

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Lan Anh Nguyenová

Analýza mobilní ošetrovny provozované Terénním programem Drop In, o.p.s.

Analysis of „The Mobile Infirmary“ operated by Outreach program Drop In, o.p.s.

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Petr Matoušek

Praha, 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 27.4.2022

Lan Anh Nguyenová

Identifikační záznam

NGUYENOVÁ, Lan Anh. Analýza mobilní ošetrovny provozované Terénním programem Drop In, o.p.s. [Analysis of „The Mobile Infirmary“ operated by Outreach program Drop In, o.p.s.]. Praha, 2022. 49 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Matoušek, Petr.

Abstrakt

Mobilní ošetrovna je vozidlo s vnitřní prostorem, který v terénních podmínkách poskytuje zázemí s hygienickým standardem pro intervence typu individuální poradenství, zdravotní ošetření a testování na infekční nemoci. Jedná se o poměrně ojedinělou nastavbu adiktologických služeb minimalizace rizik v České republice, která zde doposud nebyla v odborné literatuře popsána.

Cílem práce je popsat charakteristiky terénní práce s mobilní ošetrovnou na základě případové studie Terénního programu Drop In, o.p.s., s důrazem na porovnání s běžnou terénní prací. Výzkumné otázky se týkají východisek pro provoz mobilní ošetrovny, samotného průběhu práce na ošetrovně a v čem se liší od běžné terénní práce a jaké nové profesní požadavky přináší.

V této kvalitativní studii tvořilo výzkumný soubor 9 terénních pracovníků, kteří byli vybráni metodou prostého záměrného výběru. Pro tvorbu dat použito polo-strukturované interview. Autorka tyto data spolu s dokumenty spojenými s provozem ošetrovny analyzovala metodou vytváření trsů.

Výsledky dokládají, že východiska služby odpovídají na realitu chátrajícího zdravotního stavu cílové skupiny. Hlavní rozdíly plynou z profesních požadavků na tým, ze statického a mobilního charakteru služby a komfortu, které přináší zázemí ošetrovny. Stanoviště ošetrovny je místo, kam klient dochází za službou. Pohodlí a soukromí umožňují prohloubení individuální klientské práce. Mobilita ošetrovny nabízí možnost pružné reakce na změny drogové scény, ale její zásadní limit představuje závislost na politických rozhodnutích. Celkovým závěrem je, že charakter mobilní ošetrovny lze popsat jako kombinaci prvků běžné terénní práce a práce v kontaktním centru.

Výzkum může být informačním zdrojem o odborné praxi a inspirací pro jiné terénní programy zvažující rozšíření dosavadní péče.

Klíčová slova: mobilní ošetrovna – harm reduction – terénní program – Drop In, o.p.s. – lidé užívající drogy injekčně

Abstract

A Mobile Infirmary (from the Czech term “Mobilní ošetřovna”) is a vehicle with an interior space, which in outreach work conditions provides an environment with hygienic standards suited for interventions such as individual counseling, medical treatment or testing for infectious diseases. It represents a relatively unique extension of addictology harm reduction services in the Czech Republic, which has not yet been described in local scientific literature.

This thesis aims to describe the characteristics of outreach work done by the Mobile Infirmary, on the basis of a case study of the Outreach Program Drop In, o.p.s., with emphasis on its comparison with regular outreach work. The research questions concern the starting points for Mobile Infirmary’s operation, its actual workflow and the ways in which it differs from that of regular outreach work, and what new professional requirements it presents.

The research sample of this qualitative case study consisted of nine outreach workers, chosen by deliberate sampling. Semi-structured interviews were conducted to collect the data. This data, together with documents related to the operation of the Infirmary, were analyzed through the clustering method.

The findings show that the starting points of the service stem from the reality of the target group’s worsening health conditions. The main differences are based in the professional requirements, the static and mobile nature of the service and in the comfort procured by the Infirmary’s environment. Clients approach the current site of the Infirmary to be taken care of. Care of individual clients is deepened by the provided comfort and privacy. Mobility offers a flexible response to changes in the drug scene, but its fundamental limit is its dependence on political decisions. The overall conclusion is that the nature of the Mobile Infirmary combines some characteristic features of ordinary outreach work and those of work in drop-in centers.

The output of this research can serve as a source of information about the professional practice of the Outreach Program Drop In, o.p.s., as well as an inspiration for further outreach programs that consider expanding the scope of the care they provide.

Keywords: the Mobile Infirmary – harm reduction – outreach program – Drop In, o.p.s. – people who inject drugs

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat vedoucímu práce Mgr. Petrovi Matouškovi za vlídný a vstřícný přístup, cenné rady, odborné vedení a čas, který mi věnoval, dále svým kolegyním a kolegům z Terénního programu Drop In, o.p.s., bez nichž by tato práce nevznikla, vedoucímu programu za konzultace výsledků zkoumání a v neposlední řadě svým blízkým a jmenovanému pracovnímu kolektivu za ustavičnou podporu při psaní této práce.

Obsah

1. Úvod.....	9
2. Teoretická část.....	10
2.1. Lidé užívající drogy rizikově a lidé užívající drogy injekčně (LDR, LDI) jako specifická cílová skupina.....	10
2.1.1. Zdravotní dopady rizikového užívání návykových látek na individuální úrovni.....	11
2.1.2. Sociální a kriminální dopady	13
2.1.3. Důsledky pro společnost	14
2.2. Terciární prevence a harm reduction	14
2.2.1. Kontaktní práce s LDI	15
2.2.2. Adiktologické služby minimalizace rizik.....	16
2.2.3. Terénní programy	17
2.2.4. Kontaktní centra.....	18
2.2.5. Pražské adiktologické služby minimalizace rizik	18
2.2.6. Význam a limity poskytování nízkoprahových služeb „na kolečkách“	23
3. Praktická část	24
3.1. Cíl a výzkumné otázky	24
3.2. Typ výzkumu	24
3.3. Výzkumný soubor.....	24
3.4. Metody tvorby a analýzy dat	25
3.5. Etické otázky	26
4. Výsledky	27
4.1. Východiska pro rozšíření TP Drop In, o.p.s. o služby MO.....	27
4.2. Rozsah poskytovaných služeb na MO	28
4.3. Profesní nároky kladené na pracovní tým	29
4.3.1. Řidiči.....	29
4.3.2. Nezdravotničtí pracovníci a úkony mimo zdravotnické intervence.....	29
4.3.3. Zdravotníci	30
4.4. Aspekty terénní práce s MO související s vozidlem a stanovištěm.....	33
4.4.1. Statičnost služby	33
4.4.2. Mobilita služby	38
4.4.3. Soukromí a vyšší hygienický standard při zdravotnických intervencích	40
5. Diskuse	41

6. Závěr.....	44
7. Seznam použité literatury.....	45
8. Seznam použitých zkratek.....	49

1. Úvod

V pražském kontextu dlouhodobě sledujeme stárnutí populace lidí užívající drogy injekčně a současně prohlubování jejich somatických komplikací spojených s rizikovým užíváním, které již nyní a do budoucna bude přinášet velké nároky na zdravotní systém a pražské nízkoprahové služby poskytující základní zdravotní péči. (Herzog et al. 2019) Plnohodnotnou zdravotní péči často suplují adiktologické služby snižování rizik nebo jiné nízkoprahové sociální služby, jejichž cílovou skupinou jsou osoby bez domova. V této práci se autorka zaměřila na Terénní program Drop In, o.p.s. (dále jen TP Drop In), který od června 2021 provozuje tzv. mobilní ošetřovnu – vozidlo s konstrukcí specificky postavenou pro potřeby terénní práce. Jejím cílem je zvýšit dostupnost zdravotní péče a předcházet zhoršování zdravotního stavu cílové skupiny.

Mobilní ošetřovna jako součást terénní práce s lidmi užívajícími rizikově je v Praze od srpna roku 2010 provozována Terénním programem SANANIM, z.ú. (pod názvem *Sanitka*) (SANANIM, n.d.d) a poskytuje stejný rámec služeb jako TP Drop In. V úvahu přicházelo zkoumat letitou praxi pracovníků na Sanitce SANANIM, z.ú., nicméně autorka, jakožto terénní pracovníce Drop In, se rozhodla ve své bakalářské práci zachytit aktuální proměnu organizace, na kterou má úzké pracovní vazby, a osobní zkušenosti svých kolegů.

Cílem bakalářské práce je popsat charakteristiky terénní práce na mobilní ošetřovně a čím se liší od běžné terénní práce, kterou pracovníci před zavedením služby odváděli. Východiskem práce je skutečnost, že se v České republice jedná o poměrně ojedinělý způsob poskytování adiktologické služby minimalizace rizik, specifický tím, že má svůj vlastní vyčleněný prostor pro přímou práci s klienty v terénních podmínkách.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se autorka věnuje negativním dopadům plynoucím z rizikového užívání drog, principu harm reduction a adiktologickým službám minimalizace rizik. V praktické části jsou prezentovány východiska pro provoz mobilní ošetřovny, rozsah poskytovaných služeb, profesní nároky kladené na pracovní tým a aspekty práce spojené s vozidlem. Autorka zvolila kvalitativní typ výzkumu (případovou studii), protože se zaměřila na hloubkovou studii proměny poskytování služeb konkrétního terénního programu v určitém čase a prostoru.

2. Teoretická část

2.1. Lidé užívající drogy rizikově a lidé užívající drogy injekčně (LDR, LDI) jako specifická cílová skupina

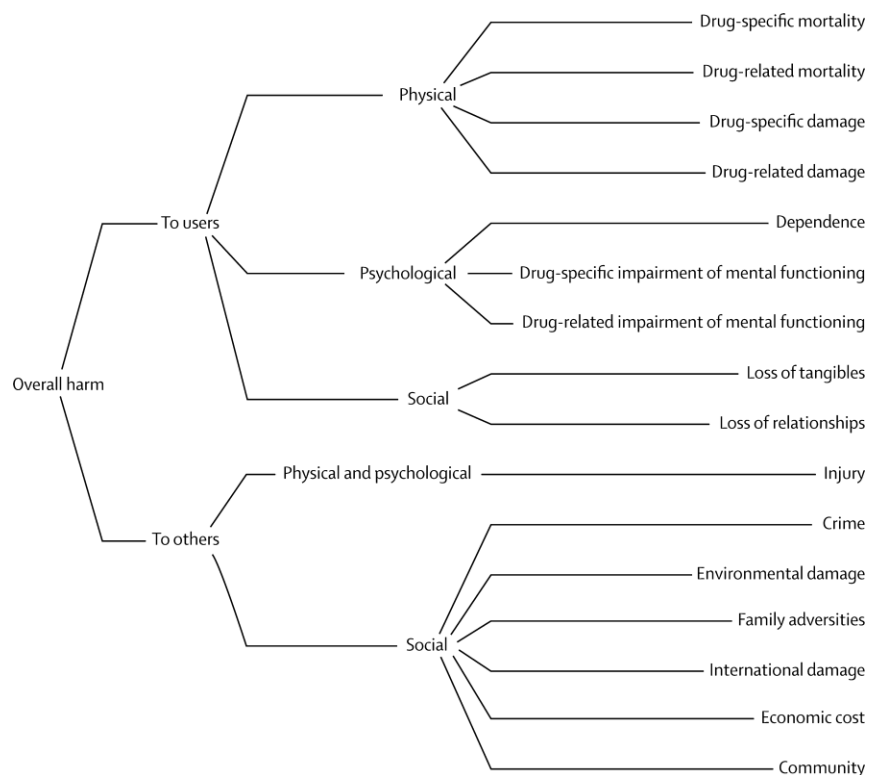
Předmětem zájmu práce je nízkoprahová služba, která je poskytována lidem užívajícím drogy rizikově/injekčně. Ve starší odborné literatuře se pro tuto cílovou skupinu objevuje termín *problémoví uživatelé drog* (*problem drug users*). Autorka zvolila pro menší míru stigmatizace termíny *lidé užívající drogy injekčně* (LDI) namísto výrazu *injekční uživatelé*, termín *lidé užívající drogy rizikově* (LDR) namísto výrazu *problémoví uživatelé drog a rizikové užívání drog* namísto *problémové užívání*.

Rizikové užívání drog je definováno jako „injekční užívání nebo dlouhodobé pravidelné užívání opioidů, kokainu a/nebo stimulantů typu amfetaminu“. (EMCDDA, 2009) Jedná se o jeden z pěti klíčových epidemiologických indikátorů používaných v Evropské unii, který mapuje nejrizikovější způsob užívání návykových látek (NL). Rizikovým chováním a užíváním se v užším slova smyslu také rozumí sdílení parafernálií, čímž se uživatelé uvádějí do rizika nákazy krví přenosnou nemocí jako je HIV/AIDS nebo hepatitidy B a C (VHB, VHC). (Kalina, 2001) V kontextu českého prostředí hovoříme o více než 44 tisících lidí, z nichž 42 tisíc užívá injekčně. Odhadem je 33 tisíc rizikových uživatelů metamfetaminu a 11 tisíc rizikově užívá opioidy, hlavně buprenorfin a heroin. Největší počty LDR jsou v Praze a v Ústeckém kraji. (Chomynová et al., 2022)

Podle Mravčíka et al. (2019, s.121) „přináší negativní a sociální dopady samotnému uživateli, dalším osobám v jeho okolí, komunitě i společnosti jako celku“. Nutt et al. (2010) dělí výsledné škody způsobené užíváním na individuální úrovni, které dopadají na uživatele, a na extra-individuální úrovni, na ostatní. Konkrétně se týkají fyzického a psychického zdraví a sociálních aspektů. Jmenovitě uživateli hrozí úmrtí a somatické poškození způsobené nebo související s užíváním, závislost a psychické poškození způsobené nebo související s užíváním, ztráta hmotného majetku a mezilidských vztahů. Na extra-individuální úrovni užívání přináší riziko zranění, kriminality, škody na životním prostředí, újmy rodin a komunit a ekonomické ztráty.

Obrázek 1:

Kategorizace škod způsobených užíváním návykových látek podle Nutta et al. (2010)



Nutt et al. (2010)

2.1.1. Zdravotní dopady rizikového užívání návykových látek na individuální úrovni

Injekční aplikace je nejrizikovější způsob užívání NL, protože během ní dochází k narušení integrity kůže a k inokulaci nežádoucích příměsí a mikroorganismů do krevního řečiště. (Minařík & Řehák, 2015) Somatické potíže se dále potencují podvýživou a nízkým hygienickým standardem. V následujících odstavcích autorka předkládá pro stručnost ty nejčastější či nejzávažnější.

Podle Minaříka a Řeháka (2015) se LDI příznačně potýkají se somatickými komplikacemi, jejichž etiopatogeneze souvisí s intravenózní aplikací NL. Jedná se o fyzikálně-chemické vlivy injekční aplikace roztoku s NL, který krom toho, že není sterilní, nemá správný osmotický tlak a pH reakci. Tímto, spolu s vysokou frekvencí aplikace, dochází k poškození cévního systému, na jehož podkladě mohou vznikat bércové vředy. Sdílení parafernálií a absence sterility při injekční aplikaci představují pro infekční agens bránu vstupu do krevního řečiště. Z původců virových onemocnění jsou významnými hepatotropní viry, virus VHB, VHC a HIV; u bakteriálních infekcí se často uplatní původci, kteří běžně obývají povrch kůže. Vážným vyústěním bakteriální infekce může být endokarditida, způsobená fyzikálním poškozením povrchu srdečních chlopní pevnou částicí a druhotnou bakteriální kolonizací tohoto místa. Vedle inokulace je

vstupem infekce také porušený kožní kryt, „na jehož rozvoji se může spolupodílet špatná trofika tkání (bércové vředy) nebo faktory specifické pro některé z užívaných látek (hypoventilace plic při užívání heroinu)“. (Minařík & Řehák, 2015, s. 233) Lokální somatické komplikace způsobené bakteriemi se u LDR nejčastěji manifestují vznikem abscesů, flegmóny a impetiga.

