

Filozofická fakulta
práce
Univerzity Karlovy v Praze

2003/2004

Katedra sociální

Obor: sociální práce
školní rok:

denní studium



Bakalářská práce

Metody Harm Reduction terénních programů Drop in, o.p.s.

Ondřej Novák

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Pavla Kodymová

Oponent diplomové práce: MUDr. Dušan Randák

Datum obhájení:

Výsledek obhajoby:

P R O H L A Š U J I,

že tuto předloženou bakalářskou práci jsem vypracoval zcela samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použil.

V Praze, 28. 5. 2007

.....

Ondřej Novák

Obsah

ÚVOD.....	2
1. METODY PŘÍSTUPU HARM REDUCTION A JEJICH HISTORIE.....	6
1.1. HARM REDUCTION.....	6
1.2. VÝCHODISKA PŘÍSTUPU HARM REDUCTION VE SVĚTĚ.....	8
<i>Nizozemí.....</i>	<i>9</i>
<i>Velká Británie.....</i>	<i>9</i>
<i>Slovensko.....</i>	<i>10</i>
<i>Polsko.....</i>	<i>10</i>
<i>Maďarsko.....</i>	<i>11</i>
<i>Bělorusko.....</i>	<i>12</i>
<i>Ukrajina.....</i>	<i>12</i>
<i>Švýcarsko a kritika přístupu Harm Reduction.....</i>	<i>13</i>
2. SITUACE NA DROGOVÉ SCÉNĚ V ČR A PRAZE.....	16
2.1. SITUACE V PRAZE, ROK 1998.....	16
2.2. SITUACE V PRAZE, ROK 2005.....	17
2.3. HLAVNÍ TRENDY NA DROGOVÉ SCÉNĚ.....	19
3. CHARAKTERISTIKA ORGANIZACE S OHLEDEM NA DOSAVADNÍ ZAMĚŘENÍ ČINNOSTI.....	21
3.1. SITUACE V ČSSR A STŘEDISKO U APOLINÁŘE.....	21
3.2. ZALOŽENÍ NADACE DROP IN A JEJICH PROGRAMŮ.....	22
4. TERÉNNÍ PROGRAMY DROP IN A JEJICH HISTORIE.....	25
4.1. STRUKTURA TERÉNNÍ PRÁCE V RÁMCI DROP IN, O.P.S.....	25
4.2. STREETWORK.....	25
<i>Cílové sociální skupiny, jimž jsou služby určeny.....</i>	<i>25</i>
<i>Zařazení programů do systému péče – terciární prevence.....</i>	<i>26</i>
<i>Základní idea a obsah projektu.....</i>	<i>26</i>
4.3. STREETMOBIL.....	27
<i>Cílové sociální skupiny, jimž jsou služby určeny.....</i>	<i>28</i>
<i>Zařazení programu do systému péče.....</i>	<i>28</i>
<i>Základní idea a obsah projektu.....</i>	<i>28</i>
5. PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE HARM REDUCTION V TERÉNNÍCH PROGRAMECH DROP IN, .O.P.S.	30
5.1. PROVÁDĚNÍ HARM REDUCTION V TERÉNNÍ PRÁCI DROP IN, O.P.S.	30
<i>Posouzení místních potřeb, cíle, záměry a strategie.....</i>	<i>30</i>
<i>.Pracovní tým.....</i>	<i>31</i>
<i>Materiální výbava terénního pracovníka (TP).....</i>	<i>34</i>
<i>Poskytované služby.....</i>	<i>35</i>
<i>Navazování kontaktu s klienty.....</i>	<i>35</i>
<i>Průběh kontaktu s klientem.....</i>	<i>36</i>
<i>Výkaz poskytnutých služeb a hodnocení.....</i>	<i>37</i>
6. MĚŘITELNOST ÚSPĚŠNOSTI INTERVENČÍ HARM REDUCTION	39
6.1. VYKAZOVÁNÍ POSKYTNUTÝCH SLUŽEB.....	39
<i>Kvantitativní.....</i>	<i>39</i>
<i>Kvalitativní.....</i>	<i>43</i>
<i>Výzkumy v oblasti efektivity HR služeb.....</i>	<i>45</i>
<i>Přínosy a rizika Harm Reduction programů v Praze.....</i>	<i>48</i>
ZÁVĚR	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	55

Úvod

Drogová problematika je poutavé téma a potřebu kompetentně se k ní vyjadřovat cítí téměř každý. Užívání drog je díky legislativě, která s látkami značenými (nálepkovanými) coby drogy, nakládá jako s artiklem nelegálním. Problematika drog je tak halena pod pláštěm tajnosti a dobrodružství, které na jedné straně dráždí moralisty, na straně druhé láká všechny experimentátory v touze po nových zkušenostech. Bohužel od osmdesátých let minulého století nejde jen o problematiku užívání a zneužívání drog samotných, ale i o jevy které užívání provázejí. Těmito jevy jsou zejména infekční nemoci přenášené krví a tělními sekrety. Protože z hlediska účinku je nejefektivnější způsob užívání drog nitrožilní aplikace, je s tímto fenoménem spojeno tak velké riziko, že má užívání drog a závislost na nich přesahy do mnoha dalších odvětví věd, ale hledisko zdravotní je považováno za nejzávažnější. Tato práce nemá v úmyslu zabývat se problémem zdravotnickou optikou, ale z povahy mého studia se zaměřuji na aplikaci metod v terénních sociálních službách pro uživatele drog.

Strategií, která pragmaticky zareagovala na realitu šíření HIV/AIDS mezi nitrožilními uživateli, je strategie vycházející z anglického spojení slov Harm Reduction, do češtiny překládaná také jako minimalizace rizik a poškození.

Drogový fenomén a tím i šíření infekcí se nevyhnul ani ČR. Již v polovině osmdesátých let minulého století se objevily preventivně působící aktivity reagující na tento nový trend. Zatím se tak dělo v rámci socialistického zdravotnictví, ale zakrátko vznikaly první nestátní zařízení navazující bezprostředně na jejich práci a rozšiřovaly svoji nabídku služeb tak, aby jejich činnost byla co nejefektivnější.

Cílem práce je vytvořit ucelený a prakticky orientovaný podkladový materiál nejen pro současné pracovníky v terénních protidrogových službách, ale i pro nově vznikající programy. Těžištěm práce je

příklad dobré praxe, její konkrétní využitelnost pro stávající i nově vzniklá zařízení a reflexe deseti let osobních zkušeností (1997-2007) s fungováním a prací v terénních programech Drop in, o.p.s.

První část práce seznamuje s termínem Harm Reduction a problematikou přístupu k aktivním drogovým uživatelům, popisuje teoretická východiska a metody jimiž jsou realizovány preventivní aktivity. Na úvodní část navazují příklady aplikace Harm Reduction v zahraničí i s kritikou.

V další části se věnuji situaci v bývalé ČSSR a vzniku prvních zařízení terciární prevence. Po seznámení s organizační strukturou společnosti Drop in se detailněji zabývám dobrou praxí Harm Reduction v terénních programech Streetwork a Streetmobil.

Podrobný popis je věnován měřitelnosti úspěšnosti intervence Harm Reduction mezi uživateli, výkaznictví a zpracování dat s vazbou na další fungování programů.

Poslední kapitola se věnuje přínosům a rizikům používání metod Harm Reduction v Praze, možnostem jejich dalšího rozvoje a potenciálně rizikových faktorům.

V závěru zhodnocuji na základě dostupných informačních zdrojů a vlastní praxe zkušenosti s drogovou scénou z pozice kontaktního pracovníka v nízkoprahovém středisku, terénního pracovníka a vedoucího terénních programů Drop in, o.p.s..

1. Metody přístupu Harm Reduction a jejich historie

1.1. Harm reduction

Preventivní a klinická medicína užívá výraz Harm Reduction pro veškerá opatření směřující ke snížení pravděpodobnosti škodlivých důsledků vyplývajících z některých typů chování, ze specifických sociálních nebo lékařských intervencí nebo z nepříznivých okolností spojených s daným prostředím. Je možné je aplikovat v širokém měřítku a často se vztahují k vysoce rizikovému nebo nebezpečnému chování.

WHO definuje termín Harm Reduction v souvislosti s injekčním užíváním drog touto jednoduchou definicí: *V oblasti veřejného zdraví je termín harm reduction užíván pro snahu předcházet negativním zdravotním důsledkům souvisejícím s určitým typem chování nebo tyto důsledky minimalizovat. Cílem „harm reduction“ v rámci komplexních intervencí vztahujících se k injekční aplikaci drog je předcházet přenosu viru HIV a jiných infekcí, k němuž dochází sdílením nesterilního injekčního vybavení a přípravků určených k výrobě drog.* (WHO Europe, www.who.cz, 2006)

Jako Harm Reduction (dále HR) se označují přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u osob, které v současnosti drogy užívají a nejsou motivovány k tomu, aby užívání drog zanechaly. HR se snaží minimalizovat, omezit či zmírnit riziko pro život a zdraví jedince a společnost, které by mohlo vzniknout z infekcí, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog, nechráněným pohlavním stykem a dalším rizikovým chováním.

Základní charakteristikou tohoto pohledu na svět je pragmatičnost. Harm reduction bere na vědomí, že užívání legálních a nelegálních drog je součástí našeho světa a proto volí přístup minimalizace škodlivých účinků drog, raději než prázdné moralizování. Akceptuje,

že klient v dané době užívá drogy a nechce či nemůže přestat a snaží se zachovat klienta při životě a maximálně možném zdraví v bio-psycho-sociálním smyslu. Poskytuje klientům možnost spolupodílet se na vytváření těchto služeb a spolurozhodovat o tom, jak, kdy a kde mají být léčeni. Harm Reduction dává přednost důrazu na jedincovu zodpovědnost za vlastní život.¹

Přístup HR má na zřeteli zájmy a ochranu celé společnosti před dopady následků vyplývajících z užívání drog. Vychází z principu „Public Health” ochrany zdraví společnosti, které s šířením HIV/AIDS muselo přizpůsobit své metody novým rizikům zejména při sdílení injekčního materiálu. Pojmu užívání drog se rozumí jako komplexu multifaktoriálního fenoménu, který obsahuje kontinuální chování od pravidelného denního užívání až po úplnou abstinenci. Uznává, že některé způsoby aplikace drog jsou bezpečnější než ostatní.

Mezi nejznámější postupy používané v HR patří výměna použitého injekčního náčiní za sterilní, poskytování informací (o možnostech léčby či jiné odborné pomoci), kontaktní (situační) poradenství a edukace o rizicích. Důležité je i zaměření na bezpečný sex včetně distribuce kondomů. V širším pohledu můžeme také pod HR zahrnout substituční léčbu. Do oblasti HR patří také aplikační místnosti – tzv. šlehárny (shooting galleries, fixing rooms, injecting rooms). Poradenství a edukace v rámci HR nezbytně zahrnuje i rady, návody a vysvětlení, jak drogu bezpečně aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a podobné čistě technické informace. Tištěné materiály, které tyto informace obsahují, jsou zcela specifické a jejich distribuce musí být omezena na okruh klientů, kterým jsou určeny. HR se provádí buď přímo v terénu (terénní programy, streetwork) nebo v nízkoprahových kontaktních centrech. Edukace zaměřená na

¹ Mgr. Hrdina Petr, Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup str. 263

snížení zdravotních rizik z užívání drog je rovněž pevnou součástí léčebných programů.²

Harm reduction a strategie „Public Health“ Bere na vědomí, že prevence (HIV/AIDS, Hepatitid a jiných infekčních onemocnění) je vždy méně nákladná než následná léčba a represe. Tento přístup přináší úsporu veřejným rozpočtům. V konečném důsledku umožňuje uživateli drog dožít se okamžiku léčby v lepším zdravotním stavu a tím i s lepšími vyhlídkami na nedrogový život, než by tomu bylo bez tohoto přístupu. Harm Reduction se ukazuje v posledních desetiletích jako metoda přijatelná a jediná fungující pro aktivní uživatele drog, kteří málokdy dosáhnou absolutní abstinence.

Poškození, která se snaží HR minimalizovat nebo předejít, jsou zejména život ohrožující infekce (hepatitidy B,C a HIV/AIDS), různé tělesné komplikace spojené s injekční aplikací (abscesy, záněty, flegmóny, poškození orgánů příměsemi v drogách), zhroucení organismu v důsledku dlouhodobého podávání vysokých dávek, nedodržování hygienických návyků a v neposlední řadě sociální debakl.

1.2. Východiska přístupu Harm reduction ve světě

Harm Reduction vznikl v osmdesátých letech jako reakce na nárůst případů HIV/AIDS. Mezi první země, které začaly uplatňovat HR bylo Nizozemí a Velká Británie. V Německu a Švýcarsku vznikly další strategie HR, například tzv. „šlehárny“. HR se v Evropě prosadil jako jeden ze čtyř pilířů protidrogové politiky (Národní strategie, 2000) Nizozemí a Velká Británie jsou země s nejpropracovanější strukturou služeb Harm reduction a proto je krátce zmíním jako první, dalšími příklady zahraničních zkušeností jsou země bývalého socialistického bloku, které měly podobné výchozí podmínky jako naše republika.

