poradce a terapeut“. (Pracovnice č. 10)

Několik pracovníků uvedlo, že do zařízení nastoupilo ihned po dokončení školy, a že žádnou zkušenost s drogou zasaženou klientelou do té doby neměli. Celková doba působení v pomáhajících profesích se tak velmi liší a pohybuje se v rozmezí od dvou do čtrnácti let.

Jak dlouho se pohybuje v oblasti Harm Reduction?

Tato otázka souvisí s otázkou předchozí a u respondentů, kteří nastoupili do zařízení ihned po ukončení školy, se tato délka praxe překrývá. Nejkratší doba praxe v oblasti Harm Reduction byla 4 měsíce (Pracovník č. 4) a naopak nejdelší doba praxe činila s přestávkami 13 let (Pracovník č. 7).

Může podle Vás Harm Reduction působit motivačně pro klienta k léčbě?

Většina pracovníků se shodla, že Harm Reduction může být určitou motivací ke změně klientova životního stylu.

„Určitě ano, jinak bych to nedělala. Nevím, jestli k léčbě, ale k určité změně životního stylu. To, že začne využívat služby Harm Reduction, je první krok“.
(Pracovnice č. 2)

„Ano, v určité chvíli je sice pro klienta to nejdůležitější výměna, ale při dlouhodobější spolupráci to může pomoci klientovi uvědomit si, že chce něco změnit na svém životním stylu“. (Pracovník č. 9)

Zároveň ale pracovníci zdůrazňují význam interakce mezi nimi a klienty. Prostřednictvím rozhovoru mohou na klienty působit a podávat jim informace o méně rizikovém způsobu života.

„V některých věcech určitě ano. Pokud nás navštěvuje a dostává čistý injekční materiál, otevírá se nám cesta s klientem mluvit a můžeme si jej získat, a tak s ním navázat kontakt a vysvětlovat.“ (Pracovník č. 4)

„Nejsem si jistá, jestli je to úplně o Harm Reduction. Souvisí to s tím kontaktem, který si vytváří pracovníci s klienty, takže prostředkem změny jsme my a Harm Reduction. Tím, že si přijde pro stříkačky, na něj můžeme nějak působit a můžeme se snažit ho informovat o léčbě a nějak ho konfrontovat s jeho životní situací a s jeho životním stylem, ne zrovna zdravým“ (Pracovnice č. 6)

Jedna pracovnice se s tímto neztotožňuje.

„Myslím, že jen výjimečně, především pokud se jedná o motivační rozhovory během terénních programů. Více mohou zmocit kontaktní centra, ale myslím, že smysl Harm Reduction služeb je primárně v něčem jiném, pokud se navíc podaří klienta motivovat k léčbě, jde o výjimečný bonus.“ (Pracovnice č. 10)

Je podle Vás Harm Reduction nezbytné při péči o drogově závislé?

Zde se všichni odpovídající pracovníci shodli na tom, že Harm Reduction je opravdu nezbytnou součástí péče o drogově závislé, a odpovídali bez delšího přemýšlení.

„Stoprocentně, bez toho by to nešlo.“ (Pracovnice č. 3)

„Myslím si, že je, že nejde jen o výměnu stříkaček, ale i to, že klient dostává zdravotnický materiál, který se snaží snížit ty škody, a že díky tomu se pak nenakazí HIV nebo hepatitidami. Myslím si, že je to docela důležité.“ (Pracovnice č. 6)

„Nepochybně.“ (Pracovník č. 7)

Velká část odpovídajících zároveň vedle významu pro klienta samotného zdůrazňuje také důležitost praktikování Harm Reduction pro širokou veřejnost ve smyslu ochrany veřejného zdraví.

„Určitě, nejen pro klienty, ale důležitá je zde i ochrana veřejnosti, která se snaží chránit lidi, kteří s drogami nemají nic společného, a tyto dva pohledy jsou podle mne na stejné rovině. Není dobré to opomíjet, protože veřejnost na ochranu sebe sama slyší víc, než na Harm Reduction.“ (Pracovník č. 1)

„Ano. Bez těchto služeb by se rychle šířilo množství nakažlivých chorob, které by ohrožovaly uživatele samotné i celou společnost.“ (Pracovnice č. 8)

„Nepochybně, kdyby to nemělo smysl, tak to neděláme. A netýká se to jen drogově závislých, ale i široké veřejnosti, která si toto bohužel ale často neuvědomuje.“ (Pracovník č. 9)

Jaká složka Harm Reduction je podle Vás nejdůležitější?

Pracovníci zde většinou jmenovali výměnný program, který je nedílně spojený s informačním servisem o rizicích vyplývajících ze způsobu života klientů.

„Výměnný program, protože je to nejen ochrana uživatelů, ale i okolí, což pro mě je nejdůležitější. Bez toho materiálu poskytovaného okolo se už obejít dá. Potravinový a hygienický servis je podle mě už jakýsi nadstandard. Nějakou účinnost to může mít u lidí, kteří už dospěli k tomu, že tu změnu chtějí, například si domlouvají předem ten hygienický servis, pokud se chystají na nějaký pracovní pohovor. Pro někoho je to ale jen udržovací.“ (Pracovnice č. 2)

„V první řadě výměnný program spojený s podáváním informací uživatelům.“ (Pracovník č. 4)

„Zdůraznil bych bezplatný a anonymní výměnný program spojený s interakcí s kontaktním pracovníkem.“ (Pracovník č. 9)

„Pro mě určitě výměna injekčního materiálu. Je to taky často to jediné, co uživatel od pracovníka chce. Vedle popsaného je důležitá i možnost navázání klienta na jinou službu, poskytovanou třeba i v jiných zařízeních. Klient pak ví o možnostech pomoci.“ (Pracovnice č. 10)

Jeden odpovídající zdůraznil navázání vztahu důvěry mezi klientem a pracovníkem.

„Navázání důvěrného vztahu, který to pak všechno usnadňuje, např. výměnný program bez informací může mít nějaký efekt, ale je otázka, na kolik o to ti klienti v praxi mají zájem. Vztah té důvěry ovlivní, jak je klient ochoten přijmout informace okolo toho. Klienti vítají důvěrný vztah a to, že mají něco zadarmo. Ten materiál tedy má roli v daný moment. Nedá se něco konkrétního vypíchnout.“ (Pracovník č. 7)

Menší část pracovníků nezdůraznila žádnou konkrétní složku.

„Každá má svůj význam. Pro člověka, který je na ulici a nemá se kde vykoupat ani najíst, je polévka jednou denně docela dobrá a sprcha jakbysmet. Stejně tak pro člověka, který už je trochu jinde, bydlí na ubytovně nebo pro člověka, který nemá občanku, tak i zařizování občanek či pro člověka, který se chce léčit, tak zařizování léčby a nějaká motivace. Pro každého to je něco jiného, je to hodně individuální.“ (Pracovník č. 1)

„To je docela těžká otázka. Myslím si, že důležité je, že během kontaktu s klientem ho informujeme o rizicích, která mu hrozí, pokud nebude používat zdravotnický materiál. Informujeme ho o bezpečnějším brání, bezpečnějším sexu a nedokážu říct, která složka z toho je nejdůležitější.“ (Pracovník č. 6)

„Těžko v tom rozlišovat. Je to v podstatě cokoliv, co snižuje škody způsobené drogami. Dá se lacině říci, že výměnný program, ale ten má také spoustu možností jak k němu přistoupit.“ (Pracovník č. 11)

Myslíte si, že drogově závislí jsou v současnosti dobře informováni o postupech a možnostech Harm Reduction?

Všichni pracovníci se shodují na tom, že drogově závislí, především ti, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými programy poskytujícími Harm Reduction služby, informováni do určité míry jsou.

„Jak kdo. Je to hodně individuální a nemyslím si, že by byl klient, který by znal úplně všechno, ale v rámci těch služeb, které využívají, jsou naši klienti určitě informováni docela dost. Je dobré už to, že jsou schopní si sami říct, co od nás chtějí, např. že si chtějí vyměnit nebo se vykoupat a vědí, proč to chtějí, jako například, že se nechtějí jen vykoupat, ale vědí i proč, že chtějí být čistí a nechtějí, aby na nich bylo vidět, že jsou sociálně dole a chodí si k nám prát.“ (Pracovník č. 1)

„Myslím si, že jak kdo, a nedokážu to nějak procentuelně vyjádřit, ale drogově závislí a lidé, kteří mají zkušenost s drogou a navštěvují „káčko“ nebo využívají terénní program, pokud mají alespoň trochu zájem, tak mohou být dobře informováni. (Pracovník č. 4)“

„Dal bych za to ruku do ohně, že ano. A myslím, že celkově v naší zemi je to přístup, který zde už je několik let nebo několik desítek let. Podle mne není takový problém.“ (Pracovník č. 11)

V odpovědích se také vyskytovalo zdůraznění role kontaktních center při šíření informovanosti drogově závislých o možnostech, které se jim díky principu Harm Reduction nabízí, a nutnost častého opakování těchto informací.

„Myslím si, že určitě ano. Opakujeme jim to neustále. Nečekáme od nich, že si všechno hned při každém kontaktu zapamatují, ale v podvědomí jim to někde určitě zůstává. Jsou to drobnosti, o kterých se dozvídáme, když potom máme možnost s nimi o tom mluvit.“ (Pracovnice č. 3)

„Myslím, že ano. Naši klienti jsou specifičtí, často zapominají, takže to chce časté opakování a připomínání a trvá jim to delší dobu, než se do toho dostanou.“ (Pracovnice č. 5)

„Mnozí z těch, kteří navštěvují kontaktní centrum, informováni jsou. Občas se ale najdou tací, kteří informováni nejsou, a jejich pravidelným docházením se tento nedostatek v informovanosti snažíme napravit.“ (Pracovnice č. 8)

Zároveň také zde vyvstala potřeba získat si drogově závislé, kteří nejsou na nízkoprahové služby napojeni, a prostřednictvím kontaktu jim vytvořit povědomí o spektru služeb Harm Reduction.

„Situace se v současnosti zlepšuje, ovšem záleží na tom, jsou-li v kontaktu s Harm Reduction službami. Naši klienti již poměrně informováni jsou a je naším úkolem získat klienty, kteří s těmito službami v kontaktu ještě nejsou, a podávat jim informace o rizicích vyplývajících z užívání drog.“ (Pracovník č. 9)

„Stále ale jsou skupiny uživatelů nelegálních drog, kteří se necítí být „feťáky“, a tuto cílovou skupinu je velmi obtížné oslovit třeba kvůli tomu, že jsou v jiném společenském postavení, např. uživatelé kokainu. Tam ta informovanost je často z jejich strany, že si sami vyhledávají informace, ale informace podané ze strany našich služeb mají jisté rezervy.“ (Pracovník č. 7)

Měla by se podle Vás Harm Reduction rozšířit o některé další služby? O jaké?

Na touto otázkou se pracovníci často dlouze zamýšleli. Tři pracovníci považují spektrum Harm Reduction služeb, které jsou v zařízení poskytovány za naprosto postačující. Dokonce se objevil názor, že některé z těchto služeb jsou nadstandardní.

