

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Dominika Púčiková

Institucionální analýza harm reduction služeb v Slovenské republice

Institutional analysis of Harm reduction services in the Slovak Republic

Bakalářska práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Lenka Vavrinčíková, Ph.D.

Praha

2014

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

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

V Praze, 22.7. 2014

.....

Poděkování

Poděkování za podnětné připomínky a cenné rady, za shovívavost, trpělivost a podporu patří vedoucí mé bakalářské práce, PhDr. Lence Vavrinčíkové, Ph.D. Ráda bych také poděkovala respondentům za jejich ochotu a čas při vyplňování dotazníku.

Identifikační záznam

PÚČIKOVÁ, Dominika. Institucionální analýza harm reduction služeb v Slovenské republice. [Institutional analysis of Harm reduction services in the Slovak Republic]. Praha, 2014. 53 s., 1 příloha. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 2014. Vedoucí práce Vavrinčíková, Lenka.

Abstrakt

Cieľ: Hlavným cieľom práce bola analýza základnej charakteristiky harm reduction služieb (typy, dostupnosť a pôsobnosť programov), analýza klientely harm reduction programov, poskytovaných intervencií, financovania a postavenia harm reduction služieb v rámci systému starostlivosti o užívateľov drog.

Východiská: Harm reduction prístup je obsiahnutý v rámci drogovej politiky Európskej únie a je zároveň jednou zo zložiek Národnej protidrogovej stratégie Slovenskej republiky. Aj napriek tomu neexistuje súhrnný materiál, ktorý by analyzoval dostupné HR služby na Slovensku.

Popis výskumného súboru: Výskumný súbor tvorili poskytovatelia terénnych programov, kontaktných nízkoprahových centier a poskytovatelia substitučnej liečby. Oslovené boli harm reduction organizácie, Centrá pre liečbu drogových závislostí (CPLDZ) a psychiatrické ambulancie so špecializáciou v obore medicína drogových závislostí. Výskumný súbor dotazovaný buď e-mailom alebo telefonicky nakoniec tvorili 4 HR organizácie, 6 Centier pre liečbu drogových závislostí a 15 ambulancií so špecializáciou drogových závislostí. Po niekoľkých výzvach vyplnenia dotazníku, sa do výskumu zapojilo 100% opýtaných HR organizácií, 33% CPLDZ a 6% z opýtaných ambulancií so špecializáciou drogových závislostí.

Metódy: Zber dát bol realizovaný formou dotazníkového šetrenia. Dotazník bol štruktúrovaný do 4 základných oblastí. Dáta boli následne spracované do tabuliek a grafov pomocou programu Microsoft Excel.

Výsledky: V Slovenskej republike fungovalo v roku 2013 7 nízkoprahových služieb, ktoré boli poskytované štyrmi organizáciami. Výmenné programy sú dostupné celkovo v piatich mestách (Bratislava, Trnava, Nitra, Sereď a Košice), to znamená, že pre celé východné Slovensko je dostupný výmenný program iba v jednom meste. Rozpočet 2/3 služieb sa od roku 2011 do roku 2013 výrazne znížil (u dvoch respondentov sa zredukoval na polovicu), čo je následkom toho, že 87,50% programov nemá peniaze na vývoj služby, ktorý je odrazom potrieb klientov. Sedem z ôsmich poskytovateľov služieb nemá zdroje na pokrytie dostatočného materiálneho zabezpečenia služby. Aj po 20 ročnej histórii fungovania harm reduction služieb vnímajú HR programy svoje postavenie v systéme služieb nedocenené, necítia dostatočné finančné ohodnotenie a uznanie odbornej kvality v svojom odbore.

Záver: Bakalárska práca poskytuje súhrnné informácie o charakteristike, dostupnosti, klientele, financovaní a postavení HR služieb na Slovensku. Výsledky výskumu sú použiteľné ako argument na dobudovanie služieb a na potrebu investovania štátu do HR programov.

Kľúčové slová: harm reduction prístup, typológia služieb, analýza, verejné zdravie, Slovenská republika

Abstract

Objective: The main objective of this study was to analyze the basic characteristics of Harm Reduction services (types, availability and scope of programs), customer analysis offered interventions, funding and status of HR services within the system of care for drug users.

Background: Harm reduction (HR) pattern is contained within the drug policy of the European Union and is also one of the components of the National Drug Strategy of the Slovak Republic. Even though there is no comprehensive material which analysis HR services available in Slovakia

Research file: The research file consisted providers outreach programs, low threshold contact centers and providers of substitution treatment. The study invited all providers of HR services, Centers for drug treatment and psychiatric clinic specializing in the field of drug addiction. The sample interviewed either by e-mail or phone finally constituted 4 HR organizations, 6 Centers for drug treatment and 15 outpatient clinics specializing in drug addiction. After several calls completed, questionnaire was able to obtain data from seven HR programs (provided with four HR organizations), two centers for the treatment of drug addiction and one clinic specializing in drug addiction.

Methods: Data collection was conducted by questionnaire structured into 4 main areas. The data were processed in the tables and charts in Microsoft Excel.

Results: There was only 7 functioning low threshold services (provided by four organizations). Needle and syringe exchange programmes are generally available only in five cities (Bratislava, Trnava, Nitra, Sered and Kosice), this means that in the entire eastern Slovakia is available an exchange program in one city. Budget of 2/3 services from 2011 to 2013 declined significantly (by two respondents was reduced to half), as a consequence of the fact that 87.50% of the programs does not have money to develop services that reflects the needs of clients. Seven of the eight respondents do not have sufficient funds to cover physical security services. Even after a 20 year history of the functioning of HR services HR programs perceive their position in the system of services underrated, do not feel sufficient financial appraisal and recognition of professional quality in their field

Conclusions: Bachelor thesis provides summary information about the characteristics, availability, clients, funding and status of HR services in Slovakia. The research results are useful as an argument to the completion of the services and the need to invest in the state of HR programs.

Key words: Harm reduction approach - Typology of services - Analysis - Public health - Slovak Republic

Obsah

Úvod	8
<i>I. Teoretická časť</i>	9
1 Harm reduction v Európe	9
1.1 Prístup harm reduction	9
1.2 História prístupu.....	10
1.3 Harm reduction intervencie a služby.....	12
2 Drogová situácia na Slovensku	16
2.1 Epidemiológia užívania drog.....	16
2.2 Národná (proti)drogová politika a jej kontext	17
2.3 Systém starostlivosti o užívateľov drog	20
2.4 Harm reduction prístup na Slovensku	23
2.4.1 Problémové užívanie drog	23
2.4.2 Dostupnosť a charakteristika harm reduction služieb	23
<i>II. Výskumná časť</i>	26
3 Realizované výskumné šetrenie	26
3.1 Cieľ výskumu a výskumné otázky	26
3.2 Metóda zberu dát.....	26
3.3 Výskumný súbor	26
3.4 Zber dát.....	27
3.5 Metóda analýzy a spracovania dát	28
3.6 Etické aspekty	28
4 Výsledky	29
5 Diskusia	43
6 Záver	48
7 Použitá literatúra	50
8 Prílohy	54
8.1 Použitý dotazník.....	54

Úvod

Harm reduction je evidence based prístup, ktorý je obsiahnutý v rámci drogovej politiky Európskej únie a je zároveň jednou zo zložiek Národnej protidrogovej stratégie Slovenskej republiky. Aj napriek tomu neexistuje súhrnný materiál, ktorý by analyzoval harm reduction služby na Slovensku.

Ako harm reduction služby sú v bakalárskej práci označované programy zamerané na zníženie negatívnych dopadov spojených s užívaním drog. Konkrétne sa práca zameriava na poskytovateľov nízkoprahových služieb a poskytovateľov substitučnej liečby. Čiastkové informácie o nízkoprahových službách aj poskytovateľoch substitučnej liečby sa dajú čerpať z Výročných správ Národného monitorovacieho centra pre drogy. Údaje o nízkoprahových službách sa dajú získať z ich výročných správ, kde poskytujú podrobné výkazy o svojej činnosti.

Preto hlavným cieľom a zároveň aj motiváciou pre vypracovanie práce bolo poskytnúť súhrnný materiál s komplexnejšími informáciami ohľadom HR služieb na Slovensku.

Teoretická časť práce je rozdelená na dve hlavné kapitoly. Prvá z nich sa venuje prístupu HR, jeho histórii, dostupným HR službám a intervenciám. Druhá kapitola sa zaoberá drogovou situáciou na Slovensku. Jednotlivé podkapitoly sú venované epidemiológii užívania drog v populácii, protidrogovej politike, systému starostlivosti o užívateľov drog a nakoniec HR prístupu na Slovensku.

Druhá časť bakalárskej práce je venovaná výsledkom výskumného šetrenia, ktoré prebiehalo v rámci bakalárskej práce medzi kompetentnými pracovníkmi terénnych programov, kontaktných nízkoprahových centier a poskytovateľmi substitučnej liečby.

I. Teoretická časť

1 Harm reduction v Európe

1.1 Prístup harm reduction

Pojem „Harm reduction“ môže byť analyzovaný z rôznych hľadísk. Janíková (in Kalina et al., 2008) ich zhrňuje a vysvetľuje, čo všetko môže tento pojem obsahovať. HR v doslovnom preklade znamená „znižovanie škôd“. Tento pojem je používaný v rôznych slovných spojeniach, ktoré sa odvíjajú od špecifickej oblasti, často spojovanej so snahou o zastavenie šírenia infekčných ochorení (HR ako výmenný program injekčných striekačiek, HR ako pilier protidrogovej politiky a podobne). V širšom pojatí je možné harm reduction definovať ako súbor praktických stratégií, určených k redukcii negatívnych dopadov užívania drog. Pracuje s klientmi v ich momentálnej situácii a zameriava sa na okolnosti užívania, aj na užívanie samotné. Hrdina (in Kalina et al., 2003) poznamenáva, že HR nadväzuje na poznatky o zložitom komplexe interakcií medzi bio-psycho-sociálnymi faktormi závislého a problémového správania. Prístup ku klientovi nie je určený dopredu danými schémami, ale jedinečnou životnou situáciou klienta a jeho potrebami. Janíková (in Kalina et al., 2008) zároveň upozorňuje, že by sa nemalo zabúdať na HR ako celistvý prístup, pomocou ktorého nazeráme na drogovú problematiku.

Charakteristickým rysom tohto prístupu je zameranie na prevenciu vzniku škôd spojených s užívaním drog, skôr než na prevenciu samotného užívania. Medzi tieto poškodenia patria: HIV/AIDS, vírusové hepatitídy, lokálne a systémové bakteriálne infekcie, predávkovanie, vznik závislosti, ostatné fyzické a psychické problémy, úrazy, dôsledky agresie, obťažovanie verejnosti, kriminalita, poškodenie spôsobené kriminalizovaním (Hunt et al., 2003). Newcombe (1992) rozlišuje škody na rôznych úrovniach – individuálne, komunitné a spoločenské. Ďalej odlišuje rôzne typy poškodení – zdravotné, sociálne a ekonomické. Okrem ochrany jedinca má na zreteli ochranu celej spoločnosti pred nežiaducimi dopadmi užívania drog a súvisí so stratégiou ochrany verejného zdravia „public health“ (Hrdina in Kalina et al., 2003). Sleduje ochranu spoločnosti najmä pred prenosom závažných infekčných ochorení (HIV/AIDS, tuberkulóza, vírusová hepatitída typu B a C). Od prístupu „public health“, ktorý akcentuje ochranu verejného zdravia celej spoločnosti, sa odlišuje tým, že dôraz kladie na individuálne potreby klienta (Janíková in Kalina et al., 2008).

HR je čiastočne definovaný radom princípov, v ktorých sú ukotvené jednotlivé programy a politiky. Kanadské centrum, zaoberajúce sa problematikou užívaníach návykových látok, ponúka nasledovné (CCSA, 1996; in Hunt et al., 2003):

- Pragmatickosť – Akceptovanie faktu, že látky meniace vedomie sú bežným prvkom ľudskej existencie. Drogy prinášajú užívateľovi určité riziko,

zároveň však aj isté pozitívne zážitky. Na to, aby bolo možné porozumieť správaniu užívateľov je potrebné brať do úvahy tak pozitíva, tak negatíva.

- Humanistické hodnoty – Práva a dôstojnosť užívateľa sú akceptované. Fakt, že sa rozhodol drogy užívať je prijímaný, ale nie schvaľovaný.
- Zameranie na poškodenie – Skôr než na zníženie samotného užívania drog, sa sústreďuje na zníženie negatívnych dopadov u užívateľa a jeho okolia. V niektorých prípadoch môže byť zníženie dávok jednou z najefektívnejších foriem HR, v niektorých prípadoch to je zmena spôsobu užívania.
- Zvažuje náklady a prínosy – Proces identifikácie, merania a posudzovania problémov a poškodení spojených s užívaním. Hodnotenie nákladov a prínosov intervencií, vďaka ktorým je možné zamerať sa na zdroje a priority. Rámec analýzy presahuje okamžité záujmy užívateľov a zahŕňa širšiu komunitu a spoločenské záujmy.
- Zameranie na bezprostredné ciele – Väčšina programov má vytvorenú hierarchiu cieľov, s bezprostredným zameraním na aktívne zapojenie jednotlivca, cieľovej skupiny a komunity tak, aby odpovedali na aktuálne potreby. Dosiachnutie bezprostredného a realistického cieľa býva prvým krokom k bezpečnejšiemu užívaniu alebo k abstinencii.

HR prístup je alternatívou ku tradičným a jednostranným modelom užívania drog a závislostí. Ponúka teda mnoho nástrojov a postupov, ako znížiť škodlivé konzekvencie závislého správania. Idealistické vízie o spoločnosti bez drog pokladá za nepravdepodobné. Abstinencne orientovaná liečba je pre niektorých klientov v momentálnej situácii nedosiadateľná. Preto HR programy pracujú so zachovaním čo najlepšieho zdravotného stavu klienta, poskytujú mu informácie a motivujú ho k tomu, aby prebral zodpovednosť za svoje správanie a postupne ho menil k menej rizikovému. Uplatňuje nízkoprahový prístup, čo v praxi znamená, že na klientov nie sú kladené predbežné a pre nich nereálne požiadavky, nezisťujú sa osobné údaje, teda program sa ich nesnaží identifikovať (Marlatt, 1996).

1.2 História prístupu

Pojem HR odkazuje na politiky, programy a postupy, ktoré majú za cieľ znížiť zdravotné, sociálne a ekonomické dôsledky užívania legálnych aj nelegálnych psychotropných látok. Je založený na silnej väzbe k verejnému zdraviu a ľudským právam (IHRA, 2009). Tento prístup sa vznikol v súvislosti s rozšírením vírusu HIV v Európe, v polovici 80-tych rokov (Janíková, in Kalina et al., 2008). EMCDDA (2010) upozorňuje na skoršie príklady praxí, založených na HR princípoch. Substitučné kliniky v Spojených

štátoch a Veľkej Británii v 20-tych rokoch, „ kontrolované pitie“ ako alternatíva ku abstinenčne orientovanej liečbe pre užívateľov alkoholu v 60-tych rokoch a pod.

Prvými európskymi krajinami, ktoré začali model HR praktikovať bolo Holandsko a Veľká Británia, podľa toho rozdeľuje a popisuje Marlatt (1996) dva modely vzniku a vývoja HR. Holandský model sa začal vyvíjať, keď nastala radikálna zmena v národnej drogovej politike, ktorá bola reakciou na rastúci drogový problém na konci 60-tych rokov. V roku 1972 bol vydaný dokument, ktorý obsahoval novú tézu, že drogová politika by mala obsahovať aj hľadisko rizík spojených s užívaním drog. V roku 1976 zákon rozdeľoval návykové látky na tie s „akceptovateľným“ a na tie s „neakceptovateľným“ rizikom. Tento akt humánnosti a pragmatickosti, v roku 1980, pokračoval vytvorením Ligy užívateľov v Rotterdame, čo o 4 roky neskôr viedlo ku vytvoreniu prvého výmenného programu v Amsterdame. Tento model sa vyznačuje nasledujúcimi pragmatickými východiskami: užívanie drog nie je primárne chápané ako problém polície a súdov, dôraz kladený na telesnú a duševnú pohodu klienta, užívanie drog má vplyv na klienta a aj na jeho okolie.

Model Veľkej Británie je úzko spätý so vznikom substitučnej liečby. Tieto počiatky sa datujú do 20-tych rokov, kedy Rollestonova skupina britských lekárov odporúčala predpisovať niektorým pacientom narkotiká, za účelom zníženia rizík spojených s užívaním drog a za účelom pomoci viesť užitočný život (Marlatt, 1996).

V roku 1986 boli založené výmenné programy v niektorých častiach Spojeného Kráľovstva ako reakcia na možné veľmi rýchle šírenie HIV víru medzi užívateľmi drog. Tieto obavy spôsobila vysoká prevalencia HIV, šírenie spôsobu intravenózneho aplikácie drog, zdieľanie injekčného materiálu. Katalyzátorom týchto zmien bola správa o AIDS a užívaní drog, publikovaná poradným zborom o zneužívaní drog v roku 1988. V období rokov 1988 a 1993 boli programy na ochranu verejného zdravia inovované a zvýšili svoju schopnosť zamerať sa na zraniteľné skupiny obyvateľstva, pomocou výmenných programov injekčných striekačiek, rozšírenia liečby metadonom a naviazaním kontaktu s ťažko dostupnou populáciou. Zmena nastala vo filozofii programov pre užívateľov drog. Konkrétne to znamenalo sústredenie na minimalizáciu škôd, dostupnosť a flexibilita programov, stanovenie si dostupných a krátkodobých cieľov (Stimson, 1995).

V roku 1990 boli výmenné programy prevádzkované v 14-ich krajinách Európy (EMCDDA, 2009). Spoločným diskusným miestom sa stala každoročná medzinárodná „harm reduction“ konferencia International Conference of the Reduction of Drug-Related Harm a časopis International Journal of Drug Policy. Obidve tieto fóra boli zaštrňované Medzinárodnou asociáciou „harm reduction“ (IHRA) (Janíková, in Kalina et al., 2008). V roku 1993 bola publikovaná druhá Správa o AIDS a užívaní drog, ktorá hodnotila doterajšie obdobie a stanovila nasledujúce kľúčové odporúčania do budúcnosti: dôležitosť metadonovej udržiavacej liečby, rozšírenie dôležitosti role terénnych programov, podpora

skorého testovania na HIV, zvýšenie celkového počtu testov a rozšírenie možností v ktorých sa budú tieto testy prevádzať, školenia pre praktických lekárov s podporou špecializovaných služieb, rozvinutie dostupných služieb vo väzení V 90-tych rokoch bol HR prístup schválený ako súčasť protidrogových politík v mnohých krajinách Európy (Stimson, 1995).

Na prelome storočia fungovali HR programy v 28-ich krajinách, ktoré boli financované z verejných prostriedkov (EMCDDA, 2010). V roku 2000 schválila Európska únia „Protidrogovú stratégiu“ s pridruženým „Akčným plánom“, pre obdobie rokov 2000 až 2004, ktorý obsahoval niekoľko konkrétnych cieľov napr. výrazne zníženie poškodení a úmrtí súvisiacich s užívaním drog (Európska únia, 2000, in EMCDDA, 2010).

Ďalším dôležitým míľnikom bolo prijatie odporúčania o prevencii a znížení poškodenia zdravia, spôsobeného drogovou závislosťou. Pre členské štáty Európskej Únie to znamenalo odporúčenie o ustanovení znižovania rizík spojených s užívaním drog ako cieľ v oblasti verejného zdravia a uvedenie kľúčových opatrení HR za účelom výrazného zníženia zdravotných poškodení spôsobených drogami. Služby a zariadenia, ktoré sú zamerané na zníženie rizík spojených s užívaním drog, by mali byť integrované do systému protidrogovej politiky ako neoddeliteľnou súčasťou prevencie a liečby. Pre dosiahnutie zníženia zdravotných poškodení odporúča niekoľko opatrení a to napríklad: poskytovať informácie a poradenstvo užívateľom drog, uľahčiť im prístup ku ostatným službám, informovať a umožniť rodinám a komunite podieľať sa na prevencii a znížení týchto rizík, zahrnúť metodológiu terénnej práce do zdravotnej a sociálnej politiky, zavedenie štandardov a metodológie pre terénnu prácu, zapojenie dobrovoľníkov do terénnej práce, umožniť kontinuitu a dobrú dostupnosť služieb pre užívateľov drog, rôznorodosť ponúkaných služieb, stanoviť opatrenia na zabránenie zneužívania substitučných látok, dostupnosť služieb vo väzení, dostupný screening krvou prenosných ochorení, distribúcia kondómov a parafernálií (Rada Európskej Únie, 2003, in EMCDDA, 2010).

