

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

Terénní sociální práce s uživateli drog

Zkušenosti z praxe v organizaci Drop In o.p.s

Barbora Lahodová

Katedra: Sociální práce

Vedoucí práce: Ing. Jan Dočkal CSc.

Studijní program: B 7508 Sociální práce

Studijní obor: Sociální a pastorační práce

Praha 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Terénní sociální práce s uživateli drog – zkušenosti z praxe v organizaci Drop In o.p.s. napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

Souhlasím s tím, aby práce byla zveřejněna pro účely výzkumu a soukromého studia.

V Praze dne 26.4. 2011

Barbora Lahodová

Bibliografická citace

LAHODOVÁ, Barbora. *Terénní sociální práce s uživateli drog : Zkušenosti z praxe v organizaci Drop In o.p.s* : bakalářská práce. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Evangelická teologická fakulta, 2011. 61 s.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá metodou terénní sociální práce s uživateli drog. Snaží se popsat celkovou metodiku při práci s uživateli drog na ulici a využívá přitom příkladů z praxe terénních sociální pracovníků. Jejím cílem je ukázat, že metoda disponuje kromě výměny injekčních stříkaček ještě řadou dalších možností, jak pracovat s uživateli drog a tím tak snížit následná rizika jejich poškození. První část práce se věnuje obecné problematice drog včetně historie vzniku metody terénní sociální práce. Pozornost věnuje také současné drogové scéně a problematice otevřené drogové scény v Praze. Další část se již podrobněji zabývá metodou terénní sociální práce s uživateli drog a snaží se přiblížit základní principy, podle kterých metoda funguje. Poslední část se věnuje tomu, jak se metoda uplatňuje v praxi a s jakými typy problémů se pracovníci nejčastěji potýkají.

Klíčová slova

Drogová scéna, otevřená drogová scéna, injekční uživatel drog, terénní sociální pracovník, harm reduction, public health, nízkoprahovost

Summary

This thesis deals with a problem of detached social work for drug users. It tries to describe methods of detached social work using examples and experiences of streetworkers. The main aim of the thesis is to prove that besides needle and syringe exchange there are other ways to help drug users and thus reduce health risks and harm.

First part covers the general problems of drug abuse including the history and beginning of the detached social work in Prague. The next part of the thesis deals with the methods of this particular social work in detail, describing the basic principles of the work. The last section deals with the practical application of the methods and it also presents some problems the streetworkers face.

Keywords

Drug scene, open drug scene, injection drug user, detached social worker, harm reduction, public health, low-accessed

Poděkování

Ráda bych na tomto místě vyjádřila svůj dík Ing. Mgr. Janu Dočkalovi za vedení a konzultaci bakalářské práce.

Jeho cenné rady a připomínky pro mě byly velkou pomocí.

OBSAH:

| | |
|--|----|
| Úvod | 7 |
| 1. Historie terénní sociální práce | 10 |
| 1.1. Počátek 20. let a kriminalita mladistvých v USA..... | 10 |
| 1.2. Terénní sociální práce v ČR po roce 1989..... | 12 |
| 2. Současná situace a problematika zneužívání nelegálních drog v ČR | 13 |
| 2.1. Otevřená drogová scéna v Praze..... | 14 |
| 2.2. Současná protidrogová politika v ČR..... | 16 |
| 3. Nejčastěji zneužívané drogy na ulici a jejich zdravotní rizika pro klienty | 18 |
| 3.1. Pervitin..... | 20 |
| 3.2. Heroin..... | 22 |
| 3.3. Subutex..... | 24 |
| 4. Terénní programy pracující s uživateli drog v ČR | 26 |
| 4.1. Nejznámější mimopražské programy..... | 27 |
| 4.2. Pražské programy a jejich charakteristiky..... | 28 |
| 4.3. Terénní program Drop In o.p.s. Streetwork..... | 29 |
| 5. Cílová skupina Terénních programů | 31 |
| 5.1. Specifika uživatelů drog pohybujících se na ulici..... | 32 |
| 5.2. Fáze drogové kariéry klientů v kontextu terénní práce..... | 34 |
| 5.3. Kasuistika klientky terénního programu Drop In o.p.s. | 35 |
| 6. Principy a zásady terénní sociální práce s uživateli drog | 37 |
| 6.1. Princip Public Health – ochrana veřejného zdraví..... | 38 |
| 6.2. Princip Harm reduction..... | 40 |
| 6.3. Nízkoprahovost..... | 42 |
| 6.4. Anonymita..... | 43 |
| 7. Náplň terénní sociální práce s injekčními uživateli drog | 44 |
| 7.1. Výměna injekčních stříkaček a distribuce HR materiálu..... | 45 |
| 7.2. Poradenství..... | 49 |
| 7.3. Zdravotní ošetření a pomoc klientovi v krizi..... | 51 |
| 8. Problematické oblasti terénní sociální práce | 52 |
| 8.1. Dlouhodobá individuální práce s klientem..... | 53 |
| 8.2. Motivace klienta ke změně životního stylu..... | 54 |
| 8.3. Syndrom vyhoření u terénních sociálních pracovníků..... | 55 |
| 8.4. Mezioborová spolupráce a systémové řešení drogového problému..... | 57 |
| Závěr | 58 |
| Použitá literatura | 60 |

ÚVOD

Na úvod bych ráda objasnila, proč jsem si vybrala jako téma bakalářské práce Terénní sociální práci s uživateli drog a zároveň se pokusím charakterizovat, co je jejím cílem. Na začátku roku 2009 jsem začala pracovat jako dobrovolník v organizaci Drop In o.p.s Streetwork, abych se lépe zorientovala v drogové problematice a současně proto, že mě zajímala klientela, se kterou se potkávají pracovníci na ulici. Kvůli personálním změnám v organizaci mi bylo po čase nabídnuto, zda bych nechtěla v organizaci pracovat jako zaměstnanec, čímž jsem se dostala celé problematice ještě blíže. V současné době pracuji v Drop In o.p.s Streetwork 2 roky a během této doby jsem měla možnost dozvědět se mnoho informací ohledně života klientů, jejich problémů a celkového pojetí současné terénní sociální práce s uživateli drog. Když jsem tedy zvažovala, jakým způsobem práci pojmout, připadalo mi zajímavé zkusit popsat téma z pohledu terénního sociálního pracovníka.

Během výkonu práce na ulici přichází terénní pracovníci často do kontaktu s veřejností. Občas jde o setkání přátelské, většinou však lidé na práci terénních pracovníků reagují negativně a s despektem. Na těchto projevech včetně nechápavých reakcí okolí jsem si uvědomila, že veřejnost v podstatě o práci terénního sociálního pracovníka s uživateli drog neví skoro nic. Podle mnohých názorů jsou terénní pracovníci lidé, kteří zdarma rozdávají uživatelům drog injekční materiál, bez většího smyslu. Někteří dokonce o existenci terénní práce nemají nejmenší tušení, přesto že často probíhá přímo před jejich zraky. Mojí snahou bylo psát práci tak, aby bylo jasné, co všechno je součástí terénní práce a k čemu je vlastně činnost terénního pracovníka dobrá. Cílem mé práce je tedy přiblížit metodu terénní sociální práce a ukázat, že nejde pouze o výměnu injekčních stříkaček, ale z pohledu sociálního pracovníka především o práci s klienty, která může být velmi různorodá. V práci se snažím popsat kromě činnosti terénního pracovníka také úskalí, která tato práce zahrnuje a pokusím se najít možnosti řešení.

První část věnuji historii terénní sociální práce. Z hlediska komplexnosti a celkového pochopení role terénního pracovníka mi přišlo zajímavé zmínit okolnosti, za kterých tato metoda ve světě vznikla. Ze samotného vzniku terénní sociální práce je totiž patrné, proč je tato metoda využívána při práci s uživateli drog a jiných rizikových

skupin. V této části práce se zabývám také drogovou problematikou obecně a blíže vysvětluji pojmy jako je drogová scéna nebo problémový uživatel drog. Kapitola pojednávající o problematice drog se z větší části věnuje drogové scéně v Praze, protože množství uživatelů drog je v hlavním městě z celé ČR nejpočetnější a zároveň mám zkušenosti právě odtud. Na závěr kapitoly věnuji pozornost protidrogové politice v ČR, protože její pojetí a následná aplikace v praxi zákonitě ovlivňuje činnost terénních pracovníků. Třetí kapitola se zaměřuje na drogy na ulici a jejich dopad na klienta terénních služeb. Zde se blíže zabývám třemi nejčastěji zneužívanými drogami na ulici, a to je pervitin, heroin a subutex.

Druhá část bakalářské práce se zaměřuje na obecnou charakteristiku terénních programů s uživateli drog a popisuje programy působící v současné době v ČR. Největší prostor však věnuji pražským programům, speciálně pak terénnímu programu Drop In o.p.s. Streetwork. Následující kapitola blíže charakterizuje klienty terénních pracovníků. Snažím se zde popsat typy klientů, kteří využívají služby terénních pracovníků a zároveň i průběh jejich drogové „kariéry“ ve vztahu k terénní sociální práci. V závěru kapitoly přikládám pro lepší představu kasuistiku dívky, která je již přes 2 roky klientkou terénního programu Drop In o.p.s. Streetwork. 6. kapitola se zabývá principy terénní sociální práce, ze kterých vychází praktická činnost pracovníků na ulici. Zabývám se zde pojmy jako je Harm reducion, Public Health, anonymita klientů nebo nízkoprahovost. Tuto kapitolu považuji pro pochopení metody práce za velmi důležitou, snažím se v ní poskytnout i praktické informace, jak pracovníci tyto principy uplatňují v praxi.

Poslední část práce je věnována již samotné náplni práce terénního pracovníka. Hodně prostoru zde věnuji výměně injekčního materiálu jakožto základní činnosti, blíže se věnuji i poradenství, zdravotnímu ošetření nebo pomoci klientovi v krizi. Tato část je psaná výhradně ze zkušeností z praxe, proto v ní nečerpám prakticky z žádné literatury. Poslední kapitola mé práce je pak věnována problematičtým oblastem terénní sociální práce. Zmiňuji se zde o situacích nebo oblastech, které jsou často pro terénní pracovníky náročné a snažím se najít nějaké řešení. Poslední kapitola praktické části se snaží navázat na práci v terénu a rozšířit jí tak o tu část, která je pro terénní pracovníky často zdrojem frustrace nebo pocitu neúspěchu. Jejich možnosti řešení se snažím nalézt v závěru.

Pro lepší orientaci bych ještě chtěla upřesnit některé pojmy, které často používám a mohou být do jisté míry matoucí. V práci libovolně zaměňuji pojmy terénní pracovník a terénní sociální pracovník. Nesnažím se však tímto rozlišit dva typy pracovníků, v obou případech jde o pracovníka se stejnou kvalifikací. Terénní sociální pracovník nebo terénní pracovník, jak se já o něm zmiňuji, je v obou případech osoba splňující předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách podle zákona 108/2006 o sociálních službách. Pokud tedy v některých místech práce píšou o terénním sociálním pracovníkovi, pouze tím chci zdůraznit jeho kompetence v oblasti sociálních služeb.

Dále bych ráda upřesnila pojmy okolo termínu uživatel drog. V práci často zaměňuji uživatel drog, nelegální uživatel drog, injekční uživatel drog (IUD). Tyto pojmy používám v práci podle okolností, o kterých se aktuálně zmiňuji. Přesto, že klienti terénních programů jsou především injekční uživatelé drog, častěji používám pojem uživatelé drog, nebo nelegální uživatelé drog. Je to z toho důvodu, že tímto zahrnuji do cílové skupiny i lidi, kteří jsou klienty terénních programů, ale současně jsou i na substituční léčbě, nebo si nitrožilně aplikují zřídka. Zároveň sem patří i klienti, kteří užívají nelegální drogy, ale jiným způsobem než nitrožilně. Proto mi přišlo přesnější používat termín uživatel drog, či nelegální uživatel drog.

Během psaní bakalářské práce jsem čerpala informace především z publikací vydaných Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti, dostupné na adrese www.drogy-info.cz. Důležitým zdrojem mi byl také server edekontaminace.cz, provozovaný organizací SANANIM.

1. HISTORIE TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE

Terénní sociální práce je dnes jednou ze standardně uznávaných metod sociální práce. V České republice je známá také pod názvem Streetwork, ten se však v anglicky mluvících zemích paradoxně nepoužívá. V zahraničí se můžeme setkat spíše s pojmy *detached work* nebo *field work*.¹ Souvisí to do jisté míry s historií vzniku této specifické metody. Terénní sociální práce jako profesionální disciplína se začala uplatňovat teprve v nedávné době. Málokdo si však uvědomuje, že její kořeny sahají až do počátků našeho letopočtu.

První aktivity, které bychom dnes mohli zařadit pod pojem terénní práce, realizovali zástupci křesťanské církve. Zpočátku se tak snažili oslovit lidi a přivést je k víře, později se církev realizovala formou terénní práce v pomoci chudým, nemocným a sirotkům. V českých zemích metodou terénní práce pracoval například křesťanský kazatel Jan Milíč z Kroměříže, který se zaměřoval zejména na děti a mladistvé pohybující se na ulicích.² Šlo především o mladé prostitutky nebo sirotky. Postupem času církev začala zřizovat sirotčince, lazarety a jiná zařízení, aby nemuseli být sociálně potřební na ulici. Tímto krokem se pomoc sociálně potřebným začala stále více odehrávat za zdi institucí. To mělo za následek i větší specializaci zařízení podle dané cílové skupiny.

V 19. století, zejména vlivem průmyslové revoluce a celkového klimatu ve společnosti, vliv církve mezi lidmi oslabil a pomoc druhému proto přestala být pouze v rukou křesťanů. Do popředí se dostal stát. Lidé se začali přesouvat do velkých měst za prací, rodinné vztahy se rozpadaly a začaly se vyskytovat „nové“ sociální problémy té doby.

1.1. Počátek 20. let a kriminalita mladistvých v USA

Vzhledem k velkým změnám ve společnosti a stupňujícím se ekonomickým rozdílům mezi obyvatelstvem se začala na okraji velkých měst vytvářet ghetta přistěhovalců a chudých lidí. Protože lidé v ghettech žili v dosti neuspokojivých

¹ Matoušek, O. Metody a řízení sociální práce. Praha, 2008. s. 169

² http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=702, vyhledáno dne 18.12.2010

podmínkách, začala zde bujet kriminalita, agrese a zneužívání drog. Tento problém se na začátku 20. století týkal v první řadě USA, která v té době čelila vlnám přistěhovalců a ekonomické rozdíly mezi obyvatelstvem se stále prohlubovaly. A právě v této době, tedy od počátku 20. století se datuje vznik profesionálního streetworku.

Mladí lidé začali vytvářet skupiny pouličních gangů a ohrožovali svým agresivním chováním obyvatele. Nebylo je možné oslovit žádnou ze soudobých institucí, byli v podstatě „nepolapitelní“ a často i natolik mladí, že nebylo možné je v souladu se zákonem za jejich činy legálně trestat. Proto vznikl koncept terénního sociálního pracovníka, který by oslovoval tuto skupinu v jejich místě působení. Myšlenka vznikla v Chicagu, kde byla situace s kriminalitou mladistvých takřka neudržitelná. Zpočátku se jednalo o výzkum, který si kladl za cíl vyřešit tuto situaci pokud možno bez represe, která se začala jevit jako neúčinná. Projekt se nazýval „Chicago – area project“ (CPA) a podíleli se na něm kromě výzkumníků i sociální pracovníci.³ V rámci projektu se začali na problematická místa posílat terénní pracovníci, kteří se snažili na výtržníky působit především ve zmírnění jejich odporu ke společnosti. Ve 40. letech se pak v rámci obcí zřídila pracovní místa pro tzv. detašované pracovníky, v angličtině *detached workers*.⁴ Tito lidé vykonávali v podstatě totožnou práci, jako terénní pracovníci dnes. Z toho také anglické slovo *detached work*, které se používá pro terénní sociální práci v zahraničí doposud.

V 60. letech však v Americe došlo v oblasti terénní sociální práce k útlumu. Stát se začal více přiklánět k represivním opatřením při řešení problematiky kriminality a drog. Došlo k tomu především na základě masového rozšíření LSD a dalších drog mezi hnutím hippies. V době, kdy Americká vojska válčila ve Vietnamu, probíhaly v Americe masové demonstrace, zneužívání omamných látek a obecné narušování veřejného pořádku. Zastánci konzervatismu, kterých byla v americké společnosti většina, začali vyžadovat po vládě nastolení pořádku a proto došlo v mnohých oblastech k radikálním represivním opatřením. Přesto se však streetwork v 70. letech dostal přes oceán až do Německa a tedy i do Evropy, kde se začal uplatňovat při práci s problémovou mládeží.

Problém byl v podstatě totožný, se kterým se potýkalo USA na začátku 20. let. Docházelo k rapidnímu nárůstu kriminality mezi mladistvými, zvýšenému výskytu různých subkultur, které ohrožovaly veřejný pořádek a především zde bylo palčivé téma

³ Zimmermannová, M. Kontaktní práce. Praha, 2010. s. 300

⁴ Ibidem. s. 301

problematiky drogových závislostí. Metoda terénní sociální práce se tedy jevila jako efektivní možnost, jak proniknout mezi skupiny, které běžně mezi sebe nikoho nepustí. Po pádu berlínské zdi se pak streetwork aplikoval i ve východní části Německa, kde je v současné době velmi úspěšný při práci s těžko dostupnými skupinami lidí.

