Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

Bc. Radka Matějková, DiS.

Vymezení pojmu peer work v České republice se zaměřením na uživatele návykových látek

Definition of the term ‚peer work' in the Czech Republic with a focus on drug users

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Barbara Janíková

Praha, 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou 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, 12. 12. 2013 Radka Matějková

……..

Identifikační záznam

MATĚJKOVÁ, Radka. *Vymezení pojmu peer work v České republice se zaměřením na uživatele návykových látek. [Definition of the term ‚peer work' in the Czech Republic with a focus on drug users]*. Praha, 2013. 105 s., 4 příl. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Vedoucí práce Mgr. Janíková, Barbara.

Poděkování

Upřímně děkuji vedoucí práce Mgr. Barbaře Janíkové za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi pomohly při zpracování mé práce.

Obsah

I. ÚVOD **11**

II. TEORETICKÁ ČÁST **13**

1. VYMEZENÍ POJMU PEER WORK A ZÁKLADNÍCH POJMŮ SOUVISEJÍCÍCH S METODOU PEER WORK **13**

1.1. PEER WORK (PRÁCE VRSTEVNÍKŮ) **13**

1.2. PEER (VRSTEVNÍK) **14**

1.2.1. PEER OBECNĚ **14**

1.2.2. PEER V DROGOVÉ OBLASTI **14**

1.3. PEER PROGRAM (VRSTEVNICKÝ PROGRAM) **15**

1.4. PEER WORKER (VRSTEVNICKÝ PRACOVNÍK) **16**

1.5. PEER EDUCATION (VZDĚLÁVÁNÍ VRSTEVNÍKŮ) **17**

1.6. PEER SUPPORT (VZÁJEMNÁ PODPORA) **18**

2. HISTORIE PEER WORK **20**

2.1. PEER WORK VE ŠKOLSTVÍ **20**

2.2. PEER WORK VE ZDRAVOTNICTVÍ **20**

2.3. PEER WORK V HIV PREVENCI A DROGOVÉ OBLASTI **20**

2.4. PRVNÍ MANUÁL VZÁJEMNÉ PODPORY **21**

3. PEER WORK A ZÁKLADNÍ PRINCIPY **23**

4. ZAPOJENÍ UŽIVATELŮ DROG (PEER INVOLVEMENT) **25**

4.1. MODEL ZAPOJENÍ UŽIVATELŮ DROG **25**

4.2. VÝZNAM ZAPOJENÍ UŽIVATELŮ DROG **25**

4.3. ZPŮSOBY ZAPOJENÍ UŽIVATELŮ DROG **26**

4.4. VÝHODY ZAPOJENÍ UŽIVATELŮ DROG **26**

5. ORGANIZACE UŽIVATELŮ DROG **28**

5.1. HISTORIE VZNIKU ORGANIZACÍ UŽIVATELŮ DROG **29**

5.2. ORGANIZACE UŽIVATELŮ DROG V EVROPĚ **29**

5.3. MIMOEVROPSKÉ ORGANIZACE UŽIVATELŮ DROG **32**

5.4. VANCOUVERSKÁ DEKLARACE **33**

6. SVÉPOMOCNÉ AKTIVITY V ČESKÉ REPUBLICE 35

6.1. SVÉPOMOCNÉ AKTIVITY A PROGRAMY V OBLASTI ALKOHOLOVÝCH DROG **36**

6.1.1. SOCIOTERAPEUTICKÝ KLUB KLUS **37**

6.1.2. ANONYMNÍ ALKOHOLICI **37**

6.2. SVÉPOMOCNÉ AKTIVITY A PROGRAMY V OBLASTI NELEGÁLNÍCH DROG **38**

7. ZÁKLADNÍ TYPY TERÉNNÍ PRÁCE MEZI UŽIVATELI DROG 41

7.1. TYPY KOMUNITNÍ TERÉNNÍ PRÁCE MEZI VRSTEVNÍKY **42**

7.1.1. MODEL TERÉNNÍ PRÁCE S INDIGENNÍM VŮDCEM (INDIGENOUS LEADER MODEL, ILM) **43**

7.1.2. MODEL TERÉNNÍ PRÁCE ŘÍZENÝ VRSTEVNÍKEM (PEER DRIVEN MODEL, PDM) **43**

7.2. PRACOVNÍCI TERÉNNÍCH PROGRAMŮ **44**

7.3. ZAPOJENÍ UŽIVATELŮ DROG V RÁMCI TERÉNNÍCH PROGRAMŮ A PEER SLUŽEB **45**

7.3.1. PEER PROGRAMY V RÁMCI PREVENCE INFEKČNÍCH NEMOCÍ U UŽIVATELŮ DROG **46**

7.3.2. PEER PROGRAMY V RÁMCI SOCIÁLNÍ REINTEGRACE **47**

7.3.3. PEER PROGRAMY V PŘÍSTUPU HR VE VĚZENÍ **48**

III. PRAKTICKÁ ČÁST 50

8. METODOLOGIE 50

8.1. CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY VÝZKUMU **50**

8.2. ETICKÉ ASPEKTY **51**

8.3. VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU **51**

8.4. METODY A ZPŮSOB SBĚRU DAT **52**

8.5. METODY ANALÝZY DAT **53**

9. POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU 54

10. VÝSLEDKY 58

10.1. CHARAKTERISTIKA A VYMEZENÍ POJMU PEER WORK **58**

10.2. CHARAKTERISTIKA A VYMEZENÍ PEER PROGRAMU **65**

10.3. PEER PRACOVNÍCI **71**

10.4. POZITIVA A NEGATIVA ZAPOJOVÁNÍ UŽIVATELŮ DROG DO SLUŽEB **78**

10.5. VALIDITA DAT **80**

10.6. LIMITY A VÝZKUMNÁ OMEZENÍ **80**

11. DISKUZE **81**

12. ZÁVĚR **86**

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY **88**

PŘÍLOHY **94**

SEZNAM ORGANIZACÍ 94

DOTAZNÍK 95

SEZNAM TABULEK 103

SEZNAM ZKRATEK 105

Abstrakt

V zahraničí je metoda peer work zabývající se zapojením uživatelů drog (aktivních i bývalých) do služeb a politik rozšířena a využívána daleko více než v České republice. Informace a data jsou dostupná zejména ze zahraničních zdrojů, kde peer work má již určitou tradici. V České republice je tato metoda stále málo využívána, stejně tak je nedostatek české odborné literatury na toto téma.

Metoda peer work v České republice nebyla doposud komplexně zmapovaná, popsaná a zhodnocená. Jsou organizace zabývající se zapojením a zaměstnáváním uživatelů drog, které většinou čerpají informace ze zahraničních zdrojů a pracují se svými daty, které pak prezentují. Neexistuje tedy ucelený přehled, poskytující informace a data v této oblasti v České republice. Cílem práce je zmapovat využívání peer work v České republice v oblasti drogových služeb. V rámci podcíle je zkoumána struktura a fungování jednotlivých peer programů, jak aktuálních, tak i těch, které fungovaly v minulosti.

Praktická část je realizovaná empirickým výzkumem (orientační výzkum) s cílem získání základního přehledu o zkoumaném problému kvantitativní formou výzkumu. Ke sběru byl použit dotazník šířený v online verzi.

Základní soubor tvořily nízkoprahové programy v harm reduction, kontaktní centra a terénní programy v České republice zaměřené na uživatele omamných a psychotropních látek, které byly vybrány na základě záměrného účelového výběru.

Z celkového počtu 51 nízkoprahových programů pro uživatele drog, které odpověděly na dotazník, má 34 programů zkušenosti s metodou peer work, z nichž 18 programů realizuje nebo realizovalo peer programy. V době sběru dat bylo v 7 peer programech zaměstnáno 37 peer pracovníků. Peer pracovníci představují převážně aktivní uživatele nelegálních drog a to u 16 programů. V peer programech mohou být zaměstnání i bývalí uživatelé drog a to u 8 programů. Programy také zapojují aktivní i bývalé uživatele legálních drog (7 programů). Peer pracovníci nejčastěji sbírají a distribuují HR materiál a nakontaktovávají skrytou populaci uživatelů drog na uzavřené drogově scéně. Všechny peer programy nabízejí svým peer pracovníkům individuální poradenství, potravinový a hygienický servis, skupinové supervize, vzdělávání a nedílnou součástí programu jsou i pracovní porady. Tyto programy mají na starosti nejčastěji 2 stálí pracovníci a jsou financovány nejčastěji ze státních dotací.

Klíčová slova: Česká republika - harm reduction - peer programy - peer work - uživatel drog.

Abstract

Abroad is the method of peer work dealing with the involvement of drug users (active and retired) extended far more than in the Czech Republic. Information and data are available mainly from foreign sources, where peer work has been continuing a tradition. In the Czech Republic, this method is still not so much used, as well as is the lack of Czech professional literature on the subject.

Method of peer work in the Czech Republic has not been comprehensively mapped, described and evaluated. They are organizations dealing with the involvement and employment of drug users, which usually draw infromation from foreign sources and work with their data. There is no comprehensive overview, providing information and data in this area in the Czech Republic. The target of this work is to map the use of peer work in the Czech Republic in the area of drug services. Within the sub-targets are the structure and functioning of each peer programs studying.

The practical part is realized by an empirical research (research orientation) in order to get a general overview of the analysis of the problem in the form of quantitative research. For the data collection was used a questionnaire distributed in the online version.

The basic set was consisted of low-threshold programs in harm reduction, contact centers and outreach programs in the Czech Republic focused at users on narcotic and psychotropic substances, which were selected on the basis of deliberate purposeful choice.

From 51 low-threshold programs for drug users who responded to the questionnaire has 34 programs experience with peer work and 18 programs implement or implemented peer programs. There were 37 peer workers employed at the time of data collection. Peer workers are mainly active users of illegal drugs in 16 programs. Former drug users are employed in 8 programs.The programs also involve active and former users of legal drugs (7 programs). Peer workers frequently collect and distribute HR material and contact hidden population of drug users on a closed drug scene. All peer programs offer their peer workers individual consulting, food and hygiene services,

group supervision, education and an integral part of the program are also business meetings. For these programs are responsible mostly 2 permanent workers and are funded mostly by government subsidies.

Key words: Czech Republic - harm reduction - peer programs - peer work - drug user.

I. Úvod

V České republice bylo za rok 2011 přibližně 40 000 problémových uživatelů nelegálních drog. Převážnou část z nich tvoří injekční uživatelé drog (Mravčik et al., 2012).

Pro tyto skupiny v České republice existují nízkoprahové služby (kontaktní centra a terénní programy), které pracují na principu harm reduction (dále jen HR) a public health. Klienti těchto služeb mohou využívat zejména výměnných programů, řešit svoji aktuální situaci spojenou s užíváním drog, dosáhnout určité sociální a zdravotní stabilizace.

Některé z těchto nízkoprahových služeb (např. o.s. Sananim, o.s. Progressive) realizují programy (Externí terénní program Sananim, Program Fixpoint) zaměřující se na zapojování a zaměstnávání zejména aktivních uživatelů drog a práci s nimi. Tyto programy fungují na principu terénní práce a metody peer work, kdy uživatelé těchto programů, tzv. peer pracovníci pracují na otevřené nebo uzavřené drogové scéně, kontaktují ostatní uživatele drog a vyměňují a distribuují jim injekční stříkačky a ostatní HR materiál. Dále poskytují základní sociální a zdravotní informace, sbírají použité injekční stříkačky ve vytipovaných lokalitách Prahy. Tímto způsobem práce peer pracovníci mohou lépe a snadněji nakontaktovat skrytou a nejvíce ohroženou populaci uživatelů drog než klasičtí terénní pracovníci (Herzog & Laurentová, 2012). Dále podporují přístup public health a svojí činností mohou přispět ke snížení stigmatu mezi veřejností.

Rhodes (1999) uvádí, že terénní práce mezi vrstevníky se někdy označuje jako indigenní a v kontextu terénní práce mezi vrstevníky uživateli drog jde většinou o bývalé nebo současné uživatele drog.

Využívání peer programů v evropských zemích i mimo ně mezi uživateli drog není žádnou novinkou. Během 20. století se začaly utvářet první iniciativy, programy a organizace realizované samotnými uživateli drog, např. v roce 1970 v Nizozemí (Curtis, 2004).

V zahraničí je metoda peer work poměrně hodně rozšířena a používána. Existují organizace zabývající se tímto tématem, které se snaží o konceptualizaci a přesné vymezení tohoto pojmu, ale stále je definice peer work obecná (Kools, J. P., 2011).

V České republice v roce 2005 organizace Sananim začala vytvářet na základě zahraničních zkušeností a poznatků ze zahraničních stáží Externí terénní program

(XTP), který funguje dodnes (Herzog & Laurentová, 2012). Současně se touto oblastí začaly zabývat i jiné organizace v České republice, např. Kontaktní centrum Semiramis v Nymburku a Kontaktní centrum Prostor v Kolíně.

Metoda peer work v České republice také existuje a funguje. Ucelených poznatků a informací, které by poskytovaly komplexní přehled o této oblasti je oproti zahraničí stále málo, a proto je potřeba se tímto tématem zabývat, zkoumat ho a aktualizovat. Peer work realizují v České republice určité organizace, které prezentují svá data, např. Výzkum využívání „Peer workers“ u terénních programů pro uživatele drog v ČR (Škuta, 2009) nebo své poznatky ze zahraničí. Zároveň se o této metodě práce s uživatelem drog příliš často nemluví. Peer work obsahuje řadu činností, které mohou být aktivními i bývalými uživateli vykonávány. Doposud nejsou k dispozici aktuální data a informace o pojetí peer work, celkovém počtu organizací zabývající se touto metodou a o realizaci peer programů.

V této práci se budeme zabývat samotným pojmem peer work a jeho vymezením. Jak je tento pojem pracovníky nízkoprahových služeb chápán, definován a realizován. Zaměříme se i na jednotlivé činnosti peer work, zejména na fungování, strukturu peer programů a peer pracovníků v nízkoprahových službách v kontaktních centrech a terénních programech na území České republiky.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Vymezení pojmu peer work a základních pojmů souvisejících s metodou peer work

První kapitola popisuje a vysvětluje základní pojmy, se kterými se budeme setkávat v následujících kapitolách a podkapitolách práce, proto považujeme za vhodné jim věnovat určitou pozornost na začátku textu. Samotným pojmem peer work se více zabýváme v dalších kapitolách.

1.1. Peer work (práce vrstevníků)

Peer work má využití v řadě oblastí. Je realizována po celém světě v oblasti výchovy, v sociálních programech, ve zdravotnictví, při obhajobě práv atd..

Jako nejvíce používaná a známá je ve školství, zejména na základních a středních školách, kdy se peer work realizuje prostřednictvím výchovných a preventivních peer programů zaměřujících se zejména na oblast rizikového chování, užívání alkoholu a jiných drog, sexuálního chování a HIV/AIDS.

Metodou peer work se také zabývají zahraniční organizace sdružující lidi užívající drogy, tzv. organizace uživatelů drog a lidi s HIV/AIDS. Peer work je využívána také v oblasti HR u uživatelů návykových látek. Je dokázáno, že peer work přispívá ke zlepšování programů, přínosu komunit a k celkovému pocitu pohody cílových komunit (Kools, J. P., 2011).

Podle organizace Correlation Network (2009) existuje nespočet interpretací a definic peer work. Peer work lze definovat jako řadu metod, které jsou založeny na zapojování vrstevníků nebo členů cílových skupin v oblasti sociálních, zdravotních služeb a politik. Peer work lze popsat také jako samostatně postavenou iniciativu nebo spolupráci mezi členy komunity a agenturou, která se zaměřuje na smysluplné zapojení peerů. Peer work zapojuje jak samotné uživatele drog (aktivní i bývalé), tak i jejich rodiny, příbuzné a širokou sociální síť.

Metoda peer work se může realizovat na různých úrovních. K první úrovni patří vzájemná podpora (peer support), která s sebou nese vzájemné sdílení informací souvisejících s drogami a zkušenostmi uživatelů drog. Druhá úroveň zahrnuje, např. vzájemné vzdělávání, kdy zástupci cílové skupiny jsou vyškoleni, aby předávali informace týkající se zdraví v rámci své komunity. Třetí úroveň se týká samotných

pracovníků vykonávající peer work ve prospěch svých skupin nebo organizací, ve kterých působí (Malin et al., 2007).

Peer work je metoda, která zahrnuje členy cílových skupin, aby podporovali oblast zdraví, předávali preventivní poselství (znalosti, dovednosti, postoje) ostatním členům cílové skupiny. Tato metoda vyžaduje tedy aktivní účast vrstevníků. Peer work je také velmi populární jako metoda v prevenci u HIV a to v mnoha rozvojových zemích a mezi specifickými skupinami (sexuální pracovníci, muži mající sex s muži, mladí lidé, uživatelé drog) (Kools, J. P., 2011).

1.2. Peer (vrstevník)

Pojem peer je spojený a často používaný v souvislosti se školním prostředím. V oblasti užívání drog se s tímto pojmem také setkáváme, i když ne tak často. V této podkapitole popíšeme význam slova obecně a také jak je používán v drogové oblasti pro uživatele drog.

1.2.1. Peer obecně

Samotné slovo „peer“ vzniklo před stoletími jako britský výraz vyjadřující příslušnost k jedné z pěti vrstev aristokracie tedy příslušníka vysoké anglické šlechty. Jeho překlad do dalších jazyků je obtížný a těžko uchopitelný a to zejména pro jeho širší význam (Svenson, 2003; Skácelová, 2003).

Peer je osoba (např. student, uživatel drog, vrstevník), se kterou se cílová skupina může ztotožnit a to na základě věku, sociální situace nebo zaměstnání (Skácelová, 2003).

Další pojetí tohoto slova znamená „jedinec, jehož postavení je rovnocenné s ostatními; respektive představitele určité společenské skupiny osob, které jsou si podobny věkem, vzděláním nebo společenským postavením“ (Svenson, 2003, s. 7).

1.2.2. Peer v drogové oblasti

V prostředí uživatelů drog není pro tento pojem ustanovena jednotná dohoda o tom, co slovo „peer“ vlastně představuje. Často je „peer“ popisován jako spoluuživatel, kamarád uživatele, ale na druhou stranu je pozice peera samotnými uživateli zpochybňována. Tyto pochybnosti spatřují uživatelé drog nejčastěji v tom, že aktivní uživatelé drog zaměstnaní jako peeři mají často problémy oddělovat svoji práci

od jejich životního stylu spojeného s užíváním drog (Dowsett et al., 1999). Slovo peer odkazuje na osobu, která patří do stejné sociální skupiny jako jiná osoba nebo skupina. Sociální skupina může být postavena v závislosti na věku, pohlaví, sexuální orientaci, povolání, socio-ekonomickém anebo zdravotním stavu (UN Interagency Group on Young Peoples Health, 2003). Tato základní "podobnost" je základní charakteristikou vzájemné práce – peer work. Na druhou stranu může být jeden peer v různých skupinách. Ale jeho ztotožnění se a uznání stejných zájmů nebo hodnot dané skupiny automaticky pro peera neznamená, že je ostatními uživateli nebo danou skupinou považován za rovnocenného, tzn. za peera. Být peerem je především o vzájemném uznání.

Peer je ten, který je v rovném postavení a jeho základní "podobnost" s ostatními je nezbytná pro jeho peer práci. Peer práce v sociální a zdravotní oblasti je charakterizována následujícími komponenty:

- Peeři jsou jmenováni samy sebou, nebo zvoleni členy své skupiny vrstevníků.
- Peeři jsou dobrovolníci nebo mohou dostat kompenzaci za svoji účast v programu.
- Peeři potřebují získat základní, cílenou průpravu ve zkušenostních dovednostech od kvalifikovaných odborných peer učitelů.
- Peeři jsou kontrolováni v pravidelných intervalech.
- Zapojení roste se zkušenostmi. Čím více zkušeností vrstevníci mají, tím více se podílejí na výběru, školení a dozoru nad ostatními vrstevníky (Kools, J. P., 2011).

1.3. Peer program (vrstevnický program)

Peer programy jsou nejvíce spjaty a známy v rámci primární prevence, kdy se jejich realizace uskutečňuje prostřednictvím vrstevníků z řad žáků zejména základních a středních škol. Jsou ale uskutečňovány i v terciární prevenci v přístupu HR samotnými uživateli drog.

Všeobecný význam peer programu neboli také vrstevnického programu se vyznačuje svépomocí, která se praktikuje po mnoha tisíciletí a jde napříč mnoha oblastmi. Peer program může být využíván, např. při prevenci i nápravě sociálně

patologických i zdravotních problémů s využitím vlivu předem odborně informovaných vrstevníků (Kohoutek, 2013).

V rámci uživatelů drog se jedná zejména o poskytování informací, pomoci, podpory, poradenství, sdílení zkušeností, řešení vrstevnických konfliktů, orientaci v obtížných situacích samotnými současnými nebo bývalými uživateli ostatním uživatelům apod. (Externí terénní portál, 2011).

Peer program podle Kaliny (2001) je „Metoda primární prevence, založená na využívání osob stejného věku (při peer programech v České republice obvykle o několik let starší vrstevníci), případně stejného zázemí ke vzdělávání či jinému ovlivnění cílové skupiny, např. výběr člena vrstevnické skupiny ve škole, který je vyškolen, aby předával protidrogové informace svým kamarádům nebo využívání aktivních uživatelů drog k vzdělávání ostatních uživatelů v tom, jak omezit nebo snížit užívání drog, příp. jak je užívat bezpečněji. K výběru těchto „peerů“ se používají různé metody, většinou ale výběr odpovídá oceňování/mínění všech členů příslušné „peer“ skupiny. „Peeři“ pracují tak, že posilují „zdravé“ normy, mínění a chování uvnitř vlastní vrstevnické/peer skupiny a odmítají ty „nezdravé“.“

1.4. Peer worker (vrstevnický pracovník)

Peer pracovník je osoba, která sdílí stejné nebo podobné životní zkušenosti s daným jedincem nebo skupinou jedinců v určité komunitě, společenství lidí nebo programu (Vandebelt, 2013). V České republice, v drogové sféře, peer pracovník pracuje v rámci externího terénního programu jako, tzv. externí terénní pracovník. Jde o specifickou skupinu uživatelů drog – stabilizovaní aktivní uživatelé drog, kteří pracují zejména na uzavřené drogové scéně v rámci některých terénních programů jako dobrovolníci nebo jako placení pracovníci (Hrdina & Korčišová, 2003).

Peer pracovník bývá také někdy označován jako indigenní terénní pracovník, kdy v kontextu práce s uživateli drog se většinou jedná o bývalé nebo současné uživatele drog. Tito pracovníci pracují jen s uživateli drog ve své vlastní věkové skupině a lze je také označit za vzdělavatele vrstevníků nebo-li peer educators. Indigenní pracovníci, kteří vzdělávají své vrstevníky a šíří mezi nimi osvětu se označují jako „Příslušníci referenční skupiny vrstevníků nebo sociální skupiny, kteří se zapojují do terénní práce v rámci referenční skupiny vrstevníků nebo sociální skupiny a poskytují zdravotně vzdělávací služby“ (Rhodes, 1999, s. 17).

Peer pracovníci jsou lidé, kteří se dobrovolně rozhodli pomáhat svým vrstevníkům v těžkých životních situacích. Jsou dobrovolníky, kteří ale za svoji pomoc mohou být materiálně nebo finančně odměněni (Externí terénní portál, 2011).

Peer pracovníci z řad uživatelů jsou důležití pro ty uživatele, kteří z určitých důvodů nevyužívají nízkoprahových služeb (kontaktních center a terénních programů). Peer pracovníci mezi uživateli drog se vytvářeli svévolně mezi sebou a to takovým způsobem, že ti, kteří navštěvovali nízkoprahové služby, vyměňovali použité injekční stříkačky za čisté, přinášeli nový HR materiál svým kamarádům, ostatním uživatelům, kteří nízkoprahové služby z určitých důvodů nenavštěvovali. Tito peer pracovníci, uživatelé, znají lépe prostředí a komunitu uživatelů než klasický terénní pracovník. Tento princip výměny HR materiálu je označován jako, tzv. sekundární výměna (Charvát & Gabrhelík, 2004).