V roku 2009 bol harm reduction prístup súčasťou protidrogových politík všetkých 27-ich členských štátov Európskej Únie. V marci roku 2009, zo 158 krajín alebo teritórií, v ktorých bolo hlásené injekčné užívanie drog, z nich 84 podporovalo HR buď ako súčasťou protidrogovej politiky alebo súčasťou praxe, 77 z nich malo výmenné programy ihl a injekčných striekačiek, 65 ponúkalo substitučnú liečbu a 8 malo aplikačné miestnosti (Cook, 2009).

1.3 Harm reduction intervencie a služby

EMCDDA (2010) uvažuje o HR, ako o kombinácii intervencií, prispôbených miestnym podmienkam a potrebám, s dôrazom kladeným na znižovanie škôd spojených s užívaním drog. Zaznamenali, že pri poskytovaní viacerých, kombinovaných HR

intervencií, dochádza ku rozšíreniu potenciálneho dosahu HR programov. Tento rozšírený dosah je ovplyvnený najmä poskytovaním dostatočnej miery výmenných programov ihiel, injekčných striekačiek a poskytovaním substitučnej liečby. V spojitosti so znižovaním škôd spôsobených injekčnou aplikáciou drog, patria medzi kombinované HR intervencie: výmenné programy, terénne programy, kontaktné nízkoprahové centrá substitučná liečba, služby poskytujúce poradenstvo, aplikačné miestnosti a podpora verejnej politiky vedúcej k ochrane zdravia rizikovej populácie.

Táto kapitola je venovaná HR intervenciám, ktoré sú zamerané na klientelu problémových užívateľov drog a popisuje aj intervencie zamerané na rekreačné užívanie drog.

- **Programy výmeny ihiel a injekčných striekačiek** – Tento typ intervencie je najintenzívnejšie asociovaný s HR prístupom, než ktorýkoľvek iný program. Jeho primárnym cieľom je prevencia prenosu HIV/AIDS a iných krvou prenosných ochorení, ktoré sa prenášajú zdieľaním injekčného materiálu a nechráneným pohlavným stykom medzi užívateľmi drog a neskôr aj do širšej skupiny populácie. Služby sú nastavené tak, aby zvyšovali počet sterilných injekčných striekačiek v cirkulácii, a podnecujú vrátenie použitých za účelom bezpečnej likvidácie (Hunt et al, 2003). Poskytovanie injekčného materiálu (čisté striekačky, kondómy, aluminiové fólie, alkoholové tampóny, leukoplasty, filtre, kyselina askorbová, injekčná voda) je nástroj pre naviazanie kontaktu. Čas, ktorý pri výmene spolu strávi klient a pracovník HR služby, poskytuje priestor pre komunikáciu a budovanie vzťahu. Otvára sa priestor pre získavanie informácií týkajúcich sa klientovej sociálnej situácie, zdravia, rizikového správania a umožňuje pracovníkovi zmapovať klientove potreby (Hrdina, Korčíšová, in Kalina et al., 2003). Hunt et al. (2003) vymenúva ďalšie možnosti využitia priestoru pri výmene striekačiek. Poskytovanie informácií, sprostredkovanie jednoduchšieho prístupu ku ostatným adiktologickým, sociálnym a zdravotným službám, nadviazanie kontaktu so skrytou populáciou.

Svetová zdravotnícka organizácia (The World Health Organisation – WHO, 1995) definuje poskytovanie informácií, vzdelávanie a komunikáciu ako dôležitú súčasť reakcie na šírenie HIV medzi injekčnými užívateľmi drog. Tvoria dôležitý komponent služieb poskytujúcich HR intervencie. Hrdina a Korčíšová (in Kalina et al., 2003) približujú aké typy informácií sú poskytované v rámci terénnej práce. Informácie o samotnom užívaní drog, o bezpečnejších formách aplikácie, hygienických návykoch, bezpečnom sexe, prenosných ochoreniach atd. Kladú dôraz na minimalizáciu zdravotných a sociálnych rizík spojených z užívaním drog. Dôležitou súčasťou sú informácie o dostupných službách a poskytnutie kontaktov na tieto zariadenia. Medzi ďalšie HR intervencie patrí zdravotné a sociálne poradenstvo, ktoré sa zameriavajú na stabilizáciu životného štýlu klienta. Poskytujú pomoc pri trestno-právnych problémoch a zdravotných komplikáciách klienta, zaisťujú testovanie na HIV a hepatitídy, poskytujú základné zdravotné ošetrovanie. Referujú

alebo sprevádzajú klientov do špecializovaných zdravotných a právnych zariadení. Medzi doplnkové služby patrí hygienický, potravinový a vitamínový servis. Poradenstvo a krízová intervencia sa zameriavajú na zvládanie aktuálnych problémov a na motiváciu klienta pre naviazanie kontaktu so zdravotnými či sociálnymi zariadeniami. Často ide o sprevádzanie klienta obdobím, kedy nie je motivovaný k abstinencii a pomáha mu získať náhľad, že užívanie drog je problém (Hrdina & Korčíšová in Kalina et al., 2003).

Väčšina výmenných programov je poskytovaná v rámci komunitných podmienok a je určená skupine intravenózných užívateľov drog. Avšak, niektoré skupiny z nich vyžadujú špeciálnu pozornosť, a to skupina väzňov a žien pracujúcich v sex biznise. Distribúcia sterilného injekčného materiálu má rôzne formy, najčastejšie ide o výmenné programy zariadení a agentúr špecializovaných na poskytovanie starostlivosti užívateľom drog (kontaktné centrá, terénne programy, programy v lekárňach), v zdravotníckych zariadeniach a takisto prostredníctvom výdajných automatov (Hunt et al., 2003).

- **Terénne programy** – Stoja na pomyselnom začiatku v systéme starostlivosti o užívateľov drog a mnohokrát sú prvou službou, s ktorou sa užívateľ stretne. Terénna práca je forma sociálnej služby, ktorá je poskytovaná na ulici. Medzi jej zložky patrí výmena injekčného materiálu, poskytnutie informácií, sociálne, zdravotné poradenstvo a právne poradenstvo, krízová intervencia (Hrdina & Korčíšová in Kalina et al., 2003).
- **Kontaktné centrá** – Je stabilné miesto, kde sú poskytované HR služby. Je tu vytvorený priestor pre ľahšie poskytovanie dodatočných služieb (štruktúrované poradenstvo, testovanie krvou prenosných ochorení a pod.) ako v terénnych výmenných programoch. (Burrows, 2002). Do ich spektra služieb spadá kontaktná práca, výmenný program, základná zdravotná starostlivosť, základné poradenstvo, krátkodobé intervencie, štruktúrované poradenstvo, sociálna práca a doplnkové služby ako hygienický servis, potravinový a vitamínový servis (Libra in Kalina et al., 2003).
- **Automaty na vydávanie sterilného injekčného materiálu** – Ich významným cieľom je umožniť prístup k HR materiálu, špecifickým skupinám injekčných užívateľov a v tejto súvislosti sú vhodným doplnkom tradičných výmenných programov. Je to efektívny nástroj na oslovenie skupín užívateľov, ktorí nie sú v kontakte s ostatnými fungujúcimi službami. Jedná sa predovšetkým o klientov, ktorých sa náročné kontaktovať a vysoko rizikové skupiny užívateľov (NMS, 2009). Jeden zo základných výhod automatov je zvýšená dostupnosť špecifického zdravotníckeho materiálu. Ďalej je to oslovenie skrytých a rizikových skupín injekčných užívateľov drog a tým prispieva k ochrane verejného

zdravia. Ponúka HR materiál a informácie vylepené na automatoch (napr. o dostupných službách, infekčných ochoreniach). Pri výdajných automatoch sa nachádzajú zberné kontajnery, kde môžu klienti odkladať použité striekačky a tie môžu byť následne zlikvidované odborne (NMS, 2009). Program poskytuje vysokú mieru anonymity, nie je náročný na prevádzkové náklady ani na obsluhu (NSW, 2006).

- **Aplikačné miesta** – Chránené miesta určené na hygienickú aplikáciu dopredu zaobstaranej drogy, v neodsudzujúcom prostredí pod dohľadom školeného pracovníka. Predstavujú vysoko špecializovanú adiktologickú službu v širšej sieti služieb určených pre osoby užívajúce drogy. Hlavný cieľ je naviazať kontakt a adresovať ponuku služieb vysoko-rizikovým skupinám užívateľov drog, najčastejšie aplikujúcich intravenózne a na ulici. Tieto skupiny majú dôležité potreby zdravotnej starostlivosti, ktoré nie sú poskytované ostatnými službami a predstavujú problémy pre lokálnu komunitu, ktoré nedokázali byť vyriešené pomocou iných ponúkaných služieb, ani zákonného vynútenia (Hedrich, 2004). Medzi ciele aplikačných miestností patrí: upraviť prístup ku zdravotným službám pre najzraniteľnejšiu skupinu užívateľov, upraviť ich zdravotný stav a celkové prosperovanie, prispievať ku kvalite a bezpečiu života v miestnej komunite, redukovať dopad otvorenej drogovej scény na miestnu komunitu. Klienti aplikačných miestností môžu využiť napr. program výmeny injekčných striekačiek a ihl, aplikovanie drogy pod dohľadom školeného pracovníka, základné zdravotné, sociálne a vzdelávacie intervencie, v prípade potreby sú odkazovaní do zariadení so širšou ponukou služieb. V závislosti na miestnych podmienkach sa aplikačné miestnosti môžu zamerať hlavne na zdravotné riziko užívania drog, a teda zamestnávať hlavne zdravotnícky personál alebo sa zamerať na sociálnu stránku užívania drog a zamerať sa hlavne na komunitný dosah aplikačných miestností (Schatz & Nougier, 2012).
- **Substitučná liečba** – Predstavuje terapeutický postup, pri ktorom je pôvodne užívaná návyková látka nahradená látkou s výhodnejším bezpečnostným profilom. Pôvodne užívaná látka je často ilegálneho pôvodu, účinkuje krátkodobo, obsahuje toxické prímеси, aplikovaná rizikovým spôsobom. Látka, ktorou je nahradená, má známu koncentráciu, je bez toxických prímеси, s dlhším účinkom v organizme, užívaná bezpečnejším spôsobom, predpisovaná lekárom. Pri dlhodobej substitúcii je značná časť klientov, ktorí predtým opakovane zlyhávali v abstinenčne orientovaných liečbách, schopných neproblémovej samostatnej existencii (Popov, in Kalina et al., 2003). Úloha substitučnej liečby sa dá zhrnúť nasledovne: asistovať klientovi pri udržaní si zdravia, redukcia užívania nelegálnych, nepredpisovaných drog u jednotlivca, pomôcť klientovi vysporiadať sa s problémami súvisiacimi s užívaním drog, zníženie rizika predávkovania a prenosu krvou prenosných ochorení, skrátenie epizódy užívania drog, zníženie šance relapsu užívania drog v budúcnosti, zníženie potreby kriminálnej činnosti, ako prostriedku na financovanie drog, stabilizovanie klienta a zabránenie vzniku abstinenčných príznakov,

pomôcť zlepšiť účasť v ostatnej zdravotnej starostlivosti, zlepšiť celkové osobné, sociálne a rodinné fungovanie (Hunt et al., 2003). Preparáty používajúce sa na substituálnu liečbu sú metadon, buprenorfin (Subutex, Suboxon), morfium s pomalým uvoľňovaním účinnej látky, LAAM, kodeín (Popov in Kalina et al., 2003, Hunt et al., 2003). Nefarmakologické zložky substituálnej terapie môžu zahrňovať: poradenstvo, psychoterapiu, sociálnu prácu, rodinnú terapiu a zlepšujú zapojenie a udržanie klienta v programe a motivuje ho k využitiu a možnosti zmeny životného štýlu (Volpicelli, Pettinati, McLellan & O'Brien, 2001).

Napriek prínosom perorálne podávaného metadonu oň niektorí klienti nejavia záujem. Neláka ich liečba alebo počas liečby nemenia výrazným spôsobom svoje správanie. Preto vznikol pilotný projekt predpisovania farmaceutického heroínu (substituálna droga) namiesto nelegálneho heroínu. V dnešnej dobe sa medicínska preskripcia farmaceutického heroínu osobám závislým na heroíne, považuje v niektorých krajinách za pomoc pri riešení „heroínového problému“ s potenciálnym prínosom pre závislého jednotlivca aj spoločnosť (Hunt, 2003).

- **Ďalšie harm reduction intervencie** – Okrem HR intervencií, ktoré sú určené najmä problémovým užívateľom drog, existujú služby, ktoré sa venujú taktiež experimentálnym, rekreačným užívateľom drog v prostredí zábavy (napr. nočných klubov, festivalov). Do cieľovej skupiny programov poskytovaných v prostredí nočného života patria experimentálni, rekreační, pravidelní, problémoví UD, osoby ohrozené užívaním drog a ich blízke osoby (NMS, 2011).

Medzi riziká nočného života vo vzťahu ku užívaniu drog patria: akútne zdravotné problémy súvisiace s užitím drogy (predávkovanie, bad tripy), dehydratácia, hypertermia, úrazy, pohlavne prenosný ochorenia, nechcené tehotenstvo, riadenie motorového vozidla pod vplyvom psychoaktívnej látky, násilie a pod. Vzhľadom na vyššie uvedené riziká patria medzi intervencie poskytované v rekreačnom prostredí napríklad: poskytovanie informácií (o účinkoch drog, nových drogách, bezpečnejšom užívaní), dostupnosť krízovej intervencie, prvá pomoc, poskytovanie informácií o ďalších možnostiach starostlivosti, testovanie drog, poskytovanie tekutín, poskytovanie kondómov a informácií o bezpečnom sexe atd. (Bellis et al., 2002)

2 Drogová situácia na Slovensku

2.1 Epidemiológia užívania drog

Ministerstvo zdravotníctva (2013) v tvorbe Protidrogovej stratégie na obdobie rokov 2013-2020 zohľadňuje vývoj, trendy drogovej scény a potreby, ktoré sa v ostatných rokoch identifikovali v SR. Jednou z týchto skutočností je narastajúci trend polyvalentného užívania psychoaktívnych látok. Nárast užívania stimulačných drog, najmä pervitínu a iných syntetických drog amfetamínového typu, ako aj experimentovania s novými psychoaktívnymi látkami (derivátmi syntetických kanabinoïdov a katiónov).

Túto skutočnosť potvrdzujú údaje z populačných prieskumov realizovaných v rokoch 2010-2011 (NMCD, 2010; ESPAD, 2011; EMQ, 2010; in NMCD 2014) Naznačili stabilizáciu, niekde dokonca mierny pokles výskytu skúseností a experimentovania s nelegálnymi „klasickými“ drogami. Tieto klesajúce trendy v užívaní klasických nelegálnych látok môžu byť aj krátkodobejšou reakciou vyskúšať nové syntetické látky, ktoré sú legálnou možnosťou experimentovania s psychoaktívnymi látkami. Podľa populačného prieskumu NMCD (2010), udávajú skúsenosť s novými látkami v roku 2010 takmer 3% mladých ľudí (veku 15-24 rokov), podľa prieskumu ESPAD 2011 malo skúsenosť so syntetickými kanabinoidmi 4,1% a skúsenosť s mefedronom 1,7% mladých vo veku 15-20 rokov (NMCD, 2012).

Životná prevalencia užívania psychoaktívnej látky v roku 2010, u populácie vo veku 15-64 rokov bola najvyššia u alkoholu (91,01%). S tabakom malo skúsenosť približne 60% respondentov, s marihuanou 10,5% opýtaných a na štvrtom mieste sa vyskytli sedatíva a/alebo trankvilizéry bez predpisu (9,9%). Prevalencia užívania v poslednom roku a mesiaci bola vyššia u sedatív a/alebo trankvilizérov bez predpisov ako u marihuany. V porovnaní s populačnými výskumami z roku 2006 nedošlo k výrazným zmenám v poradí užívaných látok. Nastalo zníženie celoživotnej prevalencie užívania marihuany u respondentov vo veku 15-64 rokov o 6%, vo veku 15-34 takmer 10%. Taktiež nastalo zníženie vo výskyte užívania marihuany za posledný rok aj posledný mesiac u vzorky reprezentujúcej základnú spoločnosť a takisto u vzorky reprezentujúcej mladých dospelých. Inak sa dá hovoriť o stabilizácii celoživotnej prevalencie užívania psychoaktívnych látok u populácie vo veku 15-64 rokov a takisto vo veku 15-34 rokov (NMCD, 2011).

2.2 Národná (proti)drogová politika a jej kontext

Radimecký (2003) definuje drogovú politiku ako formu sociálnej kontroly jednotlivcov alebo rôznych skupín spoločnosti. Jej podoba je formovaná spoločenskou konceptualizáciou „problému užívania drog“, napríklad konceptu medicínskeho, morálneho, kriminálneho, spoločenského alebo konceptu verejného zdravia. Podobu drogovej politiky navyše ovplyvňujú skupiny odborníkov, ktorí sú do procesov jej formulácie a realizácie zapojení. Podľa svojej profesie majú na povahu „problému“ rozdielny názor a často môžu súperiť o vplyv v danej oblasti.

Po rozpade Československa a následnom vytvorení Českej a Slovenskej republiky, sa slovenské orgány priklonili k presadzovaniu trestných sankcií za prechovávanie drog pre osobnú potrebu (Hičárová et al., 2010). Slovenská drogová politika prešla od vzniku samostatnej republiky v roku 1993 viacerými etapami. Novelou Trestného zákona č. 248/1994 Z. z. sa opätovne zaviedla trestnosť prechovávania nelegálnych drog pre vlastnú potrebu (ktoré nebolo trestné v rokoch 1990 až 1994), čo Slovenskú republiku

v euroatlantickom kontexte zaradilo medzi štáty s tvrdo represívnym prístupom k drogovej politike (Kolibáš & Novotný, 1996).

V roku 1999 došlo k úprave drogovej legislatívy, na základe ktorej sa činil rozdiel medzi osobami usvedčenými z predaja drog a tými, ktorí sa previnili ich prechovávaním pre osobnú potrebu. Držanie drog pre vlastnú potrebu ostávalo aj naďalej trestným činom (NMS, 2012).

V roku 2005 bol prijatý nový Trestný zákon (zákon č. 300/2005 Z. z.) a nový Trestný poriadok (zákon č. 301/2005 Z. z.) s platnosťou od 1. 1.2006, čo predstavovalo kompletnú zmenu systému trestného práva na Slovensku. Táto zmena mala byť odrazom línie, ktorá by lepšie korešpondovala s trendmi Európskej únie. Tento TZ priniesol zásadnú zmenu v otázke prechovávania drog pre vlastnú potrebu. Oproti predchádzajúcej právnej úprave, sa za prechovávanie pre vlastnú potrebu začalo považovať držanie množstva rovnajúceho sa 3-násobku až 10-násobku obvykle jednorazovej dávky. Podľa predchádzajúceho TZ to bola najviac jedna obvykle jednorazová dávka. Jediným rozlišovacím kritériom medzi prechovávaním nelegálnych drog pre vlastnú potrebu a držaním drog za účelom obchodovania s nimi, naďalej ostávalo ich množstvo (to znamená, koľko obvykle jednorazových dávok sa z danej látky dá získať). Zákon bližšie nestanovuje presné množstvo odpovedajúce jednej dávke, čo prenecháva priestor sudcom v posúdení tohto kľúčového aspektu. Nejednotný postup pri určovaní reálneho počtu dávok u jednotlivých prípadov, umožňuje naďalej ukladať prísne tresty osobám, ktoré nie sú drogovými dealermi (Hičárová et al. 2010).

