

## **Příloha č. 1: Seznam grafů a tabulek**

Tabulka č. 1: Přehled zdrojů a výše finančních prostředků poskytnutých kontaktním centrům ze státního a územních rozpočtů v letech 2007 - 2009 (v tisících Kč).

Graf č. 1: Způsob výměny injekčního materiálu

Graf č. 2: Počet vyměněného injekčního materiálu v období 2006 – 2010

Tabulka č. 2: Způsob testování na infekční nemoci

Graf č. 3: Počet testovaných v roce 2010

Graf č. 4: Distribuce kondomů

Tabulka č. 3: Počet kontaktních center, poskytujících ostatní zdravotnický materiál v jednotlivých letech

Tabulka č. 4: Počet kontaktních center poskytujících klientům základní zdravotní ošetření

Tabulka č. 5: Počet center poskytujících další služby a činnosti, které by mohly mít pozitivní vliv na zdravotní stav klientů

Tabulka č. 6: Počet center majících zajištěnu následnou lékařskou péči

Graf č. 5: Dopad přidělených finančních prostředků na personální obsazení kontaktních center a vliv na přímou práci s klienty

Tabulka č. 7: Dopad finančních prostředků na personální zabezpečení a složení týmů kontaktních center. Počty úvazků v přímé péči

Graf č. 6: Změny v poskytování služeb ve sledovaných obdobích

Graf č. 7: Počet kontaktních center, která mají zájem stát se v budoucnu zdravotnickým zařízením

## Příloha č. 2: Průvodní dopis k dotazníku



centrum adiktologie

Psychiatrická klinika 1, Lékařská fakulta a VFN  
Univerzita Karlova v Praze  
Ke Karlovu 11 / 120 00 Praha 2 / Česká republika  
tel.: + 420 224 965 035 / fax: + 420 224 965 035  
www.adiktologie.cz / info@adiktologie.cz

TO:  
Pracovníci nízkoprahových služeb

V Praze 15.4.2011

Vážená kolegyně, vážený kolego,

obracím se na Vás s prosbou o zapojení do studie, kterou naše pracoviště realizuje se Sdružením SCAN. Na letošní AT konferenci v hotelu Jezerka, jsem prezentoval současný stav prací na implementaci Harm Reduction služeb do zdravotnictví a směřování k možnosti, hradit tuto práci z části z veřejného zdravotního pojištění. Snažíme se v tomto směru pokročit dále prostřednictvím této pilotní studie. Je to pro nás pro všechny dosti práce navíc a je to současně velmi detailní a pro jiné účely často nevyužitelné snažení, bez kterého ale nedáme dohromady potřebné údaje pro jednání s MZ a pojišťovny. Potřebujeme proto od Vás pomoc. Jsem si vědom, že některé z údajů v dotazníku této pilotní studie, by bylo možné získat jinou cestou. Není ale v našich silách realizovat to v tak rozsáhlé a pracné formě. Současně se ukazuje, že některé ze současných jednotek ve výkaznictví, potřebujeme pro potřeby MZ a pojišťovny uchopit a definovat jinak a jinak s nimi zacházet.

Přestože vyplnění dotazníku bude pro Vás znamenat časovou zátěž, chci Vás o tuto práci požádat. Děláme to pro sebe a pro náš obor. Nebudu nijak zastírat, že je obtížné hledat motivaci a opakovat studie, které již v různých podobách byly realizovány atd. a že vím, že máte dost starostí, aby bylo vůbec na výplaty zaměstnanců. Současně ale bych si vyčítal, že jsme se nepokusili udělat něco více proto, aby HR služby získaly stabilní zdroj financování a cesta k němu bude ještě dlouhá a náročná, ale že to za ten pokus stojí. Pokud Vás to nebude obtěžovat, ocením, pokud najdete motivaci a pokusíte se nám dotazník vyplnit a dát nám do rukou data, která potřebujeme pro další fázi zpracování podkladů pro zdravotní pojišťovny.