Charvát & Gabrhelík (2004, s. 31-32) v projektu Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji uvádějí následující: „Řešením, které už mnozí v praxi využívají a které by zřejmě bylo dobré i ze strany pracovníků nízkoprahových služeb maximálně podporovat, je zprostředkování výměny přes kamarády a známé. Stále není využita spolupráce starších nebo zkušenějších klientů, kteří jsou pro ty mladší mnohdy přirozenou autoritou, mohou je naučit, jak si dávat pozor, jak brát čistě atp..“

1.5. Peer education (vzdělávání vrstevníků)

Peer výchova má počátky opět ve školství, kdy pravděpodobně na začátku 19. století v Anglii došlo k prvnímu systematickému použití tohoto přístupu. V této době žáci měli za úkol vysvětlit naučenou látku jiným spolužákům z ostatních tříd. Tento přístup měl své opodstatnění, neboť bylo méně finančně náročné využívat tyto žáky než platit učitele (Svenson et al., 2003).

„Peer výchova představuje metodu, kde se menšina vrstevníků ze skupiny nebo určité populace pokouší informovat a ovlivnit většinu. Projekty peer výchovy vznikaly a vznikají obvykle spontánně z iniciativy nevládních organizací (NGO), společenských a církevních organizací, organizací pro mládež i výchovných institucí. Studie zaměřené na aplikovatelnost této metody byly provedeny na základě podnětu řady řídících pracovníků i jednotlivých vědeckých a výzkumných pracovníků. Tyto studie se zaměřily na problematiku kouření, konzumace drog a alkoholu, násilí, sexuálního zdraví

a rizikového chování z hlediska přenosu HIV a ostatních sexuálně přenosných infekcí“ (Svenson et al., 2003, s. 9). Největší přínos této metody je spatřován v přizpůsobení se místním zvyklostem dané skupiny, jejím společenským hodnotám a dalším potřebám (Svenson et al., 2003).

Organizace Corellation Network (2009) na svých webových stránkách v rámci Evropského programu Correlation II popisuje termín peer výchovy jako vzdělávací proces zahrnující podstatný rozdíl a odstup mezi odborníkem a studujícím, např. učitel – žák; profesionál, odborník – mladý člověk. Tento termín se často zaměňuje s pojmem peer support work. V manuálu vzájemné podpory od Trimbos Institutu je popsán rozdíl mezi peer podporou a peer výchovou. Koncepty těchto dvou metod mají mnohé společného, ale přesto jsou mezi nimi značné rozdíly. Peer výchova zahrnuje a zdůrazňuje rozdíl mezi pedagogem – odborníkem a studujícím – žákem – uživatelem, např. AIDS preventivní projekt pro drogově závislé je založený na představě, že peer výchova je úkolem pro odborníka – pedagoga naučit ostatní uživatele drog pravidlům bezpečného užívání a bezpečného sexu. Naproti tomu u peer podpory převládá myšlenka vzájemné podpory. Důraz je více kladen na přátelství a rovnost. Peer podpora má širší koncept než peer výchova a z toho plyne, že peer podpora vytváří lepší podmínky pro bezpečnější užívání a bezpečnější sex.

Vzdělávání vrstevníků (peer education) mezi uživateli drog je považováno za nejdůležitější formu vzdělávání. Silná a zjevná podpora pro vzdělávání vrstevníků je jak mezi uživateli drog, tak v literatuře a mezi ostatními odborníky. Pojem peer education však často postrádá odpovídající a jednotnou definici. Podpora tohoto pojmu je např. v Austrálii tvořena historicky na základě mnoha národních australských veřejně zdravotních strategií, které zaručují postiženým populacím a komunitám základní účast v přístupu prevence, péče a podpory (Dowsett et al., 1999).

1.6. Peer support (vzájemná podpora)

Výraz "peer support " mezi uživateli drog není žádnou novinkou. V oblasti drog byl představen v polovině 90. let v rámci „Manuálu vzájemné podpory“ z roku 1994 Trimbos Institutem. Od té doby byl široce používán. Uživatelé vždy sdíleli informace o metodách užívání, zdraví, právní bezpečnosti a mnoho dalších témat, které by mohly být dnes považovány za vzdělávání v HR (Kools, J. P., 2011).

Termín peer support neboli vzájemná podpora znamená že:

- Vrstevníci vykonávají další akce a úkoly, které se netýkají pouze vzdělávání, např. poskytování informací. Vzájemná podpora může, např. zahrnovat akce soustřeďující se na zahájení svépomocných organizací nebo na posilování zplnomocnění jednotlivců.
- Zaměřuje se na chování jednotlivců, sebeúctu a kulturní normy, ale může také obsahovat obhajobu zaměřenou na odstranění překážek týkající se ochrany zdraví a vytvoření příznivého prostředí.
- Klade velký důraz na vzájemnost procesu. To znamená, že jedinci, kteří se učí a podporují se navzájem, nemusí nutně jen předávat informace s cílem změnit něčí chování, ale mohou také pravděpodobně oslovovat širší okolí a kontext.

Existuje mnoho druhů aktivit, které bychom mohli považovat za druh jakési vzájemné podpory. Jedná se o jakýkoliv typ spolupráce, která přispívá ke konceptu smysluplného zapojení. Jedná se o:

- Velmi profesionální, nezávislé samosprávné agentury, které se řídí podle peerů.
- Iniciativy, které jsou zcela nezávislé, ale podporovány službou.
- Poradní výbory a skupiny spotřebitelů.
- Situace, kdy jsou vrstevníci přijati pro zvláštní úkoly.
- Dobrovolné příspěvky a podpory vrstevníků ve službách jako (základní) vzájemná podpora (Kools, J. P., 2011; Curtis, 2003).

2. Historie Peer work

V této kapitole se zaměříme na vznik metody peer work a její využívání ve školním prostředí, zdravotnictví a drogové oblasti. Popíšeme také vznik a využití manuálu peer work.

2.1. Peer work ve školství

Peer work se poprvé začala objevovat ve školním prostředí, s tzv. „peer tutorem“ neboli žákem vzdělávající ostatní žáky. Myšlenka zapojit žáky do vzdělávání ostatních se zrodila v roce 1950 ve Spojených státech amerických. Tato metoda se dál rozvíjela a stala se podstatnou pro poskytování zdravotních doporučení a rad v oblasti užívání alkoholu a tabáku na školách. Žáci, kteří byli vybráni jako peer vzdělavatelé, využívali nastavení prostředí školní třídy a vzdělávali své vrstevníky. Metoda však byla jen jednostrannou komunikací, ve které peeři byli pouhými „posli“ sdělení učitelů. V současné době jsou peeři často využíváni v sociálním nebo podnikovém marketingu (Kools, J. P., 2011).

2.2. Peer work ve zdravotnictví

V současné době existují různé formy peer programů, které jsou rozšířené po celém světě v mnoha oblastech veřejného zdraví, např. v oblasti výživy, plánování rodičovství, užívání tabáku, alkoholu, ostatních drog a v prevenci násilí. Peer work dobře vyhovuje konceptu veřejného zdraví, který vznikl po roce 1970 jako Ottawská charta a obsahuje mnoho prvků, které ovlivňují zdraví a velmi dobře se hodí ke komplexnímu a holistickému konceptu zdraví (Kools, J. P., 2011).

2.3. Peer work v HIV prevenci a drogové oblasti

Jedna z hlavních oblastí, kde se peer work využívá je oblast HIV/AIDS. Peer work se používá zejména v HIV preventivních programech na celém světě především mezi mladými lidmi a mezi uživateli drog. První případy HIV prevence mezi uživateli drog se soustřeďovaly na to, jak předcházet infekci a jakým způsobem se chovat, aby nedocházelo k jejímu šíření. Chyběly ale informace a možnosti o tom, jak toho docílit. HIV/AIDS prevence byla jedna z prvních a hlavních oblastí, kterou uživatelé drog organizovali. Prevence v dřívějších dobách postrádala jiné možnosti částečně proto, že zdravotničtí pedagogové a služby byli hlavně zaměřeni na abstinenci a měli velmi

omezující informace o tom, co lidé aktuálně dělají a jak vypadají jejich životy. První primární prevence byla zahájena agenturami, zatímco koncept aktivní pomoci založený na komunitním základě a peer work se staly důležitými intervenčními nástroji v dosahování, oznamování a podpoře členů komunity v ochraně jejich zdraví. U drogově závislých se ochrana jejich zdraví, převážně v případě HIV a virové žloutenky typu B a C v primární i sekundární prevenci stala záležitostí nejvyšší priority. Efektivní HIV prevence a kampaně podporující zdraví začaly fungovat v momentě, kdy uživatelé drog, organizace, peeři a profesionálové začali spolupracovat v následujících bodech:

- Učit se od uživatelů drog a komunikovat mezi sebou.
- Vzdělávat odborníky v drogové oblasti o praktickém užívání drog a rituálech uživatelů drog.
- Přizpůsobit informace podporující zdraví denní realitě uživatelů.
- Informovat a podporovat vrstevníky při realizaci zpráv na podporu zdraví.

  To byl teprve skutečný začátek zapojení vrstevníků v drogové oblasti.

Peer work v HR je chápána jako „nová“ oblast zaměstnatelnosti, která oceňuje znalosti uživatelů drog – peerů o užívání drog, ostatních uživatelích a komunitách (Borges et al., 2011; Kools, J. P., 2011).

Zapojování vrstevníků v HIV prevenci mezi injekčními uživateli drog bylo předmětem „Evropského projektu vzájemné podpory“, který vznikl v roce 1993. Tento projekt vycházel z několika evropských vzájemných iniciativ a stal se zdrojem pro mnoho dalších nových podnětů a spolupráce. Těžištěm „Evropského projektu vzájemné podpory“ je rozvíjení vzájemné podpory jako prostředku ke snížení HIV rizika mezi uživateli drog v různých členských státech Evropské unie. Cílem bylo podnítit profesionály, dobrovolníky drogových služeb, pacienty a uživatele svépomocných organizací, aby využívali vrstevnické podpory jako součást strategie vedoucí ke snižování užívání drog a s ním spojená rizika (Kools, J. P., 2011).

2.4. První manuál vzájemné podpory

Myšlenku popsat peer work jako prostředek zdravotní intervence začal rozvíjet Trimbos Institut v letech 1992 – 1994. Koncept byl projednán s klíčovými evropskými svépomocnými organizacemi a výsledkem byl vznik manuálu pod názvem: „The European peer support manual for AIDS preventive in intravenous drug user communities“ (EPSP). Manuál sloužil jako příručka pro školitele i ty, kteří se chtěli

angažovat v peer aktivitách. Manuál popisoval vznik a koncept peer work podpory jako metody a rozšiřoval zprávy podporující zdraví mezi komunitami uživatelů drog. Manuál se během uplynulých 17 let rozšířil po celé Evropě, byl přeložen do několika jazyků a používal se v různých obměnách, např. byl upravený pro peer work ve vězení (Kools, J. P., 2011).

3. Peer work a základní principy

Na tomto místě popíšeme základní principy peer work v oblasti užívání drog, ke kterým patří rovnost, sebeurčení, plnohodnotné zapojení, zdůrazňování silných stránek, komunitní rozvoj, setkávání se s lidmi a vzájemný respekt.

Rovnost: Peer programy jsou založeny na hodnotách rovnosti. Peeři sdílejí své zkušenosti, prostředí a část z nich uznává společnou identitu. Ačkoliv je každý jednotlivec odlišný, s různými osobnostními charakteristikami, lidé ve svých vrstevnických skupinách uznávají své spoluvrstevníky nikoliv na základě stejné totožnosti, ale na základě principu rovnosti. Základem metody peer work je rovnocenný vztah. Peeři, kteří jsou součástí peer podpory, mají svoji práci založenou na stejných vztazích se svými vrstevníky z cílové skupiny, se svými kolegy i s profesionály bez odborných znalostí. Princip rovnosti v peer podpoře zdůrazňuje různé možnosti vůči klasickému modelu klient versus sociální pracovník. Peer podpora nabízí obojí, jak profesionály, tak i vrstevníky s odlišnou podporou zdraví a metodou založenou na rovnosti a vzájemném vedení.

Sebeurčení: Peer work se zaměřuje na podporování lidí, kteří jsou schopni rozhodovat o svém životě a osudu. Tento přístup stanoví nebo samostatně definuje jedincovo vlastní životní cíle, které lze nazvat vlastnictvím a je těsně spjat s procesem zrovnoprávnění a zplnomocnění.

Plnohodnotné zapojení: Peer programy podporují otevřený dialog a diskusi a jsou založeny na principech vzájemné a plnohodnotné spolupráce. Účastníci v peer programech a jejich peer kolegové v cílových skupinách musí byt smysluplně zapojeni v rozvoji a realizaci politik, v přístupu ke službám a ostatním aktivitám. Lidé by měli být součástí rozhodnutí, které se jich přímo dotýká a přímo ovlivňuje jejich životy. Je důležité zdůraznit, že pokud se zapojení děje bez účasti vrstevníků, může to zvýšit bezmocnost.

Zdůrazňování silných stránek: Peer programy mají pozitivní zaměření a staví na individuálních a komunitních silných stránkách, zkušenostech a dovednostech peer pracovníků i cílových skupin. Správná metoda peer work vychází zejména z lidské schopnosti, nikoliv primárně z limitů, potřeb a problémů jednotlivce.

Komunitní rozvoj: Peer work zahrnuje jednotlivce, příbuzné, rodiny a širokou veřejnost. Peer programy úzce souvisí s aktivním zapojením komunit a snaží se o vytvoření možností, které komunitám umožní aktivně se zúčastnit a podílet se na

různém rozhodování. Hlavní nástroj peerů je schopnost komunikovat a podporovat jejich sdílení zkušeností a sdílení identity s ostatními členy cílové skupiny. Peer programy jsou založeny na přístupu zakládajícím se na příčinách marginalizace, vyloučení a diskriminace znevýhodněných komunit v případě, že se jedná o základní práva, příležitosti a zdroje. Tyto programy bojují za sociální začleňování těchto komunit, speciálně za podporu a posílení peer iniciativ v komunitě.

Setkávání se s lidmi: Důležitým znakem peer podpory je nabízet možnosti a reálné alternativy intervencí, které jsou schopné uživatelé v určitém období svého života realizovat.

Vzájemný respekt: Důležitým bodem metody peer work je vzájemný respekt k životnímu stylu jednotlivce, osobní volbě, zkušenostem, nelegálním aktivitám a zranitelnosti vrstevníků. Každé jednání by mělo uznávat aspekty zranitelnosti a pracovat bez předsudků, s opatrností, důstojností, respektem a důvěrou k jedinci, jeho identitě a soukromí (Kools, J. P., 2011).

4. Zapojení uživatelů drog (Peer involvement)

Dosud jsme se zabývali metodou peer work obecně, kdy jsme popsali její definici, historii a principy. Nyní popíšeme způsoby zapojování uživatelů drog do služeb, kterému se věnujeme i v praktické části práce.

Zapojení vrstevníků neboli peerů z řad uživatelů drog v sociálních, zdravotních a vzdělávacích tématech má mnoho podob. Jedná se o složitý problém, který zahrnuje rozdílné metody, mezi které patří: podpora vrstevníků, výchova vrstevníků, vrstevnické projekty, svépomocné a komunitní skupiny, rady uživatelů drog a mnoho dalších. K porozumění této situaci se rozlišují dvě úrovně spolupráce: 1) zapojení uživatelů drog v organizacích a službách, 2) zapojení uživatelů drog v oblasti drogové politiky, která se realizuje na světové, evropské, národní a lokální úrovni (Pompidou, 2009).

Níže se budeme zabývat způsobem, významem a výhodami zapojení uživatelů drog do služeb a veřejného života.

4.1. Model zapojení uživatelů drog

Model „Pyramida zapojení“ ukazuje různé fáze účasti zapojení, s rostoucí úrovní zapojení směrem k vrcholu pyramidy. V případě použití tohoto modelu bychom měli rozlišovat různá pojetí metody peer work:

- Vrchol pyramidy představuje nezávislou vlastní mobilizaci tedy organizaci, která se aktivně podílí na rozhodování a plánování politiky a služeb (úroveň rozhodování).
- Vrstevnická podpora, jejímž cílem je smysluplné zapojení ve spolupráci s iniciativami uživatelů a agenturami (odborná a realizační úroveň).
- Vzdělávání vrstevníků, které je zaměřeno na zapojování vrstevníků z cílové skupiny (úroveň mluvčích a přispěvovatelů).
- Vrstevničtí příznivci zapojeni jako cílová skupina, např. v podobě zdravotní kampaně a sociálního marketingu (úroveň cílových příznivců) (Kools, J. P., 2011; Pompidou, 2009).

4.2. Význam zapojení uživatelů drog

Existuje mnoho důvodů, proč je důležité zapojení vrstevníků při vytváření a provádění politik a služeb. Zapojení vrstevníků:

- Je základním kamenem politiky začlenění.

- Může poskytovat směr a poradenství pro rozvoj politik a služeb.
- Zvyšuje pokrytí a dopad zdravotních a sociálních intervencí.
- Vede k lepší kvalitě politik a služeb.
- Zplnomocňuje jednotlivce.
- Řeší stigmatizaci a diskriminaci (Kools, J. P., 2011).

4.3. Způsoby zapojení uživatelů drog

Míra a způsob zapojení jsou uváděny každým autorem trochu odlišně. Způsob dle skupiny Pompidou (2009) zahrnuje jak zapojení na úrovni tvorby politik, tak v léčebných zařízeních i ve vrstevnické podpoře v HR, neobsahuje však organizace uživatelů drog. Zapojení uživatelů drog se realizuje ve třech úrovních:

- *Fokusní skupiny:* jsou typem kvalitativního výzkumu, při kterém jsou uživatelé drog zapojeni do interaktivní diskuze na posouzení a vyhodnocení lokální služby na místní úrovni nebo místní drogové politiky. Jejich výstupy, názory, potřeby a postupy jsou výstupem pro další vývoj služeb a politik.
- *Rada uživatelů drog:* představuje demokratické fórum, ve kterém diskutují uživatelé drog a zaměstnanci v rámci léčebného ústavu a rozhodují o faktorech kolem léčby. Rada může být vybrána všemi uživateli stejně tak jako volena a otevřena.
- *Peer intervence*: jako postup zahrnující vzájemnou podporu, vzdělávání apod. mezi cílovou skupinou vrstevníků (Nechanická, 2013; Pompidou, 2009).

4.4. Výhody zapojení uživatelů drog

V této podkapitole popíšeme výhody zapojení uživatelů drog pro jednotlivé skupiny, mezi které patří samotní uživatelé jako peer pracovníci, služby, zákonodárci a širší společnost.

- *Peer pracovníci*

  Vrstevnická práce má pro peer pracovníky mnoho přímých a nepřímých výhod a přínosů. Poskytuje jim odborné znalosti a porozumění některým zdravotním a sociálním otázkám týkající se např. prevence předávkování nebo dodržování dávkování předepsaných léků. Vrstevnická práce může pomoci lidem, kteří se snaží získat stabilitu ve svém životě a zvýšit si pocit sebeúcty a duševní pohody.

- *Služby*

  Služby a organizace zaměřené na uživatele drog, které zapojují klienty do svých služeb a spolupracují s nimi, zvyšují svoji důvěryhodnost a rozsah činností. Tímto způsobem peer work přesahuje klasický model klient versus profesionál a otevírá příležitosti k poskytování dalších alternativních způsobů v zajišťování služeb a podpory. V rámci organizace může peer pracovník pomoc ostatním pracovníkům překonat jejich předsudky a změnit jejich vnímání o schopnostech a prostředí ostatních uživatelů.

- *Tvůrci politik*

  Politiky mohou být účinnější, pokud se komunity podílejí na jejich plánování. Zapojení komunit je základním prvkem odpovědnosti a účinné politiky. Zapojení komunit do navrhovaných a stávajících politik poskytuje cenné informace pro politická rozhodnutí a vytváří tak příležitosti pro lepší pochopení a angažovanost členů komunit. Ačkoliv to pro tvůrce politik není snadný úkol, měli by být všichni, kterých se to týká, vyslechnuti a jejich hlasy a zájmy by měly být zohledněny a vyváženy se zájmy zákonodárců. Smysluplné zapojení je zásadní a klíčový princip v rozvoji politik. Zapojení komunit je také velmi užitečné pro monitorování, nastavení a zlepšování politik. Kromě toho také poskytuje prostředky ke kontrole, zda politiky opravdu realizují, co slibují.

- *Veřejnost*

  Zapojení vrstevníků vysílá jasný signál společnosti, že komunity a jejich členové jsou jimi skutečně chápáni a oceňováni. Výsledkem je, že skupina, která dříve neměla žádná práva vyslovit svůj názor, tímto mobilizuje lidi k účinné politické síle obhajovat zdraví a lidská práva (Kools, J. P., 2011).

5. Organizace uživatelů drog

Tato kapitola popisuje vznik a působení organizací uživatelů drog v Evropě i mimo ni, které využívají prvků svépomoci a prosazují a obhajují práva uživatelů drog. Do svých aktivit zapojují nejenom samotné uživatele, ale také jejich rodiny, přátele, bývalé uživatele a další profesionály z řad sociální a politické sféry. Organizace uživatelů drog jsou označovány jako Drug user organisations (dále jen DUO).

Ve společnosti není zvykem, aby se lidé užívající drogy aktivně zvali a podíleli se na formování politiky a postupů v oblasti drog. Uživatelé jsou totiž často považováni za druhořadé občany. Ve společnosti představují velmi odlišnou skupinu lidí, jejichž užívání drog je považováno za nelegální a nebezpečné a oni samotní jsou označováni za zločince. Mnoho uživatelů drog žije na okraji společnosti, na druhou stranu jsou však tací, kteří mají stálé bydlení i práci. Organizace uživatelů drog jsou svépomocnou skupinou a jsou rovněž považovány za sociální hnutí, které se snaží svými aktivitami ovlivňovat drogovou politiku a celkový pohled na uživatele drog ve společnosti (Anker, 2008).

Tyto organizace vznikají spíše na lokální úrovni než na národní, s cílem ochránit sebe samy proti diskriminaci prováděné ze strany policie, institucí, společnosti a služeb. Typy organizací se liší v každé zemi podle její kultury, politického a sociálního kontextu. Organizace vznikají mimo ostatní služby a většina uživatelů z těchto organizací nejsou klienty terapeutických programů. Jsou organizace, ve kterých uživatelé drog a profesionálové jsou rovnocennými partnery a organizace, ve kterých jsou lidé ze stejné komunity, tzn., že sdíleli stejnou kulturu, hudbu apod. ještě předtím, než se stali uživateli drog. Kromě toho, někteří členové představují obě dvě roviny a jsou současně studenty i těmi, co navštěvují parties a mladými profesionály ze sociální oblasti. Za vznikem těchto skupin stojí dva typy uživatelů:

- Pouliční uživatelé drog heroinu a cracku čelící HIV/AIDS epidemii a konfliktům spojených s negativním vlivem společnosti.
- Rekreační uživatelé drog.

Tyto organizace jsou aktivními hráči v politikách a přístupu HR. Jejich členové působí jako poradci orgánů státní správy v oblasti HIV, hepatitidy typu C, léčby drogových závislostí a v drogové politice mnoha zemí. Mnoho harm reduction programů vznikalo z iniciativ skupin uživatelů drog. Jejich členové jsou velmi užiteční při mnoha aktivitách (Friedman, 2008; Pompidou, 2009).

Mezi hlavní aktivity a priority těchto organizací patří:

- Podpora a realizace zdravotní a drogové politiky.
- Zvyšování veřejného povědomí o hlavních problémech v komunitách uživatelů drog.
- Peer podpora pro uživatele drog a lidi žijící s HIV/AIDS.
- Vzdělávání a prevence v HIV (vytváření časopisů, novin, informačních materiálů).
- Organizování, vytváření, moderování workshopů, seminářů a peer setkání.
- Vzdělávání a peer podpora na taneční scéně.
- Podpora Drop-in center s různými službami (Pompidou, 2009).

5.1. Historie vzniku organizací uživatelů drog

Identifikují se čtyři etapy vzniku DUO:

- Etapa sociálního míru a lidských práv (Severské země): Dříve než propukla epidemie HIV/AIDS, první aktivisté bojovali za svá práva a byli podporováni místními úřady za účelem zvládnout své problémy týkající se negativního vlivu společnosti. První skupina byla „The Rotterdam Junkie Union“ založená v roce 1977.
- Etapa HIV/AIDS (Latinské země): Skupiny injekčních uživatelů drog byly založeny z důvodu prevence a ochrany před HIV epidemií. Mezi tyto skupiny patří, např. „Auto-Support des Usagers des Drougues“ (ASUD) vytvořena ve Francii roku 1992.
- Etapa orientovaná na pacienta představuje zranitelné skupiny, jejichž cílem je zlepšit kvalitu služeb a léčby, např. jako „The Methadone Alliance“ založená v Anglii v roce 1998.
- Etapa rekreačního prostředí představuje mobilizaci mezi scénou parties od 90. let 20. století (Pompidou, 2009).