² www.drogy-info.cz

Poslední skupinou jsou země, které mají silnou sociálně-kulturně-politickou vazbu na Rusko a byly součástí Sovětského Svazu. Posledním příkladem je Švýcarsko, které je průkopníkem metod HR, zde je podrobováno kritice švýcarských odborníků.

Nizozemí

Přistoupilo ke změně protidrogové politiky v 70.letech minulého století jako reakci na drogový boom let šedesátých. V roce 1972 byl vydán dokument který přinášel novou tezi: drogová politika by měla zohledňovat ve svém přístupu rizika vyplývající z užívání jednotlivých druhů drog. Tak vzniklo rozdělení na drogy s „akceptovatelným“ (konopí a jeho produkty) a „neakceptovatelným“ rizikem. Toto rozdělení přinášelo pragmatický přístup v tom, že drogy nebyly již primárně chápány jako problematika represivního aparátu. Začalo se více dbát na tělesné a duševní zdraví klienta a jeho okolí. V roce 1980 vznikla Liga uživatelů (Junkiebond), čtyři roky na to byl založen první výměňový program v Amsterdamu. ³

Velká Británie

Od 20.let minulého století Velká Británie používá některé metody HR. Rollestonova komise v r. 1920 doporučila předepisovat heroin a kokain lidem na nich závislým s cílem snížit škody vzniklé jejich nadužíváním a vést užitečný život. Tento přístup byl znovuobjeven v 90.letech a zaveden například v Liverpoolu. Součástí poskytovaných služeb je výměna stříkaček a jehel, preskripce heroínu a kokainu, zprostředkování zaměstnání a asistenční služba. Součástí systému je policie, která při prvním zadržení odkazuje na léčebná zařízení s varováním, že v dalším případě bude případ řešen v trestním řízení.⁴

³ Hrdina Petr, Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup str. 264

⁴ Hrdina, Petr, Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup str. 265

Slovensko

Koncem roku 2005 bylo na Slovensku zaznamenáno 158 HIV+ případů, z nichž se u 40ti rozvinulo onemocnění AIDS včetně 25ti úmrtí na tuto infekci. Bylo zaznamenáno 21 nových HIV případů. AIDS se převážně šíří homosexuálním stykem (67%). Výměnné programy fungují na Slovensku od r. 1994 (Bratislava, Občanské sdružení Odyseus 1997) .⁵

Polsko

Mělo vážnější problémy spojené s drogami už před rokem 1989. Po roce 1990 nastal vývoj obdobný situaci v celé střední a východní Evropě; Polsko se stalo nejprve tranzitní, posléze i cílovou zemí zahraničních drog. Rozšířilo se zde užívání heroinu, canabisu a zejména syntetických drog na bázi amfetaminů. Pokud jde o drogovou legislativu, v roce 1985 byl přijat první protidrogový zákon, který byl dosti liberální (např. držení drogy nebylo kriminalizováno). Důvodem byla skutečnost, že se v praxi nečekala jeho příliš častá aplikace. V důsledku tohoto zákona se přístup k drogové problematice realizoval především v rovině léčení a ochrany veřejného zdraví, přičemž policie se o uživatele drog příliš nezajímala. Po roce 1990 probíhala v Polsku intenzivní diskuse o nové úpravě, jejímž výsledkem byl nový zákon z roku 1997. Prosté držení drogy bylo kriminalizováno, ovšem depenalizováno.

Byla uzákoněna metadonová substituční péče o závislé, stejně jako program výměny injekčních stříkaček. V souvislosti s nástupem konzervativní vlády na konci roku 2000 byl nastolen výrazně tvrdší trend. Držení drog je nyní penalizováno, prvky harm reduction byly zproblematizovány, přestaly mít oficiální podporu (naopak policie tyto snahy výrazně narušovala). V roce 2001 bylo do zákona prosazeno nové ustanovení, podle něhož je harm reduction součástí státní

⁵ Matic S, Lazarus JV, Donoghoe MC, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006
http://www.euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118_39

protidrogové politiky, přesto jsou v praxi stále lidé stíháni a trestáni i za prosté držení relativně malého množství drogy.

Maďarsko

Problém drog byl v Maďarsku dlouho ignorován, původně byla zneužívána syntetická lepidla a rozpouštědla k čichání, popř. kombinace léků s alkoholem. Až v roce 1985 na 13. kongresu ústředního výboru Socialistické strany práce byly drogy označeny veřejně za vážný problém. Hovořilo se o 30 tisících závislých (toto číslo pak bylo dlouhou dobu beze změny uváděno jako oficiální údaj, ačkoliv k němu příslušný orgán dospěl poměrně nepřesvědčivou metodou). Po roce 1989 vyvstala potřeba nového přístupu, v roce 1991 byl ustaven Meziřesortní drogový výbor, který ovšem nesplnil očekávání, nepřipravil komplexní národní strategii, nevytvořil plán na potřebnou institucionální základnu. Pokud jde o trestní právo, vyvíjelo se, stejně jako drogová politika, celkově v závislosti na výsledcích voleb. Změny učiněné jednotlivými novelami se týkaly typů dispozice s drogou, jež byly trestné, a trestů, popř. ochranných opatření, které za ně bylo možno uložit. V roce 1996 se parlamentní komise pro boj s drogami držela střední cesty při postupu proti užívání drog. Po nástupu konzervativní vlády v roce 1998 (v této volební kampani byla poprvé využita drogová problematika) došlo k výraznému zpřísnění. Vláda zastávala přístup nulové tolerance se všemi důsledky, což vedlo k silné kritice. Po zhodnocení dopadů novely trestního zákona o dva roky později lze konstatovat, že nenaplnila plány svých předkladatelů ani chmurné vize kritiků. Poslední změna vlády v roce 2002 (sociálně-liberální koalice) vedla k další změně politiky - výrazně liberálnější, včetně novely trestního zákona (užívání drog není nadále trestné, rozšiřují se možnosti léčby místo trestu atd.). Zřetelným důsledkem je mj. znatelný nárůst osob registrovaných v různých léčebných a kontaktních centrech, jako projev zvýšené důvěry uživatelů.

Bělorusko

Předtím, než byl r. 1997 v Svetlogorsku zaveden HIV preventivní program zahrnující výchovu k bezpečnému sexu a distribuci stříkaček a jehel 92% dotázaných klientů uvedlo, že sdíleli jehly. Roku 1999 toto číslo pokleslo na 35%. Každá jehla byla distribuována za cenu 0.36 US\$ (cca. 7,5 Kč). Přestože někteří uživatelé si dále před aplikací čistili již jednou použitou jehlu, jejich počet poklesl po informační kampani z 55% na 16%. Zdvojnásobil se i počet lidí užívajících kondomy. Odhaduje se, že program pomohl zabránit dvou tisícům nových případů HIV infekce za cenu 66 US\$(1386 Kč/případ). Což je hluboko pod náklady na léčbu. Tato kampaň byla umožněna změnou zákona, kterou přestalo být kriminalizováno držení jehel a stříkaček.⁶

Ukrajina

Do roku 1994 byla nákaza AIDS na Ukrajině známa pouze v 187 případech. Drogově závislí a lidé živící se prostitucí se infikovali v období po pádu Sovětského svazu, když se společnost stávala svobodnější, ale také chudší. V porovnání s Afrikou je míra nákazy HIV/AIDS stále nízká, odhaduje se však, že je infikováno 300 000 až 400 000 lidí. Tato čísla dělají z Ukrajiny první stát s 1% infikované populace v Evropě. Podle zdrojů Spojených národů se během tří let zvýšil počet nakažených 15x ve srovnání se situací před třemi lety především z důvodů intravenózní aplikace drog a sdílených jehel mezi uživateli. Infekce HIV se však nyní šíří nejen mezi uživateli drog, ale jak dokazují výpovědi postižených, i mezi majoritní populací. Tito lidé jsou sekundárně infikováni od svých manželů, manželek a nikoli od prostitutek nebo drogových uživatelů. Zvyšuje se počet těhotných žen pozitivně testovaných na HIV.⁷ Dr. Peter Piot, výkonný ředitel AIDS

⁶ (Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, 2004, http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2004/20041130_1

⁷ FISHER IAN - AIDS in Ukraine Jumps to the General Population, NY Times ,PUBLIKOVÁNO: 23.2.2002

programu Spojených národů varoval před epidemií. Většina původně nakažených uživatelů drog se nakazila navzájem sdílenými jehlami. Rok 2002 vyhlásil prezident Kučma rokem boje proti AIDS.

Švýcarsko a kritika přístupu Harm Reduction

V průběhu osmdesátých let se v Curychu začalo stále více postupovat při protidrogové léčbě podle Harm Reduction. S nástupem AIDS začal být lidem závislým na heroinu usnadňován přístup ke stříkačkám a jehlám - nejprve v lékárnách, později ve speciálních centrech. V téže době se začal rozšiřovat methadonový program, který byl do té doby používán jen velmi omezeně pro malý počet chronických narkomanů a za řádně kontrolovaných podmínek. Před rokem 1987 bylo v kantonu Curych 300 osob, jimž byl aplikován methadon. Dnes (1996) je jich asi 15.000, což představuje téměř polovinu všech švýcarských narkomanů.⁸

V posledních letech vzbudil pozornost švýcarský experiment s podáváním heroinu závislým osobám pod lékařským dozorem. Švýcarský projekt sleduje stejný cíl jako metadonová substituce, tj. snížení trestné činnosti, prevenci infekcí a ochranu uživatele před předávkováním a dalšími zdravotními riziky znečištěné drogy nebo zboží s nejistým obsahem účinné látky. Rovněž provedení se příliš neliší od metadonových programů. Z čistě odborného hlediska lze metadon pokládat za nebezpečnější drogu než heroin, význam švýcarského projektu proto spočívá spíše v překonání společenských a politických bariér proti podávání původní drogy místo její náhražky.⁹

Od poloviny osmdesátých let začala vznikat drogová scéna na Platzspitzu, pod slangovým názvem „Needle park“. Rok po uzavření parku na Platzspitzu se drogová scéna přesunula o několik set metrů

⁸RICKLIN Florian - HALLER Francisca ,DROGOVÁ POLITIKA: ŠVÝCARSKÁ ZKUŠENOST

⁹ Kalina, Kamil DROGOVÉ ZÁVISLOSTI – ZÁKLADNÍ KURS, Texty k přednáškám 1. bloku vzdělávání Sananim

dále, do areálu uzavřeného nádraží Letten, kde dále narůstala drogová kriminalita. V následujícím roce byla také tato scéna policií vyklizena. Od konce roku 1993 se začaly provádět pokusy s lékařským vydáváním heroinu závislým.

„Harm reduction“ v podobě vydávání drog podle kritiků ulehčuje konzum drog a fixuje závislost. Závislí si nevybudují motivaci, která by je vedla k terapii orientované na abstinenci. Závislý pak přijímá pomoc pasivně, aniž by se posilovala jeho vlastní odpovědnost. Těžko se pak může rozvinout pozitivní perspektiva cesty ven z drogové závislosti. Hlavním „životním obsahem“ zůstává nejbližší dávka drogy. Motivace k terapii rozhodujícím způsobem závislá na vnějších faktorech a podnětech, jakými jsou tlak ze strany rodičů nebo partnera, nedostatek peněz a obtíže při shánění drogy, strach z těžkostí ve škole a v zaměstnání, trestní následky.

„Harm reduction“ odstraňuje právě ty faktory, které se pro závislého člověka mohou stát podnětem k úspěšnému rozchodu s drogou. Závislí se stále chtějí na jedné straně s drogou rozejít, na druhé straně sahají po stříkačce. Bez vnějšího podnětu by bylo hotovým zázrakem, kdyby našli motivaci a sílu k trvalému životu bez závislosti na drogách. „Harm reduction“ tedy není jen falešným východiskem, ale přímo brání motivaci k léčbě a tím i každé opravdové pomoci. Souhrnně lze říci, že negativní dopady takové „harm reduction“ na prevenci jsou patrně nejzávažnějším důsledkem chybné drogové politiky. Účinná ochrana mladých lidí před drogami je možná. Nejdůležitější je na jedné straně jasný zákaz drog, důsledný postih obchodu s drogami, přiměřené poučení o tělesných, duševních a společenských škodách, a na druhé straně posilování osobnosti mladistvých. Včasný záchyt a pomoc zvyšují u mladistvých šanci na uzdravení a znovuzачlenění do společnosti. Rodina může poskytnout dítěti i mladistvému nutnou jistotu i v těžkých chvílích. Proto je ovšem třeba, aby rodiče i učitelé měli potřebnou podporu a ochranu pro svůj nesnadný úkol - aby jejich úsilí nebylo ohroženo a ničeno

klimatem, jež drogy akceptuje. Pravá prevence vychází z etického základu a její výchovné působení v sobě spojuje věcné informace se zprostředkováním tradičních hodnot.¹⁰

I v ČR existuje kritika HR jako přístupu, který dokáže bránit šíření infekčních chorob. Podle sdělení MUDr. Polaneckého (hlavní hygienik HMP) je dlouhodobá efektivita výměny jehel ohrožena tím, že stačí, aby si uživatel jen jednou aplikoval z již použité jehly a veškeré úsilí přijde vniveč.