1.2. Terénní sociální práce v ČR po roce 1989

V bývalé Československé republice bylo zavedení streetworku do roku 1989 znemožněno komunistickým režimem, proto zde jeho vývoj vznikl poněkud odlišně, v porovnání se západními demokratickými státy. ČR se po pádu železné opony poměrně rychle inspirovala v zahraničí a již na počátku 90. let začaly vznikat první snahy zavést streetwork i sem. Důvodů zde bylo bezpočet. Především se začaly objevovat problémy, které do roku 1989 nebyly patrné. S náhlou změnou režimu se začaly objevovat skupiny obyvatel, které se postupně více propadaly na dno společnosti. Tím vznikl problém se sociálně vyloučenými lokalitami, jako kdysi v USA nebo v Německu. Zároveň se do České republiky dostal drogový trh a množství uživatelů drog se z původních pár desítek za komunismu zvedlo na tisíce. Sociální problémy se prohlubovaly, vzrostla kriminalita a snížil se věk pachatelů trestné činnosti.⁵ Při hledání řešení nastalé situace odborníci vycházeli s teorie již dříve propagované v západních zemích, a sice že sociálně patologickým jevům je lepší předcházet, než následně napravovat již vzniklé škody. Začaly tedy vznikat organizace, které zakládali odborníci z ciziny na prevenci sociálně patologických jevů nebo jedinci, kteří se v zahraničí inspirovali. Poprvé však stát vytvořil ucelenější koncepci v roce 1993, kdy definoval v materiálu *Program sociální prevence* funkci sociálního asistenta.⁶

Sociální asistent byl v podstatě terénní sociální pracovník, který fungoval pod úřadem dané oblasti a pracoval s rizikovou mládeží a dětmi školního věku. Tato pracovní pozice funguje v rámci některých úřadů dodnes, terénní sociální pracovníci pracující pod úřadem nebo obcí však nepracují s uživateli drog. Zaměřují se především na sociálně znevýhodněné rodiny s dětmi, rizikovou mládež a příslušníky etnických menšin. Terénní sociální práce s uživateli drog v současnosti spadá pod neziskové organizace nebo církevní instituce. Jejich činnost je však velkou měrou financovaná státními dotacemi.

⁵ Matoušek, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha, 2008. s. 171

⁶ *Ibidem*, s. 171

2. SOUČASNÁ SITUACE A PROBLEMATIKA ZNEUŽÍVÁNÍ NELEGÁLNÍCH DROG V ČR

Problém zneužívání nelegálních omamných a psychotropních látek (OPL) se týká celé České republiky. Nejběžněji užívanými látkami jsou u nás zcela jistě kanabinoidy. Podle sociologických průzkumů se Česká republika dokonce řadí v užívání konopí na přední místa v Evropě. Tito uživatelé se však běžně nestávají klienty terénních programů s uživateli drog, protože zdravotní a sociální dopady z užívání látky jsou pro společnost akceptovatelné. Co však pro společnost není akceptovatelné, jsou problémoví uživatelé drog.

Problémové užívání drog je definováno jako injekční užívání drog, dlouhodobé či pravidelné užívání drog opiátového nebo amfetaminového typu, popřípadě kokainu.⁷ Podle výzkumů Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti patřilo v roce 2009 mezi problémové uživatele drog v České republice 37 400 lidí.⁸ Toto číslo oproti jiným letům mírně vzrostlo, jinak se však již několik let pohybuje okolo 35 tisíc lidí, kteří se řadí mezi problémové uživatele drog. Na tuto skupinu uživatelů nelegálních OPL se terénní práce zaměřuje. Nejběžnějšími klienty terénních pracovníků jsou injekční uživatelé drog (IUD). Dalo by se dokonce říci, že všichni uživatelé drog, se kterými udržují terénní pracovníci pravidelný kontakt, užívají, nebo někdy během své drogové kariéry užívali nitrožilně.

Uživatelé nelegálních OPL se navzájem potkávají a scházejí v místech, kde je vyšší pravděpodobnost, že seženou drogu nebo si ji budou moci připravit a aplikovat. Těmto prostorům se říká drogová scéna a rozlišuje se podle toho, jestli se odehrává na veřejně přístupném místě, nebo v uzavřených prostorách. Běžně se tedy rozlišuje otevřená drogová scéna a uzavřená drogová scéna. Otevřená drogová scéna je běžně přístupné místo, kde se ve velkém počtu scházejí uživatelé a dealéři drog. Většinou jsou to oblasti vysoké koncentrace lidí, jako jsou nádraží, náměstí, nákupní zóny a podobně. Tyto prostory totiž poskytují anonymitu a možnost ztratit se v davu. Neméně oblíbené jsou však i parky, prostory sídlišť a další, která jsou nenápadná svojí skrytostí.

⁷ Sborník *Zaostřeno na drogy*, 5/2010. s. 5. Dostupné na adrese: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2010_zaostrono_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2010_05, vyhledáno dne 15.1.2011

⁸ *Ibidem*, s. 5

Uzavřená drogová scéna se odehrává na bytech uživatelů a pro veřejnost je běžně nepřístupná. Schází se tu intravenózní uživatelé drog k výrobě a aplikaci drog, často se zde mohou vyskytovat osoby celostátně hledané, závislé matky s nezletilými dětmi a další osoby. V rámci rozdělení drogové scény je možné mluvit také o tzv. polootevřené drogové scéně. Jedná se kluby a podniky, kam běžný občan nechodí, ale nejsou pro něj nepřístupné. Otevřená drogová scéna se většinou vyskytuje při větších městech, zatímco uzavřená drogová scéna je typická pro města menší, nebo městské části vzdálené od centra.

2.1. Otevřená drogová scéna v Praze

Největší současná otevřená drogová scéna se nachází na Václavském náměstí, především mezi stanicemi metra Muzeum a Můstek. Asi každý Pražan procházející těmito místy si alespoň jednou musel všimnout podivně vypadajících skupinek lidí, které běžně postávají okolo metra, žebrají či obchodují s „čímisi“, dohadují se, křičí a pendlují sem a tam. Přesto že to může působit, že jsou uživatelé nelegálních OPL na Václavském náměstí již dlouho, opak je pravdou. Na Václavském náměstí se otevřená drogová scéna vyskytuje teprve od února 2009, kdy byla policisty vytlačena z nově rekonstruovaného Hlavního nádraží a přesunula se právě sem. V 90. letech se pak otevřená drogová scéna vyskytovala především v prostorech Náměstí republiky a jeho okolí, Národní třídě a Staroměstském náměstí. Otevřená drogová scéna je v podstatě pohyblivý živoucí organismus, který se přesouvá a tvaruje na základě aktuální politiky státu, represivních opatření ze strany policie a v neposlední řadě obchodu s drogami.

Problematika otevřené drogové scény zaměstnává policisty i politiky v Praze již několik let. Nejde o samotnou existenci tohoto jevu, jako spíše o vedlejší projevy otevřené drogové scény, které přitahují pozornost veřejnosti a potažmo politiků a médií. Nejčastěji jde o kriminalitu spojenou s nelegálním prodejem drog, drobné krádeže v obchodech a na ulicích, aby uživatelé nelegálních OPL měli peníze na dávku, dále pak pohoršování veřejnosti formou injekční aplikace na veřejnosti a v neposlední řadě znečištění míst, kde se tito lidé vyskytují včetně výskytů použitých injekčních stříkaček. Existuje tedy celá řada racionálních důvodů, proč otevřená drogová scéna není v Praze vítána, natožpak v samém centru města. Avšak z pohledu terénního pracovníka nemusí mít pouze negativní důsledky.

Otevřená drogová scéna umožňuje jednodušší kontakt s rizikovou skupinou, je

zde jednodušší monitorovat šíření pohlavně přenosných chorob a zjišťovat mezi toxikomany, jaké jsou v komunitě aktuální zdravotní problémy. Zároveň je zde šance, že terénní pracovník osloví velkou většinu uživatelů, proto je pomoc efektivnější než na uzavřené drogové scéně, kde v podstatě není možné situaci nijak plošně monitorovat. Pro srovnání je zajímavé se blíže podívat na země bývalého východního bloku, například na Ukrajinu, kde otevřená drogová scéna prakticky neexistuje. Je to dáno tím, že zde převažují silná represivní opatření a samotná injekční aplikace je již považována za trestný čin. Neexistuje zde však také prakticky žádná prevence, jako je výměna injekčních stříkaček. Proto se uživatelé nelegálních OPL scházejí na skrytých místech, kde nemají možnost obstarat si sterilní materiál a šíření chorob včetně problémů spojených s užíváním je zde enormní.

Z pohledu ochrany veřejného zdraví se tedy otevřená drogová scéna ukazuje být lepším východiskem, než když je drogová scéna skrytá a těžko dostupná. Problémem však je, že státní složky usilují o ochranu bezpečnosti občanů, kterou logicky existence otevřené drogové scény v centru města může významně ohrožovat. Na Václavském náměstí tedy dochází ke konfliktu dvou zájmů, a to ochrany veřejného zdraví, které zastupují terénní pracovníci a ochrany bezpečnosti občanů, kterou zajišťují státní policejní složky.

Postavení terénních programů je z pohledu veřejnosti i policie v poněkud nevěčné situaci. Veřejnost často není vůbec informována o existenci a fungování terénních programů, proto leckdy zaměňují terénní pracovníky za uživatele drog nebo dealery. Někteří lidé vědí, že jde o výměnu injekčních stříkaček, nechápou však její smysl a domnívají se, že tím terénní pracovníci podporují uživatele drog a šíření toxikomanie. Často tedy terénní pracovníci musí obhajovat smysl vlastní práce před veřejností, které pohled na zoufalé toxikomany vadí a obtěžuje. Ze strany policie jsou názory na výkon terénní práce často podobné, avšak hlavním problémem je z mého pohledu fakt, že pracovníci svojí přítomností zviditelňují celou problematiku zneužívání nelegálních drog, kterou by leckdo radši nechal skrytě pod pokličkou.

Otevřená drogová scéna na Václavském náměstí přitom není jediným problémem, který se zde vyskytuje. Zvýšená kriminalita a pohyb podivných individuů napříč Václavským náměstím do jisté míry souvisí i s velkým množstvím heren a nočních podniků, které zde majitelé provozují. Všechny tyto jevy pak přispívají k tomu, že si veřejnost na současnou podobu Václavského náměstí často stěžuje u policie, která je nucená záležitost řešit.

Terénní pracovníci jsou na Václavském náměstí v denním kontaktu s policií. Po dlouhých dohodách a vyjednáváních, které vedla MČ Praha 1 spolu se zástupci policie ČR od září 2009, dostali terénní pracovníci bundy s označením *Terénní programy*. Bylo tomu z toho důvodu, aby veřejnost věděla, kdo jsme a policie mohla pracovníky lépe rozeznat od klientů. Na oplátku bylo terénním programům slíbeno, že policisté nebudou pracovníky perlustrovat, nebudou jim zasahovat do práce a nechají je pracovat. Bohužel situace se zcela nevyřešila, bundy s označením pracovníkům zůstaly, ale občasné střety s policií a terénními pracovníky se vyskytují stále. Veřejnosti nápis *Terénní programy* nic neříká, proto lidé podávají stížnosti dále a policie musí zasahovat. Zároveň se policisté při střetu s terénním pracovníkem nechovají vždy tak, jak by se od nich očekávalo. Není výjimkou, že terénní pracovníci podávali stížnosti na konkrétní policisty, kteří se chovali vůči terénním pracovníkům za hranicemi slušného chování a jejich kompetencí.

2.2. Současná protidrogová politika v ČR

Navzdory mnohým sporům mezi policií a terénními pracovníky uplatňuje Česká republika v protidrogové politice pragmatický a racionální přístup. To znamená, že represivní opatření proti drogám by neměla výrazně převažovat, ale fungovat spolu s prevencí. „ *Protidrogová politika v ČR si stanovuje realistické a dosažitelné cíle (nikoliv cíle jako "společnost bez drog"), opírá se o 4 základní pilíře (primární prevenci, snižování rizik, léčbu a resocializaci, vymáhání práva), staví na komplexních a dlouhodobých opatřeních, usiluje o vyváženost co do uplatňování prevence a vymáhání práva, vychází ze současných a ověřených poznatků o drogách a jejich užívání a staví na koordinovaném, interdisciplinárním a mezisektorovém přístupu k užívání drog.*“⁹

Podle současné legislativy a celkového charakteru protidrogové politiky je ČR někde uprostřed dvou odlišných přístupů – represe a legalizace. Snaží se nacházet rovnováhu mezi obojím a hledat ideální řešení současné drogové problematiky. Dalo by se říci, že principy oficiální protidrogové politiky jsou v ČR podobné jako v jiných západoevropských státech. Problémem je však její uplatňování v praxi, které na rozdíl od stanoveného ideálu často pokulhává. Represivní přístup a potlačování nabídky na

⁹ http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy_a_zakon/pravni_uprava_drogove_problematiky_v_cr_vyvoj, vyhledáno dne 2.4.2011

trhu s nelegálními drogami se často dostává do popředí zájmu a jakoby se zapomínalo na neméně důležitou prevenci v oblasti drogové problematiky. Rozhodování o tom, jakým směrem se bude protidrogová politika ubírat, mají především politici a vláda. Zde se určuje, kolik peněz se investuje do jednotlivých oblastí protidrogové politiky a která oblast bude díky tomu posílena. Bohužel politici často slyší na hlasy svých voličů, kteří si přejí rychlé řešení situace a především jasné a viditelné změny, což oblast drogové prevence poskytnout nedokáže. V oblasti prevence je důležité řešit situaci dlouhodobě a uceleně, teprve potom může přinést žádoucí výsledky pro celou společnost. Často se názory na drogovou problematiku značně liší i mezi politiky, proto je hledání řešení a ideální cesty velmi obtížné.

Protidrogová politika v ČR je uskutečňována na národní, krajské a místní úrovni. V Praze má například každá městská část svého protidrogového koordinátora, který má na starosti veškeré záležitosti týkající se drogové problematiky. Na národní úrovni ji koordinuje Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). Rada vlády je také hlavním donorem terénních programů a dalších preventivních aktivit. Z dotací od rady vlády funguje velká část organizací v České republice a je na nich do jisté míry závislá. V roce 2002 pod záštitou RVKPP vzniklo v ČR také Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS). Národní monitorovací středisko poskytuje objektivní, přesné a spolehlivé informace ohledně problému drog v ČR a provozuje server www.drogy-info.cz.¹⁰ Tento server slouží jako databáze článků a informací ohledně drogové problematiky, včetně slovníku pojmů, sítě sociálních služeb a kontaktů pro lidi ohrožené závislostí na OPL. Národní monitorovací středisko jednou ročně vydává aktualizované zprávy ohledně drogové situace a zveřejňuje je na svém serveru.

V souvislosti s protidrogovou politikou vstoupil 1.ledna 2010 v platnost nový trestní zákoník, vyhlášený ve sbírce zákonů pod 40/2009, který upravuje i oblast drogových trestných činů. Vedle § 283 o nedovolené výrobě a jiném nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy je pro uživatele nelegálních OPL důležitý hlavně § 284 o přechovávání OPL a jedu.¹¹ V uvedeném paragrafu jde o trestný čin teprve v případě, pokud má uživatel nelegální OPL u sebe množství drogy větší než malé. Přesné množství vysvětlující pojem „větší než malé“ je u každé drogy jiné, ale je možné jej najít ve sbírce zákonů. Uživatel nelegálních OPL může mít tedy u sebe drogu

¹⁰ Zdroj: <http://www.drogy-info.cz>, vyhledáno dne 1.4.2011

¹¹ <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/trestni-zakonik/cast1h5d2.aspx>, vyhledáno dne 19.4.2011

pro svojí potřebu v řádu několika dávek, tedy množství, které nepřesahuje stanovenou normu, není to ale zcela legální. Z pohledu výše uvedeného zákona jde o přestupek, za který však nemůže být dotyčný nijak stíhán.

3. NEJČASTĚJI ZNEUŽÍVANÉ DROGY NA ULICI A JEJICH ZDRAVOTNÍ RIZIKA PRO KLIENTY

Život uživatele nelegálních drog je každodenně spojen se sháněním drogy jakožto základní životní potřeby, aby mohl přes den nějak fungovat a vyhnul se abstinčním příznakům. Tato skutečnost je však spojena hned s několika riziky, která na toxikomana čekají. Nelegální nákup a prodej drog je spojen kromě rizika porušování zákona také s tím, že se droga na černém trhu běžně vyskytuje ve špatné kvalitě. To pro uživatele především znamená, že si kupuje minimum účinné látky a zbytek škodlivých příměsí, které se mohou usazovat v krevním oběhu. Navíc je cena drog na nelegálním trhu několikanásobně vyšší, než by byla výroba 100% čisté drogy legální cestou v laboratoři.

Nejčastěji se obchoduje s drogami na otevřené drogové scéně. V Praze to je tedy již zmíněné Václavské náměstí, v souvislosti s prodejem drog můžeme ale také mluvit o Praze 5, především v okolí metra Na Knížecí. Někteří uživatelé mohou mít své dealery, se kterými si předem dohodnou místo setkání. V případě pervitinu jsou pak tací, kteří si drogu sami připravují doma a následně část prodávají ostatním. Poměrně novým trendem jsou pak drogy, které byly původně vyrobeny farmaceutickými firmami jako substituční látky za opiáty. Jedná se o Metadon, Subutex a stále častěji i Suboxone. Tyto látky se kvůli špatné kontrole a nefungujícímu systému vydávání dostaly na černý trh a jsou zde zneužívané uživateli drog. Nejvíce se z nich rozšířil Subutex, původně lék určený ve formě tablety pod jazyk. Vzhledem k tomu, že uživatelé nelegálních OPL zvyklí užívat nitrožilně si Subutex píchají, existuje mezi pravidelnými uživateli Subutexu celá řada vážných zdravotních problémů.