Výbor ministrov ako poradný orgán Vlády Slovenskej Republiky vo veciach protidrogovej politiky bol zriadený Uznesením vlády SR v roku 1995. Vytvorenie tohto nadrezortného koordinačného orgánu pre drogy, bolo motivované zaviazanosťou Slovenska voči OSN, EÚ, Rade Európy, špecifickým medzinárodným organizáciám a medzinárodným dohovorom (Ochaba, Rovný & Bielik, 2009).

V tom istom roku bol prijatý Národný program v boji proti drogám (NPBPD), ktorý mal byť základným dokumentom celospoločenského úsilia, zameraného na znižovanie ponuky a dopytu po drogách. Taktiež určoval hlavné ciele zdravotníckej a sociálnej starostlivosti o užívateľov drog a boli v ňom vyjadrené aj základné východiská multidisciplinárneho prístupu k fenoménu drog. Výkonným orgánom bol v tom období Generálny sekretariát Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog v SR. V nasledujúcom období v štvorročných intervaloch boli prijaté ešte ďalšie dva NPBPD. V roku 2009 Vláda Slovenskej republiky po štvrtý raz od vzniku samostatnej republiky predkladala svoj základný programový dokument v oblasti riešenia drogového problému a schválila návrh Národnej protidrogovej stratégie na obdobie rokov 2009 -2012 (Hupková & Liberčanová, 2012).

V roku 2010 sa Generálny sekretariát Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog zmenil na Odbor koordinácie protidrogovej stratégie, ako samostatné oddelenie v priamej pôsobnosti vedúceho úradu vlády SR. Podpredseda vlády bol zároveň predsedom Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog. V roku 2011 bol uznesením vlády Slovenskej republiky Výbor ministrov pre drogové závislosti zrušený a jeho kompetencie prebrala Ministerská rada. Protidrogová politika už teda nemala kompetentné zastrešenie na Úrade vlády, preto bol Odbor koordinácie protidrogovej stratégie spolu s Národným monitorovacím centrom pre drogy začlenený pod jednotný nový Odbor Národné monitorovacie centrum pre drogy a následne bol v januári 2013 delimitovaný pod Ministerstvo zdravotníctva a premenovaný na Odbor koordinácie protidrogovej politiky (OKPP). OKPP sa organizačne delí na oddelenie organizácie protidrogovej stratégie a oddelenie monitorovania drog (NMCD, 2014). Tento krok mal zabezpečiť kontinuitu a koordináciu plnenia úloh, vyplývajúcich z príslušných uznesení vlády Slovenskej republiky, a to konkrétne tvorbu, monitorovanie a vyhodnocovanie Národnej protidrogovej stratégie Slovenskej republiky a monitorovanie situácie v oblasti psychotropných látok na Slovensku (Úrad vlády, 2012).. Pri pretransformovaní Odboru pre koordináciu drogovej politiky do novovzniknutého odboru došlo ku výraznému personálnemu zredukovaniu (Drogový informačný portál, 2013), čo je v rozpore s plánovaným zámerom presunu pôsobností, ktorý mal zabezpečiť kontinuitu a koordináciu vopred stanovených úloh.

V lete 2013 bol Návrh Národnej protidrogovej stratégie Slovenskej republiky na obdobie rokov 2013–2020 predkladaný novo vzniknutým odborom, patriacim pod Ministerstvo zdravotníctva.

Výskumná časť bakalárskej práce sa zaoberá zmenou situácie v HR službách v období roku 2011-2013, kedy Národná protidrogová stratégia (ďalej NPS) na roky 2013-2020, vystriedala stratégiu, ktorá bola schválená v roku 2009 na nasledujúce štvorročné obdobie. Obe NPS sú štruktúrované okolo dvoch oblastí protidrogovej oblasti a troch prierezových tém. Sú nimi znižovanie dopytu po drogách, znižovanie ponuky, koordinácia a spolupráca v rámci drogovej politiky, medzinárodná spolupráca a posledné téma informovanosť, výskum, hodnotenie.

Oblasť znižovanie dopytu po drogách sa zameriava na predchádzaniu užívania drog, rizikám a škodám spojených s ich užívaním, spôsobených jednotlivcovi alebo spoločnosti. Z toho vyplýva, že koordinácia a integrácia HR prístupu patrí do tejto oblasti. Jedným zo stanovených cieľov NSP 2009-2012 bolo podporovanie opatrení zameraných na účinnú pomoc závislým, rizikovým a problémovým užívateľom drog. Rozvoj služieb zameraných na znižovanie rizík spojených so šírením infekčných chorôb medzi užívateľmi drog, vyvinutie a poskytovanie týchto služieb aj vo väzení (Úrad vlády SR, 2009). Jedným zo zohľadňovaných problémov NPS 2013-2020 je fakt, že aj napriek poklesu

prevalencie injekčného užívania drog, pretrváva značný výskyt a prechovávanie ochorení prenášaných krvou medzi intravenóznymi užívateľmi, najmä vírusu hepatitídy C. Ďalším problémom je pretrvávajúce potenciálne riziká nových nákaz HIV a iných infekčných ochorení v dôsledku rizikového správania užívateľov drog. NPS 2013-2020 stanovuje nevyhnutné potreby pre toto obdobie. Patrí tu napríklad potreba zvýšenia kvality, rozsahu a diverzifikácie služieb na zníženie dopytu po drogách (teda aj HR služieb), na platforme jednotných štandardov poskytovaných služieb. Integrácia opatrení a služieb vo väzenstve na znižovanie rizík súvisiacich s užívaním drog. Nová NPS pokračuje v snahe o zníženie zdravotných a sociálnych rizík súvisiacich s drogami. kladie si za cieľ podporovať účinné opatrenia zamerané na zníženie rizík a škôd, podporovať výskum týkajúci sa efektívnosti týchto opatrení (Ministerstvo zdravotníctva, 2013).

Aj napriek tomu, že koordinácia a integrácia HR prístupu je jedným z cieľov oboch NPS, počet programov poskytujúcich HR intervencie v poslednom období klesá. V roku 2006 fungovali HR programy v desiatich mestách (NMCD, 2007), v roku 2011 v šiestich mestách (NMCD, 2012) a v poslednom roku už len v piatich mestách (NMCD, 2014), pričom na východnom Slovensku je dostupný výmenný program iba v Košiciach. Táto skutočnosť môže byť následkom toho, že v roku 2013 na HR služby bolo poskytnutých iba 6% z celkovo pridelených dotácií na protidrogové aktivity (NMCD, 2014).

2.3 Systém starostlivosti o užívateľov drog

NMCD (2004) formálne člení jednotlivé zložky celkového systému starostlivosti na predklinickú starostlivosť (rôzne druhy poradenstva, HR služby, motivačné programy smerujúce k rozhodnutiu zmeniť rizikové chovanie, smerujúce k abstinencii alebo rozhodnutiu podstúpiť liečbu), detoxifikačnú liečbu, liečbu smerujúcu k abstinencii klienta (ústavná alebo ambulantná), udržiavaciu substitučnú liečbu, a programy následnej starostlivosti.

Predklinická starostlivosť je tvorená nízkoprahovými programami, ktoré sú poskytované buď priamo na uliciach (terénne programy) alebo v kontaktných nízkoprahových centrách¹.

Detoxifikačná liečba je realizovaná v zdravotníckych zariadeniach ambulantnou, alebo ústavnou formou, vždy za asistencie zdravotníckeho personálu, pričom využíva farmakologický a psychoterapeutický prístup (NMCD, 2011).

Ambulantný typ liečby je vykonávaný v zdravotníckych zariadeniach, v psychologických poradniach a vo forme svojpomocných skupín. Môže byť abstinenčne orientovaná alebo

¹ Predklinická starostlivosť je podrobnejšie charakterizovaná v kapitole 2.4. Harm reduction prístup na Slovensku.

plniť úlohu udržiavacej liečby pomocou substitučnej látky² (NMCD, 2004). Súčasťou tejto siete ambulancií sú aj špecializované AT ambulancie určené len pre klientov, ktorí majú problém s užívaním návykových látok alebo s nelátkovou závislosťou (NMCD, 2011).

Ústavná (abstinenčne orientovaná) liečba je realizovaná buď na lôžkových oddeleniach centier pre liečbu drogových závislostí (CPLDZ) alebo na špecializovaných lôžkových oddeleniach pre odvykaciu liečbu v rámci psychiatrických nemocníc a ústavov. Alternatívou k medicínskej ústavnej liečbe je liečba v resocializačných zariadeniach typu terapeutických komunit. Doba dĺžky ústavnej liečby by nemala presiahnuť 3 mesiace. Liečebné postupy sú založené na princípoch režimovej liečby a kognitívno-behaviorálnej psychoterapie. Využívajú sa napríklad metodiky podpornej, motivačnej a rodinnej psychoterapie, techniky prevencie relapsu. Klienti s výrazným sociálno-ekonomickým deficitom pokračujú po absolvovaní základnej liečby v pobyte v resocializačnom zariadení pre sociálnu reintegráciu, najčastejšie typu terapeutickkej komunity. Napriek tomu, že sa jedná o následnú, rezidenčnú starostlivosť, nezdravotnícke zariadenia aplikujú u časti klientov odvykacie liečebné programy, sú teda alternatívou k medicínskej odvykacej liečbe ústavného typu. Využívajú sa v nej napríklad prvky režimovej liečby, systém liečby terapeutických komunit, poradenstvo, podporná a motivačná liečba, skupinová a individuálna psychoterapia, príprava na vykonávanie povolania (NMCD, 2004).

Následná starostlivosť je tvorená jednak medicínskou rehabilitáciou a jednak programami sociálnej reintegrácie. Realizujú sa formou klubov abstinujúcich či už v ambulantných podmienkach zdravotníckych zariadení alebo mimo nich, s podporou špecialistov, alebo aj bez nich ako sú svojpomocné skupiny. Inou formou následnej starostlivosti sú domy na pol ceste, terapeutické komunity a resocializačné zariadenia, ktoré sú určené na resocializáciu klientov, ktorí absolvovali medicínsku odvykaciu liečbu (NMCD, 2004).

Definícia pojmu „liečba“ podľa EMCDDA, obsahuje tak lekárske ako aj nelekárske prístupy. Zahŕňa akúkoľvek intervenciu poskytovanú užívateľovi drog so štruktúrovaným plánom a určeným cieľom. Na rozdiel od tohto širokého vymedzenia pojmu, na Slovensku je väčšina ponúkaných intervencií pre užívateľov drog lekárskeho prístupu, ostatné služby v systéme starostlivosti hrajú doplnkovú rolu (NMCD, 2012). Do lekárskeho prístupu liečby závislostí môžeme zaradiť: skrining a prvotnú diagnostiku všeobecnými lekármi, detoxifikáciu a ambulantnú liečbu poskytovanú všeobecnými psychiatrickými službami, takisto aj špecializovanú zdravotnícku starostlivosť pre užívateľov drog, ktorá je realizovaná v Centrách pre liečbu drogových závislostí a na špecializovaných odvykacích oddeleniach psychiatrických nemocníc. Kontinuum

² Substitučnej liečbe je venovaný text v kapitole 2.4. Harm reduction prístup na Slovensku.

starostlivosti prechádza do nezdravotníckych programov sociálnej reintegrácie, uskutočňovaných rezidenčnou formou v resocializačných zariadeniach, alebo ambulantne vo forme klubov abstinentov. Medzi nezdravotnícke programy taktiež patria aj nízkoprahové programy patriace do tzv. predklinickej starostlivosti. (NMCD, 2005). Nezdravotnícke programy spadajú pod sektor Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny a sú spravované najmä mimovládnyimi organizáciami. Za liečby nariadené súdom zodpovedá Ministerstvo spravodlivosti. Ministerstvo zdravotníctva zodpovedá za organizáciu, kvalitu a dobrú dostupnosť služieb pre užívateľov. Kvalita a štandardy zdravotných služieb sú regulované Ministerstvom zdravotníctva, Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a zdravotnými poisťovňami. Schválené štandardy prepojené s dotačným riadením pre nezdravotné služby neexistujú (NMCD, 2012).

Každý občan Slovenskej republiky má k dispozícii verejné zdravotné poistenie a väčšina špecializovaných zdravotných služieb pre užívateľov drog je plne hrađených poisťovňami. Výnimkou je napríklad hradenie Suboxonu, klient si dopláca približne 40% (Hičárová et al, 2011). Zdravotné poisťovne však určujú aj isté obmedzenia poskytovania starostlivosti, pokiaľ sa nejedná čisto o medicínsky typ liečebnej intervencie. Medzi tieto obmedzenia patrí stanovený maximálny počet toxikologických testov preplatených počas jednej liečby klienta, obmedzený počet psychoterapeutických sedení a podmienka pre preplatenie liečby hepatitídy C je minimálne 6 mesačná doba abstinencie (NMCD, 2011). Práve tieto pravidlá a obmedzenia poskytovania starostlivosti môžu narušiť klientovo zotrvanie v liečbe, respektíve mu nástup na liečbu skomplikovať (6 mesačná doba abstinencie ako podmienka preplatenia liečby hepatitídy C určuje vysoký prah tejto liečebnej intervencie., pričom zužuje okruh klientov, ktorí ju môžu podstúpiť).

Financovanie rôznych typov služieb v systéme starostlivosti o užívateľov drog bolo pokryté Neštátnym protidrogovým fondom, ktorý sústredoval a poskytoval peňažné prostriedky na prevenciu závislostí a na liečebnú a resocializačnú pomoc drogovu závislým osobám. Často jediným jeho prispievateľom bol štát, ktorý v roku 2009 prevzal jeho kompetencie. Fond mal na starosti Úrad vlády a naďalej poskytoval dotácie na protidrogové aktivity, v 2013 prevzalo zodpovednosť za financovanie služieb Ministerstvo zdravotníctva (NMCD, 2012). Od roku 2009 zdroje zo štátneho rozpočtu medziročne klesajú približne o 0,5 mil. EUR, pričom objem pridelených peňazí v období rokov 2009 – 2013 klesol na jednu tretinu (z 1 493 726,00 EUR na 515 000,00 EUR) a počet podporených programov klesol zo 73 na 20. V roku 2013 poskytol štát na HR intervencie 33 369,00 €, čo je 6% z celkového objemu pridelených financií. (NMCD, 2014).

2.4 Harm reduction prístup na Slovensku

2.4.1 Problémové užívanie drog

Prevažnú väčšinu klientov nízkoprahových programov zameraných na znižovanie škodlivých dôsledkov užívania drog a tým aj na ochranu verejného zdravia, tvoria problémoví užívatelia drog (ďalej len PUD) resp. osoby pracujúce v sexbiznise (NMCD, 2013). Pre odhady určenia prevalencie problémového užívania drog na Slovensku sa používa pragmatická definícia EMCDDA. Problémové užívanie drog je v tomto prípade definované ako injekčné užívanie drog alebo dlhodobé, pravidelné užívanie opiátov a/alebo amfetamínov a /alebo kokáinu (EMCDDA, 2004; in NMCD 2012). V roku 2007 bol odhadovaný počet PUD vo vekovej skupine 15-64 rokov od 12 800 do cca 34 800, so stredným odhadom 17 900 PUD (NMCD, 2008). V roku 2008 tento odhad výrazne poklesol a to na rozmedzie 8 200 až 33 500 PUD, so stredným odhadom 10 500 osôb (NMCD, 2009). Príčina tejto zmeny odhadu prevalencie PUD, boli výrazné zmeny v počte a rozmiestnení dostupných nízkoprahových služieb (NMCD, 2012).

V roku 2011 ostal počet klientov týchto služieb približne stabilný a od roku 2010 nepoklesol, čo konkrétne predstavovalo 2305 osôb. Oproti predchádzajúcemu roku sa zmenila štruktúra podľa zneužívanej psychoaktívnej látky. Počet a podiel užívateľov heroínu v roku 2011 vzrástol mierne (tvorili 31,7%), značne vzrástol počet užívateľov viacerých psychoaktívnych látok súčasne a to o viac ako 100% (z 315 na 645). Podiel pervitinistov bol v danom roku dominantný, hoci predstavoval mierny pokles (36,5%), počet osôb zneužívajúcich buprenorfin sa stabilizoval (7,5%). V tomto roku poskytovalo HR služby 5 nízkoprahových združení prostredníctvom deviatich programov, v lokalitách šiestich miest. Dokopy distribuovali 351 532 kusov striekačiek a ihliel, čo bolo približne rovnako ako v roku 2010. Ďalších 15 064 striekačiek bolo distribuovaných Centrom pre liečbu drogových závislostí v Bratislave (NMCD, 2013). Podiel injekčných užívateľov v týchto nízkoprahových programoch tvoril 99,6% (NMCD, 2012).

2.4.2 Dostupnosť a charakteristika harm reduction služieb

Opatrenia smerujúce k znižovaniu zdravotných rizík spojených s užívaním drog sú vykonávané prostredníctvom zdravotníckych zariadení a najmä činnosťou mimovládnych organizácií zaoberajúcich sa terénnou sociálnou prácou, poskytujúcich HR služby. Na činnosti v tejto oblasti sa podieľajú štátom zriadené organizácie, mimovládne organizácie, profesionálni zdravotnícki pracovníci, absolventi sociálnej práce, študenti – dobrovoľníci, (bývalí) užívatelia. Význam HR organizácií spočíva najmä v ich snahe znížiť incidenciu infekčných ochorení medzi užívateľmi drog, poskytovanie informácií o bezpečnejšom užívaní, poskytovanie poradenstva a pod. (NMCD, 2007).

Burrows (2002) charakterizuje 3 možnosti prevádzkovania programov výmeny ihriet a striekačiek: výmenný program v kontaktnom centre, mobilnej službe a priamo v teréne. Organizácie pri poskytovaní služieb akceptujú HR prístup a odvolávajú sa na nízkoprahovosť (Združenie STORM, 2012). Podľa zákona o sociálnych službách by mala byť nízkoprahová služba pre fyzickú osobu ľahko dostupná a mala by uľahčovať kontakt so sociálnym prostredím, pričom je poskytovaná v prirodzenom prostredí (Zákon 448/2008 o sociálnych službách, 2008). Nízkoprahovosť v kontexte kontaktnej práce prebieha buď v rámci terénnej práce alebo v kontaktnom centre, ktoré poskytuje bezpečný priestor pre využívanie sociálnych služieb. Medzi inštitucionálne ciele týchto služieb patrí minimalizácia zdravotných a sociálnych rizík spojených s užívaním drog, redukcia infekčných ochorení, motivovanie klientov k bezpečnejšiemu užívaniu drog, bezpečnejšiemu sexu a kontaktovanie cieľových skupín a ich motiváciu k návratu k väčšinovej spoločnosti (Združenie STORM, 2012). Hrdina a Korčíšová (in Kalina et al., 2003) zaraďujú ku týmto cieľom aj udržanie najviac exponovaných miest otvorenej drogovej scény v čistote a naviazanie dôvery s klientom, pričom sa pracuje na jeho motivácii ku kontaktu so službami pre užívateľov drog. Jednotlivé ciele sú dosahované pomocou poskytovaných služieb v rámci HR programov. V terénnom programe je to výmena a distribúcia injekčného materiálu, poskytovanie zdravotníckeho materiálu a základná zdravotná starostlivosť, sprostredkovanie potrebných informácií, poradenstvo (zdravotné, sociálne, právne), krízová intervencia (Hrdina & Korčíšová in Kalina et al., 2003). V kontaktnom centre vzniká priestor aj pre poskytovanie štruktúrovaného poradenstva a motivačného tréningu, sociálnej práce (napr. sociálna asistancia, hľadanie ubytovania a zamestnania) a poskytovanie doplnkových služieb ako je potravinový, hygienický, vitamínový servis (Libra in Kalina et al., 2003).