„Myslím si, že služby jsou tak široké, že nějaké další by vedly spíš už k nějakému udržování než ke změně.“ (Pracovnice č. 2)

„Myslím si, že stávající situace je naprosto dostačující.“ (Pracovník č. 4)

„Myslím si, že některé programy v centrech jsou nadstandardní, např. praní prádla, hygienický servis. Když já jsem začínala dělat v této profesi, tak u nás tohle nebylo klientům standardně poskytováno.“ (Pracovnice č. 6)

Zhruba polovina dotazovaných pracovníků zmínila potřebu testování na infekční onemocnění a jedna pracovnice ze zařízení, kde toto testování probíhá (kontaktní centrum v Kolíně), uvedla potřebu zjednodušit provádění těchto testů.

„Toť otázka k zamyšlení. Myslím si, že by bylo dobré, pokud by bylo možno klienty testovat jednoduššími nástroji – ne centrifuga – na hepatitidy.“ (Pracovnice č. 3)

„Myslím si, že přímo v centrech by se mělo provádět testování na infekční choroby. Někde se to dělá a někde bohužel ne, jako i nás.“ (Pracovnice č. 6)

„Mělo by se zajistit, aby mohl být bezplatně otestován co nejširší okruh osob na hepatitidy A, B, C, HIV, syfilis. V některých zařízeních testování funguje, ale někde tomu tak není, a je potřeba to dále rozšiřovat.“ (Pracovník č. 9)

Další dotazování zmiňovali nové postupy Harm Reduction, jako jsou „šlehárny“ nebo terénní sanitka. Jeden pracovník zmínil myšlenku soustředit se na intravenózní zneužívání Subutexu, které s sebou nese různá zdravotní rizika.

„Myslím si, že se to už děje. Nabízejí se kapsle a otevírají se diskutabilní témata výdejních automatů a „šleháren“, kterými si nejsem úplně jistý, zda mají opodstatněný význam. Harm Reduction přirozeně reaguje na potřeby cílové skupiny a někam se posouvá.“ (Pracovník č. 7)

„To je už věc osobního postoje, kam až to hnát. Např. v rámci intravenózního užívání Subutexu, by se mohlo zaměřovat více na to, jak tuto látku brát za co nejmenšího rizika, jako např. filtrování přes pánvičky. To si ale myslím je dost revoluční myšlenka a ne úplně dosažitelná. Na tzv. „šlehárny“ si myslím, že tady na to ještě nedozrála doba.“ (Pracovník č. 11)

„Co opravdu chybí, je nízkoprahové čistě zdravotní zařízení. Tím myslím sanitku do „ulice“ s možností kvalitního ošetření abscesu apod.“ (Pracovnice č. 10)

Co si myslíte o nových způsobech výměny injekčního materiálu v České republice, např. výdejní automaty?

Tuto alternativu k výměnnému programu probíhajícímu v kontaktních centrech nebo přímo v terénu hodnotí všichni dotazovaní pracovníci jako pozitivní a přínosnou. Nejčastěji uváděným pozitivem byla dostupnost sterilního injekčního náčiní i v době, kdy kontaktní centrum není v provozu a není ani k dispozici terénní pracovník, a dále dostupnost sterilního injekčního náčiní klientele, která není v kontaktu s nízkoprahovými službami (např. cizinci). Pracovníci sami aktivně uváděli návrhy na efektivní provoz automatu. Negativum spatřují pracovníci ve fungování automatu, které vyžaduje vhození finančního obnosu (dvacetikoruna), na jehož základě vypadne sterilní set určený k injekční aplikaci drogy.

„Chceme si jej pořídit. Je to výborná věc v době, kdy není dostupná žádná služba, ani terén, ani „káčko“. Samozřejmě nezbytností je přítomnost kontejneru na špinavé injekční stříkačky a jehly. Je to dobrý nápad, který se v Praze bohužel neprosadil. Nutností je, aby ty automaty byly ve městech, kde by byly pod nějakou kontrolou, například kde funguje alespoň terénní služba. Myslím, že se to především vyplatí ve větších městech. My bychom ho rádi měli tady někde přidělaný na zdi. Automat by byl zapnutý, když bude mít kontaktní centrum zavřeno, a vypínal by se, pokud bychom byli v práci.“ (Pracovník č.1)

„Myslím si, že je to dobrá novinka, která když se uchytí, tak bude mít jistě pozitivní přínos. Nevím ale, jestli všichni klienti ji budou využívat, jestli budou mít na to finanční prostředky, a jak to samotná ta cílová skupina přijme.“ (Pracovnice č. 4)

„Domnívám se, že se jedná o zajímavou alternativu. Tuto možnost výměny by využívali lidé, kteří z různých důvodů nejsou v kontaktu s Harm Reduction službami – např. cizinci. Čistý injekční materiál by se tedy dostal k více lidem.“ (Pracovnice č. 8)

„Určitě bych zaváděla každý z nových způsobů, protože oslovuje vždy určité procento neoslovitelné skupiny klientů. Zde by se jednalo třeba o ty, kteří chtějí zachovat absolutní anonymitu a nechtějí být viděni ani terénním pracovníkem.“ (Pracovnice č. 10)

„Líbil se mi projekt, který v Praze udělalo o.s. Progressive. Ještě mě napadá, že je trošku hloupé za to platit. Např. místo toho by se tam mohla hodit špinavá jehla a na základě toho by vypadl ten set.“ (Pracovník č. 11)

Jako významné negativum výměny prostřednictvím automatu vyplynula nemožnost působení na klienta jak se tomu děje při rozhovoru pracovníka s klientem během výměny probíhající běžně v kontaktním centru nebo na ulici.

„Myslím si, že navázání důvěrného vztahu je v procesu působení na změnu klienta nezastupitelné, a to automat neudělá.“ (Pracovník č. 7)

„Problém ovšem je, že není možno přímo působit na uživatele nebo uživatelky návykových látek ve smyslu bezpečného braní, jak se tomu děje při výměně v kontaktním centru nebo v terénním programu.“ (Pracovník č. 9)

Co si myslíte o myšlence speciálních objektů, kde by bylo možno si aplikovat drogy, tzv. „šlehárnách?“

Téma „šleháren“, jakožto objektů, kde by bylo možno bezpečně aplikovat si drogu, se jeví mezi pracovníky kontaktních center jako velmi diskutabilní. V zásadě to větší části odpovídajících připadá jako zajímavá myšlenka, zejména pro větší města, kde kapacity stávajících zařízení jsou nedostačující. Na druhou stranu se zaváděním do praxe v České republice by volili raději opatrnost, a to zejména z důvodu nepřipravenosti veřejnosti na tyto objekty.

„Myslím si, že je to dobrá myšlenka, ale ve velkých městech, jako Praha a Brno. V malých městech podle mne by tam klienti nechodili, protože by jim nebyla zajištěna anonymita.“ (Pracovnice č. 3)

„Myslím si, že pokud by na toto byly vyhrazené prostory, kde by byly dodržovány hygienické zásady, tak proč ne, pořád mi to přijde důstojnější pro uživatele samotné i jejich okolí.“ (Pracovník č. 4)

„V některých případech to může mít své opodstatnění a svůj význam. Byl bych zde opatrnější ještě víc, než co se týká těch automatů, ale myslím si, že to je věc k diskusi. Podle mne na to ještě nedozrál čas. V současnosti stále bojujeme s veřejným míněním a neustále musím obhajovat a prezentovat, že ty služby mají smysl. Takže pokud informovanost široké veřejnosti nebude dostatečná, tak to nemá dlouhého trvání.“ (Pracovník č. 7)

„Společnost do tohoto nedozrála. Celkově tyhle adiktologické služby mají hodně špatnou pověst a v tuto chvíli by to u nás mohlo zvednout vlnu odporu proti Harm Reduction službám, což by byla škoda. Osobně bych proti nebyl, protože si člověk za asistence v bezpečném prostředí může aplikovat drogu, může a tím může i snížit počet aplikací, že se naučí aplikovat jen v té „šlehárně.“ (Pracovník č. 11)

Někteří odpovídající pracovníci vyslovili nejistotu a pochybnosti vyplývající z provozu těchto zařízení. Opakovaně se objevila nejistota ohledně personálního zajištění a myšlenka, že se jedná o nadstandardní služby poskytované závislým osobám.

„Myslím si, že by se to nemělo těm lidem tak zjednodušovat, protože to vnímám jako další krok k přijetí toho, že braní je normální.“ (Pracovnice č. 2)

„S nimi moc nesouhlasím. Nevím, jak by ta „šlehárna“ fungovala, jestli by tam byl nějaký pracovník, který by to nějakým způsobem šéfoval. Pokud by to byla místnost bez pracovníka, tak by se nedalo určit, jestli to opravdu slouží jen k bezpečné aplikaci. Není to podle mě dostatečně ošetřené.“ (Pracovnice č. 5)

„Myslím si, že to je už nadstandardní výbava poskytování služeb drogově závislým lidem.“ (Pracovnice č. 6)

„Tuto myšlenku nezavrhuji, ale popravdě řečeno si ji nedokážu představit v praxi. Jistě si také s sebou nese zvýšené požadavky na zařízení – např. přítomnost zdravotnického personálu.“ (Pracovnice č. 8)

„Muselo by to být ale dostatečně ošetřeno. Pořád by zde hrozilo riziko předávkování a zdravotních komplikací. Také by se v okolí „šlehárny“ mohlo ve zvýšené míře vyskytovat obchodování s drogami.“ (Pracovník č. 9)

Myslíte, že by se měl v České republice výměnný program realizovat také v lékárnách?

K této otázce zaujímali odpovídající pracovníci protichůdná stanoviska. Menší částí to připadá jako dobrá a realizovatelná myšlenka, a to za podmínky dobře proškoleného personálu.

„Určitě. Pokud by byl personál nějakým způsobem proškolen. Myslím, že by se našli uživatelé, kteří by tuto službu využívali.“ (Pracovnice č. 10)

„Proč ne, podle mne je cílem Harm Reduction, aby nitrožilní uživatel měl vždycky čistou stříkačku a měl možnost bezpečné likvidace té použité, a aby k tomu měl co nejvíce možností.“ (Pracovník č. 11)

Z větší části však pracovníci nepokládali toto za dobrou myšlenku. Důvody byly různé. Například se jednalo o to, že lékárenští pracovníci by nebyli dostatečně kvalifikováni pro práci s touto klientelou, a navíc by zde nebyl prostor pro rozhovory a podávání informací, které jsou důležitou součástí výměnného programu. Dále by se mohl vyskytovat problém s nedostatečným zajištěním anonymity.