Děkuji a hezký den

Doc. PhDr. Michal Miovský, PhD.  
Vedoucí Centra adiktologie a garant studie



## Příloha č. 3: Vzor dotazníku

# DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Vážená paní, vážený pane,  
jmenuji se Vít Jelínek, pracuji jako vedoucí kontaktního a poradenského centra WL I. Rumburk a jsem studentem 3. ročníku adiktologie. Dovolte mi, abych Vás touto cestou požádal o vyplnění dotazníku. Informace z něho budou použity do projektu:

„Revize a rekonceptualizace programů Harm reduction a Risk Reduction pro uživatele návykových látek a návrh implementačního plánu změn v těchto službách v ČR.“

Tento projekt společně realizují Sdružení SCAN a Centrum adiktologie PK 1. LF UK V Praze. Jeho cílem je pomoci hledat řešení v oblasti financování nízkoprahových služeb v ČR a jejich institucionalizaci také do zdravotnictví, kde finanční zázemí vykazuje dlouhodobě velké problémy. Výstupy projektu budou k dispozici na stránkách Centra adiktologie a budou publikovány též v časopise Adiktologie.

Pokud při vyplňování následujících položek dotazníku narazíte na situaci, že danou oblast nesledujete a nemáte k dispozici přesný údaj, vyplňte prosím kvalifikovaný odhad a tuto skutečnost pouze vyznačte krátkou poznámkou. Pokud není možný ani kvalifikovaný odhad, položku proškrtněte.

Pro co možná největší usnadnění při vyplňování dotazníků použijte prosím při otázkách, kdy je dostačující jednoznačná odpověď ANO / NE, kladnou odpověď zaškrtnutí křížkem, pokud je odpověď záporná, nechte políčko prázdné. Políčko zaškrtnete tak, že na něj kliknete levým tlačítkem myši. Textové pole rovněž kliknutím myši a vepsáním textu.

### Příklad 1:

Pokud provádíte výměnu inj.materiálu kus za kus vyplňte takto:

	ANO	NE
Kus za kus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Příklad 2:

**Pokud je potřeba na otázku zodpovědět textem, vpisujte prosím do připraveného pole.**

Dotkly se nějakým způsobem přidělené finanční prostředky personálního zabezpečení Vašeho programu v jednotlivých letech? Měly vliv na počet úvazků na přímou práci s klienty?

ano, každoroční snižování fin.prostředků.....

**Poznámka: Pokud Vaše zařízení provozuje zároveň i službu terénní programy, vyplňujte prosím údaje pouze za kontaktní centrum.**

1) Uvedte prosím, jakým způsobem provádíte výměnu injekčního materiálu.

Kus za kus	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Jiný způsob (uvedte používané strategie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Například:** Pokud poskytujete „balíčky prvního kontaktu“ nejen nově příchozím, ale i stávajícím klientům na požádání, uveďte:

Jiný způsob (uvedte používané strategie)	ANO <input checked="" type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
--	--	--------------------------------

Klientům na požádání poskytuje balíčky prvního kontaktu

**Poznámka 1:** Balíček prvního kontaktu obsahuje: Jednu či dvě inzulinové stříkačky, vodu, desinfekce, filtry, kyselinu askorbovou, náplast, informační materiál KC, kondom či další doplňkový materiál a poskytuje se novým, injekčně užívajícím klientům při první návštěvě zařízení. Neplatí tedy v tomto případě pravidlo výměny „kus za kus“.

2) Doplňte prosím počet vydaných inzulinových stříkaček za jednotlivé roky.

2006

2007

2008

2009

2010

3) Prováděli jste v roce 2010 ve Vašem zařízení testování na přítomnost infekčních chorob VHA, B, C, HIV a syfilis a jaké? (prosím označte X). Můžete prosím uvést rok od kterého testování na infekční choroby poskytujete?

	VHA	VHB	VHC	HIV	syfilis
Orientační rychlý test z plné krve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orient. Rychlý test z krev. Séra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odběr žil. krve a odeslání do labor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiná forma testování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Testování poskytujeme od roku:

4) Můžete prosím uvést počet jednotlivých testů v roce 2010?