Do systémových komplikací kromě poškození cévního systému Minařík a Řehák (2015) zahrnují arytmií a hypertenzní krizi způsobené účinkem stimulantů, poškození dýchacího systému vlivem kouření NL, pneumonie a embolie plic. Z orgánových jmenují chorobné stavy jater na infekčním podkladě.

Mravčík et al. (2016) dokládají, že jsou LDI nositeli somatických komorbidit různého charakteru vyžadující řádnou všeobecnou zdravotní péči. Ve své průřezové studii popisují patologické nálezy zejména na chrupu (zubní kazy, nekompletní chrup), kůži (hnisavé kožní defekty, bércové vředy, infekce v místě vpichu) a stavy související s nákazou virovou hepatitidou typu A, B a C.

Úmrtnost lidí užívající rizikově pervitin je odhadem šestkrát vyšší než u běžné populace stejného věku, lidé užívající rizikově heroin je až dvanáctkrát vyšší. Příčinou úmrtí bývají nehody, sebevraždy, předávkování (Chomynová et al., 2022) a celkově chátrající zdravotní stav.

Rizikové užívání je synonymem k termínu škodlivé užívání, které způsobuje kromě tělesného poškození jedince i psychické a interpersonální. Může vyústit v syndrom závislosti, „a to na základě pozitivní zpětné vazby spočívající v subjektivně ceněné změně prožívání po požití psychoaktivní látky. Závislý jedinec posléze zamění změnu prožívání reality za změnu reality samotné, čímž se celá záležitost fixuje“. (Jeřábek, 2015, s. 191) Postupné upevňování této zkušenosti mění postoj uživatele k dané látce – od jednorázového rozptýlení k pravidelné součásti života, až k rutině či dokonce neodmyslitelnému prvku dne. Na biologickém podkladě dochází k poruše neurobiologických mechanismů a nastolení jejich nové „rovnováhy“, kterou vyvažuje farmakologický účinek užívané drogy. Syndrom závislosti (resp. poruchy z užívání NL) a jeho závažnost je u jednotlivce posuzována podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a americké národní klasifikace Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-5). (Jeřábek, 2015)

Životní styl spojený s rizikovým užíváním může vést k traumatizaci, rozvoji psychických obtíží, změnám osobnosti, chování a prožívání. (Jičinská, 2015) Souběh poruchy z užívání NL a jiné psychiatrické poruchy označují Kalina a Minařík (2015) duální diagnózou. Jako významné jmenují psychotické stavy, depresivní a úzkostné stavy, traumatické a stresové poruchy, poruchy příjmu potravy, ADHD, poruchy osobnosti. Tzv. toxické psychózy jsou charakteristické pro uživatele metamfetaminu a mohou se projevat bludy, mono- či multisenzorickými halucinacemi, paranoiou, úzkostí, výstředním chováním. (Nešpor, 2003; Popov, 2008) Pravděpodobnost vzniku psychotických příznaků je přímo úměrná množství užitého stimulantu. (McKetin, R. et al., 2013)

2.1.2. Sociální a kriminální dopady

Rizikové užívání NL jako sociální situace představuje denní režim, který se točí okolo shánění financí na drogy a hledání zdroje drog, v kombinaci s frustrací z životního stylu kompenzovaný užíváním drog. Z tohoto cyklu je obtížné se vymanit, jednak kvůli individuálním charakteristikám jedince, jednak kvůli předsudkům a diskriminaci ze strany veřejnosti. (Buchanan, 2006) Jedinec selhává v plnění sociálních rolí, které vyúsťuje v neschopnost udržování běžných mezilidských vztahů. Na to mohou navazovat obtíže s udržením stabilního bydlení a zaměstnání, vznik finančních problémů a dluhové pasti. (Mravčík & Zábranský, 2015) Kombinace těchto problémů kumulativně potencují závažnost životní situace a zejména nestabilní zaměstnání a zadluženost představují významnou bariéru v úzdavě a sociální a ekonomické integraci. (Chomynová et al., 2022) Sociálně vyloučení LDR se potýkají s menší šancí uplatnění na trhu práce, se socioekonomickým znevýhodněním, sníženým přístupem ke vzdělání a zdravotní péči. Exkluze může být způsobena důsledkem užívání drog, nebo může být důvodem pro užívání, eventuálně však mezi nimi nemusí být příčinná souvislost. (Mravčík & Zábranský, 2015)

Příkladem negativního důsledku kumulace sociálních problémů LDI je kontakt se zdravotnickými zařízeními, který je omezován překážkami, jako je subjektivně vnímaná nemožnost setrvat v léčbě kvůli osobním povinnostem (např. rodina, zaměstnání), finančním potížím, problémům se zákonem, dále obavy z průběhu léčby, předchozí špatná zkušenost se zdravotnickým personálem a nedůvěra v to, že se léčbou zvýší uživatelova kvalita života. Jedinec je odrazován od řešení zdravotních obtíží jednak vlivem vlastní socioekonomické situace a životním stylem, jednak po odhalení skutečnosti, že užívá drogy, také stigmatizací. Pokud nastoupí na lůžkové oddělení, předčasně odchází na reverz kvůli necitlivému přístupu personálu jednajícímu s despektem. (Mravčík et al., 2020)

Na pomezí individuálních a extra-individuálních rizik autorka předkládá kriminální rizika. S nelegálním statutem NL se pojí nelegální aktivity a rizikové užívání může indukovat další trestnou činnost. Zábranský a Mravčík (2015) hovoří o:

- primárních drogové trestných činech, jejichž předmětem je distribuce, výroba a další nakládání s omamnými psychotropními látkami; jde o trestné činy, jejichž definice se specificky týká drog;
- sekundárních drogových trestných činech, jejichž pachatel je motivován ziskem, který hodlá vynaložit na obstarání si drogy; typicky se jedná o majetkové trestné činy a podvody;
- terciární drogové trestné činy, jejichž obětí je uživatel drog; zejména násilné a sexuální trestné činy, vydírání.

Další kriminální důsledky představují trestné činy spáchané pod vlivem psychoaktivní látky, např. řízení motorového vozidla, zavinění dopravní a jiné nehody pod vlivem NL, které mohou poškodit samotného uživatele a jiné neaktivní účastníky nehody. (Zábranský, 2003)

2.1.3. Důsledky pro společnost

Veřejné zdraví je ohroženo šířením krevně a pohlavně přenosných nemocí, kterými jsou typicky VHB, VHC, HIV, syfilis. Užívání NL v těhotenství indukují prenatální poškození plodu a/nebo postnatální závislost novorozence. Soužití s LDR může jejich blízké přivádět do psychopatologických stavů. Společnosti přináší další škody poškozováním mezilidských vztahů a životního prostředí, prostřednictvím zmiňovaných kriminálních rizik a v oblasti ekonomiky. (Nutt et al., 2010; Zábranský, 2003)

Naposledy pro rok 2007 Zábranský et al. (2011) vyčíslili částku společenských nákladů užívání nelegálních NL v České republice na 6,7 miliard Kč¹. Z toho 88,8 % tvořily přímé náklady, což jsou prostředky vynaložené na přímé řešení problémů souvisejících s užíváním nelegálních NL. Zbylá procenta připadala na nepřímé náklady, které zahrnují finanční ztráty společnosti z ušlé produktivity způsobené užíváním.² Z celkové sumy si tři čtvrtě nákladů vyžádalo prosazování práva.

2.2. Terciární prevence a harm reduction

Pod pojmem terciární prevence jsou v adiktologii označovány aktivity, které „předcházejí vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog“. (Kudrle, 2008, s. 23) Podle Kaliny a kol. (2001) mezi ně patří vedle resocializace abstinujících lidí po léčbě a lidí v substituční léčbě také harm reduction činnosti a programy, jež pracují s aktuálně užívajícími lidmi, kteří nejsou pro abstinenci rozhodnutí. Pokud je východiskem bio-psycho-socio-spirituální model závislosti, v kontextu práce s LDR se na sociální úrovni terciární prevence zaměřuje na pomoc s bydlením, finančními příjmy a oddlužením, mezilidskými vztahy a se stykem s institucemi. Na zdravotní úrovni jde o zlepšení či nezhoršování zdravotního stavu, předcházení infekčním nákazám a zdravotní poradenství ohledně somatických komplikací, bezpečnějších forem užívání a zásadách bezpečného sexu. Psychologická dimenze zahrnuje motivační trénink, krizovou intervenci a podporu klienta v obtížné životní situaci či pomoc s hledáním psychologické péče. Na spirituální úrovni mohou hrát roli rozhovory o hledání smyslu života a v otázkách týkajících se smrti. (Kudrle, 2008)

Harm reduction (HR) lze chápat jako filozofii, princip a různé intervenční strategie, jejichž předpokladem je, že nelze zcela eliminovat užívání NL; zaměřuje se na prevenci a cíleným snižováním zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů rizikového užívání než na prevenci užívání, umožňuje pracovat s lidmi, kteří se prozatím nerozhodli pro abstinenci. (Harm Reduction International, 2022) Je jedním z pilířů protidrogové politiky (Janíková, 2015; Zábranský 2003), který doplňuje přístupy zaměřené na minimalizaci míry užívání. Pro HR přístup je stěžejní znát konkrétní rizika spojená s užíváním konkrétních NL a praktiky a politiky, které maximalizují škody, jakým způsobem škody vznikají a jak předejít

¹ Pro srovnání: společenské náklady užívání tabáku činily 33,1 miliard Kč a užívání alkoholu 16,4 miliard Kč; čili nelegální NL si vyžádaly přes desetinu celkových nákladů. (Zábranský et al., 2011)

² Je však na místě zmínit, že kategorie nelegálních NL zahrnuje také konopné látky, syntetické taneční drogy, halucinogeny, kokain a těkavé látky. Nicméně například stíhání sekundárních drogových trestných činů, a to zejména drobné majetkové kriminality motivovaná ziskem na koupi drog, kterou měli na svědomí téměř výhradně LDR, si vyžádalo z celkové sumy 993,2 milionů Kč. (Zábranský et al., 2011)

jejich vzniku či zamezit jejich prohlubování. Metody HR jsou vědecky podložené a ekonomicky efektivní, vychází z humanistických hodnot a chrání veřejné zdraví. Princip základních lidských práv sehrává důležitou roli ve vztahu k zacházení a jednání s LDR, konkrétně se tím myslí „právo na co nejvyšší možnou úroveň zdraví, právo využívat sociální a zdravotní služby nebo právo na zaměstnání“. (Harm Redution International, 2022) HR se staví proti záměrné stigmatizaci lidí, kteří užívají drogy, která vytváří překážky pro využití odborné pomoci.

2.2.1. Kontaktní práce s LDI

Kontaktní práce s LDI je způsob poskytování pomoci cílové skupině LDR/LDI, který vychází z principu HR. Základním kamenem je navázání kontaktu s klientem v neformální atmosféře a postupné prohlubování důvěry. Kontaktní pracovníci navozují pozvolné změny klientova chování směrem od rizikového k bezpečnějšímu formou prostřednictvím edukace o zásadách bezpečnějšího užívání, poskytováním dalších přidružených informací, distribucí HR materiálu. Okrajovou součástí kontaktní práce je i destigmatizující advokacie cílové skupiny ve vztahu k veřejnosti a prosazování jejich zájmů, například při asistování klienta během návštěvy některé instituce. (Hokynek et al., 2020)

Nedílnou součástí kontaktní práce je poradenství, které se objevuje ve škále rozsahu od jednorázového poskytnutí informace až po dlouhodobou individuální spolupráci, kdy pracovník kontinuálně klienta provází. Cílem poradenství je zlepšit klientovu životní situaci jeho vlastní kompetencí. V poradenství, jehož příjemcem je uživatel NL nebo eventuálně jejich rodinní příslušníci a blízcí, Broža (2008) rozlišuje oblast:

- Psychologickou, jejíž předmětem jsou interpersonální problémy;
- Právní, kdy je příjemce informován o svých legislativních právech a povinnostech;
- Zdravotní, obsahující rady a informace o konkrétních onemocněních a chorobných stavech, o možnostech léčby či zmírňování jejich dopadů např. informacemi o méně rizikových způsobech užívání;
- Praktickou životní, která se týká sociálních věcí, jako je bydlení, finanční příjem a nakládání s penězi, vzdělávání, hledání zdrojů pomoci, zařizování dokladů, a dalších věcí, jako trávení volného času, otázky bezpečí apod.

V poradenství jsou hlavními aktéry pracovník a klient, jejichž vzájemný vztah značně ovlivňuje výsledek intervence. Pracovník vyhodnocuje současné subjektivní prožívání klienta, životní situaci, zdravotní stav a jeho intelektové možnosti, aby mu poskytl adekvátní rámec pomoci. Klient se může potýkat na jedné straně s přehnaným očekáváním pozitivních důsledků z poskytnuté rady, anebo na druhé straně s obavami a pocitem nátlaku na změnu chování a nakládání se svým životem. Důležitou složkou vztahu je důvěryhodnost pracovníka, bez které rady ztrácí na hodnotě. Naopak klientova velká ochota nemusí být motivována vidinou zmírnění existenčních potíží, ale touhou po potěšení pracovníka. Proto by měl být pracovník schopný rozlišovat vlastní potřeby od potřeb klientů, reflektovat vědomé a nevědomé

složky psychiky – své a klientovy emoce, míru klientovy motivace k využití rady, aktuální stav klienta související s intoxikací, abstinenčním syndromem a jinými vlivy, protipřenosové reakce atd. Měl by se průběžně vzdělávat přiměřeně k požadavkům poradenství v kontaktní práci s cílovou skupinou (Broža, 2008)

Vedle základního poradenství se používá krizová intervence pro překlenutí akutní náročné situace a motivační rozhovory vedoucí ke změně životního stylu v širokém spektru od nezhoršování současného stavu až k abstinenci. (Richterová Těmínová, 2008)

2.2.2. Adiktologické služby minimalizace rizik

Kontaktní práce s LDI je realizována nízkoprahovými službami, terénní formou skrze terénní programy či ambulantně v kontaktních centrech. Jejich cíle, cílová skupina a druhy poskytovaných služeb jsou vymezeny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách; požadavky na organizaci a náplň adiktologických služeb minimalizace rizik (HR) služeb definuje dokument Úřadu vlády ČR Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb. (Janíková, 2015)

Adiktologické HR služby jsou prvním záchytným bodem vstupu klienta do adiktologického léčebného kontinua a umožňují pro klienta bezpečné propojení jeho světa se světem bez drog, který může vnímat jako ohrožující. Do jejich cílů spadá uchovat co nejnižší incidenci a prevalenci HIV, VHB, VHC, předcházet dalším onemocněním a úmrtím spojeným s užíváním NL a kriminalitě. Dalším záměrem je edukace klientů ve výše zmíněných oblastech poradenství, pomoc v krizi, motivování a podpora při změně životního stylu. (Richterová Těmínová, 2008)

Podle Standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2021) (dále jen Standardy) jsou primární cílovou skupinou „osoby ve fázi aktivního závislostního chování“ (s. 106) a sekundárně jejich rodinní příslušníci či blízcí. Pro tyto služby je charakteristické, že identifikují rizika, která jsou spojena s klientovým užíváním NL, a vedou ho ke zvědomování těchto rizik a ke spoluodpovědnosti za dopady závislostního chování. Klíčový je zde nízkoprahový přístup s respektováním klientových potřeb ve vztahu k zachování jeho anonymity, k frekvenci a rozsahu využití služby. V neposlední řadě hájí klientovy zájmy při styku s různými institucemi. Kromě přímé práce s klientem také „monitorují prostředí a aktuální vzorce závislostního chování cílové skupiny za účelem vytváření účinných strategií pomoci“. (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2021, s. 105)