Z poněkud jiného hlediska kritizoval plk. Komorouš (ředitel NPC) výměnu jehel, kdy ji označil za napomáhání k užívání drog. Časté názory policistů jsou, že problematická otevřená drogová scéna vzniká kvůli terénním pracovníkům, kteří mění jehly a za nimi se stahují uživatelé a dealeri.

S panem Polaneckým lze souhlasit, že k infikování může dojít i při jednom nechráněném kontaktu či aplikaci, přesto by bylo chybou na poskytování ochrany rezignovat s odkazem na to, že fungování programů HR se vždy pozitivně projeví viz. situace v Bělorusku.

Názor pana plukovníka Komorouse doznal v posledních letech změny a i on připouští, že výměna jehel má smysl. Víme, že drogy se užívaly intravenózně před vznikem HR programů, tudíž zde se zaměňuje příčina za následek stejně jako u názoru, že se uživatelé drog stahují za pracovníky. Drogová scéna se v Praze několikrát přesunula viz. dále – vývoj scény v Praze, a vždy šli jinam nejdříve dealeri potom uživatelé a nakonec terénní pracovníci.

¹⁰ RICKLIN Florian - HALLER Francisca ,DROGOVÁ POLITIKA: ŠVÝCARSKÁ ZKUŠENOST

2. Situace na drogové scéně v ČR a Praze

2.1. Situace v Praze, rok 1998

Změna společenského systému po roce 1989 přinesla liberalizaci společnosti s důrazem na osobní svobodu a lidská práva, uvolnila se společenská kontrola a hranice se staly propustnými pro zboží a tím i pro drogy. V roce 1993 nebyla k dispozici odpovídající data a drogová politika byla založena na expertních odhadech o budoucím vývoji a přiměřených opatřeních, dle zkušeností zemí západní Evropy. „*K rozšíření nezákonného trhu s drogami a ke zvýšení ... spotřeby v příštích letech dojde, na což není společnost připravena. S vysokou pravděpodobností se objeví i spojitost injekčního užívání drog a AIDS.*“ (Kalina 1993) Naše území začalo sloužit k tranzitu drog do západní Evropy a část drog zůstávala na domácím trhu jako odměna za podíl na distribuci a možná jako testování trhu. Trh však z počátku fungoval stále jako poněkud exkluzivní klub pro zasvěcené. Domácí výroba stačila pokrýt spotřebu a obstarávání drog nebylo spojeno s rozsáhlou majetkovou kriminalitou.

To se začalo měnit od roku 1994, kdy do ČR začal proudit kvalitní a levný heroin. Počet uživatelů heroinu strmě stoupal a ve velkých městech se začala objevovat otevřená drogová scéna se všemi znaky organizovaného obchodu.¹¹ V roce 1998 byla situace tak vyhrocená, že mladý člověk, pokud se pohyboval v centru Prahy na drogově exponovaných místech, byl sám oslovován dealery drog všech národností. Nejužívanější drogou na otevřené scéně byl heroin, následovaný pervitinem. Policie v té době akcemi na potření otevřeného drogového trhu několikrát vytlačila drogovou scénu z jednoho místa, jen pro to aby se dealeri přesunuli na místa o kousek dál. Takto došlo několikrát k přesunu v rámci centra Prahy, z náměstí Republiky k Týnskému chrámu 1996-97, Staroměstské

¹¹ M.A. Radimecký, Josef, MSc., Česká drogová politika 1993 – 2003: analýza vývoje
<http://www.adiktologie.cz/articles.php?l=cz&cid=90&iid=210&acc=enb>

náměstí a Kaprova ulice 1997-98, ulice na Příkopech, Můstek na Muzeum 1999-2000.

Situace v Praze je specifická tím, že jde o kosmopolitní velkoměsto s velkou anonymitou a proto se jí budu zabývat zvlášť. Navíc byla poměrně dost medializována a pro nedostatek validních dat o počtu a struktuře uživatelů drog docházelo k emocionálním postojům k řešení vzniklého problému. Těchto emocí se chopili někteří politici, policisté a členové zájmových skupin s cílem zpřísnit drogovou represi. Jejich snaha byla korunována úspěchem 1.1.1999 po schválení zákona o trestnosti držení drog pro vlastní potřebu.

Cílová populace uživatelů byla z 80-90% českého etnika. Již v této době začal zatím mírný nárůst romských klientů. Drogy byly užívány cca. z 50% injekčně v celkové populaci (Tyrlík a kol. 1997), klienti terénních programů však byli z 90% injekční. Varovným trendem kolem r. 1996 bylo injekční užívání heroinu a pervitinu již při experimentech (Polanecký 1997). Mezi lety 1997-1998 došlo ke stagnaci prevalence užívání a dostupnosti pervitinu a heroinu, rekreační užívání marihuany, ecstasy a halucinogenů nepřestalo vzrůstat. Změny u heroinu a pervitinu zřejmě nastaly před zavedením trestnosti držení drog pro vlastní potřebu, nelze je tedy připisovat zpřísnění legislativy (Mravčík a kol. 2001).

2.2. Situace v Praze, rok 2005

Počty injekčních uživatelů drog v Praze se stabilizují, nebo vykazují mírný nárůst¹². Ten je způsoben několika faktory. Praha¹³ je jediné

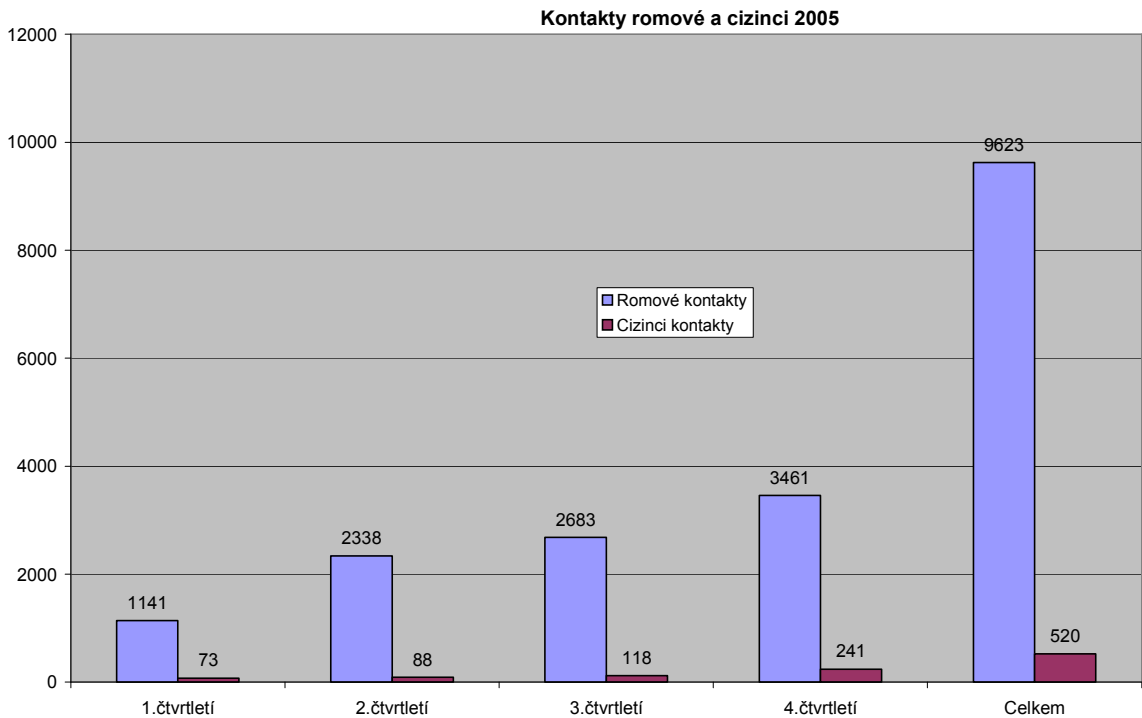
¹² Ve většině zemí zůstává heroin hlavní drogou, kvůli níž klienti vyhledají léčbu. V některých zemích lze trendy v užívání heroinu u nových klientů protidrogové léčby historicky sledovat a je patrné, že od roku 1996 došlo k mírnému poklesu jejich absolutních číselných hodnot. Podobně je v některých zemích hlášen trend, který svědčí o stárnutí populace uživatelů opiátů, i když toto zjištění opět nelze aplikovat na všechny země a v některých nových členských státech – opět na základě omezených údajů – se zdá, že uživatelé opiátů, kteří nastupují léčbu poprvé, jsou relativně mladí. V některých evropských zemích, především v původních patnácti členských státech EU, podíl nitrožilního užívání drogy u uživatelů opiátů, kteří nově požádali o léčbu, již nějakou dobu klesá a v Evropě uvádí

velkoměsto v ČR a tímto statutem nabízí pro drogové uživatele z celé ČR anonymitu, přístup k finančním zdrojům a relativně snadnou dostupnost drog. Druhým faktorem je nárůst počtu klientů z řad romského etnika který v roce 2005 dosáhl podílu na celkových kontaktech až 60%.

V reakci na přijetí zpřísnující legislativy z roku 1999 o trestnosti držení drog pro vlastní potřebu došlo ke změně prodeje drog. Typičtí dealeri, tedy ti kteří drogy prodávají pro zisk a sami drogy neužívají, zmizeli z ulic a přesunuli se na byty. Pokud si uživatelé chtějí drogy zakoupit musí znát ten správný kontakt a telefonní číslo. Prodej se potom odehrává nárazově, krátkodobě a pro větší skupinu najednou. Změnila se i preference drog. Zatímco v předchozích letech pouličnímu trhu dominoval heroin a pervitin od roku 2001 se objevil bílý heroin, benzodiazepiny, v roce 2002 se rozšířilo užívání Rohypnolu a od roku 2002 Subutexu, který na několik let téměř vytlačil užívání heroinu. Heroin se potom vrací v náhodných dodávkách na český trh v letech 2004-2005.

nitrožilní aplikaci méně než polovina nových klientů, kteří žádají o léčbu kvůli užívání opiátů. Tento trend obecně neplatí v nových členských státech, kde nitrožilní užívání zůstává i nadále hlavním způsobem aplikace drog používaným uživateli heroinu, kteří nastoupí léčbu. Publikace Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA)2005

¹³ Z hlediska geografické diferenciacie, kterou je možné sledovat v rámci bývalých 8 krajů ČR, se projevilo především výjimečné postavení Prahy. Praha se ukázala jako oblast s mimořádně vysokým výskytem užívání drog mezi mládeží,



graf. Kontakty rómové a cizinci v roce 2005 – Streetwork, zvyšující se trend v počtu kontaktů

2.3. Hlavní trendy na drogové scéně

Odhadovaný počet problémových uživatelů stimulancií a opiátů mírně vzrostl. V případě pervitinu je nárůst spojen s jeho dalším rozšířením do prostředí nočních klubů a tanečních akcí, včetně menších měst. Na nárůstu užívání opiátů se podílejí uživatelé Subutexu (buprenorfin).

Podíl lidí, kteří si drogu aplikují do žil, je stále vysoký - až 90 procent problémových uživatelů drog.¹⁴ zvýšil se průměrný věk problémových uživatelů, podíl uživatelů mladších 19 let klesl.

Zvyšuje se podíl romského etnika na kontaktech s nízkoprahovými službami, z části kvůli zvyšující se incidenci užívání mezi touto komunitou a z části díky získání důvěry k těmto službám.

Pražské terénní programy zaznamenávají zvýšený počet kontaktů s cizinci užívajícími drogy a to zejména ze států bývalého Sovětského svazu.

¹⁴ Výroční zpráva o situaci ve věcech drog v České republice za rok 2005.

Nastal ústup výroby a užívání na drogových bytech tak, jak byl znám z doby před a krátce po roce 1989 a je nahrazován organizovaným zločinem.

3. Charakteristika organizace s ohledem na dosavadní zaměření činnosti

3.1. Situace v ČSSR a Středisko u Apolináře

Pro situaci na drogové scéně v bývalém ČSSR byla typická domácí scéna bez návaznosti na dovoz drog ze zahraničí. Drogy byly vyráběny na bytech pro malou skupinu známých „vařiči“, kteří měli potřebné znalosti a dovednosti nutné k jejich výrobě. Celá komunita uživatelů fungovala samozásobitelsky tj. jedni sháněli prekursory, druzí recepty a další se starali výrobou. Protože komunistické vedení vidělo v užívání drog úpadkovou tendenci kapitalistického světa snažilo se tento problém potlačovat represemi aniž by systematicky pracovalo na strategiích léčby. Podle informací od klientů, kteří zažili tehdejší dobu, získávali jehly a stříkačky buď od známých pracujících ve zdravotnických zařízeních, nebo přímo z odpadních kontejnerů v areálech nemocnic. Nejčastěji byly užívány těkavé látky, Pervitin (metamfetamin) a Braun (hydrocodon, dihydrocodein) vyráběné z léků.

Převážně nucenou léčbou uživatelů drog se zabývala téměř výhradně protialkoholní a protitoxikomanická oddělení psychiatrických ambulancí a léčeben. Ta v roce 1985 evidovala 6.982 „osob se závislostí na ... a zneužívajících (nealkoholové) návykové látky bez závislosti“ (ÚZIS 1992).