„Myslím si, že ne. Harm Reduction má patřit do Harm Reduction služeb. Navíc výměna tady je také hodně o tom, že se o tom s klienty bavíme, nabízíme jim různý materiál k tomu, například vodu, a když jí nechtějí, tak se můžeme zeptat proč, a co používají místo toho, a to nepředpokládám, že by lékárníci dělali.“ (Pracovník č. 1)

„Myslím si, že by nám výměnný program odlákal klienty, se kterými můžeme pracovat a motivovat je k léčbě tím, že během kontaktu s nimi mluvíme. Obávám se, že v lékárnách by to nešlo. V určité fázi je pro klienta to nejdůležitější výměna a my jsme ten prvek, který se ho snaží konfrontovat s tím svým životním stylem.“ (Pracovnice č. 6)

„Podle mne to je naprosto nereálné. K této službě je nezbytné, aby ji prováděl zaškolený personál. Navíc by zde nebylo možné zajistit anonymitu, a to by klientelu jistě odrazovalo.“ (Pracovník č. 9)

V souvislosti s tímto tématem, se pracovníci v několika případech rozhovořili o spolupráci jejich zařízení s lékárnami, která probíhá prostřednictvím dodávání tzv. bezpečných (rychlých, lékárenských) balíčků do lékáren. Tyto balíčky obsahují materiál sloužící k injekční aplikaci drogy, kromě injekční jehly a stříkačky. Pokud si drogově závislý klient přijde koupit injekční stříkačky a jehly, je mu tento balíček nabízen. Další způsob, kterým by bylo možno z jejich pohledu spolupracovat s lékárnami, by mohlo být umístění kontejnerů na použité jehly a stříkačky někde v prostoru lékárny. Nicméně se nejedná o výměnný program.

„Některé lékárny si od nás berou tzv. rychlé balíčky, ale to není o výměnném programu. Když jsme nabízeli kontejnery na špinavé stříkačky, aby to bylo bliž té výměně, tak se toho ty lékárny zalekly, právě díky hygienickým nařízením a opatřením pro uchovávání a likvidaci, přestože jsme nabízeli pomoc terénních pracovníků.“ (Pracovník č. 7)

„Tam, kde funguje terénní program, dodáváme do lékáren tzv. lékárenské balíčky, které obsahují všechno kromě stříkačky, včetně nějakého letáčku s informacemi, kdy ten terénní program ve městě je a kde je k dosažení.“ (Pracovník č. 11)

Vyskytovat by se také mohl problém ze strany běžných zákazníků lékárny.

„Lidé by mohli na některé např. ne úplně čisté klienty nahlížet s daleko větším odsuzováním.“ (Pracovník č. 4)

„Také ze strany zákazníků lékáren by to mělo negativní dopad. Lidé se na drogově závislé nedívají zrovna nadšeně, a v lékárně by to možná bylo ještě horší.“ (Pracovník č. 9)

Máte nějakou zkušenost s HR ze zahraničí? Myslíte si, že by bylo možné ji použít i v naší republice?

Přímou zkušenost s fungováním Harm Reduction v zahraničí měli jen tři z dotazovaných pracovníků.

„Byla jsem na exkurzi v Drážďanech, a tam mají víceméně stejný systém jako tady. Jediné, co tam mají lépe je, že v „káčku“ je také lékař-psychiatr. Obvodní lékaři jsou i tady, ale tam spojení s psychiatrem funguje lépe, vlastně to prolíná i do AT ambulance.“ (Pracovnice č. 2)

„Já jsem pracovně v žádném zařízení nebyla, ale byla jsem se soukromě podívat v Anglii na výměnný program, který probíhal obdobně jako u nás, jen měli jiné typy stříkaček, protože klienti užívají jiný typ drog. Dávali tam také něco jako šlukovky, protože se tam kouřil crack. Stejně tak je to podobně i v Dánsku, kde jsem náhodně navštívila jedno takové zařízení a vzala jsem si jejich materiály. Na západě Evropy jsou tyto přístupy již hodně podobné a je důležité tyto myšlenky šířit dál na východ.“ (Pracovnice č. 3)

„Nějakou zkušenost mám, jednak „šlehárný“, a na ty podle mne tady ještě nedozrál čas. Nějaké prvky jsme se tady už snažili použít, ale moc se to nepodařilo, například testování extáze apod. Ne, že by to byla špatná služba, ale přišla brzo. Ani služby ani veřejnost na to nebyly připraveny. Podobné to bylo i se substitucí, i když spousta kolegů by o tom se mnou polemizovala.“ (Pracovník č. 7)

Další pracovníci zkušenosti s fungováním Harm Reduction v zahraničí neměli, nebo jen zprostředkovanou.

„Já osobně žádnou nemám, ale spousta věcí určitě již byla ze zahraničí přejata. Celkově si ale myslím, že v zahraničí jsou postupy celkově na vyšší a promyšlenější úrovni, a navíc některé věci je zde mnohem složitější je prosazovat než v zahraničí.“ (Pracovník č. 1)

„Osobní zkušenost nemám, jen zprostředkovaně z odborných článků. Takové praktiky, jako třeba ze severských zemí, kdy je heroin kontrolovatelně vydáváný apod., na ně naše společnost vůbec není připravena.“ (Pracovnice č. 5)

„Nemám. Pouze jsem se bavila s kolegyní, která pracovala v komunitě na Slovensku. Tam Harm Reduction služby nefungují téměř vůbec, kontaktní centrum tam je pouze jedno.“ (Pracovnice č. 8)

„Zaujaly mne historky ohledně Ruska, i když sám jsem na východě na žádné stáži nebyl. Na jedné konferenci jsem se setkal s kolegy z bývalého Sovětského svazu, kteří říkali, že u nich nejsou peníze na jehly a další Harm Reduction materiál, ale jsou peníze na lakmusové papírky. Mají tam nějaké drogy na bázi amfetaminů, které pokud se vaří a mají dostatečnou kyselost, tak určité pH zabijí HIV viry apod. a není to tak chemicky jedovaté pro ty žíly. Distribuují tedy ty lakmusové papírky a oni si při vaření té drogy měří kyselost, takže pokud je to v určitém rozmezí, je to méně nebezpečné.“ (Pracovník č. 11)

Co si myslíte o stále diskutovaném požadavku, že by všechna kontaktní centra měla mít statut zdravotnického zařízení se všemi výhodami i nevýhodami z toho plynoucími?

Odpovídající pracovníci neměli jednotný názor. Jako hlavní výhody toho, že by kontaktní centrum mělo status zdravotnického zařízení, uváděli zjednodušení provádění testů na infekční onemocnění. Jako negativní vnímají především zvýšené nároky na personální zajištění zařízení a také nároky spojené s přechodem pod působnost ministerstva zdravotnictví.

„Osobně je mi to jedno, kdo to zaštiťuje, ale problém vidím v tom, že v současnosti spadáme pod MPSV a máme zkušenosti s certifikacemi z MPSV a Rady vlády. Pokud by se to přehodilo pod MZ, museli bychom splňovat jiné profesní nároky. Práce v tomto zařízení se dotýká mnoha disciplín, jako sociální práce, zdravotnictví,

právní záležitosti, zčásti terapie a myslím si, že na práci s klienty se nic nemění, ať je zařízení pod MPSV nebo pod zdravotnictvím.“ (Pracovník č. 1)

„Pro nás by se určitě spousta věcí zjednodušila. Na druhou stranu by se zvýšily požadavky na vzdělání, které už teď se na tu práci neustále zvyšují. Neumím si představit dodělávat si zdravotnické vzdělání. Jednodušší by to bylo v tom, že bychom měli menší problémy kvůli testům a podobným věcem. To teď musíme dělat složitě přes nemocnici nebo u těch testů můžeme jenom asistovat a klient si je provádí sám. Složitě by určitě bylo předělat celý ten systém.“ (Pracovnice č. 2)

„Myslím si, že obecným trendem je směřovat ke zdravotnickým zařízením kombinovaným i se sociálními službami, a že to tedy není čistě jen o té zdravotnické péči. Otevřelo by nám to dveře v oblasti testování infekčních chorob, takže z tohoto důvodu by bylo fajn, aby k-centrum statut zdravotnického zařízení mělo.“ (Pracovnice č. 5)

„Myslím si, že je to dobrý nápad, že by potom možná bylo dostupnější testování uživatelů na infekční choroby. Takže já bych s tím souhlasila.“ (Pracovnice č. 6)

„Nevím, co si o tom myslet. Vidím v tom výhody velké, co se týče testování a očkování, spousta nových kontaktů a příležitostí. Možnost dělat poradensko-terapeutickou činnost na pojišťovny. Nevýhodou by bylo spousta práce, změna metodiky, procedurální změny.“ (Pracovník č. 11)

Vyslovený nesouhlas s touto možností vyjádřili dva z dotazovaných pracovníků.

„Nemyslím si, že by všechna kontaktní centra měla mít status zdravotnického zařízení, protože jsou s tím pak komplikace ohledně administrace, dokladů a dokumentů, a my toho už takhle máme dost. Kdyby něco takového teď přišlo, tak bych s tím nesouhlasila. Podle mne je stávající situace vyhovující, pokud budeme mít zajištěný zdroj dotací a nemyslím si, že by se tímto situace zlepšila.“ (Pracovnice č. 3)

„Nesouhlasím s tím. Mám v tom rozpor, co se týče financování těchto služeb, byl bych pro, protože by to přineslo stabilitu a všem by se ulevilo. Na druhou stranu těch zdravotnických výkonů, co se konají v kontaktních centrech, není ani většina, a v tomto případě mi přijde scestné, aby to bylo zdravotnické zařízení.“ (Pracovník č. 7)

Jak podle Vás reaguje laická veřejnost na Harm Reduction?

Všichni pracovníci se shodli na tom, že laická veřejnost se dívá na praktikování Harm Reduction velmi negativně. Často si neuvědomuje, že je to metoda, která chrání i drogou nezasazenou veřejnost. Podle některých to pramení z toho, že veřejnost není o Harm Reduction dostatečně informována, a nevidí v tom tudíž smysl, a chápe to jako podporu drogově závislých osob.

„Myslím si, že ne moc dobře, že to není téma, které by nevzbuzovalo emoce veřejnosti. Často se setkávám s tím i od zástupců města, že říkají, proč třeba i alkoholikům neměníme prázdné lahve. Nerozumí smyslu snižování rizik, a berou to jako podporu uživatelů. Takže ta veřejnost tomu není nakloněna, pokud nemá dostatečné informace. A i pokud je dostatečně informována, nemusí to pochopit a souhlasit s tím.“ (Pracovnice č. 6)

„Velmi špatně. Mnoho lidí není dostatečně informováno o důležitosti našich služeb a nevidí žádný přínos. Častou námitkou je také poskytování služeb zdarma. Jak už jsem řekla, důvodem je nedostatečná informovanost.“ (Pracovnice č. 9)

„Zažila jsem i velmi radikální názory například, když nám skinheadi chtěli „rozbít hubu“.“ (Pracovnice č. 10)

„Špatně. Je to plné předsudků a stereotypů, že tito lidé nejsou lidé se znevýhodněním nebo s nějakou speciální potřebou. Tato skupina je velmi stigmatizována, žádná charita na to nepřispívá na rozdíl např. od tělesně postižených. I lidé inteligentní a vzdělaní to odmítají a nechápou, proč to děláme.“ (Pracovník č. 11)

Někteří pracovníci se zaobírali otázkou věku. Podle jednoho tyto negativní postoje nejsou otázkou věku, ale jsou přenášeny z generace na generaci. Převládá ovšem názor, že se s negativními postoji setkávají spíše ze strany starší generace. Jako prvek, který zásadně může tyto postoje změnit, je zkušenost s drogou, a to buď osobní, nebo někoho z blízkých osob.