Pracovníci v HR službách musí podle Standardů mít minimálně středoškolské vzdělání a dosaženou adekvátní kvalifikaci ve zdravotnické, sociální, pedagogické či jiné příbuzné oblasti, musí společně tvořit multidisciplinární tým, průběžně se vzdělávat v oblastech odpovídajících vymezenému výkonu povolání a musí být starší 21 let. V případě peer pracovníků služba definuje požadavky a pracovní náplň s ohledem na jejich specifické potřeby, zaškolení a odborné vedení. (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2021) Na pracovníky jsou kladeny vysoké nároky na osobnostní kvality

a profesionalitu, „musí být komunikativní, musí umět dobře držet hranice, musí být tvořiví a flexibilní, musí být důvěryhodní. (...) Vzhledem k náročnosti práce je velmi důležité další vzdělávání pracovníků a možnost supervize jak týmové, tak i případové. Velký důraz je nutno klást na bezpečnost práce a prevenci syndromu vyhoření.“ (Richterová Těmínová, 2008, s. 372)

2.2.3. Terénní programy

Terénní program (dále jen TP) je anonymní mobilní nízkoprahovou službou, která nabízí výměnu injekčních setů a distribuci HR materiálu – sterilní hypotonický roztok pro přípravu aplikované NL, dezinfekční prostředky, filtry, buničinu a další zdravotnický materiál, pomůcky pro alternativní bezpečnější způsoby užívání NL, kondomy. Poskytují informace v oblasti bezpečnějších forem užívání, zdraví, sociální apod. prostřednictvím rozhovoru, letáků, brožurek či časopisů. (Richterová Těmínová, 2008) Podle Kaliny (2001) také provádí základní zdravotní ošetření ran malého rozsahu. Podle vyhlášky č. 505/2006 Sb. (2006) zprostředkovávají kontakt se společnostmi, pomáhají při uplatňování práv a při obstarávání osobních záležitostí. Prováděný monitoring drogové scény zahrnuje sběr infekčního materiálu a sledování změn vzorců užívání a lokalit, kde se klienti ve zvýšené míře pohybují. Podle zjištění obměňují svou nabídku služeb a svůj pohyb. (Richterová Těmínová, 2008)

TP kontaktuje klienty v prostředí, ve kterém se přirozeně pohybují a jejich pohybu se pružně uzpůsobují. (Janíková, 2015; Müllerová et al., 2005) Terénní práce je prováděna na tzv. otevřené drogové scéně (ODS) – ve veřejném prostranství, typicky s velkou fluktuací lidí, která zajišťuje určitou anonymitu a relativní bezpečí před násilím, a současně se jedná o místa, kde si LDI mohou zaopatřit vše, co považují za nutné pro své přežití. Terénní pracovníci se přizpůsobují potřebám klientů – počínají si diskrétně, aby zachovali nenápadnost vůči běžným kolemjdoucím, a měli by být rozpoznatelní pouze svými klienty, obvykle podle zdravotnického kontejneru na infekční materiál a/nebo podle označení TP na oblečení či zavazadlech pracovníků. Ze strany klientů nebývají neobvyklé prosby o poskytnutí služby např. v bočních uličkách, kde se pohybuje méně lidí. (Hokynek et al. 2020)

Pro terénní práci na ODS je charakteristické, že probíhá nejen v rušných, někdy nepřehledných podmínkách na ulici, kde kvůli absenci soukromí nebývají ideální podmínky pro rozebírání intimních témat, ale i na odlehlých místech, v opuštěných budovách či v lesích, kde klienti přebývají. Pracovníci přichází do jejich „domova“ či lépe řečeno na jejich území, kde si počínají jako na návštěvě. Při vstupu dávají nahlás najevo svou přítomnost ohlášením, že jsou *teréňáci*, a ptají se, zda je jejich služba žádána. Terénní práce se také uskutečňuje v nočních hodinách, kdy se drogová scéna může měnit vlivem noční zábavy a sex byznysu. Pracovníci častěji navazují poměrně krátké kontakty s lidmi, kteří poskytují sexuální služby, a registrují poptávku po kondomech. Noční terénní služby jsou užitečné proto, že v danou dobu bývají obchody, lékárny či kontaktní centra zavřené, HR materiál je tudíž nedostupný. (Hokynek et al. 2020)

Tzv. uzavřená drogová scéna (UDS) představuje drogové byty a squaty, jejichž obyvatelé jsou obtížně dosažitelní, protože kvůli obavám z prozrazení jejich injekčního užívání kladou velké nároky na

anonymitu a vyhýbají se adiktologickým a jiným službám. Pro tyto klienty je na prvním místě důvěryhodnost poskytovatele služby, a proto se zde mohou uplatnit indigenní/peer pracovníci, kteří se díky své vlastní zkušenosti s užíváním a vybudované síti kontaktů LDI snadno dostávají nehlédě na denní dobu do míst, kam se běžný pracovník nedostane. (Janíková, 2015)

2.2.4. Kontaktní centra

Kontaktní centrum (dále jen KC) je nízkoprahové zařízení, které poskytuje služby ambulantně, případně v terénu. (Vyhláška č. 505/2006 Sb., 2006) Nabídka služeb je poskytována v kamenných prostorech a je totožná nabídkou TP. Může být rozšířena o testování na infekční nemoci HIV, VHB, VHC či doplňkové služby jako hygienický, potravinový a vitaminový servis. Služby jsou nabízeny anonymně. (Janíková, 2008) Na rozdíl od terénní práce, která často probíhá v rušném prostředí veřejného prostranství, KC obvykle nabízí možnost se posadit v kontaktní místnosti, což skýtá větší prostor pro individuální práci s klientem a intenzivnější poradenství. (Broža, 2008)

2.2.5. Pražské adiktologické služby minimalizace rizik

V Hl. m. Praze funguje 7 nízkoprahových služeb pro LDI (4 terénní programy, 3 kontaktní centra), které poskytují organizace Drop In, o.p.s. (dále jen Drop In), Progressive, o.p.s. (dále jen Progressive) a SANANIM, z.ú. (dále jen SANANIM) a Semiramis, z.ú. Pro přehlednost autorka zanesla jejich místní působnost do map na základě informací o jednotlivých službách na jejich webových stránkách. (Drop In, 2022a, 2022b; Progressive, o.p.s. – Prevence závislosti, 2022a, 2022c; SANANIM, n.d.a, n.d.b; Semiramis, z.ú., 2022) Barevné označení městských částí v mapách označuje lokality, které pokrývá TP, hnědý bod značí sídlo KC a modrý bod značí stanoviště mobilní ošetřovny/sanitky. Z těchto map vyplývá, že TP Drop In pokrývá geograficky největší rozlohu města.

Obrázek 2:

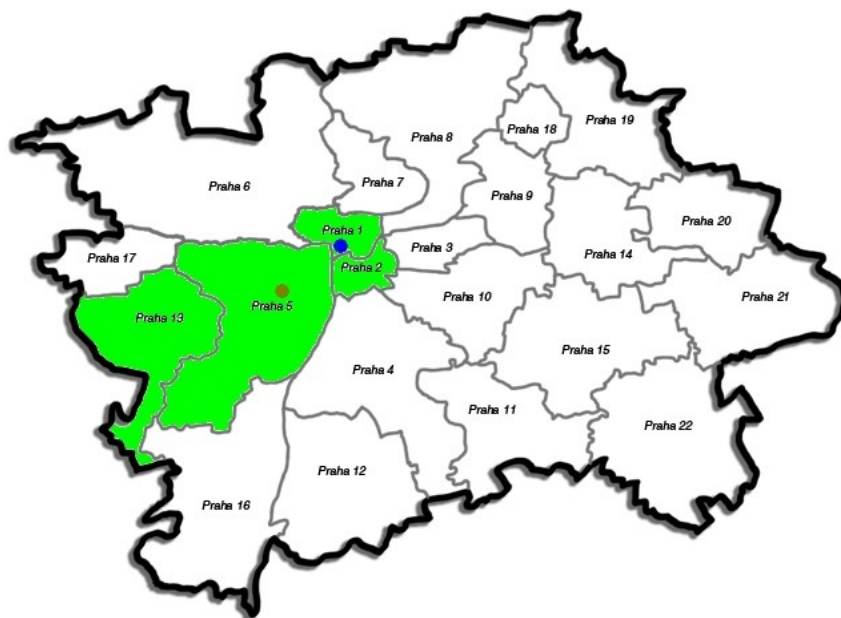
Mapa znázorňující místa působnosti nízkoprahových služeb organizace Drop In, o.p.s.



Zdroj: vlastní

Obrázek 3:

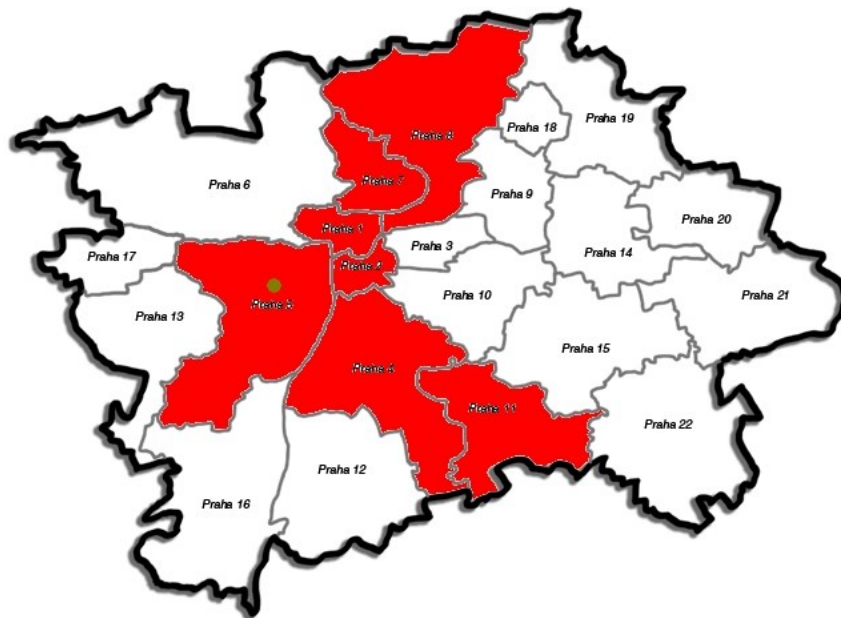
Mapa znázorňující místa působnosti nízkoprahových služeb organizace SANANIM, z.ú.



Zdroj: vlastní

Obrázek 4:

Mapa znázorňující místa působnosti nízkoprahových služeb organizace Progressive, o.p.s.



Zdroj: vlastní

Obrázek 5:

Mapa znázorňující místa působnosti TP Semiramis, z.ú.



Zdroj: vlastní

SANANIM provozuje také podprogram TP pro práci se specifickými skupinami („romští“ a rusky mluvící LDI a LDI s vícečetnými obtížemi, kteří propadají existující sítí služeb). Peer pracovníci jsou součástí týmů všech tří TP. (Drop In, 2022b; Progressive, o.p.s. – Prevence závislostí, 2022a; SANANIM, n.d.a, n.d.b)

Kromě cílové skupiny LDR organizace Drop In a Progressive (konkrétně podprogram *PARTYHARMreduction*) pracují s návštěvníky akcí spojených s hudební produkcí. (Drop In, 2022b; Progressive, o.p.s. – Prevence závislostí, 2022b)

TP SANANIM a TP Drop In provozují sanitku/mobilní ošetrovnu (dále jen MO) (Drop In, 2022; SANANIM, n.d.b) – každý program svou vlastní. Na základě vlastní zkušenosti autorka popisuje fyzické aspekty vozidla: jedná se o vůz speciálně postavený pro potřeby terénní práce s LDR. Na pravém boku MO jsou zabudované skříně, které slouží k uskladnění a pohodlnou distribuci HR materiálu. Místnost ošetrovny má dvoje dveře, jedny na pravém boku a druhé na zadní části vozu. Uvnitř ošetrovny jsou zabudována dvě skládací otočná sedadla, mezi nimiž lze rozložit skládací stoleček. Součástí vnitřního vybavení jsou četné šuplíkové skříně a lednice pro skladování zdravotnického materiálu (zdravotnické čtverce, obvazy, masti a farmaka nevázaná na lékařský předpis, orientační testy z kapilární krve na VHB, VHC, HIV, syfilis, lancety, pipeta atd.), skříňový prostor vymezený pro osobní věci pracovníků, umyvadlo s čerpadlem a zásobníky na vodu. Veškeré vybavení uvnitř ošetrovny slouží k intervencím typu individuálního poradenství, zdravotní ošetření a orientační testování. Východiska pro provoz MO a charakteristické rysy práce s MO jsou podrobněji popsány v praktické části.

Obrázek 6:

Mobilní ošetrovna – pravobok vozidla



Zdroj: vlastní

Obrázek 7:

Mobilní ošetřovna – vnitřní prostor se sedadly a stolečkem (pohled ze vstupních dveří na pravoboku vozu)



Zdroj: vlastní

Obrázek 8:

Mobilní ošetřovna – vnitřní prostor (pohled ze zadních dveří vozu)



Zdroj: vlastní

2.2.6. Význam a limity poskytování nízkoprahových služeb „na kolečkách“

Mobilní HR služby poskytující výměnu injekčního materiálu fungují v České republice a ve světě v různých podobách – pracovníci se pohybují pěšky, na kole či prostřednictvím auta, dodávky či autobusu. V některých zemích se také objevují nad rámec distribuce HR materiálu mobilní programy substituční léčby či mobilní aplikační místnosti. (Strike & Miskovic, 2018; EMCDDA, 2018)

Jejich význam tkví v možnosti poskytování injekčního materiálu ve větším geografickém rozsahu, než nabízí KC či automaty na stříkačky. Zároveň se mohou podle potřeby uzpůsobovat faktorům času a prostředí tak, aby byly v souladu s potřebami klientů – vozidlo může stát na jednom místě, nebo odjet pryč, objíždět určitá místa v rámci jedné směny. Díky tomu jsou pro kolemjdoucí veřejnost a sousedství poměrně nenápadné. (Islam & Conigrave, 2007)

Přesto je třeba zdůraznit, že mobilita je modifikována vnějšími faktory a tím, že služby fungují v určitém kontextu. Podle Jacksonové a Strikeové (2020) je prvním faktorem ekonomické prostředí, které se promítá v alokaci finančních prostředků na provoz služeb. Nízkoprahové služby pro LDI se typicky potýkají s nedostatečným financováním, které vyúsťuje v limitaci služeb či negativní dopady na pracovníky a sekundárně pak na klienty v případě, že pro ně není služba dostupná.

Jako druhý faktor popisují sociální a právní prostředí, které má svůj základ v předsudcích o LDR a službách pro ně. Obecná nepopularita kamenných institucí typu KC ve veřejném mínění vede na jednu stranu k rozvoji mobilních služeb, na stranu druhou proces gentrifikace a někdy i lokální zákonné vyhlášky vymezující místa, kde lze služby poskytovat, mohou mít negativní vliv ve smyslu vytlačování služeb pro LDR do míst, kde se cílová skupina nevyskytuje, a tím pádem je dotčena efektivita služby. (Jackson & Strike, 2020)

Třetím faktorem je fyzické prostředí. Pokud jsou jednotlivá cílová místa značně vzdálená, odrazí se to na frekvenci poskytování služby. LDR, kteří žijí mimo dosažitelnou vzdálenost od KC, mohou být zcela závislí na mobilních službách. Na pracovníky je takto kladena zodpovědnost za provoz služby a řízení vozidla za různých klimatických podmínek, což může být minimálně stresující, v nejzářším případě zdraví ohrožující. (Jackson & Strike, 2020)

V neposlední řadě vozidlo nemůže nahradit KC v plné šíři. V případové studii MacNeilové a Paulyové (2010) sledující změny poskytování a dostupnosti HR služeb bylo zdokumentováno, že po uzavření lokálního zařízení typu KC si pracovníci i klienti stěžovali na chybějící klidné prostředí kontaktní místnosti, které bylo místem setkávání a rozvoje vztahů. „Klienti se zde mohli posadit dovnitř mimo ulici, popovídat si s terénním pracovníkem nebo radcem, navštívit zdravotní sestru v soukromí ordinace nebo se posadit a dát si kávu“. (s.3) To v případě pražských MO zcela neplatí, poněvadž jejich vnitřní prostor je uzpůsobený pro popsané intervence, ale jejich mínusem stále je, že vnitřní kapacita se omezuje pro dvojici klient-pracovník a nenabízejí hygienický servis.