Problematika intravenózního užívání mezi uživateli drog se v okruhu odborníků na drogové závislosti často stává předmětem mnoha diskuzí. Existuje

předpoklad, že uživatelé zvyklí aplikovat drogu nitrožilně mají při odvykání kromě abstinčních příznaků a tzv. *cravingu*, neboli bažení po droze, ještě velký problém zbavit se rizikové nitrožilní aplikace. Často se dokonce mluví o „závislosti na jehle“ mezi uživateli, kteří se nedokáží tohoto rituálu vzdát. Přitom se však jedná především o psychický problém, který se velmi špatně odstraňuje. Uživatelé nelegálních OPL často argumentují tím, že potřebují cítit silný „nájezd“ drogy, jinak si stav dostatečně neužijí. Proto mnozí injekční uživatelé veškeré legální nebo substituční látky zneužívají intravenózně, dokonce i léky na úzkost, které jsou taktéž k dostání na černém trhu, takzvané benzodiazepamy, neboli „benzáky“. Tyto léky uživatelé používají často jako náhradu za nelegální drogy, nebo aby potlačili abstinční syndrom. Nejčastěji jsou to Rivotril, Diazepam, Apaurin, Neurol či jiné. Vzhledem k tomu, že jde o látky s vysokou pravděpodobností vzniku závislosti, musí klienti v pozdější léčbě ze závislosti odvykat kromě primární drogy také z těchto léků. Tak zvaná *křížová závislost*, neboli závislost na více látkách je u klientů terénních pracovníků v celku častou záležitostí. Častá bývá také závislost na tvrdé droze a alkoholu.

Podle výzkumů Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti, které každoročně monitoruje situaci okolo drog v České republice, byl v roce 2009 nejčastěji zneužívanou drogou pervitin. Z celkového počtu problémových uživatelů jej užívalo 25,3 tisíc lidí. Uživatelé Heroinu byli v zastoupení 7 tisíc jedinců a uživatelé Subutexu v počtu 5 tisíc na celou ČR.¹² V Praze je to ale asi zhruba polovina uživatelů pervitinu na polovinu uživatelů opioidů. Uživatelé léků nebo těkavých látek mezi uživateli drog v Praze netvoří žádnou speciální skupinu, většinou jsou tyto látky zneužívány vedle jiných nelegálních drog. Těkavé látky jsou pak ještě v menším zastoupení, zpravidla jde o jedince, nikoli skupiny lidí. Nutno však podotknout, že na pražské drogové scéně jsou takzvaní „čičači“ vcelku neoblíbenou skupinou mezi ostatními uživateli. Problematika závislosti na těkavých látkách se týká spíše menších měst a věkově mladších jedinců. V chudších oblastech je pak „čičání“ běžné u sociálně slabých skupin obyvatel.

¹² Sborník Zaostřeno na drogy, 5/2010. s. 5.

3.1. Pervitin

Většina současných nelegálních drog byla v minulosti synteticky vyrobena jako léky na určité zdravotní problémy. Stejně tak tomu bylo u amfetaminů, skupiny látek, do které patří i pervitin. Amfetaminy byly syntetizovány na konci 19. století, původně jako léky na léčbu narkolepsie - poruchu, která se projevuje nekontrolovatelnou spavostí. Zde se využívala jejich schopnost zahánět únavu, hlad a navozovat pocity svěžesti. Ještě ve 30. letech 20. století se amfetaminy předepisovaly na léčbu obezity, avšak ve 40. letech se již rozšířilo povědomí o riziku vysoké závislosti v souvislosti s amfetaminy.¹³

Pervitin je jedním z derivátů amfetaminu, takzvaný *metamfetamin*. Ve svých účincích je však amfetaminu natolik podobný, že je možné je od sebe rozlišit pouze laboratorní analýzou. Všeobecně se tvrdí, že pervitin je českým vynálezem, avšak není to úplně pravda. O existenci metamfetaminu věděli již japonští sebevražední piloti kamikadze za 2. světové války a také němečtí parašutisté. Poprvé byl metamfetamin syntetizován v Japonsku, na konci 19. století.¹⁴ Pravdou však je, že během komunistického režimu dokázali čeští uživatelé OPL tuto drogu znovu objevit a přizpůsobit její výrobu domácím podmínkám. Běžně se pervitin vyrábí z efedrinu, který se získává z různých dalších léků, nebo z chvojníku.¹⁵ Získávání efedrinu z rostlin se však dnes již moc nepraktikuje, nejčastěji se vyrábí v laboratořích synteticky.

Pervitin řadíme mezi *psychostimulancia*, tedy látky, které navozují pocit svěžesti, zahánějí únavu, potřebu spánku nebo pocity hladu.¹⁶ Mezi psychostimulancia můžeme zařadit i látky jako kofein a nikotin, avšak zde se jedná o látky legální. V České republice je pervitin asi nejvíce rozšířenou nelegální drogu. Může tomu být kromě jeho účinků i tím, že výroba pervitinu je v domácích podmínkách poměrně jednoduchá. Droga nemusí cestovat přes hranice, proto je i jeho čistota většinou vyšší, než u opioidů nebo kokainu. Podle výzkumů Národní protidrogové centrály SKPV Policie ČR byla čistota pervitinu v roce 2009 okolo 68%. Také obchod s ním spojený je výhradně na maloobchodní úrovni, tzn. v množství do 50 gramů. Na černém trhu se cena pervitinu za 1 gram pohybuje okolo 1000 Kč. Pokud se pervitin „ředí“ jinou

¹³ Nožina, M. Svět drog v Čechách. Praha, 1997. s. 27

¹⁴ Ibidem, s. 29

¹⁵ Ephedra vulgaris - bylina rostoucí na Slovensku či v botanických zahradách, jehličnan

¹⁶ Nožina, M. Svět drog v Čechách. Praha, 1997. s. 23

látkou, používá se k tomu většinou Piracetam – lék na poruchy činnosti mozku.¹⁷ Piracetam lze sehnat v lékárně bez předpisu v řádu 100 Kč a pokud jej užívá zdravý jedinec, látka funguje jako psychostimulant.

Zdravotní problémy související s užíváním pervitinu souvisí v první řadě s rizikovou injekční aplikací. Přesto, že se pervitin dá užívat ústy i šňupáním, nevíce uživatelů volí nitrožilní aplikaci. Pokud uživatel trvá na aplikaci do žíly, vždy je zde riziko předávkování. To se týká především uživatelů, kteří s injekční aplikací začínají, nebo pervitin kombinují s jinými látkami, nejčastěji také s psychostimulanty. Pervitin stejně jako ostatní psychostimulační látky nezpůsobuje fyzickou závislost, vyskytuje se „pouze“ závislost psychická. Ta je však v léčbě a odvykání z drog největším problémem mezi uživateli OPL. Zatímco fyzické závislosti se uživatel zbaví po krátkodobém pobytu na detoxifikační jednotce, psychická závislost na droze se léčí několik měsíců až roky, občas se jí uživatel není schopen zbavit po celý život.¹⁸

Dalším zdravotním rizikem, souvisejícím s dlouhodobým užíváním pervitinu a jiných stimulačních látek je takzvaná *toxická psychóza*. Jedná se o psychotický stav uživatele, kdy realitu kolem sebe vnímá jinak - na základě svého prožívání a vlivem drogy. Často je toxická psychóza přirovnávána k projevům paranoidní schizofrenie a objevuje se po delším užívání pervitinu. Po jak dlouhé době se však objeví, to hodně záleží na psychice a životním stylu jedince. K rozpoutání toxické psychózy hodně přispívá několikadenní absence spánku, jídla a celkové vyčerpání organismu. Jedinec pod vlivem toxické psychózy bývá velmi podezřívavý vůči svému okolí, vyskytují se u něj halucinace a bludy, že jej někdo pronásleduje nebo takzvané „stíhy“ neboli stíhomamy. Vzhledem k tomu, že uživatel věří, že se jedná o reálný svět, může být sobě nebo svému okolí nebezpečný. Nejčastěji mají uživatelé pervitinu halucinace ve formě lezoucího hmyzu pod kůží, které si snaží vyříznout nožem až do vážného zdravotního poranění, nebo podezřívají své kamarády ze spiknutí proti jeho osobě. Toxická psychóza může po celkovém tělesném odpočinku a změně režimu odeznít a uživatel se vrátí do normálu. Pokud však pervitin užívá nadále, většinou se v různě dlouhých intervalech vrací. Při vysazení pervitinu a další abstinenci se toxická psychóza již zpravidla nevyskytuje.

¹⁷ Časopis Dekontaminace, dostupné na adrese: http://www.edekontaminace.cz/pages/serve.php?file=1296563979_2011_deko_smrt.pdf, vyhledáno dne 15.2.2011

¹⁸ Kalina, K. Drogy a drogové závislosti. Praha, 2003. s. 164

3.2. Heroin

Heroin patří do skupiny opiátů a jedná se o derivát morfinu, *diacetylmorfin*. Historie opiátů je stará jako lidstvo samo, již starověké civilizace znaly účinky šťávy z nezralých makovic a užívaly jej na velké množství bolestí a nemocí. Moderní historie opiátů je však spojována teprve s objevením derivátu opia - morfinu, a to již na začátku 18. století.¹⁹

Přestože se již záhy zjistilo, že morfin způsobuje velký návyk, začal být mezi toxikomany populární hlavně po 2. světové válce. Dnes se již běžně na ulici nevyskytuje. Zneužívání morfinu bylo v současnosti zaznamenáno pouze u lékařského personálu nebo u lidí, kteří mají k morfinu v lékařství přístup. V 60. letech minulého století morfin plně nahradil heroin, droga několikanásobně návykovější.

Objevení heroinu je stejně jako u amfetaminu spojováno s farmaceutickým výzkumem. Poprvé se lék s názvem Heroin objevil na pultech lékáren začátkem 20. století jako „záračný“ lék na dýchací potíže, kašel a tuberkulózu. Později se dokonce používal jako lék na tzv. morfinismus, tedy závislost na morfiu.²⁰ Avšak časem se zjistilo, že jde o látku mnohem návykovější. Heroin má podobně jako ostatní látky opiátového typu tlumivé účinky, způsobuje celkový útlum centrálního nervového systému. S tím souvisí i subjektivní vnímání okolního světa. Uživatel heroinu pociťuje svět okolo něj jako klidnější, méně náročný. Důležitý je také účinek na vnímání bolesti. Heroin působí tak, že uživatel bolest nepociťuje ani nevnímá. Vzhledem k tomu, že jsou všechny tělesné funkce při užívání heroinu zpomaleny, v trávicím traktu vyvolává droga silnou zácpu, uživatelé tedy nemají i několik týdnů potřebu vyměšování. Dlouhodobé užívání opioidů také zvyšuje toleranci drogy, což znamená, že dříve nebo později je uživatel nucen zvýšit dávku drogy pro dosažení původního účinku. Podle psychiatra Jakuba Minaříka dlouhodobé užívání heroinu nezasahuje intelekt, dochází však k tzv. etické degradaci individua. „*Závislý je líný, bez vůle, ztrácí libido a potenci, pravidlem bývají děsivé hypnagogické pseudohalucinace. Častá bývá nespavost, podrážděnost střídající se s apatií. Nezdravá životospráva vede k celkovému vyčerpání organismu a extrémní vyhublosti.*“²¹

Heroin se běžně vyskytuje ve dvou podobách – tzv. bílý heroin „White dust“ a hnědý heroin „Brown sugar“. V České republice se můžeme setkat ještě s drogou

¹⁹ Nožina, M. Svět drog v Čechách. Praha, 1997. s. 18

²⁰ Ibidem, s. 19

²¹ Kalina, K. Drogy a drogové závislosti I. Praha, 2003. s. 160

zvanou braun, která byla populární hlavně za komunismu. Braun se vyrábí z kodeinu, což je také derivát morfinu a je součástí mnoha různých léků. Přípravuje se v domácích podmínkách, podobně jako pervitin. Účinky braunu jsou v podstatě totožné s heroinem, proto může být zaměňován s hnědým heroinem, který se v ČR vyskytuje častěji než bílý heroin. Celkově však braun na pražském černém trhu není již tak oblíbený, jak tomu bývalo dříve. Poptávka po heroinu je u uživatelů zvyklých na tuto drogu primární.

Do České republiky se heroin dostává tzv. balkánskou cestou a jeho čistota se pohybuje okolo 90%. Na finální cestě ke spotřebiteli se však heroin několikrát ředí, až se dostává na český černý trh v čistotě jen mezi 10 – 15%.²² Nejčastější látky, kterými se heroin ředí, jsou různá anestetika, paracetamol, kofein nebo strychnin - tedy jed na krysy. Vzhledem k tomu, že se čistota drogy na černém trhu může měnit, je dobré znát dealera nebo zdroj, od kterého si uživatel drogu kupuje. Největším nebezpečím je totiž náhlý výskyt kvalitnějšího heroinu než na který jsou uživatelé zvyklí. To pak způsobuje množství předávkovaných toxikomanů, kteří nepočítali s takto silnou drogou a na následky předávkování umírají.

Zdravotní rizika související s užíváním heroinu jsem již trochu zmínila výše. Je to především celkové chátrání jedince a také fyzická závislost, kterou opioidy vyvolávají. Abstinenční příznaky se projevují již několik hodin po posledním užití heroinu. Vzhledem k tomu, že chce uživatel předejít velmi nepříjemným abstinenčním příznakům, často nedbá na čistotu injekční stříkačky nebo sterilitu prostředí, ve kterém si aplikuje, a proto je zde vysoká pravděpodobnost infekční nákazy.

V současné době se můžeme například ve Švýcarsku setkat se zavedením heroinové substituce, tedy heroinu na lékařský předpis. Je to především z toho důvodu, že mnohým uživatelům heroinu nevyhovují stávající látky na substituci a mimo nich nelegálně užívají i heroin. Výhodou heroinové substituce je právě fakt, že uživatel má přesně tu látku, kterou chce a navíc v téměř 100% čistotě. Navíc se v těchto zemích podává ve speciálních ampulkách na intravenózní aplikaci, uživatel tedy není nucen ze dne na den přestat aplikovat drogu do žíly, což zvyšuje pravděpodobnost, že již nebude mít potřebu shánět drogy na černém trhu. Heroinová substituce se však zatím nesečkala s velkým ohlasem protidrogové politiky jednotlivých států. Tato léčba je totiž spojena s mnoha riziky včetně rizika obchodování s legálním heroinem na nelegálním trhu.

²² Časopis Dekontaminace, dostupné na adrese: http://www.edekontaminace.cz/pages/serve.php?file=1296563979_2011_deko_smrt.pdf, vyhledáno dne 15.2.2011

3.3. Subutex

V současnosti nejvíce zneužívaný přípravek na substituci heroínu je známý pod firemní značkou Subutex. Ve skutečnosti se jedná o látku zvanou buprenorfin, která se může na substituci užívat několika způsoby. Buď se nechá v podobě tablet rozpustit pod jazykem, nebo je možné ji nechat působit přes kůži ve speciálních náplastech, či aplikovat injekčně speciálně upravený roztok buprenorfinu. V České republice se však nejvíce ujala první možnost užití, tedy buprenorfin v tabletách. Užívání buprenorfinu má oproti heroínu výhodu v tom, že se do těla vylučuje velmi pomalu, stačí jej tedy užít 1x denně, popřípadě 1x za 2 dny. To hraje významnou úlohu v životě závislého, protože může ušetřený čas věnovat shánění práce, zajištění rodiny nebo jiných povinností, které dříve kvůli shánění drog zanedbával, nebo neřešil vůbec. Zároveň je oproti opiátům, tedy látkám získaným z opia mnohem slabší. S tím souvisí i to, že se buprenorfinem nelze předávkovat. To je ve srovnání s heroinem nesporná výhoda, protože i vyšší dávky buprenorfinu nevedou k smrti. Problémem je však poměrně jednoduchá dostupnost léku. Od roku 2003 může Subutex předepsat v podstatě jakýkoliv lékař. Přesto, že v tomto směru došlo již k mnoha omezením, stále je jeho dostupnost v porovnání s jinými drogami jednodušší. Zároveň zde hraje roli cena Subutexu. Jedno balení po 7 tabletách stojí v lékárně okolo 1400kč, z čehož na jednu dávku do žíly běžně stačí ¼ tablety. Na černém trhu se rozprodá za několikanásobně vyšší cenu. Často se uživatelé na balení také skládají, takže se na ulici obchoduje i s recepty, pokud nemá zrovna uživatel u sebe celou sumu na výkup.

Subutex se na otevřené drogové scéně běžně užívá injekčně, nikoliv sublingválně²³, jak by se správně užívat měl. Uživatelé Subutexu často argumentují, že vstřebáním pod jazyk má buprenorfin slabší „nájezd“ a drogu si tak pořádně neužijí. To je samozřejmě do jisté míry pravda, protože aplikací do žíly se účinná látka dostane do těla prakticky ihned, ale důvodem je také již zmíněná závislost na jehle, se kterou bojuje většina injekčních uživatelů drog. Zdravotní problémy, které souvisejí se zneužíváním Subutexu intravenózně jsou však ve srovnání s jinými injekčně užívanými drogami mnohem patrnější.

Subutex je v první řadě vyroben jako pilulka, proto obsahuje mnoho látek, které by se v žádném případě neměly dostat do krevního oběhu. Jde především o velké množství škrobu, který drží účinné látky v tabletce pohromadě. Pokud se však dostane

²³ pozn. vstřebáváním pod jazyk

do krevního oběhu, začne se zde usazovat a hrozí, že se dostane až do srdce, kde může způsobit zánět srdečních chlopní.²⁴ Mimo jiné uživatelé trpí častými abscesy a nateklými končetinami právě proto, že se jim ucpává krevní oběh škrobem a vznikají tak krevní sraženiny nebo neprokrvené končetiny. Vážné problémy uživatelé mají především na dolních končetinách, které se kvůli špatnému krevnímu oběhu neprokrvují a následně odumírají. Častým zdravotním problémem u nitrožilních uživatelů Subutexu jsou tzv. bércové vředy. Ty vznikají drobnou oděrkou na nohách a protože se končetiny neprokrvují, rána se nehojí a prohlubuje, často až do masa nebo na kost. Hojení bércových vředů u toxikomanů žijících na ulici je takřka nemožné, protože to vyžaduje v první řadě čisté prostředí a také celkovou léčbu žilního systému. Někteří naši klienti takto již přišli o nohu, nebo leželi dlouhou dobu v nemocnici na celkovou infekci způsobenou právě neléčenými bércovými vředy.