V roku 1994 sa otvoril a začal fungovať prvý program distribúcie ihriet/striekačiek v Centre pre liečbu drogových závislostí (CPLDZ) Bratislava. Od tohto roku vznikali ďalšie organizácie poskytujúce program výmeny ihriet a striekačiek: Odyseus, Prima, Centrum dobrovoľníctva – projekt V.I.S., Storm pri UKF, Risen, Heuréka, Pomocná ruka. Tieto služby boli poskytované celkovo v desiatich mestách. Koncom roka 2006 svoju činnosť skončil program výmeny ihriet a striekačiek v Púchove. Nové terénne programy sa otvorili v Trnave, Banskej Bystrici, v Košiciach a po dvojročnej prestávke vo Zvolene. V danom roku sa začala tiež príprava otvorenia ďalšieho kontaktného centra v Nitre. Odhaduje sa, že pri fungovaní HR služieb v desiatich mestách bolo v kontakte s nízkoprahovými službami 21% PUD (NMCD, 2007). V roku 2011 poskytovalo HR služby už len 5 nízkoprahových organizácií, v lokalitách šiestich miest, pričom počet užívateľov v kontakte s týmito službami klesol za 5 rokov o 1600 osôb. (NMCD, 2012). Klesajúci trend v počte klientov za posledné roky nastal aj v substitučnej liečbe. V roku 2010 bolo v substitučnej terapii približne 600 klientov, v roku 2012 to bolo 465 klientov (<http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Slovakia#demand>, 2014). Pritom

sa dá predpokladať, že z hľadiska fyzickej dostupnosti, by o substitučnú terapiu malo záujem viac problémových užívateľov opioidov. Slovensko mierou pokrytia odhadovaného pomeru problémových užívateľov opioidov v substitučnej liečbe radí spolu ku krajinám s najnižším pokrytím a to menej ako 10 % (Hičárová, Krošláková, Kiššová, Segešová, 2011).

Podľa Hičarovej et al. (2011) sú substitučnú terapiu oprávnené poskytovať psychiatrické ambulancie, ambulancie drogových závislostí, Centrá pre liečbu drogových závislostí. V špecializovaných ambulantných programoch CPLDZ je možné realizovať metadónový udržiavací program a substitučný udržiavací program naloxón-buprenorfínom. Psychiater so špecializáciou v odbore psychiatria alebo medicína drogových závislostí v ambulanciách drogových závislostí môže realizovať udržiavací program prostredníctvom naloxón-buprenorfínu. Distribúcia a preskripcia samotného buprenorfínu bola v roku 2008 pozastavená a nahradená práve kombináciou naloxón-buprenorfín, pre jeho nižší potenciál injekčného zneužívania. Tento preparát je možné indikovať u drogovy závislých dospelých a mladistvých osôb po dovŕšení 15. roku veku, po predchádzajúcej ústavnej detoxifikačnej liečbe. Metadón je možné indikovať až od 18 rokov (MZSR, 2011; in Hičárová et al., 2011). Odborné usmernenie o štandardoch pre diagnostiku a liečbu drogových závislostí formuluje ako podmienku realizácie udržiavacej substitučnej liečby vytvorenie systematického, terapeutického plánu na základe štandardných postupov v štruktúrovanom liečebnom programe. Okrem predpisu liekov, program substitučnej liečby vyžaduje aj poskytovanie poradenských, psychoaterapeutických a didaktoterapeutických služieb (MZSR, 2003).

II. Výskumná časť

3 Realizované výskumné šetrenie

3.1 Cieľ výskumu a výskumné otázky

Bakalárska práca si kladie za cieľ poskytnúť komplexný prehľad ponúkaných HR služieb v Slovenskej republike a zanalyzovať ich z hľadiska charakteristiky poskytovateľov služieb, pôsobnosti a dostupnosti programov, klientely, poskytovaných intervencií, financovania služieb a ich zázemia v rámci systému starostlivosti o užívateľov drog.

Výskumné otázky sú definované:

- Aké typy HR služieb sú dostupné v SR a akou formou sú poskytované?
- Aké typy a množstvo intervencií, materiálov boli ponúkané jednotlivými HR programami ?
- Aké je cieľová populácia HR programov?
- Ako sa zmenilo financovanie služieb za posledné tri roky?
- Ako vnímajú pracovníci služieb ich postavenie v rámci systému starostlivosti o užívateľov drog?

3.2 Metóda zberu dát

Základnou metódou zberu dát bol on-line dotazník, ktorý bol štruktúrovaný do 4 hlavných oblastí. Prvá z nich obsahuje otázky týkajúce sa charakteristiky HR programu (formy, lokalizácie, pôsobnosti, dostupnosti, ponúkaných služieb a distribuovaného materiálu). Druhý tematický okruh sa zaoberá zložením cieľovej populácie služby za rok 2011 až 2013 z hľadiska celkového počtu klientov a primárne užívanej drogy. Posledné dve časti dotazníku tvoria otázky ohľadom financovania služby a jej postavenia v systéme starostlivosti o užívateľov drog. V tejto časti nie je skúmaná iba momentálna situácia, ale aj subjektívny názor pracovníka služby, ktorý dotazník vyplňoval.

3.3 Výskumný súbor

On-line dotazník bol určený pre pracovníkov HR služieb, ktorí sú kompetentní zodpovedať dané otázky. Výskumný súbor tvorili poskytovatelia terénnych programov, kontaktných centier, substitučnej liečby. Kontakty na fungujúce programy výmeny,

distribúcie injekčných striekačiek a ihiel boli získané na Drogovom informačnom portáli Slovenskej republiky³, pričom dotazovaní boli všetci poskytovatelia takýchto služieb.

Keďže register poskytovateľov substitučnej liečby pre Slovenskú republiku neexistuje, nie je možné zistiť kto ju konkrétne prevádzkuje. Podľa Odborného usmernenia o štandardoch pre diagnostiku a liečbu v odbore drogové závislosti môže byť udržiavacia forma substitučnej liečby poskytovaná buď psychiatrom v špecializovaných ambulancných programoch Centier pre liečbu drogových závislostí (CPLDZ) alebo psychiatrom so špecializáciou v odbore psychiatria alebo medicína drogových závislostí, v ambulanciách drogových závislostí (MZSR, 2008). Pre rozsiahlosť možných poskytovateľov substitučnej liečby, boli kontaktované iba CPLDZ a ambulancie so špecializáciou v odbore medicína drogových závislostí. Zoznam CPLDZ je dostupný na Drogovom informačnom portáli Slovenskej republiky⁴.

Zoznam ambulancií s touto špecializáciou sa nachádza na internetovej stránke, ktorá obsahuje zoznamy poskytovateľov zdravotnej starostlivosti⁵ Nie na všetky tieto ambulancie boli zverejnené kontaktné informácie na ich e-mailovú adresu alebo telefónny kontakt. Výskumný súbor dotazovaný buď e-mailom alebo telefonicky nakoniec tvorili 4 HR organizácie, 6 Centier pre liečbu drogových závislostí a 15 ambulancií so špecializáciou drogových závislostí. Počet poskytovateľov, ktorí sa zapojili do výskumu zobrazuje Tabuľka 1.

Tabuľka 1 Poskytovatelia služieb, ktorí sa zapojili do výskumu

Typ poskytovateľa služby	Počet oslovených	Zúčastnilo sa	
		Počet	Percento
HR organizácie	4	4	100%
CPLDZ	6	2	33,3%
Špecializované ambulancie	15	1	6,6%
Spolu	25	7	28%

3.4 Zber dát

Zber dát on-line dotazníkom prebiehal od 2.6.2014 do 8.7.2014. Odkaz na daný dotazník bol posielaný e-mailom, kde boli taktiež uvedené informácie, kto je zadávateľom

³http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/AdresarInstitucii/STREETWORK_institucie/vymena_a_distribucia_injekcnych_striekaciek_a_ihiel.html

⁴http://www.infodrogy.sk/index.cfm?module=Institutions&page=InstitutionSearchResults&SearchText=&CategoryID=CPLDZ_institucie&Search=VYH%C4%BDADA%C5%A4

⁵http://www.tvojlekar.sk/poskytovatelia-zdravotnej-starostlivosti.php?q=&obec=&kod_zp=0&specializacia=073&utvar=2

výskumu, za akým účelom prebieha zber dát, z akého dôvodu boli zaradení do výskumného súboru a čo by malo byť konečným cieľom výskumu. Na konci e-mailu bola prosba o zaslanie spätného e-mailu, v prípade, ak neposkytujú žiadne HR intervencie a teda dotazník sa nedotýka ich aktivít. Opakovaná výzva na vyplnenie dotazníku bola posielaná 10.6.2014 a 19.6.2014. Na konci mesiaca jún boli telefonicky kontaktovaní poskytovatelia služieb, ktorí nemali zverejnenú e-mailovú adresu alebo tí, ktorí zatiaľ nevyplnili dotazník a ani neposlali spätný e-mail o neposkytovaní HR intervencií. V telefonickom kontakte bolo zisťované či zaregistrovali e-mail s dotazníkom (tí, ktorí mali uvedenú adresu), či poskytujú nejaké HR intervencie. Pokiaľ áno, či majú záujem poskytnúť informácie. Posledná výzva bola posielaná 2.7.2014, obsahovala informáciu termíne ukončenia zberu dát.

Dotazník obsahoval celkovo 23 otázok. Niektoré z nich vyžadovali štatistické údaje z posledných troch rokov, vlastné postoje a názory respondenta. Dohľadanie a poskytnutie týchto informácií bolo časovo a personálne náročné. Z toho vyplývala obava o návratnosti vyplnených dotazníkov, ktorá sa čiastočne potvrdila. Návratnosť dotazníku nízkoprahových služieb bola 100%, návratnosť CPLDZ 33% a dotazník vyplnilo iba 6% z opýtaných ambulancií so špecializáciou drogových závislostí.

3.5 Metóda analýzy a spracovania dát

Dotazník bol kombináciou zberu kvantitatívnych dát (napr. základná charakteristika služby) a kvalitatívnych dát napríklad ohľadom finančnej udržateľnosti služby v budúcnosti. Dáta boli priebežne ukladané do hromadnej tabuľky Excel, neskôr boli spracované do grafov a tabuliek pomocou programu Microsoft Excel. Niektoré kvalitatívne dáta boli spracované pomocou metódy vytvárania trsov, ktorá slúži na zoskupenie a konceptualizáciu výrokov do skupín (Miovský, 2006).

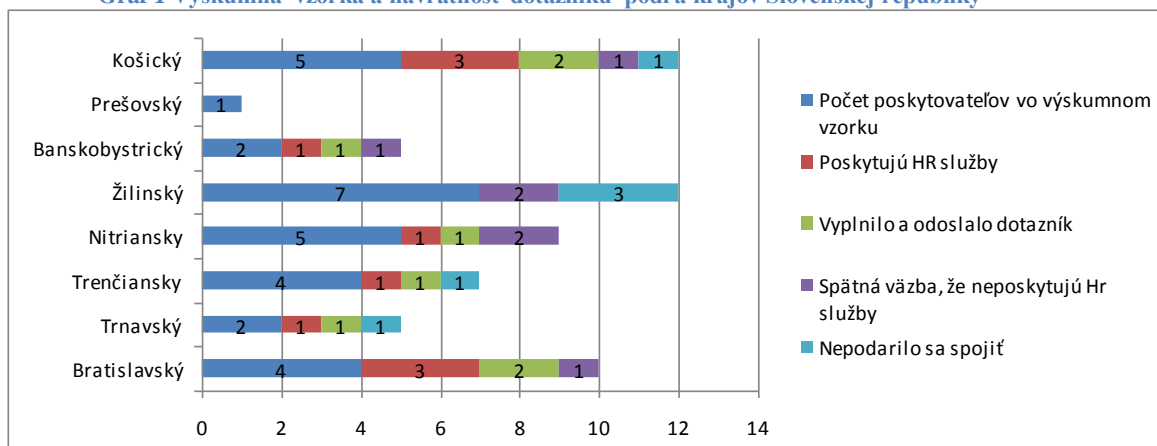
3.6 Etické aspekty

Účasť na štúdiu bola dobrovoľná a respondentom sa poskytli informácie o účele dotazníkového šetrenia a taktiež o spôsobe využitia dát. Keďže ide o Inštitucionálnu analýzu HR služieb, všeobecná charakteristika programov je uvedená pod konkrétnym názvom programu. Informácie o klientoch, financovaní, poskytovaných intervenciách a o spolupráci s ostatnými službami, sú uvedené pod kódom služby, ktorý bol programom pridelený náhodne a pod týmto kódom boli uvedené počas celej doby spracovania a analyzovania výsledkov.

4 Výsledky

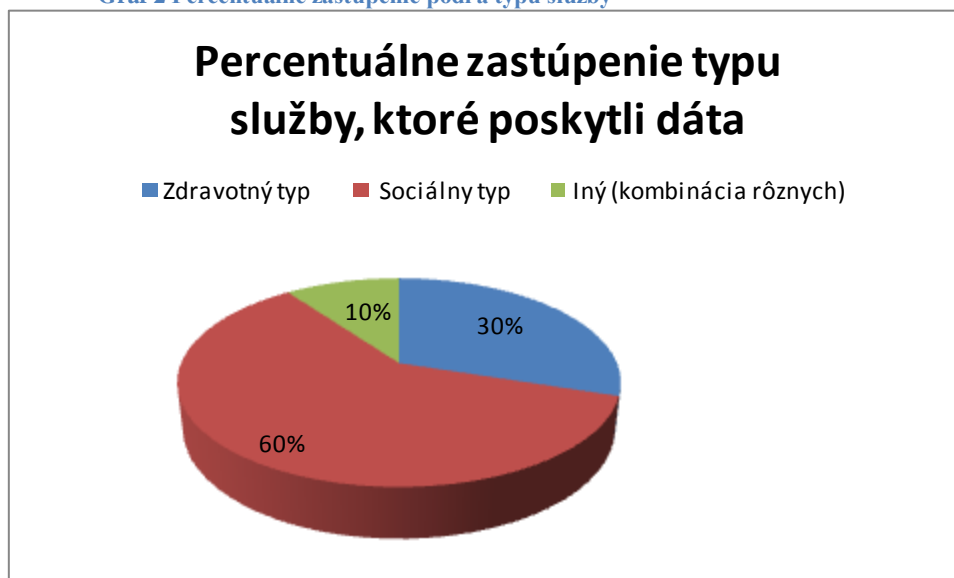
Pôvodne zvolenú výskumnú vzorku tvorilo 31 potenciálnych poskytovateľov HR služieb. Nie u všetkých sa podarilo nájsť telefonický alebo e-mailový kontakt, preto bolo v konečnom dôsledku 25 opytovaných. U siedmich respondentov sa zistilo, že neposkytujú žiadne HR intervencie, v ďalších dvoch prípadoch bolo zistené poskytovanie HR služieb, aj napriek tomu, že nevyplnili dotazník. V Grafe 1 je znázornený počet opýtaných a poskytovateľov HR služieb podľa krajov Slovenskej republiky. Je možné vidieť nepomer v rozložení výskumného vzorku podľa krajov. V Žilinskom kraji bolo najviac služieb zvolených do výskumného vzorku, paradoxne bola návratnosť dotazníku nulová. Dáta o službách sa nepodarilo získať z Prešovského kraja, v tomto kraji bola do výskumného vzorku zaradená iba jedna služba (v Prešovskom kraji nie je v súčasnosti poskytovaný ani jeden výmenný program injekčných striekačiek a ihliel, taktiež ani jedno CPLDZ).

Graf 1 Výskumná vzorka a návratnosť dotazníku podľa krajov Slovenskej republiky



60% respondentov bolo zo sociálneho typu služby, 30% zastupovalo zdravotné zariadenie. Jeden respondent odpovedal, že patria medzi „Iný typ služby“, s vysvetlením, že ide o „kombináciu rôznych“ typov, čo bližšie nevysvetlil. (Graf 2). Zdravotný typ služieb predstavujú AT ambulancie (1 odpoveď) a Centrá pre liečbu drogových závislostí (dvaja respondenti). Vo všetkých zdravotných službách bol typ poskytovanej HR intervencie substitučná liečba. Sociálne typy HR služieb sú poskytované formou terénnych programov (6 účastníkov výskumu), ďalej formou nízkoprahových kontaktných centier (dvaja respondenti), sociálnej asistencie (dva programy) on-line poradne (1 program) a telefonického poradenstva (1 program).

Graf 2 Percentuálne zastúpenie podľa typu služby



V tabuľke 2 sú uvedené mená organizácií, ich pôsobnosť, forma a názov HR programov. Pôsobnosť služieb bola analyzovaná z dvoch hľadísk Z hľadiska miestnej pôsobnosti, teda v ktorom meste (mestách) je program realizovaný a z hľadiska toho, či, program využívajú miestni klienti, klienti z celého regiónu alebo z celého Slovenska. Združenie STORM prevádzkuje kontaktné centrum (KC) v Seredi a terénny program (TP), ktorý pôsobí v Seredi, Nitre a Trnave. Oba tieto programy sú využívané klientmi z celého Slovenska. OZ Odyseus poskytuje dva terénne sociálne programy a jeden program sociálnej asistencie. Dva z nich sú realizované v Bratislave, terénna sociálna služba „Sex/drogy“ je poskytovaná na festivaloch a formou on-line poradne, takže sa nedá určiť konkrétna lokalita realizovania. V Bratislave taktiež funguje program (fungujúci niektoré dni ako terénny program a niektoré dni ako kontaktné centrum) realizovaný občianskym združením Prima, ktorý využívajú klienti z regiónu. OZ Pomocná ruka je jedinou organizáciou poskytujúcou výmenné programy ihiel s striekačiek v Košickom a Prešovskom kraji. O to prekvapujúcejšie je, že ich terénny program a stacionárne výmenné miesto má ako jediný z HR organizácií miestnu pôsobnosť, teda je využívaný klientmi výhradne z Košíc. Substitučnú liečbu poskytovanú v Trenčíne AT ambulanciou využívajú miestni klienti, substitučné udržiavacie programy v Banskej Bystrici a Košiciach. majú regionálnu pôsobnosť. Pre presnejšie priblíženie dostupnosti služieb jedna z otázok smerovala časovú pôsobnosť služieb v jednotlivých lokalitách ich fungovania. V Bratislave pôsobia 3 HR programy v rôznych lokalitách (Petržalka, Vrakuňa, Ružinov, Nové mesto, Slovnaft, Pentagon, Panónska cesta) každý deň okrem soboty, 23 hodín týždenne. V Trnave pôsobí 1 TP, dostupný v stredu a štvrtok vždy tri hodiny. Okrem toho v Trnave funguje substitučný program dostupný v pondelok 8 hodín. V Seredi je TP dostupný 3 hodiny v piatok, KC je otvorené počas pracovných dní. V Nitre funguje TP v pondelok 2 hodiny. V Košiciach (pri Hlavnej železničnej stanici) je

dostupný TP 3 dni v týždni, celkovo 6 hodín a substitučný program fungujúci počas pracovných dní, celkovo 21 hodín. Substitučný program v Banskej Bystrici poskytuje služby tri dni v týždni, celkovo 24 hodín. TP je poskytovaný v rekreačnom prostredí mládeže (hudobné festivaly, klubové akcie), medzi jeho ďalšie aktivity patrí on-line poradňa, nemá teda stanovenú presnú časovú a miestnu pôsobnosť.