5.2. Organizace uživatelů drog v Evropě

První záznam o svépomocné skupině mezi uživateli drog se datuje do 70. let 20. století v Nizozemí, kde vznikla skupina „The Rotterdam Junkiebond“ vedená uživatelem Nico Adriaansem. The Rotterdam Junkiebonden otevřeně vyjadřovala názor, že represivní protidrogová politika ve smyslu trestního práva, je považována za zásadně

nesprávný přístupu k drogové problematice. Podle jejich názoru je represivní protidrogová politika zodpovědná za hlavní část toho, čemu se říká „drogový problém“. Skupina byla spjata s osobním zapojením jednotlivců a inspirovala k rozvoji mnoho dalších iniciativ ve všech částech Evropy (Curtis, 2003).

Jako další organizace byla založena „The Medical-social service for heroin users“ (dále jen MDHG) v roce 1974 v Amsterdamu, která v sobě sdružovala aktivní uživatele, bývalé uživatele, rodiče uživatelů, sociální pracovníky, politické aktivisty, profesionály a další zainteresované lidi soustřeďující se na rozvoj efektivní drogové politiky v oblasti tehdejší holandské heroinové epidemie. MDHG zaměstnala uživatele i neuživatele a otevřela svoji kancelář a informační centrum blízko drogové scény v Amsterdamu. Mezi základní cíle MDHG a ostatních organizací patří prosazování lidských práv jako např.:

- Sociální akceptace drog a samotných uživatelů drog.
- Dekriminalizace a regulace nelegálních drog.
- Boj proti stigmatu a diskriminaci drogových uživatelů.

Obě tyto nizozemské organizace začaly společně prosazovat vývoj místních skupin vedených uživateli drog napříč Nizozemím a programy HR po celém světě. V roce 1980 napříč Holandskem existovalo okolo 15 organizací uživatelů drog s podobnými cíli, jako měla organizace MDHG, jimiž se snažily ovlivňovat drogovou politiku a poskytovat služby. Tyto organizace – spolky se spojily ve federaci pod názvem: „Federation Netherlands Junkie Uninons“ (FNJB). Tuto iniciativu pak převzala organizace „Landelijk Steunpunt Druggebruikers“ (LSD), která podporovala místní sítě k organizování celostátních setkání. LSD je zastřešující organizací, která koordinuje a zastupuje přibližně 20 skupin uživatelů drog z celého Nizozemí. K rozvoji těchto organizací také přispěla epidemie HIV/AIDS, která urychlila vývoj a spolupráci mezi uživateli drog a agenturami určenými jim pomáhat (Curtis, 2003).

V severských zemích, v Dánsku, Norsku a později i ve Švédsku se organizace pro aktivní uživatele drog formovaly během 90. let. Ve Finsku vznikla první organizace v roce 2004. Organizace byly založeny a provozovány uživateli heroinu nebo uživateli v substituční léčbě a zajišťovaly potřeby po aktivní uživatele, zejména uživatele heroinu. Cílem těchto organizací je vyvolávat otázky tam, kde je situace uživatelů drog považována za nepřijatelnou ve vztahu k současnému léčebnému systému, kontrolní politice nebo v systému trestního soudnictví (Kools, J. P., 2011).

Podobný vývoj nastal v různých částech Evropy. Kolem roku 1994 takovéto iniciativy existovaly cca v 11 zemí Evropy, např. v Německu, Velké Británii, Francii, Španělsku apod.. Například ve Španělsku a Francii první organizace vznikaly v 90. letech 20. století. V roce 2003 vznikla ve Španělsku první národní síť injekčních uživatelů drog pod názvem „The Spanish Nationwide Network of People Affected by Drugs and HIV“. Po pádu Berlínské zdi se v centrální a východní Evropě zvýšil počet uživatelů drog a organizace uživatelů drog se průběžně dále rozvíjely. V roce 2004 bylo okolo 41 iniciativ v tomto regionu (Kools, J. P., 2011).

Příklady některých dalších evropských organizací:

- *Correlation Network* – „European Network for Social inclusion and Health“ je organizací usilující o zlepšení přístupu ke službám pro znevýhodněné a vyloučené lidi. Struktura projektu Correlation II (2009-2012) je zaměřena na vzdělávání vrstevníků, které provádí expertní skupina nazvaná „Peer support“ (Correlation Network, 2009; Pompidou, 2009).
- *ENCOD* - „The European Coalition for Just and Effective Drug Policies“ je platforma založená v roce 1993 evropskými občany ovlivněnými a zabývajícími se současnou mezinárodní válkou proti drogám. Členové ENCOD spojují zástupce uživatelů drog, jejich příbuzné, zdravotní pracovníky, experty, podnikatele a aktivisty z celé Evropy. ENCOD prosazuje změny v drogové politice na evropské úrovni.
- *INPUD* – „The International Network of People Using Drugs“ Tato organizace působí na mezinárodním i evropském poli. Evropští členové INPUD mají v úmyslu vytvořit podřízené evropské sítě v rámci evropského projektu řízeného „Intenational Harm Reduction Association“ (IHRA). Mezi hlavní aktivity této organizace patří mezinárodní obhajoba práv uživatelů drog, podpora harm reduction služeb a přizpůsobení léčby potřebám uživatelům drog, ovlivňování regulací (Pompidou, 2009; Curtis, 2003).

Mezi další evropské organizace patří např. „Croatin Drug User Union“ (UHO) v Chorvatsku, „Auto-Support des Usagers de Grougues“ (ASUD) ve Francii, „Landelijk Steunpunt Druggebruikers“ (LSD) v Nizozemí, „Drug User RU“ v Rusku (Pompidou, 2009; Curtis, 2003).

5.3. Mimoevropské organizace uživatelů drog

Organizace uživatelů drog mimo Evropu se začaly formovat v 80. a 90. letech. V Austrálii v roce 1986 vznikla skupina „Self-help and Substance Use group“ na základě spojení již existujících skupin uživatelů. První zcela oficiální regionální organizací uživatelů byla „The Victorian Intravenous AIDS Group“ (VIVAIDS) založena z několika svépomocných skupin uživatelů drog ve státě Victoria. V Kanadě byla založena v roce 1997 organizace „The Vancouver Are Network of Drug Users“ (VANDU) jako reakce na HIV epidemii mezi injekčními uživateli drog. První mimoevropské odbory uživatelů drog vznikaly v letech 2005 – 2006 ve Spojených státech amerických v New York City pod názvem „Voices of Community Activists and Leaders“ (VOCAL) pokrývající oblast hepatitid a HIV. V roce 2006 na Mezinárodní konferenci ve Vancouveru zahájila svoji činnost organizace INPUD.

- *INPUD* – „International Network of People who Use Drugs“, která je celosvětovou organizací založenou na peer základě usilující o podporu zdraví a hájení práv lidí užívající drogy. Jejím cílem je ukázat a změnit stigma těchto lidí, zmírnit nebo zamezit diskriminaci a kriminalizaci uživatelů drog a ovlivnit celkové zdraví a práva společnosti. Základní principy organizace jsou zakotveny ve Vancouverské deklaraci, o které se zmíníme dále v textu (INPUD, n. d.).
- *IHRA* – „Intenational Harm Reduction Association“ je vedoucí organizací v prosazování politiky harm reduction a praxe založené na evidence - base přístupu v globálním měřítku týkající se všech psychoaktivních látek (včetně nelegálních drog, tabáku a alkoholu). Organizace se snaží o zapojení uživatelů drog ve svých jednáních a procesech a poskytuje jim příležitosti vytvořit mezinárodní síť, která by usnadnila vývoj mezinárodních sítí uživatelů drog. IHRA organizuje každý rok Mezinárodní konference HR a patří k mezinárodním a evropským sítím uživatelů drog. Mezinárodní sítě uživatelů drog jsou spojeny s mezinárodní sítí HIV/AIDS a HR (Pompidou, 2009).
- *AIVL* – „Australian Injecting and Illicit Drug Users League“ zastupuje současné i bývalé uživatele nelegálních drog na národní úrovni. AIVL funguje na peer základě. Podporuje a prosazuje zdraví a lidská práva uživatelů nelegálních drog. Domnívá se, že by se mělo s uživateli drog zacházet s důstojností, s respektem a nechat je žít svobodný život bez diskriminace, stigmatu a porušování lidských práv. Podílí se na všech oblastech ovlivňující uživatele drog, mezi které patří

HIV, hepatitida C, harm reduction, drogová léčba, předávkování, sociální reforma, bydlení, policie, soudy, vězení apod. (Madden, 2013).

5.4. Vancouverská deklarace

Tato deklarace vznikla v důsledku stereotypních předsudků, marginalizace a diskriminace vůči uživatelům drog. Ti se touto deklarací snaží pozvednout svá práva a postavení ve společnosti, které je zkreslené mnoha předsudky. Chtějí ovlivnit současnou drogovou politiku, která má negativní dopad na jejich životy. Deklarace se zaměřuje na vzdělávání vrstevníků a ostatních spoluobčanů, kteří jsou zainteresováni v komunitě uživatelů drog, prostřednictvím jejich zkušeností a dovedností (Swedish Drug Users Union, 2009).

Deklarace byla podepsána ve Vancouveru dne 30. 4. 2006 a je těžištěm pro vznik nadnárodních a mezinárodních organizací uživatelů drog. Zároveň popisuje důvody, které vedou k opodstatnění existence mezinárodní sítě aktivistů užívající drogy. Ti usilují o všeobecný přístup pro všechny, založený na snižování škod způsobených užíváním drog a na vypořádání se s problémy v každodenním životě uživatele. Deklarace se dělí do 4 oblastí, ve kterých se vždy zdůrazňuje postavení uživatelů drog k jednotlivým právům:

- *Sociální postavení*

  Postavení uživatelů drog je ovlivněno stereotypními postoji společnosti. Společností jsou uživatelé drog považováni za nebezpečné osoby, které nelze změnit. Cílem je eliminovat, odstranit tyto předsudky, zajistit dodržování lidských práv a jednání s uživateli drog s respektem.

- *Zdravotní oblast*

  Poskytování zdravotní péče a udržení zdraví je u uživatelů drog často problematické. Proto se tato část zaměřuje na zajištění dostupnosti léčby závislostí, lékařského ošetření, léků, poskytování a dodržování přístupu HR a zajištění HR materiálu.

- *Sociální oblast*

  Zdůrazňuje dostupnost a zajištění finančně dostupného ubytování, pracovních příležitostí, dostupnost sociálních služeb, soužití v oblastech veřejného zdraví apod.. V této oblasti jde také o podporu již existujících organizací a podpoření aktivit ke vzniku nových organizací na regionální, národní i mezinárodní úrovni

a rozšiřovaní informací o jejich činnosti. Upozorňuje se zde na aktivní přístup při rozhodování věcí týkajících se samotných uživatelů drog a využití znalostí a dovedností uživatelů pro přínos do budoucna.

- *Veřejný a politický život*

  Cílem deklarace v této oblasti je zajistit uživatelům drog jejich právní uznání jako právoplatných a užitečných členů při rozhodování o procesech, zákonech a normách, které se jich bezprostředně dotýkají jak na místní, tak i na národní a mezinárodní úrovni. Deklarace se snaží rozšiřovat informace o jejich práci s cílem podporovat rozvoj v dalších komunitách a zemích, kde tyto organizace nejsou (Langerová, 2011; Kools, J. P. 2011; Swedish Drug Users Union, 2009).

6. Svépomocné aktivity v České republice

V předchozí kapitole jsme se věnovali organizacím uživatelů drog. Vzhledem k tomu, že v České republice tyto organizace neexistují, zaměřujeme se dále v textu na svépomocné aktivity a skupiny, které v České republice začaly vznikat ve 40. letech 20. století a do své činnosti také zapojují uživatele drog.

Svépomocné aktivity, programy a organizace nacházejí své uplatnění v různých činnostech, profesích a odvětvích. Vyskytují se nejenom v drogové oblasti, ale např. u duševně nemocných, nemocných s poruchami příjmu potravy, pečujících osob v domácnosti, lidí trpící koktavostí, u dospělých obětí sexuálního zneužívání v dětství apod..

Svépomocné programy se vyznačují řadou aktivit, které slouží k podpoře a řešení při zvládání různých nepříznivých životních událostí za pomoci těch, kteří mají stejnou nebo podobnou zkušenost. V oblasti užívání drog jsou tyto programy vyhodnocovány jako jedny z nejúčinnějších intervencí. V České republice mezi nejznámější svépomocné programy v drogové problematice patří Anonymní alkoholici (dále jen AA). Mezi svépomocné programy lze zařadit i tzv. peer programy, ve kterých pracují aktivní nebo bývalí uživatelé drog a také programy sekundární výměny, které využívají k distribuci a výměně injekčních stříkaček aktivní uživatele drog. V zahraničí existují svépomocné skupiny a organizace, nabízející vzájemnou podporu různého druhu spjatou s užíváním drog. Tyto organizace mohou být řízeny buď pouze bývalými uživateli, nebo do své činnosti zapojují jak bývalé uživatele drog, tak i ty současné, jejich rodiny, přátele, kamarády apod.. Mezi svépomocné programy můžeme řadit i různé socioterapeutické kluby a určité druhy svépomocných příruček (Kalina & Vobořil, 2003).

Svépomocné skupiny představují specifickou formu podpory a pomoci lidí v náročných životních situacích. Tyto skupiny sdružují klienty se stejným problémem, ať se jedná o problémy zdravotní, sociální nebo subjektivní (Vymětal, 2010).

Tyto skupiny jsou také dostupné pro klienty s různými typy závislostí v podobě alkoholu, nelegálních drog, gamblingu. Skupiny sdružují klienty na základě typu jejich závislosti. Svépomocné skupiny poskytují skupinovou podpůrnou psychoterapii, následnou péči, sociální podporu, poradenství a edukaci (Čablová, 2012).

K základním principům svépomocných skupin patří podle Matouška (2001):

- Oslabení pocitu izolace – lidé, kteří trpí pocitem osamělosti a izolovanosti od okolního světa v důsledku své nemoci, postižení, události se setkávají s těmi, kteří jsou na tom podobně, sdílejí své zážitky, což jim pomáhá tuto izolaci zmenšit.
- Vzájemná emocionální podpora – napomáhá k vzájemné podpoře a pocitu sounáležitosti s ostatními.
- Pomoc druhým – tím, že „nemocný“ člověk pomáhá druhým s jejich problémy, které mají společné nebo totožné, pomáhá i sám sobě. Stoupá i jeho důležitost a sebevědomí, může se lépe zorientovat ve svých problémech a začít je řešit vlastní pomocí nebo jinými způsoby.

První svépomocná organizace, bez účasti profesionálů, vznikla v roce 1935 v USA pod názvem Anonymní alkoholici, která funguje dodnes na celosvětové úrovni. Touto iniciativou se inspirovaly další organizace jako například: Al-Anon pro manželky nebo partnerky závislých na alkoholu, Anonymní rodiče, Anonymní narkomané, Anonymní hazardní hráči apod. (Nešpor, 2011). V současné době existují i online setkání svépomocných skupin, která jsou poskytována na internetových stránkách těchto skupin (Holcnerová & Vacek, 2010).

Z dat Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011 je uvedeno na základě Sčítání adiktologických služeb 2012, že v tomto roce svépomocné skupiny existovaly ve 37 zařízeních. Z údajů Sdružení pro služby AA v České republice fungovalo v červenci 2012 celkem 49 skupin AA v 37 městech. Skupiny Anonymních narkomanů k tomuto datu fungovaly dvě, a to v Praze a Brně (Mravčík et al., 2012).

6.1. Svépomocné aktivity a programy v oblasti alkoholových drog

První základy svépomoci v oblasti léčby alkoholu položil docent Jaroslav Skála. Ten po návratu z bruselské konference o alkoholismu spolu se svými kolegy z psychiatrické kliniky zahájil averzivní léčbu emetinem. První pacient, který tuto léčbu úspěšně absolvoval, se stal také prvním předsedou socioterapeutického klubu, který byl založen Skálou v roce 1948 pro pacienty a absolventy odvykací léčby (Gabrhelík & Miovský, 2009).

6.1.1. Socioterapeutický klub KLUS

Zkratka KLUS nejdříve znamenala Klub léčených u Skály a později se přejmenovala na Klub lidí, usilujících o střízlivost. KLUS byl inspirován formou svépomoci a myšlenkami Anonymních alkoholiků z USA. Členové klubu se scházeli 1x za týden. V roce 1963 pacienti sociálního klubu založili Kavárnu bez alkoholu. V roce 1966 vznikla krizová linka pod názvem „Apollines“, jako část KLUSu vedená neprofesionály, kteří pomáhali s relapsem nebo s dalšími problémy týkající se alkoholu. KLUS funguje do dneška a zahrnuje abstinující členy, jejich rodiny a přátelé a jeho posláním je podporovat lidi závislé na alkoholu, drogách, hracích automatech a navzájem jim pomáhat s jejich závislostí. KLUS funguje na principu svépomoci, který poskytuje závislým účinnou formu podpory a kontaktu od sebe navzájem v rámci nealkoholového prostředí. KLUS nemůžeme považovat za čistě svépomocný program, ale lze ho nazvat za quasi svépomocný program, protože tyto socioterapeutické kluby bývají většinou vedeny profesionály (Gabrhelík & Miovský, 2009; Popov, 2008; Nešpor, 2011).

6.1.2. Anonymní alkoholici

První činnost AA se začala projevovat ještě před revolucí, kdy se mluvilo o dvou členech AA, tzv. „samotářích“. Těmito „samotáři“ byli Stanislav K. z Prahy a Vladimír S. z Dobrušky ve východních Čechách. Oba dva měli v té době kontakty s AA v New Yorku. Současně v této době Čechoameričan Vladimír S. žijící v Kalifornii měl potřebu předat poselství o svém uzdravování z alkoholismu do bývalého Československa. Rozhodl se přeložit knihu „Anonymní alkoholici“ do češtiny a přivézt ji do bývalého Československa. Tyto podněty představovaly základ pro vznik a fungování AA v Československu, později v České republice.

V roce 1988 se uskutečnily první mezinárodní setkání AA v Praze, které se konaly 7x a byly tajné, protože se nemohly pořádat veřejně. Zúčastnili se jich zahraniční členové AA a čeští AA samotáři.

První otevřené setkání se konalo v květnu 1988 v protialkoholní léčebně U Apolináře v Praze. Setkání se zúčastnili bývalí i současní pacienti léčebny a vedli ho zahraniční členové AA ze Santa Barbary, kteří předávali informace o AA o jejich poselství, programu, historii.

Aktivity AA se začaly postupně rozvíjet a Prahu přijížděli navštěvovat členové AA z ostatních zemí, kde AA už fungovaly. V únoru roku 1989 byla založena mezinárodní skupina AA v rezidenci italské ambasády v Praze.

V prosinci 1989 oficiálně vznikla česká skupina AA pod názvem „Serenity Group“. Další novou skupinou byla „Daisy“ založená v listopadu 1990 a skupina „Rose“, která fungovala jen krátkou dobu.

V roce 1991 v dubnu se konala I. Generální pracovní konference AA, která se stala ochráncem tradic AA, vedoucí a kontrolní silou všech služebních aktivit Společenství a jediným nástupcem prvních zakladatelů AA v bývalém Československu.

Od roku 1991 se začaly rozvíjet další skupiny AA v České republice (Vít, 2006; Gabrhelík & Miovský, 2009).

6.2. Svépomocné aktivity a programy v oblasti nelegálních drog

Vývoj svépomocných skupin v oblasti nelegálních drog byl v České republice ovlivněn politickými i historickými okolnostmi týkající se zejména komunistického režimu. Během totalitního režimu vznikaly „kvazi-svépomocné skupiny“ pod vedením odborníků na léčbu závislostí. Na svépomocné aktivity pro uživatele nelegálních drog se pohlíželo jako na něco ilegálního a většinou zaměřeného proti komunistickému režimu. Užívání drog a problémy s tím spojené v té době oficiálně vlastně neexistovaly. Po pádu komunistického režimu se tyto aktivity začaly dále rozvíjet v 90. letech 20. století (Gabrhelík & Miovský, 2009).

Gabrhelík a Miovský (2009) se zabývali historií a fungováním svépomocných skupin na poli užívání nelegálních drog v České republice. Ve své práci zmiňují, že vliv svépomocných aktivit je v České republice stále málo rozšířený. Zjistili, že různé české odborné i neodborné publikace odkazovaly na existující svépomocné skupiny Anonymních narkomanů (dále jen AN). Na druhou stranu informace od samotných uživatelů drog a od profesionálů z organizací poskytující terénní programy a kontaktní centra v největších českých městech ukazovaly, že v té době žádné svépomocné programy neexistovaly anebo nebyly aktivní. Ani na oficiálních webových stránkách AN nebyl žádný odkaz o fungování této české skupiny. Nicméně ale našli odkaz týkající se setkání AN, která se měla uskutečňovat na adrese, kde bylo založeno hnutí AA. Tyto setkání se měla realizovat dvakrát týdně, většinou se zahraniční účastí.

Další zmínka o působení skupiny AN byla v roce 1990, která měla křesťanské základy. Tyto informace byly poskytnuty bývalým uživatelem, v té době pacientem substitučního metadonového programu. Podle dostupných informací se tato skupina měla sejít třikrát v Praze (Gabrhelík & Miovský, 2009).

Další zmínka o svépomocných programech, které byly inspirovány irským a holandským modelem prosazujícím zájmy uživatelů drog je z roku 2003. V té době Jakub Chudomel, na Národní konferenci Společnosti pro návykové nemoci a konferenci AT sekce České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně se zahraničními hosty z Irska, představil Český profesionální spolek pod názvem UISCE (The Union for Improved Services Communication and Education) neboli tzv. Fórum uživatelů drog. UISCE je drogové fórum provozované v Dublinu v Irsku a jeho hlavním cílem je zajistit, aby ti, kteří potřebují služby, měli jeho prostřednictvím hlasy ze strany tvůrců politik a odborníků z praxe. Cílem UFO bylo hájení zájmů a potřeb drogové komunity ve vztahu k poskytovateli drogových služeb, tzn., že komunikace měla být směřována od uživatele drog přes UFO k drogovým službám a jejím poskytovatelům (Gabrhelík & Miovský, 2009).

V roce 2003 UFO vydalo svůj první časopis Dr. UFO, kde byly publikovány příspěvky samotných uživatelů drog nebo bývalých uživatelů. Sdružení UFO se tímto způsobem snažilo prosazovat změny týkající se drogové problematiky a začít tak více komunikovat s veřejností. Časopis byl dostupným všem, které tato problematika zajímala, a chtěli se o ní dozvědět více. K dispozici měl být ale i samotným uživatelům. Časopis se distribuoval na ulicích samotnými uživateli tzv. „ufouny“ neboli terénními pracovníky UFO. Cílem bylo vytvořit rovnováhu mezi uživateli drog a těmi, se kterými přicházejí uživatelé do styku, tak jako se to realizovalo u ostatních uživatelských fór v Evropě. Od roku 2004 přestalo UFO vyvíjet jakoukoliv činnost (Gabrhelík & Miovský, 2009; NMS, 2003-2006).

V současné době vycházejí v České republice tři časopisy pro uživatele drog, mezi které patří „Dekontaminace“ (Sananim, o.s.), „Prostoros“ (Prostor, o.s.) a „Street Magazine“ (Prevent, o.s.). Tyto časopisy publikují informace o minimalizaci škod pro problémové užívání drog a další témata týkající se zejména problémových uživatelů drog. Všechny časopisy jsou dostupné na internetovém portálu „www.edekontaminace.cz“. V časopisech uživatelé najdou informace týkající se méně rizikové injekční aplikace drog, alternativních způsobů aplikace, zdravotních komplikací spojených s užíváním drog, nízkoprahových programů, seznamů návazné

sítě služeb, sociální oblasti, trestněprávní problematiky, nových trendů v oblasti užívání drog, apod.. Na tvorbě časopisů se podílejí i samotní uživatelé drog a klienti nízkoprahových programů. Klienti do časopisů přispívají, např. svými zkušenostmi a informacemi v podobě povídek, rozhovorů, básní, literární tvorby z drogového života i mimo něj. Také se podílejí na tematickém zaměření časopisů (Herzog & Termer, 2010; Reekers, 2012).