Aby se znemožnilo zneužívání Subutexu k intravenózní aplikaci, přišel v roce 2007 do České republiky lék s názvem Suboxone. Jde v podstatě o buprenorfin v tabletě se stejným složením jako Subutex, navíc však obsahuje ještě látku zvanou naloxone, která v případě intravenózního užití způsobuje těžké abstinenční příznaky. Od Suboxonu se očekávalo, že do budoucna nahradí předepisování Subutexu na substituční léčbu. Bohužel se však časem zjistilo, že naloxone nepůsobí při injekční aplikaci u všech lidí, ale pouze cca. u 70%. Proto se stále častěji i tento lék zneužívá intravenózně, ale zatím ne v tak masivním rozsahu jako je tomu u Subutexu.



*Subutex v pilulkách, dostupný na předpis v lékárnách*²⁵

²⁴ Časopis Dekontaminace, 4/2009

²⁵ Zdroj: [http://www.drug3k.com/img2/subutex_18940_4_\(big\).jpg](http://www.drug3k.com/img2/subutex_18940_4_(big).jpg), vyhledáno dne 15.1.2011

4. TERÉNNÍ PROGRAMY PRACUJÍCÍ S UŽIVATELI DROG V ČR

V České republice v současnosti působí přes 30 organizací, které uplatňují metodu streetworku při práci s uživateli drog. Tyto služby nejčastěji nesou název *Terénní programy* a jedná se o samostatnou službu v rámci organizace pracující s drogově závislými. To především znamená, že může být dotována z jiných financí, než zbytek organizace, o granty žádá samostatně a samostatně také podléhá certifikacím a inspekci sociálních služeb.

Samotná existence terénních programů je v České republice ustanovena v **Zákoně č. 108 / 2006 o sociálních službách**. Konkrétně jde o § 69, který definuje terénní programy takto: „*Terénní programy jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života.*“²⁶

Terénní pracovníci tedy za klienty chodí tam, kde se aktuálně vyskytují a poskytují veškeré služby v místě pohybu klientů. Většinou mají terénní programy pro uživatele drog svoje samostatné kanceláře, kde si mohou pracovníci nabrat potřebný materiál, zapsat statistiku nebo se účastnit porad a supervizí. Tyto prostory však zřídka bývají k dispozici i klientům. Některá malá města nebo obce mohou financovat pouze terénní program, pokud usoudí, že jiné služby zde není zapotřebí. Zároveň existuje několik organizací, které působí na více místech, než pouze v jedné oblasti. Takové organizace pak například používají při terénní práci auto, aby mohly poskytovat služby ve větším rozsahu.

Terénní práce s uživateli nelegálních OPL v menších městech se většinou odehrává na místech předem domluvených, nebo funguje služba na uzavřené drogové scéně – v bytech uživatelů drog. Kontaktování klienta na tomto místě však může být leckdy nelehká záležitost, protože si klienti svůj prostor hlídají a neradi si pouští do bytu někoho cizího. Pokud s tím ale uživatel souhlasí, je možné jej zkontaktovat přímo u něj doma, nebo telefonicky na místě pro to určeném. Když se podaří pracovníkovi uživatele

²⁶ http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r_vyhledano dne 1.4.2011

zkontaktovat v bytě a navázat s ním spoluprací, je zde velká pravděpodobnost, že tímto podchytí skupinu lidí, která by jinak o pomoc nikde nežádala nebo by ani nevěděla, že zde tato možnost je.

4.1. Nejznámější mimopražské programy

V ČR funguje celá řada menších organizací, které poskytují terénní služby injekčním uživatelům drog. Pokud bychom se však zaměřili na ty větší, jedná se o několik organizací, které je třeba zmínit. V první řadě je to *sdržení Podané ruce*, které provozuje terénní programy v Jihomoravském a Olomouckém kraji. Sídlo organizace je v Brně, ale streetwork funguje i v Olomouci, Prostějově, na Blansku, nebo Vyškově. Základní náplň streetworku je zde v podstatě totožná s ostatními programy. Jde tedy primárně o kontaktování klientů a výměnu injekčních stříkaček, dále poradenství nebo pomoc v krizi. V menších městech je však mnohem méně klientů, proto je možno s klienty lépe dlouhodobě spolupracovat a motivovat je ke změně životního stylu. Tato skutečnost však může mít nevýhodu v tom, že pracovníci potkávají stále stejné klienty a nedostatek klientů je může časem v práci nemotivovat. Další větší organizace se nazývá *občanské sdržení Laxus* a působí v Pardubickém a Královéhradeckém kraji. Služba původně vznikla v Hradci králové a pracovala s klienty v blízkém okolí, v roce 2007 se ale rozšířila i do Pardubic a nyní funguje i na Trutnovsku.²⁷ Součástí poskytovaných služeb je K-centrum v Hradci Králové, terénní program působí v přilehlých oblastech.

Existují i organizace, které se kromě cílové skupiny uživatelů drog zaměřují při streetworku ještě na další skupiny klientů. Je tomu tak například v Plzni, v *občanském sdržení Ulice*, kde je poměrně velké procento závislých prostitutek.²⁸ Proto terénní pracovníci věnují určitou část dne této klientele a služby také přizpůsobují jejím potřebám. Jsou například více informovaní o potřebách prostitutek, navštěvují je v erotických klubech a mají k dispozici informace, které by klientky mohly zajímat.

²⁷ Zdroj: <http://www.laxus.cz/>, vyhledáno dne 15.1.2011

²⁸ Zdroj: <http://www.ulice-plzen.com/teren.html>, vyhledáno dne 15.1.2011

4.2. Pražské programy a jejich charakteristiky

Na rozdíl od ostatních českých měst, práce s injekčními uživateli drog v hlavním městě Praha je v některých směrech značně odlišná. V první řadě je to velké množství klientů, které denně pracovníci zkontaktují a pracují s nimi. Mnoho z nich do Prahy dojíždí z přilehlých oblastí a jiných měst, aby zde sehnali peníze na drogy – ať už legální nebo nelegální cestou, dealera, nebo aby sami něco prodali. Odhaduje se, že na Prahu spadá z celkového počtu problémových uživatelů na 10 500 toxikomanů.²⁹ K tomu je nutné připočítat i skrytou část uživatelů, kteří nejsou nikde evidováni, žijí v ČR nelegálně nebo z jiných důvodů nehledají pomoc žádných institucí.

Dalším specifikem pražského streetworku je již zmíněná problematika otevřené drogové scény. V Praze můžeme jako v jediném městě v České republice najít otevřenou drogovou scénu v centru města, která svojí existencí velmi zneprůjemňuje život obyvatel i příslušníků policie. Proto se jí Magistrát hlavního města snaží již několik let řešit pomocí nejrůznějších represivních opatření. Tlak na její likvidaci a odsunutí toxikomanů z centra je natolik silný, že jej pocítují i terénní pracovníci zde působící. To do jisté míry komplikuje samotný výkon terénní práce a vyžaduje si to neustálý dialog s policisty a veřejností na ulici.

V současné době v Praze fungují čtyři organizace, které pracují s drogově závislými v terénu. Jsou to *o.s. Sananim*, *o.s. Progressive*, *o.s. ESET-help a Drop In o.p.s.* Všechny primárně působí na otevřené drogové scéně kromě ESET-help, která se věnuje klientům na pražských sídlištích, zejména na Jižním městě. Tyto organizace mezi sebou navzájem spolupracují a je zde snaha informovat se o jakýchkoliv změnách na poli drogové prevence. Každá má však své specifické charakteristiky a způsob práce s klienty. To souvisí i s dalšími službami, které organizace nabízí a mohou je tak lépe propojit s terénními programy.

Občanské sdružení Sananim je v Praze největší organizace pomáhající závislým osobám, která kromě terénních programů a K-centra provozuje dvě terapeutické komunity, doléčovací centra, poradny pro rodiče, denní stacionář a jiné sociálně aktivizační služby pro danou cílovou skupinu. V souvislosti se sdružením Sananim jsou v poslední době nejvíce patrné okolnosti ohledně přestěhování Sananim K-centra sídlícího do minulého roku v Holešovicích na Praze 7. Centrum pro drogově závislé zde sídlilo přes 10 let a jednalo se o velmi efektivně fungující program.

²⁹ Zaostřeno na drogy 5/2010, s. 5

Existovala zde stálá klientela uživatelů, kteří navštěvovali výhradně toto zařízení. Městská část Praha 7 již však centru neprodloužila pronájem objektu, takže bylo nuceno přestěhovat se na Prahu 5. Tato skutečnost se nelíbila obyvatelům Prahy 5, kteří začali aktivně protestovat různými způsoby proti zprovoznění K-centra. Presto, že nové prostory K-centra byly v osobním vlastnictví organizace, protesty zdržely znovuotevření o více než půl roku od přestěhování. Tato kauza negativně postihla i práci s drogově závislými na ulici, protože byl terénními pracovníky zaznamenán po dobu zavření K-centra značný nárůst klientů.

Občanské sdružení Progressive funguje v Praze od roku 2003 a má k dispozici terénní program s názvem NO BIOHAZARD a K-centrum STAGE 5 také se sídlem na Praze 5.³⁰ Organizace se snaží pružně reagovat na stávající drogovou scénu, proto od roku 2010 zavedla kromě terénního programu i CYKLOTERÉN, který si klade za cíl monitorovat pomocí kola hůře dosažitelné lokality.

Občanské sdružení ESET-help poskytuje uživatelům drog v porovnání s ostatními organizacemi služeb nejméně, její existence je navíc již dlouhá léta vzhledem k financím nejistá. Zároveň již několik let nedisponuje ani K-centrem pro drogově závislé, funguje zde pouze terén.

4.3. Terénní program Drop In o.p.s. Streetwork

Drop In o.p.s je z výše uvedených pražských organizací nejstarší organizací na poli drogových služeb. Organizace vznikla v roce 1991 jako nadace a již z počátku prosazovala pragmatický pohled na drogovou problematiku. To znamená, že se především soustředila na tzv. snižování rizik, neboli Harm reduction, což je v současnosti jeden z hlavních principů terénních programů s uživateli drog. Kromě terénních programů, které v organizaci vznikly v roce 1996 pod názvem Streetwork, zde funguje ještě K-centrum, které otevřelo své brány pro uživatele drog již v roce 1992. Díky zakladatelům MUDr. Jiřímu Preslovi a PhDr. Ivanu Doudovi, kteří se činnosti Drop In o.p.s. a celkové problematice drog věnují čas od času v médiích, je její existence poměrně známá i mezi laickou veřejností.

Na rozdíl od ostatních pražských organizací má Drop In o.p.s. mimo jiných programů také dva programy substituční léčby – a to s nízkým prahem a s vysokým prahem. Program substituce spadá svojí ideou do principů Harm reduction a PhDr, Ivan

³⁰ <http://www.progressive-os.cz/cs/hlavni-stranka/intro.html>, vyhledáno dne 27.1.2011

Douda s MUDr, Jiřím Preslem jej zalořili v rámci organizace v roce 1993. O substituci se mohou ucházet lidé užívající již několik let drogy opiátového typu a mají za sebou také pár pokusů o léčbu závislosti. Je to z toho důvodu, aby se sem nepřihlásil „čerstvý“ uživatel nebo člověk, který se chce jen lehce dostat k droze. V Drop Inu se začínalo substituovat s Diolanem – derivátem morfinu, avšak po čase se osvědčil na opiátovou substituci Metadon.³¹ Koncem roku 2000 se začal stále více používat pro substituci buprenorfin, nejčastěji pod firemní značkou Subutex. S tím jsou však spojeny problémy zneužívání na černém trhu, o kterých se více zmíním v kapitole věnující se drogám na ulici. V současnosti je možné substituovat i pod specializovaným lékařem, avšak stále mají v Praze substituční programy nezastupitelnou roli.

Kromě programů fungujících na základě principu Harm reduction má Drop In o.p.s. i Centrum následné péče, kam chodí klienti, kteří prošli léčbou závislosti nebo o léčbě uvažují a potřebují nějakou podporu v jejich dalším rozhodování. Formou terapie se zde pracuje na vztahu klienta k jeho současné nebo minulé závislosti a hledá se s klientem smysl v životě bez drog. Program pro matky s dětmi má pak za cíl dlouhodobě pracovat s ženami na drogách, které jsou těhotné nebo již dítě mají. Poskytuje se zde sociálně-právní poradenství, pomoc při výchově dětí a podpora v mateřství. Všechny programy navazují na práci v terénu, kde je možné klienty oslovit, informovat je a nabídnout jim služby, které fungují v jiných programech.

V současnosti mají organizace mezi sebe rozdělené pravidelné časy na otevřené drogové scéně v centru Prahy, jinak se individuálně věnují dalším pražským částem a monitoringu lokalit, většinou podle zakázky města.

³¹ <http://www.dropin.cz/dropin.shtml>, vyhledáno sne 2.2.2011

5. CÍLOVÁ SKUPINA TERÉNNÍHO PROGRAMU

Práce v přirozeném prostředí klienta, tedy přímo v terénu umožňuje pracovníkovi potkávat různé typy lidí s různými problémy. Velkou výhodou je právě pohyblivost pracovníka, možnost aktivně tyto lidi vyhledávat a nabízet jim pomoc podle toho, jaké požadavky aktuálně mají. Nedá se tedy paušálně říci, jaké charakteristiky má člověk, který projeví zájem o službu nabízenou terénním pracovníkem v drogových službách. Především se však jedná o problémového uživatele drog v jakékoliv fázi závislosti, který užívá nelegální látku, popřípadě nestandardně užívá látku legální, jako jsou léky nebo těkavé látky. V tom může být například poněkud zavádějící užívání konopí, které se obecně neřadí mezi problémové. Přesto, že se jedná o nelegální látku a uživatel konopí může mít s jejím užíváním vážné problémy ve svém pracovním i soukromém životě, tito lidé se klienty terénních pracovníků nestávají. Je tomu tak proto, že služba těmto jedincům v podstatě nemá co nabídnout. Takoví lidé většinou mohou kontaktovat K-centrum a informovat se na možnosti léčby ze závislosti na kanabinoidech, avšak nejedná se o lidi, kteří by se dlouhodobě pohybovali na ulici kvůli opatření své drogy nebo se neuměli zorientovat v síti sociální pomoci.

Terénní sociální služba na ulici se poskytuje každému bez ohledu na pohlaví, rasu, nebo státní příslušnost. Toto zajišťuje právě princip rovného přístupu ke klientům, kdy by terénní pracovník měl službu poskytnout opravdu každému, pokud daný jedinec tvrdí, že je problémovým uživatelem drog a službu vyžaduje. To platí i v poněkud eticky problematických situacích, jako je setkání s těhotnou uživatelkou drog, která není motivovaná s užíváním přestat. V takových situacích se pracovník musí držet pragmatického přístupu k věci a mít na vědomí bezpečnost veřejného zdraví, která je vedle zachování zdraví klienta základním přístupem terénní práce s uživateli drog.

Vzhledem k tomu, že terénní pracovník po klientovi nevyžaduje žádné osobní údaje ani zde není nutná registrace, je služba dostupná prakticky každému, kdo o ni požádá. Tím, že je služba anonymní, poskytuje klientovi jistou bezpečnost a otevírá brány i těm, kteří jsou k jakékoliv jiné formě sociální pomoci skeptičtí. Často se také stává, že terénní pracovníci jsou pro klienty prvními zástupci ze světa většiny, se kterými se ve své drogové kariéře klienti setkají. Pracovníci mu tak mohou podat

základní informace, jak se ve společnosti pohybovat a kde žádat o doklady nebo jak se léčit ze závislosti.

5.1. Specifika uživatelů drog pohybujících se na ulici

Klienti terénních pracovníků jsou velmi rozmanitá skupina lidí, i když to na první pohled nemusí být patrné. Pokud bychom je chtěli nějak od sebe odlišit, můžeme je rozdělit do různých skupin podle délky užívání, podle věku nebo podle toho, jakou drogu či drogy užívají. Zároveň je však dobré mít na paměti, že každý člověk je jedinec a proto se nikdo nedá jednoznačně zaškatulkovat a zařadit. Při terénní práci na ulici je důležité zachovat k uživatelům drog individuální přístup a zbytečně se neuchylovat ke zjednodušování a škatulkování. Pro lepší představu, jak asi vypadá klient terénního programu pro drogově závislé se však dá najít několik charakteristik, které mají někteří klienti společné.

Stále platí, že na ulici je zastoupení mladších klientů častější než například v K-centru. Může to být z toho důvodu, že tito lidé většinou přijíždějí do Prahy z jiných měst, neznají zdejší okolí a zároveň s drogami často začínají, takže ještě nemají tolik informací. Jiní zase nemají ke kamenným zařízením velkou důvěru, nebo se bojí stigmatizace okolím. Takoví klienti ještě nemusí být ve fázi závislosti, zato však mohou již drogy užívat nitrožilně a často neznají základní principy bezpečné aplikace.³² Věkové rozmezí u tohoto typu klientů se pohybuje asi okolo 16 let do 21 let, s mladšími uživateli se v Praze na místech navštěvovaných pracovníky Drop In moc neseťkáváme. Obtíž je však v tom, že vzhledem k anonymitě, kterou poskytujeme, se to leckdy ani nemusíme dozvědět.

Další výraznou skupinou jsou uživatelé, kteří jsou poměrně socializovaní - pracují, mají kde bydlet, popřípadě mají i rodinu nebo děti. Jedná se často právě o klienty, kteří například kvůli narození dítěte změnili svůj životní styl a našli si práci či bydlení, nebo se jim zkrátka daří udržovat svoji závislost v přijatelných mezích. Do této klientely patří i lidé dlouhodobě na opiátové substituci, kteří si však někdy dopřejí drogu do žíly, proto potřebují služby terénních pracovníků. Tato skupina uživatelů není tak početná a neklade velké požadavky na terénní pracovníky, jde z jejich strany spíše o sociální kontakt s pracovníkem a rady ohledně kontaktů na jiná sociální zařízení.