V roce 1971 v budově u Apolináře vzniklo ambulantní středisko pro léčbu drogových závislostí při protialkoholním oddělení psychiatrické kliniky v Praze . U jeho zrodu stál MUDr. Rubeš, MUDr. Drtil a PhDr. Urban. Středisko spadalo pod nynější Všeobecnou fakultní nemocnici, v r.1986 zahájilo jako první v tehdejším Československu výměnu injekčního náčiní u nitrožilních uživatelů. Osamostatněním činnosti Střediska a přechodem ze státní do nestátní formy vzniknul v r.1991 Drop-in.

3.2. Založení Nadace Drop in a jejich programů

Nadace Drop In vznikla na sklonku roku 1991 v souvislosti se změnou společenského systému a tím možností zřídit systém komplexní prevence a péče o uživatele nelegálních drog a jejich rodinné příslušníky, který by co nejlépe vyhověl daným potřebám.

Zakladatelé nadace MUDr.Jiří Presl a PhDr.Ivan Douda, chtěli zřídit instituci, která by svojí činností navazovala na původní státní Středisko drogových závislostí FNII (kde oba pracovali od roku 1982 do roku 1991), ale byla by méně ovlivněna systémem státní drogové politiky, omezujícím doposud péči o závislé na čistě medicínském model.

Počátkem roku 1999 se nadace Drop In změnila v nový právní subjekt a sice Středisko prevence a léčby drogových závislostí - DROP In o.p.s., registrované nestátní zdravotnické zařízení. Pojetí a filozofie Drop In o.p.s. se zaměřuje na ambulantní kontakt, první pomoc, poradenství a terapii drogových problémů v intenci Harm Reduction. Jako jedna z priorit sem spadá i prevence vůči HIV infekci mezi osobami, které si drogu aplikují intravenózně. Další prioritou Drop In o.p.s. jsou různé typy preventivní činnosti.

Drop In o.p.s. prosazuje od svého založení pragmatický pohled na řešení drogové problematiky a snaží se ovlivnit postoj společnosti k drogové problematice ve směru realistického pojetí dané oblasti.

Historie Drop In o.p.s.

1991

Na základě iniciativy zakládajících členů dochází na konci roku k založení nadace Drop In, která jako první v České republice prosazuje pragmatický pohled na řešení drogové problematiky.

1992

V dubnu dochází k otevření prvního nestátního zdravotnického zařízení pro potřeby uživatelů drog a jejich rodin. Středisko je

koncipováno jako nízkoprahové, tedy s co nejmenším vstupním prahem pro uživatele drog. Středisko vzniklo na základě transformace státního střediska pro drogové závislosti, které pracovalo od r.1971

1993

Zahájení prvního programu substituční léčby v ČR. Program probíhal ve středisku Drop In formou podávání Diolanu.

1996

Příprava a otevření programu Streetwork, který poskytuje své služby přímo v přirozeném prostředí, kde se uživatelé drog pohybují. Tento projekt byl jakousi prodlouženou rukou střediska, zabezpečující větší dostupnost služeb pro uživatele drog.

1997

Příprava a otevření programu Mobil street. Jde o aktivitu, která se soustřeďuje na nabízení svých služeb nejen v centru Prahy, ale všude po území hl.m. Prahy i mimo ně, kde je větší koncentrace uživatelů drog.

1999

V lednu tohoto roku dochází k otevření programu Centra následné péče, nabízejícím své služby bývalým uživatelům drog, kteří již absolvovali základní typ léčby. Program je koncipován jako ambulantní.

Na konci roku nadace Drop In zřizuje Středisko prevence a léčby drogových závislostí - Drop In o.p.s. Tento subjekt přebírá a dále zřizuje všechny do té doby existující programy nadace Drop In.

2000

V lednu byl otevřen projekt Resocializace matek užívajících psychotropní návykové látky a monitoring jejich dětí v dětských domovech a kojeneckých ústavech.

Probíhá personální výběr a příprava prostor pro vznik Centra metadonové substituce na Praze 2. V dubnu začíná zkušební provoz a od června provoz standardní.

2001

Centrum následné péče se stěhuje do nových prostor na Praze 5

Dochází k plné stabilizaci nových projektů a k spolupráci s nadací Terezy Maxové.

Vzhledem k velkému počtu zájemců o metadonovou substituci se začíná připravovat projekt na otevření nového Centra metadonové substituce na Praze 4.

2002

Zahájen provoz nového Centra metadonové substituce na Praze 4.

Naprosté zničení Centra metadonové substituce na Praze 2 povodněmi.

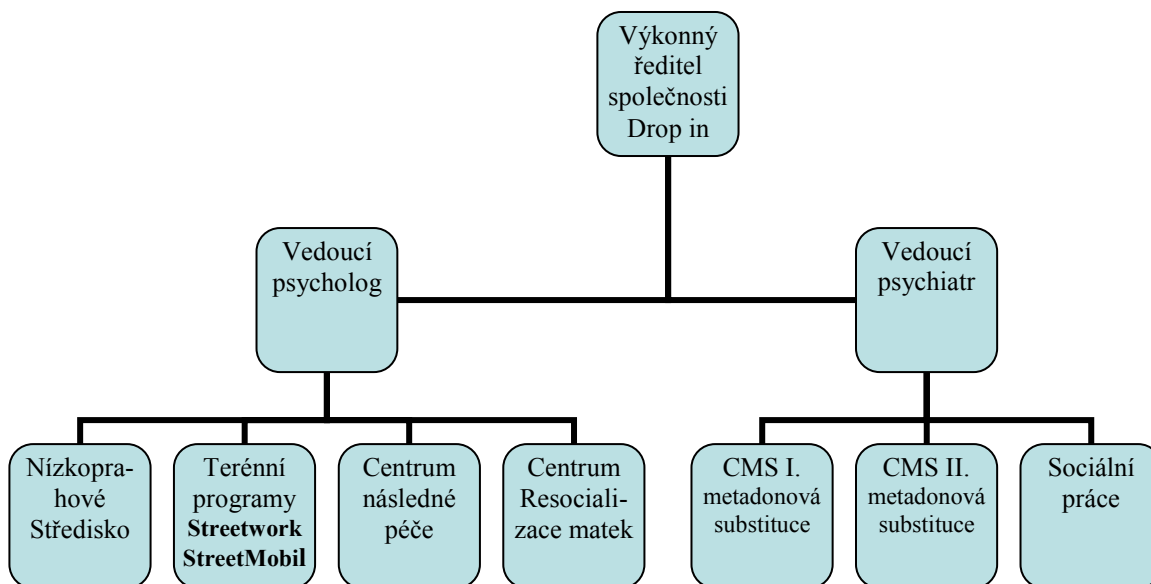
2003

Znovuotevření Centra metadonové substituce na Praze 2 a vznik projektu Sociální práce.¹⁵

¹⁵ www.dropin.cz

4. Terénní programy Drop in a jejich historie

4.1. Struktura terénní práce v rámci Drop in, o.p.s.



4.2. Streetwork

Příčinou vzniku projektu Streetwork byl poznatek, že ne každý člověk užívající intravenózně drogy chce nebo může, je-li vůbec informován o této možnosti, přijít do nízkoprahového střediska Drop in. Někteří potenciální klienti bez náhledu nechtěli být ani spojováni s „feťáky“, tedy problémovými uživateli kteří již středisko navštěvovali. Smyslem bylo poskytovat nízkoprahové HR služby přímo v přirozeném prostředí klientů a pokusit se je navázat na stávající služby a zařízení, pokud je to možné. Pokud klienti nedospěli k náhledu a jsou bez motivace k léčbě, potom jim poskytovat takové služby, aby se minimalizovalo riziko pro ně samotné a pro společnost.

Cílové sociální skupiny, jimž jsou služby určeny

- lidé užívající intravenózně drogy

- drogová populace na otevřené drogové scéně
- osoby ohrožené HIV, HVC a nemocí AIDS
- osoby v krizi

Zařazení programů do systému péče – terciární prevence

Primární prevence má zamezit užití drog u těch, kteří je neužívají. Může být zaměřena jak na celou veřejnost, tak na její části, aktivita, která si klade za cíl odradit od prvního užití drogy, nebo aspoň co nejdéle odložit první kontakt s drogou.

Sekundární prevencí se rozumí předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již drogu užívají nebo se na ní stali závislími. Obvykle používána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení.

Terciární prevence je předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog – resocializace, sociální rehabilitace, opatření zaměřená na snížení přenosu infekčních nemocí při injekčním užívání drog známá jako Harm Reduction.

Program Streetwork patří do oblasti terciární prevence. Jeho filosofie je založena na minimalizaci negativních zdravotních a sociálních důsledků (problémového) užívání drog a je zaměřena především na uživatele, kteří nejsou schopni či ochotni skončit s užíváním.

Základní idea a obsah projektu

Jde o nízkoprahovou službu zahrnující první kontakt terénního pracovníka s uživateli drog, která zabezpečuje snižování zejména zdravotního, ale i dalších typů poškození. Tyto služby redukují rizika plynoucí z dlouhodobého intravenózního užívání návykových látek. Projekt terénních pracovníků částečně preventivně reguluje následky

rizikového způsobu užívání drog injekční aplikací. Vedle tohoto základního cíle sleduje i navázání komunikace s lidmi, kteří programově odmítají kontakt s jakoukoli společenskou institucí. Terénní pracovníci se pohybují v lokalitách výskytu i.v. uživatelů drog a poskytují služby Harm Reduction. Program nabízí služby celý týden, tj. i o víkendech. Smyslem terénního programu Streetwork je primárně zprostředkovat snadno dostupnou péči osobám, které nejsou schopny a ochotny vyhledávat nízkoprahová střediska. Projekt snižování zdravotních rizik na jakékoli úrovni přístupnosti je nejenom služba uživatelům omamných látek, ale také sekundárně významnou ochranou obyvatel hlavního města Prahy před šířením infekčních nemocí. Terciálně se dá předpokládat, že konzument, který pozitivně prožije setkání s lidmi pracujícími v projektu terénních pracovníků, bude i vstřícnější ke komunikaci o jiných tématech. Toto může významně ovlivnit jeho další vztah k životnímu stylu, který do té doby preferoval. Důležitým důsledkem je snížení nákladů společnosti na následnou léčbu.

4.3. StreetMobil

Projekt StreetMobil vznikl jako reakce na nedostatek nízkoprahových zařízení v Praze. V roce 1997 byly v provozu dvě nízkoprahová centra (Středisko Drop in a K-centrum Sananim). Inspirací byla terénní služba poskytovaná klientům v Nizozemí. Touto službou byl autobus, který pravidelně přijížděl na místa s koncentrací drogových uživatelů a prostitutek. V tomto autobusu bylo možné provádět zdravotní vyšetření, poskytovat poradenství a služby Harm reduction. V roce 1997 byl pořízen dodávkový automobil s cílem poskytovat obdobnou službu i v Praze. Prvotní myšlenkou bylo vytipovat si místa mimo centrum Prahy, kde se scházejí drogoví uživatelé a tam jim poskytnout HR služby. Po vytipování lokalit protidrogovými koordinátory začalo místní monitorování situace. Projekt po pilotní fázi zjistil, že v daných místech je populace

uživatelů drog spíše skrytá a není ochotna nebo schopna kontaktovat pracovníky programu v přesný čas kdy jsou zrovna na místě. Proto byla změněna pracovní metoda a s pomocí indigeního pracovníka se podařilo proniknout na uzavřenou drogovou scénu a dále se již kontakty získávaly metodou *snowball*.

Od roku 2000 se projekt StreetMobil rozšířil o aktivity zaměřené na experimentátory a příležitostné uživatele drog na festivalech taneční hudby. Součástí intervenčních aktivit bylo testování syntetických látek na přítomnost drog typu MDMA. Od roku 2003 dochází k poskytování poradenství a testování na alkohol u účastníků festivalů.

Cílové sociální skupiny, jimž jsou služby určeny

- lidé užívající intravenózně drogy
- skrytá drogová populace na uzavřené scéně
- osoby ohrožené HIV, HVC a nemocí AIDS
- osoby v krizi
- osoby experimentující se syntetickými drogami a alkoholem (testy XTC)

Zařazení programu do systému péče

Projekt StreetMobil patří do skupiny terciárních aktivit, spolupracuje s ostatními protidrogovými službami v Praze na koordinaci aktivit a předávání informací. Je službou první linie, tj. bývá první službou od které se klienti dozvědí o celém systému protidrogové péče. Program získává nové klienty a snaží se je předat do dalších navazujících služeb, nebo zachytává relapssující klienty služeb s vyšším prahem (stacionáře, léčebny, doléčovací centra).

Základní idea a obsah projektu

Jde o nestátní terénní službu prvního kontaktu, jako taková nabízí služby, jež redukuje rizika zdravotních i jiných poškození, jež z

užívání návykových látek plynou. Projekt je zaměřen na Harm Reduction práci v uzavřených drogových lokalitách, jedná se o takzvané „toxikomanské byty“. Tyto byty slouží jako přístřeší pro širší komunitu toxikomanů a jejich přátel. Na těchto bytech je velké riziko šíření infekčních nemocí. S ohledem na silnou izolaci osob je tato služba nezastupitelnou součástí komplexní protidrogové péče.