V roce 1984 se začala vytvářet svépomocná skupina v Brně. Zakládajícími členy byli bývalí uživatelé, kteří spolupracovali v ilegalitě s katolickou církví, zejména s knězem Jaroslavem Smejkalem. Aktivity této skupiny byly monitorovány Národní bezpečností službou a jejich členové byli vyslýcháni, proto se museli střídavě stýkat na jiných místech. Zakládající členové této skupiny nebyli oficiálními odborníky ani samotná skupina neměla oficiální status a celý projekt byl provozován na principu dobrovolnosti. Svépomoc poskytovaná uvnitř skupiny se vyznačovala laickým poradenstvím a prací zahrnující prvky motivačního tréninku. Tento projekt měl oslovovat uživatele s nejtěžší drogovou závislostí (většinou uživatele metamfetaminu) s dlouhou drogovou kariérou, duální diagnózou a s bohatou kriminální historií. Nadace Podané ruce založená v roce 1991, za podpory Sdružení Holandských katolických nadací, podporující tyto aktivity přeměnila svépomocné aktivity na svépomocnou organizaci (Gabrhelík & Miovský, 2009).

7. Základní typy terénní práce mezi uživateli drog

V předchozí kapitole jsme popisovali svépomocné aktivity u uživatelů drog, a proto se dále v této kapitole zaměřujeme na práci uživatelů drog v rámci terénní práce, při které tito uživatelé pomáhají ostatním uživatelům drog, a která je postavena na stejném principu jako svépomocné aktivity nebo programy. Okrajově se zmíníme o terénní práci jako takové a více se zaměříme na terénní práci prováděnou samotnými uživateli drog. Terénní práci také zmiňujeme na základě našich výsledků z praktické části, ve které jsme zjistili, že peer pracovníci v rámci peer programů častěji vykonávají svoji činnost v terénu než např. v kontaktním centru.

Jak vyplývá ze samotného názvu terénní práce, jedná se o specifickou formu sociální služby, která je poskytována přímo na ulici. Terénní práce vychází z principu Public health a přístupu HR. Terénní práce se zaměřuje na uživatele drog ve všech stádiích jejich drogové závislosti. Díky nízkoprahovému přístupu je tato forma práce dostupná a poskytována pro co největší počet oslovených a nakontaktovaných uživatelů drog v prostoru i čase (Hrdina & Korčišová, 2003).

Terénní práci lze realizovat prostřednictvím přímé práce profesionálních terénních pracovníků nebo prostřednictvím uživatelů drog, kdy se využívá znalostí a kontaktů v jejich přirozeném prostředí (Staníček & Hrdina, 2002).

„Rituály a pravidla určují a udržují v mezích vzorce chování (tedy i drogového užívání) a jsou prevencí zhroucení struktury života. Terénní práci se proto jedná o změnu rituálů, které provázejí uživatele drog jejich užíváním, a sice o změnu směrem k rituálům „zdravého“ užívání. Tato fakta můžeme účinně využít právě ve směru vzdělávání. Vycházíme-li z toho, že člověk se učí svému chování nápodobou, dojdeme k tomu, že proškolený uživatel, bude-li se chovat podle zásad „bezpečnějšího“ užívání a bezpečného sexu, předá tyto zásady svému okolí“ (Staníček & Hrdina, 2002, n. p.).

Rozlišují se tři základní typy terénní práce:

- *Nezávislá terénní práce*

  Nejčastěji se praktikuje na ulici, v barech, klubech, squatech, nádražích a dalších veřejných místech, kde dochází ke koncentraci a shromažďování uživatelů drog a k aplikaci drog.

- *Terénní práce v domácnostech*

  Probíhá v místech, kde není otevřená drogová scéna. Uživatelé drog jsou kontaktováni přímo ve svých bytech, v bytech dealerů nebo přes ostatní

uživatele drog, v jejichž bytech se právě zdržují. Terénní práce je poskytována v pravidelných intervalech.

- *Komunální terénní práce*
  Realizuje se v různých organizacích, institucích (věznice, ubytovny, erotické kluby apod.) (Rhodes, 1999).

Další již zmíněnou variantou terénní práce je terénní práce prováděná mezi vrstevníky, která usiluje o dosažení změny chování uvnitř specifické věkové skupiny uživatelů drog a o změnu chování prostřednictvím osvěty v rámci určité věkové skupiny za pomoci terénních pracovníků, kteří patří do cílové populace a mají v ní status vrstevníka. Tato forma terénní práce se někdy označuje jako indigenní. V souvislosti s uživateli drog je tato terénní nebo-li indigenní práce prováděná bývalými nebo současnými uživateli drog. Důvodů pro realizaci terénní práce tohoto typu je několik:

- Oslovení všech uživatelů drog uvnitř referenční věkové skupiny nebo sociální sítě.
- Dosáhnutí změny chování u jednotlivců i skupin.
- Kontaktování skryté nebo nedostupné populace uživatelů drog pro klasického terénního pracovníka.
- Větší efektivita než u klasické terénní práce (Rhodes, 1999).

Důvody pro zavedení terénní práce mezi vrstevníky ukazuje i celostátní průzkum terénní práce ve Velké Británii, který ukázal, že projekty, ve kterých pracovali indigenní terénní pracovníci, dokázaly navázat větší množství kontaktů než ty projekty, kde tito pracovníci nepracovali. Další průzkumy, např. v Severní Americe potvrzují, že tito pracovníci mají lepší přístup k cílové populaci a mohou tedy mnohem efektivněji komunikovat s uživateli drog než klasičtí terénní pracovníci (Rhodes, 1999).

7.1. Typy komunitní terénní práce mezi vrstevníky

Existují modely individuální a komunitní terénní práce. Terénní práce vykonávána indigenními pracovníky patří do modelu komunitní terénní práce, která se soustřeďuje na určitou skupinu vrstevníků nebo pracuje s určitou sociální skupinou uživatelů drog. Při této práci se pracovníci zaměřují na změnu chování dané komunity (Rhodes, 1999).

7.1.1. Model terénní práce s indigenním vůdcem (Indigenous Leader Model, ILM)

Tento model byl vyvinut na Illinoiské univerzitě v Chicagu a jeho podstatou je, že indigenní terénní pracovníci představují pro svoji věkovou skupinu vůdčí osobnosti z hlediska vytváření veřejného mínění. Pro práci v terénu jsou vybráni na základě sociologického průzkumu, protože jsou uživateli drog považováni za důvěryhodné osoby, které jsou pro ně zdrojem informací a svým jednáním a chováním mohou tuto skupinu uživatelů drog ovlivňovat. Tento model usiluje mezi uživateli drog o subkulturální změnu a mezi klíčové principy tohoto modelu patří:

- Vybrat vhodného indigenního terénního pracovníka.
- Vstup indigenního terénního pracovníka do kontaktu s cílovou skupinou.
- Opakování kontaktu s cílovou skupinou prostřednictvím indigenního terénního pracovníka.
- Používání různých komunikačních strategií ze strany indigenního terénního pracovníka ve vztahu k cílové skupině.
- Vyhledávání vůdčích osobností v dané cílové skupině indigenním terénním pracovníkem.
- Podpora a ovlivňování vůdčích osobností směrem stát se dalším indigenním terénním pracovníkem (Rhodes, 1999).

7.1.2. Model terénní práce řízený vrstevníkem (Peer Driven Model, PDM)

Tento model byl vyvinut Robertem Broadheadem a Douglasem Heckathornem na Connecticutské univerzitě mezi nitrožilními uživateli drog. Tento model se od modelu soustřeďujícího se na práci s indigenním vůdcem odlišuje tím, že terénní práci nemusí nutně vykonávat vůdčí osobnost dané skupiny vrstevníků nebo cílové skupiny. Model PDM se snaží využít jakéhokoliv uživatele drog, který by pracoval jako vzdělavatel vrstevníků ve své cílové skupině. Cílem tohoto modelu je dostat se k co největšímu počtu uživatelů drog, oslovit je, kontaktovat je a usilovat o to, aby se stali dalšími vzdělavateli ve své skupině. Pro tento model je důležité, aby tito vzdělavatelé – uživatelé drog byli s ostatními uživateli v kontaktu a uměli je vzdělávat v oblasti užívání drog (Rhodes, 1999).

Klíčové principy modelu vycházející z motivace vzdělavatelů, kteří jsou hodnoceni na základě toho, jak dokážou vzdělávat své vrstevníky:

- Navázání kontaktu s uživateli drog.
- Předávání uživatelům drog intervenční poselství.
- Pobízení uživatele drog, aby se stal vzdělavatelem vrstevníků.
- Poskytování finanční odměny za splnění předem stanovených podmínek.
- Finanční odměna za každé nakontaktování dalšího vzdělavatele a za dobře odvedenou práci vzdělavatelovi v oblasti vzdělávání a předávání informací ostatním.
- Pobízení nových vzdělavatelů k poskytování intervencí mezi ostatní uživatele (Rhodes, 1999).

7.2. Pracovníci terénních programů

Rozhodnutí, kdo by měl pracovat v těchto programech tak, aby byly co nejefektivnější, závisí na porozumění místní situaci, schopnosti organizace zaměstnávat pracovníky z různých sociálních skupin, na kombinaci jejich pracovních dovedností a na finančních nákladech vynaložených na tyto pracovníky (WHO, 2007).

K základním vlastnostem pracovníka terénního programu patří:

- Důvěryhodnost mezi cílovou skupinou injekčních uživatelů drog, pozitivní a otevřený postoj vůči těmto uživatelům, znalosti a zkušenosti týkající se užívání drog, harm reduction a HIV.
- Schopnost kontrolovat vlastní užívání, vyzrálost a emocionální stabilitu, dobré komunikační, poradenské a administrativní schopnosti.

Z toho vyplývá, že pracovníkem může být jak profesionál, tak i současný nebo bývalý uživatel drog, protože každý z nich má nezastupitelnou roli při práci s uživateli drog. Takový tým poskytuje řadu výhod zahrnujících sdílení stejných představ, vzájemný respekt, úctu a zmírňování rozdílů. Na druhou stranu však může docházet ke konfliktům uvnitř týmu z důvodu rozdílných zájmů a priorit, mohou se vyskytovat problémy týkající se postavení v týmu mezi bývalými, současnými uživateli, dobrovolníky a placenými zaměstnanci. Tým by měl být tedy složen z mužů i žen různého věku a etnické příslušnosti. Tím se zajistí, že se všichni uživatelé drog budou cítit bezpečně alespoň s některým pracovníkem týmu (WHO, 2007).

Nyní se zmíníme o výhodách a nevýhodách zaměstnávání jednotlivých pracovníků na základě jejich zkušeností s drogami.

- *Aktivní uživatel drog* může být efektivním členem týmu. Na druhou stranu se mohou vyskytovat komplikace mezi jeho vrstevníky, se kterými je v úzkém kontaktu, např. v případě problémů týkající se rizikové injekční aplikace nebo sexuálního chování. Dalším problémem zaměstnávání aktivního uživatele je jeho samotná závislost, která mu může znesnadňovat takovou práci vykonávat, protože aktivní uživatel často postrádá pracovní návyky (dodržování času, spolehlivost, apod.). Tyto problémy se často řeší na základě výcviku a podpory v podobě supervize nebo na základě zaměstnávání těch, kteří jsou stabilizováni, tzn. v metadonové nebo jiné substituční léčbě.
- *Bývalý uživatel drog* může být více způsobilý pro tuto práci a lze ho považovat za vzor pro ostatní aktivní uživatele. Při práci může využít svých předchozích zkušeností a předávat je dalším uživatelům a tím ovlivňovat jejich rizikové chování. Na druhou stranu jeho znalosti a praktiky v oblasti užívání drog mohou být již zastaralé a může mít také omezený přístup k aktivním uživatelům a místům, kde se zdržují. Musí se brát také v potaz podmínky, ve kterých bývalý uživatel pracuje (drogové prostředí), klienty se kterými pracuje (aktivní uživatelé) a stres na pracovišti. To vše může vést, např. k relapsu. Těmto situacím lze předcházet na základě poskytování supervize a alternativních plánů. Při výběru a zaměstnávání bývalého uživatele drog se lze také řídit Standardy odborné způsobilosti, které doporučují pro zaměstnávání bývalých uživatelů drog včetně alkoholu dokončenou léčbu, abstinenci minimálně 2 roky po ukončení léčby, jiné zaměstnání či úspěšnou pracovní zkušenost během dvouletého období abstinence (CEKAS, 2010).
- *Neuživatel* je cenným členem týmu pro jeho znalosti v sociální oblasti a psychologii. Nicméně hůře proniká k samotným uživatelům drog, proto musí překonat své předsudky a získat si jejich důvěru (WHO, 2007).

7.3. Zapojení uživatelů drog v rámci terénních programů a peer služeb

Uživatelé nelegálních drog, hlavně injekční uživatelé, jsou jedni z nejvíce marginalizovaných skupin v rámci komunit. Užívání drog a s ním spojené protiprávní jednání, stigma, stud apod. zhoršují uživatelům potřebný přístup k informacím, podpoře a službám. V důsledku toho jsou uživatelé odloučeni od běžné společnosti a mají vážné zdravotní problémy, jsou nezaměstnaní, mají rozpadlé rodiny a v mnoha případech

umírají předčasně. Služby založené na peer základě proto hrají klíčovou roli v návratu uživatelů zpět do společnosti, k podpoře a službám. Peer služby jsou pro aktivní i bývalé uživatele založené na konceptu:

- Uživatelé se mohou vzdělávat a učit od sebe samých.
- Tyto interakce jsou součástí jejich každodenního života, a proto je mohou využít jako nástroj ke vzdělávání, podpoře a obhajobě.
- Současní i bývalí uživatelé mohou organizovat své vlastní programy a mluvit svým vlastním jménem.

Důležitost služeb a programů založených na peer základě spočívá:

- Peer služby jsou založeny na filozofii zplnomocnění jednotlivce, skupin.
- Povzbuzují uživatele drog a bývalé uživatele převzít aktivní roli za jejich zdraví a duševní pohodu.
- Jsou nákladově efektivní, mají schopnost snižovat dlouhodobé zdravotní a sociální výdaje v rámci efektivní prevence.

Existuje mnoho různých forem peer služeb a programů, mezi které např. patří: vzdělávání vrstevníků, vzájemná podpora, obhajoba vrstevníků, programy výměny injekčních stříkaček, vrstevnické zdroje a materiály apod. (Madden, 2013).

7.3.1. Peer programy v rámci prevence infekčních nemocí u uživatelů drog

Uživatelé drog jsou často společností podceňováni, co se týká péče o jejich zdraví a o zdraví celé populace. To si lze vysvětlovat v důsledku jejich vzhledu jak po zdravotní tak i po fyzické stránce, sociálních návyků apod.. Ne vždy tomu tak je a ne každému uživateli je přinejmenším jeho zdraví lhostejné. Uživatelé drog disponují schopnostmi a ochotou v této oblasti něco dělat.

To je patrné při odezvě na epidemii HIV/AIDS a ostatních hrozeb v rámci jejich zdraví a zdraví ostatních. Friedman (2010) uvádí, že uživatelé drog:

- V New Yorku byli první skupinou, která věděla o nové nemoci, která se později stala známou jako AIDS.
- Jako první rozpoznali existenci nové epidemie a jejich pomoc mohla zpomalit její šíření mnohem dříve, než medicína rozpoznala její existenci. Jejich upozorňování a znalosti ale v té době nebyly akceptovány, a proto se ve výzkumu na reakci HIV epidemii ztratily dva až tři roky a tisíce lidských životů.

- Ochraňovali sebe samy i ostatní proti HIV dříve než začaly existovat nějaké preventivní a podpůrné programy.
- Uživatelé drog a příbuzní v jedné části Brooklynu vypracovali způsoby koexistence a snižování sociálních nepokojů a násilí.

7.3.2. Peer programy v rámci sociální reintegrace

V této podkapitole budeme vycházet z experimentálního projektu InPAR realizovaného v Portugalsku od srpna 2009 do července 2011. Tento projekt se uskutečnil na národní úrovni v oblasti sociální reintegrace zaměřené na zaměstnání a trénink reintegrace u lidí, kteří užívají drogy, s otevřenou spoluprácí mezi harm reduction a sociální reintegrací. Projekt byl financován portugalskou vládou, Institutem pro drogy a drogové závislosti a nevládní organizací „Placet agency for development" (Borges et al., 2011).

V Portugalsku hlavní strategie sociální reintegrace uživatelů drog spočívá ve zprostředkování zaměstnání veřejnými nebo soukromými službami pro abstinující uživatele. Projekt vycházel z obtížné integrace sociálně vyloučených jednotlivců na trh práce, znevýhodněných podmínek pro uživatele drog, kteří jsou příjemci harm reduction intervencí a ze souvislostí s jejich krizí. Projekt se zaměřil na to, jak zaměstnat aktivní uživatele drog a na potřebu vyvíjet nové intervence pro pracovní zařazení lidí užívajících drogy. Cílem projektu bylo zkoumání a rozvoj metodologie sociální reintegrace a její podpora u lidí užívající drogy v různých sociálně vzdělávacích a profesních odpovědností a integrace několika uživatelů drog v harm reduction projektu jako peer pracovníků. K základním úkolům projektu patřilo:

- Integrace uživatelů drog jako peer pracovníků v terénním týmu a vyhodnocení postupů integrace.
- Rozvíjení metodologie sociální integrace identifikující důležité faktory a překážky v integraci těchto uživatelů jako peer pracovníků.
- Přispět k uznání profese peer pracovníka.

Výsledky ukázaly, že díky zapojení peer pracovníků do týmu terénních programů se podařilo získat nové kontakty a otevřít 9 oblastí v týmu s peery. Vytvořil se metodologický manuál na podporu zaměstnatelnosti uživatelů drog, zejména v identifikaci klíčových faktorů pro peer work v oblasti integrace, vymezil se profil peer pracovníka a vztahy mezi peery a týmem, zjistily se možné problémy apod.. Závěr

podotýká, že práce peer pracovníka by měla být oficiálně uznána jako profese (Borges et al., 2011).

7.3.3. Peer programy v přístupu HR ve vězení

Užívání drog ve věznicích není žádnou novinkou jak v zahraničních věznicích, tak i v České republice. Na rozdíl od České republiky zahraniční země jako např. země bývalého SSSR na tuto problematiku zareagovaly a zřídily ve věznicích programy výměny a distribuce jehel.

Výměna a distribuce jehel probíhá různými cestami a metodami a to prostřednictvím výdejních automatů, lékařů nebo zdravotnického personálu věznic, externích zdravotních pracovníků, vězňů terénních pracovníků zaškolených pro vrstevnické programy (peer outreach workers). Tyto metody byly zavedeny jako reakce na riziko přenosu HIV při sdílení injekčních stříkaček mezi vězni a díky jejich efektivitě dochází k minimalizaci škod při injekčním užívání drog.

V moldavských věznicích se nejprve výměna a distribuce jehel realizovala přes pracovníky vězeňského zdravotního oddělení, kterou prováděla nezisková organizace vězeňských lékařů „Reforma zdravotní péče ve věznicích“. Tato organizace poskytovala vzdělávací aktivity pro vězně i pracovníky zaměřené na prevenci HIV, vzájemné vzdělávání vězňů mezi sebou (peer education), vytváření a distribuci vzdělávacích materiálů, vydávání sterilních injekčních stříkaček apod.. V rámci pilotního programu se zjistilo, že výměna a distribuce jehel vězeňskými pracovníky je využívána jen malým procentem vězňů a přináší s sebou řadu problémů a překážek. Mezi ně patřilo např. obtížné vytváření vztahů mezi zdravotnickým personálem a vězni injekčně užívajícími drogy, nedostatek anonymity a diskrétnosti poskytovaných služeb a nevyhovující časová dostupnost výměny, která byla zajišťována pouze během úředních hodin. Z těchto důvodů se vybralo 8 vězňů (peer outreach workers), kteří realizovali sekundární výměnu mezi ostatními vězni. Tito vězeňští dobrovolníci (peer volunteers) byli zaškoleni pro poskytování služeb minimalizace škod a svoji činnost vykonávali ve spolupráci s vězeňským lékařem jako supervizorem a zprostředkovatelem kontaktu mezi vězeňskými dobrovolníky, zaměstnanci věznic a pracovníky neziskové organizace. Dobrovolníci byli k dispozici 24 hodin a tým dobrovolníků se každý rok měnil.

K náplni práce vězeňských dobrovolníků patří:

- Výměna a distribuce injekčních stříkaček.

- Distribuce kondomů, dezinfekčních prostředků, čistících tampónů a holítek.
- Poskytování informací pro minimalizaci škod a prevenci HIV.
- Poskytování informací o bezpečné injekční aplikaci a možných problémech s ní spojených.
- Zvyšování důvěry a diskrétnosti mezi ostatními vězni (Betteridge et al., 2006; WHO, 2007).

„Využití dobrovolníků z řad vězňů pro výměnu jehel mělo výrazné pozitivní přínosy i v dalších oblastech, včetně snížení stigmatizace a zvýšení sebeúcty vězňů žijících s HIV/AIDS, zvýšení povědomí o přenosu HIV mezi vězeňskou populací a posílení důvěryhodnosti zdravotních služeb tím, že získaly lidštější tvář. Ačkoliv využití vězňů zvyšuje důvěru v program a jeho anonymitu, existuje možné nebezpečí distribuce méně kvalitních informací než v případě jejich poskytování zkušeným zdravotnickým personálem. Je tedy třeba zajistit průběžné vzdělávání a podporu dobrovolníků z řad vězňů (peer volunteers)“ (Betteridge et al., 2006, s. 58).

Distribuce injekčních stříkaček prostřednictvím vězňů jako terénních pracovníků (peer outreach workers) zaznamenala:

- Vysokou míru akceptace ze strany vězňů.
- Vysokou míru anonymity a důvěry.
- Nepřetržitou dostupnost výměnného programu.
- Zvýšené obavy vězeňského personálu o bezpečnosti na pracovišti z důvodu nepřímé kontroly nad distribucí injekčních jehel.
- Obtížnější zajištění výměny podle pravidla „kus za kus“ (Betteridge et al., 2006).

III. PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část je zaměřena na realizaci metody peer work a to zejména v podobě peer programů na území České republiky. Protože jak vyplývá z dostupných dat, doposud se neuskutečnil výzkum mapující tuto problematiku současně u všech nízkoprahových programů pro uživatele nelegálních drog. Pouze jsme zaznamenali zpracování dvou výzkumů v této oblasti. Prvním je Výzkum využívání „Peer workers“ u terénních programů pro uživatele drog v ČR, který zjišťoval, kolik terénních programů využívá práce indigenních terénních pracovníků. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že více jak třetina terénních programů měla s indigenní terénní prací zkušenost. Výzkum byl realizován kvantitativní metodologií (Škuta, 2009). Druhým výzkumem byl kvalitativní výzkum Analýzy vybraných Harm reduction peerwork programů v České republice, který zkoumal analýzu současného stavu a popsání fungování vybraných peerwork programů v nízkoprahových službách. U třech oslovených peerwork programů se zjistilo, že jejich fungování je přínosem, jak pro organizace, tak i pro samotné uživatele drog a jejich cílové skupiny (Nechanická, 2013).

8. Metodologie

8.1. Cíle a výzkumné otázky výzkumu

- Hlavním cílem práce je zjistit, jakým způsobem se pojem peer work v České republice v nízkoprahových službách konceptualizuje a používá.

  Podcíle práce:
- Zmapovat jak je metoda peer work v České republice rozšířena a v jakých podobách a do jaké míry nízkoprahové programy s touto metodou pracují.
- Zjistit počet zainteresovaných programů a počet peer pracovníků v nízkoprahových službách.
- Zjistit způsoby realizace peer work a peer programů v nízkoprahových službách.
- Zjistit způsoby zapojování peer work v rámci peer programů v nízkoprahových službách.

  Výzkumné otázky:
- Jak definují nízkoprahové programy v HR (kontaktní centra a terénní programy) pojem peer work?