3. Praktická část

3.1. Cíl a výzkumné otázky

Cílem práce je na základě případové studie Terénního programu Drop In popsat charakteristické rysy práce s mobilní ošetrovnou (MO), s důrazem na porovnání s běžnou terénní prací bez mobilní ošetrovny. Pro naplnění cíle práce byly zformulovány tyto výzkumné otázky:

- Jaké důvody vedly k pořízení MO?
- Jak probíhá terénní práce s mobilní ošetrovnou (ve srovnání s terénní prací bez ní)? V čem se zásadně liší práce na MO od běžné terénní práce?
- Jaké požadavky jsou kladeny na pracovní tým?

3.2. Typ výzkumu

Autorka zvolila kvalitativní přístup, protože se zaměřila na hloubkovou studii proměny poskytování služeb minimalizace rizik jedné konkrétní organizace v Praze. V tuzemsku se jedná o poměrně ojedinělý způsob poskytování terénních HR služeb; česká síť dlouhodobě čítá okolo stovky nízkoprahových služeb pro LDI (Chomynová et al., 2022), z nichž pouze tři provozují MO – dvě jsou v Praze a jedna na Krnovsku (Drop In, 2022b; Kuba, 2021; SANANIM, n.d.b). Byť v Praze funguje sanitní vůz organizace SANANIM již přes 10 let, TP Drop In provozuje svůj vůz od června 2021 a zkušenosti pracovníků s novým typem služby jsou tedy čerstvé a odlišné díky tomu, že TP Drop In územně pokrývá větší část hl. m. Prahy. Má tak širší přehled o ODS a pravidelně kontaktuje klienty nejen v ulicích, ale i v jejich příbytcích včetně UDS (squaty, ležení, byty).

3.3. Výzkumný soubor

K výběru vzorku byla zvolena metoda prostého záměrného výběru, která je podle Miovského (2006) vhodná pro zkoumání malého výběrového souboru, pakliže jsou respondenti snadno dostupní. Autorka, jako pracovnice TP Drop In, osobně oslovila zaměstnance TP, kteří splňovali kritéria výběru účastníků výzkumu. Stanovenými kritérii byla:

- mít předchozí dlouhodobou zkušenost s běžnou terénní prací bez MO,
- mít dlouhodobou zkušenost s terénní prací na MO (tj. od zavedení služby MO doposud),
- být kmenovým zaměstnancem TP v současnosti.

Výzkumný soubor tvoří 9 kmenových zaměstnanců TP Drop In, z nichž 4 jsou vzděláním sociální pracovníci, 3 jsou pracovníci v sociálních službách a 2 mají zdravotnické vzdělání (všeobecné ošetrovatelství, adiktologie).

Tabulka 1:

Seznam účastníků výzkumu

Označení respondenta	Dosažené vzdělání	Doba zaměstnání v organizaci Drop In
R1	Sociální práce, řízení lidských zdrojů	5 a více let
R2	Sociální práce	5 a více let
R3	Sociální práce	5 a více let
R4	Sociální práce	Do 5 let
R5	Pracovník v sociálních službách	5 a více let
R6	Pracovník v sociálních službách	Do 5 let
R7	Pracovník v sociálních službách	Do 5 let
R8	Adiktologie	Do 5 let
R9	Adiktologie, všeobecné ošetřovatelství	Do 5 let

Zdroj: vlastní

3.4. Metody tvorby a analýzy dat

Pro tvorbu dat bylo zvoleno polo-strukturované interview. Podle Miovského (2006) má definované tzv. jádro, jehož náplní byly v kontextu této práce otázky vztahující se k tematickým okruhům odpovídajícím výzkumným otázkám – východiska pro vznik služby MO, profesní nároky na pracovníky a aspekty práce na MO, které se odlišují od běžné terénní práce. 2 interview se uskutečnila v klidném prostředí kanceláře organizace, 3 proběhla v prostorech sanitky v době, kdy nebyl vnitřní prostor využíván pro přímou práci s klientem, 2 během terénní práce a 2 probíhala formou video rozhovoru přes aplikaci Zoom z důvodu nemoci. Všechny 9 interview byla nahrána v telefonní aplikaci Voice Memos. Nahrávky byly doslovně a ručně přepsány využitím webové aplikace oTranscribe a následně uloženy jako textový soubor aplikace Microsoft Office Word pro uchování dat. Nahrávky interview autorka po přepisu smazala. Transkribované záznamy prošly redukcí prvního řádu pro snadnější čtení mluveného slova. (Miovský, 2006)

Dále autorka analyzovala dokumenty spojené s provozem MO – popis MO, který byl součástí dotační žádosti pro RVKPP, Provozní řád MO, interní manuál pro testování na infekční nemoci, interní manuál pro pracovníky na MO, výkazy práce. O tyto dokumenty autorka požádala vedoucího organizace, od kterého je získala v elektronické textové podobě.

Pro analýzu dat byla použita metoda vytváření trsů. Data byla podrobena otevřenému kódování: autorka pročetla jednotlivé texty a nacházela významové jednotky (kódy), které následně kategorizovala

do okruhů „východiska pro vznik služby“, „profesní nároky na tým“, „charakteristiky míst ke stání“, „možnosti a limity vycházející ze statickosti a mobility“. Tyto okruhy jsou tzv. trsy, které podle Miovského (2006) slouží k seskupení a konceptualizaci určitých výroků do skupin (trsů), jež vznikají na základě tematického překryvu mezi identifikovanými jednotkami.

3.5. Etické otázky

Autorka získala od vedoucího TP Drop In ústní souhlas se zveřejněním názvu organizace v bakalářské práci. Respondenti byli ústně informováni o cíli a očekávaném přínosu výzkumu, o jeho průběhu a jakým způsobem budou do výzkumu zapojeni. Od všech respondentů byl získán anonymizovaný písemný informovaný souhlas, který obsahuje všechny popsané informace o výzkumu a souhlas s nahrávkou interview a nahlížením do dokumentace spojené s provozem MO. Respondenti byli ujištěni, že jejich jména nebudou zveřejněna, že budou použita pouze taková relevantní data, která neodhalí jejich identitu, že mají právo svou účast kdykoli bez udání důvodu a bez újmy zrušit a pokud nebudou spokojeni s autorčiným řešením jejich případných stížností, mohou se obrátit na Etické kolegium Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP. Pro uchování anonymity respondentů bylo součástí souhlasu prohlášení tazatelky o tom, že popsala výzkumný projekt, jeho povahu a důsledky postupů, které zahrnuje, a že má za to, že účastník/účastnice tomuto vysvětlení porozuměl/a a dává svůj souhlas dobrovolně. Toto prohlášení nahrazovalo vlastnoruční podpisy účastníků. Informovaný souhlas byl sepsán u každého respondenta ve dvou kopiích – jedna pro autorku, jedna pro respondenta.

Ve vztahu k cílové skupině TP Drop In autorka z etických důvodů nezveřejnila v práci jména konkrétních klientů a konkrétní místa, kde se ve zvýšené míře pohybují. Obsah práce a publikovaná data byly průběžně konzultovány s vedoucím TP.

4. Výsledky

V citacích se objevují pojmy, které autorka objasňuje:

- „terén“ je běžná terénní práce;
- „kontakt“ je navázání kontaktu s klientem, výkon kontaktní práce;
- „sanitka“ je MO.

4.1. Východiska pro rozšíření TP Drop In, o.p.s. o služby MO

Všichni respondenti uvedli jako důvod pro rozšíření TP o služby MO zhoršující se zdravotní stav cílové skupiny v souvislosti se stárnutím a nedostupností zdravotní péče. Klienti se často potýkají se zdravotními komplikacemi, jako jsou abscesy, bércové vředy, flegmóny, hnisavé ranky, kožní choroby a popáleniny. V případě, že klient navštíví běžné zdravotnické zařízení, potýká se se stigmatizací na základě svého vzhledu, přiznaného užívání NL, zápachu apod. Kvůli nepříjemnému jednání zdravotnického personálu se těmito institucím záměrně vyhýbá či může vyžadovat doprovod kontaktního pracovníka. Odkládání lékařské péče vede k prohlubování zdravotních problémů. Cílem služby MO je prevence zhoršení somatických komplikací.

„[MO] reaguje na klientské potřeby – na ošetřování. Jde o to, že hodně klientů má nějaké chronické potíže nebo bolístky, rány. (...) Zároveň naše služba není všemocná a neošetříme tam všechno, ale minimálně to, s čím chodí naši klienti, to tam ošetříme.“ (R1)

„Dostupnost zdravotní péče pro klienty žijící na ulici nebo klienty s rozvinutou závislostí, která se už projevuje na jejich tělesný strážce, je prostě naprosto tristní a jakákoliv další nízkoprahová zdravotní služba je prostě důležitá.“ (R5)

„Hlavním důvodem bylo zpřístupnění zdravotní péče lidem, kteří jsou bez domova a zároveň užívají NL, zejména proto, že se jim těžko hledá motivace, aby navštívili nějaké zdravotnické zařízení.“ (R4)

„Je to i zkušenost pracovníků z TP s nevdůlí klientů chodit do lékařských zařízení, kde se můžou často setkat s nepochopením, s negativními zážitky vůči tomu, že tam přichází s nějakým zdravotním problémem, a často se to vztahuje k tomu, že užívají nelegální látky.“ (R3)

Dotační žádost o financování projektu MO pro RVKPP reflektuje pozitiva plynoucí z včasné zdravotnické intervence – nižší cenu poskytované péče z dlouhodobého hlediska, pravidelné poskytování zdravotní péče a díky tomu vyšší pravděpodobnost rychlého zotavení bez dalších komplikací. Respondent 3 a zmíněná žádost uvádí, že pokud klient nemá doklady a/nebo není českým občanem, tato skutečnost mu může zabránit v čerpání běžné lékařské péče. Na MO nejsou doklady vyžadovány.

Dalším východiskem pro provoz MO je nedostatečné pokrytí nízkoprahových služeb pro LDI v Praze, které poskytují zdravotní ošetření, mnohé z nich jsou v současnosti kapacitně vytížené. Na základě dobré praxe jiných HR služeb respondenti 2, 3 a 7 usuzovali, že MO může být alternativním řešením pro poskytování nízkoprahových služeb typu KC, které nevyžaduje kamenné prostory. Díky tomu, že TP Drop

In monitoruje významně velkou část hl. m. Prahy, má přehled, které oblasti jsou více či méně frekventované, a může tedy cíleně vytipovat taková místa, kde se ve zvýšené míře pohybuje cílová skupina.

„[MO] reaguje na nedostatečné prostory a možnosti k ošetřování klientů, kteří užívají návykové látky. V Praze je pár míst, ale zároveň jsou kapacitně vytiženy, protože vlastně ošetřují i osoby bez přístřeší, ale těch míst, kam může primárně jít za ošetřením a za nějakou konzultací a za testováním klienti, kteří aktivně užívají injekčně návykové látky, těch tolik není. (...) Zároveň i z vidiny dalších jiných organizací [sanitka SANANIM], které už mají nebo měly v minulosti MO, se vlastně potvrdilo, že to je služba, která je klienty hojně využívána, ale v množství klientů, kteří jsou v Praze, občas kapacita té jedné organizace nemusí být dostačující.“ (R3)

„Jako terénní program působíme na většině městských částí [Prahy], s tím, že na těch městských částech [na kterých TP Drop In působí] kromě P1 není kontaktní centrum. (...) dlouhodobě jsme vnímali, že pravobřežní část Prahy je naprosto nedostatečně pokryta nějakými kamennými adiktologickými službami a po vzoru zahraničí – Berlína, kde jsme byli i na stáži a kde jsme viděli, jak to funguje – jsme měli vizi, že by nějaký automobil, který by mohl (...) sanovat ty kamenné služby, byl vhodný. Sananimská sanitka je používána hlavně v centru. Myslím si, že jsme tam [v Berlíně] měli dobrý příklad toho, jak to funguje a jak bychom my mohli fungovat a nejenom v centru, ale i na těch městských částech, kde víme, že ty kontakty máme, a kde víme, že ten zájem, i na základě toho, že máme kontakty na otevřené i uzavřené drogové scéně, tak víme, že jsou.“ (R2)

4.2. Rozsah poskytovaných služeb na MO

Rozsah služeb poskytovaných na MO je vymezen v dotační žádosti pro RVKPP následovně: *„výměna injekčního materiálu a nabídka harm reduction zdravotnického materiálu, sociální poradenství, zdravotní poradenství, zdravotní ošetření, testování na infekční choroby, informace z oblasti bezpečnějšího brání a bezpečnějšího sexu“.*

MO rozšiřuje základní nabídku služeb TP o hygienický servis ve formě nápoje, zdravotního ošetření, orientačního testování na VHB, VHC, HIV a syfilis z kapilární krve. Pro metodický postup při ošetřování se používá interní manuál Mediků na ulici.³ Podle interního manuálu k testování na infekční nemoci je poskytováno předtestové a potestové poradenství. Náplní poradenství je informování o infekčních nemocech, jak se přenášejí, jejich symptomy a inkubační doba; informace o testu a způsobu interpretace výsledku; edukace o rizikovém chování a podpora změn chování směrem k bezpečnějšímu; motivování k pravidelnému testování; v případě reaktivního výsledku společné plánování dalšího postupu a pomoc při hledání návazné léčebné péče; eventuálně krizová intervence. Klientovi je nabízeno písemné potvrzení o testování a/nebo doporučení k lékaři.

³ Medici na ulici, z.s. je spolek sdružující studenty lékařských fakult a poskytuje zdravotní ošetření lidem v nouzi. Spolupracuje s nízkoprahovými organizacemi anebo samostatně vyráží do terénu podle svého harmonogramu. (MEDICINAULICI, n.d.)

4.3. Profesní nároky kladené na pracovní tým

Rozšíření TP Drop In o službu MO přineslo nové nároky na pracovníky. Podle provozního řádu MO je součástí personálního zajištění „zdravotní sestra/zdravotnický pracovník a terénní/sociální pracovník, dále lékař v dosahu na telefonu (osobně v případě dohodnuté konzultace)“. Na MO jsou vždy přítomni 3 pracovníci. Všichni respondenti a interní manuál pro pracovníky popisují 3 role, které má trojice stanovené:

- (1) pracovník, který řídí vůz,
- (2) pracovník, který nabízí poradenství v oblasti sociální práce,
- (3) zdravotník, který vykonává zdravotnické intervence a poskytuje zdravotní poradenství.

„Je tam člověk, který řídí tu sanitku, což už je nějaká dovednost, zvláště v Praze, protože je to velké auto. Je tam samozřejmě člověk, který má adekvátní zdravotní vzdělání, tak, aby tam lidem, kteří přichází pro zdravotní služby, byl ty zdravotní služby schopen poskytnout. A v té trojici vždycky musí zůstat sociální pracovník, který zajišťuje tu základní službu, tu primární službu, kterou my jako TP Drop In, poskytujeme.“ (R5)

Díky rolím zdravotníka a sociálního pracovníka je podle 2 respondentů zajištěna multidisciplinarita tříčlenného týmu na MO. V běžné terénní práci se pracuje ve dvojici a na dělbu rolí se neklade důraz. Součástí práce je také monitoring okolí MO za účelem sběru infekčního materiálu a kontaktování a odkazování klientů na služby MO.

„Jsme multidisciplinární. Je dobrý, aby na každé sanitce bylo od každého vzdělání, které my máme u nás v práci, jeden člověk. Je vhodný, aby tam byl jeden sociální pracovník a jeden adiktolog nebo zdravotník, který může ošetřovat, a ten třetí člověk nemusí mít žádnou konkrétní specializaci. Je to fajn v tom, že máme víc pohledů na věc, není to jednostranný. Zároveň když zdravotník ošetřuje, tak třeba sociální pracovník řídí auto a je řidič, ten třetí chodí na obchůzky, monitoruje okolí a sbírá injekční materiál, který leží na ulici v okolí.“ (R1)

4.3.1. Řidiči

Pro řízení vozidla MO je nutné řidičské oprávnění skupiny B, nadto však respondenti poznamenávají, že samotná velikost vozu v kombinaci s pražským dopravním provozem může být výzvou.