„Podle mne to ani není otázka věku, ale že se tento názor přenáší z generace na generaci. Často se to ale změní, když zjistí, že někdo z jejich rodiny bere drogy, a pak v tom najdou nějaký smysl. Nejsnadněji se to totiž odsuzuje, pokud člověk s tím nemá nějakou zkušenost a je to pro něj jen abstraktní pojem.“ (Pracovník č. 1)

„Mladší lidé jsou podle mne ochotní pro nějakou diskusi a přijetí, ale starší ročníky to vidí hodně kriticky a nevidí to pozitivní, spíše si vybírají ty předsudky.“ (Pracovník č. 4)

Z některých odpovědí je ovšem poznat, že se situace v této oblasti posouvá a dochází ke zlepšení.

„Celkově mám pocit, že dnes je to mnohem lépe přijímáno než dříve. Lidé již mají lepší povědomí o těchto službách a část z nich je schopna si uvědomit i pozitiva a nezastávají jen ten názor, že ze svých daní platí pro „feťáky“ stříkačky.“ (Pracovnice č. 3)

„Myslím si, že už je to lepší, je to hodně o práci adiktologických služeb, kdy veřejnost neustále informují, takže ta laická veřejnost to začíná vnímat i jako službu, která je přínosná i pro ni.“ (Pracovnice č. 5)

„Situace se zlepšuje, ale stále se ocitám v situacích, kdy jsem konfrontována s velmi negativními postoji, především starší generace.“ (Pracovnice č. 10)

S jakými argumenty proti Harm Reduction se nejčastěji setkáváte?

Na tuto otázku uváděli pracovníci rozličné argumenty, s nimiž se během svého působení v Harm Reduction službách setkali. Většina uvedla tyto argumenty:

„Je to podpora feťáků“ a „Diabetici si jehly musí platit sami a „feťáci“ je dostávají zadarmo.“

Další uváděné argumenty se týkaly finančních nákladů spojených s Harm Reduction službami:

„Stojí to daňové poplatníky velké peníze.“ (Pracovnice č. 2)

„Jde to z našich daní.“ (Pracovnice č. 3)

„Jsou to nadstandardní služby pro uživatele, kteří si to nezaslouží, a že se do nich zbytečně vkládají peníze.“ (Pracovnice č. 6)

„Je to vyhazování peněz pro lidi, kteří stejně chcípnou.“ (Pracovník č. 11)

Množství uváděných argumentů, které veřejnost používá, je naprosto iracionálních a jsou zaměřeny spíše vůči cílové skupině, než vůči Harm Reduction službám jako takovým.

„Postřílet.“ (Pracovnice č. 2)

„Zavřít na ostro.“ (Pracovnice č. 2)

„Potřebovali by zavřít do uranových dolů a tam makat.“ (Pracovnice č. 3)

„Kuřákům cigaret stát taky nic nedává zadarmo a taky jsou závislí.“ (Pracovnice č.5)

„Můžou si za to sami, tak proč jim pomáhat?“ (Pracovník č. 7)

„Peníze by se měly dávat lidem, kteří za to své postižení nemůžou. „Feťák“ si za to může sám a měl by být izolovaný od světa.“ (Pracovník č. 11)

Co by se podle Vás dalo udělat, aby bylo Harm Reduction lépe vnímáno veřejností?

Jako zásadní vnímají všichni dotazovaní zlepšení informovanosti laické veřejnosti o Harm Reduction a to prostřednictvím širokého spektra metod, v nichž podle některých uváděných odpovědí hrají důležitou roli právě kontaktní centra a jejich pracovníci.

„Jsou věci, které bychom i podle etiky měli dělat. My se o klientech konkrétně venku bavit nemůžeme, ale všeobecně je to možné mluvit o tom pozitivním, o tom, co se jim daří, třeba, že si k nám chodí měnit jehly a nehází to po okolí, že se nechávají otestovat, aby věděli, jestli nejsou nakaženi, a mohli tak uzpůsobit své chování, aby sami nikoho nenakazili.“ (Pracovník č. 1)

„Je to hodně na pracovnících zařízení a na tom, jak oni o těchto službách mluví na veřejnosti, a to třeba i v hospodě. Je důležité si udržovat nějakou kulturu mluvení o naší práci a styl vystupování, čímž se můžeme stát přijímaní i odbornou veřejností. Tím, jak v těchto službách pracuje hodně lidí po škole a celkově zde pracuje více mladých lidí než v ostatních typech služeb, tak je dobré udržet si vhodné vystupování, aby ti pracovníci nebyli vnímáni jen jako lidé, kteří jsou hodně podobní klientům.“ (Pracovnice č. 3)

„Je to na práci adiktologických služeb, aby veřejnost oslovovaly, pořádaly dny otevřených dveří, aby veřejnost se mohla přijít podívat, jak ten program vypadá a co je to vlastně za službu, aby to nebylo nějaké tabu, kdy se v nějakým „káčku“ něco rozdává, a bůhví, co se tam děje. Takže odtajnit to a nebát se veřejnost do těch služeb pustit.“ (Pracovnice č. 5)

„Důležitá je osvěta. To by mělo mít za úkol přímo kontaktní centrum, zřizovatel, aby informoval veřejnost o tom, proč to dělá, a o smyslu služeb. Také by pomohlo, aby se to častěji objevovalo v médiích, aby to lidé chápali.“ (Pracovnice č. 6)

Jako další účinný prostředek je uváděna primární prevence prováděná ve školách nebo formou besed přímo v kontaktních centrech.

„Podle mne jsou dobré besedy v rámci primární prevence. Už to není jako dříve, kdy ukazovali žákům „feťáky“ jako odstrašující příklad, a spíše to je pojato pro ně zajímavou formou. Mají možnost navštívit kontaktní centra, kde jim pracovníci vysvětlí, proč a jak se to dělá.“ (Pracovnice č. 2)

„Začít již na školách v rámci výuky – informování o důležitosti, semináře a školení pro odborníky (např. zdravotnický personál, učitelé,...), dny otevřených dveří...“ (Pracovnice č. 8)

Jako další možné prostředky osvěty, a to zaměřené na laickou i odbornou veřejnost, bez kterých se zařízení poskytující Harm Reduction služby neobejdou, byla uváděna média a podpora donátorů a politiků.

„Mít podporu donátorů. Mám dojem, že jsme pořád na začátku, a že se vůbec nic nezměnilo. Ani na poli odborné veřejnosti, kdy zástupci jednotlivých subjektů nejsou schopni mezi sebou komunikovat, a ani v té široké veřejnosti. Organizace a poskytovatelé služeb už víc dělat nemůžou, ale důležité je, aby se k tomu přidali ještě ostatní. Myslím, že to k tomu trošku směřuje, ale že to je ještě běh na dlouhou trať.“ (Pracovník č. 7)

„Vysvětlovat smysl v médiích apod. Ale hodně se v tomto ohledu zlepšilo, někteří lidé se jen nechtějí svých postojů vzdát.“ (Pracovník č. 10)

„Myslím si, že v i v těchto oblastech je důležité vychovávat a zaplatit lidi, kteří by dokázali prodat tyto myšlenky, jako je běžné v komerční sféře, a měli by díky svým schopnostem skrze politiku a média to veřejné mínění ovlivnit. Zatím na to samozřejmě nejsou peníze a navíc nám přijde, že nám tohle nepatří, že to patří spíš do byznysu.“ (Pracovník č. 11)

Snažíte se sám/sama aktivně obhajovat či prosazovat principy Harm Reduction mezi laickou veřejností?

Všichni dotazovaní pracovníci v různé míře prosazují principy mezi laickou veřejností a aktivně se Harm Reduction zastávají, pokud je potřeba. Čtyři dotazovaní pracovníci odpověděli, že jejich potřeba obhajovat principy Harm Reduction v osobním životě v porovnání s jejich začátky v působení Harm Reduction službách opadla, a nyní již více zvažují, zda se budou do diskuse s daným člověkem na toto téma pouštět.

„Jak kdy a jak kde. Už jsem vzdala takové to obhajování, když si jdu večer někde sednout, a někdo se dozví, co dělám, a začne o tom polemizovat. Pokud je to v rozumnou dobu a v rozumném stavu, tak určitě, ale nemůžu říct, že bych to vyhledávala.“ (Pracovnice č. 2)

„Určitě, kdykoliv mám možnost, ale teď už to aktivně nevyhledávám, jako dříve, kdy jsem byla ještě mladý nadšenec, a dělala jsem obhajování za každou cenu. Teď je to spíše o tom, že když se mě někdo zeptá, tak mu odpovím a snažím se mu to objasnit.“ (Pracovnice č. 3)

„Zpočátku jsem za to hodně bojovala. Teď už to mám tak, že když v mém volném čase někdo chce tu službu vysvětlit, tak ji ráda vysvětlím, ale když bych měla jít do nějaké silnější konfrontace, tak už to prostě nechávám být. Říkám, ať si zavolá na „káčko“ nebo ať se přijde podívat.“ (Pracovnice č. 5)

„V dnešní době už ne. Je to podle situace, ale po těch letech se chci ve svém volném čase zabývat něčím jiným než prací. Bývalo období, kdy jsem do toho hodně šel, a kdy jsem to obhajoval, ale pak jsem si řekl, že to takhle nejde. Je to podle situace, ale neznámá to, že když na to přijde řeč, a někdo se o tom chce bavit, že bych to utnul a nešel do toho.“ (Pracovník č. 7)

Další skupina pracovníků projevila nutnost hájit principy Harm Reduction, kdykoliv se vyskytne potřeba a příležitost, a to buď v osobním životě, nebo prostřednictvím seminářů či besed v rámci primární prevence.

„Ano, nejvíce svému okolí, svým blízkým a své rodině. Snažím se jim vysvětlit, jaký já mám na to názor a jak to беру. Myslím si, že jsem to vždy vysvětlil.“

(Pracovník č. 4)

„Ano, většina přátel Harm Reduction služby chápe. Problém nastává mezi staršími rodinnými příslušníky odchovanými totalitním režimem. Pokud dojde na téma Harm Reduction služeb, tak mám potřebu jejich důležitost hájit.“ (Pracovnice č. 8)

„Ano, považuji to za nedílnou část mojí práce.“ (Pracovník č. 9)

„Určitě. Možnosti jsou omezené. Pořádám třeba přednášky ve školách, během kterých se mladí lidé seznámí i s těmito službami.“ (Pracovnice č. 10)

5. DISKUSE

Harm Reduction je poměrně rozporuplným tématem, které má spoustu odpůrců i příznivců. U pracovníků kontaktních center, kteří se rozhodli věnovat v každodenním pracovním životě této problematice, lze předpokládat, že se s touto metodou práce s drogově závislými klienty ztotožňují a mají o něm velké povědomí. Při psaní práce jsem se snažila zaměřit na jednotlivé složky této problematiky, a to především na ty, které spadají do popisu práce těchto pracovníků. Proto jsem se rozhodla nezaobírat tematikou substituční léčby, přestože bývá do Harm Reduction služeb také zařazována. Z této oblasti jsem se podrobněji zaměřila na význam Harm Reduction pro klienta, na názor pracovníků na nové trendy a možnosti Harm Reduction služeb a dále na to, jak dle pracovníků kontaktních center vnímá tyto služby laická veřejnost.