- Jaká je kvantifikace nízkoprahových programů na území České republiky působících v oblasti peer work?
- Jaká jsou východiska, koncepty peer programů, způsoby organizace a metody práce peer work v jednotlivých nízkoprahových programech?
- Kolik peer pracovníků je v rámci těchto programů zapojováno?
- Jakým způsobem jsou peer pracovníci organizováni v rámci nízkoprahových služeb?

8.2. Etické aspekty

Účast na výzkumu byla pro respondenty dobrovolná. Průvodní dopis tvořil nedílnou součást dotazníku, který informoval o výzkumu a dané problematice. Respondentům byla nabídnuta možnost zveřejnit jméno jejich organizace v diplomové práci s tím, že se na výzkumu aktivně podíleli a přispěli tak k jeho realizaci. Této možnosti zveřejnění se přímo týkala otázka v dotazníku, na kterou respondenti museli povinně odpovědět, zda si přejí uveřejnit své jméno v diplomové práci. Vyplňování dotazníku bylo pro respondenty bez nároku na odměnu.

8.3. Výběr výzkumného souboru

Základní soubor představovaly nízkoprahové programy v harm reduction v České republice, tzn. kontaktní centra (dále jen KC) a terénní programy (dále jen TP), které byly vybrány na základě záměrného účelového výběru. Výběr KC a TP vycházel z dat Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2011, kdy k 29. 5. 2012 bylo certifikovaných terénních programů 50 a certifikovaných kontaktních a poradenských služeb 49 a z dat Centra pro kvalitu a standardy v sociálních službách, které k dubnu 2013 uvedlo 50 certifikovaných KC a 50 TP (Mravčík et al., 2012; CEKAS, 2013).

Aktuálnost údajů i s jednotlivými kontakty na programy poskytující nízkoprahové služby byla ověřena a získána prostřednictvím Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. Celkem jsme oslovili 49 certifikovaných kontaktních center a 50 certifikovaných terénních programů v harm reduction na území České republiky. Konkrétně byly tedy zkontaktovány jednotlivé programy, což dohromady představovalo 42 organizací realizující tyto programy.

8.4. Metody a způsob sběru dat

Data byla sbírána kvantitativní metodou vzhledem k rozsahu zkoumaného vzorku, proto jejich sběr probíhal na základě dotazníkového šetření. Dotazník vycházel z projektu „Peer support project in Europe“, zaštiťovaný organizací Correlation Peer Support Working Group (Correlation Network, 2009). Dotazník obsahuje uzavřené, polouzavřené i otevřené otázky. Metoda dotazování byla zvolena na základě většího počtu oslovených respondentů s cílem získat co nejvíce informací o zkoumaném problému.

Šíření dotazníku s průvodním dopisem probíhalo v online verzi pomocí elektronického odkazu v období od 21. 10. do 13. 11. 2013. Dotazník byl zaslán elektronickou poštou jednotlivým programům KC a TP nebo přímo jejich vedoucím. Opakovaná výzva k vyplnění dotazníku byla znovu poslaná přes elektronickou poštu všem respondentům, kteří dotazník nevyplnili. Třetí výzva k vyplnění dotazníku probíhala na základě telefonického kontaktu, kdy se obtelefonovaly ty programy, které do té doby na dotazník neodpověděly. Přes zmíněné výzvy se do výzkumu všechny programy nezapojily a to nejčastěji z časových důvodů, protože se metodou peer work nezabývají anebo takovéto informace nechtějí poskytovat. Tyto informace respondenti sdělili v rámci emailové korespondence nebo po telefonu. Celkem bylo osloveno 49 certifikovaných KC a 50 certifikovaných TP.

Prověření dotazníku probíhalo v předvýzkumné fázi ve vytipovaných nízkoprahových programech. Poté následovala diskuse a připomínkování k dotazníku, který se znovu upravil tak, aby se eliminovala rizika při vyplňování a zpracování dat u ostatních programů. Předvýzkumem se zjistilo, že programy, které nemají žádnou zkušenost s metodou peer work by dotazník vůbec nevyplnily. Na základě tohoto zjištění byli všichni oslovení respondenti upozorněni na to, ať dotazník vyplní i v případě, že nemají se zapojováním a zaměstnáváním uživatelů drog žádné zkušenosti. Dále např. u otázky zjišťující způsob odměňování peer pracovníků se přidaly další dvě možnosti odpovědí, které respondenti u této otázky postrádali.

Dotazník (viz příloha č. 2) se skládá ze 4 částí. První část dotazníku mapuje základní informace o organizacích a jednotlivých nízkoprahových programech. Ptáme se zde na název organizace, typ programu, celkový počet klientů daného programu. V této části jsou také rozdělující otázky, které zjišťují, zda mají nízkoprahové programy nějakou zkušenost se zapojováním a zaměstnáváním klientů do služeb či nikoliv. Na základě těchto rozdělujících otázek respondenti pokračují ve vyplňování celého

dotazníku nebo vyplňují jen jeho část, která se jich týká. Součástí je i otázka, zda programy souhlasí s uvedením jména organizace v diplomové práci.

Druhá část je zaměřena na pojem peer work. Zajímá nás jakým způsobem je tento pojem jednotlivými programy chápán a definován, kteří uživatelé a jakým způsobem jsou do metody peer work zapojováni. Zda pro tyto pracovníky mají programy nějaké pojmenování. Poslední otázka se týká programů, které nerealizují nebo nerozšiřují metodu peer work, kdy nás zajímají důvody vedoucí k nerealizaci či nerozšiřování těchto aktivit.

Třetí část vyplňují pouze ty programy, které měly nebo mají s peer work zkušenost v podobě peer programu. Zjišťují se v ní důvody zavedení peer programu, jeho doba trvání, cíle, financování, kdo v programu pracuje a kolik pracovníků se podílí na jeho realizaci.

Poslední část dotazníku zjišťuje informace o konkrétních pracovnících peer programu. Ptá se na způsob výběru peer pracovníků, jejich počet, místo výkonu práce, způsob odměňování, dobu působení v peer programu. Do této části na úplný konec dotazníku je zařazena také otázka mapující výhody a nevýhody zapojování klientů do nízkoprahových služeb.

8.5. Metody analýzy dat

Data byla zpracována základními metodami deskriptivní statistiky a převedena do elektronické podoby s použitím programu Microsoft Excel, aby je bylo možné analyzovat. Jednotliví respondenti byli očíslováni.

Jako materiál pro kódování posloužily odpovědi respondentů, kteří v rámci vyplňování dotazníků vybírali z předem stanovených možností. Uzavřené otázky typu dichotomických a polytomických se zpracovaly kódováním, tzn., že jednotlivým variantám každé proměnné byly přiřazeny číselné symboly (Reichel, 2009).

Zpracování polouzavřených a otevřených otázek probíhalo na základě metody zakotvené teorie. Údaje a výroky se shromáždily, tzn. byly vypsány z dotazníků a hledaly se pro ně obecnější definovatelné kategorie, které obsahovaly co nejvíce případů, které byly jejich společným jmenovatelem (Reichel, 2009). Tato data získaná prostřednictvím otevřených otázek byla také kvantifikována. Zpracování dat probíhalo za pomoci programu Microsoft Excel.

9. Popis výzkumného souboru

Základní výzkumný soubor tvoří celkem 51 nízkoprahových programů, z nichž je 24 KC, 21 TP, 5 KC dohromady s TP a 1 program zaměřující se na pracovní rehabilitaci uživatelů návykových látek FIXPOINT. Programy KC fungující společně s TP jsme při vyhodnocování dat zařadili do kategorie „jiná“ stejně tak i program FIXPOINT, který funguje jako samostatný program organizace (tabulka č. 1). Výběrový soubor je složen z programů aktuálně nebo v minulosti realizující peer programy, tzn. ty programy, které odpověděly, že mají současnou nebo minulou zkušenost se zapojováním nebo zaměstnáváním aktivních nebo bývalých uživatelů drog do svých služeb, tzn. celkem 34 programů. Z těchto 34 programů odpovědělo 22 programů na otázky týkající se peer programů a peer pracovníků. Ne vždy však všech 22 programů odpovědělo na všechny otázky týkající se těchto dvou posledních částí dotazníku.

Z první části dotazníku jsou vyhodnocena základní data týkající se výzkumného souboru. Otázky z první části dotazníku byla pro respondenty povinná, proto na ně odpověděli všichni z výzkumného souboru (N=51). Dotazník se dále rozdělil podle typu programů na ty programy, které mají nebo nemají zkušenosti s metodou peer work. Tabulka č. 1 ukazuje celkový počet respondentů, v našem případě programů, kteří se výzkumu zúčastnili. Celkem se jedná o 51 nízkoprahových programů, z nichž 24 představují kontaktní centra (KC) a 21 terénní programy (TP). Zastoupení obou programů je tedy téměř vyrovnané. Ostatní případy (6 programů) představují kontaktní centra s terénními programy fungujícími dohromady a samostatný program FIXPOINT.

Tabulka č. 1: Typ programu

Program	Počet	Podíl v %
Kontaktní centrum	24	47,06
Terénní program	21	41,18
Jiná	6	11,76
Celkem	51	100,00

Tabulka č. 2: Celkový počet klientů podle typu programu

	Typ programu				
		KC	TP	Jiná	Celkem
Počet	65 - 199	8	8	2	18
	200 - 399	9	5	1	15
	400 - 599	3	3	0	6
	600 - 799	2	1	2	5
	800 - 999	1	1	0	2
	více než 1000	1	1	0	2
	více než 2000	0	2	0	2
	Jiný	0	0	1	1
Celkem		24	21	6	51

Celkový počet klientů daného programu (tabulka č. 2) byl zjišťován za rok 2012. Nejčastěji je zastoupena kategorie v rozmezí 65 – 199 klientů (18 programů) za rok 2012. U kontaktních center převažuje kategorie s počtem klientů v rozmezí 200 – 399 (9 programů). Terénní programy mají největší zastoupení v kategorii 65 – 199 klientů (8 programů). Poté následují terénní programy (5 programů) s celkovým počtem klientů za rok 2012 v kategorii 200 – 399 klientů. Tuto kategorii vyplnil také 1 program sdružující kontaktní centrum s terénním programem. U 3 kontaktních center a 3 terénních programů představoval jejich celkový počet klientů za rok 2012 kategorii 400 – 599 klientů. Kategorii 600 – 799 klientů vyplnilo 5 programů. Ostatní kategorie se týkaly vždy 2 programů. Katetorie „jiný“ představuje samostatně fungující program FIXPOINT, kterým za rok 2012 prošlo celkem 5 klientů. Nejvíce klientů (2 626 osob) měl terénní program na území hl. m. Prahy. Nejméně klientů zaznamenal terénní program na malém městě z Jihomoravského kraje (65 osob).

Tabulka č. 3: Počet pracovních úvazků podle typu programu

	Typ programu				
		KC	TP	Jiná	Celkem
Úvazek	0,5 - 1,5	0	3	0	3
	1,6 - 2,5	9	7	0	16
	2,6 - 3,5	7	5	4	16
	3,6 - 4,5	4	3	1	8
	4,6 - 5,9	3	2	0	5
	Více než 6	1	1	1	3
Celkem		24	21	6	51

Celkový počet úvazků pracovníků kontaktních center, terénních programů a kontaktních center s terénními programy byl také zjišťován za rok 2012 (tabulka č. 3). Nejčastěji je zastoupena kategorie s úvazky 1,6 - 2,5 a 2,6 - 3,5, v obou případech u 16 programů. Rozložení počtu úvazků mezi kontaktními centry a terénními programy je téměř vyrovnané. Z tabulky lze zjistit, že kontaktní centra zaměstnávají buď větší počet pracovníků než terénní programy anebo mají stejný počet pracovníků, ale s většími pracovními úvazky než ostatní programy.

Tabulka č. 4: Souhlas programu s uvedením jména podle typu programu

	Typ programu				
		KC	TP	Jiná	Celkem
Souhlas	Ano	13	14	3	30
	Ne	11	7	3	21
Celkem		24	21	6	51

Z celkového počtu 51 programů, které se zúčastnily vyplňování dotazníků, souhlasilo se zveřejněním jména programu nebo organizace v diplomové práci 30 programů. 21 programů nechtělo své jméno zveřejnit.

Tabulka č. 5: Zkušenost se zapojováním uživatelů drog do služeb podle typu programu

	Typ programu				
		KC	TP	Jiná	Celkem
Zkušenost	Ano	14	8	3	25
	Ne	10	13	3	26
Celkem		24	21	6	51

25 programů uvedlo (tabulka č. 5), že má nebo mělo nějakou zkušenost se zapojením aktivních nebo bývalých uživatelů drog do nízkoprahových služeb, s tzv. metodou peer work, tzn. jakékoliv zapojení uživatelů do chodu programu nebo organizace, např. v rámci výměnného programu, vzdělávání a poskytování informací ostatním uživatelům drog, zapojení uživatelů drog v rámci sekundární výměny apod.. Sekundární výměna je zde považována za práci s jakýmkoliv klientem programu, který vyměňuje pro ostatní uživatele, kdy nejde ve většině případů o žádný strukturovaný program, ale jedná se o zapojení uživatelů v rámci programu, kam docházejí. Zkušenost

se zapojením uživatelů drog do služeb uvedlo 14 kontaktních center, 8 terénních programů, 2 kontaktní centra s terénními programy a program FIXPOINT. 13 terénních programů a 10 kontaktních center uvedlo, že žádnou zkušenost se zapojením uživatelů do služeb nemá. Více zkušeností s metodou peer work mají tedy kontaktní centra než terénní a ostatní programy.

Zkušenost se zaměstnáváním uživatelů drog mají kontaktní centra i terénní a ostatní programy. V tomto případě se počet kontaktních center (3 KC) shoduje s počtem terénních a ostatních programů (3 TP). Se zaměstnáváním uživatelů nemá žádnou zkušenost 21 kontaktních center, 18 terénních programů a 3 kontaktní centra s terénními programy (tabulka č. 6).

Tabulka č. 6: Zkušenost se zaměstnáváním uživatelů drog podle typu programu

		Typ programu			
		KC	TP	Jiná	Celkem
Zkušenost	Ano	3	3	3	9
	Ne	21	18	3	42
Celkem		24	21	6	51

Celkově mají nízkoprahové programy více zkušeností s jakýmkoliv zapojováním uživatelů (25 programů) do chodu programů než s jejich zaměstnáváním (9 programů). Na základě těchto výsledků se lze domnívat, že forma zapojování uživatelů je pro programy dostupnější variantou než jejich samotné zaměstnávání, které pro programy může znamenat, např. větší organizační, finanční zátěž.

10. Výsledky

V této kapitole uvedeme konkrétní výsledky výzkumné části týkající se pojmu peer work a zkušeností nízkoprahových programů pro uživatele drog s touto metodou a její variantou v podobě peer programů.

10.1. Charakteristika a vymezení pojmu peer work

Druhá část dotazníku se zaměřovala obecně na pojem peer work. Několik otázek bylo otevřeného typu, proto abychom od respondentů zjistili co nejvíce informací. Jedna otázka byla povinná pro všechny respondenty, kteří dotazník vyplňovali. Zajímalo nás, jak si respondenti vysvětlují pojem peer work i v případě, že s touto metodou nepracují nebo s ní nemají žádné zkušenosti. Respondentů jsme se dále ptali, jak ve svých programech tento pojem definují, jaké klienty a jakým způsobem je zapojují do této metody a v případě, že s ní nepracují, tak z jakých důvodů.

Tabulka č. 7: Vysvětlení pojmu peer work podle typu programu

		Typ programu			
Pojem		KC	TP	Jiná	Celkem
	Aktivita / zapojení	13	12	3	28
	Metoda	0	0	1	1
	Práce	10	9	2	21
	Neustálenost	1	0	0	1
Celkem		24	21	6	51

Pojem peer work jsme si nechali vysvětlit všemi programy (N=51) jejich vlastní odpovědí. Programy chápou nejčastěji pojem peer work (28 programů) jako aktivitu současných nebo bývalých uživatelů drog, kteří jsou zapojeni do činnosti nebo chodu programu (zapojení do výměnného programu, šíření HR informací, sběru injekčních stříkaček, příprava HR materiálu). Tito klienti fungují v rámci kontaktního centra nebo terénního programu. Programy uvedly, že do této práce jsou aktivně zapojeni současní nebo bývalí klienti ve prospěch programu, služeb, organizace nebo ostatních uživatelů drog. Tito klienti jsou řádně proškoleni a provádějí nejčastěji základní harm reduction služby. Svoji práci vykonávají bezplatně nebo za mzdu.

21 programů si pojem peer work vysvětluje jako práci klientů pro klienty neboli vrstevnický program (práce s lidmi stejného věku nebo stejné skupiny) realizovaný

v rámci dané skupiny, kterou uživatel drog dobře zná, pohybuje se v ní nebo danou problematiku této skupiny poznal zevnitř, a proto má větší šanci snáze proniknout mezi tuto cílovou skupinu. Tito klienti fungují v rámci kontaktního centra nebo terénního programu.

1 program vysvětlil pojem peer work jako metodu využívající informace členů cílových skupin. Pro 1 program je tento pojem neustálený. U této otázky jsme předpokládali, že respondenti budou odpovídat více nejednotně vzhledem k neustálené definici tohoto pojmu.

Všichni respondenti se shodli, že se peer work týká aktivních nebo bývalých uživatelů drog nebo určitých cílových skupin. Žádný z respondentů však neuvedl případ, že metodu peer work chápe také jako metodu zapojující širší sociální síť v podobě rodin, přátel uživatelů, veřejnosti apod.. Všechny programy popisovaly činnosti uživatelů, v rámci metody peer work, soustřeďující se nejčastěji na HR přístup a zdravotní problematiku. V odpovědích vysvětlující pojem peer work postrádáme činnosti zaměřující se v rámci této metody také na sociální oblast a politiky, tak jak je běžné v zahraničí a je popsáno i v teoretické části práce.

Tabulka č. 8: Definování pojmu peer work podle typu programu

	Typ programu				
Definice		KC	TP	Jiná	Celkem
	Ano	2	4	1	7
	Ne	10	3	3	16
Celkem		12	7	4	23

Data z tabulky č. 8 a z následujících poskytly ty programy, které mají nebo měly zkušenosti se zapojením jakýchkoliv uživatelů drog. Z 51 respondentů odpovědělo na otázku definování pojmu peer work (tabulka č. 9) pouze 23 programů, z toho 16 z nich pojem vůbec nedefinuje (tabulka č. 8), tzn., že ho nemají zakotvený v žádných metodikách, manuálech programu nebo organizace.

Tabulka č. 9: Způsob definování pojmu peer work podle typu programu

	Typ programu				
Definice		KC	TP	Jiná	Celkem
	Práce na uzavřené drogové scéně	0	1	0	1
	Indigenní terénní práce	1	0	0	1
	Výkon činnosti práce v KC	1	1	1	3
	Práce vrstevníků	0	2	0	2
	Žádná	10	3	3	16
Celkem		12	7	4	23

Programy pojem peer work nedefinují (16 programů), protože s tímto pojmem nepracují, pojem nepoužívají nebo zapojování klientů realizovaly pouze jednou a nesystematicky anebo zapojování uživatelů definují podle svých vnitřních pravidel. 2 programy uvedly, že definují peer work jako práci vrstevníků. Další programy odpověděly, že peer work ve svém programu definují jako (tabulka č. 9):

- Práci aktivního nebo bývalého uživatele na uzavřené drogové scéně.
- Indigenní terénní práci.
- Výkon činnosti práce v kontaktním centru.

Tabulka č. 10: Typ uživatelů drog zapojených do metody peer work podle typu programu

	Typ programu				
		KC	TP	Jiná	Celkem
Typ	Jen aktivní	9	5	2	16
	Jen bývalí	2	1	1	4
	Aktivní i bývalí	0	2	0	2
	Jiné	0	0	1	1
Celkem		11	8	4	23

Na tuto otázku odpovídali jen ti respondenti, kteří měli nebo mají zkušenost se zapojováním a zaměstnáváním aktivních nebo bývalých uživatelů drog do služeb (N=23). Do metody peer work jsou nejčastěji zapojeni jen aktivní uživatelé drog z kontaktních center (9 programů). To lze vysvětlit tím, že nízkoprahové programy navštěvují a využívají zejména aktivní uživatelé drog. Nejméně zastoupenou skupinou zapojenou do této metody v nízkoprahových programech představují aktivní i bývalí uživatelé drog dohromady. Příčinu, proč je tato skupina uživatelů nejméně zapojována

lze vysvětlit, např. střetem zájmů, postoji k práci a k ostatním uživatelům, které jsou z větší části u aktivního a bývalého uživatele rozdílné. 4 programy uvedly, že zapojují bývalé uživatele drog, tzv. exusery. Ty lze považovat za přínos programu v podobě jejich zkušeností, určitého nadhledu a odstupu při práci. Na druhou stranu pro bývalé uživatele zapojené do těchto služeb lze spatřovat určitá rizika, např. v podobě relapsu. Z výše uvedených dat se můžeme domnívat, že aktivní uživatelé drog jsou nízkoprahovými programy více využíváni, protože jsou s těmito programy i s ostatními uživateli drog v kontaktu, mají aktuální informace o dění na drogové scéně a celkově je jejich zapojení pro program přínosem. V případě programu FIXPOINT je do služeb programu zapojen klient v substituční léčbě.

Tabulka č. 11: Způsob zapojování uživatelů drog do služeb podle typu programu

		Typ programu			
		KC	TP	Jiná	Celkem
Způsob	Terénní/kontaktní pracovník	4	3	1	8
	Peer program	2	4	1	7
	Sekundární výměna	5	6	1	12
	Úklidy	4	1	0	5
	Lobbing	0	0	0	0
	Další služby	2	1	0	3
	Komunikace	1	0	0	1
	Jiný	2	0	0	2
Celkem		20	15	3	38

Na otázku jakým způsobem programy zapojují uživatele drog do služeb, odpovědělo celkem 22 programů, které měly na výběr z více možností. Nejčastěji programy spolupracují s uživateli drog v oblasti sekundární výměny (12 programů), což představuje více jak polovinu ze všech možných odpovědí (54,55%). Sekundární výměna je zde chápaná nejčastěji jako nestrukturovaný program, kdy klienti v rámci výměnného programu vyměňují HR materiál ostatním uživatelům drog. Tato spolupráce se nejvíce týká terénních programů (6 programů). 8 programů uvedlo, že zapojuje uživatele drog jako kontaktního nebo terénního pracovníka. 7 programů zapojuje uživatele drog v rámci peer programů a 5 programů zapojuje uživatele drog v rámci úklidů pro organizaci nebo program. 1 program využívá uživatele drog pro komunikaci s veřejností nebo s policií. Na otázku, zda programy zapojují své klienty v rámci dalších služeb jako např. obsluha potravinového servisu, odpověděly kladně

3 programy. Žádný program nevyužívá uživatele drog k lobbingu. V případě odpovědi „jiný“ 2 programy uvedly, že uživatelé drog vzdělávají jejich stálé zaměstnance programu nebo vykonávají samosprávu v rámci provozu kontaktního centra, kam spadá, např. obsluha potravinového servisu.

Tabulka č. 12: Způsob zapojování uživatelů drog do služeb podle typu uživatelů

	Typ uživatelů				
		Aktivní	Bývalí	Aktivní i bývalí	Celkem
Způsob	Terénní/kontaktní pracovník	2	4	2	8
	Peer program	4	0	3	7
	Sekundární výměna	10	0	2	12
	Úklidy	5	0	0	5
	Další služby	3	0	0	3
	Komunikace	1	0	0	1
	Lobbing	0	0	0	0
Celkem		26	4	6	36

Tabulka č. 12 ukazuje, že jen aktivní uživatelé drog představují nejpočetnější skupinu, která je nejčastěji zapojena do služeb programu v rámci spolupráce v oblasti sekundární výměny, která patří také k nejčastějšímu způsobu zapojení uživatelů do služeb. Dále se tito uživatelé podílejí na realizaci peer programů, kde jsou zaměstnáni s nárokem na odměnu za práci a na úklidech pro organizaci nebo program. Bývalí uživatelé, tzv. exuseři i aktivní uživatelé vykonávají v rámci zapojení do nízkoprahových programů práci kontaktního nebo terénního pracovníka. V peer programech pracují aktivní i bývalí uživatelé dohromady. Pouze 1 program využívá aktivního uživatele ke komunikaci s veřejností, policií apod.. Žádný z programů nezapojuje uživatele do lobbingu, kdy tento způsob zapojování uživatelů využívá řada zahraničních států. Podle získaných dat se tento způsob práce u nás prostřednictvím uživatele bohužel nerealizuje.