VHA	VHB	VHC	HIV	Syfilis
-----	-----	-----	-----	---------

- 5) **Provádíte předtestové, potestové poradenství? Pokud ANO a tento údaj sledujete, uveďte prosím jejich počty v roce 2010.**

ANO  NE

Předtestové poradenství

Potestové poradenství

- 6) **Distribuuje mezi klienty kondomy? Pokud ano, uveďte prosím jejich počet v jednotlivých letech. Pokud přesné údaje nenevidujete, odhadněte prosím jejich počty a zaokrouhlete na celé desítky).**

ANO  NE

Počet distribuovaných kondomů

	2006	2007	2008	2009	2010
--	------	------	------	------	------

- 7) **Doplňte prosím ostatní zdravotnický materiál, který poskytujete. Vyplňte prosím zda daný materiál poskytujete (ANO/ NE).**

	2006	2007	2008	2009	2010
Balíček prvního kontaktu (při kontaktu s novým klientem (IUD))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desinfekční polštářky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aqua pro injectione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kyselina askorbová	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bavlněné filtry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kapsle k perorální aplikaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náplasti, obvazový materiál	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masti (např. Heparoid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

jiný materiál (uveďte jaký a ve kterých letech)

**8) Poskytujete ve Vašem zařízení základní zdravotnické ošetření a jaké? Vyplňte prosím zda danou službu poskytujete (ANO/ NE).**

	2006	2007	2008	2009	2010
První pomoc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ošetření drobných poranění (říznutí, oděrky atp..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ošetření kožních onemocnění (např. abscesy, flegmóny, bércový vřed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obklady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Výdej předepsaných léků	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Výdej předepsaných substitučních preparátů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplikace mastí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podávání léků bez předpisu (paralen atp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zákl. diferenciální diagnostika a odeslání do spec. Zařízení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jiné (uvedte prosím jaké a ve kterých letech)

**9) Poskytuje Vaše zařízení některé další služby či činnosti, které by mohly mít pozitivní vliv na zdravotní stav klientů a jaké? Vyplňte prosím zda danou službu poskytujete (ANO/ NE).**

	2006	2007	2008	2009	2010
Potravinový a vitamínový servis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Těhotenský test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testování na OPL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatické vyšetření	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrické vyšetření	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologické vyšetření	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krizová intervence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jiné uvedte jaké a ve kterých letech: (Např. informace o bezpečnějším užívání a jeho nácvik, informace o žilním systému, kontrola „nášlehu“, zastavení krvácení, péče o místo vpichu atp.)

- 10) Má Vaše zařízení zajištěnu následnou lékařskou péčí? Uved'te prosím zda danou odbornost máte zajištěnu a jak se toto zajištění měnilo v čase, tedy pokud v daném roce byla zajištěna (lékař dané odbornosti byl „nasmlouván“), vyplňte zaškrtnutím, pokud nikoli, pak ponechejte volné.

	2006	2007	2008	2009	2010
Praktický lékař	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kardiolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynekolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psycholog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stomatolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jiný (uved'te jaký a ve kterých letech)

- 11) Spolupracuje Vaše zařízení s lékárnami? ANO  NE

- 12) Pokud ano, jakým způsobem a jak často? Prosím popište:

- 13) Dotkly se nějakým způsobem přidělené finanční prostředky personálního zabezpečení Vašeho programu v jednotlivých letech? Měly vliv na počet úvazků na přímou práci s klienty?

- 14) Jsou ve Vašem týmu zaměstnanci níže uvedených profesí? Pokud ANO, můžete prosím uvést součet výše jejich úvazků v jednotlivých letech, případně váš kvalifikovaný odhad tohoto údaje?

	2006	2007	2008	2009	2010
Adiktolog (pracovník s uznanou kvalifikací)					

adiktologa nebo absolvent studijního programu adiktologie)

Lékař

Psychiatr

Psycholog

Zdravotní sestra

Jiný zdravotnický personál:

Jiný personál (uvedte prosím jaký a ve kterých letech)

- 15) Došlo v průběhu sledovaných let k některým omezením, rušením či naopak rozšíření Vašich služeb a jakým?**

2006

2007

2008

2009

2010

- 16) Uvažujete o tom, že by se Vaše kontaktní centrum stalo v budoucnu zdravotnickým zařízením, díky čemuž by mohly být některé výkony hrazeny ze zdravotního pojištění?**

ANO  NE

- 17) Pokud jste na předchozí otázku odpověděli kladně, jak probíhají Vaše přípravy na tuto změnu a co Vám v tom naopak brání (prosím uveďte konkrétní překážky/nedostatky z Vašeho pohledu)?**

**Vyplněný dotazník zašlete prosím do 13. 5. 2011 na adresu:**

**jelinek@wl1.cz**

**V případě jakýchkoli dotazů mě kontaktujte na telefonních číslech 412 331 017, 602 195 104, či na výše uvedenou e-mailovou adresu.**

**Děkuji za Váš čas a ochotu.**