³² Více o bezpečném užívání v 5. kapitole o principech Terénní práce s uživateli drog

Klienti dlouhodobě užívající drogy, například v řádu 10 – 20 let nejsou na ulici rovněž výjimkou. Přesto že mnoho z nich také běžně chodí i do jiných zařízení jako jsou K-centra a podobně nebo mají zaměstnání, na ulici jsou poměrně často a služby zde jsou zvyklí využívat. U této klientely je často velmi těžké změnit jejich stávající zvyklosti, většinou také nemají velkou motivaci přestat užívat, i když o tom často mluví. Terénní program využívají na výměnu sterilních stříkaček, popřípadě jiného HR materiálu, který si zvykli využívat. Jinak je zde pracovník v pasivní roli a čeká, až klient přijde s vlastní zakázkou. U velké části této klientely platí, že má dlouhodobě kde bydlet, přesto že podmínky bydlení nemusí být zrovna nijak ideální.

Pro terénní pracovníky jsou primární ti uživatelé, kteří žijí na ulici, popřípadě ve squatu, vydělávají si nelegální činností nebo prostitucí a nemají zájem o kontakt s jinými sociálními zařízeními. Takoví jedinci jsou totiž pro společnost i sebe nejvíce ohrožující a to především kvůli možnosti přenosu pohlavních nemocí jako syfilis, HIV/AIDS, kapavka nebo prostřednictvím sdílené stříkačky Hepatitid A, B, C. Může jít jak o dlouhodobé uživatele drog nebo o jedince, který má drogovou kariéru teprve před sebou. Důvody, proč tito lidé nejsou v kontaktu s jinými službami mohou pramenit ze špatných zkušeností v minulosti, strachu nebo z prosté lhostejnosti ke svému zdraví i zdraví ostatních.³³ Důležitý aspekt zde hraje také abstinční syndrom, který brání uživateli drog v obstarání si čistého materiálu, protože všechny myšlenky se točí jen a jen okolo drogy. Z tohoto pohledu je pro klienty výhodné, když si mohou opatřit drogu i čisté injekční stříkačky na jednom místě, protože jinak by pravděpodobně v kritické chvíli sáhli po stříkačce špinavé.

Zároveň je nutno podotknout, že takoví klienti dnes již nejsou normou. Lidí, kteří žijí na ulici a jsou ve velmi špatné sociální situaci je mezi problémovými uživateli drog celá řada, avšak stále častěji se vyskytují klienti, kteří žijí u rodičů, mají co jíst a shánějí si peníze „pouze“ na drogy. Podle výroční zprávy Hygienické stanice hlavního města Prahy z roku 2006 jde dokonce o celou polovinu problémových uživatelů drog v Praze, kteří žijí stále u svých rodičů.³⁴ Rodiče často své potomky u sebe nechávají buď z toho důvodu, aby uživatel drog neskončil úplně na ulici, nebo ze strachu, že se o závislosti jejich dítěte dozví blízké okolí. Zde je pak otázkou času i míry motivace uživatele, jestli jej rodič u sebe dlouhodobě nechá bydlet, nebo již situaci vyhodnotí za neúnosnou a potomka doslova vyhodí na ulici. K tomu však mnozí rodiče nemají sílu a

³³ Staniček, J., Hrdina, P. Terénní programy pro uživatele drog. Praha, 2002. s. 16

³⁴ http://khsstc.cz/obsah/zpravy-o-cinnosti-khs_163_1.html, vyhledáno dne 10.2.2011

uživatel OPL dál zneužívá drogy, pokud se v něm samém něco nezlomí a nerozhodne se ke změně životního stylu. Terénní pracovník se tedy na ulici setkává jak s uživateli, kteří jsou naprosto neznalí stávajících možností sociální pomoci, tak s těmi, kteří již nějaké povědomí mají a sami vědí, jakou službu od terénního pracovníka vyžadují.

5.2. Fáze drogové kariéry klientů v kontextu terénní sociální práce

Při práci s uživateli drog na ulici se setkáváme s lidmi v různé fázi drogové kariéry. Každý klient má tedy jiné potřeby a požadavky, podle toho, jak moc považuje užívání drog za problém. Zároveň ne každý uživatel drog, který aplikuje drogu nitrožilně, musí být zákonitě závislý. To, jak rychle se u jedince vytvoří závislost na dané látce, závisí v první řadě na typu užívané drogy, protože každá droga má jiný potenciál k vzniku závislosti.³⁵ Zároveň zde hrají roli i osobností charakteristiky jedince, které vznik závislosti do jisté míry předurčují. Pokud však klient již aplikuje drogu nitrožilně, jedná se z pohledu odborníků na drogovou problematiku o problémové užívání drog. Klienti, kteří jsou teprve na začátku své drogové kariéry, jsou často nejméně motivováni přestat s užíváním. Je to především z toho důvodu, že je pro ně droga ještě stále zdrojem slasti a útěku z reality, aniž by jim toho z života mnoho brala. Běžně dělíme průběh drogové kariéry toxikomana na několik fází.

První fáze, neboli *první zkušenost* s nelegální drogou většinou probíhá mimo dosah terénních programů. Může se však stát, že přijde k terénnímu pracovníkovi uživatel drog, který se rozhodl poprvé si drogu aplikovat nitrožilně. Zde je potom možnost klienta naučit bezpečnějším způsobu aplikace, nebo se pokusit ho přesvědčit, že tento způsob je k aplikaci nejvíce rizikový a je dobré s ním ani nezačínat. Další fáze *experimentování* se u klientů projevuje většinou nenápadně. Často klient tvrdí, že má drogu pod kontrolou, nebo že injekčně drogu užívá jen zřídka. V této fázi se s klienty pracuje velmi těžko, ještě většinou nemají v souvislosti s užíváním žádné větší problémy a proto jinou pomoc než výměnu injekčních stříkaček nevyhledávají.³⁶

Klient ve 3. fázi drogové kariéry se definuje jako tzv. *problémový uživatel*. Jedná se především o jedince, který užívá drogu pravidelně, tzn. alespoň jednou týdně. V souvislosti s pravidelným užíváním se však začíná u klienta objevovat tzv. *excesivní*

³⁵ Staniček, J. Terénní programy pro uživatele drog. Praha, 2002. s. 14

³⁶ Ibidem, s. 14

užívání, tedy několikadenní drogový „tah“. Poté může uživatel na několik dnů drogu vynechat a nečiní mu to závažnější problémy.

Ve 4. fázi již mluvíme v souvislosti s užíváním o *závislosti na drogách*. Tento stav je přesně definován Mezinárodní klasifikací nemocí MKN 10. Podle této klasifikace je jedinec závislý, pokud dává užívání dané látky přednost před vším, čeho si cenil dříve, dále je zde přítomný tzv. craving, neboli bažení po droze a silná touha ji mít, nebo ji opět aplikovat. Součástí definice závislosti je také to, že si jedinec často závislost uvědomuje, ale není schopen s tím nic dělat a často danou látku užívá i přes zjevné zdravotní komplikace nebo jiné problémy, které látka v životě jedince způsobuje. Jedinec ve fázi závislosti, pokud je v tíživé situaci a již mu jeho užívání způsobilo mnohé problémy, může oslovit terénní programy a chtít pomoci stávající situaci řešit. Často však záleží na míře motivace jedince a jeho odhodlání.

5.3. Kasuistika klientky terénního programu Drop In o.p.s

Jako příklad klienta programu jsem vybrala mladou dívku ze sociálně slabé rodiny, kterou program eviduje od roku 2009 pod kódem ZUZ12JUL12. Klientka je klasickým příkladem uživatele drog s velmi rizikovým chováním, na které se streetwork v Drop In o.p.s. zaměřuje primárně. Kód klientky se využívá pouze pro potřeby terénního programu přičemž anonymita klienta zůstává zachována.

První kontakt s klientkou proběhl na otevřené drogové scéně v Praze vyplněním in-come dotazníku a přidělením kódu, pod kterým se klientka od prvního kontaktu hlásí u terénních programů. Podle pracovnice terénního programu (TP) Drop In o.p.s. byla klientka při prvním kontaktu nejistá, hlas měla bojácný a špatně artikulovala. Bylo patrné, že se s terénními pracovníky na ulici neseťkává často a proto dobře nezná pravidla výměnného programu. Při prvním kontaktu jí byly pracovnicí TP Drop In o.p.s poskytnuty informace ohledně bezpečného užívání drog, byla poučena o správném používání Harm reduction materiálu a o pravidlech výměny injekčních stříkaček. Pracovnice dále zjistila, že klientka nikdy nebyla testována na žádné choroby (HIV, hep. A, B, C, syfilis, tuberkulózu) a její životní styl je velmi rizikový.

Rodinná anamnéza

Klientka se narodila v roce 1990 v Praze, v době prvního kontaktu s terénní pracovnící jí bylo 18 let. Pochází ze sociálně slabší rodiny, po celý život byla vychovávána jen matkou. Má tři mladší sourozence, se kterými vyrůstala, dvě sestry a bratra. Matka je dlouhodobě nezaměstnaná, pobírá dávky státní sociální podpory, jednou byla hospitalizována na psychiatrickém oddělení v Bohnicích. Ve společné domácnosti žily děti ještě s druhem matky, informace o něm jsou neznámé. V devíti letech se klientka dostala do dětského diagnostického ústavu, protože vysklila okno v cizím autě. Dále klientka žila ve výchovném ústavu.

Sociální anamnéza

Mimo domov strávila klientka dětství i pubertu, před dovršením 18. roku ji však z výchovného ústavu propustili, protože byla agresivní a napadla učitelku pracující v ústavu. Klientka se vrátila domů k matce. Klientka má dlouhodobé problémy s partnerem matky, kvůli kterému se s ní pohádala a byla následně vyhozena na ulici. Je údajně častým konzumentem alkoholu a nikdy si nenašel ke klientce vztah. Na ulici se ocitla na vánoce, po hádce s matkou. Žila dlouhou dobu na ulici, obývala squat na okraji Prahy, kde byla sama. Živila se drobnými krádežemi, žebráním a vybíráním kontejnerů s potravinami při velkých supermarketech. Má ukončené základní vzdělání, žádnou práci nikdy nevykonávala.

Klientka je 3 roky injekčním uživatelem Subutexu, který získává na černém trhu. Má přítele, též aktivního injekčního uživatele drog - heroinu, na kterého se však nemůže nijak spolehnout. Stříkačky si občas klientka vymění a když dojdou, aplikuje buď svou použitou, nebo si nějakou najde. V současnosti žije s přítelem v zahradní chatce u Prahy a živí se drobnými krádežemi a žebráním.

Zdravotní anamnéza

Klientka se na základě doporučení terénní sociální pracovníce nechala otestovat v K-centru na hepatitidy typu A, B i C, na syfilis, kapavku a HIV. Na základě výsledků testů se klientka dozvěděla, že testy na hepatitidu C a syfilis vyšly pozitivně. Terénní pracovnící Drop In o.p.s byla přesvědčována, že by se měla jít léčit, avšak zatím bez výsledku.

Klientka také často trpí na zdravotní problémy způsobené intravenózní aplikací Subutexu. V pravidelných intervalech se jí dělají abscesy na rukou, naštěstí se jí zatím

dobře hojily, takže zabrala mast na žíly Heparoid, kterou mají terénní pracovníci na ulici k dispozici.

Osobní anamnéza

Klientka má problémy s vyjadřováním, pravděpodobně to souvisí i s jejím sníženým intelektem. Z rozhovorů s klientkou terénní pracovnice usuzuje, že trpí silnou citovou deprivací vůči matce, která se k ní vymezuje chladně a odmítá jakékoliv projevy mateřské lásky včetně objetí a vyslechnutí klientčinych potřeb. Přesto, že si klientka o konkrétní pomoc v případě potřeby u terénních programů řekne, sama neví, jak svoji situaci celkově řešit. Intravenózní užívání Subutexu zatím nepovažuje za problém, není ani motivovaná se jít léčit, přesto že ví, že by měla. Své problémy často odkládá, většinou se nedostaví ani na schůzky domluvené s terénními pracovníky. Celkově jí dělá velký problém zorientovat se ve vlastním životě.

6. PRINCIPY A ZÁSADY TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE S UŽIVATELI DROG

Terénní práce s uživateli drog stojí na principech, které vycházejí z potřeb klientů i společnosti. Hlavním činitelem je především skutečnost, že uživatelé drog mohou být a často jsou nebezpeční sobě i společnosti svým rizikovým stylem života. Tím, že uživatele drog na ulici zkontaktujeme, tak v podstatě pomyslně propojujeme dva světy, které byly od sebe striktně odděleny. Subkulturu toxikomanů a majoritní společnost, která tyto jedince na základě jejich závislosti vyloučila ze svých řad, popřípadě se oni sami vyloučili svým nepřizpůsobivým chováním. Požadavkem společnosti tedy je, aby tito jedinci svým chováním neohrožovali zbytek obyvatelstva a znovu se zapojili do systému.

Při práci s uživateli drog však musíme brát v potaz i potřeby klientů, se kterými chceme navázat kontakt. Vzhledem k tomu, že jsou uživatelé drog na ulici často velmi skeptičtí k pomoci přicházející od vnějšího světa, nemá moc smysl moralizovat a chtít od nich, aby začali na náš popud abstinovat. Podle statistik má taková nucená

léčba, která se nezakládá na individuálním rozhodnutí uživatele, velmi malou úspěšnost. Většinou tito lidé v léčbě nevydrží, relapsují nebo zkrátka celý proces bojkotují a neinvestují do něj vlastní energii a vůli. Když ještě připočteme, že celá léčba je časově i finančně poměrně náročná, nemůže být cílem terénních pracovníků klienty „nahnat“ do léčeben a doufat v jejich budoucí abstinenci. Základním principem terénních pracovníků ve vztahu ke klientovi je tedy zachovat jeho zdraví v co nejlepším stavu, jak je to jen v dané situaci možné. Proto jsou techniky práce s touto klientelou zaměřeny především na předcházení nebo zmírňování zdravotních i jiných problémů souvisejících s užíváním drog.

Mezi odborníky na drogovou problematiku se mluví o přístupu Harm reduction – snižování rizik souvisejících s užíváním drog. Právě tento princip poskytování drogových služeb však vyvolává mezi laickou veřejností velké pobouření a nevoli. Nejde totiž o úplné vyléčení toxikomana ze závislosti, ale o udržení jeho stavu v přijatelných podmínkách jak pro společnost, tak pro něj samotného do té doby, než se sám rozhodne abstinovat nebo změnit svůj životní styl. V běžném životě můžeme přístup Harm reduction přirovnat k používání ochranných pomůcek při práci ve výškách nebo používání pásů během jízdy autem. Tedy nezaměřujeme se na zdroj rizika, ale především na zmírnění rizik spojenou s činností.

Tento pragmatický způsob řešení situace však mnoho lidí neuznává, protože jim připadá nemorální a pohoršující. Stát těmto uživatelům totiž „kupuje“ čisté injekční stříkačky a přispívá na substituci, čímž reálně přiznává, že drogy v naší společnosti jsou a budou. Odborníci na drogovou problematiku tak často v literatuře oddělují ještě princip ochrany veřejného zdraví, který úzce souvisí s principem snižování rizik, avšak společnost jej lépe akceptuje. Public Health je v podstatě výsledek Harm reduction, avšak zde se zohledňuje pouze působení na společnost, nikoliv na jedince, jako je to u Harm reduction.

6.1. Princip Public Health – ochrana veřejného zdraví

Hlavním důvodem, proč jsou vůbec terénní programy pro drogově závislé financovány státem, je právě ochrana veřejného zdraví před rizikem mnoha infekčních chorob. Jak již bylo výše zmíněno, injekční užívání drog sebou nese kromě zdravotních komplikací z užívání také problematiku šíření chorob. Jde především o hepatitidy typu A, B i C, dále pak HIV/AIDS, kapavku či syfilis. Vyšší výskyt těchto nemocí je u

toxikomanů způsoben v první řadě rizikovou injekční aplikací pokud dojde ke sdílení náčiní mezi uživateli, dále pak nechráněným pohlavním stykem, popřípadě prostitutí. Běžný občan se s nákazou šířenou toxikomany může tedy setkat hned několikrát – pokud se píchne o špinavou injekční stříkačku pohozenou na ulici, pokud má pohlavní styk s nakaženým uživatelem nebo využívá služby prostitutek závislých na drogách. K tomu je nutno ještě podotknout, že ne vždy je možno poznat, že daný člověk bere drogy. Mezi pravidelnými injekčními uživateli drog je celá řada mladých a dobře vyhlížejících lidí, na kterých se stále ještě rizikový způsob života nijak výrazně nepodepsal. Tito lidé však často bývají nejméně informovaní co se týká infekčních chorob nebo možné výměny injekčních stříkaček. Většinou přebírají drogový způsob života podle lidí, kteří je k užívání navedli. Znamená to tedy, že čím více uživatelů drog se setká s výměnou injekčních stříkaček, tím je zde vyšší šance, že pozitivně ovlivní i „nové“ uživatele drog.

Již jsem se zmínila o situaci zemí, které nemají dostatek drogových programů poskytujících HR materiál nebo zde tyto služby úplně chybí. Ještě jednou bych se však vrátila k příkladu Ukrajiny jako země s velmi vysokým počtem HIV pozitivních a dala toto číslo do souvislosti s výměnou stříkaček. Oficiální statistiky uvádějí, že na Ukrajině je nakažených virem HIV na 360 000 lidí, zatímco v České republice to bylo v roce 2010 1520 lidí. Některé neoficiální zdroje dokonce uvádějí, že virem HIV je na Ukrajině nakažen každý desátý člověk.³⁷ Navíc se většina těchto lidí nakazila právě injekční aplikací, v druhé řadě pak sexuálním stykem. V České republice je pak počet osob nakažených injekční stříkačkou mnohonásobně nižší, převažuje sexuální styk. Je to dáno právě absencí výměnných programů a represí proti toxikomanům, kteří mají velmi omezené možnosti co se týká nějaké pomoci od státu. Teprve v poslední době se začalo diskutovat o možnosti zřízení substitučních center pro narkomany a poskytování injekčních stříkaček na Ukrajině. Princip Harm reduction zde však své místo stále nenachází. Pokud narkomani dostanou čisté stříkačky, již se po nich nevyžadují stříkačky špinavé. Vzhledem k velkému počtu nakažených lidí je problémem i jejich léčení. Podle statistik je registrována v lékařských zařízeních pouze asi polovina všech nakažených. Problematika nárůstu HIV pozitivních na Ukrajině je v tak pokročilém stavu velmi těžko řešitelná a začíná ohrožovat i okolní státy, které se bojí migrace HIV pozitivních Ukrajinců do jejich země.