Tabuľka 2 Poskytovatelia HR služieb a programy, ktoré poskytujú

Poskytovatelia HR služieb	Počet vyplnených dotazníkov	Typ a názov programu	Miestna pôsobnosť služby	Pôsobnosť z hľadiska pôvodu klienta
Združenie STORM	2	KC "Zóna"; TP "Krok vpred"	Sereď (KC Zóna), Sereď, Nitra, Trnava (TP Krok vpred)	Celoslovenská
OZ Odysseus	3	TP "Sex /drogy" ; TP " Chráň sa sám", Sociálna asistancia	Bratislava	Celoslovenská
OZ Prima	1	TP "Prima streetwork"	Bratislava	Regionálna
OZ Pomocná ruka	1	TP a stacionárne výmenné miesto "Projekt Stanica"	Košice	Miestna
AT ambulancia Trenčín	1	Substitučná liečba	Trenčín	Miestna
CPLDZ Banská Bystrica	1	Substitučná liečba	Banská Bystrica	Regionálna
CPLDZ Košice	1	Substitučná liečba	Košice	Regionálna

Skúmali sme klientelu HR služieb z hľadiska počtu, primárne užívanej drogy a ich rôznorodosti. V Tabuľke 3 sú uvedené časové rady počtu klientov za jednotlivé HR programy. U služby HR 4 chýba údaj za rok 2013, pretože v čase zbierania dát ešte nemali spracovanú štatistiku pre tento rok. U HR 5 chýba údaj za rok 2011, pretože program začal fungovať 1.9.2012. Celkový súčet klientov poklesol medzi rokom 2011 a 2012 približne o 2600 klientov Tento pokles bol spôsobený zredukovaním počtu klientov HR5, čo je terénny program poskytujúci terénny program v rekreačnom prostredí mládeže. To znamená, že počet klientov využívajúci službu je premenlivý a závisí aj od návštevnosti festivalu alebo klubu. V ostatných programoch nenastali žiadne výrazné zmeny. Priemerný počet klientov všetkých služieb bol za jeden rok 5026, viac ako polovica klientov bolo z jednej HR služby, ktorá pôsobí v rekreačnom prostredí mládeže. Teda u programov, ktorých primárna cieľová skupina klientov sú problémoví užívatelia drog je priemerný počet klientov okolo 2000, pričom klienti substitučných programov vo výskumnom vzorku štúdie netvorí ani 3%.

Tabuľka3 Počet klientov jednotlivých programov v rokoch 2011, 2012, 2013

HR program	Počet klientov		
	Rok 2011	Rok 2012	Rok 2013
HR 1	1130	1020	945
HR 2	64	67	48
HR 3	4607	1915	2782
HR 4	49	80	x
HR 5	x	52	129
HR 6	202	243	225
HR 7	30	30	17
HR 8	405	456	486
HR 9	10	15	30
HR 10	15	13	13
Spolu	6512	3891	4675

Ďalej sme zisťovali aké bolo percentuálne zastúpenie klientov v období rokov 2011-2013 podľa typu primárne užíwanej drogy. Tento údaj neposkytli traja respondenti, 1 terénny program odpísal, že štatistiku o primárne užívaných drogách nevyhodnocuje, ale poskytol informácie že ich klienti užívajú buď pervitín, heroín alebo polyvalentne užívajú tieto dve látky zároveň. Dva HR programy (HR1 a HR2) poskytli údaje o percentuálnom zastúpení užíwanej drogy, ktorú klient nahlásil aspoň jedenkrát pred daný rok, pričom poskytli poznámku, že užívané psychoaktívne látky sa u klientov počas roku môžu meniť. Spracované dáta v tejto otázke nevypovedajú o druhu primárne užíwanej drogy, ale skôr o všetkých drogách, ktoré klient v tom roku užíval. V Tabuľke 4 sú uvedené drogy, ktoré boli evidované viacerými programami v jednom roku. Z tohto dôvodu tam nie je uvedený alkohol, kokaín, patologické hráčstvo, tabák. Dáta sú prezentované v percentách z celkového počtu klientov (N 2011=3707, N 2012=4894, N2013=3792) troch terénnych HR programov, jedného kontaktného centra a jedného substitučného programu. Najpočetnejšiu skupinu klientov tvorili užívatelia pervitínu (v priemere 46%). Za obdobie rokov 2011-2013 je možné sledovať mierne navýšenie percentuálneho zastúpenia užívateľov heroínu (približne o 3 %), naopak percentuálne zastúpenie užívateľov Subutexu a Suboxonu mierne pokleslo.

Tabuľka 4 Percentuálne zastúpenie klientov HR služieb podľa užívanej drogy

Psychoaktívna látka	% klientov v roku 2011 z N=3707	% klientov v roku 2012z N=4894	% klientov v roku 2013 z N=3792
Pervitín	48	44	48
Heroin	37	39	40
Subutex, Suboxon	20	25	17
Lieky vyvolávajúce závislosť	0.1	0.4	0.3
Užívanie opiátu a pervitínu v jednej dávke	1.2	1.02	1.1

Skúmali sme akými rôznymi skupinami osôb boli v roku 2013 služby využívané (Tabuľka 5) Žiadna služba nemala klientov mladších ako 15 rokov. Staršie osoby vo veku 15-18 rokov boli klientmi 60% programov. Je teda otázne, či HR program nie je využiteľný pre najmladšiu klientelu alebo či táto skupina využíva poskytované materiály a intervencie sprostredkované od starších klientov. S intravenóznymi užívateľmi pracovalo 100% služieb. Užívatelia, ktorí aplikujú drogu inak než intravenózne boli klientmi v 70% prípadov. Viac ako polovica služieb spolupracovala s ľuďmi bez domova, klientmi s psychickou komorbiditou, ženami pracujúcimi v sex biznise.

Tabuľka 5 Percentá poskytovateľov služieb, ktorí pracovali s danou klientelou

Skupina klientov	Percento poskytovateľov
Klienti do 15 rokov	0%
Klienti vo veku 15-18 rokov	60%
Klienti starší ako 18 rokov	90%
Užívatelia drog aplikujúci intravenózne	100%
UD aplikujúci inak než intravenózne	70%
Ženy pracujúce v sex biznise	70%
Ľudia bez domova	60%
Klienti s psychickou komorbiditou	60%
Klienti s fyzickou komorbiditou	20%
Osoby blízke (priatelia, rodinní príslušníci)	30%

Po analýze služieb z hľadiska klientely sme sa venovali poskytovaným službám a materiálom v poslednom roku.

Keďže na Slovensku neexistuje jednotný schválený systém štatistiky vykazovania pre HR služby nebolo možné zvoliť presnú terminológiu intervencií, ktoré by všetky programy vykazovali rovnako. Tento fakt poznamenali aj zástupcovia dvoch HR služieb v poslednej otázke dotazníku, kde mali možnosť vyjadriť sa voľne k skúmanej

problematike alebo dotazníku: „Niektoré údaje môžu pôsobiť zavádzajúce a nedostatočne, ak sa nedajú do vzájomných korelácií..... Tým, že nie je jednotný systém štatistiky na Slovensku môžu nastať posuny v interpretácii - napr. samostatne vykazujeme Motivačné rozhovory, kt. by sme mohli zaradiť napr. do poradenstva/terapie.“ (HR5)

Zástupca HR1 sa vyjadril o konkrétnej položke v otázke: „sociálne a právne poradenstvo evidujeme v našich záznamoch pod jednou kategóriou sociálno-právne intervencií.“

Tento zmätok a nejednotnosť vo vykazovaní poskytovaných intervencií mohla byť príčinou, že väčšina respondentov nevyplnila počet výkonov, ale iba to, či danú intervenciu v roku 2013 vykonali.

V tabuľke 6 vyhodnocujeme počet a typ HR programov, ktoré dané intervencie poskytovali. Všetky služby v roku 2013 poskytli poradenstvo o liečebných možnostiach klienta (matching potrieb klienta s ponukou služieb). Tento údaj potvrdzuje fakt, že HR služby sú pre klienta sprostredkovateľmi kontaktov a informácií o ďalších možnostiach v systéme starostlivosti o užívateľov drog. 90% programov vykázalo krízovú intervenciu a zdravotné poradenstvo, 80% poskytlo informácie ohľadom bezpečnejšieho užívania drog a takisto 80% v roku 2013 poskytlo zdravotné ošetrovanie. Sedem z desiatich služieb sa s klientom venovalo sociálnemu poradenstvu, 6 z nich právnomu poradenstvu. Menej služieb poskytovalo testovanie na krvou prenosné ochorenia. Testy na HBV, HCV poskytovali iba substitučné programy (celkovo 3), tehotenské testy dokonca distribuoval iba jeden substitučný program. HIV pozitivitu testovalo jedno kontaktné centrum, 1 terénny program a dva substitučné programy. Injekčný materiál distribuovalo 5 terénnych programov, jedno kontaktné centrum, žiaden poskytovateľ substitučnej terapie neuviedol, že by zároveň distribuovali aj paraferniálne. Všetci poskytovatelia substitučnej terapie zároveň poskytovali individuálnu psychoterapiu, dva z nich aj skupinovú psychoterapiu. Poradenstvu s rodičmi užívateľov sa venovali všetky substitučné programy, jeden zo šiestich terénnych programov a jedno kontaktné centrum, priestor pre svojpomocnú skupinu rodičov vytvorili 2 substitučné programy. Konkrétny počet poskytnutých výkonov danej intervencie vyplnili v priemere iba tri HR služby. Niektoré služby uviedli informáciu, že danú intervenciu síce poskytujú, ale neevidujú o nej výkazy. Údaje o konkrétnom počte poskytnutých intervencií neposkytol žiaden substitučný program. Výsledky teda neodzrkadľujú celé spektrum poskytovaných služieb, iba pár terénnych programov a kontaktné centrum. Najčastejším priemerne poskytnutým výkonom v roku 2013 bola distribúcia injekčného materiálu, priemerne bol v HR službách poskytnutý 3tisíckrát. Za ním nasledoval 1400krát poskytnutý potravinový servis (zahrňuje aj distribúciu tekutín), 470krát zdravotné poradenstvo, 370krát podanie informácie o bezpečnejšom užívaní. To znamená, že približne každá ôsma distribúcia paraferniálií bola sprevádzaná informovaním klienta o bezpečnejšom užívaní drog. Sociálne

poradenstvo bolo poskytnuté v priemere 130krát, poradenstvo o liečebných možnostiach 85krát, právne poradenstvo 16krát. Asistenčnú službu vykazovalo 5 HR služieb v priemernom počte 133krát za rok 2013.

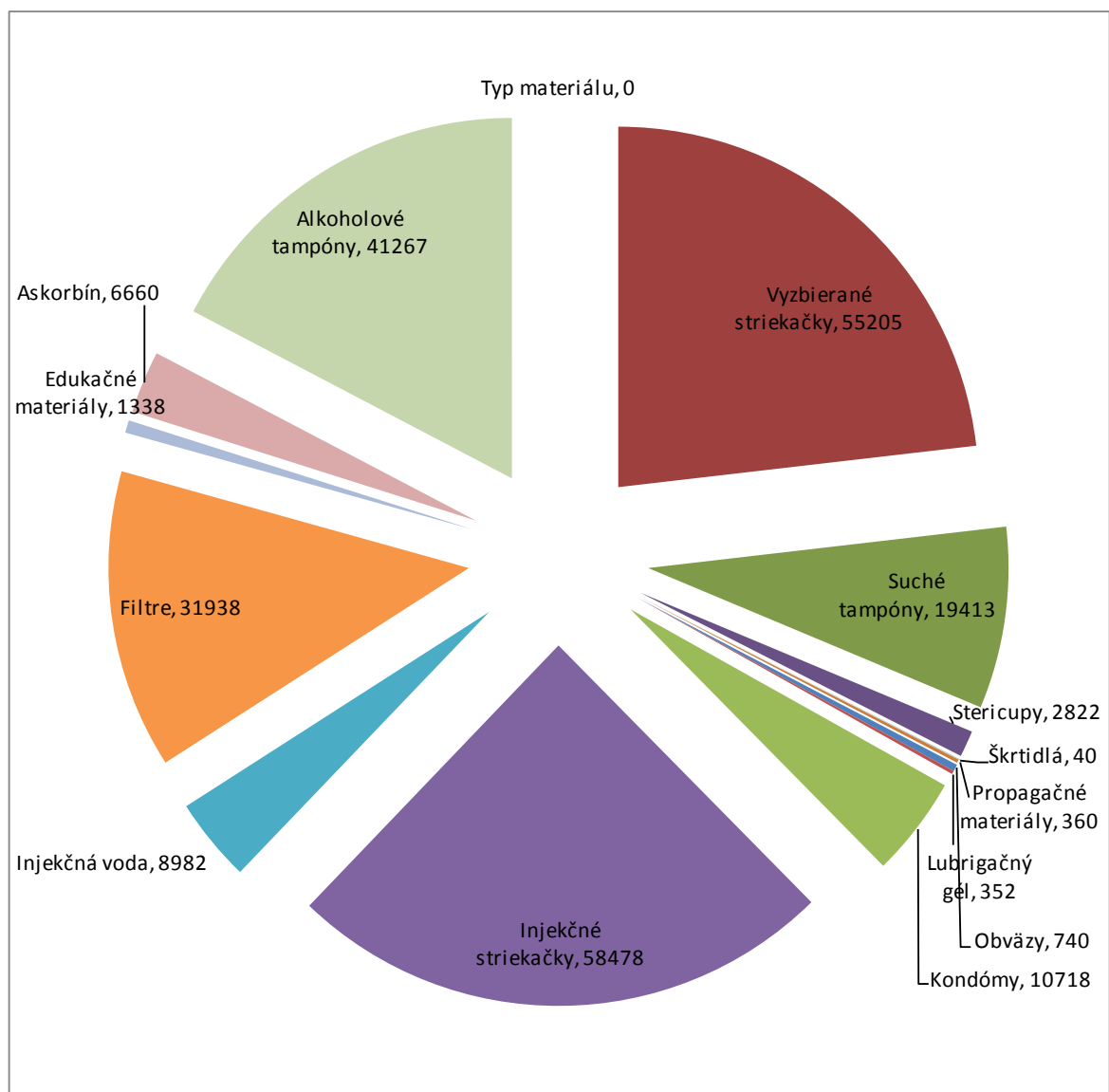
Tabuľka 6 Typy programov, ktoré poskytovali intervenciu

Poskytované intervencie	Počet programov, ktoré v roku 2013 poskytli intervenciu	Aké typy HR služieb poskytli intervenciu v roku 2013
Distribúcia injekčného materiálu	6	5TP, KC
Zdravotné ošetrovanie	8	4TP; KC; 3Sub.l.
Hygienický servis	2	2TP
Potravinový servis	3	2TP; KC
Vitamínový servis	0	
Individuálna psychoterapia	5	3 Sub.L.;2TP
Skupinová psychoterapia	2	2Sub.L.
Krízová intervencia	9	5 TP; 3Sub.L.; KC
Asistenčná služba	5	4TP; KC
Testy HBV, HCV	3	3Sub.L.
Testy HIV	4	KC, TP, 2Sub.L.
Testy na syfilis	3	TP; 2Sub.L.
Tehotenské testy	1	Sub.L.
Testy na prítomnosť drog	3	3Sub.L.;
Poskytnutie informácií ohľadom bezpečnejšieho užívania drog	8	4TP; KC, 3Sub.L.
Právne poradenstvo	6	4TP; KC; Sub.L.
Sociálne poradenstvo	7	4TP; KC; 2Sub.L.
Zdravotné poradenstvo	9	5TP; KC; 3Sub. L.
Poradenstvo o liečebných možnostiach, matching potrieb klienta s ponukou dostupných služieb	10	6TP; KC; 3Sub.L.
Svojpomocná skupina rodičov	2	2Sub.L.;
Poradenstvo s rodičom	5	TP; KC; 3Sub.L.
Školenie ďalších odborníkov	4	2TP; KC; Sub.L.
Služby primárnej prevencie	4	2TP; 2Sub.L.

Po skúmaní počtu poskytovaných intervencií, sme zisťovali aký materiál a v akom množstve bol priemerne distribuovaný HR službami v roku 2013 a aký priemerný počet použitých injekčných striekačiek a ihliel bol službami vyzbieraný a následne mohol byť bezpečne zlikvidovaný. Výsledky sme graficky znázornili v Grafe 3, ktorý znázorňuje najčastejšie distribuovaný materiál. Priemerný počet distribuovaných injekčných striekačiek jedným HR programom bol 58 478 kusov. Ak by sme brali do úvahy 3 000 výkonov distribúcie injekčného materiálu ročne jedným HR programom, tak by na jednu

distribúciu pripadalo približne 20 rozdaných striekačiek. Priemerný počet vyzbieraných injekčných striekačiek bol približne 55 205 kusov, čo znamená, že približne 94% distribuovaných striekačiek mohlo byť následne bezpečne zlikvidovaných. Druhým najpočetnejším poskytovaným materiálom boli alkoholové tampóny (priemerne 41 267 kusov), ďalej filtre (31 938 kusov) a suché tampóny s priemerným počtom 19 413 kusov. Ani jedna HR služba v roku 2013 nerozdala želatínové kapsle, ktoré umožňujú užite drogy per os. Na každú šiestu distribuovanú striekačku pripadala jedna injekčná voda, na každú ôsmu striekačku jeden askorbín. Ostatné poskytované materiály HR službami boli kondómy (priemerne 10 718 kusov), lubrikačné gély (352 kusov), obvazy (740 kusov). Medzi materiály vykazované len niektorými službami patrili vreckovky na intímnu hygienu, papierové vreckovky, gél na intímnu hygienu, rukavice, vlhčené vreckovky, leukoplasty a jedna organizácia vydávala a následne distribuovala časopis.

Graf 3 Počet priemerne distribuovaných kusov materialu v roku 2013 jednou HR službou



Ďalším veľkým okruhom na ktorý sme sa zamerali bolo finančné fungovanie služieb, na reálny rozpočet služby, zdroje čerpaných financií, na čo konkrétne službám chýbajú financie, aký by bol ideálny rozpočet pre ich fungovanie a ako pracovníci vnímajú finančnú udržateľnosť služby. Najprv sme sa sledovali časovú radu reálneho rozpočtu a ideálneho rozpočtu služieb v období rokov 2011-2013. Údaje od šiestich poskytovateľov HR programov, ktorí poskytli dáta sú zobrazené v Tabuľke 7. U 2/3 respondentov nastal pokles reálneho rozpočtu v tomto období. Respondent HR3 v roku 2013 vykazoval výrazné zvýšenie rozpočtu, je to kvôli tomu, že v rokoch 2011 služba fungovala úplne na dobrovoľníckej báze, a v roku 2012 fungovala prevažne na dobrovoľníckej báze. HR4 služba z nedostatku financií takisto začala v roku 2013 pôsobiť na dobrovoľníckej báze čiže jej odpadli náklady na mzdu a z finančných dôvodov musela obmedziť poskytované služby. Reálny rozpočet služby HR1 poklesol od roku 2011 takmer o 45%, rozpočet terénneho programu HR6 sa znížil takmer o 50%. Reálny rozpočet HR1 za tri roky predstavoval 67% z ideálneho rozpočtu. U HR2 reálny rozpočet tvoril 90%, u HR3 17% (dva roky fungovala na dobrovoľníckej báze), u HR4 58%, u HR5 35%, a u HR6 tvoril reálny rozpočet z ideálneho 55%. V rozpočte všetkých služieb je to 57% z ideálneho rozpočtu. Z toho sa dá vyvodiť, že HR služby na Slovensku majú k dispozícii približne iba polovicu finančného rozpočtu, ktorý by potrebovali na fungovanie služby podľa ich predstáv.

Tabuľka 7 Reálny a ideálny rozpočet služieb v rokoch 2011, 2012, 2013

	Reálny rozpočet rok 2011 v €	Ideálny rozpočet 2011 v €	Reálny rozpočet rok 2012 v €	Ideálny rozpočet 2012 v €	Reálny rozpočet rok 2013 v €	Ideálny rozpočet 2013 v €
HR1	104 500	119 569	115 208	153 048	58 858	142 258
HR2	7 612	8 000	6 662	7 000	8 237	10 000
HR3	500	20 000	2 000	25 000	10 203	30 000
HR4	50 973	70 000	50 614	70 000	20 000	70 000
HR5	0	0	15 900	30 000	12 530	50 000
HR6	49 745	70 000	41 244	70 000	25 461	70 000

Následne sme zisťovali z akých zdrojov služby čerpali financie na fungovanie služby. Údaje z rokov 2011, 2012 a 2013 sú uvedené v Tabuľke 8. Služby, ktoré otázku vyplnili sú v tabuľke uvedené pod kódom. HR7 je substitučný program poskytovaný v rámci CPLDZ a je jediná služba, ktorá má jediný zdroj financovania a to zdravotné poisťovne. Ostatné služby boli financované z niekoľkých zdrojov, ktorých podiel sa v priebehu rokov menil. Peniaze z dotačných mechanizmov jednotlivých rezortov u všetkých služieb tvorili v roku 2013 menší podiel ako v roku 2011. Najväčší pokles nastal u HR2 a to z 53% podielu v roku 2011 na 9,6% podiel v roku 2013. V tomto roku u HR2 prebralo väčšinový podiel financovanie na úrovni miestnych samospráv, čo tvorilo

výrazný podiel financovania aj u iných programov (u HR5 až 98%). Zdroje z európskych štrukturálnych fondov za tri roky využili iba dve služby a tvorili vždy okolo 20% z rozpočtu. Zdroje zo zahraničných nadácií využili dve služby, z čoho u jednej tvorili v roku 2013 až 94% rozpočtu. Financie z domácich nadácií tvorili veľkú časť podielu u 4och služieb (napr. u HR3 80%). Podiel z dobrovoľných príspevkov a asignačného mechanizmu tvorili menšinový podiel financovanie služieb. Podiel jednotlivých zdrojov financií sa v priebehu rokov menil. Poklesol podiel financovania rezortov, stúpol podiel z financovania na úrovni miestnych samospráv. Ostatné zdroje boli u jednotlivých služieb, počas troch rokov nestále.