Vzhledem k tomu, že jsem se rozhodla zaměřit se na kontaktní centra ve Středočeském kraji, naskytla se mi možnost oslovit jich pět. Jedno z nich mělo v tu dobu omezený provoz, a tudíž byla spolupráce navázána se čtyřmi zařízeními, kam jsem jela osobně. Rozhovory probíhaly v běžné pracovní době kontaktního centra a to s pracovníky, kteří byli v tu dobu na místě k dispozici. Rozhovorů proběhlo dohromady jedenáct, a přestože po původní domluvě měl rozhovor trvat cca půl hodiny, aby to nějakým způsobem nenarušilo provoz kontaktního centra, jevíli pracovníci o tematiku zájem a s časovým omezením se problém nikde nevyskytl.

Pokud se zaměřím nejprve na osobnosti odpovídajících pracovníků, jednalo se o relativně mladé lidi, nejstaršímu z nich bylo 37 let. To může znamenat výhodu v práci s problematickou klientelou, kterou jsou právě drogově závislí vyznačující se komplikovaným vztahem k institucím a formálním autoritám, které by pro ně pracovník staršího věku mohl eventuelně představovat. Věk klientů kontaktních center stoupá. V roce 2002 se jednalo o lidi průměrného věku 22 let a v roce 2008 byl jejich průměrný věk 25, 9 let (40). Přesto se stále jedná o velmi mladé lidi, u kterých je možnost, že najdou stejnou řeč spíše s pracovníkem přibližně stejného věku. Více než na věku zde ale záleží na osobnostních předpokladech toho daného pracovníka. Mezi tyto základní předpoklady patří empatie ve smyslu schopnosti přijímat klientovy potřeby a přání,

autenticita a schopnost akceptovat klienta takového, jaký je. Na základě těchto charakteristik se pracovník stává pro klienta důvěryhodným. Samozřejmě je dostatek informací o drogové problematice (4).

V otázce možnosti motivovat drogově závislého klienta k léčbě vedoucí k abstinenci, je důležité připomenout, že Harm Reduction služby neusilují primárně o abstinenci klienta. Ti si často svou situaci ani neuvědomují, nebo ji dokonce vnímají lepší, než je (4). Z hlediska principu snižování poškození drogami je možné považovat abstinenci za ideální stav, přesto není v první řadě vyžadována a jiné alternativy jsou akceptovány (20). Z rozhovorů vyplynulo, že důležitým prvkem v práci s klientem je dosažení toho, aby si uvědomil, že jeho životní styl není v pořádku a může mít pro něj velké zdravotní i sociální následky. Pracovníci zde vnímají svou osobu jako prostředek, který klientovi umožní střet a zamyšlení se nad svým způsobem života. Může se tak dít prostřednictvím motivačních i poradenských rozhovorů. V jiném případě si klient měnící si jehly a stříkačky při pohledu na spotřebované množství uvědomí, že něco není v pořádku. Tím se otevírají dveře pro další práci s ním. Kontaktní centrum zde nyní může hrát prostředníka mezi klientem a službou s vyšším prahem. Harm Reduction tedy není metoda, jejímž prioritním cílem je motivovat klienta k abstinenci, na druhou stranu ale hraje nezastupitelnou úlohu při minimalizaci rizik, kterým je jedinec užívající drogu a posléze celá společnost vystavena.

Přestože situace v oblasti infekčních onemocnění mezi injekčními uživateli drog byla v roce 2008 relativně příznivá, epidemie virové hepatitidy typu A, která v témže roce v České republice probíhala, se ve svém počátku šířila právě mezi touto skupinou obyvatelstva (40). Tato epidemie se posléze dotýkala i drogou nezasazené veřejnosti. Není tedy divu, že pracovníci při otázce na nezbytnost Harm Reduction pro drogově závislé vedle významu pro drogy užívající jedince, zdůrazňovali často i rovinu ochrany veřejného zdraví. Jmenovaná infekční onemocnění se mezi drogově závislými šíří často prostřednictvím sdílení nesterilního injekčního materiálu, tudíž se na tento problém služby Harm Reduction ve velké míře zaměřují. Důležitost této složky Harm Reduction posléze vyplynula i během prováděných rozhovorů, kdy odpovídající pracovníci jmenovali výměnný program jako nejdůležitější Harm Reduction službu. V posledních letech byl právě výměnný program na prvním místě co do počtu výkonů prováděných

v kontaktních centrech (40). V celosvětovém měřítku v roce 2009 jej poskytovalo 77 zemí, z nichž zemí Evropy bylo 31 (11). Mohlo by to tedy napovídat něco o tom, co nejčastěji klienti od kontaktního centra očekávají a jaké jsou jejich nejdůležitější aktuální potřeby. Právě prostřednictvím této potřeby se naskýtá možnost další práce a působení na klienta. Kontaktnímu pracovníkovi se během výměny otevírá prostor pro kladení otázek o klientově životním stylu a jeho problémech a následně pro poskytnutí doporučení nebo informací, přestože klient by často sám čistě kvůli informačnímu servisu nebo poradenství nepřišel. Proto také pracovníci v souvislosti s výměnným programem zmiňovali poradenský a informační servis, jelikož během výměny se naskýtá jedinečná příležitost, kdy mají možnost dotazovat se klienta na problematická témata, například na praktiky spojené s bráním drog, a posléze jej motivovat ke změně tohoto chování (27).

Některé odpovědi zdůrazňují individualitu jedince a jeho potřeb, a nelze podle nich jmenovat jednu konkrétní činnost poskytovanou kontaktními centry. Podle nich to pro každého v dané chvíli může být něco jiného, a tudíž každá má smysl. Podle statistik po výměnném programu jsou nejvyužívanějšími službami potravinový servis (87 800 výkonů v roce 2008), hygienický servis (34 800 výkonů v roce 2008) a individuální poradenství (21 000 výkonů v roce 2008). (40). Uváděné množství provedených výkonů naznačuje to, že tyto služby mají také své opodstatnění, přestože je někteří pracovníci považují za nadstandardní a zároveň to, že klienti jsou o těchto využívaných možnostech, které jim kontaktní centrum v rámci praktikování Harm Reduction nabízí, informováni. Je to poměrně logické, že klienti docházející do kontaktních center mají povědomí o tom, co zde mohou očekávat, přestože to chce podle jejich zaměstnanců trpělivost, opakování a časté vysvětlování. Navíc v posledních letech stále narůstá počet problémových uživatelů drog, kteří jsou s nízkoprahovými zařízeními v kontaktu, a zároveň s tím i počet distribuovaných jehel a stříkaček. (39) Tento zvyšující se podíl kontaktované klientely je jistě pozitivním trendem, nicméně sami pracovníci upozorňují na to, že je zde ještě mnoho dalších problémových uživatelů drog, s nimiž jejich zařízení nejsou v kontaktu, a tudíž je důležitým úkolem snažit se oslovovat i je a poskytovat jim možnosti využívat jejich služby.

Z těchto probíraných témat vztahujících se k prvnímu dílčímu cíli, kterým bylo zjistit, zda jsou Harm Reduction služby nezbytnou součástí péče o drogově závislé, je možné usuzovat, že tomu tak doopravdy je. Názory pracovníků poměrně korespondují s údaji o současné drogové scéně.

Další okruh otázek rozhovoru se vztahoval k novým trendům v Harm Reduction službách. Probírány byly především výdejní automaty, „šlehárny“, možnosti uplatnit výměnný program v lékárnách a také zkušenosti pracovníků ze zahraničí, které by bylo možné uplatit i v naší republice. Rovněž jsem kladla otázku, jak se pracovníci staví k možnosti, že by všechna kontaktní centra měla mít status zdravotnického zařízení.

Nejprve jim byl poskytnut prostor k zamyšlení nad návrhy, jak by bylo možné služby Harm Reduction rozšířit, a zda je vůbec potřeba je nějak rozšiřovat. Tato otázka se jevila jako poměrně složitá na zodpovězení. Často se dlouze zamýšleli. Jedna skupina zastávala názor, že současné spektrum služeb je plně dostačující, nebo dokonce až nadstandardní. Podle dalších se tomu tak již děje a to prostřednictvím distribuce želatinových tobolek, jakožto alternativy k injekčnímu užívání pervitinu. Ze zatím krátkodobé zkušenosti, je možné říci, že zájem o tento materiál je a postupně narůstá. (39, 40) Na druhou stranu se ale objevili i tací, kteří jsou otevření i diskusi právě o výměnných automatech nebo „šlehárnách“. Jako důležité se zde objevovalo také to, aby byly ve všech nízkoprahových kontaktních centrech dostupné testy na infekční onemocnění.

Právě výdejní automaty se jevily jako možnost, k níž se dotazovaní pracovníci stavěli nejvstřícněji. Přesto se zde střetávají pozitiva a negativa. K pozitivům patří velká míra anonymity, snadná obsluha, nízké provozní náklady a v neposlední řadě také možnost kontaktovat nové skupiny uživatelů drog, které s různých důvodů nejsou s nízkoprahovými zařízeními v kontaktu. Jako negativa zde mohou zafungovat absence kontaktu s odborným personálem a možnost negativního ohlasu veřejnosti, který se již projevil při realizaci projektu výdejních automatů NON STOP 24 v Praze (23). S těmito faktory se víceméně názory dotazovaných shodovaly. K negativům dále přiřazovali princip fungování automatu, který vyžaduje vhození finančního obnosu, což by pro některé uživatele mohlo znamenat překážku v získání sterilního injekčního materiálu.

Na druhou stranu to ale znamená menší jednorázovou investici, například ve srovnání s nákupem injekčního materiálu v lékárně, kde jsou stříkačky často prodávány ve větším množství v balení po deseti kusech nebo dokonce po krabicích (100 ks.) (23). Pokud by uživatel využíval automat jako doplňkovou formu získávání injekčního materiálu vedle služeb kontaktního centra, nemusel by být tento jednorázový občasný výdaj natolik problematický. Na druhou stranu v některých situacích, například v noci, kdy uživatel nemá žádný finanční obnos a nemá jinou možnost získat sterilní injekční materiál, mohla by toto být poměrně velká překážka v odhodlání omezit rizikové chování. Přesto však výdejní automaty jsou v zemích Evropské unie již poměrně rozšířené. Nachází se v Dánsku, Německu, Francii, Itálii, Lucembursku, Maďarsku, Nizozemsku, Rakousku, Slovinsku či Norsku (23), a tudíž má Česká republika spoustu možností se ze zkušeností těchto zemí poučit a inspirovat se jimi. Několik studií, z nichž neobsáhlejší byly v posledních deseti letech provedeny ve francouzské Marseille, již prokázalo, že výměnné automaty jsou opravdu účinným způsobem výměny pro obtížně kontaktovatelnou a vysoce rizikovou klientelu. To se týká například mladých uživatelů drog, kteří se svou drogovou závislostí nejsou smířeni, a tak raději upřednostňují anonymní kontakt (22).