„Řidiči řídí velký auto, to je za potřebí taky říct! Většina z nás jsme nikdy neřídili dlouhodobě větší než osobní auto, takže musím říct, že i pro řidiče to určitě – minimálně na začátku – bylo o tom si to trochu osahat a nějak si vnitřně představit rozměry vozidla. Dodnes někteří řidiči u nás, pokud nemusí, přenechají řízení sanitky někomu jinému, protože se v tom necítí jistí.“ (R4)

4.3.2. Nezdravotničtí pracovníci a úkony mimo zdravotnické intervence

Nezdravotnickými pracovníky jsou myšleni sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, kteří poskytují sociální poradenství. Přímá práce s klientem mimo zdravotnické intervence je 4 respondenty popisována jako podobající se běžné terénní práci, základní komunikační dovednosti

pracovníka zahrnují vedení individuálního poradenství, motivačního rozhovoru a krizové intervence. Liší se četností kontaktů s veřejností, které se pojí s nepřehlédnutelností vozu MO.

„Je to podobné jako v terénu – empatie, umět jednat s lidmi, komunikovat i s veřejností, což je hodně důležité. S čím se v terénu tolik nesetkáváme na rozdíl od sanitky, která je na místě, kde chodí lidi, kde je vidět, tak i běžní občané se ptají nebo to řeší. Což může být vlastně nějakým způsobem osvěžující nebo zajímavé, pokud to nejsou úplně nesnášenlivé nebo nepříjemné komentáře.“ (R2)

6 respondentů popisovalo rozdíl v zodpovědnosti za vytváření a udržování bezpečného prostoru pro pracovníky a klienty v bezprostředním okolí MO. Je dán statickým charakterem služby. Pokud je s určitým klientem veden dlouhý kontakt, který není nijak závadný, ale v daný moment přichází další klienti, jež vyčkávají na využití služby, anebo pokud vznikne konfliktní situace, pracovníci nemohou stanoviště opustit. Odchod je řešení, které respondenti popisují jako možné a obvyklé v běžné terénní práci. Novou profesní dovedností je umět ukončit kontakt s klientem na místě, což je respondentem 4 a 6 vnímáno jako psychicky náročnější.

„Rozdílná věc v porovnání s terénem je, že si člověk musí víc umět vymezovat hranice a prostor, protože musí jakoby chránit ten prostor sanitky a bezpečí kolegů. To si myslím, že je nejdůležitější věc, kterou člověk musí umět narozdíl od terénu, kde z těch konfliktních situací může vystoupit.“ (R7)

„Myslím, že je potřeba umět deeskalovat konflikty, a to jak s klienty, tak i s našťvanými spoluobčany. Práce s agresivním protějškem je poměrně důležité vybavení, které je na sanitce potřeba, právě kvůli tomu, že je to statická služba a nelze odejít. A pokud jo, tak už je to velký odchod, znamená to přerušení služby. Není to odchod jenom z místa, je to ukončení služby. (...) Jsou větší požadavky na vytváření bezpečného prostoru, protože na squatech a na leženiích jsme na návštěvě my a snažíme se nebo nechodíme do eskalujících konfliktu, my jsme na návštěvě. Na té sanitce je ta zodpovědnost za bezpečí i pro ostatní klienty naše.“ (R5)

„Jedna z nevýhod z pohledu pracovníka – člověk se musí trochu psychicky připravit a počítat s tím, že může nastat nějaká situace a že bude zapotřebí mnohem víc komunikovat a třeba jednat víc asertivně, překročit nějakou svou hranici toho, co bych normálně neřešil, protože to nelze opustit, nelze odejít.“ (R4)

Podle respondenta 3 by i nezdravotničtí pracovníci měli mít bazální přehled o obsahu a průběhu zdravotnických intervencí, aby mohli v běžné terénní práci odkazovat na služby MO.

„Byť při každé směně tu má být zdravotník, je fajn, aby měli i ostatní pracovníci aspoň základní informace o tom, co v té sanitce je, co je všechno možné tady ošetřit, co všechno je možné otestovat a je vhodný, aby věděli základní informace, jak probíhá testování, ošetření, předtestové poradenství, kam můžeme odsud klienty odkázat. Když jsme v terénu a chceme nabídnout služby sanitky, základní informovanost pracovníků je důležitá.“ (R3)

4.3.3. Zdravotníci

Zdravotníci jsou pracovníci, kteří mají zdravotnické vzdělání (všeobecné ošetrovatelství, adiktologie). Úlohou zdravotníků je poskytovat zdravotnické intervence, které jsou popsány v dotační žádosti pro RVKPP (tj. zdravotní ošetření, testování na infekční nemoci a zdravotní poradenství)

a vymezené Provozním řádem MO (inspekce kožních defektů, testování a udržování hygienického standardu). Podle respondenta 9 jsou zdravotníci školeni týmovým pracovníkem pověřeným jako vedoucím zdravotnické sekce o nejčastějších zdravotních obtížích cílové skupiny, o způsobech vyhodnocení zdravotního stavu klienta (zda bude poskytnuté ošetření v souladu s principem HR, nebo je nutné, aby vyhledal lékaře, protože by zdravotníková péče nebyla dostatečná a mohlo by dojít k prohloubení problému) a o metodách ošetření.

„Jsou kladeny nároky na to, aby zdravotníci byli školeni, jak uklízet a dezinfikovat sanitku, jaké dezinfekce používat, jak často je střídat, co všechno otírat a apod. Co se týče zdravotní sekce, aby uměli testovat a aby si uměli poradit s rány nebo případně uměli vyhodnotit, jestli to ošetřím, nebo neošetřím.“ (R9)

Podle respondentů 8 a 9 při posuzování zdravotního stavu klienta hrají roli znalosti o chorobných somatických stavech a zkušenosti pracovníka.

(Kdy je třeba odkázat klienta jinam?) „V případě, že je moc rozsáhlá, hluboká, pak třeba když vidím, že klient vykazuje známky celkového zánětu, jako sepse... Což se blbě poznává, ale může to vypadat tak, že má v létě velkou zimnici, nebo vidím, že má celou nohu úplně rudofialovou, že je tam velký zánět. V tom případě ho posílám jinam, to už nezachráním. Anebo v případě, že se na to pracovník necítí. Např. když má ošetřovat velký bércový vřed a necítí se na to, tak je v pohodě, když to řekne klientovi a odkáže ho jinam. Jakmile jsou tam nekrózy, ty se odstraňují v nemocnici. To taky nezvládneme my. To samé popáleniny na velké ploše těla, to taky neošetříme. Nebo když je to vysoký stupeň popáleniny. Jakmile jsou tam nekrózy, kůže je necitlivá, mramorová, bílá, tak to už taky nezvládneme my.“ (Takže podle čeho zdravotník posuzuje, zda má klienta ošetřit nebo neošetřit?) „Záleží na našich schopnostech, na tom, jak my se cítíme, jak jsme zkušení, a jestli se na to cítíme – jestli jsme schopní tohle ošetřit, a zároveň taky posuzujeme rozsah toho poranění, to, jak to vypadá, jak ten klient vypadá – klienta, který má obrovskou flegmónu přes celou nohu, jde vidět, že má horečku, zimnici, tak tam už spíš budeme volit motivování třeba k zavolání záchranky (...) To samé, kdyby přišel s velkým krvácením, tak taky nejsme úplně schopní zastavit velký krvácení. (...) jinak už je to na jednotlivých pracovnících, na jejich zkušenostech, na tom, na co se cítí. Třeba vyndávání stehů – to není v našich kompetencích, neměli bychom to dělat. Ale když s tím má někdo zkušenosti, kdo vytahoval stehy stokrát, tak ty stehy může vyndat, když (...) ví, že už je ten klient má dlouho. A pracovník, který to nikdy nedělal a necítí se na to, tak to prostě nedělá. Takže podle toho se to hodnotí.“ (R9)

(Jaké jsou limity MO?) „Z mého pohledu [zdravotníka] si myslím, že jsem limitem mohl být i já. Tím, že jsem nastupoval s nulovou praxí ošetřování a učil jsem se to více méně za pochodu s nějakým školením. Což v nějakých chvílích určitě mohlo být limitem pro toho klienta, jestli mi rozumíš.“ (Jako v tom, že jsi nebyl natolik erudovaný nebo ses nevnímals dost zkušeně na tu práci?) „Jo.“ (R8)

Respondenti 1, 8 a 9 přiznávají, že služba nenahrazuje plnocennou lékařskou péči, která disponuje diagnostickými nástroji a kompetencí k různým intervencím včetně předepisování farmak, ale pouze překlenuje problémy, na které naráží klient při snaze péči čerpat. Jde o snižování dopadů na zdraví klienta, ale nelze hovořit o plnohodnotném léčení somatických komplikací. Klient může poskytnuté služby MO chápat jako dostatečné, což ho může i přes dobré záměry organizace zneschopňovat v kontaktování zdravotnických institucí. Je však vyvíjena snaha o eliminaci tohoto negativního důsledku např. posuzováním zdravotního stavu klienta, zda je ošetření vhodné, nebo je nezbytně nutné vyhledat lékařskou pomoc, odkazováním na jiné služby či nabízením asistencí.

„My prostě nejsme lékaři a nemáme kompetence lékaře, takže jim nemůžeme vždycky poskytnout vždycky tu péči, kterou by potřebovali (...) ať už nějaká diagnostika, předpis léků nebo třeba nařezávání abscesů, nemůžeme mu udělat rentgen, protože to prostě nemáme, protože to mají jenom v nemocnici. Nemůžeme ho takhle adekvátně vyšetřit. Můžeme mít u klienta podezření třeba na trombózu v noze, ale my to vlastně nezjistíme.“ (R9)

„Nenahrazuje plně lékařskou péči, kterou ti klienti nevyhledají, i když ta sanitka si na nic takového nehraje a snažíme se tam odkazovat a směřovat, pokud je to zapotřebí, k lékařské péči, ale nevím, jestli nemůže vzniknout u klientů pocit, že to vlastně stačí nebo něco takového. (...) MO nenahrazuje místo někde, kde by člověka ošetřili v ordinaci.“(R8)

Na rozdíl od sociálních pracovníků či pracovníků v sociálních službách jsou podle výpovědi respondentů 4 a 5 kladeny specifitější nároky na tým zdravotníků jak z praktického hlediska výkonu zdravotnické intervence, tak z hlediska komunikace s klientem, která zahrnuje kontraktování zakázky ošetření či testování na infekční nemoci, upozornění klienta na časovou náročnost plánované intervence před vstupem do vozu a samotný průběh kontaktu jednoho pracovníka s jedním klientem uvnitř vozu.

„Co se týče výkonu běžně terénních pracovníků, tak si nemyslím, že by tady byl větší rozdíl, možná větší nároky jsou kladeny na zdravotnický pracovníky, kteří se často můžou dostávat do situací, ve kterých nikdy nebyli, navíc jsou s tím klientem sami a může nastat spousta situací, které si nedovedu představit. Mimo to, že je to samozřejmě i výzva pro jejich odborné a praktické znalosti a dovednosti, když se třeba setkají s nějakou ránou na atypickém místě nebo s něčím, s čím se v praxi ještě nepotkali.“ (R4)

Pro ilustraci autorka cituje zkušenosti respondenta 8:

„Když jsi na sanitce, klade to na tebe větší nároky na tu komunikaci s klientem. Ty, když ho přijmeš do své péče, tak jsi najednou v jiné roli. Jsi v uzavřený místnosti a nemůžeš z toho kontaktu je tak odejít. Máš tam bariéru (...) A teď tam s ním pracuješ na úplně jiné úrovni, (...) můžou vznikat situace, které v terénu nevzniknou. A to nemyslím jenom tak, že tě může třeba ohrožovat, ale možná to souvisí s tím, že to [soukromí uzavřené ošetřovny] vytváří důvěrnější nebo intimnější prostředí, takže tě v tom může něco překvapit. (...) Pro mě to bylo náročnější v tom, že jednak jsem na toho klienta sám, a vlastně všechno, co vyjde ven z toho klienta, je na mě. Byly situace, kdy tam na mě někdo tlačil, ať to dělám rychleji, říkal mi věci, jako že to neumím, že nejsem kompetentní k té práci, že by chtěl někoho jiného, že už chce odejít. Myslím si, že je mnohem důležitější na začátku vyjednávat právě nějaký kontrakt o tom, jak to bude probíhat, protože jakmile začneš dělat tu práci, není tak jednoduché z toho odcházet, jako v terénu, kdy si člověk řekne: "Teď už mám dost, chci odejít z toho kontaktu." a odejde. Ale v té sanitce, když mu tam rozděláváš obvaz na noze a najednou bude chtít klient, který má rozvázanou nohu s defektem, odejít, tak je to pro tebe náročnější řešit. Takže to může být stresující nebo náročný v tom, že jednak děláš tu zdravotnickou péči, ošetřuješ. Do toho probíhá klientská linka nebo jinak řečeno ten kontakt jako takový. A to je vlastně hrozně provázané, protože ty s tím klientem třeba komunikuješ a na noze mu způsobuješ bolest. Děláš věci, který mu nejsou třeba příjemné, což ovlivňuje tu atmosféru a ten kontakt mezi tebou a klientem. A tohle jsou situace, který jsou náročnější oproti běžné klientské práci.“ (R8)

Klientská práce uvnitř MO je různorodá a formát práce jeden pracovník na jednoho klienta v soukromí ošetřovny může vyvíjet tlak na pracovníka, který je zvyklý na terénní práci ve dvojici. Z tohoto důvodu je před vstupem do MO vhodné mj. vyhodnocovat aktuální psychické rozpoložení klienta i pracovníka a zdali jsou v souladu.

„Když shrnu počet lidí, který jsem [na MO] ošetřil, tak každý byl náročnější nějak jinak, každý klient byl jiný, ať už v ošetřování nebo v komunikaci. Takže se to nedá úplně zobecnit. Můžu mluvit o tom, co pro mě bylo příjemné a co pro mě bylo míň příjemné – měl jsem někdy pocit, když jsem tam s tím klientem zavřený, sám a nemám kontakt s venkem, jakože s ostatními kolegy, jak je to obvyklé v terénu, kde pracuješ ve dvojici a pracuješ vždycky tak, že na sebe vidíme a minimálně kontrolujeme, co se děje kolem nás, i když se bavíme každý s někým jiným nebo když jsme ve skupince. A v sanitce tohle není, já jsem tam zavřený a není slyšet ven a není slyšet dovnitř. Někdy jsem měl pocit, že by jako... že třeba otevřené dveře pro mě byly příjemnější, než když byly zavřené.“ (R8)

Testování vyžaduje znalosti nejen o způsobu provedení testu, ale i o poradenství. Interní manuál k testování na infekční nemoci počítá s klientovou krizí, která může nastat při reaktivním výsledku testu; součástí dovedností zdravotníků je tedy krizová intervence.

Na tzv. „sanitkových poradách“ mají zdravotníci možnost revidovat svou práci sdílením případů.

(Je práce zdravotníků evaluována nebo nějak hodnocena?) „Není, jediný co, tak na sanitkových poradách je možnost sdílet zkušenosti z ošetřování a případně si tam můžeme navzájem říct, co bylo dobře, co nebylo dobře, jak by se to dalo udělat příště nebo jaký jsou jiný možnosti ošetření. (...) Je tady prostor k nějakým revizím, ale vyloženě, že by byla prováděna evaluace, to není.“ (R9)

4.4. Aspekty terénní práce s MO související s vozidlem a stanovištěm

4.4.1. Statičnost služby

MO je provozována v úterky v časovém horizontu 13:00 až 16:00 na vymezeném stanovišti na Praze 4 v Bartoškově ulici (Nusle) a ve čtvrty od 12:00 do 16:00 na Praze 8 v ulici Za Poříčskou bránou (Florenc). Z výpovědí respondentů 2, 4, 5 a 7 je výběr vhodného místa ke stání závislý na třech faktorech:

- (1) požadavky organizace, do nichž patří znalost terénu, ve smyslu jaká místa jsou klientsky frekventovaná, aby se organizaci podařilo plnit závazky spojené s financováním služby, a fyzické předpoklady místa parkovacího stanoviště, které umožňují velkému vozu přijet, stát a odjet – z toho plynou návrhy na místa, kde by bylo stání MO vhodné;
- (2) požadavky městské části, v nichž hraje zásadní roli obava z nadměrné kumulace cílové skupiny na jednom místě;
- (3) potřeby klientů, konkrétně anonymita při čerpání služby a časově-místní dostupnost.