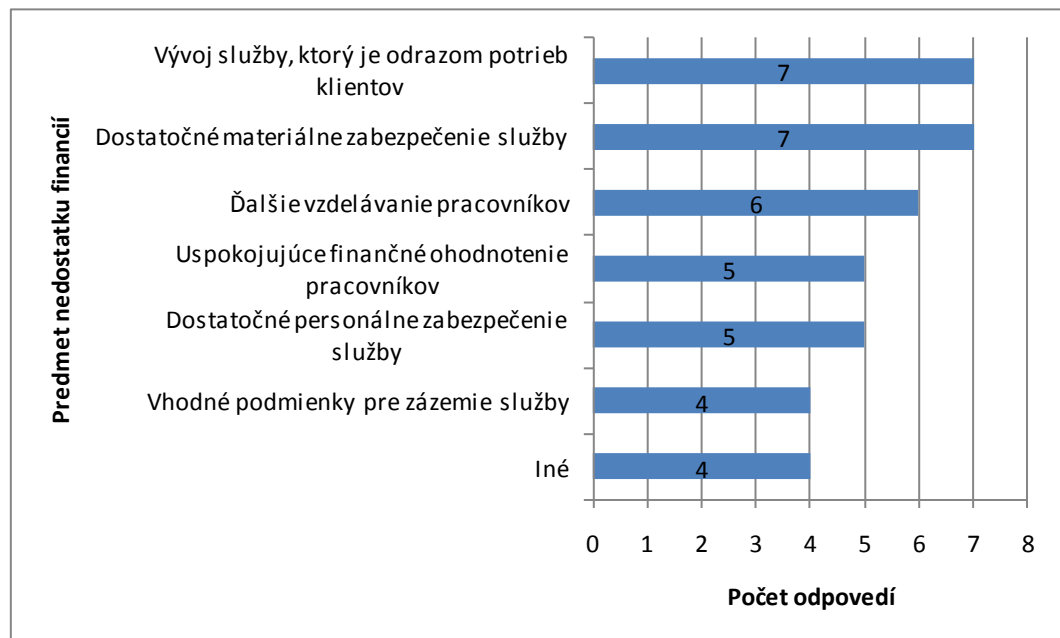
Tabuľka 8 Zdroje financovania služieb v rokoch 2011, 2012, 2013

	HR1			HR2			HR3			HR4			HR5			HR6			HR7			HR8				
	% rok 2011	% rok 2012	% rok 2013	% rok 2011	% rok 2012	% rok 2013	% rok 2011	% rok 2012	% rok 2013	% rok 2011	% rok 2012	% rok 2013	% rok 2011	% rok 2012	% rok 2013	% rok 2011	% rok 2012	% rok 2013	% rok 2011	% rok 2012	% rok 2013	% rok 2011	% rok 2012	% rok 2013		
Dotačné mechanizmy jednotlivých rezortov	36	30	5,6	53	21	9,64	10			45	40	25		1,2		57,45	62,17	37,75						50	45	35
Financovanie na úrovni miestnych samospráv	38	30	43	37	40,6	64,1		14		20	20	25		98,8	98	42,55	37,83	58,9						25	35	40
Financovanie z európskych štrukturálnych fondov		19																						20	15	20
Financie zo zahraničných zdrojov, nadácií				0,19	2,55	2,65			94																	
Financie z domácich nadácií	23	10	42	9,63	35,4	23,3	80	86		15	20	40						0,83						2	2	2
Dobrovoľné príspevky, verejné zbierky, členské príspevky, výnosy z vlastnej činnosti	1	9	6,8			0,26	5	6		15	15	5			0,7			0,9						2	2	2
Asignačný mechanizmus 2 % dane z príjmu právnických a fyzických osôb	2	2	2,6				5			5	5	5			0,3			1,64						1	1	1
Iné																			zdravotné poisťovne 100%							

Po skúmaní financovania služieb, ich reálneho a ideálneho rozpočtu, nasledovala otázka zameraná na konkrétne zložky z fungovania služby, na ktoré neostávajú financie. Respondenti si mohli vybrať viacero možností, zo siedmich ponúknutých alternatív (zobrazených v Grafe 3). Otázku vyplnilo 8 respondentov a celkovo označili 38 položiek, na ktoré im chýbajú financie (4 až 5 položiek na jedného respondenta). 87,50% programov nemá peniaze na vývoj služby, ktorý je odrazom potrieb klientov. Sedem z ôsmich respondentov taktiež označilo, že im chýbajú zdroje na pokrytie dostatočného materiálneho zabezpečenia služby. $\frac{3}{4}$ služieb nie je schopných zabezpečiť ďalšie vzdelávanie svojich pracovníkov. 5 služieb označilo, že nepokryjú uspokojujúce finančné ohodnotenie pracovníkov a nedokážu pokryť dostatočné personálne zabezpečenie služby.

Najmenej programov (4) označilo, že im chýbajú vhodné podmienky pre zázemie služby. Posledná možnosť s názvom „Iné“ umožňovala dopísať, na čo iné im chýbajú financie. Túto možnosť využili 4 respondenti. Jednému z nich chýbajú peniaze na vybudovanie kontaktného centra v lokalite, v ktorej sa nachádza veľké množstvo potenciálnych klientov služby (HR8) Službe HR1 chýbajú peniaze na advokáciu pri komunikácii s ministerstvami. Respondent z tejto služby napísal, že celkovo chýbajú financie na koordináciu HR služieb v rámci SR. Ďalšiemu programu chýbajú financie na režijné výdavky (HR3) Posledná služby napísala, že jej chýbajú financie na zdravotnícky materiál, testy na krvou prenosné ochorenia, odmeny, pohonné hmoty (HR6)

Graf 3 Zložky programu, na ktoré chýbajú financie



Zisťovali sme názor respondentov na finančnú udržateľnosť HR služby (programu) do budúcnosti. Forma tejto otázky bola otvorená, takže sa služby mohli vyjadriť k téme ľubovoľne bez vopred určených možností a obmedzení. Odpovede následne boli roztriedené do troch kategórií:

- Služba je do budúcnosti finančne udržateľná a môže byť poskytovaná minimálne v takej kvalite ako doteraz
- Služba je do budúcnosti udržateľná, s ohrozením kvantity a kvality poskytovaných služieb
- Pokiaľ nenastane zmena vo financovaní, služba je finančne neudržateľná

Na otázku ohľadom finančnej udržateľnosti služieb odpovedalo celkovo 9 HR programov. Do 1 kategórie odpovedí „Služba je finančne udržateľná a je schopná si zachovať svoj štandard“ boli zaradené jednoznačne dve odpovede. HR7 vyjadrila udržateľnosť služby, na základe toho, že poskytujú zdravotnú starostlivosť hradenú

zdravotným poistením. HR9 vyjadrila závislosť udržateľnosti služby od uzatvorenia zmlúv s poisťovňami. Druhá odpoveď, ktorá mohla byť jednoznačne zaradená do tejto kategórie bola vyplnená pracovníkom HR. Vo svojej odpovedi vyjadril dobrý potenciál pre udržateľnosť služby, čo ale závisí od získavania grantov: „*Pokiaľ budeme pokračovať v tomto trende, je udržateľnosť dobrá, ale dosť záleží aj na tom, ako sa bude dariť získavať projekty a granty na naše fungovanie, to nie je nikdy isté že sa to podarí. Ak to bude takto aj ďalej, budeme fungovať, ale vieme si predstaviť rozbehnúť oveľa viac služieb pre klientov, na ktoré momentálne nie sú zdroje.*“ (HR8).

Do druhej kategórie spadala najväčšia časť odpovedí. 4 odpovede boli v zmysle, že služba je udržateľná, ale pre zachovanie kvality služby je potrebné využívať rôzne zdroje, ktoré nie sú v budúcnosti isté. Zástupca HR3 vyjadril, že materiálne zabezpečenie projektu je možné pokryť skrz sponzoring firiem, ale veľká časť práce je vykonávaná dobrovoľníkmi, čo môže byť pre rozvoj služby rizikové. Ohrozenie financovania služby je aj z dôvodu, že národný dotačný mechanizmus pre prácu s mládežou, neurčil na obdobie rokov 2014-2021 prevenciu v oblasti užívania drog a sexuálneho zdravia ako prioritu. Preto služba bude musieť zabezpečiť financovanie v rámci dotačnej podpory MZ.: „*žiaľ, skúsenosti z minulých rokov ukazujú, že schválené financie významne podhodnocujú skutočné potreby HR služby.*“ (HR3). Ďalší pracovníci vyjadrili taktiež názor, že pre udržateľnosť kvality služby nestačia pravidelní donori, ale potrebujú získavať financie z rôznych projektov: „*malé aj veľké projekty, 2%, verejné výzvy, dobrovoľné dary a pod.*“ (HR3, HR6, HR8). Pracovník HR1 vyjadril istotu vo financovaní štátom, keďže sa Slovensko v Národnej protidrogovej stratégii zaviazalo k princípu HR a služby poskytované ich zariadením sú zakotvené v Národnom programe pre prevenciu HIV/AIDS. Zároveň však budúcnosť financovania služieb vidí v diverzifikácii zdrojov a v zmenšení podielu financovaného štátom.

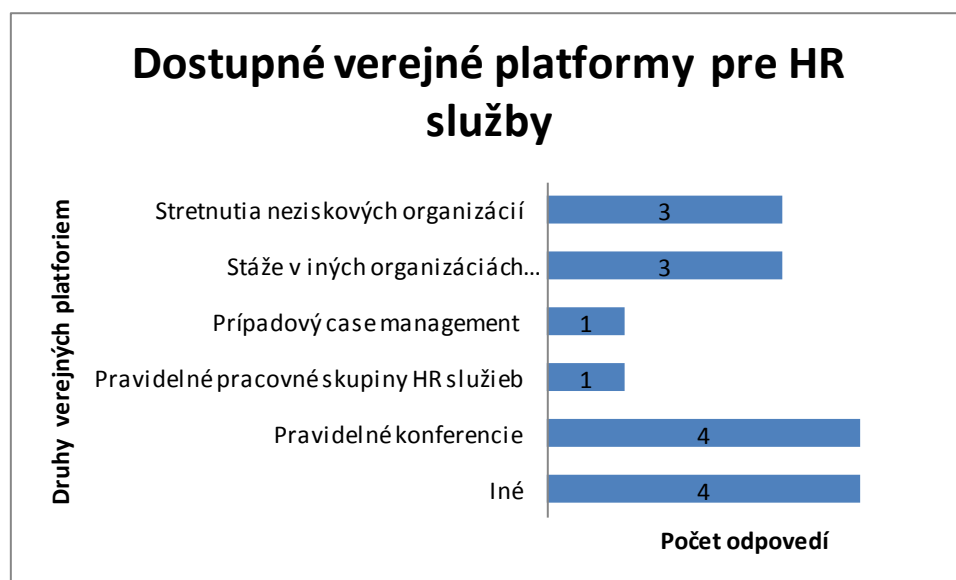
Do poslednej kategórie, ktorá vyjadruje pochybnosť o udržateľnosti služby bola zaradená 1 odpoveď: „*Ak sa nezvýšia dotácie a nezabezpečí sa stabilita financovania, tak budeme poskytovať len základné služby bez rozvoja. Ak nezískame finančné prostriedky na materiál, tak môžeme OZ zavrieť. Je potrebné stabilné financovanie aspoň materiálneho zabezpečenia zo strany štátu.*“ (HR4).

Z ôsmich služieb, ktoré odpovedali na otázku o finančnej udržateľnosti programu, len jeden poskytovateľ substitučnej liečby si bol úplne istý budúcnosťou financovania. Väčšina služieb vníma dobrú finančnú udržateľnosť svojej služby v prípade, že sa im podarí získavať rôzne projekty, granty, príspevky. Práve tieto projekty im pomáhajú udržať kvalitu HR programu a neposkytovať klientom iba nevyhnutné služby, ktoré môžu zabezpečiť financovaním od štátu. Jedna HR služba si nebola istá svojím fungovaním v budúcnosti, pretože nevie, či finančné zdroje pokryjú materiálne zabezpečenie služby.

Posledný okruh sa týkal formovania HR služieb, zisťoval či existuje verejný priestor pre HR služby, kde majú možnosť zdieľať skúsenosti z praxe. Zamerali sme sa aj na prepojenosť HR služieb s celkovým systémom starostlivosti o užívateľov drog.

Skúmali sme, čo pomohlo HR službám formovať ich základný profil, režim a pravidlá služby. Respondenti mohli podľa dôležitosti usporiadať 5 alternatív. Možnosť „Iné“ umožňovala dopísať ľubovoľnú alternatívu a následne ju zaradiť podľa dôležitosti. Najdôležitejšia pre formovanie HR služieb boli odborné publikácie zo zahraničia (kvocient dôležitosti 4,20), druhé najprínosnejšie podľa respondentov boli skúsenosti zahraničných organizácií, poskytujúcich HR služby (kvocient 4,10). Formovanie HR služieb v SR menej ovplyvnili skúsenosti a publikácie zo Slovenska. V kolónke „Iné“ dvaja respondenti vyplnili, že pri formovaní služby im pomohli vlastné skúsenosti z praxe.

Zisťovali sme či na Slovensku existujú verejné platformy pre HR služby kde sa môžu stretávať a zdieľať skúsenosti a informácie z praxe. Respondenti mohli vybrať všetky odpovedajúce možnosti zo šiestich uvedených alternatív. Do možnosti „Iné“ mohli vpisovať iné alternatívy, ktoré v predchádzajúcich možnostiach neboli obsiahnuté. Výsledky zobrazuje Graf 4. Otázku zodpovedalo celkovo 9 respondentov, pričom dokopy vyznačili 16 odpovedí. 4 respondenti za verejnú platformu označili pravidelné konferencie. Tretina respondentov označila stretnutie neziskových organizácií a stáže v iných organizáciách ako priestor na zdieľanie informácií a skúseností. Iba 10% odpovedajúcich vyznačilo, že prípadový case management a pravidelné pracovné skupiny sú verejnou platformou na Slovensku. Dvaja respondenti vo voľných odpovediach uviedli že žiadna verejná platforma neexistuje (HR4, HR3). Jeden respondent uviedol jednorazové stretnutia, ktoré organizuje ich združenie. Posledná odpoveď hovorí o dobrej prepojenosti služieb a možnosti stretávať sa: „je toho viac, tieto veci sú dobre pokryté a existuje aj slušná spolupráca jednotlivých HR organizácií“ (HR8).



Ďalej sme sa upriamili na spoluprácu HR programov s ostatnými službami v systéme starostlivosti o užívateľov drog. Respondenti si mohli vybrať viacero možností z uvedených alternatív a mohli do kolónky Iné pripísať skutočnosť, ktorá sa v predchádzajúcich alternatívach nenachádzala. Celkovo odpovedalo na otázku 9 respondentov, ktorí dokopy označili 15 odpovedí. 5 respondentov označilo možnosť, že je v kontakte s ostatnými službami a majú prehľad o dostupných službách v systéme starostlivosti. 78% respondentov označilo možnosť, že spolupracujú s niektorými službami, na ktoré následne odporúčajú klientov v prípade, že majú záujem o využitie iného typu služieb. 20% respondentov o ostatných službách vie, ale nespupracuje s nimi. Alternatívu nezájmu o ostatné dostupné služby nezaškrtol nikto. Celkovo až 80% odpovedí hodnotilo, že má prehľad o dostupných službách a ich program je v kontakte s inými službami. Jeden respondent využil kolónku „Iné“ a vyjadril svoj názor na komplexnosť systému starostlivosti: *„systém komplexnej starostlivosti pre UD z môjho pohľadu nefunguje, niektoré služby abstentujú úplne – napr. starostlivosť pre aktívne IUD, ktoré sú tehotné atď.“* (HR5).

Respondenti mali možnosť vyjadriť svoj názor na postavenie HR služieb v systéme drogových služieb. Otázku vyplnilo celkovo 8 respondentov. 7 respondentov tejto otázky vníma svoju službu ako nevyhnutný článok, neoddeliteľnú súčasť systému starostlivosti a v tomto zmysle začali svoju výpoveď: *„na Slovensku je v súčasnosti nedostatočné pokrytie službami v rámci HR, preto vnímame naše postavenie ako výnimočné.....“* (HR1). *„Z môjho pohľadu je naša úloha a postavenie v systéme nevyhnutne dôležité.....“* (HR5). 5 odpovedí ďalej pokračovalo, kde v systéme starostlivosti sa ich služba nachádza. HR služby vnímané svojimi pracovníkmi ako prvý kontakt s nejakou inštitúciou po dlhej dobe: *„sme niečo ako vstupná brána do sveta služieb.....“*(HR8). HR programy sú prepojením medzi primárnou prevenciou a abstinenčne orientovanou liečbou, sú súčasťou celkového systému starostlivosti o užívateľov drog. Polovica respondentov písala o finančnom nepodporovaní HR služieb. Jeden respondent si túto situáciu vysvetľuje tým, že štát vníma tento druh služieb ako nadbytočný: *„štát nevníma naše postavenie v systéme, nepodporuje nás v takej miere, vnímajú nás ako niečo nadbytočné - nikam nepatríme (MPSVaR, MZ SR), uprednostňujú iné typy služieb a v nie vždy chápajú samotný význam HR služieb.“* (HR5). Dvaja respondenti kritizovali pridelovanie financií neefektívnym primárne preventívnym programom: *„Verejné financie sú pridelované na neefektívne intervencie (napr. športové podujatia "proti drogám") a intervencie, ktoré podporujú stigmatizáciu....“* (HR1). V štyroch odpovediach sa nehovorilo iba o absencii finančnej podpory, ale napríklad aj o absencii podpory činnosti služieb: *„.....celková nálada na Slovensku je taká, že pracovníci/pracovníčky z MNO nie sú vnímaní ako rovnocenní odborníci a odborníčky vo svojej oblasti.....“* (HR3). *„Sme akceptovaní, ale nie podporovaní a braní ako partneri.“*(HR4).

5 Diskusia

HR prístup patrí do jednej z oblastí Národnej protidrogovej stratégie. Opatrenia zamerané na účinnú pomoc závislým, rizikovým a problémovým užívateľom drog patria do oblasti znižovania dopytu po drogách.

Prvý výmenný program injekčných striekačiek a ihiel začal na Slovensku fungovať v roku 1994 v rámci Centra pre liečbu drogových závislostí v Bratislave, prvá HR organizácia bola založená v roku 1997. Aj napriek 20-ročnej tradícii výmenných programov, nebol na Slovensku realizovaný výskum, ktorý by ponúkol súhrnnú podrobnú analýzu fungovania HR organizácií. Čiastkové údaje o službách sú uvedené vo Výročných správach Národného monitorovacieho centra pre drogy, údaje o jednotlivých organizáciách sú poskytnuté na ich internetových stránkach a vo výročných správach. V roku 2011 bola publikovaná správa o dostupnosti substitučnej terapie (Hičárová et al.), ktorá zhrňuje informácie o poskytovaní substitučnej liečby na Slovensku a o jej dostupnosti na Slovensku.