³⁷Zdroj: <http://ukrajina.orbion.cz/aids/>, vyhledáno dne 3.3.2011

Kromě ochrany veřejného zdraví však princip Public Health šetří i státní pokladnu. Pokud by se totiž jedinec užívající injekčně drogy nakazil infekcí HIV, vyšla by ho celková léčba, kterou je stát České republiky povinen uhradit, až na 600 000 Kč za rok. U hepatitidy C je tomu pak o několik řádů méně, cca 100 000 Kč. V porovnání s vynaloženými financemi na jednoho klienta terénních drogových programů, což činí asi 10 000 Kč na rok, jde však o mnohonásobně vyšší částky.³⁸

6.2. Princip Harm reduction

Zatímco princip ochrany veřejného zdraví se zaměřuje na celou společnost, princip Harm reduction oslovuje v první řadě jedince. Podstatou tohoto přístupu je snižování rizik spojených s užíváním drog, ať už se jedná o zdravotní komplikace, riziko sociálního vyloučení nebo psychické problémy uživatele drog. Terénní pracovník se tedy snaží na klienta působit tak, aby si v dané situaci ubližoval svým rizikovým chováním co nejméně. Výstižné je pro tento přístup neformální motto Harm reduction, často citované v odborných publikacích na danou problematiku: „*Neber drogy! Když už je chceš brát, tak je šnupej, nemůžeš-li je šňupat, tak je kuř, nemůžeš-li je kouřit a musíš si je aplikovat injekčně, tak to dělej bezpečněji, nemůžeš-li to dělat bezpečněji, tak neber drogy!*“³⁹

Z toho je patrné, že základní myšlenkou přístupu Harm reduction (HR) je hierarchické uspořádání aplikace drog podle míry rizika pro jedince, z čehož nezastírá, že nejbezpečnější je nebrat drogy vůbec. Pokud tedy klient projeví ochotu a zájem, je na prvním místě mu pomoci přestat užívat drogy úplně. Bohužel klienti na ulici se často nenachází v situaci, kdy by chtěli přestat brát úplně. Proto je žádoucí klienty vést alespoň k méně rizikovým aplikacím, aby si zachovali zdraví co nejméně poškozené, jak je to jen možné. Na základě motto HR tedy můžeme aplikaci drog seřadit od těch nejméně rizikových takto:

1. *Polykání* - nejlépe nasypat drogu do kapslí a zapít vodou, nebo rozpustit pod jazykem v případě Subutexu či ve formě roztoku jako Metadon
2. *Šňupání* – dá se aplikovat u všech drog, nejlépe přes trubičku
3. *Kouření* – většinou přes alobal v případě heroínu, uživatel z heroínu nasává výpary⁴⁰

³⁸ Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog. Praha, 2004. s. 56

³⁹ Staníček, J., Hrdina, P. Terénní programy pro uživatele drog. Praha, 2002. s. 14

⁴⁰ Mezi uživateli drog se mluví o tzv. „chytání draka“

4. Injekční aplikace - do žíly, do svalu nebo do podkoží čistou injekční stříkačkou

Princip HR však zdůrazňuje, že se jedná pouze o „bezpečnější“ varianty užívání drog, nikoliv bez rizika. Co se týká injekčního užívání, zde se dá mluvit o bezpečnější aplikaci pouze v případě, že uživatel dodržuje zásady HR.

V rámci HR vyšlo již mnoho publikací, které se zabývají otázkou bezpečnější injekční aplikace a existuje celá řada neoficiálních rad a možností, jak předejít nejzávažnějším zdravotním komplikacím spojeným s injekční aplikací. Na prvním místě je bezpochyby čistá injekční stříkačka jakožto prevence přenosných chorob mezi toxikomany. Během let, co se v České republice HR přístup mezi drogově závislými uplatňuje, se již tato informace dostala do povědomí mnoha uživatelů a dalo by se říci, že většina našich klientů by si již půjčenou injekční stříkačkou neaplikovala. Existují však uživatelé drog, kteří i přes veškerou osvětu opakovaně nedodržují ani toto základní pravidlo. Pokud se ale jedná o aplikaci úplně novou, neotupenou jehlou, zde si troufám říct, že to naopak většina klientů zanedbává.

Často se stane, že klienti nemají čas si obstarat úplně nové stříkačky, tak použijí sice své, ale již jednou použité stříkačky. To může být problémem v případě, když to uživatel dělá častěji. Na špičce jehly se totiž stříkačka již po prvním použití otupí, a to i přesto, že to pouhým okem není vidět. Když si pak takovou jehlou uživatel aplikuje, může to v žíle vyvolat drobné oděrky nebo zanícení, které vedou k tvorbě abscesů nebo žilních zánětů. Udržování zdravých žil je mezi toxikomany vůbec hlavním problémem. Většinou mají žíly zničené právě z tohoto důvodu, že nedodržují během injekční aplikace pravidla hygieny a dostane se jim do žíly infekce. Setkáváme se i s klienty, kteří mají žíly na ruce (pro injekční aplikaci nevhodnější) úplně zničené a proto aplikují do krku nebo třísel. Tato místa jsou z pohledu HR nejvíce riziková, protože hrozí ucpání žíly a celkový kolaps organismu.

Kromě čisté injekční stříkačky je to ale i čisté „nádobíčko“⁴¹ včetně sterilní vody na rozdělání drogy. Zároveň je dobré uživatelům zdůrazňovat, že se injekčně aplikuje směrem k srdci – po proudu krve. Jehla by měla být s žílou v přibližném úhlu 45° a první zajíždí do žíly hrot jehly. Pokud se stane, že se injekční uživatel nestrefí do žíly a tzv. si „dá vedle“, může se opět na místě vpichu vyskytnout absces, nebo hnisavá rána. Z toho důvodu je v rámci bezpečnější injekční aplikace na místě klientům zdůraznit, že je nutné po vstupu do žíly *aspirovat*. Jde v podstatě o to, že injekční

⁴¹ Pomůcky sloužící k rozdělání drogy

uživatel po vpichu lehce natáhne stříkačku, aby se ujistil, že je opravdu v žíle. Pokud natáhne krev, vše je v pořádku. Pokud má však s natažením stříkačky problémy, nebo to jde ztuhá, je lepší jehlu vyndat a zkusit aplikovat na jiném místě. Aspirace se doporučuje hlavně klientům, kteří aplikují do rizikových míst a mohlo by se jim stát, že napíchnou tepnu. Také se tím šetří žíly, protože aplikace mimo žílu způsobuje zdravotní komplikace a navíc to bezprostředně po vpichu bolí.⁴²

Součástí HR je také poučení o správném používání škrtidla. Pokud má klient málo viditelné žíly, je dobré škrtidlo používat pravidelně. Je to právě z toho důvodu, aby se omezilo aplikaci mimo žílu. Opět není dobré používat náhražky jako kabel od televize nebo šňůra na prádlo. Je důležité, aby škrtidlo bylo elastické a uživatel si jej mohl chytit zuby v ústech. Takové škrtidlo se dá běžně koupit v lékárně nebo získat od terénních pracovníků, když je mají k dispozici. Pokud by totiž došlo k předávkování, je nutné rychle škrtidlo uvolnit a to se v případě, že půjde o kus drátu, jen těžko podaří.

6.3. Nízkoprahovost

Pokud chceme, aby se pravidla HR rozšířila mezi co nejvíce klientů, je důležité dodržovat při práci zásady nízkoprahovosti. Tento pojem je specifický pro organizace pracující s rizikovou mládeží nebo dospělými a znamená v podstatě to, že na klienty klade služba minimální nároky. Většinou se po klientech nevyžadují osobní údaje, klienti nemusí být registrováni, aby mohli využívat nabízené služby a mohou přijít v podstatě kdykoliv, pokud službu potřebují. V oblasti drogových služeb se termín *nízkoprahovost* používá především v souvislosti s programy uplatňujícími princip Harm Reduction.

Nízkoprahovost v drogových službách souvisí ještě s tím, že se po klientech nepožaduje, aby v době kontaktu s pracovníkem abstinovali, byli „čistí“ nebo jinak omezili užívání drogy. Pokud se klient nechová vůči pracovníkovi agresivně či jinak nepřijatelně, může požádat o služby programu i v případě, že je intoxikovaný. V porovnání s ostatními programy pro uživatele drog je poskytování sociálních služeb v terénu v podstatě nejvíce nízkoprahové. Klienti totiž nejsou nuceni za službou chodit do kamenného zařízení, služba přijde za nimi tam, kde se běžně pohybují.

Nízkoprahovost v takové podobě jako je při terénní práci má kromě nízkých nároků na klienta také velkou výhodu v tom, že osloví velkou část uživatelů drog. Podle

⁴² Zdroj: <http://www.edekontaminace.cz/clanek/1/140/manual-bezpecne-aplikace.html>, vyhledáno dne 8.3.2011

odborných publikací je to až 80% všech problémových uživatelů, kteří se dostanou do kontaktu s terénními pracovníky.⁴³ Zároveň takové služby uživatelé drog přijímají velmi pozitivně, protože se pracovníci pohybují v prostředí klientů a nabízejí jim služby, které aktuálně potřebují. Součástí nízkoprahovosti je také podmínka, že jsou služby klientům poskytovány bezplatně a pokud možno co nejčastěji. To znamená, že se organizace snaží být v terénu každý den, včetně víkendů a svátků. V případě streetworku v organizaci Drop In o.p.s. jsou pracovníci v terénu 2x do týdne i během nočních hodin. V Praze je výhodou, že zde působí více programů, takže se v tomto ohledu dá celkem jednoduše pokrýt velké časové rozpětí a na otevřené drogové scéně je služba dostupná každý den včetně víkendů. Často se však na základě omezených dotací musí v organizaci krátit doba působení v terénu, což je z hlediska větší dostupnosti pro klienty nevýhodou.

6.4. Anonymita

Základním předpokladem pro uplatňování nízkoprahovosti v terénní sociální práci je dodržování klientovy anonymity. Na rozdíl od například K-center, která vedou i databázi zaregistrovaných klientů pro dlouhodobou spolupráci, terénní programy striktně dodržují anonymitu klientů a veškerá dokumentace je vedena pod kódem klienta. Kód klienta vzniká za účelem jednoduššího vykazování vydaného materiálu a jeho existence umožňuje drogovým službám lépe se orientovat v počtech klientů za dané období.

Každý klient má speciálně sestavený kód, který je platný mezi organizacemi poskytujícími HR materiál po celé České republice. Kód klienta se skládá z prvních 3 písmen matky, dnu a měsíce narození klienta a prvních 3 písmen jména klienta. V praxi může tedy kód klienta vypadat nějak takto: MIL26OND05 (matka Milada, klient nar. 26.05, jméno klienta Ondřej). Kódy si klienti neskládají sami, ale jsou jim přidělovány podle tohoto systému v K-centrech nebo u terénních pracovníků. Existuje ale také celá řada klientů, kteří nemají zájem mít svůj kód, protože i tento způsob evidence jim připadá ohrožující. Proto jsou tito klienti evidováni jako neoznačení, avšak pro budoucí práci s klientem se je snažíme motivovat k vytvoření vlastního kódu.

⁴³ Kalina, K. Drogy a drogové závislosti I. Praha, 2003. s. 265

7. NÁPLŇ TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE S INJEKČNÍMI UŽIVATELI DROG

K tomu, abychom lépe pochopili, co je vlastně samotnou náplní terénního pracovníka s uživateli drog je nutno znát teoretický základ a mít informace, na kterých tato práce stojí. To jsem se pokusila nastínit v předchozích kapitolách. Následující kapitolu bych však ráda věnovala již samotné činnosti terénního sociálního pracovníka na ulici - tedy tomu, jak vůbec taková práce vypadá a jak se uplatňují zásady, o kterých jsem se zmiňovala výše.

Běžná denní terénní služba v organizaci Drop In o.p.s. začíná ve 12.00 na Hlavním nádraží ve Vrchlického sadech. Je to z toho důvodu, že tento park byl během dohod s policií a městskou částí Praha 1 uznán jako tolerovaná zóna pro uživatele drog. Zpočátku se totiž zamýšlelo, že se celá drogová scéna přesune z Václavského náměstí právě sem, záměr se ale úplně nezdařil. Klienti terénních programů se tu logicky vyskytují jen za pěkného počasí, během zimy a deště je však potkáváme pouze na Václavském náměstí. Na otevřené drogové scéně v centru Prahy tráví pracovníci Drop In o.p.s. běžně 2 hodiny a pak se přesouvají do jiných pražských částí, většinou podle zakázek. Druhá polovina dne je tedy věnována převážně monitoringu lokalit, což je práce méně bohatá na klienty, avšak zajímavá co se týká drogových squatů či jiných míst, kde bydlí klienti bez přístřeší.

Monitoring lokalit je kromě samotného kontaktu s klientem další důležitou součástí terénního pracovníka, protože především touto cestou má možnost získat nové informace ohledně pohybu klientů. Další možností je pak vyptávat se klientů na otevřené drogové scéně, zda nevědí o dalších aktuálních místech pobývání klientů. Jednou týdně terénní program Drop In o.p.s. navštěvuje také okolí Prahy 5, především autobusové nádraží Knížecí. Tato lokalita je již dlouhodobě považována za místo setkávání uživatelů drog a dealerů, tedy místní otevřenou drogovou scénu. Zvýšený výskyt uživatelů drog však nijak nesouvisí s nově zřízeným K-centrem organizace SANANIM za Ženskými domovy ani s K-centrem v ulici U Zvonu organizace Progressive. Nízkoprahová zařízení pro uživatele drog zde vznikla právě na základě zvýšeného výskytu toxikomanů v okolí. Uvádím to zde především z toho důvodu, že právě strach ze zvýšené koncentrace toxikomanů byl častý argument mnoha obyvatel Prahy 5, když se v těchto místech mělo otevřít K-centrum organizace SANANIM.

Důvodem, proč zde trávíme pouze 1 den je však to, že kvůli existenci obou K-center chodí do okolí každý den i jejich terénní pracovníci.

V Praze na otevřené drogové scéně uživatele drog již většinou osobně známe. Kontakt s klienty tedy probíhá často tak, že nás sami osloví a požádají o dané služby. Další možností je, že jim terénní pracovníci služby nabídnou, ale to jen v případě, že klienta znají. Pokud je klient ve skupince dalších lidí, je na místě si být jist, že jde o toxikomany nebo jedince, které již známe. Pokud by totiž byl klient například ve společnosti příbuzných či známých, kteří o užívání nevědí, mohlo by jejím oslovením dojít z naší strany k porušení anonymity klienta. Proto na otevřené drogové scéně málokdy navazujeme první kontakt s klientem. Nové klienty většinou získáváme především tak, že nás sami osloví. Oslovovat potenciální klienty je však žádoucí především, pokud jde o skupinku nám neznámých mladých lidí, kteří vypadají na uživatele drog. Může totiž jít o toxikomany z jiného města, kteří se zde ještě dostatečně neorientovali a tím, že je oslovíme, bychom je neměli nijak ohrozit.

7.1. Výměna injekčních stříkaček a distribuce HR materiálu

Základní náplní práce s uživateli drog je bezpochyby výměna injekčního materiálu. Kdybychom do ulice vyrazili bez materiálu, asi bychom na klienty nijak zvlášť nezapůsobili. To, že uživatelům drog terénní pracovník má co nabídnout, je totiž základem úspěchu další intervence. Přes klasickou výměnu injekčních stříkaček je možné v rámci hierarchie HR působit na klientovo rizikové užívání drog mnohem lépe, než-li bychom měli k dispozici pouze „chytré“ rady. Zároveň v rámci principu Public Health, který je z pohledu státu primární, jde v první řadě o sběr toxického materiálu, až teprve v druhé řadě o klienta. Pokud se tedy stane, že organizace nemá z nějakého důvodu dostatek financí, omezuje nejdříve časové působení v terénu a počet zaměstnanců, popřípadě další služby. Injekční stříkačky pro klienta programu však musí být v organizaci k dispozici vždy. Pravidla pro výměnu stříkaček na ulici se v každé organizaci mírně liší. V Drop In o.p.s. se však pracovníci drží pravidla, že klienti mohou dostat pouze 2 injekční stříkačky navíc. Je to z toho důvodu, že pokud toxikoman nemá žádnou špinavou, je lepší mu přesto dát čistou stříkačku a tady je nutné mít počet nějak omezen, aby to bylo pro všechny klienty jednotné.

Terénní sociální pracovník ale do terénu nenosí pouze čisté injekční stříkačky a kontejner na sběr toxických stříkaček. Od doby, kdy se začal Harm reduction přístup

v drogových službách uplatňovat, se materiál poskytovaný toxikomanům značně rozrostl. V současnosti je v zemích poskytovaných tyto služby kromě injekčního materiálu standardem i sterilní voda na rozpuštění drogy, alkoholový tampon na očištění před vpichem, náplasti, buničina proti krvácení, kondomy a řada dalších pomůcek, které s časem přibývají. Sterilní voda nebo jinak upravená tekutina na rozpuštění drogy je pro bezpečnější aplikaci v rámci zásad HR po čisté stříkačce nejdůležitější. I zde se totiž může vyskytovat celá řada škodlivin či bakterií, přes sdílenou vodu se mezi toxikomany také šíří žloutenky a jiné nemoci. Voda poskytovaná terénními pracovníky Drop In se vyrábí v plastových ampulích, které by měly stačit asi tak na 5 dávek. Problémem však je, že voda na vzduchu nevydrží dlouho a klienti si tak občas stěžují, že po opakovaném použití vody dostanou po aplikaci zimnici. Je tedy možné používat na rozdělávání drogy a následnou aplikaci vodu doma nejméně 10 minut převařenou, v pokojové teplotě, nebo koupit v obchodě vodu balenou.