Podle všech respondentů stanoviště na Praze 4 nespĺňuje nárok časově-místní dostupnosti. Počet uživatelů služby na tomto stanovišti nepřekračuje 10 za jeden pracovní den. Jako hlavní problematické téma pro provoz MO zmiňují závislost na konečném rozhodnutí politické reprezentace městských částí, bez kterého nelze službu poskytovat. Potenciální efektivita ve smyslu počtu uživatelů služby se tímto odvíjí od toho, kde MO dostane povolení k parkování.

„Limitem je spolupráce z druhé strany. Vnímám to nejvíc v kontextu jednoho z míst, kde stáváme, což je na P4. (...) Narážíme na to, že jsme (...) mimo dopravní uzly. Ne, že bychom neměli žádný kontakty, ale ta efektivita je mnohem menší, než by mohla být. (...) Služebním autem se dá zajet až na squat, jednak fyzicky, jednak proto, že na to

nepotřebuje žádné povolení donátora. Zatímco, když chce stát s tou sanitkou někde dýl, tak už musí mít partnera na druhé straně. Tak, jak to třeba bylo Praze 8, kde se k tomu velmi otevřeně a vlastně nad naše očekávání radikálně postavila radnice Prahy 8, že prostě budeme tam, kde je to potřeba.“ (R5)

„V plánu bylo, že by se [MO] používala třikrát v týdnu. A narazilo to na to, že Praha 1 nedala svolení, abychom působili na Praze 1, konkrétně v neděli.“ (R4)

„[politici představitelé městských částí] rozhodují o tom, kde může a nemůže stát, tak tím je to hodně limitovaný, že nemůžeme plně svévolně reagovat na tu aktuální situaci na drogové scéně, že tam vždycky musí být povolení a nějaká debata o tom, kde bude MO stát, tak to vidím jako velké limitování. Kdyby v tahle možnost byla trochu volnější, kdyby byla lepší možnost k diskusi, tak by ten potenciál té sanitky mohl být daleko větší.“ (R3)

Všichni se domnívají, že s tím souvisí obava veřejnosti z cílové skupiny a stigma, které ji provází. Podle respondentů 2, 4 a 5 MO přivádí pozornost kolemjdoucích. Respondent 4 říká, že je příhodné se sousedstvím pracovat na udržování dobrých vztahů.

„Když nás tam ty radní nechtějí, tak tam prostě nikdy nebudeme. Jedno, že se tam ty lidi [klienti] pohybují, nebo ne. Ta realita občas lidem nevoní a je to jasný, nikdo nechce říct, že se na jeho městské části vyskytuje ODS.“ (R1)

„Ve chvíli, kdy si lidi všimnou, že v sousedství stojí takhle velký vůz a že na ten vůz chodí uživatelé drog, ať už si měnit nebo ošetřovat rány nebo pro ty zdravotní služby, tak to prostě je vidět. Není to malé auto, u kterého bychom nenápadně vyměnili u kufru, ale je to velký, zdravotnický, polepený vůz, na kterém je napsáno, že patří Drop Inu. A v tu chvíli je mnohem snadnější si na něco takového si ve svém sousedství stěžovat. Anebo přijít konfrontovat pracovníky se svým vlastním názorem.“ (R5)

„Například parkování na Praze 4 je trochu problematické, může být problematický soužití s okolím, ale to je prostě typické, standardní a musí se s tím počítat, když se zakládá nová služba. A to je jedno, jestli je pro lidi bez domova nebo pro lidi, kteří užívají NL. Vždycky s tím to okolí má nějaký problém a musí tam ideálně zasáhnout nějaká komunitní práce a musí se trochu informovat a bavit se s tou veřejností, která v tom okolí pobývá, protože to pro ně může být nějakým způsobem náročné, že se tam najednou bude pohybovat větší množství uživatelů, což ale konkrétně u toho Florence tak často takový problém není, protože ty klienti se tam pohybovali i bez nás.“ (R4)

Respondent 7 uvádí, že je obtížné predikovat, jaké konkrétní místo bude odpovídat všem třem výše popsaným parametrům.

(Jaké místo je podle tebe vhodné?) „Já si myslím, že je to hodně o tom, aby to místo bylo bezpečné, aby si na to klienti zvykli. A už pak není tak důležitý, jestli to bude [na konkrétním místě], nebo [na konkrétním místě]. Že jde spíš o to, aby s tím všichni souhlasili, aby to nebylo tolik vidět, aby občani okolo byli v klidu ohledně toho. To se asi pozná až praxí, že člověk nikdy neví, jak to bude vypadat, dokud to tam chvíli nestojí. Takže těžko říct.“ (R7)

Nicméně všichni respondenti považují za ideální místa pro provoz MO bezprostřední okolí velkých dopravních uzlů; místa relativně skrytá před očima veřejnosti, jako je nynější stanoviště na Florenci.

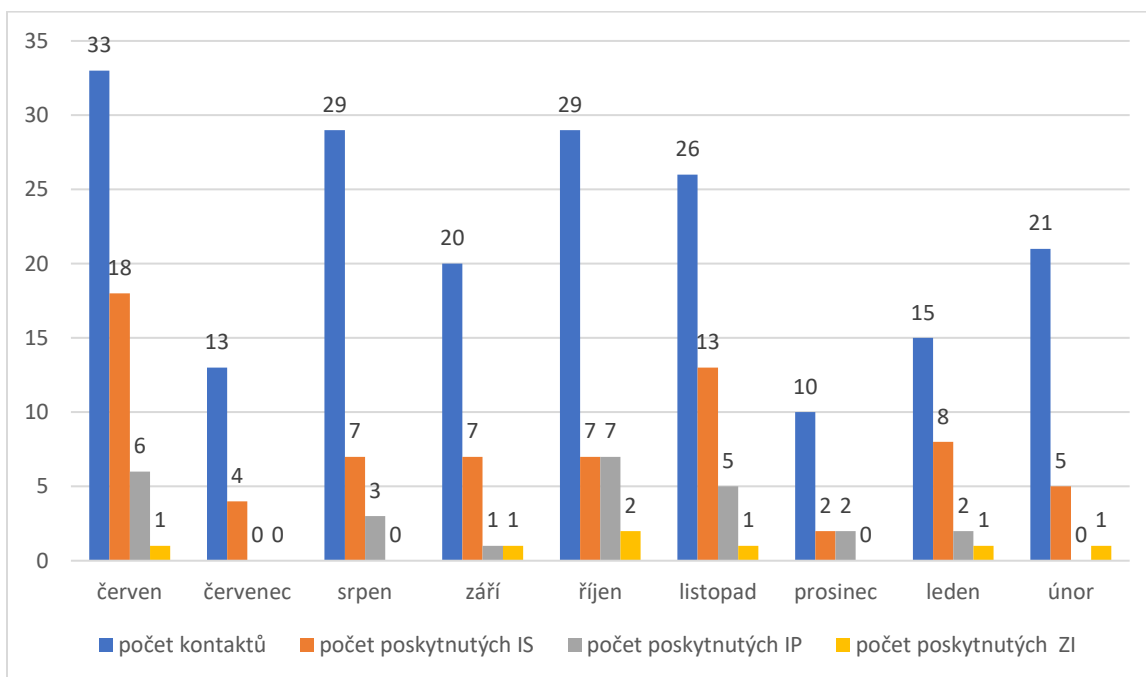
„Místa, kde to má smysl, jsou dopravní uzly, kde dochází k vysokému pohybu naší cílové skupiny. A tak, jak je to vlastně všude jinde v metropolích, že tam, kde se zdržuje hodně lidí, kde je hodně příležitostí, jsou i lidi z naší cílové skupiny, protože i oni tam mají šanci tam potkat ty svoje lidi a mají tam ty příležitosti, které potřebují k tomu, aby v tom světě, ve kterém žijí, aby fungovali dobře nebo přežili nebo obstáli.“ (R5)

„Měli jsme dlouhodobou zkušenost s tím, že konkrétně na Florenci jako na velkém dopravním uzlu se pohybuje velké množství uživatelů NL, takže byla od začátku velká pravděpodobnost, by tam mohlo být víc klientů, a zároveň právě tím, že byly v úvahách [konkrétní místo] anebo Florenc, což jsou to dobře dostupná místa – což je vždycky důležitý. Co se týče Prahy 4 (...) jsme uvažovali nad tím, že jsou tady nějaké služby, třeba zdravotnické služby pro uživatele NL, a tak jsme předpokládali, že by se na té trase mohli pohybovat.“ (R4)

Dokladem o strategicky lepší poloze MO na Florenci v ul. Za Poříčskou branou než v Bartoškově ul. v Nuslích je i kvantitativní rozdíl počtu kontaktů a počtu výkonů na MO. V následujících grafech jsou znázorněny celkové počty uskutečněných kontaktů, vykonaných informačních servisů (IS)⁴, individuálních poradenství (IP)⁵ a zdravotnických intervencí (ZI)⁶ v časovém horizontu červen 2021 až únor 2022. Počet kontaktů na Florenci je výrazně vyšší, a to i se zohledněním o hodinu kratšího časového rozpětí služby ve Vršovicích.

Graf č. 1:

Součty kontaktů a poskytnutých služeb MO na Praze 4 za období červen 2021 až únor 2022



Zdroj: vlastní

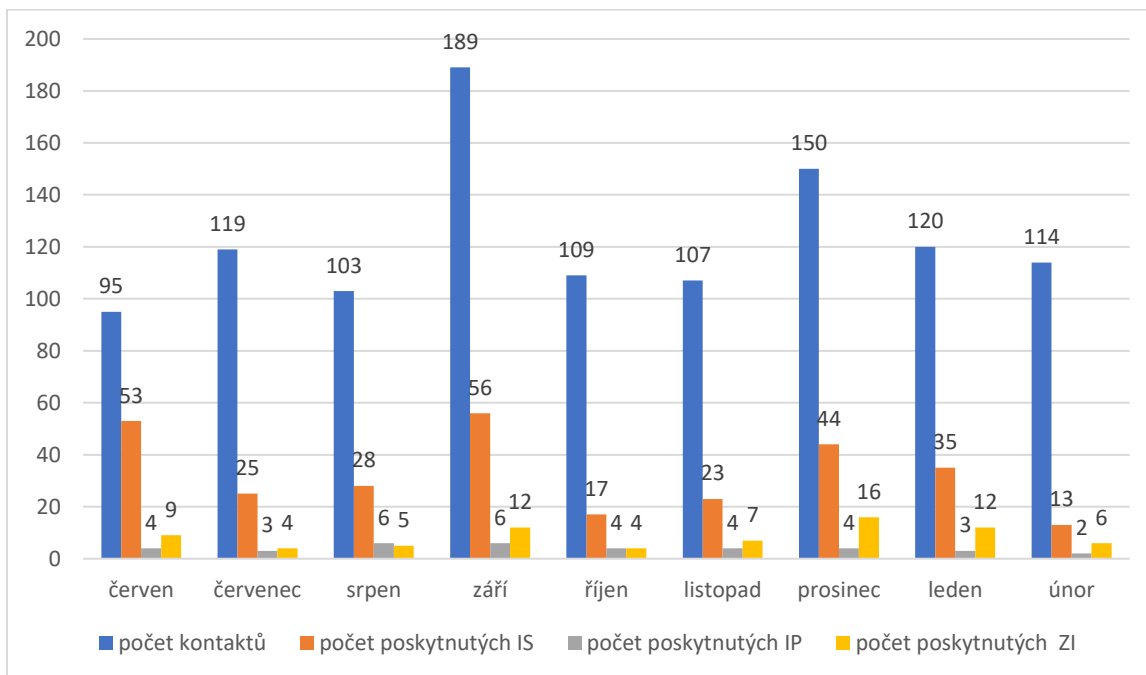
⁴IS je jednorázové poskytnutí informací ze strany pracovníka, tj. zdravotní nebo sociální poradenství, informace o bezpečnějším užívání a sexu

⁵IP je konzultace nad rámec informačního servisu, např. motivace do léčby, aktuální události v klientově životě, podpora a motivace ke změně životního stylu, hlubší probírání tématu dětství

⁶ZI zahrnují zdravotní ošetření a testování na infekční nemoci

Graf č. 2:

Součty kontaktů a poskytnutých služeb MO na Praze 8 za období červen 2021 až únor 2022



Zdroj: vlastní

Stabilní stanoviště znamená, že za službou musí přijít klient; dostupnost služby není závislá na pohybu pracovníků, ale podle respondenta 7 také na povědomí o službě a na spolupráci ze strany klienta. V tom se liší od běžné terénní práce, kde pracovníci dochází za klientem a pružně reagují na vzniklé situace tady a teď. Ze služby MO čerpají podle respondenta 2 zejména klienti pohybující se na ODS.

„Množství klientů závisí na tom, jak dlouho ta služba existuje, že je potřeba, aby si na to klienti zvykli, takže si myslím, že na některé věci nemáme vliv, na to se ještě víc propagovat nebo aby se rozšířilo povědomí o tom, že ta sanitka je. Protože myslím, že jsme toho udělali hodně, a je to trochu o čase, než si lidi zvyknou.“ (R7)

„Běžný pěší terén je jednoduchý v tom, že můžeš opravdu jít všude a nikdo tě pomalu nezastaví (...) Ta sanitka má širší záběr, co může nabídnout v rámci poskytovaných zdravotních a sociálních, ale myslím si, že každý [podprogram TP⁷] má svoje. Jsou pořád klienti, kteří nejsou schopní během těch čtyř hodin z nějakého důvodu dojít k té sanitce, může to pro ně být i nějaká stigmatizace. Pořád si myslím, že [běžný] terén jako takový má význam a smysl, ale je to posun pro ty lidi, kteří v tom terénu jsou, aby zjistili, že nějaká služba, která někde stojí, je prospěšná.“ (R2)

Respondenti 3 a 7 se však domnívají, že i pro klienty z UDS, pro které je charakteristické, že pečlivě dbají na udržení svého užívání NL v tajnosti a že si na rozdíl od obvyklých klientů z ODS vyměňují méně frekventovaně velké množství injekčních stříkaček, může být služba MO přínosná za předpokladu, že bude vůz přistaven na diskrétním místě:

⁷ Podprogramy TP jsou myšleny běžná terénní práce a práce na UDS.

„Hodně lidí na bytech má nějaké zdravotní problémy, ale tím, že mají zaměstnání a dostávají stříkačky od našich kolegů, tak na to KC nemusejí jít. Zároveň ale mají úplně stejné zdravotní problémy. Ne tak závažné jako ti na ulici, v tom smyslu, že se jim tolik nezaněcují a tak, ale úplně stejně neradi chodí do nemocnice. Tak si dokážu představit, že by mohli vyběhnout z toho bytu a nechat si ošetřit a převázat u nás, protože je to přece jen příjemnější a jednodušší, nemusí se objednávat a je to rychlejší. Ale samozřejmě jde o to, aby je neviděli, aby to [MO] bylo na místě, který by neviděli občani, protože tím, že bydlí v bytech, tak aby nepotkali souseda.“ (R7)

Podle 6 respondentů je statický charakter služby MO výhodný v tom, že přináší možnost kontinuálnější a hlubší práce s klientem. Soukromí MO lze využít jak pro zdravotnické intervence, tak i jako prostor pro sociální práci (respondenti zmiňovali domlouvání asistence za účelem např. hledání ubytovny, zaměstnání) nebo otevírání intimních témat. Byť lze tyto jmenované aktivity vykonávat v běžné terénní práci, MO přináší komfort pracovníkům a klientům, který může významně usnadnit spolupráci: jednak z hlediska snadnějšího vyhledání služby, která stojí pravidelně na určitém místě, jednak z hlediska možnosti posedět v klidném prostředí, s hmotným zázemím (notebook, který může být použit pro vyhledávání informací, psaní dokumentů apod.; zdravotnické vybavení pro zdravotnické intervence) – to vše v terénních podmínkách a s terénními pracovníky, jež klient zná a není třeba ho dál odkazovat na KC.