Činnost, vedle prioritního programu Harm reduction, se zaměřuje na navazování nových kontaktů s uživateli psychotropních látek, na jejichž základě lze realizovat poradenství těmto mnohdy ne zcela plně informovaným uživatelům a jejich nasměrování na navazující služby.

Dalším obsahem projektu je kontakt s populací ohroženou návykovými látkami na tanečních akcích, festivalech a v přirozeném prostředí mladých lidí. Na těchto akcích projekt prezentuje svoji nabídku služeb, snaží se pozitivně ovlivnit chování rekreačních uživatelů drog k větší zodpovědnosti za svoje chování a v rámci testování syntetických drog, tzv. XTC testů, informuje o rizicích a pravidlech bezpečného užívání. Projekt nabízí i testy na zbytkový alkohol pro lidi hodlající usednout za volant. Smyslem těchto aktivit je získat důvěru potenciálních klientů k protidrogovým službám a informovat je o rizicích a možnostech preventivních opatření a léčby.

V celkovém kontextu protidrogových služeb se projekt snaží o snížení nákladů společnosti na léčbu a represí. Podstatné je snížení zdravotních rizik nedrogové populace, která je v přímém a nepřímém kontaktu s uživateli drog. Prioritou programu je snížení kontaminace veřejných prostor v Praze použitými injekčními stříkačkami a jehlami a tím i prevence možných poranění a nákazy obyvatel.

5. Příklad dobré praxe Harm Reduction v terénních programech Drop in, .o.p.s.

5.1. Provádění Harm Reduction v terénní práci Drop in, o.p.s.

Posouzení místních potřeb, cíle, záměry a strategie

Při plánování terénní práce je zapotřebí pečlivě zhodnotit, jaké jsou místní potřeby, ty lze zjistit ze zkušeností s místní drogovou scénou, nebo na základě analýzy místní situace.

Důležité je stanovit si přesně cílovou populaci a cíle intervence, čeho chceme dosáhnout.

- Do jaké míry jsou uživatelé drog mimo kontakt s existující sítí služeb?
- Do jaké míry potřebují tito uživatelé pomoc?

Průzkum místní situace provádějí sami TP a to buď přímo nebo prostřednictvím klíčových informátorů (samotní uživatelé drog). Terénní práce se snaží poskytovat služby těm uživatelům drog, které se nedaří účinně oslovit prostřednictvím existující sítě služeb, a proto je třeba zaměřit se na tyto základní oblasti:

- identifikovat skupiny populace, které nedokáží účinně oslovit existující služby pro uživatele drog
- identifikovat konkrétní sociální skupiny, které služby potřebují
- identifikovat místní změny v modelu užívání drog
- identifikovat místa, kde se shromažďují uživatelé drog
- identifikovat místa, kde se prodávají a aplikují drogy

Terénní program Streetwork se z pohledu cílové populace zaměřuje na intravenózní uživatele opiátů i stimulačních drog, polovinu

pracovní doby se věnuje lokalitám, které jsou velmi drogově exponované (v r.2007 Hl. nádraží, Flóra, Muzeum) druhou polovinu věnuje zjišťování, kde se pohybují uživatelé drog nezasazení současnými službami.

Terénní program StreetMobil na rozdíl od Streetworku má cílovou populaci na bytech, kde se drogy vyrábějí, prodávají a konzumují. V těchto bytech, squotech se kromě klíčové osoby scházejí i ostatní uživatelé, kteří mohou být, ale i nemusí, v kontaktu s protidrogovou službou.

Oba projekty spojuje důraz na nízkoprahovost a dostupnost čistého injekčního materiálu.

.Pracovní tým

Garantem programu je vedoucí psychiatr organizace Drop in¹⁶, poskytuje odborné konzultace a garantuje kvalitu programu.

Realizátor¹⁷ terénních programů je kompetentní ke všem pracovní-právním úkonům týkajících se TP. Podílí se na realizaci a organizaci aktivit TP, účastní se pravidelných porad a poskytuje metodické vedení.

Vedoucí terénních programů je zodpovědný každodenní naplňování cílů programu, metodické vedení kmenových a externích pracovníků. Organizuje práci týmu, podílí se na vzdělávání, shání finanční prostředky na realizaci programu, zajišťuje materiál a zázemí pro program. Vystupuje v médiích a prezentuje práci programu odborné i laické veřejnosti. Požadavkem na vedoucího programu je ukončené vysokoškolské vzdělání v oborech zaměřených na práci s lidmi a

¹⁶ v roce 2007 MUDr. Presl Jiří, spoluzakladatel Drop in, odborník a lékař, specializující se na HR substituce

¹⁷ v roce 2007 PhDr. Douda Ivan, spoluzakladatel Drop in, odborník a průkopník metod Harm Reduction v ČR

současně má pro výkon práce další vzdělání (kurz managementu, sebezkušenostní výcvik).

Supervizor programu poskytuje týmu supervizi v minimálním rozsahu 2,5 hod./měsíc, s nabídkou individuálních konzultací. Reflektují se klientské případy, nápady, motivace a interní komunikační procesy v týmu. Supervize je prováděna externím vysokoškolsky vzdělaným pracovníkem nejméně magisterského stupně v oborech lékař, psycholog, speciální pedagog, pedagog, sociální pracovník nebo příbuzných oborech, který má ukončený psychoterapeutický výcvik, vzdělávání v supervizi a alespoň pětiletou praxi v drogových službách

Terénní pracovníci

Výběru kmenových (profesionálních) pracovníků předchází vždy výběrové řízení, o výběru externích rozhoduje vedoucí programu po poradě s členy týmu.

Kmenoví :

profesionální (min. 21 let, je to pracovník s ukončeným středoškolským vzděláním s maturitou v oborech zaměřených na práci s lidmi a s příslušným pracovním zařazením, nebo s ukončeným vysokoškolským (bakalářským, magisterským), případně vyšším odborným vzděláním v oborech zaměřených na práci s lidmi, doporučuje se výcvik v komunikaci či terapeutický výcvik
Externí terénní pracovníci jsou koordinováni a kontrolováni profesionálními a to dle požadavků na zajištění služby.

Externí:

dobrovolní – pracují vždy pod dohledem kmenového pracovníka (min. 21 let, absolvovaný učební obor nebo ukončené středoškolské vzdělání bez maturity)

indigenní – pracují s kmenovým pracovníkem za účelem navázání kontaktů s uživateli drog (min. 18 let, s kontakty v drogové komunitě, stabilizovaný stav, schopnost spolupracovat s kmenovými

pracovníky, s vhodnou osobnostní strukturou a komunikativními dovednostmi)

TP jsou hodnoceni podle následujících kritérií :

- daří se TP oslovit cílovou populaci?
- dokáže navazovat nové kontakty?
- dokáže podávat zdravotně preventivní informace a rady?
- dokáže efektivně pracovat i pod tlakem?
- má důvěru a respekt mezi kolegy a uživateli drog?
- dokáže si dobře zorganizovat čas?
- má řídicí schopnosti (týká se těch, kteří pracují s externími TP)?
- má zájem o profesionální rozvoj?

Vzdělávání terénních pracovníků:

V rámci celé organizace Drop-in, o.p.s. probíhají interní školení od vedoucích lékařů a psychologů, vzdělávací přednášky a besedy s odborníky na drogovou problematiku, kterých se pravidelně jedenkrát za měsíc povinně účastí každý terénní pracovník. Na vlastní žádosti jsou terénní pracovníci uvolňováni na externí stáže a výcviky v souladu se vzdělávacím plánem.

Individuální vzdělávací plány se pravidelně aktualizují na poradách týmu. Každý terénní pracovník má možnost pravidelně projednávat svou odbornou kariéru a další vzdělávání s vedoucím terénních programů. Na týdenních poradách je pracovník pravidelně motivován a informován o možnostech a formách školení, seminářů apod. V tomto ohledu probíhají také osobní personální rozhovory.

Spolupráce v týmu je zajišťována tím, že každý zná svou týmovou roli, která se odvíjí od náplně práce. Aktuální informace se předávají ihned, nejpozději na poradě týmu, která je 1x týdně. V naléhavých případech pracovníci ihned kontaktují vedoucího projektu.

Pracovníci se při nástupu seznámí s vnitřními předpisy o bezpečnosti práce, etickém kodexu a zásadách mlčenlivosti a ochrany soukromí klientů.

Při úvodním zaškolení pracovníka se vychází z manuálu TP, který obsahuje pracovní postup, hlavní zásady práce a její východiska, včetně nácviku a diskuse nad rizikovými situacemi do kterých se pracovník může dostat.

Materiální výbava terénního pracovníka (TP)

Do terénu pracovník nastupuje s tímto materiálem v množství přiměřeném situaci :

- inzulínové stříkačky
- 2ml stříkačky + jednotlivé jehly
- desinfekční polštářky
- bavlněné filtry
- kyselina askorbová (bal. 0,4g)
- sterilní voda (Biotika, Braun)
- speciální kontejner na použitý (potenciálně infikovaný) materiál
- kondomy
- informační letáky (o infekčních nemocech, způsobu bezpečné aplikace),
- seznam léčeben, detoxifikačních zařízení, kontaktních center, lékařů, ubytoven
- alobal
- náplasti, desinfekce, obvazy a buničtinové čtverečky
- mast Heparoid (IBU-Hepa apod.)
- Těhotenské testy
- Testy na HIV, VHC, alkotest, sada na testy XTC
- gumové rukavice, rouška na umělé dýchání

Poskytované služby

Popis služeb s nároky na odborné vzdělání pracovníka a časovou dotaci lze nalézt v *Seznamu a definici výkonů drogových služeb* (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti 2006)

- Individuální poradenství
- Informační servis
- Intervence v prostředí zábavy
- Kontaktní práce
- Krizová intervence
- Krizová intervence po telefonu
- Kvalitativní analýza tablet syntetických drog (XTC test)
- Orientační test z moči
- Potravinový servis
- Sociální práce
- Úkony potřebné pro zajištění práce s klientem
- Testování infekčních nemocí (testy VHC, HIV)
- Test na Alkohol
- Vstupní zhodnocení stavu klienta
- Výměnný program
- Základní zdravotní ošetření
- Zhodnocení potřebnosti drogové služby

Navazování kontaktu s klienty

Vzhledem k charakteru drogové scény v Praze probíhá TP dvěma způsoby:

a, na scéně uzavřené:

Práce na toxikomanských bytech, uzavřených akcích (klub, hospody, bary) je zajišťována v počáteční fázi přes klíčového člověka s kontaktem na drogovou komunitu a dále metodou nabalování dalších kontaktů a udržováním stávajících. Tato metoda je velmi

citlivá na důvěru klientů k pracovníkovi. Některé programy na tuto práci využívají tzv. indigenní (z řad bývalých klientů) terénní pracovníky, v Drop in pracují především profesionálně, kteří jsou schopni poskytnout veškeré služby. Kontakty s klienty jsou v počáteční fázi nahodilé, po navázání kontaktu probíhají po předchozí domluvě i telefonicky. Služba je klientům k dispozici ve všední dny od 12-18.

b, na scéně otevřené:

Práce na ulici, nádraží, podchodech, restauračních zařízeních a dalších místech, kde dochází k „otevřenému“ výskytu cílové populace zajišťují kmenoví pracovníci. Kontakt probíhá na drogově exponovaných lokalitách v předem dané dny a přesném časovém plánu. Aktuálně od pondělí do pátku 12-18h. O víkendech a státních svátcích 14-16h.

Průběh kontaktu s klientem

- Přichází na místo na a monitoruje pouliční drogovou scénu. Monitoring by měla být značná a důležitá část terénní práce při vyhledávání osob a míst nepokrytých službami.
- TP vyhledává klientelu, kontaktuje cílovou skupinu, vždy se tak děje s ohledem na soukromí a anonymitu klienta, ideálně v individuálním kontaktu
- TP navazuje kontakt s klientem (oslovení, pozdrav), kontakt začíná u neverbální komunikace a pokračuje k představení pracovníka a organizace
- TP přichází s nabídkou služeb, má-li klient o HR služby zájem, TP společně s klientem specifikují objednávku, příp. TP zjišťuje další jiné potřeby klienta
- TP poskytuje klientovi HR materiál podle interních pravidel programu, tj výměna jehel kus za kus s možností dát jednu a více navíc v individuálních případech,

poměrný počet ostatního HR materiálu podle počtu jehel a potřeb klienta, zároveň sbírá použité jehly do připravených nádob

- TP odkazuje klienta s takovými potřebami, které nemůže klientovi saturovat sám, do příslušného zařízení, dává kontakt a v odůvodněných případech klienta doprovází
- TP má vědomosti o službách poskytovaných jinými zařízeními a je schopen podat relevantní informace o návaznosti a obsahu služeb
- TP informuje klienta o bezpečném užívání, bezpečném sexu a o tom, jak redukovat rizika nález chorobami
- TP provádí dlouhodobý motivační trénink zaměřený na změnu rizikového chování, pokud je jistá míra motivace ke změně životního stylu klienta možná, pokouší se TP tuto techniku zavádět
- Samotný průběh kontaktu TP začíná oslovením a zjištěním potřeb klienta, teprve po saturaci těchto potřeb TP rozhovor uzavírá zjišťováním údajů potřebných pro statistiky (kódy apod.) a domlouvání dalšího kontaktu.