Tabulka č. 13: Pojmenování uživatelů drog zapojených do služeb podle typu programu

		Typ programu			
		KC	TP	Jiná	Celkem
Pojmenování	Externí terénní pracovník	1	3	0	4
	Indigenní pracovník	1	1	0	2
	Klient	2	0	1	3
	Kontaktní/terénní pracovník	1	1	0	2
	Žádné	3	0	1	4
	Kolega	0	1	1	2
	Jiné	1	0	2	3
Celkem		9	6	5	20

Uživatelé zapojeni do peer služeb jsou nejčastěji označováni za externí terénní pracovníky a klienty. Označení „Externí terénní pracovník“ nejvíce používají terénní programy. Kontaktní centra zase označují nejčastěji uživatele za „Klienta“. 2 programy používají označení „Indigenní pracovník“. Programy také používají označení „Kontaktní pracovník nebo terénní pracovník“, kdy se jedná o bývalé uživatele drog a dále označení „Kolega“. Ve 4 případech nejsou uživatelé nijak pojmenováni. 1 program označuje uživatele jako „Pracovníka projektu FIXPOINT“ a další program jako „Streeta na zkoušku“. Tato otázka, na kterou odpovědělo 20 respondentů, umožňovala možnost otevřené odpovědi, a proto považujeme za důležité zmínit, že nikdo z dotazovaných nepoužívá označení peer pracovník, což lze přičíst i k faktu, že programy ve většině případů nedefinují ve svých manuálech pojem peer work, se kterým se příliš neztotožňují, proto také nejspíše z těchto důvodů nepoužívají pro uživatele zapojené do služeb označení peer pracovník neboli peer worker.

Tabulka č. 14: Zapojení uživatelů drog v rámci dalších aktivit podle typu programu

		Typ programu			
		KC	TP	Jiná	Celkem
Další aktivity	Ano	1	1	0	2
	Ne	12	6	3	21
Celkem		13	7	3	23

Na otázku, zda se aktivní nebo bývalí uživatelé drog podílejí na jiných aktivitách, než bylo uvedeno v předešlé otázce, odpovědělo 23 programů, z toho pouze 2 programy kladně. K dalším aktivitám patří vzdělávání na Letní škole HR a diskuze s úředníky. Druhý program zapojuje bývalého uživatele drog jako standardního pracovníka programu, jako je tomu v případě klasického pracovníka programu.

Tabulka č. 15: Důvody k neposkytování nebo nerozšiřování metody peer work podle typu programu

	Typ programu				
		KC	TP	Jiná	Celkem
Důvody	Finance	12	7	4	23
	Informace	3	1	3	7
	Personál	7	5	1	13
	Prostory	3	3	2	8
	Kompetence uživatele	7	6	2	15
	Neuvažování o této možnosti	4	0	0	4
	Jiné	7	3	0	10
Celkem		43	26	12	80

Téměř polovina respondentů (23 programů) z celkového počtu 47 (N=47), kteří otázku vyplnili, uvedla jako důvod neposkytování či nerozšiřování peer služeb nedostatek financí. 15 programů se obává zapojit uživatele drog do služeb z důvodu, že pochybují o jejich kompetencích vykonávat tuto činnost pro jejich závislost a nespolehlivost. Klienty nepovažují za vhodné adepty na tuto funkci. 13 programů na otázku odpovědělo, že k realizaci peer služeb nemají dostatek personálu. Dalšími důvody k nerealizování těchto služeb je nedostatek informací o metodě peer work a nedostatek prostor pro její realizaci. Nejméně programů (4 programy) odpovědělo, že doposud o možnosti zapojit klienty programu do služeb nepřemýšlelo. Ostatní programy (10 programů) odpověděly vlastní variantou. 3 programy nezapojují klienty do svých služeb, protože jsou na ně kladeny nadměrné nároky ze strany kontrolorů, donátorů či samotné organizace týkající se např. proškolení uživatelů. 2 programy nemají potřebu své klienty využívat, protože vše zvládnout obstarat stálí zaměstnanci programu a z důvodu, že v lokalitě, ve které program působí, nejsou podmínky pro realizaci takovéto aktivity. Všichni uživatelé se mezi sebou znají a díky efektu „sněhové koule“ není problém nové klienty kontaktovat. Další program uvedl, že zapojování uživatelů do

služeb nerealizuje z důvodu působení služby na malém městě, kde mezi uživateli není dostatečný zájem se na těchto službách podílet. 3 programy nepovažují způsob zapojování uživatelů do služeb za vhodný a užitečný, neboť je zde riziko přílišného ztotožnění a svázání uživatele se službou, což může vést k udržování uživatele v pozici aktivního uživatele drog, rozvoji jeho závislosti na službě apod., což je opakem než programy požadují. 1 program o této aktivitě do budoucna uvažuje, ale zda a kdy se tak stane, neumí prozatím odhadnout.

10.2. Charakteristika a vymezení peer programu

Další část dotazníku byla zaměřena na realizaci peer programů, které zaměstnávají a zapojují zejména aktivní uživatele drog, kteří poskytují informace, pomoc, poradenství, sdílení zkušeností apod. ostatním uživatelům. Otázky zjišťovaly jejich koncepty, způsoby organizace, financování, počty pracovníků, kteří je obstarávají i počty uživatelů, kteří v nich pracují. Nejprve se mapoval důvod vzniku peer programů (tabulka č. 16).

Tabulka č. 16: Důvod zavedení peer programu podle typu programu

		Typ programu			
		KC	TP	Jiná	Celkem
Důvod	Zkušenosti	2	1	0	3
	Poptávka	6	5	1	12
	Finance	1	0	0	1
	Jiný	2	3	2	7
Celkem		11	9	3	23

Na otázku odpovědělo 18 respondentů, kteří si mohli vybrat z více nabízených variant odpovědí. 12 programů zavedlo peer program na základě poptávky samotných uživatelů drog. 3 programy se k založení peer programu inspirovaly zkušenostmi ze zahraničí. 1 program uvedl jako důvod zavedení peer programu nedostatek financí na mzdy stálých pracovníků. 7 programů odpovědělo vlastní variantou takto:

- Snaha vytvořit pro motivované klienty podmínky pro jejich stabilizaci.
- Zkouška.
- Uzavřená drogová scéna ve městech, kde se poskytují terénní služby.
- Program se zavedl sám.
- Zvýšení poptávky po službě.

- V rámci programu bezpečnostních kontejnerů na odhoz použitého injekčního materiálu, který potřeboval obsluhu kontejnerů.
- Snaha dostat informace a materiál ke skupinám high-risk a hard-to-reach.

Tabulka č. 17: Doba trvání peer programu podle typu programu

	Typ programu				
		KC	TP	Jiná	Celkem
Doba	0,5 - 2 roky	4	3	1	8
	3 - 4 roky	0	3	0	3
	Více než 5 let	1	0	0	1
	Více než 10 let	0	1	0	1
	Více než 15 let	0	2	1	3
	Jiná	1	1	0	2
Celkem		6	10	2	18

Nejčastěji je zastoupena kategorie trvání peer programu v rozmezí 0,5 – 2 roky. Nejstabilnější je peer program v rámci terénního programu, který funguje již 19 let. 3 programy odpověděly kategorií trvání peer programu 3-4 roky. Doba trvání programu představuje u 1 programu více než 5 a 10 let. 3 programy realizují peer programy více než 15 let. V ostatních případech se jedná o ojedinělou aktivitu, kterou nelze časově vyjádřit. V 1 případě respondent časové rozmezí trvání programu nevěděl. Co se týká doby trvání peer programu, převažují v jejich realizaci terénní programy (10 programů) nad kontaktními centry (6 programů) a KC s TP dohromady (2 programy). Otázka byla zaměřena na peer programy, které fungovaly v minulosti a zanikly i na ty programy, které fungují dodnes. Z 18 peer programů, které na otázku odpověděly, jsme zjistili, že aktuálně v České republice funguje 7 peer programů.

Tabulka č. 18: Hlavní cíle peer programu podle typu programu

	Typ programu				
		KC	TP	Jiná	Celkem
Cíle	Rozšíření HR služby	4	8	1	13
	Drogová scéna	3	4	1	8
	Skrytá populace	4	7	0	11
	Zplnomocnění a stabilizace	4	4	1	9
	Abstinence	0	0	0	0
	Stigma a diskriminace	0	1	1	2
	HR informace a materiál	3	5	0	8
	Jiný	0	2	0	2
Celkem		18	31	4	53

Na otázku zjišťující hlavní cíle peer programů odpovědělo 18 respondentů, kteří měli na výběr z více možností, proto se celkový počet neshoduje s počtem respondentů. K hlavním cílům peer programů patří nejčastěji rozšíření harm reduction služeb mezi rizikovou populaci uživatelů drog (13 programů), což se překrývá i s obecnými cíli nízkoprahových programů. Další cíl představuje nakontaktování skryté populace mezi nejvíce ohroženými uživateli drog (11 programů). 9 programů považuje za svůj hlavní cíl zplnomocnění a stabilizaci peer pracovníků. 8 programů uvedlo, že mezi hlavní cíle řadí zlepšování situace na drogové scéně a poskytování základních harm reduction informací a materiálu ostatním uživatelům prostřednictvím peer pracovníků. Pouze 2 programy za svůj cíl považují zmírnění stigmatu a diskriminace uživatelů drog na veřejnosti. Žádný program nepovažuje jako hlavní cíl peer programu dosažení abstinence peer pracovníka. 2 programy uvádějí mezi hlavní cíle peer programu snahu ovlivňovat normy a postoje uživatelů drog a získání jejich pracovních návyků s následným nalezením práce.

Tabulka č. 19: Služby poskytované v peer programu podle typu programu

		Typ programu			
		KC	TP	Jiná	Celkem
Služby	Individuální poradenství	5	6	1	12
	Pracovní porady	4	8	1	13
	Vzdělávání a trénink	5	7	2	14
	Skupinové supervize	2	2	0	4
	Hygienický servis	3	2	1	6
	Potravinový servis	4	2	1	7
	Jiné	0	1	0	1
Celkem		23	28	6	57

Zapojení do peer programu znamená pro peer pracovníky i účast na dalších službách v rámci peer programu. Peer pracovníci se účastní pracovních porad (13 programů) a dalšího vzdělávání a tréninku v oblasti harm reduction (14 programů). Ve 12 případech mají peer pracovníci možnost využívat individuálního poradenství, kde mohou řešit svoji aktuální situaci spojenou s bydlením, léčbou závislostí, zdravotními problémy apod.. Potravinový servis peer pracovníci dostávají v 7 případech. Možnost hygienického servisu, jako např. osprchování, poskytnutí ošacení mnohou peer pracovníci využívat u 6 programů. 4 programy pro své peer pracovníky realizují skupinové supervize. V 1 případě program poskytuje peer pracovníkovi půjčky na bydlení a jiné stabilizační investice. Otázka byla zodpovězena 19 respondenty, kteří mohli odpovědět více variantami.

Tabulka č. 20: Poskytované služby v peer programu podle typu uživatelů drog

		Typ uživatelů			
		Aktivní	Bývalí	Jiná	Celkem
Služby	Individuální poradenství	10	1	2	13
	Pracovní porady	9	4	2	15
	Vzdělávání a trénink	8	3	2	13
	Skupinové supervize	0	3	1	4
	Hygienický servis	6	0	0	6
	Potravinový servis	6	0	0	6
Celkem		39	11	7	57

Tabulka č. 20 zobrazuje poskytování služeb podle typu uživatele v rámci zapojení do peer programu. Kategorie „jiná“ představuje současně aktivní i bývalé

uživatele. Individuální poradenství, pracovní porady, vzdělávání a trénink představují nejčastější služby pro aktivní uživatele drog. Tyto služby mohou vést aktivní uživatele k určité stabilitě, naučení se určitých pracovních návyků, k bezpečnější aplikaci drog apod.. Skupinové supervize patří k nejméně využívaným a poskytovaným službám v rámci peer programů. Skupinové supervize se realizují zejména pro bývalé uživatele drog. Supervize bývalým uživatelům mohou posloužit zejména k reflexi jejich práce a rizik s ní spojené, jak je zmiňováno i v teoretické části práce.

Tabulka č. 21: Počet stálých pracovníků podílející se na realizaci peer programu podle typu programu

	Typ programu				
		KC	TP	Jiná	Celkem
Počet	1	3	1	0	4
	2	3	7	1	11
	3	0	0	1	1
	Více než 4	1	1	0	2
Celkem		7	9	2	18

Tabulka č. 21 ukazuje, že nejčastěji se na realizaci peer programů, podílejí 2 pracovníci (11 programů). Poté následují 4 programy, které v peer programech zaměstnávají 1 pracovníka. 2 programy uvedly, že chod peer programu zajišťují více jak 4 pracovníci. 1 program odpověděl, že peer program obsluhují 3 pracovníci. Na realizaci peer programů se více podílejí pracovníci z terénních programů než z kontaktních center a ostatních programů. Odpověď vyplnilo 18 respondentů.

Tabulka č. 22: Celkový rozsah úvazků stálých pracovníků realizující peer program podle typu programu

	Typ programu				
		KC	TP	Jiná	Celkem
Úvazek	0,1 - 2	4	5	1	10
	Více než 2	0	2	0	2
	Není stanoveno	2	2	1	5
Celkem		6	9	2	17

Na otázku zjišťující rozsah úvazku odpovědělo 17 respondentů. Celkový úvazek v rozmezí 0,1 - 2 úvazku představuje nejpočetněji zastoupenou kategorii (10 programů) u kontaktních center i ostatních programů. 5 programů nemá stanovený rozsah celkových úvazků stálých pracovníků. Lze předpokládat, že u těchto programů se peer služby využívají nahodile nebo nesystematicky, proto není pro stálé pracovníky stanovený pevný rozsah úvazku v peer programu a tito pracovníci vykonávají peer služby v rámci úvazku v kontaktním centru nebo jiných programech. 2 programy zaměstnávají pracovníky peer programů na 2 a více úvazky. Tyto programy uvedly, že pracovníci nemají na starosti jen peer program, ale je to pouze jedna z mnoha jejich kompetencí.

Tabulka č. 23: Počet stálých pracovníků podle počtu peer pracovníků

		Počet stálých pracovníků				
		Jeden	Dva	Tři	Čtyři a více	Celkem
Počet peerů	1-2	3	3	0	0	6
	3-4	1	5	0	0	6
	5-6	0	1	0	0	1
	Více než 10	0	1	0	1	2
	Není stanoveno	0	0	1	1	2
Celkem		4	10	1	2	17

1 stálý pracovník má nejčastěji na starosti 1 až 2 peer pracovníky. 2 zaměstnanci mohou mít v peer programu 3 až 4 peer pracovníky, ale také 5 až 6 peer pracovníků. Nejčastěji mají 2 pracovníci na starosti 3 až 4 peer pracovníky. Více jak 10 peer pracovníků je koordinováno dvěma nebo více než čtyřmi pracovníky. Peer program mají nejčastěji na starosti 2 stálí pracovníci programu (tabulka č. 23).

Tabulka č. 24: Financování peer programu podle typu programu

		Typ programu			
		KC	TP	Jiná	Celkem
Financování	Státní dotace	4	3	1	8
	Evropské granty	2	0	0	2
	Sponzorské dary	0	0	0	0
	Vlastní příjem	1	1	0	2
	Jiné	1	5	1	5
Celkem		8	9	2	19

Necelá polovina (42,11%) peer programů z celkového počtu 19 je financována ze státních dotací (8 programů). Evropské granty a vlastní příjem k financování peer programů využívají 2 programy. Žádný z programů nedostává na peer programy sponzorské dary. V případě vlastní odpovědi uváděly programy jako další možnost financování granty městské části, veřejné dotace, financování v rámci běžného provozu kontaktního nebo terénního programu, kdy náklady limitují k nule. 1 program není financovaný, protože uživatelé vykonávají peer služby dobrovolně.

Tabulka č. 25: Místo realizace peer programu podle typu programu

	Typ programu				
		KC	TP	Jiná	Celkem
Místo	Kontaktní centrum	7	2	1	10
	Terénní program	0	8	1	9
	Samostatně	1	1	1	3
Celkem		8	11	3	22

Místo realizace peer programů je do jisté míry rozdílné. Kontaktní centra peer programy realizují v kontaktních centrech (7 KC). 8 peer programů funguje v rámci terénních programů. 3 peer programy fungují samostatně jako další program organizace, ale mají působiště v kontaktním centru, terénním programu nebo jiném programu. Peer programy fungují nejčastěji v rámci terénních programů (tabulka č. 25).

10.3. Peer pracovníci

V poslední části dotazníku popisujeme charakteristiku peer pracovníků, podmínky jejich působení v peer programu, druh práce v peer programu a její odměňování. Poslední 2 otázky zjišťují, v čem stálí pracovníci realizující peer programy spatřují největší pozitiva a negativa v zapojování jakýchkoliv uživatelů drog do nízkoprahových služeb.

Tabulka č. 26 popisuje základní cílovou skupinu, která může v peer programu pracovat. K této skupině patří převážně aktivní uživatelé nelegálních drog (84,21%). O polovinu méně odpovědí (42,11%) patří bývalým uživatelům nelegálních drog. 4 programy uvedly, že k jejich cílové skupině v rámci peer programu patří aktivní uživatelé legálních drog a 3 programy zapojují do peer programu i bývalé uživatele legálních drog. 1 program považuje za cílovou skupinu pro svůj peer program uživatele

na substituci. Nejvíce nízkoprahové programy zaměstnávají v peer programech aktivní uživatele nelegálních drog (16 programů), což koresponduje i s klientelou těchto programů, kdy se nejčastěji jedná o problémové uživatele nelegálních drog. Předpokládali jsme, že do peer programů budou zapojeni jen uživatelé nelegálních drog, pro které jsou nízkoprahové programy zejména určeny. Proto nás překvapilo, že některé z těchto programů zapojují do peer služeb i uživatele legálních drog, kdy předpokládáme, že se jedná především o uživatele alkoholu. U této otázky byl možný výběr z více odpovědí.

Tabulka č. 26: Cílová skupina pracující v peer programu podle typu programu

	Typ programu				
		KC	TP	Jiná	Celkem
Cílová skupina	Aktivní uživatelé ND	6	8	2	16
	Bývalí uživatelé ND	2	5	1	8
	Aktivní uživatelé LD	1	1	2	4
	Bývalí uživatelé LD	1	1	1	3
	Jiná	0	0	1	1
Celkem		10	15	7	32

Tabulka č. 27: Pracovní náplň peer pracovníků podle typu programu

	Typ programu				
		KC	TP	Jiná	Celkem
Pracovní náplň	Distribuce HR materiálu	4	7	1	12
	Nakontaktování skrytých IDU	5	8	0	13
	Poradenství	4	4	0	8
	Vzdělávání, trénink ostatních	1	5	1	7
	Sběr injekčních stříkaček	5	7	1	13
	Odesílání do služeb	3	5	0	8
	Jiná	4	0	1	5
Celkem		26	36	4	66

Celkem na otázku odpovědělo 20 programů, které měly k dispozici více variant odpovědí. Sběr použitých injekčních stříkaček a nakontaktování skryté a nejvíce ohrožené populace uživatelů drog patří k nejčastější pracovní náplni peer pracovníků (13 programů). K další činnosti peer pracovníků patří distribuce injekčních stříkaček a ostatního harm reduction materiálu (12 programů). 8 programů pověřuje peer pracovníky k poskytování základního zdravotního a sociálního poradenství ostatním

uživatelům drog a k odesílání ostatních uživatelů drog do dalších služeb. U 7 programů peer pracovníci vzdělávají, trénují ostatní uživatele v přístupu harm reduction a nacvičují s nimi způsob bezpečného chování a aplikace. Mezi další činnosti peer pracovníků patří úklidy v zařízení, výkon samosprávy, obsluha dalších klientů v rámci kontaktní místnosti, práce v zařízení, obsluha bezpečnostních kontejnerů na injekční odpad. Terénní programy převažují nad kontaktními centry téměř ve všech pracovních náplní peer pracovníků. Zejména jde o distribuci HR materiálu, nakontaktování skrytých uživatelů drog a vzdělávání a trénink ostatních uživatelů.

Tabulka č. 28: Pracovní náplň peer pracovníků podle typu uživatelů

	Typ uživatelů				
		Aktivní	Bývalí	Jiná	Celkem
Pracovní náplň	Distribuce	8	1	2	11
	Nakontaktování	9	2	2	13
	Poradenství	4	3	1	8
	Vzdělávání	3	2	2	7
	Sběr	10	1	1	12
	Odesílání	4	1	0	5
Celkem		38	10	8	56

Uživatelé a to zejména aktivní se nejvíce podílejí na nakontaktování skryté a nejvíce ohrožené populace uživatelů drog. S tím souvisí i jejich další pracovní náplň v podobě distribuce injekčních stříkaček a ostatního HR materiálu. Lze se domnívat, že aktivní uživatelé drog HR materiál distribuují nejenom na otevřené drogové scéně, ale zejména na uzavřené drogové scéně, kde kontaktují skrytou populaci uživatelů drog. Z toho rovněž vyplývá, že tito uživatelé v těchto místech realizují sběr použitých injekčních stříkaček. Aktivní uživatelé podle sesbíraných dat tedy představují nejvhodnější a nejvíce využívané uživatele drog, kteří pracují v rámci peer programů. Odesílání ostatních uživatelů drog do dalších služeb patří k nejméně vykonávané činnosti peer pracovníků. Bývalí uživatelé poskytují základní zdravotní a sociální poradenství ostatním uživatelům, což lze přičítat k jejich zkušenostem a znalostem.

Tabulka č. 29: Aktuální počet peer pracovníků v programu podle typu programu

	Typ programu				
		KC	TP	Jiná	Celkem
Počet	1 - 2	1	2	0	3
	3 - 4	0	0	1	1
	5 - 6	0	0	0	0
	7 - 9	0	1	0	1
	10	1	1	0	2
	Žádný	5	4	2	11
Celkem		8	8	2	18

U 3 programů jsou aktuálně zaměstnáni v peer programu 1 - 2 peer pracovníci. 1 program aktuálně zaměstnává 3 - 4 peer pracovníky. 1 program využívá k zaměstnávání 7 – 9 peer pracovníků. 2 programy využívají 10 peer pracovníků. 11 programů aktuálně nemá žádné peer pracovníky. Konkrétně 2 programy uvedly, že aktuálně zaměstnávají 1 pracovníka. 1 program zaměstnává 2 peer pracovníky. 1 program odpověděl, že zaměstnává 4 peer pracovníky. 9 peer pracovníků pracuje v 1 peer programu. 2 programy zaměstnávají 10 peer pracovníků. 11 programů aktuálně žádné peer pracovníky nezaměstnává. Celkem je v peer programech zaměstnáno 37 peer pracovníků. Otázka byla zodpovězena 18 programy.

Tabulka č. 30: Celkový možný počet peer pracovníků v programu podle typu programu

	Typ programu				
		KC	TP	Jiná	Celkem
Počet	1 - 2	2	4	0	6
	3 - 4	1	2	1	4
	5 - 6	1	0	0	1
	10	2	1	1	4
	Není stanoveno	1	0	1	2
Celkem		7	7	3	17

Celkový počet peer pracovníků, kteří mohou být v peer programu zaměstnáni je u 6 programů 1 - 2 pracovníci (tabulka č. 30). 4 programy jsou schopné zaměstnat 3 - 4 peer pracovníky i 10 peer pracovníků. 1 program umožní 5 - 6 peer pracovníkům se

zapojit do peer programu. 2 programy nemají stanovený konkrétní počet peer pracovníků. Na otázku odpovědělo 17 programů.

Tabulka č. 31: Aktivní zapojení peer pracovníků do řízení nebo vedení peer programu podle typu programu

		Typ programu			
		KC	TP	Jiná	Celkem
Zapojení	Ano	4	4	0	8
	Ne	4	5	2	11
Celkem		8	9	2	19

8 programů aktivně zapojuje peer pracovníky do řízení nebo vedení peer programu. Zapojení probíhá nejčastěji v podobě diskutování, připomínkování a úprav pravidel v peer programu, na jejichž dodržování se peer pracovníci spolupodílejí. Peer pracovníci se mohou vyjadřovat k podmínkám výkonu samosprávy, dávají doporučení, podněty a připomínky pro terénní práci (např. kde hledat správná místa ke sběru injekčního odpadu). 11 programů peer pracovníky do řízení nebo vedení programu nezapojuje.