Ve srovnání s výměnnými automaty se jako více diskutabilní téma jeví aplikační místnosti, neboli „šlehárny“. Pracovníci celkově cítí, že česká společnost není s Harm Reduction službami ještě smířena a vnímá je poměrně negativně. Tudíž i metody a zařízení pro práci s drogově závislými nepřijímá velmi vstřícně, což by podle odpovídajících mohla být největší překážka v zavádění těchto zařízení v naší republice. Nicméně ne vždy se pracovníci stavěli k této otázce jednoznačně nebo kladně. Z výsledků vyplývá, že zde vyvstává spousta dilemat, co se týče personálního zajištění a samotné potřeby těchto zařízení pro drogově závislé. Existuje mnoho otázek spojených s tímto tématem. *Jedná se o přijetí injekčního užívání drog, a pokud to tak klienti vnímají, může to znamenat ztrátu ostráživosti a s tím zvýšený výskyt zdravotních komplikací? Mohou „šlehárny“ natolik usnadnit užívání drog, že klient nebude mít zájem a motivaci ke kontaktu s jinými odbornými zařízeními? Je možné, že do oblastí, kde se „šlehárna nachází, se začnou ve velké míře stahovat uživatelé drog a dealeri (16)?*

Zdá se, že toto téma je hodně o osobním postoji a názoru, kam až by měly Harm Reduction služby zacházet. Důležitou úlohu by například mohly hrát v situaci, kdy dojde k předávkování. Pokud by k němu došlo na ulici, je možné, že by se dané osobě nedostalo včasné pomoci. Naproti tomu, pracovníci „šleháren“ jsou s touto možností srozuměni, a v případě potřeby by byli schopni poskytnout nebo přivolat pomoc. V roce 2008 bylo v České republice hlášeno 44 počet smrtelných případů předávkování. Může se to jevit jako relativně nízký počet, nicméně, většinu z tohoto počtu tvořili uživatelé opiátů a pervitinu, a tudíž šlo o problémové uživatele, na které se „šlehárny“ ve velké míře zaměřují (40).

Pracovníci si uvědomují výhody i rizika aplikačních místností, povětšinou však zde mají určitý rozpor nebo nejasnost ve fungování tohoto zařízení a dá se říci, že negativa zatím převažují. Pokud se však podíváme na data EMCDDA v Evropské zprávě o aplikačních místnostech z roku 2004, mezi klienty o využívání služeb těchto zařízení evidentně zájem je. Zejména v Německu, ve Švýcarsku a Nizozemí se vytvořily stálé skupiny uživatelů, které si aplikují drogu ve „šlehárnách“. Například v Curychu ani otevření tří aplikačních místností v roce 1992 nedokázalo uspokojit poptávku a až po otevření dalších tří zařízení do roku 1995 se podařilo zredukovat přítomnost užívání drog na veřejných prostranstvích. V letech 1977-1999 se počet aplikací již pohyboval okolo tří tisíc týdně (11).

Podobně tomu je i v otázce výměnného programu, který by byl provozován v lékárnách, nicméně se toto téma jeví již jako méně problematické. Myslím si, že věta jednoho z dotazovaných pracovníků: „*Harm Reduction má patřit do Harm Reduction služeb*“, vystihuje postoj většiny z dotazovaných. V lékárnách v České republice výměnný program jako takový neprobíhá, lékárny ovšem fungují pro injekční uživatele drog jako významný zdroj sterilních stříkaček. Ročně jim je zde prodáno 1,5 mil. kusů injekčních stříkaček (40). V roce 2007 započala dvouletá výzkumná studie „Role lékáren v prevenci infekčních chorob u injekčních uživatelů drog v České republice“, kterou provádělo Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty UK, která ukázala, že s nízkoprahovými zařízeními spolupracuje necelá pětina lékáren (39). O této spolupráci se zmiňovali i dotazovaní pracovníci všech navštívených zařízení. Spolupráce probíhá prostřednictvím tzv. lékárenských (rychlých, bezpečných balíčků),

obsahujících vše potřebné k injekční aplikaci drogy (dezinfekce, sterilní voda apod.) kromě injekční stříkačky samotné. Pokud si uživatel koupí v lékárně injekční stříkačku, je mu tento materiál lékárenským pracovníkem nabízen. Dle zmíněné studie uživatele lékárenští pracovníci poznají podle kupovaného zboží (injekční materiál, léky s pseudoefedrinem), typického chování (nervozita a snaha o co nejrychlejší vyřízení zakázky) a různých známek užívání drog (vyrážka, kožní vpichy apod.) (40). Nákup jehel a poskytování „bezpečných balíčků“ však není výměnným programem, přestože by se mu to mohlo přiblížit instalováním kontejnerů na injekční materiál v prostoru lékárny, které by potom mohly být spravovány ve spolupráci s terénními pracovníky.

Jako argument proti klasickému výměnnému programu provozovanému v lékárnách se objevila nemožnost odborné práce s klientem v tomto prostředí. Jako i u výměnných automatů, by zde chyběl motivační prvek a prvek informačního servisu poskytovaného pracovníky v nízkoprahových zařízeních. Pracovníci vyjádřili pochyby o tom, že by toto lékárenští pracovníci byli schopni klientům poskytnout. Kontaktní i lékárenští pracovníci jsou obeznámeni s účinky drog na lidský organismus, přesto však kontaktní centra jsou zařízení zaměřená na práci s touto specifickou klientelou a jejich personál má poměrně velké zkušenosti a poznatky o psychosociálních problémech svých klientů. Neformální prostředí nízkoprahového zařízení a empatický sociální pracovník zřejmě tedy poskytují vhodnější prostor pro práci s drogově závislými osobami. Další obavy se objevily v souvislosti s možnými negativními postoji běžných zákazníků lékárny vůči drogové klientele.

Na otázku, zda mají pracovníci nějaké zkušenosti s praktikováním Harm Reduction v zahraničí, jsem dostala jen tři kladné odpovědi, kdy pracovníci byli osobně v zahraničním zařízení. Konkrétně se jednalo o Dánsko, Německo a Velkou Británii, a zde až na drobné rozdíly probíhaly Harm Reduction služby podobně jako v České republice. Přesto se objevovaly i postoje, které poukazovaly na to, že v západní Evropě jsou postupy Harm Reduction na promyšlenější úrovni a snáze se prosazují. To zřejmě souvisí s kratší tradicí těchto služeb u nás. Země západní Evropy se s přívalem drog setkávaly už od 60. a 70. let minulého století. Během této doby se naučily rozumět jejich bezpečnostním rizikům a vytvořit částečně mechanismy jejich kontroly. V postkomunistických zemích střední a východní Evropy však tento vývoj díky vnější

izolaci neproběhl. To znamenalo zabránění výraznému šíření drogového problému, na druhou stranu si ale proto nevytvořily žádné obranné mechanismy, což se plně projevilo po pádu železné opony (1). Naše republika se tedy potýká s drogovým problémem zhruba o 20-30 let kratší dobu než země „na západ od železné opony“, z čehož také mohou pramenit obavy pracovníků, že na některé praktiky, dnes běžně v zahraničí užívané a akceptované (například zmiňované výměnné automaty či aplikační místnosti), není naše společnost dostatečně připravena. Například aplikační místnosti se v současnosti nacházejí v Německu, Lucembursku, Nizozemí, Norsku, Španělsku, Švédsku a Švýcarsku, tedy v zemích západní a severní Evropy. Zde je zřetelné, že výše zmiňované historické souvislosti mají vliv na schopnost akceptovat nové metody v práci s drogově závislými. Totéž platí i pro výdejní automaty, které se nacházejí s výjimkou Maďarska především v zemích západní Evropy (11). Extrémem se v dnešní době může zdát případ Ruska. Zde prakticky neexistuje síť Harm Reduction služeb, které by bránily šíření infekčních onemocnění. Rusko je tak země, kde se nejrychleji šíří epidemie HIV. Mezi injekčními uživateli drog je tady velmi běžné sdílení injekčního náčiní, jehož vlastnictví je zákonem zakázáno a potažmo i nitrožilní užívání drog. Zhruba jeden ze čtyř nitrožilních uživatelů drog je nakažen virem HIV (9). Zdá se, že skutečný význam Harm Reduction služeb se ukáže, až pokud v dané oblasti vůbec nefungují.

Jako poslední v otázce, jak vnímají pracovníci nové trendy v oblasti Harm Reduction, jsem se ptala na jejich názor ohledně toho, že by všechna kontaktní centra měla mít status zdravotnického zařízení. Ani zde jsem se nesešla s jednoznačnými reakcemi. V podstatě se zde objevoval rozpor mezi náplní práce kontaktního centra, kdy podle některých názorů se zde zdravotnických výkonů provádí jen menšina, a tudíž by to bylo zbytečné. Pracovníci jako další negativa uváděli organizační obtíže s ohledem na personální zajištění, které už v současnosti je poměrně náročné. Pokud by vyvstala potřeba zajistit zdravotnické pracovníky do zařízení, mohlo by to znamenat další komplikace. Velké části pracovníků by to připadalo jako výhodné v otázce možnosti provádění testů na infekční onemocnění, kde se vyskytuje rozpor vzhledem k tomu, že se jedná zdravotnický výkon prováděný v zařízení sociálních služeb. Tato zařízení potom musí mít kontrakt se zdravotnickým zařízením, které tyto testy bude provádět. Pokud

tomu tak není, provádí testování pouze ze slin nebo z kapilární krve, k jejichž provádění není potřeba zdravotnického personálu, nicméně tyto testy nejsou tak přesné, jako když se provádí standardními laboratorními metodami (8).

Tyto nové možnosti, vztahující se ke druhému dílčímu cíli, o které by se Harm Reduction služby mohly v naší zemi rozšířit, vnímají pracovníci poněkud rozporuplně. Kromě otázky, zda mají zkušenosti s Harm Reduction ze zahraničí, mi poskytli mnoho zajímavých informací a názorů na tyto služby. Někteří se staví vstřícně k novým možnostem výměny injekčního materiálu nebo aplikačním místnostem, někteří by volili raději opatrnost. Přesto však se o tyto možnosti zajímají a jsou ochotni o nich diskutovat nebo navrhnout možnosti, jak by se daly případné nedostatky odstranit. V zásadě se zde střetávají dva pohledy. Jeden vidí každou novou možnost, která by mohla klientovi pomoci v získání sterilního injekčního materiálu nebo udržení určité životní úrovně jako pozitivní a přínosnou. Druhý a převažující názor zdůrazňuje spíše opatrnost v zavádění nových praktik.