Výkaz poskytnutých služeb a hodnocení

Pod pojmem efektivita se skrývá hodnota, kterou za přidělené dotace a granty vytvoříme. Vzhledem ke skutečnosti většinového pokrytí projektu z veřejných rozpočtů (tedy potažmo peněz daňových poplatníků), má občan právo požadovat maximální možnou hodnotu za minimum vynaložených financí.

Hodnotou jsou v tomto případě dvě složky:

- kvalita (v současné době je hodnotitelná na základě standard minimální léčebné péče)
- účinnost (vliv mají přímé a nepřímé indikátory – tj. jestli služba plní účel, který jsme od ní očekávali)

Hodnocení výstupu může probíhat v těchto čtyřech stupních:

- Indikátor kontaktu – množství/procento potenciálních klientů s kterými byl navázán kontakt, jak velkou část cílové populace obsáhneme, kolik je prvních, kolik opakovaných kontaktů
- Indikátor dodání služby – využití nabídky služeb programu, využití kapacity programu
- Indikátor změny – jak se nám podařilo ovlivnit příjemce služby ve smyslu HR, založené na sděleních klientů a pracovníků programu
- Indikátor výsledků – seriózním *výzkumem* v cílové populaci (např. *incidence VHC v drogové populaci*)

6. Měřitelnost úspěšnosti intervencí Harm Reduction

6.1. Vykazování poskytnutých služeb

Kvantitativní

Pro účely terénních programů slouží především *Indikátory výkonu*. Tyto indikátory charakterizuje to, že jdou kvantifikovat. Jedná zejména o počty výkonů jednotlivých pracovníků, využití kapacity programu klienty, efektivní vynaložení finančních prostředků na materiál a pokrytí dané lokality či populace službami.

Druh vykazované jednotky výkonu je stanoven vlastními předpisy programu a minimálně odpovídá požadavku na výkaznictví donora. Druh statistických jednotek je součástí smlouvy mezi poskytovatelem služby a objednavatelem, zejména bývá specifikován v závěrečných zprávách o plnění smlouvy za uplynulé období (nejčastěji rok). Celkový přehled sbíraných výkonů a materiálu v TP Drop in je vidět v příloze viz. *měsíční výkaz.pracovníka*.

Jedním druhem kvantitativních dat je počet nových klientů dosud služby nevyužívajících a celkový počet klientů. To se v případě anonymního kontaktu dá zajistit vytvořením tzv. kódu. Tento kód je tvořen prvními písmeny křestního jména matky klienta, číslicemi dne a měsíce narození v kombinaci s písmeny jeho křestního jména. To by mělo zaručit nemožnost ztotožnit kód s konkrétním člověkem a zároveň zajistit jeho jedinečnost.

Přesná pravidla jak kód klienta vytvořit lze nelézt, i s evidenčním programem *FreeBase*, na stránkách www.drogy-info.cz. Při tvorbě kódu se s klientem vyplní anamnestický dotazník popisující, jeho drogové preference, dosavadní způsoby léčby a další údaje. Při každém kontaktu s klientem se pracovníci na závěr kontaktu zeptají na kód a pokud ho klient má a chce sdělit zapíše si ho do *denní evidence výkonů* viz příloha. Výhodou sběru kódů měl být

elektronický systém, umožňující sdílení dat jednotlivými zařízeními a v případě žádosti o léčbu, nebo její doporučení pro klienta by bylo možno zjistit jeho kontakty se zařízeními a typ využívaných služeb. Tento systém nebyl do dnešního dne (13.5.2007) zprovozněn a kódy slouží pouze jako interní statistika o počtu klientů a pro sdílení těchto dat pro výzkumné a statistické zpracování na úrovni za celou ČR. V praxi se tento systém osvědčil zejména na malých městech a u programů, kdy je poptávka klientů i po jiné službě než pouhé výměně injekčního setu. Používání kódů v praxi pro rozlišení jednotlivých klientů s sebou přináší výhody zejména při rozhodování o využití kapacit projektu a pro vykazování činnosti programu. Programu to umožňuje podpořit své žádosti o granty jasnými počty klientů zejména při vyjednávání politické podpory na místní úrovni, ale i při zdůvodňování potřebnosti programu na centrální úrovni. Nevýhodou používání kódování je větší administrativní náročnost na jejich zpracování, což znamená v důsledku méně práce s klientem v terénu a více práce v kanceláři. Kódy získané od klientů nejsou vždy pravdivé a tím se snižuje jejich vypovídací hodnota pro statistické zpracování. Správnost kódu může být podpořena vydáváním průkazek o účasti na výměnném programu stříkaček a jehel klientům, to v sobě nese riziko identifikace klienta se skupinou lidí užívající nitrožilně drogy.

Cílem ale není jeho pocit, že patří do organizací nebo státem (i takové byly domněnky klientů) uznané skupiny narkomanů, ale důraz na jeho osobní zodpovědnost za svůj život. Pro velmi frekventované programy jako je terénní program Streetwork v Praze znamenalo zavedení kódování ztížené jednání s klienty, kteří jsou typičtí svou nedůvěrou, nezdrženlivostí a nechotou odložit své potřeby. Projevuje se to tak, že skupina klientů poté, co vidí že je možnost si vyměnit a jedni už tak činní, rozhodnou se všichni, že výměna musí být provedena ihned. Dochází k obklopení pracovníků hloučkem klientů, zejména z romského etnika, překřikování kdo byl první, kdo co chce a pokud není promptně vyhověno dojde i na slovní útoky a snahu vzít

si z pracovní brašny materiál následovaný rychlým odchodem. Tyto situace se nestávají vždy a pravidelně, přesto dost často na to, aby to komplikovalo získání kódu a jeho zapsání.

Jinými druhy kvantifikovatelných údajů o programu jsou počty kontaktů. Kontakt je každé jednání s klientem. Ať už jde o uživatele drog, nebo jeho příbuzné a blízké. Rozlišuje se zda jde o uživatele drog nebo neuživatele. Kontakt může být osobní či telefonický. V případě terénní práce se jedná z absolutní většiny o kontakt osobní. Kontakt se dá rozlišit jednak podle pohlaví, jde-li o kontakt s mužem či s ženou.

Dalším parametrem bývá využití dané služby příslušníky etnických skupin, cizinců, lidí s bydlištěm mimo Prahu, popřípadě jde li o občana příslušné městské části.

Zde se dostáváme k eticky citlivé oblasti, jak poznat příslušníka etnické menšiny zejména té nejčastější - rómské. V době, kdy vznikají programy specializované na romskou problematiku na straně jedné a na druhé straně minimální identifikaci jedinců romského etnika se svým etnikem (dle sčítání lidu v ČR) se nebráníme takto rozlišovat, protože cílem je přizpůsobit služby potřebám všech klientů i těch romských. Ti tvoří, jak už bylo uvedeno nadpoloviční většinu klientů terénních programů Drop in. Pokud se nejedná přímo o dotazníkové šetření, necháváme tento údaj na pracovníkovi, aby sám rozhodl jde-li o romského klienta či ne.

Stejně tak program sleduje kontakty a klienty ze zahraničí a to v souvislosti se vzrůstajícím počtem cizinců z bývalého Sovětského Svazu užívajících drogy v Praze a využívajících služeb.

Mezi kontakty patří i samotný akt výměny injekčního setu. Tato služba se eviduje zvláště za účelem rozlišení kolik kontaktů je využíváno jako výměnný program a kolik pro jiné služby. Opět lze říci, že v terénních programech Drop in se v drtivé většině případů jedná o kontakt spojený s výměnou jehel.

Počet vyměněných injekčních setů má dvě složky. První je počet jehel vydaných, druhé počet přijatých. To znamená kolik klient dostal injekčních setů, přičemž toto číslo bývá rovno nebo větší než bylo jehel přijatých. Je to z důvodu toho, že existuje pravidlo výměny kus čistý za kus použitý, popřípadě dostane klient jednu navíc. V letech 2005-2006 se po dohodě pražských HR programů začalo dávat až tři kusy navíc. Otázkou je, zda je rozumné toto interní pravidlo uplatňovat paušálně vzhledem k demotivaci vracet všechny použité jehly i když v individuálních případech má své opodstatnění. Pokud se ale jeden z pražských TP rozhodne zvýšit počet vydaných kusů, potom se mu ostatní programy přizpůsobí, nebo je čeká časté dohadování s klienty dožadujícími se většího počtu i od nich.

Indikátory výkonu jsou i druh a množství poskytnutých služeb. To znamená kolikrát bylo poskytnuto doporučení do navazujících služeb a zařízení následné péče. Jako jsou nízkoprahová střediska (K-centra), lékařská zařízení, detoxy apod. Počet zdravotních ošetření klientů, rozdané aluminiové folie, počet asistencí poskytnutých klientům a proškolených stážistů v terénu jsou údaje také sbírané a kvantitativně vyhodnocované v měsíčním výkazu viz měsíční statistika.

Množství provedených nebo poskytnutých testů na HIV, VHC, XTC, těhotenských testů a testů na přítomnost alkoholu patří mezi kvantitativní měřítka výkonů programu. Do statistiky se zahrnuje počet poskytnutých testů (těhotenské testy), nebo výkonů testování (HIV, VHC, XTC, alkotestů).

Všechny statistické údaje jsou sbírány a vyhodnocovány jak pro jednotlivého pracovníka, tak za celý program. Lze z nich vyčíst celkový objem poskytnutých služeb a umožňují srovnání s minulými obdobími. Tím poskytují zpětnou vazbu o vývoji za uplynulé období a využití kapacit programu podle zvolených kritérií.

Kvalitativní

Kvalitativní metody jsou pro drogovou epidemiologii plně rovnocenným partnerem kvantitativních metod. Výzkum vztahů a skrytých jevů použitím výhradně kvantitativních metod je v zásadě nemožný. Kvalitativní přístup představuje ve vědě a výzkumu způsob chápání jevů prostřednictvím jejich kvality, tedy prostřednictvím nekvantifikovaných vlastností těchto jevů. Kvalitativní výzkum hraje nezastupitelnou roli v interpretování nálezů kvantitativního výzkumu. Statistické modelování totiž může nalézt korelační vztahy mezi proměnnými, nedokáže ale určit, proč nebo jak tyto vztahy existují, ani co vlastně znamenají.

Užívání drog je činnost, která má tendence se skrývat. Klienti TP Drop in jsou specifictí tím, že nepřichází do kontaktu s léčbou a specializovanými službami s vyšším prahem. Pro získávání informací o efektivitě poskytovaných služeb používáme metody „přímého pozorování,“ a „klíčových informátorů“. *„Tam, kde se standardní kvantitativní výzkum soustřeďuje na distribuci způsobů užívání drog a jejich následků, kvalitativní výzkum se snaží určit, proč k takovému chování dochází a jak je chápáno v různých kontextech různých sociálních skupin“* (Rhodes, 1997). Zatímco kvantitativní výzkum se snaží testovat předem definované hypotézy a teoretické systémy, vzniklé na podkladě předchozího výzkumu, kvalitativní výzkum hypotézy vytváří a vede k nalézání subjektivních významů užívání . *„Kvalitativní výzkum používá observační metody (přímé a v rámci účasti na pozorovaném ději), interview (otevřená, řízená, hloubková), široké nebo cílené životní historie, diskusní skupiny (s klíčovými informátory, ohniskové), analýzy sociálních sítí a modelování kulturního rozhodování – to vše s cílem získat detailní znalost situací a chování cílové skupiny v nich“* (Tomáš Zábranský 2004)

WHO (2000) uvádí jako typický příklad zúčastněného pozorování newyorskou *StreetResearch Unit*, již kvalitativní výzkum díky znalosti pouličního slangu a chování a zvyků uživatelů drog umožnil průběžně

získávat informace, které jsou konvenčními epidemiologickými metodami nezjistitelné: druhy a množství nabízených, prodávaných a užívaných drog; počty prodejců a uživatelů; náklady a variabilitu cen; místa prodeje drog; posuny na drogové scéně; nálepky a další identifikační znaky prodávaných balení drog; informace o prodeji a používání parafernálií; obecné charakteristiky prodejců a uživatelů a jejich názory na dění na drogové scéně.

Máme-li pochopit rizikové chování a jeho zasazení do sociálního a behaviorálního kontextu, je často nezbytné jeho přímé pozorování v terénu. Je to důležitá metoda pro zjištění podobností a rozdílů mezi tím, co lidé o svých činech říkají (ideální kulturní model) a mezi tím, co se doopravdy děje, když užívají drogy. Tyto poznatky jsou neocenitelné při vytváření v realitě zakotvených intervencí (na rozdíl od intervencí, založených na teoriích).