Výskum bakalárskej práce teda nenadväzoval, na žiadnu konkrétnu štúdiu, ale sústredil sa na zozbieranie a analýzu dát o HR službách, ktoré doteraz neboli poskytnuté v žiadnom súhrnnom materiáli. Cieľom práce bola analýza základnej charakteristiky Harm reduction (ďalej HR) služieb (typy, dostupnosť a pôsobnosť programov), analýza klientely HR programov, poskytovaných intervencií, financovania a postavenia HR služieb v rámci systému starostlivosti o užívateľov drog.

Ako harm reduction služby boli v bakalárskej práci označované programy zamerané na zníženie negatívnych dopadov spojených s užívaním drog. Konkrétne sa práca zamerala na poskytovateľov nízkoprahových služieb a poskytovateľov substitučnej liečby.

Výskumný súbor tvorili poskytovatelia terénnych programov, kontaktných nízkoprahových centier a substitučnej liečby. Do štúdie boli prizvaní všetci poskytovatelia nízkoprahových služieb, ktorí sú evidovaní Drogovým informačným portálom, Centrá pre liečbu drogových závislostí takisto uvedené na Drogovom informačnom portáli a psychiatrické ambulancie so špecializáciou v obore medicína drogových závislostí (www.tvojlekar.sk). Nepodarilo sa nájsť telefonický alebo emailový kontakt na všetky ambulancie v odbore medicína drogových závislostí. Výskumný súbor dotazovaný buď e-mailom alebo telefonicky nakoniec tvorili 4 HR organizácie, 6 Centier pre liečbu drogových závislostí a 15 ambulancií so špecializáciou drogových závislostí. Po niekoľkých výzvach vyplnenia dotazníku, sa podarilo získať dáta od siedmich nízkoprahových programov (poskytovaných štyrmi HR organizáciami), dvoch Centier pre liečbu drogových závislostí a jednej ambulancie so špecializáciou drogových závislostí.

Celkový počet terénnych programov na Slovensku je päť (z toho jeden program je poskytovaný v rekreačnom prostredí mládeže). Jeden program je kombináciou terénneho programu a kontaktného centra (dva dni v týždni), samostatne fungujúce kontaktné centrum je jedno. Výmenné programy sú dostupné celkovo v piatich mestách (Bratislava, Trnava, Nitra, Sereď a Košice), to znamená, že pre celé východné Slovensko je dostupný výmenný program iba v jednom meste. V roku 2011 bolo na Slovensku 326 potenciálnych poskytovateľov substitučnej liečby (Hičárová et. al), táto štúdia oslovila 21 z nich. Traja poskytli dáta, sedem z nich odpovedalo, že substitučnú liečbu neposkytujú.

60% HR služieb bolo sociálneho typu, 30% z nich bolo zdravotného typu a jeden respondent zaradil svoju službu ako kombináciu rôznych typov. Zdravotný typ služieb predstavujú AT ambulancie (1 respondent) a Centrá pre liečbu drogových závislostí (2 respondenti). Vo všetkých zdravotných službách bol typ poskytovanej HR intervencie substitučná liečba. Sociálne typy HR služieb sú poskytované formou terénnych programov (6 programov), nízkoprahových kontaktných centier (2 programy), sociálnej asistencie (dva programy) on-line poradne (1 program), telefonického poradenstva (1 program).

Priemerný počet klientov všetkých HR služieb v jednom roku je 5026 osôb, pričom viac ako polovicu tvorili klienti z terénneho programu (TP) poskytovaného v rekreačnom prostredí mládeže. Teda u programov, ktorých primárna cieľová skupina klientov sú problémoví užívatelia drog je priemerný počet klientov okolo 2000. Zloženie klientely podľa typu užívaných drog v rokoch 2011 až 2013 sa výrazne nemenilo. Vo všetkých troch rokoch bol najčastejšie užívanou drogou pervitín (okolo 46%). V roku 2011-2013 bolo na druhom mieste užívanie heroínu, ktoré sa za tri roky mierne navýšilo o približne 3% (z 37% na 40%), užívateľov buprenorfinu ubudlo (z 20% na 17%).

100% programov v roku 2013 pracovalo s intravenóznymi užívateľmi drog, 70% z nich malo medzi klientmi UD, ktorí aplikujú inak než intravenózne. Takmer tretina programov pracovalo s osobami pracujúcimi v sex- biznise, 60% s ľuďmi bez domova a klientmi s psychickou komorbiditou. Veľmi prekvapujúce je zistenie, že žiadny z programov nemal klientov mladších ako 15 rokov, pričom s osobami vo veku od 15-18 rokov spolupracovalo 60% služieb. Je teda otázne, či HR programy nie sú využiteľné pre najmladšiu klientelu alebo či táto skupina využíva poskytované materiály a intervencie sprostredkované od starších klientov.

Keďže na Slovensku nie sú akceptované jednotné štandardy pre HR služby, nebolo možné zvoliť jednotnú terminológiu intervencií, čo môže spôsobiť nepresné výsledky. Tento fakt poznamenali v poznámke aj dvaja poskytovatelia HR služieb. V budúcnosti by bolo dobré zvoliť jednotný výklad poskytovaných výkonov a zjednotiť výkazníctvo u rôznych typov služieb, čo by zdokonalilo a uľahčilo zber dát.

Všetky služby v roku 2013 poskytli poradenstvo o liečebných možnostiach klienta (matching potrieb klienta s ponukou služieb). Tento údaj potvrdzuje fakt, že HR služby sú pre klienta sprostredkovateľmi kontaktov a informácií o ďalších možnostiach v systéme starostlivosti o užívateľov drog, 90% služieb poskytlo krízovú intervenciu a zdravotné poradenstvo, 80% poradenstvo o bezpečnejšom užívaní drog. Ďalšie výsledky poskytovaných intervencií nie sú ničím prekvapivé, okrem výsledku u testovania krvou prenosných ochorení. Testovanie na HBV, HCV vykonávali iba 3 substitučné programy a žiadne terénne programy a kontaktné centrá, testovanie HIV v roku 2013 vykonával 1 KC, 1 TP a dva substitučné programy. Tento fakt je prekvapivý najmä preto, že jedným z problémov, ktorý reflektuje Národná protidrogová stratégia pre rok 2013-2020 je pretrvávanie značného výskytu a prechovávaní ochorení prenášaných krvou medzi intravenóznymi užívateľmi (najmä vírusu hepatitídy C) a pretrvávanie potenciálnych rizík nových nákaz HIV a iných infekčných ochorení, v dôsledku rizikového správania užívateľov drog. Žiaden z poskytovateľov substitučnej liečby, ktorí vyplnili dotazník zároveň neposkytoval substitučnú liečbu a paraferniálne. Táto skutočnosť odráža vnímanie substitučnej liečby ako súčasť liečebného procesu, skôr než jej pojetie nízkoprahovej služby s primárnym cieľom zredukovať škody spojené s užívaním drog. Odborné usmernenie o štandardoch pre diagnostiku a liečbu v odbore drogových závislostí dokonca ustanovuje, že podmienkou poskytovania substitučnej udržiavacej liečby musí byť vytvorenie systematického, terapeutického plánu na základe štandardných postupov v štruktúrovanom liečebnom programe (MZSR, 2003).

Najčastejším poskytnutým výkonom v roku 2013 bola distribúcia injekčného materiálu, priemerne bol v HR službách poskytnutý 3tisíckrát. Priemerný počet rozdaných injekčných striekačiek jedným HR programom bol 58 478 kusov za rok. Z toho vyplýva, že na jednu distribúciu pripadalo približne 20 rozdaných striekačiek. Priemerný počet vyzbieraných injekčných striekačiek bol približne 55 205 kusov, to znamená, že približne 94% distribuovaných striekačiek mohlo byť následne bezpečne zlikvidovaných, čo v značnej miere prispieva k ochrane verejného zdravia. Medzi ostatné najčastejšie distribuované materiály patrili alkoholové tampóny (priemerne 41 267 kusov), ďalej filtre (31 938 kusov) a suché tampóny s priemerným počtom 19 413 kusov, injekčná voda, askorbín. Ani jedna HR služba v roku 2013 nedistribuovala želatínové kapsle, ktoré umožňujú bezpečnejší spôsob aplikácie drogy (per os).

Údaje o reálnom rozpočte a ideálnom rozpočte (rozpočet, ktorý by službe zabezpečil bezproblémové fungovanie služby) nevyplnil ani jeden poskytovateľ substitučnej liečby (žiadne CPLDZ, ani špecializovaná ambulancia), čiže výsledky sa vzťahujú na nízkoprahové programy. Až u dvoch tretín respondentov nastalo od roku 2011 do roku 2013 zníženie reálneho rozpočtu (u troch služieb bol reálny rozpočet v roku 2013 skresaný na polovicu oproti roku 2011, resp. 2012). Jedna služba, u ktorej došlo ku

zvýšení rozpočtu prvé dva roky fungovala na dobrovoľníckej fáze a vďaka zvýšeniu rozpočtu, mohla začať platiť mzdy a investovať do materiálu. Druhá služba bola nútená z nedostatku finančných prostriedkov začať fungovať na dobrovoľníckej báze. Tento fakt odzrkadľuje trend zníženia zdrojov zo štátneho rozpočtu, ktorým sú podporované protidrogové aktivity (od roku 2009 – 2013 klesol rozpočet približne na 1/3 z pôvodnej sumy). Z tohto zníženého rozpočtu, iba 6% išlo na HR programy čo v roku 2013 znamenal príspevok v hodnote 33 369,00 € (NMCD, 2014), ak by sme túto sumu rozdelili rovnakým dielom medzi 7 nízkoprahových programov, každý z nich by dostal iba 4 800,00 €. Reálny rozpočet priemerne u všetkých služieb za tri roky predstavoval 57% z ideálneho rozpočtu. Z toho sa dá vyvodiť, že HR služby na Slovensku majú k dispozícii približne polovicu finančného rozpočtu, ktorý by potrebovali na fungovanie služby podľa ich predstáv.

Od toho sa odzrkadľujú výsledky otázky zameranej na konkrétne zložky fungovania služby, na ktoré chýbajú programom financie. 87,50% programov nemá peniaze na vývoj služby, ktorý je odrazom potrieb klientov. Sedem z ôsmich respondentov taktiež označilo, že im chýbajú zdroje na pokrytie dostatočného materiálneho zabezpečenia služby. $\frac{3}{4}$ služieb nie je schopných zabezpečiť ďalšie vzdelávanie svojich pracovníkov. Päť služieb označilo, že nepokryjú uspokojujúce finančné ohodnotenie pracovníkov a nedokážu pokryť dostatočné personálne zabezpečenie služby. Z toho vyplýva, že väčšine HR služieb chýbajú financie na pokrytie základných zložiek fungovania služieb.

Subjektívny názor na finančnú udržateľnosť služby do budúcnosti odpovedalo 8 respondentov. Len jeden poskytovateľ substituenej liečby si bol úplne istý budúcnosťou financovania. Väčšina služieb vníma dobrú finančnú udržateľnosť svojej služby v prípade, že sa im podarí získať rôzne projekty, granty, príspevky. Práve tieto projekty im pomáhajú udržať kvalitu HR programu a neposkytovať klientom iba nevyhnutné služby, ktoré môžu zabezpečiť financovaním od štátu. Jedna HR služba si nebola istá svojím fungovaním v budúcnosti, pretože nevie, či finančné zdroje pokryjú materiálne zabezpečenie služby.

Keďže na Slovensku nie sú akceptované jednotné štandardy pre nízkoprahové programy, je nevyhnutnosťou, aby existovali verejné platformy, kde sa služby môžu stretávať, zdieľať svoje skúsenosti a zdokonaľovať službu. Jednotlivé odpovede sa výrazne líšili tým, ako respondenti vnímajú existenciu verejných platforiem. 4 respondenti za verejnú platformu označili pravidelné konferencie, tretina respondentov označila stretnutie neziskových organizácií a stáže v iných organizáciách ako priestor na zdieľanie informácií a skúseností. Iba 10% odpovedajúcich vyznačilo, že prípadový case management a pravidelné pracovné skupiny fungujú a sú verejnou platformou. Až dvaja respondenti uviedli, že žiadna takáto platforma na Slovensku neexistuje.

HR služby mnohokrát predstavujú prvú službu, ktorú užívateľ kontaktuje a sprostredkovávajú kontakt s ostatnými službami (Hrdina & Korčišová in Kalina et al., 2003), preto sme zisťovali či HR služby spolupracujú so službami v systéme starostlivosti o užívateľov drog. 80% odpovedí hodnotilo, že má prehľad o dostupných službách a ich program je v kontakte s inými službami, 78% respondentov označilo možnosť, že spolupracujú s niektorými službami, na ktoré následne odporúčajú klientov v prípade, že majú záujem o využitie iného typu služieb.

HR služby na Slovensku pôsobia už 20 rokov a HR prístup bol oficiálne prijatý do Národnej protidrogovej stratégie. Udržanie HR programov je podporované aj zo strany Európskeho spoločenstva a medzinárodných organizácií (STORM, 2012). Preto sme sa zamerali na názorov pracovníkov HR služieb, o ich postavení v systéme starostlivosti o UD. Je prekvapivé, že po 20 ročnej histórii fungovania ich odpovede vykazovali podobnosť v troch hlavných bodoch. Svoje postavenie v systéme starostlivosti o UD vnímajú ako nevyhnutné, pričom vedia zadefinovať svoju pozíciu medzi ostatnými službami. Napriek tomu necítia dostatočné finančné ohodnotenie HR služieb a uznanie odbornej kvality v svojom obore.

6 Záver

Hlavným cieľom tejto štúdie bola analýza základnej charakteristiky Harm reduction služieb (typy, dostupnosť a pôsobnosť programov), analýza klientely HR programov, poskytovaných intervencií, financovania a postavenia HR služieb v rámci systému starostlivosti o užívateľov drog.

Ako metóda zberu dát bola zvolená forma elektronického dotazníku, dáta boli následne spracované v programe Microsoft Excel. Výskumný súbor tvorili poskytovatelia terénnych programov, kontaktných nízkoprahových centier a substitučnej liečby. Celkovo boli oslovené 4 HR organizácie, 6 Centier pre liečbu drogových závislostí a 15 ambulancií so špecializáciou drogových závislostí. Po niekoľkých výzvach vyplnenia dotazníku, sa podarilo získať dáta od siedmich nízkoprahových programov (poskytovaných štyrmi organizáciami), dvoch Centier pre liečbu drogových závislostí a jednej ambulancie so špecializáciou drogových závislostí.

Celkový počet terénnych programov na Slovensku je 5 (z toho 1 program je poskytovaný v rekreačnom prostredí mládeže), 1 program je kombináciou terénneho programu a kontaktného centra (dva dni v týždni) a samostatne kontaktné centrum je jedno. Výmenné programy sú dostupné celkovo v 5ich mestách (Bratislava, Trnava, Nitra, Sereď a Košice), to znamená, že pre celé východné Slovensko je dostupný výmenný program iba v jednom meste. Priemerný počet klientov, ktorí využívajú HR služby v jednom roku je okolo 2000. Klienti najčastejšie užívajú pervitín (priemerne za tri roky 46%), nasleduje užívanie heroínu (39%), buprenorfinu (21%). Cieľové skupiny HR služieb tvorili rôzne skupiny (ľudia bez domova, osoby pracujúce v sex biznise, ľudia s psychickou komorbiditou). Prekvapivé je, že ani jedna HR služba v roku 2013 nemala medzi svojimi klientmi osoby mladšie ako 15 rokov.

Na Slovensku nie sú akceptované jednotné štandardy pre nízkoprahové programy a nie je stanovený jednotný výklad poskytovaných výkonov, čo môže spôsobiť nejasnosti vo vykazovaní dát. V budúcnosti by bolo dobré zvoliť jednotnú terminológiu výkazníctva, ktorá by zdokonalila a uľahčila zber dát, pričom by umožnila lepšie evaluovať služby.

Služby roku 2013 bežne poskytovali distribúciu parafernálií, poradenstvo, poskytovali informácie o dostupnej liečbe, zdravotné ošetrovanie a pod., pričom prekvapujúcim výsledkom je, že žiadny terénny program ani kontaktné centrum netestovalo v roku 2013 na HBV a HCV, aj napriek tomu, že prevalencia HCV medzi PUD je stále vysoká. Žiaden z poskytovateľov substitučnej liečby, ktorí vyplnili dotazník zároveň neposkytoval substitučnú liečbu a parafernálie. Táto skutočnosť odráža vnímanie substitučnej liečby ako súčasť liečebného procesu, skôr než jej pojmú nízko-prahovej služby s primárnym cieľom zredukovať škody spojené s užívaním drog. Z výsledkov štúdie vychádza, že HR služby vyzbierajú až 94% pôvodne distribuovaných injekčných

striekačiek, čo následne umožňuje ich bezpečne zlikvidovať a to prispieva ku ochrane spoločnosti a verejného zdravia.

Rozpočet 2/3 služieb sa od roku 2011 do roku 2013 výrazne znížil (u dvoch respondentov sa zredukoval na polovicu). Tento fakt odzrkadľuje trend zníženia zdrojov zo štátneho rozpočtu, ktorým sú podporované protidrogové aktivity (od roku 2009 – 2013 klesol rozpočet približne na 1/3 z pôvodnej sumy). Z tohto zníženého rozpočtu, iba 6% išlo na HR programy čo v roku 2013 znamenal príspevok v hodnote 33 369,00 € (NMCD, 2014), to vychádza iba 4 800,00 € na jeden nízkoprahový program, čo môže byť príčinou, že 87,50% programov nemá peniaze na vývoj služby, ktorý je odrazom potrieb klientov a sedem z ôsmich respondentov taktiež uviedlo, že im chýbajú zdroje na pokrytie dostatočného materiálneho zabezpečenia služby.

Po 20 ročnej histórii fungovania HR služieb, pričom je HR prístup zakotvený v Národnej protidrogovej stratégii, sú odpovede respondentov ohľadom ich postavenia v systéme starostlivosti negatívne. Odpovede vykazovali podobnosť v troch hlavných bodoch. Služby svoje postavenie v systéme starostlivosti o UD vnímajú ako nevyhnutné, pričom vedia zadefinovať svoju pozíciu medzi ostatnými službami. Napriek tomu necítia dostatočné finančné ohodnotenie HR služieb a uznanie odbornej kvality v svojom obore.

Štúdia poskytuje analýzu všetkých HR organizácií fungujúcich na Slovensku. Keďže, dáta boli získané len od 3 poskytovateľov substitučnej liečby, nedajú sa plošne aplikovať na všetkých poskytovateľov substitučnej liečby. Výsledky výskumu by mohli byť použité v praxi, napríklad pri ďalšom rozvoji HR služieb. Výsledky výskumu by ďalej mohli byť použité ako argument na dobudovanie služieb a na potrebu investovania štátu do HR programov, keďže momentálne financovanie je nedostatočné. Ako nutnosť sa zdá byť schválenie a akceptovanie jednotných štandardov poskytovania HR služieb a zavedenie jednotného systému výkazníctva, čo by umožnilo jednotlivé programy porovnávať a evaluovať.