Třetí dílčí cíl se vztahoval k postojům laické veřejnosti ke službám Harm Reduction z pohledu dotazovaných pracovníků. Myslím si, že právě kontaktní pracovníci jsou často konfrontováni s názory veřejnosti na tyto praktiky. Jak se uvádí ve výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2007, podle studie CEPROS došlo v posledních deseti letech k posunu vnímání drogově závislých osob. Vzrostl totiž počet respondentů, kteří uvádí, že je třeba uživatele drog tolerovat a chránit přitom ostatní. V roce 1996 se k tomuto názoru přiklánělo 19,9% a roce 2006 už 32,2% respondentů, přičemž průměrně se studie účastnilo kolem jednoho a půl tisíce dotazovaných (39). Všeobecně dotazovaní pracovníci vnímají postoj laické veřejnosti vůči Harm Reduction jako velmi negativní. Podle zmiňované studie se 63,4% respondentů se v roce 2006 přiklánělo k názoru, že uživatele drog je třeba trpět, ovšem za podmínky, že se budou léčit (39). To tedy nekoresponduje posláním Harm Reduction služeb, které primárně nevyžadují abstinenci klienta.

Podle dotazovaných pracovníků toto vyplývá z nedostatku relevantních informací, které o tomto tématu veřejnost má. Podle argumentů, které uváděli pracovníci jako nejčastěji používané proti Harm Reduction, se jedná o podporu

„feťáků“ a o rozdávání injekčního materiálu, který je navíc zadarmo, zatímco běžní občané si podobný materiál musí platit. Argumenty jsou navíc často cíleny, spíše než proti minimalizaci rizik, proti cílové skupině samotné. Uživatelé drog jsou často postiženi sociálním vyloučením a společnost si je spojuje především s majetkovou trestnou činností, k níž je nutí nemožnost zafinancování spotřebovaného množství drog. (57). Jako důkaz zde může posloužit studie, kterou každoročně provádí centrum veřejného mínění v rámci projektu „Naše společnost“. Tato studie zjišťuje postoje obyvatel ČR vůči uživatelům návykových látek. Ve studii provedené v roce 2008 byla předložena respondentům baterie otázek, která se týkala rozličných skupin osob, z nichž dotazovaní vybírali ty, které by nechtěli mít za sousedy. Osoby drogově závislé zde dopadly nejhůře. 89% procent dotazovaných by je nechtělo mít ve svém sousedství, což ukázalo nejmenší míru tolerance od roku 2003 (40). Pokud má veřejnost takové postoje k určité skupině obyvatel, jistě se hůře prosazují principy, které mají sloužit k její ochraně. Bohužel, jak uvádí dotazovaní pracovníci, často si veřejnost ani neuvědomuje, že se nejedná jen o drogově závislé, ale i o předcházení rizikům, která by mohla vyplývat i pro drogou nezasaženou veřejnost. Na princip ochrany veřejného zdraví zde tedy zřejmě není dostatečně poukazováno.

Během let se nezměnil ani velmi zažitý a používaný argument, že drogově závislí dostávají injekční stříkačky zadarmo, zatímco diabetici si je musí platit, přestože dnes již většina diabetiků používá inzulinová pera. Argument, že Harm Reduction podporuje uživatele v braní drog, se také dá vyvrátit na již uváděném příkladu Ruska, kde tyto služby jsou poskytovány jen v minimální míře, a nejen, že to uživatele nepřimělo přestat užívat návykové látky, naopak se rychle začala šířit infekční onemocnění také z důvodu nedostupnosti sterilního injekčního materiálu (9).

Výsledky tedy naznačují, že za negativními postoji laické veřejnosti vůči Harm Reduction stojí nízká informovanost. Jak by se dala tato informovanost a s tím související negativní postoje zlepšit? Dva z dotazovaných pracovníků udávali, že to cítí také jako úkol samotného sociálního pracovníka. Zajímavý byl postřeh, že v nízkoprahových zařízeních pracuje hodně mladých lidí, kteří se mohou veřejnosti jevit jako podobní svým klientům. Tudíž je důležité, aby si zachovávali určitou kulturu v jednání a profesionalitu. To jim mimo jiné ukládá i Etický kodex kontaktních center,

podle nějž by měl člen týmu kontaktního centra dbát na udržování a zvyšování prestiže daného typu služby a dbát o zvyšování odborné úrovně své práce. Podobně tomu tak je i v Etickém kodexu sociálního pracovníka (12, 13). Jako další možný prostředek byla označena primární prevence provozovaná na základních školách, a to buď prostřednictvím přednášek či besed, nebo přímo návštěvou v kontaktních centrech, kde mohou žáci klást dotazy týkající se těchto služeb. V současné době k tomuto dochází pod záštitou Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy. Hlavním dokumentem v této oblasti je Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti rezortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009– 2012, k jehož dlouhodobým cílům patří i prevence užívání drog. Preventivní programy na školách jsou často realizovány nebo spolurealizovány nestátními neziskovými organizacemi. K nejčastěji realizovaným formám prevence patří bloky, besedy, interaktivní semináře, konzultace, intervence, pobytové akce atd. (40). Pro veřejnost, které se již primární prevence v rámci školních aktivit netýká, byly vyjmenovány jako dostupné zdroje informací letáky, média nebo pořádání dnů otevřených dveří. Pracovníci se však často shodovali na tom, že je zde potřeba trpělivost a ochota srozumitelně vysvětlovat a podávat informace. Podávání informací ostatně cítí pracovníci i jako svou povinnost vůči veřejnosti, jak vyplynulo z poslední otázky, zda se snaží aktivně prosazovat principy Harm Reduction mezi laickou veřejností. Čtyři z dotazovaných pracovníků uvedli, že v počátcích svého působení v Harm Reduction službách měli potřebu obhajovat tuto práci a její principy. Postupem času podle nich tato snaha u nich ovšem opadla. Zřejmě je to logické, že pokud se člověk střetává s negativními postoji založenými často na iracionálních argumentech, jeho vůle obhajovat opadne. Samozřejmě to neznamená, že by o své práci odmítali hovořit a diskutovat. Na tom se shodli všichni, že je to součást jejich práce, a ačkoliv někteří nevyhledávají nebo nevyužívají každou příležitost k debatě, nikdo z nich to předem nezavrhuje.

Pokud bych tedy shrnula okruh otázek vztahujících se k třetímu dílčímu cíli zabývajícím se vztahem laická veřejnost – Harm Reduction, vypadá to, že ve společnosti převládají negativní postoje často pramenící z velmi špatné pověsti drogově závislých osob a z nedostatku informovanosti o podstatě a významu těchto služeb, které jsou jim poskytovány. Přesto však dochází k posunu v myšlení, s tím jak se Harm

Reduction služby rozšiřují. Otázkou ovšem zůstává, jak by veřejnost reagovala na tak kontroverzní téma, jako jsou aplikační místnosti. Negativní ohlasy veřejnosti sehrály roli i v ukončení projektu o.s. Progressive zaměřeném na výdejní automaty, přestože kontaktními pracovníky byly hodnoceny jako méně diskutabilní. Tudiž si na základě jejich zkušeností a zkušeností s tímto projektem dovolím tvrdit, že by nebyly velmi vstřícné.

6. ZÁVĚR

Tato práce se zabývala pohledem pracovníků na praktikování a význam Harm Reduction. Za účelem realizace výzkumu byly provedeny rozhovory s pracovníky kontaktních center ve Středočeském kraji. V teoretické části byly vysvětleny některé základní pojmy, nastíněna aktuální situace na drogové scéně v České republice, popsán legislativní rámec protidrogové politiky a potažmo i Harm Reduction, fungování kontaktních center a služby streetwork a popsány vybrané služby, o které by se mohlo Harm Reduction v České republice potenciálně rozšířit.

Prvním cílem práce bylo prokázat, že Harm Reduction má z pohledu pracovníků kontaktních center význam a své opodstatnění. Tento cíl byl splněn. Pracovníci se shodovali, že Harm Reduction je nezbytnou součástí spektra služeb pro drogově závislé osoby, která je může motivovat ke změně rizikového životního stylu.

Druhým cílem bylo zjistit, jak by bylo možno podle kontaktních pracovníků v České republice zlepšit fungování Harm Reduction. Dotazovaným pracovníkům byl poskytnut prostor pro vyjádření se k vybraným službám pro drogově závislé a zároveň mohli vyjádřit názor, jak by bylo možné prosadit principy Harm Reduction mezi laickou veřejností, jejíž postoje mohou ovlivnit zavádění nových typů služeb do praxe v naší republice. Tento cíl byl také splněn.

Z provedeného výzkumu vplynuly tyto hypotézy:

Hypotéza č. 1: Pracovníci kontaktních center považují Harm Reduction za nezbytné v péči o drogově závislé osoby.

Hypotéza č. 2: Negativní postoje veřejnosti mají z pohledu pracovníků kontaktních center vliv na zavádění nových Harm Reduction služeb do praxe.

Hypotéza č. 3: Pracovníci kontaktních center se setkávají s negativními postoji laické veřejnosti vůči službám Harm Reduction.

Téma práce jsem si zvolila, jelikož během studijní praxe v v kontaktním a doléčovacím centru Háječek v Českých Budějovicích jsem se měla možnost seznámit se s Harm Reduction službami v praxi. Také jsem zjistila, jak je toto téma rozporuplné a diskutabilní. Proto mi připadá přínosné se jím zabývat a objevovat možné klady i zápory těchto služeb.

Tato práce by mohla posloužit jako studijní materiál pro studenty Zdravotně sociální fakulty Jihočeské Univerzity, především oboru Prevence a rehabilitace sociální patologie. Dále by některé okruhy a rovněž některé postřehy dotazovaných pracovníků mohly sloužit jako náměty pro další výzkum, například v oblasti vztahu laické veřejnosti vůči Harm Reduction. V neposlední řadě by práce mohla posloužit samotným kontaktním centrům a jeho pracovníkům pro zamyšlení se nad názory svých kolegů a případně využití některých podnětů pro zlepšení fungování těchto služeb.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) BÉM, P., KALINA, K., RADIMECKÝ J. Vývoj drogové scény a drogové politiky v České republice. In *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. KALINA., K. et al. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80–86734–05–6. Kapitola 1.3, s. 33-40. ISBN 80–86734–05–6.
- 2) BOLDIŠ, Petr. Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 609-2: Část 1 - Citace: metodika a obecná pravidla. Verze 3.3. © 1999-2004, poslední aktualizace 11. 11. 2004. 16s. Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>.
- 3) BOLDIŠ, Petr. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 609-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 3.0 (2004). © 1999 – 2004, poslední aktualizace 11. 11. 2004. 21s. Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>.
- 4) BROŽA, J. Poradenství u uživatelů drog: se zvláštním zřetelem na terénní a kontaktní práci. In *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. KALINA., K. et al. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80–86734–05–6. Kapitola 5.2, s. 269-275. ISBN 80–86734–05–6.
- 5) CICHOCKI, M. *About.com: AIDS/HIV* [online]. 2010, 28. 2 .2010 [cit. 2010-04-16]. HIV Around the World - The Russian Federation: HIV in Russia - Who's Infected. Dostupné z: http://aids.about.com/od/clinicaltrials/a/russia_2.htm.
- 6) ČERNÝ, M., LEJČKOVÁ, P., Systémový přístup v prevenci užívání návykových látek: Co funguje a nefunguje v primární prevenci. *Zaostřeno na drogy*. Březen-duben 2007, roč. 5, č. 2, s. 1-12. ISSN 1214-1089.