Kvalitativní výzkum je rozhodně závislý na opakovaných interview s aktivními uživateli, kteří jsou s to popsat, zhodnotit, reflektovat klíčové prvky vlastní kultury. Tito jedinci jsou v kvalitativním výzkumu nazýváni „klíčoví informátoři“ a poskytují výzkumu základní znalost prostředí. Takoví informátoři jsou v případě terénní práce s drogovými uživateli sami klienti těchto služeb, ti poskytují znalosti, které „externí“ klíčoví informátoři nemají – např. o faktorech rozhodujících o vstupu do léčby. Terénní pracovníci jsou na jedné straně sami nositeli informací o drogovém prostředí, na straně druhé jsou prostředníky při předávání informací pro zpracování dat.

Pro účely terénních programů Drop in jsou standardně využívány otevřené dotazníky o měsíčním vývoji na otevřené drogové scéně v Praze, které jsou součástí měsíčních zpráv o činnosti jednotlivých pracovníků. Tyto dotazníky jsou podkladem pro změny strategií jak pokrýt službami co nejefektivněji cílovou populaci. Na pravidelných týdenních poradách dochází k reflexi aktuální situace, v bilančních zprávách, dvakrát ročně, potom k zásadnějším změnám a celkovému hodnocení.

Terénní programy Drop in se podíleli na kvalitativním výzkumu „Výskyt VHC u injekčních uživatelů drog“ což byl konkrétní příklad zjišťování efektivity služeb HR, kulturního pozadí drogové scény a rizikových faktorů pro přenos infekčních nemocí.

Výzkumy v oblasti efektivity HR služeb

Virová hepatitida typu C (VHC) je nejčastější krví přenosnou infekcí ve skupině injekčních uživatelů drog. V evropských zemích se míra prevalence VHC mezi intravenózními uživateli drog pohybuje nejčastěji v rozmezí 30 -90 %, mezi klienty nízkoprahových zařízení 50-60%.(EMCDDA & Institute for Therapy Research: 2003)

Nedostatek dat o šíření VHC mezi injekčními uživateli drog a jejich rizikových faktorech v dostatečně velkém a reprezentativním vzorku vedl k realizaci studie výskytu VHC mezi i.v. uživateli. Z hlediska počtu respondentů (celkem 760 s platným výsledkem testu) je popisovaná studie prozatím největší studií na injekčních uživatelích drog v ČR zkoumající seroprevalenci VHC.

Základní seroprevalenční studie měla charakter dotazníkové průřezové studie s vyšetřením VHC protilátek pomocí rychlého screeningového testu z kapilární krve. Dotazník se skládal ze 4 modulů s následujícím zaměřením:

- Modul I. – základní (sociodemografické údaje, drogová anamnéza, délka a frekvence injekční aplikace, další rizikové faktory nálezů přenášených krví jako rizikové sexuální praktiky, tetování, transfúze atd.).
- Modul II. - znalosti o VHC (závažnost infekce, rizika, možnosti léčby). Modul III. zaměřený na určování multiplikátorů pro odhadu problémového užívání drog. Problematiky VHC se bezprostředně netýkal, studie byla využita pro sběr těchto údajů.

- Modul IV. se týkal dostupnosti jehel a postojů k využívání zdrojů injekčního náčiní s důrazem na výměnné programy a lékárny, způsobu likvidace použitých stříkaček apod. viz příloha

Před samotným interwiev obdržel respondent písemné informace o studii a podepsal informovaný souhlas. V rámci testování bylo prováděno předtestové a potestové poradenství. V případě potřeby bylo klientovi doporučeno zdravotnické zařízení, kde lze absolvovat konfirmační test (s možností doprovodu), byly mu předány informace o způsobech ochrany před krví přenosnými infekcemi, o možnostech bezpečnějšího užívání drog a bezpečnějšího sexuálního chování.

Seroprevalenční studie probíhala od září 2002 (první rozhovor byl proveden 18. září 2002) do konce r. 2003 (poslední rozhovor byl proveden 30. prosince 2003) ve 12 nízkoprahových zařízeních (kontaktních centrech, terénních programech) v ČR. Výběr respondentů nelze považovat za náhodný, studie se zúčastnili všichni respondenti, kteří přišli do kontaktu s nízkoprahovým zařízením, byli ochotni spolupracovat a splňovali kritéria pro zařazení do studie:

- injekční užívání drog během posledního roku
- věk respondenta nad 15 let
- psychická a fyzická způsobilost k účasti ve studii
- dosavadní neúčast v této studii

Do studie naopak nebyly zařazeny osoby, které byly v době oslovení v substituční léčbě.

Seroprevalence VHC

Ze 760 testů provedených v základní části studie bylo 226 testů reaktivních, tzn. Byla zjištěna seroprevalence 29,7%.

Ukázala se silná vazba mezi prodělanou infekcí VHC a faktory injekční aplikace. V párových testech byla těchto faktorů celá řada – délka a frekvence injekční aplikace, doba první injekční aplikace,

hlavní injekční droga, první injekční droga, sdílení jehel, sdílení s VHC pozitivním, s cizincem, v zahraničí atd. Většina z nich se ale v zpětné analýze ukázala být silně asociována se dvěma základními faktory injekční aplikace – s délkou a faktorem sdílení jehel, resp. aplikací použitou jehlou. Sdílení jehel zvedá riziko infekce VHC přibližně na dvojnásobek, a to i při očekávané informační systematické chybě ze strany respondentů.

„Jediným dalším významným nezávislým individuálním faktorem mimo oblast injekčního užívání drog se ukázalo být tetování ve vězení. Další faktory jako rizikové sexuální chování a transfuze byly v souladu s výsledky podobných studií ve světě po adjustaci nevýznamné“. (Analýza studie: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti 2006)

Rizikovým faktorem se ukázal být pobyt ve vězení. Tento fakt potvrzuje významnost tetování provedené ve vězení v prosté stepwise explorativní regresní analýze. *„Pobyt ve vězení jako takový se ukázal být silným rizikovým faktorem v prediktivním „vězeňském“ modelu, při adjustaci na věk, region pobytu, délku injekční aplikace, sdílení jehel a při kontrolované interakci mezi délkou injekční aplikace a pobytem ve vězení“* (Zábranský et al. 2006).

Seroincidence VHC

Kritérium negativity pro další sledování v prospektivní části studie splnilo 534 respondentů. Incidence je vyšší u osob sdílejících jehly s VHC+ osobou a s cizincem. Dále je patrná vyšší míra nových onemocnění u respondentů užívajících intravenózně v nejvyšších kategoriích četnosti a u respondentů s poslední injekční aplikací v době kratší, než 3 měsíce před posledním odběrem. Vliv účasti ve výměnných programech stříkaček a jehel na míru incidence je nejasný, i když v kategorii „využití programu 2-7 x za týden“ je míra incidence nulová nebo výrazně nižší než průměr. Také míra incidence u respondentů, kteří využívaly podle sdělení pracovníků výměnný program v posledních 6 měsících je nižší než u osob, které jej nevyužily, ačkoli rozdíl není výrazný. Velmi výrazný je vliv ústavní

léčby na míru incidence – u těch, co v posledních 6 měsících začali ústavní léčbu se nevyskytl žádný nový VHC pozitivní případ.

Shrnutí studie

Četnost a délka injekční aplikace společně se sdílením jehel jsou hlavní individuální rizikové faktory asociované s infekcí VHC. Rizikové sexuální chování bylo pro získání infekce VHC ve skupině injekčních uživatelů drog nevýznamné.

Jako významné pro získání infekce VHC se ukázaly být následující faktory prostředí:

- místní epidemiologická situace ve výskytu VHC, což potvrzuje význam počtu možných zdrojů VHC pro její další šíření,
- pobyt ve vězení (ať už ve výkonu trestu nebo ve vazbě), kde dochází k injekční aplikaci drog a k provádění tetování.

(Zdroj dat: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti 2006)

Přínosy a rizika Harm Reduction programů v Praze

Terénním programům se podařilo nastartovat jeden z klíčových faktorů pozitivní změny a to změny uvnitř komunity intravenózních drogových uživatelů. Jestliže v osmdesátých a na počátku devadesátých let minulého století bylo skupinovou normou sdílení stříkaček a jehel mezi uživateli, koncem devadesátých let jsme mohli pozorovat významný posun ke společenské normě jehly si měnit a používat je pouze pro svoji potřebu.

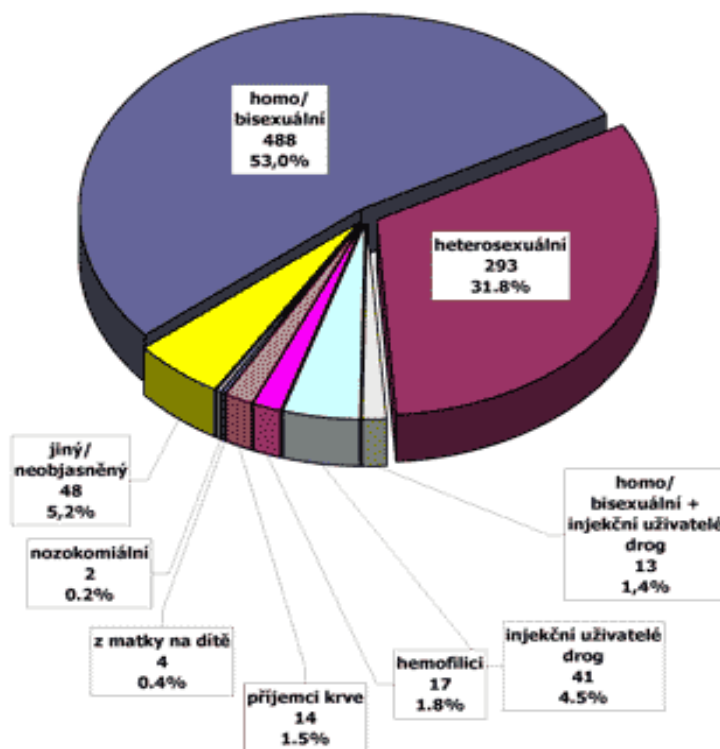
Podle Národního referenčního centra pro analýzu epidemiologických dat ČR bylo v roce 2006 provedeno celkem 819 812 vyšetření na přítomnost infekce HIV. Zachyceno bylo 93 nových případů HIV/AIDS, to je o 3 případy (3,33%) Byl tedy sice zaznamenán mírný nárůst počtu nových případů oproti r.2005. lze optimisticky předpokládat určitou stabilizaci v procesu šíření

HIV/AIDS v ČR demonstrovánou sledováním ročního počtu nově diagnostikovaných případů HIV/AIDS .

Nejčastějším způsobem přenosu infekce HIV zůstává v ČR nadále přenos sexuálním stykem, který byl prokázán u 84,9% HIV infikovaných osob. K tomuto číslu je možno přičíst ještě 1,4% případů infekce HIV u mužů, kteří měli sex s muži a navíc měli v anamnéze injekční užívání drog (graf 2). Sexuální styk mezi muži je pokládán v případě přenosu HIV za nadřazenou kategorii ve srovnání s možností přenosu při injekčním užívání drog.¹⁸

¹⁸ Brůčková M., Malý M., Vandasová J. SZÚ, NRL AIDS <http://www.aids-hiv.cz/textova.htm>,

ROZDĚLENÍ HIV POZITIVNÍCH PŘÍPADŮ V ČR PODLE ZPŮSOBU PŘENOSU (jen občané ČR a cizinci s trvalým pobytem) Kumulativní údaje ke dni 31.12.2006



Datum tisku: 2/8/2007

System DHA

graf.2 zdroj <http://www.aids-hiv.cz/graf7.htm>

V r.2006 bylo identifikován jako pravděpodobný přenos při injekčním užívání drog u 4 toxikomanů, u dalších dvou se jednalo o přenos v kategorii injekční uživatel drog / homosexuál. V kumulativních číslech nedošlo k žádnému posunu a podíl HIV infikovaných injekčních uživatelů drog zůstává na stejné úrovni jako v předchozích letech

Rizika programů souvisí s jejich financováním, který je u TP Drop in závislý na státních a obecních zdrojích. Tak se vlastně původní myšlenka nezávislosti na státních institucích rozplynula.

Ne zcela jasné je, jak klienty programu, který funguje několik let a má na sebe navázané dlouhodobé uživatele na uzavřené drogové scéně v případě, že by neobdržel peníze z grantů, předal do jiné péče.

Programy jsou financovány na základě splnění kvalitativních kritérií založených na dodržování standardů poskytované péče tzv. certifikací. Kvalitativní standardy jsou jen nutnou podmínkou, výše dotace je víceméně dána tím, jaké množství služeb program poskytl. Což ovšem může znamenat, že program který vykazuje nárůst služeb dostává čím dál tím větší podíl z jednoho společného „koláče“ a následující rok je schopnější poskytnout více služeb a tak dále. Tato snaha mít zajištěné dostatečně vysoké statistiky může hrát určitou roli na provádění přímé práce. Myšleno je tím to, že je jednodušší poskytovat služby na místech s velkou koncentrací klientů, kteří tím mohou ztrácet motivaci vyhledávat služby v nízkoprahových střediscích, než vyhledávat uživatele službami ještě nezasaženými.