Tabulka č. 32: Místo výkonu práce peer pracovníků podle typu programu

		Typ programu			
		KC	TP	Jiná	Celkem
Místo	Kontaktní centrum	5	1	1	7
	Terénní program	2	4	0	6
	Drogové byty, squaty	4	7	1	12
	Otevřená drogová scéna	4	3	1	8
	Jiná	0	1	1	2
Celkem		15	16	4	35

Místo výkonu práce peer pracovníků se nejvíce soustřeďuje (12 programů) na drogových bytech a squatech, tzn. na uzavřené drogové scéně, kam se klasický terénní pracovník často nedostane. Tato místa navštěvují nejvíce aktivní uživatelé drog (tabulka č. 33). 8 programů zaměstnává peer pracovníky, především aktivní uživatele, na otevřené drogové scéně. V kontaktním centru peer pracovníci pracují u 7 programů. 6 programů zaměstnává peer pracovníky přímo v terénním programu. Bývalí uživatelé

mají zastoupení na všech místech, ale ve velmi malém počtu (tabulka č. 33). Drogové byty a squaty navštěvují současně aktivní i bývalí uživatelé drog (kategorie „jiná“). Peer pracovníci jsou také zaměstnáni na jiných místech, než bylo uvedeno v nabízených odpovědích, a to zejména v rámci dalších poskytovaných služeb programu, mezi které patří např. obsluha kontejnerů na odhoz použitého injekčního materiálu. Respondenti (N=19) měli na výběr z více nabízených možností odpovědi.

Tabulka č. 33: Místo výkonu práce peer pracovníků podle typu uživatelů

	Typ uživatelů				
		Aktivní	Bývalí	Jiná	Celkem
Místo	Kontaktní centrum	5	1	0	6
	Terénní program	5	1	0	6
	Drogové byty, squaty	9	1	2	12
	Otevřená drogová scéna	6	1	0	7
Celkem		25	4	2	31

Tabulka č. 34: Doba zaměstnání peer pracovníků v programu podle typu programu

	Typ programu				
		KC	TP	Jiná	Celkem
Doba	Neomezeně	5	7	1	13
	Omezeně	3	0	0	3
	Jiná	0	2	1	3
Celkem		8	9	2	19

Z celkového počtu odpovědí (N=19) mohou být peer pracovníci v programu nejčastěji zaměstnání neomezeně (13 programů). 3 programy zaměstnávají peer pracovníky omezeně a to na základě stanovení počtu hodin v rámci uzavření dohody o provedení práce, což maximálně představuje 300 hodin ročně. Doba působení peer pracovníka v programu je také stanovena na základě individuálního kontraktu mezi programem a peer pracovníkem.

Tabulka č. 35: Odměňování peer pracovníků podle typu programu

		Typ programu			
		KC	TP	Jiná	Celkem
Odměna	Hotovost	6	5	1	12
	Materiální	2	4	1	7
	Bankovní účet	1	1	0	2
	Bez odměny	0	1	1	2
	Jiná	0	2	0	2
Celkem		9	13	3	25

12 programů odměňuje peer pracovníky finanční hotovostí. Můžeme se domnívat, že tato forma je pro peer pracovníky nepřijatelnější vzhledem k povaze jejich životního stylu. K druhému nejčastějšímu způsobu odměňování patří materiální odměna, např. v podobě stravy, ošacení, vitamínů, stravenek. To může peer pracovníky motivovat k zapojení do služeb tohoto typu. 2 programy své peer pracovníky neodměňují, z čehož můžeme usuzovat, že peer pracovníci pracují v programu dobrovolně. 2 programy posílají peer pracovníkům jejich finanční odměnu na bankovní účet. V tomto případě se nejspíše jedná o stabilizovanější uživatele. Dva programy uvedly ve vlastní odpovědi, že odměnou pro pracovníka je zvýšení jeho sebevědomí ve smyslu seberealizace a dále možnost aktivní účasti na konferenci či na společné zábavně sportovní akci pořádané pracovníky programu. Otázku zodpovědělo 19 programů, které měly možnost odpovědět více variantami.

Tabulka č. 36: Odměňování peer pracovníků podle pracovní náplně

		Odměna				
		Hotovost	Materiální	Bankovní účet	Bez odměny	Celkem
Náplň práce	Distribuce	7	3	0	1	11
	Nakontaktování	7	2	1	1	11
	Poradenství	5	1	2	0	8
	Vzdělávání	4	2	2	1	9
	Sběr	8	4	0	1	13
	Odesílání	6	1	0	0	7
Celkem		37	13	5	4	59

Nejčastěji jsou peer pracovníci odměňováni jak formou finanční hotovosti, tak i formou materiální za sběr použitých injekčních stříkaček. Finanční hotovost i materiální

odměna se peer pracovníkům vyplácí za distribuci injekčních stříkaček a ostatního HR materiálu a nakontaktování skryté a nejvíce ohrožené populace uživatelů drog. Za nakontaktování skryté a nejvíce ohrožené populace uživatelů drog, poskytování základního zdravotního a sociálního poradenství ostatním uživatelům drog a za vzdělávání, trénink v přístupu HR a nácvik bezpečného chování mezi ostatními uživateli drog jsou peer pracovníci odměňováni zasláním finančních prostředků na bankovní účet. Bez odměny jsou ti peer pracovníci, kteří distribuují HR materiál, nakontaktovávají skrytou populaci uživatelů drog, vzdělávají ostatní uživatele a sbírají použitý injekční materiál.

Tabulka č. 37: Základní kritéria výběru budoucího peer pracovníka podle typu programu

	Typ programu				
Kritéria		KC	TP	Jiná	Celkem
	Aktivní IDU	6	5	1	12
	Exuser	2	2	0	4
	Stabilizovaný klient	0	4	1	5
	IDU neuvažující o abstinenci	4	3	1	8
	Jiná	2	0	0	2
Celkem		14	14	3	31

Pokud se chce stát uživatel drog peer pracovníkem, měl by být nejčastěji aktivním problémovým uživatelem drog. 8 programů při výběru budoucího peer pracovníka zvolí aktivního problémového uživatele drog, který neuvažuje o abstinenci. Stabilizovaného klienta, např. v substituční léčbě, jiné ambulantní léčbě nebo na stabilní dávce drogy, vybere pro výkon peer služeb 5 programů. 4 programy by si zvolily bývalého uživatele drog, tzv. exusera. Dalším kritériem pro výběr peer pracovníka je uživatel, který je v kontaktu se službou a je dlouhodobě nezaměstnaný nebo uživatel, který přijde ve stanovený termín a čas na nábor nových pracovníků. Na otázku odpovědělo 20 respondentů, kteří měli na výběr z více možných odpovědí.

10.4. Pozitiva a negativa zapojování uživatelů drog do služeb

Součástí výzkumu bylo zjišťování názoru samotných pracovníků nízkoprahových služeb na výhody a nevýhody zapojování aktivních nebo bývalých uživatelů drog do těchto služeb.

Tabulka č. 38: Pozitiva zapojování uživatelů drog do nízkoprahových služeb

	Typ programu				
		KC	TP	Jiná	Celkem
Pozitiva	Nakontaktování	4	4	1	9
	Cíle HR	2	1	0	3
	Stabilizace	2	1	1	4
	Zkušenosti	1	1	0	2
Celkem		9	7	2	18

Přínos v zapojování uživatelů drog spatřují nejčastěji programy v nakontaktování skryté populace nedostupných nebo nejvíce ohrožených uživatelů drog, kteří z určitých důvodů nenavštěvují nízkoprahové ani jiné služby a ke kterým normální pracovníci kontaktních center nebo terénních programů nemají tak snadný přístup. Za pomoci peer pracovníků mohou těmto uživatelům poskytovat základní HR materiál, informace a poradenství nebo zprostředkovat kontakt se službou. Jako další pozitivum vidí programy v sociální stabilizaci peer pracovníků. 3 programy pomocí peer pracovníků naplňují cíle harm reduction a public health. 2 programy využívají zkušenosti peer pracovníků a pro tým programu představují obohacující přínos.

Tabulka č. 39: Negativa zapojování uživatelů drog do nízkoprahových služeb podle typu programu

	Typ programu				
		KC	TP	Jiná	Celkem
Negativa	Riziko	1	1	0	2
	Nejasné hranice	2	0	0	2
	Dodržování hranic	1	2	0	3
	Nespolehlivost	2	2	0	4
	Fixace	1	1	0	2
	Legislativa	0	1	0	1
	Sociální podmínky	0	0	1	1
Celkem		7	7	1	15

V případě negativních stránek týkajících se zapojení uživatelů drog do nízkoprahových služeb již nebyly programy tak jednotné. Nejvíce si respondenti stěžovali na nespolehlivost peer pracovníků a rizika, která s výkonem peer práce souvisejí a to zejména pro bývalé uživatele drog. Nejasné hranice mezi peer

pracovníkem jako klientem a skutečným pracovníkem programu vidí programy jako další negativum. Na veřejnosti se tento rozdíl může stírat a tím vznikat mylná představa o tom, kdo je klient a kdo pracovník a pro službu to může mít z pohledu veřejnosti negativní dopad. Peer pracovníci mívají také problémy s dodržováním hranic vůči stálým pracovníkům programu i vůči ostatním klientům. Mezi další negativa patří:

- Fixace na program nebo bránění dalšímu vývoji klienta.
- Nevyhovující sociální podmínky uživatele (život na ulici).
- Legislativní problémy zaměstnávání uživatelů drog, kteří pracují pod vlivem drog, nejsou-li v substituční léčbě.

10.5. Validita dat

Validita dat byla zajištěna na základě dotazníkového šetření kvantitativní metodou, kterou jsme zvolili vzhledem k vysokému počtu respondentů a zajištění určité standardizace. Respondenti představovali pracovníky nízkoprahových programů, kteří jsou odborníky v drogové oblasti. Silná standardizace sice vede k redukci informací, ale té jsme se snažili předejít formou otevřených a polotevřených otázek v dotazníku, které umožňovaly respondentům popsat jejich mínění. Abychom dodržely standardizaci, byly tyto otázky rovněž kvantifikovány.

10.6. Limity a výzkumná omezení

Sběr dat probíhal formou dotazníkového šetření, který byl rozeslán v elektronické podobě všem nízkoprahovým programům v České republice. Bohužel však na dotazník neodpověděly všechny programy, což považujeme za jeden z limitů práce, který mohl ovlivnit výsledky dat a přispět tak ke zkreslení zkoumané problematiky. Jako další limit práce spatřujeme zejména ve vnímání terminologie samotnými respondenty, která je, jak vyplynulo z výzkumu, nestejnorodá. Z tohoto důvodu bychom navrhovali provést další zkoumaní této problematiky formou kvalitativní metodologie, aby se zjistily a sjednotily případné nejasnosti ve vnímání a definování určitých pojmů a tím se zpřesnily i výsledky výzkumu. Zpětně považujeme za limit práce také některé otázky v dotazníku, které pro dotazování nebyly nutné a respondenty mohly zatěžovat. Naopak jsme mohli zjišťovat více informací týkajících se zapojování klientů v rámci dalších služeb jako např. komunikace s veřejností, policií, politiky apod.. To však může být dalším předmětem zkoumání.

11. Diskuze

V této části práce shrnujeme a interpretujeme získané výsledky z praktické části. Ty rovněž porovnáváme se současným stavem a poznatky, které jsme popisovali v teoretické části, a které jsou k dispozici zejména v rámci zahraniční literatury. Jak jsme již v úvodu zmínili, komplexní data o této problematice v České republice prakticky neexistují.

Metoda peer work se obecně začala používat v 50. letech 20. století v Americe. K uživatelům drog pronikla o něco později. Její počátky lze spatřovat v rámci organizací uživatelů drog fungujících na základě svépomoci, které se začaly formovat v 70. letech 20. století v rámci Evropy a pak dále i mimo ni. V České republice se o této metodě začalo mluvit v souvislosti se vznikem peer programů, které zahrnují uživatele drog do nízkoprahových služeb. Tyto programy se začaly utvářet v 90. letech 20. století. Některé z nich fungují dodnes, některé fungovaly jen určitou dobu. Každopádně metoda peer work a peer programy v nízkoprahových službách pro uživatele drog se v České republice realizují i nyní. Peer programy i samotná metoda peer work a jejich rozšiřování vzhledem k počtu uživatelů drog a nízkoprahových služeb v harm reduction oproti jiným zahraničním zemím v České republice stále zaostávají. Jsou zde mezery a nedostatky v jejím používání, což může plynout i z nejednotnosti a obecného zakotvení a definování této metody.

Podobně je to i s organizacemi uživatelů drog, které v České republice neexistují. Z důvodu absence těchto organizací v České republice bychom do budoucna navrhovali toto téma zpracovat v rámci dalšího výzkumu. Zde se můžeme pouze zamyslet, proč v České republice tyto organizace a zapojování uživatelů drog do veřejného života neexistují. Jeden z důvodů může být dán historickou, politickou a sociální situací a zkušeností před rokem 1989. Tehdy jakékoliv aktivity v této oblasti byly přehlíženy, potlačovány a trestány, protože užívání drog a problémy s tím spojené v té době oficiálně neexistovaly. Dalším důvodem mohou být samotní uživatelé, kteří nevyvíjejí tímto směrem žádné aktivity, jako je tomu v jiných státech. Lze se domnívat, že jim současný systém péče vyhovuje, a proto nemají potřebu se ve zmíněných činnostech angažovat.

V současné době má metoda peer work v České republice v nízkoprahových programech pro uživatele drog určité zastoupení. Vzhledem k rostoucímu počtu problémových uživatelů drog, kterých je na základě prevalenčních odhadů přibližně

41,3 tisíc, z toho injekčních problémových uživatelů drog okolo 38,7 tisíc (Mravčík et al., 2013) by mohla být metoda peer work a s tím spojené zapojení uživatelů drog do služeb více využívána. V adiktologických službách by se o ní mělo více mluvit a rozšiřovat ji. V této souvislosti Gabrhelík a Miovský (2004, s. 32) uvádějí, že „stále není zcela využita spolupráce starších nebo zkušenějších klientů, kteří jsou pro ty mladší mnohdy přirozenou autoritou, mohou je naučit, jak si dávat pozor, jak brát čisté atp.. „

Respondenti chápou pojem peer work převážně jednostranně. Na druhou stranu však terminologii z této oblasti vnímají rozdílně a nejednotně. Metodu popisují zejména jako práci vrstevníků, uživatelů drog, pro ostatní uživatele drog. Nikdo z respondentů neuvažuje o pojmu peer work jako o metodě, která angažuje klienty v rámci sociální a politické oblasti, což se odráží i v činnostech peer programů. Uživatelé drog nejsou zapojováni do spolupráce s širší veřejností, policií, nezasahují např. do koncepcí politik, nejsou zapojováni do vedení peer programů. Peer work se tedy v České republice nedotýká těchto zmíněných oblastí, které jsou v zahraničí přirozenou součástí této metody a do kterých jsou uživatelé drog zapojováni. Z toho lze vyvodit domněnku, že uživatelé nejsou bráni jako rovnocenní partneři, kteří by byli schopni tyto činnosti plnohodnotně zastávat a jednat v zájmu organizací, uživatelů, společnosti. Důvodů však může existovat více a lze tuto oblast považovat za další možnost zkoumání.

Mezi hlavní oblasti, kterými se zahraniční peer programy zabývají je nakontaktování uživatelů drog nevyužívající nízkoprahové programy, příliv nových klientů do služeb, šíření zdravotních informací a poradenství spojených s užíváním drog (hepatitidy, HIV, bezpečná aplikace drog apod.) v rámci sítí uživatelů drog (Malin et al., 2007). Z pohledu České republiky, na základě získaných dat, je situace prakticky totožná. Peer programy využívají peer pracovníky zejména k nakontaktování skryté a nejvíce ohrožené populace uživatelů drog, sběru injekčních stříkaček a ostatního HR materiálu, distribuci nových injekčních stříkaček a ostatního HR materiálu. To jsou nejčastěji zastoupené činnosti vykonávané peer pracovníky v českých peer programech.

Zahraniční literatura velmi často poukazuje a zdůrazňuje vliv peer programů a peer pracovníků v oblasti zdraví a prevence jak u samotných uživatelů, tak i u veřejnosti. Peer programy se považují za jeden z velmi dobrých způsobů jak podporovat zdraví a jeho prevenci (AIVL, 2006). Na základě získaných odpovědí, lze usuzovat, že zdravotní poradenství, vzdělávání, trénink v přístupu HR a nácvik bezpečného chování mezi ostatními uživateli drog poskytují i peer programy v České

republice. Tyto intervence jsou však téměř o polovinu méně vykonávané, než výše zmiňované činnosti, které nad nimi převažují.

Na druhou stranu sekundární výměna (nestrukturovaný program v rámci výměnného programu) patří k nejčastějším způsobům zapojování uživatelů drog do nízkoprahových služeb. V rámci této činnosti vyměňují ostatním uživatelům drog injekční materiál. Mezi tyto uživatele patří jak skrytá a ohrožená populace uživatelů drog, ale také ti, kteří nechtějí (identifikace se službou, obavy, strach z prozrazení) nebo nemohou (časové, zdravotní důvody) být v kontaktu s nízkoprahovými službami. Tato forma distribuce HR materiálu stála také u zrodu peer programů a zapojení uživatelů drog do služeb. Samotní uživatelé drog představovali způsob, jakým se HR materiál dostával k ostatním uživatelům. Ve výzkumu se tato skutečnost také potvrdila, kdy peer programy byly ze 67% celkových odpovědí zrealizovány právě na základě poptávky samotných uživatelů drog. Mnoho programů realizuje prostřednictvím svých klientů sekundární výměnu, ale jak jsme z výzkumu zjistili, nepovažují to za jednu z forem metody peer work.

V době sběru dat bylo v 7 peer programech zaměstnáno celkem 37 peer pracovníků jak z kontaktních center, tak i z terénních programů. S porovnáním s výzkumem „Využívání Peer workers u terénních programů pro uživatele drog v ČR“ (Škuta, 2009) realizovaným na podzim roku 2009 v rámci terénních programů (59 TP), kterého se všechny oslovené programy zúčastnily, se zjistilo, že v té době peer pracovníky zaměstnávalo 11 programů. Celkem bylo peer pracovníků minimálně 54 a to jen v rámci terénních programů. To představuje přibližně o jednu třetinu více peer pracovníků, než vypovídají naše data. Ty uvádějí, že aktuálně fungujících 7 programů zaměstnává celkem 37 peer pracovníků ze všech nízkoprahových programů pro uživatele drog. V úvahu musíme vzít skutečnost, že podle Výroční zprávy za rok 2011 bylo certifikovaných terénních programů 50, z čehož dotazník vyplnilo 21 terénních programů, což je necelá polovina všech terénních programů v ČR. Kontaktních center bylo 49, z nichž dotazník vyplnilo 24 a dále se na vyplňování dotazníků podílelo 5 kontaktních center s terénními programy a 1 samostatně fungující program. V našem případě musíme brát také v potaz počet non-respondentů, kteří se na výzkumu nepodíleli a kterých bylo dohromady 48, což mohlo přispět k ovlivnění získaného výsledku výzkumu.

V rámci výše zmiňovaného výzkumu byly zjišťovány také důvody nevyužívání indigenních terénních pracovníků při práci na drogové scéně. V naší práci jsme

respondentům položili obdobnou otázku. Výzkumem se potvrdilo, že k nezapojování uživatelů drog do služeb dochází nejčastěji z důvodu nedostatku finančních prostředků. To může souviset i s aktuální situací spojenou s nedostatečným financováním drogových služeb obecně. Je zde otázkou, zda právě peer programy nejsou levnější variantou v době nedostatečného finančního zajištění běžného provozu programu a z jakých důvodů respondenti tímto způsobem odpovídali. Mezi další důvody vedoucí k neposkytování peer služeb uvedli respondenti kompetence uživatelů a nedostatek stálých pracovníků programu. Lze shrnout, že v tomto bodu se situace nijak výrazně nezměnila a důvody k nerealizaci či nerozšiřování peer služeb v nízkorahových programech jsou v České republice stále stejné.

Peer programy pro uživatele drog v České republice v 72% uvádějí jako hlavní cíl jejich působení rozšiřování harm reduction služeb mezi rizikovou populaci uživatelů drog a v 61% nakontaktování skryté populace mezi uživateli drog. V rámci peer programů je peer pracovníkům nejčastěji poskytováno vzdělávání a trénink v oblasti HR (14 programů). To nasvědčuje skutečnosti, že peer pracovníci jsou pak lépe a více informováni v této oblasti a své znalosti mohou rozšiřovat mezi ostatní uživatele. Nízkoprahové služby realizující peer programy poskytují peer pracovníkům také pracovní porady (13 programů), individuální poradenství (12 programů) skupinové supervize (4 programy) a hygienický (6 programů) a potravinový servis (7 programů). Programy pro své financování využívají zejména státních dotací a realizují se nejčastěji v rámci kontaktních center.

Madden (2006) uvádí, že peer pracovníkem by se měl stát ten, který má zkušenosti a znalosti s drogovým prostředím, tzn. s užíváním drog, závislostí na nich, léčbou předávkování apod., a který disponuje dovednostmi potřebnými k výkonu peer práce a je ochoten tyto dovednosti a znalosti uplatnit v rámci harm reduction. Není však podmínkou, aby peer pracovník sdílel všechny charakteristiky dané skupiny, se kterou pracuje. Dowsett et al. (1999) zjistil od samotných uživatelů drog protichůdné názory týkající se toho, kdo by se měl stát peer pracovníkem, zda aktivní nebo bývalý uživatel drog. Stejné zjištění uvádí i Gabrhelík a Miovský (2009), kteří popisují výpověď uživatele, který říká, že se peerem nemůže stát každý aktivní uživatel drog, že jeho výběr je velmi důležitý. Na výběr peer pracovníka, jak v peer programu tak i v rámci zapojení do metody peer work respondenti z našeho výzkumu nahlížejí převážně jednotně. V případě zapojení uživatele drog do metody peer work zapojuje 16 programů aktivní uživatele drog. U peer programů představují cílovou skupinu pro 16 programů

aktivní uživatele nelegálních drog, z toho 4 programy považují za svoji cílovou skupinu aktivní uživatele legálních drog. K základním kritériím výběru budoucího pracovníka peer programu rovněž respondenti uvedli zejména aktivního uživatele drog. Peer pracovníka lze tedy na základě získaných výsledků charakterizovat jako aktivního uživatele nelegálních drog, který nejčastěji v rámci peer programu pracuje na uzavřené drogové scéně, kde vykonává sběr použitých injekčních stříkaček a nakontaktovává skrytou populaci uživatelů drog. Za svoji práci je odměňován nejčastěji finanční hotovostí.

Zapojení uživatelů drog do služeb má svá pozitiva i negativa, která si uvědomují i samotní respondenti výzkumu. Některé výhody zapojení uživatelů drog se překrývají i s těmi, které jsou uváděny zahraničními zdroji, např. stabilizace klienta, nakontaktování skryté populace, zkušenosti, které mohou peer pracovníci předávat nejenom samotným uživatelům drog, ale také pracovníkům nízkoprahových programů.

12. Závěr

Cílem této práce bylo zejména popsat a vymezit metodu peer work a zmapovat její využívání v nízkoprahových programech pro uživatele drog na území České republiky.

V úvodu teoretické části práce jsme vymezili základní pojmy související s metodou peer work. Samotnému pojmu peer work jsme se věnovali v jednotlivých kapitolách, kde jsme se zmínili o jejím vzniku v oblasti školství, zdravotnictví a v oblasti drog. Uvedli jsme základní principy metody a způsoby, jakým se může realizovat. Dále jsme pak popsali její význam a výhody související se zapojením vrstevníků daných skupin. Zabývali jsme se organizacemi uživatelů drog fungujícími na principu svépomoci a využívajícími prvků metody peer work. Vzhledem k tomu, že tyto organizace v České republice nefungují, charakterizovali jsme je z evropského i mimoevropského pohledu, kde se realizují již řadu let. Z českého pohledu jsme se zabývali svépomocnými aktivitami v oblasti legálních i nelegálních drog, jejich vznikem, vývojem a současnou situací. Poslední kapitola teorie je věnována terénní práci, zejména mezi uživateli drog, kterou jsme sledovali i v praktické části práce.