7 Použitá literatúra

- Bellis, A., & Hughes, K., & Lowey, H. (2002). Healthy nightclubs and recreational substance use: From a harm minimisation to a healthy settings approach. *Addictive Behaviors*, 27, 6, 1025-1035
- Burrows, D. (2002). Ako začať program výmeny ihl a striekačiek? Príručka pre krajiny strednej a východnej Európy a štáty bývalého Sovietskeho zväzu Bratislava: Nadácia otvorenej spoločnosti.
- Cook, C. (2009). Harm reduction policies and practices worldwide: an overview of national support for harm reduction in policy and practice. London: International Harm Reduction Association.
- EMCDDA. (2010). Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA. Treatment demand Slovakia. Retrieved July, 2, 2014 from: <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Slovakia#demand>
- Drogový informačný portál Základné informácie o NMCD. Retrieved June, 20, 2014, from: http://www.infodrogy.sk/index.cfm?module=ActiveWeb&page=WebPage&s=zakladne_informacie
- Hedrich, D. (2004), European report on drug consumption rooms. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Retrieved June, 17, 2014, from: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index54125EN.html>.
- Hičárová, T. & Krošláková, M. & Kiššová, L. & Segešová, M. (2011). Záverečná správa projektu „Stav a dostupnosť substitučnej terapie na Slovesku“. Retrieved June, 25, 2014 from: http://www.drogyinak.sk/wp-content/uploads/2014/04/V%C3%BDro%C4%8Dn%C3%A1-spr%C3%A1va-ZA-ROK-2011_FINAL-130712.
- Hupková, I. & Liberčanová, K. (2012). Drogové závislosti a ich prevencia. Trnava: Trnavská univerzita. Retrieved 26, June, 2014 from: http://www.academia.edu/4901900/Drogove_zavislosti_a_ch_prevencia_Hupkova-Libercanova
- Hičárová, T. et al. (2010). Súhrnná záverečná správa projektu evalvácie uplatňovania vybraných drogových paragrafov zákona č. 300/2005 Z.z. - Trestného zákona SR. Bratislava: Nadácia otvorenej spoločnosti (Open Society Foundation).
- Hrdina, P. & Korčišová, B. (2003). Terénni programy. In Kalina et al.: Drogy a drogové závislosti. Kapitola 8/2. Praha: Úřad vlády ČR.
- Hrdina, P. (2003). Harm reduction – snižování poškození drogami. In Kalina et al.: Drogy a drogové závislosti. Kapitola 5/1. Praha: Úřad vlády ČR.

- Hunt, N. et al. (2003) A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. London: Forward Thinking on Drugs
- IHRA (International Harm Reduction Association). (2009). What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. London: International Harm Reduction Association
- Janíková, B. (2008). Harm reduction. In Kalina et al.: *Základy klinické adiktologie*. Kapitola 7.1. Praha: Grada.
- Kolibáš, E. & Novotný, V. (1996). *Alkoholizmus a drogové závislosti*. Bratislava: Univerzita Komenského
- Libra, J. (2003). Nízkoprahová kontaktní centra. In Kalina et al.: *Drogy a drogové závislosti*. Kapitola 8/3. Praha: Úřad vlády ČR.
- Marlatt, G.A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*, 11, 779- 788.
- Ministerstvo zdravotníctva. (2013). Návrh Národnej protidrovovej stratégie Slovenskej republiky na obdobie rokov 2013-2020. Retrieved 26, June, 2014 from: <http://www.infodrogy.sk/indexAction.cfm?module=Library&action=GetFile&DocumentID=1043>
- Ministerstvo zdravotníctva (2003). Odborné usmernenie o štandardoch pre diagnostiku a liečbu v odbore drogové závislosti. Retrieved 01, July, 2014 from: http://www.substitutna-liecba.sk/ke-stazeni/odborne-usmernenie-o-standardoch-pre-diagnostiku-a-liecbu-v-odbore-drogove-zavislosti-18?confirm_rules=1
- Miovský, M. (2006). *Kvalitatívni prístup a metódy v psychologickom výzku*. Praha: Grada
- Národné monitorovacie centrum. (2004). Stav drogových závislostí a kontrola drog v Slovenskej republike. Retrieved 20, June, 2014 from: <http://www.infodrogy.sk/narodnasprava/index.cfm>
- Národné monitorovacie centrum. (2005). SLOVENSKÁ REPUBLIKA - Vývoj, trendy a vybrané otázky drogovej problematiky. Retrieved 20, June, 2014, from: <http://www.infodrogy.sk/narodnasprava/index.cfm>
- Národné monitorovacie centrum. (2007). Výročná správa o stave drogovej problematiky v roku 2006. Retrieved 18 ,July ,2014, from: <http://www.infodrogy.sk/narodnasprava/index.cfm>
- Národné monitorovacie centrum pre drogy. (2012). 2012 National report (2011 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. Retrieved 16 ,June ,2014 from: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index191584EN.html>
- Národné monitorovacie centrum pre drogy. (2011). 2011 National report (2010 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. Retrieved 16 ,June ,2014 from: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index142567EN.html>

- Národné monitorovacie centrum pre drogy. (2014). Stav drogovej problematiky na Slovensku - Súhrn Výročnej správy NMCD o stave drogovej problematiky v roku 2013..Retrieved 15 ,July ,2014 from:
<http://www.infodrogy.sk/indexAction.cfm?module=Library&action=GetFile&DocumentID=1089>
- Národné monitorovacie centrum pre drogy. (2013). Stav drogovej problematiky na Slovensku - Súhrn Výročnej správy NMCD o stave drogovej problematiky v roku 2012. Retrieved 26 ,June ,2014 from:
<http://www.infodrogy.sk/indexAction.cfm?module=Library&action=GetFile&DocumentID=1072>
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. (2012). Hledání rovnováhy - Koncepce protidrogové politiky v České republice. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. (2009). Výdejní automaty na harm reduction materiál - Souhrn poznatků a první zkušenosti v ČR. Praha: Úřad vlády ČR. Retrieved June, 20, 2014, from: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2009_zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2009_03_cislo_3_2009.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. (2011). Adiktologické služby v prostředí zábavy - Preventivní a harm reduction programy pro rekreační uživatele drog. Praha: Úřad vlády ČR. Retrieved July, 16, 2014, from: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2011_zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2011_02_cislo_2_2011
- New South Wales Department of Health. (2006). Needle and syringe program policy and guidelines. Sydney: NSW Department of health. Retrieved June, 19, 2014, from: http://www0.health.nsw.gov.au/archive/policies/PD/2006/PD2006_037.html.
- Newcombe, R. (1992). The reducing of drug related harm: a conceptual framework for theory, practice and research. In O' Hare, et al. (Eds), *The reducing of drug related harm*. London: Routledge
- Ochaba, R. & Rovný, R. & Bielik, I. (2009). Ochrana dětí a mládeže - Tabak, alkohol a drogy. Bratislava: Úřad veřejného zdravotnictva . Retrieved June, 25, 2014 from: <http://www.vzbb.sk/sk/aktuality/spravy/2012/ochrana-deti-a-mladeze.pdf>
- Popov, P. (2003). Programy metadonové a jiné substituce. In Kalina et al.: Drogy a drogové závislosti. Kapitola 8/11. Praha: Úřad vlády ČR.

- Radimecký, J. (2003). Teorie konstrukce drogové politiky - Rhetoric vs. Practice in the European and Czech Drug Policie, disertační práce, Imperial College of Science, Technologies and Medicine, Londýn. Retrieved June, 22 2014, from: <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/90/204/Teorie-konstrukce-drogove-politiky.html>
- Schatz, E. & Nougier, M. (2012). Drug consumption rooms - Evidence and practice. Retrieved June, 20, 2014, from: http://www.drugsandalcohol.ie/17898/1/IDPC-Briefing-Paper_Drug-consumption-rooms.pdf
- Stimson, G.V. (1995). Aids and injecting drug use in the United Kingdom, 1987 – 1993: The policy response an prevention of the epidemic. *Social Science & Medicine*, 41, 699 – 716
- Združenie Storm. (2012). Zmyslupnosť nízkoťahových programov – Zborník z konferencie realizovanej pri príležitosti 10. Výročia založenia združenia STORM. Nitra: Združenie STORM
- Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách. (2008). Retrieved July, 01, 2014 from: www.zbierka.sk/sk/predpisy/448-2008-z-z.p-32603.pdf
- Úrad vlády Slovenskej republiky. (2009). Národná protidrogová stratégia na obdobie 2009-2012. Retrieved 26, June, 2014 from: <http://www.infodrogy.sk/indexAction.cfm?module=Library&action=GetFile&DocumentID=772>
- Úrad vlády. (2012). Návrh prenosu pôsobností v oblasti protidrogovej politiky a monitoringu drogovej situácie na Slovensku. Retrieved 28, June, 2014 from: <http://www.infodrogy.sk/indexAction.cfm?module=Library&action=GetFile&DocumentID=1006>.
- Volpicelli, J. R. & Pettinati, H. M. & McLellan, A. T. & O'Brien, Ch. P.(2001). Combining medication and psychosocial treatment for addiction. New York: Guilford Press.
- WHO. (1995). Information, Education and Communication - A Guide for AIDS Programme Managers. New Delhi: WHO-SEARO

8 Prílohy

8.1 Použitý dotazník

Analýza harm reduction služieb na Slovensku

Vážená pani, vážený pán,

volám sa Dominika Púčíková a som študentkou 3. ročníka oboru Adiktologie na 1.lekárskej fakulte Univerzity Karlovej v Prahe, a zároveň som dlhodobou stážistkou terénneho programu MAGDALÉNA o.p.s. Rada by som Vás touto cestou požiadala o vyplnenie dotazníku, ktorý budem spracovávať v rámci bakalárskej práce s názvom Inštitucionálna analýza Harm reduction služieb na Slovensku. Vedúcou mojej bakalárskej práce je PhDr. Lenka Vavrinčíková PhD., ktorá bola do roku 2011 vedúcou terénneho programu v občianskom združení Centrum dobrovoľníctva, kde doteraz pôsobí ako odborný garant Harm reduction programov.

Cieľom práce je zmapovanie dostupných Harm reduction programov (programov na znižovanie škôd spojených s užívaním drog) na Slovensku, a následne analýza profilu služieb, cieľovej populácie, fungovania služby, financovania a vzájomnej spolupráce Harm reduction služieb.

Vypĺňovanie dotazníku je dobrovoľné. Chcela by som Vás poprosiť o vyplnenie čo najviac otázok kompetentnou osobou, aby sa zozbierané dáta dali spracovať a mohli vzniknúť, do budúcnosti použiteľná, analýza. V prípade, že má Vaša organizácia (prevádzkovateľ) viac Harm reduction programov (napríklad dva terénne programy, terénny program a substitúcia... a podobne), je potrebné vyplniť dotazník za každý Harm reduction (ďalej v dotazníku uvedený ako HR) program zvlášť. Pokiaľ narazíte pri vyplňovaní nasledujúcich položiek na situáciu, kde nemáte presný údaj z jednotlivých rokov, zapíšte prosím kvalifikovaný odhad a túto skutočnosť zapíšte do odpovede krátkou poznámkou.

Pokiaľ by ste mali záujem o zaslanie spracovanej analýzy, uveďte to prosím v poslednej otázke tohoto dotazníku alebo ma môžete kontakto

Názov HR služby:

Nápoveda k otázke: Uveďte presný názov HR služby (Např. terénny program s názvom "ABC"; substitučná liečba predpisovaná v AT ambulancii "ABC")

Vaše pracovné postavenie v rámci HR služby:

Webová stránka organizácie (prevádzkovateľa služby):

Vydáva organizácia každoročne výročné správy?

- Áno, sú zverejnené na webových stránkach organizácie
 Nie
 Áno, sú zverejnené inde, než na webových stránkach organizácie

Aký typ služby predstavujete?

- Zdravotná
 Sociálna
 Iná (vypíšte)

V ktorom meste (mestách) realizujete HR službu?

Aká je pôsobnosť HR služby?

Nápověda k otázce: *Máte klientov z mesta, regiónu či celého Slovenska?*

- Miestna
 Regionálna
 Celoslovenská

Akou formou je HR služba poskytovaná?

Nápověda k otázce: *Označte všetky hodiace sa možnosti*

- Terénny program
 Kontaktné nízkoprahové centrum
 Substitučný program
 Iná forma (vypíšte)

Aký bol celkový počet klientov HR služby za jednotlivé roky?

	2011	2012	2013
Celkový počet klientov	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Aké bolo percentuálne zastúpenie klientov v jednotlivých rokoch podľa typu primárne užíanej drogy?

Nápověda k otázce: *V prípade, že nemáte klientov, ktorí primárne užívajú menovanú drogu, napíšte do kolonky 0. Kolonku "Iná droga" vyplňte v prípade, že máte klientov, ktorí užívajú primárne drogu, ktorá v ostatných možnostiach nie je uvedená.*

	% v r. 2011	% v r. 2012	% v r. 2013	Iná droga
Alkohol	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Konopné drogy	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Extáza a jej deriváty	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Halucínogénne drogy	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Drogy amfetaminového typu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Heroin a iné deriváty opioidov (mimo subutex a suboxon)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Subutex, suboxon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kokainové drogy	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieky vyvolávajúce závislosť	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Deriváty fenylethylamínu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	% v r. 2011	% v r. 2012	% v r. 2013	Iná droga
Tabák	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Patologické hráčstvo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
V kolonke "Iná droga" dopíšte aká, a u akého percenta Vašich klientov je to primárne užívaná droga v jednotlivých rokoch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
V kolonke "Iná droga" dopíšte aká, a u akého percenta Vašich klientov je to primárne užívaná droga v jednotlivých rokoch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Ktoré z nasledujúcich skupín osôb boli v roku 2013 Vašimi klientami?

Nápověda k otázce: *Označte všetky hodiace sa možnosti*

- Klienti mladší ako 15 rokov
 Klienti vo veku 15-18 rokov
 Klienti starší ako 18 rokov
 Užívatelia drog aplikujúci intravenózne
 Užívatelia drog aplikujúci inak než intravenózne
 Ženy pracujúce v sex biznise
 Ľudia bez domova
 Klienti s psychickou komorbíditou
 Klienti s fyzickou komorbíditou
 Osoby blízke (rodinní príslušníci, priatelia...)
 Iná skupina osôb (vypíšte)

Ktoré z nasledujúcich intervencií ste štandardne poskytovali v roku 2013?

Nápověda k otázce: *V prípade, že ste danú intervenciu v roku 2013 neposkytli, napíšte do príslušnej kolonky 0.*

	Počet výkonov za rok 2013
Distribúcia injekčného materiálu	<input type="text"/>
Zdravotné ošetrovanie	<input type="text"/>
Hygienický servis	<input type="text"/>
Potravinový servis	<input type="text"/>
Vitamínový servis	<input type="text"/>
Individuálna psychoterapia	<input type="text"/>
Skupinová psychoterapia	<input type="text"/>
Krízová intervencia	<input type="text"/>
Asistenčná služba	<input type="text"/>
Testy HBV, HCV	<input type="text"/>

	Počet výkonov za rok 2013
Testy HIV	<input type="text"/>
Testy na syfilis	<input type="text"/>
Tehotenské testy	<input type="text"/>
Testy na prítomnosť drog	<input type="text"/>
Poskytnutie informácií ohľadom bezpečnejšieho užívania drog	<input type="text"/>
Právne poradenstvo	<input type="text"/>
Zdravotné poradenstvo	<input type="text"/>
Sociálne poradenstvo	<input type="text"/>
Poradenstvo o liečebných možnostiach, matching potriebklienta s ponukou dostupných služieb	<input type="text"/>
Svojpomocná skupina rodičov	<input type="text"/>

	Počet výkonov za rok 2013
Poradenstvo s rodičom	<input type="text"/>
Školenie ďalších odborníkov	<input type="text"/>
Služby primárnej prevencie	<input type="text"/>

Aký materiál, a v akom množstve ste klientom v roku 2013 štandardne distribuovali ?

Nápvoda k otázke: V prípade, že ste daný materiál v roku 2013 neposkytli, napíšte do príslušnej kolonky 0.

	Odhad počtu distribuovaného materiálu materiálu v roku 2013
Injekčné striekačky	<input type="text"/>
Prázdne želatínové kapsle	<input type="text"/>
Injekčná voda	<input type="text"/>
Alkoholové tampóny	<input type="text"/>
Suché tampóny	<input type="text"/>
Filtre	<input type="text"/>
Stericipy	<input type="text"/>
Škrdičto	<input type="text"/>
Kondómy	<input type="text"/>
Edukačné materiály	<input type="text"/>

	Odhad počtu distribuovaného materiálu materiálu v roku 2013
Propagačné materiály	<input type="text"/>
Predpis subutexu, suboxonu	<input type="text"/>
Počet jednorázových dávok metadonu	<input type="text"/>
Iné (v odpovedi dopíšte druh materiálu a jeho počet)	<input type="text"/>
Iné (v odpovedi dopíšte druh materiálu a jeho počet)	<input type="text"/>
Vybierané použité injekčné striekačky	<input type="text"/>

Koľko hodín denne je služba dostupná?

Náповěda k otázce: *V prípade poskytovania jednej HR služby vo viacerých lokalitách, uveďte každú lokalitu samostatne*

	Názov lokality	Po.	Ut.	Str.	Štv.	Pia.	So.	Ne.
Lokalita 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lokalita 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lokalita 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lokalita 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aké boli celkové náklady na fungovanie Vašej HR služby za jednotlivé roky a aký by bol ideálny rozpočet potrebný na bezproblémové fungovanie Vašej služby?

	r. 2011	r. 2012	r. 2013
Celkové reálne náklady	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ideálny rozpočet	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Z akých zdrojov čerpáte financie na fungovanie HR služby a aký podiel z celkového financovania, tvorili jednotlivé zdroje v rokoch 2011, 2012 a 2013?

Náповěda k otázce: *V prípade, že z niektorých zdrojov financie nečerpáte, napíšte do príslušnej kolonky 0.*

	% v r. 2011	% v r. 2012	% v r. 2013
Dotačné mechanizmy jednotlivých rezortov	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Financovanie na úrovni miestnych samospráv	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Financovanie z európskych štrukturálnych fondov	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Financie zo zahraničných zdrojov, nadácií	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Financie z domácich nadácií	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dobrovoľné príspevky (dary) fyzických osôb a firemná filantropia, verejné zbierky, členské príspevky, výnosy z vlastnej činnosti	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Asignačný mechanizmus 2 % dane z príjmu právnických a fyzických osôb	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Iné (v jednotlivých rokoch zapíšte aké a aké percento tvoria)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Na čo konkrétne Vám chýbajú finančné zdroje potrebné na fungovanie HR služby?

Náповěda k otázce: *Označte všetky hodiace sa možnosti*

- Vývoj služby, ktorý je odrazom potrieb klientov
- Uspokojujúce finančné ohodnotenie pracovníkov
- Dostatočné personálne zabezpečenie služby
- Ďalšie vzdelávanie pracovníkov
- Dostatočné materiálne zabezpečenie služby
- Vhodné podmienky pre zázemie služby
- Iné (vypíšte)

Ako vnímate finančnú udržateľnosť fungovania Vašej služby v budúcnosti?

Nápověda k otázce: *Zdůvodněte*

Čo Vám pomáhalo formovať základný profil, režim a pravidlá služby ?

Nápověda k otázce: *Presunutím poradia koloniiek (odpovedí), zoradte podľa dôležitosti*

Odborné publikácie zo Slovenska	<input type="text"/>
Odborné publikácie zo zahraničia	<input type="text"/>
Skúsenosti iných slovenských organizácií poskytujúcich HR služby	<input type="text"/>
Skúsenosti zahraničných organizácií, poskytujúcich HR služby	<input type="text"/>
Iné	<input type="text"/>

Existujú verejné platformy, kde máte možnosť porovnávať a zdieľať skúsenosti z praxe s inými organizáciami, ktoré Vám pomáhajú evaluovať službu a zlepšovať ju?

Nápověda k otázce: *Označte všetky hodiace sa možnosti*

- Pravidelné konferencie
- Pravidelné pracovné skupiny HR služieb
- Stretnutia neziskových organizácií
- Prípadový case management
- Stáže v iných organizáciách poskytujúcich HR služby
- Iné (vypíšte)

Spolupracujete so službami v systéme starostlivosti o užívateľov drog?

Nápověda k otázce: *Označte všetky hodiace sa možnosti*

- Áno, sme v kontakte s ostatnými službami a vieme aktuálnu situáciu dostupných služieb v regióne
- Áno, spolupracujeme s niektorými službami, na ktoré odporúčame klientov v prípade, že majú záujem o využitie iného typu služieb
- Vieme o aktuálnej situácii dostupných služieb, ale nespoločujeme s nimi
- O ostatné dostupné služby sa nezaujíname
- Iné (charakterizujte)

Ako vnímate svoje postavenie v systéme drogových služieb?

Váš záverečný komentár k skúmanej problematike a k dotazníku