Alkoholové tampóny, nebo častěji konzulíny⁴⁴ jak je znají klienti terénních programů, se doporučují uživatelům drog používat kvůli předcházení zánětů a dalších komplikací. Konzulín je malý polštářek napuštěný alkoholem a po přetření dezinfikuje místo vpichu, aby se do žíly nedostaly žádné nečistoty. Používá se tedy před aplikací drogy tak, že se vybrané místo jednou přetře a následně nechá zaschnout. Klienti terénních programů však často právě správné používání konzulínů zanedbávají. Většinou jim připadá zbytečné místo si před vpichem dezinfikovat, když mají kůži na pohled čistou. Proto se docela vyplácí ukázat jim, kolik špíny zůstává na konzulínu po přetření i na pohled čisté kůže. Velká část injekčních uživatelů drog ale i přesto používá konzulíny jinak, než jak se jim radí. Komplikace může způsobit i přetření místa vpichu konzulínem po aplikaci. Klienti takto chtějí setřít krev, avšak alkohol se může dostat do žíly a působí zde značně agresivně. Pokud se jedná o již použitý konzulín, může si takto daný jedinec špínu opět vetřít do rány a způsobit si tím zánět nebo infekci.

Základem pro bezpečnější injekční aplikaci je tedy čistá injekční stříkačka, čistá voda a dezinfikované místo vpichu. Kromě toho je však důležité klientům neustále připomínat, že mají drogy filtrovat kvůli příměsím. Filtry mají terénní pracovníci k dispozici v podobě bavlněných vatových kuliček v sáčku. Poté, co se droga rozpustí v čisté vodě, na čisté lžičce nebo rozdělávačce od terénních pracovníků, je důležité ji přes vatový filtr přefiltrovat. Většinou to uživatelé drog dělají tak, že vloží vatu do

⁴⁴ Con-zellin je oficiální název pro jeden z výrobků tohoto typu, v drogových službách se používání jeho názvu rozšířilo i mezi klienty HR služeb

tekutiny a přes ní natáhnou obsah do injekční stříkačky. Existují ale i jiné způsoby, někomu vyhovuje více, když na přefiltrování použije jinou stříkačku, do které dá vatový filtr a poté obsah přestříkne do té původní. Základem však je, aby výsledná tekutina byla průhledná, čirá. Pokud tomu tak není, měla by se droga přefiltrovat znovu, dokud se nezbaví všech usazenin, které nejdou rozpustit. Po aplikaci je dobré místo vpichu silně zmáčknout buničinou – vatovým polštářkem od terénních pracovníků, aby se nevytvořila modřina a poté zalepit náplastí. Kvůli šetření žil je ideální po nějaké době si žíly přetřít indulonou, aby zůstaly vláčné a netvořily se záněty či ztuhlá místa.

Terénní pracovníci poskytují i zdravotní materiál, jako jsou již výše zmíněné buničiny, náplastí, ale i obvazy a základní masti. Často totiž potkáváme klienty značně zbídačené, kteří potřebují obvázat ruku nebo zalepit rozřízný prst. Běžně také nemají peníze na základní zdravotní materiál a nutně ho potřebují, tak si o něj mohou říci u terénních pracovníků. Nejčastěji však klienti používají od terénních pracovníků mastičku na žíly zvanou Heparoid, která rozpouští krevní sraženiny, abscesy a působí na lepší průchodnost krve v žilách. O této mastičce panují mezi uživateli drog často až legendy o její účinnosti a stane se, že jí vyžadují i na problémy, na které mast není vůbec myšlena. Pravdou však je, že na abscesy, kterými trpí dvě třetiny klientů terénních programů, funguje velmi dobře a klienti na ní nedají dopustit. Kromě Heparoidu mají terénní pracovníci v tašce antibakteriální krém, v současnosti Betadine na otevřená hnisající zranění menších rozměrů a běžnou indulonou na zvláchnění žil nebo popraskané ruce klientů v zimě.

V rámci HR hierarchie bezpečnějšího užívání drog nosí terénní pracovníci na ulici také kousky alobalu na kouření heroinu. Jedná se o běžný alobal z obchodu, většinou na kouření stačí rozměr 10x10 cm nebo se dá použít folie od čokolády, pokud nemá klient možnost si jej koupit jinde. Kouření heroinu přes alobal se zdá být docela časté hlavně mezi romskými uživateli drog, zde je ostatně vůbec větší výskyt uživatelů heroinu v porovnání s uživateli z majority. Těžko odhadnout, kolik klientů tuto metodu praktikuje běžně, avšak troufám si odhadnout, že většina z nich ke kouření ještě aplikuje injekčně.

Poslední dobou se mezi klienty drogových služeb stále více rozšiřuje používání želatinových kapslí k orální aplikaci. Tato metoda je zaměřena především na uživatele pervitinu a heroinu, kteří mají špatné žíly a hrozí jim z toho důvodu riziko zdravotních komplikací. Uživatel drog vloží běžnou dávku drogy do kapsle, kterou následně zapije a spolkně. Komplikace však mohou nastat u klientů se zničeným žaludkem nebo špatným

trávením. Také je doporučováno se na orální aplikaci předtím najíst, aby se uživatelé neudělalo nevolno. Z hlediska HR přístupu se jedná o nejméně rizikovou aplikaci, avšak klientů, kteří kapsle pravidelně žádají, je stále málo. Dalo by se mluvit o 10 – 20 lidech, o kterých víme.

Během pracovního dne na ulici se terénní pracovníci Drop In o.p.s. setkávají přibližně asi s 80 klienty. Průměrně se vymění 500-600 injekčních stříkaček a podobný počet použitých stříkaček se od uživatelů drog získá. V celé Praze je to tedy v součtu okolo 1500 injekčních stříkaček, které vyberou pracovníci všech terénních programů za jeden den.



Zleva nahoře: injekční stříkačky několika rozměrů: standardní velikost 1 ml (červené) – tzv. inzulinčky; menší 0.5 ml (oranžové); stříkačky o velikosti 2 ml a nastavovací jehly – tlusté pro aplikaci do svalu; **Shora uprostřed:** zdravotní materiál – standardní náplasti, kondomy, kapsle pro orální aplikaci, filtry, fyziologický roztok na rozpouštění drogy, dezinfekční ubrusky – konzelíny, vitamíny, alobal, těhotenské testy, velká tzv. „bércová“ náplast. **Zprava:** obvazy, buničina na krvácení po vpichu, masti – Heparoid na žíly a Betadine⁴⁵

⁴⁵ Zdroj: Drop In o.p.s. Streetwork

7.2. Poradenství

Kromě potřeby získat čisté stříkačky a ostatní materiál se klienti na terénní pracovníky obracejí také ve chvílích, kdy si nevědí rady s jakýmkoliv problémem v jejich životě. Nejčastěji žádají o radu klienti, kteří nás již lépe znají a mají tedy k pracovníkům větší důvěru. Není však výjimkou, že se na pracovníky obrátí s problémem i klient, který jinak o běžný kontakt moc nestojí a většinou tiše využívá pouze výměnné služby.

Nejběžnějšími otázkami klientů jsou především informace týkající se léčby závislosti a možnosti substituční léčby. Klienti se většinou zajímají o to, jakým způsobem se mohou zbavit závislosti a jaké možnosti jim léčba nabízí. Z toho důvodu mají terénní pracovníci k dispozici seznam všech léčeben, stacionářů, detoxifikačních center či terapeutických komunit. Mohou tedy klientovi poskytnout kontakt na dané zařízení, popřípadě informace o požadavcích na přijetí do léčby. Pokud se klient chce začít léčit a je závislý na látkách opiátového typu, je nutné se nejprve zbavit fyzické závislosti na drogách. Této fázi odvykání se říká detoxifikace a většinou se provádí ve specializovaných centrech, například v nemocnici u Apolináře. Pro přijetí se běžně požaduje lékařské vyšetření psychiatrem nebo doporučení z AT ordinace⁴⁶. Je však možné podstoupit detox také doma, pokud si to klient přeje. Po dokončení detoxu může jít klient dále do ústavní léčebny, nebo do terapeutické komunity, která však vyžaduje většinou 1 rok pobytu pro úspěšnou léčbu. Terénní pracovníci v Drop In o.p.s. nemohou napsat klientovi doporučující dopis do léčby nebo komunity, který je často vyžadován, běžnou praxí je odkázání klienta pro doporučení do K-centra. Pokud má klient zájem o substituci, je opět nutné, aby si zašel pro doporučení, které vydává K-centrum. Je tomu proto, že je potřeba pro přijetí mít nějaké informace o klientovi, jeho údaje a potvrzení o spolupráci s K-centrem. Zároveň se vyžaduje potvrzení psychiatra a potvrzení o neúspěšné léčbě v minulosti.

Kromě dotazů ohledně léčby závislosti se klientům poskytuje zdravotní poradenství, pokud má klient aktuální zdravotní problémy, nebo i problémy dlouhodobé. Většinou se klienti ptají na to, jakým způsobem léčit bércové vředy, které se mezi uživateli Subutexu vyskytují poměrně často. Zde je na místě klientům zdůraznit význam filtrování drogy a vysvětlit jim, že intravenózní aplikace a následně špatný krevní oběh je příčinou těchto problémů. Pokud tedy opravdu chtějí problém

⁴⁶ Pozn. Ordinance pro alkoholismus a (jiné) toxikomanie

s bércovými vředy vyřešit, je důležité se zamyslet nad méně rizikovou aplikací drogy. Často také upozorňujeme na to, že pokud nebudou končetiny udržovat v čistotě a pravidelně je mýt, mohou se vředy rychle prohlubovat. Klienti chodí za terénními pracovníky také v případě, když se nějak nestandardně poranili během intoxikace drog, nebo v době, kdy sháněli peníze na drogy. Často mívají drobné i větší popáleniny ze sběru odcizených elektrických drátů na prodej, popřípadě odřeniny a řezné rány od železa. Výjimkou nejsou ani zranění obdržena jinými klienty či nenávisně smýšlejícími jedinci z řad majority. V zimě jsou pak aktuální omrzliny na nohou a popraskané ruce od mrazu, plné krvavých oděrek. Občas jsou zranění natolik velká, že klientovi doporučíme zajít na pohotovost. V případě zdravotních problémů většího charakteru klientům nabízíme doprovod k lékaři. Je tomu z toho důvodu, že někdy mají klienti s lékaři nepříjemné zkušenosti z minula, kdy je kvůli jejich odpuzivému vzhledu a závislosti na drogách neošetřili. Proto se jim do podobných institucí většinou moc nechce a je možné, že by tam bez doprovodu ani nešli. Poskytnutí asistence od terénních pracovníků však mohou využít klienti i do jiné instituce, než je nemocnice. Jedná se o součást náplně streetworkerů a pokud klient cítí, že službu potřebuje, měla by mu být poskytnuta.

Kromě aktuálních zdravotních problémů a rad co s tím, se klienti také zajímají o možnosti testování na nemoci jako je HIV, syfilis, kapavka nebo žloutenky A, B, C. Na ulici je bohužel tato služba z hlediska hygieny a bezpečnosti nemožná, avšak v současnosti funguje 2x týdně u Hlavního nádraží sanitka pro uživatele drog, která všechny testy bezplatně poskytuje. Pokud tedy klient přijde s požadavkem na testování, posíláme ho do sanitky, která je zde provozována občanským sdružením SANANIM vždy v pondělí a čtvrtek od 14.00 do 18.00 hodin.

Vzhledem k tomu, že se našim klientům občas stane, že kdesi během intoxikace usnou a někdo je okrade, v pravidelných intervalech se ptají terénních pracovníků, jak si zařídit nový občanský průkaz. Pokud klienti mají k dispozici rodný list, tak je situace v podstatě velmi snadná. Zbývá potom sehnat pasové fotografie, které si mohou zdarma opatřit v organizaci pro bezdomovce Naděje se sídlem u Bulhara (Hlavní nádraží), nebo si zajít na K-centrum Stage 5 na Andělu, kde pravidelně jednou týdně pracovníci fotí zdarma klienty na doklady. Žádost o občanský průkaz se podává na obecním úřadě a je za potřebí 100 Kč, což občas pro klienty bývá trochu problém. Avšak větší komplikací pro klienty je situace, kdy ztratí i rodný list. O nový občanský průkaz lze totiž žádat pouze s rodným listem, který je možné získat na matrice v místě

narození.⁴⁷ Pokud je klient z Prahy, je nejlepší ho poslat ke kurátorovi pro dospělé v místě trvalého bydliště, který může o rodný list požádat na matrice za klienta a poskytnout mu finanční prostředky na zaplacení nákladů spojených s vystavením průkazu. Když je však mimopražský, nebo dokonce z jiného státu, situace se zde v mnohém komplikuje. V pražských K-centrech je možné požádat sociální pracovníky o pomoc a pokusit se oslovit matriku přes ně. K vystavení nového rodného listu je však standardně za potřebí 100 Kč a jednoho rodinného příslušníka s OP, který je ochoten potvrdit klientovu totožnost. Někdy tedy nemusí tato alternativa vyjít, pokud pracovníce na matrice usoudí, že je žádost od K-centra nedostačující. V jiném případě je možné jít potvrdit klientovu totožnost se dvěma kamarády s OP, klient tedy v obou dalších případech musí být na matrice osobně přítomný, což znamená další peníze na výdaje za cestovné. Pokud je klient například ze Slovenska, je nucen zařídit si doklady tam. To je však pro drtivou většinu našich klientů velkým problémem, proto jsou často i několik let bez dokladů.

7.3. Zdravotní ošetření a pomoc klientovi v krizi

Terénní sociální pracovníci s uživateli drog nejsou zdravotníci, mohou však klientům poskytovat základní zdravotní ošetření a ošetření drobných ran, pokud to klient aktuálně potřebuje. Všichni terénní pracovníci v organizaci Drop In o.p.s. musí absolvovat výcvik v poskytování první pomoci, navíc jsou také proškoleni na situace jako je předávkování klienta nebo epileptický záchvat. Nutno však podotknout, že takové situace na ulici nejsou nijak běžné, ne-li výjimečné. Za 2 roky působení v organizaci jsem se ještě nesetkala s akutní intoxikací klienta, u které by bylo nutno nějak zasahovat nebo volat záchranku. Taková situace by byla přes veškerá proškolení pro pracovníka nanejvýše vysilující a zátěžová. Běžně se na ulici poskytuje ošetření v podobě obvázání a dezinfikování otevřených ran na rukou a nohou, popřípadě očištění a obvázání bércových vředů, pokud nejsou ještě moc hluboké.

K rizikovému způsobu života klientů patří také situace, kdy už je všeho na daného jedince moc a dostane se do akutní krize nebo zkrátka neví, jak pokračovat dál. V takových chvílích je pro uživatele terénní pracovník prvním člověkem, se kterým si o tom může promluvit, nebo si alespoň uleví tím, že ze sebe všechno „pustí“. Terénní

⁴⁷ Zdroj: http://www.edekontaminace.cz/clanek/6/117/dekontaminace-iii_2009-streetwork.html, vyhledáno dne 25.3.2011

sociální pracovníci v Drop In o.p.s. jsou povinně proškoleni i v poskytování základní krizové intervence, nemají však kompetence pracovat jako profesionální krizoví intervenenti v krizových centrech. Jejich pomoc spočívá především v podpoře a společném hledání řešení problému klienta. Pokud je však klient v akutní krizi a vypadá na to, že potřebuje odbornou péči, terénní pracovníci jej odkazují na odborníky, nebo mu mohou poskytnout asistenci do krizového centra.

8. PROBLEMATICKÉ OBLASTI TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE

Terénní sociální práce s uživateli drog má podle všeho, co již bylo zmíněno, velmi důležitou roli v síti sociálních služeb. Snažila jsem se upozornit, že cílem streetworku není pouze ochrana společnosti před nemocemi a sociálně patologickými jevy, ale také působení na jedince a pomoc a podpora klientovi. Individuální práce s klientem je zcela v rukou terénního pracovníka, neexistuje tedy jednoznačný manuál na to, co klientovi v dané situaci říkat a co neříkat. Terénní pracovník jedná podle svých zkušeností a uvážení, každé setkání s klientem je přitom jedinečné a neopakovatelné. Proto se může pracovník dostat do situací, které jsou pro něj náročné a obtížné.

K takovým situacím dochází nejčastěji v případě, pokud terénní pracovník nemá jasně vymezené hranice vůči klientovi a dává mu více prostoru, než by bylo žádoucí. Vzhledem k tomu, že terénní pracovník má na ulici ke klientovi mnohem blíže než v kamenných zařízeních, může být pro některé pracovníky obtížné udržet si jasné hranice, které by však zároveň neničily svou tvrdostí vztah mezi klientem a pracovníkem. V K-centrech nebo jiných zařízeních má pracovník formální autoritu už tím, že se vyskytuje v jasně určeném prostoru a je to klient, kdo přichází za pracovníkem, nikoliv naopak. Zároveň bývá zvykem klientům v zařízeních vykat, zatímco při práci v terénu pracovníci klientům tykají. Je tomu tak proto, že by bylo v přirozeném prostředí klienta vykání velmi nepřirozené a je možné, že by pracovníci nevzbuzovali u klientů velkou důvěru. Udržet si jasné a pro všechny klienty stejně platné hranice může být tedy pro terénního pracovníka větším problémem, než-li v jiných zařízeních.

Problematika hranic s klienty a obtížné nacházení ideálního pracovního vztahu mezi klientem a pracovníkem vyplývá ze samotného konceptu práce. Proto, že terénní pracovníci nejsou prakticky ničím v terénu chráněni, musí mít o to jasnější hranice, aby dokázali komplikované situace s klienty zvládnout. Je tedy důležité, aby terénní pracovník znal sebe a své reakce v obtížnějších situacích a průběžně s tím pracoval. Nastavování a udržování hranic s klienty je také častým tématem na supervizních setkáních i poradách terénních programů.