„Pro mě je přínosné to, že na tom jednom místě můžeme poskytovat víc služeb, jak to ošetření, testování, a zároveň i to, že za určitých okolností si umím představit, že pokud se tady objeví nějaký klient, který by si chtěl do detailu promluvit o něčem, anebo to bude nějaký můj klient, se kterým mám individuální plán, že to je i nějaký prostor, kam může přijít, a můžeme tady mít o trochu víc prostoru si popovídat, zvláště když my v terénu nemáme žádné oficiální místo, kam bychom si toho klienta pozvali. (...) Člověk může po delší dobu sledovat tu konkrétní zakázku, že mu vlastně nevypadne z radaru a že už vlastně potom nevíš, jestli někam došel, jestli se otestoval, jak to dopadlo. Je to kontinuální proces. Je to nějaký prostor pro to, být s klientem ve větším kontaktu.“ (R4)

„Je to bod, kde se můžou klienti potkávat s pracovníky, se kterými mají navázaný bližší nebo individuální plány (...) Podezření na nemoci se neřeší na otevřené scéně, ať už je to nějaké poradenství ohledně choulostivých situací. Když se o tom nechtějí bavit na ulici s teréňáky, tady na to prostor v soukromí je. Zároveň máme nakontaktované možnosti případné léčby na konkrétní onemocnění, takže i kdyby vyšly ty testy reaktivně, tak můžeme na to nějakým způsobem reagovat.“ (R3)

Z pohledu respondentů 7 a 8 může být poskytnuté pohodlí a soukromí prostředkem k důvěře klienta.

„Jestli mám jmenovat konkrétní technický věci, jako je vyhřívání v zimě, klimatizace v létě, výsuvná pergola nebo jak se tomu říká... nějaký stín, když se člověkem bavím. Myslím si, že je ten komfort důležitý proto, aby člověk mohl řešit nějaký hluboký potřeby, že v zimě nebo za nějakých počasí je těžký se o některých věcech bavit.“ (R7)

„Už ten samotný akt toho ošetření a věnování pozornosti tomu konkrétnímu člověku v sanitce může dopomoci tomu, abys vytvořila důvěrný vztah s klientem, a ten klient, aby se třeba vrátil. Mně konkrétně se to stalo v tu dobu, když jsem třeba ošetřoval [konkrétního klienta] nebo jsem ho testoval, že jsem pak cítil, že je ochotný se mnou komunikovat víc, než jak tomu bylo předtím. A to i mimo sanitkovou službu, třeba v terénu. Že jsem se díky tomu k němu dostal blíž. Že vlastně předtím se to mně jako pracovníkovi tolik nepodařilo. A že vlastně mi to nabídla až ta zkušenost toho testování na sanitce.“ (R8)

Všichni respondenti shodně popisují pohodlí ohledně logistiky materiální pomoci (spací pytle, stany) či předávání jiných věcí (např. listiny, léky na předpis, které si klient ukládá u pracovníků, aby je neztratil), 2 respondenti si pochvalovali narušení pracovního stereotypu a odlehčení od obecně fyzické náročnosti běžné terénní práce.

„Díky tomu, jak je ten vůz postavený, tak je tam úložný prostor na materiální support ve smyslu toho, že to může být místo, z kterého distribuujeme třeba stany, spacáky, karimatky. Protože ještě vozit osobákem na některý místa stany, spacáky atd., v kontextu toho, kde máme sklad atd., nebylo úplně jednoduchý. Když má člověk třeba pěší terén (...), tak to vždycky bylo logisticky hrozně náročný, aby se k tomu člověku, který potřebuje vybavit stanem, spacákem, cokoliv, ty věci opravdu dostaly. A to jak pro toho klienta, tak vlastně i pro nás pracovníky, protože jsme neustále vymýšleli kde, jak a co nabere a předáme. To si myslím, že je velké ulehčení.“ (R5)

„[práce na MO] narušuje stereotyp terénní práce. Máme některé kolegy a kolegyně, kteří mají občas zdravotní obtíže. A terén je vždycky o tom, že musíš nosit batoh, tašku, protože prostě někam jdeš. Chodíš tam pět hodin. A najednou máš alternativu, že minimálně dvakrát v týdnu, když někdo nemůže nosit těžkou tašku, protože ho bolí záda, tak může místo toho být na té sanitce, kde je to pro něj relativně bezpečný, protože nenosí žádnou zátěž. Takže myslím si, že pro úlevu zaměstnanců, že si můžou trochu odlehčit (...) a vlastně je to dobře i pro organizaci, protože to prodlužuje dobu, po jakou tady ten člověk chce strávit, protože ta práce není tolik monotónní. Zkušenost je taková, že většina lidí je už po nějaké době unavená z pravidelného docházení do terénu. Že jim to přijde jako monotónní práce, nerozvíjí je to. Ta sanitka je prostě nadstavba, která umožní lidem tady zůstat déle.“ (R2)

Vzhledem k tomu, že u běžné terénní práce se chodí s batohem a brašnou, množství nošeného HR materiálu je limitované. 4 respondenti popisovali na MO možnost výměny většího množství injekčních setů a současně uskladnění zdravotnického materiálu ve vhodných podmínkách.

„Co se týče toho základu, který člověk potřebuje k práci, tak si myslím, že to zázemí sanitky je super a naprosto nesrovnatelné s tím, co se člověku vejde do batohu (...) můžeme nabízet mnohem větší spektrum zdravotnického materiálu, včetně mastiček, který musí být skladovaný dlouhodobě v chladu.“ (R5)

Jak již bylo zmíněno v kapitole o profesních nárocích, pracovníci zodpovídají za bezpečí v okolí MO a konflikty nemohou vyřešit prostým odchodem.

„V něčem to poskytuje určitý komfort, v tom smyslu, že když třeba prší, tak se člověk může schovat pod střechou, že když je zima, tak se člověk může ohřát, na druhou stranu mince pro mě je to, že je to stanoviště, který nelze opustit. Takže v případě, že nastanou nějaké nepříjemné situace, konfliktní situace, tak se to nedá vyřešit tak jednoduše jako při pěším terénu, kdy prostě se člověk otočí, odejde a doufá, že ho ten člověk nebude pronásledovat.“ (R4)

4.4.2. Mobilita služby

Mobilita vozidla, potažmo služby, nabízí manévrovací prostor pro vyjednávání o místě poskytování adiktologické HR služby se zastupiteli městských částí. Přestože naráží na skutečnost, že konečné rozhodnutí, kde bude MO stát, leží v rukou veřejných činitelů, podle respondentů 2, 3 a 7 je otevřít KC ve srovnání s MO obtížnější. Zároveň lze díky mobilitě reagovat na změny na otevřené drogové scéně, pakliže dojde k přesunu cílové skupiny.

„To, že můžeme odjet, je důležitý pro městské části, protože její politická reprezentace nedostává tolik stížností, že tam něco je. Protože když je to kamenný, tak je problematický to odtamtud dostat. Kdežto auto člověk odtamtud dostane. Takže to si myslím, že je poměrně důležitý prvek v těch komunikacích, že se ty představitelé městských částí necítí zahnaní do kouta, že buď prostě to tam bude, nebo to tam nebude. (...) Pokud někde propukne nějaký problém a není to pokrytý tou službou, tak se samozřejmě výrazně líp může dojednávat nějaká spolupráce.“ (R2)

„Je skvělé, že sanitka nebude stát na stejných místech, kde stojí teď, že můžeme reagovat víc na změnu ODS, která, jak vidíme teď při covidu, lidi se hodně přemísťují a ta situace v Praze se hodně mění a nejspíš to bude ještě častější. Takže je skvělé, že můžeme flexibilněji reagovat, i když vidíme, že na to má dost vliv taky vnitřní politika městských částí, a vlastně až tak flexibilní nejsme potom v tom, že musíme získat povolení od té městské části, ale rozhodně je to rychlejší než stavět nízkoprahové centrum.“ (R7)

Jako příklad využití mobility 5 respondentů zmiňovalo jednorázové akce zaměřené na očkování proti onemocnění COVID19, které se uskutečnily v červenci 2021 ve spolupráci s TP SANANIM, kdy se oba TP setkaly ve Vrchlického sadech za účelem očkování zájemců z cílové skupiny jednorázovou vakcínou Janssen, a v lednu 2022, kdy MO TP Drop In objížděla squaty a ležení, kde na ni čekali předem domluvení klienti. Díky tomu bylo umožněno klientům, kteří měli zájem o očkování, překlenout problémy spojené s registrací v očkovacím centru, i bez osobních dokladů.

„Kdyby ta sanitka byla ještě mobilnější a bylo to jednodušší jezdit na víc míst, tak by to bylo super. K tomu patří i očkování na covid a to přejíždění – přesně ta možnost, že najednou člověk může reagovat na situaci a objíždět Prahu a ty jednotlivý squaty mi přišlo jako, že je to ukázka toho, jak je to hrozně flexibilní.“ (R7)

„Přišlo mi super, že jsme udělali ty očkovací akce, což je, krom všech těch pozitivních věcí týkajících se samotného očkování (...) vzkaz magistrátu, že ty peníze nebyly úplně marně vyplacené, protože už to mi přišlo jako super věc – očkovat 150-180 lidí, tak to mi přijde dobré.“ (R2)

Jako další možné využití mobility bylo respondenty 1, 4, 7 a 8 jmenováno kontaktování klientů během makové sezóny na polích či na akcích s hudební produkcí.

„Teoreticky by se to dalo využít i na nějaký jiný akce, kde by nám to mohlo rozšířit pole působnosti – třeba mě napadají teď konkrétně ty naše festivaly, že si to tam umím představit. A že vlastně umím si i představit, že kdyby se tu realizoval, třeba kvůli těm festivalům, u některých pracovníků nějaký základní výcvik v PsyCare⁸, tak by to teoreticky mohlo tvořit i nějaký bezpečný prostředí pro to provést někoho náročnou zkušeností.“ (R4)

„S MO dá dojet kamkoliv, kam je to potřeba. Tím, že jsme měli několik míst, kde jsem si říkal, že by bylo dobrý s tou sanitkou zajet a ty lidi tam ošetřit a nabídnout jim ty služby, které máme. A věděl jsem, že oni ty služby sami od sebe nevyhledají, protože na ten Florenc nebo na Prahu 4 nedorazí. V rámci některých služeb by to bylo určitě realizovatelné. Konkrétně jak jsme jezdili v létě na ty maková pole. Myslím si, že kdybychom dvakrát třikrát měsíčně jeli sanitkou, takže by to mělo smysl, protože (...) klienti, kteří užívají surové opium v létě, trpí somatickými komplikacemi o dost víc než v jiných obdobích.“ (R8)

⁸ PsyCare je harm reduction služba na hudebních akcích, je poskytována Českou psychedelickou společností a její cílovou skupinou jsou lidé užívající psychedelika nebo zajímající se o problematiku psychedelik. (Česká psychedelická společnost, n.d.)

4.4.3. Soukromí a vyšší hygienický standard při zdravotnických intervencích

Podle všech respondentů je nespornou výhodou oproti běžné terénní práci možnost provádět zdravotnické intervence v hygieničtějším prostředí v soukromí ošetřovny. TP Drop In nikdy předtím orientační testování neprováděl. Klidné a soukromé prostředí uvnitř ošetřovny může být klientovi příjemnější při rozhovoru o přenosných nemocech a výsledcích testů. Zdravotní ošetření se v malé míře provádí i v běžné terénní práci, nehledě na dosažené vzdělání ošetřujícího, ale na MO je garantované (pokud zdravotní stav klienta nevyžaduje bezpodmínečně lékařskou péči) a vždy zajištěné zdravotníkem.

„V terénu se nemůže testovat nebo nejsme k tomu uzpůsobení. A dává to anonymitu klientům, v rámci toho ošetření, že to není přímo ošetření na ulici, ale je to v uzavřeném prostoru. (...) pro samotné rány a samotné ošetření je to daleko lepší, čistší varianta než základní ošetření v rámci terénu.“ (R3)

„Sice nemůžeme mluvit o tom, že je to tu stoprocentně sterilní, ale dá se tady mnohem líp udržet nějaký hygienický standard. To se samozřejmě týká i používaného materiálu, protože se skladuje tady ve vyhrazených prostorách a netaháš ho u sebe po pytlících. A další věc je, že by to měli provádět kvalifikovaní pracovníci. Takže by ta péče, to ošetření ran mělo být i odbornější. Kvalitnější.“ (R4)

5. Diskuse

Z metodologického hlediska byla zvažována metoda totálního výběru, která by zahrнула do výzkumného souboru bývalé zaměstnance a nové zaměstnance, kteří začali pracovat v organizaci po vzniku služby MO, indigenní pracovníky, externí pracovníky a dobrovolníky. Podle Miovského (2006) je tato metoda vhodná pro zkoumání celého pracovního kolektivu o malém počtu osob, aby nedošlo ke snížení validity výsledků. Nicméně pro potřeby naplnění cíle práce bylo nutné vybrat účastníky, kteří mají dlouhodobou zkušenost s prací na MO i bez ní, tudíž autorka považuje zvolenou metodu prostého záměrného výběru za adekvátní.

V průběhu sedmi interview autorka přidala otázku zaměřenou na nová místa vhodná jako potenciální budoucí stanoviště MO. Z etických důvodů dotýkajících se klientů (jednalo by se o vyrazení míst, kde se klienti ve velké míře pohybují) nebyla jmenována konkrétně, byly pouze popsány jejich charakteristiky.

Výpovědi respondentů mohou být zkreslené kvůli tomu, že autorka neanonymizovala název organizace. Existuje riziko, že respondenti vnímali tlak, aby vyzdvihli klady služby. Autorka si je vědoma, že její pracovní působení v TP může mít také vliv na interpretaci výsledků. Tyto negativní důsledky se pokusila odstranit zajištěním anonymity respondentů a konzultacemi s vedoucím programu.

Zjištěná východiska pro rozšíření služby odpovídají na pražskou realitu přetíženosti stávajících 3 KC a nízké dostupnosti zdravotní péče. Ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 (Mravčík et al., 2020) jsou konkrétně jmenovány chirurgie, stomatologie, gynekologie a dermatovenerologie. MO může do určité míry suplovat zdravotní péči co se týká kožních problémů, ale spektrum somatických komorbidit, se kterými se potýká cílová skupina, vyžaduje řádnou všeobecnou zdravotní péči (Mravčík et al., 2016); tento poznatek je respondenty reflektován. MO svou nabídkou ulevuje stávajícím KC či dermatologickým ambulancím a může stát jako odrazový můstek pro návaznou léčebnou péči.

Z hlediska profesních nároků přináší provoz MO požadavky na zvýšení profesionality v oblasti asertivního jednání s agresivním či jinak náročným protějškem. Zejména zdravotníci se potýkají s vyššími nároky v komunikaci s žadateli o zdravotní intervenci, ve znalostech a dovednostech nutných pro zdravotnické intervence. Vzhledem k tomu, že posuzování a ošetření je závislé na zkušenostech zdravotníka a proces ošetřování není evaluován jinak než sdílením případů na poradách zdravotnického týmu, úroveň poskytnuté péče se může lišit podle toho, jaký zdravotník je právě na MO. Zkvalitnění péče by mohly přinést intervize s organizacemi, které mají zkušenost s prací na MO (z českých služeb pro LDI přichází v úvahu TP SANANIM a TP Krystal Help, z.ú.), sjednocení a konkrétnější popisy typů patologických stavů, které lze na MO ošetřit a samozřejmě prosté nabývání zkušeností s ošetřováním. Sporné je zaměstnávání adiktologů na pozici zdravotníka na MO. Podle vyhlášky č. 55/2011 Sb. (2001) je adiktolog zdravotnickým pracovníkem, který může vyšetřovat přítomnost infekčních nemocí a „provádět prevenci, poradenství v oblastech zdravého způsobu života a snižování škodlivosti užívání návykových látek“, v jeho

kompetencích ale není zahrnuto ošetřování. Pro roli ošetřujícího zdravotníka je vhodnější zdravotní sestra. Autorka má za to, že na jedné straně obecná náročnost a jinakost terénní práce na MO a na druhé straně nízký počet docházejících uživatelů služby na Praze 4 mohou být zdrojem zvýšeného rizika vzniku syndromu vyhoření, a proto si zaslouží svůj prostor na supervizích.