V praktické části jsme zkoumali u kontaktních center a terénních programů využívání metody peer work. Výzkumný soubor tvořil celkem 51 nízkoprahových programů z České republiky (24 kontaktních center, 21 terénních programů, 5 kontaktních center s terénními programy a 1 samostatně fungující program FIXPOINT). 25 programů, tj. 49% (14 KC, 8 TP, 2 KC s TP a FIXPOINT) má zkušenosti se zapojováním uživatelů drog do svých služeb. Zkušenost se zaměstnáváním uživatelů drog uvádí necelá třetina vzorku 18% (3 KC, 3 TP, 3 KC s TP). Více zkušeností se zapojováním klientů do služeb, s tzv. metodou peer work mají kontaktní centra. Všechny programy do svých služeb zapojují nejčastěji aktivní uživatele drog (73%), především uživatele nelegálních drog. V rámci tohoto zapojení nízkoprahové programy označují aktivní uživatele drog za externí terénní pracovníky, kteří jsou nejčastěji zapojeni do sekundární výměny a to u 12 programů (5 KC, 6 TP, 1 KC s TP). V 8 případech uživatelé pracují jako kontaktní nebo terénní pracovníci programu,

7 programů zapojuje uživatele do peer programů. V ostatních případech se jedná o zapojení uživatelů v rámci dalších služeb programu. 23 programů z celkových 51

uvedlo, že se metodou peer work nezabývá z finančních důvodů, kdy na realizaci této metody nemají dostatek finančních prostředků.

Dotazník zkoumal také jednu z forem metody peer work a to realizování peer programů nízkoprahovými službami. Z celkového souboru má s těmito programy zkušenost 22 respondentů, kteří peer programy zavedli na základě poptávky samotných uživatelů drog, tedy klientů nízkoprahových zařízení. K hlavním cílům peer programů patří zejména rozšiřování HR služeb mezi rizikovou populaci uživatelů drog a nakontaktování skryté populace mezi uživateli. V rámci peer programů mohou peer pracovníci využívat individuálního poradenství, skupinové supervize, vzdělávání a trénink, hygienický a potravinový servis. Pracovní porady tvoří nedílnou součást peer programů.

Aktuálně je v 7 peer programech zaměstnáno celkem 37 peer pracovníků, kteří vykonávají sběr injekčních stříkaček, nakontaktovávají skryté uživatele drog, distribuují jim i ostatním uživatelům drog HR materiál, stejně tak jako provádějí základní zdravotní a sociální poradenství, vzdělávají ostatní uživatele v bezpečnější aplikaci drog a odesílají je do dalších služeb. Peer pracovníci jsou za svoji práci v peer programech odměňováni finančně (14 programů) i materiálně (7 programů) nebo svoji účast v programu nemají nijak finančně ani materiálně ohodnocenou (2 programy).

Přínosem této práce je zjištění, že metoda peer work je u nízkoprahových služeb určitým způsobem realizována, ale v omezené míře. Existuje několik možností jak tuto metodu ještě dále rozvíjet a využívat ji i vzhledem k vzrůstajícímu počtu uživatelů drog. Proto by metoda peer work neměla být opomíjena a mělo by se jí věnovat více pozornosti. Peer work by se měla stát součástí všech nízkoprahových programů pro uživatele drog, kterým by byla nápomocná v jejich fungování a provozu. V současné době, kdy dochází často k odlivu a nedostatku finančních prostředků z adiktologických služeb by metoda peer work mohla představovat jeden ze způsobů jak efektivně využívat klienty těchto služeb k jejich prospěchu a k prospěchu nejen nízkoprahových zařízení a tím, např. snížit náklady na jejich provoz. Uživatelé drog by se měli také více podílet na zapojování do veřejného života a ovlivnit tím tak negativní pohled a postoj veřejnosti vůči nim a současně svojí iniciativou přispět ke zlepšení situace a podmínek (sociálních, politických, apod.) této skupiny.

Seznam použité literatury

AIVL. (2006). Framework for peer education by drug-user organisations. Canberera: Australian Injecting & Illicit Drug Users League.

Anker, J., Asmussen, V., Kouvonen, P., & Tops, D. (2008). Drug users and spaces for legitimate action. In Foundation Regenboog AMOC: Empowerment and Self-Organisations of Drug Users: Experiences and lessons learn. Chapter 2. Netherlands: Foundation Regenboog AMOC.

Betteridge G., Jurgnes R., Laticevschi, D., Lines, R., Nelles, J., & Stover H. (2006). Výměna jehel ve věznicích. Poznatky z komplexního přehledu mezinárodních údajů a zkušeností. Praha: Úřad vlády České republiky.

Borges, M., et al. (2011). Working First: An Experience of Reintegration of Drug Users as Peer Workers in Portugal. Correlation Conference 2011. Ljubljana, Slovenia. Staženo 2013-10-11 www.apdes.pt

CEKAS. (2010). Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách (Standardy služeb pro uživatele drog). CEKAS, o. p. s.. Staženo 2013-12-01 http://www.cekas.cz/content/standardy-odborne-zpusobilosti-obecne-0

Correlation Network. (2009). Europe program Correlation II. Staženo 2013-11-01 http://www.correlation-net.org/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=11

Curtis, M. (2003). "Drug User Community Organizing in Harm Reduction and the War on Drugs". War on Drugs, HIV/AIDS and Human Rights, ed. Kasia Malinowska-Sempruch and Sarah Gallagher. IDEA, 2004.

Čablová, L. (2012). Svépomocné skupiny. Adiktologie, (12)2, 161-163.

Dowsett, W., Turney, L., Woolcock, G., Rance, A., & Thomson, N. (1999). Peer education – who is peer? Hepatitis C Prevention Education for Injecting Drug Users in Australia. Staženo 2013-05-25 http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/46CCB33C239077AFCA2570A7000D8AEC/$File/hepc-idu.pdf

Externí terénní portál. (2011). Staženo 2013-09-09 http://www.xtp.cz/?page_id=388

Friedman, S. R. (2010). Drug users are public health allit and potential social allit. NDRI. [PowerPoint slides]. New York. Staženo 2013- 05 -06 http://www.urbandrugpolicy.com/cz/catalogue/list/6/

Friedman, S. R. (2008). Theoretical bases for understanding drug users organisations. Staženo 2013-10-19 http://www.drugtext.org/Self-help-peer-support-andoutreach/theoretical-bases-for-understanding-drug-users- organisations.html

Gabrhelík, R., & Miovský, M. (2009). History of Self-Help and „Quasi-Self-Help“ Groups in the Czech Republic: Development and Current Situation in the Institutional Context of Drug Services. Journal of Groups in Addiction and Recovery, 4:3, 137 – 158. Staženo 2013-08-12 http://dx.doi.org/10.1080/15560350903038718

Herzog, A., & Laurentová, H. (2012). Stabilizace za peníze. SANANIM o.s. [PowerPoint slides]. Staženo 2013-04-09 http://www.at-konference.cz/archiv/rocnik-2012/.

Herzog, A., & Termer, A. (2012). Časopis Dekontaminace: Informační a vzdělávací médium pro uživatele drog. Adiktologie, 10(3), 174-179.

Holcnerová (Vondráčková), P., & Vacek, J. (2010). Využití internetu v léčbě abúzu a syndromu závislosti na alkoholu. Adiktologie, (10)2. 110 – 117.

Hrdina, P., & Korčišová, B. (2003). Terénní programy. In: K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup (s. 159-164). Praha: Úřad vlády České republiky.

Hrdina, P., & Staníček, J. (2002). Východiska a principy terénních programů pro uživatele drog. Bulletin pro sociální prevenci, pomoc a intervenci Éthum č. 34/2002. Praha: Sdružení pro sociální prevenci a pedagogiku Éthum.

Charvát, M., & Gabrhelík, R. (2004). Analýza potřeb klientů nízkoprahových služeb ve Středočeském kraji. Závěrečná zpráva č. 3 projektu Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji. NTI – consulting, s.r.o., Liberec.

INPUD. (n. d.). Inpuds International Diaries. About INPUD. Staženo 2013-10-15 http://inpud.wordpress.com/about/

Kalina, K. et al. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: Úřad vlády České republiky. Staženo 2013-10-08 http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu

Kalina, K., & Vobořil, J. (2003). Svépomocné programy. In: K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup (s. 84-87). Praha: Úřad vlády České republiky.

Kohoutek, R. (2013). Slovník cizích slov. Staženo 2013-10-05 http://slovník-cizich-slov.abz.cz

Kools, J. P. (2011). Peer involvement. Correlation Network/Trimbos Instituut. Staženo 2013-09-15 http://www.peerinvolvement.eu/

Kools, J. P. (n. d.). Peer work: principles, practice and opportunities [PowerPoint slides]. Trimbos Institut.

Langerová, I. (2011). Organizace uživatelů drog v ČR a ve světě. Bakalářská práce. Praha: Karlova univerzita, 1. lékařská fakulta.

Madden, A. (2013). Important of peer-based services and needle and syringe programs (NSP) [PowerPoint slides]. Australian Injecting and Illicit Drug Users League (AIVL). Staženo 2013-05-13

http://www.aivl.org.au/database/sites/default/files/resources/Importance%20of%20Peer-based%20Services%20%26%20NSP%20-%20A%20Madden.pdf.

Malin, K. et al. (2007). Peer training in a multicultural environment. Amsterdam: Correlation Network.

Matoušek, O. (2001). Základy sociální práce. Praha: Portál.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L. et al. (2012). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L. et al. (2013). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012. Praha: Úřad vlády České republiky.

Nechanická, K. (2013). Analýza vybraných Harm reduction peerwork programů v České republice. Bakalářská práce. Praha: Karlova univerzita, 1. lékařská fakulta.

Nešpor, K. (2011). Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál.

NMS. (2003-2006). Závislí na drogách mají svůj časopis. Staženo 2013-08-14 http://txt.www.drogy-info.cz/index.php/info/monitor/domaci_media/2003/vyber_z_domaciho_tisku_2003_05_27_27_kvetna_2003#33996

Pompidou. (2009). Drug user participation and European cities, Coop, 8/2009.

Popov, P. (2008). Spravedlivý jako palma kvést bude. Jaroslav Skála – zakladatel české adiktologie. Zaostřeno na drogy (6)1, 4-6. Praha: Úřad vlády České republiky.

Reekers, J. (2012). Global Drug User Magazines. Adiktologie, (12)1, 62-67.

Reichel, J. (2009). Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada Publishing, a.s.

Rhodes, T. (1999). Terénní práce s uživateli drog: Zásady a praxe. Boskovice: Albert.

Řezníčková, P. (2003). Drogově závislý mají svůj vlastní časopis. Staženo 2013-08-25 http://www.drogy-info.cz/index.php/info/monitor/domaci_media/2003/vyber_z_domaciho_tisku_2003_05_29_29_kvetna_2003_1_cast#

Schiffer, K. (2010). Peer work and peer involvement in Europe – peer –fect practices from a grassroot perspective [PowerPoint slides]. Correlation Network. Staženo 2013-08-04 http://www.urbandrugpolicy.com/cz/catalogue/list/6/

Skácelová, L. (2003). Vrstevnické skupiny, peer programy. In: K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup (s. 307-310). Praha: Úřad vlády České republiky.

Svenson, G. R. et al. (2003). Doporučení Evropské unie pro peer výchovu v prevenci HIV/AIDS. Liberec: Geoprint.

Swedish Drug Users Union. (2009). Vancouver Declaration – The birth of INPUD – 30/4 2006. Staženo 2013-10-24 http://www.svenskabrukarforeningen.se/?q=node/233

Škuta, F. (2009). Výzkum využívání „Peer workers“ u terénních programů pro uživatele drog v ČR. SANANIM, o.s.

UN Interagency Group on Young Peoples Helath. (2003). Peer education. Training of Trainers manual. Youht Peer Education Electronic Resourse. Staženo 2013-09-10 www.tigweb.org/action.../Peer%20education.pdf

Vít, B. (2006). Historie Anonymních alkoholiků (AA) v České republice. Osmdesátá léta až 2006. Anonymní alkoholici. Staženo 2013-09-20 http://www.anonymnialkoholici.cz/o-nas/historie-cr.html

Vancouver Declaration – The birth of INPUD – 30/4 2006. (2009). Staženo 2013-09-24 www.svenskabrunkarforeningen.se

Vandebelt, D. (2013). Who is a peer worker? Region of Waterloo Public health. Staženo 2013-07-15 http://chd.region.waterloo.on.ca/en/partnersProfessionals/peerworker.asp

Vymětal, J. (2010). Úvod do psychoterapie. 3. aktualizované vydání a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing.

WHO. (2007). Guide to starting and managing needle and syringe programmes, Retrieved August 8, 2011 (str.16). Staženo 2013-09-09 http://www.who.int/hiv/idu/Guide_to_Starting_and_Managing_NSP.pdf.

Přílohy

1. Seznam organizací, které souhlasily s uvedením svého jména a podílely se na realizaci praktické části diplomové práce

Agarta, o.s.
Cppt, o.p.s., Plzeň
Diecézní charita Brno, Oblastní charita Břeclav
Drop in, o.p.s.
Kolpingovo dílo ČR, o.s. - Spektrum
Kotec, o.s.
Magdaléna, o.p.s.
Meta, o.s.
Most k naději
Občanské sdružení Drog Out klub
Oblastní charita Kroměříž
Open house
Os ččk Litoměřice
Prevent, o.s.
Progressive, o.s.
Prostor, o.s.
Renarkon, o.p.s.
Sananim, o.s.
Sdružení Podané ruce, o.s.
White Light, o.s.

2. Dotazník

Peer work v nízkoprahových službách pro uživatele drog v České republice

I. Základní data

1) Název organizace:

2) Typ programu:

- Kontaktní centrum
- Terénní program
- Jiný, uveďte:

3) Celkový počet klientů daného programu za rok 2012:

4) Počet pracovních úvazků daného programu za rok 2012:

5) Program souhlasí s uvedením svého jména/organizace v diplomové práci:

- Ano
- Ne

6) Má program zkušenost (současnou či minulou) se zapojováním aktivních či bývalých uživatelů drog do svých služeb, s tzv. peer workem, tj. jakékoliv zapojování uživatelů do chodu programu, např. v rámci výměnného programu, vzdělávání a poskytování informací ostatním uživatelům apod.?

- Ano
- Ne

7) Má program zkušenost (současnou či minulou) se zaměstnáváním uživatelů drog, s tzv peer programem pro uživatele drog?

- Ano
- Ne

Pokud jste odpověděli na otázku č. 6 nebo 7 „Ano“, pokračujte otázkou č. 8 a následujícími.
Pokud jste odpověděli na otázku č. 6 nebo 7 „Ne“, pokračujte otázkou č. 8 a pak až otázkou č. 14.

II. Charakteristika a vymezení peer work

8) Jak rozumíte pojmu peer work?

9) Jak definujete pojem peer work?

10) Jaké uživatele v rámci peer worku zapojujete?

- Aktivní
- Bývalé
- Aktivní i bývalé
- Jiné, uveďte jaké:

11) Jakým způsobem uživatele zapojujete?

- Zaměstnávání bývalého uživatele jako terénního/kontaktního pracovníka
- Realizace peer programu pro aktivní uživatele (tzv. externí terénní pracovník s nárokem na odměnu za práci)
- Spolupráce s uživatelem v oblasti sekundární výměny (distribuce injekčního materiálu mezi ostatní uživatele) bez finanční odměny
- Úklidy pro organizaci, program

- Lobbing
- Obstarávání některých služeb (př. potravinový servis) v rámci programu
- Komunikace s veřejností, policií
- Jiným, uveďte jakým:

12) Jak nazýváte uživatele zapojené do peer služeb?

13) Podílejí se aktivní či bývalí uživatelé na jiných aktivitách, např. v rámci místní samosprávy, komunikace s policií apod.?

- Ano (popište aktivitu)
- Ne

14) Pokud nerealizujete nebo nerozšiřujete stávající aktivity týkající se zapojování uživatelů, z jakého důvodu?

- Nedostatek financí
- Nedostatek informací
- Nedostatek personálu
- Nedostatek prostor
- Pochybnosti o kompetencích uživatelů drog tuto práci vykonávat
- Doposud jsme o této možnosti nepřemýšleli
- Jiné, uveďte jaké:

Pokud nerealizujete jakékoliv zapojení uživatelů do služeb, vyplňování dotazníku pro Vás tímto končí. Děkuji za vyplnění.

III. Charakteristika a vymezení peer programu

15) Jaký byl důvod zavedení peer programu?

- Zkušenosti ze zahraničí
- Poptávka samotných uživatelů drog
- Nedostatek financí na mzdy stálých pracovníků
- Jiný, uveďte jaký:

16) Doba trvání peer programu: od (měsíc, rok)

do (měsíc, rok)

17) Mezi hlavní cíle vašeho peer programu patří?

- Rozšíření HR služeb mezi rizikovou populaci uživatelů drog
- Zlepšování situace na drogové scéně
- Nakontaktování skryté populace mezi uživateli drog
- Zplnomocnění a stabilizace peer pracovníků
- Abstinence peer pracovníků
- Zmírnění stigmatu a diskriminace na veřejnosti
- Poskytování základních HR informací a materiálu ostatním uživatelům prostřednictvím peer pracovníků
- Jiné, uveďte jaké:

18) V rámci peer programu je peer pracovníkovi poskytováno?

- Individuální poradenství
- Pracovní porady
- Vzdělávání a trénink
- Skupinové supervize

- Hygienický servis (sprcha, ošacení apod.)
- Potravinový servis
- Jiné, uveďte co:

19) Kolik pracovníků programu se podílí na realizaci peer programu?

- 1
- 2
- 3
- 4 a vice

20) Jaký je celkový rozsah úvazku stálých pracovníků programu podílejících se na peer programu?

21) Jakým způsobem je peer program financován?

- Státní dotace
- Evropské granty
- Sponzorské dary
- Vlastní příjem programu/organizace
- Jiným, uveďte jakým:

22) V rámci jakého programu peer program funguje?

- Kontaktní centrum
- Terénní program
- Samostatně, jako další program organizace

IV. Peer pracovníci

23) Jaká cílová skupina může v peer programu pracovat?

- Aktivní uživatelé nelegálních drog
- Bývalí uživatelé nelegálních drog - exuseři
- Aktivní uživatelé legálních drog
- Bývalí uživatelé legálních drog
- Jiná, uveďte jaká:

24) Jaká je pracovní náplň peer pracovníka?

- Distribuce injekčních stříkaček a ostatního HR materiálu
- Nakontaktování skryté a nejvíce ohrožené populace uživatelů drog
- Poskytování základního zdravotního a sociálního poradenství ostatním uživatelům drog
- Vzdělávání, trénink v přístupu HR a nácvik bezpečného chováni mezi ostatními uživateli drog
- Sběr použitých injekčních stříkaček
- Odesílání ostatních uživatelů drog do dalších služeb
- Jiná, uveďte jaká:

25) Kolik peer pracovníků je aktuálně v peer programu zaměstnáno?

26) Kolik peer pracovníků může být celkem v peer programu zaměstnáno?

27) Je peer pracovník aktivně zapojován do řízení/vedení peer programu (např. spolupodílí se na tvorbě pravidel programu apod.)?

- Ano, uveďte jak:
- Ne

28) Kde peer pracovník v rámci peer programu vykonává svojí práci v/na?

- Kontaktní centrum
- Terénní program
- Drogové byty, squaty
- Otevřená drogová scéna
- Jinde, uveďte kde:

29) Jak dlouho může být peer pracovník v programu zaměstnán?

- Neomezeně
- Omezeně, uveďte jak dlouho:

30) Jakým způsobem je peer pracovník za svoji práci odměňován?

- Finanční hotovost (peníze na ruku)
- Materiální odměna (strava, ošacení apod.)
- Peníze na běžný účet
- Bez odměny
- Jiným, uveďte jakým:

31) Jaká jsou hlavní kritéria pro výběr budoucího peer pracovníka?

- Aktivní problémový uživatel drog
- Bývalý uživatel drog-exuser
- Stabilizovaný klient (např. v substituční nebo jiné ambulantní léčbě, klient na stabilní dávce)
- Aktivní problémový uživatel drog neuvažující o abstinenci
- Jiná, uveďte jaká:

32) V čem spatřujete největší pozitiva a negativa zapojování uživatelů do nízkoprahových služeb?

Pozitiva:

Negativa:

3. Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Typ programu
Tabulka č. 2: Celkový počet klientů podle typu programu
Tabulka č. 3: Počet pracovních úvazků podle typu programu
Tabulka č. 4: Souhlas programu s uvedením jména podle typu programu
Tabulka č. 5: Zkušenost se zapojováním uživatelů drog do služeb podle typu programu
Tabulka č. 6: Zkušenost se zaměstnáváním uživatelů drog podle typu programu
Tabulka č. 7: Vysvětlení pojmu per work podle typu programu
Tabulka č. 8: Definování pojmu peer work podle typu programu
Tabulka č. 9: Způsob definování pojmu peer work podle typu programu
Tabulka č. 10: Typ uživatelů zapojených do metody peer work podle typu programu
Tabulka č. 11: Způsob zapojování uživatelů drog do služeb podle typu programu
Tabulka č. 12: Způsob zapojování uživatelů drog podle typu uživatelů
Tabulka č. 13: Pojmenování uživatelů drog zapojených do služeb podle typu programu
Tabulka č. 14: Zapojení uživatelů v rámci dalších aktivit podle typu programu
Tabulka č. 15: Důvody k neposkytování nebo nerozšiřování metody peer work podle typu programu
Tabulka č. 16: Důvod zavedení peer programu podle typu programu
Tabulka č. 17:Doba trvání peer programu podle typu programu
Tabulka č. 18: Hlavní cíle peer programu podle typu programu
Tabulka č. 19: Služby poskytované v peer programu podle typu programu
Tabulka č. 20: Poskytované služby v peer programu podle typu uživatelů drog
Tabulka č. 21: Počet stálých pracovníků podílející se na realizaci peer programu podle typu programu
Tabulka č. 22: Celkový rozsah úvazků stálých pracovníků realizujících peer program podle typu programu
Tabulka č. 23: Počet stálých pracovníků podle počtu peer pracovníků
Tabulka č. 24: Financování peer programu podle typu programu
Tabulka č. 25: Místo realizace peer programu podle typu programu
Tabulka č. 26: Cílová skupina pracující v peer programu podle typu programu
Tabulka č. 27: Pracovní náplň peer pracovníků podle typu programu

Tabulka č. 28: Pracovní náplň peer pracovníků podle typu uživatelů
Tabulka č. 29: Aktuální počet peer pracovníků v programu podle typu programu
Tabulka č. 30: Celkový možný počet peer pracovníků v programu podle typu programu
Tabulka č. 31: Aktivní zapojení peer pracovníků do řízení nebo vedení peer programu podle typu programu
Tabulka č. 32: Místo výkonu práce peer pracovníků podle typu programu
Tabulka č. 33: Místo výkonu práce peer pracovníků podle typu uživatelů
Tabulka č. 34: Doba zaměstnání peer pracovníků v programu podle typu programu
Tabulka č. 35: Odměňování peer pracovníků podle typu programu
Tabulka č. 36: Odměňování peer pracovníků podle typu pracovní náplně
Tabulka č. 37: Základní kritéria výběru budoucího peer pracovníka podle typu programu
Tabulka č. 38: Pozitiva zapojování uživatelů drog do nízkoprahových služeb podle typu programu
Tabulka č. 39: Negativa zapojování uživatelů drog do nízkoprahových služeb podle typu programu

4. Seznam zkratek

AA - Anonymní alkoholici

AIVL - Australian Injecting and Illicit Drug Users League

AN - Anonymní narkomané

ASUD - Auto-Support des Usagers des Drougues

DUO - Drug user organisation (organizace uživatelů drog)

ENCOD - European Network for Social inclusion and Health

FNJB - Federation Netherlands Junkie Unions

HR - harm reduction

IDU - Injecting drug user (injekční uživatel drog)

IHRA - International Harm Reduction Association

INPUD - International Network of People Using Drugs

KC - kontaktní centrum

KLUS - Klub lidí usilujících o abstinenci

LD - legální droga

LSD - Landelijk Steunpunt Druggebruikers

MDHG - Medical social service for heroin users

ND - nelegální droga

NGO - Non-Governmental Organisation (nezisková nestátní organizace)

TP - terénní program

UFO - Fórum uživatelů drog

UISCE - Union for Improved Services Communication and Education

XTP - externí terénní program