Terénní práce s uživateli drog má zároveň určité limity, kde již terénní pracovník klientovi nemůže pomoci a musí přenechat iniciativu jiným zařízením. Rozpoznat, kdy je lepší práci s klientem ukončit a odkázat ho na jiné zařízení, může být pro pracovníky v terénu někdy problematické, avšak pro dobře odvedenou individuální práci je to zásadní.

8.1. Dlouhodobá individuální práce s klientem

Individuální práce, neboli častěji případová práce se zaměřuje na svět klienta a jeho problémy. Pokud nebudeme považovat průběh výměny injekčních stříkaček za případovou práci, pak terénní pracovník vykonává případovou práci, pokud klientovi poskytuje poradenství, odkazuje ho na jiná zařízení, poskytuje mu zdravotní ošetření či realizuje jinou činnost na pomoc a podporu klienta.

Individuální práce s klientem na ulici probíhá v jiném duchu, než-li je tomu v ostatních zařízeních. Individuální práce zde může začínat již ve chvíli, kdy má klient zájem bavit se s pracovníkem o svém životě a během rozhovoru požádá pracovníka o radu, nebo se mu svěří s nějakým problémem. Takových rozhovorů však vede terénní pracovník během své služby celou řadu a zdaleka ne všechny mají charakter případové práce. Pracovník musí aktivně hledat v rozhovoru a celkovém rozpoložení klienta možná témata k diskuzi a zjišťovat, zda klient opravdu nepotřebuje pomoc. Někteří klienti přímo osloví pracovníka a poprosí ho o radu, ale nebývá to moc často. Taková práce je pro terénního pracovníka nejjednodušší, protože přesně ví, co od něj klient potřebuje. Individuální práce v terénu je celkově kratší, proto musí být poskytnuté informace jasné a stručné.

Problémem individuální práce s klienty je však právě její krátké trvání. Vzhledem k množství klientů a jejich nestálosti je nemožné s nimi dlouhodobě individuálně pracovat. Konkrétní klienty potkávají terénní pracovníci tak 1x do týdne,

někdy i 1x do měsíce. Není tedy možné doufat, že až se příště pracovník s klientem potká, práce bude pokračovat. Většinou spolupráce probíhá tak, že se pracovník po opětovném setkání optá, jak si klient v dané oblasti vede a jestli ještě nepotřebuje pomoci. Je tedy problematické nějakým způsobem monitorovat jestli klient dané věci splnil⁴⁸, nebo problém odložil a nevyřešil.

Ještě hůře se pak s klientem pracuje na dlouhodobém plánu, stanovení cílů a možností klienta. To je již z charakteru celé práce nemožné provádět, protože by klienti kvůli nízké motivaci něco měnit s pracovníky nespolečně pracovali. Požadavek dlouhodobého plánování s klientem stanovují Standardy kvality v sociálních službách. Vzhledem ke specifikům terénní práce však nelze tento bod naplnit. Terénní programy s klienty vyplňují pouze tzv. In come dotazníky - neboli vstupní dotazníky. Jde v podstatě o přehled užívaných drog klienta, jeho sociální situaci, vzdělání apod. Opět však platí, že všechny klienty do vyplnění nemůžeme nutit, je to dobrovolná záležitost klientů.

8.2. Motivace klienta ke změně životního stylu

Jak již bylo řečeno, terénní práce s uživateli drog klade na klienty minimální nároky. To má samozřejmě řadu výhod, zároveň z toho vyplývají jistá úskalí, která musí terénní pracovník překonávat. Největším problémem je právě velmi nízká motivace ke změně dosavadního chování klientů. Pokud program na klienta klade nějaké požadavky, dostávají se do rukou pracovníků lidé, kteří je musí splňovat. Mezi množstvím potenciálních klientů se tedy vygenerují ti, kteří vynaloží alespoň minimální úsilí a například si sami zajdou vyměnit injekční stříkačky do K-centra. Pokud však klienti nemusí pro využívání služeb vynaložit žádnou námahu, nejsou nijak motivováni vynakládat ji pro cokoliv jiného. To může být problém již jen v tom, aby pracovníci přiměli klienty nosit špinavé stříkačky. Většinou jsou to stále ti samí klienti, kteří nenosí špinavé injekční stříkačky, ale chtějí čisté. Zde se dostává pracovník do situace, kdy je potřeba přimět klienta ke změně stávajícího chování, avšak to se stále nedaří.

Práce s klientovou motivací je podle mého názoru největším problémem individuální terénní sociální práce s uživateli drog. Pracovník často může propadat beznaději nebo apatii ze zjištění, že po mnohonásobném domlouvání klient stále neplní základní pravidlo výměny, a to přinést špinavou stříkačku. Zároveň je pro společnost

⁴⁸ Např. jestli podnikl nějaké kroky pro získání nového občanského průkazu

bezpečnější těmto klientům čistou injekční stříkačku poskytnout, protože právě tito klienti nemají problém chovat se rizikově a půjčit si špinavou jehlu od někoho jiného. Pracovníkovi tedy nezbývá než klienta dále poučovat o pravidlech výměny a zásadách bezpečného braní a doufat v jeho budoucí změnu.

Práce s klientovou motivací je zapotřebí také při sociálním a zdravotním poradenství. Pokud chceme, aby došlo ke změně chování jednotlivce, musí se změnit i jeho postoj a smýšlení k dané věci. To jsou věci, na kterých terénní pracovník může pracovat vzhledem k podmínkám na ulici zřídka, ale může se o to alespoň snažit. Zde je důležité především trpělivost ze strany pracovníka a určitý náhled na situaci. Změnit chování a smýšlení jedince je totiž velmi těžký úkol a vyžaduje si to v první řadě trpělivost. Možnosti a taktiky, jakým způsobem pracovat s motivací klienta ke změně stávajícího chování poskytují kurzy a semináře na tuto problematiku zaměřené. Pro pracovníka může být užitečné problém konzultovat i s jinými pracovníky, kteří mají s daným klientem jiné zkušenosti a mohou pomoci nebo poradit. Je však důležité mít na paměti, že klienti terénních programů jsou z klientů drogových služeb nejméně motivováni ke změně svého chování a postoje, proto bude problematika motivace součástí této práce stejně tak jako výměna injekčních stříkaček.

8.3. Syndrom vyhoření u terénních sociálních pracovníků

Syndrom vyhoření je v sociálních službách důležitým tématem. Některá pracoviště mu přikládají větší závažnost a snaží se podnikat všechno pro to, aby pracovníci byli schopni vykonávat práci co nejdéle bez rizika vyhoření. Mnozí odborníci naopak tvrdí, že problematika syndromu vyhoření v sociálních službách je zbytečně přeceňována. Můžeme souhlasit s tím, že se syndromu vyhoření v současné době přikládá přehnaná důležitost, avšak pravdou zůstává, že terénní pracovníci s uživateli drog jsou ve své práci každodenně vystavováni nadměrné zátěži a to má bezesporu vliv na jejich práci.

Práce na ulici klade na pracovníka poměrně vysoké nároky, co se týká dovedností a znalostí dané problematiky. Přesto, že v ČR zpočátku terénní práci vykonávali pracovníci neodborně vzdělaní a zkušenosti získávali během výkonu práce, dnes jsou požadavky na terénního sociálního pracovníka mnohem vyšší. Je to částečně proto, že se změnilы podmínky a dnes již každý pracovník v sociálních službách musí mít adekvátní vzdělání. Zároveň je práce na ulici náročná v tom, že si pracovník nemá

možnost dané informace nikde ověřit a pokud tedy znalosti k výkonu práce nemá, může se dostávat do nepříjemných situací a cítit se nekompetentní, pokud klientovi neumí poradit. Plně kompetentní terénní pracovník by měl tedy mít k dispozici velké množství informací z oblasti sociálních služeb, sociálních dávek, drogové problematiky, zdravotního poradenství a dalších, které může v případě potřeby poskytnout klientovi. Klienti terénních programů nejsou navíc motivováni k jakémoliv změně životního stylu a postoje k němu, jak jsem již naznačila v předešlé podkapitole, což může být pro pracovníka dalším zdrojem frustrace a pocitu nedostatečného zvládnutí své práce.

Takové množství znalostí samozřejmě začínající terénní sociální pracovník nemůže obsáhnout, proto je jedním z požadavků další vzdělávání pracovníků, tedy účast na vzdělávacích seminářích a kurzech. Profesní vzdělávání v oblasti terénní sociální práce je pro pracovníky velmi důležité, protože se díky tomu cítí být více kompetentní pro výkon práce a tím se riziko vyhoření značně snižuje. Pokud chceme, aby pracovník v terénu vydržel co nejdéle, je profesní vzdělávání a možnost dalšího rozvoje prioritou.

Terénní pracovník se při práci na ulici však neseťkává jen s klienty, ale i s veřejností a policií. Na ulici tedy není zdrojem frustrace pro pracovníka pouze klient, ale i jiné skupiny obyvatel. Terénní práce s uživateli drog je pro velkou část veřejnosti stále prázdným pojmem a proto se stává, že si na pracovníky lidé stěžují u policie v domnění, že jde o nelegální činnost. Proto u sebe nosí terénní pracovníci informační letáky pro veřejnost, aby v případě potřeby mohli informovat kohokoli, kdo se o jejich činnost bude zajímat. Tím se však práce na ulici rozšiřuje také o komunikaci s policií, která je nucena v případě stížnosti od veřejnosti zakročit.

Již jsem v předchozích kapitolách zmínila, že probíhá vyjednávání mezi policií, městskou částí Praha 1 a terénními programy ohledně působení terénních pracovníků na Václavském náměstí. Vzhledem k tomu, že vyjednávání a řešení celé situace začalo již v roce 2009, kdy došlo k přesunutí otevřené drogové scény, pracovníci jsou již z celé záležitosti poměrně vyčerpaní. Jsou to totiž skoro dva roky a situace se zatím nijak výrazně nezlepšila. Policie s pracovníky jedná, jako by na místě výkonu práce neměli vůbec být, navzdory zákonu 108/2006 o sociálních službách, který jasně říká, že pracovníci terénních programů jsou tam, kde jsou jejich klienti. Vyjednávání s policií a městskou částí, včetně magistrátu hlavního města Praha však pokračuje a nezbyvá než doufat, že se situace časem vyřeší, aby se pracovníci mohli opět soustředit pouze na klienty.

8.4. Mezioborová spolupráce a systémové řešení drogového problému

System péče v drogových službách je v ČR v současné době na dobré úrovni, co se týká množství nabízených služeb. Pokud bychom si představili pomyslnou pouť uživatele drog napříč drogovými službami, byla by to pravděpodobně terénní práce, u které by klient začal využívat služby jako první. Terénní pracovník často stojí na začátku klientovy cesty za další pomocí a díky kontaktu s ním získává další informace o léčbě. Z toho důvodu je pro terénního pracovníka velmi důležité, aby kontakty na dané instituce fungovaly, aby měl nejnovější informace o změnách na jiných pracovištích a popřípadě osobně viděl, jak to v jiné službě probíhá. To samozřejmě leckdy může selhat, pokud jiné pracoviště odmítá spolupracovat, změní si kontaktní údaje aniž by vyrozumělo terénní programy nebo zkrátka dojde k selhání lidského faktoru a návaznost na jiné drogové služby je přerušena.

Špatná spolupráce s jinými službami a nedostatek zájmu o klienty je problémem, se kterým se terénní pracovník může někdy během své pracovní kariéry setkat. Je to zkušenost nepříjemná a frustrující, protože se těžko řeší a zároveň má pracovník pocit, že o úspěšné vyřešení situace klienta se nezajímá nikdo jiný, než pouze on. Pokud selže systém sociálních služeb a nějaká instituce se nechce podílet na vyřešení dané situace, jedinec toho zmůže velmi málo. V sociálních službách se bohužel pracovník bude potkávat s lidmi, kteří již svoji práci nechtějí nebo nedokáží vykonávat. Terénní sociální pracovník by se však neměl nechat takovými lidmi odradit, ale pokusit se aktivně hledat taková pracoviště, kde jsou ochotní s programem spolupracovat.

Kontakt na organizace nebo služby, se kterými má terénní pracovník dobré zkušenosti a jejich práci zná osobně, velmi usnadní klientům řešení jejich záležitostí. Klienti tak mohou zažít zkušenost, že kromě terénních programů existují také jiné služby, kde jim poradí a pomohou.

ZÁVĚR

Touto prací jsem se pokusila přiblížit celkovou činnost a smysl práce terénního pracovníka s uživateli drog. Přesto, že hlavní náplní terénního pracovníka je výměna injekčního materiálu, zaměření na klienta a individuální práce na jeho požadavcích a potřebách je její nedílnou součástí. V práci jsem se snažila ukázat, že terénní sociální práce s uživateli drog má v systému péče o drogově závislé svoje důležité místo, které je v současné době nenahraditelné. Díky terénním programům se daří úspěšně redukovat šíření HIV/AIDS a dalších nakažlivých chorob mezi uživateli drog a zároveň pracovat s klienty, kteří by jinak sociální služby nevyhledali. Bohužel však veřejnost i policie o celkovém smyslu práce terénního pracovníka mnoho neví, proto se k této činnosti staví negativně. Policii především vadí, že injekční výměna probíhá na viditelných místech a pohoršuje tak veřejnost. Ve své práci jsem uvedla, že se tento problém týká především pražských programů, tedy i pracovníků organizace Drop In o.p.s Streetwork. Problémy s policií a následné dohody mezi terénními programy a městskou částí Praha 1 jsou v současné době stále aktuální a práce na ulici se tak rozšiřuje ještě o vyjednávání s policisty.

Navrhovaným řešením stávající situace bylo zřízení tzv. aplikačních místností v blízkosti otevřené drogové scény na Václavském náměstí. Aplikační místnosti by klientům terénních programů umožnily skrytě a bezpečněji aplikovat intravenózně drogy. Klienti by měli k dispozici HR materiál k bezpečnější aplikaci drogy a situaci by za tmavým sklem monitoroval lékař nebo zdravotník. Byla zmíněna i pozice sociálního pracovníka, který by v případě potřeby klientovi mohl pomoci a poradit se vším co by potřeboval aktuálně řešit. Návrh o aplikačních místnostech podali terénní pracovníci. Navrhované řešení by do jisté míry mohlo vyřešit stávající problémy na Václavském náměstí. Zároveň by došlo k jistému kompromisu mezi terénními pracovníky a policisty. Aplikační místnosti by snížily počet intravenózních uživatelů drog aplikujících si na veřejnosti. Zároveň by klienti měli možnost aplikaci vykonávat ve sterilním prostředí, za dohledu odborníka. Uplatňovaly by se zde principy Harm reduction a klienti by měli možnost získat zde potřebné informace od sociálních pracovníků. Návrh je bohužel v současné době pouze vzdálenou vidinou do budoucnosti, protože na schůzce s městskou částí Praha 1 neprošel.

Problémy s policií a neochota městské části Praha 1 podílet se na řešení preventivních opatření v oblasti protidrogové politiky jsou v poslední době nejčastějším zdrojem napětí mezi terénními sociálními pracovníky. Nezbyvá však než doufat, že se situace do budoucna vyřeší ke spokojenosti všech a terénní sociální pracovníci se budou moci naplno věnovat práci s klienty, místo aby hledali cesty, jak přesvědčit policii a hlavní město Praha o důležitosti a nenahraditelnosti jejich práce.

POUŽITÁ LITERATURA

BEDNÁŘOVÁ, Zdena; PELECH, Lubomír. *Sociální práce na ulici – Streetwork*. Vyd. 1. Brno : Doplněk, 1999. 106 s. IBSN 80-7239-048-1

BEDNÁŘOVÁ, Zdena.; PELECH, Lubomír. *Slabikář sociální práce na ulici - Supervize, streetwork, financování*. Vyd. 1. Brno : Doplněk, 2003. 104 s. IBSN: 80-7239-148-8

JANÍK, Alojz; DUŠEK, Karel. *Drogy a společnost*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1990. 344 s. IBSN 80-201-0087-3

KALINA, K., a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. : Mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 320 s. IBSN: 80-86734-05-6

KALINA, K., a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. : Mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 397 s. IBSN: 80-86734-05-6

KALINA K., a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Vyd. 1. Praha: o.s. FILIA NOVA, 2001. IBSN: 80-238-8014-4

KALINA K., a kol. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2008. IBSN: 978-80-247-1411-0

Kontaktní práce : antologie textů České asociace streetwork. Vyd. 1. Praha : Česká asociace streetwork, 2010. 351 s. IBSN 978-80-86728-42-1.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2005. 352 s. IBSN 80-7367-002-X

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha : Portál, 2008. 384 s. IBSN 978-80-7367-502-8

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. IBSN: 80-7178-549-0

MRAVČÍK, Viktor. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Zaostřeno na drogy 5.: Situace ve věcech drog v České republice v roce* . Vyd. 1. Praha : Úřad vlády ČR, 2007. 12 s. ISSN 1214-1089

- NEDĚLNÍKOVÁ, Dana. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2007. 201 s. IBSN není
- NEŠPOR, Karel; CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislosti*. Vyd. 1. Praha : Psychiatrické centrum Bohnice, 1996. 203 s. IBSN 80-85121-52-2
- NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách*. Vyd. 1. Praha : KLP, 1997. 348 s. IBSN 80-85917-36-X
- RHODES, T. *Terénní práce s uživateli drog : Zásady a praxe*. Vyd. 1. Brno: Albert; Sdružení Podané ruce, 1999. 109 s. ISBN: 80-85834-71-5
- STANÍČEK, Jiří., HRDINA, Petr. *Terénní programy pro uživatele drog : bulletin pro sociální prevenci, pomoc a intervenci*. Praha: ÉTHUM, 2002. 112 s. IBSN není
- ŠTÍPEK, Stanislav. *Stručná toxikologie : Mechanismus, diagnostika a léčení akutních otrav a látkové závislosti*. Vyd. 1. Cheb : MEDPRINT, 1997. 87 s. IBSN 80-902036-4-7
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Účinnost programů výměny jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády ČR, 2004. 83 s. IBSN: 80-86734-74-9