Faktorem, který zásadně ovlivňuje kvalitu služeb je tým a personální zajištění projektu. Terénní práce je náročná fyzicky i psychicky, proto je nutné zajistit podporu před syndromem vyhoření, ale i důsledně dbát na vzdělávání pracovníků a zlepšování jejich kompetencí. Často se lze setkat s názory kolegů ze zařízení s vyšším prahem, že terénní pracovníci jsou vlastně napůl dobrovolníci, kteří pracují jen proto že je to baví a tudíž není třeba je lidsky, profesně ani finančně stimulovat. To s sebou může přinášet riziko, že schopní pracovníci brzy odejdou a tým se bude potýkat s nekompetentními vyhořelými lidmi finančně závislými na rodičích nebo partnerovi.

Oblastí s velkým potenciálem terénních programů je zvýšení informovanosti o problematice návykových látek a zejména infekčních chorob mezi veřejností. V ideálním případě se tak neděje skrze bulvární média, ale seriózní práci lidí podávajících informace.

V opačném případě dochází k nepochopení cílů a metod HR ve vztahu k veřejnému zdraví a úspoře nákladů na léčbu.

Přístup Harm Reduction nemá zdaleka pouze svou altruistickou složku, ale státům, které se pro financování HR projektů rozhodly, toto politikum přináší efekty do oblasti financí. Eliminujeme-li šíření infekcí v populaci narkomanů, na první pohled možná eticky problematickou aktivitou, jakou je rozdávání čistého injekčního náčiní, resp. bude-li každý uživatel mít pro svoji potřebu dostatek sterilních injekčních setů, ušetříme tak jen na léčbě jednoho takového potenciálně HIV pozitivního člověka ročně až 400 000,- Kč, u žloutenky typu C cca. 140 000,- Kč. V případě epidemie a snahy ji léčit, by byl ohrožen celý rozpočet České republiky.

Vzhledem ke zvětšující se migraci obyvatel ze zemí, kde není poskytována dostatečná preventivní péče infekčním nemocem a vzhledem ke znalosti faktu o rizikových vzorcích v chování u subpopulací jako jsou injekční uživatelé drog, se zdá být nezbytné této oblasti věnovat pozornost i nadále a zkvalitňovat přístupy k HR službám.

Závěr

Závěrem lze říci, že metody Harm Reduction jsou momentálně jedinou fungující strategií na ochranu zdraví jedince i společnosti, ověřenou každodenní praxí, před riziky vyplývajícími z užívání drog. Je nutné si realisticky uvědomit, že jejich cílem není stoprocentní vyřešení drogového problému, ale mají za úkol tento problém minimalizovat.

Jak uvádím v této práci, přímou závislost mezi výměnou čistých injekčních setů a prevalencí HVC mezi i.v. uživateli se nepodařilo prokázat, přesto celý soubor aktivit HR, včetně edukace přispívá k pomalejšímu šíření této infekce. Pokud byly programy HR zavedeny v ohrožené lokalitě (např. Bělorusko) včetně komplexu socio-politických opatření dokázaly významně redukovat rizikové chování uživatelů.

Programy výměny jehel a stříkaček, které poskytují injekčním uživatelům drog sterilní vybavení, v současnosti existují prakticky ve všech členských státech EU. Od roku 1989 kdy došlo ke změně sociálně politického vnímání problému drog a jejich léčby, s několika politicko populistickými výkyvy, se trend ubírá racionálním a realistickým směrem bez dogmatického chápání problému a to i díky výsledkům a práci desítek terénních programů, postavených na zásadách Harm Reduction.¹⁹

Potřebnost terénních programů s nabídkou služeb HR potvrzuje skutečnost, že stále existuje významná skupina injekčních uživatelů drog s nedostatečnými znalostmi o VHC, VHB a HIV²⁰. V této souvislosti je úloha nízkoprahových zařízení klíčová. Informovanost o rizicích krví přenosných nákaz, poradenství v této oblasti a výměna

¹⁹ celkem působilo v ČR 92 kontaktních center, terénních a výměnných programů, jejichž služby využilo více než 32.000 osob. Jejich návštěvnost vzrostla. Centra vyměnila celkem 3,274.000 jehel, o milion více než v předchozím roce. (Výroční zpráva o situaci ve věcech drog v České republice za rok 2005.)

²⁰ výskyt infekcí (HIV, žloutenky typu B a C) byl stabilní. Virus HIV byl zaznamenán u méně než jednoho procenta injekčních uživatelů, žloutenka typu B u deseti až 15 procent z nich, žloutenka typu C u 30 až 60 procent. (Výroční zpráva o situaci ve věcech drog v České republice za rok 2005.)

injekčního materiálu by měla být nedílnou součástí jejich spektra služeb.

Zájemcům o činnost terénních HR služeb, ale i novým pracovníkům tato práce poskytuje shrnutí zkušeností z praxe a nabízí srovnání jejich přístupu a východisek s jedním z nejstarších programů v HR službách.

Práce se dá využít jako podklad při přípravě školicích materiálů, nebo koncepce nízkoprahových terénních služeb pro intravenózní uživatele drog ve větších městech s otevřenou drogovou scénou. Jako koncepce je aplikovatelná i v menších sídelních lokalitách specifických uzavřenou scénou, s tím rozdílem, že v menších městech bude kladen větší důraz na indigenní pracovníky a monitoring lokalit.

Jako důležitý se jeví fakt, že v rámci zkvalitňování sociálních služeb probíhá certifikace kvality protidrogových programů a oba terénní programy Drop in jsou úspěšně certifikovanou službou, která může poskytnout příklad dobré praxe při zachování specifického přístupu společnosti Drop in.

Seznam použité literatury

HAJNÝ, M., KLOUČEK, E., STUHLÍK, R.: Akta Y, vydala městská část Praha 1 ve spolupráci s agenturou BRIKCIUS-PROPAG, Praha 1998

HAMER Dean , COPELAND Peter: Geny a osobnost, Portál, Praha, 2003

KALINA, Kamil: Drogy v ordinaci praktického lékaře, 1997, ISBN 80-901966-5-9

KALINA, Kamil a kolektiv: Drogy a drogové závislosti I. – Mezioborový přístup, úřad vlády České republiky, 2003, 1.vydání ISBN 80-86734-05-6

KALINA, Kamil a kolektiv: Drogy a drogové závislosti II. – Mezioborový přístup, úřad vlády České republiky, 2003, 1.vydání ISBN 80-86734-05-6

Kolektiv autorů: Seznam a definice výkonů drogových služeb, úřad vlády České republiky, 2006, 1.vydání, ISBN 80-86734-81-1
MATOUŠEK, Oldřich: Slovník sociální práce, 2003, Portál, 1. vydání, 288 s., ISBN 80-7178-549-0

MATOUŠEK, Oldřich a kol.: Sociální práce v praxi, specifika různých cílových skupin a práce s nimi, 1. vydání, Praha, Portál, 2005, 352s. ISBN 80-7367-002-364-78

NEŠPOR Karel: Návykové chování a závislost, Portál, ISBN 80-7178-831-7

PRESL, Jiří: Drogová závislost, Maxdorf, 1994 ISBN 80-85800-18-7

RHODES, Tim,: Outreach work with drug users: principles and practice, 1996, ISBN 92-871-3110-4

VEČERKA, Kazimír: soubor přednášek na Katedře sociální práce, FF UK, 2003

ZÁBRANSKÝ, Tomáš, Drogová epidemiologie, 2003, Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, 95 s. ISBN 80-244-0709-4

ZÁBRANSKÝ T., MRAVČÍK V., GAJDOŠÍKOVÁ H., MIOVSKÝ M.: PAD - projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR, 2001, ISBN 80-86620-01-8

Další informační zdroje:

Výroční zpráva o stavu drog ve věcech drog v České republice v roce 2002, Návrh pro jednání Poradního výboru RVKPP pro sběr dat o drogách

Informační Bulletin Národní protidrogové centrály Praha, číslo 1, ročník 1997.

Informační Bulletin Národní protidrogové centrály Praha, číslo 2, ročník 1997

Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003.

Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005.

1. Vězeňství a drogy, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003.

Akční plán realizace národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2006, Odbor protidrogové politiky, úřad vlády České republiky, 2005.

IAN FISHER - AIDS in Ukraine Jumps to the General Population, NY Times, PUBLIKOVÁNO: 23.2.2002

Národní strategie protidrogové politiky, sekretariát vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2005.

Výroční zpráva o situaci ve věcech drog v České republice za rok 2005, sekretariát vlády pro koordinaci protidrogové politiky,

RICKLIN F., HALLEROVÁ F.: Drogová politika: Švýcarská zkušenost, 1996, <http://www.obcinst.cz/clanek.asp?id=583>

www.drogy-info.cz

www.dropin.cz

www.sananim.cz

www.kappa.cz

www.mvcr.cz

M.A. Josef Radimecký, MSc., Česká drogová politika 1993 – 2003:
analýza vývoje,

<http://www.adiktologie.cz/articles.php?l=cz&cid=90&iid=210&acc=enb>

	LEDEN	ÚNOR	BŘEZEN
POČET VYDANÝCH STRÍKAČEK			
POČET VRÁCENÝCH STRÍKAČEK			
CELKOVÝ POČET KONTAKTŮ i.v.			
POČET KONTAKTŮ MUŽI i.v.			
POČET KONTAKTŮ ŽENY i.v.			
POČET KONTAKTŮ RÓMOVÉ i.v.			
POČET KONTAKTŮ CIZINCI i.v.			
KRIZOVÁ INTERVENCE			
POČET REFERENCÍ DO LÉČBY (STŘEDISKO)			
POČET REFERENCÍ DO DOLÉČOVÁNÍ			
POČET REFERENCÍ DO DALŠÍCH ZAŘÍZENÍ (NAPŘ.METADON ATD.)			
OSTATNÍ RADY A ODKAZY			
Asistenční služba			
ZDRAVOTNÍ OŠETŘENÍ			
SBĚR STRÍKAČEK			
VHC testy			
Gravi testy			
HIV TESTY			
Alobal vydaný			
STÁŽE			
VÝMĚNY			
PREFEROVANÁ DROGA			
Subutex			
Opiáty (opium,heroin,braun)			
Stimulancia (pervitin, kokain)			
LOKALITA			

obr. výkaz výkonů za I. čtvrtletí po měsících

Resumé

Název práce v češtině: **Metody Harm Reduction terénních programů Drop in, o.p.s.**

Název práce v angličtině: **Harm Reduction methods of fieldwork programs Drop in, o.p.s.**

Zájemcům o činnost terénních HR služeb, ale i novým pracovníkům tato práce poskytuje shrnutí zkušeností z praxe a nabízí srovnání jejich přístupu a východisek s jedním z nejstarších programů v HR službách.

Práce se dá využít jako podklad při přípravě školicích materiálů, nebo koncepce nízkoprahových terénních služeb pro intravenózní uživatele drog ve větších městech s otevřenou drogovou scénou. Jako koncepce je aplikovatelná i v menších sídelních lokalitách specifických uzavřenou scénou.

Jako důležitý se jeví fakt, že v rámci zkvalitňování sociálních služeb probíhá certifikace kvality protidrogových programů a oba terénní programy Drop in jsou úspěšně certifikovanou službou, která může poskytnout příklad dobré praxe při zachování specifického přístupu společnosti Drop in.

Cílem práce je podat ucelené a prakticky orientované informace pro nově vznikající programy a zároveň sloužit jako podpurný informační materiál pro pracovníky v terénních protidrogových službách. Těžištěm práce je příklad dobré praxe, její konkrétní využitelnost pro stávající i nově vzniklá zařízení. a reflexe deseti let osobních zkušeností (1997-2007) s fungováním a prací v terénních programech Drop in, o.p.s. v pozici „streetworkera“ a vedoucího těchto programů.

První částí práce je seznámení s termínem Harm Reduction a problematikou přístupu k aktivním drogovým uživatelům, popisuje teoretická východiska a metody jimiž jsou realizovány preventivní aktivity. Na úvodní část navazují příklady aplikace Harm Reduction v zahraničí i s kritikou.

V další části se věnuji situaci v bývalé ČSSR a vzniku prvních zařízení terciární prevence. Po seznámení s organizační strukturou společnosti Drop in se podrobně zabývám dobrou praxí Harm Reduction v terénních programech Streetwork a Streetmobil.

Podrobný popis je věnován měřitelnosti úspěšnosti intervence Harm Reduction mezi uživateli, výkaznictví a zpracování dat s vazbou na další fungování programů.

Poslední kapitola se věnuje přínosům a rizikům používání metod Harm Reduction v Praze, možnostem jejich dalšího rozvoje a potenciálně rizikových faktorům.

V závěru zhodnocuji na základě dostupných informačních zdrojů a vlastní, desetileté (1997-2007), zkušenosti s drogovou scénou z pozice kontaktního pracovníka v nízkoprahovém středisku, terénního pracovníka a vedoucího terénních programů Drop in, o.p.s.

Obecně lze říci, že metody Harm Reduction jsou momentálně jedinou fungující strategií na ochranu zdraví jedince i společnosti, ověřenou každodenní praxí, před riziky vyplývajícími z užívání drog.