- 7) DOČKAL, J. *Člověk a drogy*. Praha: Éthum, 2000. 84 s. ISBN neuvedeno.
- 8) DOLANSKÁ, P., KORČIŠOVÁ, B., MRAVČÍK, V. *Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2004. 25 s. ISBN 80-86734-16-1.
- 9) ELOVICH, R.; DRUCKER, E. On drug treatment and social control: Russian narcology's great leap backwards. *Harm Reduction Journal* [online]. 2008, vol. 5, č. 23, [cit. 2010-04-16]. Dostupné z: <http://www.harmreductionjournal.com/content/5/1/23>>. ISSN neuvedeno.
- 10) EMCDDA. *Annual report 2005: Selected issues*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2005. 45 s. ISBN 92-9168-246-2.
- 11) EMCDDA. *Harm Reduction: Evidence, impacts and challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010. 462 s. ISBN 978-92-9168-419-9.
- 12) *Etický kodex kontaktních center*. Dostupné z: <http://www.asociace.org/data/eticky-kodex-kontaktnich-center.pdf>
- 13) *Etický kodex sociálních pracovníků ČR schválený plénem Společnosti sociálních pracovníků 19. 5. 2006 s účinností od 20. 5. 2006*. Dostupné z: <http://www.socialnipracovnici.cz/images/pdf/Eticky%20kodex%20SSPCR.pdf>
- 14) GABRHELÍK, R., MIOVSKÝ, M. Možnosti a meze současného využití sítě lékáren z hlediska jejich participace na nízkoprahových veřejnozdravotních intervencích v rámci adiktologických služeb. *Adiktologie*. June 2009, vol. 9, n. 3, s. 74-84. ISSN 1213-3841.
- 15) HARTNOLL, R., et al. Injekční užívání drog: Výzva pro ochranu veřejného zdraví. *Zaostřeno na drogy*. Březen-duben 2004, roč. 2, č. 2, s. 1-5. ISSN 1214-1089.

- 16) HEDRICH D., EMCDDA. *European report on drug consumption rooms*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004. 95 s. ISBN 92-9168-183-0.
- 17) HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- 18) HERZOG, A., MATOUŠEK, P., PŘIBYL, Z. Injekční kalkulač jako nástroj práce s intravenózními uživateli návykových látek. *Adiktologie*. Květen 2007, vol. 7, č. 1, s. 70-79. ISSN 1213-3841.
- 19) HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. doplněné a opravené vydání. Praha: Tigis, 2004. 883 s. ISBN 80-9000130-7-4.
- 20) HRDINA, P. Harm Reduction: Snižování poškození drogami. In *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. In KALINA, K., et al. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6. Kapitola 5.1, s. 263-268.
- 21) HRDINA, P., KORČIŠOVÁ, B. Terénní programy. In *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. KALINA, K. et al. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6. Kapitola 8.2, s. 159 – 164.
- 22) ISLAM, M., CONIGRAVE, K. Assessing the role of syringe dispensing machines and mobile van outlets in reaching hard-to-reach and high-risk groups of injecting drug users (IDUs): a review. *Harm Reduction Journal* [online]. 2007, vol. 4, č. 14, [cit. 2010-04-15]. Dostupné z: <http://www.harmreductionjournal.com/content/pdf/1477-7517-4-14.pdf>>. ISSN nevedeno.
- 23) JANOUŠKOVEC, V., MRAVČÍK, V. Výdejní automaty na harm reduction materiál: Souhrn poznatků a první zkušenosti v ČR. *Zaostřeno na drogy*. Květen-červen 2009, roč. 7, č. 3, s. 1-8. ISSN 1214-1089.

24) KALINA, K., et al. *Glosář z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: FILIA NOVA, 2001. 100 s. ISBN 80-238-8014-4.

25) KALINA, K. Úvod do drogové problematiky: základní principy, pojmy, problémy a přístupy. In *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. KALINA., K. et al. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6. Kapitola 1.1, s. 15-24.

26) KIŠŠOVÁ, L. Česká protidrogová politika a její koordinace: Historie a současnost. *Zaostřeno na drogy*. Březen-duben 2009, roč. 7, č. 2, s. 1-12. ISSN 1214-1089.

27) KLÍMA, P., et al. *Kontaktní práce: Antologie textů České asociace streetwork*. Praha: Publikováno v rámci projektu „Profesní vzdělávání pracovníků a odborníků v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež (NZDM) a streetwork (SW) sdružených v ČAS“, 2007. 359 s. ISBN neuvedeno.

28) KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Vzpouřa deprivantů : Nestvůry, nástroje, obrana*. Nové přepracované vydání. Praha: Galén, 2006. 327 s. ISBN 80-7262-410-5.

29) KUDRLE, S. Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci. In *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. KALINA., K. et al. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6. Kapitola 2.10, s. 145-149.

30) LEJČKOVÁ, P., MRAVČÍK, V., RADIMECKÝ, J. *Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002: Situační analýza v širším demografickém a socioekonomickém kontextu*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2004. 94 s. ISBN 80-86734-12-5.

- 31) LEJČKOVÁ, P. Primární prevence užívání drog: Základní principy a efektivní programy. *Zaostřeno na drogy*. Leden-únor 2006, roč. 4, č. 1, s. 1-8. ISSN 1214-1089.
- 32) LIBRA, J. Nízkoprahová kontaktní centra. In KALINA *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. KALINA, K., et al. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6. Kapitola 8.3, s. 165 – 171.
- 33) LUKŠÍK, I., MAYER, V. *Sociokultúrne otázky AIDS*. 1 vyd. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2004. 112 s. ISBN 80-89185-01-0.
- 34) MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.
- 35) McGRATH, Y., et al. Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací, nejnovější výzkumné poznatky. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. 72 s. ISBN 978-80-87041-16-1.
- 36) MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-06-4.
- 37) MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2004*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 80-86734-59-5.
- 38) MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2006*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. ISBN 978-80-87041-22-2.
- 39) MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2007*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2008. ISBN 978-80-87041-46-8.
- 40) MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2008*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. ISBN 978-80-87041-99-4.

- 41) NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. 88 s. ISBN 80-86734-81-1.
- 42) *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009: Strategie schválená vládou České republiky*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 32 s. ISBN 80-86734-39-0.
- 43) NEDĚLNÍKOVÁ, D., et al. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007. 201 s. ISBN neuvedeno.
- 44) NEVŠÍMAL, P., et al. *Výroční zpráva o činnosti obecně prospěšné společnosti Magdaléna v roce 2008*. Mníšek pod Brdy: Magdaléna o.p.s., 2009. 36 s.
- 45) PEŠEK, P., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O. *Drogová závislost aneb Rychlý běh po krátké trati: Poradenská příručka pro děti, dospívající a jejich rodiče*. Vydání neuvedeno. Písek: Arkáda, 2007. 80 s. ISBN 978-80-239-9405-6.
- 46) POPOV, P. *Programy metadonové a jiné substituce*. In *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*. KALINA, K. et al. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6. Kapitola 8.11, s. 221-226.
- 47) RADA EU, ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. *Protidrogová strategie EU na období 2005-2012*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 27 s. ISBN 80-86732-64-1.
- 48) RADA VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY. *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách – B. Speciální část, verze 7 – 2. revize*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003.

49) Statut Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky schválený usnesením vlády ze dne 15. října 2001 č. 1057 a změněn usneseními vlády ze dne 19. června 2002 č. 643, ze dne 26. března 2003 č. 296, ze dne 22. prosince 2004 č. 1312, ze dne 16. března 2005 č. 300, ze dne 4. ledna 2006 č. 23, ze dne 4. června 2007 č. 616, ze dne 12. prosince 2007 č. 1389. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/RVKPP_Statut_schvaleny_usn1389_20091212.pdf.

50) STRIKE, C., et al. Giving away used injection equipment: missed prevention message? *Harm Reduction Journal* [online]. 2010, vol. 7, č. 2, [cit. 2010-04-16]. Dostupné z: <http://www.harmreductionjournal.com/content/5/1/23>>. ISSN neuvedeno.

51) ŠVARŤÍČEK, R., et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

52) VERSTER, A., BUNNING, E. *Buprenorfin rozbor kritických otázek*. 1.vyd. v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. 52 s. ISBN 978-80-87041-11-6.

53) *Výroční zpráva 2008*. Kolín: Prostor o.s., 2009. 32s.

54) *Výroční zpráva 2008*. Nymburk: Semiramis o.s., 2009. 27s.

55) WHO. *Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog: Odborné podklady pro veřejnost*. Přeložil Artlingua a. s. 1. vyd v jazyce českém. Praha: 2004. Úřad vlády České republiky. 84 s. ISBN 80-86734-74-9.

56) ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.

57) ZÁBRANSKÝ, T. Ekonomické aspekty užívání drog: ekonomická analýza jako podklad pro rozhodnutí o nejúčinnější dostupné intervenci. In *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*. KALINA., K., et al. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80–86734–05–6. Kapitola 1.7, s. 68-77.

58) ZÁBRANSKÝ, T., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2001*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2002. ISBN 80-238-9912-0.

59) Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, v aktuálním znění.

60) Zákon č. 189/2008 Sb. kterým se mění zákon č. 18/2004 Sb., o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie a o změně některých zákonů (zákon o uznávání odborné kvalifikace), ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Drogová závislost

Harm Reduction

Injekční jehly a stříkačky

Kontaktní centrum

Kontaktní práce

Problémové užívání drog

Terciární prevence

Výměnný program

9. POUŽITÉ PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Pohled na zázemí výměnného programu (kontaktní centrum v Kolíně)

Příloha č. 2: Bezpečně odhozené injekční jehly a stříkačky

Příloha č. 3: Kontejner pro bezpečnou likvidaci injekčního náčiní

Příloha č. 4: Zázemí pro uchovávání materiálu pro výměnný program

Příloha č. 5: Pohled na kontaktní centrum Kolín

Příloha č. 6: Kontaktní centrum Mladá Boleslav

Příloha č. 1: Pohled na zázemí výměnného programu (kontaktní centrum v Kolíně)



Zdroj: Vlastní fotodokumentace

Příloha č. 2: Bezpečně odhozené injekční jehly a stříkačky



Zdroj: Vlastní fotodokumentace

Příloha č. 3: Kontejner na bezpečnou likvidaci injekčního náčiní



Zdroj: Vlastní fotodokumentace

Příloha č. 4: Zázemí pro uchovávání materiálu pro výměnný program



Zdroj: Vlastní fotodokumentace

Příloha č. 5: Příloha Pohled na kontaktní centrum Kolín



Zdroj: Vlastní fotodokumentace

Příloha č. 6: Kontaktní centrum Mladá Boleslav



Zdroj: Vlastní fotodokumentace