Bez MO „terénní kontaktní pracovníci působí ve venkovním prostoru a nemohou nijak ovlivnit, kdo a kdy k nim přichází, nemají čekárnu ani pořadové lístky. To vše vyžaduje dobrou schopnost improvizace, pohotovost a schopnost organizovat velké množství lidí na jednom místě.“ (Hokynek et al., 2020, s. 79) Individuální poradenství, krizové a zdravotnické intervence, které vyžadují více času a klidnější prostor, MO značně ulehčuje jednak zřízeným prostorem a jednak zvýšeným počtem pracovníků o jednoho lze lépe organizovat poskytování služby velké skupině klientů. Rozšíření ve formě zázemí vozu poskytuje pohodlí, jaké je v běžné terénní práci neobvyklé. Autorka shledává důležitým poznatek, že prostředkem ke kontaktu s cílovou skupinou není jen HR materiál, ale i pohodlí a soukromí MO v terénních podmínkách, jež napomáhají k prohloubení důvěry k pracovníkům. Zkušenosti pracovníků napovídají, že zdravotnické intervence mohou být nástrojem k navázání kontaktu, a pokud klient odchází s příjemnou zkušeností, službu/pracovníka může považovat za důvěryhodnější/ho než předtím. Klasickým HR cílům jde naproti tím, že v bezpečném a čistém prostředí nabízí možnost pomoci v různých oblastech včetně aktuálně prožívané krize, zabezpečuje dostupnost zdravotní péče nebo dbá, aby byla klientovi zprostředkována. Prostřednictvím testování a ošetřování lze také edukovat klienta o bezpečnějších postupech či formách užívání. MO plně nenahrazuje možnosti KC (hygienický servis, možnost nenárokového „bezintervenčního“ posezení), ale s ohledem na šíři poskytovaných služeb ji lze popsat jako hybrid TP a KC.

Výsledky studie jsou v souladu s poznatky Islama a Conigraveové (2007) a Jacksonové a Strikeové (2020), týkajících se významu mobilních HR služeb a kontextů, v jakých jsou provozovány – vůz umožňuje poskytování služeb v pohybu i na místě, a díky své flexibilitě překonává bariéry dostupnosti pro klienty, kteří si nemohou z různých důvodů dovolit cestovat za službou, a uspokojuje potřebu veřejnosti, jež si nepřeje mít stabilně ve své blízkosti zařízení typu KC. Kvůli tomu jsou řidiči důležitou součástí, bez které by služba nemohla fungovat. MO Drop In se jako mnohé jiné služby minimalizace rizik potýká s ovlivněním efektivity služby v důsledku politických rozhodnutí, která představují významný limit služby.

Na území Prahy 1 je velká ODS, kam chodí denně kupovat NL 200-500 LDI (Herzog et al., 2019), a tudíž má provoz MO velký potenciál právě zde. Lokalita Florenc však ilustruje koncentraci cílové skupiny i mimo oblast Vrchlického sadů a Václavského náměstí. Všechna tato místa sdílí určité charakteristiky: jsou velkým dopravním uzlem, veřejným prostorem, který představuje bezpečí před násilím a okradením ze strany uživatelů NL, a anonymitu. Ty mohou být vodítkem pro hledání dalších vhodných míst pro MO a argumentem při nalézání shody s donátory.

Autorka si je vědoma, že potenciální další charakteristiky práce na MO, které pracovníci registrují, mohou vyplynout později, jelikož byla služba MO v době realizace této studie v provozu pouhých 9 měsíců,

a považuje za vhodné dále zkoumat zkušenosti jiných organizací (zmiňované TP SANANIM a Krystal Help, z.ú.), které by doplnily výsledky této práce.

Práce je zaměřená na zkušenosti pracovníků a z výsledků vyplývá, že proměnu služby vnímají pozitivně pro sebe i pro klienty. Bylo by však nepochybně přínosné prozkoumat, jaké zkušenosti mají se službou MO její klienti, zda je pro ně skutečně prospěšná a odpovídá na jejich potřeby.

Výsledky práce nelze paušalizovat pro jiné MO či jiné obdobné služby ve světě kvůli časově a místně specifickým podmínkám, ale lze na ně nahlížet jako na popis zkušeností z odborné praxe. Autorka vidí praktické využití své práce jako informační zdroj a inspiraci pro jiné poskytovatele sociálních služeb či adiktologických služeb minimalizace rizik, kteří uvažují nad rozšířením dosavadní péče.

6. Závěr

Cílem práce bylo popsat charakteristiky terénní práce s MO, kterými se odlišuje od terénní práce bez MO, na základě případové studie TP Drop In. MO navyšuje stávající nabídku služeb TP o možnost garantovaného zdravotního ošetření (pokud je rána v takovém rozsahu, který bezpodmínečně nevyžaduje lékařskou péči) a orientačního testování na VHB, VHC, HIV a syfilis; je zde nabízen potravinový servis. Na rozdíl od běžné terénní práce, vykonávané ve dvojici, jsou na MO vždy přítomni 3 pracovníci, z nichž jeden řídí vůz, druhý provádí zdravotnické intervence a třetí poskytuje poradenství v oblasti sociální práce. Kontaktní práce se odlišuje profesními nároky na schopnost asertivního ukončení kontaktu na místě a prací ve formátu jeden pracovník ku jednomu klientovi při intervencích uvnitř vozu. MO v průběhu pracovního dne stojí na jednom místě; klienti dochází za službou, a tudíž jsou optimálními frekventovaná místa, zároveň ale veřejnosti nenápadná. Mobilita představuje výhodu při registrování změn pohybu cílové skupiny na drogové scéně, kterým se může přizpůsobit změnou stanoviště. Soukromí a pohodlí, které MO přináší, se jeví jako nový prostředek k prohlubování důvěry a spolupráce s klientem v terénních podmínkách. Zásadním limitem služby je závislost na politickém rozhodnutí o tom, kde může vozidlo stát. Vzhledem ke spektru intervencí, které nabízí, a k popsáním charakteristikám lze službu MO popsat jako hybrid TP a KC.

Aktivita MO je významná pro kontinuálnost kontaktní práce, snížení nákladů veřejného zdravotnictví a návaznost léčebné péče, zejména z hlediska včasného zachytu a léčby (ne)infekčních nemocí. Pokud by byla ukotvena v síti adiktologických služeb jako součást TP či KC, po depistáži lokalit by mohla operovat na místech a v čase zvýšeného pohybu cílové skupiny. Ve spolupráci s peer pracovníky by bylo možné přizpůsobit službu i uzavřené scéně. Jednotlivé služby v kraji by mohly sdílet jeden vůz a předávat si jej podle lokálních potřeb scény.

7. Seznam použité literatury

- Bednářová, Z. (2008). Streetwork. In Matoušek, O., a kol. *Metody a řízení sociální práce* (s. 169-178). Portál.
- Broža, J. (2008). Poradenství v terénní a kontaktní práci. In Kalina, K., a kol. *Základy klinické adiktologie*. (111-119). Grada Publishing.
- Buchanan, J. (2006) Understanding problematic drug use: A medical matter or a social Issue. *British Journal of Community Justice*, 4(2). 387-397.
- EMCDDA. (2009). An overview of the problem drug use (PDU) key indicator. European Monitoring Centre for Drugs and drug Addiction.
https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/567/EMCDDA-PDU-overview_127826.pdf
- EMCDDA. (2018). Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence (Perspectives on drugs). https://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/drug-consumption-rooms_en
- Herzog, A., Kocián, M., Plaček, J. (2019). Zmenšování drogového trhu v centru Prahy. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 2(2), 98-108.
- Hokynek, A., Geregová, M., Čtvrtečková, M. (2020). Kontaktní práce s uživateli drog. In Nepustil, P., Geregová, M. (eds.) *Bez podmínek: Metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy* (s. 77-83). Masarykova univerzita.
- Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Rous, Z., Černíková, T., Cibulka, J., Mravčík, V. (2022). Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021. Úřad vlády České republiky.
- Islam, M. M., & Conigrave, K. M. (2007). Assessing the role of syringe dispensing machines and mobile van outlets in reaching hard-to-reach and high-risk groups of injecting drug users (IUDs): a review. *Harm Reduction Journal*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/1477-7517-4-14>
- Jackson, L. A., & Strike, C. (2020). Harm reduction ,on the move': What is the role of environmental influences? *Journal of Health Care for he Poor and Underserved*, 31(2), 519-529.
<https://doi.org/10.1353/hpu.2020.0039>
- Janíková, B. (2008). Harm Reduction: Časná intervence v nízkoprahových službách. In Kalina, K., a kol. *Základy klinické adiktologie* (s. 99-110). Grada Publishing.
- Janíková, B. (2015). Harm reduction. In Kalina, K., a kol. *Klinická adiktologie* (s. 272-285). Grada Publishing.
- Jeřábek, P. Psychopatologie závislosti. In Kalina, K., a kol. *Základy klinické adiktologie* (s. 190-210). Grada Publishing.

- Jičinská, L. (2015). *Problémové užívání drog v části Prahy, kde nepůsobí žádný specializovaný nízkoprahový program*. [Bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze]. Digitální repozitář UK. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/78953>
- Kalina, K., a kol. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Filia Nova.
- Kalina, K., & Minařík, J. (2015). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. In Kalina, K. a kol. *Základy klinické adiktologie* (s. 211-231). Grada Publishing.
- Kudrle, S. (2008). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In Kalina, K., a kol. *Základy klinické adiktologie* (s. 17-23). Grada Publishing.
- MacNeil, J., Pauly, B. (2010). Impact: a case study examining the closure of a large urban fixed site needle Exchange in Canada. *Harm Reduction Journal*, 7(11). <https://doi.org/10.1186/1477-7517-7-11>
- McKetin, R., Lubman, D.I., Baker, A. L., Dawe, S., Ali, R.L. (2013). Dose-related psychotic symptoms in chronic methamphetamine users: Evidence from a prospective longitudinal study. *JAMA Psychiatry*. 70(3). <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.283>
- Minařík, J., & Řehák, V. (2015). Somatické komplikace a komorbidita. In Kalina, K., a kol. *Klinická adiktologie* (s. 232-246). Grada Publishing.
- Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Grada Publishing.
- Mravčík, V., Florián, Z., Nečas, V., Štolfa, J. (2016). Infekční a další somatická komorbidita problémových uživatelů drog – výsledky průřezové studie s lékařským vyšetřením. *Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie*, 65(1), 56-62.
- Mravčík, M., Chomynová, P., Grohmannová, K. (2019). Koncept problémového užívání návykových látek. *Psychiatrie*, 23(3), 121-128.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Fidesová, H., Vopravil, J. (2020). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019. Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Kožený, J., Nečas, V., Tišanská, L. (2020). Bariéry léčby infekčních a dalších somatických onemocnění u uživatelů drog. *Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie*, 69(2), 73-80.
- Müllerová, P., Matoušek, O., Vondrášková, A. (2005). Sociální práce s uživateli drog. In Matoušek, O., Kodymová, P., Kolářková, J. (eds.) *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (s. 211-226). Portál.
- Nešpor, K. (2003). Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti* (s. 217-222). Úřad Vlády České republiky.

Nutt, D. J., King, L. A., Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*, 376(9752), s. 1558-1565. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)

Popov, P. (2008). Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek a substituční léčba. In Kalina, K., a kol. *Základy klinické adiktologie* (s. 145-158). Grada Publishing.

Richterová Těminová, M. (2008). Systém léčebné péče a jeho složky. In Kalina, K. a kol, *Základy klinické adiktologie* (s. 369-385). Grada Publishing.

Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2021). Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb. Úřad vlády České republiky.

Strike, C., & Miskovic, M. (2018). Scoping out the literature on mobile needle and syringe programs – review of service delivery and client characteristics, operation, utilization, referrals, and impact. *Harm Reduction Journal*, 15(6). <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0212-3>

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. (2006) Dostupné z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=505/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (2011) Dostupné z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

Zábranský, T. (2003). Drogová epidemiologie. Univerzita Palacké v Olomouci. https://www.researchgate.net/profile/TomasZabransky/publication/40298463_Drogova_epidemiologie/links/5763e4e008ae1658e2ea1f36/Drogova_epidemiologie.pdf

Zábranský, T., Běláčková, V., Štefunková, M., Vopravil, J., Langroná, M. (2011). Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v roce 2007. Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

Internetové zdroje

Česká psychedelická společnost. (n.d.) *PsyCare*. <http://psycare.cz/>

Drop In. (2022a). *Nízkoprahové středisko Drop In, o.p.s.*. <https://www.dropin.cz/nizkoprahove-stredisko/>

Drop In. (2022b). *Terénní program Drop In, o.p.s.*. <https://www.dropin.cz/terenni-program/>

Harm Reduction International. (2022). *What is harm reduction?*. <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>

Kuba, F. (2021, 21. října). *Po Krnovsku jezdí mobilní ambulance pro klienty ohrožené konzumací drog*. <https://opavsky.denik.cz/z-regionu/po-krnovsku-jezdi-mobilni-ambulance-pro-klienty-ohrozene-konzumaci-drog-20211021.html>

Medici na ulici. (n.d.). *Medici na ulici*. <https://medicinaulici.cz/kdo-jsme>

Progressive, o.p.s. – Prevence závislostí. (2022a). *No Biohazard Terénní program*. <https://www.progressive-os.cz/no-biohazard/>

Progressive, o.p.s. – Prevence závislostí. (2022b). *PARTYHARMreduction*. <https://www.progressive-os.cz/party-harm-reduction/>

Progressive, o.p.s. – Prevence závislostí. (2022c). *Stage 5 Kontaktní centrum*. <https://www.progressive-os.cz/stage-5/>

SANANIM. (n.d.a). *Kontaktní centrum (KC)*. <http://www.sananim.cz/o-nas-1/kontaktni-centrum-kc.html>

SANANIM. (n.d.b). *Terénní programy (TP)*. <http://www.sananim.cz/o-nas-1/terenni-programy-tp.html>

SANANIM. (n.d.c). *Terénní programy 2 (TP2)*. <http://www.sananim.cz/o-nas-1/terenni-programy-2-tp2.html>

SANANIM. (n.d.d). *Výroční zpráva za rok 2010*. <http://www.sananim.cz/vyrocni-zpravy/64/vyrocni-zprava-za-rok-2010.html?pg=3>

Semiramis, z.ú.. (2022). *Centrum terénních programů Středočeského kraje*. <http://www.os-semiramis.cz/os-site/centra/centrum-terennich-programu-stredoceskeho-kraje/>

8. Seznam použitých zkratk

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

HIV/AIDS – virus lidské imunitní nedostatečnosti, syndrom získaného selhání imunity

hl. m. Praha – hlavní město Praha

HR – harm reduction

IP – individuální poradenství

IS – informační servis; jednorázové poskytnutí informací ze strany pracovníka

KC – kontaktní centrum

LDI – lidé užívající drogy injekčně

LDR – lidé užívající drogy rizikově

MO – mobilní ošetrovna, „sanitka“

NL – návykové látky

ODS – otevřená drogová scéna

o.p.s. – obecně prospěšná společnost

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

Sb. – sbírka zákonů

TP – terénní program

UDS – uzavřená drogová scéna

ul. – ulice

VHB – virová hepatitida typu B

VHC – virová hepatitida typu C

ZI – zdravotnická intervence

z.ú. – zapsaný ústav